



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα:

«Πιλοτικός Έλεγχος Ερωτηματολογίου για την
Λειτουργικότητα στον Αυτισμό»

Μελιγγιώτη Παναγιώτα, ΑΜ:16601

Επιβλέπων Καθηγητής: Ταφιάδης Διονύσιος

ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2017



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα:

«Πιλοτικός Έλεγχος Ερωτηματολογίου για την
Λειτουργικότητα στον Αυτισμό»

Μελιγγιώτη Παναγιώτα, ΑΜ:16601

Επιβλέπων Καθηγητής: Ταφιάδης Διονύσιος

ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2017

“Validation and Adaptation of Questionnaire for
Functional Abilities in Autism: A Pilot Study in
Typical Greek Population”

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα, 2017

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής

Διονύσιος Ταφιάδης,

Δρ. Λογοπαθολόγος-Λογοθεραπευτής, Πανεπιστημιακό Υπότροφος

2. Μέλος επιτροπής

Ναυσικά Ζιάβρα,

Δρ. Χειρουργός-ΩΡΛ, Καθηγήτρια

3. Μέλος επιτροπής

Γιώργος Τάτσης,

Πανεπιστημιακός Υπότροφος

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος

Ναυσικά Ζιάβρα,

Δρ. Χειρουργός-ΩΡΛ, Καθηγήτρια

Υπογραφή

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνουμε υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ' ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μας ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για την συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Μελιγγιώτη Παναγιώτα

Υπογραφή

Ευχαριστίες

Για να μπορέσει να εκπονηθεί η πτυχιακή μου εργασία συνέβαλαν πολλά πρόσωπα. Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου Δρ. Διονύσιο Ταφιάδη για την καθοδήγηση και την πολύτιμη του βοήθεια. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσοι συνέλαβαν στη διαδικασία της έρευνας και τους συμμετέχοντες. Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ οφείλω να το αποδώσω στην οικογένειά μου και τους φίλους μου που πέρα από την ηθική τους στήριξη, αποτέλεσαν το σημαντικότερο μου κίνητρο για την προσπάθεια μου αυτή.

Περίληψη

Σκοπός: Η επιπλοκές στα πλαίσια του Αυτιστικού Φάσματος αναφέρονται σε μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία, καθώς και περιορισμένη, επαναλαμβανόμενη και στερεότυπη συμπεριφορά. Η αξιολόγηση του αυτισμού υλοποιείται συνήθως με την χρήση σταθμισμένων εργαλείων. Επί του συνόλου των διαγνωστικών διαδικασιών τα ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς αποτελούν μέρος της διαδικασίας δίνοντας χρήσιμα στοιχεία για την ύπαρξη αυτιστικών χαρακτηριστικών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η πιλοτική προσαρμογή και εφαρμογή του ερωτηματολογίου ASQ σε τυπικό πληθυσμό και να εξαχθούν κανονιστικά δεδομένα για να χρησιμοποιηθεί ως ένα αξιόπιστο εργαλείο ανίχνευσης στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

Μεθοδολογία: Μετά από σχετική έρευνα επιλέχθηκε το εργαλείο (ASQ) και μεταφράστηκε στα ελληνικά. Στη συνέχεια χορηγήθηκε σε συνολικά 325 τυπικών ενηλίκων (150 άντρες και 175 γυναίκες) σε ένα ηλικιακό εύρος 18 μέχρι 70+ ετών. Το δείγμα συλλέχθηκε από την Ελλάδα.

Αποτελέσματα: Οι συγκρίσεις έγιναν μεταξύ των ηλικιακών υποομάδων και των φύλων και έδειξαν σχεδόν αναμενόμενες διαφορές. Παρατηρήθηκε ότι οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο υψηλό μέσο όρο απαντήσεων στις πιο πολλές ερωτήσεις. Ωστόσο, δεν υπήρχε σημαντική διαφορά των μέσων όρων των απαντήσεων μεταξύ των ανδρών και γυναικών σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας. Οι αναλύσεις έδειξαν διαφορές των μέσων όρων των απαντήσεων μεταξύ των ηλικιακών υποομάδων σε συγκεκριμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Η αξιοπιστία και του ερωτηματολογίου ήταν ικανοποιητικά αποδεκτή στην ελληνική μεταφρασμένη του έκδοση (α -Cronbach= 707) και η εσωτερική συνοχή ήταν ισχυρή.

Συζήτηση: Το ερωτηματολόγιο ASQ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο ανίχνευσης και να αποτελέσει παράγοντα για παραπομπή για διάγνωση του αυτισμού. Το ASQ δεν είναι διαγνωστικό εργαλείο. Περιορισμός του ASQ είναι ότι αυτό το μέσο μπορεί να μην είναι κατάλληλο για τους ασθενείς με χαμηλό IQ, δεδομένου ότι προϋποθέτει κατανόηση της αναγνωστικής ικανότητας.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι πρόκειται για ένα χρήσιμο εργαλείο για την ανίχνευση διαταραχών του αυτιστικού φάσματος το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μία πρώιμη αξιολόγηση και να μας παρέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις δυσκολίες κοινωνικής αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Χρήσιμη θα ήταν περαιτέρω έρευνα για τη στάθμιση του εργαλείου και τη διερεύνηση της ευαισθησίας του.

Λέξεις κλειδιά: Αυτισμός, Άσπεργκερ, Αυτιστικό Φάσμα, Ερωτηματολόγιο Αυτό-αναφοράς, ASQ

Abstract

Background: Autistic Spectral Complication refers to reduced social interaction and communication, as well as limited, repetitive and stereotyped behavior. Autism evaluation is usually performed using weighted tools. On all diagnostic procedures, self-referral questionnaires are part of the process giving useful evidence of autistic features. The purpose of this study is to pilot the ASQ questionnaire to a typical population and to extract regulatory data to be used as a reliable detection tool in this population.

Method: After this research, the ASQ was selected and translated into Greek. It was then administered to a total of 325 typical adults (150 men and 175 women) in an age range of 18 to 70+ years. The sample was collected from Greece.

Results: Comparisons were made between age subgroups and sexes and showed almost expected differences. It has been noticed that men in relation to women have a higher average of answers to the most questions on the scale. However, there was no significant difference in the averages of responses between men and women in all questions on the scale. The analyzes showed differences in the average of the responses between the age subgroups to specific questions in the questionnaire. The reliability and the questionnaire were satisfactorily acceptable in its Greek version (α -Cronbach = 707) and the internal coherence was strong enough.

Discussion: The ASQ questionnaire can be used as a detection tool and a referral factor for diagnosing autism. ASQ is not a diagnostic tool. Limiting the ASQ is that this device may not be suitable for patients with low IQ, as it requires an understanding of reading ability.

Conclusions: It seems to be a useful tool for detecting autistic spectrum disorders that can be used in an early evaluation and provides us with important information about the social interaction and communication difficulties faced by the patient. Further research would be useful for weighing the tool and investigating its sensitivity.

Keywords: Autism, Asperger, Autistic Spectrum, Self-Reference Questionnaire, ASQ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ	1
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ.....	1
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	1
Πτυχιακή Εργασία.....	1
Μελιγγιώτη Παναγιώτα, ΑΜ:16601	1
Επιβλέπων Καθηγητής: Ταφιάδης Διονύσιος	1
ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2017	1
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ	2
Πτυχιακή Εργασία.....	2
Μελιγγιώτη Παναγιώτα, ΑΜ:16601	2
Επιβλέπων Καθηγητής: Ταφιάδης Διονύσιος	2
ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2017	2
Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή.....	4
Ιωάννινα, 2017	4
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	4
1. Επιβλέπων καθηγητής.....	4
2. Μέλος επιτροπής.....	4
3. Μέλος επιτροπής.....	4
Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος	4
Δήλωση μη λογοκλοπής.....	5
Μελιγγιώτη Παναγιώτα.....	6
Ευχαριστίες	6
Περίληψη	8
Abstract	9
1.1. Τι είναι ο Αυτισμός	14
1.1.1. Ιστορική Αναδρομή.....	14
1.1.2. Ορισμός Αυτισμού	16
1.1.3. Συχνότητα Αυτισμού	17
1.1.4. Σημαντικοί επιστήμονες.....	18
1.1.4.1 Leo Kanner	18
1.1.4.2. Hans Asperger	19
1.1.4.3. Lorna Wing	19
1.1.5. Άλλοι τύποι φάσματος αυτισμού	20

1.1.5.1. Σύνδρομο Άσπεργκερ.....	21
1.1.5.2. Σύνδρομο Rett.....	23
1.1.5.3. Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς	25
1.2. Αιτιολογία αυτισμού	26
1.2.1. Θεωρίες για την αιτιολογία του αυτισμού.....	26
1.2.1.1. Οργανικά αίτια	26
1.2.1.2. Χρωμοσωματικές ανωμαλίες	26
1.2.1.3. Γενετικά αίτια.....	27
1.2.1.4. Ψυχογενή αίτια.....	27
1.2.2. Ο αυτισμός ως αποτέλεσμα μάθησης.....	28
1.3. Κλινικά χαρακτηριστικά και συμπτώματα.....	28
1.3.1. Κυριότερα Χαρακτηριστικά.....	28
1.3.1.1. Αυτιστική απομόνωση	28
1.3.1.2. Διαταραχή της κοινωνικής αλληλεπίδρασης.....	28
1.3.1.3. Διαταραχή της επικοινωνίας- λεκτικής και μη λεκτικής.....	29
1.3.1.4. Διαταραχές Λόγου.....	30
1.3.1.5. Ανάγκη του σταθερού – αμετακίνητου	31
1.3.1.6. Στερεοτυπίες.....	31
1.3.1.7. Διαταραχή της φαντασίας	31
1.3.1.8. Νοητική ανάπτυξη.....	31
1.3.1.9. Υπερβολικός φόβος.....	32
1.3.1.10. Ανωμαλίες στον πόνο, το κρύο και τον ύπνο.....	32
1.3.1.11. Συναισθηματικά απρόσφορες συμπεριφορές	32
1.3.1.12. Κινητικές διαταραχές	32
1.3.2. Άλλα χαρακτηριστικά	33
1.3.2.1. Διαταραχές του οπτικού ελέγχου και βλεμματικής επαφής.....	33
1.3.2.2. Προβλήματα μίμησης της κίνησης.....	33
1.3.2.3. Προβλήματα στον έλεγχο της κίνησης.....	33
1.3.2.4. Ασυνήθιστες, παράξενες αντιδράσεις σε αισθητηριακές εμπειρίες	34
1.3.2.5. Ακατάλληλες συναισθηματικές αντιδράσεις.....	34
1.3.2.6. Διαταραχές στις φυσικές λειτουργίες και στη σωματική ανάπτυξη.....	34
1.3.2.7. Ιδιαίτερες ικανότητες σε δραστηριότητες που δε περιλαμβάνουν γλώσσα	34
1.2.3. Συνήθειες ερμηνείες αυτισμού (μύθοι για την ύπαρξη αυτισμού).....	35
1.3.3. Αναπτυξιακή πορεία του αυτισμού	37
1.3.3.1. Το μωρό με αυτισμό.....	37
1.3.3.2. Επίδραση του αυτισμού στην ζωή του ατόμου	38

1.3.3.3. Γενικό πλαίσιο.....	Error! Bookmark not defined.
1.3.3.4. Ειδικό πλαίσιο	Error! Bookmark not defined.
1.3.4. Πείραμα «Σάλλυ και Άννυ»	41
1.4. Προβληματική της Πτυχιακής και Ερευνητικές Υποθέσεις.....	41
1.4.1. Εκπαίδευση	41
1.4.1.1. Ο ρόλος των γονέων.....	41
1.4.1.3. Ο ρόλος του εκπαιδευτικού.....	43
1.4.1.3. Ειδικό κέντρο θεραπείας	45
1.4.2. Θεραπεία Αυτισμού	46
1.4.2.1. Παρέμβαση.....	46
1.4.2.2. Θεραπευτικές μέθοδοι.....	47
1.4.3. Θεωρία του Νου (Theory of Mind).....	50
2.1. Ο Σχεδιασμός της Έρευνας.....	52
2.2. Ο Καθορισμός Πληθυσμού και το Μέγεθος του Δείγματος.....	53
2.3. Τα Μέσα και ο Τρόπος Συλλογής Δεδομένων	53
2.3.1. Οι Κλίμακες Καταγραφής των Διαταραχών Επικοινωνίας και Λόγου	53
2.3.1.1. Κλίμακα AQ (The Autistic-Spectrum Quotient).....	53
2.3.1.2. Βαθμολόγηση Κλίμακας.....	54
2.3.1.3. Συμπεράσματα Μελετών	54
2.3.3.4 Αποτελέσματα Βαθμολογίας	55
2.4. Η Μετάφραση και η Προσαρμογή της Κλίμακας.....	55
2.5. Οι Στατιστικές Αναλύσεις.....	56
2.6. Οι Περιορισμοί.....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο Αποτελέσματα της Έρευνας	57
3.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ.....	57
3.2 Αναλύσεις Αξιοπιστίας.....	66
4.1. Τα Συμπεράσματα.....	70
4.2 Συζήτηση Αποτελεσμάτων	70
4.3. Μελλοντικές Μελέτες	73

«Μας χώρισε ένα ποτάμι αιδελοσύα.
Εσύ στη μίαν όχθη κι εγώ στην άλλη.
Μα χτίω ένα γεφύρι να σε φτάσω.
Θα 'ναι γερό γεφύρι,
γιατί θα το στοιχειώσω με το κορμί μου.
Κι εσύ στέκεις εκεί
και με κοιτάς ανέκφραστος,
απίστευτα γνήριμος
και παράλογα ξένος.»

