



ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

ΔΕΠ-Υ και Σύνδρομο Asperger

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ:

Βασιλική Χρόνη : 11832

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : Κος Παπαδόπουλος Άγγελος

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	σελ. 4
1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
1.1. Ορισμοί ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger	σελ. 5
1.2. Ιστορική αναδρομή ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger	σελ. 9
1.3. Χαρακτηριστικά ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger	σελ. 13
1.4. Αίτια ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger	σελ. 17
1.5. Συχνότητα ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger	σελ. 22
1.6. Κλινική εικόνα ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger	σελ. 23
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
2.1. Αξιολόγηση και διάγνωση ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger	σελ. 37
2.2. Διαγνωστικά Τεστ για ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger	σελ. 48
2.3. Διαγνωστικά Κέντρα Δημόσια	σελ. 60

3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1. Λογοθεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ και του σύνδρομο Asperger σελ. 65

3.2. Συμβολή του Δημόσιου Φορέα για την αποκατάσταση της ΔΕΠ-Υ και του σύνδρομο Asperger σελ. 136

4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1. Σύγχρονες μελέτες και έρευνες για την συνύπαρξη των δυο διαταραχών. σελ. 140

5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1 Συμπεράσματα σελ. 145

Βιβλιογραφία σελ. 147

Βιβλιογραφικές Αναφορές σελ. 151

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αντικείμενο της πτυχιακής εργασίας είναι οι διαταραχές, ΔΕΠ-Υ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα) και το σύνδρομο Asperger. Η ΔΕΠ-Υ είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή, οργανικής αιτιολογίας, η οποία επηρεάζει πολλούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου. Το σύνδρομο Asperger είναι μια ήπια μορφή αυτισμού, μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, που προκαλεί σημαντικά προβλήματα σε πολλούς τομείς στην ανάπτυξη του ατόμου, όπως κοινωνικοποίηση, επικοινωνία, συμπεριφορά, σκέψη και στις δραστηριότητες. Πρόκειται για δύο διαταραχές τις οποίες συναντάμε αρκετά συχνά ξεχωριστά, αλλά έχουν διαπιστωθεί περιστατικά, στα οποία συνυπάρχει ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger.

Η εργασία έχει ως στόχο ν' αναλύσει τις δύο διαταραχές, ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger. Αρχικά, θα αναφερθεί στους ορισμούς των διαταραχών αυτών, καθώς στα αίτια εμφάνισης τους, στα χαρακτηριστικά τους, την κλινική εικόνα της καθεμίας ξεχωριστά και στην συχνότητα που εμφανίζονται. Στην συνέχεια θα αναλύσει τον τρόπο διάγνωσης και αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ και του συνδρόμου Asperger , ποια διαγνωστικά εργαλεία χρησιμοποιούνται για να εντοπιστούν οι δύο διαταραχές και από ποιους και από πού μπορεί να πραγματοποιηθεί η διάγνωση – αξιολόγηση. Έπειτα η εργασία επικεντρώνεται κυρίως στην λογοθεραπευτική παρέμβαση, δηλαδή πως το αντικείμενο της λογοθεραπείας μπορεί να συνεισφέρει στην αποκατάσταση των δύο διαταραχών καθώς και στην συμβολή του Δημόσιου φορέα για την αποκατάσταση των ατόμων που εμφανίζουν τις συγκεκριμένες διαταραχές. Στα τελευταία κεφάλαια παρουσιάζονται τα κοινά χαρακτηριστικά που εμφανίζουν οι δύο διαταραχές όταν συνυπάρχουν σ' ένα κλινικό περιστατικό και σύγχρονες μελέτες και έρευνες όσο αναφορά την συνύπαρξη αυτή ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger.

Το σύνδρομο Asperger και η ΔΕΠ-Υ μπορεί να αφορούν δύο διαφορετικές καταστάσεις αλλά στην πορεία της εργασίας θα εντοπίσει κανείς και όμοιες καταστάσεις μεταξύ τους.

Απώτερος στόχος είναι να επισημανθούν τα βασικά χαρακτηριστικά, να αναγνωριστεί η αιτιολογία και η εκδήλωση, να συνειδητοποιηθεί ο ρόλος της λογοθεραπευτικής έκβασης των δύο διαταραχών και να παρουσιάσει αποτελεσματικές τεχνικές για την αντιμετώπιση δυσκολιών που προκύπτουν σ' ένα κλινικό περιστατικό, που οφείλονται στις διαταραχές αυτές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1.Ορισμοί ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger.

Α) ΔΕΠ-Υ

Η «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα» είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή, οργανικής αιτιολογίας- σύμφωνα με τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα-, η οποία ασκεί αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς της λειτουργικότητας του παιδιού και προκαλεί σοβαρές και επίμονες δυσκολίες τόσο στο ίδιο όσο και στο οικογενειακό στο ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον. (Ε. Κάκουρος, 2001)

Ορισμένα παιδιά παρουσιάζουν υπερβολική ενεργητικότητα και κινητική δραστηριότητα συγκριτικά με τα συνομήλικά τους. Η ικανότητά τους να διατηρούν την προσοχή και το ενδιαφέρον τους στη δραστηριότητα με την οποία ασχολούνται και να φέρουν σε πέρας τα καθήκοντα τα οποία τους ανατίθενται είναι εξαιρετικά μειωμένη. Επιπλέον, η παρορμητική συμπεριφορά τους αποκλίνει σημαντικά σε ένταση και συχνότητα από παρόμοιες μορφές συμπεριφοράς των συνομηλίκων τους. Πολλές φορές επίσης παρουσιάζουν αντιδραστική συμπεριφορά και έλλειψη συνεργατικής διάθεσης. Γενικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα παιδιά αυτά, αν και έχουν φυσιολογική νοημοσύνη, συχνά δυσκολεύονται πολύ να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος και δεν συμπεριφέρονται με ανάλογο τρόπο του αναπτυξιακού τους επιπέδου. (Ε. Κάκουρος, 2001)

Οι έννοιες «υπερκινητικό σύνδρομο», «υπερκινητική διαταραχή» ή «υπερκινητικότητα» επισημαίνουμε πρώτα απ' όλα τη συνεχή ενεργητικότητα και την υπερβολική έλλειψη

ηρεμίας. Βεβαίως, στα διαγνωστικά κριτήρια αυτών των διαταραχών αναφέρεται επίσης ότι τα αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν και μεγάλη διάσπαση προσοχής, αδυνατούν συνήθως να απασχοληθούν για πολύ με μια δραστηριότητα, έχουν αδύνατη μνήμη, δεν συγκεντρώνονται, μεταπηδούν από τη μια δραστηριότητα στην άλλη, μιλούν πολύ και δεν μπορούν να περιμένουν όταν είναι παρορμητικά. Εντούτοις, δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου το παιδί είναι πράγματι υπερκινητικό ακόμα και όταν δεν είναι ήσυχο ή όταν, κατά τη διάρκεια της εξέτασης στο γιατρό ή στο ιατροπαιδαγωγικό κέντρο, φαίνεται να ενδιαφέρεται και να προσέχει. (C. Neuhaus, 1998)

Στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM III αυτό περιγράφηκε ως διαταραχή με και χωρίς υπερκινητικότητα. Αναφέρεται επίσης και ένας «υπολειμματικός τύπος» που παρατηρείται σε ενήλικους. Καθώς δεν υπάρχουν επαρκή ερευνητικά δεδομένα σχετικά με το κομμάτι της διαταραχής χωρίς υπερκινητικότητα, αυτή η έννοια αφαιρέθηκε και πάλι από το αμερικανικό εγχειρίδιο του DSM III – R. (C. Neuhaus, 1998)

Το καθιερωμένο σύστημα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ICD- 10) όρισε την «υπερκινητική διαταραχή» ως μια διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από υπερκινητική συμπεριφορά και εμφανή διαταραχή της προσοχής. (C. Neuhaus, 1998)

Το αμερικανικό Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM IV (1994) περιγράφει τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητα με τρεις υποτύπους: α) Διαταραχή ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο. Β) Διαταραχή ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα τον Υπερκινητικό- Παρορμητικό Τύπο. Γ) Διαταραχή ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα, Συνδυασμένος τύπος. . (C. Neuhaus, 1998)

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 60 χρόνων έχουν υιοθετηθεί ποικίλοι όροι για την περιγραφή της συγκεκριμένης διαταραχής όπως υπερκινητική παρορμητική διαταραχή, οργανική ανησυχία (organic driveness), ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα. Παρά την ύπαρξη της τόσο διαφορετικής ορολογίας, οι ειδικοί συμφωνούν μεταξύ τους ότι τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής είναι η υπερκινητικότητα (αυξημένη

δραστηριότητα), η απροσεξία (δυσκολία συγκέντρωσης και παρατεταμένης διατήρησης της προσοχής) και η παρορμητικότητα (ελλειμματική ικανότητα αναστολής αυθόρμητων αντιδράσεων). (Ε. Κάκουρος – Κ. Μανιαδάκη, 2012)

Τα παιδιά διαφέρουν πολύ μεταξύ τους στην κινητικότητα. Μερικά είναι ήρεμα, ήσυχα και, φαινομενικά σε γαλήνιες σχέσεις με τον κόσμο γύρω τους. Άλλα είναι ακριβώς το αντίθετο, τρέχουν από δω κι από κει, δεν κάθονται λεπτό. Τα περισσότερα, ωστόσο, βρίσκονται κάπου ανάμεσα στα δύο άκρα. Μόνο μια ελάχιστη μειοψηφία από εξαιρετικά υπερκινητικά παιδιά έχει πραγματικό πρόβλημα. (Ρόναλντ Ντ. Ντεϊβις, 2000)

B) Σύνδρομο Asperger

Το σύνδρομο Asperger αποτελεί μια ήπια μορφή αυτισμού, η οποία επηρεάζει κυρίως την επικοινωνιακή ικανότητα και τις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου. Το σύνδρομο πήρε το όνομα του από τον ψυχίατρο Hans Asperger, που το 1944 στη Βιέννη παρατήρησε την εξαιρετική δυσκολία μερικών εφήβων να ενσωματωθούν στα κοινωνικά πλαίσια μιας ομάδας. Το σύνδρομο αυτό ανήκει στην ομάδα των διάχυτων διαταραχών, διαφέρει όμως από τον κλασικό αυτισμό λόγω της απουσίας γενικής καθυστέρησης ή επιβράδυνσης αλλά και προς την ηλικία διάγνωσης. (Κ. Συνοδινού, 1999)

Το σύνδρομο Asperger είναι συνήθως συγγενές, ή σπανιότερα οφείλεται σε τραύμα του εγκεφάλου κατά τα πρώτα χρόνια ζωής του ατόμου. Είναι ένα «νευροψυχιατρικό» σύνδρομο-ή μάλλον ένα σύνολο από χαρακτηριστικά ασυνήθιστης ανάπτυξης του νευρικού συστήματος, μια παραλλαγή στην ανάπτυξη του εγκεφάλου με την έννοια ότι υπάρχουν ψυχολογικά, συμπεριφορικά και γνωστικά χαρακτηριστικά, τα οποία έχουν βιολογική βάση. Τα συμπτώματα είναι παρόντα από την πρώιμη ηλικία, ωστόσο είναι συνηθισμένο οι άνθρωποι με το σύνδρομο να ζητούν ψυχιατρική ή άλλη ιατρική βοήθεια στην ενήλικη ηλικία τους. (C. Gillberg, 2011)

Ο Hans Asperger εντόπισε ένα συγκεκριμένο μοντέλο ικανοτήτων και συμπεριφοράς που εμφανίζεται κυρίως στα αγόρια. Στο μοντέλο αυτό γίνονται αναφορές στην έλλειψη ενσυναίσθησης, στην περιορισμένη ικανότητα στη δημιουργία φίλων, στις μονόπλευρες

συζητήσεις, στην έντονη απορρόφηση σε ένα συγκεκριμένο ενδιαφέρον και σε αδέξιες κινήσεις και το ονόμασε σύνδρομο Asperger. (T. Attwood, 1998)

Το σύνδρομο Asperger είναι μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, αυτό σημαίνει ότι προκαλεί σημαντικά προβλήματα σε πολλούς τομείς της ανάπτυξης του παιδιού, όπως είναι η κοινωνικοποίηση, η επικοινωνία, η συμπεριφορά, η σκέψη και οι δραστηριότητες. Τα παιδιά, οι έφηβοι και οι ενήλικες με σύνδρομο Asperger έχουν σημαντικά προβλήματα στην επικοινωνία με τους άλλους, στην σκέψη, στα συναισθήματα, στο παιχνίδι, στην ομιλία και στο λόγο, στις κοινωνικές δεξιότητες, είναι υπερευαίσθητα στους ήχους, έχουν έντονη ενασχόληση με ένα ή δύο θέματα και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και κινήσεις. (S. Ashley, 2008)

Το σύνδρομο Asperger ορίζεται ως «μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή που αποτελείται από μια ή περισσότερες συγκεκριμένες ανωμαλίες». Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές χαρακτηρίζονται από σοβαρή και διάχυτη βλάβη σε αρκετούς αναπτυξιακούς τομείς, όπως στις δεξιότητες κοινωνικής αλληλεπίδρασης, στις δεξιότητες επικοινωνίας ή στην παρουσία στερεότυπης συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων. (E. Καλύβα, 2005)

Ο όρος «σύνδρομο Asperger» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τη Lorna Wing (1981a), η οποία εισήγαγε τη διάγνωση σε μία προσπάθεια ν' αναγνωρίσει τα πολύ ικανά άτομα με αυτισμό στα οποία δεν ταιριάζει το στερεότυπο, ότι είναι δηλαδή σιωπηλά και αδιάφορα. (F. Happe, 2003)

Το «σύνδρομο Asperger» είναι διαταραχή της κοινωνικότητας με φυσιολογική επικοινωνία και νοημοσύνη. (A. E. Jongsma, Jr., S. Editor, 2004).

Το «σύνδρομο Asperger» είναι όρος που χρησιμοποιείται για καταστάσεις οι οποίες επηρεάζουν μια ξεχωριστή ομάδα ανθρώπων που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού. Αυτοί οι άνθρωποι είναι έξυπνοι, με μέσο ή υψηλό δείκτη νοημοσύνης, αλλά παρουσιάζουν διαταραχές στις κοινωνικές σχέσεις, στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και στη φαντασία. (S. Lennard- Brown, 2004)

Το «σύνδρομο Asperger» είναι μια «διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή». Ο όρος «διάχυτη» υποδηλώνει ότι η διαταραχή επηρεάζει πολλές πλευρές της λειτουργικότητας του ατόμου. Οι

εκδοχές της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής είναι τρεις: α) νηπιακός αυτισμός β) διάχυτη διαταραχή με έναρξη στην παιδική ηλικία γ) άτυπη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή. (Ε. Χ. Γκονέλα, 2008)

1.2 Ιστορική Αναδρομή ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger.

A) ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ έλαβε τη σημερινή της ονομασία με την έκδοση του DSM- IV (American Psychiatric Association, 1994). Ο εντοπισμός όμως των βασικών χαρακτηριστικών και η συστηματική μελέτη της ΔΕΠ-Υ χρονολογούνται από τις αρχές του πεπερασμένου αιώνα. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην πορεία του χρόνου άλλαξε πολλές φορές ονομασία ανάλογα τις κυρίαρχες αντιλήψεις κάθε εποχής σχετικά με την αιτιολογία και τα βασικά τις χαρακτηριστικά. (Ε. Κάκουρος- Κ. Μανιαδάκη, 2012)

Αναφορές σε άτομα τα οποία μπορεί να εκδήλωναν ορισμένα από τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ εμφανίζονται από την αρχαιότητα. Ο Γαληνός φέρεται να πρότεινε όπιο για τα αεικίνητα, υπερενεργητικά παιδιά (Goodman & Gilman, 1975) ενώ ο Σαίξπηρ, σε έναν από τους χαρακτήρες του έργου του *Βασιλιάς Ερρίκος ο Όγδοος*, κάνει αναφορά σε μια αρρώστια προσοχής (Barkley, 1996). (Ε. Κάκουρος- Κ. Μανιαδάκη, 2012)

Η πρώτη περιγραφή μιας διαταραχής που ομοιάζει με ΔΕΠ-Υ έγινε από τον Alexander Crichton το 1978 (Palmer & Finger, 2001). Πρόκειται για έναν Σκωτσέζο γιατρό που εξέδωσε μια σειρά τριών βιβλίων. Στο δεύτερο κεφάλαιο του δεύτερου βιβλίου του, με τίτλο «Σχετικά με την προσοχή και τις διαταραχές της», παρουσιάζει μια σειρά συμπτωμάτων που ομοιάζουν με ορισμένα από τα σημερινά κριτήρια του DSM- IV τα οποία περιλαμβάνονται στην λίστα της απροσεξίας και την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (Lange et al., 2010). (Ε. Κάκουρος- Κ. Μανιαδάκη, 2012)

Ωστόσο η αφετηρία της επιστημονικής προσέγγισης της ΔΕΠ-Υ αποδίδεται στον Βρετανό George Still ο οποίος το 1902 περιέγραψε 43 παιδιά τα οποία παρουσίαζαν υπερκινητικότητα, προκλητικότητα, δυσκολίες συγκέντρωσης και προσοχής, παρορμητική συμπεριφορά και

αδυναμία αναστολής των αυθόρμητων αντιδράσεων (Barkley, 2006a; Palmer & Finger, 2001). Κατά την εκτίμηση του Still (1902,σελ. 1008), η κυρίαρχη δυσκολία των παιδιών αυτών ήταν το έλλειμμα στην «ηθική βούληση» και στον «ηθικό έλεγχο της συμπεριφοράς», το οποίο είχε οργανικό υπόστρωμα. Η ιδέα του οργανικού υποστρώματος ορισμένων προβλημάτων συμπεριφοράς είχε προταθεί από τον Tredgold το 1908, ωστόσο έγινε πιο συγκεκριμένη με την εμφάνιση της θεωρίας περί «εγκεφαλικής βλάβης» (Strauss & Lehtinen, 1947). Αργότερα, ωστόσο, η θεωρία αυτή δέχτηκε έντονη κριτική, καθώς υποστηρίχτηκε ότι δεν είναι δυνατόν να αποδίδεται η αποκλίνουσα συμπεριφορά ορισμένων παιδιών σε εγκεφαλική βλάβη εφόσον αυτό δεν μπορεί να αποδειχθεί με νευρολογικές εξετάσεις. Στη συνέχεια, ο Laufer και οι συνεργάτες του (1957) υποστήριξαν την άποψη ότι τα υπερκινητικά παιδιά πάσχουν από κάποια δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος και όχι από ανατομική βλάβη και πρότειναν τη χρήση του όρου «υπερκινητική διαταραχή παρόρμησης». (Ε. Κάκουρος- Κ. Μανιαδάκη, 2012)

Από την άλλη πλευρά, η ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία θεωρήθηκε ως πολύ γενικός όρος, ο οποίος μπορεί να χαρακτηρίζει μια ετερογενή ομάδα περιστατικών, το ενδιαφέρον των ειδικών μετατοπίστηκε από την αναζήτηση της αιτιολογίας στην συμπεριφορική περιγραφή των συμπτωμάτων του συνδρόμου (Barkley, 2006a). Αυτή η μετατόπιση οδήγησε στην εγκατάλειψη του όρου «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» και στην υιοθέτηση του όρου «Υπερκινητική Αντίδραση στην Παιδική Ηλικία», ο οποίος παρουσιάστηκε στο DSM-II (American Psychiatric Association, 1968). (Ε. Κάκουρος- Κ. Μανιαδάκη, 2012)

Οι έρευνες της Virginia Douglas σχετικά με το σύνδρομο, η οποία υποστήριξε ότι το κυρίαρχο χαρακτηριστικό των ατόμων με αυτό το σύνδρομο δεν είναι η υπερκινητικότητα αλλά η ελλειμματική προσοχή. Οι απόψεις αυτές ενδέχεται να οδηγήσουν στην αλλαγή της ονομασίας του συνδρόμου σε «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα» στο DSM- III (American Psychiatric Association, 1980), σύμφωνα με το οποίο η υπερκινητικότητα δεν αποτελούσε απαραίτητο χαρακτηριστικό. (Ε. Κάκουρος- Κ. Μανιαδάκη, 2012)

Στην τέταρτη έκδοση του DSM (1994) η υπερκινητικότητα ενσωματώθηκε στην ονομασία διαταραχή, καθώς οι σύγχρονες έρευνες στράφηκαν κυρίως στη μελέτη του αυτοέλεγχου και της αναστολής των παρορμητικών αντιδράσεων ως βασικό χαρακτηριστικό του συνδρόμου (Barkley, 1981 Benninger, 1989). Στο DSM –IV το σύνδρομο καταγράφεται πλέον ως

«Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα» και διακρίνεται σε τρεις τύπους
Α) ΔΕΠ-Υ, Συνδυασμένος Τύπος όταν τα συμπτώματα απροσεξίας και υπερκινητικότητας-
παρορμητικότητας εμφανίζονται με την ίδια βαρύτητα. Β) ΔΕΠ-Υ με Προεξάρχοντα Τύπο
όταν τα συμπτώματα απροσεξίας εμφανίζονται με μεγαλύτερη βαρύτητα. Γ) ΔΕΠ-Υ με
Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό- Παρορμητικό Τύπο όταν τα συμπτώματα
υπερκινητικότητας- παρορμητικότητας εμφανίζονται με μεγαλύτερη βαρύτητα.(Ε. Κάκουρος,
2001)

Το 2013 αναμένεται η Πέμπτη έκδοση του DSM. Στην επίσημη σελίδα της APA
(www.dsm5.org). Μια από τις βασικότερες αλλαγές που προτείνονται είναι η ύπαρξη
τεσσάρων τύπων ΔΕΠ-Υ αντί για τριών. Διατηρείται ο Συνδυασμένος Τύπος ΔΕΠ-Υ και ο
Προεξάρχων Υπερκινητικός/ Παρορμητικός αλλά αλλάζουν τα κριτήρια για τον
Προεξάρχοντα Απρόσεχτο Τύπο και προτείνεται ένας επιπλέον τύπος, ο οποίος αναφέρεται
σε άτομα τα οποία παρουσιάζουν διαταραχή της προσοχής χωρίς καθόλου (ή σχεδόν
καθόλου) στοιχεία υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας. Επίσης, αλλάζει το κριτήριο
πρώτης εμφάνισης των συμπτωμάτων από τα 7 στα 12 έτη και μειώνεται ο αριθμός των
συμπτωμάτων που απαιτούνται για την διάγνωση της διαταραχής. Τέλος, προετοιμάζεται η
προσθήκη δεικτών βαρύτητας, σε μια προσπάθεια ένταξης διαστασιακών στοιχείων στα
διαγνωστικά κριτήρια, τα οποία είναι κατά βάση κατηγορικά μέχρι σήμερα. (Ε. Κάκουρος- Κ.
Μανιαδάκη, 2012)

Β) Σύνδρομο Asperger.

Ο Hans Asperger δεν είχε υπόψη του τα γραπτά της Ewa Ssucharewa, όταν, το 1944,
δημοσίευσε την πρώτη του εργασία σχετικά με την κατάσταση την οποία ονόμασε «αυτιστική
ψυχοπάθεια». Όντως, δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι είχε πληροφορηθεί ποτέ κάτι σχετικό με
τη δημοσίευση που είχε κάνει το 1926 η ρωσίδα επιστημονική συνεργάτης της νευρολογίας,
αναφορικά σε μια κατάσταση, την οποία εκείνη ανέφερε «σχιζοειδή προσωπικότητα της
παιδικής ηλικίας». Διαβάζοντας κανείς τα ιστορικά των περιστάσεων του Hans Asperger για
αγόρια με «αυτιστική διαταραχή προσωπικότητας», καθώς και εκείνα της Ssucharewa για
αγόρια με «σχιζοειδή διαταραχή προσωπικότητας», εντυπωσιάζεται περισσότερο από την
μεγάλη ομοιότητα, παρά από οποιαδήποτε διαφορά. Ωστόσο, η δημοσίευση της Ssucharewa

δεν ήρθε στο επίκεντρο της προσοχής της διεθνούς ερευνητικής κοινότητας μέχρι το 1995, που την ανέσυρε η Σκοτσέζα ψυχίατρος Sula Wolff. Η αναφορά του Hans Asperger είχε χρησιμοποιηθεί ευρέως, πολύ πριν το γεγονός αυτό- κυριότερα από τη Lorna Wing, τη Βρετανίδα ειδικό του αυτισμού- και έτσι το όνομα του είχε συνδεθεί με το σύνδρομο. (C. Gillberg, 2011)

Έχει ιστορικό ενδιαφέρον ότι ο Leo Kanner, ο αμερικάνικος ψυχίατρος, που πρώτος αναφέρθηκε στην «κλασική» μορφή αυτισμού ως σύνδρομο, το 1943, δεν μνημόνευσε ποτέ τον Asperger, μολονότι μετά από καιρό (1971) αναφέρθηκε, αν και φευγαλέα στη Ssucharewa. Από την άλλη μεριά, ο Hans Asperger είχε αναφερθεί στον Kanner, αλλά πίστευε ότι η «αυτιστική ψυχοπάθεια» ήταν ξεκάθαρα διαφορετική από το σύνδρομο που ο Kanner είχε περιγράψει.(C. Gillberg, 2011)

Η πρώτη σχολιασμένη μετάφραση στα αγγλικά της πρωτότυπης εργασίας του Hans Asperger δημοσιεύτηκε το 1991 και μόνο κατά τα τελευταία χρόνια το σύνδρομο Asperger έχει συζητηθεί ευρύτερα από ειδικούς στην παιδική και εφηβική ψυχιατρική, καθώς και από το κοινό γενικότερα. (C. Gillberg, 2011)

Ωστόσο, το ενδιαφέρον άρχισε να αναπτύσσεται παγκοσμίως ένα χρόνο μετά το θάνατο του Asperger, όταν η Lorna Wing (1981) δημοσίευσε την αναφορά 34 περιπτώσεων εκείνου, με την ονομασία «σύνδρομο Asperger». Στις ΗΠΑ η κατηγορία αυτή δεν αναγνωρίστηκε σαν συγκριμένη διαγνωστική οντότητα, παρά μέχρι τη δημοσίευση της τέταρτης έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM- IV), το 1994 (όπου αναφέρεται “διαταραχή Asperger”).(C. Gillberg, 2011)

Κατά την προηγούμενη δεκαετία, εκατοντάδες επιστημονικές εργασίες δημοσιεύτηκαν για τον σύνδρομο/τη διαταραχή Asperger. Κατά την διάρκεια της ίδιας περιόδου, έχει συντελεστεί τεράστια πρόοδος στη γνώση της λειτουργίας του εγκεφάλου και της εγκεφαλικής δυσλειτουργία. Έχει ακόμα εφικτή και η μελέτη των εγκεφαλικών μηχανισμών που πιθανά βρίσκονται πίσω από το σύνδρομο Asperger . Οι εξελίξεις σε γειτνιακά πεδία έχουν επίσης συμβάλει, τόσο σε μια καλύτερη κατανόηση του συνδρόμου, όσο και τη δημιουργία μιας πιο σύνθετης και περίπλοκης εικόνας. Αποτελέσματα από μελέτες του αυτισμού υψηλής λειτουργικότητας, της σημασιολογικής- πραγματολογικής διαταραχής, της μη λεκτικής μαθησιακής δυσκολίας, της δυσλειτουργίας του δεξιού ημισφαιρίου, της παθολογικής

αποφυγής απαιτήσεων (ΠΑΑ- PDA), της ψυχαναγκαστικής- καταναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας, των τικ και του συνδρόμου Tourette, των ελλειμματικών σε προσοχή-κινητικό έλεγχο και αντίληψη (ΕΠΚΑ- DAMP), της διαταραχής ελαττωματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ – ADHD), καθώς και κοριτσιών με ελλείμματα στην κοινωνικότητα και μαθησιακές δυσκολίες, έχουν όλα συνδυαστεί, ώστε να προκύψει η έννοια ενός μάλλον ευρέος «αυτιστικού φάσματος». Πολλοί από τους όρους αυτούς είναι σχετικά καινούργιοι και αναφέρονται σε καταστάσεις/ δυσκολίες που οδηγούν σε συμπτώματα και ελλείμματα που αλληλοκαλύπτονται και μοιράζονται πολλά χαρακτηριστικά με το σύνδρομο Asperger. (C. Gillberg, 2011)

Σχεδόν εδώ και εβδομήντα πέντε χρόνια μια ρωσίδα επιστημονική συνεργάτης νευρολογίας, περιέγραψε το σύνδρομο που τώρα φέρει το όνομα του Hans Asperger. Όμως μόνο μέσα στην περασμένη δεκαετία το σύνδρομο Asperger αναγνωρίστηκε ως μια από τις σημαντικότερες διαγνωστικές κατηγορίες σε όλη την ψυχιατρική. (C. Gillberg, 2011)

1.3. Χαρακτηριστικά ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger.

A) ΔΕΠ-Υ

- *Απροσεξία:* Ένα από τα βασικά ελλείμματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ,σύμφωνα με το DSM-IV, αφορά την ικανότητα συγκέντρωσης και παρατεταμένης διατήρησης της προσοχής, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια δομημένων δραστηριοτήτων που απαιτούν πνευματική προσπάθεια, έχουν επαναληπτικό χαρακτήρα και δεν διεγείρουν το ενδιαφέρον τους (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990; Shelton et al., 2000).(E. Κάκουρος- K.Μανιαδάκη, 2012)

Σε τέτοιες περιπτώσεις, η προσοχή των παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να αποσπαστεί εύκολα τόσο από εξωτερικά ερεθίσματα όσο και από τις ίδιες του τις σκέψεις (Wright, Shelton & Wright, 2009). Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορούν να συγκεντρωθούν πολύ ικανοποιητικά και για μεγάλο χρονικό διάστημα, εφόσον έχουν υψηλό κίνητρο για την ολοκλήρωση της δραστηριότητας με την οποία ασχολούνται, στην περίπτωση όπου η δραστηριότητα που του κεντρίζει το ενδιαφέρον τους ή όταν

αναμένουν ελκυστική ανταμοιβή με την ολοκλήρωση της. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Έχει διαπιστωθεί ότι οι διακυμάνσεις στην απόδοση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε δραστηριότητες που απαιτούν παρατεταμένη συγκέντρωση προσοχής ότι το βασικό έλλειμμα δεν αφορά την προσοχή αλλά σε μια άλλη γνωστική λειτουργία τον αυτοέλεγχο. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Αναμφίβολα το έλλειμμα της προσοχής αποτελεί σημαντική δυσκολία των. Επηρεάζει άμεσα την διαδικασία της μάθησης και παίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών (Maaetti et al., 2008). Επίσης, δυσχεραίνει την καθημερινότητα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τους δημιουργεί ποικίλες δυσκολίες στη λειτουργικότητα τους. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Υπερκινητικότητα: Η υπερκινητικότητα είναι το πιο εμφανές εξωτερικευμένο χαρακτηριστικό της ΔΕΠ-Υ και προκαλεί συνήθως τη μεγαλύτερη ενόχληση στο κοινωνικό περίγυρο του παιδιού (Goldstein, 1998). Επίσης, το συγκεκριμένο στοιχείο είναι αυτό που αλλάζει περισσότερο μορφή κατά την διάρκεια της ανάπτυξης, με αποτέλεσμα το νήπιο, το παιδί σχολικής ηλικίας και ο έφηβος με να παρουσιάζουν διαφορετική κλινική εικόνα ως προς την κινητική τους δραστηριότητα. Έχει διαπιστωθεί ότι η υπερκινητική συμπεριφορά μειώνεται αισθητά στην εφηβεία (Weiss & Hechtman, 1993). Επίσης, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας μπορούν να πάρουν και λεκτική μορφή με την εκδήλωση ακατάσχετης φλυαρίας (Wright, Shelton & Wright, 2009). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Η υπερκινητική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να δημιουργήσει αναστάτωση σε πολλές απλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής της οικογένειας, όπως για παράδειγμα, κατά την διάρκεια του φαγητού, ή μιας επίσκεψης. Για παράδειγμα, οι μισές περίπου μητέρες παιδιών με ΔΕΠ-Υ προσχολικής ηλικίας δηλώνουν απρόθυμες να πάρουν μαζί τους σε μια επίσκεψη στο σούπερ- μάρκετ επειδή έχουν μειωμένη εμπιστοσύνη στην ικανότητα τους να ελέγξουν την υπερκινητική – παρορμητική συμπεριφορά (Lahey et al. 1998). Ωστόσο, η υπερκινητικότητα δεν φαίνεται να δημιουργεί ιδιαίτερες δυσκολίες στο ίδιο

το παιδί, από κλινικής άποψης, αποτελεί εκείνο το στοιχείο της διαταραχής με την μικρότερη επίδραση λειτουργικότητας.(Ε.Κάκουρος, 2001)

- *Παρορμητικότητα*: Η παρορμητικότητα αναφέρεται στη μειωμένη ικανότητα άμεσης αναστολής μιας συμπεριφοράς πριν εκδηλωθεί, ως αντίδραση στις περιβαλλοντικές απαιτήσεις(Barkley, 2006c; Wehmeier et al., 2010). Η παρορμητικότητα είναι στοιχείο που συνδέεται στενότερα με τα προβλήματα συμπεριφοράς που συχνά αναπτύσσονται δευτερογενώς στα πλαίσια μιας διαταραχής και το οποίο προκαλεί τις σοβαρότερες επιπτώσεις στη λειτουργικότητα του παιδιού, ιδιαίτερα στην εφηβεία (Barkley, 2005). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Ο αυτοέλεγχος, η αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς, η εκδήλωση της καθυστέρησης της άμεσης ικανοποίησης μιας επιθυμίας ενόψει ενός μακροπρόθεσμου οφέλους βρίσκονται στον αντίποδα της παρορμητικής συμπεριφοράς.(C. Neuhaus, 1998).

B) Σύνδρομο Asperger

- *Κοινωνική αλληλεπίδραση*: Πολλά άτομα με Asperger επιζητούν την κοινωνική συναναστροφή, αλλά δυσκολεύονται στο να αρχίσουν και να διατηρήσουν κοινωνικές σχέσεις. Αυτό προκαλεί άγχος. Το άτομο με Asperger μπορεί: 1) να θέλει να κάνει φίλους, αλλά να μην διαθέτει τις απαιτούμενες δεξιότητες για να δημιουργήσει και να διατηρήσει φιλίες. 2)να μην καταλαβαίνει τα συμβατικά «κοινωνικά σήματα» ή τους άγραφους κοινωνικούς κανόνες συμπεριφοράς. 3)να συμπεριφέρεται με κοινωνικά ακατάλληλο τρόπο. 4)να είναι κοινωνικά απομονωμένο. 5)να βρίσκει τη συμπεριφορά των άλλων ανθρώπων απρόβλεπτη και αγχωτική. (Κ. Συνιδού, 2007)

Τα άτομα με Asperger θεωρούν την κοινωνική αλληλεπίδραση δύσκολη. Δυσκολεύονται να ερμηνεύσουν τις εκφράσεις προσώπου και να μάθουν τους κοινωνικούς κανόνες τους οποίους τα φυσιολογικά άτομα θεωρούν δεδομένους, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται στη δημιουργία και στην διατήρηση φιλικών σχέσεων. Όμως τα άτομα με σύνδρομο θέλουν να κάνουν φίλους και να έχουν κοινωνικές επαφές. (S. Lennard – Brown, 2004)

- *Δυσκολίες κατά την κοινωνική επικοινωνία:* Τα άτομα με Asperger δυσκολεύονται να εκφραστούν συναισθηματικά και κοινωνικά. Ένα τέτοιο άτομο μπορεί: 1) να δυσκολεύεται να αντιληφθεί τη σημασία της μη λεκτικής επικοινωνίας όπως χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου και στάση σώματος 3) να μιλάει με μονότονη μη εκφραστική φωνή. 4) να αντιλαμβάνεται τα νοήματα πάντα κυριολεκτικά και να δυσκολεύεται στην αναγνώριση αστείων, μεταφορών και ειρωνείας. 5) να έχει επιφανειακά τέλειο λόγο που όμως τείνει να είναι τυπικός και σχολαστικός. (Κ. Συνιδού, 2007)
- *Δυσκολίες με την κοινωνική φαντασία:* Τα άτομα με Asperger διαθέτουν φαντασία με τη συμβατική έννοια του όρου, αλλά αντιμετωπίζουν δυσκολίες με την κοινωνική φαντασία. Αυτό σημαίνει ότι ένα τέτοιο άτομο μπορεί: 1) να δυσκολεύεται να φανταστεί εναλλακτικά κοινωνικά σενάρια και να προβλέψει τι θα συμβεί κατά την εξέλιξη μιας κοινωνικής επαφής. 2) να δυσκολεύεται να ερμηνεύσει τα λόγια, τις πράξεις και τα συναισθήματα άλλων. 3) να έχει περιορισμένα ενδιαφέροντα με τα οποία ασχολείται σχολαστικά και επαναλαμβανόμενα. 4) να επιμένει σε συγκεκριμένες ρουτίνες. (Κ. Συνιδού, 2007)

Τα άτομα σύνδρομο Asperger προτιμούν συνήθως τα δεδομένα πράγματα, τη φυσική και τα μαθηματικά, αλλά δεν είναι τόσο ενθουσιώδη με τη δημιουργία ιστοριών ή θεωριών οι οποίες δεν μπορούν να αποδειχθούν, όπως συμβαίνει με θέματα που άπτονται της θρησκείας και της φιλοσοφίας. Στην παιδική τους ηλικία λειτουργούν αρκετά καλά στο φανταστικό παιχνίδι, αλλά με μια προσεκτική ματιά αποκαλύπτει ότι επαναλαμβάνουν σκηνές τις οποίες έχουν δει στην τηλεόραση. Τα άτομα αυτά αντιπαθούν τις αλλαγές. Συνήθως αφοσιώνονται σε ιδιαίτερα ενδιαφέροντα. (S. Lennard – Brown, 2004)

- *Αισθητηριακή ευαισθησία:* Έχει αποδειχθεί σε παιδιά με σύνδρομο Asperger ότι είναι πολύ ευαίσθητα σε ορισμένους ήχους και σε κάποιες μορφές σωματικής επαφής, παρόλο που τα παιδιά με σύνδρομο Asperger έχουν χαμηλό επίπεδο πόνου. Η λειτουργία ενός ή περισσότερων αισθητηριακών συστημάτων (sensory system) έχει επιβαρυνθεί με τέτοιο τρόπο που συνηθισμένα ερεθίσματα γίνονται αντιληπτά σε ανυπόφορη ένταση. Και η απλή αναμονή μιας τέτοιας εμπειρίας μπορεί να προκαλέσει στο άτομο έντονο άγχος ή πανικό. (T. Attwood, 1998)

1.4. Αίτια ΔΕΠ-Υ και Συνδρόμου Asperger.

A) Εγκέφαλος

- *ΔΕΠ-Υ*: Το 1986, η Chelune περιέγραψε την «υπόθεση του πρόσθιου εγκεφάλου» βασιζόμενη στο ότι πολλά συμπτώματα έχουν χαρακτηριστικά κάποιας βλάβης σε αυτή την περιοχή του εγκεφάλου. Σύμφωνα με την υπόθεση της, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα αποτελούν κατά βάση έκφραση μιας ελλιπούς ικανότητας ελέγχου. Ο Lou και οι συνεργάτες του, το 1984, στη Δανία έδειξαν ότι τέτοια παιδιά παρουσιάζουν ανεπαρκή αιμάτωση στον πρόσθιο εγκέφαλο, το οποίο είναι εξαιρετικά περίπλοκο όργανο ελέγχου για την προσοχή, την επεξεργασία πολύπλοκων πληροφοριών, επιλογή ερεθίσματος σε συσχέτιση με το συναίσθημα, σχεδιασμός ακολουθίας μιας πράξης, ο έλεγχος παρορμήσεων, η εκτίμηση του χρόνου αλλά και πολύπλοκες σύνθετες σκέψεις που ανατρέχουν στα περιεχόμενα της μνήμης πριν εκτέλεση μιας ενέργειας. (C. Neuhaus, 1998)
- *Σύνδρομο Asperger*: Υπάρχουν ενδείξεις ότι η αιτία του συνδρόμου Asperger βρίσκεται στον εγκέφαλο. Ερευνητικές μελέτες έχουν επανειλημμένα εντοπίζει διαφορές μεταξύ των εγκεφάλων ατόμων που έχουν σύνδρομο Asperger και ατόμων που δεν έχουν. Ενώ οι επιστήμονες δεν έχουν ακόμα εντοπίσει κάποια ιδιαίτερη περιοχή στον εγκέφαλο που να είναι υπεύθυνη, αρκετές μελέτες υποδεικνύουν το μετωπιαίο λοβό – την περιοχή δηλαδή γύρω από το μέτωπο. Αρκετές μελέτες επίσης έδειξαν βλάβη στο δεξιό κροταφικό λοβό- την περιοχή γύρω από τους κροτάφους-. Άλλες μελέτες ανακάλυψαν ακριβώς το αντίθετο, γεγονός που κάνει δύσκολη την εξαγωγή συμπερασμάτων με βάση τα ευρήματα. Λόγω του ότι το σύνδρομο Asperger μελετάται στις ΗΠΑ μόλις από το 1994, ο χρόνος δεν ήταν αρκετός για τη διενέργεια εκτεταμένης έρευνας. Σαφώς χρειάζονται περαιτέρω μελέτες και ορισμένες βρίσκονται σε εξέλιξη. (S. Ashley, 2008)

B) Γενετικοί παράγοντες.

- *ΔΕΠ-Υ*: Οι γενετικοί παράγοντες συμβάλλουν σημαντικά στην παθογένεση της διαταραχής, καθώς φαίνεται ότι η ΔΕΠ-Υ είναι «οικογενειακή υπόθεση». Μελέτες οικογενειακών συστηματικά επιβεβαιώνουν το υψηλό ποσοστό επιπολασμού της ΔΕΠ-Υ μεταξύ των μελών

της οικογένειας του παιδιού με αυτή της διαταραχής (Biederman et al., 1992; Faraone et al., 2000). Ο πιο άμεσος τρόπος για να μελετήσει κανείς την επίδραση της κληρονομικότητας στην επίδραση της διαταραχής είναι η μελέτη διδύμων. Η γενετική επίδραση στην εκδήλωση της διαταραχής είναι η υψηλότερη μεταξύ των μονοζυγωματικών διδύμων, οι οποίοι μοιράζονται το 100% των γονιδίων τους σε αντίθεση με τους διζυγωματικούς διδύμους, οι οποίοι μοιράζονται μόνο το 50% των γονιδίων τους. Ο Faraone και οι συνεργάτες του (2005), στηριζόμενοι σε 20 μελέτες διδύμων, αναφέρουν ότι ο μέσος όρος της προβλεπόμενης κληρονομικότητας ανέρχεται στο 76%. Το γεγονός αυτό τοποθετεί τη ΔΕΠ-Υ ανάμεσα στις διαταραχές που κληρονομούνται με τη μεγαλύτερη συχνότητα. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Η αναζήτηση γονιδίων που αποτελούν πιθανούς προβλεπτικούς παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ είναι σε εξέλιξη τα τελευταία δέκα χρόνια, Είναι αποδεκτό ότι υπάρχει ένα μεγάλος εύρος γονιδίων που σχετίζονται με την διαταραχή, τα οποία έχουν μέτρια επίδραση (Tripp & Wickens, 2009). Σε μια πρόσφατη ανάλυση (Faraone et al., 2005) αναφέρεται ότι μόνο επτά υποψήφια γονίδια μπορούν να επηρεάσουν την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Σε αυτά τα γονίδια περιλαμβάνονται τέσσερα γονίδια κατεχολαμίνης (οι υποδοχείς ντοπαμίνης 4 και 5 –DRD4 και DRD5, ο μεταφορέας ντοπαμίνης –DAT1, και η ντοπαμίνη-β-υδροξυλάση – DBH), δύο γονίδια του συστήματος σεροτονίνης (ο μεταφορέας σεροτονίνης -5-HTT- και ο υποδοχέας σεροτονίνης 1B- HTR1B) και το γονίδιο SNAP- 25. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Σύμφωνα λοιπόν με τις μέχρι τώρα ερευνητικές μελέτες, φαίνεται ότι η ΔΕΠ-Υ είναι ετερογενής σε γενετικό επίπεδο, δεδομένου ότι υπάρχει ένα και μοναδικό γονίδιο το οποίο αιτιολογεί τη διαταραχή, αλλά μια πληθώρα γονιδίων με μέτρια έως μικρή επίδραση στην εκδήλωση. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

- *Σύνδρομο Asperger*: Έρευνες δείχνουν ότι το σύνδρομο έχει την τάση να εκδηλώνεται σε οικογένειες. Αν το παιδί έχει σύνδρομο Asperger, ίσως κάποιος άλλος από στην οικογένεια να έχει σύνδρομο Asperger είτε αυτισμό. Έρευνες σε δίδυμα υποστηρίζουν σθεναρά την ανάμειξη του γενετικού παράγοντα στον αυτισμό, καθώς τα μονοζυγωτικά δίδυμα παρουσιάζουν υψηλότερη πιθανότητα αυτισμού σε σύγκριση με τα διζυγωματικά δίδυμα. Αυτό το εύρημα αφορά εξίσου και τον αυτισμό. Όταν ένα μονοζυγωματικό δίδυμο έχει ΔΑΦ,

υπάρχουν 90% πιθανότητες το άλλο μονοζυγωματικό δίδυμο να έχει σημαντικά χαρακτηριστικά αυτισμού, αν όχι τη διαταραχή στο σύνολο. (S. Ashley, 2008)

Οι επιστήμονες εξετάζουν επίσης το ανδρικό χρωμόσωμα, το χρωμόσωμα Y. Σχεδόν το 80% των ατόμων με ΔΑΦ είναι άρρενα, γεγονός που οδηγεί τους ερευνητές να θεωρούν ως πιθανή αιτία της διαταραχής ανωμαλίες του χρωμοσώματος Y. (S. Ashley, 2008)

Γ) Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

- *ΔΕΠ-Υ και Σύνδρομο Asperger*: Υπάρχουν πολλοί εξωγενείς παράγοντες, προγεννητικοί, περιγεννητικοί και μεταγεννητικοί, που μπορεί να επηρεάσουν ένα παιδί σε διάφορες φάσεις ανάπτυξής του. Στη συνέχεια, θα αναφερθούν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που έχουν μελετηθεί περισσότερο. (S. Ashley, 2008)

Μία από τις πολλές επιπτώσεις του καπνίσματος κατά την κύηση είναι η πιθανή εκδήλωση ΔΕΠ-Υ και συνδρόμου Asperger στο παιδί (Linner et al., 2003). Η νικοτίνη προκαλεί δυσλειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος και κατά συνέπεια δυσχεραίνει περισσότερο το ήδη δυσλειτουργικό ντοπαμινεργικό σύστημα (Ernst et al., 2003). Ο Nigg (2006) αναφέρει ότι το 7% των περιπτώσεων εκδήλωσης των διαταραχών οφείλεται στο κάπνισμα κατά την διάρκεια της κύησης. Οι περισσότερες όμως έρευνες, που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα, μελετούν αναδρομικά τις καπνιστικές συνήθειες της μητέρας κατά την κύηση, με αποτέλεσμα την περιορισμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα των ευρημάτων που προκύπτουν από αυτές. Σε προοπτική μελέτη του Linner και των συνεργατών του (2006) για την διερεύνηση των καπνιστικών συνηθειών της μητέρας και την πιθανή σχέση τους με την εκδήλωση των διαταραχών στο παιδί, διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες που κάπνιζαν κατά την διάρκεια της κύησης είχαν 3 φορές πιθανότητες να αποκτήσουν παιδί με διαταραχή με μητέρες που δεν κάπνιζαν. (S. Ashley, 2008)

Η κατανάλωση αλκοόλ, επίσης, κατά τη διάρκεια της κύησης σχετίζεται με την εκδήλωση των διαταραχών από το παιδί (Mick et al., 2002a). Η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην επικινδυνότητα εκδήλωσης των διαταραχών, καθώς έχει βρεθεί ότι το 7% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger είχε εκτεθεί σε μικρές

ποσότητες αλκοόλ κατά την κύηση και το 10,5% είχε εκτεθεί σε μεγάλες ποσότητες αλκοόλ. Επίσης το χαμηλό βάρος γέννησης και η προωρότητα έχει αξιολογηθεί ως ένας επιπρόσθετος περιγεννητικός παράγοντας που συντελεί στην εκδήλωση των διαταραχών. (T. Attwood, 1998)

Η ψυχοπαθολογία της μητέρας κατά την κύηση αλλά και μετά τη γέννηση φαίνεται, επίσης, να συμβάλλει σημαντικά στην εκδήλωση των διαταραχών. Συγκεκριμένα το άγχος της μητέρας κατά την κύηση, αλλά και τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και συνδρόμου Asperger έχουν αναφερθεί ως επιβαρυντικοί παράγοντες που συνδέονται με τις διαταραχές. Παρόλα αυτά, η ύπαρξη των διαταραχών ή κατάθλιψη στη μητέρα δεν συνδέεται με την εκδήλωση των διαταραχών στα παιδιά μόνο άμεσα, μέσω γονιδιακών επιδράσεων, αλλά και έμμεσα. Συγκεκριμένα μελέτες υποστηρίζουν ότι ο γονέας με συμπτώματα των διαταραχών ή κατάθλιψη, τότε οι πιθανότητες για οικογενειακές συγκρούσεις και αποδιοργάνωσης αυξάνονται κι έτσι συντελούν στην εκδήλωση των διαταραχών στα παιδιά. Επομένως δεν είναι μόνο η ψυχοπαθολογία του γονέα που επηρεάζει την εκδήλωση των διαταραχών αλλά και η συνέπειες αυτής της ψυχοπαθολογίας στη συμπεριφορά του. (T. Attwood, 1998)

Ο τρόπος διαπαιδαγώγησης του παιδιού ως πιθανό αποτέλεσμα της ψυχοπαθολογίας του γονέα, μπορεί να θεωρηθεί ως ένας επιπρόσθετος παράγοντας επικινδυνότητας για την εκδήλωση των διαταραχών. Συγκεκριμένα, η αρνητική και δύσκολη συμπεριφορά του παιδιού μπορεί να επηρεάζει τη συμπεριφορά του παιδιού (Daley, 2006). Επομένως, λόγω της αμφίδρομης σχέσης παιδιού και γονέα, είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστεί η βασική αιτία που οδηγεί στη συμπτωματολογία των διαταραχών. Από τη μια πλευρά, τα παιδιά με διαταραχές συμμορφώνονται και ανταποκρίνονται λιγότερο στους κανόνες που θέτουν οι γονείς συγκεκριμένα με άλλα παιδιά (Befera & Barkley, 1985). Από την άλλη πλευρά οι γονείς είναι συνήθως περισσότερο αρνητικοί, ελεγκτικοί, παρεμβατικοί, απορριπτικοί, απαιτητικοί, και κατηγορηματικοί από τους γονείς των τυπικών αναπτυσσόμενων παιδιών (Buhrmester et al., 1992; Gardner, 1994). (T. Attwood, 1998)

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωση των διαταραχών. Όπως συμβαίνουν και στην περίπτωση των γενετικών παραγόντων, όμως, ο βαθμός επίδρασής τους είναι μικρός και δεν μπορούν να αιτιολογήσουν πλήρως τα συμπτώματα της διαταραχής. (T. Attwood, 1998)

Γ) Νευροψυχολογικοί Παράγοντες

- ΔΕΠ-Υ: Με τον όρο «νευροψυχολογία» αναφερόμαστε στην μελέτη των δομών και λειτουργιών του εγκεφάλου που σχετίζονται με συγκεκριμένες ψυχολογικές διεργασίες και συμπεριφορές. Υπάρχουν πολλοί νευροψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ, αλλά τέσσερις είναι αυτοί που έχουν μελετηθεί περισσότερο και έχουν συνδεθεί με συγκεκριμένα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ: (Ε.Κάκουρος, 2001)
 - 1) Ανασταλτικός έλεγχος: Η κεντρική δυσλειτουργία στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με τον Barkley (1997), αφορά στον ελλειμματικό ανασταλτικό έλεγχο. Ο ανασταλτικός έλεγχος αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να διακόπτει μια παρόρμηση, δηλαδή μία αυτοματοποιημένη αντίδραση ή και απάντηση ή άλλη παρόμοια συμπεριφορά. Υπάρχουν πολλές μελέτες που αποδεικνύουν τον ελλειμματικό ανασταλτικό έλεγχο των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (για ανασκόπηση ερευνών βλ. Willcutt et al., 2005). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ γνωρίζουν ότι κάποιες μορφές συμπεριφοράς τους μπορεί να μην είναι επιτρεπτές ή κατάλληλες σε συγκεκριμένες περιστάσεις, αλλά συχνά δεν μπορούν να αποτρέψουν την εκδήλωσή τους. (Ε.Κάκουρος, 2001)
 - 2) Μνήμη εργασίας: Η μνήμη εργασίας είναι η ικανότητα να διατηρεί κανείς στη μνήμη του διάφορες πληροφορίες για μικρό χρονικό διάστημα, ενώ συγχρόνως τις χρησιμοποιεί για την επίλυση του προβλήματος ή την ταξινόμησή τους σε λογική αλληλουχία (Baddeley, 1996). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν διαταραγμένη μνήμη εργασίας με αποτέλεσμα να επηρεάζει την σχολική, κοινωνική, επικοινωνιακή επίδοσή τους. (Ε.Κάκουρος, 2001)
 - 3) Αυτορρύθμιση συναισθήματος- διέγερσης και αποστροφής αναμονής: Η αυτορρύθμιση (self-regulation) αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να εξετάζει τις συνθήκες του περιβάλλοντος προκειμένου να αποφασίζει πώς θα ενεργήσει, να αξιολογεί κατά πόσο τα αποτελέσματα των πράξεων του είναι επιθυμητά και, κατά περίπτωση, να αναθεωρεί τις ενέργειες του (Sagvolden et al., 1998). Οι δεξιότητες που απαιτούνται για την κατάκτηση της αυτορρύθμισης είναι η αυτοπαρατήρηση, η αυτοαξιολόγηση και η αυτό- ενίσχυση. Πολλοί μελετητές τα τελευταία χρόνια υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν δυσκολίες που σχετίζονται με την ικανότητα να ρυθμίζουν τη διάθεση και τα συναισθήματά τους, να

συνεχίζουν την προσπάθεια τους όταν πρέπει να ολοκληρώσουν μια δύσκολη εργασία και να διατηρούν τη διέγερση και επαγρύπνησή τους σε φυσιολογικό επίπεδο (Sergeant, 2005; Van den Meer, 1996). (Ε.Κάκουρος, 2001)

- 4) Αντίληψη του χρόνου: Η αντίληψη του χρόνου αναφέρεται στην ικανότητα να εκτιμήσει κάποιος με ακρίβεια ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ή να συγκρίνει χρονικά την απόσταση δύο σημείων (Toplak et al., 2003). Η αντίληψη του χρόνου είναι μια προσαρμοστική ικανότητα που βοηθά το άτομο να προβλέπει διάφορες καταστάσεις και να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά σε αυτές. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μειωμένη ικανότητα στην αντίληψη του χρόνου συγκριτικά με τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά (Smith et al., 2002). (Ε.Κάκουρος, 2001)

1.5. Συχνότητα ΔΕΠ-Υ και Συνδρόμου Asperger.

Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ συναντάμε αρκετά συχνά σε παιδιά με σύνδρομο Asperger και πολλά παιδιά διαπιστώνεται ότι πάσχουν και από τις δύο διαταραχές. Το ποσοστό των παιδιών που εμφανίζουν συγχρόνως ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger, σύμφωνα με διάφορες μελέτες, κυμαίνονται από το 17% ως το 85%. Επειδή τα συμπτώματα τις ΔΕΠ-Υ είναι ολοφάνερα και δυσβάστακτα, συχνά επισκιάζουν τα συμπτώματα του συνδρόμου Asperger. Το σύνδρομο Asperger δεν ανιχνεύεται στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επειδή γονείς και ειδικοί δεν κατορθώνουν να το εντοπίσουν. Κάθε παιδί με ΔΕΠ-Υ που έχει προβλήματα με τις κοινωνικές δεξιότητες θα πρέπει να εξετάζεται για σύνδρομο Asperger. (S. Ashley, 2008)

Ένα σημαντικό ποσοστό όλων των παιδιών στο γενικό πληθυσμό έχουν ΔΕΠ-Υ. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι το ποσοστό της κλινικά σημαντικής διαταραχής είναι τουλάχιστον της τάξης του 3% με τα αγόρια να υπερिशύουν αριθμητικά των κοριτσιών με αναλογία τουλάχιστον δύο προς ένα. Ανάλογα ποσοστά παρουσιάζει το σύνδρομο Asperger, αν και δεν έχουν γίνει συστηματικές επιδημιολογικές έρευνες, η συχνότητα του φαινομένου είναι περιορισμένη στο 2%. Σε μια επιδημιολογική μελέτη στο Γκέτεμποργκ της Σουηδίας, η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου σε ηλικία 7- 16 ετών ήταν 1%, αναλογία εμφάνισης 4 αγόρια προς ένα κορίτσι. Σε αντίστοιχη πληθυσμιακή μελέτη στον Καναδά, η συχνότητα εμφάνισης αυτιστικών διαταραχών ήταν 0.024%. Τέλος στην Μεγάλη Βρετανία υπολογίζεται πως υπάρχουν περίπου 47.400 παιδιά με σύνδρομο Asperger.

