



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ

ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ASPERGER

ΒΑΡΔΑΛΑΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ, 12201

ΚΟΥΡΕΜΕΝΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ, 12176

ΦΑΤΟΥΡΟΥ ΕΥΣΤΑΘΙΑ, 12282

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΓΓΕΛΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

Περιεχόμενα:

«Ο ίδιος».....σελ6
<i>Κεφ. 1 Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ)</i>
<i>1.1 Ιστορική Αναδρομή.....σελ7</i>
<i>1.1.1 Ιστορική Αναδρομή για τον αυτισμό.....σελ7</i>
<i>1.1.2 Ιστορική αναδρομή για το σύνδρομο Asperger.....σελ9</i>
<i>1.2 Ερμηνεία αυτισμου.....σελ11</i>
<i>1.3 Ορισμοί για τον αυτισμό.....σελ11</i>
<i>1.4 Διερεύνηση του ορισμού Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές(ΔΑΔ).....σελ13</i>
<i>1.5 Ταξινόμηση των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών.....σελ16</i>
<i>1.5.1 Σύνδρομο Rett.....σελ16</i>
<i>1.5.1.1 Αιτιολογία.....σελ17</i>
<i>1.5.2 Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή(ΠΑΔ).....σελ18</i>
<i>1.5.2.1 Αιτιολογία.....σελ18</i>
<i>1.5.3 Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς(συμπεριλαμβανομένου του άτυπου αυτισμού).....σελ19</i>
<i>1.6 Επιδημιολογία.....σελ19</i>
<i>1.6.1 Επιδημιολογία αυτισμού.....σελ19</i>
<i>1.6.2 Επιδημιολογία συνδρόμου Asperger.....σελ21</i>
<i>1.7 Συμπτωματολογία.....σελ21</i>

1.7.1 Συμπτωματολογία αυτισμού.....	σελ21
1.7.1.2 Θεωρίες για τον αυτισμό.....	σελ29
1.7.2 Συμπτωματολογία συνδρόμου Asperger.....	σελ31
1.7.3 Συμπτωματολογία αυτισμού και συνδρόμου Asperger σύμφωνα με τον Hans Asperger.....	σελ36
1.8 Αιτιολογία.....	σελ37
1.8.1 Αιτιολογία αυτισμού.....	σελ37
1.8.2 Αιτιολογία συνδρόμου Asperger.....	σελ46
1.8.3 Συμπέρασμα Αιτιολογίας.....	σελ46
1.8.4 Επίπεδα.....	σελ47
Κεφ.2: Αξιολόγηση – Διάγνωση	
2.1 Εισαγωγή.....	σελ48
2.2 Αξιολόγηση.....	σελ48
2.2.1 Τυπική και άτυπη αξιολόγηση.....	σελ49
2.3 Λήψη ιστορικού.....	σελ49
2.4 Διεπιστημονική αξιολόγηση.....	σελ50
2.5 Προσεγγίσεις αξιολόγησης για σύνδρομο Asperger.....	σελ50
2.6 Η συμβολή της εκπαίδευσης στην αξιολόγηση και διάγνωση του συνδρόμου Asperger.....	σελ51
2.7 Σταθμισμένες κλίμακες αξιολόγησης.....	σελ52
2.8 Το περιβάλλον της αξιολόγησης.....	σελ55
2.9 Διαγνωστικά κριτήρια αυτισμού σύμφωνα με το DSM-IV.....	σελ55
2.10 Ορισμός διαφορικής διάγνωσης.....	σελ58

2.10.1 Διαφορική διάγνωση αυτισμού.....	σελ58
2.10.2 Διαφορική διάγνωση Asperger.....	σελ62
2.10.3 Διαγνωστικά κριτήρια συνδρόμου Asperger κατά DSM-IV.....	σελ64
2.10.3.1 Διαγνωστικά κριτήρια συνδρόμου Asperger κατά Gillberg (1991).....	σελ66
2.10.3.2 Διαγνωστικά κριτήρια συνδρόμου Asperger σχετικά με τη κοινωνική συμπεριφορά.....	σελ67
2.10.4 Διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή Rett.....	σελ69
2.10.5 Διαγνωστικά κριτήρια για την Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή.....	σελ70
2.10.6 Έξι τρόποι διάγνωσης.....	σελ71
 Κεφ. 3: Παρέμβαση – Εκπαίδευση	
3.1 Εισαγωγή.....	σελ75
3.2 Εκπαίδευση ατόμων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές.....	σελ76
3.3 Ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα.....	σελ78
3.4 Θεραπεία και φροντίδα.....	σελ85
3.5 Οδηγίες για γονείς.....	σελ87
3.6 Στρατηγικές βελτίωσης της κοινωνικής συμπεριφοράς στο σύνδρομο Asperger.....	σελ89
3.7 Εκπαίδευση και αντιμετώπιση στο σύνδρομο Rett.....	σελ90
3.8 Συμβουλευτική παρέμβαση.....	σελ91
 Κεφ. 4: Μελέτη περιστατικού Asperger	
4.1 Ιστορικό περιστατικού.....	σελ93
4.2 Πρώτη αξιολόγηση περιστατικού (Οκτώβριος 2010).....	σελ96

4.3 Χαρακτηριστικά και η εξέλιξη τους (Οκτώβριος, 2010 – Φεβρουάριος 2011).....	σελ99
4.4 Δεύτερη αξιολόγηση περιστατικού (Φεβρουάριος 2011).....	σελ103
4.5 Τρίτη αξιολόγηση περιστατικού (Μαιος 2012).....	σελ107
4.6 Τελική έκθεση αξιολόγησης περιστατικού (Ιανουάριος 2012- Ιούνιος 2012).....	σελ109
Ερευνητικό κομμάτι- Ερωτήσεις.....	σελ111
❖ Πόσο έντονες είναι οι εμμονές και οι ιδεοψυχαναγκαστικές συμπεριφορές σε άτομα με σύνδρομο Asperger;	
❖ Υπάρχουν μεταπτώσεις στην ψυχολογία ατόμων με σύνδρομο Asperger;	
❖ Υπάρχει θεραπεία για τους ενήλικες με σύνδρομο Asperger και αν ναι, είναι αποτελεσματική σε αυτά τα άτομα;	
❖ Βοηθάει η λογοθεραπεία άτομα με σύνδρομο Asperger;	
❖ Είναι πιο δύσκολη η παρέμβαση σε ενήλικες;	
❖ Μπορούν οι ενήλικες με το σύνδρομο Asperger να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις μιας κοινωνικής εργασίας;	
Βιβλιογραφία.....	σελ121

Ο ΙΔΙΟΣ

Θέλω να καταλάβω τον εαυτό μου.

Θέλω να γκρεμίσω τα τείχη μου.

Αλλά δεν είναι τόσο εύκολο.

Είναι πόνος.

Δεν μπορώ.

Κάθε πέτρα που πέφτει προκαλεί

πόνους και φέρνει νέα συναισθήματα.

Ο πανικός είναι κοντά,

έρχεται!

Ψάχνω το στήριγμα μου.

Μόνος μου δεν το μπορώ.

Το ψέμα γύρω μου είναι τείχος.

Θέλω να κλοτσήσω το τείχος

αλλά δεν μπορώ.

Πρέπει να ξαναδοκιμάσω πάλι.

Δεν μπορώ.

Είμαι μια μαριονέτα της ζωής

που με κατευθύνουν άλλοι,

αλλά λανθασμένα.

Εγώ δεν μπορώ πια να πάω.

Και αρχίζουν από την αρχή.

Δεν υπάρχει μαριονέτα.

Αυτός είμαι εγώ.

Wolfgang, άτομο με αυτισμό, Αύγουστος 2000, Γερμανία.

Κεφ.1: Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ)

1.1 Ιστορική αναδρομή

1.1.1 Ιστορική αναδρομή για τον αυτισμό

Μπορεί ο Bleuler (1911), να εισήγαγε πρώτος τη λέξη «αυτισμός» από το ελληνικό «αυτός», «εαυτός» που σημαίνει «εγώ ο ίδιος» (Κ. Συνοδινού, 1994), όμως στο παρελθόν οι άνθρωποι συναντήθηκαν με τον αυτισμό. Προσπαθώντας να τον προσδιορίσουν, να τον κατανοήσουν, έπλασαν ιστορίες και μύθους, έγραψαν παραμύθια μέσα από τα οποία ζωντανεύουν εικόνες παιδιών με αυτισμό. Ο ψυχρός και θελκτικός συνδυασμός αθωότητας και «τρέλας» αναζητούσε πάντα συμβολική επεξεργασία. Οι μύθοι κρύβουν αλήθειες; Τα παραμύθια συνδέονται με την πραγματικότητα; Ίσως, δε δημιουργήθηκαν εκ του μηδενός. Η ύπαρξη και επιβίωσή τους οφείλεται εν μέρει στην πραγματική εμπειρία του αυτισμού (U. Frith, 1994).

Οι αρχαίοι μύθοι των «υποβολιμαίων παιδιών των νεράιδων» όπου αλλάζουν μορφή ανθρώπων με δικά τους, τα οποία ήταν πολύ όμορφα, παράξενα όμως και απόμακρα από τους ανθρώπους, είναι πιθανό να κατονομάζουν καταστάσεις ατόμων με αυτισμό (L. Wing, 2000).

Η Uta Frith (1994) αναφέρει συναρπαστικά παραδείγματα θρύλων και ιστορικών ατόμων, τα οποία πιθανόν να είχαν διάφορες μορφές αυτιστικών διαταραχών: η συλλογή Τα μικρά Λουλούδια του Αγίου Φραγκίσκου (The Little Flowers of St. Francis) τον 13ο αιώνα περιλαμβάνει ιστορίες σχετικά με τους πρώτους συντρόφους του Αγίου. Καμία όμως δεν μοιάζει με την ιστορία του αδερφού Juniper, μέσα από την οποία διαφαίνεται μια πλευρά του αυτισμού, δηλαδή η απόλυτα αφελής και απονήρευτη αντίληψη των πραγμάτων.

Οι «ευλογημένοι τρελοί» της παλαιάς Ρωσίας έχαιραν μεγάλου σεβασμού από όλους. Οι Challis και Dewey, σε μια ενδιαφέρουσα μελέτη τους κι ένας Άγγλος περιηγητής στη Ρωσία του 16ου αιώνα στην περιγραφή του, καταγράφουν με σαφήνεια τις

εξαιρετικές ομοιότητες των «αγίων τρελών» και της σύγχρονης διάγνωσης του αυτισμού.

Η περίπτωση ενός πεντάχρονου αγοριού που εισήχθη στο άσυλο Ψυχικών Παθήσεων του Λονδίνου (1799) περιγράφεται από το φαρμακοποιό του ασύλου, ως ένα παράξενο παιδί που δεν έπαιζε ποτέ με τ' άλλα παιδιά, αλλά μόνο του, βάζοντας σε σειρά στρατιωτάκια.

Τη Γαλλία, στα τέλη του 18ου αιώνα, συντάραξε και προκάλεσε το ενδιαφέρον όλου του πνευματικού κόσμου, το άγριο αγόρι της Aveyron, ο Victor που βρέθηκε σε πρωτόγονη κατάσταση στο δάσος. Ήταν ο Victor αυτιστικός; Οι μελέτες των Lane και Itar ήταν διαφορετικές. Ο Victor όμως παρουσιάζει έντονα τα στοιχεία της «αυτιστικής μοναχικότητας».

Το 1828, στη Νυρεμβέργη εμφανίστηκε ένας παράξενος νεαρός που περπατώντας, έλεγε συνεχώς : «Θέλω να γίνω ιππέας σαν τον πατέρα μου». Ο Kaspar Hauser, 16 ετών, πέθανε σε πέντε χρόνια. Ήταν αυτιστικός ή όχι; Τι έγκλημα διαπράχθηκε στην ψυχή του;

Το 1970, βρέθηκε ένα ακόμη «παράξενο» παιδί, η Genie, με πολλά κοινά στοιχεία με τον Kaspar.

Οι απόμακροι, εκκεντρικοί και ιδιόρρυθμοι ντετέκτιβς των αστυνομικών μυθιστορημάτων (Σέρλοκ Χολμς, Ηρακλής Πουαρό, δεσποινίς Μαρπλ...) θυμίζουν άτομα με «αυτιστική ευφυΐα» κατά τον H. Asperger.

Ο Albert Einstein και ο Isaac Newton γνωρίζουμε ότι ήταν ιδιοφυείς. Ήταν όμως άτομα με αυτισμό; Ο S. Baron – Cohen (Πανεπιστήμιο Cambridge), ειδικός στον αυτισμό, αναφέρει ότι και οι δύο είχαν πολλά συμπτώματα του συνδρόμου Asperger, αν και είναι αδύνατο να γίνει σωστή διάγνωση για άτομα που δεν ζουν. Μαζί με τον μαθηματικό Ioan James (Πανεπιστήμιο Oxford) αξιολόγησαν τα χαρακτηριστικά των δύο, για να δουν αν παρουσιάζουν τα συμπτώματα του συνδρόμου. Ο Glen Elliot, ψυχίατρος (Πανεπιστήμιο Καλιφόρνιας), πραγματοποιεί μελέτη για τις δύο προσωπικότητες, η οποία ίσως επιβεβαιώνει την αρχική υπόθεση του Baron- Cohen. Το ερώτημα όμως παραμένει. Ήταν αυτό που τους χαρακτήριζε μία μορφή αυτισμού, συνδρόμου Asperger ή κάτι άλλο; Ενδιαφέρουσα η μελέτη, όμως η κατανόηση του αυτισμού φαντάζει πολύ μακριά μας (Σ. Νότας, 2005).

Οι μύθοι ακουμπούν ορισμένες μόνο πτυχές του αυτισμού. Μας γοητεύουν, εκφράζουν τη μισή αλήθεια, δε βοηθούν στην κατανόηση της φύσης του αυτισμού και χαρίζουν μόνο προσωρινή ανακούφιση. Εκείνο που θα μας βοηθήσει, είναι η επιστημονική έρευνα, η οποία είναι απαραίτητη, αναγκαία και οφείλει να προχωρήσει πιο πέρα, σε βάθος, για να μας δώσει πληροφορίες, γνώσεις και από τα υπάρχοντα δεδομένα, άλλα να απορριφθούν και άλλα να αναγνωριστούν. Η επεξεργασία νέων στοιχείων θα βοηθήσει στην κάλυψη του φαινομένου του αυτισμού.

Ο Bleuler (1911), Ελβετός ψυχίατρος, μίλησε πρώτος για αυτισμό, εισάγοντας και τον όρο.

1.1.2 Ιστορική αναδρομή για το σύνδρομο Asperger

Σήμερα χρησιμοποιούμε τον διαγνωστικό όρο «σύνδρομο Asperger» που στηρίζεται στις εξαιρετικής οξύνοιας και ευαισθησίας περιγραφές του δρ. Hans Asperger, ο οποίος το 1944 παρατήρησε ότι κάποια από τα παιδιά που παραπέμφθηκαν στην κλινική του παρουσίαζαν παρόμοια χαρακτηριστικά προσωπικότητας και συμπεριφοράς.

Στα μέσα της δεκαετίας του 1940, η μελέτη της ψυχολογίας της παιδικής ηλικίας στην Ευρώπη και την Αμερική ήταν ένας αναγνωρισμένος και αναπτυσσόμενος επιστημονικός τομέας που σημείωνε σημαντική πρόοδο σε σχέση με τις περιγραφές, τα θεωρητικά μοντέλα και τα εργαλεία αξιολόγησης, αλλά ο Asperger δεν μπορούσε να καταλήξει σε περιγραφή και μια εξήγηση για τη μικρή ομάδα των ασυνήθιστων, παρόμοιων παιδιών που του προκαλούσαν ενδιαφέρον. Πρότεινε τον όρο Autistische Psychopathenim Kindesalter – αυτιστική ψυχοπάθεια της παιδικής ηλικίας. Η μετάφραση του πρωτότυπου γερμανικού ψυχολογικού όρου «ψυχοπάθεια» στη σύγχρονη αγγλική ορολογία θα ήταν «διαταραχή προσωπικότητας» - δηλαδή, περιγραφή της προσωπικότητας κάποιου, παρά ψυχική ασθένεια όπως η σχιζοφρένεια. (Attwood, T., 2009)

Το 1943 στη Βαρκελώνη και το 1944 στη Βιέννη οι Kanner και Asperger αντίστοιχα αναφέρονται σε όρους όπως «αυτιστικές διαταραχές της συναισθηματικής επαφής», «πρώιμο παιδικό αυτιστικό σύνδρομο» και «αυτιστικές ψυχοπάθειες της παιδικής ηλικίας» (Γκονέλα 2006). Περιγράφηκε έτσι μια ομάδα παιδιών που είχαν:

- Προβλήματα με το λόγο, την επικοινωνία και με συγκεκριμένους τρόπους σκέψης
- Παρατεταμένη συγκέντρωση σε συγκεκριμένα αντικείμενα ή δραστηριότητες
- Εξαιρετικές οπτικές ικανότητες
- Έντονη αδιαλλαξία σε μεταβολές (Lennard- Brown, S., 2004)

Η Lorna Wing, η πρώτη που χρησιμοποίησε τον όρο σύνδρομο Asperger, πίστευε ότι υπήρχε ανάγκη για μια νέα διαγνωστική κατηγορία. Παρατήρησε ότι ορισμένα παιδιά που εμφάνιζαν σαφείς ενδείξεις σοβαρού αυτισμού στη νηπιακή και πρώιμη παιδική ηλικία παρουσίαζαν σημαντική πρόοδο και θα μπορούσαν να προχωρήσουν στο αυτισμό φάσμα εάν αναγνωρίζονταν έγκαιρα και αν αντιμετωπίζονταν με εντατικά και αποτελεσματικά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης. (Attwood, T., 2009)

Ο Peter Szatmari υποστήριξε ότι εκείνα τα παιδιά με αυτισμό που αναπτύσσουν λειτουργικό λόγο στην πρώιμη ηλικία, τελικά ακολουθούν την αναπτυξιακή πορεία και παρουσιάζουν το τυπικό προφίλ ικανοτήτων ενός παιδιού με σύνδρομο Asperger. Σύμφωνα με τους Attwood και Wing η αναπτυξιακή πορεία αυτών των παιδιών μεταβάλλεται και το προφίλ των ικανοτήτων τους κατά τη διάρκεια του δημοτικού σχολείου αντιστοιχεί στα χαρακτηριστικά του συνδρόμου Asperger.

Η Nita Jackson δίνει σωστές συμβουλές για τα άτομα με σύνδρομο Asperger: «Επειδή τα άτομα με σύνδρομο Asperger μπορεί να είναι εξαιρετικά επίμονα όταν τους δίνεται η ευκαιρία, η άρνηση μπορεί να δημιουργήσει μεγάλο πρόβλημα. Όσο λιγότερο αναγνωρίζουν την κατάσταση τους τόσο λιγότερο μπορούν να βελτιώσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες και κατά συνέπεια τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να μην έχουν φίλους και/ή να θυματοποιούνται. Μη νομίζετε ότι η συνειδητοποίηση λύνει τα πάντα (δεν τα λύνει), αλλά τουλάχιστον συμβάλλει στη βελτίωση της αυτογνωσίας, πάνω στην οποία μπορούμε να οικοδομήσουμε. Από τη στιγμή που το άτομο συνειδητοποιεί, η μάθηση των τεχνικών του επαγγέλματος – ή των κανόνων του παιχνιδιού, όπως το αναφέρουν- είναι εφικτή, δεδομένου ότι δέχεται συμβουλές και καθοδήγηση από άτομα που έχουν, τουλάχιστον, βασική γνώμη του συνδρόμου.» (Attwood, T., 2009).

1.2 Ερμηνεία αυτισμού

Για την μελέτη του αυτισμού στηριζόμαστε σε τρία επίπεδα ερμηνείας, χωρίς να τα συγχέουμε: 1) το βιολογικό 2) το γνωστικό 3) το συμπεριφορικό.

Στην ερώτηση, αν ο αυτισμός είναι τμήμα της ομαλής συνέχειας της κοινωνικής συμπεριφοράς – δηλαδή, είμαστε όλοι «κατά τι αυτιστικοί», η απάντηση είναι διαφορετική σε κάθε επίπεδο ερμηνείας (F. Harpe, 1998).

- Στο βιολογικό, τα άτομα με αυτισμό είναι διαφορετικά από τα φυσιολογικά.
- Στο γνωστικό, δεν είναι τελείως διαφορετικά.
- Στο συμπεριφορικό, μπορεί να συμπεριφέρονται όπως τα πολύ συνεσταλμένα φυσιολογικά παιδιά.

Οι κοινωνικογνωστικές και κοινωνικοσυναισθηματικές δεξιότητες είναι πολύ στενά συνδεδεμένες στο άτομο. Γι' αυτό δεν μπορούμε να δώσουμε προτεραιότητα σε κανέναν από τους τρεις τομείς: γνωστικό, συναισθηματικό, κοινωνικό. Και οι τρεις συνδέονται μεταξύ τους, γι' αυτό ο L. Kanner έλεγε: «Τα παιδιά με αυτισμό έρχονται στον κόσμο χωρίς δεξιότητες, για να αναπτύξουν τις συνήθειες δεξιότητες που χρειάζονται στη ζωή».

1.3 Ορισμοί για τον αυτισμό

Είναι δύσκολο να δοθεί ένας μόνο ορισμός για τον αυτισμό, γιατί παρουσιάζει διαφορές από το πλήθος των πηγών που προέρχεται και από τους διάφορους επαγγελματίες- ειδικούς που εμπλέκονται και από τους γονείς των ατόμων με αυτισμό (V. Satkiewicz- Gayhardt et al. 2001). Για τον ορισμό του αυτισμού και τη συγγένεια του με διάφορες αναπηρικές καταστάσεις της παιδικής ηλικίας υπήρξαν πολλές διαφωνίες, αλλά και πολλές απορίες (L. Wing, 2000).

Ο αυτισμός είναι το αποτέλεσμα μιας νευρολογικής διαταραχής που επηρεάζει τη λειτουργία του εγκεφάλου και εκδηλώνεται με άτυπη μορφή επικοινωνίας, κοινωνικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων για παιχνίδι και ανταποκρίσεων στις εισερχόμενες αισθητηριακές πληροφορίες . (V. Statkiewicz- Gayhardt et al. 2001).

Αυτισμός, είναι ο κοινός όρος για ένα εύρος αναπηριών που έχουν ταξινομηθεί ως Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή (ΔΑΔ). Μια περίπλοκη βλάβη που προσβάλλει το

αισθητηριακό επίπεδο (όραση, ακοή, όσφρηση, γεύση, αφή) και το γνωστικό επίπεδο (λογική και οργανωτική σκέψη). (Παιδιά με Α/ΔΑΔ: Διεθνής Επιτροπή Αυτισμού)

Ο Χ. Αλεξίου, ως πατέρας δύο παιδιών με αυτισμό, ως πρόεδρος της ΕΕΠΑΑ και ως αντιπρόεδρος της World Autism Organization, με την οδυνηρή και πλούσια εμπειρία των 40 χρόνων, ορίζει ότι : « Ο αυτισμός είναι βέβαια πρόβλημα νευροψυχιατρικής αναπτυξιακής διαταραχής, με άλλα λόγια, είναι ένα πρόβλημα υγείας, αλλά στην αντιμετώπιση του ακόμη και στην επιστημονική αντιμετώπιση του είναι ένα πρόβλημα βαθύτατα κοινωνικό και πολιτικό που η λύση του απαιτεί πολύμορφους, πολύχρονους και επίμονους αγώνες, πρώτα και κύρια από αυτούς που βιώνουν το πρόβλημα» . (Χ. Αλεξίου, 2004)

Ιατρικός ορισμός

«Ο αυτισμός ορίζεται και διαγιγνώσκεται στη βάση χαρακτηριστικών μορφών συμπεριφοράς, όμως δεν υπάρχουν συμπεριφορές που να αποτελούν από μόνες τους μονοσήμαντη ένδειξη αυτισμού. Η συμπεριφορά είναι ουσιώδης για την αναγνώριση του αυτισμού, αλλά από μόνη της δεν μας βοηθά να κατανοήσουμε την πάθηση αυτή ή να αποφασίσουμε για τον τρόπο προσέγγισης της» (R. Jordan, 2000).

Για τον ορισμό της αυτιστικής διαταραχής, η ιατρική επιστήμη καθόρισε κριτήρια (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, (ΠΟΥ), ICD- 10, Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών, 10^η έκδοση, ΠΟΥ 1987 . DSM-IV Εγχειρίδιο Διαγνωστικής και Στατιστικής, 4^η έκδοση, Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, 1994)

Το DSM-IV εντοπίζει προβλήματα σε τρεις περιοχές, οι οποίες περιλαμβάνουν «λίιστα συμπτωμάτων».

A. Ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική συναλλαγή

B. Ποιοτική έκπτωση στην επικοινωνία

Γ. Περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων (T. Peeters, 2000).

Για να εμπίπτει ένα άτομο στην ταξινόμηση του αυτισμού πρέπει να παρουσιάζει ένα σύνολο έξι ή περισσότερων χαρακτηριστικών από τα δεκαέξι της «λίστας

συμπτωμάτων» δηλαδή δύο από την ομάδα Α, ένα από την ομάδα Β κι ένα από την ομάδα Γ, σύμφωνα με το DSM-IV (βλ. παράρτημα).

Εκπαιδευτικός ορισμός

Από την άλλη ο εκπαιδευτικός ορισμός του αυτισμού υποστηρίζει ότι περιλαμβάνει διδακτικές προσεγγίσεις, εκπαιδευτικό περιβάλλον και εξατομικευμένη εργασία. «Είναι μια προσέγγιση που βασίζεται, κυρίως, στην έντονη εξατομίκευση, στην οπτική στήριξη, στην προβλεψιμότητα και στη συνέχεια. Υπάρχουν πολλά είδη προσεγγίσεων, αφού υπάρχει μεγάλη ποικιλία ατομικών μαθησιακών αναγκών» (Γκονέλα,2006,25).

Ορισμοί από άτομα με αυτισμό

Άτομα, τα οποία πάσχουν από αυτισμό, έχουν δώσει τους δικούς τους ορισμούς. Κάποιοι από αυτούς είναι: «Ο αυτισμός δεν είναι ένα κέλυφος του ατόμου. Είναι διεισδυτικός σε κάθε πτυχή του ατόμου. Είναι ένας τρόπος ύπαρξης» (Jim Sinclair, άτομο με αυτισμό).

«Ο αυτισμός είναι απόσπαση από την εξωτερική πραγματικότητα που συνοδεύεται από μια έντονη εσωτερική ζωή» (Petit Robert, άτομο με αυτισμό).

«Ο αυτισμός είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή. Ένα ελάττωμα στα συστήματα που επεξεργάζονται τις αισθητηριακές πληροφορίες» (Temple Grandin, άτομο με αυτισμό).

«Ο αυτισμός δεν είναι ετικέτα- αναγνωρίζοντας τις δυσκολίες που μπορεί να γεννά μια ετικέτα- όσο ταμπέλα. Αυτός είναι ένας θετικός τρόπος να το σκέπτεται κανείς» (Exley, άτομο με αυτισμό) (Γκονέλα,2006,25).

1.4 Διερεύνηση του ορισμού Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ)

Από το 1960 άρχισαν να αναδύονται καινούριες ιδέες σχετικά με τη φύση των αυτιστικών διαταραχών. Το 1980, στο DSM-III και στο ICD, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά ο όρος «Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή» από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία (APA).

Ο επίσημος ορισμός για τον αυτισμό, όπως καθορίζεται από την αμερικανική ψυχιατρική ένωση στο DSM-IV, είναι Διάχυτες Αναπτυξιακές διαταραχές. Μερικές φορές ο ορισμός για τον αυτισμό χρησιμοποιείται για να περιγράψει μόνο τον αυτισμό και μερικές φορές χρησιμοποιείται για να περιγράψει και τις πέντε διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.

Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (ΔΑΔ) είναι νευροαναπτυξιακές διαταραχές που εμφανίζεται στα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού. Χαρακτηρίζονται από αποκλίσεις και καθυστερήσεις στην ανάπτυξη των κοινωνικών, επικοινωνιακών και γνωστικών δεξιοτήτων, καθώς και από επαναλαμβανόμενες, περιορισμένες και στερεότυπες συμπεριφορές και ενδιαφέροντα.

Στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές συνήθως παρατηρείται έκπτωση στους παρακάτω τομείς:

- Αμοιβαίες κοινωνικές συναλλαγές
- Επικοινωνία
- Γενική συμπεριφορά (π.χ. εμφάνιση στερεοτύπων και διασπαστικών αντιδράσεων)
- Ενδιαφέροντα
- Δραστηριότητες

Στους τομείς που προαναφέρθηκαν, τα άτομα με ΔΑΔ δε διαφέρουν μόνο λόγω καθυστέρησης στην ανάπτυξη, αλλά παρουσιάζουν και αποκλίνουσες αντιδράσεις, οι οποίες δεν συναντώνται συνήθως στα παιδιά με τυπική ανάπτυξη. Επιπλέον, οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές είναι χρόνιες στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. (American Psychiatric Association, 1994)

12 Μύθοι για τον Αυτισμό

Ο Αυτισμός :

1. ΔΕΝ είναι νόσος, αλλά διαφορετικός τρόπος ερμηνείας του κόσμου (J. Sinclair).
2. ΔΕΝ είναι ετικέτα, είναι ένδειξη.
3. ΔΕΝ είναι μια συγκεκριμένη «αυτιστική» συμπεριφορά, αλλά ο συνολικός τρόπος εκδήλωσης συμπεριφορών και τα υποκείμενα αίτια της αποτελούν ένδειξη αυτισμού.
4. ΔΕΝ είναι νοητική υστέρηση. Όμως μπορεί να υπάρχει μόνος του ή σε συνδυασμό με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές (νοητική υστέρηση, αδυναμίες στη μάθηση, επιληψία, κώφωση, τύφλωση κ.α.).
5. ΔΕΝ είναι απλά γλωσσική διαταραχή. Η ίδια είναι βασικό χαρακτηριστικό, αλλά χωρίς να είναι αυτισμός, όταν υπάρχει μόνη της.
6. ΔΕΝ είναι φταίξιμο των γονέων.
7. ΔΕΝ είναι απλά ένα «κέλυφος» από το οποίο ένα «φυσιολογικό» παιδί περιμένει να εξέλθει.
8. ΔΕΝ περιορίζεται στην παιδική ηλικία.
9. ΔΕΝ χαρακτηρίζεται από «ψυχρό» γονεϊκό περιβάλλον.
10. ΔΕΝ χωρίζεται από το πρόσωπο.
11. ΔΕΝ γεννιέται μ' ένα φυσικό τρόπο, για να συντονιστεί. Αναπτύσσει δικούς του τρόπους κατανόησης.
12. ΔΕΝ θεωρείται ψύχωση, ούτε ψυχική ασθένεια.

(Από σημειώσεις διαλέξεων στο πρόγραμμα: «Εξειδίκευση στον αυτισμό» 1999-2000)

1.5 Ταξινόμηση των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

Οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές είναι μια ευρύτερη κατηγορία που περιλαμβάνει πέντε διαταραχές:

- Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (ΔΑΔ-ΜΠΑ) ή (PDD-NOS), η οποία

περιλαμβάνει τον άτυπο αυτισμό, και είναι η πιο κοινή

- Αυτιστική Διαταραχή
- Σύνδρομο Asperger
- Σύνδρομο Rett
- Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή

Οι τρεις πρώτες από αυτές τις διαταραχές είναι κοινώς γνωστές ως διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Οι δύο τελευταίες διαταραχές είναι πολύ πιο σπάνιες, και μερικές φορές τοποθετούνται στο φάσμα του αυτισμού και μερικές φορές όχι (DSM-IV, Διαγνωστικά Κριτήρια, 1994). Πληροφορίες για την διαταραχή του αυτισμού καθώς και του συνδρόμου Asperger καταγράφονται αναλυτικά παρακάτω. Όσον αφορά τις υπόλοιπες διαταραχές καταγράφονται τα εξής:

1.5.1 Σύνδρομο Rett

Τη διαταραχή Rett ως ξεχωριστή διαγνωστική ενότητα περιέγραψε αρχικά ο Rett το 1966, μετά από αξιολόγηση και παρακολούθηση 22 ασθενών του που παρουσίαζαν κοινά συμπτώματα (Gillberg, 1989).

Το σύνδρομο Rett αποτελεί μία περίπλοκη γενετική νευρολογική διαταραχή, φυλοσχετιζόμενη με τα κορίτσια. Επηρεάζει την επικοινωνία και τις κινήσεις του σώματος. Συνηθέστερα συνδέεται με βαριά νοητική υστέρηση και κινητική αναπηρία.

Το σύνδρομο Rett έχει γενετική καταγωγή. Πιθανότατα είναι η πιο κοινή γενετική αιτία βαρύτερης νοητικής και σωματικής αναπηρίας στα κορίτσια, με επιπολασμό πλέον του 1:10.000 θήλεα (1:10.000 έως 1:15.000 θήλεα / Σημείωση: αυτό σημαίνει ότι το σύνδρομο εμφανίζεται σε 1 ανά 10.000 γεννήσεις κοριτσιών). Επηρεάζει εξίσου όλες τις φυλές και εμφανίζεται σποραδικά, αν και έχουν καταγραφεί και

μερικές περιπτώσεις, όπου εμφανίζεται σε αδέλφια, μονοζυγωτικούς διδύμους και εξαδέλφια.(Kerr & Stephenson, 1985)

Παρ' όλο που αρχικά τα συμπτώματα δεν είναι εμφανή, το σύνδρομο Rett παρουσιάζεται από τη γέννηση και γίνεται περισσότερο ευδιάκριτο στη διάρκεια του δεύτερου έτους ζωής. Πρώτος περιέγραψε τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου ο Αυστριακός ιατρός Andreas Rett το 1966 κι από εκείνον το σύνδρομο φέρει το όνομά του.

1.5.1.1 Αιτιολογία

Αν και τα ακριβή αίτια της διαταραχής Rett παραμένουν άγνωστα, επικρατέστερη θεωρία είναι της βιολογικής αιτιολογίας για τους εξής λόγους:

1. Εκτός από τις γνωστικές δυσλειτουργίες τη διαταραχή συνοδεύουν σωματικές ανεπάρκειες, ενδεικτικές εκφυλιστικής νευρολογικής νόσου
2. Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή, σχεδόν χωρίς εξαίρεση, παρουσιάζουν ανωμαλίες στο Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) μετά την ηλικία των 2 ετών
3. Εμφανίζεται μόνο σε κορίτσια

Εξάλλου, οι έρευνες που έχουν γίνει με πάσχοντα παιδιά επισημαίνουν ενδείξεις οργανικής αιτιότητας. Σε γενετικούς παράγοντες αποδίδονται η πλήρης συμφωνία της διαταραχής σε μονοζυγώτες διδύμους –ενώ δεν υπάρχει συμφωνία σε ετεροζυγώτες διδύμους-, καθώς και η κατ' αποκλειστικότητα εμφάνιση της νόσου σε θήλεα άτομα. Επιπλέον, ενοχοποιούνται μεταβολικοί, νευροπαθολογικοί, νευροανατομικοί και νεοροχημικοί παράγοντες.

Πρόσφατα ανακαλύφθηκε, ότι ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με σύνδρομο Rett εμφανίζουν μια μεταβολή ή ελάττωμα στο γονίδιο MECP2 του X χρωμοσώματος στο Xq28. Παρόλα αυτά δε γνωρίζουμε ακριβώς την αιτιολογία του συνδρόμου. Πάντως, η ανωμαλία στο χρωμόσωμα X αποτελεί αιτία θανάτου για όλα τα άρρενα, εξ ου και η διαταραχή εμφανίζεται μόνο σε κορίτσια.(Chatterjee, Ghosh, & Goh, 1990. Hagbeg,1989. Jellinger, Amstong, & Zoghbi, 1988)

1.5.2 Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή (ΠΑΔ)

Το 1993 ο Heller, βασιζόμενος στην κλινική αξιολόγηση 28 περιπτώσεων, περιέγραψε πρώτος την ΠΑΔ, την οποία χαρακτήρισε ως «βρεφονηπιακή άνοια». Τα παιδιά που εξέτασε είχαν φυσιολογική εξέλιξη στην ηλικία των 3-4 ετών, πριν, δηλαδή την εμφάνιση των συμπτωμάτων άνοιας. Την ονομασία «βρεφονηπιακή άνοια» διαδέχθηκε η ονομασία σύνδρομο Heller, ενώ ο Rutter εισήγαγε τον όρο αποδιοργανωτική ψύχωση της παιδικής ηλικίας. Η διαφοροποίηση της Παιδικής Αποδιοργανωτικής Διαταραχής από την Αποδιοργανωτική Ψύχωση υπήρξε αμφιλεγόμενο διαγνωστικό ζήτημα, γι' αυτό και ως το 1994 η ΠΑΔ δεν είχε ταξινομηθεί ως ξεχωριστή διάγνωση στο DSM.

1.5.2.1 Αιτιολογία

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η ΠΑΔ είναι άγνωστου αιτιολογίας. Μετά από σειρά ερευνών, επικρατέστερη θεωρείται σήμερα η άποψη που ενοχοποιεί βιολογικά αίτια, παρότι στο παρελθόν είχε διατυπωθεί η γνώμη ότι η ΠΑΔ ίσως να οφείλεται σε στρεσογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως η «γέννηση αδελφού» ή «παρατεταμένη νοσηλεία της μητέρας» κ.α. (Evans- Jones & Rosenbloom 1978)

Παλαιότερες έρευνες εντόπισαν νευροπαθολογικά και νευροσιολογικά ευρήματα σε μικρό αριθμό παιδιών με ΠΑΔ. Τα αποτελέσματα όμως εκείνων των ερευνών δεν επαληθεύτηκαν από μεταγενέστερες μελέτες.

Προγεννητικές και νεογνικές επιπλοκές, όπως λοιμώξεις κατά την περίοδο της κύησης, επείγουσα καισαρική τομή, επισπευσμένος τοκετός ή προβλήματα λώρου, δεν έχουν συσχετιστεί με την ΠΑΔ. Αλλά ούτε έχουν βρεθεί γενετικοί παράγοντες, όπως παράγοντες σχετικά με το ιστορικό της οικογένειας και χρωμοσωμικές ανωμαλίες που να υποδηλώνουν κληρονομική μεταβίβαση της ΠΑΔ. (Rutter, 1985)

Γενικά μπορούμε να συμπεράνουμε από τις υπάρχουσες έρευνες ότι αν υπάρχουν ενδείξεις νευρολογικών ανωμαλιών, δεν γνωρίζουμε τα ακριβή γενεσιουργά αίτια της ΠΑΔ.

1.5.3 Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (συμπεριλαμβανομένου του άτυπου αυτισμού)

Η διάγνωση Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, σύμφωνα με το DSM-IV, χρησιμοποιείται για περιστατικά που παρουσιάζουν εκτεταμένη απώλεια στις αμοιβαίες κοινωνικές συναλλαγές ή στις λεκτικές και μη λεκτικές επικοινωνιακές δεξιότητες ή στερεοτύπη συμπεριφορά, στερεότυπα ενδιαφέροντα και στερεότυπες δραστηριότητες αλλά δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για Σχιζοφρένεια, για Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας ή για Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας. Για παράδειγμα στη κατηγορία αυτή περιλαμβάνεται ο άτυπος αυτισμός- διαταραχή που δεν πληρεί τα κριτήρια για Αυτιστική Διαταραχή, επειδή είτε πρωτοεμφανίζεται μετά την πρώιμη παιδική ηλικία είτε εμφανίζει άτυπη ή οριακή συμπτωματολογία είτε όλα τα παραπάνω.