- Ετέργιος Νότας

Κεφάλαιο 1^ο Το θέμα της Πτυχιακής

1.1. Τι είναι ο Αυτισμός

1.1.1. Ιστορική Αναδρομή

«.....Ο αυτισμός είναι απόσπαση από την εξωτερική πραγματικότητα που συνοδεύεται από μια έντονη εσωτερική ζωή.....» (Petit Robert, άτομο με αυτισμό, αναφ. στη Γκονέλα, 2008, σ. 25).

Ο όρος «αυτισμός» προέρχεται ετυμολογικά από την ελληνική λέξη «εαυτός» και υποδηλώνει την απομόνωση ενός ατόμου στον εαυτό του. Ο όρος αυτός, αρχικά, χρησιμοποιήθηκε από τον Ελβετό ψυχίατρο Eugen Bleuler το 1911, για να χαρακτηρίσει κάποια άτομα με σχιζοφρένεια που είχαν χάσει την επαφή με την πραγματικότητα. Σύμφωνα λοιπόν με τον Bleuler ο όρος αυτισμός αναφερόταν σε άτομα που παρουσίαζαν δραστικό περιορισμό των σχέσεων με τους υπόλοιπους ανθρώπους και τον κοινωνικό περίγυρο. Αυτός όμως ο περιορισμός είναι τόσο ακραίος που το άτομο φτάνει σε σημείο να αφήνει έξω τα πάντα εκτός από το ίδιο του τον εαυτό. Έτσι έδωσε το όνομα αυτισμός στα άτομα που παρουσίαζαν αυτά τα συμπτώματα. (Bleuler, 1911)

Αργότερα, στις αρχές της δεκαετίας του 40, δύο άλλοι ψυχίατροι, ο Leo Kanner και ο Hans Asperger, περιέγραψαν με τον όρο αυτό παιδιά που παρουσίαζαν ελλείμματα στην κοινωνική ανάπτυξη, ιδιόμορφη γλωσσική ανάπτυξη και περιορισμένα στερεότυπα ενδιαφέροντα. Τα χαρακτηριστικά αυτά περιεγράφηκαν ως διαγνωστικά κριτήρια για τον αυτισμό από την ψυχολόγο Lorna Wing, η οποία προχώρησε την εργασία του Leo Kanner και Hans Asperger. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005, σελ. 321).

Κατά το 1943 ο παιδοψυχίατρος Leo Kanner παρατήρησε μια ομάδα παιδιών με στερεοτυπικές συμπεριφορές, έντονη εσωστρέφεια χωρίς κανένα ενδιαφέρον για το τι συμβαίνει γύρω τους και με έντονη δυσκολία στην επικοινωνία λεκτική και μη.

Ένα χρόνο μετά από τον Kanner ο παιδίατρος Hans Asperger παρατήρησε ένα δείγμα μεγαλύτερο των 400 παιδιών με συμπτώματα ίδια με αυτά που μελέτησε ο Kanner. Και οι δύο χρησιμοποίησαν τον όρο 'autism' δηλαδή αυτισμός στηριζόμενοι και στις αναφορές του Bleuler. Κατά την δεκαετία του 50 πολλοί παιδοψυχολόγοι από όλο τον κόσμο παρατηρούσαν και κατέγραφαν τις ιδιαιτερότητες στην συμπεριφορά των παιδιών με αυτισμό μέχρι και την δεκαετία του 70 που έγιναν οι πρώτες έρευνες για τα αίτια της διαταραχής. Η αιτία για την ύπαρξη του αυτισμού αρχικά αποδόθηκε από τους ψυχολόγους στην έλλειψη συναισθηματικής τρυφερότητας της μητέρας προς το παιδί αλλά καταρρίφθηκε άμεσα καθώς ο αυτισμός εμφανιζόταν σε διαφορετικό πληθυσμό ανεξάρτητα από κοινωνικοπολιτικές και ψυχοσυναισθηματικές συνθήκες. Την δεκαετία του 80 οι έρευνες στράφηκαν στο ανθρώπινο γονίδιο και ο αυτισμός εντάχθηκε στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας. Η κληρονομικότητα, η

ηλικία του πατέρα, τοξικές και 21 επιβλαβείς ουσίες στον οργανισμό της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη, κάποια εμβόλια και ορισμένες τροφές έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση του αυτισμού. Κανένας από τους παραπάνω παράγοντες δεν έχει την απόλυτη ευθύνη γι' αυτό και δεν έχει γίνει αποδεκτός από την επιστημονική κοινότητα.

Τα τελευταία χρόνια οι έρευνες κατευθύνονται προς τις εκφάνσεις και τις αλλαγές που μπορεί να γίνουν στο ανθρώπινο γονίδιο κατά την κύηση και πως μπορεί το περιβάλλον να το επηρεάσει. Μέχρι στιγμής ο λόγος ή οι λόγοι για την ύπαρξη του αυτισμού δεν έχουν γίνει γνωστοί, αλλά το μόνο σίγουρο είναι ότι αποτελεί μια παλιά και ολοένα αυξανόμενη διαταραχή. (Frith, 1993)

Πιο συγκεκριμένα, τα χαρακτηριστικά αυτά είναι γνωστά ως «Τριάδα Διαταραχών Του Αυτισμού (Wing, 1996)» και αναφέρονται αναλυτικά παρακάτω:

A. Στη λεκτική ή μη επικοινωνία (καθυστερήση ή απουσία ομιλίας, ηχολαλία μιλά και σταματά ή μιλά ασταμάτητα για ένα θέμα). Το εύρος των δυσκολιών λόγου που σχετίζονται με τον αυτισμό είναι μεγάλο. Ακραίες περιπτώσεις με πρόσθετες δυσκολίες λόγου και νοητική καθυστέρηση δεν αναπτύσσουν προφορικό λόγο ποτέ, ενώ υπάρχουν και άτομα με εξαιρετικά ανεπτυγμένες δεξιότητες λόγου, γραμματική, άρθρωση ή μπορεί άλλα να εμφανίζουν ευκολία στην εκμάθηση ξένων γλωσσών. Ωστόσο παρουσιάζουν προβλήματα στις πτυχές της επικοινωνίας όπως στην κατανόηση και χρήση των εκφράσεων του προσώπου και των χειρονομιών.

B. Στην κοινωνική αλληλεπίδραση (απουσία οπτικής επαφής και μίμησης, αδυναμία ομαδικού παιχνιδιού). Η κοινωνική και ιδιαίτερα η διαπροσωπική ανάπτυξη σε άτομα με αυτισμό είναι προβληματική με αποκλίνουσα και σοβαρή καθυστέρηση. Εσωκλείει άτομα που θεωρείται ότι παρουσιάζουν την τυπική μορφή του αυτιστικού φάσματος, αλλά και άτομα που ανταποκρίνονται στην κοινωνική επαφή, έστω και αν είναι ανίκανα να την αρχίζουν τα ίδια, καθώς και το ενεργητικό αλλά παράξενο παιδί που αναζητεί την κοινωνική επαφή είναι όμως αδέξιο κοινωνικά και δεν τα καταφέρνει. Είναι η πλευρά των αυτιστικών καταστάσεων που προκαλεί στους γονείς την πιο μεγάλη οδύνη καθώς και συναισθήματα ενοχής που δεν τα αξίζουν.

Γ. Στην ανάπτυξη της φαντασίας και της σκέψης που συνοδεύονται από εμμονική, τελετουργική ενασχόληση με αντικείμενα ή καταστάσεις, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, αντίδραση στην αλλαγή και άλλα συναφή. Πρόκειται για έλλειψη αυθόρμητης ανάπτυξης συμβολικού παιχνιδιού ακόμη και όταν αυτό διδάσκεται. Το παιδί μπορεί να περιορίζεται στο στριφογύρισμα αντικειμένων, στην ενασχόληση με φώτα και άλλα. Τα ικανά παιδιά με αυτισμό μπορεί να διαθέτουν φαντασία, αλλά συνήθως είναι περιορισμένη αν όχι απύουσα η διάκριση μεταξύ φαντασίας και πραγματικότητας. Ένα ποσοστό ατόμων έχει υστέρηση σε νοητικό, αντιληπτικό επίπεδο ενώ κάποια άλλα άτομα έχουν δείκτη νοημοσύνης και ικανότητες πάνω από αυτό που ορίζεται φυσιολογικό κανονικό (Μπαμίδης και συν. 2006, Βαφιά 2008).

1.1.2. Ορισμός Αυτισμού

Ο σημερινός ορισμός του αυτισμού αναφέρεται σε μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία, καθώς και από περιορισμένη, επαναλαμβανόμενη και στερεότυπη συμπεριφορά. (American Psychiatric Association, 2000)

Οι δεξιότητες αυτές σχετίζονται με την κοινωνική συναλλαγή, την αμοιβαιότητα, την επικοινωνία και την οργάνωση πρόσφορης και σκόπιμης δραστηριότητας. Στις περιοχές αυτές, τα αυτιστικά άτομα εμφανίζουν σημαντικές δυσκολίες και χαρακτηριστικές αποκλίσεις.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, υπάρχει και κάποιος βαθμός νοητικής καθυστέρησης. Σε ένα μικρό σχετικά ποσοστό περίπου στο 20% η νοημοσύνη διατηρείται στο φυσιολογικό ή κοντά στο φυσιολογικό. Αυτισμός και νοητική καθυστέρηση συνυπάρχουν συχνά, αλλά οι δύο καταστάσεις δεν είναι ταυτόσημες. Έως σήμερα δε θεραπεύεται. Οι τεράστιες επιπτώσεις σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο (οικονομικό και ψυχικό) καθιστούν επιτακτική την ευαισθητοποίηση όλων μας. Στην Ευρώπη των 375 εκατομμυρίων κατοίκων υπολογίζεται ότι τα 1,6 εκατομμύρια ανήκουν στο αυτιστικό φάσμα. Η ευαισθητοποίηση όλων μας, θα δημιουργήσει τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την καλύτερη διαβίωσή τους.

Ο αυτισμός εντάσσεται στην κατηγορία των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών. Αυτές οι διαταραχές χαρακτηρίζονται από σοβαρά ελλείμματα σε πολλούς τομείς της ανάπτυξης ταυτόχρονα, για αυτό το λόγο ονομάζονται «διάχυτες». Στην κατηγορία των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών εντάσσονται, εκτός από τον αυτισμό η διαταραχή Asperger και η διαταραχή Rett. Η διαταραχή Asperger περιγράφει τα παιδιά, τα οποία παρουσιάζουν τα ίδια συμπτώματα με τα παιδιά με αυτισμό, αλλά δεν έχουν ελλείμματα στη γλωσσική ανάπτυξη. Η διαταραχή Rett χαρακτηρίζει τα παιδιά που αρχίζουν να εμφανίζουν ειδικά ελλείμματα μετά από μια σύντομη περίοδο ομαλής ανάπτυξης (Frith, 1999).

Ο κλασικός αυτισμός είναι γνωστός και ως «Σύνδρομο Kanner». Είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται από ορισμένους/ελάχιστους επαγγελματίες για να ορίσει τα παιδιά με αυτισμό που μοιάζουν με τους ασθενείς που περιγράφει ο Kanner. Ειδικότερα πρόκειται για τα παιδιά που παρουσιάζουν εκτροπές στην τριάδα των διαταραχών (κοινωνικότητα, επικοινωνία, συμπεριφορά) που σχετίζεται με τον αυτισμό αλλά δεν παρουσιάζουν διανοητική ανεπάρκεια.

Τα άτομα με αυτισμό δυσκολεύονται στην εκμάθηση της γλώσσας και στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με άλλους ανθρώπους. Παρουσιάζεται σε όλο τον κόσμο, σε όλες τις φυλές, τις εθνικότητες και τις κοινωνικές τάξεις. Είναι μια περίπλοκη-αιγίματική κατάσταση για την οποία δεν έχει βρεθεί ολοκληρωτική θεραπεία.

1.1.2.1. 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).

1.1.3. Συχνότητα 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. Η συχνότητα ανέρχεται σε 16,8/10.000 σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, ενώ το ποσοστό των υπόλοιπων διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών αντιστοιχεί σε 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. (Γενά, 2002)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με αυτισμό, 70% περίπου, παρουσιάζει ταυτόχρονα, διαφορετικής σοβαρότητας νοητική υστέρηση, ενώ σε ποσοστό 20% περίπου, το επίπεδο των νοητικών λειτουργιών κυμαίνεται στα πλαίσια του φυσιολογικού. Μικρότερο ποσοστό, 10%, περίπου, παρουσιάζει υψηλό επίπεδο νοητικών δεξιοτήτων. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια έχουν αλλάξει αρκετά τα επιδημιολογικά δεδομένα του αυτισμού και των συναφών του καταστάσεων. Με την αναγνώριση μιας ποικιλίας μορφών, αρκετές περιπτώσεις εντάσσονται τώρα στις διαταραχές "αυτιστικού φάσματος".

Εμφανίζεται πολύ πιο συχνά στα αγόρια, σε μια αναλογία 3-4 αγόρια προς 1 κορίτσι. Δεν κάνει διάκριση από πλευράς φυλής, κουλτούρας ή κοινωνικής τάξης. Από τα 4-5 στα 10.000 παιδιά που έδιναν οι παλαιότερες μελέτες, η συχνότητα τώρα από ορισμένους ερευνητές υπολογίζεται σε 16,8/10.000, ενώ το ποσοστό των υπόλοιπων διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών αντιστοιχεί σε 45,8/10.000. (Βάρβογλη,2006) Μολονότι η συχνότητα αυτή δεν μπορεί να θεωρηθεί οριστική, γιατί υπάρχουν διαφορετικές μεθοδολογίες στις διάφορες μελέτες, δείχνει όμως ότι οι καταστάσεις αυτές δεν είναι τόσο σπάνιες. Με βάση αυτά τα δεδομένα, υπολογίζεται πως στην Ελλάδα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 4.000 έως 5.000 παιδιά και ενήλικα άτομα με κλασικό Αυτισμό και 20.000 έως 30.000 με αυτιστικού τύπου

διαταραχές ανάπτυξης. Στο Παγκόσμιο Συνέδριο της World Autism Organization το 2002, στην Μελβούρνη της Αυστραλίας η σχετική ανακοίνωση ανέφερε αναλογία 1:500.(Κάκουρος Μανιαδάκη, 2003).