Πολλά άτομα με σύνδρομο Asperger, εμφανίζουν σοβαρού βαθμού απροσεξίας και παρορμητικότητα και μπορεί πληρούν τα κριτήρια του DSM- IV για ΔΕΠ-Υ. (C. Gillberg, 2011)

1.6. Κλινική εικόνα ΔΕΠ-Υ και Σύνδρομο Asperger

Α)ΔΕΠ-Υ

- *Βρεφική ηλικία:* Μέχρι πρόσφατα επικρατούσε η άποψη ότι κατά την βρεφική ηλικία δεν υπάρχουν συγκεκριμένες ενδείξεις που να παραπέμπουν στην πιθανότητα ύπαρξης ΔΕΠ-Υ, αλλά ορισμένες μορφές συμπεριφοράς που καθιστούν ορισμένα βρέφη πιο «δύσκολα» στη φροντίδα για τις μητέρες τους συγκριτικά με κάποια άλλα (Goldstein & Goldstein,1998; Thomas & Chess, 1977). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Δύο βασικά χαρακτηριστικά αυτής της ομάδας των «δύσκολων βρεφών» είναι η εκδήλωση δυσκολιών στον ύπνο και στη λήψη τροφής. Πρόκειται για βρέφη που κοιμούνται με δυσκολία και κάνουν ανήσυχο ύπνο ξυπνούν σε τακτά χρονικά διαστήματα και δυσκολεύονται να ακολουθήσουν σταθερό πρόγραμμα ύπνου (Thunstrom, 2002). Η συχνότητα των γευμάτων τους δεν είναι σταθερή και δυσκολεύουν αρκετά τις μητέρες τους προκειμένου να καταναλώσουν την απαραίτητη ποσότητα φαγητού. Η μεγαλύτερη δυσκολία παρατηρείται συνήθως κατά την περίοδο που επιχειρούνται αλλαγές στην διατροφή τους, ειδικά όταν πρέπει να περάσουν από το γάλα στη στερεά διατροφή (Ross & Ross, 1982). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Οι μητέρες τέτοιων παιδιών συχνά αναφέρουν ότι το παιδί τους πολλές φορές κλαίει χωρίς προφανή λόγο και ότι ακόμα και οι ίδιες δυσκολεύονται να κατανοήσουν τα αίτια της ανησυχίας για να τα καθησυχάσουν. Αναφέρουν μάλιστα ότι το κλάμα είναι οξύ, έντονο παρατεταμένο (Wolff, 1969). Αναφέρεται επίσης ότι τα βρέφη αυτά έχουν κωλικούς (Goldstein & Goldstein,1998), παρουσιάζουν αυξημένη κινητικότητα ακόμα και μέσα στην κούνια τους, αναστατώνονται εύκολα, και δυσκολεύονται να ηρεμήσουν (Wolff,1969). Επίσης διαπιστώθηκε μικρότερη διάρκεια συντηρούμενης προσοχής και αυξημένα επίπεδα

κινητικής δραστηριότητας σε σχέση με τα φυσιολογικά βρέφη (Ninowski, 2010). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

- *Νηπιακή ηλικία:* Κατά τη νηπιακή ηλικία τα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς που παραπέμπουν στην πιθανότητα ύπαρξης ΔΕΠ-Υ αυξάνονται και είναι περισσότερο συγκεκριμένα. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Ένα νήπιο με ΔΕΠ-Υ κινείται ακατάπαυστα και αδυνατεί να παραμείνει ήσυχο για περισσότερα από λίγα λεπτά. Οι ενήλικοι συνήθως κουράζονται να βλέπουν ένα παιδί να βρίσκεται διαρκώς σε εγρήγορση και να ασχολείται μονίμως με διάφορα πράγματα, το ίδιο το παιδί δεν φαίνεται να κουράζεται. Κάποιοι γονείς περιγράφουν τα παιδιά τους σαν «σβούρα» ή λένε χαρακτηριστικά ότι «μοιάζει να έχει ένα μοτεράκι που δεν σταματά ποτέ». (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ κινείται διαρκώς, και συν τοις άλλοις είναι αδέξιο στις κινήσεις του, είναι φυσικό και αναμενόμενο να πέφτει και να χτυπά συχνότερα, να προκαλεί περισσότερες ζημιές και να αντιμετωπίζει σε μεγαλύτερο βαθμό το κίνδυνο του τραυματισμού. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Ένας από τους κυριότερους λόγους νηπίων με ΔΕΠ-Υ στον ειδικό είναι η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και οι δυσκολίες στην άρθρωση και τη δομή του προφορικού λόγου (Baker & Cantwell, 1987). Συγκεκριμένα, στην άρθρωση προφέρουν λανθασμένα ή παραλείπουν ορισμένα φωνήματα(ιδιαίτερα τα άηχα και διαρκή ("δ", "θ", "φ") δυσκολεύονται να προφέρουν τις λέξεις με ομαλό ρυθμό, ακόμα αντιστρέφουν φωνήματα ή και ολόκληρες συλλαβές κατά την εκφορά των λέξεων, όσο αναφορά το προφορικό τους λόγο είτε μπορεί να είναι πολύ αργός είτε πολύ γρήγορος χωρίς δομή. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Το νήπιο με ΔΕΠ-Υ πολλές φορές συμπεριφέρεται με προκλητικό τρόπο προκειμένου να προσελκύσει την προσοχή των γύρω του. Άλλοτε πάλι η αδυναμία αναστολής των ακατάλληλων αντιδράσεων και η έλλειψη αυτοελέγχου το ωθούν στην παραβίαση κανόνων που θέτουν οι γονείς, με αποτέλεσμα τη δημιουργία συγκρούσεων και την κορύφωση της έντασης στο οικογενειακό περιβάλλον (Barkley,1990). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Λόγω της διάσπασης της προσοχής, το νήπιο με ΔΕΠ-Υ μπορεί να δυσκολευτεί να παρακολουθεί μια μακροσκελή πρόταση, μια περίπλοκη εντολή ή μια οδηγία που δόθηκε με γρήγορο ρυθμό είτε από τον εκπαιδευτικό είτε από τον γονέα. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Η παρορμητική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ το καθιστά πολλές φορές επιθετικό απέναντι στα άλλα παιδιά, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζει συχνά προβλήματα προσαρμογής στον παιδικό σταθμό ή στο νηπιαγωγείο και να δυσκολεύεται να ενταχθεί ομαλά σε μια ομάδα των συνομηλίκων του (Campbell & Cluss, 1982). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Σχολική ηλικία: Η σχολική ηλικία αποτελεί την πλέον μελετημένη αναπτυξιακή περίοδο σε σχέση με την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Η συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι είναι συνήθως θορυβώδης και ενίοτε προκλητική και διασπαστική. Τα συχνά ξεσπάσματα θυμού, η έλλειψη συμμόρφωσης σε κανόνες, καθώς και η ελλιπής ανταπόκριση στις απαιτήσεις και στις οδηγίες των ενηλίκων είναι τα βασικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στην σχολική ηλικία (APA, 2000). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά σηκώνονται από την θέση τους την ώρα του μαθήματος και περιφέρονται χωρίς λόγο μέσα στην τάξη πειράζοντας και ενοχλώντας τους συμμαθητές τους, ιδιαίτερα στις πρώτες τάξεις δημοτικού (Barkley, DuRaul & McMurray, 1990). Άλλες φορές μπορεί να αναζητήσουν με κάθε τρόπο κάποια αφορμή για να σηκωθούν ή απλώς να κινηθούν, όπως να ξύσουν το μολύβι τους ή να πάνε τουαλέτα. Ακόμα και την ώρα που παραμένουν στην καρέκλα τους, στριφογυρίζουν στο κάθισμα τους, κινούν νευρικά τα πόδια και τα χέρια, κάνουν απότομες κινήσεις χωρίς λόγο και φαίνεται ότι πρέπει να καταβάλλουν πολύ μεγάλη προσπάθεια για να παραμείνουν ήσυχα και να μην κάνουν φασαρία (DuPaul & Stoner, 2003). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Έχει διαπιστωθεί ότι στο σχολικό πλαίσιο ή συνολική διάρκεια συγκέντρωση της προσοχής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι σημαντικά μικρή (Kofler Rapport & Alderson, 2007). Τα παιδιά αυτά αφαιρούνται, ιδιαίτερα όταν το μαθησιακό αντικείμενο παρουσιάζει δυσκολίες ή δεν προσελκύει το ενδιαφέρον τους και απαιτείται από αυτά παθητική συμπεριφορά (Vilejunod et

al., 2006). Επίσης, οι εργασίες των παιδιών αυτών είναι συχνά ακατάστατες ημιτελείς και γεμάτες λάθη «απροσεξίας» όπως συνηθίζουν να λένε οι παιδαγωγοί. (Ε. Κάκουρος-Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν ελλειπίες οργανωτικές ικανότητες (Hall et al., 1997). Χάνουν συχνά τα πράγματα τους και δίνουν την εντύπωση ότι ξεχνούν εύκολα. Ανάλογη είναι συνήθως η κατάσταση και στο οικογενειακό πλαίσιο, όπου η προσπάθεια αποφυγής της μελέτης, η τάση εύκολης παραίτησης και η ανάγκη συνεχούς στήριξης καθιστούν πολλές φορές τη σχολική μελέτη αντικείμενο συγκρούσεων ανάμεσα στο παιδί και στους γονείς του, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση μαθησιακών κενών. (Cunningham, 2007). (Ε. Κάκουρος-Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Ένας άλλος τομέας που αντιμετωπίζουν δυσκολίες είναι και οι κοινωνικές συναλλαγές τους, καθώς συχνά βιώνουν απορριπτική συμπεριφορά εκ μέρους τους, σε ποσοστό 52% έως 82% (Hoza et al., 2005). Χαρακτηρίζονται επίσης από ελλιπή κοινωνικές δεξιότητες, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να ακολουθήσουν ικανοποιητικά τους κανόνες μιας ομάδας και να ενταχθούν ομαλά σε αυτή (Murray- Close et al.,2010). Το 30%- 50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ηλικίας 7 έως 10 ετών εκδηλώνει παράλληλα συμπτώματα Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής ή Διαταραχής Διαγωγής (Barkley et al., 1990) ενώ 20%-30% των παιδιών αυτών εκδηλώνει αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές της διάθεσης (Tannock, 2000). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Όσο αναφορά τη γλωσσική ανάπτυξη: Σε φωνολογικό επίπεδο, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στη σχολική ηλικία, οι δυσκολίες άρθρωσης συνήθως υποχωρούν, αλλά οι δυσκολίες ακουστικής διάκρισης παραμένουν και συχνά σχετίζονται με τις μαθησιακές δυσκολίες δυσλεξικού τύπου που συχνά αντιμετωπίζουν τα παιδιά αυτά. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Στη γραμματική, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλές επιδόσεις. Ωστόσο, οι Wassenberg και οι συνεργάτες (2010) έδειξαν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ κατανοούν περίπλοκες προτάσεις με την ίδια ακρίβεια, όπως και τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά, αλλά με πιο αργό ρυθμό. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Σε πραγματολογικό επίπεδο, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν προβλήματα στην κατανόηση αιτιωδών σχέσεων, δυσκολεύονται να αξιοποιήσουν τη δομή της αφήγησης

προκειμένου να διαμορφώσουν μια αναπαράσταση της ιστορίας, ενώ συνήθως δεν μπορούν να εξάγουν συμπεράσματα με βάση την αφήγηση. Επίσης αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κατανόηση της θεματικής σημασίας των γεγονότων μιας αφήγησης. Στην παραγωγή τα παιδιά αυτά μπορούν να μιλούν ακατάπαυστα κατά την διάρκεια ελεύθερων συζητήσεων ή του παιχνιδιού. Αντιθέτως μιλούν λίγο και ο λόγος δεν έχει ομαλή ροή (π.χ. κάνουν παύσεις ή συμπληρώνουν τις προτάσεις με ήχους και συλλαβές, όπως «εμ..», «α..»), πιο συγκεκριμένα όταν τους ζητηθεί να αφηγηθούν μια ιστορία ή ένα γεγονός, να δώσουν ορισμό, να δώσουν οδηγίες ή να απαντήσουν σε συγκεκριμένες ερωτήσεις (Lorch et al., 2010; Tannock & Schachar, 1996). Επιπλέον, κατά το διάλογο, τα παιδιά αυτά πολλές φορές δεν μπορούν να μείνουν προσηλωμένα στο θέμα μιας συζήτησης ή να μεταβούν σε άλλο θέμα με ομαλό τρόπο, ενώ συχνά διακόπτουν το συνομιλητή τους και αναφέρονται σε θέματα σχετικά άσχετα με το θέμα της συζήτησης. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Εφηβική ηλικία και ενηλικίωση: Η εφηβική ηλικία είναι εξ' ορισμού έντονων ψυχολογικών αλλαγών. Η εικόνα του εφήβου με ΔΕΠ-Υ είναι στενά συνυφασμένη με την πορεία που έχει ήδη διανύσει. Σε γενικές γραμμές, η διάσπαση προσοχής φαίνεται να αποτελεί από τα πιο στενά και επίμονα χαρακτηριστικά του συνδρόμου. Αντίθετα τα συμπτώματα υπερκινητικότητας συνήθως υποχωρούν κατά την εφηβεία και συνήθως αντικαθίστανται από αυξημένη ανησυχία και νευρικότητα (Hart et al., 1995). Έχει παρατηρηθεί ότι στις περιπτώσεις όπου η υπερκινητικότητα επιμένει αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών αγωγής. Η εμφάνιση αυτού του είδους διαταραχών συνδέεται επίσης με τη μειωμένη εμπιστοσύνη που τρέφουν συνήθως για τον εαυτό τους οι έφηβοι, οι οποίοι έχουν γνωρίσει έντονα την αποτυχία στο σχολικό και διαπροσωπικό πλαίσιο. Η μειωμένη αυτό εκτίμηση καθιστά πολλές φορές τον έφηβο με ΔΕΠ-Υ ευάλωτο και επιρρεπή στις αρνητικές επιρροές ορισμένων ομάδων συνομηλίκων του. Όπως διαπιστώνεται, οι έφηβοι με διαταραχές αγωγής, έχουν αυξημένες πιθανότητες εγκατάλειψης του σχολείου, κατάχρησης ουσιών και παραβίαση νόμων (Hart et al., 1995 Κάκουρος, 1998). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Ανάλογες δυσκολίες ενδέχεται να αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ και ως ενήλικες. Οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ασταθή συμπεριφορά στην επαγγελματική τους ζωή και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, ορισμένοι μάλιστα ενδέχεται να εμπλακούν και σε αντικοινωνικές ενέργειες (Klein & Manuzza, 1991). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

B) Σύνδρομο Asperger

- *Βρεφική ηλικία:* Δεν υπάρχουν συμπτώματα στα πρώτα χρόνια ζωής ικανά να προειδοποιήσουν ένα γονιό ή κλινικό σχετικά με τη πιθανότητα εκδήλωσης συνδρόμου Asperger. Δεν είναι ακόμα αρκετά στοιχεία γνωστά για τα πολύ πρώιμα συμπτώματα της διαταραχής, που να αιτιολογούν οποιοδήποτε είδους ανίχνευση. Κάποια στοιχεία του συνδρόμου μπορεί να είναι παρόντα από πολύ νωρίς, αλλά δεν είναι δυνατόν σε αυτό το πρώιμο στάδιο της ανάπτυξης να διαπιστωθεί ένα η κλινική εικόνα αργότερα θα είναι σύνδρομο Asperger. (C. Gillberg, 2011)

Στην βρεφική ηλικία παρατηρούνται μη ειδικά συμπτώματα. Οι ανωμαλίες στη δομή του ύπνου, η φτωχή προσοχή (πιο συγκεκριμένα η φτωχή ακουστική προσοχή), η υπερδραστηριότητα ή εξαιρετική παθητικότητα, η φτωχή προσαρμοστικότητα του σώματος (σε σημείο που το παιδί να μην καταφέρνει να προσανατολίζεται στην αγκαλιά της μητέρας, όταν το ταΐζει) το «επίμονο» βλέμμα και η προσήλωση στη λεπτομέρεια ανήκουν στα συμπτώματα που παρουσιάζονται σε μεγάλο βαθμό στο σύνδρομο και μπορεί να είναι εμφανή από πολύ μικρή ηλικία. Σε αυτά μπορεί να προστεθεί το ότι λίγα παιδιά με σύνδρομο περπατούν πολύ πριν τα πρώτα τους γενέθλια (11-13 μήνες), ενώ αλλά ξεκινούν να περπατούν πιο αργά. (C. Gillberg, 2011)

Τα βρέφη με σύνδρομο Asperger εμφανίζουν ελαφρά καθυστέρηση στην κινητική τους ανάπτυξη, αλλά με ενδείξεις από πολύ νωρίς ότι διαθέτουν καλές γλωσσικές δεξιότητες μίμησης. Αλλά παιδιά με σύνδρομο αργότερα φαίνονται πιο «διαταραγμένα» ήδη από το πρώτο έτος της ζωής. Κραυγάζουν πολύ, παρηγορούνται δύσκολα, έχουν ακραίες μεταπτώσεις μεταξύ υπερδραστηριότητας και απάθειας, μοιάζουν να «πονούν» και μπορεί να εμφανίσουν προβλήματα στον ύπνο. (C. Gillberg, 2011)

Εμφανίζουν τα κλασικά συμπτώματα του αυτισμού. Πρόκειται για ασυνήθιστες αντιδράσεις σε αισθητηριακά ερεθίσματα (συγκεκριμένα ήχο, οσμή και αφή), διαταραχές του βλέμματος (βλέμμα καρφωμένο, λιγότερο «ζωντανό», που δεν ακολουθεί την κατεύθυνση των άλλων) και όψη «πολύ γέρικη και σοφή». Είναι αρκετά συνηθισμένο το δείξιμο με το δάκτυλο, ειδικότερα, για το δείξιμο που αφορά την ανάγκη/παρόρμηση για μοίρασμα

προσοχής με τους άλλους. Εμφανίζουν επίσης, «αυτιστική μοναχικότητα» και την «απόμακρη στάση» πριν την ηλικία των τριών. (C. Gillberg, 2011)

Ο λόγος αναπτύσσεται αργότερα και χαρακτηρίζεται από ηχολαλία (επανάληψη λέξεων ή φράσεων που ακούν από το περιβάλλον τους). Δεν είναι ασυνήθιστο να μιμείται άλλους ανθρώπους ή ακόμα και ξένες γλώσσες, η ικανότητα αυτή συγκαλύπτει συνήθως σοβαρά υποκειμενικά ελλείμματα στην επικοινωνία. Η κατανόηση μπορεί να είναι μη φυσιολογική, ακόμα κι όταν η κατανόηση μεμονωμένων λέξεων φαίνεται να είναι ανεπηρέαστη. (C. Gillberg, 2011)

Η κινητική ανάπτυξη είναι συχνά καθυστερημένη και ελαφρά ή μέτρια αφύσικη. Πολλά παιδιά με σύνδρομο είναι υποδραστήρια κατά το πρώτο χρόνο ζωής του. Μπορεί να εμφανίζουν αφύσικες κινήσεις ενώ γυρίζουν ανάσκελα σε μπρούμυτα και το αντίστροφο. Πολύ συχνή είναι και η απουσία ή καθυστέρηση στην έναρξη του μπουσουλήματος, του καθίσματος χωρίς στήριξη, του σηκώματος στην όρθια θέση και των εξερευνητικών κινητικών συμπεριφορών. Η καθυστερημένη εμφάνιση του βαβίσματος είναι συνηθισμένη και είναι πολύ κοινό «χαρακτηριστικό» της διαταραχής. (C. Gillberg, 2011)

Η αδέξια και φτωχά συντονισμένη κινητικότητα είναι κανόνας, ακόμα και όταν η ανάπτυξη της λεπτής κινητικότητας είναι πολύ προχωρημένη. Πολλά παιδιά με σύνδρομο είναι «υπερπροσεκτικά» και δεν επιχειρούν δυνητικά επικίνδυνες δραστηριότητες. Ωστόσο, υπάρχουν και εκείνα, τα οποία από μικρή ηλικία είναι υπερδραστήρια και παρορμητικά και μπορεί να εμπλέκονται σε διάφορων τύπων επικίνδυνες συμπεριφορές. (C. Gillberg, 2011)

- *Προσχολική ηλικία:* Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger όταν πάνε στο παιδικό σταθμό, τα συμπτώματα του συνδρόμου βγαίνουν στην επιφάνεια, καθώς δεν καταφέρνουν να μπουν στο παιχνίδι των συνομηλίκων τους και μοιάζουν ευχαριστημένα να βρίσκονται στο «κόσμο τους». Επικοινωνούν καλύτερα με τους δασκάλους τους παρά με τα άλλα παιδιά της ηλικίας τους. Στο παιδικό σταθμό συχνά εμφανίζουν παράξενες συμπεριφορές: κάνουν ανοησίες, φωνάζουν, είναι επιθετικά ή αποτραβηγμένα. Η υπερκινητικότητα, η ελλειμματική προσοχή και τα συναισθηματικά ξεσπάσματα είναι συνηθισμένα στην ηλικία αυτή. (C. Gillberg, 2011)

Η μετάβαση από τη μια δραστηριότητα στην άλλη πολλές φορές αποδεικνύεται δύσκολη. Παρατηρούνται ακόμα επαναλαμβανόμενες κινήσεις. Επίσης παρατηρούνται έξοχες

μνημονικές ικανότητες για παράδειγμα, το παιδί είναι σε θέση να απαγγείλει διαλόγους από τα αγαπημένα του κινούμενα σχέδια και ταινίες. Επιπλέον βλέπει κανείς να ενθουσιάζεται συλλέγοντας παράξενα αντικείμενα και παιχνίδια. Ακόμα σε αυτή την ηλικία φαίνεται να επικεντρώνονται μάλλον στο να οργανώνουν, να μετρούν ή να μετακινούν τα αντικείμενα που συλλέγουν παρά στο να παίζουν με αυτά. (C. Gillberg, 2011)

Γενικά παρατηρείται πρόωρη γλωσσική ανάπτυξη και συχνά τα μικρά παιδιά με σύνδρομο εντυπωσιάζουν τους μεγάλους, επειδή είναι εξαιρετικά ομιλητικά, έξυπνα και μιλούν σαν μεγάλοι. Ωστόσο, την ίδια στιγμή δυσκολεύονται να κρατήσουν το τόνο τους σε ένταση ταιριαστεί με την περίσταση και να διεξάγουν μια συζήτηση στην οποία και το άλλο άτομο μπορεί να συμμετάσχει. Τέλος, δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν χειρονομίες ενώ μιλούν. (C. Gillberg, 2011)

- *Σχολική ηλικία:* Περίπου στην ηλικία των έξι ετών μέχρι τα όψιμα προεφηβικά χρόνια, η κλινική εικόνα γίνεται συνήθως πιο εντυπωσιακή και τα χαρακτηριστικά, συχνά, τόσο αντιπροσωπευτικά, αν δοθεί η δέουσα προσοχή, η διάγνωση σπάνια διαφεύγει. (C. Gillberg, 2011)

Στην ηλικία αυτή, εμφανίζεται περιορισμένη ικανότητα για κοινωνική αμοιβαιότητα. Αυτό το σύμπτωμα γίνεται αντιληπτό σαν «ακραίος εγωκεντρισμός», που είναι με τη σειρά του για την ελαττωμένη ικανότητα να υπερβαίνει κανείς τα όρια του «εαυτού» του και να αντιλαμβάνεται τις γνωστικές ή συναισθηματικές προοπτικές των άλλων ανθρώπων. Το παιδί συμπεριφέρεται με ακατάλληλους τρόπους συναισθηματικά και κοινωνικά. Παρατηρείται συχνά μείγμα πρόωρων συμπεριφορών και κοινωνικής ανωριμότητας ενώ η συνολική προσέγγιση του παιδιού στην επικοινωνία με άλλους ανθρώπους συνήθως θεωρείται είτε προκλητική είτε υπερβολικά αφελής. Το πρόβλημα είναι ότι το παιδί με το σύνδρομο δεν κατανοεί τους κοινωνικούς κανόνες, δεν μπορεί να κρίνει τις περιστάσεις και είναι ανίκανο να συμπεράνει ότι «συγκεκριμένα πράγματα δεν λέγονται σε συγκεκριμένες καταστάσεις». Από την άλλη, ο εγωκεντρισμός των παιδιών αυτών τους δυσκολεύει να βρει φίλους, τα πρώτα σχολικά χρόνια δεν ενοχλούνται από την έλλειψη αυτή καθώς δεν το έχουν συνειδητοποιήσει ακόμα. (C. Gillberg, 2011)

Τα ιδιαίτερα στενά ενδιαφέροντα γίνονται, συχνά, ιδιαίτερος εμφανή κατά τα σχολικά χρόνια και μπορεί να εξελιχθούν σε μεγάλο πρόβλημα. Τα αγόρια με σύνδρομο συχνά

συσσωρεύουν δεδομένα σχετικά με συγκεκριμένα θέματα που αντλούν από το περιβάλλον τους, σε αντίθεση με τα κορίτσια που μοιάζουν να έχουν λίγα ή ακόμα να μην έχουν καθόλου ενδιαφέροντα. Στα αγόρια φαίνεται να τους ασκεί ιδιαίτερη γοητεία αυτή η διεργασία, να καταγράφουν λίστες δεδομένων. Τέτοιες λίστες είναι συνήθως: ιστορικά δεδομένα, πρωτεύουσες του κόσμου, μετεωρολογία, δεινόσαυροι, αρχαιολογία, κινηματογράφος και διάσημοι ηθοποιοί, τραγουδιστές της όπερας, μαθηματικά, οι πρώτοι αριθμοί, δρομολόγια του τραμ, τηλεφωνικοί κατάλογοι, βάτραχοι. Κάποιες φορές υπάρχουν ταυτόχρονα δύο ή τρία ενδιαφέροντα, αλλά σπάνια περισσότερα. Τα ενδιαφέροντα μπορεί να έρχονται και να παρέρχονται, αν και ένα ποσοστό παιδιών μπορεί να «κολλήσουν» στο πρώτο και «μοναδικό» ενδιαφέρον τους σε όλη τη ζωή του. (C. Gillberg, 2011)

Σε αυτή την ηλικία έχουμε την εμφάνιση των επαναλαμβανόμενων σκέψεων, πράξεων, τελετουργιών και εξάρτηση από ρουτίνες. Σε πολλές περιπτώσεις στα παιδιά αυτά, υπάρχει η ανάγκη να επαναλαμβάνουν σκέψεις και πράξεις «μέσα στο μυαλό» και να εκτελούν μια ποικιλία από επαναληπτικές πράξεις. Οι ρουτίνες και οι τελετουργίες συνδέονται συχνά απευθείας με τα ειδικά ενδιαφέροντα, αλλά επιβάλλονται επίσης και σε άλλες δραστηριότητες όπως το ντύσιμο, διατροφή, παρακολούθηση τηλεόρασης. Οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί μπορεί μερικές φορές να είναι τόσο σοβαροί, ώστε να πληρούνται ξεχωριστά κριτήρια και για ψυχαναγκαστική- καταναγκαστική διαταραχή ή την ψυχαναγκαστική- καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας. (C. Gillberg, 2011)

Ένας σημαντικός τομέας που επηρεάζεται σημαντικά από το σύνδρομο Asperger είναι η ομιλία και η γλώσσα. Ορισμένα παιδιά με σύνδρομο στην σχολική ηλικία έχουν κάποια δυσκολία στην άρθρωση και συχνά υπάρχει «παιδικός τόνος» στην ομιλία, ακόμα και όταν το γλωσσικό περιεχόμενο θεωρείται πρόωρα ανεπτυγμένο. Η υπερλεξία είναι συχνή, με την έννοια ότι οι δεξιότητες μηχανικής ανάγνωσης είναι δυνατόν να είναι εξαιρετικές, παρόλο που κατανόηση μπορεί να μην έχει ελλείμματα. Τα προβλήματα κατανόησης του λόγου είναι συνηθισμένα ακόμα και σε περιπτώσεις με εξαιρετικό λεξιλόγιο. Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger έχουν δυσκολία να κατανοήσουν το λόγο μέσα σε ένα γλωσσικό πλαίσιο, όπως επίσης, να αντιληφθούν το μεταφορικό λόγο, ή την πραγματολογική έννοια, με οτιδήποτε δεν τους εξηγείται αναλυτικά. (C. Gillberg, 2011)

Οι πραγματολογικές δυσκολίες είναι ύψιστης σημασίας. Ακόμα και σε περιπτώσεις ατόμων με υπέροχες εκφραστικές δεξιότητες, οι δυσκολίες να διατηρήσουν μια συζήτηση μπορεί να

είναι πολύ σοβαρές. Η απάντηση σε «ανοιχτού τύπου» ερωτήσεις (όπως: πώς ήταν η μέρα σου;) μπορεί να είναι σχεδόν αδύνατη. Ενδέχεται να απαντήσουν λέγοντας: «τι ακριβώς θες να μάθεις;». Οι περισσότεροι προτιμούν συγκεκριμένες ερωτήσεις που έχουν μόνο μια «σωστή» απάντηση. (C. Gillberg, 2011)

Πολλά παιδιά με σύνδρομο μιλούν ελαφρώς άφωνα, πνιχτά, ή μουρμουριστά, ειδικά όταν είναι σημαντικό να εκφραστούν με ξεκάθαρο τρόπο. Αυτοί οι ίδιοι άνθρωποι στη συνέχεια μπορεί να υπεραρθρώνουν, όταν χρησιμοποιήσουν κοινωνικά κλισέ. Ορισμένοι σκοντάφτουν στις λέξεις και μπορεί να έχουν την αποκαλούμενη «ταχυλαλία». Η πλειοψηφία έχει «επίπεδη προσωδία», μια μονότονη φωνή, όμως μπορεί να υπάρχει διακύμανση στο βαθμό της μονοτονίας. Η ένταση είναι συχνά ασυνήθιστη και ο έλεγχος της φωνής δεν είναι προσανατολισμένος στην κοινωνική κατάσταση. Πολλοί μιλούν υπερβολικά δυνατά ή και σιγανά, γρήγορα ή αργά, αυτό οφείλεται στην ανεπάρκεια στο σύστημα ακουστικής ανατροφοδότησης. (C. Gillberg, 2011)

Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger αντιμετωπίζουν προβλήματα επικοινωνίας που επηρεάζουν τις μη λεκτικές ικανότητες. Η μιμητική ικανότητα του προσώπου μπορεί να είναι εξαιρετικά φτωχή, οι χειρονομίες στερεότυπες και το βλέμμα αυστηρό, καθηλωμένο απλανές ή ορθάνοιχτο. Λέγεται ότι έχουν το «πρόσωπο του παίκτη του πόκερ». Πολλοί, πάλι, αδυνατούν να υπολογίσουν την κατάλληλη σωματική απόσταση, όταν επικοινωνούν με άλλους ανθρώπους. Έτσι, ενδέχεται να πλησιάσουν πολύ κοντά είτε να σταθούν πολύ μακριά από το άτομο που επιθυμούν να απευθυνθούν ή να επικοινωνήσουν με άλλους τρόπους. (C. Gillberg, 2011)

Επίσης, τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν κινητικά προβλήματα, συχνά ξεχωρίζουν από τ' άλλα παιδιά εξαιτίας της ιδιαίτερης, πραγματικά πολύ παράξενης κινητικής τους απόδοσης. Το βάβισμα τους μπορεί να είναι υποτονικό, άχαρο ή άκαμπτο χωρίς την συνοδευτική ταλάντωση των χεριών. Οι λεπτές κινήσεις συχνά είναι αδέξιες και με κακό συντονισμό, ειδικά σε κοινωνικά περιβάλλοντα. Όμως, ορισμένοι από εκείνους που δείχνουν ότι είναι αδέξιοι, μπορεί να τα πάνε εξαιρετικά καλά σε δραστηριότητες, για τις οποίες έχει δοθεί υψηλό κίνητρο και είναι καλά εκπαιδευμένοι. Ωστόσο, η αδρή κινητικότητα είναι ένα μεγάλο πρόβλημα. Παρουσιάζονται προβλήματα με την εκμάθηση του ποδήλατου (πολλοί δεν μπορούν να καταφέρουν ακόμα και στην ηλικία των δέκα), το κολύμπι, το πιάσιμο ή το

κλώτσημα μπάλας στη σωστή κατεύθυνση, ενώ η εκτέλεση δραστηριοτήτων αδρής κινητικότητας σε ομάδα είναι πιο προβληματική. (C. Gillberg, 2011)

Αρκετά παιδιά με σύνδρομο παρουσιάζουν έκδηλες στερεότυπες κινήσεις, πολλές από τις οποίες θα πάψουν να εμφανίζονται στην όψιμη ηλικία. Μπορεί, ωστόσο να εξακολουθούν να υπάρχουν ακόμα κάποιες στερεότυπες, όπως υπέρκταση των δακτύλων κοντά στο στόμα, σφίχτες και τρεμάμενες γροθιές ή ελαστικό «πετάρισμα» των χεριών που μπορούν όλα να εμφανιστούν σε κατάσταση αναστάτωσης, όταν υπάρχει αγχώδη αναμονή ή στενοχώρια. (C. Gillberg, 2011)

Πολλά παιδιά με σύνδρομο Asperger αναπτύσσουν τικ γύρω στη σχολική ηλικία. Τα τικ δεν είναι μέρος του συνδρόμου, αλλά είναι συχνό, και κάποτε ήταν δύσκολο να διαφοροποιηθεί από τις στερεότυπες και τα άλλα κινητικά προβλήματα που οφείλονται στο σύνδρομο Asperger. (C. Gillberg, 2011)

- *Εφηβική ηλικία:* Το κοινωνικό πεδίο συνεχίζει να προξενεί δυσκολία στον έφηβο με σύνδρομο Asperger. Κατά την εφηβεία οι φιλίες αναδεικνύονται σε υπόθεση πρωταρχικής σημασίας και όσοι δεν συμμετέχουν σ' αυτές γίνονται αντικείμενο απόρριψης. Αυτό κάνει τους έφηβους πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη. Σ αυτή την ηλικία οι έφηβοι ασκούν αφόρητη πίεση ο ένας στον άλλον, απαιτώντας να είναι όλοι «μάγκες» και όλοι ίδιοι. Αυτό είναι δύσκολο για πολλά παιδιά και ιδίως για τα παιδιά με σύνδρομο, που τους λείπει η ικανότητα να ταιριάζουν με τους άλλους. Οι έφηβοι με σύνδρομο Asperger δεν έχει φίλους και αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι οι ιδιαιτερότητες του ευθύνονται για τη μοναξιά του. (T. Attwood, 1998)

Η κοινωνική ζωή μπορεί να βελτιωθεί στα χρόνια του λυκείου, όπου υπάρχει λιγότερη πίεση να είναι κανείς ίδιος με τους άλλους. Σ' αυτή την ηλικία οι έφηβοι διαμορφώνουν τις ατομικές τους ταυτότητες και εκλαμβάνουν τις διαφορές λιγότερο αρνητικά. Το λύκειο προσφέρει περισσότερες ευκαιρίες να βρει κάποιος μια ομάδα στην οποία ανήκει. (T. Attwood, 1998)

Στην εφηβεία υπάρχουν σοβαρά προβλήματα που σχετίζονται και είναι συννοσηρά με το σύνδρομο Asperger. Προβλήματα που επηρεάζουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως στην προσωπική υγιεινή, το ντύσιμο, τη σχολική εργασία, τη διατροφή και τον ύπνο. Τα

ελαφριά έως μέτρια αισθήματα κατάθλιψης είναι συχνά φαινόμενα, όπως και τα διάφορα είδη αισθημάτων ταυτότητας. Η κατάχρηση ουσιών και, αν και σπάνιοι, άλλοι τύποι αντικοινωνικών δραστηριοτήτων, μπορούν να προκύψουν και να συμβάλλουν στην καθυστέρηση της κατάλληλης διάγνωσης του συνδρόμου. (T. Attwood, 1998)

Όσο αναφορά την προσωπική υγιεινή οι έφηβοι με σύνδρομο Asperger δεν την διαχειρίζονται ικανοποιητικά. Μπορεί να αρνούνται να λούσουν τα μαλλιά τους ή να κάνουν μπάνιο. Επίσης έχουν αισθητηριακό πρόβλημα σε σχέση με τα ούλα και τα βλεννογόνο του στόματος, ώστε το βούρτσισμα των δοντιών να βιώνεται σχεδόν σαν να βουρτσίζονται οι ίδιες οι απολήξεις των νεύρων. Για παρόμοιους λόγους μπορεί να είναι αδύνατο να τα οδηγήσει κανείς στον οδοντίατρο. Το κόψιμο των μαλλιών και των νυχιών, αποτελεί συχνά σοβαρά προβληματικά τομέα. Είναι πιθανόν ο έφηβος να παραπονιέται ότι «πονά», ότι δεν αντέχει «τον ήχο του ψαλιδιού», ή απλώς να αποφαίνεται ότι «έχει αποφασίσει να μην κόψει τα μαλλιά του». Τέλος, οι έφηβοι με σύνδρομο Asperger είναι ικανοί να φορούν τα ίδια ρούχα και παπούτσια μέρα με τη μέρα, για μήνες, ακόμα και για χρόνια. Εξοργίζονται αν ανακαλύψουν ότι τα ρούχα τους έχουν πλυθεί. Μετά το πλύσιμο παραπονιούνται ότι «δε νιώθουν πια τα ρούχα τους εντάξει» ή ότι τα ρούχα «δε μυρίζουν εντάξει». (T. Attwood, 1998)

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι έφηβοι έχουν διαπράξει αδικήματα, τα οποία οφείλονται στην αισθητηριακή ευαισθησία των ατόμων αυτών. Σε μια περίπτωση, το άτομο ήταν ευαίσθητο στο γάβγισμα των σκύλων, στο κλάμα των μωρών και στο άκουσμα της εκτέλεσης ενός μουσικού κομματιού από υψίφωνο. Μερικοί αναγνώστες πιθανόν να συμμερίζονται τα συναισθήματα του, αλλά αυτά που έκανε για να αναγκάσει αυτούς που τον ενοχλούν να σταματήσουν ενέπλεξαν την αστυνομία και απέσυραν ποινικές κυρώσεις. Υπάρχουν, επίσης, σε περιπτώσεις που οι αυστηρές ηθικές αρχές των ατόμων αυτών τα ώθησαν να κριτικάρουν ανθρώπους, των οποίων τον τρόπο ντυσίματος ή τη συμπεριφορά την θεώρησαν «ανήθικα», και ήρθαν αντιμέτωποι μαζί τους, κατέληξαν να κατηγορηθούν για αξιόποινη συμπεριφορά. Οι δικαστικές αρχές και οι διάφορες κρατικές υπηρεσίες δημόσιας τάξης γίνονται ολοένα και περισσότερο γνώστες της φύσης του συνδρόμου και αντιμετωπίζουν ανάλογα τα περιστατικά. Ωστόσο, αυτά τα συμβάντα θεωρούνται σπάνια. (T. Attwood, 1998)

Άλλα στοιχεία της κλινικής εικόνας των ατόμων με σύνδρομο Asperger:

- Το σώμα και η εικόνα του σώματος: Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger δίνουν την εντύπωση να μην έχουν αίσθηση του πόνου και συνήθως δεν αρρωσταίνουν. Μάλιστα όταν αρχίσουν να αρρωσταίνουν, να παθαίνουν διάφορες ιώσεις όπως τα υπόλοιπα παιδιά, αυτό είναι ένα κλινικό σημάδι που υποδηλώνει τη βελτίωσή τους, διότι πάσχει ένα σώμα σημαίνει ότι υπάρχει ως σώμα. (Z. A. Μίλερ, 2012)

Όσον αναφορά την εικόνα του σώματός του, οι αντιδράσεις τους ποικίλλουν. Σε κάποιους είναι εντελώς αδιάφορη, δεν ασχολούνται καθόλου με το είδωλό τους στον καθρέφτη, όπως τους αφήνει εντελώς αδιάφορους ο άλλος, ο όμοιος. Δηλαδή, υπάρχουν παιδιά που αντί να κοιταχτούν στον καθρέφτη πηγαίνουν και τον γλείφουν ή προσπαθούν να περάσουν μέσα από αυτόν. Ωστόσο, υπάρχουν παιδιά για τα οποία η εικόνα τους και η εικόνα του άλλου φαίνεται να είναι κάτι σημαντικό. Μιμούνται τον άλλο, μιμούνται τις κινήσεις του άλλου, τους μορφασμούς του κλπ. Συναντάμε λοιπόν στα παιδιά με σύνδρομο Asperger, ως προς την εικόνα του σώματος, όλες τις πιθανές αντιδράσεις, από την πλήρη αδιαφορία έως το ιδιαίτερο ενδιαφέρον. (Z .A. Μίλερ, 2012)

- Το βλέμμα: Το ίδιο συμβαίνει και με το βλέμμα. Ορισμένα αποφεύγουν το βλέμμα του άλλου, μπορεί να κοιτάνε αλλού για ώρες, για παράδειγμα το παράθυρο, χωρίς να σε κοιτάνε. Άλλα όμως παιδιά καρφώνουν το βλέμμα τους πάνω σου, αλλά δεν ξέρουν ακριβώς τι κοιτάνε εκείνη τη στιγμή, ενώ κάποια άλλα έχουν βλεμματική επαφή. (Z. A. Μίλερ, 2012)

- Η φωνή και η γλώσσα: Τα περισσότερα παιδιά με σύνδρομο δεν μιλάνε, δεν χρησιμοποιούν την φωνή για να απευθυνθούν στον άλλο, αρνούνται να χρησιμοποιήσουν τον λόγο. Αν θέλουν κάτι, σε τραβάνε από το χέρι, δείχνουν αυτό που θέλουν. Όταν κάποιος τους μιλάει, δίνουν την εντύπωση ότι ακούν την φωνή του άλλου, δεν υπάρχει καμία αντίδραση εκ μέρους τους. Γι' αυτό το λόγο υποβάλλονται σε εξετάσεις για να διαπιστωθεί αν έχουν ακουστικό πρόβλημα. Ορισμένα παιδιά βέβαια χρησιμοποιούν τη φωνή, το λόγο, συνήθως πρόκειται για ηχολαλία, επαναλαμβάνουν τις φράσεις ή τις λέξεις του άλλου 'η μιλάνε σαν να είναι αναμεταδότες, μεγάφωνα του άλλου, χωρίς να επικοινωνούν πραγματικά με τον άλλον. Τα περισσότερα παιδιά με το σύνδρομο μιλάνε, για να έρθουν σε επαφή και συνδιαλλαγή με τον άλλο. Γενικότερα όμως η ομιλία τους είναι μονότονη, χωρίς χροιά, έχει μηχανικό χαρακτήρα, ή μιλάνε ψιθυριστά, τραγουδιστά. Επίσης μπορούν να επινοήσουν κάθε είδος νεολογισμού, να κατασκευάσουν μια δικιά τους γλώσσα εισάγοντας ξένες λέξεις στη μητρική τους γλώσσα ή χρησιμοποιούν λέξεις δίνοντάς τους μια δική τους σημασία. Οι διάφοροι τρόποι ομιλίας

αποτελούν απόπειρες εκ μέρους των αυτιστικών παιδιών ρύθμισης του αντικειμένου φωνής. Το κύριο χαρακτηριστικό των παιδιών που μιλάνε είναι ότι δεν επωμίζονται ως υποκείμενα τον λόγο τους, δεν είναι υποκείμενα της εκφοράς. (Z. A. Μίλερ, 2012)

- Τροφή: Κατά την διάρκεια του φαγητού, παρατηρούνται ποικίλες αντιδράσεις προς την τροφή. Η τροφή είναι το στοματικό αντικείμενο που ζητάμε από τον άλλον. Ο άλλος μπορεί να απαντήσει στο αίτημα που του απευθύνεται για τροφή, να αρνηθεί να τη δώσει. Η σχέση που δημιουργείται μέσω της τροφής είναι μια σχέση εξάρτησης από τον άλλον. Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger, συνήθως δεν ζητάνε κάτι, συνεπώς υπάρχουν περιπτώσεις- δεν αποτελούν ευτυχώς την πλειονότητα, αλλά το συναντάμε- που μπορεί να μην ζητάνε καθόλου να τραφούν. Άλλα παιδιά δεν μπορούν να φάνε παρουσία του άλλου και απομονώνονται. Επινοούν διάφορα τελετουργικά για να μπορέσουν να φάνε ή τρώνε με το δικό τους ιδιαίτερο τρόπο. Για παράδειγμα: τρώνε με τα χέρια ή μόνο με το κουτάλι, πρέπει να υπάρχει ορισμένη τοποθέτηση του πιάτου ή του πιρουιού στο τραπέζι, ξεχωρίζουν τα διάφορα συστατικά του φαγητού και τα τρώνε με ορισμένη σειρά, τρώνε ορισμένες μόνο τροφές ή προτιμούν τις υδαρές τροφές και όχι τα στερεά τρόφιμα, καταπίνουν την τροφή χωρίς να τη μασήσουν. (Z. A. Μίλερ, 2012)
- Τα αντικείμενα: Παρατηρούμε ότι τα παιδιά με σύνδρομο έχουν συχνά ένα αντικείμενο που το μεταφέρουν συνέχεια μαζί τους, και με το οποίο μπορεί να χτυπάνε τους τοίχους ή ό, τι άλλο βρεθεί στο δρόμο τους. Επίσης, μπορεί να κουνάνε με έναν συγκεκριμένο στερεότυπο τρόπο. Αυτό χαρακτηρίζει τη σχέση με το αυτιστικό αντικείμενο είναι η ρυθμικότητα στη χρήση του: πάνω- κάτω, δεξιά- αριστερά, χτυπώ- δεν χτυπώ. (Z. A. Μίλερ, 2012)
- Χώρος και χρόνος: η φυσιολογική αντίληψη του γεωμετρικού και του χρόνου, οι διακρίσεις μέσα- έξω, πάνω- κάτω, εμπρός- πίσω, κοντά- μακριά, πριν- μετά είναι αποτέλεσμα της ένταξής μας στο γλωσσικό σύμπαν, δηλαδή ο χώρος και ο χρόνος είναι συμβολικά δομημένοι. Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger, στα οποία υπάρχει πρόβλημα με τη συμβολική λειτουργία, ο χώρος είναι συμβολικά δεδομένος. Είναι σαν να ζούνε σε ένα χώρο μη μετρικής γεωμετρίας, που σημαίνει ότι η διάκριση μέσα- έξω ή κοντά- μακριά δεν υφίσταται. Για να γίνει πιο κατανοητό, ας πάρουμε για παράδειγμα της σαμπρέλας, που είναι μαθηματικό τοπολογικό αντικείμενο. Η εσωτερική τρύπα της σαμπρέλας είναι σε συνέχεια με το έξω, με το εξωτερικό διάστημα της σαμπρέλας, το εσωτερικό κέντρο της είναι ταυτόχρονα στο εξωτερικό της. Ο Ερίκ Λοράν αναφέρει το κλινικό παράδειγμα ενός αγοριού που

πανικοβαλλόταν όταν άκουγε το θόρυβο ενός αεροπλάνου που πετούσε ψηλά στον ορίζοντα, το αντιλαμβανόταν σαν να περνούσε ακριβώς δίπλα από το αυτί του, δηλαδή το πιο απομακρυσμένο είναι ταυτόχρονα και το πιο κοντινό. Το μετρικό διάστημα, όπως εμείς το αντιλαμβανόμαστε. Ένα άλλο κλινικό παράδειγμα είναι τα παιδιά που για να κοιτάξουν έξω από το παράθυρο πηγαίνουν και κολλάνε κυριολεκτικά το μάτι τους στο τζάμι. Επίσης, ορισμένα παιδιά για να μετακινηθούν στο χώρο, να πάνε από το ένα σημείο στο άλλο, υιοθετούν μια συγκεκριμένη δική τους διαδρομή. Έχουν άγνοια του κινδύνου, έχουν μια διαφορετική από μας αντίληψη του χώρου της ισορροπίας και τη θέση του σώματός του στο χώρο. (Z. A. Μίλερ, 2012)

Η παρουσίαση της κλινικής συμπτωματολογίας δεν είναι και ούτε θα μπορούσε να είναι πλήρης. Αναφέρθηκαν ενδεικτικά ορισμένα συνήθη χαρακτηριστικά αυτών των παιδιών με κλινικά παραδείγματα. Είναι όμως πολύ σημαντικό να μην ξεχνάμε ότι το κάθε παιδί είναι μοναδικό, ότι ένα παιδί με σύνδρομο Asperger δεν μπορεί να συγκριθεί με ένα άλλο που παρουσιάζει παρόμοια παθολογία. Το κάθε παιδί έχει την δική του προσωπική ιστορία έλευσης στον κόσμο, έχει αναπτύξει τις δικές του ιδιαίτερες άμυνες και τα δικά του συμπτώματα. (Z. A. Μίλερ, 2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. Διάγνωση – Αξιολόγηση ΔΕΠ-Υ και Συνδρόμου Asperger.

A) ΔΕΠ-Υ.

Για να γίνει διάγνωση, οι γονείς των παιδιών ή των εφήβων θα πρέπει κατά τον δυνατόν να απευθύνονται σε ειδικούς οι οποίοι έχουν εμπειρία στο θέμα, όπως ειδικευμένους παιδίατρος, παιδοψυχίατρο, θεραπευτές για παιδιά και έφηβους και θεραπευτές της συμπεριφοράς. Η διάγνωση απαιτεί χρόνο, διεξοδική συζήτηση και παρατήρηση. Η συμβουλευτική και η θεραπευτική αντιμετώπιση χωρίς να έχει προηγηθεί ακριβής διάγνωση

εγκυμονούν τον κίνδυνο να μείνουν αγκιστρωμένοι στην πλευρά ενός φαινομένου το οποίο πιθανόν να προέκυψε από κάποια άλλη αιτία. (C.Neuhaus, 1998).

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ γίνεται μέσα από ακριβή περιγραφή του ιστορικού που δίνουν οι γονείς για τον έφηβο ή το παιδί. Απαραίτητη θεωρείται μια λεπτομερής συλλογή των στοιχείων που αφορούν την εγκυμοσύνη, τη γέννηση, την πορεία του τοκετού και τις πιθανές επιπλοκές που εμφανίστηκαν σε αυτό το διάστημα. Οι κύριες φάσεις της ψυχοκινητικής ανάπτυξης, η κατάσταση της υγείας, τα πιθανά ατυχήματα και οι αρρώστιες, άλλα στοιχεία σχετικά με τον τρόπο που το παιδί κοιμάται, τρώει, κινείται, με όλες τις δραστηριότητες, πρέπει να ερωτηθούν και να περιγραφούν διεξοδικά. Ο ειδικός ο οποίος υποβάλλει τις ερωτήσεις πρέπει να συγκεντρώσει επιπλέον πληροφορίες για τα άλλα αδέλφια, τη θέση και τη σειρά γέννησης του παιδιού, τον τρόπο διαπαιδαγώγησης στην οικογένεια, τις σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της και ενδεχομένως πληροφορίες για άλλα άτομα που βοηθούν στην ανατροφή του παιδιού. Πρέπει ακόμη να τεθούν ερωτήσεις αναφορικά με τα βήματα κοινωνικοποίησης του παιδιού, την πορεία και την εξέλιξη του στον παιδικό σταθμό, το νηπιαγωγείο και το σχολείο, και να συνεκτιμηθούν η ενσωμάτωση και η επίδοση σε αυτούς τους χώρους. Επίσης, πρέπει να δοθεί η ευκαιρία στους γονείς να περιγράψουν το χαρακτήρα του παιδιού τους. Να ακουστεί η δικιά τους άποψη για την ευαισθησία, την αυτάρκεια, την προσοχή, την ανάπτυξη και την φαντασία του παιδιού, την ανεκτικότητα του στη ματαίωση, την ικανότητα του να εκτιμά τον κίνδυνο. Τα ενδιαφέροντα, τα χόμπι, οι ασχολίες στον ελεύθερο χρόνο είναι εξίσου σημαντικά για την αξιολόγηση. (C. Neuhaus, 1998)

Χρήσιμη, και σε πολλές περιπτώσεις απαραίτητη, είναι η λήψη του ιστορικού από κάποιον τρίτο-όχι γονιό. Οι παρατηρήσεις της συμπεριφοράς του παιδιού από τους εκπαιδευτικούς, οι περιγραφές της συμπεριφοράς και οι επιδόσεις του παιδιού, ιδιαίτερα στην πρώτη και Δευτέρα δημοτικού, καθώς και οι επιπρόσθετες αξιολογήσεις μέσω ερωτηματολογίων μπορούν πολλές φορές να διαφωτίσουν τον ειδικό και να συμπληρώσουν την εικόνα που έχει σχηματιστεί. (C. Neuhaus, 1998)

Η λήψη του ιστορικού πρέπει να διεξάγεται χωρίς την παρουσία του παιδιού/εφήβου. Όταν βρίσκονται «υπό εξέταση», νιώθει εκτεθειμένος, θυμωμένος, αισθάνεται ότι οι άλλοι τον στιγματίζουν με «χαρακτηρισμούς» ή ότι οι περιγραφές του γι' αυτόν είναι άδικες. Αυτό μπορεί να σταθεί εμπόδιο στην επόμενη εξέταση και συνεργασία με το παιδί. (C. Neuhaus, 1998)

Εν γένει, επιθυμητή θεωρείται μια παιδοψυχιατρική εξέταση. Επίσης μια νευρολογική εξέταση με ηλεκτροεγκεφαλογράφημα χρειάζεται όταν το παιδί έχει προβλήματα κινητικού συντονισμού ή όταν υπάρχει υποψία για επιληπτικές προσβολές. Για τη διάγνωση, πρέπει η γενική σωματική κατάσταση του παιδιού να έχει οπωσδήποτε διασαφηνιστεί με ειδικές ιατρικές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένων και ειδικών ακοολογικών και οφθαλμικών εξετάσεων. (C. Neuhaus, 1998)

Το σπινθηρογράφημα του εγκεφάλου που αποτελεί μια ανώδυνη και αβλαβή διαδικασία. Γίνεται μια ενδοφλέβια ένεση και στην συνέχεια μια ειδική συσκευή σχηματίζει εικόνες που μοιάζουν με ακτινογραφία. Οποιαδήποτε ανωμαλία του εγκεφάλου φαίνεται στο σπινθηρογράφημα. Όταν υπάρχει το υπερκινητικό σύνδρομο, είναι πιθανό να φανούν στο σπινθηρογράφημα ανωμαλίες του εγκεφάλου. (Ρόναλντ Ντ. Ντείβις, 2000)

Ακόμα στα παιδιά και στους εφήβους πρέπει να διεξάγεται μια ολοκληρωμένη εξέταση με ψυχολογικά τεστ. Η εξέταση αυτή βοηθά να προσδιοριστούν οι βασικές έμφυτες ικανότητες, η ικανότητα συγκέντρωσης, η παρορμητικότητα και ο ιδιαίτερος τρόπος αντίληψης του υπό εξέταση ατόμου. Η ίδια εξέταση συμβάλλει επίσης στον εντοπισμό μεμονωμένων νευρολογικών διαταραχών που ενδεχομένως συνυπάρχουν. Κατάλληλα εκπαιδευμένοι ψυχολόγοι έχουν την διάθεση τους απαραίτητα ψυχολογικά μέσα και τεστ. (C. Neuhaus, 1998)

Έτσι οι πληροφορίες που συλλέγονται μέσω της λήψης ιστορικού από τους γονείς, τους παιδοψυχιάτρους, τους ψυχολόγους, τους παιδίατρους, τους εκπαιδευτικούς και ενδεχομένως τους λογοθεραπευτές (εάν έχει παρακολουθήσει λογοθεραπεία) είναι ένα σημαντικό μέρος της διάγνωσης. Το σύνολο των πληροφοριών χρησιμοποιείται προκειμένου να τεθεί η διάγνωση με τα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν θεσπιστεί από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία (DSM- IV) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ICD- 10). (Ε. Κάκουρος, 2001)

- *ICD-10*: Στο ICD- 10 πρέπει τουλάχιστον να υπάρχουν έξι συμπτώματα Απροσεξίας, τρία συμπτώματα Υπερκινητικότητας και τουλάχιστον ένα σύμπτωμα Παρορμητικότητας, που συνυπάρχουν τους τελευταίους έξι μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και μη αναμενόμενο από το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα πριν την ηλικία των εφτά ετών και τα κριτήρια πρέπει να πληρούνται σε περισσότερα από ένα πλαίσιο

(π.χ. σχολείο, σπίτι). Τέλος, τα συμπτώματα Απροσεξίας και Παρορμητικότητας πρέπει να προκαλούν κλινικά σημαντική έκπτωση στην κοινωνική, σχολική και επαγγελματική λειτουργικότητα. (Ε. Κάκουρος, 2001)

- *DSM-IV*: Στο *DSM- IV* πρέπει να πληρούνται έξι ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα Απροσεξίας, Παρορμητικότητας, Υπερκινητικότητας και να είναι παρόντα τους τελευταίους έξι μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και μη αναμενόμενο από το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Τα συμπτώματα να είναι εμφανή πριν την ηλικία των εφτά ετών και η έκπτωση εξαιτίας των συμπτωμάτων πρέπει να παρατηρούνται σε δύο τουλάχιστον πλαίσια (π.χ. σπίτι, σχολείο), και να υπάρχουν σαφείς ενδείξεις κλινικά σημαντικής μείωσης στην κοινωνική και σχολική λειτουργικότητα. (Ε. Κάκουρος, 2001)

Διαγνωστικά κριτήρια του ICD- 10 και του DSM- IV :

A) Συμπτώματα Απροσεξίας:

- Συχνά αδυνατεί να εστιάσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή να κάνει λάθη απροσεξίας στο σχολείο, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.
- Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στα καθήκοντα του ή στο παιχνίδι.
- Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του μιλάνε.
- Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αδυνατεί να διεκπεραιώσει σχολικές εργασίες, μικροθέληματα ή υποχρεώσεις στο χώρο εργασίας του (χωρίς να οφείλεται σε εναντιωματική συμπεριφορά ή αδυναμία κατανόησης των οδηγιών).
- Συχνά έχει δυσκολίες να οργανώσει καθήκοντα και δραστηριότητες.
- Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή είναι απρόθυμο να εμπλακεί σε καθήκοντα που απαιτούν σταθερή και διαρκεί νοητική προσπάθεια (σχολική εργασία).
- Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για τα καθήκοντα του ή για δραστηριότητες (παιχνίδια, μολύβια).
- Συχνά διασπάται εύκολα η προσοχή του από εξωτερικά ερεθίσματα.
- Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες. (Ε. Κάκουρος, 2001)

B) Συμπτώματα Υπερκινητικότητας:

- Συχνά κινεί νευρικά τα χέρια ή τα πόδια, στριφογυρνά στην θέση του.
- Συχνά σηκώνεται από την θέση του στην τάξη ή σε άλλες καταστάσεις που αναμενόμενο είναι να παραμείνει καθιστό.
- Συχνά τρέχει εδώ και εκεί ή σκαρφαλώνει με τρόπο που είναι υπερβολικό, σε καταστάσεις που η συμπεριφορά του δεν ταιριάζει (στους έφηβους ή στους ενήλικες μπορεί να περιοριστεί σε υποκειμενικά αισθήματα κινητικής ανησυχίας).
- Συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να συμμετάσχει σε δραστηριότητες τον ελεύθερο χρόνο ήσυχα (DSM- IV) Ή
- να κάνει θορύβους κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού ή δε μπορεί να συμμετάσχει ήσυχα στις δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου (ICD- 10).
- Μοιάζει να κινείται με «μοτεράκι» (DSM- IV) Ή
επιδεικνύει ένα συγκεκριμένο μοντέλο υπερβολικής κινητικής δραστηριότητας, το οποίο T. Attwood, 1998)δεν τροποποιείται ουσιαστικά ανάλογα με τις κοινωνικές συνθήκες ή απαιτήσεις (ICD- 10).
- Συχνά μιλά υπερβολικά (DSM- IV). (E. Κάκουρος, 2001)

Γ) Συμπτώματα Παρορμητικότητας:

- Συχνά ξεστομίζει απερίσκεπτα απαντήσεις πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση.
- Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του.
- Συχνά διακόπτει τους άλλους (παρεμβαίνει απρόσκλητος σε συζητήσεις ή παιχνίδια)
- Συχνά μιλά υπερβολικά, δυσανάλογα με την απαίτηση του κοινωνικού πλαισίου (ICD- 10). (E. Κάκουρος, 2001)

Αν και τα περισσότερα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν συμπτώματα και στους δύο τομείς (Απροσεξία και Υπερκινητικότητα- Παρορμητικότητα), κάποιος τύπος θα είναι κυρίαρχος. Έτσι λοιπόν, έχουν περιγραφεί πέντε υπότυποι της διαταραχής:

- Συνδυασμένος Τύπος: πληρούνται έξι από τα συμπτώματα σε κάθε κατηγορία τους τελευταίους έξι μήνες. Οι περισσότεροι ασθενείς με ΔΕΠ-Υ είναι συνδυασμένου τύπου.