1.6 Επιδημιολογία

1.6.1 Επιδημιολογία αυτισμού

Σύμφωνα με την αρχική αναφορά του Kanner (1943) η συχνότητα του αυτισμού ανέρχεται σε 4-5/10.000. Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι είναι υψηλότερη. Σε παιδιά προσχολικής ηλικίας η συχνότητα ανέρχεται στο 16,8/ 10.000, ενώ το ποσοστό των υπόλοιπων αναπτυξιακών διαταραχών αντιστοιχεί στο 45,8/10.000. Διαφορετικές ανασκοπήσεις των 30 και πλέον επιδημιολογικών μελετών, από τη δεκαετία του 1960 έως σήμερα αναφέρουν ότι η συχνότητα του αυτισμού ανέρχεται σε 12,7/10.000.

Θα έλεγε κανείς ότι είναι αδύνατο να ξέρουμε τον ακριβή αριθμό, εφόσον δεν γνωρίζουμε ακόμα τη φύση του αυτισμού. Ωστόσο, δεν είναι έτσι. Οι πληθυσμιακές έρευνες βασίζονται σε συγκεκριμένα συμπεριφορικά κριτήρια. Εκ πρώτης όψεως η επιλογή των κριτηρίων ίσως μοιάζει αυθαίρετη, εφόσον μπορεί κανείς να κάνει λόγο για ένα αναγνωρίσιμο σύνδρομο μόνο εάν τα συμπτώματα παρουσιάζονται μαζί στην πραγματικότητα. Ωστόσο η έρευνα είναι σε θέση να εξακριβώσει τι είναι αυτό αν συμβαίνει ή όχι. Επίσης, μπορεί να μας πληροφορήσει για τη διακύμανση των συμπτωμάτων από άτομο σε άτομο και ποια είναι τα πρώτα διαγνωστικά σημεία. Τα στοιχεία που συγκεντρώνονται στις μεγάλης κλίμακας έρευνες, αποτελούν απαραίτητο συμπλήρωμα για τη λεπτομερή επεξεργασία των επιμέρους περιπτώσεων.

Η συχνότητα θεωρείται ότι έχει αυξηθεί, ίσως λόγω καλύτερης διάγνωσης σε 1 στα 166 παιδιά και είναι 4 φορές πιο συχνό στους άρρενες. Τα αδέρφια αυτιστικών παιδιών έχουν 4-10 % αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης αυτισμού.

Το 1966, ο Victor Letter ολοκλήρωσε την πρώτη επιδημιολογική μελέτη του αυτισμού ανακαλύπτοντας μια γεωγραφικά προκαθορισμένη περιοχή. Η μελέτη του ήταν εγκεκριμένη από την GC Μονάδα Κοινωνικής Ψυχιατρικής του Λονδίνου, η οποία πρωτοστάτησε στις ψυχιατρικές επιδημιολογικές έρευνες. Ο Letter εξέτασε πρώτα όλα τα παιδιά από 8 έως 10 χρονών που κατοικούσαν στην επαρχία Middlesex το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Εξετάστηκαν συνολικά 78.000 παιδιά. Στην αρχή εντόπισε όλα εκείνα τα παιδιά που συγκέντρωναν τις περισσότερες πιθανότητες να είναι αυτιστικά, ταχυδρομώντας ερωτηματολόγια στους δασκάλους και άλλους επαγγελματίες που ασχολούνται με παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδας. Στη συνέχεια, συμβουλευτήκε τους ιατρικούς φακέλους και πραγματοποίησε ατομικές συνεντεύξεις. Κατ' αυτό τον τρόπο μπόρεσε να εντοπίσει 135 περιπτώσεις, τις οποίες διερεύνησε λεπτομερώς μια προς μια. Το αποτέλεσμα του εξονυχιστικού ελέγχου ήταν μια ομάδα 35 παιδιών που εμφάνιζε μεγάλες ομοιότητες με τις περιπτώσεις που είχε περιγράψει ο Kanner. Με αυτό τον τρόπο βρέθηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης στον παιδικό πληθυσμό ήταν 2,6 αγόρια προς ένα κορίτσι.

Και τα 35 παιδιά της τελικής ομάδας παρουσιάζουν παντελή έλλειψη συναισθηματικής επαφής και ψυχαναγκαστική εμμονή στην ομοιότητα. Τα συμπτώματα αυτά δεν εμφανίστηκαν πριν από την ηλικία των 5 χρονών. Ύστερα ο Lotter, χώρισε την ομάδα στα παιδιά που παρουσίαζαν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα σε ένα έντονο βαθμό και στα άλλα που τα παρουσίαζαν σε ηπιότερη μορφή. Διέκρινε έτσι μια πυρηνική και μια μη πυρηνική ομάδα. Υπάρχουν 15 πυρηνικά παιδιά (συχνότητα εμφάνισης 2 στα 10.000) και 20 μη πυρηνικά παιδιά. Η συχνότητα εμφάνισης ήταν μεγαλύτερη στην πυρηνική ομάδα (2,8 προς 1) παρά στη μη πυρηνική (2,4 προς 1). Εκτός από αυτά τα παιδιά, υπήρχαν κι άλλα 26 που παρουσίαζαν τα δυο κλασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του αυτισμού σε ακόμη ηπιότερη μορφή. Επιπροσθέτως υπήρχε και ένας σημαντικός αριθμός παιδιών με βαριά νοητική υστέρηση που ήταν μουγκά και παρουσίαζαν κοινωνική απόσυρση. (Uta Frith : «Αυτισμός α, σελ: 65-66).

1.6.2 Επιδημιολογία συνδρόμου Asperger

Αν και δεν έχουν γίνει συστηματικές επιδημιολογικές έρευνες, η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου είναι περιορισμένη (περίπου 0,25% του πληθυσμού). Σε μια επιδημιολογική μελέτη στο Γκέτεμποργκ της Σουηδίας, η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου σε παιδιά ηλικίας 7-16 ετών ήταν 0,7% (0,55% στα αγόρια και 0,15% στα κορίτσια) με αναλογία εμφάνισης 4 αγόρια προς 1 κορίτσι. (Gillberg & Gillberg, 1989).

Σε αντίστοιχη πληθυσμιακή μελέτη στον Καναδά, η συχνότητα εμφάνισης αυτιστικών διαταραχών συμπεριλαμβανομένου και του συνδρόμου Asperger ήταν 0,024%. Τέλος, στη Μ. Βρετανία υπολογίζεται πως υπάρχουν περίπου 47.400 παιδιά με το σύνδρομο Asperger.

1.7 Συμπτωματολογία

1.7.1 Συμπτωματολογία αυτισμού

Η αυτιστική διαταραχή ή αυτισμός αποτελεί σοβαρή μορφή ΔΑΔ και έχει χαρακτηριστεί ως διαταραχή «φάσματος», που σημαίνει ότι η κλινική εικόνα του αυτισμού δεν είναι ομοιογενής, αλλά κυμαίνεται από ηπιότερες μορφές (με ελάχιστα και σε ήπια μορφή αυτιστικά στοιχεία και φυσιολογική νοημοσύνη) μέχρι βαρύτερες μορφές (με πολλαπλά αυτιστικά στοιχεία συνοδευμένα από βαριά νοητική καθυστέρηση). Τη συμπτωματολογία του αυτισμού μπορούμε γενικά να τη διακρίνουμε σε «ελλείψεις» και «πλεονασμούς» της συμπεριφοράς. Οι ελλείψεις αφορούν στους βασικότερους τομείς της ανάπτυξης, όπως :

Προσοχή:

- Αποφυγή βλεμματικής επαφής
- Διάσπαση προσοχής
- Ελάχιστη ή υπερβολική ενασχόληση με ορισμένα αντικείμενα
- Εκδήλωση ανησυχίας

Προφορικός λόγος:

- Ηχολαλία

- Ακατάληπτη άρθρωση
- Ακατάλληλοι κυματισμοί της φωνής
- Ακατάλληλη ένταση φωνής
- Ασυνάρτητος λόγος
- Επαναληπτικός λόγος

Κοινωνικές και Συναισθηματικές Εκδηλώσεις:

- Αποφυγή ή άρνηση σωματικής επαφής
- Αποφυγή ή άρνηση κοινωνικής επαφής/επικοινωνίας
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για συνομηλίκους
- Έλλειψη γενικά ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους
- Έλλειψη πρωτοβουλίας και ανταπόκρισης σε κοινωνικές συναλλαγές
- Απάθεια σε ερεθίσματα που προκαλούν φόβο
- Υπερβολική αντίδραση φόβου σε ερεθίσματα που συνήθως δεν προκαλούν φοβική αντίδραση
- Απάθεια ή υπερβολική αντίδραση στον αποχωρισμό από την μητέρα
- Απαθείς ή ανάρμοστες με το περιβάλλον συναισθηματικές εκφράσεις
- Έλλειψη ενσυναίσθησης

Παιχνίδι:

- Ιδιόρρυθμη χρήση παιχνιδιών
- Αποχή από συμβολικό παιχνίδι ή αναπαραστατικό παιχνίδι
- Αποχή από το δυαδικό ή ομαδικό παιχνίδι με συνομηλίκους
- Υπερβολική προσκόλληση σε ορισμένα παιχνίδια
- Ενδιαφέρον για πολύ περιορισμένο αριθμό παιχνιδιών

Αισθητηριακή Επεξεργασία:

- Ιδιόρρυθμη επεξεργασία οπτικών ερεθισμάτων (π.χ. απλανές βλέμμα)
- Αδιαφορία ή υπερβολική αντίδραση σε ακουστικά ερεθίσματα (π.χ. δεν αντιδρά σε ένα δυνατό κρότο, ενώ κλείνει τ' αυτιά του στο άκουσμα της ηλεκτρικής σκούπας)
- Αδιαφορία ή υπερβολική αντίδραση σε οπτικά ερεθίσματα (π.χ. μένει απαθής σε πρόκληση πόνου, ενώ δεν ανέχεται το χάδι)
- Υπερευαισθησία σε ορισμένες γεύσεις και οσμές

Επιλεκτική Προσοχή σε Ορισμένα Χαρακτηριστικά των Ερεθισμάτων του Περιβάλλοντος ή υπερεπιλεκτικότητα:

•Έχει την τάση να εστιάζει τη προσοχή σε μεμονωμένα χαρακτηριστικά των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος, όπως στο χρώμα ή στο σχήμα, με αποτέλεσμα να επεξεργάζεται αποσπασματικά και όχι σφαιρικά. Η αποσπασματική ή υπερεπιλεκτική αυτή επεξεργασία επιτείνει τη δυσκολία πού έχει το άτομο με αυτισμό να διακρίνει και να αναγνωρίζει αντικείμενα ή σύμβολα και να γενικεύει τις δεξιότητες του με καινούργια ερεθίσματα και σε καινούργιες συνθήκες. Για παράδειγμα αν έχει μάθει να ονομάζει το πρόσωπο πού απεικονίζει κάποια φωτογραφία, δεν το αναγνωρίζει παρά μόνο από τη συγκεκριμένη φωτογραφία. Δεν αντιλαμβάνεται ότι το πρόσωπο πού απεικονίζεται σε διαφορετικές φωτογραφίες είναι το ίδιο. Αυτή η δυσκολία οφείλεται στη στην αποσπασματική παρατήρηση κάποιου στοιχείου ή στοιχείων της φωτογραφίας, όπως τα ρούχα του απεικονιζόμενου ή το τοπίο, αντί της σφαιρικής παρατήρησης όλων των χαρακτηριστικών του προσώπου πού αποτελεί το κύριο ερέθισμα για την αναγνώριση ανθρώπων.

Γνωστικές Λειτουργίες:

- Νοητική καθυστέρηση
- Ασταθής μάθηση
- Αναπτυξιακά χάσματα στους γνωστικούς τομείς
- Μαθησιακή παλινδρόμηση

Οι «πλεονασμοί» στη συμπεριφορά των ατόμων με αυτισμό σχετίζονται κυρίως σε δυσπροσάρμοστες και στερεοτυπικές αντιδράσεις και μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

Διασπαστική Συμπεριφορά:

- Κρίσεις θυμού
- Ανυπακοή
- Επιθετικότητα
- Αυτοτραυματισμοί

Στερεοτυπικές Αντιδράσεις:

- Σε οπτικά ερεθίσματα (π.χ. οπτική παρακολούθηση με μισόκλειστα μάτια, παρακολούθηση αντικειμένων κρατώντας και στρίβοντας τα σαν σβούρα)
- Στην ομιλία (π.χ. ασυνάρτητοι ήχοι ή φράσεις κατ' εξακολούθηση)
- Στη οσμή (π.χ. μυρίζει επίμονα τα αντικείμενα ή τους ανθρώπους)
- Στη γεύση (π.χ. κρατά τροφές στο στόμα για πολλή ώρα)
- Στην αφή (π.χ. τρίβει τα δάχτυλα μεταξύ τους)
- Στην κίνηση (π.χ. κουνάει τα δάχτυλα, τα χέρια ή τα πόδια του για πολλή ώρα, σφίγγει τους μύες του)
- Τελετουργίες (π.χ. τοποθετεί αντικείμενα σε μια ευθεία γραμμή)

Ιδιαίτερες Ικανότητες:

- Εξαιρετική ικανότητα απομνημόνευσης και παπαγαλίας
- Υψηλή αριθμητική ικανότητα
- Υπερλεξία
- Επιδεξιότητα σε πάζλ και σε παιχνίδια με περίπλοκους μηχανισμούς

(Frith, U. 1994)

Συμπτωματολογία Βρεφικής ηλικίας.

Πιο συγκεκριμένα έχουμε να παρουσιάσουμε τα εξής:

- 1.Φτωχός θηλασμός τις πρώτες εβδομάδες της ζωής.
- 2.Ασυνήθιστα καλή και ήρεμη συμπεριφορά, ή αντίθετα, συνεχές κλάμα και ουρλιαχτό, το οποίο και δεν σταματά.
- 3.Αδιαφορία ή δυσφορία στο χάιδεμα.
- 4.Δυσφορία στο άλλαγμα των rampers, στο χτένισμα κ.λπ.
- 5.Αδιαφορία στη μητέρα ή σε όποιον το φροντίζει, προτιμά να είναι μόνο, ή προσκόλληση σε ένα άτομο μόνο, σε ασυνήθιστο βαθμό.
- 6.Φτωχή βλεμματική επαφή, π.χ. κατά το τάισμα.
- 7.Δεν αναζητά την κοινωνική επαφή με αυτόν που το φροντίζει.
- 8.Δεν απλώνει τα χέρια να το πάρουν αγκαλιά.
- 9.Έλλειψη αμοιβαιότητας στα παιχνίδια, έλλειψη μίμησης της έκφρασης ή των κινήσεων του ατόμου που το φροντίζει.
- 10.Περιορισμένο ψέλλισμα σε ποσότητα και ποιότητα.
- 11.Δε συμμετέχει σε «προγλωσσική συζήτηση» με το άτομο που το φροντίζει.
- 12.Δε δείχνει ή δείχνει περιορισμένη προσοχή, προκειμένου να επικοινωνήσει.
- 13.Δεν τραβά την προσοχή του ατόμου που το φροντίζει σε αντικείμενα που το ενδιαφέρουν με σκοπό το μοίρασμα της ευχαρίστησης.
- 14.Δεν αντιδρά στις προσπάθειες του ατόμου που το φροντίζει, να του τραβήξει δηλαδή την προσοχή σε αντικείμενα ή γεγονότα.
- 15.Δε χαιρετά αυθόρμητα, δεν κάνει «γεια» σε γνωστά άτομα.
- 16.Δείχνει υπερβολικό ενθουσιασμό με, π.χ. ειδικά αντικείμενα, φώτα, σχέδια ταπετσαρίας κ.λπ.

17.Γενικότερο αίσθημα ότι το βρέφος είναι παράξενο και διαφορετικό από άλλα βρέφη.

(Eisenberg, L., & Kanner, L, 1956)

Διαταραγμένη κοινωνική συμπεριφορά

Έκπτωση στην κοινωνική συμπεριφορά που εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

(α) την καταφανή έκπτωση στην εξωλεκτική συμπεριφορά, όπως είναι η βλεμματική επαφή, οι εκφράσεις του προσώπου, οι στάσεις του σώματος και οι χειρονομίες που ρυθμίζουν κοινωνικές συναλλαγές.

(β) την αποτυχία στην ανάπτυξη σχέσεων με συνομηλίκους, όπως αναμένεται από άτομα της ηλικίας τους

(γ) τη μη αναζήτηση είτε απολαύσεων και ενδιαφερόντων με άλλα άτομα είτε κοινοποίησης επιτευγμάτων (π.χ. αποφεύγουν να επιδείξουν σε άλλους αντικείμενα που τους ενδιαφέρουν)

(δ) την έλλειψη κοινωνικής και συναισθηματικής αμοιβαιότητας

Διαταραγμένη Επικοινωνία

Ποιοτική έκπτωση στη επικοινωνία που εκδηλώνεται με ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω σημεία:

(α) καθυστερημένη ή ανύπαρκτη ομιλία (που δεν συνοδεύεται από προσπάθεια αναπλήρωσης μέσω αναπληρωματικών τρόπων επικοινωνίας, όπως χειρονομίες και παντομίμα)

(β) σε άτομα με επαρκεί ομιλία, καταφανής έκπτωση στην ικανότητα έναρξης ή διατήρησης συνομιλιών με άλλους ανθρώπους

(γ) χρήση στερεότυπου, επαναληπτικού και με άλλες ιδιομορφίες λόγου

(δ) απουσία ποικίλου και αυθόρμητου παιχνιδιού και παιχνιδιού με παίξιμο ρόλων, ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού

Στους τομείς που προαναφέρθηκαν, τα άτομα με αυτισμό δεν διαφέρουν μόνο από λόγο καθυστέρησης στην ανάπτυξη, αλλά παρουσιάζουν και αποκλίνουσες αντιδράσεις, οι οποίες δεν συναντώνται συνήθως σε παιδιά με τυπική ανάπτυξη.

Η γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού με αυτισμό

Οι γλωσσικές αδυναμίες εκδηλώνονται σε επίπεδο φωνητικής σύνταξης. Ο λόγος του χαρακτηρίζεται τις περισσότερες φορές από αυτόματες φράσεις, φωνές χωρίς κανένα νοηματικό περιεχόμενο, συλλαβές επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικά. Καθώς το παιδί κοινωνικοποιείται το λεξιλόγιό του εμπλουτίζεται σταδιακά.

Η ομιλία του παιδιού με αυτισμό είναι μονότονη, άρρυθμη, στερείται της κανονικής φωνητικής μελωδίας. Διακρίνεται συνήθως για την τηλεγραφική της μορφή και παρουσιάζει, εκτός των άλλων, και φαινόμενα ηχολαλίας, δηλαδή παθητικές επαναλήψεις λέξεων ή φράσεων χωρίς νόημα, που άκουσε το παιδί από ανθρώπους του περιβάλλοντός του.

Στην ιδιόμορφη γλωσσική πορεία, προφέρει κατ' αρχήν τα ουσιαστικά και λίγο αργότερα τα ρήματα. Με δυσκολία κατανοεί αφηρημένες έννοιες. Αντίθετα αναφέρεται συνεχώς σε συγκεκριμένα αντικείμενα. Δεν χρησιμοποιεί την αντωνυμία «εγώ». Οι αναφορές στον εαυτό του γίνονται σε δεύτερο και τρίτο πρόσωπο: λέει π.χ. «Ο Χρήστος θέλει νερό» ή «θέλεις νερό», ενώ στην πραγματικότητα εκείνο θέλει το νερό.

Το παιδί με αυτισμό δημιουργεί και χρησιμοποιεί λέξεις χωρίς νόημα, που δεν υπάρχουν στη γλώσσα που μιλάμε, περικλείουν όμως κάποια ιδιαίτερη σημασία για το παιδί. (Uta Frith, 1994)

Επαναλαμβανόμενες – Στερεοτυπικές συμπεριφορές

Σχεδόν όλα τα παιδιά με αυτισμό, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους εμφανίζουν κάποιο βαθμό ακαμψίας και ρουτίνας.

Ο ορισμός και η ταξινόμηση των επαναλαμβανόμενων πράξεων είναι ιδιαίτερα ανεπαρκείς και οι χαρακτηρισμοί (στερεοτυπίες, εμμονές, τελετουργίες, καταναγκασμοί, κ.α.) συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά (U. Frith, 1994). Διάκριση μεταξύ τους πάνω σε επιστημονική βάση είναι δύσκολο να γίνει. Αν και πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί, αναπτύχθηκαν θεωρίες, δόθηκαν εξηγήσεις,

έγιναν προτάσεις, τη λύση του αινίγματος δεν τη γνωρίζουμε ακόμα. Το περιεχόμενο και η ποιότητα τους δεν έχουν μέχρι τώρα διερευνηθεί συστηματικά.

Οι διαδικασίες αυτών των συμπεριφορών αποτελούν πλέον σημαντικά χαρακτηριστικά του αυτισμού. Το λίκνισμα του σώματος, ο βηματισμός, η τοποθέτηση αντικειμένων στο στόμα κ.α. κρύβουν πίσω τους και άλλα στοιχεία. Οι συμπεριφοριστικές τεχνικές δεν επιτυγχάνουν την απόλυτη εξαφάνιση τους, μπορούν όμως να τις μειώσουν σ' ένα επίπεδο, αν αυτές παρεμβάλλονται σε άλλες δραστηριότητες του ατόμου (C. Shulman, 2004). Έτσι θα φανούν χρήσιμες για τα ίδια τα άτομα.

Στερεοτυπίες

Είναι επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες, συχνά απλές, όχι ιδιαίτερες πολύπλοκες και χωρίς εγγενή αλληλουχία κατά την εκτέλεση τους. Μια στερεοτυπική συμπεριφορά αποκλείει την πιθανότητα διαταραχής tic. Διατηρούνται σε όλο το ηλικιακό φάσμα, με μεγαλύτερη συχνότητα στα μικρά παιδιά, αλλά και σε ενήλικες, μόνο σε καταστάσεις stress και θυμού. Στερεοτυπικές συμπεριφορές είναι: ελικοειδής συστροφή των χεριών, χοροπηδητό, τοποθέτηση πραγμάτων σε σειρά, άγγιγμα-μύρισμα – στριφογύρισμα αντικειμένων, δάγκωμα χεριών, χτύπημα κεφαλιού, τράβηγμα μαλλιών κ.α. (I. Cohen, 2004)

Τελετουργίες

Ονομάζονται οι περίπλοκες δραστηριότητες που συμβαίνουν με συγκεκριμένη αλληλουχία, ακολουθούν κάποιους συγκεκριμένους κανόνες, χωρίς να χαλάει η σειρά, γιατί επιφέρει μεγάλη αναστάτωση. Σχετίζεται μ' ένα υποκείμενο άγχος ή με ψυχαναγκαστική προσωπικότητα ή με ψυχαναγκαστικές διαταραχές. Το άτομο όταν τις εκτελεί ανακουφίζεται από το άγχος. Όταν τρίβεις τα χέρια σου μπροστά στα μάτια σου, χτυπάς με θόρυβο τα χέρια σου, στροβιλίζεσαι γύρω από τον εαυτό σου κ.α., λειτουργείς τελετουργικά. (Γ. Τσιούρης, 2004)

Εμμονές

Έτσι λέγονται οι συμπεριφορές που ξεκινούν συχνά ως ήπια προβλήματα στην πρώιμη παιδική ηλικία και καθώς μεγαλώνει το παιδί, απλώνονται σ' ένα μεγάλο εύρος ενεργειών του. Κάποια άτομα εμπλέκονται στις εμμονές τους με τέτοια ένταση

που χάνουν ακόμη και την επαφή τους με το περιβάλλον. Εμμονικά ενδιαφέροντα είναι οι συλλογές αντικειμένων, οι προσκολλήσεις σε αντικείμενα, η αντίσταση στην αλλαγή περιβάλλοντος, τα προβλήματα διατροφής και ύπνου. (I. Cohen, 2004)

Ιδεοληψίες

Ιδεοληψία είναι η επαναληπτική σκέψη, ο τρόπος λειτουργικότητας του ατόμου με αυτισμό, μια επικοινωνία, ο τρόπος αφομοίωσης των εμπειριών του. Είναι κάτι ευχάριστο για το ίδιο το άτομο, καθώς και προστασία τους από το stress. (L. Parren, 1999)

1.7.1.2 Θεωρίες για τον αυτισμό

Υπάρχουν πολλές θεωρίες για την εξήγηση του φαινομένου του αυτισμού.

Κάποιες από αυτές είναι:

1. Θεωρία υπερεπιλεκτικότητας των συναισθημάτων.
2. Θεωρία αδύναμης κεντρικής συνοχής.
3. Θεωρία μετωπιαίου λοβού (μetailχμιακό σύστημα) κι εκτελεστικών λειτουργιών.
4. Θεωρία κεντρικής συνοχής.
5. Θεωρία Hobson (κοινωνικής αντίληψης).
6. Θεωρία διαστρεβλωμένης αντίληψης.
7. Θεωρία του test του εγκεφάλου.
8. Θεωρία της έλλειψης της ικανότητας του παιδιού να απαγκιστρώνεται από το αντικείμενο.
9. Θεωρία αναφοράς αντικειμένων, φωτογραφιών, εικόνων κ.α.
10. Θεωρία του νου (Γλήνου και Serratt: Διαλέξεις στο πρόγραμμα «Εξειδίκευση στον αυτισμό»)

Οι σύγχρονες θεωρίες του αυτισμού ομαδοποιούνται ως εξής:

A. Αυτές που υποστηρίζουν ότι η αποτυχία σε test εσφαλμένης αντίληψης (π.χ. Sally- Ann test) δεν αντικατοπτρίζει μια έλλειψη νοητικής δραστηριότητας, αλλά, μάλλον, κάποια άλλη ανεπάρκεια ή τέχνασμα που εμπεριέχεται στο test.

B. Αυτές που δέχονται ότι η αποτυχία σε test εσφαλμένης αντίληψης αντικατοπτρίζει μια έλλειψη νοητικής δραστηριότητας, αλλά αρνούνται ότι αυτό είναι η πρωταρχική, κεντρική, ψυχολογική ανεπάρκεια, με βάση:

- Την έλλειψη του στοιχείου καθολικότητας αυτής της ανεπάρκειας
- Την έλλειψη αιτιώδους προτεραιότητας που αφορά αυτή την ανεπάρκεια (Jodan και Serratt : Διαλέξεις στο Πρόγραμμα : «Εξειδίκευση στον Αυτισμό»)

Η πιο ελκυστική απ' όλες τις θεωρίες είναι η θεωρία του Νου.

Θεωρία του Νου (Theory of Mind)

Είναι η πλέον σύγχρονη ψυχολογική θεωρία. Ο όρος «θεωρία του νου» αναφέρεται στην ικανότητα να αντιληφθούμε ότι οι άλλοι διαθέτουν νοητικές λειτουργίες (π.χ. προθέσεις, ανάγκες, επιθυμίες, πεποιθήσεις...), οι οποίες μπορεί να διαφέρουν από τις δικές μας (Α. Γληνού, 1999). Επίσης και στην ικανότητα του ατόμου να αποδίδει ανεξάρτητες νοητικές καταστάσεις στον εαυτό του και στους άλλους, για να μπορεί να ερμηνεύει συμπεριφορές.

Οι Premack και Woodruff (1978) έκαναν πειράματα σχετικά με τη «θεωρία της Νόησης», πρώτα σε χιμπαντζήδες και μετά σε ανθρώπους. Τότε θεωρήθηκε όχι ως μια συνειδητή θεωρία. Αλλά ως ένας εγγενής δοσμένος γνωστικός μηχανισμός που επιτρέπει την αναπαράσταση νοητικών καταστάσεων.

Οι Baron – Cohen, Lesli and Frith (1985) εξέτασαν 20 παιδιά με αυτισμό και με Νοητική Ηλικία άνω των 4 ετών στο κλασικό Sally- Ann test. Υποστήριξαν ότι τα άτομα με αυτισμό δε διαθέτουν τη «θεωρία της Νόησης». Υπέδειξαν ότι η τριάδα των μειονεκτημάτων της συμπεριφοράς, που διέπει τον αυτισμό, είναι το αποτέλεσμα μιας ανεπάρκειας της θεμελιώδους ανθρώπινης ικανότητας, που αφορά την «ανάγνωση του νου», ικανότητα που δε διαθέτουν τα άτομα με αυτισμό (F. Harpe, 1998).

Ο A. Leslie (1987) στην έρευνα του σχετικά με την υπόκριση υπέθεσε ότι τα παιδιά με αυτισμό διακρίνονται για έλλειψη μετα- αναπαραστάσεων κι έτσι αδυνατούν να σκεφτούν νοητικές καταστάσεις. Δεν δείχνουν υποκριτική συμπεριφορά π.χ. «σκέφτομαι», «πιστεύω».

Η U. Frith με τους συνεργάτες της (1989) ερεύνησαν τη «θεωρία της Νόησης» σε παιδιά με αυτισμό Kanner και διαπίστωσαν ότι μια θεμελιώδης δυσχέρεια στον αυτισμό έγκειται στην κατανόηση των ψυχικών καταστάσεων, όπως σκέψη και συναίσθημα. Αυτό οδηγεί σε μια σειρά συνεπειών για τη μάθηση, τη συμπεριφορά και την επικοινωνία.

Ο Baron- Cohen (1990) περιέγραψε την έλλειψη της «θεωρίας της Νόησης» ως «Νοητική Τύφλωση», δηλαδή ως έλλειψη της ικανότητας του ατόμου να «δραστηριοποιείται διανοητικά».

Η θεωρία είναι επιτυχής στην πρόβλεψη και στην ερμηνεία των καθολικών και ειδικών χαρακτηριστικών του αυτισμού. Υποδεικνύει ότι τα άτομα με αυτισμό δεν έχουν την ικανότητα να σκέφτονται για ιδέες (δικές τους και των άλλων), οπότε είναι ανεπαρκή σε ορισμένες δεξιότητες που αφορούν την κοινωνικότητα, επικοινωνία, δημιουργική φαντασία. Δεν κατανοούν τις ψυχικές καταστάσεις, άρα δεν έχουν ενσυναίσθηση, ούτε επικοινωνιακή έφεση.

Υποστηρίζει ότι οι μειονεξίες στον αυτισμό είναι δευτερογενείς.

Σύμφωνα με τη θεωρία, τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν:

1. Γνωσιακό έλλειμμα και πολλές διαταραχές
2. Άμεση εκτέλεση ιστοριών που υπαινίσσονται κάτι μηχανικό, αλλά αδυναμία εκτέλεσης ιστοριών με νοητική κατάσταση
3. Αδυναμία ανάπτυξης συμπεριφορών που συναντώνται στα φυσιολογικά παιδιά.

Η «θεωρία του Νου» απαντά σε μερικές μόνο ερωτήσεις για τα παιδιά με αυτισμό, όχι σε όλες. Παραμένει περιορισμένη, ενώ πολλά στοιχεία της δεν έχουν εξεταστεί και δεν έχει αποδειχθεί η ισχύς τους στον αυτισμό. Γι' αυτό δέχεται πολλές κριτικές.

1.7.2 Συμπτωματολογία συνδρόμου Asperger

Το σύνδρομο Asperger χαρακτηρίζεται από διαταραχές σε τρεις τομείς της ανάπτυξης. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχουν προβλήματα κινητικού συντονισμού.

Τα τυπικά χαρακτηριστικά του ατόμου με σύνδρομο Asperger περιλαμβάνουν:

1. Κοινωνική αλληλεπίδραση

- Είναι κοινωνικά απομονωμένο, αλλά μπορεί να μην ανησυχεί γι' αυτό.
- Μπορεί να δυσφορεί και να αγχώνεται στην προσπάθεια του να προσαρμοστεί στις προσεγγίσεις και τις κοινωνικές απαιτήσεις των άλλων.
- Αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι οι συνομήληκοι του έχουν φίλους κυρίως όταν πλησιάζει στην εφηβεία. Μπορεί να θέλει τότε να κάνει φίλους, αλλά δε διαθέτει τις δεξιότητες που απαιτούνται για να δημιουργήσει και να διατηρήσει φιλίες.
- Δυσκολεύεται να αντιληφθεί τα κοινωνικά σήματα.
- Μπορεί να συμπεριφέρεται με κοινωνικά ακατάλληλο τρόπο- το να τραγουδά κανείς είναι φυσιολογικό, αλλά είναι παράξενο όταν τραγουδά σε μια συναυλία στο Μέγαρο Μουσικής.

2. Κοινωνική επικοινωνία

- Μπορεί να έχει επιφανειακά τέλειο λόγο αλλά τείνει να είναι τυπικός και σχολαστικός. «Πώς είσαι; Με λένε Γιώργο». Μπορεί να είναι ο συνήθης χαιρετισμός ενός παιδιού με το σύνδρομο ο οποίος το διακρίνει και το απομονώνει.
- Συχνά η φωνή του δεν έχει εκφραστικότητα. Μπορεί ,επίσης, να δυσκολεύεται να κατανοήσει το διαφορετικό τόνο της φωνής των άλλων. Οι περισσότεροι από εμάς μπορούμε να αντιληφθούμε εάν κάποιος είναι θυμωμένος, βαριεστημένος ή ενθουσιασμένος και μόνο από τον τόνο της φωνής του. Το παιδί με σύνδρομο Asperger συχνά δε μπορεί να κάνει αυτές τις διακρίσεις, γεγονός που οδηγεί σε δυσκολίες. Μια δασκάλα επινόησε έναν οπτικό τρόπο για να καταλαβαίνει το παιδί ότι ήταν θυμωμένη μαζί του : «Να ξέρεις ότι όταν βγάλω τα γυαλιά μου θα έχω θυμώσει μαζί σου.». Ο ανεβασμένος τόνος φωνής δεν είχε αποτέλεσμα στο παιδί.
- Μπορεί να δυσκολεύεται να χρησιμοποιήσει και να εξηγήσει τη μη λεκτική επικοινωνία, όπως τη γλώσσα του σώματος, τις χειρονομίες και την έκφραση του προσώπου.

- Μπορεί να καταλαβαίνει το λόγο των άλλων στην κυριολεξία. Για παράδειγμα, Ο Γιάννης έβαλε τα κλάματα όταν η δασκάλα είπε ότι «θα λιώσουν απ' τη ζέστη».
- Δυσκολεύεται να αντιληφθεί το νόημα του λόγου. Κατανοεί κυριολεκτικά τη φράση «κάνει ζέστη εδώ μέσα» , ενώ οι περισσότεροι από εμάς θα την ερμηνεύαμε ως μια ευκαιρία να ανοίξουμε το παράθυρο.

3. Κοινωνική φαντασία και ευελιξία της σκέψης

- Συχνά έχει ένα ενδιαφέρον από το οποίο απορροφάται κυριολεκτικά, το οποίο οι συνομήλικοι θεωρούν παράξενο.
- Μπορεί να επιμένει σε συγκεκριμένες ρουτίνες.
- Έχει περιορισμένη ικανότητα να σκεφτεί και να παίζει δημιουργικά.
- Συχνά δυσκολεύεται να γενικεύσει δεξιότητες από ένα πλαίσιο σε άλλο.

4.Κινητική αδεξιότητα

- Μπορεί να είναι αδέξιο κινητικά.
- Συχνά έχει προβλήματα στην οργάνωση δεξιοτήτων. Αδυνατεί να μαζέψει το υλικό που χρειάζεται ή να βρει το δρόμο του.
- Δυσκολεύεται να γράψει και να ζωγραφίσει με τάξη και συχνά δεν ολοκληρώνει τα καθήκοντα του.

5. Απροθυμία συμμετοχής σε ομαδικά παιχνίδια

Στις αρχικές εργασίες του, ο Hans Asperger περιγράφει ότι το παιδί γενικά δεν συμμετέχει σε ομαδικά παιχνίδια και μπορεί ακόμη και να πανικοβληθεί, αν αναγκαστεί να συμμετάσχει σε μια ομάδα. Το παιδί με σύνδρομο Asperger δεν φαίνεται να έχει κίνητρο ή να ξέρει πώς να παίζει με άλλα παιδιά της ηλικίας του, έτσι ώστε να προσαρμοστεί σε μια κοινωνική δραστηριότητα. Έχοντας για παρέα τον εαυτό του, φαίνεται αρκετά ικανοποιημένο. Η Sula Wolff (1995) αναφέρεται σε ένα παιδί που είπε τα εξής : «Απλώς δεν μπορώ να κάνω φίλους... Θα ήθελα να είμαι μόνος μου και να κοιτάζω τη συλλογή των νομισμάτων μου.... Έχω ένα χάμστερ στο σπίτι. Είναι αρκετή παρέα για μένα... Μπορώ να παίζω μόνος. Δεν χρειάζομαι άλλους».

Τα παιδιά αυτά είναι περισσότερο εγωκεντρικά και όχι τόσο εγωιστές. Μερικά παίζουν το ρόλο του παρατηρητή την ώρα που διεξάγεται κάποιο ομαδικό παιχνίδι ή προτιμούν να βρίσκονται με πολύ μικρότερα ή μεγαλύτερα παιδιά. Όταν συμμετέχουν σε ομαδικό παιχνίδι μπορεί να προσπαθήσουν να καθορίσουν τη δραστηριότητα ή να κυριαρχήσουν σ' αυτή. Ανέχονται την κοινωνική επαφή για το διάστημα που τα υπόλοιπα παιδιά παίζουν το παιχνίδι σύμφωνα με τους δικούς τους κανόνες. Μερικές φορές αποφεύγουν την κοινωνική αλληλεπίδραση, όχι απλώς επειδή στερούνται των ικανοτήτων που απαιτεί το ομαδικό παιχνίδι, αλλά επειδή θέλουν να έχουν τον απόλυτο έλεγχο της δραστηριότητας. Αυτό φαίνεται στη περιγραφή της Donna Williams για την παιδική της ηλικία (1992) : « Η Kay ήταν γειτόνισσα μου. Ήταν μάλλον το πιο δημοφιλές κορίτσι της ηλικίας μας στο σχολείο. Έβαζε στη σειρά τους φίλους της και έλεγε: " Είσαι ο πρώτος καλύτερος μου φίλος, είσαι ο δεύτερος καλύτερος μου φίλος..." . Ήμουν η εικοστή δεύτερη. Ένα ήσυχο κορίτσι από την Γιουγκοσλαβία ήταν τελευταίο. Ήμουν όμορφη, ήμουν χαρούμενη και καμιά φορά ήμουν διασκεδαστική, αλλά δεν ήξερα πώς να παίζω μαζί με τα άλλα παιδιά. Στην καλύτερη περίπτωση, ήξερα να δημιουργώ πολύ απλά παιχνίδια ή περιπέτειες και καμιά φορά άφηνα τους άλλους να συμμετέχουν, αρκεί να ήταν τελείως σύμφωνοι με τους δικούς μου όρους » .