1.1.4. Σημαντικοί επιστήμονες

1.1.4.1 Leo Kanner

Ο Leo Kanner ήταν Αυστριακός ψυχίατρος και γιατρός, περισσότερο γνωστός από τις έρευνές του για τον αυτισμό. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1940, ο Leo Kanner εργαζόταν ως παιδοψυχίατρος στην Αμερική. (Eisenberg, 1994) Ήταν ο πρώτος που μελέτησε και περιέγραψε τον αυτισμό. Στη μελέτη που έκανε ορμώμενος από μία ομάδα 11 παιδιών (8 αγόρια και 3 κορίτσια) που είχε συναντήσει κατά τη διάρκεια της εργασίας και θεωρούσε ότι υπέφεραν από αυτή τη πάθηση, ανέφερε τα κύρια χαρακτηριστικά των παιδιών που μελέτησε. Στην αρχική του αναφορά, περιέγραφε ό,τι έβλεπε χαρακτηριστικά, όπως η αυτιστική αυτή μοναχικότητα, η επιθυμία για ομοιομορφία και οι νησίδες δεξιοτήτων-διακρίνονται σε όλες τις πραγματικές περιπτώσεις παρά τις επιμέρους διαφορές και τη συνύπαρξη επιπρόσθετων προβλημάτων. (Frith, 2009) Μεγάλη εντύπωση προκάλεσε στον Kanner η αποστασιοποίηση αυτών των παιδιών και ένιωθε πως αυτή η έλλειψη κοινωνικής δράσης είχε ξεκινήσει από τα πρώιμα χρόνια της ηλικίας τους. Πολλά, δεν είχαν καθόλου ομιλία ενώ άλλα ηχολαλούσαν επαναλαμβάνοντας λέξεις ή προτάσεις, αλλά όλα τους δε χρησιμοποιούσαν το λόγο με σκοπό μια αμφίδρομη επικοινωνία.

Αυτό που εντόπισε ο Kanner, ήταν τεράστια αντίδραση σε κάθε αλλαγή της καθημερινότητας και της ρουτίνας των παιδιών και μια μεγάλη αντιφατικότητα στον τρόπο χειρισμού αντικειμένων, καθώς έδειχναν σημάδια καλής λεπτής κινητικότητας, αλλά τα ίδια αντικείμενα δεν χρησιμοποιούνταν στο παιχνίδι των παιδιών. Επίσης, παρατήρησε ακραίες ικανότητες, όπως την απομνημόνευση πληθώρας πληροφοριών, αλλά και ακραίες αντιδράσεις σε πρωτόγνωρους ήχους και γεύσεις.

Αρχικά, ο Kanner πίστευε πως αυτή η ομάδα παιδιών είχε επαρκές γνωστικό δυναμικό παρά τις όποιες δυσκολίες τους λόγω του αυτισμού τους. Αργότερα όμως αναθεώρησε, καθώς ανακάλυψε πως ο αυτισμός συχνά συνοδεύεται από επιπρόσθετες γνωστικές ανάγκες. Οι όροι που χρησιμοποίησε για να περιγράψει αυτό το ασυνήθιστο σύνδρομο ήταν πολλοί, αλλά επικράτησε ο όρος “αυτισμός” που προέρχεται από τη λέξη “εαυτός” αντικατοπτρισμός των εγωκεντρικών ενδιαφερόντων και της γενικής αποστασιοποίησης αυτών των παιδιών από οποιαδήποτε κοινωνική αλληλεπίδραση με άλλους. (Neumärker, 2003) (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005)

1.1.4.2. Hans Asperger

Ο Hans Asperger δεν γνώριζε για την εργασία του Leo Kanner όταν δημοσίευσε τη μελέτη που είχε κάνει πάνω σε μια μικρή ομάδα τεσσάρων παιδιών το 1944 ως απόρροια της δουλειάς του στην Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική Βιέννης. Όπως και ο Kanner, παρατήρησε ότι τα παιδιά αυτά είχαν κάποια κοινά χαρακτηριστικά τα οποία δεν είχαν παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη και επίσης όπως ο Kanner, χρησιμοποίησε τον όρο “αυτισμός” για να το περιγράψει. Αρκετά μετά, το όνομά του χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει άτομα τα οποία ήταν γνωστικά επαρκή και είχαν η δομή της ομιλίας τους ήταν ικανοποιητική. Σε αρχικό επίπεδο, η δουλειά του Asperger δεν προκάλεσε το ίδιο ενδιαφέρον με αυτή του Kanner ώσπου, το 1981, η Lorna Wing εισήγαγε την ιδέα του συνδρόμου Asperger για να εντοπίσει άτομα τα οποία είχαν περισσότερες ικανότητες και αρτιότερες γλωσσικές δεξιότητες σε σχέση με τα άτομα που περιέγραψε ο Kanner. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005)

1.1.4.3. Lorna Wing

Η Lorna Wing διατύπωσε κάθε ένα από τα χαρακτηριστικά που είχε περιγράψει ο Asperger ως διαγνωστικά κριτήρια:

- Η φύση των κοινωνικών συναναστροφών δεν είναι αμφίδρομη και αναπτυξιακά δεν υπάρχει ικανοποιητική εμπάθεια.
- Παρόλο που ο λόγος έχει την τάση να αναπτύσσεται εντός της περιόδου φυσιολογικής ανάπτυξης, το περιεχόμενό του μπορεί να είναι λεπτομερειακό, ασυνήθιστο και στερεοτυπικό. Ο Asperger είχε επισημάνει τον τρόπο που μιλούσαν τα παιδιά της ομάδας του, ο οποίος έμοιαζε με την ομιλία ενός ενήλικου.
- Υπήρχε μεγάλη αντίσταση σε κάθε αλλαγή και προτιμούταν η επανάληψη γνωστών δραστηριοτήτων.
- Κάποια άτομα είχαν πρόβλημα στον κινητικό τους συντονισμό και μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως “άτσαλα”.
- Υπήρχε περιορισμένο ενδιαφέρον για καινούργιες δραστηριότητες και παράλληλα υψηλά γνωστικά αποθέματα σε ό,τι τους ενδιέφερε.
- Η μη-λεκτική επικοινωνία παρουσίαζε πρόβλημα καθώς δεν υπήρχε καλή προσωδία, βλεμματική επαφή, εκφράσεις προσώπου και η φωνή ήταν πολλές φορές μονότονη.

Η δουλειά του Kanner τράβηξε μεγάλο ενδιαφέρον παγκοσμίως και πολλοί άλλοι σημαντικοί κλινικοί ακολούθησαν το παράδειγμά του και άρχισαν να ασχολούνται με παρόμοια παιδιά. Αντιθέτως, όπως αναφέραμε, η δουλειά του Asperger δεν γνώρισε ενδιαφέρον για τις επόμενες τέσσερις δεκαετίες. Η δημιουργία ορισμών και διαγνωστικών κριτηρίων συνεχίστηκε και από πολλούς άλλους ψυχολόγους, αλλά και από τον ίδιο τον Kanner, ο οποίος συνέχισε τη μελέτη του πάνω στον αυτισμό αναπτύσσοντας τις αρχικές του θεωρίες. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005, σελ.320).

1.1.5. Άλλοι τύποι φάσματος αυτισμού

Η έννοια του «φάσματος» υποδηλώνει το ευρύ φάσμα των επιπέδων δυσκολίας ή των συνδυασμών των συμπτωμάτων που μπορεί να ισχύει για όλα τα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με αυτισμό, αλλά αυτά τα βασικά χαρακτηριστικά θα είναι παρατηρήσιμα σε κάποιο βαθμό σε όλες τις περιπτώσεις. Σε επίπεδο εμφανή ή σοβαρές δυσκολίες, τα παιδιά είναι πιθανό να χρειαστούν εξειδικευμένη παροχή εκπαίδευσης, αλλά τα παιδιά προς το υψηλότερο άκρο του φάσματος πιθανότατα θα ωφεληθούν από την παροχή επικρατούσας τάσης.

Ο όρος «**Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος**» χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ομάδα διαταραχών ευρύτερη από την ΔΑΔ (Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές) από ότι οι διαταραχές της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και φαντασία. Ο «**Υπολειμματικός Αυτισμός**» είναι ένας άλλος όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τα άτομα που είχαν κάποια στιγμή τα κριτήρια για να ενταχθούν σε ένα είδος αυτιστικής διαταραχής είναι αλλά λόγω των αναπτυξιακών αλλαγών και βελτιώσεων δεν πληρούν πλέον τα αυτιστικά κριτήρια.

Στην κατηγορία των τύπων του Αυτιστικού Φάσματος εντάσσονται εκτός από τον κλασικό αυτισμό (γνωστός και ως «**Σύνδρομο Kanner**») και το σύνδρομο **Asperger**, η διαταραχή **Rett** και το σύνδρομο **Heller**. Το σύνδρομο Asperger χαρακτηρίζει παιδιά με χαρακτηριστικά αυτισμού, αλλά ελλείματα στη γλωσσική ανάπτυξη, το σύνδρομο Rett χαρακτηρίζει τα παιδιά που αρχίζουν να εμφανίζουν ειδικά ελλείματα μετά από μια σύντομη περίοδο ομαλής ανάπτυξης (Frith, 1999). Το σύνδρομο Heller είναι μια σπάνια πάθηση που χαρακτηρίζεται από απώλεια κεκτημένων γνωστικών ικανοτήτων και από τυπική αυτιστική συμπτωματολογία, η οποία δεν οφείλεται σε κάποιο νευροεκφυλιστικό νόσημα, ή σχιζοφρένεια.

Μια διαγνωστική κατηγορία που περιγράφεται από το DSM-IV Η είναι η «**Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς**». Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να περιγράψει τα παιδιά που παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια για μια συγκεκριμένη διαταραχή. Η κλινική εικόνα των παιδιών αυτών είναι λιγότερο διαταραγμένη από τα παιδιά που έχουν διαγνωσθεί με αυτιστική διαταραχή.

Η «**Σχιζοειδής και σχιζοτυπική διαταραχή της προσωπικότητας**» περιλαμβάνει τύπους διαταραχών της προσωπικότητας, σε αντίθεση με τις αναπτυξιακές διαταραχές που περιγράφονται στο DSM-IV. Το κύριο χαρακτηριστικό της σχιζοειδούς διαταραχής της προσωπικότητας είναι η αποκόλληση από τις κοινωνικές σχέσεις και το περιορισμένο εύρος συναισθηματικής έκφρασης. Η διαταραχή αυτή συνδέεται με κοινωνικά ελλείματα αλλά δείχνει επίσης διαστρέβλωση της σκέψης και της συμπεριφοράς.(V.A. REED, 2005)

1.1.5.1. Σύνδρομο Άσπεργκερ

“Οι άνθρωποι με Σύνδρομο Άσπεργκερ αποτελούν ένα ζωνρό νήμα μέσα στην πλούσια ύφανση της ζωής. Ο πολιτισμός μας θα ήταν εξαιρετικά πληκτικός και στειρός αν δεν είχαμε και δεν θεωρούσαμε ανεκτίμητους αυτούς τους ανθρώπους.» - Tony Attwood

Μια πρώτη διαγνωστική ετικέτα που εμφανίζεται στο DSM-IV το 1994, αλλά χρησιμοποιείται συχνά και από την βιβλιογραφία είναι διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή (PDD). Τα άτομα με αυτή την διαταραχή είναι κυρίως αγόρια που εμφανίζουν κοινωνικά και επικοινωνιακά ελλείμματα, αλλά έχουν συνήθως υψηλότερο επίπεδο από ότι τα άτομα με κλασσικό αυτισμό.

Το σύνδρομο Άσπεργκερ (Asperger syndrome), επίσης γνωστό ως διαταραχή Άσπεργκερ ή απλά Άσπεργκερ, είναι μια διαταραχή του φάσματος του αυτισμού, που χαρακτηρίζεται από σημαντικές δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στη λεκτική επικοινωνία, ενώ παράλληλα εκδηλώνεται με περιορισμένες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και ενδιαφέροντα.

Βέβαια, το σύνδρομο Asperger διαφέρει από τον αυτισμό, κυρίως γιατί δεν τελείται γενική καθυστέρηση ή επιβράδυνση στη γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού ή την ανάπτυξη των γνωστικών του λειτουργιών. Είναι συχνότερο στα αγόρια απ’ ότι στα κορίτσια. Διαφοροποιήθηκε από τον αυτισμό (αν και ανήκει στο φάσμα του αυτισμού) σχετικά πρόσφατα. Μέχρι την δεκαετία του 1990 δεν γινόταν διάκριση μεταξύ αυτισμού και συνδρόμου Asperger. (Stevenson et al, 2000) Ακόμα, παρουσιάζουν φυσιολογική εξέλιξη λόγου τα παιδιά με το σύνδρομο αυτό, χρησιμοποιούν νωρίς τα γραμματικά φαινόμενα στο λόγο τους, έχουν ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και κλίσεις και με την κατάλληλη υποστήριξη προχωρούν αρκετά καλά στο σχολείο. Σημαντικό είναι ότι η ηλικία έναρξης του συνδρόμου εντοπίζεται αργότερα απ’ ότι του αυτισμού, δηλαδή μεταξύ 5 και 8 ετών (Ρούσσο)

Μια πρώτη διαγνωστική ετικέτα που εμφανίζεται στο DSM-IV το 1994, αλλά χρησιμοποιείται συχνά και από την βιβλιογραφία είναι διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή (PDD). Τα άτομα με αυτή την διαταραχή είναι κυρίως αγόρια που εμφανίζουν κοινωνικά και επικοινωνιακά ελλείμματα, αλλά έχουν συνήθως υψηλότερο επίπεδο από ότι τα άτομα με κλασσικό αυτισμό.