- Τύπος με Προεξάρχοντα την Απροσεξία: πληρούνται τουλάχιστον έξι από τα κριτήρια Απροσεξίας (αλλά λιγότερα από έξι της Υπερκινητικότητας- Παρορμητικότητας) τους τελευταίους έξι μήνες.
- Τύπος με Προεξάρχοντα την Υπερκινητικότητα- Παρορμητικότητα: πληρούνται τουλάχιστον έξι από τα κριτήρια της Υπερκινητικότητας (αλλά λιγότερα από έξι της απροσεξίας) τους τελευταίους έξι μήνες. Η Απροσεξία συνεχίζεται να είναι σημαντικό κλινικό χαρακτηριστικό και σ' αυτά τα περιστατικά.
- Σε μερική ύφεση.
- Μη Αλλιώς Καθοριζόμενη (NOS): τα κυρίαρχα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τα παραπάνω φαίνεται ότι η ΥΚΔ απαιτεί την παρουσία περισσότερων συμπτωμάτων από την ΔΕΠ-Υ και όλα τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα σε περισσότερα του ενός πλαίσιου. (Ε. Κάκουρος, 2001)

Μεγάλη σημασία στην διάγνωση έχει η ενημέρωση των γονέων σχετικά με το περιεχόμενο της κάθε εξέτασης να συνοδεύεται από εξηγήσεις για τις ικανότητες και τα προβλήματα του παιδιού καθώς και από σαφή ερμηνεία των διαγνωστικών αποτελεσμάτων. Όλα τα αποτελέσματα πρέπει να παρουσιάζονται και να ερμηνεύονται με κατανοητό τρόπο. (C. Neuhaus, 1998)

Τέλος υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τρόποι διάγνωσης. Το θεραπευτικό σχέδιο που βασίζεται στην περιγραφή και την ανάλυση της συμπεριφοράς βλέπει το παιδί στο πλαίσιο της συνολικής κατάστασης, και δεν στηρίζεται μόνο στις περιγραφές των ασυνήθιστων συμπεριφορών του παιδιού που προεξέρχονται από εξωτερική παρατήρηση. (C. Neuhaus, 1998)

B) Σύνδρομο Asperger.

Η αξιολόγηση για το σύνδρομο Asperger δεν είναι τόσο απλή όσο για άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Επειδή το σύνδρομο προσβάλλει πολλούς τομείς της ζωής του παιδιού, είναι προτιμότερο το παιδί να εξεταστεί από ομάδα ειδικών. Η εξέταση θα πρέπει να διερευνά όλους τους τομείς που επηρεάζονται από το σύνδρομο. Κάθε ειδικός είναι ειδήμων στο τομέα του και κανένας επαγγελματίας δεν είναι σε θέση να εκτίμηση την κατάσταση σε όλους τους

τομείς που επηρεάζονται. Μια έγκαιρη και πλήρης εκτίμηση θα εξασφαλίσει στο παιδί ένα πρόγραμμα σφαιρικής αντιμετώπισης, που θα αφορά κάθε τομέα στον οποίο παρουσιάζει αδυναμίες. Υπάρχει μια τάση να σταματά η εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού από τη στιγμή που γίνεται η διάγνωση. Ωστόσο, η διάγνωση δεν είναι παρά μόνο η αρχή. Η διάγνωση από μόνη της λίγα πράγματα λέει για το πώς λειτουργεί το παιδί. Η γνώση ότι έχει σύνδρομο Asperger αποτελεί το πρώτο βήμα για να επιδιώξει κανείς μια σφαιρική εκτίμηση που θα καθορίσει ποιοι τομείς έχουν προσβληθεί και τι μορφές θεραπευτικής παρέμβασης χρειάζονται. Η έγκαιρη και πλήρης εκτίμηση της κατάστασης δίνει επίσης ένα μέτρο για να μπορεί κανείς να κρίνει την πρόοδο του παιδιού κατά την διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. (S. Ashley, 2010)

Μια πλήρης αξιολόγηση πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής: ιατρική εξέταση, ψυχολογική εκτίμηση, νοητική εκτίμηση, αξιολόγηση λόγου και ομιλίας, αξιολόγηση για διαταραχές μάθησης, νευρολογική εξέταση, νευροψυχολογική εξέταση. (S. Ashley, 2010)

Υπάρχουν διάφοροι επαγγελματίες που ειδικεύονται στην εξέταση των παιδιών με σύνδρομο Asperger. Ο σημαντικότερος παράγοντας θα πρέπει να είναι η ακαδημαϊκός τίτλος του ειδικού, αλλά και η εμπειρία του στην αξιολόγηση του συνδρόμου. Οι επαγγελματίες που διενεργούν στην αξιολόγηση για το σύνδρομο είναι: οι παιδίατροι, οι αναπτυξιολόγοι, οι ψυχίατροι, οι παιδονευρολόγοι, οι κλινικοί ψυχολόγοι, νευροψυχολόγοι, εκπαιδευτικοί ψυχολόγοι- ψυχοπαιδαγωγοί. (S. Ashley, 2010)

Παρ' όλο που όλοι βασίζονται στα κριτήρια που αναφέρονται στο Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών (DSM-IV-TR), ο καθένας θα χρησιμοποιήσει τα δικά του εργαλεία και τις δικές του μεθόδους για να καταλήξει σε ποιο βαθμό τα συμπτώματα του παιδιού πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια. (S. Ashley, 2010)

Όλα τα παιδιά τα παιδιά πρέπει να παρακολουθούνται από έναν παιδίατρο για έναν γενικό έλεγχο της υγείας τους και για τους εμβολιασμούς τους. Τα παιδιά με σύνδρομο έχουν την τάση να εμφανίζουν ασυνήθιστα ιατρικά προβλήματα σε σχέση με το μέσο όρο παιδιών και επομένως έχουν την ανάγκη από λεπτομερέστερη εκτίμηση της υγείας τους. Ορισμένα παιδιά με σύνδρομο θα χρειαστεί να παραπεμφθούν σε ειδικό γιατρό ανάλογα με το ιδιαίτερο πρόβλημα υγείας που παρουσιάζουν. Εκτιμάται ότι το 12- 37% των παιδιών με σύνδρομο Asperger μπορεί να έχουν κάποιες από τις παρακάτω επιπλοκές υγείας: χρωμοσωματικές

ανωμαλίες, διαταραχή του θυρεοειδούς, νευρολογικές διαταραχές, νευρινωμάτωση (καλοήθεις όγκοι σε όλο το σώμα), οζώδης σκλήρυνσης (όγκοι στον εγκέφαλο, στον αμφιβληστροειδή χιτώνα του ματιού ή στα σπλάχνα). (S. Ashley, 2010)

Η προετοιμασία για μια αξιολόγηση είναι πολύ σημαντική. Οι παιδίατροι έχουν εξαιρετικά περιορισμένο χρόνο και η μέση διάρκεια μιας επίσκεψης στο ιατρείο τους είναι μόνο δέκα λεπτά. Οι ψυχολόγοι και οι ψυχίατροι διαθέτουν κανονικά για την εξέταση μια ώρα. Πολλές πληροφορίες πρέπει να δοθούν σε δέκα με εξήντα λεπτά και περιλαμβάνουν: προγεννητικό ιστορικό, πρώιμη κοινωνική συμπεριφορά, πρώιμες γλωσσικές και επικοινωνιακές δεξιότητες, πρώιμες κινητικές δεξιότητες, ιατρικό ιστορικό, ιστορικό ψυχικής υγείας, φαρμακολογικό ιστορικό, ιστορικό συμπεριφοράς, μαθησιακό ιστορικό. Τα ιστορικά αυτά συμπληρώνονται από τους γονείς πριν από την συνάντηση. (S. Ashley, 2010)

Από την άλλη, πολλές διαταραχές έχουν κληρονομικό υπόβαθρο, ο αξιολογητής θα πρέπει να ζητήσει και οικογενειακό ιστορικό. Το οικογενειακό ιστορικό είναι σημαντικό τόσο για να διαγνωστεί όσο για να αποκλειστεί μια διαταραχή. Είναι σημαντικό ο ειδικός να μάθει την ιστορία της οικογένειας, για να προσδιορίσει κατά πόσο εμπλέκονται και άλλες αιτίες ή παράγοντες στην συμπτωματολογία του. Οι γενετικές και περιβαλλοντικές καταβολές του παιδιού αποτελούν μέρος της ύπαρξής του και δεν μπορούν να διαχωριστούν από τα συμπτώματα του. Είναι χρήσιμο ο ειδικός να γνωρίζει το οικογενειακό ιστορικό της πατρικής και της μητρικής οικογένειας. Αναγκαίες πληροφορίες σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό είναι στοιχεία για τα αδέρφια, γονείς, παππούδες και γιαγιάδες, θείες και θείους στους ακόλουθους τομείς μπορεί να είναι χρήσιμα: ιστορικό ψυχικής υγείας, ιστορικό συνδρόμου Asperger, ιστορικό κατάχρησης ουσιών, σχολικό μαθησιακό ιστορικό, προβλήματα συμπεριφοράς, ιστορικό φαρμακευτικής αντιμετώπισης προβλημάτων, ψυχικής διάθεσης/ συμπεριφοράς, ιστορικό αυτοκτονιών, επίπεδο σπουδών, διαζύγια και υιοθεσίες, ιστορικό τραύματος. (S. Ashley, 2010)

Οι περισσότεροι ειδικοί- κλινικοί στηρίζονται συνήθως στα κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου DSM- IV της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας για την διαγνωστική αξιολόγηση των αναπτυξιακών διαταραχών, το σύνδρομο Asperger.(B. Παπαγεωργίου, 2012)

- Ποιοτική απόκλιση στην κοινωνική αλληλεπίδραση, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα: (Πλήρης Οδηγός, 2012)
 - Εμφανής έκπτωση στη χρήση πολλαπλών μη λεκτικών συμπεριφορών, όπως βλεμματική επαφή, εκφράσεις προσώπου, στάσεις του σώματος και χειρονομίες για την ρύθμιση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης.
 - Αποτυχία στην ανάπτυξη σχέσεων με συνομηλίκους ανάλογα του αναπτυξιακού επιπέδου.
 - Έλλειψη αυθόρμητης αναζήτησης μοιράσματος ευχαρίστησης, ενδιαφερόντων ή επιτευγμάτων με άλλα άτομα (απουσία συμπεριφορών όπως να δείχνει, να φέρνει ή να αποδεικνύει αντικείμενα ενδιαφέροντος στα άλλα άτομα).
 - Έλλειψη κοινωνικής ή συναισθηματικής αμοιβαιότητας. (Πλήρης Οδηγός, 2012)

- Περιορισμένα επαναληπτικά και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα: (Πλήρης Οδηγός, 2012)
 - Ενασχόληση με ένα ή περισσότερα στερεότυπα και περιορισμένα πρότυπα ενδιαφέροντος που είναι μη φυσιολογικά είτε ως προς την ένταση είτε προς την εστίαση.
 - Εμφανής άκαμπτη προσκόλληση σε συγκεκριμένες, μη λειτουργικές ρουτίνες και τελετουργίες.
 - Στερεότυποι και επαναληπτικοί κινητικοί μανιερισμοί (π.χ. χτύπημα ή στρίψιμο χεριών ή δαχτύλων ή πολύπλοκες κινήσεις ολόκληρου του σώματος).
 - Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.
 - Δεν υπάρχει κλινικά σημαντική γενική καθυστέρηση λόγου (π.χ. μεμονωμένες λέξεις χρησιμοποιούνται στην ηλικία των δύο ετών, επικοινωνιακές φράσεις χρησιμοποιούνται στην ηλικία των τριών ετών)
 - Δεν υπάρχει σημαντική καθυστέρηση στη γνωστική ανάπτυξη ή στην ανάπτυξη ανάλογων της ηλικίας δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης, στην προσαρμοστική συμπεριφορά (εκτός της κοινωνικής αλληλεπίδρασης) και στην περιέργεια για το περιβάλλον στην παιδική ηλικία. (Πλήρης Οδηγός, 2012)

Δεν πληρούνται τα κριτήρια για άλλη συγκεκριμένη Διάχυτη Αναπτυξιακή διαταραχή ή Σχιζοφρένεια. (B. Παπαγεωργίου, 2012)

Η Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών και Διαταραχών (ICD- 10), που εκδίδεται από τον Π.Ο.Υ. (1993), συμπεριέλαβε το σύνδρομο Asperger ως επίσημη διάγνωση. Ισχυρή έμφαση δόθηκε στη φυσιολογική γλωσσική και κοινωνική ανάπτυξη (όπως εκδηλώνεται μέσα από φυσιολογική περιέργεια για το περιβάλλον) κατά τα τρία πρώτα έτη της ζωής του παιδιού. Διευκρινίστηκε ότι δεν μπορεί να γίνει διάγνωση εάν πληρούνται (ή πληρούνταν ποτέ) τα κριτήρια για τον αυτισμό της παιδικής ηλικίας. Απαριθμήθηκαν μόνο εννέα συμπτώματα και απαιτήθηκε να πληρούνται τρία από αυτά για τη διάγνωση. (C. Gillberg, 2011)

- Δεν υπάρχει κλινικά σημαντική γενική καθυστέρηση στον εκφραστικό ή προσληπτικό λόγο ή στην γνωστική ανάπτυξη.
 - Η διάγνωση απαιτεί μεμονωμένες λέξεις να έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι την ηλικία των δύο ετών ή νωρίτερα και επικοινωνιακές φράσεις να έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι την ηλικία των τριών ετών και νωρίτερα.
 - Οι ικανότητες αυτοεξυπηρέτησης, η προσαρμοστική συμπεριφορά και η περιέργεια για το περιβάλλον κατά την διάρκεια των τριών πρώτων χρόνων της ζωής πρέπει να βρίσκεται σε επίπεδο που αντιστοιχεί σε φυσιολογικά αναπτυσσόμενη νοημοσύνη. Ωστόσο κινητικά αναπτυξιακά ορόσημα μπορεί να εμφανιστούν με κάποιου βαθμού καθυστέρηση και η κινητική αδεξιότητα είναι συνήθης (αν και όχι απαραίτητο διαγνωστικό χαρακτηριστικό). Μεμονωμένες ειδικές δεξιότητες που συχνά σχετίζονται με μη φυσιολογικές εμμονές είναι συνηθισμένες, αλλά δεν απαιτούνται για την διάγνωση.
- Υπάρχουν ποιοτικές ανωμαλίες στην αμοιβαία κοινωνική συνδιαλλαγή (σε τουλάχιστον δύο από τις ακόλουθες περιοχές):
- Αποτυχία επαρκούς χρήσης της απευθείας βλεμματικής επαφής, των εκφράσεων του προσώπου, της στάσης του σώματος και των χειρονομιών για τη ρύθμιση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης.
 - Αποτυχία ανάπτυξης (κατά τρόπο που αρμόζει στη νοητική ηλικία, και παρά την αφθονία ευκαιριών) σχέσεων με συνομηλίκους που περιλαμβάνουν το αμοιβαίο μοίρασμα ενδιαφερόντων, δραστηριοτήτων και συναισθημάτων.

- Έλλειψη κοινωνικής- συναισθηματικής αμοιβαιότητας όπως αποδεικνύεται από την ελλειμματική αποκλίνουσα ανταπόκριση στα συναισθήματα των άλλων ανθρώπων, ή την έλλειψη ρύθμισης της συμπεριφοράς ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο, ή φτωχή αφομοίωση κοινωνικών, συναισθηματικών και επικοινωνιακών συμπεριφορών.
 - Έλλειψη αυθόρμητης αναζήτησης για μοίρασμα χαράς, ενδιαφερόντων, ή επιτευγμάτων με άλλους ανθρώπους (π.χ. το άτομο δεν επιδεικνύει, δε φέρνει ή δε δείχνει το δάχτυλο το σε άλλους ανθρώπους αντικείμενα που το ενδιαφέρουν). (S. Ashley, 2010)
- Το άτομο παρουσιάζει ασυνήθιστα έντονα, περιγεγραμμένα ενδιαφέροντα ή περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων (σε τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα):
- Εμμονή με ένα ή περισσότερα στερεότυπα και περιορισμένα πρότυπα ενδιαφερόντων που είναι μη φυσιολογικά ως προς την ένταση και την περικύλιση φύση τους, παρά ως προς το περιεχόμενο ή τον εστιασμό σε αυτά.
 - Προφανής καταναγκαστική προσκόλληση σε ειδικές, μη λειτουργικές ρουτίνες ή τελετουργίες.
 - Στερεότυποι και επαναληπτικοί μαννερισμοί που αφορούν «πεταρίσματα» ή συστροφή χεριών ή των δαχτύλων, ή σύμπλοκες κινήσεις όλου του σώματος.
 - Εμμονές με μέρη αντικειμένων ή μη λειτουργικές πλευρές των υλικών παιχνιδιού(όπως η οσμή τους, η υφή της επιφάνειάς τους, ή ο θόρυβος ή η δόνηση που παράγουν). (C. Gillberg, 2011)

Τέθηκαν σχεδόν πανομοιότυπα κριτήρια μεταξύ του DSM- IV και του ICD- 10, με μια όμως, σημαντική συμπληρωματική προϋπόθεση: στο DSM- IV υπάρχει κλινικά σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας στην εργασία, στην κοινωνικότητα ή σε άλλες σημαντικές πλευρές της ζωής. (C. Gillberg, 2011)

Δεν είναι σπάνιο μια διαγνωστική αξιολόγηση να μην καταλήξει σε κάποιο συμπέρασμα. Δεδομένου ότι η διάγνωση του συνδρόμου σε κλινική εξέταση υπάρχουν περιπτώσεις που ένας γιατρός θα αποφανθεί ότι πρόκειται για σύνδρομο Asperger ενώ ένας άλλος θα πει το αντίθετο. Πιθανόν αυτό να οφείλεται στην ηλικία του παιδιού ή τα συμπτώματα να μην είναι αρκετά σοβαρά, ώστε να δικαιολογήσουν την διάγνωση. Οι γιατροί διαφέρουν στο πώς

χαράσσουν την γραμμή διάγνωσης. Αυτό δεν προκαλεί καθόλου έκπληξη, απλά τονίζει την υποκειμενική φύση της διάγνωσης αυτής της διαταραχής. Πράγματι το σύνδρομο είναι μια από τις διαταραχές στις οποίες γίνονται συχνά λάθη διάγνωσης, επειδή τα συμπτώματα δεν είναι καθαρά και συμπίπτουν τόσο με φυσιολογικές συμπεριφορές όσο και με τη συμπτωματολογία άλλων διαταραχών. (S. Ashley, 2010)

2.2. Διαγνωστικά Τεστ για ΔΕΠ-Υ και Σύνδρομο Asperger.

A) Αθηνά Τεστ.

Το Αθηνά Τεστ Διάγνωσης Δυσκολιών Μάθησης κατασκευάστηκε και σταθμίστηκε στη χώρα μας, το 1999, στο Ψυχομετρικό εργαστήριο του Τομέα Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών από τους καθηγητές ψυχολογίας κ. Ιωάννη Παρασκευόπουλο, την Αναστασία Καλαντζή- Αζίζι τον κ. Νικόλαο Γιαννίτσα. Σύμφωνα με τους κατασκευαστές του είναι ένα ψυχοπαιδαγωγικό διαγνωστικό μέσο, το οποίο κατασκευάστηκε, για να το χρησιμοποιούν οι δάσκαλοι και οι νηπιαγωγοί με τους μαθητές της τάξης τους, μετά από ειδική εκπαίδευση καθώς και όσοι άλλοι ειδικοί ασχολούνται με τα προβλήματα της παιδικής ηλικίας, για να εντοπίσουν παιδιά που παρουσιάζουν δυσκολίες να ανταποκριθούν στις μαθησιακές απαιτήσεις του σχολείου. Το Αθηνά Τεστ είναι ένα πολυθεματικό τεστ ενδοατομικής αξιολόγησης δίνει μια αναλυτική εικόνα της παρούσας κατάστασης του παιδιού σε καίριους τομείς της ανάπτυξης και εντοπίζει συγκεκριμένες περιοχές που είναι ελλειμματικές. Οι περιοχές αυτές αφού εντοπιστούν χρήζουν ιδιαίτερης διδακτικοθεραπευτικής παρέμβασης. Το Αθηνά τεστ είναι μια δέσμη από επιμέρους διαγνωστικές δοκιμασίες, δεκατέσσερις κύριες και μια συμπληρωματική, οι οποίες αξιολογούν ένα ευρύτατο φάσμα κινητικών αντιληπτικών, νοητικών και ψυχογλωσσικών διεργασιών. Οι κλίμακες αυτές ελέγχουν και αξιολογούν πλευρές της ανάπτυξης του παιδιού που θεωρούνται κρίσιμες για τη σχολική μάθηση και προσαρμογή.

Τα εξεταστικά αποτελέσματα του Αθηνά Τεστ μπορούν να αξιοποιηθούν για να προγραμματίσει και να εφαρμόσει ο εκπαιδευτικός – μόνος του ή σε συνεργασία με άλλους ειδικούς – την κατάλληλη εξατομικευμένη διδασκαλία στους μαθητές του (ψυχοπαιδαγωγικό διαγνωστικό πλαίσιο). Μπορεί ακόμα να χρησιμεύσει ως εργαλείο για μια πρώτη ψυχοπαιδαγωγική αξιολόγηση μαθητών όπου θα βοηθήσει στον εντοπισμό παιδιών που

χρειάζεται να παραπεμφθούν για συστηματικότερη διαγνωστική αξιολόγηση. Τέλος, αποτελεί και ένα εύχρηστο εργαλείο για την συλλογή ερευνητικών δεδομένων.

Το Αθηνά Τεστ βάση της ηλικίας του παιδιού, μπορεί να χορηγηθεί στις ακόλουθες περιπτώσεις: 1) σε παιδιά ηλικίας 5 έως και 9 ετών, 2) σε σοβαρές νοητικές ανεπάρκειες (5-14 ετών) και 3) μεμονωμένες επιμέρους κλίμακες του τεστ (από νηπιακή έως εφηβική ηλικία). Η χορήγηση του Αθηνά Τεστ, ανάλογα με τον εκάστοτε επιδιωκόμενο σκοπό, μπορεί να είναι: 1) Πλήρης (όλες οι κλίμακες), 2) Βραχεία («γλωσσικές αναλογίες», «λεξιλόγιο», «μνήμη αριθμών», «ολοκλήρωση παραστάσεων», «διάκριση γραφημάτων», «σύνθεση φθόγγων») και 3) Επιλεκτική (π.χ. όταν θέλουμε να έχουμε την εικόνα της νοητικής ικανότητας του παιδιού, χορηγούμε τις αντίστοιχες υποκλίμακες).

Το Αθηνά Τεστ εξετάζει δεκατέσσερις κλίμακες, με τη σειρά που χορηγούνται στο παιδί κατά τομείς ανάπτυξης είναι οι εξής:

- Νοητική ικανότητα: 1) Γλωσσικές αναλογίες. 2) Αντιγραφή σχημάτων. 3) Λεξιλόγιο.
- Μνήμη ακολουθιών: 4) Μνήμη αριθμών και κοινές ακολουθίες (συμπληρωματική). 5) Μνήμη εικόνων. 6) Μνήμη σχημάτων.
- Ολοκλήρωση ελλειπών παραστάσεων: 7) Ολοκλήρωση προτάσεων. 8) Ολοκλήρωση λέξεων.
- Γραφο- φωνολογική ενημερότητα: 9) Διάκριση γραφημάτων. 10) Διάκριση φθόγγων. 11) Σύνθεση φθόγγων.
- Νευρο- ψυχολογική ωριμότητα: 12) Οπτικο-κινητικός συντονισμός. 13) Αντίληψη δεξιού-αριστερού. 14) Πλευρίωση.

Με την βοήθεια του Αθηνά Τεστ μπορεί να καθοριστεί όχι μόνο το κατά πόσο το επίπεδο ανάπτυξης ενός παιδιού είναι σύστοιχο με την χρονολογική του ηλικία, συγκρίνοντας την επίδοση του με παιδιά της ηλικίας του (δι-ατομικές διαφορές), αλλά και οι διαφορές που μπορεί να προκύψουν στις διάφορες επιμέρους ικανότητες και επιδόσεις μέσα στο ίδιο το υπό αξιολόγηση παιδί (ενδο-ατομικές διαφορές). Έτσι, οι υποκλίμακες του Αθηνά Τεστ έχουν σταθμιστεί ώστε να επιτρέπουν τη μεταξύ τους σύγκριση και περιέχουν διαφορετικό εξεταστικό υλικό, όπως: 1) ακουστικό – οπτικό (δίοδο επικοινωνίας), 2) σημασιολογικό – σχηματικό, καθώς και διαφορετικό είδος έργου, όπως: 1) Λεκτικό, 2) γραφο-κινητικό και 3) χειρισμός αντικειμένων. Το Αθηνά Τεστ αποτελείται από δεκατέσσερις (14) κύριες κλίμακες

και μία (1) συμπληρωματική, σε μορφή ψυχομετρικών κλιμάκων που αξιολογούν πέντε (5) βασικούς τομείς της ανάπτυξης του παιδιού.

Τα αναπτυξιακά πηλικά (Τυπικοί βαθμοί) του Αθηνά Τεστ ακολουθούν την κανονική κατανομή Gauss, με μέσο όρο 10 και τυπική απόκλιση 3 και στο αναπτυξιακό διάγραμμα αξιολόγησης των ενδοατομικών διαφορών του μαθητή εκφράζονται με έναν ακέραιο αριθμό που κυμαίνεται μεταξύ του 1 και του 19. Με βάση τις εκατοστιαίες θέσεις και τα ποσοστά στα διάφορα τμήματα της κατανομής των αναπτυξιακών πηλίκων ορίστηκαν διαγνωστικές κατηγορίες που περιλαμβάνουν τρεις (3) ζώνες: 1) Κατώτερη – Ελλειμματική επίδοση, στο διάστημα με αναπτυξιακό πηλίκο 8 και κάτω (το 25% της κατανομής), που περιλαμβάνει τα παιδιά με οριακώς χαμηλή επίδοση ($ΑΠ^1 = 8$ και 7) και τα παιδιά με ανεπαρκή επίδοση ($ΑΠ \leq 6$), 2) Μέση – κανονική Επίδοση, στο διάστημα με αναπτυξιακό πηλίκο 9, 10, και 11 (το 50% της κατανομής), που περιλαμβάνει τα παιδιά με μέση – μέση επίδοση ($ΑΠ=10$), με μέση – ανώτερη επίδοση ($ΑΠ=11$) και με μέση – κατώτερη επίδοση ($ΑΠ=9$), 3) Ανώτερη επίδοση, στο διάστημα με αναπτυξιακό πηλίκο 12 και άνω (το 25% της κατανομής), που περιλαμβάνει τα παιδιά με οριακώς υψηλή επίδοση ($ΑΠ= 12$ και 13) και τα παιδιά με εξαιρετική επίδοση ($ΑΠ \geq 14$). Τέλος οι αναπτυξιακές ηλικίες μας βοηθούν να καθορίσουμε αφενός, το βαθμό ανάπτυξης του παιδιού και τη διαγνωστική κατηγορία αυτού και αφετέρου, το βαθμό δυσκολίας του διδακτικού – διορθωτικού υλικού που μπορεί να αφομοιώσει το παιδί τη δεδομένη χρονική στιγμή ώστε να καταρτιστεί και το ανάλογο πρόγραμμα διορθωτικής παρέμβασης. Η σύγκριση μεταξύ αναπτυξιακής και χρονολογικής ηλικίας μας οδηγεί σε τρεις (3) περιπτώσεις: α) βαθμός ανάπτυξης μέσος – κανονικός (AH^1 ίση περίπου με XH^1), β) βαθμός ανάπτυξης υψηλός ($AH \geq XH$) και γ) βαθμός ανάπτυξης κατώτερος του μέσου – κανονικού / ελλειμματικός ($AH \leq XH$).

http://www.anaptixirc.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=87

B) ΛΑΜΔΑ Τεστ.

Το ΛΑΜΔΑ είναι σχεδιασμένο για να χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο από εκπαιδευτικούς της γενικής αγωγής και της ειδικής αγωγής, καθώς και από άλλους ειδικούς που στελεχώνουν τα Κέντρα Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (ΚΔΑΥ). Επίσης μπορούν να το χρησιμοποιούν άλλοι αρμόδιοι επαγγελματίες που παρέχουν υπηρεσίες διάγνωσης και

αξιολόγησης σε παιδιά σχολικής ηλικίας, όπως λογοθεραπευτές, ψυχολόγοι, παιδίατροι και παιδοψυχίατροι, εφόσον έχουν παρακολουθήσει σχετικό επιμορφωτικό πρόγραμμα όσον αφορά στην ερμηνεία και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων. Το λογισμικό έχει αναπτυχθεί με γνώμονα την υψηλή χρηστικότητα, τόσο για τους μαθητές που εξετάζονται όσο και για το επαγγελματικό προσωπικό που το μεταχειρίζεται και το αξιοποιεί. Η σχεδίαση του λογισμικού είναι τέτοια ώστε να μην απαιτούνται καθόλου ειδικές γνώσεις ως προς τη χρήση υπολογιστών, με αποτέλεσμα να μεγιστοποιείται το πεδίο εφαρμογής και αξιοποίησης του εργαλείου αυτού στο εκπαιδευτικό σύστημα.

Ο ανιχνευτικός χαρακτήρας του εργαλείου προτάσσει ως καθοριστικά χαρακτηριστικά του το μικρό ως μέτριο βαθμό δυσκολίας των ερωτήσεων και τη σύντομη διάρκεια εξέτασης. Όμως το ηλικιακό εύρος του πληθυσμού στόχου του ΛΑΜΔΑ είναι ιδιαίτερα μεγάλο, συνεπώς και το εύρος των διαφορών στις ικανότητές τους. Έτσι, είναι αδύνατο να καθοριστεί ένα ενιαίο σύνολο ασκήσεων για όλους τους μαθητές ανεξαρτήτως ηλικίας. Για το λόγο αυτό το ΛΑΜΔΑ περιλαμβάνει διαφορετικό περιεχόμενο στις ασκήσεις ανάλογα με την τάξη, καλύπτοντας το φάσμα από Β' Δημοτικού μέχρι Β' Γυμνασίου. Ειδικότερα, το ΛΑΜΔΑ μπορεί να χορηγηθεί σε παιδιά της Β' Δημοτικού.

Οι δοκιμασίες που επιλέχθηκαν για την συγκρότηση του ΛΑΜΔΑ συμβάλλουν στη διαμόρφωση όσο το δυνατόν πληρέστερης εικόνας του μαθησιακού δυναμικού του μαθητή, με έμφαση στο γλωσσικό τομέα. Αξιολογεί τομείς γνώσης και χρήσης της γλώσσας και των αναγνωστικών διεργασιών. Επιπλέον, τα εργαλεία περιλαμβάνουν και δοκιμασίες μη λεκτικής νοητικής ικανότητας, για την αξιολόγηση της οπτικοχωρικής αντίληψης των μαθητών, ως αξιόπιστη λύση για αδρή εκτίμηση της μη λεκτικής νοημοσύνης.

Οι γενικοί τομείς δεξιοτήτων που αξιολογούνται στο ΛΑΜΔΑ και οι επιμέρους δοκιμασίες είναι οι εξής:

- 1)Αναγνώριση ερεθισμάτων: αναγνώριση εικόνας, αναγνώριση λέξης.
- 2)Ορθογραφία: ιστορική ορθογραφία, γραμματική ορθογραφία.
- 3)Κατανόηση κειμένου: προφορική και γραπτή κατανόηση, μελέτη γραπτού κειμένου.
- 4)Μορφοσύνταξη: συμπλήρωση πρότασης, αναλογίες.
- 5)Λεξιλόγιο: επιλογή εικόνας, ορισμός λέξεων.
- 6)Μνήμη εργασίας (πρωτογενής μνήμη): εύρος γραμμάτων.

7)Μη λεκτική νοητική ικανότητα: οπτικές αλληλουχίες, συμπλήρωση σχημάτων.

8)Αντίληψη χαρακτηριστικών μουσικής: αναπαραγωγή ρυθμού.

Οι οδηγίες των ασκήσεων έπρεπε να είναι απολύτως σαφείς έτσι ώστε κανένας από τους μαθητές να μη χρειαστεί να διακόψει την εκτέλεση των ασκήσεων για να κάνει διευκρινιστικές ερωτήσεις στον παριστάμενο εκπαιδευτικό (ο οποίος ενδεχομένως να μην είναι σε θέση να δώσει τις κατάλληλες απαντήσεις). Επίσης δεν θα έπρεπε κανένας μαθητής να αποτύχει στις ασκήσεις εξαιτίας παρανόησης των οδηγιών, διότι κάτι τέτοιο θα έθετε σε αμφιβολία την εγκυρότητα του τεστ. Με βάση προηγούμενη εμπειρία από αυτοματοποιημένες ασκήσεις για μαθητές δημοτικού και γυμνασίου, οι οδηγίες του ΛΑΜΔΑ είναι πλήρως διαδραστικές, καθοδηγώντας το μαθητή σταδιακά υπό τον πλήρη έλεγχο του υπολογιστή, και ακολουθούν τη μέθοδο διδασκαλίας χωρίς λάθη (error-free). Αρχικά σε κάθε άσκηση εκφωνείται το θεματικό σενάριο της αλληλεπίδρασης, το οποίο υποστηρίζεται από τα γραφικά της οθόνης, και δίνεται έτσι στο μαθητή ένας στόχος και μια αιτιολόγηση. Στη συνέχεια ο μαθητής καθοδηγείται, μέσα από τις ηχογραφημένες οδηγίες, στην εκτέλεση των ενεργειών που απαιτούνται για την ολοκλήρωση της διαδικασίας. Για παράδειγμα, παροτρύνεται να κάνει κλικ σε συγκεκριμένο πεδίο της οθόνης για να εμφανιστεί η ερώτηση. Στη φάση των οδηγιών χρησιμοποιούνται πολύ εύκολα παραδείγματα, ενδεικτικά του υλικού της άσκησης, ώστε να μην τίθεται περιορισμός στην κατανόηση της διαδικασίας από το αντικείμενο της άσκησης. Στην πρώτη φάση της καθοδήγησης παρέχεται οπτική ένδειξη στο στόχο, ώστε να μην υπάρχει καμία αμφιβολία για το νόημα της προφορικής οδηγίας και να μη σπαταλάται χρόνος στην οπτική αναζήτηση. Στη δεύτερη φάση η ίδια διαδικασία επαναλαμβάνεται χωρίς οπτική ένδειξη, εμποδώνοντας τα στοιχεία της αλληλεπίδρασης πριν από την έναρξη της άσκησης. Η δεύτερη αυτή φάση παραλείπεται στα μεγαλύτερα παιδιά όταν η απόκριση στην πρώτη φάση είναι σωστή και γρήγορη. Έτσι δεν κουράζονται οι μαθητές υψηλών δυνατοτήτων, όσο είναι δυνατό, από τις χαμηλές απαιτήσεις του λογισμικού, το οποίο είναι σχεδιασμένο ώστε να εκτελείται από όλους τους μαθητές ανεξαρτήτως νοητικού δυναμικού. Και στις δύο φάσεις των οδηγιών η διαδικασία προχωρά μόνον όταν ο μαθητής εκτελέσει επιτυχώς την οδηγία. Η οδηγία επαναλαμβάνεται αν χρειαστεί, ενώ δίνονται και διορθωτικές παρεμβάσεις ή επαναλήψεις σε περίπτωση λανθασμένης απόκρισης.

Όσο αναφορά την διάρκεια των δοκιμασιών του Τεστ ΛΑΜΔΑ, επειδή, ορισμένα παιδιά λειτουργούν πολύ πιο αργά ή αντιμετωπίζουν ιδιαίτερη δυσκολία στις ασκήσεις,

καθυστερούν περισσότερο να τις ολοκληρώσουν. Οι χρόνοι ολοκλήρωσης των ασκήσεων ΛΑΜΔΑ (σε λεπτά και δευτερόλεπτα) από 50% 90% και 95% των μαθητών του δείγματος στάθμισης είναι: 1) Β' Δημοτικού από 32:28 ως 42:04. 2) Γ' Δημοτικού από 34:39 ως 41:09. 3) Δ' Δημοτικού από 32:57 ως 39:25. 4) Ε' Δημοτικού από 33:24 ως 44:53. 5) ΣΤ' Δημοτικού από 32:21 ως 42:20. 6) Α' Γυμνασίου από 32:03 ως 40:19. 6) Β' Γυμνασίου από 31:59 ως 40:15.(<http://www.ilsp.gr/files/LAMDAdescription.pdf>)

Γ) WISC- III (Τεστ νοημοσύνης).

Ένα από τα πλέον έγκυρα και αξιόπιστα τεστ για την αξιολόγηση της νοημοσύνης των παιδιών και των εφήβων σχολικής ηλικίας που χρησιμοποιείται ευρύτατα στη χώρα μας είναι το τεστ νοημοσύνης WISC- III. Το τεστ αυτό καλύπτει παιδιά από ηλικίας έξι ετών έως 16 ετών και 11 μηνών. Αποτελείται από 12 δοκιμασίες. Έξι από αυτές τις δοκιμασίες αποτελούν την λεκτική κλίμακα και οι έξι δοκιμασίες αποτελούν την πρακτική κλίμακα. Το παιδί αντιμετωπίζει εναλλάξ τις λεκτικές και πρακτικές κλίμακες δοκιμασίες:

- Η λεκτική κλίμακα αποτελεί: πληροφορίες, ομοιότητες, αριθμητική, λεξιλόγιο, κατανόηση, μνήμη αριθμών
- Η πρακτική κλίμακα αποτελεί: συμπλήρωση εικόνων, κωδικοποίηση, σειροθέτηση εικόνων, σχέδια με κύβους, συναρμολόγηση εικόνων, λαβύρινθοι.

Η βαθμολόγηση του Τεστ γίνεται ως εξής: Προσθέτουμε το σύνολο των σωστών απαντήσεων σε κάθε δοκιμασία. Οι αρχικοί αυτοί βαθμοί που αντιστοιχούν στον αριθμό σωστών απαντήσεων σε κάθε μια από τις 12 δοκιμασίες, μετατρέπονται σε δευτερογενείς βαθμούς (standard scores) συγκρίνοντας την επίδοση του εξεταζομένου με τον μέσο όρο επίδοσης του αντιπροσωπευτικού δείγματος. Μετά προσθέτουμε τους δευτερογενείς βαθμούς των λεκτικών δοκιμασιών και τους δευτερογενείς βαθμούς των πρακτικών δοκιμασιών και τους δευτερογενείς βαθμούς όλων δοκιμασιών μαζί. Στο επόμενο στάδιο ανατρέχουμε σε ορισμένους πίνακες του εγχειριδίου, όπου βάση των προηγούμενων τριών αθροισμάτων δευτερογενών βαθμών βρίσκουμε τρεις δείκτες νοημοσύνης. Το λεκτικό, το πρακτικό και το γενικό δείκτη νοημοσύνης.

Η εξήγηση των αποτελεσμάτων μπορούν να μας δώσουν πολλές πληροφορίες για τον τρόπο που σκέφτεται και αντιμετωπίζει διάφορες δραστηριότητες το παιδί. Τα αποτελέσματα μπορούν να αναλυθούν σε τρία στάδια:

- 1^ο στάδιο ανάλυσης του γενικού δείκτη νοημοσύνης: Ο δείκτης νοημοσύνης δίνει μια έγκυρη και αξιόπιστη εικόνα του επιπέδου της νοητικής λειτουργίας του παιδιού σε σχέση με τα άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας.

ΔΕΙΚΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ
130+	Εξαιρετικά ευφυείς
120-129	Ευφυείς
110-119	Ανώτερα φυσιολογικά
90-109	Φυσιολογικά
80-89	Χαμηλά φυσιολογικά
70-79	Οριακή νοημοσύνη
55-69	Ελαφριά νοητική υστέρηση
40-54	Μέτρια νοητική υστέρηση
25-39	Βαριά νοητική υστέρηση
25 και κάτω	Βαρύτατη νοητική υστέρηση

- 2^ο στάδιο ανάλυσης του πρακτικού και λεκτικού δείκτη νοημοσύνης: Το επόμενο βήμα στην εξήγηση των αποτελεσμάτων είναι η μελέτη των άλλων δύο δεικτών νοημοσύνης του λεκτικού και του πρακτικού. Η ανάλυση αυτή αποκτά ενδιαφέρον όταν ο λεκτικός και ο πρακτικός δείκτης σε ένα παιδί σημαντικά μεταξύ τους. Η διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται: 1) Το παιδί μπορεί να έχει καλύτερα αναπτυγμένο το ένα από τα δύο ημισφαίρια του εγκεφάλου. 2) Το παιδί μπορεί να προέρχεται από χαμηλό κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο, σε αυτή την περίπτωση ο πρακτικός δείκτης θα είναι υψηλότερος από το λεκτικό δείκτη. 3) Όταν το παιδί αντιμετωπίζει δυσκολία να συντονίσει τις κινήσεις του ή όταν έχει πρόβλημα στον οπτικοκινητικό συντονισμό, σε αυτή την περίπτωση ο λεκτικός δείκτης θα είναι υψηλότερος από τον πρακτικό. 4) Ένας υψηλός πρακτικός δείκτης μπορεί να είναι ενδεικτικό κάποιου προβλήματος στο κέντρο λόγου (αριστερό ημισφαίριο), ενώ ένας υψηλός λεκτικός

δείκτης μπορεί να είναι ενδεικτικό πρόβλημα που έχει σχέση με την αντίληψη της δομής του χώρου.

- 3^ο στάδιο ανάλυση επιμέρους δραστηριότητας: Στο στάδιο αυτό της ανάλυσης εξετάζουμε τις δυνάμεις και τις αδυναμίες του παιδιού στις διάφορες δεξιότητες που εξετάζουν τη λεκτική και πρακτική κλίμακα: πληροφορία, ομοιότητες, αριθμητική, λεξιλόγιο, κατανόηση, μνήμη αριθμών, συμπλήρωση εικόνων, σειροθέτηση εικόνων, σχέδια με κύβους, συναρμολόγηση εικόνων, κωδικοποίηση, λαβύρινθοι.

http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CFAQFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.elpse.gr%2Fel%2Fkatalogos-teyxwn%2Fcategory%2F53.html%3Fdownload%3D147&ei=ewh4Uez9GsqsPKOwgMAN&usg=AFQjCNEUm5F9JLz0KD6LvBEOs1BzIiUTdA&sig2=wJ9-jCBmS9Zwqe89_9WeiA&bvm=bv.45580626,d.d2k

Δ) Η Δοκιμασία Γλωσσικής Αντίληψης και Έκφρασης.

Η Δοκιμασία Γλωσσικής Αντίληψης και Έκφρασης αποτελεί ένα εργαλείο αξιολόγησης των γλωσσικών δεξιοτήτων ατόμων με δυσκολίες στην επικοινωνία και τη γλωσσική ανάπτυξη. Στόχος της είναι ο καθορισμός των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα άτομα με διαταραχές επικοινωνίας και η χρησιμοποίηση των αποτελεσμάτων στο σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος. Το 2008, ο Ι Βογινδρούκας σε συνεργασία με το Γρηγοριάδη Ε. και την Καμπύρογλου Μ., το τελειοποίησαν με στόχο την έκδοση της δοκιμασίας για χρήση από ειδικούς στο χώρο της παθολογίας του λόγου και της εκπαίδευσης. (Ι. Βογινδρούκας, 2012)

Η δομή της δοκιμασίας ακολουθεί την αναπτυξιακή πορεία της γλώσσας στα παιδιά γι' αυτό είναι χωρισμένη σε αδρά σε έξι ενότητες. Ο διαχωρισμός των ενοτήτων ξεκινά από το προγλωσσικό στάδιο το οποίο εστιάζεται στις δεξιότητες του παιχνιδιού και προχωρά ακολουθώντας τα στάδια εξέλιξης του συνδυασμού των λέξεων που χρησιμοποιούνται από τα παιδιά στην προσπάθεια να κατακτήσουν το μοντέλο της γλώσσας των ενηλίκων. Τα στάδια της δοκιμασίας είναι το προγλωσσικό, το μονολεκτικό, του συνδυασμού των δύο λέξεων, του συνδυασμού των τριών λέξεων, του πρώιμου γραμματικού και του προηγούμενου γραμματικού σταδίου. Σε αυτό το στάδιο παρεμβάλλονται και γνωστικές δοκιμασίες, οι οποίες αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό στάδιο της κάθε ενότητας. Τέτοιες δοκιμασίες είναι η

ανάπτυξη του παιχνιδιού, η γνώση χρωμάτων, μεγεθών, κατηγοριοποίηση εννοιών και αιτιολόγησης καταστάσεων. Οι δύο πρώτες ενότητες, δηλαδή η ανάπτυξη του παιχνιδιού και το μονολεκτικό στάδιο εστιάζονται κυρίως στη γνωστική ανάπτυξη του εξεταζομένου και βοηθούν στο καθορισμό του αναπτυξιακού επιπέδου του. Αφορούν δηλαδή στη διερεύνηση του επιπέδου λειτουργικότητας του εξεταζομένου, κατά πόσο δηλαδή αυτός/ή είναι στο επίπεδο του αισθησιοκινητικού παιχνιδιού, της αναγνώρισης του πραγματικού αντικειμένου, της χρήσης του αντικειμένου και στο τρόπο κατανόησης και μάθησης του εξεταζομένου. Τα επόμενα στάδια της δοκιμασίας εστιάζονται κυρίως σε τομείς κατανόησης και έκφρασης της γλώσσας φτάνοντας έως την αφηγηματική ικανότητα και τη κατανόηση κοινωνικών καταστάσεων. (Ι. Βογινδρούκας, 2012)

Η δοκιμασία είναι φτιαγμένη με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να δίνεται τμηματικά σε σύντομο χρονικό διάστημα και αφήνει την ευκαιρία στον εξεταστή να επιλέξει το μέρος της δοκιμασίας που θα ήθελε να χρησιμοποιήσει χωρίς να είναι απαραίτητη η συνολική χορήγησή της. Επίσης παρέχει ένα τρόπο αξιολόγησης της θεραπευτικής παρέμβασης αφού μπορεί να επαναληφθεί σε τακτά χρονικά διαστήματα. Το υλικό της είναι τέτοιο ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί και από παιδιά με σοβαρές αναπτυξιακές διαταραχές ή δυσκολίες συνεργασίας, αφού μπορεί να χρωματίσει σε αυτό χωρίς να επέλθει φθορά ή καταστροφή του. Η δοκιμασία περιλαμβάνει 2 βιβλία εικόνων με αρίθμηση 1 και 2, 6 πρωτόκολλα που αντιστοιχούν σε διαφορετικά αναπτυξιακά επίπεδα, από δυο σελ παιχνιδιών, 2 σελ αντικειμένων τα οποία περιλαμβάνουν τα ίδια αντικείμενα και δύο σελ μεμονωμένων εικόνων που αφορούν στο βασικό λεξιλόγιο εννοιών και στο βασικό λεξιλόγιο ενεργειών. Σε κάθε δοκιμασία του πρωτοκόλλου υπάρχουν πληροφορίες για τον τρόπο χορήγησης και για τον λόγο το οποίο χορηγείται. Επίσης δίνονται πληροφορίες για το τι θα πρέπει ο εξεταστής να προσέχει κάθε φορά, σε τι να εστιάσει την αξιολόγησή του και τι να αγνοεί..

(Ι. Βογινδρούκας, 2012)

Σε κάθε πρωτόκολλο υπάρχει ο ειδικός χώρος στο τέλος κάθε δοκιμασίας στον οποίο καταγράφεται η βαθμολογία. Η βαθμολογία χωρίζεται σε βαθμολογία κατανόησης και σε βαθμολογία έκφρασης. Σημαντικότερη θεωρείται η βαθμολογία κατανόησης η οποία δείχνει και το αναπτυξιακό γνωστικό επίπεδο του κάθε εξεταζόμενου. Στο χώρο βαθμολόγησης αναγράφεται ο αριθμός των σωστών απαντήσεων. (Ι. Βογινδρούκας, 2012)

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων καθοδηγεί τον εξεταστή στην σκιαγράφιση του προφίλ δεξιοτήτων του εξεταζόμενου, του επιπέδου λειτουργικότητας του, του αναπτυξιακού του επιπέδου, των δυσκολιών στη συνεργασία και στην αλληλεπίδραση, του τρόπου μάθησης, του τρόπου επικοινωνίας και των ιδιομορφιών που παρουσιάζει και οι οποίες θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά το σχεδιασμό και την εκτέλεση του θεραπευτικού προγράμματος. (I. Βογινδρούκας, 2012)

Για το λόγο αυτό έχει κατασκευαστεί το Προφίλ Δεξιοτήτων, το οποίο περιλαμβάνει τις γενικές δεξιότητες που εξετάζονται στη Δοκιμασία Γλωσσικής Αντίληψης και Έκφρασης για τις οποίες ο εξεταστής καλείται να σημειώσει αν η δεξιότητα έχει ήδη αναπτυχθεί (ΝΑΙ) ή δεν έχει αναπτυχθεί (ΟΧΙ) ή αν φαίνεται να αναδύεται (ΑΝΑΔΥΕΤΑΙ). Γενική αρχή στην θεραπευτική παρέμβαση είναι να ξεκινά κανείς από τις δεξιότητες που αναδύονται, να τις εντάσσει αρχικά στο θεραπευτικό πρόγραμμα, να εστιάζεται θεραπευτικά στην προώθησή τους και μετά από επανεξέταση να διακρίνει ξανά τις αναδυόμενες δεξιότητες και να επαναπροσδιορίζει τους θεραπευτικούς του στόχους. (I. Βογινδρούκας, 2012)

E) ADI- R (Autism Diagnostic- Interview- Revised) – (Αυτισμός Διαγνωστικής Συνέντευξης)

Το ADI- R Αυτισμός Διαγνωστικής Revised είναι ένα κλινικό διαγνωστικό εργαλείο για την εκτίμηση του αυτισμού σε παιδιά και ενήλικες. Το ADI- R περιέχει ένα διαγνωστικό αλγόριθμο για τον αυτισμό, όπως περιγράφεται τόσο στο ICD- 10 όσο και στο DSM- IV. Το όργανο επικεντρώνεται στην συμπεριφορά σε τρεις βασικούς τομείς: ποιότητα των αμοιβαίων κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, στην επικοινωνία και στην γλώσσα, περιορισμένες και επαναλαμβανόμενες στερεοτυπίες σε συμπεριφορές και ενδιαφέροντα. Το ADI- R είναι κατάλληλο για παιδιά και ενήλικες με νοητική ηλικία περίπου 18 μήνες και άνω.

Περιγραφή: Το ADI- R είναι ένα τυποποιημένο, ημι-δομημένη κλινική εξέταση για τους φροντιστές των παιδιών και των ενηλίκων. Η συνέντευξη περιλαμβάνει 93 είδη και επικεντρώνεται στις συμπεριφορές σε τρεις τομείς ή περιεχομένου: την ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης (π.χ. συναισθηματική ανταλλαγή), επικοινωνίας και γλώσσας (π.χ. στερεότυπες εκφράσεις προσώπου, την κοινωνική χρήση της γλώσσας) και επαναλαμβανόμενες, περιορισμένες και στερεότυπες συμπεριφορές και ενδιαφέροντα (π.χ. ασυνήθιστη ανησυχία, το χέρι και το δάκτυλο με ιδιομορφίες, ασυνήθιστη αισθητική). Το

μέτρο περιλαμβάνει επίσης άλλα στοιχεία σχετικά για το σχεδιασμό της θεραπείας, όπως αυτοτραυματισμοί και την υπερ-δραστηριότητα. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται από τον κλινικό ιατρό με βάση την περιγραφή του φροντιστή όσο αναφορά την συμπεριφορά του παιδιού ή του ενήλικα. Οι ερωτήσεις οργανώνονται γύρω από την περιοχή του περιεχομένου και παρέχονται οι ορισμοί όλων των στοιχείων συμπεριφοράς: στο χώρο της επικοινωνίας για παράδειγμα « Η καθυστέρηση ή ολική έλλειψη της γλώσσας που δεν αντισταθμίζονται από χειρονομία» αναλύονται περαιτέρω σε συγκεκριμένα είδη συμπεριφοράς: δείχνει να εκδηλώσουν το ενδιαφέρον, συμβατικές χειρονομίες, κουνώντας το κεφάλι. Ομοίως, στον τομέα της αμοιβαίας κοινωνικής συναλλαγής ή έλλειψη κοινωνικό- συναισθηματικής αμοιβαιότητας και διαμόρφωσης του πλαισίου περιλαμβάνει τις ακόλουθες συμπεριφορές: ακατάλληλες εκφράσεις προσώπου, την ποιότητα των κοινωνικών ανοιγμάτων και την καταλληλότητα της κοινωνικής αντίδρασης.