Η συμμετοχή άλλων παιδιών φέρει τον κίνδυνο εναλλακτικού σεναρίου, ερμηνείας ή συμπεράσματος, πράγμα που σημαίνει ότι το παιδί πρέπει να μοιραστεί και να αντιμετωπίσει διαφορετικές ιδέες. Το παιδί δεν ενδιαφέρεται να επαναλάβει τις δραστηριότητες που κάνουν τα άλλα παιδιά και δεν διατίθεται να εξηγήσει τι κάνουν αυτά. Φαίνεται να παίζει μέσα στη «γυάλα» του και δυσανασχετεί όταν τα άλλα παιδιά εισβάλλουν στη δραστηριότητα του. Μπορεί, επίσης, να γίνει αρκετά απότομο ή ακόμα και επιθετικό προσπαθώντας να εξασφαλίσει την απομόνωσή του, όταν, ενώ σκοπεύει να παίζει μόνο του, τα άλλα παιδιά είναι περίεργα να δουν τι κάνει ή προσπαθούν να είναι κοινωνικά. Συχνά, προτιμά να συνεχίζει μόνο του τη δραστηριότητα του χωρίς να τον διακόπτουν.

Την ώρα των σχολικών διαλειμμάτων, τα παιδιά με σύνδρομο Asperger συχνά κάθονται μόνα τους σε μια απομονωμένη γωνιά του προαύλιου παραμιλώντας ή κάθονται στη βιβλιοθήκη και διαβάζουν επίμονα για το αγαπημένο τους θέμα. Όταν ρώτησαν ένα παιδί γιατί δεν μιλούσε στα άλλα, απάντησε : «Όχι ευχαριστώ. Δεν είμαι αναγκασμένος». Προτιμούν πολύ περισσότερο να συναναστρέφονται με

ενήλικες που είναι πολύ πιο ενδιαφέροντες, έχουν περισσότερες γνώσεις και είναι πολύ πιο ανεκτικοί και ευπροσάρμοστοι στην έλλειψη κοινωνικής αντίληψης και συμπεριφοράς.

Τα παιδιά αυτά δεν αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως μέλος μιας ομάδας και προτιμούν να ακολουθούν τα δικά τους ενδιαφέροντα και όχι των άλλων παιδιών στο προαύλιο ή στη σχολική τάξη. Συνήθως δεν ενδιαφέρονται για ανταγωνιστικά αθλήματα ή ομαδικά παιχνίδια. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια ενός ποδοσφαιρικού αγώνα, ένα παιδί με σύνδρομο Asperger χτυπούσε τη μπάλα εξίσου καλά με τα άλλα παιδιά της ομάδας του. Όταν κάποιος συμπαίκτης του έτρεχε προς το τέρμα της αντίπαλης ομάδας, όλοι οι υπόλοιποι ζητωκραύγαζαν και χοροπηδούσαν με ενθουσιασμό για να τον ενθαρρύνουν. Εντούτοις, το παιδί με σύνδρομο Asperger παρέμενε ακίνητο και αποστασιοποιημένο συναισθηματικά, επειδή παρατηρούσε μια πεταλούδα-δεν ενδιαφερόταν καθόλου για την επιτυχία της ομάδας του. Επίσης, όταν ένας έφηβος με σύνδρομο Asperger είπε ότι αδυνατούσε να αντιληφθεί το αίσθημα του θριάμβου στα ομαδικά αθλήματα, επειδή δεν μπορούσε να κατανοήσει γιατί κάποιος μπορεί να αισθάνεται ικανοποίηση κάνοντας τον αντίπαλο να αισθάνεται κατώτερος.

Τέλος, τα παιδιά με σύνδρομο Asperger αδιαφορούν για την «τελευταία μόδα» στα παιχνίδια ή στα ρούχα, την οποία ακολουθούν οι συνομήλικοί τους, ενώ σπάνια τα καλούν σε πάρτι και έχουν λίγους πραγματικούς φίλους. Όταν είναι μικρά, μπορεί να αδιαφορήσουν για αυτή την απομόνωση και να ικανοποιούνται παίζοντας μόνα τους ή με τα αδέρφια τους. Ωστόσο, μεγαλώνοντας συνειδητοποιούν την απομόνωση τους και σταδιακά προσπαθούν πραγματικά να συναναστραφούν με τους συνομηλίκους τους. Μολοταύτα, είναι εμφανές ότι ο τρόπος που παίζουν είναι ανώριμος και αυστηρός, οπότε τα άλλα παιδιά συχνά τα απορρίπτουν, γεγονός που στεναχωρεί ιδιαίτερα τους γονείς των παιδιών με αυτό το σύνδρομο. (Tony Attwood, 2005)

6. Προβλήματα επικοινωνίας

Ενώ έχουν ευχέρεια στο λόγο (μιλούν με άνεση πριν τα 4 χρόνια), χρησιμοποιούν «επίσημες» λέξεις που συχνά δεν ταιριάζουν στην περίπτωση, δε δίνουν σημασία στις αντιδράσεις του συνομιλητή τους, μιλούν ακατάπαυστα χωρίς να τους ενδιαφέρει αν ο άλλος τους ακούει, δεν κατανοούν το χιούμορ και τον μεταφορικό λόγο και η φωνή

τους έχει μονότονη χροιά χωρίς διακυμάνσεις. Έχουν δυσκολίες στο πραγματολογικό και στο σημασιολογικό επίπεδο της γλώσσας.

7. Απουσία αφηρημένης σκέψης

Μπορούν να αποστηθίσουν με ευκολία γεγονότα και ημερομηνίες, δυσκολεύονται, όμως, στην κατανόηση αφηρημένων εννοιών με αποτέλεσμα να τους φαίνονται ακατανόητα σχολικά μαθήματα όπως η λογοτεχνία, τα θρησκευτικά και τα προβλήματα αριθμητικής. Δυσκολεύονται ιδιαίτερα να κάνουν υποθέσεις και δεν αναπτύσσουν κριτική σκέψη. Ο τρόπος σκέψης τους είναι «δύσκαμπτος».

Ιδιαίτερα ενδιαφέροντα. Αναπτύσσουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για ένα χόμπι ή συλλογή σε τέτοιο βαθμό που δεν τους αφήνει περιθώριο για άλλες ενασχολήσεις. Το χόμπι τους καταντά μια παθολογική ενασχόληση με ένα πράγμα (τρένα, χερούλια πόρτας, φίδια, συναγερμούς σπιτιών, μετεωρολογία, αστρονομία κλπ).

8. Έλλειψη προσαρμοστικότητας

Κάθε απρόσμενη αλλαγή στο καθημερινό πρόγραμμα τους δημιουργεί αναστάτωση (πχ. ένα μποτιλιάρισμα σε κίνηση μπορεί να προκαλέσει άγχος και έκρηξη θυμού). Αναπτύσσουν αισθήματα ανησυχίας και άγχους μπροστά σε κάθε καινούρια κατάσταση.

9. Προβλήματα στο σχολείο

Λόγω των δυσκολιών στην κοινωνική επαφή γίνονται αντικείμενο κοροϊδίας από τα άλλα παιδιά. Συνήθως παίζουν μόνα τους. Δυσκολεύονται ιδιαίτερα να ακολουθήσουν τους κοινωνικούς κανόνες του σχολείου και έχουν συχνά άγχος. (Gillberg, I. C. & Gillberg, C, 1989)

1.7.3 Συμπτωματολογία αυτισμού και συνδρόμου Asperger σύμφωνα με τον Hans Asperger

Ο Asperger αποφεύγει τις συνοπτικές διατυπώσεις και δεν προσφέρεται ιδιαίτερα για παράθεση αποσπασμάτων. Οι προτάσεις του δείχνουν μια μοναδική προσέγγιση στην κατανόηση του αυτισμού. Τα συμπεριφορικά και εκφραστικά φαινόμενα, στα οποία αναφέρεται ο Asperger, διαφαίνονται στις ακόλουθες παρατηρήσεις:

- Η χαρακτηριστική ιδιαιτερότητα του βλέμματος υπάρχει πάντοτε.
- Δεν έχουν βλεμματική επαφή.
- Δείχνουν να αντιλαμβάνονται τα πράγματα με κοφτές πλάγιες ματιές.
- Οι προσωπικές εκφράσεις και οι χειρονομίες είναι ανεπαρκείς και περιορισμένες.
- Υπάρχουν πολλές στερεότυπες κινήσεις που στερούνται νοήματος.
- Η χρήση του λόγου πάντοτε παρουσιάζεται μη φυσιολογική, αφύσικη.
- Τα παιδιά δρουν τελείως διαφορετικά, ανεξάρτητα από τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος.
- Τα παιδιά, απλώς, δεν έχουν προδιάθεση να μάθουν από τους ενήλικες ή τους δασκάλους.
- Παρουσιάζουν μεμονωμένες νησίδες ενδιαφερόντων.
- Μπορεί να υπάρξει εξαιρετική ικανότητα λογικής αφηρημένης σκέψης.
- Κατασκευάζουν πρωτότυπες λέξεις.

Ο Asperger, όπως και ο Kanner, υπέθεσε ότι υπάρχει «διαταραχή της επαφής» σε κάποιο βαθύτερο επίπεδο του συναισθήματος και/ή του ενστίκτου. Και οι δύο τόνισαν τις ιδιομορφίες της επικοινωνίας και τις δυσκολίες στην κοινωνική προσαρμογή των αυτιστικών παιδιών. Και οι δύο πρόσεξαν ιδιαίτερα τις κινητικές στερεοτυπίες και το αιγιματικό, διάσπαρτο πεδίο των διανοητικών επιτευγμάτων. Και οι δύο εντυπωσιάστηκαν από σποραδικές κατακτήσεις εξαιρετικής διανοητικής ικανότητας σε συγκεκριμένες περιοχές. (Brith,U., 2009, Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., 2005).

1.8 Αιτιολογία

1.8.1 Αιτιολογία αυτισμού

Τα αίτια του αυτισμού ακόμα και σήμερα παραμένον άγνωστα. Ωστόσο, όλες οι εμπειριστατωμένες έρευνες για την αιτιολογία του αυτισμού συγκλίνουν στη άποψη ότι ο αυτισμός οφείλεται σε οργανικά και όχι ψυχογενή αίτια. Άγνωστο ακόμα

παραμένει εάν η οργανική έκπτωση που προκαλεί τον αυτισμό οφείλεται σε ενιαίο οργανικό παράγοντα ή εάν τα οργανικά αίτια είναι ποικίλα, εφόσον ποικίλλει και η συμπτωματολογία των ατόμων με αυτισμό. Πιο συγκεκριμένα:

1. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Παλαιότερες θεωρίες, που απέδιδαν τον αυτισμό σε συναισθηματική ψυχρότητα των γονέων ή ακατάλληλες πρακτικές διαπαιδαγώγησης και ανατροφής, σήμερα θεωρούνται ανυπόστατες. Το ίδιο ισχύει για τον παλαιότερα αναφερόμενο συσχετισμό του αυτισμού με την υψηλή κοινωνική τάξη. Οι γονείς των αυτιστικών παιδιών ανήκουν σε διάφορα κοινωνικά στρώματα και οπωσδήποτε έχουν αυξημένη ανάγκη υποστήριξης για να αντιμετωπίσουν τη διαταραχή των παιδιών τους και το χρόνιο στρες στην οικογένεια. Τα παιδιά με διάχυτη διαταραχή της ανάπτυξης, όπως και τα παιδιά με οποιαδήποτε άλλη διαταραχή, αντιδρούν με επιδείνωση των συμπτωμάτων στο ψυχοκοινωνικό στρες και μπορεί να εμφανίζουν αυξημένη ευαισθησία ακόμα και σε μικρές αλλαγές στο περιβάλλον τους. (Γενά, 1996)

2. Συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις

Ορισμένες παθολογικές καταστάσεις έχουν συνδεθεί αιτιολογικά με τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος. Η συχνότητά τους είναι μεγαλύτερη σε αυτιστικά άτομα με βαριά νοητική υστέρηση ή άτυπες μορφές αυτισμού. Συνολικά, διασώσιμες νοσηρές καταστάσεις, κυτταρογενετικές και χρωμοσωμικές ανωμαλίες θεωρούνται υπεύθυνες για, <10% των περιπτώσεων αυτισμού.

Η οζώδης σκλήρυνση και το σύνδρομο εύθραυστου X απαντώνται συχνότερα σε άτομα με αυτισμό από ότι στο γενικό πληθυσμό. Το 25% των ατόμων με οζώδη σκλήρυνση πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια του αυτισμού και πάνω από 40% τα κριτήρια άλλης διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής. Αντίστροφα, 1-3% των αυτιστικών ατόμων πάσχουν από οζώδη σκλήρυνση, ποσοστό που αυξάνεται στο 10% όταν συνυπάρχουν επιληπτικές κρίσεις.

Σε παλαιότερες έρευνες αναφέρεται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ αυτισμού και συνδρόμου εύθραυστου X. Πρόσφατες μελέτες εκτιμούν ότι η συχνότητα του εύθραυστου X στον αυτισμό είναι 2-4%¹² (παλαιότερα αναφερόμενη συχνότητα 20%), ποσοστό ίδιο με αυτό του εύθραυστου X στο γενικότερο πληθυσμό των νοητικά υστερούντων ατόμων. Υπάρχουν λεπτές αλλά σημαντικές διαφορές μεταξύ

των συμπεριφεριολογικών φαινοτύπων του αυτισμού και του εύθραυστου X. Πέραν του εύθραυστου X, έχουν αναφερθεί άλλες ανωμαλίες στα φυλετικά χρωμοσώματα σε ποσοστό 2,3%. Η συνύπαρξη αυτισμού με νευροϊνωμάτωση και σύνδρομο Williams είναι σπάνια. Η συνύπαρξη αυτισμού με σύνδρομο Down, φαινυλκετονουρία και εγκεφαλική παράλυση σήμερα θεωρείται τυχαία. (Largo, & Schinzel, 1985. Levitas, Hagerman, Braden, Rimland, McBog, & Matteus, 1983)

Επιληπτικές κρίσεις παρατηρούνται συχνότερα σε αυτιστικά άτομα σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, η δε συχνότητά τους αυξάνεται με τη συνύπαρξη νοητικής υστέρησης και κινητικής δυσλειτουργίας. Έχουν αναφερθεί κρίσεις γενικευμένες, μερικές σύνθετες, άτυπες, αφαιρέσεις και άλλες μορφές. Η συχνότητα των κρίσεων αυξάνεται βαθμιαία από την παιδική ηλικία και κορυφώνεται στην εφηβεία, σε ποσοστό 40% των ασθενών. Ηλεκτροεγκεφαλογραφικές ανωμαλίες χωρίς κλινική εικόνα κρίσεων είναι αρκετά συχνές, ιδίως κατά τον ύπνο. (Gillberg & Steffenburg, 1987)

Το ευρύ φάσμα του IQ (δείκτη νοημοσύνης) αποτελεί ένα ακόμη στοιχείο πολυπλοκότητας στο φαινότυπο των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος. Άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές παρουσιάζουν συχνά νοητική υστέρηση, με εξαίρεση το σύνδρομο Asperger. Η συχνότητα των «αυτιστικών» συμπτωμάτων μεγαλώνει παράλληλα με το βαθμό νοητικής υστέρησης. Ποσοστό 20% των ατόμων με ΔΑΔ έχουν φυσιολογική ή μερικές φορές ιδιαίτερα υψηλή νοημοσύνη, 30% παρουσιάζουν ελαφρά έως μέση νοητική υστέρηση και 50% βαριά νοητική υστέρηση. Συχνά, παρά την παρουσία καθυστέρησης, εμφανίζονται ασυνήθιστες ή πρώιμες γνωστικές ή οπτικοκινητικές ικανότητες. Στο φάσμα της φυσιολογικής νοημοσύνης είναι περισσότερα τα αγόρια από τα κορίτσια (αναλογία 6:1), ενώ στο φάσμα της μέσης-βαριάς νοητικής υστέρησης η διαφορά μειώνεται (αναλογία 2:1). Οι δοκιμασίες νοημοσύνης σε παιδιά με ΔΑΔ παρουσιάζουν δυσκολίες εξαιτίας της διάσπασης προσοχής, του αρνητισμού, των δυσκολιών κατανόησης και των άμεσα αναπτυγμένων γνωστικών δεξιοτήτων, όμως μπορούν να εκτελεστούν αξιόπιστα από έμπειρο εξεταστή. Η ανάπτυξη κατάλληλων δοκιμασιών είναι σημαντική, καθώς υπάρχουν ενδείξεις ότι το IQ και η νοητική ηλικία ίσως είναι προγνωστικά σημεία της θεραπευτικής απάντησης. (Frith 1996)

Τέλος, μελέτες MRI βασισμένες σε υψηλής διακριτικής ικανότητας ερευνητικά πρωτόκολλα δείχνουν διαταραχές σε μεγάλες περιοχές του εγκεφάλου, που επηρεάζουν την αναπτυξιακή διαδικασία σε πολλά συστήματα.

3. Γενετικοί παράγοντες

Ο αυτισμός είναι μία από τις πλέον κληρονομήσιμες διαταραχές στην Ψυχιατρική. Παρά τον υψηλό βαθμό κληρονομικότητας, η αιτιολογία είναι ετερογενής, με πιθανή εμπλοκή πολλών γονιδίων και χρωμοσωμικών περιοχών και την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων που επιπροστίθενται στην ισχυρή γενετική προδιάθεση. Η γενετική ετερογένεια συμβαδίζει με την ποικιλομορφία της κλινικής εικόνας. Κάθε γονίδιο πιθανώς συνεισφέρει με διαφορετικό τρόπο στην εμφάνιση της διαταραχής (ακόμη και διάφορες παραλλαγές του ίδιου γονιδίου). Στοιχεία από έλεγχο του γονιδιώματος σε οικογένειες με περισσότερα του ενός αυτιστικά άτομα δίνουν ισχυρές ενδείξεις ότι δέκα ή περισσότερα γονίδια αλληλεπιδρούν για να προκαλέσουν αυτισμό και ότι διαφορετικές ομάδες γονιδίων μπορεί να ευθύνονται σε διαφορετικές οικογένειες. (August, Stewart, & Tsai, 1981. Szatmari & Jones, 1991)

Μελέτες αδελφών και διδύμων επιβεβαιώνουν το ρόλο της κληρονομικότητας. Μονοζυγωτικός δίδυμος παιδιού με αυτισμό έχει περίπου 60% πιθανότητα να παρουσιάσει αυτισμό και 90% πιθανότητα να παρουσιάσει οποιαδήποτε διαταραχή του αυτιστικού φάσματος. Σε διζυγωτικούς διδύμους η πιθανότητα μειώνεται στο 4,5% περίπου και βαίνει μειούμενη καθώς ο βαθμός της συγγένειας απομακρύνεται. Τα γονίδια του αυτισμού πιθανώς σχετίζονται με ένα αναπτυξιακό νευροβιολογικό σύστημα που δεν έχει γίνει ακόμη πλήρως κατανοητό. Η πιο συχνά παρατηρούμενη χρωμοσωμική ανωμαλία σε πληθυσμούς αυτιστικών ατόμων είναι πανομοιότυπη αναπαραγωγή των ακολουθιών στο διάστημα 15q11-q13 του χρωμοσώματος 15. Αυτή η ανατύπωση σχετίζεται με σημαντικό κίνδυνο για αυτισμό όταν προέρχεται από τα μητρικά, αλλά όχι όταν προέρχεται από τα πατρικά χρωμοσώματα. (Gilberg, 1983. Ritvo, Spence, Freeman, Mason – Brothes, & Mazarita, 1985)

Το σύνδρομο Rett αποτελεί εξαίρεση στα ανωτέρω αναφερόμενα, καθώς στην πλειοψηφία των περιπτώσεων προκαλείται από νέες μεταλλάξεις ή μικροδιαγραφές του MeCP2 γονιδίου στο Xq28.

Σε συγγενείς αυτιστικών ατόμων παρουσιάζονται χαρακτηριστικά ποιοτικά όμοια με αυτά του αυτισμού, αλλά ηπιότερα. Αυτά τα χαρακτηριστικά που δεν συνιστούν διάγνωση αναφέρονται ως «διευρυσμένος αυτιστικός φαινότυπος». Ο διευρυσμένος αυτιστικός φαινότυπος δεν προσφέρεται στην έρευνα για εντοπισμό γονιδίων, αντίθετα στενά καθορισμένοι φαινότυποι μπορεί να βοηθήσουν στην ταυτοποίηση υποτύπων αυτισμού με απλούστερη αιτιολογία. (Γ. Καραντάνος, Κ. Φρανσίς, 2003 - 04, ΜΔΔΕ)

4. Προγεννητικοί, περιγεννητικοί και εξωγενείς τοξικοί παράγοντες

Ο αυτισμός έχει συνδεθεί με διάφορους προγεννητικούς και περιγεννητικούς παράγοντες κινδύνου. Η συμβολή των παραγόντων αυτών στην αιτιοπαθογένεια του αυτισμού θεωρείται σήμερα ήσσονος σημασίας. Παιδιά με αυτισμό εμφανίζουν συχνότερα συγγενείς ανωμαλίες της διάπλασης, γεγονός που υποδεικνύει διαταραχή της ανάπτυξης κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Λοιμώξεις στη διάρκεια της εγκυμοσύνης από ιό της ερυθράς και κυτταρομεγαλοϊό δεν θεωρούνται πλέον άμεσα συσχετιζόμενες με τον αυτισμό.

Ενδομήτρια αιμορραγία μετά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, μηκόνιο στο αμνιακό υγρό και μαιευτικές επιπλοκές έχουν αναφερθεί με συχνότητα μεγαλύτερη της αναμενόμενης, καθώς επίσης σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας και αναιμία στη νεογνική περίοδο. Ενδιαφέρουσα είναι η εύρεση υψηλού ποσοστού ΔΑΔ σε άτομα με συγγενείς οφθαλμολογικές διαταραχές (σύνδρομο Duane, σύνδρομο Mobius, σύνδρομο Charge, σύνδρομο Goldenhar), μετά από χρήση θαλιδομίδης ή της εκτρωτικής ουσίας misoprostol κατά τις πρώτες 36 ημέρες της εγκυμοσύνης. Δεν υπάρχουν ευρήματα που να υποστηρίζουν εγκεφαλική βλάβη οφειλόμενη σε μαιευτικές επιπλοκές. Πιθανώς οι μαιευτικές επιπλοκές να ασκούν μεγαλύτερη επίδραση σε έμβρυα με προϋπάρχουσες ανωμαλίες ή, αντίστροφα, ένα έμβρυο με προβλήματα να προδιαθέτει σε μαιευτικές επιπλοκές. Συνολικά, προγεννητικοί και περιγεννητικοί παράγοντες συνδέονται αιτιολογικά με τον αυτισμό σ' ένα μικρό μόνο αριθμό περιπτώσεων.

Ο πιθανός ρόλος των εμβολίων που περιέχουν thimerosal (sodium ethylmercury thiosalicylate) στην αιτιοπαθογένεια του αυτισμού/ΔΑΔ έχει αποτελέσει θέμα έρευνας και αντιπαράθεσης από το 1999. Η μέχρι σήμερα έρευνα δεν έχει τεκμηριώσει σύνδεση μεταξύ thimerosal και αυτισμού. Παρόλ' αυτά, χρειάζεται

επαγρύπνηση και συνεκτίμηση των πιθανών κινδύνων από τη χρήση των εμβολίων και της ωφέλειας από την πρόληψη ασθενειών. Το συστατικό thimerosal έχει αφαιρεθεί από τα παιδικά εμβόλια στις ΗΠΑ και στον Καναδά και αναμένονται τα αποτελέσματα αυτής της πρακτικής.

5. Νευροχημικοί και νευροορμονικοί παράγοντες

Διάφορα νευροβιολογικά υποστρώματα έχουν διερευνηθεί στον αυτισμό και οι υποθέσεις ως προς την υποκείμενη νευροβιολογία έχουν προωθήσει τη θεραπευτική χρήση ορισμένων ουσιών. Αντίστροφα, τα αποτελέσματα των φαρμάκων πάνω στα συμπτώματα του αυτισμού χρησιμοποιούνται στη διαμόρφωση αιτιολογικών υποθέσεων. Τα νευροβιολογικά συστήματα όπου έχει επικεντρωθεί το ενδιαφέρον της έρευνας είναι κυρίως το σεροτονινεργικό, το ντοπαμινεργικό, το χολινεργικό, το νοραδρενεργικό, το γλουταμινεργικό και το γ-αμινοβουτυρικό, καθώς και ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων και το συμπαθητικό μυελοεπινεφριδιακό σύστημα.

Το 1961 οι Shain και Freedman βρήκαν αυξημένα επίπεδα σεροτονίνης (5-HT) στο αίμα στο ένα τρίτο μιας ομάδας αυτιστικών ασθενών. Η υπερσεροτονιναιμία οφειλόταν σε αυξημένη συγκέντρωση 5-HT στα αιμοπετάλια (περισσότερη από 99% της σεροτονίνης του αίματος περιέχεται στα αιμοπετάλια). Από τότε η αιμοπεταλιακή υπερσεροτονιναιμία του αυτισμού έχει μελετηθεί ιδιαίτερα και αποτελεί ένα από τα πιο τεκμηριωμένα ευρήματα στη βιολογική Ψυχιατρική. Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν μέση αύξηση των επιπέδων σεροτονίνης κατά 25-50%. Η αιτία της αυξημένης αιμοπεταλιακής σεροτονίνης παραμένει άγνωστη.

Σεροτονίνη και υποδοχείς της ανιχνεύονται πολύ νωρίς στην εξέλιξη, από τον τέταρτο μήνα της εμβρυϊκής ζωής. Φαίνεται ότι παίζει ρόλο αυξητικού παράγοντα και ρυθμιστή της νευρωνικής ανάπτυξης, ασκώντας σημαντική επίδραση στη νευρογένεση, μορφογένεση και δημιουργία συνάψεων στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο. Οι προβολές των σεροτονινεργικών νευρώνων εξακολουθούν να υφίστανται αλλαγές σε διάφορες ηλικιακές περιόδους μέχρι την ενηλικίωση. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, η ικανότητα σύνθεσης σεροτονίνης, που κατά την παιδική ηλικία είναι πολύ υψηλή και κατεβαίνει προς τα επίπεδα των ενηλίκων πριν την εφηβεία, παραμένει ιδιαίτερα χαμηλή σε αυτιστικά παιδιά. Ασθενείς με αυτισμό μπορεί να έχουν σημαντικές διαφορές στη σεροτονινεργική λειτουργία πριν και μετά

την εφηβεία, γεγονός που επηρεάζει την ανοχή και την απάντησή τους σε φάρμακα που αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης (SRIs).

Περιοχές του εγκεφάλου που έχουν σχετιστεί με τον αυτισμό παρουσιάζουν πλούσια σεροτονεργική νεύρωση, όπως το μεταιχμιακό σύστημα (βασικός ρυθμιστής της κοινωνικής και συναισθηματικής συμπεριφοράς) και η παρεγκεφαλίδα σε πρώιμο στάδιο της ανάπτυξης. Πρόσφατες έρευνες επικεντρώνουν το ενδιαφέρον σε παραλλαγές του 5-HT transporter gene ως παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση αυτισμού/ΔΑΔ. Τέλος, μελέτες με αποστέρωση τρυπτοφάνης (με αποτέλεσμα μειωμένη σύνθεση και απελευθέρωση σεροτονίνης) έδειξαν επιδείνωση των αυτιστικών συμπτωμάτων.

Το ντοπαμινεργικό σύστημα ερευνάται αφενός λόγω της σχέσης της ντοπαμίνης με κινητικές διαταραχές και του τρόπου με τον οποίο ίσως να σχετίζονται με τις αυτιστικές στερεοτυπίες και αφετέρου λόγω της ευρείας χρήσης και αποτελεσματικότητας των νευροληπτικών στον αυτισμό. Σε ορισμένα αυτιστικά παιδιά αυξημένες συγκεντρώσεις του μεταβολίτη της ντοπαμίνης ομοβαλινικού οξέος (HVA) έχουν σχετιστεί με αυξημένη απόσυρση και στερεοτυπίες. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η βαρύτητα των συμπτωμάτων είναι αντιστρόφως ανάλογη της αναλογίας 5-HIAA (μεταβολίτη της σεροτονίνης) προς HVA στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Οι συγκεντρώσεις HVA στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό και στα ούρα ατόμων με αυτισμό έχουν βρεθεί χαμηλές, φυσιολογικές ή και πολύ αυξημένες. Στο σύνολό τους οι υπάρχουσες μελέτες δεν επιβεβαιώνουν αλλοιώσεις στο μεταβολισμό της ντοπαμίνης και στη λειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος.

Το γλουταμικό οξύ είναι ο κύριος διεγερτικός μεταβιβαστής στο νευρικό σύστημα, χρησιμοποιείται από το 40% των εγκεφαλικών συνάψεων και παρουσιάζει κορύφωση της δραστηριότητάς του το 2ο χρόνο της ζωής. Έχουν διατυπωθεί υποθέσεις γλουταμινεργικής δυσλειτουργίας και ιδιαίτερα του N-methyl-D-aspartate (NMDA) υποτύπου του γλουταμινεργικού υποδοχέα, που παίζει βασικό ρόλο στη νευρωνική μετανάστευση, διαφοροποίηση και πλαστικότητα.

Η εκτίμηση της λειτουργίας του συστήματος του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA), όπως και αυτής του γλουταμικού, δεν είναι εύκολη. Υπάρχουν ενδείξεις για διαταραχή του GABA-A υποδοχέα σε ορισμένα άτομα με αυτισμό.

Μετρήσεις κορτιζόλης στο πλάσμα, το σίελο και τα ούρα, φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης και β-ενδορφίνης στο πλάσμα, κατεχολαμινών (επινεφρίνης και νορεπινεφρίνης) στο πλάσμα και στα ούρα και των μεταβολιτών τους, επιτρέπουν την εκτίμηση της αντίδρασης στο στρες μέσω του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-φλοιού επινεφριδίων και την πιθανή συσχέτισή της με την υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα που παρουσιάζουν συχνότατα οι ασθενείς με αυτισμό. Ανασκόπηση των αποτελεσμάτων διαφόρων νευροχημικών και νευροενδοκρινικών μετρήσεων παρέχει ισχυρές ενδείξεις ότι, ενώ η βασική λειτουργία της απάντησης στο στρες είναι φυσιολογική, υπάρχει υπεραντιδραστικότητα στο οξύ στρες.

Έχουν προταθεί μοντέλα δυσλειτουργίας των πρόδρομων ουσιών των οπιοειδών, β-ενδορφίνης και μελατονίνης, δεν υποστηρίζονται όμως από τα μέχρι σήμερα ερευνητικά ευρήματα. Η ωκυτοκίνη έχει συσχετιστεί με τη διαταραχή της κοινωνικής λειτουργικότητας στον αυτισμό και έχουν βρεθεί χαμηλότερα επίπεδα ωκυτοκίνης πλάσματος σε παιδιά με αυτισμό, σε σύγκριση με φυσιολογικά αναπτυσσόμενους συνομήλικους.

6. Μεταβολικοί και ανοσολογικοί παράγοντες

Ορισμένες μεταβολικές ανωμαλίες έχουν συσχετιστεί με τον αυτισμό, όπως η φαινυλκετονουρία, η ιστιδιναιμία και η νευροϊνωμάτωση. Επίσης, ανεπάρκεια της αδενυλο-ηλεκτρικής λυάσης, υπερδραστηριότητα της 5'-νουκλεοτιδάσης, ανεπάρκεια της δεϋδρογενάσης της διυδροπυριμιδίνης και ανεπάρκεια της συνθετάσης του φωσφο-ριβοσυλ-πυροφωσφορικού έχουν συσχετιστεί με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Δεν παρουσιάζουν αυτιστική συμπτωματολογία όλα τα άτομα με τις ανωτέρω ενζυμικές ανωμαλίες.

Μεγάλο ποσοστό αυτιστικών ατόμων παρουσιάζει χρόνια διάρροια ή δυσκοιλιότητα και σε ορισμένες περιπτώσεις συνυπάρχει παθολογία του εντέρου του τύπου της κοιλιοκάκης. Έχει αναφερθεί επίσης αυξημένη εντερική διαπερατότητα σε ασθενείς με αυτισμό, χωρίς κλινική συμπτωματολογία από το έντερο, με πιθανή συνέπεια διάβαση τοξικών ουσιών από το έντερο στην κυκλοφορία[40].

Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν επαρκώς τεκμηριωθεί ανωμαλίες του ανοσοποιητικού συστήματος σε άτομα με αυτισμό, όπως αυτοαντισώματα έναντι πρωτεϊνών του εγκεφάλου, ανωμαλίες στις ανοσοσφαιρίνες (χαμηλή IgA, αυξημένη IgE), ανωμαλίες

στα T κύτταρα, στις Th1 και Th2 κυτοκίνες και αυξημένη παραγωγή TNF-a (tumor necrosis factor-a). Έχει εντοπιστεί επίσης αυξημένο ποσοστό αυτοάνοσων διαταραχών σε συγγενείς παιδιών με αυτισμό. Σύμφωνα με ορισμένες αναφορές, αντισώματα της μητέρας κατά του εμβρύου πιθανώς προκαλούν καταστροφή εμβρυϊκών νευρικών ιστών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τέλος, ιογενείς λοιμώξεις και άλλες επιδράσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένη παραγωγή μεταβολιτών της τρυπτοφάνης που προκαλούν σημαντική νευροτοξικότητα.

7. Νευροανατομικοί παράγοντες

Η ιδιαιτερότητα του αυτισμού, που συνίσταται στην ύπαρξη αφενός διάχυτων ελλειμμάτων και δυσλειτουργιών και αφετέρου στη διατήρηση άθικτων ορισμένων λειτουργιών και ικανοτήτων, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η υποκείμενη βλάβη είναι εκτεταμένη, αλλά ταυτόχρονα και οριοθετημένη. Κάτι τέτοιο θα ταίριαζε με την υπόθεση μίας αρχικής εντοπισμένης βλάβης, που διαχέεται λόγω της αλληλεξάρτησης των πρώιμων αναπτυξιακών διαδικασιών. Δεδομένα από μεταθανάτιες παθολογοανατομικές μελέτες, νευροαπεικονιστικές μελέτες (MRI, PET, SRECT) και έρευνες σε ζώα υποδεικνύουν ανωμαλίες στη συνολική ανάπτυξη του εγκεφάλου και στη δομή και λειτουργία του κροταφικού λοβού, της αμυγδαλής και του προμετωπιαίου λοβού. Νεκροτομικές μελέτες εγκεφάλων ατόμων με αυτισμό έχουν δείξει ανωμαλίες στο μέγεθος, στην πυκνότητα και στη δενδριτική διακλάδωση σε νευρώνες του μεταιχμιακού συστήματος.

Η αύξηση του όγκου του εγκεφάλου είναι ένα από τα πιο τεκμηριωμένα νευροαπεικονιστικά ευρήματα, αν και δεν έχουν διευκρινιστεί οι αιτίες της ούτε οι περιοχές του εγκεφάλου που διαφέρουν σε μέγεθος. Αρχικές μελέτες με MRI ανέφεραν υποπλασία του σκώληκα της παρεγκεφαλίδας. Το εύρημα αυτό δεν επιβεβαιώθηκε σε μεταγενέστερες και αρτιότερες μεθοδολογικά μελέτες, που έλεξαν παράγοντες σχετικούς με το φύλο, το συνολικό όγκο του εγκεφάλου και κυρίως το IQ. Έχει επίσης παρατηρηθεί μείωση στο οπίσθιο τμήμα του μεσολοβίου, στην περιοχή όπου οι νευράξονες από τις ινιακές και βρεγματικές περιοχές διαπερνούν τη μέση γραμμή του εγκεφάλου.

Στην έρευνα του εγκεφάλου σχετικά με τον αυτισμό/ΔΑΔ αναφέρονται συχνά αντιφατικά αποτελέσματα, που πιθανώς αντανακλούν διαφορές στη μεθοδολογία, στη λήψη στοιχείων και στην ετερογένεια των δειγμάτων.

1.8.2 Αιτιολογία συνδρόμου Asperger

Μέχρι σήμερα δεν είναι γνωστά τα αίτια που προκαλούν το σύνδρομο Asperger, όπως φυσικά και τις υπόλοιπες διαταραχές αυτιστικού τύπου. Πρόκειται για νευρολογική διαταραχή αβέβαιης νοσολογικής εγκυρότητας. Ωστόσο το σύνδρομο συναντάται σε παιδιά με προγεννητικά και περιγεννητικά προβλήματα (π.χ ανοξία κατά τη γέννηση) που ίσως προκαλούν βλάβες στα εγκεφαλικά κύτταρα. Παρά τη γενικότερη παραδοχή ότι βιολογικοί/γενετικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, οι τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου δεν έχουν δείξει κοινά χαρακτηριστικά ή συγκεκριμένες αλλοιώσεις/βλάβες στους εγκεφαλικούς ιστούς των ατόμων με αυτισμό. Ένας πολύ μικρός αριθμός δομικών ανωμαλιών του εγκεφάλου ίσως να σχετίζεται με το σύνδρομο Asperger (αριστερή μακρογυρία: ύπαρξη ευμεγεθών εγκεφαλικών ελίκων, αμφοτερόπλευρη μικρογυρία: ατροφία εγκεφαλικών ελίκων ή βλάβες στον αριστερό κροταφικό λοβό). (Gillberg, 1989)

Μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν την κληρονομική βάση του συνδρόμου, αλλά κι εδώ δεν υπάρχουν ισχυρές επιστημονικές αποδείξεις. Πρόκειται μάλλον για μεμονωμένες περιπτώσεις. Το μέλλον της έρευνας για την κατανόηση των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (συμπεριλαμβανομένου και του Asperger) εστιάζεται στις τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου σε συνδυασμό με νευροψυχολογική εκτίμηση διαφορετικών ομάδων που φέρουν χαρακτηριστικά αυτιστικού τύπου. (Burgoine & Wing, 1983)

1.8.3 Συμπέρασμα Αιτιολογίας

Η αιτιοπαθογένεια των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών έχει αναμφισβήτητα τις ρίζες της στο νευροβιολογικό υπόστρωμα και καθορίζεται από σύνθετες γονιδιακές αλληλεπιδράσεις. Παρά τα τεκμηριωμένα ερευνητικά ευρήματα, δεν υπάρχουν ακόμη βιολογικοί δείκτες που θα βοηθούσαν στο σαφέστερο ορισμό των διαγνωστικών κατηγοριών. Οι ολοένα αυξανόμενες μεταθανάτιες παθολογοανατομικές έρευνες, οι λειτουργικές απεικονιστικές μέθοδοι και η πρόοδος στη γενετική και στην

ψυχοφαρμακολογία θα συνεισφέρουν στην καλύτερη κατανόηση της παθοφυσιολογίας των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος.

1.8.4 Επίπεδα

Τα παιδιά με ΔΑΔ διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό σε ικανότητες, ευφυΐα, και συμπεριφορές. Μερικά παιδιά δεν μιλούν καθόλου, άλλα μιλούν με περιορισμένες φράσεις ή συνομιλίες, καθώς και ορισμένα έχουν φυσιολογική γλωσσική ανάπτυξη. Συνήθως εμφανίζονται στερεοτυπικές δεξιότητες στο παιχνίδι και περιορισμένες κοινωνικές δεξιότητες. Επίσης εμφανίζονται ασυνήθιστες αντιδράσεις σε αισθητηριακές πληροφορίες - όπως σε δυνατούς θορύβους, φώτα.