Σύμφωνα με το DSM-IV Text Revised (APA, 2000), αναφέρει η Kiker Painter (2006) υπάρχουν συγκεκριμένα κριτήρια διάγνωσης του συνδρόμου Asperger και ειδικότερα παρατηρούνται δυο περιοχές συμπτωμάτων:

1. ποιοτικά ελλείμματα στην κοινωνική συναλλαγή (στις κοινωνικές-συναισθηματικές δεξιότητες)

2. επαναληπτικά μοτίβα συμπεριφοράς, δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων ενώ δεν παρατηρείται κάποια ιδιαίτερη καθυστέρηση ή επιβράδυνση στην γλωσσική ανάπτυξη και την ανάπτυξη των γνωστικών λειτουργιών (Ζώης & Δημητρακόπουλος, 2004)

Σύμφωνα με τον Gillberg (1991) τα διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου είναι:

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, 2009)

Αντιθετικά, με τον αυτισμό, τα παιδιά με Σύνδρομο Asperger ενδιαφέρονται για κοινωνική επαφή, αλλά εμφανίζουν αδεξιότητα στην προσέγγιση των άλλων.

Η έλλειψη ενσυναίσθησης (δηλαδή της ικανότητας να μπορούν να «μπουν» στην θέση κάποιου τρίτου) αποτελεί ίσως την κύρια δυσκολία τους στο κοινωνικό τομέα (Baskin, Sperber & Price, 2006).

Συνεπώς, το παιδί με σύνδρομο Asperger δυσκολεύεται στη δημιουργία, καθώς και διατήρηση φιλικών σχέσεων, εξαιτίας του ότι η ελλιπής κατανόηση των κοινωνικών κανόνων, η δυσκολία κατανόησης του αφηρημένου λόγου και εν γένει την περαιτέρω κατανόηση της γλώσσας.

Άρα, αρκετά συχνά το παιδί με το σύνδρομο Asperger μπορεί να προσεγγίζει τους άλλους με «ενεργό αλλά ιδιόμορφο» τρόπο (Klin, 2008) και να γίνεται συχνά αντικείμενο κοροϊδίας και εκφοβισμού από τα άλλα παιδιά. Επίσης, όσο μεγαλώνει και συνειδητοποιεί ότι διαφέρει από την ομάδα των συνομηλίκων του, με αποτέλεσμα να είναι πιθανόν να νιώθει μεγαλύτερη απογοήτευση και να είναι ιδιαίτερο ευαίσθητο στην κριτική.

1.1.5.2. Σύνδρομο Rett

Το σύνδρομο Rett αποτελεί μία περίπλοκη γενετική νευρολογική διαταραχή, φυλοσχετιζόμενη με τα θήλεα (εμφανίζεται μόνο σε κορίτσια). Επηρεάζει την επικοινωνία και τις κινήσεις του σώματος. Σχετίζεται με απώλεια έκφρασης του προσώπου και στην συνέχεια με δυσκολία στην χρήση των χεριών, αταξία, μειωμένη διαπροσωπική επαφή και στερεοτυπικές κινήσεις των χεριών. Συνηθέστερα συνδέεται με βαριά νοητική υστέρηση και κινητική αναπηρία. Πρώτος περιέγραψε τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου ο Αυστριακός ιατρός Andreas Rett το 1966 από αξιολόγηση και παρακολούθηση 22 ασθενών του που παρουσίαζαν κοινά συμπτώματα κι από εκείνον το σύνδρομο φέρει το όνομά του. (Gillberg, 1989).

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

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. 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. (Chatterjee, Ghosh, & Goh, 1990.Hagbeg,1989. Jellinger, Amstong, & Zoghbi, 1988)

Διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM-IV (1994) είναι:

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 βάρδισης και κίνησης του κορμού
- Σημαντική έκπτωση στις ικανότητες εκφοράς και κατανόησης του λόγου, συνοδευμένη από σοβαρή ψυχοκινητική καθυστέρηση

1.1.5.3. Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται κυρίως 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 Σχιζοφρένια, 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.

Σύμφωνα με το DSM-IV (1994), τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής είναι:

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, στερεοτύπη 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 μανερισμών.

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

1.2. Αιτιολογία αυτισμού

1.2.1. Θεωρίες για την αιτιολογία του αυτισμού

Οι γνώσεις οι οποίες διαθέτουμε μέχρι σήμερα για τον αυτισμό, δεν είναι ικανές να μας βοηθήσουν να κάνουμε λόγο για ένα ενιαίο παθολογικό μηχανισμό και για συγκεκριμένα αίτια τα οποία συμβάλουν στην εκδήλωση του αυτισμού. (Κρουσταλάκη, 2005) Διατυπώνονται διάφορες υποθέσεις για τα αίτια αυτά και τα περισσότερα τεκμηριώνονται ερευνητικά. Οι κυριότερες αιτίες λοιπόν είναι:

1.2.1.1. Οργανικά αίτια

Πολλές φορές, τις λειτουργίες του εγκεφάλου διαταράσσουν ασθένειες και επιπλοκές που παρουσιάζονται κατά την προγεννητική, περιγεννητική και μεταγεννητική περίοδο. Επιπλοκές όπως ασθένειες κατά την προγεννητική περίοδο ή όπως ασφυξία, κακώσεις εγκεφάλου την στιγμή της γέννησης είναι βασική αιτία του αυτισμού. Τα περισσότερα αίτια βρίσκονται κατά την προγεννητική περίοδο όπως αιμορραγίες της μήτρας της μητέρας ή πλακουντιακά προβλήματα, αλλά δεν μπορούμε με βεβαιότητα να θεωρήσουμε ότι σ'ένα από αυτά οφείλεται η πρόκληση του αυτισμού. Κάποιες έρευνες έδειξαν ότι το 27.2% των παιδιών με αυτισμό είχαν πρόωρο τοκετό και βάρος κάτω των 2500 γραμμαρίων. Μολύνσεις κατά την εγκυμοσύνη όπως ανεμοβλογιά, σύφιλη, τοξοπλάσμωση και ερυθρά μπορούν να προκαλέσουν αυτισμό. Επιπλέον, εγκεφαλικές βλάβες στη φάση της μεταγεννητικής περιόδου μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα τα οποία να οδηγήσουν σε αυτισμό. (Κυπριωτάκη, 2003)

1.2.1.2. Χρωμοσωματικές ανωμαλίες

Δεν υπάρχουν έρευνες που να αποδεικνύουν ότι χρωμοσωματικές ανωμαλίες συνδέονται με τον αυτισμό, παρόλα αυτά συνδέονται με το σύνδρομο Down. Σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει συνοσηρότητα. Άτομα με «το σύνδρομο του εύθραυστου X» παρουσιάζουν νοητική υστέρηση, δυσκολίες στον λόγο και την επικοινωνία και άλλες διαταραχές όμοιες με του αυτισμού όπως ηχολαλία, αποφυγή βλεμματικής επαφής, έλλειψη κοινωνικοποίησης και διαταραχή στις κοινωνικές σχέσεις. Έχει διαπιστωθεί ότι ένα ποσοστό 10-20% των αυτιστικών έχουν «εύθραυστο X σύνδρομο». (Brown, 1982)

1.2.1.3. Γενετικά αίτια

Σύμφωνα με τον Asperger (1944) το σύνδρομο του αυτισμού συνδέεται με κάποια προδιάθεση και μπορεί να οριστεί γενετικά. Υποστήριξε ότι είχαν αυτιστικά στοιχεία και οι γονείς των παιδιών με αυτισμό που μελέτησε. Φαίνεται να αποτελεί υπερβολή αυτή η άποψη, αν και πρόσφατες έρευνες δείχνουν ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης. Τα αδέρφια των αυτιστικών ατόμων συχνά παρουσιάζουν διαταραχές αντίληψης, στην γλώσσα και στην μάθηση σε σύγκριση μετά αδέρφια φυσιολογικών παιδιών ή παιδιών με σύνδρομο Down. Ο Rutter (1977) επίσης υποστήριξε την κληρονομικότητα για την πρόκληση του αυτισμού. Κληρονομείται μια ευρύτερη προδιάθεση για διαταραχές στο γνωστικό αλλά και γλωσσικό τομέα αλλά οι γενετικοί μηχανισμοί που παίζουν σημαντικό ρόλο δεν μας γίνονται γνωστοί. Έρευνες βρίσκονται σε εξέλιξη για το αν υπάρχει το επονομαζόμενο «αυτιστικό γονίδιο».

Υπάρχουν ισχυρά συγκλίνουσες επιστημονικές ενδείξεις ότι τα συμπτώματα του αυτισμού προκύπτουν από διάχυτη μειονεξία και διαταραχή στην ανάπτυξη διαφόρων λειτουργιών στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Πολλοί παράγοντες συνθέτουν το πάζλ για την αιτία που προκαλεί τον αυτισμό, δείχνοντας ότι δεν είναι μια μεμονωμένη βιολογική αιτία. Οι περισσότερες ενδείξεις είναι πλέον συντριπτικές για τους κληρονομικούς παράγοντες με πολύπλοκη και πολυδιάστατη γονιδιακή συμβολή. Πρόσφατες έρευνες υπολογίζουν εμπλοκή έως και 15 γονιδίων. Ήδη έχει ταυτοποιηθεί γονίδιο που εμπλέκεται με τον αυτισμό και ίσως ταυτοποιηθούν και άλλα γονίδια τα επόμενα χρόνια. Οι γονιδιακοί όμως παράγοντες δεν εξηγούν από μόνοι τους την ύπαρξη του αυτισμού σε όλες τις παραμέτρους. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες σίγουρα επηρεάζουν και ενεργοποιούν τα ευάλωτα γονίδια. Το ποιοί περιβαλλοντικοί παράγοντες όμως είναι αυτοί που επηρεάζουν δεν έχει καταστεί σαφές καθώς μπορεί να βρίσκονται σε προγεννητικό ή περιγεννητικό επίπεδο. Ερευνητές πιστεύουν ότι ο παράγοντας είναι κάποιο χημικό αίτιο ή μόλυνση. Οι έρευνες συνεχίζουν να γίνονται σε πολλαπλά και ανεξάρτητα επίπεδα όσον αφορά έλλειψη ενζύμων, βιταμινών και μετάλλων, τροφικές αλλεργίες, προσβολή από ιούς, ενοχοποίηση εμβολίων και πολλά άλλα.

1.2.1.4. Ψυχογενή αίτια

Σύμφωνα με τις απόψεις της ψυχαναλυτικής θεωρίας (Frith, 1999) «ο αυτισμός προκαλείται από ψυχοδυναμικές συγκρούσεις μεταξύ της μητέρας και του παιδιού ή από κάποιο έντονο υπαρξιακό άγχος που βιώνεται από το παιδί και θεραπεύεται με την επίλυση της πρωταρχικής σύγκρουσης». (Κρουσταλάκη, 2005) Οι τραυματικές εμπειρίες σίγουρα επηρεάζουν τα παιδιά αλλά δεν είναι ικανές να προκαλέσουν αυτισμό. Ο αυτισμός όπως και οποιαδήποτε άλλη ασθένεια προκαλούνται σε άτομα από οποιοδήποτε κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και όχι μόνο σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα. Επίσης βιώματα των παιδιών κατά την κύηση δεν επηρεάζουν την μετέπειτα πορεία τους. (Κυπριωτάκης, Α., 2003)

1.2.2. Ο αυτισμός ως αποτέλεσμα μάθησης

Πολλά αυτιστικά παιδιά έχουν την ικανότητα να αναπτύξουν με την βοήθεια ενός ειδικού παιδαγωγού, αυτόματες δεξιότητες και διάφορες συνήθειες με συμπεριφοριστικές μεθόδους εκπαίδευσης. Ένα άτομο με αυτισμό για να εκπαιδευτεί πραγματικά πρέπει να αλλάξει ο τρόπος σκέψης του μέσω αλλαγής των γνωσιακών του δομών και έτσι μόνο μπορεί να επιτευχθεί πραγματική ανεξάρτητη μάθηση. Η ανεξάρτητη μάθηση μπορεί να τεθεί ως μακροπρόθεσμος στόχος για παιδιά με αυτισμό με βαριές μαθησιακές δυσκολίες ή χωρίς καθόλου γλωσσικές ικανότητες.

Τα άτομα με αυτισμό δυσκολεύονται να προβάλλουν τον εαυτό τους σε άλλο χρόνο (π.χ. στο μέλλον), δεν μπορούν να κάνουν σκόπιμη την συμπεριφορά τους και δυσκολεύονται να κατανοήσουν τις προθέσεις των άλλων. Μόνο αν ενεργοποιηθούν τα προσωπικά τους ενδιαφέροντα μπορούν να προσανατολίσουν την συμπεριφορά τους προς ένα ορισμένο στόχο από άλλο άτομο. Άτομα μη αυτιστικά μαθαίνουν από νωρίς τι σημαίνει να έχεις πρόθεση λόγω των συναλλαγών τους με άλλα άτομα όπου μπορούν να ανταποκριθούν και να παρατηρήσουν το πώς επιδρά η πρόθεση τους πάνω στους άλλους, προσανατολίζοντας την συμπεριφορά τους προς αυτή την βάση διάκρισης των νοητικών εικόνων από τις εικόνες που προάγει απευθείας το περιβάλλον.