Όλες οι ερωτήσεις είναι σχετικά με την τρέχουσα συμπεριφορά, με την εξαίρεση λίγων μόνων συμπεριφορών που συμβαίνουν κατά την διάρκεια συγκεκριμένων περιόδων ηλικίας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, δίνονται συγκεκριμένα όρια ηλικίας. Για παράδειγμα, τα στοιχεία για το ερευνητικό έργο της ομάδας κωδικοποιούνται μόνο για συμπεριφορές που εμφανίζονται μεταξύ ηλικιών 4 και 10 χρονών, τα ερωτήματα σχετικά με αμοιβαίες φιλίες σκοράρανε μόνο τα παιδιά ηλικίας 5 ετών και άνω, και ερωτήματα σχετικά με τα δέσμια συμφερόντων σκοράρανε μόνο τα παιδιά 3 ετών και άνω. Ζητώντας σχετικά με την τρέχουσα συμπεριφορά, κάθε ερώτηση επικεντρώνεται στην περίοδο όταν η συμπεριφορά ήταν πιθανόν να είναι πιο έντονη- γενικά, μεταξύ 4- 5 ετών.

Η συνέντευξη ξεκινά με ένα εισαγωγικό ερώτημα που ακολουθείται από ερωτήσεις σχετικά με την πρόιμη ανάπτυξη του ατόμου. Οι επόμενες 41 ερωτήσεις καλύπτουν την λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία. Οι ερωτήσεις 50 έως 66 ρωτάει σχετικά με την κοινωνική ανάπτυξη και στο παιχνίδι. Οι επόμενες 13 ερωτήσεις ασχολούνται με τις συμπεριφορές. Οι τελευταίες 14 ερωτήσεις ρωτάνε σχετικά με την «γενική συμπεριφορά» συμπεριλαμβανομένων των ζητημάτων με τις δεξιότητες μνήμης, κινητικές δεξιότητες, υπερ-δραστηριότητα και λιποθυμία.

Βαθμολόγηση: Το ADI- R Αυτισμός Διαγνωστικής Revised παράγει αποτελέσματα σε καθεμία από τις τρεις περιοχές του περιεχομένου (δηλαδή, την επικοινωνία και την γλώσσα, την κοινωνική αλληλεπίδραση, περιορισμένες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές).

Αυξανόμενα αποτελέσματα δείχνουν προβληματική συμπεριφορά σε μια από τις συγκεκριμένες περιοχές. Οι παρτιτούρες βασίζονται στην κρίση του κλινικού γιατρού μετά την έκθεση του φροντιστή για την συμπεριφορά και την ανάπτυξη του παιδιού. Για κάθε στοιχείο, ο κλινικός γιατρός δίνει μια βαθμολογία που κυμαίνεται από το 0 έως το 3. Μια βαθμολογία των 0 δίνεται όταν « η συμπεριφορά του τύπου που καθορίζεται στην κωδικοποίηση είναι παρούσα», σκορ 1 δίνεται όταν η συμπεριφορά του προσδιορισθέντος τύπου είναι παρούσα σε μια ανώμαλη μορφή αλλά όχι επαρκώς σοβαρή ή συχνή ώστε να πληρούνται τα κριτήρια για 2», ένα σκορ 2 δείχνει «οριστική ή μη φυσιολογική συμπεριφορά» που πληρούνται τα κριτήρια που καθορίζονται, και ένα σκορ 3 είναι αποκλειστικά για «ακραία σοβαρότητα της συγκεκριμένης συμπεριφοράς». Υπάρχουν επίσης δεκάδες, 7 («οριστική ανωμαλία στην ευρύτερη περιοχή της κωδικοποίησης αλλά δεν καθορίζονται από τον τύπο»), 8 («δεν εφαρμόζεται») και 9 (« που δεν ήταν γνωστή ή δεν ρωτήθηκε») που δίδεται υπό ορισμένες συνθήκες, τα οποία όλα μετατρέπονται σε 0 στον υπολογισμό του αλγόριθμου.

Η ταξινόμηση του αυτισμού δίνεται όταν τα αποτελέσματα και στους τρεις τομείς του περιεχομένου της επικοινωνίας, της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και συμπεριφορές ανταποκρίνονται ή υπερβαίνουν τα καθορισμένα cutoffs, και η έναρξη της διαταραχής είναι εμφανή από 36 μηνών. Ο ίδιος ο αλγόριθμος που χρησιμοποιείται για τα παιδιά από την ψυχική ηλικία των 18 μηνών έως την ενηλικίωση, με τρεις εκδόσεις που περιέχουν τις μικρές τροποποιήσεις: 1) μια ζωή- το χρόνο έκδοση, 2) μια έκδοση με τις τρέχουσες συμπεριφορές, 3) μια έκδοση για χρήση με τα παιδιά στο πλαίσιο της ηλικίας των 4 ετών. Ο αλγόριθμος ορίζει μια ελάχιστη βαθμολογία σε κάθε περιοχή για να δώσουν μια διάγνωση του αυτισμού, όπως περιγράφεται στο ICD- 10 και DSM- IV. Η συνολική βαθμολογία αποκοπής για την επικοινωνία και το domain γλώσσα είναι 8 άτομα για την λεκτική και μη λεκτική 7 για τα θέματα. Για όλα τα μαθήματα, το cutoff για την κοινωνική αλληλεπίδραση είναι 10, και η αποκοπή για περιορισμένες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές είναι 3.

Πρακτικά ζητήματα: Αυτή η συνέντευξη με βάση το μέσο απαιτεί ουσιαστική εκπαίδευση στη διοίκηση και στην βαθμολόγησης. Μια άρτια εκπαιδευόμενη κλινική ιατρός μπορεί να χορηγήσει το ADI- R σε παιδιά από 3 ή 4 ετών με υποψία αυτισμού σε περίπου 90 λεπτά. Η συνέντευξη μπορεί να διαρκέσει περισσότερο όταν χορηγείται σε γονείς με μεγαλύτερα παιδιά ή ενήλικες. Τα εκπαιδευτικά εργαστήρια είναι διαθέσιμα στις Ηνωμένες Πολιτείες,

καθώς και σε διεθνές επίπεδο, το ADI- R και το σχετικό υλικό είναι διαθέσιμο από την Western Psychological Services. (<http://research.agre.org/program/aboutadi.cfm>)

2.3. Δημόσια Διαγνωστικά Κέντρα.

A) Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ):

Το Κ.Ψ.Υ αποτελεί τον πυρήνα της κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής υγείας. Σκοπός του είναι η πρόληψη και η θεραπεία ψυχικών διαταραχών, η συμβολή στην ψυχοκινητική αποκατάσταση των ψυχικών πασχόντων, η ψυχοκοινωνική μέριμνα και η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα.

Συνοπτικά οι λειτουργίες του θα μπορούσαν να περιγραφούν ως ακολούθως:

- Πρόληψη, πρόωμη διάγνωση και θεραπεία όλων των ψυχικών διαταραχών. Παρέμβαση στην κρίση, συμπεριλαμβανομένων και της κατ' οίκον φροντίδας. Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ενήλικες. Βιο- ψυχο- κοινωνική προσέγγιση. Εφαρμογή ψυχοθεραπειών, ολοκληρωμένη και συνθετική προσέγγιση.
- Συνεχιζόμενη φροντίδα των ασθενών και εξασφάλιση τους συνεχούς της φροντίδα σε στενή συνεργασία με άλλες υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας που αποσκοπούν στην βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών, στην πρόληψη της επανεισαγωγής σε νοσοκομείο στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση. Το Κ.Ψ.Υ μπορεί επίσης να αναπτύξει μονάδα μερικής νοσηλείας.
- Ευαισθητοποίηση και Αγωγή της Κοινότητας σε ζητήματα σχετικά με την Ψυχική Υγεία. Ειδικά προγράμματα προαγωγής της ψυχικής υγείας και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών σε συνεργασία με άλλα στελέχη άλλων τομέων (εκπαιδευτικοί, επαγγελματίες υγείας, ομάδες υψηλού κινδύνου, κλπ).
- Στενή συνεργασία με κοινοτικές, κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες ψυχικής υγείας.
- Έρευνα αναγκών και επιδημιολογική έρευνα στον τομέα ψυχικής υγείας.

Στόχος είναι η παροχή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας σε επίπεδο πρωτογενούς, δευτερογενούς, τριτογενούς πρόληψης. Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι: εξωτερικά ιατρεία ενηλίκων, υπηρεσία παιδιών και εφήβων, μονάδα αποκατάστασης, προστατευμένο Διαμέρισμα χρόνιων ψυχωσικών, " Λώτος" πωλητήριο αντικειμένων που παράγονται στα παραγωγικά εργαστήρια, πρόληψη Ψυχικής Υγείας σε κάθε Κοινότητα.

Τα προγράμματα και οι δραστηριότητες που εφαρμόζονται είναι:

- Ψυχιατρική παρακολούθηση, υποστηρικτική- συμβουλευτική ενηλίκων, παρέμβαση σε ζευγάρια και οικογένειες.
- Αξιολόγηση παιδιών και εφήβων και των οικογενειών τους, θεραπευτική παρέμβαση στα παιδιά και στου εφήβους και συμβουλευτική υποστήριξη στους γονείς.
- Προστατευμένα παραγωγικά εργαστήρια: Κέντρο ημέρας, στέκι χρόνιων ψυχωσικών.
- Προγράμματα ευαισθητοποίησης, σε θέματα ψυχικής υγείας στα σχολεία, σε συνεργασία με Συλλόγους Γονέων και Εκπαιδευτικών.

Τα κέντρα απευθύνονται: 1)σε εξωτερικά ιατρεία για ενήλικες (18 και άνω),2) υπηρεσίες παιδιών και εφήβων (0-18 ετών) και στις οικογένειες τους.

Τα κριτήρια ένταξης στα κέντρα είναι:1) αίτημα παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας,2) να είναι κάτοικοι στους συγκεκριμένους δήμους που ανήκει το Κ.Ψ.Υ.
(http://www.epipsi.gr/Service_all/service/Kentro_psixikis_ygeias/)

B) ΕΛΕΠΑΠ.

Η ΕΛΕΠΑΠ προσφέρει μια σειρά προγραμμάτων ολιστικής παρέμβασης για παιδιά βρεφικής, προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Παρακολουθεί συνεχώς τις διεθνείς επιστημονικές εξελίξεις. Συμμετέχει και διοργανώνει επιστημονικά συνέδρια και ημερίδες. Φροντίζει παράλληλα για την πλαισίωση των οικογενειών των παιδιών που παρακολουθούν τα προγράμματα της, κτίζοντας μια ισχυρή συμμαχία μεταξύ διεπιστημονικής ομάδας της

ΕΛΕΠΑΠ και της κάθε οικογένειας και παιδιού μέσα σε κλίμα αλληλεγγύης, συνεργασίας και εμπιστοσύνης.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις της ΕΛΕΠΑΠ οργανώνονται σε προγράμματα ολιστικής προσέγγισης ανάλογα με τις αναπτυξιακές ανάγκες και δυνατότητες του κάθε παιδιού και διακρίνονται σε ατομικά, ομαδικά, διεπιστημονικά. Στα τακτικά διεπιστημονικά συμβούλια αξιολογείται η πορεία του κάθε παιδιού, τίθενται οι νέοι στόχοι και διαμορφώνονται τα ατομικά προγράμματα. Στόχος όλων των προγραμμάτων και των παρεμβάσεων της ΕΛΕΠΑΠ είναι η ενίσχυση της κινητικής, λεκτικής, συναισθηματικής, μαθησιακής εξέλιξης.

Μέσα από την λειτουργία των προγραμμάτων της ΕΛΕΠΑΠ, οι ατομικές συνεδρίες συνδυαστικά με ομαδικές δραστηριότητες, η ψυχαγωγία και το παιχνίδι ενσωματώνονται στη λειτουργική αποκατάσταση, η ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση συνυπάρχει με την ιατρική εποπτεία. (<http://www.elepap.gr/>)

Γ) Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης Διάγνωσης και Υποστήριξης Ατόμων με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες (Κ.Ε.Δ.Δ.Υ)

Τα Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης Διάγνωσης και Υποστήριξης ατόμων με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες (ΚΕ.Δ.Δ.Υ) στοχεύουν στην διάγνωση, αξιολόγηση και υποστήριξη των μαθητών αυτών που έχουν κυρίως εκπαιδευτικές ανάγκες. Δηλαδή σημαντική δυσκολία μάθησης, μαθησιακές δυσκολίες ή και προσαρμογής στο σχολείο.

Οι αιτίες είναι πολυπαραγοντικές όπως σωματικές ιδιαιτερότητες, νοητικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και γενικά ψυχολογικές.

Η πρώτη συνάντηση πραγματοποιείται μόνο με τους γονείς του παιδιού και την/τον κοινωνικό λειτουργό όπου συλλέγονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες από το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού ώστε να συνταχθεί το ιστορικό του. Έπειτα, πραγματοποιούνται δύο συναντήσεις του παιδιού με τον/ την ψυχολόγο και τον/ την εκπαιδευτικό.

Ο ψυχολόγος αξιολογεί το παιδί νοητικά χορηγώντας το WISC-III και συναισθηματικά βάση άλλων ψυχομετρικών εργαλείων όπως το MASC, Rorschach κ.α. Ο εκπαιδευτικός διαθέτει την ανάλογη εκπαιδευτική επάρκεια και ετοιμότητα ώστε να διαγνώσει μαθησιακά προβλήματα και να συντάξει προγράμματα για το παιδί αντίστοιχα με την ιδιαιτερότητα που έχει.

Αναμφισβήτητα, ο ψυχολόγος και ο εκπαιδευτικός μπορούν να συναντήσουν το παιδί παραπάνω από μία φορά αν το επιθυμήσουν. Απαραίτητη είναι η συλλογή πληροφοριών από τον εκπαιδευτικό της τάξης του σχετικά με το παιδί. Ακολουθεί συνεδρίαση της διεπιστημονικής ομάδα του Κέντρου όπου όλα τα μέλη συζητούν για τις πληροφορίες που έχουν συλλέξει, τις παρατηρήσεις τους και τις αξιολογήσεις τους.

Η συνεδρίαση ολοκληρώνεται με την σύνταξη της γνωμάτευσης, του εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος και τον ορισμό της ημερομηνίας για επαναξιολόγηση. Τέλος, γνωστοποιείται η γνωμάτευση στους γονείς, στο σχολείο που φοιτά ή πρόκειται να φοιτήσει το παιδί.

Ο ρόλος των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. είναι σπουδαίος καθότι βοηθά τους γονείς να απευθυνθούν σε μία μονάδα που περιέχει πολλές ειδικότητες ώστε οι δυσκολίες του παιδιού τους να διερευνηθούν σε βάθος και από πολλές πλευρές. Ταυτόχρονα, το παιδί θα αποκτήσει την ακριβή γνώση της δυσκολίας του με αποτέλεσμα το πρόγραμμα που θα του συσταθεί να τον βοηθήσει στην καλύτερη αντιμετώπιση της δυσκολίας του. Πολλές φορές, όταν κρίνεται απαραίτητο ο/ η ψυχολόγος βοηθά υποστηρικτικά το παιδί ή και τους γονείς ακόμη.

Βασικό είναι ότι οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν. Όλες οι εισηγήσεις του Κέντρου έχουν εκπαιδευτικό προσανατολισμό και αποσκοπούν στη βελτίωση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων των παιδιών. Το κέντρο στοχεύει στην ένταξη των παιδιών στο κοινό εκπαιδευτικό σύστημα, την επαγγελματική τους κατάρτιση, τη συμμετοχή τους στην παραγωγική διαδικασία, στην αποδοχή τους από το κοινωνικό σύνολο και στην ισότιμη κοινωνική τους εξέλιξη τους εξέλιξη.

<http://oiko.wordpress.com/2011/08/30/%CE%BA%CE%B5%CE%BD%CF%84%CF%81%CE%BF-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%B3%CE%BD%CF%89%CF%83%CE%B7%CF%83->

Δ) Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο.

Το ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο περιλαμβάνει μια διεπιστημονική ομάδα που διαθέτει τις παρακάτω ειδικότητες: παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ειδικοί παιδαγωγοί, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, επισκέπτες Υγείας και Διοικητικοί Υπάλληλοι.

Παρέχονται οι εξής υπηρεσίες από το κέντρο:

- Διαγνωστική εκτίμηση
- Συμβουλευτική προς τους γονείς και φορείς της κοινότητας.
- Θεραπευτικές παρεμβάσεις ανάλογα με την περίπτωση και τις δυνατότητες του Κέντρου και ειδικότερα ατομική ψυχοθεραπεία παιδιού και εφήβου, θεραπεία οικογένειας, συστηματική κατεύθυνση, θεραπεία ζεύγους, εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, ομάδες παιδιών, εφήβων και γονέων.
- Εκπαιδευτικές δραστηριότητες: Κλινική εκπαίδευση και εκπαιδευτικά Σεμινάρια για ειδικούς της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου όπως παιδοψυχίατρος, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς.
- Χορήγηση Τεστ πρώιμης ανίχνευσης διαταραχές λόγου « Αν Όμιλο» σε παιδιά ηλικίας 3,9-4,6. Που σκοπό έχει την ανίχνευση δυσκολιών στο λόγο (αντίληψη- κατανόηση- εκφορά προφορικού λόγου και άρθρωσης), τον εντοπισμό ομάδας υψηλού κινδύνου- αξιολόγηση- σχεδιασμός θεραπευτικής παρέμβασης και επανεξέτασης μετά από ένα 6μηνο.

Στο κέντρο απευθύνονται: 1) Γονείς που χρειάζονται συμβουλές για τον γονεϊκό ρόλο και τις ψυχολογικές δυσκολίες των παιδιών τους. 2) Έφηβοι και παιδιά που αντιμετωπίζουν ποικίλες ψυχολογικές δυσκολίες. 3) Εκπαιδευτικοί όλων των βαθμίδων για προβλήματα που αφορούν τους μαθητές τους. 4) Φορείς των περιοχών ευθύνης που ασχολούνται με παιδιά και με εφήβου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. Λογοθεραπευτική Παρέμβαση.

Α) ΔΕΠ-Υ

Οι πιο συνήθεις θεραπευτικές διαδικασίες, που χρησιμοποιούνται για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: φαρμακολογικές, ψυχοκοινωνικές και εκπαιδευτικές. Αυτό σημαίνει ότι, στις περισσότερες περιπτώσεις, μια αποτελεσματική παρέμβαση απαιτεί διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα σε ειδικούς ψυχικής υγείας, τους ιατρούς, τους παιδαγωγούς και την οικογένεια. Η έμφαση πρέπει να δίνεται σε μια μακρόχρονη αντιμετώπιση της διαταραχής (Hinshaw, 1994). Στο σχολικό περιβάλλον, οι σημαντικότερες δυσκολίες που φαίνεται να αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι ο έλεγχος της συμπεριφοράς τους, προβλήματα ακαδημαϊκής φύσης και η αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους τους (DuPaul et al., 2004; Phiffner, Barkley & DuPaul, 2006). Οι βασικότερες παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση αυτών των δυσκολιών είναι συμπεριφορικές, γνωσιο- συμπεριφορικές, ακαδημαϊκές και η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων (DuPaul, & Weyandt, 2006; Phiffner, Barkley, & DuPaul, 2006; Wilkinson, & Lagendijk, 2007). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Συμπεριφορικές τεχνικές: Οι συμπεριφορικές τεχνικές διευκολύνουν την οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του θεραπευτή, του παιδιού και των γονέων του, και επιφέρουν αλλαγές οι οποίες βελτιώνουν τόσο την σχέση όσο και την καθημερινότητά τους (Friedberg, McClure, & Hillwig Garcia, 2009; Stallard,2006). Οι κυριότερες από αυτές τις τεχνικές στοχεύουν: α) στην αύξηση των θετικών μορφών συμπεριφοράς του παιδιού και στην ανάπτυξη συμπεριφορών που δεν υπάρχουν στο ρεπερτόριό του ,β) στη μείωση των αρνητικών μορφών συμπεριφοράς και γ) στην εκμάθηση δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

1)Αύξηση των θετικών μορφών συμπεριφοράς: Η αύξηση των θετικών μορφών συμπεριφοράς μπορεί να επιτευχθεί με μια σειρά τεχνικών οι οποίες παρουσιάζονται στην συνέχεια. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Α)Η θετική ενίσχυση: Η οποία αποτελεί τη βάση κάθε συμπεριφορικού προγράμματος παρέμβασης. Η θετική ενίσχυση αναφέρεται σε οποιοδήποτε γεγονός ή ερέθισμα ή επίδραση του οποίου αυξάνει την πιθανότητα επανεμφάνισης της συμπεριφοράς της οποίας έπεται (Kazdin,2001). Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να προσπαθήσει κατά την διάρκεια του μαθήματος να σηκωθεί από την καρέκλα, προκειμένου να κερδίσει μια χρωματιστή σφραγίδα και την επιδοκιμασία του θεραπευτή με την λήξη του μαθήματος. Για το λόγο αυτό, στην αρχή κάθε προγράμματος παρέμβασης, είναι το παιδί να ενισχύεται για κάθε θετική ή – έστω- όχι αρνητική συμπεριφορά. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Οι ενισχυτές κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες: τους πρωτογενείς (π.χ. τροφή, νερό) και τους δευτερογενείς (έπαινος, βαθμός, χρήματα, δώρα, αγαπημένες δραστηριότητες, αυτοκόλλητα) (Γενά, 2002; Kazdin, 2001; Σοφianoπούλου,2011). Οι δευτερογενείς ενισχυτές αποκτούν την ενισχυτική τους επίδραση μέσα από την διαδικασία της μάθησης. Οι ενισχυτές/ αμοιβές μπορεί να είναι: α)υλικά αντικείμενα (π.χ. αυτοκόλλητα, σφραγίδες κ.λπ.), β) δραστηριότητες, οι οποίες είναι ευχάριστες για το παιδί (π.χ. να πάει στο λούνα-παρκ), γ)πληροφόρηση, δηλαδή ανατροφοδότηση ως προς την αποτελεσματικότητα των προσπαθειών του παιδιού (π.χ. «έλυσε σωστά την άσκηση»), δ) κοινωνικές ενισχυτές (π.χ. εκφράσεις, κινήσεις). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Όταν δύο συμπεριφορές εμφανίζονται με διαφορετική συχνότητα, η πιο συχνή συμπεριφορά μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θετικός ενισχυτής προκειμένου να αυξηθεί η συχνότητα εμφάνισης της λιγότερης συχνής συμπεριφοράς. Η αρχή αυτή είναι γνωστή ως «αρχή Premack» (Premack,1959). Η αποτελεσματικότητα των ενισχυτών εξαρτάται από τους παρακάτω παράγοντες: *Την αμεσότητα*, η οποία αυξάνει την αποτελεσματικότητα της θετικής συμπεριφοράς, σε περίπτωση που αμοιβή καθυστερήσει, είναι πιθανόν να μεσολαβήσουν άλλοι παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να περιορίσουν ή και να εξουδετερώσουν την επίδρασή της. *Την ποσότητα της ενίσχυσης*, η οποία χορηγείται σε κάθε περίπτωση και πρέπει να είναι αρκετά μεγάλη (Favell,1977). *Την αποστέρηση της ενίσχυσης*, η οποία επιδρά με τον αντίθετο τρόπο σε σχέση με τον κορεσμό, αυτή αυξάνει την αποτελεσματικότητα του ενισχυτή επειδή

το παιδί έχει πρόσφατα ενισχυθεί(Morgan & Jenson, 1998). *Τη σταθερότητα* με την οποία χορηγείται ένας ενισχυτής κάθε φορά που εμφανίζεται η επιθυμητή συμπεριφορά, είναι κεντρικής σημασίας, ιδιαίτερα όταν επιδιώκεται η εκμάθηση νέων μορφών συμπεριφοράς. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Β) Η αρνητική ενίσχυση: Η αρνητική ενίσχυση αναφέρεται στην αύξηση της πιθανότητας επανεμφάνισης μιας συμπεριφοράς με την απομάκρυνση ενός αποστροφικού ερεθίσματος αμέσως μόλις εμφανιστεί η συμπεριφορά (Kazdin, 2001). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Γ) Το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών: Με το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών (token economy), ο θεραπευτής μπορεί να προκαλέσει όχι μόνο την εκδήλωση της επιθυμητής συμπεριφοράς, για παράδειγμα τη συγκέντρωση προσοχής, ή την παραμονή του παιχνιδιού στην καρέκλα για ορισμένο χρονικό διάστημα, αλλά και τον περιορισμό της αρνητικής συμπεριφοράς, μέσω της στέρησης προνομίων. Το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών αποτελεί σύστημα συμβολικής ενίσχυσης, στο οποίο τη θέση της άμεσης ενίσχυσης μπορεί να λαμβάνουν κουπόνια, αυτοκόλλητα ή σφραγίδες, τα οποία το παιδί μπορεί να τα ανταλλάξει στη συνέχεια με κάποιον ενισχυτή. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Με την χρήση αυτής της τεχνικής, μπορεί επίσης να αποφευχθεί η διακοπή της δραστηριότητας με την οποία ασχολείται το παιδί. Για παράδειγμα, στην περίπτωση που θέλουμε να ενισχύσουμε το παιδί επειδή έγραψε σωστά μια λέξη στην ορθογραφία πιθανότατα θα προκαλέσουμε διάσπαση της προσοχής εάν του δώσουμε τη στιγμή ένα σοκολατάκι. Επιπλέον το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών μας επιτρέπει να προσαρμόσουμε το μέγεθος της ενίσχυσης στο μέγεθος των επιτευγμάτων του παιδιού. Συνήθως, τα προγράμματα ενίσχυσης διαμορφώνονται έτσι ώστε, ανά συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα, να έχουν συγκεντρωθεί αρκετά αυτοκόλλητα ή σφραγίδες τα οποία να ανταλλαχθούν στη συνέχεια με συγκεκριμένους ενισχυτές. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Δ) Σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς: Στα πλαίσια της προσπάθειας σταδιακής διαμόρφωσης της συμπεριφοράς, ενισχύουμε κάθε συμπεριφορά που μοιάζει με τη τελική συμπεριφορά –στόχο (Gelfand & Hartmann, 1984) ή κάθε βήμα προς αυτή Gena & Taylor, 1993). Πιο συγκεκριμένα, η απόσταση ανάμεσα στη συμπεριφορά που παρουσιάζει το παιδί και στην επιθυμητή χωρίζεται σε μικρά βήματα. Αν ο στόχος είναι δύσκολος να

επιτευχθεί, το διαιρούμε εκ νέου σε επιμέρους στόχους. Σύμφωνα με τον Ferguson (2003), τα προγράμματα σταδιακής διαμόρφωσης της συμπεριφοράς περιλαμβάνουν τα ακόλουθα στάδια: (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

- Επιλέγεται η συμπεριφορά- στόχος. Για παράδειγμα το παιδί δεν πρέπει να σηκώνεται καθόλου από την καρέκλα του κατά την διάρκεια του μαθήματος ,πρέπει να συγκεντρώνεται για 15 συνεχή λεπτά.
- Αξιολογείται το παρόν επίπεδο δεξιοτήτων του παιδιού ως προς τη συμπεριφορά- στόχο, δηλαδή προσδιορίζεται η «γραμμή βάσης» σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης της επιθυμητής συμπεριφοράς και τη διάρκεια της. Για παράδειγμα, μπορεί να διαπιστώσουμε ότι το παιδί σηκώνεται τουλάχιστον τρεις φορές σε κάθε διδακτική ώρα.
- Επιλέγεται η πρώτη συμπεριφορά- στόχος. Για παράδειγμα, ως αρχικός στόχος τίθεται να παραμείνει το παιδί καθισμένο στην καρέκλα του για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα κατά την ώρα του μαθήματος.
- Επιλέγονται οι κατάλληλοι ενισχυτές. Για παράδειγμα, αν το παιδί πετύχει το στόχο, ο θεραπευτής του βάζει μια σφραγίδα.
- Εφαρμόζεται το πρόγραμμα συνεχούς ενίσχυσης, δηλαδή ενισχύεται κάθε πετυχημένη προσπάθεια προσέγγισης συμπεριφοράς- στόχος.
- Μόλις η επιθυμητή συμπεριφορά κατακτηθεί, η παρεχόμενη ενίσχυση μετατρέπεται σε συνεχή μεταβαλλόμενη, δηλαδή ενισχύονται μόνο ορισμένες από τις πετυχημένες προσπάθειες. Οι συμπεριφορές στόχοι πρέπει να είναι διαβαθμιζόμενης δυσκολίας. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Ε) Παροχή τμηματικής βοήθειας: Μερικές φορές χρειάζεται να παρασχεθεί τμηματική βοήθεια στο παιδί προκειμένου δρομολογηθεί η εκδήλωση της επιθυμητής συμπεριφοράς (Morgan & Jenson, 1998). Η τμηματική βοήθεια προηγείται της συμπεριφοράς- στόχου και αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισής της (Gena & Taylor, 1993). Στη πορεία της παρέμβασης, αυτή αποσύρεται σταδιακά, προκειμένου να μπορέσει το παιδί να εκδηλώνει την επιθυμητή συμπεριφορά ως αποτέλεσμα φυσικών ερεθισμάτων που προηγούνται αυτής και να αποφευχθεί το φαινόμενο της εξάρτησης από την τμηματική βοήθεια (Gena & Taylor, 1993). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Δύο παραδείγματα εφαρμογής της τεχνικής αυτής της περίπτωσης της ΔΕΠ-Υ είναι τα εξής: Προκειμένου να μάθει το παιδί με ΔΕΠ-Υ να απαντάει σε ερωτήσεις αφού πρώτα σκεφτεί και όχι παρορμητικά, μπορεί ο θεραπευτής σε αρχικό στάδιο να κάνει ένα νεύμα ή να πει στο παιδί αμέσως μετά την διατύπωση της ερώτησης φράσης «σκέψου πρώτα». Επίσης, προκειμένου να μάθει το παιδί να συγκεντρώνεται και να κατανοεί περίπλοκες οδηγίες, ο θεραπευτής μπορεί να «σπάει» τις οδηγίες σε μικρότερα κομμάτια και να επαναλαμβάνει δύο φορές το κάθε κομμάτι. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

ΣΤ) Η μίμηση προτύπου: Η μίμηση προτύπου αναφέρεται στην εκμάθηση νέων μορφών συμπεριφοράς. Το παιδί ενθαρρύνεται να παρακολουθήσει πρώτα ένα πρότυπο, το οποίο θα μπορούσε να είναι ο θεραπευτής ή ο γονέας, και στη συνέχεια καλείται να μιμηθεί τη συμπεριφορά του προτύπου (Bandura, 1973). Για παράδειγμα, ο γονέας που θέλει να μάθει το παιδί του να μην είναι υπερβολικά αυστηρό με τον εαυτό του όταν κάνει λάθη, μπορεί ο ίδιος να κάνει εσκεμμένα κάποια λανθασμένη κίνηση και να πει: «Αυτά συμβαίνουν. Ας πάρω μερικές βαθιές ανάσες για να σκεφτώ πως θα το αντιμετωπίσω» (Αγγέλη, 2011; Friedberg, et al. 2009). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

2) Μείωση των αρνητικών μορφών συμπεριφοράς: Δύο τεχνικές, οι οποίες μπορεί να χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια της προσπάθειας περιορισμού των αρνητικών μορφών συμπεριφοράς, είναι αυτές της απόσβεσης και της τιμωρίας. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Α) Η απόσβεση: Η απόσβεση αναφέρεται στην διακοπή της ενίσχυσης μιας συμπεριφοράς, η οποία έχει ως αποτέλεσμα να μειωθεί η πιθανότητα επανεμφάνισής της στο μέλλον (Kazdin, 2001; Martin & Pear, 2003). Αν μία συμπεριφορά, η οποία μέχρι κάποια στιγμή ενισχυόταν, σταματήσει πια να ενισχύεται, τότε αναμένεται η σταδιακή εξάλειψή της. Για παράδειγμα, αν ένα παιδί εκδηλώσει διασπαστική συμπεριφορά την ώρα της μελέτης (π.χ. κάνει συχνά άσχετες ερωτήσεις), με στόχο να αποφύγει την αυξημένη νοητική προσπάθεια που απαιτείται, τότε ο θεραπευτής πρέπει να συνεχίσει την διαδικασία της μελέτης χωρίς να ενδώσει και να απαντήσει ή έστω να σχολιάσει- τις άσχετες ερωτήσεις του παιδιού. Αυτή η τακτική θα έχει ως αποτέλεσμα να μην ενισχυθεί η διασπαστική συμπεριφορά του παιδιού και να αποσβεστεί σταδιακά. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

B) Τιμωρία: Η τιμωρία αναφέρεται στα επακόλουθα μιας συμπεριφοράς τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα να μειωθεί η πιθανότητα επανεμφάνισής της (Kazdin 2001; Martin & Pear, 2003). Ωστόσο, για να εφαρμοστεί η τιμωρία χρειάζεται να ληφθούν οι εξής παράγοντες (Αγγελή & Βλάχου, 2004): (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

- Η τιμωρία στοχεύει στη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης μιας αρνητικής συμπεριφοράς.
- Η τιμωρία πρέπει να δίνεται σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά την εκδήλωση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς, σε κλίμα σταθερότητας και ηρεμίας εκ μέρους του γονέα.
- Η τιμωρία πρέπει να είναι σύντομα, κατανοητή από το παιδί και να έχει σαφή ώρα λήξης. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Οι κυριότερες μορφές τιμωρίας αφορούν στην αφαίρεση προνομίων, τη διακοπή των θετικών ενισχύσεων (time-out) και στην υπερδιόρθωση. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Η *αφαίρεση προνομίων* αποτελεί στην ουσία μια μορφή τιμωρίας η οποία μπορεί να οδηγήσει στον περιορισμό των ακατάλληλων μορφών συμπεριφοράς. Χρησιμοποιείται συνήθως σε περιπτώσεις στις οποίες τα παιδιά έχουν κερδίσει ήδη προνόμια ή ανταμοιβές για κάποιες μορφές συμπεριφοράς που θεωρήθηκαν ακατάλληλες ή σωστές (Iwata & Bailey, 1974). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

εστιάζουν στον έλεγχο που ασκεί το παιδί στη συμπεριφορά του μέσω της *Η θετικών διακοπή των ενισχύσεων* είναι μια διαδικασία με την οποία το παιδί αποκλείεται προσωρινά από τις ευκαιρίες να λάβει ενίσχυση. Σε αντίθεση με την απόσβεση, κατά την οποία απλώς δεν παρέχουμε την ενίσχυση που αναμένει το παιδί για συγκεκριμένη συμπεριφορά, η τεχνική διακοπής της ενίσχυσης στοχεύει στην ενεργητική απομάκρυνση του παιδιού οτιδήποτε αποτελεί για το ίδιο πηγή θετικής ενίσχυσης. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Η *υπερδιόρθωση* μπορεί να εφαρμοστεί βασικά με δύο τρόπους. Με τον πρώτο, επιχειρείται η επαναφορά στην αρχική κατάσταση, η οποία έχει ανατραπεί, εξαιτίας κάποιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς του παιδιού. Για παράδειγμα, εάν ένα παιδί δημιουργήσει αναστάτωση στο δωμάτιο του αδειάζοντας τα παιχνίδια του στο πάτωμα, θα πρέπει στη συνέχεια να τα τοποθετήσει όλα στη θέση τους και επιπλέον να καθαρίσει το δωμάτιο του. Ο

δεύτερος τρόπος, στην περίπτωση ενός παιδιού το οποίο συνηθίζει να αφήνει το παλτό του σε όλα τα σημεία του σπιτιού, θα μπορούσαμε να του ζητούσαμε να κρεμάσει τέσσερις συνεχόμενες φορές το παλτό του στην κρεμάστρα, με την προϋπόθεση ότι θα του εξηγήσουμε το λόγο που ζητάμε να το κάνει (Αγγέλη, 2011; Αγγέλη & Βλάχου, 2004). (Ε. Κάκουρος-Κ.Μανιαδάκη, 2012)

3) Δεξιότητες αυτοδιαχείρισης: Οι στρατηγικές που στοχεύουν στον αυτοέλεγχο ή την αυτοδιαχείριση ανήκουν στις πολλά υποσχόμενες στρατηγικές για τη διευκόλυνση της γενίκευσης των νέων συμπεριφορών στο άμεσο και έμμεσο περιβάλλον του παιδιού. Οι προσπάθειες ανάπτυξης των δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης εφαρμογής συμπεριφορικών τεχνικών. Σκοπός της προσπάθειας αυτής είναι η σταδιακή μεταφορά του ελέγχου από τα άτομα που εμπλέκονται στην θεραπεία (όπως π.χ. θεραπευτής) και στο ίδιο το παιδί (Rosenbaum & Drabman, 1979). Η απόκτηση δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης έχει πολλά πλεονεκτήματα, καθώς δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη συμβολή του ίδιου του παιδιού στην αλλαγή της συμπεριφοράς του, έτσι ώστε να είναι λιγότερο εξαρτημένο από την καθοδήγηση τρίτων (Frith & Armstrong, 1986; Rehm & Adams, 2003). (Ε. Κάκουρος-Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Η άσκηση των παιδιών στον έλεγχο και τη διαχείριση της συμπεριφοράς τους γίνεται με την εφαρμογή μιας σειράς στρατηγικών όπως π.χ. της αυτοπαρατήρησης και αυτοκαταγραφής, του αυτοκαθορισμού της ενίσχυσης, της αυτοκαθοδήγησης της αυτοαξιολόγησης, της αυτοαπόδοσης της ενίσχυσης και της αυτοτιμωρίας. (Ε. Κάκουρος-Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Α) Η αυτοπαρατήρηση: Η τεχνική της αυτοπαρατήρησης (self-monitoring) περιλαμβάνει πρακτικές όπως η αυτοκαταγραφή και η αυτοαξιολόγηση. Στα πλαίσια της διαδικασίας αυτοπαρατήρησης, το παιδί μαθαίνει να παρατηρεί συγκεκριμένες πλευρές της συμπεριφοράς του και στη συνέχεια να τις καταγράφει αντικειμενικά. Η καταγραφή της συμπεριφοράς είτε γίνεται με την καθοδήγηση άλλων είτε με τη βοήθεια μηχανημάτων (π.χ. μαγνητοφώνου). Το παιδί καλείται, για παράδειγμα, να σημειώνει μια σελίδα αν μέχρι την ώρα ακούστηκε ο ήχος από το μαγνητόφωνο διασπάστηκε η προσοχή του ή ήταν συγκεντρωμένο στο έργο του. Το παιδί μπορεί να βαθμολογήσει τον εαυτό του με συν (+) και πλην (-). Τα ενδιάμεσα διαστήματα αυξάνουν σταδιακά (π.χ. από κάθε 5 λεπτά φτάνουν τα 30 λεπτά ή τη μια ώρα) και δεν είναι απαραίτητα σταθερά (π.χ. ο πρώτος ήχος μπορεί να ακουστεί από 3 λεπτά και ο επόμενος μετά από 10κ.λπ.). (Ε. Κάκουρος-Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Με τον τρόπο αυτό, το παιδί παραμένει συνειδητά ενημερωμένο για την εμφάνιση ή των συμπεριφορών- στόχων, γεγονός το οποίο αυξάνει την αυτορυθμιστική του ικανότητα (Braswell & Bloomquist, 1991). Οι στρατηγικές αυτοπαρατήρησης χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση των σχολικών δεξιοτήτων και της σχολικής επίδοσης (Lovit, 1973), ενώ μειώνουν τη διάσπαση της προσοχής, αυξάνοντας έτσι τη στοχοκατευθυνόμενη συμπεριφορά (Heidt & Marx, 2003). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Β) Αυτοενίσχυση: Η αυτοενίσχυση (self- reinforcement) αποτελεί μία από τις πιο αποτελεσματικές μορφές προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης. Στα πλαίσια αυτής της τεχνικής, το παιδί καλείται να αξιολογήσει τον εαυτό του και στη συνέχεια να ενισχύσει τη σωστή συμπεριφορά του. Σκοπός της μεθόδου αυτής είναι η μεταφορά της ευθύνης για την παρακολούθηση της συμπεριφοράς από τον θεραπευτή στο ίδιο το παιδί (Shapiri & Cole, 1994). (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Γ) Η αυτοκαθοδήγηση: Η αυτοκαθοδήγηση (self- instruction) αναφέρεται στη διαδικασία των «λεκτικών δηλώσεων που κάνει το άτομο στον εαυτό του, προκειμένου να καθοδηγήσει, να κατευθύνει και να συμβάλει στη διατήρηση της συμπεριφοράς του» (Ο' Leary & Dubey, 1979, σ.450). Η άσκηση στην αυτοκαθοδήγηση έχει τις ρίζες της στο έργο των Meichenbaum & Goodman (1971), οι οποίοι δημιούργησαν ένα πρόγραμμα για τη μείωση της παρορμητικότητας, το οποίο βασίζεται στην ιδέα να «μιλούν τα παιδιά στον εαυτό τους», προκειμένου να διευκολύνουν στην ανάπτυξη του αυτοέλεγχου της συμπεριφοράς τους. Το πρόγραμμα αυτό ακολουθεί τα εξής στάδια: (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

- Ο θεραπευτής λειτουργώντας ως μοντέλο, παρουσιάζει προφορικά τις οδηγίες προς τον εαυτό του. Για παράδειγμα λέει: «Πρέπει να απαντήσω αυτή την ερώτηση... Πρώτα την ακούω προσεκτικά. Μετά σταματάω, σκέφτομαι την απάντηση μου και μετά απαντάω».
- Το παιδί εκτελεί τη ίδια δραστηριότητα με την καθοδήγηση του θεραπευτή. Για παράδειγμα, ο θεραπευτής του λέει: « Τώρα θα το κάνεις εσύ: Άκου την ερώτηση. Σταμάτα... Σκέψου... Τώρα δώσε την απάντηση σου».
- Το παιδί επιχειρεί τη δραστηριότητα εκφέροντας δυνατά τις οδηγίες στον εαυτό του. Για παράδειγμα λέει: «Ακούω την ερώτηση. Σταματάω... Σκέφτομαι... Απαντάω».
- Το παιδί εκτελεί την δραστηριότητα, εκφέροντας ψιθυριστά τις οδηγίες.

- Το παιδί εκτελεί τη δραστηριότητα ενώ καθοδηγεί τον εαυτό του με εσωτερικευμένο λόγο. (Ε. Κάκουρος- Κ.Μανιαδάκη, 2012)

Γνωσιακές παρεμβάσεις: Στα πλαίσια των προγραμμάτων παρέμβασης σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, σημαντικό ρόλο παίζουν και τεχνικές οι οποίες είναι βασισμένες στο γνωσιακό μοντέλο. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ελλείψεις στο γνωστικό τομέα, όπως για παράδειγμα δυσκολίες στον προγραμματισμό ή και στην επίλυση προβλημάτων (Bailey, 2001; Stallard, 2002). Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά αντιμετωπίζουν δευτερογενή προβλήματα (όπως π.χ. χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυξημένο άγχος, κ.λπ.), τα οποία σχετίζονται με τις αρνητικές εμπειρίες και αλληλεπιδράσεις στο χώρο της οικογένειας (Καραγιάννη, 1992). Τα προβλήματα αυτά συνήθως συνδέονται με αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό του (π.χ. «είμαι διαφορετικός, άρα μειονεκτικός», «ποτέ δεν θα τα καταφέρω»), τους άλλους (π.χ. «οι άλλοι είναι καλύτεροι από μένα»). Οι γνωσιακές παρεμβάσεις αποτελούν σημαντικό μέρος της παρέμβασης στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ, ιδιαίτερα στα μεγαλύτερα παιδιά και στους έφηβους (Altherr, υπό έκδοση). (C. Neuhaus, 1998)

Εφαρμογή της γνωσιακής αναδόμησης σε παιδιά και εφήβους:

- *Χρήση ιστοριών*: Ο θεραπευτής διαβάζει στο παιδί μια ιστορία, η οποία μπορεί να υπάρχει στη βιβλιογραφία ή να διαμορφώσει ειδικά για την περίπτωση του συγκεκριμένου παιδιού, και η οποία περιλαμβάνει πολλά κοινά στοιχεία με τις δυσκολίες του παιδιού και τις σκέψεις του σχετικά με αυτές. Για παράδειγμα, για ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ που αισθάνεται ότι δεν μπορεί να συγκεντρωθεί και να συγκρατήσει την παρορμητικότητα του, και το οποίο νιώθει θυμό και η απογοήτευση, η ιστορία μπορεί να περιλαμβάνει ένα παιδάκι που είναι απρόσεκτο και παρορμητικό και το οποίο βιώνει αντίστοιχα συναισθήματα, αλλά τελικά βλέπει από άλλη οπτική τις δυσκολίες και προσπαθεί να τις αντιμετωπίσει αποτελεσματικά. (C. Neuhaus, 1998)
- *Παιχνίδια με κούκλες*: Συχνά η γνωσιακή αναδόμηση γίνεται μέσω παιχνιδιών ρόλων με κούκλες, κατά την διάρκεια των οποίων ο θεραπευτής αναλαμβάνει και παίζει ρόλους οι οποίοι σχετίζονται με τα συναισθήματα και τις δυσκολίες του παιδιού και μέσω αυτών μεταβιβάζει στο παιδί μηνύματα και εναλλακτικές σκέψεις. Με παρόμοιο τρόπο μπορούν να χρησιμοποιηθούν και το σχέδιο, οι κατασκευές κ.λπ. (C. Neuhaus, 1998)

- *Το στέμμα των σκέψεων*: Είναι μια τεχνική η οποία επιτρέπει στο παιδί να οπτικοποιήσει τις αυτόματες σκέψεις του κατά τη διαδικασία του εσωτερικού διαλόγου. Ο θεραπευτής ζωγραφίζει ένα στέμμα, το οποίο το ονομάζει «Στέμμα των σκέψεων» και κυκλάκια σκέψεων δεξιά και αριστερά. Εντοπίζει τις αρνητικές σκέψεις μαζί με το παιδί (για παράδειγμα «Δεν τα καταφέρω») και εν συνέχεια τις καταγράφει στο αριστερό κυκλάκι του στέμματος. Με τη Σωκρατική μέθοδος εντοπίζει μαζί με το παιδί εναλλακτικές σκέψεις και τις τοποθετεί στο δεξί κυκλάκι.. (C. Neuhhaus, 1998)
- *Παιχνίδι με κάρτες*: Ο θεραπευτής κατασκευάζει κάρτες και γράφει στη καθεμία μία δυσλειτουργική σκέψη. Οι κάρτες ανακατεύονται και τοποθετούνται στο τραπέζι ή στο πάτωμα με τη γραμμένη όψη προς τα κάτω. Το παιδί σηκώνει μία κάρτα τη φορά, διαβάζει τη δυσλειτουργική σκέψη και προτείνει μία εναλλακτική λειτουργική σκέψη. Αν τα καταφέρει, η σκέψη αυτή καταγράφεται στο πίσω μέρος της κάρτας και η συγκεκριμένη κάρτα μένει ανοιχτή. Το παιχνίδι συνεχίζεται μέχρι το παιδί να «πετύχει» τις εναλλακτικές σκέψεις σε τρεις συνεχόμενες κάρτες. Το παιδί παίρνει τις συμπληρωμένες κάρτες μαζί του στο σπίτι. (C. Neuhhaus, 1998)
- *Για τώρα ή για πάντα*: Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται σε παιδιά που πιστεύουν ότι τα πράγματα δεν αλλάζουν και έτσι υιοθετούν απαισιόδοξη στάση. Ο στόχος της τεχνικής είναι να βοηθήσει το παιδί να διακρίνει ποια προβλήματα θα υπάρχουν για πάντα και ποια είναι πιο περιστασιακά. Ο θεραπευτής μαζί με το παιδί ετοιμάζουν μια λίστα με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί στην καθημερινότητά του και τα κατατάσσουν σε δύο λίστες/κατηγορίες «για τώρα» «για πάντα». (C. Neuhhaus, 1998)
- *Αλήθεια ή ψέμα*: Η τεχνική αυτή βοηθάει στον εντοπισμό των δυσλειτουργικών σκέψεων. Το παιδί μαθαίνει να καταγράφει τις αυτόματες σκέψεις του και να τις κατατάσσει ως «αλήθεια» ή «ψέμα» σε σχετική στήλη. (C. Neuhhaus, 1998)

Η γνωσιακή προσέγγιση στοχεύει στην ανάπτυξη λειτουργικών εναλλακτικών σκέψεων καθώς επίσης και στην αφύπνιση της αμφιβολίας σε ό, τι αφορά ορισμένες σκέψεις τις οποίες το άτομο μπορεί να εκλαμβάνει ως δεδομένες και αδιαμφισβήτητες (Padesky, 1998). (C. Neuhhaus, 1998)

Εκπαιδευτικά προγράμματα: Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες να παραμείνουν συγκεντρωμένα κατά την διάρκεια του μαθήματος και παρουσιάζουν μειωμένη ακαδημαϊκή απόδοση. Μέσα από μια ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας, οι Daley και Birchwood (2010) καταλήγουν πως οι ακαδημαϊκές δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζονται από την σχολική ηλικία μέχρι την ενηλικίωση και φαίνεται να οφείλεται κυρίως στην αυξημένη διάσπαση της προσοχής και τις δυσκολίες σε επίπεδο επιτελικών λειτουργιών και όχι τόσο σε αυξημένα επίπεδα υπερκινητικότητας, παρορμητικότητας ή αντιδραστικής συμπεριφοράς. Πέρα, λοιπόν, από τις γενικές αρχές των συμπεριφορικών και γνωσιακών προγραμμάτων, είναι αναγκαίο να χρησιμοποιηθούν και τεχνικές που στοχεύουν συγκεκριμένα στην ανάπτυξη ακαδημαϊκών δεξιοτήτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Αρκετοί ερευνητές έχουν προτείνει ορισμένα ειδικά μέτρα, τα οποία μπορούν να ωφεληθούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Αυτά τα μέτρα και οι στρατηγικές μπορούν να εφαρμοστούν στα πλαίσια μιας τυπικής τάξης: (C. Neuhaus, 1998)

- *Μείωση του σχολικού έργου:* Η ΔΕΠ-Υ εκδηλώνεται συχνά ως ένα πρόβλημα στην παραγωγή σχολικού έργου, ως μια αδυναμία του παιδιού να εκτελέσει την ίδια εργασία που εκτελούν τα υπόλοιπα παιδιά της ίδιας ηλικίας. Μια φανερή λύση αυτού του προβλήματος είναι η μείωση της σχολικής εργασίας σε τέτοιο βαθμό, ώστε να καλύπτει την ικανότητα διατήρησης της προσοχής του παιδιού. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγονται οι συνεχείς αποτυχίες, που μόνο αρνητικές συνέπειες μπορούν να επιφέρουν, ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται οι πιθανότητες επιτυχίας με ό, τι θετικό αυτό συνεπάγεται για την αυτοεκτίμηση του παιδιού και τη στάση απέναντι στο σχολείο γενικά. (C. Neuhaus, 1998)
- *Αλλαγή του τρόπου διδασκαλίας:* Μια άλλη τεχνική είναι η αλλαγή του ύφους διδασκαλίας, έτσι ώστε να γίνει πιο ζωντανό, διασκεδαστικό και ευέλικτο. Ακόμη τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορούν να μείνουν συγκεντρωμένα σε μια εργασία για σημαντικό χρονικό διάστημα όταν το επίπεδο ενδιαφέροντος είναι υψηλό. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με: (C. Neuhaus, 1998)
 - Την επιλογή του θέματος ή δραστηριότητας που είναι κοντά στα ενδιαφέροντα των παιδιών (ακόμη και οι αγαπημένες χαρακτήρες κόμικς μπορεί να ενσωματωθούν στο μάθημα).
 - Την εναλλαγή του τρόπου παρουσίασης του υλικού της διδασκαλίας και τη χρήση οπτικοακουστικών μέσων.