Κεφ. 2: Αξιολόγηση – Διάγνωση

2.1 Εισαγωγή

Το πλέγμα των τριών βασικών ανεπαρκειών, που έχει καταστεί γνωστό ως τριάδα Wing, αποτελεί σήμερα τη βάση διάγνωσης του αυτισμού. (M. Rutter, E. Schopler, 1987). Η διάγνωση του αυτισμού δεν είναι εύκολη διαδικασία, γιατί δεν πραγματοποιείται - έως σήμερα- με εργαστηριακές και αιματολογικές εξετάσεις. Ακόμη και έμπειροι επαγγελματίες δυσκολεύονται στη διάγνωση, όταν υπάρχει πιθανότητα συνύπαρξης του αυτισμού με άλλες κλινικές καταστάσεις. Σε οριακές καταστάσεις, οι απόψεις των ειδικών δίστανται. Υπάρχουν διαφωνίες και ως προς την διάγνωση μεμονωμένων παιδιών και ενηλίκων. Οι ειδικοί παρατηρούν, ακολουθούν ψυχολογικές διαδικασίες, συντάσσουν πλήρες ιστορικό, για να υπάρξει υπεύθυνη διάγνωση. Ο πιο σπουδαίος κλινικός στόχος είναι οι ειδικοί να καταλήξουν εάν το άτομο έχει διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και μετά να εκτιμήσουν τις ικανότητές του.

2.2 Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση γίνεται από τη μικρή ηλικία (μηνών ακόμη) μέχρι την ηλικία του παιδικού σταθμού και νηπιαγωγείου. Βασικό για την αναγνώριση του αυτισμού είναι το σημείο αναφοράς. Όταν λείπει υπάρχει δυσκολία. Τα άτομα με αυτισμό αξιολογούνται κάθε χρόνο, γιατί πολλές φορές παλινδρομούν και αυτό συνεχίζεται σε όλη τους τη ζωή (Π. Βοστάνης, 1999). Το κάθε παιδί αξιολογείται με διαφοροποιημένο πρόγραμμα και πάνω στις ειδικές ικανότητες του (Special Education). Τα καλύτερα εργαλεία για την αξιολόγηση είναι:

1. Παρατήρηση
2. Συζήτηση

Για να γίνει διάγνωση και αξιολόγηση πρέπει να σκεφτούμε τα άτομο ως όλον, την όλη προσωπικότητα του (J. Douglas, 1999). Μετά τη διάγνωση- αξιολόγηση ακολουθεί μια μεγάλη και δύσκολη πορεία:

1. Οι γονείς πρέπει να μάθουν την αλήθεια. Δεν πρέπει να τους ανακοινωθεί δήθεν άτυπος αυτισμός, γιατί τότε υπάρχει παρέκκλιση προγράμματος.

2. Πρέπει να προτείνουμε στους γονείς που να απευθυνθούν (υπηρεσίες, μονάδες...)
3. Αν οι γονείς δεχτούν να μπει τα παιδιά σε πρόγραμμα, προηγείται επίσκεψη στο σπίτι από ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό, καθώς και συμβουλευτική γονέων (B. Παπαγεωργίου, 1999).

2.2.1 Τυπική και άτυπη αξιολόγηση

Η αξιολόγηση είναι τυπική και άτυπη. Λέγοντας τυπική εννοούμε εκείνη που γίνεται από δασκάλους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς. Η άτυπη υπερέχει της τυπικής. Μας δίνει αναδυόμενες δεξιότητες, δυνατότητες, αδυναμίες, ενδιαφέροντα, στυλ και τρόπο μάθησης. Η αξιολόγηση γίνεται σε δύο στάδια:

Πρώτο στάδιο:

1. Εξελικτικό ιστορικό παιδιού
2. Διαγνωστική συνέντευξη – συζήτηση με τους γονείς

Δεύτερο στάδιο:

1. Ιατρικός έλεγχος του παιδιού
2. Εργαστηριακός έλεγχος του παιδιού

2.3 Λήψη ιστορικού

Προκειμένου να υπάρξει έγκυρη και πλήρης αξιολόγηση των συμπτωμάτων του παιδιού με Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή, κατά τη λήψη του ιστορικού του συλλέγουμε στοιχεία σχετικά με τις προγεννητικές, τις περιγεννητικές και τις μεταγεννητικές συνθήκες της κύησης και του τοκετού. Αφειτηρία για την αξιολόγηση του περιβάλλοντος του παιδιού αποτελεί η περίοδος της κύησης, ενώ οι παρούσες συνθήκες διαβίωσης του ολοκληρώνουν την εικόνα του. Συνήθως δεν υπάρχουν προγεννητικές, περιγεννητικές και μεταγεννητικές επιπλοκές στο ιστορικό των ατόμων με Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή και αν υπάρχουν, δεν σχετίζονται κατά κανόνα με την παθογένεια της Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής καθαρής, αλλά με συγγενή οργανικά προβλήματα.

Παρότι οι ΔΑΔ σπάνια συνοδεύονται από συγκεκριμένες επιπλοκές κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, είναι σκόπιμο να ερωτηθούν σχετικά οι γονείς, (και

μάλιστα όταν είναι και οι δύο παρόντες), ώστε να εντοπιστούν τυχόν ενοχικά βιώματα σχετικά με τη σύλληψη και τη γέννηση του παιδιού τους.

Στη συνέχεια ζητείται από τους γονείς να περιγράψουν διεξοδικά την εξέλιξη του παιδιού τους, δίνοντας έμφαση στα πρώτα ανησυχητικά σημεία αναπτυξιακής έκπτωσης, αλλά και στην εν γένει πορεία της διαταραχής. Η περιγραφή αυτή είναι καθοριστικής σημασίας για τη διαφορική διάγνωση. Για παράδειγμα, καίρια διαγνωστικά στοιχεία για τις ΔΑΔ αποτελούν οι χρονικές περίοδοι κατά τις οποίες σημειώθηκε απώλεια κεκτημένων δεξιοτήτων και η έναρξη εκδήλωσης παθολογικών συμπτωμάτων. Επίσης η περιγραφή των γονέων συμβάλλει στην ιεράρχηση θεραπευτικών στόχων, εφόσον είναι σημαντικό να ξεκινήσουμε με την τροποποίηση των αντιδράσεων εκείνων του παιδιού που πλήττουν σοβαρότερα την οικογενειακή ισορροπία.

Αν και κατά τη λήψη ιστορικού ο εξεταστής είθισται να παραχωρεί το προβάδισμα στους γονείς για να εκφράσουν αβίαστα τις σκέψεις, τις απόψεις και τους προβληματισμούς τους, είναι σκόπιμο να συντονίζει κατάλληλα τη δομή της συζήτησης, ώστε να λαμβάνει τις απαραίτητες πληροφορίες. (Α. Γενά, 2002)

2.4 Διεπιστημονική αξιολόγηση

Είναι εμφανές ότι η πολύπλοκη φύση των δυσκολιών και των διαταραχών στο σύνδρομο Asperger μπορεί να απαιτεί την εμπλοκή στη διάγνωση και στην αντιμετώπιση διαφορετικών ειδικών που εργάζονται σε διαφορετικές υπηρεσίες. Οι ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας αντιμετωπίζονται με τον καλύτερο τρόπο όταν αναγνωρίζεται από τους ειδικούς το εύρος και η γνώση των δεξιοτήτων που απαιτούνται για την πρόωμη διάγνωση.

2.5 Προσεγγίσεις αξιολόγησης για σύνδρομο Asperger

Η αξιολόγηση των παιδιών για τα οποία υπάρχει υποψία συνδρόμου Asperger πρέπει να βασίζεται στα εξής :

- Στη λεπτομερή γνώση του φάσματος του αυτισμού, της τριάδας των διαταραχών και του συνδρόμου Asperger.
- Στη βαθιά κατανόηση των ψυχολογικών ερμηνειών των υποκείμενων διαταραχών του συνδρόμου.

- Στη γνώση της εξαιρετικά εξατομικευμένης παρουσίασης των χαρακτηριστικών διαταραχών στο σύνδρομο.
- Στη γνώση των διαγνωστικών κριτηρίων σύμφωνα με τα ταξινομικά συστήματα ICD-10 και DSM-IV.

Αυτή η γνώση χρησιμοποιείται:

- Στη συλλογή πληροφοριών με προσοχή και ευαισθησία
- Στη συστηματική παρατήρηση
- Στην επιλογή καταστάσεων και πλαισίων
- Στην οργάνωση κατάλληλων γεγονότων αλληλεπίδρασης, επιλογή δραστηριοτήτων και χρήσιμων διαδικασιών αξιολόγησης και υλικού.

2.6 Η συμβολή της εκπαίδευσης στην αξιολόγηση και διάγνωση του συνδρόμου Asperger

Αν και δεν είναι αρμοδιότητα του δασκάλου να διαγνώσει την κατάσταση ενός παιδιού, ωστόσο μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία αξιολόγησης. Συχνά είναι ο δάσκαλος που αντιλαμβάνεται για πρώτη φορά ότι το παιδί έχει παράξενη συμπεριφορά, ασυνήθιστη και διαφορετική σε σύγκριση με τους συνομηλίκους του. Συχνά χρειάζεται αξιολόγηση από τον σχολικό ψυχολόγο ή πλήρης αξιολόγηση των εκπαιδευτικών αναγκών του παιδιού. Ο ρόλος του δασκάλου στην περίπτωση αυτή είναι να σχεδιάσει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα του παιδιού.

Εκτός από τις πληροφορίες για την απόδοση του παιδιού στον εκπαιδευτικό τομέα και την ανταπόκριση του στην εκπαίδευση, είναι βοηθητική η συλλογή πληροφοριών από το δάσκαλο σχετικά με τη λειτουργικότητα του παιδιού, το επίπεδο των δραστηριοτήτων του και τη συμπεριφορά του σε τομείς που σχετίζονται με το σύνδρομο Asperger, στην κοινωνική φαντασία και την ευελιξία της σκέψης.

2.7 Σταθμισμένες κλίμακες αξιολόγησης

Σήμερα υπάρχουν διαθέσιμα εργαλεία, με τη μορφή κλιμάκων βαθμολόγησης για την αξιολόγηση λαμβάνοντας υπόψη το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Τέτοια εργαλεία είναι:

- **ADOS-G (The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic)**

Η κλίμακα αυτή είναι σύντομη (διαρκεί 30 λεπτά), τυποποιημένη, και παρέχει τη δυνατότητα στον ειδικό να παρατηρήσει την κοινωνική αλληλεπίδραση, την επικοινωνία και το φανταστικό παιχνίδι, μέσω ημιδομημένων διαδικασιών παιχνιδιού, οι οποίες αποτελούνται από «προσχεδιασμένες κοινωνικές περιστάσεις» (planned social occasions). Κατασκευάστηκε προκειμένου να διαγνώσει ΔΑΔ σε ένα ευρύ φάσμα χρονολογικών και νοητικών ηλικιών, όπως σε άτομα με ηλικία από 15 μηνών έως 40 ετών (Tompson, Robert, O'Quin, Aglaia, 1975).

Η ADOS-G περιλαμβάνει 4 μέρη, καθένα από τα οποία αντιστοιχεί σε διαφορετικό αναπτυξιακό και γλωσσικό επίπεδο, από παιδιά χωρίς καθόλου λόγο μέχρι ενήλικους υψηλής λειτουργικότητας.

Ωστόσο, η κλίμακα αυτή, δεν παρέχει επαρκείς πληροφορίες για τη διάγνωση του αυτισμού, επομένως, είναι απαραίτητη και η συνέντευξη στους γονείς των παιδιών αυτών προκειμένου να προσδιορίσουν συμπεριφορές χαμηλής συχνότητας (πχ. επαναλαμβανόμενο παιχνίδι), οι οποίες υπάρχει περίπτωση να μην παρατηρηθούν κατά τη διάρκεια μιας σύντομης παρατήρησης (Lord et al., 2000).

- **(CHAT) Checklist for Autism in Toddlers**

Ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αυτισμού σε Νήπια. Είναι ένα εργαλείο ανίχνευσης το οποίο είναι σχεδιασμένο για την ανίχνευση του πυρήνα των αυτιστικών χαρακτηριστικών ώστε να καταστεί δυνατή η θεραπεία μέχρι 18 μηνών. Χρησιμοποιείται σε ηλικίες από 18 έως 24 μηνών. (Baron-Cohen et al., 1992)

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

Κλίμακα Αξιολόγησης Παιδικού Αυτισμού, δεύτερη έκδοση. Αναθεωρημένο και ενισχυμένο καλύπτει ολόκληρο το φάσμα του αυτισμού, συμπεριλαμβανομένου του Συνδρόμου Asperger. Βοηθάει στην αναγνώριση παιδιών με αυτισμό και καθορίζει τα συμπτώματα μέσω ποσοτικών χαρακτηρισμών που στηρίζονται στην απευθείας παρατήρηση. Χρησιμοποιείται από τα 2 έτη και πάνω. (Eric Schopler, Mary E, Von Bourgondien, PhD and Steven R. Love, PhD, 2009)

- **(ADI-R) Autism Diagnostic Interview, Revised**

Συνέντευξη για Αυτιστική Διάγνωση- Επανεκτίμηση. Χρησιμοποιείται εδώ και δεκαετίες για τη διάγνωση του αυτισμού, του προγραμματισμού θεραπείας και τη διάκριση του αυτισμού από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές.

Χρησιμοποιείται για παιδιά και ενήλικες με διανοητική ηλικία πάνω από 2 ετών. (Anne Le Couteur, Catherine Lord, Michael Rutter, Western Psychological Services, 2003)

- **(ADOS) Autism Diagnostic Observation Schedule**

Πρόγραμμα Παρατήρησης για διάγνωση αυτισμού. Είναι το «χρυσό πρότυπο» για την αξιολόγηση και τη διάγνωση του αυτισμού και της Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής σε ηλικίες, αναπτυξιακά επίπεδα και γλωσσικές δεξιότητες. Χρησιμοποιείται σε νήπια και ενήλικες. (Lord et al,1989)

- **(PL- ADOS) Pre-Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule**

Πρόγραμμα Παρατήρησης για προγλωσσική διάγνωση αυτισμού. Είναι μια ημι δομημένη κλίμακα παρατήρησης η οποία είναι τροποποιημένη έτσι ώστε να γίνεται δυνατή η διάγνωση σε μικρά παιδιά που δεν χρησιμοποιούν ακόμη φράσεις στη ομιλία τους και έχουν χαρακτηριστικά ύποπτα για τον αυτισμό. Χρησιμοποιείται για ηλικίες κάτω των 6 ετών. (Di Lavore, Lord and Rutter, 1995)

- **(ASAS),Australian Scale for Asperger's Syndrome**

Αυστραλιανή Αξιολόγηση για το σύνδρομο Asperger. Έχει σχεδιαστεί για να εντοπίζονται συμπεριφορές και ικανότητες ενδεικτικές του συνδρόμου Asperger. Χρησιμοποιείται για παιδιά Δημοτικού σχολείου. (Attwood 1998)

- **The PDD assessment scale/screening questionnaire**

Η κλίμακα αξιολόγησης/ ερωτηματολόγιο ελέγχου. Είναι ένα πειραματικό εργαλείο ελέγχου το οποίο βασίζεται στα κριτήρια του DSM-IV για το αυτισμό. (Rami Grossman, 2000)

- **(GADS) Gilliam Asperger's Disorder Scale**

Κλίμακα Αξιολόγησης διαταραχών Asperger του Gilliam. Με βάση τους πιο πρόσφατους και σχετικούς ορισμούς και τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής του Asperger, το GADS χρησιμεύει στο να συνεισφέρει πολύτιμες πληροφορίες για τον εντοπισμό των παιδιών που έχουν αυτή τη διαταραχή. Χρησιμοποιείται για ηλικίες από 3 έως 22 ετών. (Gilliam, 2000)

- **(AQ) Autism Spectrum Quotient**

Πηλίο αυτοτιστικού φάσματος για ενήλικες. Σκοπός του είναι να διερευνήσει το κατά πόσο ενήλικες με οριακή νοημοσύνη έχουν συμπτώματα αυτισμού ή κάποια άλλη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος. Χρησιμοποιείται σε ενήλικες από 18 ετών και άνω. (Simon Baron-Cohen και τους συνεργάτες του από το Κέντρο Διάγνωσης Αυτισμού του Cambridge στη Αγγλία, 2001)

- **(PDDST-II), Pervasive Developmental Disorders Screening Test-II**

Έλεγχος Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής. Διευκολύνει με την έγκυρη αναγνώριση συμπτωμάτων έτσι οι γονείς και οι επαγγελματίες της παιδικής ηλικίας να έχουν τη δυνατότητα να εφαρμόσουν τις καλύτερες επιλογές έγκαιρης παρέμβασης για το παιδί. Χρησιμοποιείται από 12 έως 48 μηνών. (Bryna Siegel, 2004)

- **(S.R.S) Social Responsiveness Scale**

Τεστ Ικανότητας Κοινωνικής Ανταπόκρισης. Το (S.R.S) μέτρα το κατά πόσο η δυσλειτουργία κοινωνικοποίησης σχετίζεται με τις διαταραχές του αυτισμού. Διακρίνει τις καταστάσεις στο φάσμα του αυτισμού από τις καταστάσεις σε άλλες παιδικές διαταραχές, προσδιορίζοντας την παρουσία και τον βαθμό της δυσλειτουργίας κοινωνικοποίησης. Χρησιμοποιείται σε ηλικίες από 4 μέχρι 18 ετών. (Constantino, M.D., 2005)

- **(MIGDAS) Monteiro Interview Guidelines for Diagnosing Asperger's Syndrome**

Οδηγίες συνέντευξη για τη διάγνωση συνδρόμου Asperger από μια ομάδα προσέγγισης (Monteiro). Το τεστ MIGDAS είναι μια συστηματική προσέγγιση για τη διάγνωση Asperger και αυτισμού υψηλής λειτουργικότητας σε 3 βήματα - με βάση τις συνεντεύξεις των γονέων, του δασκάλου, και του παιδιού. Παρέχει ένα αποτελεσματικό, συστηματικό τρόπο στις ομάδες αξιολόγησης έτσι ώστε να συγκεντρωθούν και να οργανωθούν οι πληροφορίες που χρειάζονται για τη διάγνωση συνδρόμου Asperger και να διαφοροποιηθούν οι μορφές του αυτισμού υψηλής λειτουργικότητας. Χρησιμοποιείται για παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους, καθώς και για παιδιά προσχολικής ηλικίας με λεκτική επικοινωνία. (Marilyn J, Monteiro, Ph. D, 2008)

2.8 Το περιβάλλον της αξιολόγησης

Το περιβάλλον της αξιολόγησης όπου γίνεται η άμεση παρατήρηση του παιδιού έχει ιδιαίτερη σημασία για τη διαγνωστική διαδικασία. Για μια πλήρη αξιολόγηση, ο εξεταστής δεν πρέπει να αρκεστεί στην παρατήρηση του παιδιού κατά την εξέταση του σε κάποιο γραφείο, αλλά είναι σκόπιμο να το παρατηρήσει στους χώρους διαβίωσης και εκπαίδευσης ή εργασίας, όταν πρόκειται για άτομα μεγαλύτερα σε ηλικία. Οι διακυμάνσεις των χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς του σε κάποιο μη-οικείο γραφείο είναι οπωσδήποτε περιορισμένες και μπορεί η εξέταση να οδηγεί σε υποτίμηση είτε των δυνατοτήτων του είτε των προβλημάτων της συμπεριφοράς του. Για παράδειγμα, η εξέταση στο γραφείο του ειδικού ενδέχεται αφενός να μην δίνει την ευκαιρία παρατήρησης των προβλημάτων που συμβαίνουν ειδικά στο σπίτι, στο σχολείο ή στο εργασιακό περιβάλλον και αφετέρου το μη-οικείο περιβάλλον μπορεί να μην επιτρέπει στο παιδί να εκφράσει όλο του το δυναμικό. (Α. Γεννά, 2002)

2.9 Διαγνωστικά κριτήρια αυτισμού σύμφωνα με το DSM-IV

Η διάγνωση της αυτιστικής διαταραχής ακόμα και σήμερα γίνεται βάσει των χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς του παιδιού και όχι βάσει ιατρικών εξετάσεων, αν και είναι ευρέως αποδεκτό ότι τα αίτια του αυτισμού είναι βιολογικώς προερχόμενα. (Γενά,2002).

Σύμφωνα με το DSM-IV μπορούμε να κατατάξουμε τα διαγνωστικά κριτήρια του αυτισμού σε τρεις κατηγορίες: **1. της κοινωνικής συμπεριφοράς**, **2. της επικοινωνίας** και **3. των δραστηριοτήτων/ενδιαφερόντων**.

Συγκεκριμένα, απαραίτητη είναι η παρουσία 6 ή περισσότερων από τα παρακάτω σημεία, εκ των οποίων δύο τουλάχιστον να σχετίζονται με την κοινωνική συμπεριφορά, ένα τουλάχιστον με τη διαταραγμένη επικοινωνία, και ένα τουλάχιστον με περιορισμένα ενδιαφέροντα και επαναληπτική ή στερεότυπη συμπεριφορά.

Από τα πρώτα σημεία της διαταραχής είναι η ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική διαντίδραση, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα:

I. Έντονη έκπτωση στην χρησιμοποίηση πολλαπλών μη λεκτικών συμπεριφορών, όπως βλεμματικής επαφής, έκφρασης προσώπου, στάσεων του σώματος, και χειρονομιών για τη ρύθμιση της κοινωνικής διαντίδρασης.

II. Αδυναμία του ατόμου να αναπτύξει σχέσεις με συνομιλήκους, που να ταιριάζουν στο αναπτυξιακό του επίπεδο.

III. Έλλειψη αυθόρμητης αναζήτησης για να μοιραστεί χαρά, ενδιαφέροντα ή επιδόσεις με άλλα άτομα. (με έλλειψη να επιδεικνύει ή να επισημαίνει αντικείμενα ενδιαφέροντος).

IV. Έλλειψη κοινωνικής ή συναισθηματικής αμοιβαιότητας.

Σημαντικό διαγνωστικό κριτήριο σήμερα αποτελεί η απόκλιση στην ανάπτυξη του λόγου και στην επικοινωνία, που εκδηλώνεται με ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω σημεία:

I. Καθυστερημένη ή ανύπαρκτη ομιλία, η οποία δεν συνοδεύεται από προσπάθεια αναπλήρωσης μέσω εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας, όπως χειρονομίες ή παντομίμα.

II. Ακόμα και σε άτομα με επαρκή ομιλία, καταφανής έκπτωση στην ικανότητα έναρξης ή διατήρησης συνομιλιών με άλλους ανθρώπους.

III. Χρήση στερεότυπου, επαναληπτικού και με άλλες ιδιομορφίες λόγου.

IV. Απουσία ποικίλου και αυθόρμητου παιχνιδιού και παιχνιδιού με παίξιμο ρόλων, ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού.

Τέλος, τα περιορισμένα και επαναληπτικά στερεότυπα σχήματα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων εκδηλώνονται με ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω:

I. Περίκλειστη απασχόληση με έναν ή περισσότερους στερεότυπους και περιορισμένους τύπους ενδιαφερόντων που είναι μη φυσιολογική είτε σε ένταση είτε σε εστιασμό.

II. Προφανώς άκαμπτη προσκόλληση σε συγκεκριμένες, μη-λειτουργικές ρουτίνες ή τελετουργίες.

III. Στερεότυποι και επαναλαμβανόμενοι κινητικοί μαννερισμοί (πχ. «πέταγμα» ή συστροφή των χεριών ή των δαχτύλων, σύμπλοκες κινήσεις όλου του σώματος).

IV. Επίμονη ενασχόληση με μέρη αντικειμένων.

Συνήθως οι γονείς αντιλαμβάνονται πρώτοι την ασυνήθιστη συμπεριφορά των παιδιών τους. Σε αρκετές περιπτώσεις το μωρό τους φαίνεται «διαφορετικό» ιδιαίτερα όταν αντιδρά σπρώχνοντας μακριά ή παίρνοντας μια άκαμπτη στάση στις προσπάθειες των γονέων να το παρηγορήσουν όταν κλαίει ή να το νανουρίσουν, πράγμα που συνάδει στην αναζήτηση βοήθειας όταν το παιδί είναι ακόμα σε μικρή ηλικία (Ianelli,2004). Η καθυστέρηση στην γλωσσική ανάπτυξη είναι ένας ακόμη λόγος που οι γονείς υποπτεύονται την ύπαρξη κάποιας διαταραχής, όταν το παιδί βρίσκεται ακόμα σε μικρή ηλικία. Βέβαια, σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να διερευνάται η πιθανότητα αναπτυξιακής καθυστέρησης καθώς και η πιθανότητα κάλυψης της καθυστέρησης αυτής στο μέλλον. (Ozonoff, Rogers, Hendren, 2003).

Για την αξιολόγηση των αυτιστικών συμπτωμάτων είναι απαραίτητο να συνυπολογιστεί η χρονολογική καθώς και η νοητική ηλικία του παιδιού. Σύμφωνα με το DSM-IV προκειμένου να τεθεί η διάγνωση του αυτισμού, τα συμπτώματα πρέπει να έχουν κάνει την εμφάνιση τους μέχρι την ηλικία των τριών ετών. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005). Κι αυτό επειδή υπάρχουν συμπεριφορές που δεν εμφανίζονται πριν από μια συγκεκριμένη νοητική ηλικία. Για παράδειγμα, ένα παιδί δεν χρησιμοποιεί γραμματικά σωστές προτάσεις πριν από τα δύο του χρόνια (Γενά,2002).

Λόγω των δυσκολιών στην αξιολόγηση του αυτισμού, απαραίτητη είναι η εμπειρία του ειδικού και οι εξειδικευμένες θεωρητικές γνώσεις όσων ασχολούνται με τη διάγνωση (Ianelli, 2004).

2.10 Ορισμός διαφορικής διάγνωσης

Διαφορική διάγνωση είναι η διαδικασία αναγνώρισης μιας διαταραχής από άλλες. Συγκρίνεται η συμπεριφορά του παιδιού με τη συμπεριφορά που παρατηρείται σε άλλες διαταραχές, οι οποίες θα μπορούσαν να εμφανίσουν τα ίδια συμπτώματα.

2.10.1 Διαφορική διάγνωση αυτισμού

Ορισμένα συμπτώματα της αυτιστικής διαταραχής, όπως η καθυστέρηση στη γλωσσική ανάπτυξη, τα ελλείμματα στον γνωστικό τομέα, και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, δεν αποτελούν αποκλειστικά γνωρίσματα του, αλλά παρουσιάζονται και σε άλλες διαταραχές (Rutter, 1990). Ο διαχωρισμός του αυτισμού από αυτές τις διαταραχές, αποτελεί μια δύσκολη και απαιτητική διαδικασία, η οποία απαιτεί άριστη γνώση και εμπειρία από τους ειδικούς (Frith, 1999).

Διαφορική διάγνωση αυτισμού από τις διαταραχές επικοινωνίας

Η διαφορική διάγνωση του αυτισμού από τις διαταραχές της γλωσσικής ανάπτυξης (ή διαταραχές επικοινωνίας) είναι δύσκολη ιδιαίτερα στα μικρά παιδιά. Ωστόσο οι Bartak, Rutter, & Cox (1975) και ο Cantwell με τους συνεργάτες του (1989), αναφέρουν διαφορές ανάμεσα στις δύο διαταραχές, όπως στον τύπο των γλωσσικών δυσκολιών, στη μη-λεκτική επικοινωνία και στις κοινωνικές δεξιότητες (Bartak, Rutter, Cox, 1975). Τόσο τα παιδιά με αυτισμό, όσο και αυτά με αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές, παρουσιάζουν όμοιες καθυστερήσεις στο βάβισμα, στην απόκτηση της γλώσσας, και γραμματικές δυσκολίες. Ωστόσο τα παιδιά με αυτισμό, παρουσιάζουν περισσότερο αποκλίνουσα γλωσσική ανάπτυξη, συμπεριλαμβανομένης της ηχολαλίας, την αντιστροφή των αντωνυμιών, στερεοτυπικό λόγο, και μεταφορική γλώσσα. Επίσης, είναι λιγότερο πιθανόν τα αυτιστικά παιδιά να εμπλακούν αυθόρμητα σε μια συζήτηση. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα με αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές παρουσιάζουν συχνά δυσκολίες στην άρθρωση σε αντίθεση με αυτά τα αυτιστικά άτομα που διαθέτουν λόγο (Bishop, 1992).

Ένας ακόμη τομέας, όπου παρατηρούνται διαφορές ανάμεσα στις δύο διαταραχές είναι η μη-λεκτική επικοινωνία, η οποία στα αυτιστικά παιδιά παρουσιάζει σημαντικά περισσότερες ελλείψεις, συμπεριλαμβανομένων των χειρονομιών και του συμβολικού παιχνιδιού (Bartak et al. , 1975). Το 57% των γονέων παιδιών με αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές αναφέρουν ότι τα παιδιά τους χρησιμοποιούν χειρονομίες στο σπίτι, ενώ μόνο 11% των γονέων παιδιών με αυτισμό ανέφερε τη χρήση χειρονομιών. Και οι δυο ομάδες παιδιών έδειξαν καθυστερημένη ανάπτυξη του συμβολικού παιχνιδιού. Τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν επίσης περισσότερα προβλήματα στη κοινωνική διαντίδραση, συμπεριλαμβανομένης της βλεμματικής αποστροφής, λιγότερο ομαδικό παιχνίδι και μεγαλύτερη δυσκολία στην προσαρμογή σε νέες καταστάσεις (Bartak et al. 1975).

Διαφορική διάγνωση από τη σχιζοφρένεια

Παρότι η διάκριση του αυτισμού από άλλες παθήσεις, όπως η σχιζοφρένεια και η νοητική καθυστέρηση και η αναγνώρισή του ως ξεχωριστού συνδρόμου χρονολογείται ήδη από τη δεκαετία του 1940, για αρκετά χρόνια ένας μεγάλος αριθμός ατόμων με αυτισμό είχαν κακώς ταξινομηθεί σε ομάδες ατόμων με σχιζοφρένεια ή νοητική υστέρηση (Γενά,2002).

Τα παιδιά με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά με τα παιδιά με αυτισμό, όπως έκπτωση στις κοινωνικές σχέσεις, διαταραχές στο λόγο, περιορισμένη συναισθηματική έκφραση κι αντίσταση στις περιβαλλοντικές αλλαγές, αλλά ταυτόχρονα υπάρχουν και σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο διαταραχών, που επιτρέπουν τη διαφορική διάγνωση και καθιστούν σαφές ότι σχιζοφρένεια και αυτισμός δεν αποτελούν ενιαία διαγνωστική ομάδα (Rutter, Schopler, 1987).

Οι διαφορές αυτές εντοπίζονται στην ηλικία εκδήλωσης των δυο διαταραχών, την κλινική τους εξέλιξη, την συμπτωματολογία, την ύφεση των συμπτωμάτων λόγω της χρήσης φαρμακευτικών ουσιών, και τις οικογενειακές καταβολές που συνδέονται με την κάθε διαταραχή.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά την ηλικία έναρξης, παρατηρούμε ότι η σχιζοφρένεια, με έναρξη την παιδική ηλικία, εμφανίζεται από το τρίτο ως το δέκατο έτος της ηλικίας, ενώ η ηλικία πρώτης εμφάνισης ψυχωσικών συμπτωμάτων κορυφώνεται κατά την

περίοδο της εφηβείας. Ο αυτισμός εξ'ορισμού εμφανίζεται πριν τα τρία χρόνια ζωής του παιδιού (Γενά, 2002).

Ακόμη η σχιζοφρένεια εμφανίζεται ύστερα από χρόνια φυσιολογικής ανάπτυξης σε αντίθεση με τον αυτισμό, όπου έως το δεύτερο έτος ζωής το παιδί παρουσιάζει βασικά σημεία έλλειψης κοινωνικής και επικοινωνιακής συμπεριφοράς (Κωνστανταρέα, 2001).

Τέλος, ενώ ο αυτισμός διακρίνεται από μια σταθερότητα στην εκδήλωση των συμπτωμάτων, τα παιδιά με σχιζοφρένεια υποτροπιάζουν σταδιακά, ενώ κατά τη διάρκεια της ζωής τους παρουσιάζουν άλλοτε περιόδους ύφεσης και άλλοτε επιδείνωσης συμπτωμάτων (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Υπάρχει βέβαια η πιθανότητα, το παιδί με αυτισμό να εμφανίσει έντονες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες για τουλάχιστον ένα μήνα, και τότε η σχιζοφρένεια μπορεί να δοθεί σαν επιπρόσθετη διάγνωση (Μάνος, 1997).

Ως προς την συμπτωματολογία των δύο διαταραχών, η διαφορά έγκειται στο ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν υστερούν στην γλωσσική επικοινωνία ούτε εμφανίζουν στερεοτυπικές αντιδράσεις σε αντίθεση με τα άτομα με αυτισμό, τα οποία δεν σημειώνουν φυσιολογική ανάπτυξη ούτε στον λόγο, ούτε στις κοινωνικές δεξιότητες (Γενά, 2002).

Ορισμένες επιπρόσθετες διαφορές ανάμεσα στον αυτισμό και τη σχιζοφρένεια είναι το γεγονός ότι στην περίπτωση της σχιζοφρένειας η χορήγηση νευροληπτικών φαρμάκων επιφέρει ύφεση των συμπτωμάτων, ενώ στην περίπτωση του αυτισμού η φαρμακευτική αγωγή περιορίζεται μόνο στην αντιμετώπιση κάποιων συμπτωμάτων (όπως των τονοκλονικών σπασμών), χωρίς να επιφέρει μείωση των αυτιστικών συμπτωμάτων (Sloman, 1991).

Επίσης, στα παιδιά με αυτισμό ανιχνεύεται θετικό οικογενειακό ιστορικό με διαταραχές γνωστικών ή κοινωνικών λειτουργιών (ιδιαίτερα του λόγου), ενώ στα άτομα με σχιζοφρένεια το οικογενειακό ιστορικό περιλαμβάνει ψυχικές νόσους (Mesibov & Dawson, 1986).

Διαφορική διάγνωση από την νοητική υστέρηση

Αν και υπάρχουν κοινά χαρακτηριστικά ανάμεσα στον αυτισμό και την νοητική υστέρηση, όπως η αδυναμία συναισθηματικής έκφρασης, η αντίσταση σε περιβαλλοντικές αλλαγές, στερεοτυπίες και αλλόκοτες αντιδράσεις σε αισθητηριακά ερεθίσματα, υπάρχουν τουλάχιστον τρεις ξεκάθαρες διαφορές μεταξύ τους: η επικοινωνιακή τους συμπεριφορά, η κοινωνικότητα και ο βαθμός δυσλειτουργίας στους διάφορους τομείς της ανάπτυξης (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Τα παιδιά με νοητική υστέρηση κάνουν προσπάθειες επικοινωνίας, ακόμα και όταν δεν έχουν αναπτύξει λόγο, και όταν αποκτήσουν λόγο τον χρησιμοποιούν για επικοινωνία. Τα παιδιά με αυτισμό αντίθετα, χρειάζονται ειδική εκπαίδευση προκειμένου να χρησιμοποιήσουν τον λόγο ως μέσο επικοινωνίας, ενώ υστερούν στη αντίληψη αφηρημένων εννοιών (Γενά, 2002).

Το κατεξοχήν διαφοροδιαγνωστικό χαρακτηριστικό των ατόμων με αυτισμό από τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι η δυσλειτουργία στην κοινωνική διαντίδραση των αυτιστικών (Volkmar & Cohen, 1988). Άλλες διαφορές που έχουν εντοπιστεί είναι οι κινητικές δυσλειτουργίες, οι οποίες συναντώνται συχνά στα άτομα με νοητική υστέρηση, ενώ δεν σχετίζονται με τα αυτιστικά άτομα (Scribman & Mills, 1983).

Διαφορική διάγνωση αυτισμού από άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές

Διαφορική διάγνωση από τη διαταραχή Rett

Η διαταραχή Rett εμφανίζεται αποκλειστικά στα κορίτσια ενώ ο αυτισμός είναι 4-5 φορές πιο συχνός στα αγόρια. Επίσης, η διαταραχή Rett χαρακτηρίζεται από ορισμένες βιολογικές-νευρολογικές επιβαρύνσεις, οι οποίες δεν υφίστανται στον αυτισμό. Συγκεκριμένα, μετά από μια περίοδο φυσιολογικής ανάπτυξης υπάρχει χαρακτηριστική επιβράδυνση της αύξησης της κεφαλής, απώλεια δεξιοτήτων των χεριών που είχαν αποκτηθεί και εμφάνιση κακού συντονισμού του βαδίσματος ή των κινήσεων του κορμού (Μάνος, 1997).

Διάκριση από την Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή (ΠΑΔ)

Οι δύο διαταραχές διαφέρουν μεταξύ τους τόσο ως προς την διαφορά στον χρόνο εμφάνισης των συμπτωμάτων όσο και ως προς την κλινική τους πορεία. Στην ΠΑΔ το παιδί εξελίσσεται φυσιολογικά για δύο χρόνια και στη συνέχεια παρατηρείται

αναπτυξιακή παλινδρόμηση ακόμα και σε στοιχειώδεις τομείς, όπως ο έλεγχος του ορθού και της κύστης. Στην αυτιστική διαταραχή, οι αναπτυξιακές διαταραχές γίνονται εμφανείς κατά τον πρώτο χρόνο (Thompson, Robert, O'Quinn, Aglaia, 1979).

Διάκριση από την διαταραχή Asperger

Η διαταραχή Asperger διακρίνεται από το ότι δεν υπάρχει καθυστέρηση στην ανάπτυξη της γλώσσας (Μάνος, 1997).

Διαφορική διάγνωση από καθυστέρηση που οφείλεται σε περιβαλλοντική ένδεια

Τα παιδιά, που λόγω περιβαλλοντικών παραγόντων εκδηλώνουν συμπεριφορές που μοιάζουν με αυτισμό, όπως γλωσσική ανεπάρκεια, κοινωνική απόσυρση, αδιαφορία για το περιβάλλον και για τα παιχνίδια, μπορούν να ξεπεράσουν τις δυσκολίες τους αυτές όταν βρεθούν σε κατάλληλο εκπαιδευτικό περιβάλλον (Γενά, 2002).

Εξάλλου, ο λόγος τους δεν μοιάζει με των ατόμων με αυτισμό και δεν καταφεύγουν σε στερεοτυπικές συμπεριφορές, όπως τα παιδιά με αυτισμό (Ornitz & Ritvo, 1976).

Διαφορική διάγνωση από την κώφωση

Αν και η κώφωση δεν σχετίζεται με τον αυτισμό, το γεγονός ότι αρκετές φορές τα παιδιά με αυτισμό δεν ανταποκρίνονται στο κάλεσμα των γονέων τους ή σε αρκετά ακουστικά ερεθίσματα, δημιουργείται η εντύπωση σε αυτούς ότι τα παιδιά τους πάσχουν από ακουστική ανεπάρκεια (Κωνστανταρέα, 2001).