1.3. Κλινικά χαρακτηριστικά και συμπτώματα

1.3.1. Κυριότερα Χαρακτηριστικά

Η τυπική κλινική εικόνα του αυτισμού περιλαμβάνει:

1.3.1.1. Αυτιστική απομόνωση

Το άτομο με αυτισμό στρέφεται στον εαυτό του, φαίνεται να είναι κλεισμένο σε έναν δικό του κόσμο, καθώς μοιάζει να αδιαφορεί για οτιδήποτε γύρω του. Πολλές φορές δίνει την εικόνα πως δεν βλέπει και δεν ακούει. Συνήθως αρνείται την επαφή κι αν πιεστεί αντιδρά με εκρήξεις θυμού και διεγερτικές κρίσεις. Είναι απαθές στον πόνο και την ευχαρίστηση -χτυπά το κεφάλι του στον τοίχο, καίγεται, πληγώνεται χωρίς να κλαίει και να δείχνει ότι πονά. Δεν εκφράζει την ικανοποίησή του και δεν γελά. (Νότας, 2005) (Πολυμεροπούλου, 2013)

1.3.1.2. Διαταραχή της κοινωνικής αλληλεπίδρασης

Το παιδί με αυτισμό είναι κοινωνικά απομονωμένο, αδιάφορο και αδέξιο. Η κοινωνική του γνώση μπορεί να είναι δυσλειτουργική. Δεν υπάρχει η γνώση της κοινωνικής ή συναισθηματικής αμοιβαιότητας. Τα παιδιά με αυτισμό, όπως αναφέραμε και πιο πάνω φαίνονται να είναι κλεισμένα στον κόσμο τους. Ακόμη, δεν γνωρίζουν πώς να παίζουν με άλλα παιδιά.



Εικόνα 1. Η μοναχικότητα του αυτιστικού παιδιού (τροποποιημένο από Frith, 1996).

1.3.1.3. Διαταραχή της επικοινωνίας- λεκτικής και μη λεκτικής

Παρουσιάζονται προβλήματα στη κατανόηση και στη χρήση κάθε μορφής επικοινωνίας, λεκτικής και μη λεκτικής. Τα παιδιά αυτά είναι συχνά ανίκανα να χρησιμοποιήσουν τις χειρονομίες καθεμία ως αρχικό τρόπο επικοινωνίας. Είναι αδιάφορα όταν τους μιλούν οι άλλοι και μπορεί να μην απαντήσουν ούτε αν ακούσουν το όνομά τους.

Τείνουν να αρχίζουν να μιλούν αργότερα από άλλα παιδιά. Στις μισές των περιπτώσεων μέχρι την ηλικία των 5 ετών δεν υπάρχει λόγος. Το παιδί μπορεί να βγάζει ήχους, να μουρμουρίζει ή να επαναλαμβάνει λέξεις ή φράσεις χωρίς νόημα και χωρίς αξία

επικοινωνίας. Μεγάλο είναι επίσης το ποσοστό των παιδιών που δεν αναπτύσσουν ποτέ ομιλία.

Η κατανόηση τους τείνει να περιορίζεται στα πράγματα που τους ενδιαφέρουν και είναι κυριολεκτική και συγκεκριμένη. Δυσκολεύονται να ερμηνεύσουν τι σκέφτονται οι άλλοι ή τι νιώθουν, επειδή δε μπορούν να καταλάβουν τα κοινωνικά "συνθήματα" όπως χειρονομίες, την έκφραση του προσώπου, τη στάση του σώματος, τον τόνο της

Δε προσέχουν τα πρόσωπα των άλλων ανθρώπων για ενδείξεις σχετικά με τη σωστή συμπεριφορά. Παρουσιάζουν ανικανότητα να ξεκινήσουν ή να παραμείνουν σε μια συζήτηση με άλλα άτομα. Μερικά παιδιά μπορούν να μάθουν να χρησιμοποιούν συστήματα επικοινωνίας, όπως οι εικόνες ή η νοηματική γλώσσα. Είναι επίσης δύσκολο να κατανοηθεί η γλώσσα του σώματός τους, αφού εκφράσεις προσώπου, κινήσεις και χειρονομίες σπάνια ταιριάζουν με όσα λένε.

1.3.1.4. Διαταραχές Λόγου

Οι διαταραχές λόγου είναι εμφανείς. Κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της ζωής τους βαβίζουν αλλά σύντομα σταματούν. Το 50% των παιδιών με αυτισμό μέχρι την ηλικία των 5 ετών δεν μπορεί να αρθρώσει φράση με συνοχή. Μπορεί να βγάζει ήχους, να μουρμουρίζει ή να επαναλαμβάνει λέξεις ή φράσεις χωρίς νόημα και χωρίς αξία επικοινωνίας. Πολλά άτομα με αυτισμό παραμένουν χωρίς ομιλία σε όλη τους τη ζωή. Άλλα άτομα μπορεί να έχουν μία καθυστέρηση στην ανάπτυξη της γλώσσας-ομιλίας μέχρι και τα 5-9 έτη. Τα άτομα που τελικά αναπτύσσουν ομιλία δυσκολεύονται στο τομέα της πραγματολογίας του λόγου.

Σε περιπτώσεις, λοιπόν, που το παιδί μιλά ο λόγος του είναι πολύ διαταραγμένος και δεν συμβαδίζει με τους γραμματικούς κανόνες και το συντακτικό. Δυσκολίες υπάρχουν στην κυριολεκτική κατανόηση και χρήση της γλώσσας, στη γενίκευση εννοιών (και όχι μόνο). Νεολογισμοί και δημιουργία λέξεων με άγνωστη σημασία για τον συνομιλητή παρατηρούνται συχνά στον λόγο των ατόμων με αυτισμό. Συχνά συγγέουν λέξεις με παρόμοιο ήχο ή νόημα. Η φωνή χαρακτηρίζεται από ήχο μηχανικό, μονότονο και στερεότυπο. (Jordan et al, 2001).

Πιο συγκεκριμένα μπορεί να υπάρχουν ανωμαλίες στη προσωδία, στο ρυθμό, στο ύψος, στην ένταση, τη συχνότητα της φωνής. Παρουσιάζονται δυσκολίες στη σημασιολογία, στην αντίληψη και επεξεργασία μεταφορικών μηνυμάτων και στην κατανόηση απλών και σύνθετων εντολών. Οι γραμματικές δομές είναι συχνά ανώριμες και περιλαμβάνουν στερεοτυπική και επαναλαμβανόμενη χρήση της γλώσσας (ηχολαλία άμεση ή καθυστερημένη). Παρατηρούνται ακόμη δυσκολίες στη χρήση αντωνυμιών, προθέσεων, προσώπων. (Πολυμεροπούλου, 2013)

1.3.1.5. Ανάγκη του σταθερού – αμετακίνητου

Το παιδί με αυτισμό ενδιαφέρεται για τα αντικείμενα. Θέλει να τα περιεργαστεί, να τα αγγίξει, να τα μυρίσει, να τα βάλει στο στόμα του. Παρόλο που δείχνει μεγάλη προτίμηση για αντικείμενα που μετακινούνται, νιώθει την επιτακτική ανάγκη να διατηρείται το υλικό περιβάλλον του αμετακίνητο και αμετάβλητο. Έτσι, όταν κάποιο αντικείμενο σπάσει ή αλλάξει θέση, το παιδί βιώνει μια κατάσταση μεγάλης απελπισίας και εκδηλώνει έντονο θυμό. Παρουσιάζει επίσης αντίσταση στην αλλαγή των συνθηκών του περιβάλλοντος όπου ζει και προτιμά να κάνει να πράγματα με τον ίδιο τρόπο. Τα περισσότερα παιδιά με αυτισμό, μάλιστα, ακολουθούν πάντα την ίδια διαδρομή, κάθονται στην ίδια θέση στο τραπέζι και προτιμούν το ίδιο φαγητό. (Πολυμεροπούλου, 2013)

1.3.1.6. Στερεοτυπίες

Με τον όρο στερεοτυπία περιγράφεται η αδιάκοπη επανάληψη κάποιων κινήσεων. Συνηθισμένη στερεότυπη κίνηση που συνηθίζουν να κάνει το παιδί με αυτισμό είναι η κίνηση των χεριών, κυρίως των δαχτύλων, μπροστά στα μάτια. Το παιδί επίσης μπορεί να κάνει κύκλους γύρω από τον εαυτό του και να αιωρείται μπρος ή πίσω. (Πολυμεροπούλου, 2013)

1.3.1.7. Διαταραχή της φαντασίας

Τα παιδιά με αυτισμό, άλλα λιγότερο και άλλα περισσότερο, χαρακτηρίζονται από την απουσία ή την ελλειμματική ευελιξία στη σκέψη και από «τελετουργικές» συμπεριφορές. Τα παιδιά αυτά έχουν φαντασία που όμως διαφοροποιείται ποιοτικά και ποσοτικά από αυτή των άλλων παιδιών. Η ανάγκη για οργάνωση, διατήρηση της σταθερότητας, της συνέχειας και συχνά το φτωχό ρεπερτόριο ενεργειών, που διασφαλίζουν τα προηγούμενα και λειτουργούν αγχολυτικά, οδηγούν στις τελετουργίες και στην εμμονική ενασχόληση με αντικείμενα και πράξεις. Αναπτύσσουν συχνά καθημερινές συνήθειες, τις οποίες κατόπιν έχουν ανάγκη, σε τέτοιο βαθμό που μια αλλαγή αυτών των συνηθειών τους, τους δημιουργεί άγχος και τα κάνει να αντιδρούν ακατάλληλα. Επίσης χαρακτηριστικό της απουσίας ευελιξίας στη σκέψη είναι το ότι συχνά δεν μπορούν να μεταφέρουν ότι έχουν μάθει σε μια δεδομένη περίπτωση σε μια άλλη περίπτωση.

1.3.1.8. Νοητική ανάπτυξη

Επειδή σχεδόν πάντα συνυπάρχουν διαταραχές λόγου είναι δύσκολο να εκτιμηθούν οι νοητικές ικανότητες. Η δυσκολία ανάπτυξης των γνωστικών λειτουργιών αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα του αυτισμού. Η αντίληψη, η μνήμη, η προσοχή, πρέπει να αναπτυχθούν μέσα από προγραμματισμένες εκπαιδευτικές δραστηριότητες (Γκονέλα,

2006). Τα περισσότερα παιδιά με αυτισμό έχουν μειωμένες νοητικές ικανότητες και υπολείπονται σε όλες τις διεργασίες που απαιτούν συμβολική σκέψη (Πρακτικά σεμιναρίου, Δράμα 2004). Περίπου το 70% των ατόμων με αυτισμό παρουσιάζει νοητική καθυστέρηση. (Πολυμεροπούλου, 2013)

1.3.1.9. Υπερβολικός φόβος

Ο αυτισμός προκαλεί αισθητικές στρεβλώσεις και γι' αυτόν το λόγο ακόμη κι απλά οπτικά ή ακουστικά ερεθίσματα είναι ικανά να δημιουργήσουν μεγάλο φόβο και να εντείνουν την απόσυρσή των ατόμων με αυτισμό.

1.3.1.10. Ανωμαλίες στον πόνο, το κρύο και τον ύπνο

Τα παιδιά με αυτισμό δεν φαίνεται να έχουν καλό έλεγχο στην αίσθηση του κρύου ή της ζέστης. Έχουν μεγάλη ή και πλήρη ανοχή στο κόψιμο ή και το κάψιμο των μελών του σώματός τους και δείχνουν συχνά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (δαγκωμένα χέρια, γρατζουνιές κλπ). Ο ύπνος του παρουσιάζει μη κανονικούς κύκλους. (Κούρος, 1993)

1.3.1.11. Συναισθηματικά απρόσφορες συμπεριφορές

Τα γέλια, τα κλάματα και οι φωνές τους δεν φαίνεται να πηγάζουν από τις συμπεριφορές και τα ερεθίσματα του εξωτερικού περιβάλλοντος, ενώ φαίνεται να προέρχονται από εσωτερικές αιτίες. Ο φόβος τους είναι απρόσφορος και μπορεί να είναι υπερβολικός ή να ελλείπει εντελώς, σε σχέση με το τι συμβαίνει γύρω τους. (Schopler, 1995)

1.3.1.12. Κινητικές διαταραχές

Η υπερδραστηριότητα ή η απάθεια είναι χαρακτηριστικά του αυτισμού, όπως επίσης η έλλειψη ισορροπίας. Ωστόσο, μερικά από αυτά τα παιδιά είναι ιδιαίτερα προικισμένα σε ένα ορισμένο πεδίο, π.χ., έχουν εκπληκτική μνήμη, μαθαίνουν ποιήματα, κάνουν αριθμητικές πράξεις και έχουν πολύ καλές επιδόσεις στη μουσική.

Παρόλες βέβαια τις σημαντικές ερευνητικές προσπάθειες η αιτιολογία του αυτισμού παραμένει άγνωστη. Το παιδί με αυτισμό αδυνατεί να αντιληφθεί την έκφραση του προσώπου και τη συναισθηματική κατάσταση άλλων. Κατά συνέπεια τα προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις είναι δευτερογενή στη δυσκολία του παιδιού να δώσει νόημα στο περιβάλλον. Σύμφωνα με τις νεότερες έρευνες, στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει

εγκεφαλική δυσλειτουργία και ο αυτισμός δεν είναι μόνο μια αντίδραση σε αντίξοες συνθήκες του περιβάλλοντος. Οι δυσκολίες αυτές ποικίλουν σε βαρύτητα από άτομο σε άτομο και αποτελούν διάχυτο χαρακτηριστικό της λειτουργικότητάς του. Ακόμη και στις πιο ήπιες μορφές του αυτισμού απαιτείται παρέμβαση. Σήμερα προωθούνται τρόποι πρωϊότερης έγκυρης παρέμβασης ακόμη και πριν την ηλικία των 2-3 ετών. Με την εφαρμογή κατάλληλης θεραπευτικής – εκπαιδευτικής – ψυχολογικής παρέμβασης υπάρχει δυνατότητα βελτίωσης της κατάστασης σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις πολύ σημαντική.