- την ενθάρρυνση της συμμετοχής των παιδιών με συχνές ερωτήσεις αλλά και δραστηριότητες που μπορεί να πραγματοποιούν στα πλαίσια του μαθήματος (ειδικά το παιδί με ΔΕΠ-Υ θα μπορούσε να μοιράζει φυλλάδια ή να γράφει στον πίνακα τις οδηγίες της δασκάλας, ώστε να παραμείνει απασχολημένο και να νιώθει πως έχει έναν ιδιαίτερο ρόλο).
 - Τη συχνή εναλλαγή δραστηριοτήτων από ενεργητικές σε παθητικές.
 - Την παροχή κάποιας δυνατότητας επιλογής δραστηριοτήτων, ώστε να αναπτυχθεί η ανεξαρτησία των παιδιών και να παραμείνει υψηλό το ενδιαφέρον.
 - Την καθιέρωση μικρών διαλειμμάτων που να περιλαμβάνουν φυσικές ή χαλαρωτικές δραστηριότητες, έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί η κούραση και η μονοτονία (π.χ. ζωγραφική, μουσική, πλαστελίνη).
 - Καθορισμός σαφών κανόνων: Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν σημαντική δυσκολία να καθοδηγηθούν τα ίδια τη συμπεριφορά τους. Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, οι ειδικοί πρέπει να καθορίζουν σαφείς κανόνες για τη συμπεριφορά μέσα στην τάξη, όποτε αυτό είναι δυνατό. Οι κανόνες αυτοί γνωστοποιούνται με ακρίβεια και ελέγχεται ο βαθμός κατανόησής τους, ώστε να διορθωθούν τυχόν παρανοήσεις. Για το λόγο αυτό, οι κανόνες θα πρέπει να υπάρχουν σε μορφή οπτικού προγράμματος μέσα στην τάξη, αλλά και να συζητούνται και να εξασκούνται στην πράξη συχνά μέσα στην σχολική χρονιά. (C. Neuhaus, 1998)
- *Αυτο- παρατήρηση:* Άλλη μια αλλαγή που μπορεί να αποδειχθεί ευεργετική για τον έλεγχο της τάξης είναι να ορίζονται συγκεκριμένες συνθήκες, όπου θα δίνεται στο παιδί την ευκαιρία για αυτό- παρατήρηση της συμπεριφοράς και της σχολικής επίδοσης. Κάτι τέτοιο μπορεί να προσφέρει, για παράδειγμα, η τεχνική της «χελώνας» για τα παιδιά της προσχολικής ή της πρώτης σχολικής ηλικίας. Το παιδί, όποτε ακούει από τον εκπαιδευτικό τη λέξη «χελώνα», οφείλει να σταματήσει ό, τι κάνει, να τραβήξει προς το σώμα του τα χέρια και τα παιδιά, όπως μια χελώνα, και μετά να ανιχνεύσει το περιβάλλον για μια στιγμή. Στη συνέχεια, ερωτά τον εαυτό του, φωναχτά αν είναι απαραίτητο, τι υποτίθεται ότι έπρεπε να κάνει εκείνη τη στιγμή και εάν το πράττει αυτό. Κατόπιν, αναλαμβάνει την ευθύνη να τελειώσει το έργο από το οποίο είχε διαφύγει η προσοχή του. (C. Neuhaus, 1998)
 - *Έλεγχος της συχνότητας των προτροπών:* Οι ειδικοί πρέπει να αποφεύγουν τις συχνές αναφορές στους κανόνες ή να ηθικολογούν για τους λόγους που θα πρέπει να τηρούνται οι κανόνες. Αντί γι' αυτό, μπορούν να προσφέρουν συχνή ανατροφοδότηση ως προς την

καταλληλότητα της συμπεριφοράς τους μέσα στην τάξη χωρίς ιδιαίτερους συναισθηματισμούς ή ένταση. (C. Neuhaus, 1998)

- *Τροποποίηση του περιβάλλοντος της αίθουσας:* Ορισμένα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος της αίθουσας είναι πιθανό να χρειάζονται τροποποίηση όταν δουλεύει κάνεις με παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Μία από τις πιο συχνές παρεμβάσεις στο επίπεδο της τάξης περιλαμβάνει τη μετακίνηση της θέσης του παιδιού με ΔΕΠ-Υ μακριά από τα άλλα παιδιά, σε μια περιοχή κοντά στον ειδικό. Αυτό, όχι μόνο μειωμένη την πρόσβαση του παιδιού στην ενίσχυση της διασπαστικής συμπεριφοράς από τους συνομηλίκους του, αλλά βοηθά επίσης τον ειδικό στην παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού. Ως αποτέλεσμα, ο εκπαιδευτικός μπορεί να δώσει πιο συχνή επανατροφοδότηση, η οποία είναι απαραίτητη. Η αλλαγή της διάταξης των θέσεων κατ' αυτόν τον τρόπο μπορεί, ορισμένες φορές, να είναι τόσο αποτελεσματική όσο και ένα πρόγραμμα ενισχύσεων. Βεβαίως, η μέθοδος αυτή θα πρέπει να εφαρμόζεται για εντελώς συγκεκριμένο (και σύντομο) χρονικό διάστημα, ώσπου να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Καλό είναι να εξηγήσει ο ειδικός, στο παιδί, με κατανοητό τρόπο, πώς και γιατί συμβαίνει αυτό, ποιος είναι ο στόχος και τότε θα λήξει, ώστε να μην υπάρχουν παρεξηγήσεις. (C. Neuhaus, 1998)
- *Προσαρμογή του τρόπου παρουσίαση των εργασιών:* Οι εργασίες θα πρέπει να είναι σύντομες, να παρουσιάζονται με σαφείς οδηγίες που επαναλαμβάνονται από τα παιδιά για να διασφαλιστεί η κατανόησή τους, να έχουν συγκεκριμένο χρόνο για την ολοκλήρωσή τους, κάνοντας χρήση ακόμη και χρονόμετρο, και να έχουν άμεση ανατροφοδότησης από τον ειδικό. (C. Neuhaus, 1998)
- *Διατήρηση σταθερής δομής και προβλεψιμότητας στο πρόγραμμα:* Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την ανάρτηση ενός καθημερινού προγράμματος και μια σειράς κανόνων. Επίσης, αναρτημένοι πίνακες, στους οποίους σημειώνεται η επιτυχία της εφαρμογής των κανόνων εκ μέρους του παιδιού, μπορούν να διευκολύνουν σημαντικά την επιτυχία του όλου προγράμματος, καθώς λειτουργούν ενισχυτικά για το παιδί. (C. Neuhaus, 1998)
- *Ανάπτυξη θετικού παιδαγωγικού κλίματος:* Μια άλλη στρατηγική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να υποστηρίξει την ανάπτυξη και την βελτίωση ορισμένων βασικών δεξιοτήτων είναι η αλληλοδιδασκαλία, η βοήθεια που μπορεί να προσφέρει το ένα παιδί στο

άλλο (DuPaul & Stone, 1994; Greenwood, Carta, & Hall, 1998). Η αλληλοδιδασκαλία αποτελεί μια καλή εναλλακτική λύση στο ζήτημα αυτό. Η μέθοδος αυτή έχει εφαρμοστεί με επιτυχία σε πολλά προγράμματα (π.χ. στην ανάγνωση, στην αριθμητική, κ.ά.) με μαθητές ποικίλων ικανοτήτων (Greenwood et al., 1988; Kohley & Strain, 1990). Η αλληλοδιδασκαλία φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, επειδή συμπεριλαμβάνει την ενεργητική ανάμειξή τους στη μαθησιακή διαδικασία (Greenwood et al., 1998). (C. Neuhaus, 1998)

Η χρήση υπολογιστών μπορεί επίσης να διευκολύνει τη μαθησιακή διαδικασία, ειδικά στην περίπτωση μαθητών με ΔΕΠ-Υ. Ανάμεσα στα πλεονεκτήματα που παρέχει η χρήση των υπολογιστών είναι: (α) ξεκάθαροι στόχοι, (β) άμεση ανατροφοδότηση, (γ) διαβάθμιση επιπέδου δυσκολίας και (δ) αύξηση επιπέδου ενδιαφέροντος μέσα από την παρουσίαση των εργασιών με μορφή παιχνιδιού. Για παράδειγμα, οι Mautone, DuPaul και Jitendra (2005) βρήκαν πως ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης στα μαθηματικά με την χρήση των υπολογιστών αύξησε την συγκέντρωση, αλλά και την απόδοση, τριών μαθημάτων του δημοτικού που είχαν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα πρόσφερε δομημένες ασκήσεις σε μορφή παιχνιδιού, με δυνατότητα προσαρμογής επιπέδου δυσκολίας στις ανάγκες του μαθητή, άμεση ανατροφοδότηση των σωστών και λανθασμένων απαντήσεων και παροχή ενίσχυσης στο παιδί για τις σωστές απαντήσεις με τη μορφή ενός ή δύο λεπτών παιχνιδιού βίντεο όταν κερδίζουν ένα συγκεκριμένο αριθμό πόντων. (C. Neuhaus, 1998)

Οι καθημερινές σχολικές και κοινωνικές δραστηριότητες μπορεί να αποτελούν πηγές σημαντικού άγχους για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, εξαιτίας της μειωμένης επιτυχίας σε αυτές τις καταστάσεις. Για το λόγο αυτό, η αυτοεκτίμηση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι τις περισσότερες φορές χαμηλοί. Τόσο οι ειδικοί όσο και οι γονείς των παιδιών αυτών πρέπει λοιπόν να συμβάλλουν στην αύξηση της αυτοεκτίμησής τους ενεργητικά (Barkley, 1994). Αυτό μπορεί να γίνει με την χρήση μεθόδων όπως συμμετοχή των παιδιών σε αθλήματα ή δραστηριότητες που τους ικανοποιούν, η ανάθεση κατάλληλου έργου όπου υπάρχει σημαντική πιθανότητα επιτυχίας, η ενίσχυση και των μικρότερων επιτυχιών, κ.ά. (C. Neuhaus, 1998)

Συνεργασία με τους άλλους ειδικούς και τους γονείς: Η αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ επιτυγχάνεται όταν αναπτύσσεται συνεργασία ανάμεσα σε όλες τις εμπλεκόμενες πλευρές: οικογένεια, σχολείο και με τις άλλες ειδικότητες. Συχνά δημιουργείται ένα τετράδιο

επικοινωνίας ανάμεσα στο ειδικό και τους γονείς, όπου καταγράφονται και από τις δύο πλευρές πληροφορίες για την απόδοση του μαθητή, τυχόν δυσκολίες ή αποτυχίες κ.λπ. Με τον τρόπο αυτό, γίνεται πιο εύκολη η ενίσχυση επιθυμητών συμπεριφορών σε ακαδημαϊκό αλλά και συμπεριφορικό επίπεδο, κατά την διάρκεια της ημέρας. (C. Neuhaus, 1998)

Εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες: Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά διαθέτουν ελλείψεις κοινωνικές δεξιότητες. Μάλιστα, θεωρείται ότι η δυσκολία σύναψης και διατήρησης θετικών σχέσεων με τους συνομηλίκους αποτελεί ένα από τα βασικά τους χαρακτηριστικά (Morgan & Jenson, 1998). Πολλές φορές, εξαιτίας τις παρορμητικής τους συμπεριφοράς, τα παιδιά με διαταραχή αυτή μπορεί να διακόπτουν ή να χαλάνε το παιχνίδι των άλλων παιδιών, ενώ συχνά δεν μπορούν να συμμορφωθούν στους κανόνες ενός παιχνιδιού. Για τους λόγους αυτούς, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να επωφεληθούν σημαντικά από την εκπαίδευση τους σε κοινωνικές δεξιότητες, την ανάπτυξη της ικανότητας της ενσυναίσθησης, τη διαχείριση του θυμού και της επιθετικότητας, τη διατύπωση και αποδοχή θετικών σχολίων προς και από τους άλλους, την αναζήτηση βοήθειας και υποστήριξης, την έκφραση διαμαρτυρίας, τη διεκδίκηση, την έκφραση άρνησης, τη συμμόρφωση με τους κανόνες της ομάδας, κ.ο.κ. Στα πλαίσια της εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες, σημαντική θέση καταλαμβάνουν η συμμετοχή με τους συνομηλίκους, τα παιχνίδια ρόλων και η μάθηση μέσω της μίμησης προτύπου (Petermann, 1999). (Ε. Κάκουρος, 2001)

Εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων: Οι τεχνικές επίλυσης προβλημάτων εφαρμόζονται συχνά στα πλαίσια της παρέμβασης σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, προκειμένου να μάθουν σταδιακά να αξιολογούν τα ίδια τις καταστάσεις και να διαχειρίζονται τις δυσκολίες ή τα προβλήματα με αποτελεσματικότερο τρόπο (Ψύλλου & Ζαφειροπούλου, 2009). (Ε. Κάκουρος, 2001)

Στα πλαίσια της εκπαίδευσης στην επίλυση προβλημάτων μπορεί να ενταχθεί και η τεχνική «Σταμάτα- Σκέψου- Πράξε» (Stop- Think- Do), η οποία βασίζεται στις αρχές εκπαίδευσης του παιδιού στην αυτοκαθοδήγηση. Στόχος της προσπάθειας αυτής είναι το παιδί να μάθει να ελέγχει την παρορμητική συμπεριφορά έτσι ώστε, πριν από κάθε ενέργεια του, να σκέφτεται να αξιολογεί συνολικά την κατάσταση ή το πρόβλημα. Η τεχνική αυτή, όπως προτείνεται από τον Eisert (1999), αναπτύσσεται μέσα από τα παρακάτω έξι στάδια: (Ε. Κάκουρος, 2001)

- Ορισμός του προβλήματος: «Πρέπει να σκεφτώ ακριβώς τι πρέπει να κάνω» «Σταμάτα! Σκέψου πρώτα! Ποιο είναι το πρόβλημα εδώ;».

- Προσέγγιση του προβλήματος: «Χρειάζεται να σκεφτώ προσεκτικά όλες τις εναλλακτικές». «Τι μπορεί να κάνεις εδώ; Πώς προχωράει κανείς τώρα;».
- Εστίαση της προσοχής: «Πρέπει να σκεφτώ μόνο το τι θα κάνω τώρα». «Συγκεντρώσου σε αυτό που πρέπει να κάνεις!».
- Επιλογή της καλύτερης λύσης ή της κατάλληλης αντίδρασης: «Χμ.., Ποια είναι η καλύτερη λύση;» «Λοιπόν αυτό θα κάνω».
- Έλεγχος της συμπεριφοράς: «Το έκανα σωστά;». «Πέτυχα; Πώς το έκανα;».
- Αυτοενίσχυση: «Ναι, το έκανα σωστά» «Μπράβο!». Εναλλακτικά. Σε περίπτωση που δεν υπήρξε επιτυχία: «Εντάξει, όταν κάνω ένα λάθος, θα πρέπει την επόμενη φορά να προσέχω περισσότερο και τότε θα τα καταφέρω καλύτερα» «Δεν το κατάφερα ακριβώς, τουλάχιστον όμως προσπάθησα». (Ε. Κάκουρος, 2001)

Μέχρι το παιδί να μάθει να εκτελεί σωστά και χωρίς βοήθεια όλα τα βήματα, μπορεί να χρησιμοποιηθούν βοηθητικές κάρτες οι οποίες θα του θυμίζουν τα βήματα, και τις οποίες ο θεραπευτής ή ο γονιός θα φτιάξει μαζί με το παιδί. Η εφαρμογή των βημάτων και εκτός θεραπευτικού πλαισίου, όπως στο σπίτι στο σχολείο, συντελεί στη γενίκευση του αποτελέσματος (Eisert 1999). (Ε. Κάκουρος, 2001)

Εκπαίδευση στη διαχείριση του θυμού: Στις περιπτώσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, πολλές φορές προκύπτει η αναγκαιότητα της εκπαίδευσής τους στον έλεγχο του θυμού, καθώς, εξαιτίας της παρορμητικότητάς τους, μπορεί εύκολα να θυμώσουν και να εκδηλώσουν επιθετική συμπεριφορά. Η διαχείριση θύμου σύμφωνα με τον Eisert (1999), περιλαμβάνει: (Ε. Κάκουρος, 2001)

- Την αναγνώριση του συναισθήματος του θυμού και την αξιολόγηση της έντασής του (αυτό μπορεί να γίνει κατασκευάζοντας ένα «θερμόμετρο θυμού»).
- Τον εντοπισμό των καταστάσεων όπου το παιδί είναι πιθανότερο να θυμώσει.
- Την εκπαίδευση μέσω της μίμησης προτύπου λεκτική αυτοκαθοδήγησης σε εναλλακτικές αντιδράσεις, αντί της επιθετικής συμπεριφοράς. Το παιδί μπορεί να μάθει για παράδειγμα να αναπνέει βαθειά μέχρι να μειωθεί η ένταση του θυμού ή να φεύγει από το μέρος όπου ο θυμός πυροδοτήθηκε π.χ. «Είμαι έτοιμος να θυμώσω και να χάσω τον έλεγχο. Θα τα καταφέρω να ελέγξω το θυμό μου, ας φύγω από εδώ και ας πάρω βαθιές ανάσες».

- Τη χρήση γνωστικών τεχνικών, μέσω των οποίων το παιδί μαθαίνει να ερμηνεύει τα συναισθήματα του θυμού που προκαλούν την επιθετική συμπεριφορά ως παραποιημένη ερμηνεία πληροφοριών από το περιβάλλον.
- Την εκπαίδευση σε εναλλακτικούς τρόπους επίλυσης των συγκρούσεων ή των δυσκολιών μέσω μίμησης προτύπου.
- Την εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης. (Ε. Κάκουρος, 2001)

Τεχνικές χαλάρωσης – Προοδευτική Μυϊκή Χαλάρωση: Η Προοδευτική Μυϊκή Χαλάρωση (ΠΜΧ) μπορεί να βοηθήσει το παιδί με ΔΕΠ-Υ να διαχειριστεί την παρορμητικότητα και εκρηκτικότητα του, εμπλουτίζοντας το ρεπερτόριο της συμπεριφοράς του με μια λειτουργική αντίδραση, την οποία μπορεί να χρησιμοποιήσει ως εναλλακτική στις παραπάνω δυσλειτουργικές του αντιδράσεις. Στην ΠΜΧ το παιδί εκπαιδεύεται αρχικά στη σύσφιξη ομάδων μυών για μερικά δευτερόλεπτα, ενώ στη συνέχεια αφήνει τους μύες να χαλαρώσουν, έτσι ώστε να διακρίνει τη διαφορά ανάμεσα στη μυϊκή ένταση και τη χαλάρωση (Friedberg, McClure, & Hillwig Garcia, 2009; Merell, 2008). Για την άσκηση του παιδιού στην τεχνική αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθούν ορισμένα βοηθήματα, όπως για παράδειγμα ένα μαλακό μπαλάκι ή ζωάκι, το οποίο το παιδί καλείται να το σφίγγει. Η επίδειξη της τεχνικής αυτής μπορεί να γίνει από το θεραπευτή στα πλαίσια της συνεδρίας με το παιδί και στη συνέχεια να ζητηθεί από το παιδί να την υιοθετήσει στο σπίτι. Στα πλαίσια της ίδιας τεχνικής, το παιδί μπορεί επίσης να ασκηθεί στον έλεγχο του ρυθμού της αναπνοής. (Ε. Λαζαράτου, 2009)

Οι τεχνικές οι οποίες περιγράφηκαν παραπάνω πρέπει να προσαρμόζονται στο αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού και να εφαρμόζονται από έμπειρους ειδικούς με πολύ καλή γνώση του θεωρητικού υπόβαθρου που τις στηρίζει, καθότι η εσφαλμένη χρήση τους μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση με το παιδί και τους γονείς. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο θεραπευτή και το παιδί, καθώς επίσης και τους γονείς. (Ε. Λαζαράτου, 2009)

B) Σύνδρομο Asperger.

Εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων: Έχει σημειωθεί πρόοδος στην έρευνα για την αποτελεσματικότητα των ομάδων στην εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων σε άτομα με

σύνδρομο Asperger (Marriage, Gordon & Brand, 1995 Mesibov, 1984 & Miller, 1995 Williams, 1989). Αυτές οι ομάδες παρέχουν ευκαιρίες για εκμάθηση και εφαρμογή μιας σειράς κοινωνικών δεξιοτήτων, οι οποίες μπορεί να αποτελέσουν μέρος των γλωσσικών μαθημάτων σε προγράμματα που οργανώνουν ειδικοί για το σύνδρομο Asperger. Ο αριθμός των ατόμων πρέπει να είναι περιορισμένος, ώστε να γίνεται αποτελεσματικότερη η διδασκαλία. Πριν από κάθε συνεδρία, τα μέλη της ομάδας, οι οικογένειες τους και οι δάσκαλοι τους φέρνουν παραδείγματα περιστάσεων κατά τις οποίες οι περισσότερες αναπτυγμένες κοινωνικές δεξιότητες θα ήταν πλεονέκτημα. Έτσι, για το κάθε συμμετέχοντα σκιαγραφείται ένα προφίλ με τα «δυνατά» σημεία και τις αδυναμίες του. Είναι επίσης σημαντικό αυτές οι περιστάσεις να εξετάζονται με κάθε λεπτομέρεια. Αυτό γίνεται για να εξεταστεί η αντίληψη του συμμετέχοντα για κάποιο γεγονός, η ερμηνεία του, τα σημάδια, τα κίνητρα και οι εναλλακτικές λύσεις που είχε. (T. Attwood, 1998)

Τα ακόλουθα αποτελούν προτάσεις για (ενδο-ομαδικές δραστηριότητες): (T. Attwood, 1998)

- Αναπαράσταση πραγματικών γεγονότων, κατά τα οποία το άτομο είτε δεν γνώριζε με βεβαιότητα εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης κάποιων καταστάσεων ή τι άλλο μπορούσε να πει είτε παρερμήνευσε τα μηνύματα που έλαβε. Στη συνέχεια, γίνονται πρόβες με τις πιο κατάλληλες εναλλακτικές λύσεις που προτείνονται από τα μέλη της ομάδας. (T. Attwood, 1998)
- Επίδειξη ακατάλληλης κοινωνικής συμπεριφοράς και ζητάμε από τους συμμετέχοντες στην ομάδα να εντοπίσουν τα λάθη. Ο συντονιστής της ομάδας υποδύεται κάποιον που έχει εντελώς ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά και οι συμμετέχοντες πρέπει να εντοπίσουν τα λάθη. Σταδιακά, τα λάθη παύουν να είναι τόσο εμφανή. Στη δραστηριότητα αυτή μπορούν εξάλλου να χρησιμοποιηθούν σκηνές από διάφορες εκπομπές. Επίσης, το να αναπαραστήσουν τι δεν πρέπει να κάνουν μπορεί να διασκεδάση αρκετά τους συμμετέχοντες, πριν κληθούν να φανούν κοινωνικά ικανοί. (T. Attwood, 1998)
- Μια πηγή έμπνευσης για τη δημιουργία ομαδικών δραστηριοτήτων είναι τα τηλεοπτικά προγράμματα, και ειδικότερα οι κωμωδίες, όπου οι καταστάσεις σύγχυσης και λανθασμένων ενεργειών που διαδραματίζονται θυμίζουν αρκετά αυτές που βιώνουν τα άτομα με σύνδρομο Asperger και το περιβάλλον τους. (T. Attwood, 1998)

- Τα ποιήματα και οι αυτοβιογραφίες ατόμων με σύνδρομο Asperger περιγράφουν πώς οι άλλοι βίωσαν παρόμοιες καταστάσεις και παρόμοιες καταστάσεις και παρόμοια συναισθήματα. Με τον τρόπο αυτό παρέχεται μια ευκαιρία για διερεύνηση της έννοιας της ενσυναίσθησης. Η ομάδα μπορεί, επίσης, να δημιουργήσει της δικές του ιστορίες ή τα δικά του ποιήματα. (T. Attwood, 1998)
- Κάποιες φορές χρειάζεται να εξηγηθεί ότι δεν ευθύνεται απαραίτητα το ίδιο το άτομο για τη σύγχυσή του σε μια κοινωνικής κατάσταση. (T. Attwood, 1998)
- Παρέχετε οδηγίες για τη γλώσσα του σώματος με ερμηνείες για καθεμία από τις καταστάσεις. Αυτό μπορεί να γίνει παιχνίδι του τύπου «μάντεψε το μήνυμα». (T. Attwood, 1998)
- Προβάρετε τι μπορείτε να κάνει σε διάφορες περιστάσεις, για παραδείγματα, όταν κάποιος πρέπει να αντιμετωπίσει πειράγματα ή κακοποίηση ή θέλει να ζητήσει από κάποιο άτομο να χορέψουν ή να βγουν βόλτα. (T. Attwood, 1998)
- Μια βιντεοκάμερα μπορεί να βοηθήσει τους συμμετέχοντες να δουν τον εαυτό τους, καθώς και να αντιμετωπίζουν ανάλογες καταστάσεις. Καλό είναι, επίσης, να εξασφαλιστεί ότι τα σχόλια για τις ενέργειες τους θα είναι κυρίως θετικά. Η παρουσίαση και τα σχόλια μπορούν να πάρουν τη μορφή τηλεοπτικού παιχνιδιού ή σόου νέων ταλέντων, αλλά είναι σημαντικό να μην αποσπώνται οι συμμετέχοντες από τα τεχνολογικά μέσα. (T. Attwood, 1998)
- Δεδομένου ότι οι συμμετέχοντες έχουν αποκτήσει δεξιότητες που έχουν αναλυθεί υπεύθυνα μέσα στην ομάδα, μπορεί να υπάρξει πρόβλημα πρωτοβουλιών και γενίκευσης. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο μπορεί να ξέρει τι κάνει, αλλά δυσκολεύεται να κάνει την πρώτη κίνηση ή δεν αναγνωρίζει τα σημάδια που δείχνουν ότι οι δεξιότητες μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε διάφορες συνθήκες. Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί πρέπει να ενημερώνονται για τις νεοαποκτηθείσες δεξιότητες ώστε να διασφαλίσουν ότι αυτές εφαρμόζονται σε διάφορες συνθήκες. Ένα από τα πλεονεκτήματα της συμμετοχής φυσιολογικών παιδιών στην ομάδα είναι ότι μπορούν να βοηθήσουν και να υποστηρίξουν τα μέλη της σε φυσιολογικές συνθήκες, όταν δεν είναι παρών κάποιος δάσκαλος ή γονέας. (T. Attwood, 1998)

- Προετοιμασία για ένα θεατρικό έργο ή μια ιστορία, όπου τα χαρακτηριστικά ενός ατόμου με σύνδρομο Asperger θα αποτελούν πλεονεκτήματα. Το άτομο αυτό θα είναι ο ήρωας της ιστορίας, ενώ στα χαρακτηριστικά θα περιλαμβάνεται η αγάπη στη λεπτομέρεια, η καλή μνήμη, η ειλικρίνεια και οι εγκυκλοπαιδικές γνώσεις πάνω στο συγκεκριμένο ενδιαφέρον του. (T. Attwood, 1998)
- Μπορούν να εξεταστούν οι βιογραφίες διασήμων επιστημόνων και καλλιτεχνών και να βρεθούν αν αυτοί είχαν παρόμοια χαρακτηριστικά ή βίωσαν παρόμοιες εμπειρίες με κάποια μέλη της ομάδας. Αυτό μπορεί να αποτελέσει δουλειά για το σπίτι ή τη βιβλιοθήκη. Αρχικά, ενδείκνυνται οι βιογραφίες του Einstein και του Mozart. (T. Attwood, 1998)

Η Ann Marquis διασκεύασε το παιχνίδι Trivial Pursuit, ώστε να αποτελέσει ένα επιτραπέζιο παιχνίδι για τη διδασκαλία κοινωνικών δεξιοτήτων. Ακολουθούν παραδείγματα ερωτήσεων: (T. Attwood, 1998)

- Ποια λέξη αρχίζει από «ε» σημαίνει ότι κάνω μια παρατήρηση που πληγώνει τον άλλον;
- Τι θα έκανες, αν κάποιος σου έδινε ένα δώρο που δεν σου άρεσε καθόλου;
- Οι απαντήσεις δίνονται, αλλά οι ερωτήσεις μπορούν να ενθαρρύνουν επίσης ομαδικές συζητήσεις, ενώ πρέπει να υπάρξουν περισσότερες από μία επιλογή.
- Παιχνίδια ρόλων (role play), στα οποία το άτομο πρέπει να μάθει να μην μιλάει για κάτι που είναι εμφανές και να μη λέει τη γνώμη του, γιατί αυτή ενδέχεται να ντροπιάσει ή να προσβάλλει το άλλο άτομο. Μερικές φορές είναι καλύτερο να μη λέει κανείς τίποτα.
- Δραστηριοτήτων στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να περιγράψουν σημαντικά πρόσωπα της ζωής τους χρησιμοποιώντας όρους που δεν περιγράφουν μόνο τα εξωτερικά χαρακτηριστικά τους, αλλά και την προσωπικότητα τους, καθώς και τι τους αρέσει ή δεν τους αρέσει σ' αυτούς.
- Οι ομάδες κοινωνικών δεξιοτήτων μπορούν επίσης να συμπεριλαμβάνονται δραστηριότητες που βελτιώνουν τις ικανότητες για διάλογο και την κατανόηση και έκφραση των συναισθημάτων. (T. Attwood, 1998)

Οι ομάδες κοινωνικών δεξιοτήτων μπορούν να είναι ταυτόχρονα εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές. Η διάρκεια κάθε συνεδρίας θα αλλάζει ανάλογα με το επίπεδο των ικανοτήτων και το ρυθμό της προόδου των συμμετεχόντων. Οι ειδικοί μπορούν να συνδυάσουν τις

γνώσεις και τη φαντασία τους για να σχεδιάσουν ένα διαφορετικό για κάθε παιδί πρόγραμμα ανάλογα με το προφίλ των κοινωνικών δεξιοτήτων του. (T. Attwood, 1998)

Εκμάθηση κατανόησης και έκφρασης συναισθημάτων: Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger συχνά έχουν δυσκολίες στην κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων και επομένως στην προσαρμογή της συμπεριφοράς τους. Υπάρχουν στρατηγικές που τα βοηθήσουν τα παιδιά με σύνδρομο Asperger να αναγνωρίζουν και να κατανοούν τα συναισθήματα των άλλων: (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

- Η βασική αρχή είναι να εξετάζεται ένα συναίσθημα τη φορά. Για παράδειγμα, διερευνούμε πρώτα το συναίσθημα της χαράς και δείχνουμε στο παιδί όσο περισσότερες σχετικές εικόνες μπορούμε να βρούμε. Στο πλαίσιο της συγκεκριμένης θεματολογίας, μπορεί να ανατεθεί το παιδί να βρει εικόνες που να δείχνουν χαρούμενα πρόσωπα, καθώς και γεγονότα που προσφέρουν χαρά στους ανθρώπους ή στο ίδιο το παιδί και να φτιάξει με αυτές ένα λεύκωμα ή κολάζ. Το παιδί μπορεί να καταγράψει και να ταξινομήσει όλες τις λέξεις που περιγράφουν τα διαφορετικά επίπεδα χαράς (levels of happiness). Μερικές από τις βασικές ερωτήσεις σε αυτή την δραστηριότητα είναι: « Τι μπορεί να κάνεις για να αισθανθεί κάποιος χαρούμενος;», «Τι μπορείς να πεις για να αισθανθεί κάποιος χαρούμενος;». (T. Attwood, 1998)
- Παίρνουμε μια σελίδα από το λεύκωμα του παιδιού με εικόνες χαρούμενων εκφράσεων. Αφού περιγραφούν, τοποθετούμε δίπλα στην σελίδα μια φυσικού μεγέθους φωτογραφίας που δείχνει κάποιον να χαμογελάει και εξηγούμε στο παιδί ότι και αυτός αισθάνεται χαρούμενος. Μετά βάζουμε ένα καθρέφτη δίπλα στη φωτογραφία και ζητάμε από το παιδί να κοιτάξει τις εικόνες και το χαμογελαστό πρόσωπο, και να χρησιμοποιήσει το καθρέφτη και να δώσει και το ίδιο στο πρόσωπό του μια χαρούμενη έκφραση. Το παιδί έτσι έχει την ευκαιρία να συγκεντρωθεί σε χαρούμενες σκέψεις, να παρατηρήσει ένα μοντέλο έκφρασης του προσώπου (model of facial expression) και να προσπαθήσει να εξασκήσει τη δικιά του έκφραση. (T. Attwood, 1998)
- Ένα εκπληκτικό παιχνίδι που αποκαλείται Mr. Face (ο κος Πρόσωπο), το οποίο αποκαλείται από το περίγραμμα ενός προσώπου και μια συλλογή από διαφορετικά μάτια, φρύδια και στόματα και κολλάνε στο πρόσωπο. Το παιδί καλείται να διαλέξει τα κατάλληλα κομμάτια, ώστε να δημιουργήσει ένα πρόσωπο στο οποίο να εκφράζεται το προκαθορισμένο

συναίσθημα για παράδειγμα, να βρει και να επιλέξει ένα «χαρούμενο στόμα» ή «χαρούμενα μάτια» . (T. Attwood, 1998)

- Φυλλάδια με ασκήσεις που μπορούν επίσης να δημιουργηθούν με βάση το βιβλίο της Rozanne Lanczak (1987)- για παράδειγμα να δημιουργήσει ένα σκίτσο ή να δοθεί μια φωτογραφία κάποιου που ανοίγει τα δώρα των Χριστουγέννων και στη συνέχεια το παιδί να συμπληρώσει τις ακόλουθες ασκήσεις: «Πώς νιώθει αυτός που παίρνει πολλά δώρα;» «Ζωγράφισε εικόνες της χαρούμενης οικογένειάς του με χαρούμενα πρόσωπα. (T. Attwood, 1998)
- Αφού γίνεται κατανοητό το συγκεκριμένο συναίσθημα, το επόμενο βήμα είναι να ακολουθούν οι ίδιες διαδικασίες για να εκφραστεί το αντίθετο συναίσθημα, αυτό της λύπης. (T. Attwood, 1998)
- Μπορεί να σχεδιαστεί ένα παιχνίδι με εικόνες, ιστορίες ή ρόλους, όπου το παιδί πρέπει να επιλέξει ποιο συναίσθημα παρουσιάζεται, η «χαρά» (happiness) ή της λύπης (sadness). Αυτό το παιχνίδι ξεκινάει με τα δύο άκρα της διαδοχής των δύο συναισθημάτων, για παράδειγμα, με τη χαρά της γιαγιά που έρχεται και τη λύπη της όταν φεύγει. Όσον αφορά στη λύπη, μπορούμε ακόμη να ρωτήσουμε το παιδί « Πώς μπορείς να ξέρεις ότι κάποιος είναι στενοχωρημένος;» και στη συνέχεια «Τι θα μπορούσες να κάνεις ή να πεις για να αισθανθεί καλύτερα;». Το λεύκωμα με τις εικόνες της λύπης» μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να καθοριστεί γιατί το παιδί είναι λυπημένο, όταν υπάρχουν δυσκολίες στην προφορική έκφραση, και δεν μπορεί να εκφράσει λεκτικά τα συναισθήματα του. (T. Attwood, 1998)
- Μπορούν να εισαχθούν και άλλες συναισθηματικές καταστάσεις, όπως θυμός, άγχος και η απογοήτευση, καθώς και θετικά συναισθήματα, όπως η αγάπη, η τρυφερότητα, η ικανοποίηση, η έκπληξη, ή ακόμα περίπλοκα συναισθήματα όπως η περηφάνια, η ζήλεια ή η αμηχανία. Μπορεί να σχεδιαστεί ένα τετράδιο εργασιών, ώστε να αναζητούνται τα γεγονότα και οι σκέψεις που δημιουργούν ένα συγκεκριμένο συναίσθημα στο παιδί. (T. Attwood, 1998)
- Ένα παιχνίδι που ονομάζεται Feeling Hats (Καπέλα συναισθημάτων) μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ομαδική δραστηριότητα (group activity). Γράφουμε ένα συναίσθημα σε μια κάρτα που καρφιτσώνουμε σε ένα καπέλο. Κάθε παιδί φοράει ένα καπέλο και μιλάει για

στιγμές κατά τις οποίες ένωσε το συναίσθημα το οποίο αναγράφεται στην κάρτα του καπέλου του. (T. Attwood, 1998)

- Η κοινωνική συμπεριφορά στην οποία το παιδί εμπλέκεται με θετικό τρόπο με τους άλλους, πρέπει να προωθείται με γέλιο και καλόπιασμα. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει πολυάριθμες συμπεριφορές, όπως καθόμαστε όλοι μαζί κάτω, κάνουμε ερωτήσεις, ζητάμε κάτι, προσπαθούμε να κάνουμε τα παιδιά να συνεργαστούν σε μια εργασία, τα μαθαίνουμε να περιμένουν σιωπηλά για μερικά λεπτά, όσο μιλάει κάποιος άλλος. Τα παιδιά πρέπει να μαθαίνουν σ' ένα υποστηρικτικό και δομημένο περιβάλλον, στο οποίο ο καθένας προσπαθεί να παραμείνει χαρούμενος και κεφάτος. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Απασχολήστε το παιδί με παιχνίδια αλληλεπίδρασης, όπως γαργαλητό, έντονα κινητικά παιχνίδια, κνηγητό, παιχνίδια γεμάτα ενθουσιασμό και εκείνα που απαιτούν συμμετοχή. Να τα επαναλαμβάνεται συχνά και αδιάκοπα, επίσης να αναπτύξετε νέες παραλλαγές αυτών. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Μέσα από το θέατρο και τη δραματοποίηση οι συναισθηματικές εκφράσεις μπορούν να τονιστούν και να δοθούν με υπερβολή. Ένα μεγάλο εύρος από θετικά και αρνητικά συναισθήματα μπορούν με ασφάλεια να εξερευνηθούν με αυτό τον τρόπο. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Μοιράζουμε τα συναισθήματα. Γιορτάζουμε το κατόρθωμα του παιδιού, δείχνουμε ότι διασκεδάζουμε με τα ενδιαφέροντα του και, όταν κάτι δεν πάει καλά, δείχνουμε αγωνία. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Φέρνουμε ένα μεγάλο σάκο. Δηλώνουμε ότι πρέπει να είναι σιωπηλό. Κατά την διάρκεια της ησυχίας δυναμώνει η προσδοκία γι' αυτό που είναι μέσα στον σάκο. Προσεκτικά βγάζουμε ένα μυστηριώδες αντικείμενο από το σάκο. Λίγο πριν το δείχνουμε, κάνουμε υπερβολικές εκφράσεις και ήχους, για να δείξουμε τα συναισθήματα για το αντικείμενο. Το παιδί βλέπει ότι το αντικείμενο μας κάνει να νιώθουμε ενθουσιασμό ή χαρά ή απέχθεια. Εάν το αντικείμενο είναι κάτι που του αρέσει χτυπάμε παλαμάκια ή γελάμε. Διαφορετικά μπορούμε να δείξουμε αποστροφή, τρόμο ή απέχθεια. Καθώς το παιδί βλέπει για πρώτη φορά το

αντικείμενο, το αναπαράγει νοητικά και ανταποκρίνεται αναλόγως. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

- Επιτρέπουμε στο παιδί να πάρει κάτι μέσα από το σάκο και εστιάζουμε τόσο στα συναισθήματα που δημιουργεί το αντικείμενο στους ανθρώπους όσο και στη χρήση του. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Προσποιούμαστε ότι κοιμόμαστε και αφήνουμε το παιδί να κάνει τα τέρατα που μας ξυπνούν μέσα στην νύχτα. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Σε μια σύντομη ιστορία που βασίζεται σε θέματα γύρω από την οικογένεια, ζητήστε από το παιδί ν' αναλάβει διαφορετικούς ρόλους. Π.χ. «Χθες ήσουν ένας πολύ πεινασμένος γίγαντας, αλλά σήμερα είσαι ο Νίκος και θα φοβηθείς μόλις ακούσεις μουγκρητά του γίγαντα». (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Μπορεί αργότερα το παιδί να απεικονίσει διαφορετικές εμπειρίες μέσα στο ρόλο. Μερικά παιδιά που έχουν δυσκολίες να χρησιμοποιήσουν αυτό το λεξιλόγιο μπορούν να βοηθηθούν από μια απλούστερη επιλογή. « Εσύ (ο εαυτό σου) νιώθεις θυμωμένος ή φοβισμένος». Μπορούμε να βιντεοσκοπήσουμε αυτή την σκηνή, τότε μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει το παιδί να σκεφτεί το ρόλο του. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Ο θεραπευτής να εκφράσει ένα συγκεκριμένο επίπεδο χαράς με τη γλώσσα του σώματος, τον τόνο της φωνής ή το πρόσωπο και να ρωτήσει το παιδί: «Πως νιώθω;» και «Νιώθω λίγο κουρασμένος ή πολύ χαρούμενος;» Αυτή η δραστηριότητα εξετάζει τα ποίκιλα επίπεδα έκφρασης (different levels of expression). (T. Attwood, 1998)
- Για τους έφηβους, υπάρχει ένα παιχνίδι με δύο πακέτα καρτών. Σε καθεμία από τις κάρτες του ενός πακέτου αναγράφεται ένα συναίσθημα, π.χ. «χαρά», «λύπη», «ζήλια», ενώ σε κάθε κάρτα του άλλου πακέτου ορίζεται μια δραστηριότητα, όπως για παράδειγμα, το πλύσιμο των πιάτων ή η προετοιμασία του πρωινού. Ένα παιδί παίρνει μια κάρτα από το κάθε πακέτο και πρέπει να παρουσιάσει την δραστηριότητα που ορίζεται στη μία κάρτα ανάλογα με το συναίσθημα που αναγράφεται στην άλλη, ενώ οι άλλοι συμμετέχοντες προσπαθούν να μαντέψουν την δραστηριότητα. (T. Attwood, 1998)

Στρατηγικές παρέμβασης για την γλωσσική ανάπτυξη:

Προφορικός λόγος: Όταν κάποιος εμπλακεί σε συζήτηση με άτομο που έχει σύνδρομο Asperger, κατά την διάρκεια της, θα αντιληφθεί εύκολα τα γλωσσικά λάθη. Το άτομο μπορεί να αρχίσει τη συζήτηση με ένα άσχετο για την κατάσταση σχόλιο ή αδιαφορώντας για τους κοινωνικούς ή πολιτισμικούς κώδικες. (T. Attwood, 1998)

Συνεπώς το παιδί με σύνδρομο Asperger πρέπει να διδαχθεί την τέχνη του διαλόγου (art of conversation). Αυτή η διδασκαλία περιλαμβάνει συνηθισμένες εκφράσεις, με τις οποίες μπορεί να αρχίσει μια συζήτηση, και ερωτήσεις σχετικά με το περιεχόμενό της. Η τέχνη του διαλόγου μπορεί να διδαχθεί με παιχνίδια ρόλων, με τα οποία παρουσιάζονται διαφορετικές καταστάσεις και εξηγείται γιατί μερικές φράσεις είναι ακατάλληλες για το ξεκίνημα μιας συζήτησης. Ο θεραπευτής μπορεί να δώσει ακραία παραδείγματα και στη συνέχεια να ζητήσει από το παιδί να προσδιορίσει τα λάθη και τι θα έπρεπε να πει ο ίδιος. Έτσι, το παιδί εξασκείται βρίσκοντας τις κατάλληλες εναλλακτικές εκφράσεις. (T. Attwood, 1998)

Όταν το άτομο με σύνδρομο Asperger δεν ξέρει τι να πει, παρουσιάζει την τάση να κάνει μεγάλες παύσεις πριν απαντήσει ή να αλλάξει θέμα συζήτησης. Αντί να πει: « Δεν είμαι σίγουρος τι εννοείς με αυτό» ή « Πρέπει να σκεφτώ αυτό για λίγο», χρειάζεται αρκετό χρόνο να σκεφτεί τι πρέπει να απαντήσει ή να αλλάξει τη συζήτηση υιοθετώντας κάποιο θέμα που του είναι πιο οικείο. Έτσι η συζήτηση γίνεται πληκτική ή δίνεται η εντύπωση ότι περιστρέφεται διαρκώς στο προσφιλέθιο θέμα του ατόμου με το συγκεκριμένο σύνδρομο. Επομένως, το άτομο με σύνδρομο Asperger πρέπει να μάθει να εκφράζει τη σύγχυσή του και να ζητά διευκρινίσεις. Οι κατάλληλες φράσεις ή απαντήσεις πρέπει να διδαχθούν και να δοθούν ανάλογα παραδείγματα, με τέτοιον τρόπο, ώστε το άτομο να μην νιώθει αποτυχημένο, αν δεν είναι σίγουρο τι πρέπει να πει. Ένας από τους λόγους που ένα θέμα μπορεί να κυριαρχήσει στη συζήτηση είναι το λεξιλόγιο και οι γνώσεις του ατόμου πάνω σε αυτό προάγουν τη ροή της συζήτησης και την κατανόηση. Εξάλλου, το άτομο με σύνδρομο Asperger έχει έντονη την επιθυμία να μη φανεί ανόητο. (T. Attwood, 1998)

Ένα άλλο ασυνήθιστο χαρακτηριστικό των ατόμων με σύνδρομο Asperger είναι η τάση τους να κάνουν άσχετα σχόλια, να διακόπτουν το συνομιλητή του και να μιλούν ταυτόχρονα με

τον άλλον. Η συμπεριφορά αυτή είναι ιδιαίτερα ενοχλητική και μπορεί να εξοργίσει τους άλλους.. Είναι, βέβαια, δύσκολο να τους εξηγηθεί πώς να διακόπτουν κάποιον χωρίς να τον προσβάλλουν ή χωρίς να διακόπτουν την προσοχή. (T. Attwood, 1998)

Με την τέχνη του διαλέγεσθαι, η Carol Gray (1994) έχει αναπτύξει μια τεχνική που ονομάζεται Comic Strip Conversation (/ CSC- Συνομιλίες με κόμικς). Πρόκειται για μια εικονογραφημένη αναπαράσταση των διαφορετικών επιπέδων επικοινωνίας που προκύπτουν σε μια συζήτηση. Γραμμικές φιγούρες, «συννεφάκια» όπου αναγράφονται λόγια ή σκέψεις, σύμβολα και χρώματα χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν το παιδί να αντιληφθεί τα στοιχεία που μπορεί να μην έχει συνειδητοποιήσει. Για παράδειγμα, χρησιμοποιούμε την ακόλουθη CSC για να δείξουμε σε άτομο με σύνδρομο Asperger τι συμβαίνει όταν διακόπτει μια συζήτηση. (T. Attwood, 1998)

Αυτή η τεχνική μπορεί να εφαρμοστεί σε διάφορα προβλήματα σχετικά με τη συζήτηση και τις κοινωνικές δεξιότητες. Τα «συννεφάκια» των διαλόγων μπορούν να σχεδιαστούν με πολλούς τρόπους, για να μεταφέρουν και τα συναισθήματα- για παράδειγμα, με έντονες γωνίες για να υποδηλωθεί ο θυμός ή ,με κυματιστές γραμμές για να υποδηλωθεί το άγχος. Μπορούν, επίσης, να χρησιμοποιηθούν και χρώματα που συμβολίζουν τα συναισθήματα. Θετικές και χαρούμενες σκέψεις μπορούν να γραφούν με πράσινο χρώμα, ενώ δυσάρεστες σκέψεις μπορούν να γραφούν με κόκκινο. Μπορεί, άλλωστε, να δημιουργηθεί ένας ολόκληρος χρωματιστός πίνακας, όπου για παράδειγμα, τα προσβλητικά σχόλια να είναι γραμμένα με ροζ ή οι θλιβερές σκέψεις να γραφούν με μπλε. Αυτά στη συνέχεια μπορούν να μεταφερθούν στον τόνο της φωνής ή στη γλώσσα του σώματος που μπορεί να χρησιμοποιήσει το άτομο. (T. Attwood, 1998)

Οι CSC επιτρέπουν στο παιδί να αναλύσει και να κατανοήσει την ποικιλία των μηνυμάτων και των νοημάτων που είναι μέρος των συζητήσεων ή του παιχνιδιού. Πολλά παιδιά με σύνδρομο Asperger συγχύζονται και στενοχωριούνται, όταν δέχονται πειράγματα ή σαρκασμό των άλλων. Τα «συννεφάκια» με τα λόγια ή τις σκέψεις και η επιλογή των χρωμάτων μπορούν να απεικονίσουν τα κρυμμένα μηνύματα.. Ένα άλλο πλεονέκτημα αυτής της τεχνικής είναι ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αναπαραστήσει την αλληλουχία των γεγονότων σε μια συζήτηση και τις πιθανές συνέπειες των ποικίλων εναλλακτικών σχολίων ή ενεργειών. (T. Attwood, 1998)

- Οι απαραίτητες δεξιότητες για την κατάκτηση του προφορικού λόγου είναι: η κατανόηση του λόγου σε επίπεδο προτάσεων μεγαλύτερων των τεσσάρων λέξεων, η κατανόηση της χρονικής ακολουθίας, η ακουστική προσοχή, η ικανότητα διάκρισης του σημαντικού, η ικανότητα δημιουργίας ερωτήσεων και η ικανότητα απάντησης σε ερωτήσεις. Οι δεξιότητες αυτές μπορούν να επιτευχθούν με τις εξής τεχνικές: (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Διαλέγουμε παιχνίδια με τα οποία το παιδί να μπορεί να στήσει μια ιστορία. Συζητάμε μαζί του την ιστορία που δημιούργησε, κάνουμε ερωτήσεις για το ποιος ήταν πού, πότε, με ποιόν, τι έκανε, τι συνέβη μετά, και τελικά τι έγινε. Οι ερωτήσεις είναι σημαντικό κομμάτι του αφηγήματος, γιατί με αυτό τον τρόπο οργανώνονται οι σημαντικές πληροφορίες. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Μαθαίνουμε το παιδί να κάνει ερωτήσεις. Ετοιμάζουμε λίστες με ερωτηματικές λέξεις, από τις οποίες να μπορεί να επιλέγει για να θέσει μια ερώτηση. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Ετοιμάζουμε τις λίστες των ερωτήσεων, στις οποίες το παιδί θα καταφεύγει, για να οργανώσει μόνο του ένα αφήγημα. Π.χ. Πρέπει να πεις: «Ποιος είναι;», «Που είναι;», «Τι κάνεις;», «Τι έγινε μετά;» κ.λπ. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Παίζουμε παιχνίδια με έννοιες, όπως: πρώτο- δεύτερο- τελευταίο, πριν- μετά, όταν- αφού, μόλις- αμέσως κ.λπ. Πρέπει να είμαστε σίγουροι ότι το παιδί γνωρίζει αυτές τις έννοιες, για να μπορέσουμε να περάσουμε στη αφήγηση. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Δημιουργούμε ιστορίες χρονικής ακολουθίας ή προμηθευόμαστε έτοιμες από το εμπόριο. Θα πρέπει αυτές να έχουν διαφορετικό αριθμό εικόνων και σταδιακά να προχωρούν από τις λίγες εικόνες προς στις περισσότερες. . (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Παίρνουμε ένα view master, το δίνουμε στο παιδί και του ζητάμε να μας περιγράψει αυτό που βλέπει με ακρίβεια, ώστε να αντιληφθεί πλήρως τι απεικονίζει η εικόνα που βλέπει. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

- Βλέπουμε τηλεόραση μαζί με το παιδί. Επιλέγουμε, αν υπάρχει μεγάλη δυσκολία στην αφήγηση, τις διαφημίσεις. Ζητάμε από το παιδί να τις περιγράψει. Περιγράφουμε και εμείς κάποιες από αυτές, για να δώσουμε ένα σωστό μοντέλο αφηγηματικού λόγου. Δεν διορθώνουμε τη στιγμή της αφήγησης, δεν το βοηθάμε έτσι. Θα παραδειγματιστεί και θα βελτιωθεί από το δικό μας αφηγηματικό μοντέλο. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Αφού το αφήγημα προχωρήσει, μπορούμε να ακούσουμε παραμύθια από κασέτες, χωρίς οπτικές πληροφορίες και να αφηγηθούμε ό,τι ακούσαμε. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Διαβάζουμε στο παιδί παραμύθια και ζητάμε να μας κάνει ερωτήσεις ή να διηγηθεί το αφήγημα. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Δίνουμε στο παιδί να διαβάσει μια ιστορία και να την αφηγηθεί αμέσως ή να μας κάνει ερωτήσεις σχετικά με αυτήν. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Βρίσκουμε θέματα για συζήτηση, που να το ενδιαφέρουν και για το οποίο έχει τις απαιτούμενες γνώσεις. Θέματα συζήτησης μπορεί να είναι «το πάρκο», «τα μεταφορικά μέσα», «η καθημερινότητα του παιδιού» κ.λπ. Σημειώνουμε τις γνώσεις του παιδιού για το συγκεκριμένο θέμα. Π.χ το πάρκο έχει γρασίδι, έχει κούνιες, υπάρχουν παρκάκια και έχει τσουλήθρες. Μπορούμε να ζητήσουμε από το παιδί να μας κάνει ένα μικρό αφήγημα, χρησιμοποιώντας τις πληροφορίες που βρήκαμε. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Βιντεοσκοπούμε μια συζήτηση μεταξύ του παιδιού με μας. Βλέπουμε την ταινία και καταγράφουμε φράσεις, προσπαθώντας να δούμε αν υπάρχει σχετικότητα ανάμεσα στις φράσεις που χρησιμοποιήθηκαν. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Για να προσελκύσουμε το παιδί να κάνει αυθόρμητες ερωτήσεις, λέμε μια φράση αφήνοντάς του το περιθώριο να κινητοποιηθεί από το περιεχόμενο των λόγων μας και να ρωτήσει συμπληρωματικά για όσα άκουσε. Μην ξεχνάμε ότι πρέπει να το ενδιαφέρει το θέμα της συζήτησης. Π.χ. «Σήμερα αγόρασα ένα ωραίο παιχνίδι», «Σήμερα έφαγα ένα πολύ νόστιμο φαγητό». Ξεκινάμε από τις ερωτήσεις του παιδιού και στήνουμε μια μικρή συζήτηση με αυτό τον τρόπο. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

- Διδάσκουμε τους κατάλληλους λεκτικούς τρόπους, για να μας τραβήξει την προσοχή, όπως το να χρησιμοποιεί το όνομά σας. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Εξηγούμε στο παιδί ότι δε γνωρίζουμε όσα αυτό γνωρίζει και ότι θα πρέπει να σας πληροφορήσει κατάλληλα, όταν αναφέρεται σε κάποιον ή σε κάτι άγνωστο σ' εσάς. Φτιάχνουμε μια λίστα με τα πρόσωπα και τις πληροφορίες που γνωρίζουμε και όσα δε γνωρίζουμε. Εξηγούμε για ποιο λόγο δε γνωρίζουμε εμάς αυτά τα άτομα ή αυτές τις πληροφορίες. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)
- Βιντεοσκοπούμε συζητήσεις με το παιδί, φροντίζουμε σε αυτές τις συζητήσεις να κάνουμε κάποιο λάθος, κυρίως προσποιούμενοι ότι δεν κατανοήσαμε καλά μια λέξη που είπε το παιδί, και συνεχίζουμε να συζητήσαμε μαζί του, αλλά με τη λάθος λέξη που καταλάβαμε, έτσι ώστε η συζήτηση ν' αρχίσει να γίνεται δυσνόητη. Π.χ. αν το παιδί πει «σχοινάκι», εσείς προσποιηθούμε ότι ακούσαμε «σκυλάκι» και συνεχίστε τη συζήτηση για το σκυλάκι. Στη συνέχεια βλέπουμε τη βιντεοταινία και ρωτήστε το παιδί αν βρήκε το λάθος σας. Αν το εντοπίσει πρέπει να του διδαχθούμε τεχνικές για να διορθώνει τη συζήτηση, δηλαδή τι θα έπρεπε να κάνει, όταν εμείς καταλάβουμε κάτι άλλο από αυτό που είπε εκείνο. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

Στο γραπτό λόγο: Οι δυσκολίες των παιδιών με Asperger σχετικά με το γραπτό λόγο, μπορούν να χωριστούν σε επιπρόσθετες και σε σύνοδες. Ως επιπρόσθετη θεωρείται η ειδική μαθησιακή δυσκολία της ανάγνωσης και της γραπτής έκφρασης (Δυσλεξία), η οποία μπορεί να συνυπάρχει στα παιδιά και για την οποία δεν ευθύνεται η διαταραχή. Ως σύνοδες διαταραχές μπορούν να θεωρηθούν η υπερλεξία (πολύ καλή αναγνωστική ικανότητα με πολύ φτωχή κατανόηση), η δυσκολία στην κατανόηση της συνοχής του κειμένου, η δυσκολία στην κατανόηση αντωνυμιών στο κείμενο, η δυσκολία στην κατανόηση αφηρημένων εννοιών, η δυσκολία στην εύρεση άγνωστων λέξεων, η δυσκολία στη δόμηση γραπτής παραγράφου σε μη συγκεκριμένο βιοματικό θέμα, η δυσκολία στη δόμηση περίληψης γραπτού κειμένου και στη δυσκολία εύρεσης της κεντρικής ιδέας του κειμένου. Αντίθετα, τα παιδιά αυτά εμφανίζουν καλή επίδοση στην ορθογραφία και στη γραμματική. (F. Harpe, 2003)

- Σημειώνουμε στο κείμενο το όνομα και τις αντωνυμίες που ακολουθούν με το ίδιο χρώμα.

- Απλοποιούμε τις προτάσεις του κειμένου στο επίπεδο της γλωσσικής κατανόησης του παιδιού.
- Προσθέτουμε οπτικά σύμβολα στις αφηρημένες έννοιες.
- Οδηγούμε το παιδί να κατανοεί ποιες λέξεις είναι άγνωστες και να μας ρωτά για αυτές.
- Δημιουργούμε ένα λεξικό με έννοιες που δε γνωρίζει το παιδί και συνδέουμε την κάθε έννοια με οικογένειες λέξεων, με συνώνυμα, ομώνυμα, ταυτόσημα, με φράσεις και τρόπους που χρησιμοποιείται η έννοια και, όπου χρειαστεί, με οπτικό σύμβολο.
- Οδηγούμε το παιδί να κάνει ερωτήσεις σε μας για κάθε παράγραφο ή κάθε παράγραφο ή κάθε πρόταση του κειμένου, έτσι ώστε να μπορεί να βρίσκει τη σημαντική πληροφορία.
- Ετοιμάζουμε ερωτήσεις για το κείμενο.
- Κάνουμε ένα προσχέδιο του κειμένου, σύμφωνα με τις ερωτήσεις, για να μπορεί να δομηθεί περίληψη από αυτό.
- Χρησιμοποιούμε τις ίδιες ερωτήσεις για να εξετάσουμε το παιδί, γιατί πολλά παιδιά, όταν η ερώτηση τεθεί με διαφορετικό τρόπο, μπορεί να μην απαντηθούν. Αν συμβαίνει αυτό, ενημερώνουμε τους εκπαιδευτικούς και ζητάμε να τους εξετάσουμε το παιδί με τις ερωτήσεις, που αυτό θα έχει μαζί του από το σπίτι στο συγκεκριμένο μάθημα.
- Συγκεντρώνουμε τις πληροφορίες που έχει το παιδί για το θέμα της έκθεσης, που πρέπει να γράψει. Συμπληρώνουμε τις πληροφορίες με ότι χρειάζεται και δημιουργούμε μαζί την έκθεση.
- Συνδέουμε το γραπτό λόγο με την επικοινωνία, δίνουμε γραπτές εντολές, γράφουμε μηνύματα, γράμματα, κάρτες, ετοιμάζουμε λίστες αγορών, προτάσεις για ταύτιση με εικόνες. (F. Harpe, 2003)

Στα μαθηματικά: Στα μαθηματικά οι δυσκολίες αφορούν κυρίως την κατανόηση του χρόνου και την επίλυση αριθμητικών προβλημάτων . Αντίθετα, τα παιδιά με σύνδρομο Asperger παρουσιάζουν καλές επιδόσεις στην εκτέλεση αριθμητικών πράξεων και όπου δεν χρειάζεται σκέψη. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

- Ζωγραφίζουμε τα δεδομένα του αριθμητικού προβλήματος, έτσι ώστε να επεξεργαστεί τις πληροφορίες που δίνονται από το πρόβλημα οπτικά.
- Ζητάμε από το παιδί να φτιάξει αριθμητικά προβλήματα.