2.10.2 Διαφορική διάγνωση συνδρόμου Asperger

Ο Jonathan Green (1990), ένας παιδοψυχίατρος που μελέτησε τη φύση του συνδρόμου Asperger, τονίζει ότι στη διαφορική διάγνωση των παιδιών με το σύνδρομο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη διαφορετικές καταστάσεις στις οποίες μερικά χαρακτηριστικά είναι παρόμοια με εκείνα της τριάδας. Μεταξύ αυτών είναι :

Φυσιολογική έλλειψη ευαισθησίας

Ο Asperger θεώρησε την κατάσταση ως μια ακραία μορφή ανδρικής εξυπνάδας, δείχνοντας ότι χαρακτηριστική έλλειψη κοινωνικής ευαισθησίας βρίσκεται στο τέλος της συνέχειας της φυσιολογικής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τον Green (1990),

μελέτες σύγκρισης παιδιών με το σύνδρομο με άλλες ομάδες ψυχιατρικών καταστάσεων έδειξαν ότι μόνο αυτή η ομάδα με το σύνδρομο Asperger παρουσιάζει παράξενη ομιλία, χειρονομίες και έκφραση του προσώπου.

Συναισθηματική διαταραχή

Τα παιδιά με συναισθηματικές δυσκολίες, που οφείλονται σε οικογενειακές ή και σε κοινωνικές συνθήκες, μπορεί να παρουσιάσουν απόσυρση και έλλειψη επικοινωνίας. Ωστόσο, ανταποκρίνονται πιο γρήγορα στη θεραπεία και στην παρέμβαση.

Δυσπραξία

Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger είναι συχνά αδέξια, με μικρή ανάπτυξη στη λεπτή κινητικότητα και στις δεξιότητες οπτικο-κινητικού συντονισμού. Αντίθετα, παιδιά με σοβαρή δυσπραξία εμφανίζουν σημαντικές κοινωνικές δυσκολίες. Σε μερικές περιπτώσεις, ιδίως μικρών παιδιών, η διάγνωση μπορεί να είναι δύσκολη. Η διάκριση είναι σημαντική γιατί τα παιδιά με δυσπραξία ανταποκρίνονται πιο εύκολα στην εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, ενώ η ικανότητα δημιουργίας σχέσεων είναι ανέπαφη. Έχουν επίσης λιγότερο άκαμπτα και ψυχαναγκαστικά ενδιαφέροντα. Ως προς την εκπαιδευτική αντιμετώπιση, μπορεί να υπάρχουν μερικά κοινά σημεία αλλά οι προτεραιότητες είναι διαφορετικές.

Διαταραχή λόγου

Ο καθορισμός των ορίων μεταξύ των αναπτυξιακών διαταραχών λόγου και του αυτισμού μπορεί να είναι δύσκολος. Όταν τα παιδιά αναπληρώνουν τις δυσκολίες λόγου με χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου, νοήματα και μίμηση, είναι σαφές τι πρόκειται για πρόβλημα λόγου. Ωστόσο, κατά τον Rutter(1978), μερικά παιδιά παρουσιάζουν μεικτή κλινική εικόνα. Δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία και διαταραχές συμπεριφοράς μπορεί να παρατηρηθούν σε μικρά παιδιά με δυσκολίες λόγου αντιληπτικού τύπου, καθώς και σε παιδιά με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Η συνεργασία μεταξύ των ειδικών που παίρνουν μέρος στην αξιολόγηση είναι καθοριστικής σημασίας. Στο παιδί που πλησιάζει στη σχολική ηλικία, είναι πιο ξεκάθαρη.

Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα

Μικρά παιδιά με τη διαταραχή αυτή εμφανίζουν πολλές συμπεριφορές που μπορεί να παρατηρηθούν και στο σύνδρομο Asperger. Π.χ. δείχνουν να μην ακούνε όταν τους απευθύνεται ο λόγος, δεν ακολουθούν οδηγίες, δυσκολεύονται να οργανώσουν καθήκοντα και δραστηριότητες, μιλούν υπερβολικά, διακόπτουν και διασπώνται εύκολα. Περιστασιακά, σε παιδιά 5 ή 6 χρονών με σύνδρομο Asperger, μπορεί αρχικά να διαγνωστεί ως σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας και να αντιμετωπιστούν με φαρμακευτική αγωγή και συμπεριφορές παρέμβασης. Συνήθως, στην ελλειμματική προσοχή- υπερκινητικότητα, η φαρμακευτική αγωγή και η κατάλληλη συμπεριφορική παρέμβαση, καθώς και η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες επιφέρει γρήγορη βελτίωση στην κοινωνική λειτουργικότητα. Εάν όμως οι κοινωνικές δυσκολίες αντιστέκονται στην αλλαγή, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η διαφορετική διάγνωση του συνδρόμου Asperger.

Άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις

Μερικές φορές, παιδιά με παράξενα πρότυπα συμπεριφοράς και παράξενη διεργασία σκέψης παίρνουν άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις, όπως «σχιζοειδής προσωπικότητα», «ψυχαναγκαστική-εμμονική διαταραχή». Η κοινωνική διαταραχή στις καταστάσεις αυτές δεν είναι όμοια με εκείνη του συνδρόμου Asperger. Στις περιπτώσεις αυτές είναι απαραίτητη η γνώμη του παιδοψυχιάτρου.

2.10.3 Διαγνωστικά Κριτήρια για τη Διαταραχή Asperger κατά DSM-IV

Οι κλινικοί στηρίζονται, συνήθως, στα κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου -4^η έκδοση- DSM-IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας για τη διαγνωστική αξιολόγηση των αναπτυξιακών διαταραχών, όπως το σύνδρομο Asperger. Τα κριτήρια για το σύνδρομο Asperger στο DSM-IV, που αναθεωρήθηκε και δημοσιεύτηκε στην έκδοση του 2000 βρίσκονται παρακάτω:

Α. Ποιοτική απόκλιση στην κοινωνική αλληλεπίδραση, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα:

1. Εμφανής έκπτωση στη χρήση πολλαπλών μη λεκτικών συμπεριφορών, όπως βλεμματική επαφή, εκφράσεις προσώπου, στάσεις του σώματος και χειρονομίες για τη ρύθμιση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης.
2. Αποτυχία στην ανάπτυξη σχέσεων με συνομηλίκους ανάλογες του αναπτυξιακού επιπέδου.
3. Έλλειψη αυθόρμητης αναζήτησης μοιράσματος ευχαρίστησης, ενδιαφερόντων ή επιτευγμάτων με άλλα άτομα κ απουσία συμπεριφορών όπως να δείχνει, να φέρνει ή να υποδεικνύει αντικείμενα ενδιαφέροντος στα άλλα άτομα.
4. Έλλειψη κοινωνικής ή συναισθηματικής αμοιβαιότητας.

B. *Περιορισμένα επαναληπτικά και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:*

1. Ενασχόληση με ένα ή περισσότερα στερεότυπα και περιορισμένα πρότυπα ενδιαφέροντος που είναι μη φυσιολογικά είτε προς την ένταση είτε προς την εστίαση.
2. Εμφανής άκαμπτη προσκόλληση σε συγκεκριμένες μη λειτουργικές ρουτίνες και τελετουργίες.
3. Στερεότυποι και επαναληπτικοί κινητικοί manierισμοί (π.χ. χτύπημα ή στρίψιμο χεριών ή δαχτύλων ή πολύπλοκες κινήσεις ολόκληρου του σώματος)
4. Επίμονη ενασχόληση με μέρη των αντικειμένων.

Γ. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Δ. Δεν υπάρχει κλινικά σημαντική καθυστέρηση στο λόγο (π.χ. Μεμονωμένες λέξεις χρησιμοποιούνται στην ηλικία των δύο ετών, επικοινωνιακές φράσεις χρησιμοποιούνται στην ηλικία των 3 ετών).

Ε. Δεν υπάρχει κλινικά 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.

Z. Δεν πληρούνται τα κριτήρια για άλλη συγκεκριμένη Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή ή σχιζοφρένεια.

Η χρήση των κριτηρίων κατά DSM-IV ως μοναδική πηγή πληροφοριών δεν επαρκεί για την αξιόπιστη διάγνωση του συνδρόμου Asperger. Η κατάρτιση, η εποπτεία και εκτεταμένη κλινική εμπειρία στη φύση του συνδρόμου είναι σημαντικές, προκειμένου ο κλινικός και ο πελάτης να είναι βέβαιοι για τη διάγνωση. (Attwood, T., 2009)

2.10.3.1 Διαγνωστικά κριτήρια συνδρόμου Asperger κατά Gillberg (1991)

1. Απόκλιση κοινωνικών δεξιοτήτων (υπερβολικός εγωκεντρισμός) (τουλάχιστον δυο από τα ακόλουθα) :
 - Δυσκολίες στην αλληλεπίδραση με συνομηλίκους.
 - Αδιαφορία με επαφές με συνομηλίκους.
 - Δυσκολίες στην ερμηνεία κοινωνικών σημάτων.
 - Κοινωνικά και συναισθηματικά ακατάλληλη συμπεριφορά.

2. Περιορισμένο εύρος ενδιαφερόντων (τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα):
 - Αποκλεισμός άλλων δραστηριοτήτων.
 - Εμμονή στην επανάληψη.
 - Μηχανική μάθηση παρά κατανόηση νοήματος.

3. Ψυχαναγκαστική ανάγκη για ρουτίνες και ενδιαφέροντα (τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα):
 - Που επηρεάζουν κάθε πτυχή της καθημερινής ζωής του ατόμου.
 - Που επηρεάζουν τους άλλους.

4. Ιδιομορφίες στην ομιλία και τη γλώσσα (τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα):
 - Καθυστέρηση στη γλωσσική ανάπτυξη.
 - Επιφανειακά τέλειος εκφραστικός λόγος.

- Επίσημη σχολαστική γλώσσα.
- Περίεργη προσωδία, ιδιόρρυθμα χαρακτηριστικά φωνής.
- Έκπτωση στην ικανότητα κατανόησης, συμπεριλαμβανομένων παρερμηνειών των κυριολεκτικών/ μεταφορικών νοημάτων.

5. Προβλήματα στην μη λεκτική επικοινωνία (τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα):

- Περιορισμένη χρήση χειρονομιών.
- Αδέξια/αδιάκριτη γλώσσα σώματος.
- Περιορισμένες εκφράσεις προσώπου.
- Ακατάλληλες εκφράσεις προσώπου.
- Ιδιόρρυθμο, σκληρό βλέμμα.

6. Κινητική αδεξιότητα:

- Χαμηλή επίδοση σε νευροαναπτυξιακά.
(Atwood, T., 2009)

2.10.3.2 Διαγνωστικά κριτήρια συνδρόμου Asperger σχετικά με τη κοινωνική συμπεριφορά

Τα διαγνωστικά κριτήρια επιχειρούν να διευκρινίσουν το ασυνήθιστο προφίλ δεξιοτήτων και συμπεριφοράς που χαρακτηρίζει τα άτομα με σύνδρομο Asperger. Να σημειωθεί ότι όλα τα κριτήρια αναφέρονται σε δυσκολίες στη κοινωνική συμπεριφορά.

Το 1989, οι Carina και ο Christopher Gillberg έθεσαν έξι κριτήρια τα οποία βασίζονται στις έρευνες που είχαν κάνει στη Σουηδία και τα δύο από αυτά περιγράφουν όψεις της κοινωνικής συμπεριφοράς.

Στο πρώτο κριτήριο, το παιδί παρουσιάζει τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά :

- 1.Ανικανότητα αλληλεπίδρασης
- 2.Απουσία επιθυμίας για αλληλεπίδραση με συνομήλικους

3. Έλλειψη κατανόησης κοινωνικών κωδικών

4. Ακατάλληλη κοινωνική και συναισθηματική συμπεριφορά

Ένα άλλο κριτήριο τους εξετάζει τη μη λεκτική επικοινωνία. Επίσης, σκιαγραφεί αδυναμίες στη κοινωνική συμπεριφορά, εφόσον το παιδί παρουσιάζει τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά :

1. Περιορισμένη χρήση χειρονομιών

2. Αδέξιες/άξεστες κινήσεις

3. Περιορισμένη χρήση εκφράσεων του προσώπου

4. Ακατάλληλες εκφράσεις

5. Περίεργο, ψυχρό βλέμμα

Την ίδια χρονιά, ο Peter Szatmari και οι συνεργάτες του από τον Καναδά δημοσίευσαν τα διαγνωστικά τους κριτήρια και η ασυνήθιστη κοινωνική συμπεριφορά περιγράφεται στα τρία από τα πέντε κριτήρια τους. Αυτοί τονίζουν κάποια στοιχεία τα οποία δεν αναφέρονται ουσιαστικά στα κριτήρια των Gillberg και συγκεκριμένα το ότι τα άτομα με σύνδρομο Asperger είναι αποστασιοποιημένα συναισθηματικά από τους γύρω τους ή δυσκολεύονται να νιώσουν τα συναισθήματα τους, δεν κοιτάζουν τους άλλους όταν τους μιλούν, αδυνατούν να «μιλήσουν με τα μάτια» (οπτική επαφή/επικοινωνία) και πλησιάζουν υπερβολικά τους άλλους. Το παιδί με σύνδρομο Asperger δεν αντιλαμβάνεται καλά την έννοια του «προσωπικού χώρου» ούτε το γεγονός ότι όταν αυτός παραβιάζεται, το άλλο άτομο δυσφορεί σε μεγάλο βαθμό. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δημοσίευσε τα διαγνωστικά του κριτήρια το 1990, όπου τονίζεται ότι στο ομαδικό παιχνίδι το παιδί δεν μοιράζεται με τα άλλα παιδιά τις προτιμήσεις, τις δραστηριότητες και τα συναισθήματα του. Επίσης, δεν τροποποιεί τη συμπεριφορά του ανάλογα με την κοινωνική κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Το πρώτο από τα κριτήρια του DSM-IV που εκδόθηκαν το 1994 σχετίζεται με τις αδυναμίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και περιέχει πολλά από τα χαρακτηριστικά που συμπεριλαμβάνονται σε προγενέστερα κριτήρια. Ωστόσο, προσθέτει ότι το παιδί μπορεί να στερείται κοινωνικής και συναισθηματικής αμοιβαιότητας. Με άλλα λόγια, το παιδί μονοπωλεί την κοινωνική αλληλεπίδραση.

Καθώς εμπλουτίζεται η γνώση των ασυνήθιστων εκφάνσεων της κοινωνικής συμπεριφοράς που συνδέονται με το σύνδρομο Asperger, τα διαγνωστικά κριτήρια θα γίνουν πιο ακριβή. Αυτή τη στιγμή μεγάλο μέρος αυτής της γνώσης βασίζεται περισσότερο σε κλινική εμπειρία παρά σε αξιόπιστη επιστημονική έρευνα.

2.10.4 Διαγνωστικά κριτήρια για την διαταραχή Rett

Διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM-IV, (1994)

A. Όλα τα παρακάτω κριτήρια:

- Φαινομενικά φυσιολογική προγεννητική και περιγεννητική ανάπτυξη
- Φαινομενικά φυσιολογική ψυχοκινητική ανάπτυξη στους πρώτους 5 μήνες μετά τη γέννηση.
- Φυσιολογική περίμετρος κεφαλής κατά τη γέννηση

B. Έναρξη όλων των παρακάτω συμπτωμάτων μετά την περίοδο της φυσιολογικής ανάπτυξης:

- Επιβράδυνση της αύξησης της κεφαλής στην ηλικία από 5 έως 48 μηνών
- Απώλεια των ήδη κερτημένων κινητικών δεξιοτήτων των χεριών, στην ηλικία από 5 έως 30 μηνών, ακολουθούμενη από στερεοτυπικές κινήσεις των χεριών (π.χ. τρίψιμο των χεριών μεταξύ τους ή «πλύσιμο» των χεριών)
- Απόσυρση από την κοινωνική συναναστροφή στα πρώτα στάδια της εξέλιξης της διαταραχής (αν και συχνά η κοινωνική συναλλαγή αναπτύσσεται αργότερα)
- Εμφάνιση ασυντόνιστης βάδισης και κίνησης του κορμού
- Σημαντική έκπτωση στις ικανότητες εκφοράς και κατανόησης του λόγου, συνοδευμένη από σοβαρή ψυχοκινητική καθυστέρηση

2.10.5 Διαγνωστικά κριτήρια για την Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV, (1994)

A. Φυσιολογική ανάπτυξη στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, στις κοινωνικές σχέσεις, στο παιχνίδι και στην προσαρμογή στις περιβαλλοντικές απαιτήσεις μέχρι τουλάχιστον τα 2 πρώτα χρόνια της ηλικίας

B. Κλινικά σημαντική απώλεια δεξιοτήτων που είχαν αποκτηθεί στο παρελθόν (πριν την ηλικία των 10 ετών) σε δύο από τους ακόλουθους τομείς:

- Εκφορά και κατανόηση του λόγου
- Κοινωνικές δεξιότητες ή προσαρμοστική συμπεριφορά
- Έλεγχος του ορθού ή της κύστης
- Παιχνίδι
- Κινητικές δεξιότητες

Γ. Ανωμαλίες στη λειτουργικότητα σε δύο τουλάχιστον από τους παρακάτω τομείς:

- Ποιοτική υποβάθμιση στις κοινωνικές συναλλαγές (π.χ. έκπτωση σε μη λεκτικές αντιδράσεις, αδυναμία ανάπτυξης σχέσεων με συνομηλίκους, απουσία κοινωνικής και συναισθηματικής αμοιβαιότητας)
- Ποιοτική υποβάθμιση της επικοινωνίας (π.χ. καθυστέρηση ή πλήρης ανεπάρκεια στην ομιλούμενη γλώσσα, αδυναμία έναρξης ή διατήρησης συζητήσεων, στερεότυπη και επαναληπτική χρήση του λόγου, μη συμμετοχή σε παιχνίδι που προϋποθέτει ανάληψη ρόλων)
- Περιορισμένοι, επαναληπτικοί και στερεότυποι τρόποι συμπεριφοράς, ομοίως
- περιορισμένα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων κινητικών στερεοτυπιών και μαννερισμών.

Δ. Η διαταραχή δεν αποδίδεται σε άλλη ειδική Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή ή σχιζοφρένεια.

2.10.6 Έξι τρόποι διάγνωσης

Σύμφωνα με έρευνες η μέση ηλικία διάγνωσης είναι τα 8 έτη. Ωστόσο, το ηλικιακό εύρος κυμαίνεται από τα πολύ μικρά παιδιά μέχρι τους ενηλίκους. Σύμφωνα με τον Tony Attwood ο οποίος έχει ειδικότητα στα παιδιά με σύνδρομο Asperger υπάρχουν έξι τρόποι για διάγνωση. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο πρώτος προϋποθέτει την προηγούμενη διάγνωση αυτισμού, η οποία μπορεί να έγινε όταν το παιδί ήταν μικρότερο των 2 ετών.

1. Διάγνωση αυτισμού στην πρώιμη παιδική ηλικία

Ένας από τους λόγους που η Lorna Wing πρότεινε να γίνει ευρέως αποδεκτός ο όρος «Σύνδρομο Asperger» ήταν η διαπίστωση ότι ένα ποσοστό των παιδιών που έχουν τα κλασικά συμπτώματα του αυτισμού στην προσχολική ηλικία μπορεί αργότερα να εμφανίσουν σαφή βελτίωση στην επικοινωνία και τις ικανότητες. Το παιδί που μέχρι πριν από λίγο καιρό ήταν απομονωμένο και είχε σοβαρές γλωσσικές δυσλειτουργίες αναπτύσσει ευχέρεια λόγου και δυνατότητα ένταξης – με υποστήριξη- σε κανονική σχολική τάξη. Δεν είναι πλέον απομονωμένο και σιωπηλό και η συμπεριφορά και η ικανότητες του συμφωνούν με τη διάγνωση του συνδρόμου Asperger. Αυτή η βελτίωση μπορεί να είναι αξιοσημείωτα ραγδαία και να προκύψει ακριβώς πριν από την ηλικία των 5 ετών. Δεν είναι σίγουρο αν αυτό αποτελεί μια αναμενόμενη εξέλιξη για κάποια παιδιά ή μπορεί να αποδοθεί στα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης ή ίσως και στα δύο. Εντούτοις η προηγούμενη διάγνωση του κλασικού αυτισμού ήταν ακριβής, όταν το παιδί ήταν πολύ μικρό, αλλά το παιδί «είχε προχωρήσει μέσα από το φάσμα του αυτισμού» στο σημείο που χαρακτηρίζεται ως σύνδρομο Asperger. Κατά συνέπεια, είναι σημαντικό να αναθεωρείται συχνά η διάγνωση του αυτισμού, προκειμένου να εξεταστεί αν η διάγνωση του συνδρόμου Asperger είναι κάποια στιγμή πιο ακριβής και το παιδί πρέπει να συμπεριληφθεί σε κατάλληλα σχεδιασμένα προγράμματα.

2. Αναγνώριση χαρακτηριστικών με την έναρξη της σχολικής φοίτησης

Η εξέλιξη του παιδιού κατά την προσχολική ηλικία ενδέχεται να μην ήταν εμφανώς ασυνήθιστη, ενώ οι γονείς και οι ειδικοί, από την πλευρά τους, μπορεί ποτέ να μην

σκέφτηκαν ότι το παιδί παρουσιάζει χαρακτηριστικά που παραπέμπουν στον αυτισμό. Ο πρώτος δάσκαλος του παιδιού είναι εξοικειωμένος με φυσιολογικές συμπεριφορές και κάποιο παιδί που μπορεί να αποκλίνει από τους κοινούς κώδικες κοινωνικής συμπεριφοράς του προκαλεί ανησυχία. Το παιδί μπορεί στο σπίτι να αλληλεπιδρά με τα αδέρφια του και να φαίνεται φυσιολογικό προς τους γονείς αλλά σε μη οικείες καταστάσεις και με παιδιά της ηλικίας του τα συμπτώματα είναι πιο εμφανή. Τα παιδιά αυτά μπορεί να εμφανίζουν τα κλασικά συμπτώματα αλλά οι δάσκαλοι τους δεν θεωρούν ότι πρέπει να παραπεμφθούν σε διαγνωστικά κέντρα και χαρακτηρίζονται απλά ως παιδιά με περίεργες συνήθειες και συνεχίζουν την σχολική ζωή τους.

3. Μια άτυπη εκδήλωση κάποιου άλλου συνδρόμου

Υπάρχει περίπτωση να έχει χαρακτηριστεί η εξέλιξη και οι ικανότητες του παιδιού ασυνήθιστες και η εξέταση να παραπέμπει σε συγκεκριμένη διαταραχή. Για παράδειγμα, το παιδί μπορεί να έχει ένα ιστορικό καθυστερημένης γλωσσικής ανάπτυξης, να έχει παρακολουθήσει θεραπευτικές συνεδρίες σε λογοθεραπευτή και να θεωρείται ότι απλώς παρουσιάζει μια γλωσσική δυσλειτουργία. Εντούτοις, προσεκτικότερη παρατήρηση των κοινωνικών και γνωστικών δεξιοτήτων του και του εύρους των ενδιαφερόντων του δείχνει ότι η εικόνα είναι πιο περίπλοκη και ότι το σύνδρομο Asperger είναι πια η διάγνωση που αρμόζει. Μερικές φορές, μια άλλη κατάσταση όπως είναι η εγκεφαλική παράλυση ή μυϊκή δυστροφία, είναι πιο εύκολο να αναγνωριστεί. Παρόλο που υπάρχει περίπτωση οι ειδικοί να ανησυχούν ότι το παιδί παρουσιάζει μια άτυπη έκφραση κάποιου συνδρόμου, ωστόσο, δεν είναι βαθείς γνώστες του συνδρόμου Asperger για να το θεωρήσουν πιθανότητα. Τελικά κάποιος ειδικός αναγνωρίζει τα σημάδια ή οι γονείς διαβάζουν για το συγκεκριμένο σύνδρομο και έρχονται σε επαφή με τη σχετική διαγνωστική ομάδα των ειδικών επιστημών.

4. Διάγνωση αυτισμού ή συνδρόμου Asperger σε συγγενικά πρόσωπα

Όταν σε ένα παιδί διαγνωστεί αυτισμός ή σύνδρομο Asperger, σύντομα οι γονείς του γίνονται γνώστες των διαφορετικών τρόπων με τους οποίους εκφράζονται αυτές οι καταστάσεις. Αντλούν τις συγκεκριμένες πληροφορίες από τη βιβλιογραφία και από τις συζητήσεις με ειδικούς και άλλους γονείς στις τοπικές ομάδες υποστήριξης. Τότε ενδέχεται να προκύψει το ερώτημα αν κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας

παρουσιάζει σύνδρομο Asperger. Υπάρχουν κάποιες οικογένειες στις οποίες περισσότερα από ένα παιδιά έχουν σύνδρομο Asperger ή η διαταραχή αυτή παρουσιάζεται σε διαφορετικές γενιές.

5. Μια δευτερογενής ψυχική διαταραχή

Το άτομο με σύνδρομο Asperger μπορεί στα πρώτα σχολικά χρόνια να θεωρηθεί εκκεντρικό ή μοναχικό αλλά δεν παρουσιάζει συμπτώματα που να το οδηγήσουν σε αξιολόγηση. Αργότερα όμως στην εφηβεία, τα συμπτώματα γίνονται εντονότερα με αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωση από τους συνομηλίκους του. Αυτό οδηγεί το άτομο σε κατάθλιψη που γίνεται και η αφορμή για παραπομπή σε παιδοψυχίατρο ο οποίος συνειδητοποιεί ότι αποτελεί μια δευτερογενή συνέπεια του συνδρόμου Asperger.

Το άτομο μπορεί να παρουσιάσει κρίσεις πανικού ή ψυχαναγκαστική συμπεριφορά. Όταν αναγνωριστούν αυτές οι ενδείξεις και ξεκινήσει η θεραπευτική παρέμβαση, οι ειδικοί είναι οι πρώτοι που μπορούν να εντοπίσουν τα συμπτώματα που οδηγούν στη διάγνωση του συνδρόμου. Το άτομο στην εφηβεία πιθανότατα θα αποτραβηχτεί στο δικό του κόσμο μιλώντας στον εαυτό του και χάνοντας κάθε ενδιαφέρον για κοινωνική υγιεινή. Μπορεί να υπάρξει υποψία σχιζοφρένειας, αλλά προσεκτικότερη διερεύνηση αποκαλύπτει ότι η συμπεριφορά του δεν είναι ψυχωτική, αλλά μια αναμενόμενη εφηβική αντίδραση του συνδρόμου Asperger. Αυτές είναι δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές ωστόσο, για κάποια άτομα μπορεί να είναι τα συμπτώματα που οδηγούν στη διάγνωση του συνδρόμου.

6. Υπολειμματικό σύνδρομο Asperger σε ενήλικους

Σήμερα δεν παραπέμπονται για διαγνωστική αξιολόγηση μόνο παιδιά και έφηβοι αλλά και ενήλικες. Οι ενήλικες παίρνουν ή οι ίδιοι την πρωτοβουλία για να προχωρήσουν στην αξιολόγηση ή μετά από παρότρυνση κάποιο συγγενικού προσώπου που μπορεί να έχει δει κάποια χαρακτηριστικά. Άλλοι πάλι μπορεί να έχουν διαβάσει για το σύνδρομο Asperger από περιοδικά και εφημερίδες και θεωρούν ότι μπορεί να έχουν κάποια μορφή αυτού του συνδρόμου. Πολύ σημαντικό σε περίπτωση διάγνωσης του συνδρόμου σε ενήλικο είναι η συλλογή αξιόπιστων

πληροφοριών σχετικά με την παιδική του ηλικία , από τον ίδιο αλλά και από συγγενικά πρόσωπα και από εκπαιδευτικούς.

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου έχουν εντοπιστεί τελικά τα συμπτώματα σε άτομα με αρχική διάγνωση άτυπης σχιζοφρένειας ή αλκοολισμού. Η συχνότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας ή αλκοολισμού. Η συχνότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας σε άτομα με σύνδρομο Asperger είναι ίδια με τη συχνότητα εμφάνισης στο γενικό πληθυσμό. Τα συμπτώματα ωστόσο μοιάζουν με του συνδρόμου με αποτελέσματα να βγαίνει λάθος διάγνωση. (Ashley, 2008)

Κεφ. 3: Παρέμβαση- Εκπαίδευση

3.1 Εισαγωγή

Μέχρι και τα τέλη της δεκαετία του '60 τα παιδιά με αυτισμό θεωρούνταν μη εκπαιδεύσιμα και μη ασκήσιμα, γι' αυτό και δε φοιτούσαν σε ειδικά σχολεία, ούτε παρακολουθούσαν σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας και άσκησης, όπως τα παιδιά με νοητική υστέρηση. Όταν ο Ivar Lovaas, στα μέσα της δεκαετίας του '60, ξεκίνησε να εφαρμόζει τις μεθόδους ανάλυσης της συμπεριφοράς για τη θεραπεία και εκπαίδευση παιδιών με αυτισμό, συνάντησε αυτά τα παιδιά σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, εγκαταλειμμένα σε θαλάμους για ασθενείς με ανίατα ψυχιατρικά νοσήματα. Μέσα σε λίγα χρόνια, με πειραματικά θεμελιωμένες μελέτες, ο Lovaas κατέρριψε το μύθο που ήθελε τα παιδιά με αυτισμό ανίκανα να εκπαιδευτούν και να ασκηθούν σε στοιχειώδεις δεξιότητες, ενώ στα επόμενα 20 χρόνια κατέρριψε και πολλούς άλλους μύθους που συνόδευαν την αυτιστική διαταραχή. Τεκμηρίωσε πειραματικά και συστηματικά δικές του θεωρίες για τον αυτισμό, όπως, για παράδειγμα, υποστήριξε ότι η ενεργώς συμμετοχή της οικογένειας συμβάλει θετικά στην πορεία του παιδιού. Η τοποθέτηση αυτή ήρθε σε αντιπαράθεση προς τις παλαιότερες προκαταλήψεις που κρατούσαν το παιδί με αυτισμό σε απόσταση με την οικογένεια του. Κατάφερε, τέλος, να αναδείξει τις απεριόριστες δυνατότητες ενός σημαντικού ποσοστού παιδιών με αυτισμό. Τα παιδιά αυτά εντάχθηκαν όχι μόνο στην κοινότητα, αλλά και στη σχολική τάξη μαζί με συνομήλικους τους με τυπική ανάπτυξη, ενώ στο παρελθόν κατέληγαν σε ιδρύματα, με αποτέλεσμα το αποκλεισμό τους από την κοινωνία και τα αρνητικά επακόλουθα της ασυλοποίησης.

Οι πρωτοποριακές εφαρμογές της θεωρίας της συμπεριφοράς από τον Ivar Lovaas συνέβαλλαν καθοριστικά στη ριζική τροποποίηση της αντιμετώπισης του αυτισμού και οδήγησαν στη σύσταση ολοκληρωμένων ψυχοπαιδαγωγικών προγραμμάτων που βοηθούν το παιδί να αποκτήσει από τις στοιχειώδεις δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης ως και την απαραίτητη προετοιμασία για την πλήρη σχολική ένταξη. Χάρη στις έρευνες των Lovaas, Krantz, McClannahan και άλλων σημαντικών αναλυτών της συμπεριφοράς, έχουν πλέον εντοπιστεί οι σημαντικότερες περιβαλλοντικές παράμετροι που βελτιώνουν την πρόγνωση του παιδιού με ΔΑΔ.

Αυτές είναι οι ακόλουθες:

1. Έγκαιρη διάγνωση
2. Πρώιμη παρέμβαση
3. Εντατικότητα στη θεραπεία
4. Μεθοδολογία παρέμβασης
5. Συνεργασία οικογένειας

(Lavaas O. I., 1987)

3.2 Εκπαίδευση ατόμων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Πρόκειται για δομημένη εκπαίδευση που διευκολύνει τη μάθηση σε ενήλικες και παιδιά με αυτισμό και αυτιστικό τρόπο σκέψης.

Προτιμούμε τη δομημένη εκπαίδευση στα άτομα με αυτισμό για πέντε λόγους:

1. Βοηθά τα παιδιά και τους ενήλικες να καταλάβουν. Αν θυμηθούμε όσα αναφέρθηκαν, δηλαδή το πόσο μπερδεμένος είναι ο κόσμος για το άτομο με αυτισμό, κατανοούμε ότι πρέπει πρώτα να βρεθεί κάποιος τρόπος, ώστε ο κόσμος να γίνει κατανοητός. Η οργάνωση λοιπόν και η δομή βοηθούν το άτομο με αυτισμό να καταλάβει τον κόσμο που το περιβάλλει. Όπως αναφέρθηκε ήδη, η δομημένη εκπαίδευση γεφυρώνει το χάσμα ανάμεσα στην εμπειρία του ατόμου με αυτισμό και τον κόσμο τον οποίο είναι υποχρεωμένο να αντιμετωπίσει.

2. Βοηθά τα άτομα να είναι πιο ήρεμα. Γνωρίζουμε ότι τα άτομα με αυτισμό είναι ιδιαίτερα ανήσυχα και αγχώδη, ακόμα και αν δεν γίνεται αντιληπτό. Είναι αναμενόμενο, αφού τα αισθητηριακά ερεθίσματα τα βομβαρδίζουν συνεχώς, αδυνατούν να διακρίνουν το σημαντικό από το ασήμαντο και δεν κατανοούν τι συμβαίνει στον κόσμο που τα περιβάλλει, ούτε τι περιμένουν οι άλλοι. Όλοι γνωρίζουμε ότι όταν έχουμε άγχος και αγωνία, η απόδοσή μας μειώνεται σημαντικά. Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα με αυτισμό. Το άγχος εμποδίζει την απόδοσή τους στη μάθηση. Βοηθώντας τα να χαλαρώσουν, παρατηρείται βελτίωση στη συμπεριφορά τους και συνεπώς διευκολύνεται η μάθηση.

3. Η δομημένη εκπαίδευση βοηθά το άτομο να εστιάσει τη προσοχή του σε ό, τι είναι σημαντικό, ποιές από τις πληροφορίες και τα ερεθίσματα που δέχεται είναι σημαντικά, ανάλογα με την περίσταση. Τα άτομα με αυτισμό μαθαίνουν, πολλά έχουν εξαιρετικές δεξιότητες σε πολλούς τομείς. Επειδή όμως αποσπάται η προσοχή

τους και αδυνατούν να την εστιάσουν στα σημαντικά, παρουσιάζουν δυσκολίες στη μάθηση. Η δομημένη διδασκαλία βοηθά το άτομο να κατανοήσει τι είναι πιο σημαντικό σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα.

4. Ο τέταρτος λόγος αφορά την ανεξαρτησία. Αν παρατηρήσουμε την πορεία των ατόμων με αυτισμό, από τη παιδική ηλικία μέχρι την ενηλικίωση, διαπιστώνουμε ότι τα περισσότερα είναι εξαρτημένα από τους ενήλικες σε πολλούς τομείς της ζωής τους και σε δραστηριότητες, τις οποίες μπορούν να διεκπεραιώσουν από μόνα τους. Είναι βέβαιο ότι υπάρχουν άτομα, τα οποία ξέρουν να κάνουν πολλά πράγματα, αλλά δεν τα κάνουν από μόνα τους. Συχνά πρέπει να τους υπενθυμίσετε, ακόμη και να τους πείσετε να ξεκινήσουν ή να συνεχίσουν κάτι. Τέτοιου τύπου δυσκολίες εμφανίζονται συχνά στην εκπαίδευσή τους. Το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό της δομημένης εκπαίδευσης, είναι η εκπαίδευσή τους στην ανεξαρτησία, να στηρίζονται στις δυνατότητές τους, στις οπτικές τους ικανότητες. Γνωρίζουμε ότι τα περισσότερα άτομα έχουν εξαιρετικές οπτικές ικανότητες. Απομνημονεύουν τις οπτικές πληροφορίες και θυμούνται αυτά που βλέπουν. Είναι σημαντικό λοιπόν να τα βοηθήσουμε να τις αξιοποιήσουν. Η δομημένη εκπαίδευση προωθεί τελικά την ανεξαρτησία του ατόμου. Αντί να περιμένει από τους άλλους να του πουν τι να κάνει, χρησιμοποιεί τα μάτια του για να συλλέξει πληροφορίες και ενεργεί στηριζόμενο σε αυτές. Μαθαίνει να είναι ανεξάρτητο στο σπίτι, στο σχολείο, στην εργασία. Γιατί, για να αποδώσει κανείς στην εργασία του πρέπει να είναι ανεξάρτητος.

5. Τέλος, η δομημένη εκπαίδευση βοηθά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς, ως άμεσο αποτέλεσμα των παραπάνω. Αν ισχύουν τα παραπάνω, τότε η συμπεριφορά βελτιώνεται. Αν το άτομο κατανοεί περισσότερα πράγματα από τον κόσμο που το περιβάλλει, αν έχει λιγότερο άγχος, αν είναι σε θέση να διακρίνει το σημαντικό ανάλογα με την περίσταση και συνεπώς να μάθει, αν είναι ανεξάρτητο και μπορεί να κάνει πράγματα μόνο του, αξιοποιώντας τις ικανότητές του, τότε πολλές από τις διασπαστικές και ανεπιθύμητες συμπεριφορές εξαφανίζονται. Ίσως όχι όλες, αν και σε μερικές περιπτώσεις παρατηρείται πλήρης αποκατάσταση της συμπεριφοράς. Έχει παρατηρηθεί ότι όταν το περιβάλλον είναι κατάλληλα δομημένο, οι ανεπιθύμητες συμπεριφορές ελαττώνονται. Αντίθετα όταν το περιβάλλον προκαλεί σύγχυση, τότε αυξάνονται. (Α. Γενά, 2002)

3.3 Ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα

Το πρόγραμμα έχει διαφορετική μορφή, ανάλογα με το παιδί και τις δυνατότητές του, είναι δε αυστηρά εξατομικευμένο. Για τα παιδιά που διαβάζουν, οι δραστηριότητες σημειώνονται γραπτά.

Για παιδιά που δεν διαβάζουν, μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

1. φωτογραφίες,
2. σκίτσα,
3. σχήματα,
4. αντικείμενα.

Το πρόγραμμα ενημερώνει και προετοιμάζει τα παιδιά για τις αλλαγές των δραστηριοτήτων που θα συμβούν κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Το παιδί γίνεται με τον τρόπο αυτό ευέλικτο και η συμπεριφορά του βελτιώνεται, αφού γνωρίζει τι το περιμένει. (Powell, S. & Jordan, R., 2001)

4.Τομείς του Εκπαιδευτικού προγράμματος

Τα παιδιά ασκούνται στα:

- 1.Οργάνωση και Ανεξαρτησία
- 2.Επικοινωνία και Ανάπτυξη λόγου
- 3.Κοινωνικές Δεξιότητες, Δεξιότητες παιχνιδιού και Δεξιότητες Ελεύθερου χρόνου
- 4.Γνωστικές Δεξιότητες
- 5.Δεξιότητες Αδρής και Λεπτής Κινητικότητας
- 6.Δεξιότητες Αυτοεξυπηρέτησης.
- 7.Δεξιότητες Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς
- 8.Δεξιότητες στην Κοινότητα

(Α. Γενά, 2002)

5. Κανόνες Εξατομικευμένου Προγράμματος

1. Να είναι οπτικό.
2. Να βοηθά το παιδί στην ανεξαρτησία.
3. Να του δώσει τη δυνατότητα να κατανοήσει: το χρόνο, το τι του αρέσει, το τι πρέπει να κάνει, το τι κάνει τώρα, το τι πρέπει να κάνει μετά.
4. Να καθιστά τους μαθητές ευέλικτους.
5. Να βοηθά το παιδί να μάθει κάποια επαγγελματική δραστηριότητα.
6. Να δέχεται εντολές από άλλα άτομα.