1.3.2. Άλλα χαρακτηριστικά

1.3.2.1. Διαταραχές του οπτικού ελέγχου και βλεμματικής επαφής

Το παιδί με αυτισμό κοιτάει συνήθως δίπλα από τους ανθρώπους παρά τους ανθρώπους ή κοιτάζει τους ανθρώπους και τα πράγματα με βιαστικές, γρήγορες ματιές. Αντίθετα, όταν τους κοιτάζει απευθείας, κοιτάζει πολύ σταθερά και για πολύ ώρα. Ωστόσο, πιο συχνά βλέπει πράγματα «με την άκρη του ματιού» παρά άμεσα.

«Το βλέμμα είναι ανέκφραστο, άδειο, πέτρινο. Μοιάζει συνήθως σαν να μας κοιτάζει και να μην μας αντιλαμβάνεται, σαν να κοιτάζει στο αχανές. Όμως παρακολουθεί τα πάντα με ένα προσωπικό ιδιόμορφο πλάγιο τρόπο παρατήρησης, με το περιφερειακό βλέμμα» (Κρουσταλάκη, 2005, σελ. 226).

1.3.2.2. Προβλήματα μίμησης της κίνησης

Το παιδί με αυτισμό μπορεί να μην μπορεί να μιμηθεί αυτό που κάνει κάποιος άλλος και να μαθαίνει καλύτερα όταν οδηγείται με φυσική καθοδήγηση και κάποιος κάνει τις κινήσεις στα μέρη του σώματός του παιδιού. Μπερδεύει το αριστερά-δεξιά, μπρος-πίσω, πάνω-κάτω.

1.3.2.3. Προβλήματα στον έλεγχο της κίνησης

Στις κινήσεις των παιδιών με αυτισμό συχνά παρατηρούνται: το βάδισμα στις μύτες των ποδιών, αυθόρμητες μεγάλες κινήσεις ή λεπτές επιδέξιες κινήσεις, παράξενη στάση του σώματος, πηδήματα, παλινδρομικές κινήσεις και γκριμάτσες κυρίως όταν είναι σε έξαρση.

1.3.2.4. Ασυνήθιστες, παράξενες αντιδράσεις σε αισθητηριακές εμπειρίες

Αδιαφορία, δυσφορία, πανικός ή ενθουσιασμός μπορεί να παρατηρηθούν σαν αντίδραση σε ακουστικά, οπτικά ερεθίσματα, στις γεύσεις, στις μυρωδιές, στο άγγιγμα, αντοχή στον πόνο, τη ζέστη, το κρύο. Οι ειδικοί πιστεύουν ότι πολλές από τις συμπεριφορές των παιδιών με αυτισμό – διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι απόρροια διαταραχών αισθητηριακής ολοκλήρωσης. (Γεωργοπούλου, 1999) (Gillberg & Coleman, 1992)

1.3.2.5. Ακατάλληλες συναισθηματικές αντιδράσεις

Συχνά παρατηρούνται έλλειψη φόβου μπροστά σε πραγματικό κίνδυνο ή υπερβολικό φόβο για ορισμένες ανώδυνες καταστάσεις και πράγματα από τα οποία δεν κινδυνεύουμε, κλάματα, ξεφωνητά χωρίς προφανή λόγο, γέλιο όταν κάποιος άλλος πληγώνεται ή όταν μαλώνουν άλλο παιδί (πιθανόν και όταν φοβάται ή είναι ανήσυχο). Πολλά είναι τα αδόκιμα συναισθήματα που δεν ταιριάζουν με τις καταστάσεις έχουμε και στα παιδιά με υψηλή λειτουργικότητα και σύνδρομο Asperger λόγω έλλειψης κατανόησης του νοήματος των καταστάσεων. (Happe, 1998).

1.3.2.6. Διαταραχές στις φυσικές λειτουργίες και στη σωματική ανάπτυξη

Διαταραχές παρατηρούνται και στο φαγητό, τον ύπνο και τη λήψη φαρμάκων. Το παιδί με αυτισμό έχει ακανόνιστα πρότυπα φαγητού και ποτού. Τρώει επιλεκτικά, έχει περιορισμένο διαιτολόγιο, η διατροφή του είναι ανεπαρκής. Τρώει υπερβολικά αλλά ποτέ δεν χορταίνει. Ακόμη, τρώει υπερβολικά γρήγορα και μπουκώνεται ενώ υπάρχει ενδεχόμενο μηρυκασμού και εμετού. Ο ύπνος του είναι ακανόνιστος και ελλιπής με άσκοπη νυχτερινή περιφορά και πρωινά προβλήματα ύπνου. Όταν στριφογυρίζει σαν σβούρα δεν υπάρχει ναυτία. Παρατηρείται αντίσταση ενίοτε στις επιδράσεις φαρμάκων, ηρεμιστικών, υπνωτικών και εμφάνιση παράδοξων φαινομένων και αντιδράσεων. Η σωματική ανάπτυξη του μπορεί να είναι ελλιπής και ενίοτε υπάρχει ασυνήθιστη συμμετρία στο πρόσωπο.

1.3.2.7. Ιδιαίτερες ικανότητες σε δραστηριότητες που δε περιλαμβάνουν γλώσσα

Το παιδί με αυτισμό μπορεί να παρουσιάζει ιδιαίτερες ικανότητες μουσικές, αριθμητικές, αποσυναρμολόγησης και συναρμολόγησης μηχανών, ταίριασμα κομματιών παζλ ή κατασκευαστικών παιχνιδιών και λοιπά. Μπορεί να έχει μια ασυνήθιστη μορφή μνήμης που επιτρέπει την μακρόχρονη αποθήκευση εμπειριών με την ακριβή μορφή με την οποία έγιναν αντιληπτές. Τα στοιχεία που επιλέγονται για αποθήκευση δε φαίνονται να έχουν ιδιαίτερη

σημασία, τουλάχιστον για τους περισσότερους άλλους ανθρώπους, και αποθηκεύονται χωρίς να αλλάζουν. (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2006)

1.2.3. Συνήθειες ερμηνείας αυτισμού (μύθοι για την ύπαρξη αυτισμού)

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. Οι άνθρωποι τότε, προκειμένου να προσδιορίσουν τον αυτισμό και να κατανοήσουν τον αυτισμό, 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. Κρύβουν όμως οι μύθοι αλήθειες; Συνδέονται τα παραμύθια με την πραγματικότητα; Ίσως, δε δημιουργήθηκαν εκ του μηδενός. Η ύπαρξη και επιβίωσή τους οφείλεται εν μέρει στην πραγματική εμπειρία του αυτισμού (Frith, 1994).

Οι αρχαίοι μύθοι των «υποβολιμαίων παιδιών των νεράιδων» όπου αλλάζουν μωρά ανθρώπων με δικά τους, τα οποία ήταν πολύ όμορφα, παράξενα όμως και απόμακρα από τους ανθρώπους, είναι πιθανό να κατονομάζουν καταστάσεις ατόμων με αυτισμό (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. Οι συγγραφείς σε μια ενδιαφέρουσα μελέτη καταγραφής καθορίζουν τις ομοιότητες ανάμεσα στην «ιερή τρέλα» και την πραγματική διάγνωση του αυτισμού. Τα συμπεράσμα ότι πολλοί από τους «τρελούς των αγίων» ήταν στην πραγματικότητα αυτιστικοί είναι τόσο παράξενο όσο και συναρπαστικό ταυτόχρονα.

Το ευλογημένο όνομα που έχει δοθεί στον πληθυσμό αυτό δείχνει περιορισμένες νοητικές ικανότητες και την αθωότητα στα μάτια του Θεού. Πληροφορίες αποκαλύπτουν, επίσης, ότι πολλοί από τους ευλογημένους τρελούς ήταν βουβοί ή είχαν ομιλία με ακατάλληλες εκφράσεις. Όλα αυτά τα ειδικά χαρακτηριστικά της ομιλίας τους, τους έκανε να παρουσιάζονται ως ένα είδος προφητών στα μάτια της τότε αμόρφωτης κοινωνίας. Επιπλέον, χαρακτηρίζονταν από έλλειψη κατανόησης των κοινωνικών τάξεων και των διακρίσεων. Εκείνη την εποχή πίστευαν ότι όσοι αποδέχονταν την τρέλα το έκαναν σκόπιμα

και αυτό ήταν ένα δείγμα της βαθιάς πίστης . Μπορεί επίσης να αναγνωριστεί η πιθανότητα ότι άλλες μορφές της τρέλας συνέβαλαν στην ύπαρξη των ευλογημένων τρελών. (Challis & Dewey, 1974)

Ένας άλλος μύθος είναι ο μύθος του "Sherlock Holmes". Ο απόμακρος των αστυνομικών μυθιστορημάτων ντετέκτιβ δεν είναι μόνο εκκεντρικός και περίεργος. Μας θυμίζει επίσης ορισμένα εξαιρετικά ταλαντούχα αυτιστικά άτομα που μοιράζονται μαζί τους μια ειδικότητα σε συγκεκριμένο τύπο. Η ειδικότητα χαρακτηρίζεται από απαιτητική παρατήρηση και αφηρημένη σκέψη απαλλαγμένη από συναισθήματα των άλλων. Ο Sherlock Holmes είναι αντικειμενικός, αδέκαστος και εξηγεί τα πράγματα με κυριολεκτικό τρόπο, χωρίς αμοιβή και άλλες σημασίες των πραγμάτων και των γεγονότων. Πέρα από τον Σέρλοκ Χολμς οι ιδιόρρυθμοι ντετέκτιβς και άλλων αστυνομικών μυθιστορημάτων όπως ο Ηρακλής Πουαρό, η δεσποινίς Μαρπλ, θυμίζουν άτομα με «αυτιστική ευφυΐα» κατά τον H. Asperger.

Επίσης, υπάρχει ένας παραλληλισμός με τα ρομπότ. Τα ρομπότ παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες με τον αυτισμό, δηλαδή μηχανική συμπεριφορά που παραπέμπει σε πολλά διακεκριμένα χαρακτηριστικά της αυτιστικής συμπεριφοράς όπως είναι: επαναληψιμότητα, στερεότυπες κινήσεις και η έλλειψη συναισθηματικής έκφρασης και αυθόρμητη συμπεριφορά. (Frith, 1993)

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).

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 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.

«Έχουν τα παιδιά αυτά φτιάξει ένα λαβύρινθο, έχουν πλέξει έναν ιστό αράχνης.. Εμείς, οι μεγάλοι, θα πρέπει να βρούμε την είσοδο, το μίτο, που οδηγεί στην καρδιά της τρέλας.... Κι όλα θα γίνουν λογικά, όλα θα μπορούμε να τα καταλάβουμε...».
(Ροθεκμπεργκ, 1980)

1.3.3. Αναπτυξιακή πορεία του αυτισμού

1.3.3.1. Το μωρό με αυτισμό

«Τα αυτιστικά παιδιά έρχονται στον κόσμο με μια εγγενή αδυναμία να αναπτύξουν τη συνήθη, βιολογικά καθορισμένη, συναισθηματική επαφή» (Leo Kanner)

Ο αυτισμός αποτελεί την πιο σοβαρή διαταραχή εξέλιξης, την σοβαρότερη μορφή διαταραχών επικοινωνίας και τα προβλήματα αρχίζουν νωρίς. Το μωρό με αυτισμό εκδηλώνει αδιαφορία σε θορύβους και σε οπτικά ερεθίσματα, επαναλαμβανόμενες κινήσεις του σώματος, φτερουγίσματα χεριών, στιγμές απάθειας, αδιαφορίας, απομόνωσης, ιδιόμορφα παιχνίδια με τον εαυτό του, προκαλούν άγχος σε γονείς, αδέρφια, περιβάλλον. Στους γονείς γεννιούνται ερωτήματα όπως: Αν το παιδί τους είναι κωφό, τυφλό, έχει νοητική υστέρηση ή μήπως δεν μπορεί να μιλήσει. Ατελείωτες είναι επισκέψεις σε «ειδικούς» και οι αμφίβολες απαντήσεις τους, για ένα παιδί που δεν κοιτάζει, φαίνεται σαν κωφό, δεν μιλά ή μιλά σαν παπαγάλος, δεν αρπάζει, δεν μιμείται, δεν παίζει, δεν εφάπτεται στην αγκαλιά της μητέρας του. Το αυτιστικό παιδί μεγαλώνει σε ένα κλίμα σιωπής, που κραυγάζει και συγκλονίζει. (Αυτισμός-Ελπίδα, 2000)

Υπάρχει μια θεωρία η οποία υποστηρίζει ότι η διαδικασία που ρυθμίζει την αισθητηριακή αντίληψη (διέγερση, αφύπνιση) δυσλειτουργεί στα αυτιστικά βρέφη. Υποστηρικτής αυτής της θεωρίας είναι ο Stanley Greenspan., ο οποίος ανέπτυξε την ιδέα της «διαταραχής στη ρύθμιση της αισθητηριακής διαδικασίας». Η διαταραχή στη ρύθμιση της αισθητηριακής διαδικασίας είναι μια ανικανότητα στην επεξεργασία των αισθήσεων, δηλαδή στην πρόσληψη, στην προσαρμογή και στην κατανόηση των ερεθισμάτων και παράλληλα στην ικανότητα ηρεμίας και συγκεντρωμένης προσοχής.