- Συνδέουμε τα αριθμητικά προβλήματα με την καθημερινότητα του παιδιού. Π.χ. θα έρθουν πέντε σου να παίξετε το απόγευμα. Θα παραγγείλουμε πίτσες. Πόσα κομμάτια έχει η πίτσα; Πόσα κομμάτια πρέπει να φάει κάποιος για να χορτάσει; Άρα πόσες πίτσες θα παραγγείλουμε;
- Βρίσκουμε τεχνικές για να βιώσει το χρόνο και την ώρα. Χρονομετρούμε δραστηριότητες, ετοιμάζουμε ημερήσια προγράμματα με χρονικά περιθώρια. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

Θεραπευτικές στρατηγικές για τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα: Το βασικό χαρακτηριστικό των ιδιαίτερων ενδιαφερόντων που επιδεικνύουν τα άτομα με σύνδρομο Asperger είναι η συγκέντρωση αντικειμένων ή πληροφοριών. Πολλοί άνθρωποι έχουν κάποιο χόμπι και το έχει κάποιος ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον δεν αποτελεί από μόνο του κάτι σημαντικό. Η διαφορά μεταξύ του «φυσιολογικού» φάσματος των ενδιαφερόντων και της εκκεντρικότητας (eccentricity) που παρατηρείται στα άτομα με σύνδρομο Asperger είναι ότι οι αναζητήσεις των ατόμων αυτών είναι συχνά μοναχικές, ιδιόμορφες και κυριαρχούν στο χρόνο και στις συζητήσεις τους. (T. Attwood, 1998)

Οι οικογένειες των ατόμων με σύνδρομο Asperger δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν τις ασταμάτητες ερωτήσεις των παιδιών τους πάνω στο ίδιο θέμα, την απροθυμία τους να ασχοληθούν με οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα, ενώ η πρόσβασή τους στο υλικό που χρειάζεται δεν είναι πάντα εύκολη. Πολλοί γονείς πώς μπορούν να μειώσουν το ενδιαφέρον των παιδιών τους για ένα συγκεκριμένο θέμα ή και το να εξαφανίσουν. Ωστόσο, αυτό δεν είναι κάτι εύκολο. (T. Attwood, 1998)

Έναν καλύτερο τρόπο για την αντιμετώπιση του προβλήματος αποτελεί η ελεγχόμενη πρόσβαση (controlled access). Το πρόβλημα μπορεί να μην είναι η ίδια η διαδικασία, αλλά η διάρκεια και η επικράτησή της σε σχέση με τα άλλα ενδιαφέροντα. Όταν περιορίζεται ο χρόνος κατά τον οποίο το παιδί ασχολείται με μια συγκεκριμένη δραστηριότητα με τη βοήθεια ρολογιού ή χρονομέτρου, έχουν επιτευχθεί καλύτερα αποτελέσματα, και όταν χτυπάει το ρολόι, η δραστηριότητα πρέπει να σταματήσει. Ωστόσο, τότε είναι σημαντικό το άτομο να ενθαρρύνεται για να ασχοληθεί με κάποια άλλα η δραστηριότητα που του αρέσει και να μην βλέπει τα υλικά που έχουν σχέση με το ιδιαίτερο ενδιαφέρον του. Με άλλα λόγια, ό, τι δεν βλέπει, δεν μπορεί να το επιθυμήσει. Πρέπει να υπάρχει κάτι άλλο που να απασχολεί το μυαλό του, καθώς η ανάγκη να συνεχίσει να ασχολείται με το ιδιαίτερο ενδιαφέρον του

υποχωρεί. Ζητήστε από το άτομο να ολοκληρώσει κάτι το οποίο του είναι γνωστό και μπορεί να το πετύχει σε ένα άλλο δωμάτιο ή να πάει ε μια επείγουσα δουλειά. Αν το άτομο έχει αναστατωθεί, το καθησυχάζουμε αναφερόμενοι σε ένα πρόγραμμα ή σε κάποιον πίνακα που να δείχνει καθαρά πότε θα μπορεί να ασχοληθεί ξανά με το ιδιαίτερο ενδιαφέρον του. Με αυτόν τον τρόπο προγραμματίζεται κατάλληλα η ενασχόληση με τη δραστηριότητα. (T. Attwood, 1998)

Το ενδιαφέρον μπορεί να κρατήσει για μερικές βδομάδες ή για δεκαετίες. Εντούτοις, όταν σταματήσει, σύντομα θα αντικατασταθεί από κάποιο άλλο. Αν το ενδιαφέρον είναι ανεκτό σε μικρές δόσεις, τότε η ελεγχόμενη πρόσβαση είναι η κατάλληλη πρακτική. Αν, όμως το ενδιαφέρον είναι μη αποδεκτό, δηλαδή παράνομο ή κάτι μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες δραστηριότητες (π.χ. ενδιαφέρον για όπλα, φωτιές ή δηλητήρια), τότε οι γονείς θα χρειαστούν ένα σχεδιασμένο πρόγραμμα από έναν κλινικό ψυχολόγο με εμπειρία στο συγκεκριμένο σύνδρομο. (T. Attwood, 1998)

Τα παιδιά παρακινούνται από την επιθυμία τους να ευχαριστήσουν τον δάσκαλο τους, τους γονείς τους ή τους φίλους τους, να είναι ανταγωνιστικά, συνεργάσιμα ή να μιμηθούν τις δραστηριότητες των άλλων παιδιών. Αυτές οι επιθυμίες είναι σαφώς μειωμένες στα παιδιά με σύνδρομο Asperger και ένα σύνηθες πρόβλημα των γονιών και των θεραπευτών είναι η απουσία κίνητρου για οποιαδήποτε δραστηριότητα προτείνουν. Εντούτοις, το παιδί έχει ισχυρό κίνητρο να επιδεικνύει ιδιαίτερη προσοχή, όταν ασχολείται με το ιδιαίτερο ενδιαφέρον του. Η πρακτική που μπορεί να ακολουθηθεί στην περίπτωση αυτή είναι να ενσωματωθεί το αντικείμενο του ενδιαφέροντός του σε μια δραστηριότητα που φαίνεται βαρετή ή δεν υπάρχει κίνητρο γι' αυτή. Το παιδί μπορεί επίσης να κερδίσει την πρόσβαση σ' αυτό που το ενδιαφέρει με προσπάθεια υπακοή, ενώ οι γονείς να σκεφτούν πώς το ενδιαφέρον θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί, ώστε να ενθαρρύνει τις κοινωνικές επαφές του ή να γίνει επάγγελμα. Αν για παράδειγμα, το παιδί γοητεύεται από τα μηχανήματα κήπου, μπορεί να γίνει κηπουρός. Το ενδιαφέρον κάποιου για τον καιρό μπορεί να αποτελέσει την αρχή μιας καριέρας ως μετεωρολόγου, ενώ το ενδιαφέρον για αυτοκίνητα μπορεί να παρακινήσει κάποιον να γίνει οδηγός ταξί. (T. Attwood, 1998)

Στρατηγικές παρέμβασης για την ρουτίνα: Η ρουτίνα (routine) φαίνεται ότι επιβάλλεται για να κάνει τη ζωή του προβλέψιμη και να εξασφαλίσει την τάξη, καθώς οι καινοτομίες, το χάος

ή η αβεβαιότητα είναι ανυπόφορα. Λειτουργούν επίσης και ως μέσο για τη μείωση του άγχους. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

Ωστόσο, τι μπορεί να κάνει κανείς για να αποτρέψει την υπερβολική προσκόλληση του παιδιού με σύνδρομο Asperger σε μια ρουτίνα; Το παιδί είναι αποφασισμένο να διατηρήσει τη ρουτίνα του και μπορεί ακόμα και να φέρεται τυραννικά για να είναι σίγουρο ότι δεν θα αλλάξει τίποτα. Ο θεραπευτής πρέπει να επιμένει στον συμβιβασμό και στο να δοκιμάσει ορισμένες εναλλακτικές δραστηριότητες. Το παιδί θα βοηθηθεί, αν μάθει την έννοια του χρόνου χρησιμοποιώντας ρολόγια, χρονοδιαγράμματα και ημερολόγιο. Έτσι, μπορεί να καθορίσει πότε θα συμβεί κάτι, καθώς και την ακολουθία των καθημερινών δραστηριοτήτων, όποτε η ζωή γίνεται ξαφνικά προβλέψιμη. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι, αν χρησιμοποιείται ημερήσιο χρονοδιάγραμμα, είναι καλύτερο να υπάρχει μια ξεχωριστή κάρτα για κάθε δραστηριότητα που να κολλάει το παιδί σε ένα πίνακα με Blutak. Αυτό γίνεται, ώστε αν υπάρξει κάποια ξαφνική αλλαγή, οι κάρτες να μπορούν να αλλάξουν θέση. Καθώς το άτομο ωριμάζει, η επιμονή στη ρουτίνα τείνει να εξαφανιστεί, αλλά η αλλαγή δεν αντιμετωπίζεται πότε εύκολα. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

Στρατηγικές παρέμβασης για την κινητική αδεξιότητα: Μια από τις πρώτες ενδείξεις κινητικής αδεξιοτητας (motor clumsiness) αποτελεί το γεγονός ότι μερικά παιδιά με σύνδρομο Asperger αρχίζουν να περπατούν μερικούς μήνες αργότερα από το αναμενόμενο (Manjiviona & Prior, 1995). Κατά την πρώιμη παιδική ηλικία, τα παιδιά αυτά μπορεί να εμφανίσουν περιορισμένη ικανότητα στα παιχνίδια με μπάλα, δυσκολία στο να μάθουν να δένουν κορδόνια των παπουτσιών τους και παράξενη κίνηση, όταν τρέχουν ή περπατούν. Κατά την διάρκεια της φοίτησής τους στο σχολείο, οι δάσκαλοι ενδέχεται να ανησυχούν για τον άσχημο γραφικό τους χαρακτήρα και την έλλειψη ικανότητας στα αθλήματα. Κατά την περίοδο της εφηβείας, μερικά άτομα εμφανίζουν τικ, δηλαδή ακούσιες και επαναλαμβανόμενες συσπάσεις των μυών κυρίως του προσώπου, ή ανοιγοκλείνουν γρήγορα τα μάτια τους ή κάνουν κατά διαστήματα κάποιες γκριμάτσες. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά υποδεικνύουν αδεξιότητα και ειδικές διαταραχές στην κίνηση. (T. Attwood, 1998)

Ο λογοθεραπευτής μπορεί να συμβάλλει στην θεραπεία της γραφή και στις απότομες κινήσεις. (T. Attwood, 1998)

Γραφή: Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger παρουσιάζουν άσχημο γραφικό χαρακτήρα, τα παιδιά αυτά έχουν επίγνωση του κακού γραφικού χαρακτήρα και μπορεί να δείχνουν απρόθυμα να εμπλακούν σε δραστηριότητες που απαιτούν γραφική εργασία. Εντούτοις, οι σύγχρονη τεχνολογία μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του προβλήματος. Καθώς τα παιδιά με σύνδρομο Asperger είναι συνήθως ιδιαίτερα επιδέξια στην χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών και του πληκτρολογίου, θα μπορούσαν τα παιδιά αυτά να γράφουν τις εργασίες τους ή τις δραστηριότητες τους σε υπολογιστή και να μην δουλεύουν ή να δίνουν τις εργασίες χειρόγραφα. Θα μπορούσαν επίσης οι θεραπευτές να γράφουν οι ίδιοι τις απαντήσεις που δίνει το παιδί, ώστε να είναι ευανάγνωστες. (T. Attwood, 1998)

Απότομες κινήσεις: Τα παιδιά με Asperger ασχολούνται με δραστηριότητες που απαιτούν κινητικό συντονισμό, όπως το κόψιμο σχημάτων με ψαλίδι, έχουν την τάση να βιάζονται να τελειώσουν την εργασίας τους. Δίνουν την εντύπωση ότι είναι παρορμητικά και ανάκατα να επιβραδύνουν τις κινήσεις τους και να είναι πιο προσεκτικά. Το παιδί χρειάζεται εποπτεία και ενθάρρυνση για να δουλέψει με το κατάλληλο ρυθμό, ώστε να έχει το χρόνο να διορθώσει τα λάθη του. Σε ορισμένες περιπτώσεις, θεωρείται καλό να βοηθηθεί, ώστε να επιβραδύνει τις κινήσεις του μετρώντας ανάμεσα στις επιμέρους ενέργειες και χρησιμοποιώντας μετρονόμο που να του υποδεικνύει το κατάλληλο ρυθμό. (T. Attwood, 1998)

Στρατηγικές παρέμβασης για την ενίσχυση της βλεμματικής επαφής: Η βλεμματική επαφή είναι ένδειξη ανεπτυγμένης κοινωνικότητας. Κοιτάζουμε τους άλλους, για να τους δείξουμε ότι είμαστε μαζί τους, για να τους δείξουμε το ενδιαφέρον μας, για να τους κάνουμε να συνεχίσουν να επικοινωνούν μαζί μας και για να κατανοήσουμε την πρόθεσή τους, αφού μέσω της βλεμματικής επαφής μπορούμε να κατανοήσουμε τις κρυφές σκέψεις των άλλων. Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger μπορεί να επιτυγχάνουν ή όχι την βλεμματική επαφή, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κοινωνικής τους απόκλιση. Ωστόσο είναι σχεδόν σίγουρο ότι η βλεμματική τους επαφή δεν είναι συγχρονισμένη κατάλληλα, δε χρησιμοποιείται για να κατανοήσουν την πρόθεσή μας και, όταν αυτή γίνεται, δεν έχει κοινωνικό χαρακτήρα, αλλά κυρίως ενισχυτικό, δηλαδή εντάσσεται στην προσπάθειά τους να αποκτήσουν αυτό που επιθυμούν. Άλλα πάλι τα παιδιά με σύνδρομο Asperger μπορεί να έχουν βλεμματική επαφή με τον συνομιλητή τους, αλλά η επαφή αυτή μπορεί να είναι επίμονη, χωρίς να ξέρουν να πάρουν το βλέμμα τους από εκείνον. Επίσης, τα παιδιά αυτά μπορεί να νιώθουν άβολα, όταν ένας ενήλικας χρησιμοποιεί βλεμματική επαφή προς αυτά ή τα υποχρεώνει να κοιτάξουν. Είναι σημαντικό να μη διδάξουμε στα παιδιά να έχουν βλεμματική επαφή, να μην τα

υποχρεώνουμε να μας κοιτάζουν και φυσικά να μην τους ζητάμε να το κάνουν δίνοντάς τους την εντολή «Κοίτα με». Το ίδιο σημαντικό είναι να οδηγήσουμε τα παιδιά να μας κοιτάζουν μέσα από την ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

Για να προκληθεί μια αυθόρμητη βλεμματική επαφή είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα ισχυρό ερέθισμα. Όταν τα παιδιά νιώθουν ενθουσιασμένα, θυμωμένα, συγχυσμένα τότε μπορεί συνειδητά να χρησιμοποιήσουν το βλέμμα τους. Αυτήν την αυθόρμητη συμπεριφορά πρέπει να την ενθαρρύνουμε, δίνοντας ευκαιρίες που να οδηγήσουν τα παιδιά στην αυθόρμητη βλεμματική επαφή με άνετο και διαισθητικό τρόπο προειδοποίηση και κατεύθυνσης της προσοχής τους. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

- Χτίζουμε την προσμονή του παιδιού, κάνοντας σαπουνόφουσκες και αφήνοντας το παιδί να τις βλέπει να πέφτουν απαλά στο πάτωμα. Όταν αυτό το πρότυπο εγκατασταθεί αλλάζουμε την ρουτίνα με διαλείμματα πριν από το φύσημα της σαπουνόφουσκας. Το παιδί πρέπει να ελέγξει γιατί δε συμβαίνει το αναμενόμενο, κοιτάζοντας μας. Τότε, πρέπει να φυσήξουμε αμέσως τις σαπουνόφουσκες. Επαναλαμβάνουμε αυτό μόνο όταν το γνήσιο πρότυπο έχει εγκατασταθεί. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

- Τραγούδια δράσης, παιδικά τραγούδια και απλά βρεφικά παιχνίδια είναι κατάλληλα για να χτίσουμε την προσμονή μιας ενέργειας, που αρέσει στο παιδί. Αυτά πρέπει να χρησιμοποιηθούν μέχρι εκείνο να δείξει σημάδια προσδοκίας και ευχαρίστησης. Σ' αυτό το σημείο ο θεραπευτής καθυστερεί πριν από την αναμενόμενη ενέργεια και, χρησιμοποιώντας υπερβολικές εκφράσεις του προσώπου του, ποζάρει και δίνει τόνο, για να αυξήσει την προσδοκία του παιδιού. Τότε το παιδί θα κάνει συχνότερα αυθόρμητη βλεμματική επαφή, η οποία χρησιμοποιείται για να προκαλέσει την αναμενόμενη ενέργεια. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

-Παίζουμε ένα παιχνίδι με φωνές (Κούκου, τσα!), χρησιμοποιώντας ένα λεπτό μαντίλι γύρω από το πρόσωπο. Όταν το παιδί κοιτάει προς εμάς, μετακινείστε το μαντήλι μ' ένα χαρούμενο χαιρετισμό ή με μια προσφώνηση έκπληξης. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

- Παίζουμε το «Πού κοιτάω;». Κρύβουμε ένα ισχυρό ενισχυτή, όταν το παιδί είναι εκτός δωματίου. Χρησιμοποιούμε μια επίμονη ματιά απέναντι στο κρυμμένο μέρος για να

κατευθύνουμε το παιδί. Όταν το βρει ανταλλάζουμε ρόλους και αφήνουμε το παιδί να μας οδηγήσει στο μέρος που έχει κρύψει τον ενισχυτή. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

- Όταν το παιδί ζητάει κάτι επίμονα για να παίξει μ' αυτό, κοιτάζουμε προς την άλλη κατεύθυνση μέχρι να συλλάβει τα μάτια μας με τα δικά του μάτια. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

- Για μεγαλύτερα παιδιά υπάρχει το παιχνίδι ρόλων που μπορεί να χρησιμοποιηθεί, για να τονίσει και να εξασκήσει τα περίπλοκα βλέμματα που περιλαμβάνει την αποστροφή, το συγχρονισμό, την κατεύθυνση της προσοχής στους άλλους και τη διατήρηση της προσοχής. Το παιδί καλείται να σκεφτεί σχετικά με μια ιδιαίτερη ματιά και εξασκείται σ' ένα υποστηρικτικό περιβάλλον. Αυτή η στρατηγική φαίνεται πως αποσκοπεί στο ν' αλλάξει διαισθητικά τη χρήση του βλέμματος, αλλά να δώσει τις δεξιότητες με τις οποίες τα παιδιά μπορούν να ερμηνεύσουν και να επικοινωνούν πιο αποτελεσματικά. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

Στρατηγικές παρέμβασης για την ενίσχυση της προσοχής: Η ικανότητα του παιδιού να μοιράζεται την προσοχή με άλλους και, επομένως, να μαθαίνει με αυτούς είναι περιορισμένη στα παιδιά με σύνδρομο Asperger. Οι στρατηγικές που προάγουν την συγκεκριμένη ικανότητα είναι οι εξής: (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

- Καθόμαστε με το παιδί κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου. Δείχνουμε ενδιαφέρον γι' αυτό που κάνει, κοιτώντας το. Ονομάζουμε τ' αντικείμενα με τα οποία ασχολείται χρησιμοποιώντας απλές λέξεις ή μικρές προτάσεις.
- Κατά την διάρκεια που παίζει, καθόμαστε κοντά του μ' ένα πανομοιότυπο σετ παιχνιδιών. Προσπαθούμε να μιμηθούμε τις ενέργειες του παιδιού. Εάν το παιδί μετακινήσει τα δικά μας παιχνίδια, αρχίζουμε να παίζουμε με τα δικά του.
- Παίζουμε παιχνίδια που εμπλέκουν ένα μόνο σημείο προσοχής. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει παιχνίδι με κάρτες, παιχνίδια σε πίνακα και απλά παιχνίδια με μπάλα. Δραστηριότητες που επιδρούν θετικά σε μικρότερα παιδιά περιλαμβάνουν μπίλιες που τρέχουν σε σωλήνες, παιχνίδια με νερό και άμμο, σαπουνόφουσκες, μαγικά κουτιά, μουσικά κουτιά.
- Με την παρακολούθηση κάποιας βιντεοταινίας, θεατρικής παράστασης ή παντομίμας μοιραζόμαστε την ευχαρίστηση, το φόβο και τη δραματική ένταση.

- Καθόμαστε σ' ένα ημικύκλιο και περιμένουμε τη σειρά μας, για να δείξουμε μια δραστηριότητα ή για να δοκιμάσουμε κάτι. Σε κάποιες περιπτώσεις αυτό μπορεί να σημαίνει να βρούμε την κάρτα με το σωστό γράμμα ή κάποιος να προσπαθεί πως ανεβαίνει σκάλα.
- Κάνουμε αναπαράσταση ιστορίες, οικίες σκηνές από παραμύθια, ιστορικές περιπέτειες, θρησκευτικές ιστορίες απ' όλο τον κόσμο ή μια αγαπημένη βιντεοταινία. Αυτοσχεδιάζουμε, φοράμε σχετικά ρούχα, δείχνουμε υπερβολικές εκφράσεις προσώπου και δίνουμε στο θεατρικό έργο μεγάλες δόσεις ζωντανίας και ενεργητικότητας.
- Χρησιμοποιούμε τα ονόματα των παιδιών, για να κερδίσουμε την προσοχή τους, πριν μιλήσουμε σ' αυτά. Π.χ. «Πες μας, Νίκο», «Μπορείς να μου πεις, Νίκο...» ή «Νίκο, τι είναι αυτό;». (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

Στρατηγικές παρέμβασης για τις αισθητηριακές ευαισθησίες:

-Ευαισθησία στον ήχο: Η υπερευαισθησία στον ήχο δεν είναι ενιαία σε όλο το ηχητικό φάσμα. Το παιδί είναι συνήθως ευαίσθητο μόνο σε ορισμένες εντάσεις ή τύπους ήχων. Υψηλών εντάσεων ήχοι είναι συνήθως πιο επιβλαβείς από χαμηλών, υπόκωφων εντάσεων. Άλλα είδη ήχων που είναι συνήθως πολύ ερεθιστικά και που μπορεί να δημιουργήσουν αντιδράσεις φόβου, είναι το τσιγαρόχαρτο, ηλεκτρικοί θόρυβοι ή ο ήχος του νερού που τρέχει από το σωλήνα, (Stehli,1991 Volkmar & Cohen, 1989). Έχει παρατηρηθεί ότι μερικά παιδιά υποφέρουν από ευαισθησία ήχου αφότου είχαν ακουστική εξέταση, (Stehli, 1991). Βοηθητικές μέθοδοι είναι η χρήση φορητού κασετοφώνου (walkman), με την αγαπημένη τους κασέτα για να κρύψει επιβλαβείς ήχους ή η χρήση ωτοασπίδων. Μερικά παιδιά μουρμουρίζουν ή κάνουν περιέργους θορύβους για να αποφύγουν επιβλαβείς ήχους. (K.A Quill, 2000)

Η επαναληπτική στερεοτυπική συμπεριφορά είναι ένας άλλος τρόπος με τον οποίο το παιδί θα μειώσει την υπερφόρτιση ερεθίσματος. Δεν πρέπει να επιτρέπεται στα παιδιά να ξοδεύουν περισσότερο από μία ώρα ημερησίως στο να παίρνουν μέρος σε ρυθμικό στερεότυπο κούνημα πολυθρόνας ή χτύπημα. Υπάρχει πιθανότητα να καταστραφεί το αναπτυσσόμενο νευρικό τους σύστημα με το να εμποδίζουν τον εγκέφαλο να εισάγει δεδομένα. (K.A Quill, 2000)

Υπάρχει, επίσης, μια νέα θεραπευτική μέθοδος που ονομάζεται «εκπαίδευση στην προοδευτική ακουστική ολοκλήρωση» (auditory integration training). Η μέθοδος αυτή αναπτύχθηκε από τον Guy Berard στη Γαλλία και συνιστάται σε δέκα ώρες ακρόασης ειδικά τροποποιημένης μουσικής (Berard, 1993). Τα πρώτα αποτελέσματα από την αξιολόγηση της μεθόδου είναι ενθαρρυντικά (Bettison, 1996 Rimland & Edelson, 1995), μολονότι δεν είναι αποδεδειγμένη ακόμη η αποτελεσματικότητά της. (T. Attwood, 1998)

Ένα άλλο στοιχείο που μπορεί να βοηθήσει τα άτομα που αντιμετωπίζουν αυτού του είδους τα προβλήματα είναι να τους εξηγηθεί η αιτία και η διάρκεια του θορύβου. Για παράδειγμα, για ένα παιδί που είναι ευαίσθητο στο θόρυβο του στεγνωτήρα των χεριών προτείνεται να δημιουργηθεί μια εξατομικευμένη ιστορία, στην οποία να περιλαμβάνει η περιγραφή της λειτουργίας και της μηχανικής κατασκευής του στεγνωτήρα, καθώς και η διαβεβαίωση ότι η συσκευή θα σταματήσει αυτόματα να λειτουργεί ύστερα από λίγο. (K.A Quill, 2000)

Σαφώς, θεωρείται σημαντικό οι γονείς και οι θεραπευτές να γνωρίζουν το πρόβλημα της ακουστικής ευαισθησίας του παιδιού προκειμένου να μειώσουν την ένταση των ξαφνικών θορύβων, να περιορίσουν την φασαρία που προκαλούν προηγούμενες συζητήσεις και να αποφεύγουν ήχους που γνωρίζουν ότι είναι ανυπόφοροι γι' αυτό. Αυτό θα μειώσει το άγχος του και θα του δώσει τη δυνατότητα να συγκεντρωθεί και να κοινωνικοποιηθεί. (K.A Quill, 2000)

-Ευαισθησία στο άγγιγμα: Προβλήματα ευαισθησίας στο άγγιγμα, ενδέχεται σε κάποιες περιπτώσεις να ελαττωθούν με το συνεργάζεται το παιδί μ' έναν θεραπευτή που χρησιμοποιεί τεχνικές αισθητηριακής ενοποίησης (Ayres, 1979). Μερικές απλές μέθοδοι για να καθησυχαστεί ένα παιδί με μεγάλη πίεση, είναι το να κάνει τούμπες στα στρώματα γυμναστικής ή να μπαίνει κάτω από καρέκλες. Όλες οι δραστηριότητες πρέπει να γίνονται σ' έναν καθορισμένο χρόνο κάθε μέρα, όπως τα οργανωμένα παιχνίδια. Δεν πρέπει να γίνονται αμέσως μόλις συμβαίνει άσχημη συμπεριφορά. Όταν το ερέθισμα πίεσης πρωτοεμφανίζεται, το παιδί ενδέχεται να το απωθήσει. Ο θεραπευτής οφείλει να επιμένει ευγενικά για να πείσει το παιδί να δεχτεί το άγγιγμα. Το σταθερό άγγιγμα είναι καταπραυντικό, ενώ το ελαφρύ άγγιγμα προξενεί αντίδραση συναγερμού στο υπερευέξαπτο νευρικό σύστημα του παιδιού, (Grandin, 1989). Το ερέθισμα δεν πρέπει ποτέ να επιβάλλεται με τη βία στο παιδί. (K.A. Quill, 2000)

Έχουν καταρτιστεί θεραπευτικά προγράμματα, όπως τη λεγόμενη Θεραπεία Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης (Sensory Integration Therapy/ SIT), που μειώνει την απτική ευαισθησία ή- για να χρησιμοποιήσουμε τον τεχνικό όρο- την «απτική αμυντικότητα» (tactile defensiveness), και η οποία περιλαμβάνει μασάζ, απαλό τρίψιμο των ευαίσθητων περιοχών και παλμικές κινήσεις. Μερικές φορές, η έντονη πίεση και η διέγερση του αιθουσαίου πυρήνα με περιστροφικές και παλινδρομικές κινήσεις μπορεί να βοηθήσουν. (K.A Quill, 2000)

-Ευαισθησία στη γεύση και την υφή των τροφών: Ορισμένα παιδιά με σύνδρομο Asperger αντιδρούν έντονα σε κάποιες τροφές, είτε κατά την βρεφική είτε κατά την προσχολική τους ηλικία. (T. Attwood, 1998)

Στρατηγικές για την ευαισθησία στη γεύση και την υφή των τροφών:

Αποφεύγουμε να ασκούμε έντονη πίεση στο παιδί να καταναλώσει τροφές που απεχθάνεται ή το αφήνουμε να πεινάσει. (T. Attwood, 1998)

Ενθαρρύνουμε το παιδί να γλείφει και να δοκιμάζει τροφές, παρά να τις μασάει και να τις καταπίνει. (Tony Attwood, 1998)

Δοκιμάζουμε να δώσουμε στο παιδί νέα είδη τροφών, όταν είναι απασχολημένο με κάτι που το ενδιαφέρει ή όταν είναι ήρεμο. (T. Attwood, 1998)

-Στρατηγικές για την οπτική ευαισθησία: Ένα σπάνιο χαρακτηριστικό που συνδέεται με το σύνδρομο Asperger είναι η ευαισθησία σε συγκεκριμένα επίπεδα φωτισμού και σε χρώματα ή κάποια διαστρέβλωση της οπτικής αντίληψης. (T. Attwood, 1998)

Σ' αυτή την περίπτωση, οι θεραπευτές θεωρείται καλό να διευκολύνουν το παιδί απομακρύνοντάς το από την μεριά που δέχεται τη μεγαλύτερη ηλιακή ακτινοβολία ή από τραπέζια που βρίσκονται κοντά στα παράθυρα και τα χτυπάει ο ήλιος. Επίσης, ένα διαχωριστικό παραβάν στο δωμάτιό του θα μπορούσε να το προστατεύει από τα έντονα οπτικά και ακουστικά ερεθίσματα. (T. Attwood, 1998)

-Στρατηγικές για την ευαισθησία στον πόνο: Το παιδί με σύνδρομο Asperger δείχνει ιδιαίτερα σοβαρός, δεν δειλιάζει και δεν αντιδρά έντονα σε επίπεδα πόνου που άλλοι δεν μπορούν να

ανεχθούν. Η απουσία αντίδρασης στο πόνο εμποδίζει το άτομο να μάθει να αποφεύγει κινδύνους, με αποτέλεσμα να επισκέπτεται συχνά τις πρώτες βοήθειες. (T. Attwood, 1998)

Στην περίπτωση που το παιδί αντιδρά ελάχιστα στον πόνο, θεωρείται απαραίτητο από τους θεραπευτές να διδάξουν στους γονείς τις τεχνικές «αυτό- αποκάλυψης», ώστε να δώσουν στο παιδί τη δυνατότητα να εκφράσει πως νιώθει. Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να εξηγήσουμε στο παιδί γιατί είναι απαραίτητο να αναφέρει ότι πονά. (T. Attwood, 1998)

Δομημένο πρόγραμμα διδασκαλίας TEACCH: το πρόγραμμα TEACCH είναι ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα, ένα «φάσμα ζωής» για άτομα με αυτισμό, η «διά βίου» εκπαίδευσή τους. Ασχολείται με την διάγνωση, την αντιμετώπιση, την επαγγελματική κατάρτιση και την διαβίωση των ατόμων με αυτισμό. Όμως, έχει κάνει από την αρχή τη διάκριση ανάμεσα στη διάγνωση και στην αξιολόγηση για εξατομικευμένη διδασκαλία και διαχείριση της συμπεριφοράς και των προβλημάτων των παιδιών με αυτισμό (C. Mesidon & Howley, 2003, E. Schopler & Olley, 1980). (E.X. Γκονέλα, 2008)

Φιλοσοφία του TEACCH είναι να αντιμετωπιστεί ο αυτισμός σε όλες τις αναπτυξιακές φάσεις του παιδιού, ψυχοεκπαιδευτικά. (E.X. Γκονέλα, 2008)

Στόχος του η απόκτηση αυτονομίας των παιδιών. (E.X. Γκονέλα, 2008)

Σκοπός του η προετοιμασία των παιδιών με αυτισμό για την ένταξη στο σχολείο, η οποία βοηθάει στην συνέχεια για την κοινωνική του ένταξη. (E.X. Γκονέλα, 2008)

Τα παιδιά με συναισθηματικά προβλήματα, όπως παιδιά με σύνδρομο Asperger, χρειάζονται πολύ δομημένο περιβάλλον στην εκπαίδευσή τους για να είναι αποτελεσματική, γιατί παρουσιάζουν κάποια προβλήματα, τα οποία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την διάρκεια τη διδασκαλίας τους: (E X. Γκονέλα, 2008)

A. Δυσκολίες στην οργάνωση των δεξιοτήτων τους

B. Προβλήματα στην αφηρημένη σκέψη

Γ. Αύξηση άγχους, λόγω απώλειας ελέγχου

Δ. Αρνητικές συμπεριφορές

E. Δυσκολίες στην ερμηνεία του μεταφορικού λόγου κ.ά. (E.X. Γκονέλα, 2008)

Οι ιδιαιτερότητές τους αυτές προσδιορίζουν τη διδακτική συμπεριφορά και της ενέργειές μας, ώστε να γίνουν επιτυχείς και παραγωγικές για το παιδί με σύνδρομο asperger. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Ο ειδικός για να μπορεί να βοηθήσει το παιδί πρέπει:

- Να διδάξει οργάνωση πραγμάτων με συγκεκριμένα μικρά βήματα
- Να μην απευθύνει ανοιχτές και αφηρημένες ερωτήσεις
- Να προσπαθεί να μειώνει το άγχος του παιδιού
- Να αντιμετωπίζει ψύχραιμα αρνητικές συμπεριφορές
- Να αποφεύγει λέξεις με διττά νοήματα
- Να χρησιμοποιεί μικρές προτάσεις
- Να χωρίζει την διδασκαλία της δραστηριότητας σε πιο μικρά μέρη ή να την παρουσιάζει με άλλο τρόπο
- Να απαντά μόνο σε κάποιες από τις πολλές ερωτήσεις του παιδιού και όχι σε όλες
- Να αξιολογεί τις δεξιότητες των παιδιών και αναλόγως να τις αντιμετωπίζει (Moreno & O' Neal, 2004). (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Δόμηση και οργάνωση περιβάλλοντος: το πρώτο σημαντικό χαρακτηριστικό της δομημένης εκπαίδευσης είναι δόμηση του χώρου σε περιοχές. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Ο ειδικός πρέπει να δομήσει την αίθουσα του έτσι, ώστε και τα παιδιά και ο ίδιος να αισθάνονται ευχάριστα, χαλαρά, ευχάριστα, για να μπορεί να κινείται άνετα και να διδάσκει δημιουργικά. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Οργανώνει λοιπόν ατομικούς χώρους, κατάλληλες περιοχές, ώστε να κατανοεί το παιδί σε ποια περιοχή γίνεται ποια δραστηριότητα. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Α. Περιοχή διδασκαλίας: το παιδί εκπαιδεύεται από τον ειδικό σε μια νέα δραστηριότητα, την οποία, όταν μάθει, θα την πραγματοποιεί μόνο του στη δική του περιοχή.

B. Περιοχή ανεξάρτητης εργασίας: είναι ατομική περιοχή του παιδιού, ιδιαίτερα σημαντική, γιατί εκεί μαθαίνει να εργάζεται μόνο του, ανεξάρτητα. Εδώ ανεξαρτητοποιούνται (C. Collia-Faherty, 1999).

Γ. Περιοχή ελεύθερου παιχνιδιού.

Δ. Περιοχή δομημένου παιχνιδιού.

Ε. Περιοχή φαγητού.

Στ. Περιοχή ομαδικής εργασίας (τραγούδια, μουσική).

Z. Μεταβατική περιοχή. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Σημαντική είναι η μεταβατική περιοχή. Εκεί τοποθετείται το ατομικό πρόγραμμα του παιδιού, στο οποίο παριστάνονται ή γράφονται οι δραστηριότητες της ημέρας. Είναι ο χώρος που βοηθά το παιδί να κατανοήσει μέσα από εικόνες, φωτογραφίες και αντικείμενα, πώς θα μεταβεί από μια δραστηριότητα σε άλλη. Με τον τρόπο αυτό η αλλαγή γίνεται προβλέψιμη. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Η οργάνωση του χώρου προσφέρει στα παιδιά αίσθηση άνεσης και ασφάλειας. Για την επιτυχία της οργάνωσης παίζουν ρόλο παράγοντες όπως: το μέγεθος της αίθουσας, η απόσταση από την τουαλέτα, ο φωτισμός, ο προσανατολισμός, το ήσυχο περιβάλλον. Είναι απαραίτητο η αίθουσα να είναι στρωμένη με χαλιά σε κάθε περιοχή και τα υπάρχοντα έπιπλα, θρανία, ντουλάπες, βιβλιοθήκες, ράφια, συρταριέρες, να χρησιμοποιούνται ως χωρίσματα των περιοχών. Μπορούμε να χωρίσουμε τις περιοχές με ταινία που κολλά το πάτωμα. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Η πρώτη εκπαίδευση των παιδιών είναι να μπορούν να περιμένουν για κάποιο χρονικό διάστημα σ' ένα μέρος και να μάθουν να περιμένουν. Βλέποντας την αίθουσα χωρισμένη με έπιπλα, τα βοηθάμε να κατανοήσουν τις περιοχές και πού θα κάνουν τι. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Επίσης, μπορούν να κυκλοφορούν από τη μία περιοχή στην άλλη για την εκτέλεση δραστηριοτήτων. για καλύτερη κατανόηση τοποθετούμε στα σημεία κυκλοφορίας, αυτοκόλλητα βήματα, μόνο από ένα συγκεκριμένο μέρος. Στόχος μας δεν είναι να περιοριστεί η κινητικότητα ή η αυτονομία του παιδιού, αλλά να μπορέσει να εντοπίσει γρήγορα το χώρο όπου πρέπει να κατευθυνθεί, προκειμένου να ολοκληρώσει μια δραστηριότητα (ε. καλύβα, 2005). (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Η οργάνωση της δομής εξαρτάται και από το επίπεδο του παιδιού. Χρειάζεται περισσότερη δομή και όρια στα παιδιά χαμηλής λειτουργικότητας απ' ό,τι στα παιδιά υψηλής λειτουργικότητας. Τα μικρά παιδιά χρειάζονται περισσότερη εκπαίδευση σε δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, ενώ τα μεγάλα χρειάζονται περισσότερη εξάσκηση οικιακών δεξιοτήτων κι αυτό γίνεται στο χώρο της κουζίνας. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Βασικό σε κάθε τάξη είναι ο χώρος φύλαξης των ρούχων (μπουφάν, παλτού, ζακέτας, παπουτσιών) ή άλλων προσωπικών αντικειμένων του παιδιού, δηλαδή η «γκαρνταρόμπα» τους. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Ατομικό και ημερήσιο πρόγραμμα: Το δεύτερο σημαντικό χαρακτηριστικό της δομημένης εκπαίδευσης είναι το πρόγραμμα. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Ο ειδικός, σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε παιδιού, πρέπει να δημιουργήσει το ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα, αυστηρά εξατομικευμένο, και ένα ομαδικό ημερήσιο πρόγραμμα. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Το ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα μοιάζει με μια μακριά κορδέλα που πάνω της τοποθετούνται κάρτες με λέξεις, φωτογραφίες, εικόνες, σκίτσα ή αντικείμενα, ανάλογα με το επίπεδο κατανόησης κάθε παιδιού και προσδιορίζουν τις δραστηριότητες του παιδιού μιας ημέρας. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Το κάθε παιδί πρέπει να εκπαιδευτεί στη λειτουργικότητα του προγράμματος και στη σειρά εκτέλεσης των δραστηριοτήτων. έτσι γίνεται περισσότερο ευέλικτο και η συμπεριφορά του βελτιώνεται, αφού γνωρίζει τι το περιμένει (C. Collia- Faherty, 1999). (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Χαρακτηριστικό του ατομικού προγράμματος είναι η αλλαγή από μέρα σε μέρα κάποιων δραστηριοτήτων. Η διαφοροποίηση του προγράμματος μαθαίνει στο παιδί την αλλαγή. Αυτό είναι ένα πρόβλημα για τα παιδιά με αυτισμό. Όμως πρέπει να μάθουν να δέχονται αλλά και να αντιμετωπίζουν τις αλλαγές. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Πώς είναι το πρόγραμμα; Είναι μία λίστα δραστηριοτήτων, που ξεκινά με την ημερομηνία και ακολουθούν με τη με τη σειρά οι δραστηριότητες αποτυπωμένες πάνω σε κάρτες με λεκτικά ή οπτικά βοηθήματα. (Ελένη Χ. Γκονέλα, 2008)

Υπάρχει πάντα η κάρτα με ερωτηματικό (;), που σημαίνει ότι το παιδί μπορεί να διαλέξει μόνο του τι θέλει να κάνει. Επίσης, κάρτα με τη λέξη «ηρέμησε», την οποία βλέποντας το παιδί πρέπει να καθίσει στη θέση του. Την κάρτα αυτή χρησιμοποιεί ο ειδικός σε παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς για να ηρεμήσουν. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Το πρόγραμμα αναρτάται σε σημείο εμφανέστατο να το βλέπει το παιδί και να μην περιπλανιέται. Κάθε πρωί, έρχεται στο σχολείο, βλέπει το πρόγραμμά του και ξέρει τι θα κάνει. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Στο επάνω μέρος του προγράμματος υπάρχει η φωτογραφία και το όνομα του παιδιού. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Το πρόγραμμα συνεχώς εμπλουτίζεται με νέες δραστηριότητες, εντάσσοντας και τις στερεοτυπίες του παιδιού σ' αυτές. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Πώς χρησιμοποιείται το πρόγραμμα; Το πρώτο, στο οποίο εκπαιδούμε το παιδί, είναι όταν του λέμε «δες το πρόγραμμα», να πηγαίνει και να το βλέπει. Αυτό επαναλαμβάνεται πολλές φορές την ημέρα. Στη συνέχεια του μαθαίνουμε να παίρνει μια κάρτα, την πρώτη- από πάνω προς τα κάτω ή από τα αριστερά προς τα δεξιά, ανάλογα με το πώς είναι αναρτημένο το πρόγραμμα. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Ο τρόπος εκπαίδευσης είναι καθοδηγητικός. Καθοδηγούμε το χέρι του να μάθει να παίρνει την κάρτα και μετά του δείχνουμε σε ποια περιοχή θα πάει για να εκτελέσει τη δραστηριότητα. Έτσι το παιδί να μαθαίνει με τη διδασκαλία «χέρι με χέρι». Τελειώνοντας τη δραστηριότητα επιστρέφει, τοποθετεί την κάρτα σε ειδική θήκη σωστά, βλέπει το πρόγραμμα και συνεχίζει παίρνοντας αμέσως την επόμενη κάρτα. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Για κάποια παιδιά που δυσκολεύονται, βάζουμε μόνο μία δραστηριότητα και σιγά σιγά προσθέτουμε κι άλλες. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Σε μερικές περιπτώσεις παιδιών το πρόγραμμα αποτελείται και από λέξεις και από εικόνες και από αντικείμενα και από χρώματα. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Όταν το παιδί μαθαίνει τις ήδη υπάρχουσες δραστηριότητες, προσθέτουμε νέες. Είναι σημαντικό να ορίζονται χρονικά όρια ολοκλήρωσης της εργασίας του. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Ατομικό σύστημα εργασίας: Ενημερώνει το παιδί για το τι θα κάνει, όταν βρίσκεται στην περιοχή της ατομικής εργασίας. Για να είναι αποτελεσματικό, πρέπει να πληροφορεί το μαθητή για τις ερωτήσεις: - Τι δουλειά θα κάνω;, -Πόση δουλειά;, -Πού θα δουλέψω;, - Πότε τελειώνω;, - Τι ακολουθεί μετά;. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Στο χώρο ατομικής εργασίας το παιδί κάθεται στην καρέκλα του (πίσω γράφει το όνομα του), μπροστά στο τραπέζι, βλέποντας στον τοίχο. Αριστερά του υπάρχει μια βιβλιοθήκη με ράφια, πάνω στα οποία υπάρχουν καλαθάκια με τις δραστηριότητες και εξωτερική κάρτα στο καθένα που τις προσδιορίζει. Το παιδί παίρνει από το πρόγραμμα την κάρτα, την κοιτά και κατευθύνεται στο χώρο ατομικής εργασίας. Παίρνει το καλαθάκι που έχει την αντίστοιχη κάρτα από τα αριστερά. Κάθεται, ολοκληρώνει τη δουλειά και σπρώχνει το καλαθάκι προς τα δεξιά, μέσα σ' ένα μεγάλο καλάθι. Τελειώνει με την πρώτη δραστηριότητα. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Συνεχίζει με την επόμενη κάρτα, με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, μέχρι να τελειώσουν όλες οι δραστηριότητες. Ο χρόνος διεκπεραίωσης της δουλειάς κανονίζεται από το υλικό που υπάρχει στο καλαθάκι. Τελειώνοντας, επιστρέφει στο πρόγραμμα και βλέπει τι ακολουθεί. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας του παιδιού, ο θεραπευτής κάθεται πίσω από το παιδί, κρατά το χέρι του και το καθοδηγεί πώς θα την εκτελέσει. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Υπάρχουν παιδιά που μαθαίνουν γρήγορα και άλλα που το σύστημα εργασίας τους είναι περίπλοκο και δύσκολο. Χρειάζεται συνεχής εκπαίδευση. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Εκτός από το ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα, υπάρχει και το ομαδικό πρόγραμμα, για την ομάδα των παιδιών της τάξης, το οποίο περιλαμβάνει τις δραστηριότητες όλης της ημέρας. Τοποθετείται σε πίνακα ανακοινώσεων, σε ευδιάκριτο σημείο, για να είναι ορατό απ' όλα τα παιδιά (Ε. Καλύβα, 2005). (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Κίνητρα: Μπορούμε να δομήσουμε τις δραστηριότητες του προγράμματος στηριζόμενοι στα κίνητρα, δηλαδή τι κινητοποιηθεί το παιδί. Σε αυτά τα παιδιά, τα κίνητρα όχι μόνο πρέπει να διατηρούνται, αλλά γίνονται εντονότερα, γιατί η εξασθένηση ή η εξαφάνισή τους τα αδρανοποιεί. Επειδή, πολλές από τις δραστηριότητες που τους δίνουμε δεν περιέχουν κίνητρα, για να τα ενεργοποιήσουμε πρέπει να τους παρουσιάσουμε «σκόπιμα», «τεχνητά» κίνητρα (Σ. Σταμάτης, 1987), τα οποία τους ωθούν να εργαστούν γι' αυτά, χρησιμοποιώντας τις δυνάμεις τους. Κίνητρα όπως: η επιθυμία για μουσική, το παιχνίδι με την μπάλα, με άμμο, μπορούν να ενσωματωθούν στις καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Αμοιβές: Προσφέρουν σημαντικά στην απόκτηση της γνώσης. Περιλαμβάνονται μεταξύ των δραστηριοτήτων και ενισχύουν τα παιδιά με σύνδρομο Asperger. Μπορεί να είναι υλικές (π.χ. σοκολάτα, καραμέλες, αστεράκια...) ή ηθικές (π.χ. χαμόγελο. Χάδι, αγκαλιά...) ή λεκτικές (π.χ. μπράβο, συγχαρητήρια...). Για τα παιδιά με σύνδρομο έχουν μεγαλύτερη αξία οι αμοιβές εκείνες που ικανοποιούν τις ιδιορρυθμίες τους. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Ο θεραπευτής αμείβει τη σωστή συμπεριφορά των παιδιών, αλλά και όλες τις προσπάθειες του. Η ενίσχυση που του παρέχεται, πρέπει να συμβαδίζει με τα ενδιαφέροντα και τις προτιμήσεις τους κι εκείνος θα κρίνει αν είναι συνεχής ή θα διακόπτει ανάλογα με την βελτίωση του παιδιού. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Εξατομικευμένο πρόγραμμα TEACCH μιας ημέρας: (Ελένη Χ. Γκονέλα, 2008)

- Ελεύθερο χρόνο
- Δουλεία με τον θεραπευτή
- Δομημένο παιχνίδι (αξιοποιούμε τα ενδιαφέροντα του παιδιού)
- Ελεύθερο παιχνίδι
- Ατομική εργασία (ανεξάρτητη)
- Τουαλέτα
- Φαγητό
- Έξω (στην αυλή)
- Ατομική εργασία
- Δουλεία με τον θεραπευτή

- Κολατσιό
- Τουαλέτα (πάλι)
- Σπίτι (φεύγω!!!) (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Κάθε παιδί θα πρέπει να έχει κρεμασμένο το δικό του εξατομικευμένο πρόγραμμα! (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Οπτική δόμηση: Ο οπτικός τρόπος οργάνωσης της διδασκαλίας βοηθά εντυπωσιακά πολλά παιδιά με σύνδρομο Asperger. Τα οπτικά χρονοδιαγράμματα, με τα οποία τους διδάσκουμε (π.χ. φωτογραφίες, εικόνες με λεζάντες γραμμένες από κάτω...), γίνονται ανάλογα με τις ρουτίνες τους, οι οποίες πρέπει να χρησιμοποιούνται λειτουργικά. Όταν το παιδί κατανοεί το ένα, του δίνουμε άλλο καινούργιο. Δεν ασχολούμαστε όλες τις ημέρες, γιατί επέρχεται κούραση. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Με οπτικά χρονοδιαγράμματα διδάσκουμε καθημερινά δραστηριότητες, τροποποίηση συμπεριφοράς, παιχνίδι μέσα και έξω από την αίθουσα κ.ά. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Υπάρχουν παραδείγματα διδασκαλίας με χρονοδιαγράμματα, σύμφωνα με τη TEACCH. Κάθε χρονοδιάγραμμα (πρόγραμμα) περιλαμβάνει και εικόνες και λέξεις. Το παιδί έχει μπροστά του το πρόγραμμα και ο θεραπευτής του δείχνει την κάθε εικόνα με τη σειρά, διαβάζοντας την αντίστοιχη λέξη και εξηγώντας την ενέργεια που γίνεται. Τα παιδιά με πρόβλημα λόγου δείχνουν, βλέπουν, παρατηρούν, ακούν. Τα παιδιά με ικανότητα λόγου δείχνουν, διαβάζουν μόνα τους, παρατηρούν, συζητούν με τον θεραπευτή. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται πολλές φορές. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Διδάσκουμε ένα αντικείμενο κάθε φορά. Στηριζόμαστε στο γενικό νοητικό επίπεδο του παιδιού και στην κατάκτηση ή μη λόγου. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Η διδασκαλία αυτή μπορεί να διαρκέσει από ημέρες έως μήνες, έως μήνες, έως ότου κατανοηθεί. Δεν θα απογοητευθούμε. Επιμένουμε με την ίδια τακτική, την ίδια σειρά, τον ίδιο τρόπο, για να μην μπερδευτούμε τα παιδιά. Καλή επιτυχία! (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Η χρήση πραγματικών αντικειμένων κατά τη διδασκαλία επιτυγχάνεται καλύτερα την οργάνωση των παιδιών, γιατί τους αρέσει να βλέπουν και να πιάνουν αυτό που κάνουν. Π.χ.