(Α. Γενά, 2002)

6. Καθημερινό πρόγραμμα δραστηριοτήτων:

1. Δουλειά με το Δάσκαλο (Ένας προς ένα)
2. Δομημένο παιχνίδι (Διαλέγω, αξιολογώ τα ενδιαφέροντα του παιδιού)
3. Ελεύθερο παιχνίδι
4. Ατομική Εργασία (Ανεξάρτητη)
5. Τουαλέτα
6. Φαγητό
7. Έξω στην αυλή
8. Ατομική εργασία
9. Δουλειά με το Δάσκαλο
10. Κολατσιό
11. Τουαλέτα
12. Σπίτι (Φεύγω)

(L. Wing, 2000)

7.Σύστημα ατομικής εργασίας

Αποτελεί έναν τρόπο οργάνωσης μιας δραστηριότητας. Δίνει απάντηση σε 4 σημαντικές ερωτήσεις:

- 1.Τι δουλειά θα κάνω;
- 2.Πόση δουλειά θα κάνω;
- 3.Πως ξέρω ότι τελείωσα;
- 4.Τι ακολουθεί, τι θα κάνω μετά;

Το σύστημα ατομικής εργασίας εφαρμόζεται στην περιοχή της ατομικής εργασίας, εκεί που ο μαθητής εργάζεται σχεδόν ανεξάρτητα. Κάνει αυτά που ξέρει. Ο δάσκαλος στέκεται πίσω και πλάι του και του δείχνει όταν χρειάζεται.

Ο μαθητής ασκείται στις παρακάτω δεξιότητες:

- 1.Κίνηση αριστερά προς τα δεξιά
- 2.Αντιστοίχιση – Ταύτιση
- 3.Ταξινόμηση – Κατηγοριοποίηση
- 4.Ανάπτυξη Λεπτής Κινητικότητας

Τα υλικά τα οποία και είναι απαραίτητα να χρησιμοποιήσει ο δάσκαλος είναι τα εξής:

- 1.Καλαθάκια,
- 2.αντικείμενα,
- 3.κύβους,
- 4.σφηνώματα,
- 5.σχοινιά, χάντρες,
- 6.τουβλάκια,
- 7.χρώματα,
- 8.σχήματα,

- 9.αριθμούς,
- 10.γράμματα,
- 11.λέξεις,
- 12.σκίτσα,
- 13.κυπελλάκια,
- 14.χάρτινα κουτάκια,
- 15.βίδες με παξιμάδια.

(L. Wing, 2000)

8.Εκπαίδευση στην επικοινωνία

Είναι ένας μεγάλος και δύσκολος τομέας για τα άτομα με αυτισμό. Δεν είναι απλά η ικανότητα να μιλάει κανείς. Συχνά οι δάσκαλοι και οι γονείς σκέπτονται ότι, αν το παιδί μπορούσε να μιλήσει, τότε όλα θα ήταν μια χαρά, θα επικοινωνούσε. Όταν όμως η αιτία του προβλήματος του λόγου είναι ο αυτισμός, τα πράγματα είναι διαφορετικά.

Πολλά παιδιά αρχίζουν κάποια στιγμή να μιλάνε, και λένε πολλά. Όμως, δεν σημαίνει ότι χρησιμοποιούν τις λέξεις για να επικοινωνήσουν. Υπάρχουν παιδιά που έχουν λόγο αλλά δεν τον χρησιμοποιούν για να επικοινωνήσουν. Μπορεί να επαναλαμβάνουν διαφημίσεις από την τηλεόραση, να τραγουδούν ή να λένε διάφορα που άκουσαν. Η επικοινωνία είναι άλλο θέμα.

Ένας λογοθεραπευτής κάποτε μάθαινε στα παιδιά να λένε λέξεις. Κρατούσε μια εικόνα και το παιδί έπρεπε να ονομάσει αυτό που έβλεπε. Ένα μικρό παιδί μπορούσε να ονομάσει πάρα πολλές, αλλά δεν επικοινωνούσε. Το παιδί στη καθημερινή του ζωή, στο σπίτι και στο σχολείο είχε πολλά ξεσπάσματα νεύρων γιατί δεν μπορούσε να επικοινωνήσει.

Δεν αρκεί επομένως να λέει κάποιες λέξεις. Σημαντικό είναι να τις χρησιμοποιεί λειτουργικά στην καθημερινή του ζωή, να επικοινωνεί. Ακόμα και το παιδί που δεν μιλά, μπορεί να μάθει να επικοινωνεί. Και αυτό είναι το πιο σημαντικό.

Είναι σημαντικό η επικοινωνία να γίνεται αυθόρμητα, να έχει νόημα, να υπάρχει λόγος για το παιδί να επικοινωνήσει.

Πρέπει να είναι λειτουργική, να έχει κάποιο στόχο. Τότε μόνο προσφέρει πολλές δυνατότητες και αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο για όλους μας. Είναι πολύ σημαντικό να λέμε ή να κάνουμε κάτι και να παίρνουμε κάτι πίσω (λόγο ή πράξη) ως αποτέλεσμα ή να συμβαίνει μια αλλαγή στο περιβάλλον μας.

Και αν η διδασκαλία της επικοινωνίας παρέχει όλα αυτά, τότε γίνεται ευέλικτη. Τα παιδιά και οι ενήλικες μπορούν να αρχίσουν να επικοινωνούν σε διάφορες καταστάσεις, για διάφορους λόγους.

Ωστόσο, είναι τα στοιχεία της επικοινωνίας που δυσκολεύουν τα άτομα με αυτισμό. Σε άτομα με άλλες αναπηρίες, π.χ με πρόβλημα ακοής, τα πράγματα είναι διαφορετικά. Αρκεί να τους μάθουμε έναν τρόπο να επικοινωνούν. Δεν χρειάζεται να τα εκπαιδεύσουμε στο νόημα της επικοινωνίας, στο γιατί να επικοινωνήσουν, στο να θέλουν να επικοινωνούν.

Τα άτομα με αυτισμό δεν ξέρουν ότι υπάρχει η επικοινωνία, ούτε τι είναι, ποιά είναι το νόημά της. Δεν ξέρουν ότι μπορούν να πουν ή να κάνουν κάτι και να πετύχουν την ικανοποίηση των αναγκών τους.

Η εκπαίδευση επομένως εστιάζεται σ' αυτό ακριβώς, στο να κατανοήσουν τι είναι η επικοινωνία, και ότι υπάρχει. Το πρώτο σημαντικό βήμα είναι να δώσουμε στο παιδί ένα σύστημα επικοινωνίας, που του επιτρέπει να κάνει μόνο του γνωστές τις ανάγκες του σε κάποιον άλλο.

Ξεκινάμε πάντα από ό,τι έχει σημασία για το παιδί. Η επικοινωνία είναι μια κοινωνική δραστηριότητα, μια κίνηση μπρός – πίσω από τον ένα στον άλλο, χαρακτηρίζεται από αμοιβαιότητα. Κάνω ή λέω κάτι σε κάποιον και κάνει ή λέει κάτι ως απάντηση.

Και είναι αυτό ακριβώς που το άτομο με αυτισμό δεν μπορεί να καταλάβει. Για να το διευκολύνουμε και να του δώσουμε κίνητρο, έστω να δοκιμάσει, πρέπει να χρησιμοποιήσουμε κάτι σημαντικό, για να υπάρχει λόγος να το κάνει.

Η φωτογραφία βοηθά στην επικοινωνία. Το παιδί πρέπει να βρει έναν δέκτη. Δείχνοντας τη φωτογραφία σε κάποιον, παίρνει κάτι ως αντάλλαγμα.

Αυτό είναι ένα από τα πιο σημαντικά πράγματα που μπορούμε να διδάξουμε στα άτομα με αυτισμό. Να προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή του άλλου, να τον προσεγγίσουν και να του δώσουν κάτι καθώς μιλούν. Αν δεν έχουν λόγο, δεν υπάρχει διαφορά, απλά δίνουν τη φωτογραφία και παίρνουν κάτι ως αντάλλαγμα.

Το παιδί επικοινωνεί:

- α) Όταν ζητά κάτι.
- β) Όταν αρνείται.
- γ) Όταν ζητά βοήθεια.
- δ) Όταν κάνει παρατηρήσεις.
- ε) Όταν φέρνει πληροφορίες για το χτες και για το αύριο.
- στ) Με την έκφραση συναισθημάτων.
- ζ) Όταν ζητά πληροφορίες.
- η) Με τις κοινωνικές ρουτίνες καλημέρα-καλησπέρα.

Η επικοινωνία αποτελεί το μέσο ή το εργαλείο στο χειρισμό της συμπεριφοράς.

Η πρόκληση επικοινωνιών συμπεριφορών γίνεται με διάφορους τρόπους:

1. Τρώμε κάτι που αρέσει στο παιδί, μπροστά του, χωρίς να του προσφέρουμε καθόλου.
2. Ενεργοποιούμε ένα κουρδίζόμενο παιχνίδι, κούκλα, το αφήνουμε να σταματήσει και το δίνουμε στο παιδί.
3. Δίνουμε στο παιδί 4 τουβλάκια (1 κάθε φορά) για να πετάξει μέσα σε ένα κουτί (ή στο πάτωμα). Αμέσως μετά του δίνουμε ένα ζωάκι (κούκλα) για να το πετάξει στο κουτί.
4. Ξεφυλλίζουμε μερικά βιβλία ή περιοδικά με το παιδί.

- 5.Ανοίγουμε το βαζάκι με το υγρό για φούσκες, κάνουμε φούσκες φυσώντας. Κλείνουμε το βαζάκι σφικτά και το δίνουμε στο παιδί.
- 6.Αρχίζουμε να παίζουμε με το παιδί ένα γνωστό κοινωνικό παιχνίδι, ωστόσο αυτό να εκφράσει την ευχαρίστησή του. Τότε σταματούμε το παιχνίδι και περιμένουμε.
- 7.Φουσκώνουμε 1 μπαλόνι και κατόπιν το αφήνουμε να ξεφουσκώσει αργά. Δίνουμε το ξεφουσκωμένο μπαλόνι στο παιδί ή το κρατούμε μπροστά στο στόμα και περιμένουμε.
- 8.Προσφέρουμε στο παιδί 1 παιχνίδι ή κάποιο είδος τροφής που δεν του αρέσει.
- 9.Βάζουμε μια τροφή που αρέσει στο παιδί μέσα σ' ένα δοχείο που δεν μπορεί να το ανοίξει. Τοποθετούμε το δοχείο μπροστά στο παιδί και περιμένουμε.
- 10.Τοποθετούμε στα χέρια του παιδιού ένα υγρό, κρύο ή κολλώδες υλικό π.χ. σιρόπι, ζελέ.
- 11.Στέλνουμε τη μπάλα (κατρακυλώντας την) προς το παιδί. Αφού μας την επιστρέψει 3 φορές, γρήγορα του στέλνουμε (κατρακυλώντας) ένα άλλο, διαφορετικό παιχνίδι.
- 12.Δίνουμε στο παιδί ένα παζλ. Αφού τοποθετήσει 3 κομμάτια σωστά, προσφέρουμε στο παιδί 1 κομμάτι που δεν ταιριάζει.
- 13.Δίνουμε στο παιδί μία δραστηριότητα με κάποιο υλικό που μπορεί εύκολα να χυθεί ή να σπάσει. Ξαφνικά, χύνουμε αυτό το υλικό στο τραπέζι ή στο πάτωμα μπροστά στο παιδί και περιμένουμε.
- 14.Βάζουμε ένα αντικείμενο που παράγει θόρυβο μέσα σ' ένα κουτί και το κουνάμε. Το κρατούμε και περιμένουμε.
- 15.Δίνουμε στο παιδί υλικά για μια ελκυστική δραστηριότητα, που απαιτεί τη χρήση κάποιου αντικειμένου για την αποπεράτωσή της (π.χ χαρτί για να κόψουμε.....) κρατάμε αυτό το αντικείμενο σε σημείο που το παιδί να μην μπορεί να το φτάσει και περιμένουμε.
- 16.Δίνουμε στο παιδί μια δραστηριότητα που απαιτεί τη χρήση κάποιου αντικειμένου για την αποπεράτωσή της (π.χ μολύβι, ψαλίδι, μπογιές....). Ένα τρίτο άτομο

εμφανίζεται και παίρνει αυτό το αντικείμενο, πηγαίνει μακριά μέσα στο χώρο (στο οπτικό πεδίο του παιδιού) και κάθεται. Περιμένουμε.

17.Χαιρετούμε με το χέρι και λέμε «γεια» σ' ένα αντικείμενο και το παίρνουμε από το χώρο που εξελίσσεται το παιχνίδι. Επαναλαμβάνουμε την πράξη για 2η και 3η φορά. Κατόπιν δεν κάνουμε ούτε λέμε τίποτα όταν απομακρύνουμε ένα άλλο αντικείμενο για 4η φορά.

18.Κρύβουμε ένα ζωάκι – κούκλα κάτω από το τραπέζι. Χτυπούμε και εμφανίζουμε το ζωάκι, το οποίο το κάνουμε να χαιρετά το παιδάκι. Επαναλαμβάνουμε το ίδιο για 3 φορές. Κατόπιν δεν λέμε τίποτα όταν εμφανίζουμε το ζωάκι για 4η φορά.

19.Κούκλες στο χέρι μου. Μιλώ.

20.Φοράω καπέλο, μιμούμαι κάποιον που θέλουν.

21.Μιλάει το παιδί από ένα χαλασμένο τηλέφωνο.

22.Βλέμμα αναφοράς (το κοιτάζω ενώ κάνω άλλη δουλειά).

(Α. Γενά, 2002)

3.4 Θεραπεία και φροντίδα

Δεν υπάρχει καμία γνωστή θεραπεία για τη ΔΑΔ. Υπάρχουν θεραπευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να βοηθούν τα άτομα με αυτισμό να αποκτούν κοινωνικό επικοινωνιακές δεξιότητες και να βελτιώνεται έτσι σημαντικά η ποιότητα της ζωής τους. Μερικά παιδιά με σύνδρομο Asperger ή με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας με την κατάλληλη παρέμβαση και υποστήριξη, από γονείς δασκάλους και ειδικούς εμφανίζουν σημαντική βελτίωση και μετά μεγάλης δυσκολίας διακρίνονται από τα συνομήλικα παιδιά. Καθώς υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία κλινικής έκφρασης και προβλημάτων που συνδέονται με τον αυτισμό έτσι υπάρχει και μία μεγάλη ποικιλία θεραπευτικών παρεμβάσεων. (Α. Γενά, 1996)

Οι επικρατέστερες διεθνώς έγκυρες προσεγγίσεις είναι οι ακόλουθες:

1. Μέθοδος TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children)
2. Μέθοδος ABA (Applied Behaviour Analysis)
3. Θεραπεία της καθημερινής ζωής (Higashi school)
4. SPELL (Structure, Possitive attitudes, Empathy, Low arousal και Links)
5. Φαρμακευτικές και βιοχημικές προσεγγίσεις
6. Θεραπεία που στηρίζεται στην διατροφή και δίαιτα

Άλλες θεραπείες:

1. Αισθητηριακή ολοκλήρωση και αισθητηριακή χαλάρωση
2. Λογοθεραπεία με κύριο στόχο την επικοινωνία
3. Χρήση PECS και MAKATON (υποβοήθηση της επικοινωνίας).
4. Μουσικοθεραπεία
5. Δραματοθεραπεία
6. Ψυχοδυναμικού τύπου θεραπείες
7. Χοροθεραπεία
8. Εργοθεραπεία
9. Προσέγγιση Option (Kaufman, 1976)
10. Θεραπεία Holding
11. Θεραπεία ολοκληρωτικής ακρόασης
12. Κοινωνικές ιστορίες (Social stories- Carol Gray)

Σημεία σύγκλισης μεταξύ των προσεγγίσεων:

1. Η εκπαίδευση και συμμετοχή των γονέων

2. Η έμφαση στην επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση
3. Η χρήση της οπτικής οδού
4. Η χρήση του παιχνιδιού
5. Η εξατομίκευση της εκπαίδευσης αλλά και η ομαδική εκπαίδευση
6. Η λειτουργική προσέγγιση της συμπεριφοράς
7. Η σημασία της γενίκευσης των δεξιοτήτων
8. Η δυνατότητα προβλεψιμότητας των καταστάσεων

3.5 Οδηγίες για γονείς

1. Μην διακόπτετε τις δραστηριότητές τους.
2. Οργανώστε δραστηριότητες που να αρέσουν στο παιδί.
3. Δώστε του ευκαιρίες να επικοινωνήσει μαζί σας και δημιουργείτε καταστάσεις ώστε το παιδί να ζητήσει ή να δείξει αυτά που θέλει.
4. Δώστε πληροφορίες για το τι πρόκειται να συμβεί ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού.
5. Έχετε κατά νου τις αισθητηριακές τους ευαισθησίες. Μην τα επιβαρύνετε με ερεθίσματα που τα δυσκολεύουν.
6. Απλοποιήστε το λόγο σας και χρησιμοποιείτε κυρίως οπτικούς τρόπους υποβοήθησης.
7. Να τους δείχνετε ενώ τους μιλάτε απλά.
8. Αποφεύγετε αόριστους όρους όπως; ίσως, πιθανώς, κ.ά.
9. Μην επαναλαμβάνετε αμέσως μία εντολή δώστε περισσότερο χρόνο ώστε να επεξεργαστεί το λόγο σας.
10. Δίνετε ξεκάθαρες επιλογές.
11. Δώστε του ένα μέσο για να επικοινωνεί.

12. Έχετε συχνή συνεργασία με τους ειδικούς.

Νησίδες ικανοτήτων:

1. Μουσική
2. Αριθμητική
3. Συναρμολόγηση
4. Αφύσικη μνήμη
5. Puzzle

Αγαπημένες δραστηριότητες:

1. Ιππασία
2. Μουσική
3. Κολύμπι
4. Τραγούδι
5. Άμμος
6. Κούνιες
7. Τσουλήθρα
8. Περιστρεφόμενα παιχνίδια
9. Σκαρφάλωμα
10. Ηλεκτρονικοί υπολογιστές παιχνίδια

(Ε. Χ. Γκονελά, 2008)

3.6 Στρατηγικές βελτίωσης της κοινωνικής συμπεριφοράς στο σύνδρομο Asperger

Μαθαίνουμε στο παιδί με σύνδρομο Asperger πώς :

1. Να αρχίζει, να συμμετέχει και να ολοκληρώνει ομαδικά παιχνίδια
2. Να είναι ευέλικτο, συνεργάσιμο και να μοιράζεται πράγματα με τους άλλους .
3. Να επιδιώκει την απομόνωση και την ησυχία χωρίς να προσβάλλει τους άλλους
 - Εξηγήστε στο παιδί τι θα έπρεπε να κάνει σε μια συγκεκριμένη περίπτωση.
 - Ενθαρρύνετε ένα φιλικό πρόσωπο να παίζει με το παιδί στο σπίτι.
 - Γράψτε το παιδί σε εξωσχολικές ομάδες, λέσχες και συλλόγους.
 - Μάθετε στο παιδί να παρατηρεί τα άλλα παιδιά για να καταλαβαίνει τι πρέπει να κάνει.
 - Ενθαρρύνετε συνεργατικά και ανταγωνιστικά παιχνίδια.
 - Δείξτε στους άλλους με τη συμπεριφορά σας πως μπορούν να πλησιάσουν το παιδί.
 - Εξηγήστε τους εναλλακτικούς τρόπους για αναζήτηση βοήθειας.
 - Ενθαρρύνετε πιθανές φίλιες.
 - Παρέχετε διασκεδαστικές ενασχολήσεις κατά τα διαλείμματα .
 - Έχετε υπόψη σας ότι το παιδί μπορεί να εμφανίσει «δύο χαρακτήρες» .
 - Εξασφαλίστε τη βοήθεια των εκπαιδευτικών.
 - Χρησιμοποιήστε τις «κοινωνικές ιστορίες» για να βοηθήσετε να κατανοήσει το μηνύματα και ενεργήσει κατάλληλα σε συγκεκριμένες κοινωνικές περιστάσεις.
 - Οργανώστε ομάδες κοινωνικών δεξιοτήτων για εφήβους ώστε αυτοί:
1. Να στραφούν σε καταλληλότερες επιλογές
2. Να κατανοήσουν ποια είναι η ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά
3. Να ενθαρρυνθούν στην έκφραση των σκέψεων και των συναισθημάτων τους και να αποκτήσουν ενσυναίσθηση με τη χρήση του γραπτού λόγου (γράφοντας ποιήματα, την αυτοβιογραφία τους...)
4. Να καθοδηγούνται και να εξασκούνται στη γλώσσα του σώματος

- Οργανώστε δραστηριότητες με θεματολογία που να δείχνει τα χαρακτηριστικά ενός «καλού φίλου».
- Για να βοηθήσετε το παιδί στην κατανόηση των συναισθημάτων :

1. Διερευνήστε ένα συναίσθημα κάθε φορά

2. Διδάξτε του πώς να αναγνωρίζει και να ανταποκρίνεται στις ενδείξεις που δηλώνουν τα διάφορα επίπεδα των συναισθημάτων

3. Μάθετε του απλές φράσεις που μπορούν να το βγάλουν από τη δύσκολη θέση, όταν μπερδεύεται.

- Για να βοηθήσετε το παιδί στην έκφραση των συναισθημάτων :

1. Χρησιμοποιήστε έναν «μετρητή» ως οπτικό βοήθημα

2. Χρησιμοποιήστε βιντεοκασέτες και παιχνίδια ρόλων για να του δείξετε πιο κατάλληλες ή ακριβείς εκφράσεις

3. Ρωτήστε το πώς αισθάνεται σε κάθε περίπτωση ή ενθαρρύνετε το να κρατάει ημερολόγιο

4. Χρησιμοποιήστε εσείς την κατάλληλη και ακριβή έκφραση για να εκφράσετε κάποιο συναίσθημα. (Tony Attwood, 2005)

3.7 Εκπαίδευση και αντιμετώπιση στο σύνδρομο Rett

Τα άτομα με σύνδρομο Rett παρακολουθούν όλους τους τύπους των σχολείων.
Χρειάζονται:

- Πρώιμη έκθεση σε παιχνίδια και μουσική
- Δραστηριότητες κατάλληλες με την ηλικία τους
- Σχολικό περιβάλλον που προσφέρει ιδιαίτερα κίνητρα

Η αντιμετώπιση μπορεί να βοηθήσει στην βραδεία (δηλ. αργή) εξέλιξη της απώλειας της κίνησης.

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

- Φυσιοθεραπεία για να προφυλαχθεί το άτομο από προβλήματα με τις αρθρώσεις και να βελτιωθεί η κίνησή του
- Κινησιοθεραπεία, δηλαδή θεραπεία για να βελτιωθεί η χρήση του χεριού και η σταθερότητα του σώματος
- Μουσικοθεραπεία
- Υδατοθεραπεία - άσκηση στο νερό.

(Gillberg, C., 1989)

3.8 Συμβουλευτική παρέμβαση

Η Συμβουλευτική μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά τους έφηβους και ενήλικους αυτιστικούς. Υπάρχει μεγάλος αριθμός προβλημάτων που αντιμετωπίζει καθημερινά ο αυτιστικός όπως προβλήματα επικοινωνίας, κοινωνικής ζωής και εργασίας ή μάθησης αλλά κυρίως προβλήματα σεξουαλικής ζωής και συμπεριφοράς. Σε αυτό το επίπεδο η συμβολή της συμβουλευτικής είναι μεγάλη. Έχει επίσης εξαιρετική σημασία για τη συναισθηματική ζωή του εφήβου και του νέου ενήλικα, διότι η κλινική εμπειρία μας παρέχει δυσάρεστα δεδομένα που έχουν να κάνουν με καταστάσεις κατάθλιψης να κυριεύουν τους αυτιστικούς νέους, αφού συναντούν ανυπέρβλητες δυσκολίες στη κοινωνική τους αποκατάσταση. (Κρουσταλάκης, 1998).

Η συμβουλευτική της οικογένειας είναι απαραίτητο να γίνεται σε όλες τις ηλικίες του παιδιού με αυτισμό και σε οποιοδήποτε επίπεδο κι αν βρίσκεται αυτό. Είναι σημαντικό να είναι περιορισμένες οι προσδοκίες ιδιαίτερα των γονέων, για το τελικό αναπτυξιακό επίπεδο που θα μπορέσει να φτάσει το παιδί. Επίσης μέσα στην οικογένεια πρέπει να αποφεύγεται η εγκατάσταση ενός υπερβολικά απαισιόδοξου κλίματος.(Κακούρος, Μανιαδάκη, 2001).

Με τη συμβουλευτική μπορούν επίσης να βοηθηθούν, αφού λύσουν τα προσωπικά τους προβλήματα, να κατανοήσουν ότι είναι πολύ σημαντικός ο δικός τους

βοηθητικός, ψυχοπαιδαγωγικός ρόλος. Πρέπει να παρακινηθούν να συνεργαστούν γόνιμα με τους ειδικούς για θέματα ψυχοθεραπείας, αναπτυξιακής θεραπείας και ειδικής αγωγής του παιδιού. οι γονείς με τη συμβουλευτική παρέμβαση θα αποκτήσουν τις βασικές γνώσεις και δεξιότητες για να συμπεριφέρονται στο παιδί τους με αισιοδοξία, υπομονή και επιμονή, με σταθερότητα στη συμπεριφορά τους και χωρίς υπερπροστατευτισμό τις ανάγκες του παιδιού τους σήμερα και του αυριανού εφήβου. (Κρουσταλάκης, 1998).

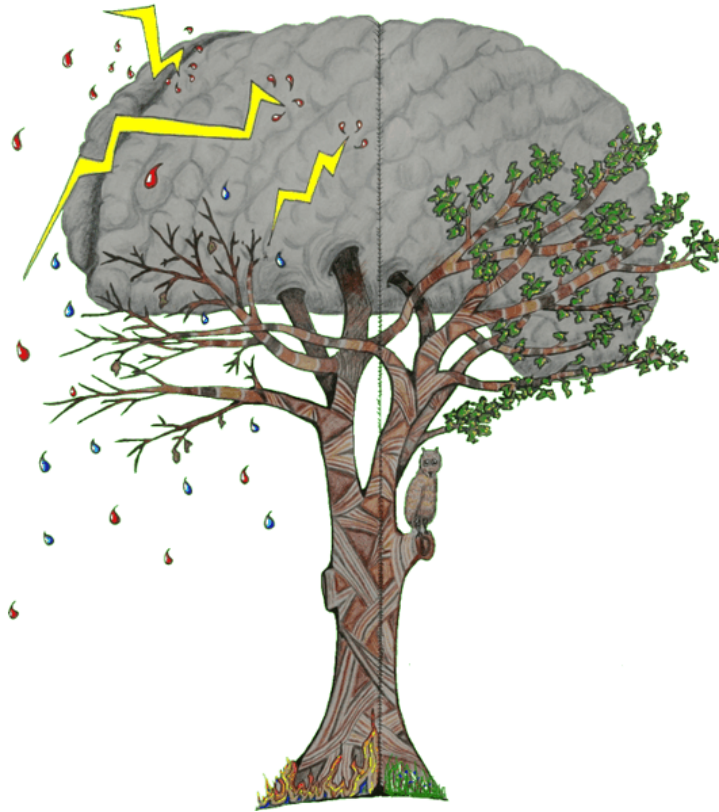
Συγκεκριμένα οι γονείς θα μπορούσαν να εκπαιδευτούν στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας, παιχνιδιού, επικοινωνίας για να εφαρμόζονται στο σπίτι. Αν υπάρχει σταθερότητα στις χρησιμοποιούμενες τεχνικές, βοηθιέται το παιδί με αυτισμό να γενικεύει αυτό που μαθαίνει. (Κωνστανταρέα, 1988).

Επίσης σε δραστηριότητες που μπορούν να γίνουν κατά τη διάρκεια του καθημερινού προγράμματος στο σπίτι για να αναπτυχθούν περαιτέρω επικοινωνιακές και άλλες γνωστικές δεξιότητες π.χ. κατά το ντύσιμο να ονομάζονται τα ρούχα και να συνδέονται με χρώματα (Aarons & Gittens, 1998).

Μπορούν επίσης να γίνουν προσαρμογές στο περιβάλλον του σπιτιού. Να περιοριστούν δηλαδή τα διάφορα ερεθίσματα όπως ακουστικά, οπτικά. (Parham & Mailloux, 1996).

Εφαρμογή προγραμμάτων στο σπίτι για την προαγωγή της αυτονομίας του παιδιού.

Έχει αποδειχθεί ότι η συμμετοχή και των γονέων σε προγράμματα θεραπείας αυτιστικών παιδιών έχει φέρει πολύ θετικά αποτελέσματα. Η αγάπη που διαθέτουν οι γονείς για το παιδί τους είναι η πιο αλάνθαστη και αξεπέραστη μέθοδος θεραπείας. (Κυπριωτάκης, 1995)



Κεφ. 4. Μελέτη Περιστατικού Asperger

4.1 Ιστορικό περιστατικού

Η Ι.Α. είναι μια κοπέλα 23 χρονών (ημερ. Γέννησης 29/12/1990), εξετάστηκε στις 23/09/2009, με αίτημα των γονέων της και του θεράποντος ιατρού για διαφορική διάγνωση ψύχωσης από αναπτυξιακή διαταραχή ή συνύπαρξη και των δυο καταστάσεων. Η αξιολόγηση στηρίχθηκε στις πληροφορίες από το γιατρό, από τους γονείς σχετικά με την πρόωμη ανάπτυξη, την πορεία της μέχρι σήμερα και την παρούσα κατάσταση με τη δοκιμασία ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised) και στην εξέταση της ίδιας με τη δοκιμασία ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule).

Ως παιδί ήταν πολύ συνεσταλμένη και είναι μέχρι σήμερα, με σημαντική δυσκολία αποχωρισμού από τη μητέρα, συνεχίζει να είναι προσκολλημένη απάνω της μέχρι σήμερα. Εκδήλωσε μεγάλη αντιζηλία όταν γεννήθηκε ο αδελφός της. Στο νηπιαγωγείο είχε σημαντική δυσκολία στις σχέσεις με τους συνομηλίκους. Ήταν κλειστή, δεν προσέγγιζε εύκολα, διεκδικούσε την παρέα αποκλειστικά για τον εαυτό της, ήθελε σταθερή παρέα. Στο δημοτικό είχε φίλους αλλά δεν ήταν ευχαριστημένη

γιατί ήταν πιο ζωνηρά τα κορίτσια από εκείνη, δεν την ήθελαν για παρέα και την περιέπαιζαν. Αναφέρει ότι συζητούσαν μεταξύ τους κι εκείνη απλώς τα παρατηρούσε, δυσκολευόταν να εκφραστεί, να συμμετέχει, να διεκδικήσει, να πάρει πρωτοβουλία. Στο σχολείο είχε πάντα άγχος και δεν ήθελε να πηγαίνει, η δασκάλα τη βοηθούσε πολύ. Γενικά ήταν μέτρια μαθήτρια, δεν έπαιρνε πρωτοβουλία στην τάξη, δεν διάβαζε πολύ. Η απόδοσή της ήταν καλύτερη στα θεωρητικά, δυσκολευόταν στην ιστορία. Στη Γ' τάξη δημοτικού παρουσίασε έντονο φόβο με αφορμή το θάνατο ενός παιδιού.

Αναφέρεται ότι άρχισε να κάνει παράπονα στη Β' τάξη Λυκείου ότι την περιπαίζουν οι συμμαθητές της. Στη Γ' τάξη το πρόβλημα έγινε πολύ έντονο, απομακρύνθηκε η φίλη της, η Ιωάννα έμεινε μόνη, δεν ανέφερε τίποτε στους γονείς, ώσπου άρχισε να μην θέλει να πηγαίνει στο σχολείο. Στην Ιωάννα όλα αυτά τα πειράγματα αποκτούσαν μεγάλη βαρύτητα και άρχισαν να μοιάζουν με εμμονές. Τότε οι γονείς ζήτησαν βοήθεια από ψυχολόγο, που διέγνωσε υπερβολικό άγχος και συνέστησε διάφορες δραστηριότητες, όπως γυμναστήριο. Το άγχος επιδεινώθηκε με την έντονη ανησυχία για τα μαθήματα, ζήτησαν τότε βοήθεια από παιδοψυχίατρο, η οποία διέγνωσε στη Ι.Α. έντονο άγχος και έντονη κινητικότητα, καλό ύπνο αλλά αδυναμία συγκέντρωσης και αδυναμία απόδοσης, επισήμανε ακόμη χαρακτηριστικά όπως το ότι γελούσε χωρίς προφανή αιτία, ντρεπόταν να βγει έξω και απαγόρευε και στους γονείς, ένιωθε μειονεκτικά και νόμιζε ότι ασχολούνταν μαζί της οι άλλοι. Ενώ στο χώρο του σπιτιού παραμένει νευρική. Τότε άρχισε συνεργασία με ψυχολόγο που κράτησε ένα χρόνο – δεν βοηθήθηκε καθόλου, αντίθετα οι γονείς θεωρούν ότι οι συμβουλές της ήταν ακραίες, όπως το να μη βγαίνει έξω με τους γονείς.

Στη σωματική υγεία δεν αναφέρονται προβλήματα εκτός από αλλεργίες σε διάφορα. Παρουσιάζει μεγάλη ευαισθησία στις μυρωδιές.

Εξετάστηκε από τον θεράποντα γιατρό πριν από 1 χρόνο περίπου, δόθηκε αγωγή με tabl. Zuprexα 2,5 mg(1X1 το βράδυ) και salmon oil 1X3 ημερησίως, με σχετική βελτίωση. Είναι πλέον στο σπίτι, δεν ασχολείται με τίποτε εκτός από το ότι συμμετέχει στις δουλειές του σπιτιού (τα καταφέρνει πολύ καλά) και αυτό την αναστατώνει πολύ. Δεν έχει καθόλου παρέες, δεν θέλει να βγει έξω, την ενοχλεί ο πολύς κόσμος, προτιμά ήσυχα μέρη (π.χ. κινηματογράφος), δεν μπορεί να μείνει πολύ ώρα εκτός σπιτιού σε χώρους όπως καφετέριες κ.λ.π.

Σήμερα (2010), η Ι.Α. συνεχίζει να χαρακτηρίζεται ως πολύ κλειστή, συνεσταλμένη, ντροπαλή, με ελλιπή πρωτοβουλία στις επαφές, κυρίως εκτός σπιτιού και ακραίες συναισθηματικές συμπεριφορές στο σπίτι, όπου φαίνεται ότι αποφορτίζεται. Αντιλαμβάνεται ότι έχει δυσκολίες και τις ορίζει με ακρίβεια, δηλώνει ότι είναι ευάλωτη και ευαίσθητη, δεν νιώθει άνετα με ξένους, ενώ αποζητά την σταθερότητα στις σχέσεις και αποκλειστικότητα. Παρουσιάζει σημαντική δυσκολία έκφρασης, μεγάλη δυσκολία στην κοινωνική συνδιαλλαγή, ήταν και είναι λιγόλογη έχει μεγάλη δυσκολία να διαχειριστεί διαφορετικές κοινωνικές καταστάσεις. Αναστατώνεται από διάφορα ερεθίσματα, αλλά δεν αντιδρά όταν της μιλούν άσχημα, δεν κάνει τίποτε. Από την εξέταση διαπιστώθηκε κυριολεκτική κατανόηση και χρήση του λόγου, δυσκολία στην έκφραση και στη συζήτηση, αποσπασματική περιγραφή εικόνας, η προσοχή της εστιάζεται σε λεπτομέρειες, σε μεμονωμένα στοιχεία. Έχει σημαντική δυσκολία να δώσει πληροφορίες στον άλλο ώστε να κατανοήσει, δεν αντιλαμβάνεται τι περιμένει ο άλλος να ακούσει, τι ζητά, τι μπορεί να θέλει. Δυσκολίες διαπιστώθηκαν στη χρήση και κατανόηση της μη λεκτικής επικοινωνίας, μειωμένη βλεμματική επαφή, σοβαρή δυσκολία στις αφηρημένες έννοιες και στην κατανόηση του υπονοούμενου, στη συσχέτιση και σύνθεση πληροφοριών, στην κατανόηση συναισθημάτων. Τα παραπάνω οδηγούν σε λάθος συμπεράσματα, διαταραγμένη κοινωνική κατανόηση και αλληλεπίδραση, αναστολή και σημαντική απόκλιση στην επικοινωνία, έντονη δυσφορία και άγχος επειδή επιθυμεί να είναι με τους άλλους αλλά δεν τα καταφέρει. Από τη διερεύνηση αυτή δεν διαπιστώθηκαν συμπτώματα ψυχωτικής διεργασίας. Ζητήθηκαν αξιολόγηση λόγου και μαθησιακών δεξιοτήτων για να διερευνηθούν πιθανά προβλήματα στους τομείς αυτούς. Οι εξετάσεις ήταν αρνητικές. Το νοητικό της επίπεδο είναι στα χαμηλά φυσιολογικά επίπεδα. Ζητά βοήθεια απεγνωσμένα, ρωτά τι να κάνει, τι να πει και πώς να πλησιάσει συνομηλίκους, τι θα γίνει με τη ζωή της.

Οι γονείς είχαν διακόψει τη φαρμακευτική αγωγή, προτάθηκε να συνεχιστεί, φαίνεται ότι έχει άμεση ανάγκη από φάρμακο, δόθηκαν συγκεκριμένες οδηγίες για να αρχίσουν να οργανώνουν την καθημερινότητά της και για τον τρόπο αλληλεπίδρασης μεταξύ τους. Χρειάζεται υποστήριξη και ψυχοεκπαίδευση σταθερά. Οι γονείς έχουν ανάγκη συμβουλευτικής. Στον αδερφό της Ιωάννας, δεν έχει γίνει διάγνωση για διαταραχή όπως και σε κανένα άλλο μέλος της οικογένειας. Τέλος ας σημειωθεί πως

η ίδια και η οικογένεια της ζουν, σ' ένα χωριό λίγο έξω από την Πόλη, κάτι που μας δηλώνει μια κλειστή κοινωνία με ότι αυτό συνεπάγεται.

4.2 Πρώτη Αξιολόγηση περιστατικού (Οκτώβριος 2010)

Τον Οκτώβριο του 2010 ξεκίνησαν με την Ι.Α. συνεδρίες στο πλαίσιο κλινικής Άσκησης του τμήματος Λογοθεραπείας. Οι συνεδρίες παρουσιάζονται ως φιλικές συναντήσεις. Από τις αρχικές συναντήσεις του πρώτου ακαδημαϊκού εξαμήνου (4,5 μήνες) είχε παρατηρηθεί πως η Ιωάννα στην επικοινωνία της ήταν μία ευγενική κοπέλα. Ντροπαλή και πολλές φορές αγχωμένη στην ολοκλήρωση και τη σωστή διατύπωση μιας φράσης. Μερικές φορές, ξεκινούσε τη συζήτηση με ένα άσχετο για την περίσταση σχόλιο δείχνοντας αδιαφορία για τους κοινωνικούς κώδικες και για το συνομιλητή της. Έδινε την εντύπωση ότι δεν ακούει ή ότι δεν ξέρει πώς να ενσωματώσει τα σχόλια, τα αισθήματα ή τις γνώσεις του άλλου στο διάλογο. Ακόμη πολλές φορές έκανε μεγάλες παύσεις πριν απαντήσει ή άλλαζε θέμα συζήτησης.