Συχνά, τα βρέφη με τέτοιου τύπου διαταραχές υπέρ-ή-υπό αντιδρούν σε θορύβους και δυνατά φώτα, μπορεί να παρουσιάσουν δυσλειτουργία στη αφή, να γίνουν δυσκίνητα και δύσκαμπτα για να αποφύγουν το φυσικό ερέθισμα, υπέρ-ή- υπό αντιδρούν στον πόνο και πολλές φορές έχουν δυσκολίες με τα ακουστικά ερεθίσματα και τη διαδικασία, ταυτόχρονης επεξεργασίας, πολυαισθητηριακών εμπειριών. (DelCarmen-Wiggins, Carter, 2004).

1.3.3.2. Πρώιμες ενδείξεις

Πιο αναλυτικά υπάρχουν ορισμένες μορφές συμπεριφοράς, οι οποίες κατά τη βρεφική ηλικία ενδέχεται να αποτελούν πρώιμες ενδείξεις αυτισμού και αυτές είναι οι εξής:

- Υπερβολική ενασχόληση και ενθουσιασμός με ορισμένα αντικείμενα όπως φώτα, σχέδια, λεπτομέρειες και αδιαφορία σε πράγματα που κινούν το ενδιαφέρον των άλλων βρεφών.
- Έλλειψη αμοιβαιότητας στη μίμηση, την έκφραση ή τις κινήσεις του ατόμου που το φροντίζει. Έλλειψη συμμετοχής σε «προγλωσσική» συζήτηση. Φτωχός θηλασμός τις πρώτες εβδομάδες.
- Ασυνήθιστα καλή και ήρεμη συμπεριφορά ή συνεχές κλάμα και ουρλιαχτό που δε σταματά.
- Αδιαφορία στη μητέρα ή σε αυτόν που ασχολείται συνεχώς μαζί του.
- Ένα γενικότερο αίσθημα που έχουν οι γονείς ή οι συγγενείς ή άλλα πρόσωπα του περιβάλλοντος ότι το βρέφος συμπεριφέρεται παράξενα.
- Αδιαφορία ή έντονη δυσφορία στη σωματική επαφή και στα χάρδια.
- Δεν απλώνει τα χέρια να το πάρουν αγκαλιά και όταν είναι στην αγκαλιά το νιώθει ο άλλος σαν «άδειο σακί».
- Προσκόλληση σε ένα μόνο άτομο και αυτό σε ασυνήθιστο βαθμό.
- Δεν δείχνει με το δάκτυλο τα αντικείμενα ή τα πρόσωπα.
- Δεν προσπαθεί να προσελκύσει την προσοχή των ανθρώπων σε αντικείμενα που το ενδιαφέρουν με σκοπό το μοίρασμα της ευχαρίστησης.
- Δε χαιρετά αυθόρμητα, δεν κάνει «γεια» σε γνωστά άτομα.

Οι γονείς, σε αρκετές περιπτώσεις, αναφέρουν ότι το παιδί αναπτυσσόταν φυσιολογικά στον πρώτο ή στα δύο πρώτα χρόνια, και από εκεί και πέρα εντοπίστηκαν τα προβλήματα. Πολλοί γονείς θυμούνται τις πρώτες ενδείξεις κατά τη διάρκεια των συναντήσεων με τους ειδικούς διότι προηγουμένως δεν είχαν δώσει καμιά σημασία σε αυτές (Νότας, 2004).

1.3.3.3. Επίδραση του αυτισμού στην ζωή του ατόμου

Ο αυτισμός επηρεάζει τον πληθυσμό αυτόν αναπτυξιακά σε κοινωνικό, συναισθηματικό, γλωσσικό και νοητικό επίπεδο. Παρακάτω παρατίθεται ένα γενικότερο πλαίσιο για την αναπτυξιακή πορεία του αυτισμού.

Γενικό Πλαίσιο

Τα πρώτα συμπτώματα του αυτισμού εμφανίζονται συνήθως πριν από την ηλικία των δύο ετών ακόμα δηλαδή και στο πρώτο χρόνο της ζωής του ατόμου. Όσο τα άτομα αυτά μεγαλώνουν κάποια συμπτώματα μπορεί να αλλάξουν αλλά οι βασικές δυσκολίες παραμένουν για όλη τους την ζωή. Τα περισσότερα άτομα εμφανίζουν δυσκολίες προσαρμογής στην εφηβεία και την ενηλικίωση. Σύμφωνα με διάφορες έρευνες κατά την εφηβεία παρατηρείται αύξηση σε ποσοστό 31-57% συμπεριφορών όπως υπερκινητικότητα, ψυχαναγκασμοί και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Με την ενηλικίωση του ατόμου οι κινητικές στερεοτυπίες, η έλλειψη έκφρασης και η εκδήλωση κοινωνικά ανάρμοστης συμπεριφοράς επιμένουν ακόμη και στα εξαιρετικά λειτουργικά άτομα. Σημαντικό ρόλο λοιπόν στην αναπτυξιακή πορεία του ατόμου παίζει ο δείκτης νοημοσύνης (πρέπει να είναι πάνω ή ίσος με 50) και το επίπεδο γλωσσικής ανάπτυξης (ανάπτυξη σημαντικών γλωσσικών δεξιοτήτων μέχρι την ηλικία των 5 ετών).

Ειδικό Πλαίσιο

A) Κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη

Σε αντίθεση με τα «φυσιολογικά» βρέφη που επιζητούν από τους πρώτους μήνες της ζωής του να εξερευνήσουν το περιβάλλον τους και τα πρόσωπα που υπάρχουν μέσα σε αυτό, τα αυτιστικά παιδιά δεν διαμορφώνουν συναισθηματικές σχέσεις ακόμη και με τα άτομα του οικείου τους περιβάλλοντος. Δυσκολίες παρουσιάζουν στην κατανόηση κοινωνικών πληροφοριών γεγονός που επιβαρύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων. Μεγάλη είναι επίσης και

η δυσκολία τους στην συνδυαστική προσοχή (βλεμματική επαφή-χειρονομίες) σε αντίθεση με τα φυσιολογικά παιδιά που μέχρι 12 μηνών μπορούν να ακολουθούν με το βλέμμα τους τις χειρονομίες των άλλων. Τα αυτιστικά άτομα λόγω της έλλειψης του κοινωνικού χαμόγελου που παρουσιάζουν έχουν σημαντική δυσκολία στην κατανόηση των συναισθημάτων και των εκφράσεων του προσώπου. Τέλος η απουσία πρώιμων κοινωνικών δεξιοτήτων όπως αναφέραμε οδηγεί σε διαταραχή των συναισθηματικών δεσμών μεταξύ των μελών της οικογένειας.

B) Γλωσσική ανάπτυξη

Ως γνωστόν ο λόγος είναι το μέσο επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων. Η γλωσσική ανάπτυξη των αυτιστικών παιδιών παρουσιάζει σημαντική καθυστέρηση και πολλές ιδιαιτερότητες. Περίπου το 50% των αυτιστικών παιδιών δεν αναπτύσσει καθόλου λόγο. Η σημαντικότερη όμως δυσκολία παρουσιάζεται στην λειτουργική χρήση της γλώσσας καθώς και στη κατανόηση ότι ο λόγος είναι μέσω που μπορεί να επηρεάσει τους άλλους ανθρώπους

και μέσω για ανταλλαγή πληροφοριών. Τα άτομα με αυτισμό δεν χρησιμοποιούν τον λόγο αυθόρμητα για επικοινωνία αλλά τον χρησιμοποιούν με ιδιόμορφο τρόπο καθώς παρουσιάζουν άμεση ή καθυστερημένη ηχολαλία. Το 85% των αυτιστικών που αναπτύσσουν λόγο περιορίζονται στην επανάληψη λέξεων ή φράσεων που άκουσαν από άλλους. Στο λόγο τους εμφανίζουν πολλές δυσκολίες στην χρήση αντωνυμιών κυρίως του «εσύ» και του «εγώ» καθώς και περίεργη προσωδία στη χρήση της φωνής τους (δυνατή ένταση, κακός ρυθμός). Η λειτουργική χρήση του λόγου σε διαφορετικές κοινωνικές καταστάσεις δυσκολεύει ιδιαίτερα τα άτομα με αυτισμό καθώς δεν κατανοούν την αλλαγή στο θέμα, μεταπηδούν από ένα θέμα στο άλλο, εμμένουν στο θέμα που τους ενδιαφέρει, δεν κατανοούν αφηρημένες έννοιες καθώς και μεταφορές και παρομοιώσεις. Τέλος δεν χρησιμοποιούν το λεξιλόγιο που γνωρίζουν για να δώσουν ή να ζητήσουν πληροφορίες και δεν αξιοποιούν τις γνώσεις τους για να ξεκινήσουν μια συζήτηση. (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2006)

Γ) Νοητική ανάπτυξη

Σύμφωνα με ερευνητικές εκτιμήσεις το 76-89% των παιδιών με αυτισμό παρουσιάζει νοητική καθυστέρηση, δηλαδή δείκτη νοημοσύνης κατώτερο του 70. Ο δείκτης νοημοσύνης αυτός σταθεροποιείται περίπου στα 5 έτη και αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τις μετέπειτα επιδόσεις του παιδιού σε ακαδημαϊκό και επαγγελματικό επίπεδο. Σε αντίθεση με τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση που παρουσιάζουν ελλείμματα σε όλους τους τομείς της νοητικής του ανάπτυξης, οι επιδόσεις των αυτιστικών παιδιών στις νοομετρικές δοκιμασίες διαφοροποιούνται ανάλογα με τα υποτέστ. Στην κλίμακα WISC τα αυτιστικά παιδιά παρουσιάζουν συνήθως υψηλότερες επιδόσεις στην πρακτική κλίμακα, στα υποτέστ των κύβων και χαμηλότερες επιδόσεις στην λεκτική κλίμακα και στα υποτέστ κατανόησης.

Οι άνθρωποι προσπαθούν να διαβάσουν τις σκέψεις και τις προθέσεις των άλλων, δηλαδή να κατανοήσουν πως νιώθουν, τι σκέφτονται, για πιο λόγο συμπεριφέρονται με τον τρόπο που συμπεριφέρονται. Αυτά φαίνεται να είναι απρόβλεπτα και ακατανόητα για ένα άτομο με αυτισμό, με αποτέλεσμα ακόμα και οι πιο απλές κοινωνικές καταστάσεις να φαίνονται μυστηριώδεις και τρομακτικές. Μια συναφή δυσκολία των αυτιστικών παιδιών είναι να κατανοήσουν τι ξέρει και τι δεν ξέρει ο άλλος ώστε να προσαρμόσουν την δική τους συμπεριφορά ανάλογα. Αυτή η δυσκολία έχει διερευνηθεί και τεκμηριωθεί στο γνωστό πείραμα «Σάλλυ και Άννυ».

Μια άλλη ομάδα ερευνητών έχει υποστηρίξει ότι τα αυτιστικά παιδιά παρουσιάζουν ελλείμματα στις λειτουργίες εκτελεστικού ελέγχου, οι οποίες είναι οι γνωστικοί μηχανισμοί που επιτρέπουν να εκτελούνται οι γνωστικές ενέργειες που είναι απαραίτητες για την επίλυση ενός προβλήματος και την επίτευξη ενός στόχου όπως ο προγραμματισμός, η μνήμη εργασίας, η αναστολή των ακατάλληλων αντιδράσεων, η αυτοκαθοδήγηση και άλλα. Πράγματι τα αυτιστικά παιδιά παρουσιάζουν μειωμένες επιδόσεις και έχουν την τάση να επεξεργάζονται τις πληροφορίες ως μεμονωμένα στοιχεία και όχι ως μέρη ενός συνόλου και αυτό έχει ως αποτέλεσμα και εξηγεί εν μέρει τόσο την εμφάνιση των ειδικών ταλέντων όσο

και τις ανώτερες επιδόσεις τους στο υποτέστ των κύβων στο WISC και σε άλλες ανάλογες δοκιμασίες. Τέλος είναι απαραίτητο να επισημανθεί ότι τα ελλείμματα αυτά δεν είναι ανεξάρτητα το ένα από το άλλο αλλά σχετίζονται μεταξύ τους και αλληλοεπηρεάζονται.(Frith, 1993)

1.3.4. Πείραμα «Σάλλυ και Άννυ»

Παιδιά με αυτισμό, με σύνδρομο Down και «φυσιολογικά» παιδιά παρακολούθησαν μια ταινία όπου δύο κοριτσάκια, η Άννυ και η Σάλλυ έπαιζαν μέσα σε ένα δωμάτιο. Κάποιο στιγμή, η Σάλλυ έβαλε ένα παιχνίδι μέσα σε ένα καλάθι και μετά έφυγε από το δωμάτιο. Τότε η Άννυ πήρε το παιχνίδι από το καλάθι και το έβαλε μέσα σε ένα κουτί . Στην συνέχεια η Σάλλυ επέστρεψε στο δωμάτιο. Τα παιδιά έπρεπε να απαντήσουν στην εξής ερώτηση: «Που θα ψάξει η Σάλλυ για το παιχνίδι της;». Προκειμένου να απαντήσουν σωστά, τα παιδιά θα έπρεπε να κατανοήσουν ότι η Σάλλυ είχε μια πεποίθηση διαφορετική από την δική τους καθώς δεν είχε παρακολουθήσει την μετακίνηση του παιχνιδιού από την Άννυ. Η σωστή απάντηση δόθηκε από το 85% των «φυσιολογικών» παιδιών και των παιδιών με σύνδρομο Down. Ωστόσο μόνο το 20% των παιδιών με αυτισμό απάντησε σωστά. Διαπιστώθηκε μάλιστα ότι τα παιδιά με αυτισμό που απάντησαν σωστά είχαν πολύ καλύτερες δεξιότητες επικοινωνίας και υψηλότερη νοημοσύνη από τα αυτιστικά παιδιά που έδωσαν λανθασμένη απάντηση. (Harpe, 1995)

1.4. Προβληματική της Πτυχιακής και Ερευνητικές Υποθέσεις

1.4.1. Εκπαίδευση

1.4.1.1. Ο ρόλος των γονέων

«Να αγαπάς το παιδί επειδή είναι αυτιστικό και όχι παρά το γεγονός ότι είναι αυτιστικό...»