προτιμούν διάφορα αντικείμενα να είναι τοποθετημένα μέσα σε κουτάκια ή ποτηράκια, παρά να είναι διασκορπισμένα στο τραπέζι. Οι οπτικές οδηγίες τους βοηθούν να κατανοήσουν καλύτερα τη δραστηριότητα, αλλά και να λειτουργήσουν ανεξάρτητα. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν ακόμη και φωτογραφίες του ίδιου του παιδιού, καθώς εργάζεται, που θα τον βοηθήσουν, αν δοθούν και οδηγίες με οπτική σαφήνεια (Α. Κατσαβού, 2004). (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Το TEACCH εφαρμόζεται σε όλες τις σχολικές βαθμίδες. Στην υψηλότερη βαθμίδα στα παιδιά διδάσκονται επαγγελματικές δεξιότητες και δεξιότητες αυτονομίας. Η διδασκαλία γίνεται και μέσα σε δομημένη τάξη, αλλά και έξω από την αίθουσα, σε χώρους δουλειάς, για να προετοιμάσει τα παιδιά στη μελλοντική εργασία. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Για την επιτυχία του TEACCH απαιτείται στενή συνεργασία με τους γονείς, οι οποίοι έχουν ουσιαστική δύναμη για να αλλάξουν τα πράγματα προς όφελος των παιδιών τους. Γονείς και επαγγελματίες και ειδικοί πρέπει να είναι συνθεραπευτές. (Ε.Χ. Γκονέλα, 2008)

Προσεγγίσεις ενίσχυσης της εναλλακτικής επικοινωνίας:

A) PECS: Το PECS (Picture Exchange Communication System – Επικοινωνιακό Σύστημα Ανταλλαγής εικόνων) αναπτύχθηκε το 1994 από τους Bondy και Frost ως ένα συγκεκριμένο πακέτο εκπαίδευσης σε ενισχυτική εναλλακτική επικοινωνία που απευθύνεται σε παιδιά και ενήλικες με αυτισμό και σύνδρομο Asperger που δεν έχουν λόγο και άλλες επικοινωνιακές δεξιότητες προκειμένου να εκκινήσουν την επικοινωνία. Απώτερος σκοπός του προγράμματος είναι να μάθουν τα παιδιά να κάνουν σχόλια να απαντούν ευθέως σε ερωτήσεις. (Ε. Καλύβα, 2005)

Το PECS διδάσκει ουσιαστικά ένα παιδί να ανταλλάσει μια φωτογραφία του επιθυμητού αντικειμένου με ένα θεραπευτή, ο οποίος ανταποκρίνεται άμεσα στο αίτημα αυτό. Δεν χρησιμοποιούνται λεκτικές προτροπές, όποτε η εκκίνηση είναι άμεση και αποφεύγεται η εξάρτηση από βοηθήματα. Εν συνέχεια, τα παιδιά μαθαίνουν να διακρίνουν διάφορα σύμβολα και να τα τοποθετούν όλα μαζί προκειμένου να δομήσουν απλές «προτάσεις». Τα παιδιά διδάσκονται να κάνουν κάποια σχόλια ή να ρωτάνε άμεσα αυτό που θέλουν. Δεν είναι σαφές πως μπορεί ο εκπαιδευτής να διακρίνει από την εικόνα που δείχνει το παιδί εάν ζητάει κάτι ή εάν κάνει κάποιο σχόλιο. (Ε. Καλύβα, 2005)

Το PECS αποσκοπεί στη διδασκαλία και στη γρήγορη απόκτηση λειτουργικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων, δηλαδή στην ικανοποίηση πρωτογενών αναγκών αυτοεξυπηρέτησης όπως το αίτημα λήψης τροφής. Το σύστημα εφαρμόζεται αρχικά σε άτομα που είτε χρησιμοποιούν προφορικό λόγο είτε δεν τον χειρίζονται αποτελεσματικά. Μια από τις βασικές αρχές του PECS είναι η ενσωμάτωση θεωρητικών και πρακτικών πτυχών από τους τομείς της εφαρμοσμένης ανάλυσης συμπεριφοράς και την παθολογία του λόγου και της γλώσσας. Προκειμένου να εφαρμόσουμε το PECS, πρέπει πρώτα να ανακαλύψουμε τους ενισχυτές που θα είναι αρκετά ισχυροί ώστε να κινητοποιήσουν το παιδί να επικοινωνήσει. Οι στρατηγικές διδασκαλίας χρησιμοποιούν μια ποικιλία τεχνικών προτροπής και απόσβεσης προκειμένου να βελτιωθεί και να τροποποιηθεί η μέθοδος με την οποία τα παιδιά χρησιμοποιούν το σύστημα. Επισημαίνεται ότι είναι πολύ σημαντικό να μάθει το παιδί να προσεγγίζει τον επικοινωνιακό σύντροφο από την αρχή της εκπαίδευσης αντί να περιμένει απλώς συγκεκριμένες ενδείξεις από το σύντροφο του. (Ε. Καλύβα, 2005)

Το πρώτα μάθημα που υποστηρίζουν οι Bondy και Frost (1994) ότι πρέπει να διδάσκουμε στο PECS είναι πώς να ζητά το παιδί με σύνδρομο Asperger αυθόρμητα κάποια αντικείμενα ή δραστηριότητες. Επομένως το πρώτο βήμα είναι να εξακριβώσουμε τι θέλει το παιδί. Γίνεται μια ιεραρχική αξιολόγηση των ενισχυτών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν, οι οποίοι τοποθετούνται σε μια λίστα ώστε να μπορούμε να ξεκινήσουμε το PECS. Δε χρειάζεται να κάνουμε μαθήματα συμμόρφωσης ή «ετοιμότητας», παρά μόνο να διαπιστώσουμε ποια ανταμοιβή αποτελεί ισχυρό κίνητρο. Επειδή ο αρχικός στόχος είναι να διδάξουμε στο παιδί τον αυθορμητισμό, πρέπει να αποφύγουμε την τάση που μας διακατέχει να χρησιμοποιούμε άμεσα λεκτικές προτροπές του τύπου «τι κάνεις; Τι θέλεις; Δώσε μου την εικόνα κ.λ.π.». Η πιο αποτελεσματική στρατηγική για να ξεκινήσουμε την εκπαίδευση είναι να χρησιμοποιούμε δύο εκπαιδευτές. Ο πρώτος εκπαιδευτής προκαλεί το παιδί με τον επιθυμητό ενισχυτή. Ο ρόλος του δεύτερου εκπαιδευτή είναι κάθετα πίσω από το παιδί, να περιμένει μια κίνηση προς τον ενισχυτή και να το βοηθήσει σωματικά το παιδί να σηκώσει τη φωτογραφία και να τη δώσει στον εκπαιδευτή που έχει στην κατοχή του τον ενισχυτή. Η φυσική προτροπή πρέπει να αποσυρθεί και να εξλειφθεί όσο το δυνατό νωρίτερα. Όταν ο εκπαιδευτής πάρει την φωτογραφία, ανταμείβει άμεσα το παιδί και κάνει το κατάλληλο σχόλιο για το αντικείμενο (π.χ. το αποκαλεί με το όνομα του). (Ε. Καλύβα, 2005)

Όταν το παιδί είναι σε θέση να διεξάγει μια συναλλαγή φωτογραφιών με αξιοπιστία, η εκπαίδευση μεταβάλλεται για να προάγει τον αυθορμητισμό, την επιμονή και την γενίκευση. Το παιδί διδάσκεται να διανύει μεγαλύτερες αποστάσεις, προκειμένου να φτάσει στο σύντροφό του, να πάει πιο μακριά για να φτάσει την φωτογραφία και να ζητήσει διαφορετικούς ενισχυτές σε διαφορετικά περιβάλλοντα (π.χ. διάφορα δωμάτια και πλαίσια) με διαφορετικούς ανθρώπους. Στη διάρκεια των αρχικών σταδίων δεν απαιτούμε το παιδί να μπορεί να διακρίνει ανάμεσα σε διαφορετικές φωτογραφίες. Η εκπαίδευση στη διάκριση γίνεται μόλις εδραιωθεί η διάθεση για επικοινωνία. Αυτή η ακολουθία μοιάζει με εκείνη που επιδεικνύουν τα παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη, τα οποία μαθαίνουν να προσεγγίζουν τους γονείς, να τους κοιτάζουν και να κάνουν νοήματα ή χειρονομίες για να πάρουν αυτό που θέλουν πριν αποκτήσουν την ικανότητα να χρησιμοποιούν λόγο. Η τρίτη φάση της εκπαίδευσης αφορά την λήψη αποφάσεων σχετικά με τα σύμβολα. Υπάρχουν ορισμένα παιδιά που είναι πάρα πολύ καλά στην οπτική διάκριση. Έχει φανεί ότι ακόμα και τα παιδιά που δυσκολεύονται να διακρίνουν ανάμεσα σε διάφορα σύμβολα, έχουν την δυνατότητα να τα χρησιμοποιούν μέσα σε δομημένο επικοινωνιακό πλαίσιο (Silverman, 1995). Και πάλι όμως, δεν έχουμε πειστεί ότι ακολουθώντας τις τρεις φάσεις που μόλις περιγράψαμε το παιδί έχει μάθει να επικοινωνεί αυθόρμητα και να ξεκινάει μια αλληλεπίδραση. Συνεχίζει να εξαρτάται είτε από ενισχυτές είτε ενδείξεις είτε από ενδείξεις του περιβάλλοντος ότι πρέπει να επικοινωνήσει. (Ε. Καλύβα, 2005)

Μετά την κατάκτηση της δυνατότητας διάκρισης ανάμεσα σε σύμβολα, η εκπαίδευση επικεντρώνεται στην ανάπτυξη της δομής της μιας πρότασης. Τα πολύ μικρά παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη που κατακτούν σταδιακά το λόγο χρησιμοποιούν τον τονισμό και άλλα μέσα για να μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε πότε η λέξη «μπάλα» είναι αίτημα και πότε είναι σχόλιο. Οπότε, θα χρειαστεί να διδάξουμε τα παιδιά με σύνδρομο Asperger να ξεκαθαρίσουν εάν δίνουν μια φωτογραφία ως αίτημα ή ως σχόλιο. Πρέπει, επομένως, να τροποποιήσουμε τον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά ζητούν κάτι, διδάσκοντάς τα να χρησιμοποιούν μια απλή πρόταση που αποτελείται από μία εικόνα που αναπαριστά το «θέλω» και μια φωτογραφία του επιθυμητού αντικειμένου. Τοποθετούν και τις δύο εικόνες στη σειρά και τις δίνουν στο άτομο που θα τους ικανοποιήσει το αίτημα. Η εκπαίδευση στην ακολουθία διδάσκει τα παιδιά να ανταποκρίνονται στην απλή ερώτηση «Τι θέλεις;». Οι Bondy και Frost (1994) συνιστούν να προσπαθούμε να παρακινούμε αυθόρμητα το επιθυμητό αντικείμενο, χωρίς ωστόσο να προσδιορίζουν με ποιο τρόπο μπορεί να γίνει αυτό. Ωστόσο, το

παιδί μαθαίνει απλώς να εκτελεί μηχανικά μια πράξη για να πάρει ότι επιθυμεί χωρίς να έχει κατακτήσει το νόημα τις επικοινωνίας. (Ε. Καλύβα, 2005)

Εν συνέχεια, το παιδί μαθαίνει να χτίζει πιο περίπλοκες προτάσεις. Για παράδειγμα, ένα παιδί που προτιμά τις κόκκινες καραμέλες μπορεί να διδάχτεί να τις ζητά χρησιμοποιώντας το κατάλληλο επίθετο (π.χ. θέλω κόκκινες καραμέλες). Σε αυτό το στάδιο της εκπαίδευσης μπορούμε να προστεθούν και άλλοι προσδιορισμοί – π.χ. μέγεθος, ποσότητα, τοποθεσία, σχετική θέση κ.τ.λ. Αντί να ζητάμε από το παιδί να αγγίξει κάτι ή να μας δείξει κάτι- π.χ. «δείξε μου το μεγάλο κουτί» - μπορούμε να το κινητοποιήσουμε να μας δείξει κάτι που θέλει- π.χ. «θέλω το μεγάλο κομμάτι σοκολάτα», εφόσον στην τελευταία περίπτωση η ανταμοιβή είναι άμεση. Όταν ο λόγος του παιδιού γίνεται περίπλοκος, ξεκινά η εκπαίδευση στην επικοινωνιακή λειτουργία. Τοποθετούμε μπροστά στο παιδί κάποιο αντικείμενο που είναι ελκυστικό ή ενδιαφέρον και το ρωτάμε τι βλέπει. Προσθέτουμε στο βιβλίο του PECS ένα εικονίδιο που αναπαριστά το ρήμα «βλέπω» και μαθαίνουμε στο παιδί να σχηματίζει την πρόταση «βλέπω ένα μπισκότο. Στο σημείο αυτό γίνεται μια κρίσιμη αλλαγή στην αντίδραση του δασκάλου, οποίος δεν δίνει το αντικείμενο στο παιδί αλλά του απαντά με ένα σχόλιο του τύπου «και εγώ βλέπω ένα μπισκότο». Έπειτα ξεκινά η εκπαίδευση στην γενίκευση, προκειμένου το παιδί να μην αναπτύξει καθορισμένα μοτίβα αντικειμένων τα οποία σχολιάζει. Επειδή ο στόχος είναι να αναπτύξει αυθόρμητο λόγο, πρέπει να εξασθενίσουν σταδιακά την ερώτηση «τι βλέπει;» ή άλλες έμμεσες προτροπές (π.χ. «Αχ, κοίταξε»). Χρησιμοποιούνται και άλλες αισθητηριακές οδοί (π.χ. ακοή, αφή, οσμή) σε συνδυασμό με άλλες φράσεις (π.χ. η πετσέτα είναι απαλή». Και πάλι βλέπουμε ότι ακόμα και αν υποθέσουμε ότι το παιδί μπορεί να σχολιάσει αυθόρμητα ένα αντικείμενο- οι σχολιασμοί περιορίζονται σε αντικείμενα και μάλιστα σε αυτά που ενδιαφέρουν το παιδί και όχι ιδέες, σκέψεις ή συναισθήματα. Επίσης είναι πιθανό το παιδί να «σχολιάζει» το αντικείμενο ευελπιστώντας ότι κάποια στιγμή θα το πάρει και όχι επειδή θέλει να επικοινωνήσει. Επομένως ο «διάλογος που μπορούσε να προκύψει είναι συγκεκριμένος «στημένος» και δεν μπορεί να φτάσει στο επίπεδο της αφηρημένης σκέψης που έχει περιγράψει ο Piaget (1948). (Ε. Καλύβα, 2005)

B) Γλωσσικό πρόγραμμα Makaton: Το γλωσσικό πρόγραμμα Makaton αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του 1970 από την Βρετανίδα λογοπεδικό Walker. Το MAKATON είναι ένα γλωσσικό πρόγραμμα, που παρέχει ένα μέσο επικοινωνίας και ενθαρρύνει την ανάπτυξη γλωσσικών δεξιοτήτων σε παιδιά και ενήλικες με επικοινωνιακές δεξιότητες. Επίσης,

χρησιμοποιείται για την εισαγωγή στη διαδικασία εκμάθησης της γραφής και της ανάγνωσης, αλλά και ως ένας τρόπος εναλλακτικής επικοινωνίας, όπου αυτό κριθεί απαραίτητο. Χρησιμοποιείται σε άτομα με βαριές, σοβαρές, μέτριες ή ελαφριές μαθησιακές δυσκολίες (νοητική υστέρηση), σε άτομα με αυτισμό, σε άτομα με σωματικές αναπηρίες και σε άτομα με αισθητηριακές ή πολυαισθητηριακές αναπηρίες. Επίσης, σημαντική βοήθεια παρέχει, σε παιδιά με Ειδική Γλωσσική Διαταραχή ή/ και με άλλες αναπτυξιακές γλωσσικής διαταραχές και σε άτομα με επίκτητες γλωσσικές διαταραχές(αφασίες, δυσαρθρία κ.ά.). (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

Αποτελείται από ένα βασικό λεξιλόγιο που περιέχει 450 έννοιες και το οποίο είναι χωρισμένο σε οκτώ αναπτυξιακά στάδια. Ο διαχωρισμός των σταδίων έγινε σύμφωνα με την εμφάνιση των εννοιών στο λεξιλόγιο των φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιών. Παράλληλα με το βασικό λεξιλόγιο, υπάρχει το λεξιλόγιο πηγή, το οποίο λειτουργεί συμπληρωματικά ως προς το πρώτο, παρέχοντας τη δυνατότητα διεύρυνσής του, για τα άτομα που το έχουν ανάγκη. Το λεξιλόγιο πηγή αποτελείται από 7.000 έννοιες περίπου, οι οποίες είναι ταξινομημένες σε θεματικές ενότητες. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

Για τη διδασκαλία του χρησιμοποιείται η πολυαισθητηριακή προσέγγιση, εφόσον συνδυάζει τη χρήση προφορικής ομιλίας, νοημάτων και γραπτών συμβόλων. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

Το μέγεθος του λεξιλογίου είναι εσκεμμένα περιορισμένο, για να μην επιβαρύνει τη μνήμη και ο σχεδιασμός του επιτρέπει στα άτομα να μαθαίνουν προοδευτικά το λεξιλόγιο με το δικό τους προσωπικούς ρυθμούς και σύμφωνα με τις προσωπικές επικοινωνιακές τους ανάγκες. Οι λέξεις που δεν έχουν σχέση με τις εμπειρίες του ατόμου παραλείπονται, ενώ άλλες σημαντικές για τις ανάγκες και τις εμπειρίες του ατόμου παραλείπονται, ενώ άλλες σημαντικές για τις ανάγκες και τις εμπειρίες του, αν και βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο του λεξιλογίου, μπορούν να χρησιμοποιούνται και να διδάσκονται από τη αρχή ή όποτε κρίνεται απαραίτητο. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

Πρόκειται για ένα ιδιαίτερο ευέλικτο πρόγραμμα, του οποίου στόχος είναι να διασφαλίσει, ακόμα και όταν η περιορισμένη μαθησιακή ικανότητα του ατόμου το εμποδίζει να προχωρήσει πέρα από τα αρχικά στάδια, σε κάποιο βασικό επίπεδο επικοινωνίας ενδέχεται να

είναι περιορισμένο, πλην όμως λειτουργικό που βοηθά να εκφράζει τις καθημερινές ανάγκες και τις επιθυμίες του. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

Από το 1976, δημιουργήθηκε η ανάγκη ταύτισης νοημάτων με γραφικά σύμβολα. Σύμφωνα με το πνεύμα της πολυαισθητηριακής προσέγγισης του προγράμματος (δηλαδή χρήση νοημάτων, συμβόλων και ομιλίας) τα σύμβολα χρησιμοποιούνται για παιδιά και ενήλικες με ή χωρίς σωματική αναπηρία για την ανάπτυξη της δομής της γλώσσας, αλλά και για την ανάπτυξη προαναγνωστικών δεξιοτήτων, που θα αποτελούσαν την γέφυρα για την επίτευξη της εφαρμογής της κλασσικής μεθόδου ανάγνωσης, όταν αυτή κριθεί δυνατή. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

Τα σύμβολα Makaton παρέχουν τη δυνατότητα του άμεσου και απτού χειρισμού της γλώσσας από τα παιδιά και τους ενήλικες με διαταραχές στην επικοινωνία. Βοηθούν ιδιαίτερα στον τομέα της δόμησης της γλώσσας και τους διευκολύνουν να κατανοήσουν τα μέρη του λόγου που την αποτελούν. Επίσης, τα σύμβολα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τις ανάγκες χρήσης του προγράμματος ως εναλλακτικό μέσο επικοινωνίας. (I. Βογινδρούκας- D. Sherratt, 2005)

-Συμβουλές για την διδασκαλία:

- Να μιλάμε πάντα όταν δείχνουμε τα νοήματα.
- Να θυμόμαστε πως πρέπει να διδάξουμε τα νοήματα του Λεξιλογίου το ένα στάδιο μετά το άλλο, έτσι ώστε τα βασικά νοήματα να διδάσκονται πρώτα. Συμπληρωματικό Λεξιλόγιο ή Λεξιλόγιο από άλλα στάδια μπορεί να διδαχθεί, αλλά μόνο όταν είναι απολύτως απαραίτητο.
- Προσέχουμε ιδιαίτερα τους εκπαιδευόμενους των οποίων η προσοχή διασπάται εύκολα.
- Να θυμόμαστε ότι μερικοί εκπαιδευόμενοι δεν είναι συνηθισμένοι να συγκεντρώνονται περισσότερο από λίγα λεπτά. Τους διδάσκουμε λίγο και συχνά- κατά προτίμηση κάθε ημέρα.
- Στην αρχή ίσως χρειαστεί να βοηθήσουμε σωματικά τους εκπαιδευόμενους κουνώντας τα χέρια τους και τους ώμους τους για να σχηματίσουν τα νοήματα.
- Κάνουμε τις συνεδρίες μας διασκεδαστικές και αποδοτικές. Αναψυκτικά, όπως τσάι και μπισκότα μπορούν να ενθαρρύνουν τα άτομα να σχηματίζουν τα νοήματα.
- Καταγράφουμε την πρόοδο- χρησιμοποιούμε τα φύλλα αξιολογήσεως του Προγράμματος Makaton ή παρόμοιου συστήματος.

- Είναι σωστότερο να κάνουμε μια εκτίμηση των ατομικών και των ομαδικών συνεδριών σε τακτά διαστήματα και να ξανασκεφτούμε εκείνες τις μεθόδους διδασκαλίας που είναι ανεπιτυχείς.
- Εάν διαμορφώσουμε το πρόγραμμα διδασκαλίας, σιγουρευτείτε ότι δίνεται τακτικές αναφορές στους συγγενείς, συναδέλφους κλπ όσον αφορά την πρόοδο, για να είναι ενήμεροι.
- Προσπαθούμε να εξασφαλίσουμε ότι τα νοήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε πραγματικές καταστάσεις, όχι μόνο σε σχέση με τις φωτογραφίες κλπ. Ο σκοπός είναι η Επικοινωνία.
- Όταν διδάσκουμε εκπαιδευόμενους που έχουν κάποια ομιλία, ενθαρρύνουμε να μιλούν καθώς κάνουν τα νοήματα.
- Χρησιμοποιούμε τα νοήματα όποτε μιλάμε στο παιδί και στον ενήλικα που τα μαθαίνει. Δεν σταματάμε να χρησιμοποιούμε το Makaton μόλις τελειώσει η συνεδρία.
- Τα πρώτα νοήματα που πρέπει να διδαχθούν είναι αυτά που μαθαίνονται ευκολότερα και αποτελούν μέρος της καθημερινής ζωής του εκπαιδευόμενου. Θα μπορούσε να αρχίσει κανείς με λέξεις όπως: «Κρεβάτι» «τουαλέτα», «μπισκότο», «αυτοκίνητο», «ποτό».
- Από την αρχή θα πρέπει να τονιστούν οι κοινωνικές πλευρές της νοηματικής. Είναι σημαντικό τα νοήματα να χρησιμοποιούνται καθημερινά και μέσα στην συνεδρία, π.χ. «Γεια σας», «Πως είστε», «Ευχαριστώ», «Αντί».
- Όταν ένα μέλος της τάξης επιχειρεί να μας πει κάτι, τον/ την ενθαρρύνουμε δυναμικά, ακόμα και εάν μας διακόπτει απ' αυτό που κάνουμε. Αυτό το άτομο πιθανά έχει αγνοηθεί τόσο πολύ στο παρελθόν γιατί κανείς δεν τον/ την καταλαβαίνει, ώστε είναι σημαντικό να του/ της δώσουμε να καταλάβει ότι τουλάχιστον είμαστε διατεθειμένος να επιμείνουμε.
- Στην τάξη/ συνεδρία δεν πρέπει να κάνουμε άστοχες κινήσεις με τα χέρια μας, εκτός εάν πρόκειται να χρησιμοποιήσουμε τα νοήματα που έχουν κάποια σημασία.
- Ενθαρρύνουμε άλλα άτομα που περνούν κάποιο χρόνο με τους εκπαιδευόμενους, ιδίως γονείς και συγγενείς, να μάθουν τα νοήματα και να τα χρησιμοποιούν. Δεν θα πρέπει να επικοινωνούν μόνο με μας.
- Άτομα που μένουν σε ιδρύματα συχνά έχουν πολύ λίγα θέματα για να συζητήσουν. Σ' αυτή την περίπτωση, ίσως θα πρέπει να οργανώσουμε εξόδους και νέες καταστάσεις έτσι ώστε να υπάρχουν θέματα και ευκαιρίες για επικοινωνία.
- Εάν το πρόγραμμα δεν είναι διασκεδαστικό, τότε σταματάμε και εντοπίζουμε τα αίτια. Η αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας σας εξαρτάται από το αν η νοηματική είναι αποτελεσματική. (Βιβλίο Μάκατον, 2008)

-Μέθοδοι Διδασκαλίας του Makaton:

Το λεξιλόγιο επιλέγεται για τους μαθητές με βάση τις ατομικές του ανάγκες, στάδιο προς στάδιο, καθώς προοδεύουν. Ο στόχος του προγράμματος είναι να αναπτύξει μια λειτουργική χρήση της ομιλίας, των νοημάτων με τα χέρια και των γραφικών συμβόλων, μέσω της ενθάρρυνσης των μαθητών και των αλληλεπιδρώντων πλευρών στην έκφραση και ερμηνεία επικοινωνιακών αναγκών καθημερινή ζωή. Αυτή η διαδικασία συμπληρώνεται από τυπική διδασκαλία, όπου η έμφαση είναι στην απόκτηση και εξάσκηση των ικανοτήτων που σχετίζονται με την γλώσσα και την επικοινωνία, και τον τρόπο παραγωγής. (Βιβλίο Μάκατον, 2008)

Η τυπική διδασκαλία γίνεται μέσα στο πλαίσιο διαλόγου. Ο θεραπευτής λέει λέξεις με νοήματα από το 1^ο Στάδιο για να υποδεχθεί το μαθητή, να του τραβήξει και να του καθοδηγήσει την προσοχή και συχνά να παροτρύνει, να ανταμείψει και να ενισχύσει- όπως ΓΕΙΑ ΣΑΣ, ΚΟΙΤΑ ΠΟΥ, ΔΩΣΕ ΜΟΥ, ΚΑΛΟ. Τα σύμβολα Makaton μπορούν να χρησιμοποιηθούν με τον ίδιο τρόπο. Κατά το στάδιο της κατανόησης των νοημάτων το παιδί διδάσκεται να ταυτίζει μια αναφερόμενη λέξη με το νόημα με το χέρι ή το γραφικό σύμβολο. Στην παραγωγική διδασκαλία το παιδί ενθαρρύνεται να μιμηθεί το μοντέλο του θεραπευτή, και μετά να αρχίσει την χρήση νοημάτων, γραφικών συμβόλων και ομιλούμενων λέξεων και σχολίων, αιτήσεων και διαταγές (Dore, 1977). Αν το παιδί δεν μιμηθεί άμεσα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν μέθοδοι παρότρυνσης και σχηματοποίησης των νοημάτων (Walker & Park, 1987). Οι εικόνες συχνά χρησιμοποιούνται σαν ερεθίσματα, καθώς υπάρχει η αίσθηση ότι είναι λιγότερο αποπροσανατολιστικές από αντικείμενα ή την ίδια την αντιπροσώπευση των αντικειμένων. Αυτή η πλευρά της εκπαίδευσης δέχτηκε κριτική από τον Byler (1985), και τον Kiernan (1984b), στη βάση ότι η χρήση αληθινών αντικειμένων στην εκπαίδευση είναι πιο αποτελεσματική στο να προωθήσει γενίκευση. Η Walker, πάντως, συνεχίζει να υποστηρίζει ότι πολλοί μαθητές κυριαρχούνται από τις καθ' έξι αντιδράσεις τους στα αντικείμενα και είναι ανίκανοι να αποστασιοποιηθούν αρκετά για να κατανοήσουν την σχέση των νοημάτων με τα χέρια και των γραφικών συμβόλων στα αρχικά στάδια μάθησης. Βρήκε ότι η χρήση των εικόνων είναι ένα χρήσιμο ενδιάμεσο στάδιο. Καθώς η τυπική διδασκαλία συνεχίζεται, τα μέρη που συνδιαλέγονται θα ενισχύουν την εκμάθηση με την χρήση επιλεγμένων νοημάτων ή συμβόλων στις παρουσιαζόμενες ευκαιρίες στην καθημερινή ζωή. Τα παιδιά δεν είναι

ακόμη σε θέση να χρησιμοποιήσουν την Εναλλακτική Επικοινωνία εκφραστικά, μπορούν να επωφεληθούν από τα επιπρόσθετα στοιχεία στο να ερμηνεύσουν τις εμπειρίες του που τους δίδουν τα νοήματα και τα γραφικά σύμβολα. Πρέπει να δουν να χρησιμοποιείται η Εναλλακτική Επικοινωνία σκόπιμα από τους γύρω τους για να κατανοήσουν ότι είναι σημαντική και σχετική με τις ανάγκες τους. Από την στιγμή που το παιδί μπορεί να απαντήσει με σαφήνεια, μπορεί κατευθείαν να οδηγηθεί σ' αυτές τις καταστάσεις. Για μαθητές που δεν γενικεύουν ικανοποιητικά ότι έχουν μάθει, μπορούν να επινοηθούν ειδικά προγράμματα που θα έχουν σαν αποτέλεσμα την μετάδοση ερεθισμάτων σε ανθρώπους και καταστάσεις (e.g. Dixon 1981, Vaughan, Bos & Lund 1986, Weich & Pear 1980). Πρέπει να τονισθεί, πάντως, ότι τέτοια προγράμματα είναι απίθανο να επιτύχουν, εκτός αν το κοντινό περιβάλλον προωθεί την χρήση του επικοινωνιακού τρόπου από τους κηδεμόνες και την παρέα (Bryen * Joyce 1986). (Βιβλίο Μάκατον, 2008)

Ο Carpenter και οι συνεργάτες του (1986) ενσωμάτωσαν τεχνικές που είχαν προταθεί από τα σεμινάρια Makaton, σε ένα μοντέλο συμπεριφοράς που είχαν προταθεί από τα σεμινάρια, σε ένα μοντέλο συμπεριφοράς που εξειδικεύει στόχους και κριτήρια για την απόκτηση τους. Ο Park (1985) ανέπτυξε ένα αλληλεπιδρών μοντέλο πραγματοποίησης του Λεξιλογίου Makaton με διάφορα περιεχόμενα για άτομα που σχετίζονται με αυτά. Οι Volpato και ο Orton (1986) σχεδίασαν ένα πρόγραμμα βασισμένο στην μέτρηση για το διδακτικό προσωπικό σε ιδρύματα, με τον συγκεκριμένο στόχο να τους βοηθήσει να μεταφέρουν την γνώμη τους των νοημάτων ώστε να καλύψουν τις ανάγκες των υστερούντων μαθητών τους. Το λεξιλόγιο συνδυάζει συχνά με άλλα γλωσσικά προγράμματα, όπως το Γλωσσικό Πρόγραμμα Deryshire (Masidlover & Knowles, 1982) και το Two Words Together (Gillhma, 1983). (Βιβλίο Μάκατον, 2008)

Ο Thomson (1982) δημιούργησε προσαρμογές της διδακτικής μεθόδους για μαθητές με συγκεκριμένες ανικανότητες, για ενήλικες με αποκτηθείσες βλάβες ομιλίας και λόγου, και η Mountain (1984-87) για μαθητές με πολλαπλές αισθητηριακές διαταραχές. Ο Park (1988) δημιούργησε ένα πλαίσιο εκπαιδευτικού προγράμματος για την εξέταση των επικοινωνιακών ικανοτήτων σε προφανώς καθυστερημένα άτομα. Το πρόγραμμα των Συμβόλων Makaton περιλαμβάνει μια συγκεκριμένη μέθοδο στη διδασκαλία της ταύτισης, των συμβόλων στα σύμβολα και των συμβόλων στις λέξεις, γι' αυτούς τους μαθητές με ικανότητα να προχωρήσουν στην παραδοσιακή ορθογραφία (Walker et al. 1985). (Βιβλίο Μάκατον, 2008)

- Παράδειγμα με σύμβολα ΜΑΚΑΤΟΝ:



Εγώ

Λογοθεραπευτική παρέμβαση στο παιχνίδι: Μέσω ενός προσεκτικά προσαρμοσμένου συστήματος κοινωνικής υποστήριξης, μπορούμε να παρέχουμε στα παιδιά με σύνδρομο Asperger πολύ σημαντικές και επιτυχείς εμπειρίες παιχνιδιού με συνομήλικους. Για να επιδράσουν οι πιο επαρκείς μορφές παιχνιδιού επιβάλλεται να συνεργάζονται πολλές σημαντικές μέθοδοι μέσα στην κοινωνική αρένα των ομάδων παιχνιδιού. Η καθοδήγηση της συμμετοχής στο παιχνίδι κι ο σχεδιασμός υποστηρικτικού περιβάλλοντος παιχνιδιού, είναι τα κεντρικά σημεία επαύξησης και βελτίωσης του κοινωνικού και φανταστικού παιχνιδιού. (K.A. Quill, 2000)

Καθοδηγούμενη συμμετοχή στο παιχνίδι αναφέρεται στο ρόλο μας ως καθοδηγητή νέων και έμπειρων παικτών ώστε να συμμετέχουν σε όλο και περισσότερο κοινωνικώς συνδυναζόμενες και λογικά αιτιολογημένες δραστηριότητες παιχνιδιού. Για την παράλληλη δράση των κοινωνικών ανταλλαγών και τη διεύρυνση ατομικών θεμάτων παιχνιδιού, οφείλετε να ελέγχετε ατομικές και ομαδικές συμπεριφορές, να ερμηνεύουμε κοινωνικές και συμβολικές μιμήσεις παιχνιδιού, να οργανώνουμε ενάρξεις παιχνιδιού με το να παρέχουμε πρότυπα και να κάνουμε το διαιτητή σε κοινωνική παρέμβαση και σχηματισμούς παιχνιδιού και τελικά με το να μεταβιβάζουμε το βάρος της υποστήριξης σε ειδικευμένους παίκτες. Ενώ δίνεται έμφαση στην καθοδήγηση συμμετοχής των παιδιών σε κοινωνικό παιχνίδι, δεν πρέπει να παραβλέπεται η σπουδαιότητα του μοναχικού παιχνιδιού. Σαν κοινωνική επέκταση των εμπειριών του κοινωνικού παιχνιδιού, τα παιδιά συχνά ακολουθούν μοναχικές δραστηριότητες για να κάνουν πρακτική εξάσκηση, να συγχωνεύουν και να προσαρτούν πρόσφατα αποκτηθείσες επιδεξιότητες. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την επιτυχία αυτού του συστήματος υποστήριξης, περιγράφονται με μεγαλύτερη λεπτομέρεια ως ενάρξεως

παιχνιδιού, κλιμακωτές αλληλεπίδρασης, καθοδήγηση κοινωνικής- επικοινωνίας και καθοδήγηση παιχνιδιού. (K.A. Quill, 2000)

Τα προσεκτικά ελεγχόμενα ξεκινήματα σε παιχνίδι μέσω συνεχών παρατηρήσεων είναι ζωτικής σπουδαιότητας χαρακτηριστικό του ολοκληρωμένου- μοντέλου παιχνιδιού. Προς αντικείμενο-, προς εαυτόν- και προς άλλους- καθοδηγούμενα ξεκινήματα, ακόμη και όταν έχουν ασυνήθιστη μορφή, αντανakλούν την παρούσα και επερχόμενη επάρκεια στο παιχνίδι. Όπως υποστηρίζεται από τους ειδικούς καθορίζοντας την κλίμακα της ατομικής ικανότητας κάθε νέου παίκτη, μπορούμε να αρχίσουμε να παίρνουμε αποφάσεις για το πώς να μεσολαβούμε σε ατομικές και συλλογικές δραστηριότητες παιχνιδιού. Βασιζόμενοι στην ικανότητα μας να αναγνωρίζουμε, να ερμηνεύουμε και να αποκρινόμαστε στα ξεκινήματα του παιχνιδιού των καινούριων παικτών, μπορούμε να συνδυάζουμε το μέγεθος και το είδος της υποστήριξης με τη ζώνη κεντρικής ανάπτυξης κάθε παιδιού. Σύμφωνα με τον Vygotsky (1978) η ζώνη κεντρικής ανάπτυξης αναφέρεται στην απόσταση μεταξύ του αναπτυξιακού επιπέδου του παιδιού όπως παρουσιάζεται σε ανεξάρτητη δραστηριότητα και του ενδεχομένου αναπτυξιακού επιπέδου όπως παρουσιάζεται υπό την καθοδήγηση ενηλίκων και σε συνεργασία με πιο επιδέξιους συνομηλίκους. Τα ελεγχόμενα ξεκινήματα σε παιχνίδι μας επιτρέπουν να ελέγχουμε τις εμπειρίες του παιχνιδιού κάθε παιδιού παίζοντας πλησίον και μ' άλλα παιδιά. Τα ξεκινήματα του παιχνιδιού γίνονται η αρχή εκκίνησης και για αρχάριους και για ειδικούς ώστε να συνεργάζονται σε από κοινού ελκυστικές δραστηριότητες. (K.A. Quill, 2000)

Κλιμακωτές Αλληλεπιδράσεις. Η κλιμάκωση στην κυριολεξία, αναφέρεται στη διάταξη προσαρμοστικών και περιοδικών βοηθημάτων- δομών. Μέσω κλιμακωτών αλληλεπιδράσεων σε ομάδες παιχνιδιού, προσαρμόζουμε το μέγεθος εξωτερικής υποστήριξης που παρέχετε σε σχέση με τις ανάγκες παιχνιδιού των παιδιών. Αρχικά, τα περισσότερα παιδιά απαιτούν πολύ βοήθεια ενώ εγκλιματίζονται με την εμπειρία του να ανήκουν σε ομάδες παιχνιδιών. Καθώς τα παιδιά αισθάνονται όλο και πιο άνετα και επαρκή στο παιχνίδι τους, σταδιακά ελαττώνουμε την υποστήριξη αυτή και εγκαταλείπουμε την ομάδα του παιχνιδιού. Παραμένοντας στην περιφέρεια της ομάδας σε ετοιμότητα πάντα, προσφέρουμε στα παιδιά μία «ασφαλή βάση» από την οποία μπορούν να διευρύνουν και να δοκιμάζουν νέες δραστηριότητες. Συγχρόνως, συνεχίζουμε να ελέγχουμε τα ξεκινήματα του παιχνιδιού του παιχνιδιού και να παρέχουμε βοήθεια οποτεδήποτε κριθεί αναγκαίο. (K.A. Quill, 2000)

Για να διευκρινίσουμε το πώς κλιμακώνονται οι αλληλεπιδράσεις, περιγράφουμε λεπτομερώς, τρία επίπεδα υποστήριξης, όπως κυμαίνονται σε μια δεδομένη χρονική στιγμή σε ομάδες παιχνιδιού. (K.A. Quill, 2000)

Κάποιες φορές ενδέχεται να χρειάζεται να παρέχετε βοήθεια υποστήριξης σ' ένα από τα τρία επίπεδα για μια ολόκληρη περίοδο. Άλλες φορές ενδέχεται να χρειάζεται να κινήσουμε μεταξύ και των τριών επιπέδων. Παιδιά σε ομάδες παιχνιδιού με μικρή προηγούμενη εμπειρία ενδέχεται να χρειάζονται πολύ καθοδήγηση και υποστήριξη για εκτεταμένη περίοδο. Παιδιά γνωστά το ένα με το άλλο ή που απλά επιδεικνύουν φυσική τάση να παίζουν μαζί, ενδέχεται να χρειάζονται πολύ μικρή υποστήριξη. Ακόμη, αλλά ενδέχεται να αλλάζουν απ' τη μια στιγμή στην άλλη, με αποτέλεσμα να είμαστε διαρκώς αναγκασμένοι να κινούμαστε μεταξύ των τριών επιπέδων υποστήριξης, όπως φαίνεται: (K.A. Quill, 2000)

Το ΕΠΠΠΕΔΟ 1 είναι Πρότυπο και Κατευθυνόμενο Παιχνίδι. Ο ρόλος μας σε αυτό το επίπεδο είναι όμοιος μ' αυτόν του σκηνοθέτη ενός θεατρικού έργου. Για να καθορίσουμε την σκηνή του παιχνιδιού, είμαστε ενεργά στην περιοχή του παιχνιδιού, ερμηνεύοντας τα ξεκινήματα, τακτοποιώντας τα υλικά, μοιράζοντας ρόλους και κατευθύνοντας τα παιδιά ν' απασχολούν συντρόφους και να δημιουργούν καταστάσεις παιχνιδιού. Ενώ ελέγχουμε τα ξεκινήματα, ψάχνουμε συνεχώς για θέματα παιχνιδιού που θα επιτρέπουν σε κάθε παιδί- σε κάθε νέο και πεπειραμένο- να αναλάβει ένα ικανοποιητικό ρόλο στην εμπειρία του παιχνιδιού. Μπορούμε να κάνουμε πρότυπα διάφορους τρόπους για να προσκαλέσουμε και να απασχολούμε συνομηλίκους και μ' ένα δημιουργικό τρόπο να χρησιμοποιούμε βοηθήματα στο παιχνίδι. (K.A. Quill, 2000)

Το ΕΠΠΠΕΔΟ 2 είναι Προφορική Καθοδήγηση. Σ' αυτό το επίπεδο, είμαστε στη περιφέρεια της περιοχής του παιχνιδιού, καθοδηγώντας λεκτικά τα παιδιά να τοποθετήσουν τα σκηνικά για την καθοδήγηση των δικών τους δραστηριοτήτων παιχνιδιού. Θέτοντας κύριες ερωτήσεις, σχολιάζοντας δραστηριότητες και προσφέροντας υποδείξεις, μπορούμε να καθοδηγούμε τα παιδιά να διαπραγματεύονται και να συνεργάζονται σ' επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες παιχνιδιού. Ερωτήσεις, σχόλια και υποδείξεις μας βοηθούν στο να καθοδηγούμε τα παιδιά τα παιδιά ν' αναγνωρίζουν τις ενάρξεις, να επιλέγουν τα θέματα, να οργανωθούν και να τακτοποιούν τα υλικά του παιχνιδιού και να προσδιορίζουν ρόλους και συντρόφους. Με την επαναδιατύπωση των γεγονότων του παιχνιδιού και με το να γίνονται ουσιώδεις

υπενθυμίσεις, δίνουμε στα παιδιά τη δυνατότητα να μάθουν να συλλογίζονται από μόνα τους ενέργειες κι εμπειρίες. (K.A. Quill, 2000)

Το ΕΠΙΠΕΔΟ 3 είναι Καμία Υποστήριξη. Σ' αυτό το επίπεδο, τα παιδιά δε χρειάζονται πλέον την υποστήριξή μας καθώς κάνουν ανεξάρτητα έναρξη των δικών τους δραστηριοτήτων παιχνιδιού. Εμείς εγκαταλείπουμε, παραμένοντας σιωπηλά στην περιφέρεια της ομάδας. Μία καλή ένδειξη ότι δεν απαιτείται πλέον καθοδήγηση ενηλίκου είναι όταν όλα τα παιδιά είναι φανερά τόσο απορροφημένα στο παιχνίδι που σχεδόν φαίνεται να αγνοούν την ύπαρξή μας. Παρ' όλ' αυτά, εμείς παραμένουμε σε μικρή απόσταση ούτως ώστε να μπορούμε να ικανοποιούμε τις απαιτήσεις των παιδιών όταν απαιτείται. (K.A. Quill, 2000)

Η κοινωνικό- επικοινωνιακή καθοδήγηση είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό καθοδηγούμενης συμμετοχής. Εστιάζοντας πρωταρχικά στην προώθηση της κοινωνικής διάστασης του παιχνιδιού του παιχνιδιού, οι στρατηγικές βοηθούν τα παιδιά να καθιερώνουν αμοιβαία επικέντρωση με το ν' αναγνωρίζουν και ν' αποκρίνονται σε ενάρξεις παιχνιδιού. Ερμηνεύοντας τις ουσιώδεις προφορικές και μη- προφορικές προτροπές των καινούριων παικτών σε σημαντικές και σκόπιμες ενέργειες, οι έμπειροι μαθαίνουν να υποβοηθούν τις αλληλεπιδράσεις του παιχνιδιού. Για τον ίδιο λόγο, η κατάλυση των πολύπλοκων κοινωνικών προτροπών από τους έμπειρους παίκτες, επιτρέπει στους καινούριους να καταλάβουν καλύτερα και να συμμετέχουν ολοκληρωτικά στο περιβάλλον του παιχνιδιού. Απευθυνόμενες σε έμπειρους και καινούριους, οι στρατηγικές κοινωνικο-επικοινωνιακής καθοδήγησης υποβοηθούν τις προσπάθειες για να επιτευχθούν τα ακόλουθα: (K.A. Quill, 2000)

1. ΞΕΚΙΝΗΣΤΕ με το να κατατάξετε ένα συνομήλικο στο παιχνίδι
2. ΕΠΙΜΕΙΝΕΤΕ στο ξεκίνημα κατατάσσοντας ένα απρόθυμο συνομήλικο να παίξει
3. ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ σε προτροπές ή ξεκινήματα συνομήλικο
4. ΔΙΑΤΗΡΕΙΣΤΕ ή συνεχίστε αλληλεπίδραση με συνομήλικο. (K.A. Quill, 2000)

Για να καθοδηγούμε τις κοινωνικές αυτές ανταλλαγές, παρουσιάζουμε στα παιδιά απλές λογικές ακολουθίες προφορικών και μη- προφορικών στρατηγικών. Για τις ανάγκες ολοκληρωμένων ομάδων παιχνιδιών, σχεδιάζουμε αφίσες και αντίστοιχες προτρεπτικές καρτέλες αναπαριστώντας, συνδυασμούς λέξεων- εικόνων, αυτών που τα παιδιά μπορούν να κάνουν ή να πουν για να αποσπάσουν και να διατηρήσουν την προσοχή κάποιου άλλου παιδιού στο παιχνίδι. (K.A. Quill, 2000)

Εισάγουμε τις στρατηγικές αυτές όταν δίνονται φυσικές αφορμές σε ομαδικά παιχνίδια. Για παράδειγμα, εάν δούμε ένα παιδί να καλεί το όνομα ενός καινούριου παίκτη που ακόμα δεν έχει μάθει πώς ν' αποκρίνεται, μπορούμε να ενθαρρύνουμε το συνομήλικο να σταθεί κοντά στο άλλο παιδί, να πει το όνομα του, ν' αγγίξει τον ώμο του και να το ρωτήσει «Θέλεις να παίξουμε;». Αυτού του είδους οι προτροπές είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για να γίνει η αρχή της αλληλεπίδρασης. Εφόσον η αλληλεπίδραση προωθείται, τα παιδιά ενδέχεται να θεωρήσουν τις προτροπές σαν ένα τρόπο να καλύψουν τις ατέλειες όταν αισθάνονται αβέβαιοι για το τι να πουν και τι να κάνουν μετά. Σκοπός είναι τα παιδιά να ενσωματώσουν αυτές τις στρατηγικές φυσιολογικά μέσα στο ρεπερτόριο τους και να μην επαναπαύονται πλέον στην καθοδήγηση ή στην παρουσία αφισών. Κανονικά, οι στρατηγικές ενδέχεται να χρειάζονται προσαρμογή για να καλύπτουν τις ανάγκες διαφορετικών ηλικιών, αναπτυξιακών σταδίων, διαθέσεων επικοινωνίας και τρόπων μάθησης. Μερικά παιδιά ενδέχεται να βρουν γραπτές ακολουθίες γεγονότων παιχνιδιού, όπως συχνά συναντιούνται σε ομαδικά παιχνίδια χρήσιμα για την οργάνωση και τη ρύθμιση των δραστηριοτήτων παιχνιδιού. (K.A. Quill, 2000)

Καθοδήγηση παιχνιδιού. Βασικό χαρακτηριστικό του ολοκληρωμένου προτύπου παιχνιδιού είναι ότι τα παιδιά απορροφούνται πλήρως στο σύνολο της εμπειρίας του ομαδικού παιχνιδιού. Αντί να παρουσιάζουν το παιχνίδι σαν ξεχωριστές υποκατηγορίες παιχνιδιών, τα παιδιά απασχολούνται ακόμη και αν η ενεργή συμμετοχή είναι ελάχιστη. Οι καινούριοι ενδέχεται να συμμετέχουν μερικώς σε εκτενέστερα θέματα παιχνιδιού οργανωμένα από πιο έμπειρους παίκτες. Η καθοδήγηση παιχνιδιού παρέχει μια ομάδα στρατηγικών, για να επεκτείνεται το υπάρχον ρεπερτόριο κάθε παιδιού ενώ αυτό είναι πλήρως απορροφημένο στο παιχνίδι. (K.A. Quill, 2000)

Η καθοδήγηση του παιχνιδιού περιλαμβάνει ενθάρρυνση για αυξανόμενη συμμετοχή σε δραστηριότητες παιχνιδιού που αντανακλούν επερχόμενες επιδεξιότητες. Τα παιδιά μετέχουν σε δραστηριότητες και φέρνουν σε πέρας έργα που ενδεχομένως δεν κατανοούν πλήρως. Για παράδειγμα, το παιδί που έχει ιδιαίτερη κλίση στο να χειρίζεται αντικείμενα μέσω επίμονων κτυπημάτων ενδέχεται να ενσωματώνει αυτήν την ενέργεια σε κάποιο μεγαλύτερο θέμα παιχνιδιού π.χ. οικοδομή ενός κτιρίου από κύβους. Με τη βοήθεια πιο ικανών συνομηλίκων, το παιδί ενδέχεται να παίζει το ρόλο ενός οικοδόμου και να σφυροκοπά τους κύβους μ' ένα εργαλείο παιχνιδιού. Αυξάνοντας τις ενάρξεις του παιχνιδιού και ενθαρρύνοντας τη συμμετοχή σε δραστηριότητα που είναι σε μικρό μόνο βαθμό πέρα από τις παρούσες

δυνατότητες του παιδιού, ενδέχεται να βοηθήσουμε ένα καινούριο παίκτη να διευρύνει και να διαφοροποιεί υπάρχουσες ρουτίνες παιχνιδιού. Οι επόμενες στρατηγικές μπορούν να υιοθετηθούν από πολλά διαφορετικά σενάρια και γεγονότα παιχνιδιού. (K.A. Quill, 2000)

1.Στρατηγικές Προσανατολισμού: Μερικά παιδιά με σύνδρομο Asperger με δυσκολία ανέχονται την προσέγγιση συνομηλίκων. Το πρώτο βήμα που πρέπει να γίνεται σε ομάδες παιχνιδιού είναι να ενθαρρύνουμε έναν καινούριο παίκτη απλά να παρατηρεί τα άλλα παιδιά κατά την διάρκεια του παιχνιδιού ενώ διατηρεί απόσταση από αυτά. Πιθανώς να προτείνουμε στα άλλα παιδιά να παίζουν με κάτι που προκαλεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον στον καινούριο, ούτως ώστε ν' αποσπαστεί η προσοχή του παιδιού. (K.A. Quill, 2000)

2.Αντανακλαστικές Ενέργειες: Πολλά παιδιά με σύνδρομο Asperger αποκρίνονται σε μεγάλο βαθμό σε κατοπτρικές ενέργειες της δικής τους συμπεριφοράς από συνομηλίκους να προσελκύσει την προσοχή του παιδιού το οποίο ασχολείται με μια επαναλαμβανόμενη δραστηριότητα. Αυτό το είδος παιχνιδιού προκαλεί συχνά την περιέργεια, που οδηγεί το παιδί στο ν' αλλάξει σκόπιμα τη ρουτίνα του παιχνιδιού. (K.A. Quill, 2000)

3.Παράλληλο Παιχνίδι: Ενώ μερικά παιδιά απολαμβάνουν να παρατηρούν και να προσεγγίζουν άλλα παιδιά, παρ' όλα αυτά ενδέχεται να αντιστέκονται στην άμεση επαφή. Το να ενθαρρύνουμε τα παιδιά να παίζουν ανεξάρτητα δίπλα σ' άλλα παιδιά με παράλληλο τρόπο, ενδέχεται να αποτελεί προσωρινή εναλλακτική λύση. Το παράλληλο παιχνίδι ενθαρρύνει την ενημέρωση των παιδιών για τη δραστηριότητα των άλλων καθώς παίζουν με όμοια υλικά στον ίδιο χώρο του παιχνιδιού. Σε τέτοιες περιπτώσεις μπορούμε να σχολιάζουμε τις δραστηριότητες των παιδιών προτείνοντας να παρατηρούν το ένα το άλλο και να δείχνει τα υλικά του το ένα στο άλλο. (K.A. Quill, 2000)

4.Απο Κοινού Εστίαση: Καθώς τα παιδιά ασχολούνται με διαφορετικές όψεις της ίδιας δραστηριότητας παιχνιδιού και υλικών, αναπτύσσουν μία κοινή εστίαση στο παιχνίδι. Όταν συμβεί κάτι τέτοιο, μπορούμε να ενθαρρύνουμε να μοιράσουμε ενεργά υλικά και ν' αναμένουν μη-τυπικά τη σειρά τους στο παιχνίδι. Για παράδειγμα ,μπορούμε να προτείνουμε στα παιδιά ν' ανταλλάξουν ρούχα και αξεσουάρ κούκλας, ενώ παίζουν με διαφορετικές κούκλες- μωρά. (K.A. Quill, 2000)

5.Συλλογική Ενέργεια: Αφού τα παιδιά καθιερώσουν μια κοινή εστίαση στην ίδια δραστηριότητα παιχνιδιού και υλικών, συχνά αναζητούν τρόπους να συντονίσουν τις ενέργειές τους. Για την υιοθέτηση σχημάτων συλλογικής ενέργειας, μπορούμε να καθοδηγήσουμε τα παιδιά ν' αναμένουν κανονικά τη σειρά τους ενώ χειρίζονται ενεργά τα ίδια αντικείμενα ή να συμμετέχουν στο ίδιο παιχνίδι. Για παράδειγμα, μπορούμε με φυσικότητα να προτείνουμε στα παιδιά να περιμένουν τη σειρά τους, όταν τοποθετούν τον έναν κύβο πάνω στον άλλον ενώ κατασκευάζουν έναν πύργο. (K.A. Quill, 2000)

6.Θέσπιση Ρόλου: Η θέσπιση ρόλου αναφέρεται στην απεικόνιση πραγματικών δραστηριοτήτων μέσω συμβατικών ενεργειών. Σφυροκοπώντας έναν πύργο από κύβους, ταίζοντας μια κούκλα με το κουτάλι, σπρώχνοντας ένα καρότσι μετά ψώνια κι ανακατεύοντας μια κατσαρόλα στην κουζίνα- παιχνίδι, όλα αυτά είναι καθιερωμένοι ρόλοι στους οποίους μπορεί το παιδί να λάβει μέρος. Παιδιά που δε βρίσκονται στο στάδιο προχωρημένης προσποίησης μπορούν να θεσπίσουν ρόλους στο πλαίσιο θεμάτων παιχνιδιού, οργανωμένων από πιο έμπειρους συνομηλίκους. (K.A. Quill, 2000)

7.Παίξιμο- ρόλου: Το παίξιμο ρόλου περιλαμβάνει προχωρημένες μορφές τυποποιημένου ρόλου που εκτείνονται πέρα από απλές υποκριτικές ενέργειες. Τα παιδιά αναλαμβάνουν υποκριτικούς ρόλους και χρησιμοποιούν αντικείμενα και φανταστικούς τρόπους, ενώ υποδύονται σύνθετα θέματα και σενάρια. Το παιδί που υποκρίνεται ότι ταΐζει το μωράκι-κούκλα μπορεί να αναλάβει το ρόλο της μητέρας και το ρόλο του μωρού. Μπορούμε να καθοδηγήσουμε το παιδί να μιλάει στο μωρό όπως κάνει κάθε μητέρα και ν' απαντά όπως κάνουν τα μωρά με το κλάμα τους. Αυτός ο ρόλος παιχνιδιού μπορεί να ενσωματωθεί σ' ένα μεγαλύτερο θέμα, όπως παίζοντας την οικογένεια. (K.A. Quill, 2000)

Αισθησιοκινητικό Παιχνίδι: Το παιδί χειρίζεται ένα αντικείμενο εξερευνώντας τις φυσικές του ιδιότητες, χωρίς κατ' ανάγκη να λαμβάνει υπόψη τη λειτουργία του. Το παιχνίδι αυτό συχνά είναι επαναλαμβανόμενο, με απλές πράξεις, όπως: να το βάζει στο στόμα, να το χτυπά ή να το κοπανά. Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger μπορεί να «κολλήσουν» σ' ένα τρόπο εξερεύνησης ή σ' ένα μόνο αντικείμενο για εξερεύνηση (R. Jordan, 2000). (E.X. Καλύβα, 2008)

Στο αισθητηριακινητικό παιχνίδι χρησιμοποιούμε αντικείμενα, τα οποία πετάμε, σπρώχνουμε, τραβάμε, προσπαθούμε να πιάσουμε. Πηδάμε τρέχουμε, γυρίζουμε γύρω γύρω.

Τα παιδιά βιώνουν έννοιες (σχήμα, χρώμα), αρχίζουν να κατανοούν τον υλικό κόσμο και μαθαίνουν κοινωνικούς κανόνες (D.Serrat ,2004). (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Σε πολλά παιδιά με Asperger , το παιχνίδι αυτό είναι περιορισμένο. Γίνεται επαναλαμβανόμενος, στερεότυπος, απλούς χειρισμούς, όπου συμμετέχουν ορισμένες αισθήσεις π.χ. στριφογυρίζουν ρόδα, σπρώχνουν τρένο, γλείφουν τασάκι, στρίβουν στο δάσκαλο χνούδι κ.ά. (T.Peeters, 2000). (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Διδασκαλία: Αν το παιχνίδι είναι εξαιρετικά περιορισμένο να χρειαστεί διδασκαλία για διερεύνησή του, δηλαδή περιορισμούς και σταδιακή απομάκρυνση των παλαιών παιχνιδιών και αντικατάσταση τους με νέα. (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Η ανάπτυξη ευελιξίας στο παιχνίδι γίνεται με διδασκαλία βήμα προς βήμα και με αλλαγή ενός στοιχείου της δραστηριότητας την κάθε φορά, δηλαδή μια μικρή αλλαγή των χρησιμοποιημένων υλικών (π.χ. μέγεθος ή στο χρώμα), αλλαγή όλων των υλικών, τροποποιήσεις στις αρχικές ενέργειες. Και επειδή το στρες προκαλεί παλινδρομήσεις, θα πρέπει να είναι μεγάλα σε ηλικία παιδιά με σύνδρομο να ηρεμούν κάνοντας λίγη κούνια ή να κουνηθούν σε πολυθρόνα. (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Συνδυαστικό- Διευρευνητικό Παιχνίδι: Εμφανίζεται γύρω στην ηλικία των 8-9 μηνών στα φυσιολογικά παιδιά. Συνιστάται στην επισώρευση αντικειμένων (π.χ. στήσιμο τούβλων), στην τοποθέτηση αντικειμένων το ένα μέσα στο άλλο (π.χ. πλαστικά ποτήρια), στο βίδωμα και ξεβίδωμα καπακιών, στο γύρισμα χερουλιών και κλειδαριών κ.ά. Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger τα πάνε καλά με συνδυασμούς όπως: ένα αντικείμενο μέσα σ' άλλο και ενσφηνώματα. (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Εξερευνώντας από το παιχνίδι το περιβάλλον, είναι πιθανόν να επαναλαμβάνουν ασταμάτητα τον ίδιο «άλογο» συνδυασμό (T.Peeters, 2000). (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Διδασκαλία: Πρέπει να ενισχυθεί η διερευνητική συμπεριφορά του παιδιού και να κατασταλεί σιγά-σιγά το αισθητικό παιχνίδι με νέες δημιουργικές παρεμβάσεις σε αντιπαραβολή των στερεότυπων συμπεριφορών. (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Το παιδί ανταμείβεται από τον θεραπευτή μόνο σε δείγμα διερευνητικών, συνδυαστικών συμπεριφορών. Θα ενθαρρύνουμε σε παιχνίδια του τύπου «απόκρυψη- ανεύρεση» (π.χ. αντικείμενα μέσα σε κουτιά). Επίσης, τοποθετεί πράγματα το ένα μέσα στο άλλο, το ένα πίσω από το άλλο, για μάθηση της σχέσης των πραγμάτων στο χώρο (T.Peters, 2000). (E.X. Καλύβα, 2008)

Λειτουργικό Παιχνίδι: Φυσιολογικά εμφανίζεται μετά το τέλος του πρώτου χρόνου ζωής. Το φυσιολογικό παιδί δείχνει να καταλαβαίνει το σκοπό των αντικειμένων και τα χρησιμοποιεί με τον κατάλληλο τρόπο π.χ. παίρνει την χτένα ή το κουτάλι και προσποιείται ότι χτενίζει ή τρώει. Το παιδί μπορεί να μιμηθεί. (E.X. Καλύβα, 2008)

Η δεξιότητα αυτή είναι δύσκολη για τα παιδιά με σύνδρομο. Τα παιδιά δεν έχουν φτάσει στο επίπεδο της μίμησης και δεν μπορούν να παίζουν λειτουργικό παιχνίδι. Χρησιμοποιούνται τεχνικές ενθάρρυνσης και παρότρυνσης για την εκπαίδευση τους στο παιχνίδι προσποίησης. (Stahmer & Schreibman, 1992 Stahmer, 1995 Thorp, 1995). (E.X. Καλύβα, 2008)

Τα υψηλά λειτουργικά δείχνουν να κατακτούν ένα επίπεδο λειτουργικού παιχνιδιού, αλλά συνήθως επαναλαμβάνουν «κυριολεκτικά» σκηνές της καθημερινής ζωής πάντα με τον ίδιο τρόπο, χωρίς ποικιλία (T.Peters, 2000). (E.X. Καλύβα, 2008)

Διδασκαλία: Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger πρέπει να μάθουν για την υποκριτική (κάτι το «κάνω ψεύτικα») εμπειρικά. Γιατί δεν μπορούν να κατανοήσουν πλήρως. Η βοήθεια τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς με δομημένες συνεδρίες θα φανεί χρήσιμη στα παιδιά αυτά. (E.X. Καλύβα, 2008)

Τα τρία πρώτα στάδια έχουν το πλεονέκτημα ότι τα παιδιά βλέπουν το αποτέλεσμα των πράξεων τους. Η χρήση αντικειμένων το δείχνει αυτό. (E.X. Καλύβα, 2008)

Στο επόμενο στάδιο δεν ισχύει αυτό. Πάμε πέρα από την αντίληψη κι αυτό είναι πού δύσκολο για τα παιδιά με σύνδρομο Asperger. (E.X. Καλύβα, 2008)

Συμβολικό Παιχνίδι: Το λειτουργικό παιχνίδι, μεταβάλλεται σε συμβολικό. Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger έχουν πρόβλημα με τα παιχνίδια «προσποίησης». Έχουν ήδη προβλήματα με τη μία πραγματικότητα. (E.X. Καλύβα, 2008)

Οι δεξιότητες που εμπλέκονται στο συμβολικό παιχνίδι πάνε πέρα από την αντίληψη, πέρα από την κυριολεξία. Αυτό στα περισσότερα παιδιά προκαλεί φοβερές δυσκολίες σε όλη τη ζωή (T.Peeters, 2000). (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Εμφανίζεται μετά το δεύτερο έτος ηλικίας των φυσιολογικών παιδιών είναι περισσότερο περίπλοκο από άλλα. (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Διδασκαλία: Το παιχνίδι ρόλων περιλαμβάνει το λειτουργικό και συμβολικό παιχνίδι. Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger μπορούν να συμμετέχουν σε παιχνίδια ρόλων, αφού πρώτα μάθουν να κάνουν, που, πότε και με ποιον θα το κάνουν. Για καλύτερη κατανόηση, μπορούμε να φτιάξουμε ακολουθίες ζωγραφιών με μικρά σενάρια. Τα παιδιά, είτε μόνα τους, είτε σε ομάδες, παρακολουθούν συνεδρίες για να βοηθηθούν (R.Jordan, 2000, Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Η ικανότητα για παιχνίδι, για διασκέδαση, συνιστά ένα απλό, ανθρώπινο δικαίωμα. Η εκμάθηση του ανεξάρτητου παιχνιδιού ανακουφίζει παιδιά, γονείς, δασκάλους. Έτσι, τα παιδιά γίνονται περισσότερα αποδεκτά απ' άλλους. (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Ο συσχετισμός ανάμεσα στη γλώσσα και στο παιχνίδι αφορά όλα τα στάδια του παιχνιδιού. (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger, που δεν έχουν ανάπτυξη λόγο, βρίσκονται στο αισθησιοκινητικό και διερευνητικό στάδιο. Στο στάδιο της μιας λέξης περνούν στο λειτουργικό παιχνίδι. όταν μπορούν να χρησιμοποιούν φράσεις δύο ή τριών λέξεων, τότε μπορούν να παίξουν συμβολικά (D.Serratt, 2004). (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Κοινωνική Δραματοποίηση: ενεργεί στα πλαίσια της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, π.χ. το παιδί προσποιείται ότι μαγειρεύει φαγητό. (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

ΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΟΜΑΔΙΚΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ:

Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger προτιμούν:

A. Παιχνίδια με δεξιότητες οπτικής αντίληψης του χώρου

- Ταίριασμα σχήματος και χρώματος
- Πάζλ
- Κατασκευαστικά υλικά (Lego) (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Β. Μηχανές και ηλεκτρικές συσκευές

- Παιδικές. Είναι φοβερά ελκυστικές.(Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Γ. Ηλεκτρονικά Παιχνίδια

- Κάθε είδους
- Η/Υ (χρειάζεται προσοχή, μη γίνουν μια κυρίαρχη καταναγκαστική ενασχόληση στο παιδί). (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Δ. Απλά παιχνίδια

- Με τραγούδια
 - Με ρυθμικές κινήσεις
 - Κρυφό, κυνηγητό.
- Όλα αυτά προσαρμόζονται στο επίπεδο τους. (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Γ. Παιχνίδια ταύτισης με εικόνες

Στ. Επιτραπέζια

- Φιδάκι
 - Γκρινιάρης
- Σκάκι (τα πιο ικανά). (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger έχουν σημαντικές δυσκολίες με τα ομαδικά παιχνίδια (π.χ. ποδόσφαιρο), γιατί απαιτείται κοινωνική και πολιτισμική κατανόηση.