Ακόμη η Ι.Α. παρουσίαζε να έχει έμμονες με το περιβάλλον γύρω της, συγκεκριμένα εστίαζε σε δύο κομμάτια. Αρχικά θεωρούσε πως οπου κι αν πάει οι γύρω της την παρατηρούν και την σχολιάζουν. Επίσης έκανε αναφορές πολύ συχνά σε περιστατικά από το περιβάλλον της όπου αντιμετώπιζε προβλήματα με άτομα που μιλούσαν για εκείνη με κακεντρέχεια και ήθελαν να της κάνουν κακό (κατά τα λεγόμενα της). Η δεύτερη εμμονή της είχε να κάνει με την ανάπτυξη σχέσεων με το αντίθετο φύλο, καθώς αγχωμένη για τις μορφές αυτών των σχέσεων και την προσέγγιση συντρόφου δεν έχανε ευκαιρία να κάνει σχετικές ερωτήσεις. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργούσε πληκτικές συζητήσεις όπου ως άξονα είχαν αυτά τα δύο θέματα.

Η Ι.Α. δεν αναγνώριζε πολλές κοινωνικές συναναστροφές (π.χ. τι κάνουμε σε μια καφετέρια). Η πολυκοσμία της δημιουργούσε έντονη αναστάτωση και έτσι όταν περπατούσε στο δρόμο ήθελε να βρίσκεται συνέχεια δίπλα σε κάποιον. Συνήθως κατά τη διάρκεια της συζήτησης δεν κρατούσε βλεμματική επαφή, ενώ το βλέμμα της, τις περισσότερες φορές ήταν ψυχρό και παράξενο. Ακόμη χρησιμοποιούσε στερεότυπες κινήσεις με τα χέρια της. Κάποιες φορές κατά τη διάρκεια της συνεδρίας διέκοπτε για να μιλήσει στο τηλέφωνο με την μητέρα της. Συνήθως δεν διαλέγει το μέρος που θα πηγαίναμε αλλά πολλές φορές διαφωνούσε με το προτεινόμενο και μετά από μερικά δευτερόλεπτα το δεχόταν.

Πρώτη Στοχοθεσία

Βραχυπρόθεσμοι στόχοι:

1. Οργάνωση χρόνου και καθημερινών υποχρεώσεων.
2. Ενασχόληση με συνήθειες δραστηριότητες μαζί με άλλα άτομα.
3. Παραμονή για περισσότερες από 3 εναλλαγές στο ίδιο θέμα συζήτησης με την κατάλληλη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία.
4. Χρήση ερωτήσεων για την κατάλληλη εκκίνηση συζητήσεων.
5. Σωστή κοινωνική αλληλεπίδραση σε διάφορες καταστάσεις και διαφορετικούς συνομιλητές.
6. Κατανόηση του αναπτυξιακά αντίστοιχου αφηρημένου λόγου.
7. Αναγνωρίζει των θετικών συνεπειών της επικοινωνίας για την ενίσχυση της.
8. Μείωση των συζητήσεων γύρω από τα θέματα εμμονής.
9. Ενασχόληση με δραστηριότητες που απαιτούν συνεχή προσοχή και σύνδεση με άλλα άτομα.

Μακροπρόθεσμοι στόχοι:

1. Συντονισμός σε λεκτικές και μη λεκτικές επικοινωνιακές ενέργειες.
2. Αποδοχή και ανταπόκριση στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με άλλους.
3. Κατανόηση και να χρήση μεταφορικών εννοιών για αποτελεσματική επικοινωνία.
4. Αποδοχή και διαχείριση αλλαγών στις καθημερινές συνήθειες, χωρίς έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις.
5. Αναπτύξει ικανοτήτων κοινωνικής αλληλεπίδρασης, κατάλληλων με την αναπτυξιακή της ηλικία, τη διάλεκτο και τις πολιτιστικές προσδοκίες σε διάφορα επικοινωνιακά πλαίσια.
6. Προφορική έκφραση και ακριβή ερμηνεία των συναισθημάτων και των απόψεων που βασίζονται σε λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα.

Δραστηριότητες που πραγματοποιήθηκαν για την επίτευξη των στόχων στην Πρώτη Στοχοθεσία.

1. Επίσκεψη σε καφετέρια, βιβλιοθήκη, εμπορικό κέντρο, ταχυδρομείο, εστιατόριο. Έτσι ώστε να τις δημιουργηθούν καινούρια ενδιαφέροντά τα οποία να μην αφορούν τις εμμονές της και να αναπτυχτεί το εύρος των συζητήσεων. Ακόμη η Ιωάννα θα μπορέσει να κατανοήσει τους τρόπους που λειτουργούν οι διάφορες υπηρεσίες και τα καταστήματα ενώ παράλληλα ξεπερνάει το άγχος με την πολυκοσμία. (βραχυπρόθεσμοι στόχοι 2,3,5,7,9, μακροπρόθεσμοι στόχοι 1,2,4,5)

Με τις παραπάνω επισκέψεις καταφέραμε και κάποιους επιμέρους στόχους:

•**Στην βιβλιοθήκη** η Ιωάννα έμαθε τον τρόπο να δανείζεται βιβλία. Έβγαλε «κάρτα μέλους» δίνοντας τα στοιχεία τις και με αυτόν τον τρόπο άρχισε να ξεπερνάει τις φοβίες της για την κλοπή των προσωπικών της δεδομένων. Ακόμη κατάφερε να διαλέγει βιβλία που την ενδιαφέρουν με θεματολογία την αυτοβελτίωση. Τέλος έμαθε πώς να διαβάζει σωστά ένα βιβλίο ψάχνοντας μέσα σε αυτό ότι την ενδιαφέρει (από τα περιεχόμενα).

•**Στο εμπορικό κέντρο** κατάφερε να διαχωρίσει τις κατηγορίες των προϊόντων και να διαλέξει το σωστό και αυτό που την ενδιαφέρει μέσα από πληθώρα αντικειμένων.

•**Στο ταχυδρομείο** η Ιωάννα έμαθε πώς να στέλνει ένα γράμμα. Έμαθε να περιμένει στην ουρά, να ζητάει την κατάλληλη εξυπηρέτηση ανάλογα με την ενέργεια και να διαχωρίζει τα γραμματοκιβώτια. (εσωτερικού- εξωτερικού κλπ)

•**Στο εστιατόριο** δείξαμε στην Ιωάννα πώς να διαλέγει αυτό που της αρέσει μέσα από έναν κατάλογο, καθώς και τον τρόπο συναλλαγής πελάτη-σερβιτόρου. Ενώ άρχισε να εξοικειώνεται με το να τρώει μπροστά σε πολύ κόσμο.

•**Στην καφετέρια** καταφέραμε να συνδυάσουμε πολλές δραστηριότητες μαζί. Η Ιωάννα αρχικά κατανόησε τον ρόλο του επισκέπτη μιας καφετέριας και το πώς να κινείται η ίδια μέσα σ' αυτήν. Πολλές φορές παίζαμε δημιουργικά και ψυχαγωγικά παιχνίδια που την βοηθούσαν να μάθει το πώς να λειτουργεί μέσα σε μια ομάδα, να ακολουθεί κανόνες και να περιμένει την σειρά της. Επίσης κατάφερε να εξασκήσει την διαχείριση χρημάτων.

2. Δημιουργία ημερολογίου για την οργάνωση των δραστηριοτήτων και των σκέψεων. Το ημερολόγιο δημιουργήθηκε από όλη την ομάδα για την καταγραφή υποχρεώσεων για την επόμενη συνάντηση, των αποριών και των λύσεων τους και τους διάφορους στόχους στη ζωή μας. Με αυτόν τον τρόπο καταφέραμε η Ιωάννα να οργανώσει τις σκέψεις της και να θέσει προτεραιότητες στη ζωή της κάτι που παλιότερα αδυνατούσε να κάνει, ακόμη με αυτόν τον τρόπο είχε όλες τις λύσεις των αποριών της ανά πάσα στιγμή διαθέσιμες. (βραχυπρόθεσμοι 1,2,5,8, μακροπρόθεσμοι 4,5)

3. Ανάπτυξη διαλόγων για θέματα της καθημερινότητας αλλά και πάνω σε τεχνικές επικοινωνίας με αφορμή "δικών μας αποριών" και μετέπειτα δικών της. Στους διαλόγους μας παρουσιάζαμε στην Ιωάννα απορίες μας (π.χ. το πώς πρέπει να μιλάμε σε κάποιον μεγαλύτερο και πως σε κάποιον συνομήλικο) και την προτρέπαμε να μας βοηθήσει να τις λύσουμε ενώ αργότερα ζητούσαμε από την ίδια να μας παρουσιάσει τις δικές της απορίες. Τέλος καταγράφαμε τις λύσεις στο ημερολόγιο. (βραχυπρόθεσμοι στόχοι 3,4,5, 7,8, μακροπρόθεσμοι 2,4,5,6).

4. Δημιουργία πλάνου στόχων και ιεράρχηση τους. Βάλαμε την Ιωάννα στη διαδικασία να δημιουργήσει στόχους στη ζωή της και να βάλει προτεραιότητες. Αρχικά της δείξαμε τους δικούς μας στόχους και προτεραιότητες (πτυχίο- δουλειά- κλπ) ώστε να την προτρέψουμε να κάνει το ίδιο. Καθώς και να βρει με την βοήθεια μας τους τρόπους να τους πραγματοποιήσει. (βραχυπρόθεσμοι 1,8, μακροπρόθεσμοι 5)

5. Δημιουργία κοινωνικών ιστοριών. Σε κάθε απορία κοινωνικής αλληλεπίδρασης της Ιωάννα δημιουργήσαμε εικόνες που παρουσίαζαν διαλόγους ανάμεσα σε δύο ανθρώπους όπου ο ένας εξέφραζε τις απορίες του και ο άλλος έδινε τις λύσεις. (βραχυπρόθεσμοι στόχοι 4,5,7,8, μακροπρόθεσμοι 1,2,4,5,6)

4.3 Χαρακτηριστικά και η εξέλιξη τους (Οκτώβριος, 2010 – Φεβρουάριος 2011)

Φτωχή βλεμματική επαφή και επίμονο βλέμμα από ασυνήθιστη οπτική γωνία	Μέτρια βλεμματική επαφή, αρκετά βελτιωμένη. Παραμονή επίμονου βλέμματος αλλά ευθύ.	Μέτρια βλεμματική επαφή. Παραμονή επίμονου βλέμματος αλλά ευθύ.
Βρίσκεται στον δικό της κόσμο.	Πιο ενεργητική παρουσία στις συναντήσεις.	Πιο ενεργητική παρουσία στις συναντήσεις.
Έλλειψη περιέργειας για το περιβάλλον της.	Μέτριο ενδιαφέρον. Έκφραση αποριών για το περιβάλλον και πολλές ερωτήσεις, όμως όχι πάντα.	Μέτριο ενδιαφέρον. Έκφραση αποριών για το περιβάλλον και πολλές ερωτήσεις.
Εκφράσεις προσώπου που δεν αρμόζουν σε καταστάσεις.	Σχεδόν εξάλειψη του συγκεκριμένου χαρακτηριστικού εκτός από τις καταστάσεις που της προκαλούν άγχος.	Σχεδόν εξάλειψη του συγκεκριμένου χαρακτηριστικού εκτός από τις καταστάσεις που της προκαλούν άγχος.
Ελεγχόμενα ξεσπάσματα θυμού, υπερβολική αντίδραση όταν δεν γίνεται αυτό που θέλει. Συνήθως καβγάδες με τον πατέρα της για θέματα που αφορούν τις εμμονές της.	Βελτίωση των αντιδράσεων. Δημιουργία διαλόγου.	Βελτίωση των αντιδράσεων. Δημιουργία διαλόγου. Συνήθως καβγάδες με τον πατέρα της για θέματα που αφορούν τις εμμονές της.
Δεν της αρέσει να την αγγίζουν ή να την κρατούν	Πιο ανεκτική αλλά οριοθετημένα.	Πιο ανεκτική αλλά οριοθετημένα.
Αντιπαθεί τα πλήθη, αντιμετωπίζει δυσκολίες	Μέτρια ανοχή στον κόσμο. Μπορεί να μείνει σε μια	Μέτρια ανοχή στον κόσμο. Μπορεί να μείνει σε μια

σε εστιατόρια, καφετέριες κλπ. Δυσκολεύετε να μείνει σε μία καφετέρια ή άλλων χώρο με πολυκοσμία πάνω από μισή ώρα	καφετέρια 1 ώρα.	καφετέρια 1 ώρα.
Ανάρμοστο άγχος και φόβος	Καταπολέμηση άγχους αλλά όχι απαλοιφή. Συνειδητοποίηση της κατάστασης της και αναγνώριση της λάθος αντίδρασης. Ανάγκη για απαλοιφή. (ζητάει λύσεις και βοήθεια)	Καταπολέμηση άγχους αλλά όχι απαλοιφή. Συνειδητοποίηση της κατάστασης της και αναγνώριση της λάθος αντίδρασης. Ανάγκη για απαλοιφή. (ζητάει λύσεις και βοήθεια)
Ανάρμοστη συναισθηματική αντίδραση (δεν καταφέρνει να γίνει ευδιάθετη)	Μεγάλη βελτίωση συναισθηματικής αντίδρασης. Δημιουργία αστείων και μερική συμμετοχή σε αστείες ενέργειες.	Μεγάλη βελτίωση συναισθηματικής αντίδρασης. Μερική συμμετοχή σε αστείες ενέργειες.
Τραβάει τους γονείς της όταν θέλει κάτι.(αποτρέπει τον πατέρα της από το να μας μιλήσει.)	Βελτίωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, σχεδόν απαλοιφή.	Εξάλειψη της συγκεκριμένης συμπεριφοράς.
Έλλειψη αυθόρμητης έναρξης ομιλίας και επικοινωνίας.	Μέτρια αυθόρμητη ομιλία εκτός από τα θέματα που αφορούν τις εμμονές της για τα οποία μιλάει χωρίς καμία δυσκολία και χωρίς προτροπή.	Μέτρια αυθόρμητη ομιλία εκτός από τα θέματα που αφορούν τις εμμονές της για τα οποία μιλάει χωρίς καμία δυσκολία και χωρίς προτροπή.
Επαναλαμβάνει λέξεις που	Μείωση χαρακτηριστικού.	Αύξηση του

ακούει, τμήματα λέξεων. Συνήθως λέξεις από της διάφορες συζητήσεις μας.	Επαναλαμβάνει λέξεις αλλά τις ενσωματώνει σωστά στη συζήτηση.	συγκεκριμένου χαρακτηριστικού. Επαναλαμβάνει λέξεις αλλά τις ενσωματώνει σωστά στη συζήτηση.
Δεν μπορεί να διατηρήσει το θέμα μιας συζήτησης.	Καταφέρνει να διατηρήσει το θέμα της συζήτησης για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και ας μη το βρίσκει ενδιαφέρον.	Καταφέρνει να διατηρήσει το θέμα της συζήτησης για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και ας μη το βρίσκει ενδιαφέρον.
Μονότονη ομιλία, ακατάλληλες παύσεις.	Πιο ενεργητική ομιλία με μειωμένες παύσεις.	Πιο ενεργητική ομιλία με μειωμένες παύσεις.
Μιλάει με τον ίδιο τρόπο σε παιδιά και ενήλικες.	Ήπια διαφοροποίηση στην ομιλία της.	Ήπια διαφοροποίηση στην ομιλία της.
Αδέξιες κινήσεις ή στάση του σώματος ιδιαίτερα σε πολυκοσμία. (όταν περπατάει στο δρόμο κολλάει δίπλα σε κάποιον γνωστό)	Βελτίωση της στάσεις του σώματος Μέτρια βελτίωση κινήσεων σε πολυκοσμία.	Μέτρια βελτίωση κινήσεων σε πολυκοσμία.
Έχει εμμονές με αντικείμενα ή θέματα.	Κατανόηση των εμμονών της και επαναπροσδιορισμός ενδιαφερόντων.	Κατανόηση σε ένα βαθμό των εμμονών της και επαναπροσδιορισμός των ενδιαφερόντων της .
Περιορισμένο ενδιαφέρον	Ανάπτυξη του εύρους των ενδιαφερόντων και δημιουργία στόχων. (σχολή αισθητικής)	Περιορισμένο ενδιαφέρον με προσπάθεια ενασχόλησης με ένα άθλημα χωρίς όμως να το κάνει.

Δυσκολία στο να σταματά επαναλαμβανόμενες «βαρετές» δραστηριότητες ή συζητήσεις.	Μικρή μείωση στις συζητήσεις που αφορούν της εμμονές της. Κατανόηση της υπερβολής της και αναζήτηση βοήθειας.	Μικρή μείωση στις συζητήσεις που αφορούν τις εμμονές της χωρίς όμως να ανοίγει κάποιο θέμα συζήτησης η ίδια. Κατανόηση της υπερβολής της και αναζήτηση βοήθειας.
Προσκόλληση σε ασυνήθιστα αντικείμενα. (συχνές ερωτήσεις για την εμφάνιση της και τα μαλλιά της)	Μέτρια προσκόλληση στην εμφάνιση της και μικρή μείωση ερωτήσεων γύρω από αυτήν.	Αυξημένη προσκόλληση στην εμφάνιση της και αύξηση των ερωτήσεων γύρω από αυτήν σχετικά με τα μαλλιά της, τα κιλά της και το δέρμα της.
Τυπική σε τελετουργικά και ρουτίνες, αντιστέκεται σε αλλαγές.(Μετακίνηση με αυτοκίνητο)	Μείωση του χαρακτηριστικού. (Παίρνει το λεωφορείο της γραμμής για να βρεθεί στις συναντήσεις μας)	Τυπική σε τελετουργικά και ρουτίνες, αντιστέκεται σε αλλαγές.(Μετακίνηση με αυτοκίνητο)

4.4 Δεύτερη Αξιολόγηση Περιστατικού (Φεβρουάριος, 2011)

Στη διάρκεια των τεσσεράμισι μηνών που πραγματοποιούνται οι συναντήσεις με την Ι.Α. έχει παρατηρηθεί σημαντική πρόοδος. Η Ι.Α. δεν είναι πλέον ντροπαλή μαζί μας ενώ το άγχος της έχει μειωθεί.

Αρχικά η παρουσία της στις συναντήσεις μας είναι πιο ενεργητική. Έχει βελτιωθεί ο αυθόρμητος λόγος, δηλαδή, μπορεί να ξεκινάει συζητήσεις χωρίς να την ανησυχεί ο τρόπος που θα εκφραστεί ενώ στις μικρές παύσεις την ενισχύουμε να συνεχίσει και το κάνει. Πολλές φορές συμμετέχει σε αστεία και πειράγματα αλλά σε περιορισμένο

βαθμό, επίσης έχει καταφέρει να κάνει και το δικό της αστείο για να γελάσει η ομάδα.

Ακόμη έχει βελτιωθεί η ανεκτικότητα της σε πολλούς τομείς. Μπορεί να διατηρήσει το θέμα μιας συζήτησης ακόμη και όταν της είναι βαρετό. Σε περιπτώσεις που ξεφεύγει από τη συζήτηση, την επαναφέρουμε, και παραμένει. Ακόμη έχει βελτιωθεί η ανεκτικότητα της στην πολυκοσμία. Μπορεί να κάτσει σε καφετέρια έως και μία ώρα ενώ παλιότερα δεν ξεπερνούσε τα 20-30 λεπτά. Επίσης πλέον παρατηρεί το περιβάλλον της και εκφράζει απορίες γύρω από αυτό. Έχει βελτιώσει τη βλεμματική επαφή της. Το βλέμμα της δεν είναι τόσο ψυχρό, έχει βελτιωθεί η στάση και η γωνία που κοιτάει αν και διατηρείται το επίμονο χαρακτηριστικό. Όταν περπατάει στο δρόμο κρατάει μικρή απόσταση και δεν είναι κολλημένη επάνω μας όπως στην αρχή, ενώ κάποιες φορές ανέχεται αγγίγματα αλλά σε οριοθετημένο επίπεδο. Τέλος η έστω μικρή αποβολή του άγχους της για την πολυκοσμία την έχει παροτρύνει να παίρνει το λεωφορείο της γραμμής από το χωριό της για να έρθει στις συναντήσεις μας στην πόλη.

Έχει καταπολεμήσει το άγχος της σε ένα βαθμό. Αναγνωρίζει πως είναι αγχωμένη χωρίς λόγο και ζητάει την βοήθεια μας για να το αποβάλλει. Γι' αυτό το λόγο έχουμε δημιουργήσει κοινωνικές ιστορίες οι οποίες της θυμίζουν πώς να αντιδρά στις διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις. Έτσι καταφέραμε να βελτιώσουμε τον τρόπο που η Ι.Α. συμπεριφέρεται στον πατέρα της κυρίως μπροστά μας. Έχει μειώσει τα τηλέφωνα προς την μητέρα της κατά την διάρκεια των συναντήσεων.

Τέλος πετύχαμε μέσα από τις συναντήσεις μας να δημιουργήσουμε στόχους και προτεραιότητες στην ζωή της. Παλιότερα η Ι.Α. αγνοούσε ή έβαζε σε δεύτερη μοίρα στόχους και ενέργειες που μπορούν να την εξελίξουν, λόγω του άγχους αλλά και των εμμονών της. Πλέον έχει κατανοήσει πως η εμμονή της να βρει αγόρι πρέπει να αποτελεί μακροπρόθεσμο στόχο και το αναφέρει συχνά στις συναντήσεις μας. Ως πρώτο στόχο πλέον έχει βάλει την εκπαίδευση και κατάρτιση της σε κάποια ειδικότητα που την ενδιαφέρει (αισθητική) και θέλει να ξεκινήσει από τον Σεπτέμβριο. Δεν καταφέραμε βέβαια να αποβάλλουμε την εμμονή με τις κοπέλες από το χωριό που την «καταδιώκουν» αν και κάποιες φορές παραδέχεται πως ίσως κάνει λάθος.

Δεύτερη Στοχοθεσία

Βραχυπρόθεσμοι στόχοι:

1. Η εξομάλυνση της σύγχυσης και των παρερμηνειών γύρω από τον κοινωνικό περίγυρο.
2. Η εκπαίδευση σε πιο παραγωγικούς τρόπους οργάνωσης του εαυτού και των σχέσεων.
3. Ανάπτυξη των δυνατοτήτων και των ορίων της στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις.
4. Οργάνωση του χρόνου της και των καθημερινών της υποχρεώσεων.
5. Ενασχόληση με συνήθειες δραστηριότητες μαζί με άλλα άτομα.
6. Χρήση ερωτήσεων για την κατάλληλη εκκίνηση συζητήσεων.
7. Σωστή κοινωνική αλληλεπίδραση σε διάφορες καταστάσεις και διαφορετικούς συνομιλητές.
8. Μείωση των συζητήσεων εμμονής, για να γίνει ακόμη περισσότερο επικοινωνιακή.
9. Απασχόληση με δραστηριότητες που απαιτούν συνεχή προσοχή και σύνδεση με άλλα άτομα.
10. Κατανόηση του αναπτυξιακά αντίστοιχου αφηρημένου λόγου.

Μακροπρόθεσμοι στόχοι:

1. Αντίληψη του εαυτού της κατά το δυνατόν πληρέστερα ως φορέα δικαιωμάτων και υποχρεώσεων εντός του γενικού κοινωνικού πλαισίου.
2. Αποδυνάμωση της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα σε προβληματικές συνθήκες και στις συνήθειες αντιδράσεις της, όπως ο φόβος, η κατάθλιψη, ο θυμός, η αυτοκαταστροφή και η ηττοπάθεια.
3. Διόρθωση των λανθασμένων, διαστρεβλωμένων και δυσλειτουργικών αντιλήψεων και πεποιθήσεων της.
4. Ανάπτυξη της συμβολικής σκέψης.

5. Αποδοχή και διαχείριση των αλλαγών στις καθημερινές συνήθειες, χωρίς έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις.

6. Προφορική έκφραση και ακριβή ερμηνεία των συναισθημάτων τους και των απόψεων που βασίζονται σε λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα.

Δραστηριότητες για την επίτευξη των στόχων στη Δεύτερη Στοχοθεσία.

1. Επίσκεψη σε καφετέρια, κινηματογράφο, βιβλιοθήκη, καταστήματα, αρχαιολογικούς και ιστορικούς χώρους και χώρους αναψυχής έτσι ώστε να τις δημιουργηθούν καινούρια ενδιαφέροντά τα οποία να μην αφορούν τις εμμονές της και να αναπτυχτεί το εύρος των συζητήσεων. Ακόμη η Ι.Α. θα μπορέσει να κατανοήσει τους τρόπους που λειτουργούν οι διάφορες υπηρεσίες και τα καταστήματα ενώ παράλληλα ξεπερνάει το άγχος με την πολυκοσμία. (βραχυπρόθεσμοι στόχοι :1,2,3, 4,5,7,9, μακροπρόθεσμοι στόχοι: 1,4,5,6)

Με τις παραπάνω επισκέψεις θα προσπαθήσουμε να καταφέρουμε και κάποιους επιμέρους στόχους :

•**Καφετέρια:** με τις επισκέψεις αυτές έχει καταφέρει η Ι.Α. να κατανοήσει την λειτουργία μιας καφετέριας και τον ρόλο της επίσκεψης μας εκεί. Πλέον προσπαθούμε με την συνέχιση των επισκέψεων να γίνει η Ι.Α. πιο ανεκτική στην πολυκοσμία και να μειώσει τον κοινωνικό της φόβο.

•**Κινηματογράφος :** θα προσπαθούμε να εμπλουτίσουμε τα ενδιαφέροντα της Ι.Α., ενώ παράλληλα θέλουμε να αναπτύξει την ικανότητα κρίσης αλλά και πρωτοβουλίας (επιλογή ταινίας). Τέλος με αυτόν τον τρόπο αποσκοπούμε και στην βελτίωση της υπομονής της.

•**Βιβλιοθήκη :** πλέον η Ι.Α. μας ζητάει από μόνη της να πάμε στην βιβλιοθήκη και εκεί την βοηθάμε στο να διαλέξει τα βιβλία που την ενδιαφέρουν. Με αυτόν τον τρόπο ως σκοπό έχουμε να αναπτύξει τα ενδιαφέροντα της. Ενώ μέσα από την ανάγνωση κάποιων βιβλίων μπορεί να εκπαιδεύσει μια σωστή κριτική ικανότητα.

•**Καταστήματα :** με τις επισκέψεις μας σε διάφορα καταστήματα θα καταφέρουμε η Ι.Α. να μάθει πλέον να κατηγοριοποιεί τα καταστήματα σύμφωνα με τα προϊόντα που έχουν και να διαλέγει πιο εύκολα αυτό που θέλει. Ενώ παράλληλα αναπτύσσει και την ικανότητα επικοινωνίας της.

•**Αρχαιολογικούς και ιστορικούς χώρους** : θα προσπαθήσουμε με τις επισκέψεις να την κάνουμε να αναπτύξει τα ενδιαφέροντα. Ακόμη μαθαίνει διάφορα ιστορικά στοιχεία της πόλης της και έτσι ευρύνει το φάσμα των θεμάτων συζήτησης.

•**Χώρους αναψυχής** : με τις βόλτες μας σε χώρους αναψυχής αποσκοπούμε στην μείωση του άγχους της Ι.Α., στη βελτίωση της διάθεσης της και στην μείωση των συναισθημάτων θλίψης.

2.Κατανόηση αφηρημένων εννοιών μέσα από την δημιουργία διαλόγων και δημιουργία κοινωνικών ιστοριών. Έτσι παρουσιάζουμε καταστάσεις με αναπτυξιακή δυσκολία και περνάμε μηνύματα στην Ι.Α. που μπορεί καλύτερα να επεξεργαστεί και να αφομοιώσει. Μπορεί να παραδειγματιστεί και να πράξει ανάλογα σε παρόμοιες καταστάσεις σε συνθήκες δύσκολες και απρόοπτες. Μπορεί να διδαχτεί τις κοινωνικά αποδεχτές συμπεριφορές και να διαφοροποιήσει τις κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές διαμορφώνοντας ανάλογα τη δική της συμπεριφορά. Πέρα από αυτό μπορούμε να την βοηθήσουμε να εγκαταλείψει αρνητικές συμπεριφορές, να χειριστεί φοβικές καταστάσεις ή ακόμα και συνθήκες που της προκαλούν έντονο άγχος. Ενισχύεται η προβλεψιμότητα των κοινωνικών καταστάσεων και οι προβληματικές καταστάσεις που δυσκολεύουν γίνονται κατανοητές και προβλέψιμες. Τέλος κατανοεί έννοιες και συναισθήματα που δεν μπορούσε να εξηγήσει.

3.Συγκέντρωση της ομάδας σε κάποιο σπίτι. Οι συναντήσεις μας σε ένα σπίτι έχουν προγραμματιστεί να γίνονται μία φορά την εβδομάδα. Ως σκοπό σε αυτές τις συναντήσεις μας έχουμε τη προετοιμασία της Ι.Α. για τις επισκέψεις που επίκεινται να γίνουν. Παρουσιάζουμε και εξηγούμε τις κοινωνικές ιστορίες και τις αφηρημένες έννοιες που έχουμε ετοιμάσει. Ενώ τέλος σε έναν ιδιωτικό χώρο, όπως στο σπίτι, πιστεύουμε πως η Ι.Α. δεν θα έχει κανένα κοινωνικό άγχος και θα μπορούμε να την βοηθήσουμε χωρίς να αποσπάται η προσοχή της και να την απασχολούν άλλα θέματα.

4.5 Τρίτη Αξιολόγηση Περιστατικού (Μάιος 2012)

Στη διάρκεια των εννέα μηνών που πραγματοποιούνται οι συναντήσεις με την Ι.Α. έχει παρατηρηθεί σημαντική πρόοδος. Η Ι.Α. δεν είναι πλέον ντροπαλή μαζί μας ενώ μας μιλάει άνετα για προσωπικά της ζητήματα και για ότι την απασχολεί.

Αρχικά η παρουσία της στις συναντήσεις μας είναι πολύ ενεργητική. Έχει βελτιωθεί ο αυθόρμητος λόγος, δηλαδή, μπορεί να ξεκινάει συζητήσεις χωρίς να την ανησυχεί ο τρόπος που θα εκφραστεί ενώ στις μικρές παύσεις την ενισχύουμε να συνεχίσει και το κάνει. Πολλές φορές συμμετέχει σε αστεία ή κάνει τα δικά της αστεία για να γελάσεις η παρέα, ενώ κάποιες άλλες γελάει μόνη της με κάτι που σκέφτεται χωρίς να μας το αποκαλύπτει.

Στα μέρη που έχουμε προτείνει να επισκεφτούμε η Ι.Α. έρχεται πρόθυμα. Αν κάποιο μέρος δεν της αρέσει ή το βαριέται μας το λέει και σε περίπτωση που επιμένουμε έρχεται (π.χ. μουσείο).

Ακόμη έχει βελτιωθεί η ανεκτικότητα της σε πολλούς τομείς. Μπορεί να διατηρήσει το θέμα μιας συζήτησης, για περιορισμένο χρόνο, ακόμη και όταν της είναι βαρετό. Σε κάθε συνάντηση μας βέβαια δεν παραλείπει συζητήσεις γύρω από τις εμμονές της, ενώ εμείς προσπαθούμε να την κάνουμε να τις αποβάλλει, έστω προσωρινά, και να σκεφτεί άλλα θέματα να συζητήσουμε.

Επίσης έχει βελτιωθεί η ανεκτικότητα της στην πολυκοσμία. Μπορεί να κάτσει σε καφετέρια πάνω από μία ώρα ενώ στην αρχή των συναντήσεων μας δεν ξεπερνούσε τα 20-30 λεπτά. Πλέον παρατηρεί το περιβάλλον της και μας ζητάει να της εξηγήσουμε κάποιες απορίες που έχει γύρω από αυτό. Όταν περπατάει στο δρόμο κρατάει μικρή απόσταση και δεν είναι κολλημένη επάνω μας όπως στην αρχή, ενώ κάποιες φορές ανέχεται αγγίγματα αλλά σε οριοθετημένο επίπεδο. Τέλος η έστω μικρή αποβολή του άγχους της για την πολυκοσμία την έχει παροτρύνει να παίρνει, κάποιες φορές, το λεωφορείο της γραμμής από το χωριό της για να έρθει στις συναντήσεις μας στην πόλη ενώ έχει μειώσει τα τηλέφωνα προς την μητέρα της κατά την διάρκεια των συναντήσεων.

Έχει βελτιώσει τη βλεμματική επαφή της. Το βλέμμα της δεν είναι τόσο ψυχρό, έχει βελτιωθεί η στάση και η γωνία που κοιτάει αν και κάποιες φορές διατηρείται το επίμονο χαρακτηριστικό.

Έχει καταπολεμήσει το άγχος της σε ένα βαθμό. Αναγνωρίζει πως είναι αγχωμένη χωρίς λόγο και ζητάει την βοήθεια μας για να το αποβάλει. Γι' αυτό το λόγο έχουμε δημιουργήσει κοινωνικές ιστορίες και αφηρημένες έννοιες οι οποίες της θυμίζουν πώς να αντιδρά στις διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις και να δίνει απαντήσεις σε

διάφορες απορίες και εμμονές που έχει. Τις παραπάνω κοινωνικές ιστορίες και αφηρημένες έννοιες τις παρουσιάζουμε στην Ι.Α. σε σπίτι, όπου τις συζητάμε και τις αναλύουμε μέχρι να τις καταλάβει. Έτσι περιμένουμε από την Ι.Α. να τις συμβουλευτεί μόλις της παρουσιάζονται απορίες ή ανησυχεί με τις διάφορες εμμονές της.

Τέλος καταφέραμε μέσα από τις συναντήσεις μας να δημιουργήσουμε στόχους και προτεραιότητες στην ζωή της. Παλιότερα η Ι.Α. αγνοούσε η έβαζε σε δεύτερη μοίρα στόχους και ενέργειες που μπορούν να την εξελίξουν, λόγου του άγχους αλλά και των εμμονών της. Πλέον έχει κατανοήσει πως η εμμονή της να βρει αγόρι πρέπει να αποτελεί μακροπρόθεσμος στόχος αν και το αναφέρει συχνά στις συναντήσεις μας. Ως πρώτο στόχο πλέον έχει βάλει την εκπαίδευση και κατάρτιση της σε κάποια ειδικότητα που την ενδιαφέρει (αισθητική) και θέλει να ξεκινήσει από τον Σεπτέμβριο.

4.6 Τελική έκθεση αξιολόγησης Περιστατικού (Ιανουάριος 2012- Ιούνιος 2012)

Στη διάρκεια των έξι μηνών που πραγματοποιήθηκαν οι συναντήσεις με την Ι.Α. είχε παρατηρηθεί σημαντική πρόοδος. Η Ι.Α. δεν ήταν καθόλου ντροπαλή μαζί μας και μας μιλούσε άνετα για προσωπικά της ζητήματα και για ότι την απασχολούσε.

Αρχικά η παρουσία της στις συναντήσεις μας ήταν πολύ ενεργητική. Είχε βελτιωθεί ο αυθόρμητος λόγος, δηλαδή, μπορούσε να ξεκινήσει συζητήσεις χωρίς να την ανησυχεί ο τρόπος που θα εκφραστεί ενώ στις μικρές παύσεις την παροτρύναμε να συνεχίσει. Πολλές φορές συμμετείχε σε αστεία ή έκανε τα δικά της αστεία για να γελάσει η παρέα, ενώ κάποιες άλλες γελούσε μόνη της με κάτι που σκεφτόταν χωρίς να μας το αποκάλυπτε.

Στα μέρη που της είχαμε προτείνει να επισκεφτούμε η Ι.Α. δεχόταν με προθυμία. Αν κάποιο μέρος δεν της άρεσε ή το βαριόταν μας το έλεγε.

Ακόμη έχει βελτιωθεί η ανεκτικότητα της σε πολλούς τομείς. Αν και γενικά το ενδιαφέρον της ήταν μέτριο εξέφραζε απορίες για το περιβάλλον της και έκανε πολλές ερωτήσεις, καθώς μπορούσε να διατηρήσει το θέμα μιας συζήτησης, για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμη και όταν δεν το έβρισκε ενδιαφέρον. Σε κάθε

συνάντηση μας βέβαια δεν παραλείπε συζητήσεις γύρω από τις εμμονές της. Υπήρχε αυξημένη προσκόλληση στην εμφάνιση της και αύξηση των ερωτήσεων γύρω από αυτήν σχετικά με τα μαλλιά της, τα κιλά της και το δέρμα της. Εμείς προσπαθούσαμε να την κάνουμε να τις αποβάλει, και να σκεφτεί άλλα θέματα να συζητήσουμε.

Επίσης έχει βελτιωθεί η ανεκτικότητα της στην πολυκοσμία. Μπορούσε να κάτσει σε καφετέρια πάνω από μία ώρα. Παρατηρούσε το περιβάλλον της και μας ζητούσε να της εξηγήσουμε κάποιες απορίες που έχει γύρω από αυτό. Όταν περπατούσαμε στο δρόμο κρατούσε μικρή απόσταση και δεν είναι κολλημένη επάνω μας όπως στην αρχή, ενώ κάποιες φορές ανεχόταν αγγίγματα αλλά σε οριοθετημένο επίπεδο. Τέλος αν και είχε αποβάλλει ελάχιστα το άγχος της ήταν τυπική σε τελετουργικά και ρουτίνες (Μετακίνηση με αυτοκίνητο) Ενώ είχε εξαλείψει τα τηλέφωνα προς την μητέρα της κατά την διάρκεια των συναντήσεων μας.

Η βλεμματική της επαφή ήταν μέτρια . Το βλέμμα της δεν ήταν τόσο ψυχρό, είχε βελτιωθεί η στάση και η γωνία που κοιτούσε αν και κάποιες φορές διατηρούσε το επίμονο χαρακτηριστικό.

Εν μέρει είχε καταπολεμήσει το άγχος της. Αναγνώριζε πως ήταν αγχωμένη χωρίς λόγο και ζητούσε τη βοήθεια μας για να το αποβάλει.

Τέλος καταφέραμε μέσα από τις συναντήσεις μας να δημιουργήσουμε στόχους και προτεραιότητες στην ζωή της. Παλιότερα η Ι.Α. αγνοούσε η έβαζε σε δεύτερη μοίρα στόχους και ενέργειες που μπορούσαν να την εξελίξουν, λόγου του άγχους αλλά και των εμμονών της. Πλέον έχει κατανοήσει πως η εμμονή της να βρει αγόρι πρέπει να αποτελεί μακροπρόθεσμος στόχος αν και το συζητούσε αρκετά στις συναντήσεις μας. Ως πρώτο στόχο πλέον έχει βάλει την ενασχόληση της με κάποιο άθλημα και την απόκτηση ενός διπλώματος οδήγησης.

Ερευνητικό κομμάτι- Ερωτήσεις

- ❖ **Κατά πόσο είναι κοινά οι εμμονές και οι ιδεοψυχαναγκασμοί σε άτομα με σύνδρομο Asperger και σε άτομα με ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές;**

Τα παιδιά και οι νέοι που εντοπίζονται με το σύνδρομο Asperger έχουν σημαντικές κοινωνικές και επικοινωνιακές δυσκολίες. Αυτές οι δυσκολίες τους τοποθετούν σε κίνδυνο όσον αφορά την ανάπτυξη προβλημάτων πνευματικής υγείας, ιδιαίτερα ανησυχία, κατάθλιψη, εμμονές και ψυχαναγκαστική διαταραχή.

Οι ιδεοψυχαναγκαστικές συμπεριφορές είναι κοινές με τις επικοινωνιακές δυσκολίες που παρουσιάζονται στις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος (ASD), αλλά λίγες είναι γνωστές για το πώς συγκρίνονται με εκείνες τις συμπεριφορές που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ).

Μια μέθοδος που πραγματοποιήθηκε με στόχο να γίνει μια τέτοια σύγκριση έδειξε ότι οι δύο ομάδες παρουσιάζουν κοινές συμπεριφορές.

Μέθοδος: Σε μια ομάδα ενηλίκων υψηλής λειτουργικότητας ASD (n = 40) και σε μια ομάδα ενηλίκων με ΙΨΔ (n = 45 χορηγήθηκε το Yale-Brown, μια ψυχαναγκαστική κλίμακα ελέγχου συμπτωμάτων όπως οι εμμονές, οι στερεοτυπικές συμπεριφορές και ψυχαναγκαστικά συμπτώματα.

Αποτελέσματα: Οι δύο ομάδες είχαν παρόμοιες συχνότητες των ψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων και εμμονών αλλά οι σωματικές εμμονές και οι στερεοτυπικές συμπεριφορές είναι πιο συχνές στην ομάδα ΙΨΔ. Η ομάδα ΙΨΔ είχαν περισσότερα ψυχαναγκαστικά συμπτώματα.

Συμπεράσματα: εμμονές και οι ψυχαναγκασμοί είναι τόσο συχνή στους ενήλικες με υψηλής λειτουργικότητας ASD και συνδέονται με σημαντικά επίπεδα κινδύνου. (<http://suite101.com/article/aspergers-syndrome-and-obsessions-and-special-interests-a251062>).

Τα δύο παραπάνω χαρακτηριστικά, οι εμμονές και οι ψυχαναγκασμοί χαρακτηρίζουν και την Ι. Διαπιστώσαμε από την πρώτη κιόλας μέρα ότι παρουσίαζε ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που απασχολούν σημαντικό μέρος από το χρόνο της και από την κοινωνική και την συναισθηματική της ζωή. Έτσι, η Ι. νιώθει δυσφορία και άγχος κάθε φορά που βρίσκεται σε εξωτερικό χώρο με κόσμο. Το άγχος της

συνδέεται συχνά με τους ψυχαναγκασμούς, καθώς και με την αντίσταση σε αυτούς, και υποχωρεί αμέσως μόλις ενδώσει στον καταναγκασμό. Η Ι. αναγνωρίζει τον παθολογικό χαρακτήρα αυτών των καταναγκασμών καθώς και ότι είναι ανούσιοι και υπερβολικοί, ωστόσο δεν μπορεί να τους σταματήσει. Επιθυμεί να σταματήσει να νιώθει έτσι και σε κάθε συνάντησή μας ζητούσε λύσεις στο πρόβλημα της. Είχαμε προτείνει αρκετές λύσεις αλλά ενώ υπήρχε μια βελτίωση διαπιστώθηκε ότι είναι δύσκολο να ξεφύγει από τις εμμονές και τους ψυχαναγκασμούς της.

❖ **Υπάρχουν μεταπτώσεις στην ψυχολογία ατόμων με σύνδρομο Asperger;**

Ψυχολογική διαταραχή σε ενήλικες και εφήβους με σύνδρομο Asperger

Η δυσφορία και η ανικανότητα που προκαλούνται από το σύνδρομο Asperger είναι συνέπεια του πυρήνα του ίδιου του συνδρόμου, και κάθε νευρολογικής ή φυσικής διαταραχής που μπορεί να συνδέεται με αυτό. Ο κίνδυνος και η ανικανότητα επηρεάζονται επίσης, σε έναν πολύ μεγάλο βαθμό από ότι έχει ήδη αναγνωριστεί, από τις προσωπικές αντιδράσεις του πάσχοντος και τις κοινωνικές αντιδράσεις των γύρω του ή της. Ένας σημαντικός τύπος της προσωπικής αντίδρασης είναι η ανάπτυξη μιας ψυχολογικής διαταραχής δευτερεύουσας στο σύνδρομο Asperger. Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι αυτές οι αντιδράσεις είναι πιο κοινές και πιο σοβαρές απ' ό,τι έχει θεωρηθεί προηγουμένως. Περιλαμβάνουν συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές συσχετιζόμενες με άγχος και διαταραχές συμπεριφοράς. Οι εκδηλώσεις τους μπορεί να μεταβληθούν από την παρουσία του συνδρόμου Asperger. Η θεραπεία περιλαμβάνει συνήθως έναν συνδυασμό ψυχο-εκπαίδευσης, κοινωνικής αλλαγής, ψυχοτροπικού φαρμάκου και παροχής συμβουλών. (<http://aut.sagepub.com/content/4/1/47.abstract>)

Όπως παρατηρήσαμε και από την εξέλιξη της Ι. μετά από την παρακολούθηση των έξι μηνών οι μεταπτώσεις της ψυχολογίας σε έναν ενήλικα με σύνδρομο Asperger είναι πολύ συχνές. Παρατηρήσαμε ότι πολλές φορές είχε ανάρμοστο άγχος και φόβο για τους γύρω της νομίζοντας ότι θέλουν να της κάνουν κακό. Άλλες φορές όμως καταπολεμούσε το άγχος, αναγνώριζε τη λάθος αντίδραση και ζητούσε λύσεις και βοήθεια. Παρόλα αυτά μέσα από τις συναντήσεις μας καταφέραμε να βελτιώσουμε σε αρκετά μεγάλο βαθμό τη συναισθηματικές αντιδράσεις της Ι. με τη δημιουργία αστειών και μερική συμμετοχή αστειών ενεργειών.

❖ Υπάρχει θεραπεία για τους ενήλικες με σύνδρομο Asperger και αν ναι, είναι αποτελεσματική σε αυτά τα άτομα;

Δυστυχώς, μια θεραπεία για το σύνδρομο αυτό δεν έχει ακόμη ανακαλυφθεί. Ωστόσο, υπάρχει ένας αριθμός θεραπειών για ενήλικες με σύνδρομο Asperger. Με τη βοήθεια ενός θεραπευτή, αυτή η κατάσταση μπορεί να τεθεί υπό έλεγχο σε μεγάλο βαθμό. Αναφέρονται παρακάτω μερικές μέθοδοι για τη θεραπεία αυτής της διαταραχής.

Ένας εκπαιδευμένος θεραπευτής πρώτα απ' όλα βοηθά τον ασθενή να συμφιλιωθεί με την αναπηρία του. Είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσει την κατάσταση του και ότι μπορεί να είναι σε έναν βαθμό όπως και άλλοι, και ότι θα μπορούσε να ελαχιστοποιήσει τα μειονεκτήματα των ειδικών αναγκών του με ορισμένες θεραπείες.

Η ανταπόκριση ενός ατόμου σε κάθε θεραπεία μπορεί να διαφέρει. Ενώ μερικοί μπορεί να είναι περιχαρείς που αρχίζουν να καταλαβαίνουν ότι δεν ήταν δικό τους σφάλμα, υπάρχουν και εκείνοι που απλά εγκαταλείπουν την περαιτέρω επεξεργασία.

Είναι σημαντικό τα άτομα με σύνδρομο Asperger, να αισθάνονται σίγουρα για τον εαυτό τους, έτσι ώστε να ανταποκριθούν θετικά στην περαιτέρω πορεία της θεραπείας. Αυτό μπορεί να γίνει μέσω της παροχής συμβουλών.

Τέλος, γνωστικές συμπεριφορικές συνεδρίες θεραπείας θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν με επιτυχία. Επίσης, οι θεραπείες κοινωνικής κατάρτισης μπορεί να είναι αποτελεσματικές, δεδομένου ότι σε αυτές διδάσκονται τα άτομα πώς να συμπεριφέρονται σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις. (<http://www.buzzle.com/articles/aspergers-syndrome-in-adults.html>)

Πολλές ψυχιατρικές καταστάσεις, τόσο εσωτερικές και εξωτερικές, έχει τεκμηριωθεί ότι μπορεί να συνυπάρχουν με το σύνδρομο Asperger (AS) και τον Αυτισμό Υψηλής Λειτουργικότητας (HFA). Στην ανασκόπηση αυτή θα εξεταστεί η αλληλεπίδραση μεταξύ ψυχιατρικής κατάστασης και AS / HPA. Πιο συγκεκριμένα, θα εστιάσουμε την προσοχή μας σε τρία βασικά ζητήματα. Κατ' αρχάς, θα εξεταστούν ποια είναι ψυχιατρικές διαταραχές που συνδέονται συχνότερα με AS / HPA. Δεύτερον, θα επανεξετάσουμε διαγνωστικά εργαλεία που είναι διαθέσιμα σήμερα για τους κλινικούς ιατρούς να διαγνώσουν και να διερευνήσουν τις σχετικές ψυχιατρικές διαταραχές σε άτομα με AS / HPA. Τρίτον, θα συζητήσουμε τις προκλήσεις που οι κλινικοί γιατροί και ερευνητές αντιμετωπίζουν στην προσπάθειά

τους να καθορίσουν αν τα ψυχιατρικά συμπτώματα είναι φαινοτυπικά εκδηλώσεις του AS / HFA ή μάλλον είναι η έκφραση μιας διακριτής, αν και συνυπάρχουσας, διαταραχής. Θα εξετάσουμε επίσης το ρόλο που παίζει το περιβάλλον στην εκδήλωση και την ερμηνεία αυτών των συμπτωμάτων. Τέλος, θα προτείνουμε μερικές στρατηγικές για να προσπαθήσουμε να αντιμετωπιστούν αυτά τα ζητήματα, και θα συζητήσουμε θεραπευτικές επιπτώσεις.

Η διαχείριση των προβλημάτων συμπεριφοράς σε παιδιά και εφήβους με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού είναι μια πρόκληση για τους κλινικούς γιατρούς και τις οικογένειές τους και τα ψυχιατρικά συμπτώματα σε συνοδά νοσήματα θα μπορούσαν να επιδεινώσουν ακόμα περισσότερο τα προβλήματα συμπεριφοράς. Τα άτομα με AS/HF εμφανίζουν σημαντική αδυναμία στην περιγραφή των δικών τους συναισθημάτων γι 'αυτό δεν είναι εύκολο να εντοπιστεί και να αναγνωριστεί μια άλλη ψυχιατρική νόσος που θα μπορούσε να καλυφθεί από τα αυτιστικά συμπτώματα τους. Ένα από τα κύρια προβλήματα με τα άτομα που πάσχουν από AS / HFA είναι ότι συμπεριφορικά συμπτώματα οφείλονται σε διάφορα κοινωνικά περιβάλλοντα, συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας και του σχολείου και τις κοινωνικές δραστηριότητες. Για αυτούς και άλλους λόγους στην καθημερινή κλινική πράξη είναι δύσκολο να ληφθεί μια απόφαση σχετικά με την πλέον κατάλληλη διάγνωση καθώς επίσης και αποτελεσματικές θεραπευτικές στρατηγικές.

Αρκετές μελέτες αναφέρουν μια συσχέτιση ανάμεσα σε AS / HFA και συμπτώματα όπως κατάθλιψη [6-11], διπολικές διαταραχές [13] και άγχος [33,34]. Ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι μια αμφίδρομη σχέση έχει εντοπιστεί μεταξύ διαταραχών εσωτερίκευσης και αυτιστικών συμπτωμάτων: τόσο μια υψηλότερη επικράτηση των αγχωδών διαταραχών έχει βρεθεί στην AS [10,35] και ένα υψηλότερο ποσοστό των αυτιστικά χαρακτηριστικά έχει αναφερθεί σε νέους με διάθεση και αγχώδεις διαταραχές [36]. Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι οι άνθρωποι με AS εμφανίζουν πιο πολλά συμπτώματα άγχους σε σύγκριση με υγιή άτομα ελέγχου, ακόμη και αν αυτά τα συμπτώματα συνοδεύονταν με κοινωνικά προβλήματα [20] (<http://www.annals-general-psychiatry.com/content/11/1/16#B5>).

Σε παιδιά με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει υψηλά ποσοστά ψυχιατρικής συννοσηρότητας. Μέχρι σήμερα, οι μελέτες σε ενήλικες είναι λιγοστές. Ο σκοπός επομένως της παρούσας μελέτης ήταν να

διερευνήσει την ψυχιατρική συννοσηρότητα σε νεαρούς ενήλικες με σύνδρομο Asperger. Οι συμμετέχοντες ήταν 26 άνδρες και 28 γυναίκες (μέση ηλικία 27 έτη) με την κλινική διάγνωση του συνδρόμου Asperger. Ψυχιατρική συννοσηρότητα εκτιμήθηκε από τη Δομημένη Κλινική Συνέντευξη για το DSM-IV Axis I διαταραχές. Το IQ μετρήθηκε χρησιμοποιώντας την Κλίμακα Ενηλίκων Wechsler Intelligence, Third Edition. Επιβεβαιώθηκαν διαγνώσεις του φάσματος του αυτισμού με την διαγνωστική συνέντευξη για κοινωνικές και επικοινωνιακές διαταραχές. Στην ομάδα μελέτης μας, το 70% είχαν βιώσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, και το 50% υπέφερε από επαναλαμβανόμενα επεισόδια κατάθλιψης. Διαταραχές άγχους παρατηρήθηκαν σε περίπου 50%. Οι ψυχωτικές διαταραχές ήταν σπάνιες. Εν κατακλείδι, οι νεαροί ενήλικες με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού είναι σε υψηλό κίνδυνο για τη διάθεση και παρουσιάζουν αγχώδεις διαταραχές (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21515028?dopt=Abstract&holding=f1000.f1000m.isrctn>).

Η έλλειψη τυποποιημένων φαινοτυπικά ορισμών οδήγησε στο να γίνουν αποτελεσματικές μελέτες του συνδρόμου Asperger (AS) που είναι δύσκολο να ερμηνευθούν. Το έγγραφο αυτό αναφέρει ψυχοκοινωνική λειτουργία σε 20 άνδρες εφήβους AS, η οποία ορίζεται σύμφωνα με τα τρέχουσα ICD-10 κριτήρια, και μια ομάδα σύγκρισης με 20 άνδρες εφήβους με σοβαρή διαταραχή διαγωγής. Στην αξιολόγηση χρησιμοποιήθηκαν τυποποιημένες συνεντεύξεις στις οποίες σημειώθηκαν αξιολογήσεις της κοινωνικής λειτουργίας και της ψυχιατρικής νοσηρότητας. Η ομάδα AS παρουσίασε σοβαρές βλάβες στην πρακτική κοινωνική λειτουργία παρά καλή γνωστική ικανότητα και σημαντική πρόωμη γλωσσική καθυστέρηση. Υψηλά επίπεδα άγχους και ψυχαναγκαστικές διαταραχές βρέθηκαν * κατάθλιψη, αυτοκτονικός ιδεασμός και περιφρόνηση και στις δύο ομάδες. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με αυτά άλλων μελετών. Συζητήθηκε η συσχέτιση της κλινικής διαπίστωσης και θεραπείας

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11039855?dopt=Abstract&holding=f1000.f1000m.isrctn>).

Με βάση τα παραπάνω θα μπορούσαμε να αναφερθούμε στο περιστατικό το οποίο μελετήσαμε και παρακολουθήσαμε. Σχετικά λοιπόν με την Ι. παρατηρήσαμε ότι δεν είναι πολύ αισιόδοξη και δεν πιστεύει ότι μπορεί να τα καταφέρει σε ένα περιβάλλον με κόσμο. Δεν έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό της και στις δυνατότητες της τα οποία

συνδυάζονται με εμμονές και άγχος οπότε αυτά τα στοιχεία αποτελούν σημαντικό εμπόδιο όσον αφορά την θεραπεία της. Συνεπώς η αρχή της θεραπείας της πρέπει να στηριχθεί αφ ενός σε συμβουλές που θα αφορούν την βελτίωση των παραπάνω και αφ ετέρου στην διαχείριση της μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο, πως δηλαδή θα μπορεί να συμπεριφερθεί σε άλλα άτομα αλλά και να συνυπάρξει με αυτά. Αυτός ήταν και ο πρώτος μας στόχος καθώς μην ξεχνάμε ότι πρόκειται για μια διαταραχή επικοινωνίας. Παρατηρήσαμε σημαντική βελτίωση των παραπάνω με διατήρηση όμως των εμμονών σε μικρότερο βαθμό. Σημαντικό ήταν ωστόσο να γινόντουσαν συχνές συναντήσεις διότι διαφορετικά δε μπορούσε να διαχειριστεί το άγχος της και την ανασφάλεια της. Κατά συνέπεια οι γνωστικές συμπεριφορικές θεραπείες συνεδρίας μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά την Ι.

❖ **Βοηθάει η λογοθεραπεία άτομα με σύνδρομο Asperger;**

Μια κοινή δυσκολία για όσους έχουν σύνδρομο Asperger είναι η μη-λεκτική επικοινωνία. Έχει ειπωθεί ότι το 80% της επικοινωνίας τους επιτυγχάνεται μη λεκτικά. Χειρονομίες, εκφράσεις του προσώπου, επαφή με τα μάτια, και πολλές άλλες μορφές της μη λεκτικής επικοινωνίας παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στον τρόπο που εκφραζόμαστε και καταλαβαίνουμε τους άλλους. Όσοι έχουν σύνδρομο Asperger έχουν συχνά δυσκολία να παράγουν αυτές τις μορφές επικοινωνίας, καθώς και την αναγνώρισή αυτών σε άλλους. Αυτό μπορεί να κάνει την επικοινωνία των ατόμων με Asperger δύσκολη και να ανοίξει το δρόμο για παρανοήσεις, παρεξηγήσεις, και κοινωνικές δυσκολίες. Δουλεύοντας με έναν λογοθεραπευτή, τα άτομα με σύνδρομο Asperger μπορεί να αυξήσουν τις γνώσεις τους από αυτές τις ενέργειες σε άλλους, και να βελτιώσουν την ικανότητά τους να τα ερμηνεύσουν. Επιπλέον, μπορούν να μάθουν τρόπους να ενσωματώσουν μη λεκτικές δεξιότητες επικοινωνίας στη δική τους ομιλία, εάν το επιθυμούν. Μια άλλη πτυχή του συνδρόμου Asperger την οποία μπορούν να επηρεάσουν οι λογοθεραπευτές είναι η κοινωνική σκέψη. Πολλοί άνθρωποι με σύνδρομο Asperger δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν σιωπηλούς κοινωνικούς "κανόνες" που οι άλλοι θεωρούν δεδομένους. (<http://www.speechassociatesofny.com/>)

<<Η τιμιότητα είναι η καλύτερη πολιτική>> στα άτομα με κοινωνικές προκλήσεις γλώσσας, όπως το Σύνδρομο Asperger. Το πρόσωπο που θέτει το ερώτημα δείχνει σε αυτό το συγκεκριμένο πληθυσμό πως μπορεί να είναι πάρα πολύ ειλικρινής μετά από αυτόν τον κανόνα με βάση την πολιτική όσον αφορά την ειλικρίνεια. Ενώ είναι

αλήθεια ότι η ειλικρίνεια δεν κάνει τον καθένα να νιώθει άνετα, αυτό είναι αναγκαίο να υπάρχει. Με την θεωρία του νου και τη διαδικασία σκέψης της προοπτικής, μπορούμε να αρχίσουμε την αντιστοίχιση "σκεφτόμαστε πώς ένα άλλο άτομο μπορεί να αισθάνεται» και χρησιμοποιώντας τη γλώσσα με ένα άλλο πρόσωπο στο μυαλό. Αυτό είναι, όταν η λογοθεραπεία στοχεύει στις μορφές έκφρασης, συλλογιστική λεξιλόγιο, τον τόνο της φωνής και τη γλώσσα του σώματος. Η ειλικρίνεια που πονάει είναι συχνά ένας συνδυασμός της αλήθειας με λόγια, φωνητικό ύφος και τη γλώσσα του σώματος. Με τους μαθητές και τα άτομα με Asperger ο τόνος της φωνής, η γλώσσα του σώματος μπορεί να μην φαίνεται να είναι τόσο κατανοητή και όταν συνδιάζεται με την απόλυτη αλήθεια αποτελεί μια δυσχερή κατάσταση από το συνομιλητή. Κατά τη διδασκαλία της επίσημης και ανεπίσημης γλώσσας, οι λογοθεραπευτές θα εργάζονται συχνά με το <<πώς>>, από την οπτική της γλώσσας. Στη διδασκαλία ειλικρίνειας, ποτέ δεν είναι (ή δεν πρέπει να είναι) ο στόχος η ικανότητα του μαθητή να πει την αλήθεια. Είναι το να μάθει το πώς και πότε να παραδώσει την είδηση και να γνωρίζει την πρόθεση όταν οι άλλοι το κάνουν. (<http://www.pediastaff.com/blog/guest-speech-language-pathology-blog-teaching-honesty-to-people-with-aspergers-and-other-social-language-challenges-3315>)

Όπως παρατηρήσαμε και από την εξέλιξη της Ι. η λογοθεραπεία σε έναν ενήλικα με σύνδρομο Asperger είναι καταλυτικής σημασίας. Μετά από την εξάμηνη επαφή μας καταφέραμε να έχει πιο ενεργητική συμπεριφορά στις συναντήσεις. Να παίρνει μέρος στις συζητήσεις, να μοιράζεται τις σκέψεις της καθώς και να μας εμπιστεύεται. Κατάφερε να διατηρεί το θέμα της συζήτησης για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και ως μη το έβρισκε ενδιαφέρον καθώς και να παραμείνει στον ίδιο χώρο για περισσότερο από μια ώρα. Τέλος, ανάπτυξε το εύρος των ενδιαφερόντων της και τη δημιουργία στόχων.

❖ **Είναι πιο δύσκολη η παρέμβαση σε ενήλικες;**

Το Σύνδρομο Asperger είναι μία από τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, και έχει χαρακτηριστεί ως μια αναπτυξιακή διαταραχή που επηρεάζει τον τρόπο που ο εγκέφαλος επεξεργάζεται τις πληροφορίες. Τα άτομα με σύνδρομο Asperger έχουν ένα ευρύ φάσμα από δυνατότητες, αδυναμίες, δεξιότητες και δυσκολίες. Κοινά χαρακτηριστικά των ατόμων με Asperger είναι δυσκολίες στο να σχηματίζουν φιλίες, στην επικοινωνία (όπως η τάση να πάρουμε τα πράγματα κυριολεκτικά), και στο να κατανοήσει κοινωνικούς κανόνες και τη γλώσσα του σώματος. Το Σύνδρομο

Asperger είναι επίσης γνωστή ως διαταραχή Asperger. Παρά το γεγονός ότι το σύνδρομο Asperger δεν μπορεί να θεραπευτεί, η κατάλληλη παρέμβαση και η εμπειρία μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν δεξιότητες, αντισταθμιστικές στρατηγικές και στη δημιουργία των δεξιοτήτων. (http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.nsf/pages/Asperger_syndrome_and_adults)

Ακόμη και αν τα συμπτώματα έχουν εκτεθεί από αυτούς τους ανθρώπους από την πρώιμη παιδική ηλικία, στις περισσότερες περιπτώσεις, μπορεί να γίνει διάγνωση μόνο όταν μεγαλώσει. Η θεραπεία αποδίδει καλύτερα εάν αρχίσει όταν είναι ακόμα παιδιά. Η Γνωστική και συμπεριφορική θεραπεία είναι ιδιαίτερα επωφελής για την βελτίωση των δυσκολιών συμπεριφοράς σε ενήλικα άτομα. Επικεντρώνεται στις δυσκολίες του κάθε ατόμου και ο υπεύθυνος έχει εκπαιδευτεί να ασχοληθεί με το συγκεκριμένο θέμα. Για παράδειγμα, όσοι θυμώνουν πολύ εύκολα διδάσκονται για το πώς θα ελέγξουν το θυμό τους. Ομοίως, έχουν εκπαιδευτεί για να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη, το φόβος, το άγχος και άλλες μορφές αρνητικών συναισθημάτων. Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες σχετικά με τους κανόνες για την κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία. Η Εκπαιδευτική θεραπεία βοηθά τους νέους ενήλικες με σύνδρομο Asperger να αναπτύξουν καλύτερα τις ικανότητες μάθησης. (<http://www.buzzle.com/articles/treatment-for-adults-with-aspergers-syndrome.html>)

Η λογοπαθολογία ασχολείται κυρίως με το πώς η ανθρώπινη επικοινωνία μπορεί να βελτιωθεί πλήρως. Οι υπηρεσίες τους εξυπηρετούν τους ανθρώπους που έχουν δυσκολίες στην προφορική επικοινωνία, στην έναρξη της επικοινωνίας και τέλος στην κατανόηση της αληθινής έννοιας της επικοινωνίας. Κοινές θεραπείες είναι η ενίσχυση της κατάρτισης, επαναληπτικές ασκήσεις και διδακτική πράξη. Οι υπηρεσίες τους μπορούν να διευκολύνουν από παιδιά μέχρι ενήλικες με Asperger, όπως και παιδιά που έχουν αυτισμό με συνοδές διαταραχές. Η βοήθεια από έναν λογοθεραπευτή μπορεί να είναι πολύ ευεργετική για παιδιά που έχουν διαγνωστεί με το σύνδρομο Asperger. Η πιο κοινή δυσκολία αυτών των παιδιών είναι η γλώσσα τους η οποία χαρακτηρίζεται από καθυστερήσεις στην επικοινωνία από τριών ετών. Ωστόσο, η λογοθεραπεία θα μπορούσε να είναι χρήσιμη σε διάφορους τομείς, όπως την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων του παιδιού, τη ρεαλιστική επικοινωνία και τις αρθρώσεις του λόγου.

Όπως παρατηρήσαμε και από την επαφή μας με την I., τα άτομα με σύνδρομο Asperger παρουσιάζουν δυσκολία στην επικοινωνία πράγμα το οποίο σημαίνει ότι η λογοθεραπεία πρέπει να ξεκινά από μικρή ηλικία. Έτσι ο τρόπος ζωής της I. θα ήταν πολύ βελτιωμένος και ίσως και οι εμμονές της πιο περιορισμένες. Είναι γεγονός ότι το σύνδρομο Asperger δεν μπορεί να θεραπευτεί, η κατάλληλη όμως παρέμβαση στη σωστή ηλικία και η εμπειρία του λογοθεραπευτή μπορεί να βοηθήσει τα άτομα αυτά να αναπτύξουν δεξιότητες.

❖ Μπορούν οι ενήλικες με το σύνδρομο Asperger να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις μιας κοινωνικής εργασίας;

Οι νεαροί ενήλικες με σύνδρομο Asperger (AS) συχνά αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις κατά την πλοήγηση τους στον κόσμο της εργασίας, της μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, της ανεξάρτητης διαβίωσης, και των σχέσεων. Η έρευνα έχει μέχρι στιγμής δείξει την αποτελεσματικότητα ενός όμοιου μεσολαβημένου προγράμματος κοινωνικών δεξιοτήτων για τα παιδιά σχολικής ηλικίας άτομα με Asperger. Η μελέτη αυτή επεκτείνει αυτή την έρευνα αξιολογώντας την αποτελεσματικότητα ενός όμοιου-μεσολαβημένου προγράμματος κοινωνικών δεξιοτήτων για τους νέους ενήλικες με σύνδρομο Asperger. Έξι νέοι ενήλικες με σύνδρομο Asperger, οι φροντιστές τους και οκτώ τυπικά αναπτυσσόμενα συνομήλικα παιδιά συμμετείχαν σε αυτή τη μελέτη. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια αύξηση σε τομείς κοινωνικών δεξιοτήτων καθώς και σε όλους τους τομείς της επικοινωνίας, της συνεργασίας, του ισχυρισμού, της ευθύνης, της ενσυναίσθησης, της δέσμευσης, και του αυτοελέγχου, όπως προσδιορίζονται από τις εκτιμήσεις και τις αξιολογήσεις των συμμετεχόντων του προγράμματος πριν και μετά την αυτοαναφορά. Άφθονα ποιοτικά στοιχεία από το συμμετέχοντα, από ομότιμους, καθώς και εκθέσεις φροντιστών υποστήριξαν και επεξήγησαν περαιτέρω αυτά τα ευρήματα. Συζητούνται επιπτώσεις της μελέτης για τη μελλοντική έρευνα και την πρακτική. (<http://udini.proquest.com/preview/the-effects-of-a-peer-mediated-goid:993159326/>)

Με βάση τα παραπάνω θα μπορούσαμε να αναφερθούμε στο περιστατικό το οποίο μελετήσαμε και παρακολούθησαμε. Σχετικά λοιπόν με την I. παρατηρήσαμε ότι δεν είναι πολύ αισιόδοξη και δεν πιστεύει ότι μπορεί να τα καταφέρει σε ένα περιβάλλον με κόσμο. Δεν έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό της και στις δυνατότητες της τα οποία συνδυάζονται με εμμονές και άγχος οπότε αυτά τα στοιχεία αποτελούν σημαντικό εμπόδιο όσον αφορά την θεραπεία της. Συνεπώς η αρχή της θεραπείας της πρέπει να

στηριχθεί αφ ενός σε συμβουλές που θα αφορούν την βελτίωση των παραπάνω και αφ ετέρου στην διαχείριση της μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο, πως δηλαδή θα μπορεί να συμπεριφερθεί σε άλλα άτομα αλλά και να συνυπάρξει με αυτά. Αυτός ήταν και ο πρώτος μας στόχος καθώς μην ξεχνάμε ότι πρόκειται για μια διαταραχή επικοινωνίας. Παρατηρήσαμε σημαντική βελτίωση των παραπάνω με διατήρηση όμως των εμμονών σε μικρότερο βαθμό. Σημαντικό ήταν ωστόσο να πραγματοποιούνταν συχνές συναντήσεις διότι διαφορετικά δε μπορούσε να διαχειριστεί το άγχος της και την ανασφάλεια της. Κατά συνέπεια οι γνωστικές συμπεριφορικές θεραπείες συνεδρίας μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά την Ι.

Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία

Αλεξίου Χ.(Μάιος 2003). Ζώντας με τον αυτισμό. Παρουσιάστηκε τη 2^η μέρα του Διεθνούς Επιστημονικού Συμποσίου του Συλλόγου Γονέων Κηδεμόνων και φίλων Αυτιστικών Ατόμων Ν. Λάρισας, Λάρισα.

Αυτισμός , (1999). Ένας ύμνος για την επικοινωνία. Κατανόηση του αυτισμού και των εκπαιδευτικών- Στρατηγικών, Πρακτικά Ημερίδας, Θεσσαλονίκη- Αθήνα: Εκδόσεις Ε.Ε.Π.Α.Α.

Βάρβογλη, Λ.(2007). Η διάγνωση του αυτισμού, πρακτικός οδηγός. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Βογινδρόνκας,Ι., (2002) Η ανάπτυξη του λόγου σε παιδιά με αυτισμό και με σοβαρές διαταραχές στην επικοινωνία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων: Διδακτορική διατριβή.

Γενά, Α. (1996). Αξιολόγηση, θεραπεία και εκπαίδευση ατόμων με αυτισμό. Στο συλλογικό έργο Θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεραπείας, Τόμος Γ, επιμέλεια Γ. Μπουλουγούρη. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Γενά, Α. (2002). Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές: Εφαρμογές ενός θεραπευτικού και παιδαγωγικού μοντέλου. Αθήνα: Έκδοση της συγγραφέως.

Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ., (2005). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση, Αθήνα : Τυπωθήτω.

Κρουσταλάκης, Γ., (1998). Παιδιά με Ιδιαίτερες Ανάγκες.(3η έκδοση). Αθήνα: Έκδοση του Ιδίου.

Κρυσταλάκη Σ. Γ.,(2005): Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και στο σχολείο. Αθήνα: Λύχνος.

Κυπριωτάκης, Α.(2003). Τα αυτιστικά παιδιά και η αγωγή τους. Ηράκλειο:

Κωνστανταρέα Μ.,(1988) «Παιδικός Αυτισμός»,στο Τσιάντης Γ., Μανωλόπουλος Σ, (επιμ), Ψυχοπαθολογία, Αθήνα, Καστανιώτης, 156-193

Κωνστανταρέα , Μ.(2001). Παιδικός Αυτισμός. Στο Γ. Τσιαντή και Σ. Μανωλόπουλος (Επιμ. Εκδ.) , Σύγχρονα Θέματα παιδοψυχιατρικής , Τόμος Β , Πρώτο Μέρος (σ. 192-193) Αθήνα: Καστανιώτη

Μάνος,Ν. (1997). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη: university studio press

ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΥΤΙΣΜΟ: Γκονέλα,Ε(2006). Αυτισμός- Αίνιγμα και πραγματικότητα. Αθήνα,Οδυσσέας.

Νότας, Σ., (2005). Οι γονείς και τα αδέρφια των παιδιών με αυτισμό, διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, Αθήνα: Χ.Ε.

Συνοδινού, Κ. (1994).Παιδικός αυτισμός.(Θεραπευτική προσέγγιση).Αθήνα:Πύλη

Συνοδινού, Κ., (2001). Παιδικός Αυτισμός, Αθήνα: Καστανιώτη.

Χίτογλου, Μ., (2000). Αυτισμός – Ελπίδα, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Ξένη βιβλιογραφία

Attwood, T., (2009) Σύνδρομο Asperger: Ένας πλήρης οδηγός, Μετάφραση : Βάγια Παπαγεωργίου, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ashley S., (2008). 275 απαντήσεις για το σύνδρομο Ασπεργκερ, Μετάφραση: Βενελίν Νικολάεφ, Αθήνα : Πατάκη.

August GJ, Stewart MA, Tsai L (1981) The incidence of cognitive disabilities in the siblings of autistic children. Br J Psychiatry 138:416–422.

Baron-Cohen, S., & Cross, P. (1992). Reading the eyes: evidence for the role of perception in the development of a theory of mind. *Mind and Language*, 6, 173-186

Evans-Jones, L. G., & Rosenbloom, L. (1978). Disintegrative psychosis in childhood.*Developmental Medicine and Child Neurology*, 20, 462–470.

Faherty Catherine (2003) Τι σημαίνει για μένα; (μετάφραση: Βάγια Παπαγεωργίου)
Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Frith,U., (1999). Αυτισμός: Εξηγώντας το αίνιγμα (Μετάφραση). Αθήνα: Ελληνικά
Γράμματα.

Frith,U., (2009). Αυτισμός, Μετάφραση: Καλομοίρης Γ., Αθήνα: Ελληνικά
Γράμματα.

Frith, U., Happe, F., & Siddons, F. (in press). Theory of mind and social adaptation in
autistic, retarded and young normal children. *Social Development*.

Gillberg IC, Gillberg C (1989), Children with preschool minor neurodevelopmental
disorders, IV: behaviour and school achievement at age 13.

Gillberg, C., & Steffenburg, S. (1987). Outcome and prognostic factors in infantile
autism and similar conditions: A populationbased study of 46 cases followed through
puberty. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 273–287

Gillberg, C. (1989) Asperger syndrome in 23 Swedish children. *Developmental
Medicine and Child Neurology*, 31, 520–531.

Green, J.(1990) ‘Is Asperger’s a Syndrome?’ *Developmental Medicine and Child
Neurology* 32: 743-7

Happe,F.,(1998). Αυτισμός: Σύγχρονη Ψυχολογική θεώρηση. Αθήνα: Gutenberg.

Happe,F.,(1998). Αυτισμός: Ψυχολογική θεώρηση. Μετάφραση: Στασινός, Δ.Π.,:
Αθήνα: Ψυχογιός / Gutenberg.

Hagberg, B. A. (1989). Rett syndrome: Clinical peculiarities, diagnostic approach,
and possible cause. *Pediatric Neurology*, 5, 75–83.

Harvard University (1997). Children with autism: A developmental perspective.
Harvard Univerdity Press

Jordan, Rita.- Powell, Stuart. (2000). Κατανόηση και Διδασκαλία Παιδιών με
Αυτισμό. Μετάφραση: Ευφροσύνη Καλύβα. Αθήνα: ΕΕΠΑΑ

Jordan, R. & Powell, S. (2001). Οι Ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες των παιδιών με αυτισμό. Δεξιότητες μάθησης και σκέψης. Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.

Jordan, R., (1997) Evaluating practice problems and possibilities. Autism. Part:3.

Jordan, R., Ponell, S., (1995). Understanding and teaching children with autism, London John Wiley & Sons.

Kanner (1943). Autistic disturbances of affective contact

Kanner. L. & Eisenberg, L. (1956). Early infantile autism 1943-1955. American Journal of Orthopsychiatry. 26. 55-65

Lennard- Brown, S., (2004). Αυτισμός, Μετάφραση: Μαρία Νικολακάκη, Αθήνα: Σαββάλας.

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. journal of Consulting and clinical Psychology, 55 , 3-9.

LARGO, R.H. & SCHINZEL, A. (1985). Developmental and behavioural disturbances in 13 boys with fragile X syndrome. European Journal of Pediatrics, 143, 269.

. Levitas, Hagerman, Braden, Rimland, McBog, & Matteus, (1983). Autism and Fragile X syndrome Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics , 3, 151-8.

Ornitz, E. M., & Ritvo, E. R. (1976). The syndrome of autism: a critical review , American Journal of Psychiatry, 133(6), 609–621.

Peters, T, (2000) Αυτισμός: από τη θεωρητική κατανόηση στην εκπαιδευτική παρέμβαση. Μετάφραση Γιώργος Καλομοίρης, Αθήνα: Ελληνική εταιρία προστασίας αυτιστικών ατόμων.

Parham, L.D., & Mailloux, Z. (1996). Sensory Integration and Children with Learning Disabilities. In P.N. Pratt & A.S. Allen (Eds.), Occupational Therapy in Children (pp. 307-355). St. Louis: Mosby.

Ritvo, Spence, Freeman, Mason – Brothes, & Mazarita, (1985). Evidence for autosomal recessive inheritance in 46 families with multiple incidences of autism . *American Journal of Psychiatry* 1462 s. 187-92

RUTTER, M. & SCHOPLER, E. (1987). Autism and pervasive developmental disorders: concepts and diagnostic issues. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 159-186

Rickaby, G., Carruthers, A. Mitchell, M.(1991). Brief Report: Biological Factors Associated with Asperger.

Rutter, M. & Gould, M. (1985). Classification. In M.Rutter & L.Hersov, (Eds), *Child and adolescent psychiatry: modern approaches* (pp.304–321). Oxford : Blackwell Scientific

Szatmari & Jones, M. B. (1991) . IQ and the genetics of autism . *Journal of child Psychology and Psychiatry* , 32 , 897-908

Wing., L., (1991). The relationship between Asperger Syndrome and Kanner's autism, In U.

Wing, L. (2000). Το αυτιστικό φάσμα: Ένας οδηγός για γονείς και επαγγελματίες (μτφ. Π. Πρώϊος). Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων

Wolff, S. (1995) *Loners: The Life Path of Unusual Children*. London: Routledge.