Η Εθνική Εταιρία για παιδιά με σύνδρομο Asperger (1980) αναφέρει: (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

A) Παιχνίδια για μικρά παιδιά με σύνδρομο Asperger

- Κουβαδάκια, φτυαράκια, κόσκινο για άμμο και νερό
- Μαγνητόφωνο, μουσικά κουτιά, μουσικά παιχνίδια
- Αλογάκια κουνιστά ή με ελατήριο
- Βιβλία με αυτοκόλλητα
- Παιχνίδι συναρμολόγησης
- Παιχνίδια διάκρισης σχημάτων
- Ενσφηνώματα
- Σβούρες και περιστρεφόμενα παιχνίδια
- Παιχνίδια κατασκευών (Lego)
- Παιχνίδια που κάνουν θόρυβο
- Μπάλες, ιδιαίτερα μεγάλες
- Χάντρες για πέρασμα σε σπάγκο
- Υλικά ραψίματος. (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

B) Αντικείμενα κατάλληλα για εξωτερική χρήση

- Κούνιες
- Τσουλήθρες
- Παιχνίδια με ρόδες
- Πύργοι αναρρίχησης
- όργανα γυμναστικής
- Τραμπολίνο
- Περιστρεφόμενοι βατήρες. (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν, διοχετεύουν την ενέργειά τους στο ποδήλατο, στο πατίνι, στο μπόουλινγκ. (Ε.Χ. Καλύβα, 2008)

Το παιχνίδι αποτελεί μια μοναδική ευκαιρία σύνδεσης όλων των σημαντικών πτυχών της αναπτυσσόμενης προσωπικότητας και της συνολικής αντιμετώπισής τους. Επομένως αξίζει μια κεντρική θέση στο πρόγραμμα μαθημάτων (S.Powell & R. Jordan 2001). Ο θεραπευτής

είναι σημαντικό να γνωρίζει ότι το παιχνίδι πρέπει να έχει νόημα για το παιδί και οι δραστηριότητες πρέπει να γίνονται με ευχάριστη διάθεση, ενθουσιασμό και διασκεδαστικό τρόπο. Χρειάζεται να δομήσει το παιχνίδι και τη δραματοποίηση με στόχο την ενθάρρυνση της δημιουργικότητας και της φαντασίας, της πρωτοτυπίας και του αυθορμητισμού. Το παιδί ενθαρρύνεται για να μπορέσει να εφαρμόσει τη δημιουργικότητα και τη φαντασία του στο αφήγημα (D.Sherratt, 2002). (E.X. Καλύβα, 2008)

Οι θεραπευτές, όποια προγράμματα κι αν υιοθετήσουν, θα φροντίζουν να στοχεύουν όχι μόνο στην αλλαγή της συμπεριφοράς των ατόμων αυτών, αλλά να περιλαμβάνουν και την κατανόηση των ειδικών δυσκολιών που συναντά το παιδί. Θα εστιάζουν στα δυνατά σημεία του παιδιού, καθώς και στις αδυναμίες του, τα οποία ενισχύουν τόσο τις δεξιότητες, όσο και την κοινωνική συναλλαγή (R. Jordan,2000) (E.X. Καλύβα, 2008)

Σχεδιασμός Υποβοηθούμενων Περιβάλλοντα Παιχνιδιού: Η κοινωνική και φυσική «οικολογία» προϋποθέσεων του παιχνιδιού μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ανάπτυξη των παιδιών με σύνδρομο Asperger στο παιχνίδι. Για να προκληθούν οι πιο επαρκείς μορφές παιχνιδιού, πρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή στην οργάνωση περιβαλλόντων παιχνιδιού που ενθαρρύνουν τόσο τις εμπειρίες του επινοητικού παιχνιδιού. Για τις ανάγκες των ενσωματωμένων ομάδων παιχνιδιού, αναπτύξαμε μερικές γενικές καθοδηγητικές γραμμές για την οργάνωση ευκαιριών παιχνιδιού για τα παιδιά με σύνδρομο Asperger και τους συνομηλίκους. (K.A. Quill, 2000)

Μια ισορροπημένη ομάδα παιχνιδιού περιορίζει τον αριθμό των συνομηλίκων που συναντώνται σε κανονική και συνεχή βάση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι ομάδες παιχνιδιού περιλαμβάνουν συνήθως τουλάχιστον τρία και ποτέ περισσότερα από πέντε παιδιά. Τα μέλη του ομαδικού παιχνιδιού έχουν διάφορες ικανότητες, με μεγαλύτερη αναλογία παιδιών που είναι κοινωνικά ικανά, σε παιδιά που απαιτούν μεγαλύτερο βαθμό κοινωνικής υποστήριξης. Η τυπική ομάδα παιχνιδιού ενδέχεται να αποτελείται από δύο καινούριους και τρεις έμπειρους παίκτες. Διαφορετικοί συνδυασμοί μελών της ομάδας όσον αφορά στην ηλικία, αναπτυξιακό στάδιο και φύλο, ενδέχεται να συμβάλλουν θετικά σε διαφορετικά είδη εμπειριών ωφέλιμου παιχνιδιού. Πρέπει να γίνονται προσπάθειες να συμπεριλαμβάνονται παιδιά που συμπληρώνουν το ένα το άλλο όσον αναφορά στα ενδιαφέροντα, τους τρόπους αλληλεπίδρασης και στο χαρακτήρα. (K.A. Quill, 2000)

Η συνέπεια και η προνοητικότητα είναι ουσιώδη χαρακτηριστικά ενός περιβάλλοντος στήριξης και ενδυνάμωσης. Οι ομάδες παιχνιδιών γενικά συναντώνται κανονικά το λιγότερο δύο φορές την εβδομάδα για μισή ώρα καθ' όλο το χρόνο. Παιδιά που δεν τους αρέσουν οι αλλαγές και οι μεταβολές χρειάζεται να γνωρίζουν από πολύ πριν πότε πρόκειται οι ομάδες παιχνιδιού να γίνουν. Η καθιέρωση σταθερού προγράμματος βοηθά τα παιδιά να ασκούν ένα είδος ελέγχου στο περιβάλλον καθώς προβλέπουν μελλοντικά γεγονότα. Οπτικά προγράμματα ή ημερολόγια δίνονται ξεχωριστά σε κάθε παιδί. Η έναρξη τελετουργιών και κλείσιμο τους, όπως τα σύντομα σχέδια και οι περίοδοι αναθεώρησης ή ένα απλό τραγούδι στην αρχή και στο τέλος των συναντήσεων παιχνιδιού, μπορεί να ενσωματωθούν κι αυτά στη δραστηριότητα ρουτίνας. (K.A. Quill, 2000)

Για την προώθηση ευνοϊκότερων ευκαιριών κοινωνικής συμμετοχής σε παιχνίδι, οι χώροι παιχνιδιού πρέπει να σχεδιάζονται λαμβάνοντας υπόψη την πυκνότητα και το μέγεθος του χώρου, η διαρρύθμιση του χώρου και την οργάνωση των υλικών. Οι χώροι του παιχνιδιού θα πρέπει να περιορίζονται σε μέγεθος, ενώ μπορούν να στεγάζουν άνετα μικρές ομάδες 3-4 παιδιών. Προτείνουμε ν' αποφεύγουμε μεγάλους, ανοιχτούς χώρους επειδή τείνουν να εμποδίζουν την κοινωνική αλληλεπίδραση, καθώς επίσης και μικρούς συνωστισμένους χώρους επειδή συχνά εντείνουν τις διαπροσωπικές διαμάχες. Οι περιοχές παιχνιδιού θα πρέπει να καθορίζονται ξεκάθαρα από περιοριστικά όρια σε τρεις τουλάχιστον πλευρές. Μια γωνία είναι λογική τοποθεσία επειδή δυο τοίχοι μπορούν να εξυπηρετούν σαν περιοριστικά όρια. Τα ψηλά ράφια είναι πού πρακτικά χωρίσματα εφόσον μπορούν να χρησιμοποιούνται για να αποθηκεύονται τα υλικά του παιδιού. Κουζίνες παιδικού μεγέθους που απαρτίζονται από παιχνίδια ηλεκτρικής κουζίνας, ψυγείου και νιπτήρα, είναι επίσης πολύ εξυπηρετικά σαν διαχωριστικά. (K.A. Quill, 2000)

Επίσης πρέπει να μελετάται η διαρρύθμιση του χώρου παιχνιδιού ούτως ώστε να υπάρχει οπτική πρόσβαση στα υλικά να μπορούν τα παιδιά να πιάσουν εύκολα. Αποφεύγουμε να μαζεύουμε πολλά υλικά παιχνιδιού ή σύνολα παιχνιδιών που περιλαμβάνουν πολλά μικρά κομματάκια σε μια περιοχή. Αυτά τείνουν να σκορπίζονται σε όλο το χώρο του παιχνιδιού κατά τρόπο που η πρόσβαση σ' αυτά να μην είναι δυνατή. Κάποια αξιόλογα παιχνίδια μπορούμε να τα αποθηκεύουμε σ' ένα ουδέτερο μέρος και να δίνουμε στα παιδιά όταν τα ζητήσουν. (K.A. Quill, 2000)

Η τακτοποίηση υλικών του παιχνιδιού με πολύ οργανωτικό τρόπο, δεν είναι μόνο εξυπηρετική για τα παιδιά για να οργανώσουν το παιχνίδι τους, αλλά επίσης, διευκολύνει τη συνάθροιση για τον καθορισμό του χώρου μετά το παιχνίδι. Κάθε αντικείμενο πρέπει να τοποθετείται σε συγκεκριμένο μέρος. Τα ράφια και τα κουτιά πρέπει να έχουν ετικέτες που να είναι εύκολα αναγνωρίσιμες από τα παιδιά. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο να επιγράφονται τα κουτιά στα ράφια με συνδυασμό εικόνων- λέξεων και τα αντικείμενα με ετικέτες. (Κ.Α. Quill, 2000)

Τα υλικά παιχνίδια και τα έπιπλα θα πρέπει να τακτοποιούνται λογικά για συγκεκριμένα θέματα παιχνιδιού και δραστηριοτήτων. Η περιοχή του σπιτιού πρέπει να περιλαμβάνει ένα τραπέζι με ένα σύνολο καρεκλών. Το παντοπωλείο μπορεί να τοποθετηθεί δίπλα στο σπιτικό, έτσι ώστε το φαγητό- παιχνίδι να μπορεί εύκολα να μεταφέρεται στις δυο περιοχές. Το χαλί τα τοποθετηθεί μεταξύ παιχνιδιών οικοδομής και αυτοκινήτων. Τα υλικά παιχνιδιού δε χρειάζεται να περιορίζονται σ' αυτές τις συγκεκριμένες περιοχές. (Κ.Α. Quill, 2000)

Μια μεγάλη ποικιλία δημιουργικών και κοινωνικοδραματικών υλικών παιχνιδιών επιλεγμένη βάσει του δυναμικού αλληλεπίδρασης της οργάνωσης και της πολυπλοκότητας της, είναι διαθέσιμη σε ομαδικά παιχνίδια. Επιλεγμένη βάσει αλληλεπιδρώμενης δυναμικής οργάνωσης και πολυπλοκότητάς της, μεγάλη ποικιλία δημιουργικών και κοινωνικοδραματικών υλικών παιχνιδιού είναι διαθέσιμα σε ομαδικά παιχνίδια. (Κ.Α. Quill, 2000)

Επίσης, επιλέγουμε υλικά για μια συγκεκριμένη ομάδα παιδιών, λαμβάνουμε υπόψη την καταλληλότητα της ηλικίας. Αυτό αναφέρεται σε υλικά παιχνιδιού που φυσιολογικά παιδιά συγκεκριμένης ηλικίας ενδέχεται να απολαμβάνουν αν τα υλικά τους είναι διαθέσιμα, και δεν αναφέρεται σ' αυτό που είναι εμπορικά εγκεκριμένο ή παραδοσιακά διαθέσιμο στα σχολικά περιβάλλοντα. Παιχνίδια που παρουσιάζουν ποικιλία όσον αναφορά σε ρόλους φύλου, πολιτιστικές αξίες και ικανότητες περιλαμβάνονται σκόπιμα, ενώ αποκλείονται παιχνίδια που είναι φανερά βίαια ή υποθάλπουν διακρίσεις. (Κ.Α. Quill, 2000)

Τείνουμε να δίνουμε έμφαση σε παιχνίδια που μπορούν να χρησιμοποιηθούν και με κοινωνικούς και επινοητικούς τρόπους. Ενώ τα puzzle, τα επιτραπέζια παιχνίδια και τα παιχνίδια υπολογιστή ή βίντεο μπορούν να χρησιμεύουν σε άλλα περιβάλλοντα, δεν τα συνιστούμε σαν τυποποιημένα αντικείμενα για μια περιοχή παιχνιδιού. Τα περισσότερα από

τα υλικά παιχνιδιού που προτιμάμε τείνουν να είναι πολύ λιτά και απλά. Αυτά φαίνονται να είναι φτιαγμένα με το χέρι και γενικά έχουν γίνει από απλό ή ζωγραφισμένο ξύλο και μερικά από ανθεκτικό πλαστικό. Προσπαθούμε να αποφεύγουμε παιχνίδια που γίνονται από φτηνό πλαστικό, ιδιαίτερα εμπορικά παιχνίδια που παρουσιάζει η τηλεόραση ή παιχνίδια κινούμενων σχεδίων. Τα ρούχα που φοριούνται είναι η εξαίρεση σε ότι αφορά την υπερβολή. (K.A. Quill, 2000)

3.2. Συμβολή του Δημόσιου Οργανισμού (Δ.Ο) στην αποκατάσταση των διαταραχών.

Δύο αμερικάνικοι ομοσπονδιακοί νόμοι, το άρθρο 504 και η αναθεώρηση του νόμου περί εκπαίδευσης ατόμων με αναπηρία (IDEA 2004), εξασφαλίζουν πλέον στα παιδιά με διαταραχές «δωρεάν και κατάλληλη δημόσια εκπαίδευση» σε ένα «όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον». «Δωρεάν» σημαίνει ότι η εκπαίδευση πρέπει να είναι χωρίς κόστος για τους γονείς και «κατάλληλη» σημαίνει ότι πρέπει να καλύπτει τις ατομικές ανάγκες κάθε παιδιού. «Το λιγότερο δυνατόν περιοριστικό περιβάλλον» σημαίνει ότι τα παιδιά με αναπηρίες δεν πρέπει να διαχωρίζονται από τους μη ανάπηρους συνομηλίκους τους απλά και μόνο εξαιτίας της αναπηρίας τους. Αν πρέπει να απομακρυνθούν από τους συνομηλίκους τους, αυτό θα πρέπει να γίνεται μόνο για το κομμάτι εκείνο της εκπαίδευσής τους που δεν μπορεί να καλυφθεί στα γενικά ή κανονικά σχολεία. (C. Gillberg, 2011)

Ο κάθε νόμος προβλέπει διαφορετικές διαδικασίες και κριτήρια επιλογής δικαιούχων και προσφέρει διαφορετικές υπηρεσίες. Η αναθεώρηση του νόμου περί εκπαίδευσης των ατόμων με αναπηρία ορίζει πως το παιδί θα πρέπει να έχει μια αναπηρία που απαιτεί υπηρεσίες ειδικής αγωγής. Η παράγραφος 504 κατεβάζει το όριο και το μόνο που απαιτεί είναι το παιδί να χρειάζεται ειδικές ρυθμίσεις και διευθετήσεις, για να έχει πρόσβαση στη μάθηση. (C. Gillberg, 2011)

Το άρθρο 504 είναι ένα άρθρο του αμερικάνικου νόμου περί αποκατάστασης του 1973, το οποίο αφορά άτομα με αναπηρίες. Πρόκειται για ένα νομοθέτημα σχετικό με τα αστικά δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες, συμπεριλαμβανομένων και των ατόμων με σύνδρομο Asperger και ΔΕΠ-Υ. Σε πρακτικό επίπεδο, το άρθρο 504 ορίζει ότι τα δημόσια σχολεία δεν μπορούν να κάνουν διακρίσεις εις βάρος των παιδιών με αναπηρία και ότι θα πρέπει να

προβαίνουν σε «λογικές ρυθμίσεις και τροποποιήσεις» ανάλογα με την αναπηρία του. Είναι σχεδιασμένο για να παρέχει ίσες ευκαιρίες στ άτομα με αναπηρίες και για να εγγυάται ότι θα έχουν την ίδια πρόσβαση στη μάθηση με τα άτομα χωρίς αναπηρίες. (C. Gillberg, 2011)

Ένας μαθητής θεωρείται δικαιούχος των διατάξεων του άρθρου 504 εφόσον μπορεί να χαρακτηριστεί «άτομο με αναπηρία». Δεν είναι απαραίτητο να χαρακτηριστεί δικαιούχος ειδικής αγωγής με βάση την αναθεώρηση του νόμου περί εκπαίδευσης ατόμων με αναπηρίες προκειμένου να θεωρηθεί «άτομο με αναπηρία» για να προστατεύεται και να έχει δικαίωμα σε ειδικές ρυθμίσεις και τροποποιήσεις του άρθρου 504. Για να δικαιούται τις παροχές του άρθρου 504, το παιδί πρέπει: (C. Gillberg, 2011)

- Να χαρακτηριστεί ως άτομο με κάποια σωματική ή ψυχική αδυναμία που περιορίζει σε μεγάλο βαθμό μία ή περισσότερες από τις μείζονες βιοτικές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων της μάθησης και της συμπεριφοράς.
- Να έχει φάκελο που να αποδεικνύει ότι παρουσιάζει μια τέτοια αδυναμία.
- Να αντιμετωπίζεται ως άτομο που παρουσιάζει μια τέτοια αδυναμία. (C. Gillberg, 2011)

Εκτός από τις πολλές και ποικίλες σωματικές αναπηρίες και ψυχικές διαταραχές, αυτός ο νομικός ορισμός περιλαμβάνει το σύνδρομο Asperger και το ΔΕΠ-Υ. Ο όρος μείζονες βιοτικές δραστηριότητες περιλαμβάνει και τη μάθηση, και επομένως αφορά το σχολικό περιβάλλον. (C. Gillberg, 2011)

Δεν είναι όλοι οι μαθητές δικαιούχοι των διατάξεων του άρθρου 504, παρά μόνο όσοι θεωρείται ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες σοβαρές στην μάθηση. Δεν γίνεται μια πλήρης αξιολόγηση απλά επειδή το ζητά ο γονιός. Το σχολείο είναι αυτό που αποφασίζει, ύστερα από μια προκαταρκτική διερεύνηση, αν πληρούνται τα κριτήρια για να γίνει αξιολόγηση. (C. Gillberg, 2011)

Τα παιδιά, προκειμένου να υπαχθούν στις διατάξεις της αναθεώρησης του νόμου περί εκπαίδευσης ατόμων με αναπηρίες, πρέπει να πληρούν τρία κριτήρια. Πρώτον, πρέπει να είναι από τριών έως είκοσι ετών και να μην έχουν ακόμη αποφοιτήσει από το λύκειο. Δεύτερον, πρέπει να έχουν τουλάχιστον μία από τις αναπηρίες που αναφέρονται στο νόμο. Τρίτον, πρέπει να χρειάζονται ειδική αγωγή εξαιτίας της αναπηρίας τους. (C. Gillberg, 2011)

Απλά και μόνο η ύπαρξη μιας αναπηρίας δεν αρκεί για να είναι κάποιος δικαιούχος υπηρεσιών. (C. Gillberg, 2011)

Οι αναπηρίες που αναφέρονται στο νόμο είναι οι εξής: (C. Gillberg, 2011)

- Αυτισμός (συμπεριλαμβανομένου του συνδρόμου Asperger)
- Διαταραχές ακοής (συμπεριλαμβάνεται η κώφωση)
- Νοητική υστέρηση
- Πολλαπλές αναπηρίες
- Ορθοπεδικά προβλήματα
- Συναισθηματικές διαταραχές
- Ειδικές μαθησιακές διαταραχές
- Διαταραχές του λόγου και της ομιλίας
- Τραυματικές εγκεφαλικές βλάβες
- Διαταραχές όρασης (συμπεριλαμβανομένης της τύφλωσης)
- Λοιπές διαταραχές υγείας (συμπεριλαμβανομένης της ΔΕΠ-Υ) (C. Gillberg, 2011)

Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger και με ΔΕΠ-Υ που χαρακτηρίζονται δικαιούχοι, με βάση το νόμο, κατά πάσα πιθανότητα έχουν στο ιστορικό τους σοβαρές όπως, μεταξύ άλλων, αδυναμία να ακολουθούν τους κανόνες και να ολοκληρώσουν τις εργασίες τους, διατάραξη της ηρεμίας στην τάξη και αντιπαραθέσεις με συνομηλίκους. (C. Gillberg, 2011)

Αν οι γονείς πιστεύουν ότι το παιδί τους έχει ανάγκη να λάβει ειδική αγωγή, μπορούν να απευθύνουν στο διευθυντή του σχολείου γραπτή αίτηση αξιολόγησης. Οι γονείς θα πρέπει να επισκεφτούν την ιστοσελίδα του Υπουργείου Παιδείας της πολιτείας στην οποία ζουν για να πληροφορηθούν την προθεσμία εντός της οποίας το σχολείο τους οφείλει να απαντήσει και να κάνει την αξιολόγηση. (C. Gillberg, 2011)

Το σχολείο μπορεί είτε να απορρίψει την αίτηση αξιολόγησης είτε να καλέσει τους γονείς σε μια συνάντηση με την ομάδα των εκπαιδευτικών του παιδιού. Η συνάντηση γίνεται για να συζητηθεί το σκεπτικό και η αναγκαιότητα μιας αξιολόγησης. Εφόσον αποφασιστεί αξιολόγηση, οι γονείς λαμβάνουν ένα γραπτό χρονοδιάγραμμα της σχετικής διαδικασίας το οποίο πρέπει να μελετήσουν και να υπογράψουν. (C. Gillberg, 2011)

Μια αξιολόγηση συνήθως περιλαμβάνει: (C. Gillberg, 2011)

- Σταθμισμένες, ατομικές διαδικασίες σχολικής επίδοσης
- Παρατηρήσεις δασκάλων
- Επισκόπηση της επίδοσης στην τάξη
- Λογοπεδική αξιολόγηση.
- Κοινωνικό- συναισθηματική αξιολόγηση
- Αξιολόγηση γνωστικής ικανότητας/ νοημοσύνης. (C. Gillberg, 2011)

Η ειδική αγωγή πρέπει να παρέχεται σε περιβάλλον όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό. Αυτό σημαίνει ότι το παιδί πρέπει να εκπαιδεύεται σε σχολείο γενικής εκπαίδευσης, όταν αυτό είναι εφικτό. Η ειδική αγωγή περιλαμβάνει: πλήρης ένταξη σε κανονική τάξη, πρόγραμμα ενισχυτικής διδασκαλίας, όπου το παιδί διδάσκεται ένα συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο σε ξεχωριστή αίθουσα, μόνο του ή μαζί με άλλα παιδιά, τάξη ένταξης, την οποία παρακολουθεί το παιδί μαζί με άλλα παιδιά με δυσκολίες. (C. Gillberg, 2011)

Εκτός από την τοποθέτηση σε κάποιο εκπαιδευτικό πλαίσιο υπάρχει ένα πλήθος σχετικών υπηρεσιών που προσφέρεται με βάση της αναθεωρήσεις του νόμου περί εκπαίδευσης ατόμων με αναπηρίες. Στο παιδί θα παρασχεθούν μόνο οι σχετικές υπηρεσίες οι οποίες κρίνονται αναγκαίες για μια δωρεάν και κατάλληλη εκπαίδευση. Μερικές από τις διαθέσιμες υπηρεσίες είναι οι εξής: (C. Gillberg, 2011)

- Υποστηρικτική τεχνολογία
- Λογοθεραπεία
- Εργοθεραπεία
- Εκπαιδευτική θεραπεία
- Συμβουλευτική
- Ιατρικές υπηρεσίες
- Συμβουλευτική και επιμόρφωση γονέων
- Φυσικοθεραπεία
- Μεταφορικά μέσα
- Ψυχολογικές υπηρεσίες (C. Gillberg, 2011)

Σε ελάχιστες, πολύ σοβαρές περιπτώσεις, όταν το παιδί δεν μπορεί να λαμβάνει δωρεάν και κατάλληλη εκπαίδευση σε δημόσιο κανονικό σχολείο, ίσως του αναγνωριστεί το δικαίωμα να φοιτήσει σε ιδιωτικό ειδικό σχολείο. Τα σχολεία αυτά παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες για παιδιά με συγκεκριμένες αναπηρίες. Στις πιο ακραίες περιπτώσεις, όταν ένα παιδί δεν είναι ασφαλές στο σπίτι εξαιτίας της αναπηρίας του, και συνεπώς δεν μπορεί να λαμβάνει δωρεάν και κατάλληλη εκπαίδευση όσο παραμένει στο σπίτι, δίνεται η δυνατότητα να τοποθετηθεί σε ίδρυμα. (C. Gillberg, 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. Σύγχρονες μελέτες και έρευνες για την συνύπαρξη των 2 διαταραχών – ΔΕΠ-Υ και Σύνδρομο Asperger-.

Το σύνδρομο Asperger και η ΔΕΠ-Υ αφορούν σε δύο διαφορετικές καταστάσεις. Ωστόσο, είναι πιθανό ένα παιδί να εμφανίζει ταυτόχρονα και τις δύο αυτές διαταραχές. Πώς μπορεί κάποιος να τις διακρίνει; Από τη μια πλευρά, το ασυνήθιστο προφίλ των κοινωνικών συμπεριφορών και της συναισθηματικής έκφρασης αποτελούν τα κεντρικά χαρακτηριστικά των παιδιών με σύνδρομο Asperger. Από την άλλη, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζονται για την περιορισμένη τους ικανότητα να παίζουν συνεργατικά και αποικοδομητικά με άλλα παιδιά. Εντούτοις, τα ίδια τα παιδιά ξέρουν σε γενικές γραμμές πώς θα παίξουν και θέλουν να παίξουν, αλλά δεν τα καταφέρνουν. Υπάρχει περίπτωση να παρουσιάζουν διασπαστική συμπεριφορά, να καταστρέφουν αντικείμενα, να είναι παρορμητικά και να προκαλούν χάος αποδομώντας τις δραστηριότητες. Τα άλλα παιδιά συνήθως αποφεύγουν, γιατί δεν θέλουν να συναναστρέφονται άτομα που συμπεριφέρονται άσχημα. Αντίθετα, η κοινωνική συμπεριφορά του παιδιού με σύνδρομο Asperger έχει διαφορετικά ποιοτικά χαρακτηριστικά και είναι συνεπής με το ξεχωριστό προφίλ. Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν αντιστρόφως ανάλογο προφίλ γλωσσικών δεξιοτήτων και ενδιαφερόντων από τα παιδιά με σύνδρομο Asperger. Τα ενδιαφέροντα των τελευταίων είναι ιδιοσυγκρασιακά και μοναχικά, σε αντίθεση με αυτά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που είναι συνήθως τυπικά για την ηλικία τους. Τα παιδιά που παρουσιάζουν τις δύο διαταραχές προτιμούν και αντιδρούν καλά στις ρουτίνες και τις

προβλέψιμες καταστάσεις βιώνουν αισθητηριακή ευαισθησία και έχουν πρόβλημα στον κινητικό συντονισμό. (S. Ashley, 2008)

Όσον αφορά τη διάρκεια εστίασης της προσοχής, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επιδεικνύουν σταθερά περιορισμένο διάστημα εστίασης της προσοχής τους. Αυτό μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τη δραστηριότητα, υπάρχει δυσκολία στην εστίαση της προσοχής. Στα παιδιά με σύνδρομο Asperger, η διατήρηση της προσοχής μπορεί να κυμαίνεται από σύντομης διάρκειας, όταν το παιδί εμπλέκεται σε κοινωνικές δραστηριότητες, έως μεγάλης διάρκειας, όταν ασχολούνται με κάτι που το ενδιαφέρει ιδιαίτερα. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, το πρόβλημα συνιστάται περισσότερο στα κίνητρα παρά στο χαμηλό ή περιορισμένο ανώτατο όριο διατήρησης της προσοχής. (S. Ashley, 2008)

Και οι δύο καταστάσεις σχετίζονται με την παρορμητικότητα (impulsivity) του παιδιού, αλλά αυτό δεν αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα για το σύνδρομο Asperger. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει προβλήματα σε οργανωτικές δεξιότητες, δηλαδή δυσκολεύεται να ξεκινήσει μια δραστηριότητα, στρέφεται σε νέες δραστηριότητες πριν ολοκληρώσει την προηγούμενη και συχνά ξεχνά τι πρέπει να κάνει. Το σύνδρομο Asperger, το προφίλ των ικανοτήτων περιλαμβάνει ασυνήθιστες όψεις οργανωτικών δεξιοτήτων, όπως μη συμβατικούς τρόπους επίλυσης προβλημάτων, αλλά και έλλειψη ευελιξίας. Μολαταύτα, σε γενικές γραμμές, τα παιδιά με αυτό το σύνδρομο είναι πολύ λογικά και αποφασιστικά ως προς τη ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων τους, ενώ ανακαλούν πληροφορίες με ιδιαίτερη ευκολία. (S. Ashley, 2008)

Σε μια Σουηδική μελέτη, η μεγάλη πλειοψηφία των παιδιών που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για σύνδρομο Asperger, πληρούσαν επίσης και τα κριτήρια για ΔΕΠ-Υ με Αναπτυξιακή Διαταραχή του Συντονισμού των Κινήσεων- ΑΔΣ (ισοδυναμεί με ΕΠΚΑ). Αντίστοιχα, μόνο μια μειοψηφία των ατόμων που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για ΕΠΚΑ εκδήλωναν πλήρες σύνδρομο Asperger. Αυτό εξηγείται από το σχετικά υψηλό επιπολασμό των ΕΠΚΑ και το χαμηλότερο ποσοστό του συνδρόμου Asperger στο γενικό πληθυσμό. (S. Ashley, 2008)

Ένας αριθμός μελετών έχει διενεργηθεί με σκοπό τη λεπτομερέστερη ανάλυση των ελλειμμάτων προσοχής που συναντάται στη ΔΕΠ-Υ και στο σύνδρομο Asperger. Παρά το γεγονός ότι γιατροί, ψυχολόγοι και εκπαιδευτικοί φαίνεται να συμφωνούν πως μπορεί να

υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε αυτές τις ομάδες τόσο στην ποσότητα, όσο και στη ποιότητα των ελλειμμάτων προσοχής, η έρευνα δεν υπήρξε έως τώρα πολύ επιτυχής, ώστε να ξεκαθαρίσει απλά σε τι μπορεί να συνίστανται αυτές οι διαφορές σε νευροψυχολογικό επίπεδο. Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger συχνά- αν και δεν αποτελεί κανόνα- θεωρούνται πιο σχολαστικά και αργά από εκείνα με ΔΕΠ-Υ, τα οποία συχνά θεωρούνται γρήγορα, παρορμητικά, ακόμα και τσαπατσούλικα. (Ε. Λαζαράτου, 2009)

Ο Christopher Gillberg έχει μελετήσει παιδιά με διαταραχές στην προσοχή, στον κινητικό συντονισμό και στην αντιληπτική ικανότητα, και ανακάλυψε ότι κάποια παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν ταυτόχρονα και σύνδρομο Asperger (Gillberg, 1983). Πρόσφατες έρευνες, εξάλλου, αποδεικνύουν ότι ένα στα έξι παιδιά με σύνδρομο Asperger εμφανίζουν εμφανή συμπτώματα ΔΕΠ-Υ (Eisenmajer et al., 1996). Επομένως, οι δύο αυτές καταστάσεις ενδέχεται να παρουσιάζουν συγκεκριμένες διαφορές, αλλά υπάρχουν και ομοιότητες, και ένα παιδί να διαγνωστεί και με τις δύο, με αποτέλεσμα να χρειαστεί θεραπεία και για τις δύο. (Ε. Λαζαράτου, 2009)

Τα επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με τη συννοσηρότητα ΔΕΠ-Υ και Σύνδρομο Asperger διαφέρουν από μελέτη σε μελέτη. Για παράδειγμα, ο Rommelse και οι συνεργάτες του (2010) υποστηρίζουν ότι το 20-50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ πληροί τα κριτήρια και για τη διάγνωση του συνδρόμου Asperger, ενώ 30-80% των παιδιών με σύνδρομο Asperger πληροί τα κριτήρια και για την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι το 1/3 των αγοριών και τα 4/4 των κοριτσιών με ΔΕΠ-Υ πληρούσαν τα κριτήρια για διάγνωση του συνδρόμου σύμφωνα με το DSM-IV. Σημαντική είναι η διαπίστωση ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά συμπτωμάτων του συνδρόμου σε σύγκριση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά, αλλά και με παιδιά που παρουσιάζουν άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.(Ε. Κάκουρος, Κ. Μανιαδάκη, 2012)

Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι το 31% με σύνδρομο Asperger πληρούσε τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, ενώ επιπλέον ποσοστό 24% του ίδιου δείγματος παρουσίαζε κάποια συμπτώματα ΔΕΠ-Υ χωρίς να πληροί ωστόσο τα κριτήρια προκειμένου να τεθεί αυτή η διάγνωση. Σύμφωνα με τη Simonoff και τους συνεργάτες της (2008), η ΔΕΠ-Υ είναι πιο συχνή διαταραχή σε άτομα με σύνδρομο Asperger. Στο γενικό πληθυσμό, ο επιπολασμός των

συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ σε άτομα με σύνδρομο κυμαίνεται μεταξύ 13 και 52% ενώ σε κλινικά δείγματα κυμαίνεται μεταξύ του 20% και 80%.(T. Attwood, 2008)

Μια άλλη σειρά ερευνών στράφηκε στη διερεύνηση της ποιότητας των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ όταν εκδηλώνονται σε άτομα με σύνδρομο Asperger και το αντίστροφο. Σύμφωνα με τις μελέτες αυτές, φαίνεται ότι τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ στα άτομα με σύνδρομο είναι παρόμοια με αυτά που εκδηλώνουν τα άτομα με αμιγώς διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Επίσης, διαπιστώθηκε η ύπαρξη πολλών κοινών συννοσηρών προβλημάτων. Για παράδειγμα, τόσο η ΔΕΠ-Υ όσο και το σύνδρομο Asperger συνοδεύονται από προβλήματα συμπεριφοράς, κοινωνικότητας και προβλήματα ύπνου. Διαφορετικές μαρτυρίες υποστηρίζουν επίσης κοινά ελλείμματα και σε άλλους τομείς, όπως στις λειτουργίες εκτελεστικού ελέγχου και στις δεξιότητες. Επιπλέον και στις δύο διαταραχές παρατηρούνται μαθησιακές δυσκολίες (δυσλεξία, υπερλεξία), ελλείμματα στην προσοχή και στον κινητικό έλεγχο. (T. Attwood, 2008)

Οι μελέτες σχετικά με την παρουσία των κυρίαρχων συμπτωμάτων των δύο διαταραχών δίστανται. Τρεις μελέτες υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ παιδιών με σύνδρομο Asperger και ΔΕΠ-Υ ως προς τα αυτιστικά συμπτώματα, όπως π.χ. ελλείμματα στις επικοινωνιακές δεξιότητες, οι περιορισμένες και επαναληπτικές συμπεριφορές, η δυσκολία προσαρμογής στην αλλαγή και η μειωμένη ή αυξημένη ευαισθησία στους ήχους. Επίσης, αναφέρεται ότι οι διαφορές ανάμεσα στις δύο διαταραχές ως προς την κοινωνική και συναισθηματική αμοιβαιότητα, τις δεξιότητες συζήτησης, τις στερεότυπες συμπεριφορές και την εμμονή σε μέρη και αντικείμενα δεν είναι σημαντικές. Ωστόσο, η έλλειψη εντοπισμού αξιοσημείωτων διαφορών μεταξύ αυτών των διαταραχών σε αυτές τις μελέτες ενδέχεται να οφείλεται στο μικρό μέγεθος δείγματος. (T. Attwood, 2008)

Η ερμηνεία της συννοσηρότητας μεταξύ ΔΕΠ-Υ και συνδρόμου Asperger που στηρίζεται σε κλινικά δείγματα απαιτεί δείγματα. Για παράδειγμα, η διάσπαση της προσοχής, η οποία αποτελεί κεντρικό χαρακτηριστικό της ΔΕΠ-Υ, μπορεί να θεωρηθεί ως κοινωνική απροσεξία, η οποία αποτελεί κεντρικό χαρακτηριστικό του συνδρόμου. Οι περιορισμοί που επιβάλλουν τα διαγνωστικά εγχειρίδια περιπλέκουν ακόμη περισσότερο τη συστηματική διερεύνηση της ποιότητας και της αιτιολογίας της συννοσηρότητας μεταξύ αυτών των διαταραχών. Σήμερα γνωρίζουμε ότι κάποια παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν σοβαρές κοινωνικές δυσκολίες, διαφορετικές από αυτές που περιγράφονται στα πλαίσια της διαταραχής αυτής, οι οποίες παραμένουν

ακόμη και μετά την ολοκλήρωση ενός προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η διερεύνηση κοινωνικού και επικοινωνιακού προτύπου, παρόμοιο με το αντίστοιχο του συνδρόμου, σε άτομα με ΔΕΠ-Υ, με τη χρήση ερωτηματολογίων προς τους γονείς, συχνά οδηγεί στον εντοπισμό και υποστηρίζει την αλληλοεπικάλυψη των συμπτωμάτων και των διαγνωστικών κριτηρίων αυτών των διαταραχών. Ωστόσο, δεν υπάρχουν μελέτες παραγοντικής ανάλυσης και, κατά συνέπεια, παρόλο που η διερεύνηση της αλληλοεπικάλυψης των διαγνωστικών κριτηρίων είναι σημαντική, δεν μπορεί να ερμηνεύσει πλήρως τη συνύπαρξη των διαταραχών αυτών. (T. Attwood, 2008)

Μια άλλη υπόθεση υποστηρίζει ότι η ύπαρξη της μιας διαταραχής μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση της άλλης. Σε αυτή την περίπτωση, θα ήταν αναμενόμενο η θεραπευτική αντιμετώπιση της μιας να βελτιώνει και τα συμπτώματα της άλλης. Έχει διαπιστωθεί, ωστόσο, ότι η χορήγηση διεγερτικών και αναστολέων επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης σε άτομα που παρουσιάζουν τόσο συμπτώματα ΔΕΠ-Υ όσο και τα συμπτώματα του συνδρόμου, έχει θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, αλλά δεν περιορίζει τα συμπτώματα του συνδρόμου. (Ε. Κάκουρος, Κ. Μανιαδάκη, 2012)

Σύμφωνα με μια άλλη εκδοχή, ο φαινότυπος της μιας διαταραχής μπορεί να μοιάζει με το φαινότυπο της άλλης. Αυτό σημαίνει ότι κάτω από ορισμένες περιβαλλοντικές συνθήκες, ένα άτομο μπορεί να μοιάζει με κάποιο άλλο. Ο φαινότυπος όμως καθορίζεται από το γονότυπο. Με άλλα λόγια, ένα παιδί με δυνατή γενετική προδιάθεση για την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ, το οποίο μεγαλώνει σε μια παράξενη και άκαμπτη οικογένεια με περιορισμένη ενσυναίσθηση, μπορεί να εκδηλώσει το φαινότυπο της ΔΕΠ-Υ με βάση το γονότυπο και φαινότυπο του συνδρόμου, εξαιτίας των ειδικών περιβαλλοντικών συνθηκών. Δεν υπάρχουν όμως μαρτυρίες ικανές να υποστηρίξουν αυτή την υπόθεση. (Ε. Κάκουρος, Κ. Μανιαδάκη, 2012)

Τέλος, η ΔΕΠ-Υ και του συνδρόμου Asperger μπορεί να είναι ανεξάρτητες διαταραχές που εκδηλώνονται μαζί, με τη μεσολάβηση κάποιου τρίτου, ανεξάρτητου παράγοντα ή μπορεί να μοιράζονται κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες. Έρευνες στους τομείς της γενετικής, της νευροανατομίας, της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου υποστηρίζουν ότι έχουν κοινό γενετικό υπόβαθρο και απορρέουν από δυσλειτουργία κοινών εγκεφαλικών περιοχών. (Ε. Κάκουρος, Κ. Μανιαδάκη, 2012)

Πρόσφατες μελέτες διδύμων και οικογενειακών δείχνουν ότι οι διαταραχές αυτές συχνά εκδηλώνονται στα μέλη της ίδιας οικογένειας και ποσοστό 50-70% του φαινοτύπου αποδίδεται στους ίδιους γενετικούς παράγοντες. Έρευνες με κλινικό δείγμα οικογενειών στις οποίες υπάρχουν άτομα με ΔΕΠ-Υ υποστηρίζουν ότι, σε αυτές τις οικογένειες, εκδηλώνονται συχνά συμπτώματα ΔΑΦ, καθώς ένα παιδί της οικογενείας μπορεί να παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ ενώ ένα άλλο ΔΑΦ ή ένα παιδί μπορεί να παρουσιάσει συνδυασμό και των δύο. Πρόσφατα εντοπίστηκε επικάλυψη γονιδίων μεταξύ ΔΕΠ-Υ και άλλων νευροψυχιατρικών διαταραχών, όπως οι ΔΑΦ. Κοινοί γενετικοί παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης διαφορετικών διαταραχών, αλλά απαιτείται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να εξηγηθεί γιατί οι ίδιοι παράγοντες κινδύνου μπορεί άλλοτε να οδηγήσουν σε ΔΕΠ-Υ και άλλοτε σε ΔΑΦ. (Ε. Κάκουρος, Κ. Μανιαδάκη, 2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Συμπεράσματα

Η ΔΕΠ-Υ και το σύνδρομο Asperger, αφορούν δυο διαφορετικές καταστάσεις, όπως αναφέρθηκε και στα προηγούμενα κεφάλαια. Όμως, υπάρχουν περιπτώσεις κλινικών περιστατικών που εμφανίζουν διάγνωση ΔΕΠ-Υ με σύνδρομο Asperger ή σύνδρομο Asperger με ΔΕΠ-Υ. Συμπερασματικά, οι δυο αυτές διαταραχές μπορούν να συνυπάρχουν, καθώς παρουσιάζουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά και συμπτώματα.

Τα κοινά χαρακτηριστικά και συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger είναι τα εξής:

- Τα αίτια της ΔΕΠ-Υ και του συνδρόμου Asperger είναι κυρίως ο εγκέφαλος, οι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.
- Οι δυο διαταραχές επηρεάζουν αρνητικά πολλούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου, όπως επικοινωνία, κοινωνικότητα καθώς και γνωστικές λειτουργίες.

- Η εμφάνιση των δυο διαταραχών γίνεται στην πρώιμη ηλικία και προσβάλλει κυρίως τα αγόρια.
- Κοινά κλινικά χαρακτηριστικά ΔΕΠ-Υ και συνδρόμου Asperger:
 - Παρατηρείται στην ΔΕΠ-Υ και στο σύνδρομο Asperger διαταραχές ύπνου και διατροφής και έντονο κλάμα (οξύ, παρατεταμένο) χωρίς να υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος (βρεφική ηλικία).
 - Παρατηρείται ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα σε αυτά τα άτομα, δηλαδή μικρής διάρκειας προσοχής και αυξημένη κινητικότητα.
 - Η κινητικότητά τους είναι ιδιαίτερα αδέξια, με αποτέλεσμα να προκύπτουν πολλά ατυχήματα.
 - Παρατηρείται περιορισμένη κοινωνικότητα, δεν συμμετέχουν σε ομαδικά παιχνίδια και δεν δημιουργούν σχέσεις φιλικές, με αποτέλεσμα να προκύπτουν ψυχολογικά προβλήματα π.χ. κατάθλιψη.
 - Στην συμπεριφορά τους παρατηρείται έντονη επιθετικότητα και στοιχεία προκλητικά.
 - Όσο αναφορά την γλωσσική τους ανάπτυξη παρατηρούνται προβλήματα στην άρθρωση, δυσλεξία (διαταραχή στην ανάγνωση και στην γραφή) και πραγματολογικές δυσκολίες, δηλαδή δυσκολία στην έναρξη συζήτησης ή διαλόγου και στην διατήρηση.
 - Στην λογοθεραπευτική παρέμβαση, όταν προκύψει περιστατικό με ΔΕΠ-Υ και σύνδρομο Asperger ακολουθούμε κοινές τεχνικές για την βελτίωση των κοινωνικών, συμπεριφορικών, συναισθηματικών δεξιοτήτων καθώς και τεχνικές για την γλωσσική ανάπτυξη (όπως αναφέρονται στο κεφάλαιο 3).

Πρόκειται για δυο διαταραχές με σοβαρά ελλείμματα σε πολλούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου. Η διάγνωση, η αξιολόγηση και η παρέμβαση τους απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και ακρίβεια και με απαραίτητη την συμβολή ολόκληρης της διεπιστημονικής ομάδας, ώστε να υπάρχει ένα επιτυχές αποτέλεσμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Κάκουρος, Ε., (2001). *Το Υπερκινητικό Παιδί*. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- 2) Neuhaus,, C., (1998). *Το Υπερκινητικό Παιδί και τα προβλήματα του*. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- 3) Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., (2012). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα : Gutenberg.
- 4) Ρόναλντ, Ντ., (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής*. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- 5) Συνοδινού, Κ., (2007). *Παιδικός Αυτισμός*. Αθήνα : Καστανιώτη.
- 6) Gillberg, C., (2002). *Σύνδρομο Asperger*. Αθήνα : Συμμετρία.
- 7) Attwood, T., (1998). *Παιδιά με ιδιαιτερότητες στην γλωσσική ανάπτυξη και την κοινωνική αλληλεπίδραση*. Αθήνα : Σαββάλας.
- 8) Ashley, S., (2006). *275 Απαντήσεις για το σύνδρομο Asperger*. Αθήνα : Πατάκη.
- 9) Καλύβα, Ε., (2005). *Αυτισμός «Εκπαιδευτικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις»*. Αθήνα : Παπαζήση.
- 10) Harpe, F., (1998). *Αυτισμός (Εκπαιδευτικές και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα : Gutenberg.
- 11) Jongasma, A.E, & Editor S., (2010). *Λογοθεραπευτική Παρέμβαση*. Αθήνα : Ρόδων.
- 12) Lennard – Brown, S., (2003). *Αυτισμός*. Αθήνα : Σαββάλας.
- 13) Γκονέλα, Ε.Χ., (2008). *Αυτισμός “Αίνιγμα και Πραγματικότητα”*. Αθήνα : Οδυσσέας.

- 14) Μίλερ, Z.A., (2012). *Σύνδρομο Asperger*. Αθήνα : Σαββάλας.
- 15) Σύνδρομο Asperger « Ένας πλήρης οδηγός», Πεδίο 2012, Αθήνα.
- 16) Λαζαράτου, Ε., (2009). *Ψυχική Αναστολή και Υπερκινητικότητα*. Αθήνα : Βήτα.
- 17) Βογινδρούκας, Ι., & Sherratt, D., (2005). Αθήνα : Ταξιδευτής.
- 18) Βιβλίο – Θεωρία ΜΑΚΑΤΟΝ, Αθήνα (2008).
- 19) Quill, A.K., (2000). *Διδάσκοντας Αντιστικά Παιδιά*. Αθήνα : 2000.
- 20) Βογινδρούκας, Ι., (2012). *Δοκιμασία Γλωσσικής Αντίληψης και Έκφρασης*. Αθήνα :
Γλαύκη.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- 1) Αθηνά Τεστ. Ανάκτηση κειμένου 15 Νοέμβρη, 2012, από http://www.anaptixirc.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=87.
- 2) Λάμδα Τεστ. Ανάκτηση κειμένου 18 Νοέμβρη, 2012, από <http://www.ilsp.gr/files/LAMDAdescription.pdf>.
- 3) WISCH-III. Ανάκτηση κειμένου 22 Νοέμβρη, 2012, από http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CFAQFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.elpse.gr%2Fel%2Fkatalogos-teyxwn%2Fcategory%2F53.html%3Fdownload%3D147&ei=ewh4Uez9GsqsPKOwgMAN&usg=AFQjCNEUm5F9JLz0KD6LvBEOs1BzliUTdA&sig2=wJ9-jCBmS9Zwqe89_9WeiA&bvm=bv.45580626,d.d2k.
- 4) ADI- R. Ανάκτηση κειμένου 30 Νοέμβρη, 2012, από <http://research.agre.org/program/aboutadi.cfm>.
- 5) Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ). Ανάκτηση κειμένου 31 Νοέμβρη, 2012, από http://www.epipsi.gr/Service_all/service/Kentro_psixikis_ygeias/.
- 6) Ε.Λ.Ε.Π.Α.Π. Ανάκτηση κειμένου 1 Δεκέμβριου, 2012, από <http://www.elepar.gr>.
- 7) Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης Διάγνωσης και Υποστήριξης Ατόμων με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες (Κ.Ε.Δ.Δ.Υ). Ανάκτηση κειμένου 2 Δεκέμβρη, 2012, από <http://oiko.wordpress.com/2011/08/30/%CE%BA%CE%B5%CE%BD%CF%84%CF%81%CE%BF->

[%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%B3%CE%BD%CF%89%CF%83%CE%B7%CF%83-%CE%B1%CE%BE%CE%B9%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B7%CF%83%CE%B7%CF%83-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%85%CF%80%CE%BF/](#).

8) Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο. Ανάκτηση κειμένου 3 Δεκέμβρη, 2012, από http://www.asklepieio.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=164&Itemid=258&lang=el.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- 1) Goodman, L. S. & Gilman A. (Eds). (1975). *The pharmacological basic of therapeutics* (5th ed.). New York : Macmillan.
- 2) Barkley, R. A. (1996). Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder. In E. J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp. 63-112), New York : Guilford Press.
- 3) Palmer, E. & Finger, S. (2001). An early description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr. Alexander Chrichton and ‘Mental Restlessness’ (1978). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6, 66-73.
- 4) Barkley, R. A. (2006a). The relevance oh he Still lectures to attention- deficit/ hyperactivity disorder : a commentary. *Journal of Attention Disorder*, 10, 137-140.
- 5) Still, G.F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, I, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.
- 6) Strauss, A.A., & Lehtinen, L. E. (1947). *Psychopathology and education of the brain-injured child*. New York : Grune & Stratton.
- 7) Benniger, R. J. (1989). Dopamine and learning: Implication for attention deficit disorder and hyperkinetic syndrome. In T. Sagvolden & T. Archer (Eds.) *Attention deficit disorder. Clinical and basic research* (pp. 323-338). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- 8) Barkley, R. A., DuPaul, G., & McMurray, M. B. (1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 575-789.
- 9) Wright, C., Shelton, D., 7 Wright, M., (2009). A contemporary review of the assessment, diagnosis and treatment of ADHD. *Australia Journal of learning Difficulties*, 14(2), 199-214.
- 10) Goldstein, S., & Goldstein, M., (1998). *Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children* (2nd ed.) John Wiley & Sons, Inc.
- 11) Weiss, G., & Hechtman L., (1993). *Hyperactive children grown: ADHD in children, adolescents and adult* (2th ed.). New York: Guilford Press.
- 12) Wehmeier, P. M., Schacht, A., & Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescent with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46, 209-217.
- 13) Biederman, J., Faraone, S. V. Kennan, k. Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., Sprich-Buckminster, S., Ugaglia, K., Jellinek, M.S., Steingard, R. et. Al. (1992). Further evidence for family- genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of co morbidity

- in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archive in Genetic Psychiatry*, 49, 728-738.
- 14) Tripp, G., & Wickens, J. R. (2009). Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology*, 57, 579-589.
 - 15) Willcutt, E. G. Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington. B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention- deficit/ hyperactivity disorder: a meta- analytic review. *Biological Psychiatry*, 57, 1336- 1346.
 - 16) Baddeley, A.D. (1996). *Your Memory: A User's*, 3rd Edition. London: Prion Books.
 - 17) Sagvolden, T., Aase, H., Zeiner, P., & Berger, D. (1998). Altered reinforcement mechanisms in attention- deficit/ hyperactivity disorder. *Behavioral Brain Research*, 94, 61- 71.
 - 18) Tomplak, M. E., Rucklidge, J.J, Hetherington, R., S.C.F., & Tannock, R. (2003) Time perception deficits in attention- deficit/ hyperactivity disorder and co morbid reading difficulties in child and adolescent sample. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 44, 888-903.
 - 19) Smith, a., Taylor, E., Rogers, J. W., Newman S., & Rubia, K. (2002). Evidence for a pure time perception deficit in children with ADHD. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 43, 529-542.
 - 20) Thomas, A., 7 Chess, S., (1977). *Temperament and development*. New York : Brunner/ Mazel.
 - 21) Ross, D. M., & Ross, S.A., (1982). *Hyperactivity : Current issues, research and theory*. New York : Wiley.
 - 22) Wolf, P.H. (1969). The nature history of crying and other vocalizations in early infancy. In B.M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (vol.4). London : Methuen.
 - 23) Baker, L., & Cantwell, D. P. (1987). Attention deficit and speech/ language disorders. *Comprehensive Mental Health Care*, 2, 3-16.
 - 24) Hall, S. J., Halperin, J.M., Schartz, S. T., & Newcorn, J.H. (1997). Behavioral and executive functions in children with attention- deficit hyperactivity disorder and reading disability. *Journal of Attention Disorder*, 1, 235-247.
 - 25) Hart, E .L., Lahey, B.B., Loeder, R., Applegate, B., & Frick, P. (1995). Developmental change in and attention- deficit hyperactivity disorder in boys: A four- year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 729-749.
 - 26) Klein, R. G., & Manuzza. S.(1991). Long- term outcome of hyperactive children: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 383-387.

- 27) Hinshaw, S. P. (1992). Academic underachievement. Attention deficits and aggression: Comorbidity and implications for intervention, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 893- 903.
- 28) Friedberg R. D., McClure, J.M., & Hillwig Garcia, J. H. (2009). *Cognitive therapy techniques for children and adolescents: Tools for enhancing practice*. New York: The Guilford press.
- 29) Kazdin, A. E. (2001). *Behavior modification in applied setting* (6th ed.). Belmont, US: Wadsworth/ Thomson Learning.
- 30) Γενά, Α., (2002). *Αντισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές*. Αθήνα : αυτοέκδοση.
- 31) Favell, J. E. (1977). *The power of positive reinforcement: A handbook of behavior modification*. Springfield, IL : Charles C. Thomas.
- 32) Gena, A., & Taylor, B. (1993). *Alpine Learning Group: Staff training manual*. Alpine Learning Group.
- 33) Bandura, A. (1973) *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- 34) Αγγελή, Κ. (2011). Μέθοδοι/ Τεχνικές της γνωστικής- συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας για παιδιά και εφήβους. Στο Α. Καλαντζή- Αζίζι (επιμ), *Γνωσιακές- Συμπεριφορικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία: Φάκελων Άρθρων* (σς.27-50). Αθήνα : Πανεπιστημιακές Σημειώσεις ΕΚΠΑ.
- 35) Grandin, T. (2008). *The way I see it: A personal look Autism & Asperger*. New York : Future Horizons.