- Wing

Είναι σπουδαίος ο ρόλος που παίζει κάθε γονέας στην ανάπτυξη του παιδιού του και ακόμη σπουδαιότερος όταν πρόκειται για παιδί με ειδικές ανάγκες και ιδιαίτερα παιδί με αυτισμό με τόσες ιδιορρυθμίες. Οι γονείς, που έχουν την ευθύνη των παιδιών τους και ζουν καθημερινά τ ο πρόβλημα, νιώθουν καλύτερα από τον καθένα το παιδί τους και, αν το καθοδηγηθούν σωστά, μπορούν να του προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια. Η βοήθεια, από μέρους των γονέων, έχει το πλεονέκτημα ότι προσφέρεται αδιάκοπα, μέσα στο φυσικό περιβάλλον του παιδιού, σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής και μάλιστα εντελώς εξατομικευμένα.

Η επίδραση των γονέων ωστόσο, είναι πιο σωστή, όταν εφαρμόζονται οι οδηγίες των ειδικών. Οι γονείς πρέπει να έχουν συχνές και προγραμματισμένες επαφές με τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο, τον ειδικό παιδαγωγό και όλους όσους ασχολούνται με το παιδί. Από τους ειδικούς θα μάθουν να αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους, να βάζουν στόχους ανάλογους με τις ιδιορρυθμίες και τις ικανότητες τους. Συνεργαζόμενοι με αυτούς θα μπορούν να συνεχίσουν τη θετική επίδραση στο σπίτι, εφαρμόζοντας τι ίδιες μεθόδους αγωγής, με αυτές των ειδικών.

Όταν εφαρμόζεται ένα πρόγραμμα βοήθειας, με την πάροδο του χρόνου βελτιώνεται σημαντικά η συμπεριφορά του παιδιού. Πολλές φορές, όμως, αν διακόπτει το πρόγραμμα, οι βελτιώσεις χάνονται. Επομένως, είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουν το πρόγραμμα βοήθειας, που εφαρμόζεται από τον ειδικό, για να μπορέσουν να το συνεχίσουν στο σπίτι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2. «Παιδί με Αυτισμό»

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

 <p>ΕΧΕΙ ΕΝΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟ ΤΡΟΠΟ ΣΚΕΨΗΣ</p>	 <p>ΤΟΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ ΜΟΝΟ ΕΝΑ ΟΡΙΣΜΕΝΟ ΘΕΜΑ ΑΝΤΙ ΓΙΑ ΠΟΛΛΑ</p>	 <p>ΑΙΦΟ ΑΛΛΗΤΙΚΑ ΕΧΕΙ ΑΣΤΕΙΑ ΜΑΛΑΚΙΑ</p> <p>Η ΕΙΛΙΚΡΙΝΕΙΑ ΤΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΚΑΙ ΝΑ ΕΝΟΧΛΗΣΕΙ ΚΑΜΜΙΑ ΦΟΡΑ</p>	 <p>ΔΕΝ ΦΟΒΑΤΑΙ ΕΥΚΟΛΑ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΘΑΡΡΑΛΕΟΣ</p>	 <p>ΟΤΙ ΠΕΡΙΣΤΡΕΦΕΤΑΙ ΤΟΥ ΚΙΝΕΙ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ</p>
 <p>ΠΑΙΖΕΙ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΓΝΙΔΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΑ ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ</p>	 <p>ΑΜΑ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΜΕΝΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΤΟΥ ΜΙΛΑΣ ΚΑΙ ΝΑ ΜΗΝ ΣΕ ΑΚΟΥΕΙ</p>	 <p>ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΤΑΧΤΙΚΟΣ ΜΕ ΤΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ</p>	 <p>ΑΜΑ ΑΛΛΑΞΕΙ ΚΑΤΙ ΘΑ ΤΟ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙ ΑΜΕΣΩΣ</p>	 <p>ΘΥΜΑΤΑΙ ΠΟΛΥ ΕΥΚΟΛΑ ΚΑΤΙ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΔΕΙ ΕΣΤΩ ΚΑΙ ΜΙΑ ΦΟΡΑ</p>
 <p>ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΝΑ ΤΟΝ ΑΓΓΙΖΟΥΝ ΟΤΑΝ ΤΟΥ ΜΙΛΑΝΕ</p>	 <p>ΠΑΙΖΕΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΑ ΜΟΝΟΣ ΤΟΥ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΒΑΡΙΕΤΑΙ</p>	 <p>ΠΑΡΑΤΗΡΕΙ ΚΑΙ ΒΛΕΠΕΙ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ</p>	 <p>ΕΧΕΙ ΜΙΚΡΟΤΕΡΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΑΠΟ ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ</p>	 <p>ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ!</p>

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

1.4.1.3. Ο ρόλος του εκπαιδευτικού

Είναι βέβαιο ότι οι γονείς δεν μπορούν να αντικαταστήσουν τους ειδικούς. Οι ειδικοί είναι αυτοί που θα κάνουν τη διάγνωση, θα δώσουν και θα εφαρμόσουν την κατάλληλη αγωγή.

Οι ειδικοί, ο καθένας στον τομέα του, προσφέρουν υπεύθυνη βοήθεια. Έχουν, όμως, το μειονέκτημα ότι ασχολούνται ορισμένο χρόνο, προσφέρουν βοήθεια έξω από το φυσικό περιβάλλον του παιδιού και, πολλές φορές, η βοήθεια αυτή είναι ομαδική.

Μερικές συμβουλές για εκπαιδευτικούς που έχουν στην τάξη τους μαθητές με σύνδρομο Asperger είναι οι παρακάτω:

1. Αν το παιδί στη τάξη δυσκολεύεται να ακολουθήσει τους κανόνες: σηκώνεται, πηγαίνει συχνά για νερό ή στην τουαλέτα, τρώει μέσα στην τάξη, εμφανίζει νευρική κατάσταση κ.α.
2. Κάντε σαφείς τους κανόνες της τάξης.
3. Φτιάξτε έναν κατάλογο με τους κανόνες και κολλήστε τον σε εμφανές σημείο
4. Ανατρέχετε στον κατάλογο για να υπενθυμίζετε τους κανόνες.
5. Αναθέστε του κάποιες αρμοδιότητες, όπως το να φέρνει κιμωλίες ή να μεταφέρει κάποιο μήνυμα στο γραφείο, ώστε να εκτονώνει με πιο αποδεκτούς τρόπους την κινητικότητά. (Κυπριωτάκης, 2000).

Εκπαίδευση παιδιών με σύνδρομο Άσπεργκερ

Το παιδί με σύνδρομο Asperger αποτελεί μια πρόκληση. Οι παιδαγωγοί πρέπει να έχουν μια ήρεμη διάθεση, να είναι προβλέψιμοι στις συναισθηματικές τους αντιδράσεις, ελαστικοί με το αναλυτικό πρόγραμμα και τον τρόπο διδασκαλίας ώστε να διευκολύνεται το παιδί, καθώς και να αναγνωρίζουν τα θετικά του στοιχεία. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μπορούμε να αντιληφθούμε τον κόσμο από την οπτική γωνία του παιδιού με σύνδρομο Asperger. Το χιούμορ μπορεί επίσης να βοηθήσει. Κάποιες φορές μπορεί να γοητεύσει τα παιδιά, ενώ κάποιες άλλες μπορεί να τους προκαλέσει σύγχυση. (Gray et al, 2003)

Ένα ενδιαφέρον χαρακτηριστικό του συνδρόμου Asperger είναι η ποικιλομορφία της έκφρασης των ενδείξεων από μέρα σε μέρα. Σε μια καλή μέρα, το παιδί συγκεντρώνεται, συμμορφώνεται, κοινωνικοποιείται και μαθαίνει αρκετά καλά, όμως άλλες μέρες μοιάζει τελείως απρόσεκτο, χωρίς αυτοπεποίθηση και ικανότητα. Μοιάζει σαν τα σημάδια να έρχονται ανά κύματα ή σαν «παλίρροια», ακολουθώντας μια κυκλική πορεία.

Σε τέτοιες μέρες είναι προτιμότερο να εστιάζομαστε στην επανάληψη δραστηριοτήτων, στις οποίες το παιδί έχει εξασκηθεί αρκετά και έχει επιτύχει και να κάνουμε υπομονή μέχρι η «παλίρροια» να υποχωρήσει και το παιδί να μπορέσει να προχωρήσει πάλι. Αν αυτές οι μέρες είναι πολύ συχνές, οι γονείς και οι παιδαγωγοί μπορούν να παρατηρήσουν συστηματικά και να καταγράψουν το κυκλικό αυτό φαινόμενο, προκειμένου να ελέγξουν τους εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να επηρεάζουν την εμφάνισή του.

Μπορεί ακόμα το παιδί να αισθανθεί άγχος αν ο παιδαγωγός της τάξης αντικατασταθεί προσωρινά από κάποιον άλλο δάσκαλο. Δεν έχει η σημασία η ηλικία του δασκάλου, το μέγεθος του σχολείου ή το αν είναι δημόσιο ή ιδιωτικό. Αυτό που έχει σημασία είναι το μέγεθος της τάξης. Οι θορυβώδεις

τάξεις, στις οποίες δεν υπάρχει συγκεκριμένο πλάνο είναι καλύτερο να αποφεύγονται. Τα παιδιά ανταποκρίνονται καλύτερα σε μία ήσυχη, καλά οργανωμένη τάξη, στην οποία επικρατεί μια ατμόσφαιρα ενθάρρυνσης και όχι κριτικής. Οι γονείς παρατηρούν ότι με κάποιους δασκάλους το παιδί προχωράει καλά, ενώ με κάποιους άλλους η χρονιά αποδεικνύεται καταστροφική και για τις δύο πλευρές. (Jordan, 2000).

Αν οι σχέσεις δασκάλου και παιδιού είναι αρμονικές, αυτό θα αντανακλάται και στη στάση των άλλων παιδιών της τάξης. Αν ο παιδαγωγός είναι υποστηρικτικός, τότε και τα άλλα παιδιά θα λειτουργήσουν ανάλογα. Αν οι παιδαγωγοί ασκούν κριτική και δείχνουν ότι θα προτιμούσαν το παιδί να αποκλειστεί από την τάξη και τα άλλα παιδιά θα υιοθετήσουν αυτή τη στάση. Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger βγάζουν το μητρικό ή το «επιθετικό» ένστικτο στα άλλα παιδιά. Ο παιδαγωγός πρέπει να ελέγχει και να καθοδηγεί τις αλληλεπιδράσεις του παιδιού για να διασφαλίζει την ηρεμία και την ασφάλειά του.

Είναι επίσης σημαντικό ο παιδαγωγός να υποστηρίζεται συναισθηματικά και πρακτικά από τους συναδέλφους και τη διοίκηση του σχολείου. Ο παιδαγωγός και το σχολείο θα πρέπει να κάνουν κάποιες ειδικές παραχωρήσεις. Για παράδειγμα, αν το παιδί βρίσκει ότι η σχολική συνέλευση είναι ενοχλητική λόγω θορύβου, ίσως είναι φρονιμότερο να περιμένει ήσυχα στην τάξη του κατά τη διάρκεια της συνέλευσης. Ειδικές ρυθμίσεις μπορεί να γίνουν και για τα σχολικά τεστ και τις εξετάσεις, όταν η απόδοση του παιδιού επηρεάζεται λόγω άγχους ή κατάθλιψης. (Jordan, Powell, 2001)

Υπάρχουν πολλά ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για μαθητές που παρουσιάζουν αναπτυξιακές διαταραχές που όμως δεν αποτελούν "πανάκεια" για όλα τα παιδιά. Τα προγράμματα αυτά λειτουργούν ως πολύ καλά εργαλεία στα χέρια του εκπαιδευτικού ο οποίος τα χρησιμοποιεί προσαρμόζοντάς τα σύμφωνα με τις ανάγκες των μαθητών του.

Βασική προϋπόθεση για τη χρησιμοποίηση αυτών των προγραμμάτων είναι η εφαρμογή συγκεκριμένης μεθοδολογίας και ειδικών εκπαιδευτικών τεχνικών που απορρέουν από τη βαθιά κατανόηση της διαταραχής που παρουσιάζουν οι μαθητές. Ιδιαίτερα για τα παιδιά που παρουσιάζουν Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος η κατάλληλη εκπαίδευση είναι αυτή που λαμβάνει υπόψη:

1. τη φύση της διαταραχής και τη διαφορετικότητα στον τρόπο αντίληψης του κόσμου
2. την φυσιολογική ανάπτυξη και ιδιαίτερα τον τρόπο που το φυσιολογικό παιδί αντιλαμβάνεται τον κόσμο και επεξεργάζεται τις πληροφορίες που εισέρχονται από τις αισθητηριακές οδούς και τη γνώση στρατηγικών που έχουν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στον αυτισμό.

Σε κάθε περίπτωση η σωστή εκπαίδευση είναι εκείνη που ξεκινώντας με αυτές τις γνώσεις, μέσω της πρακτικής εφαρμογής διαρκώς βελτιώνεται προσαρμοζόμενη στις εκάστοτε ανάγκες των παιδιών. Καθώς λοιπόν δεν υπάρχει συνταγολόγιο για το τι ακριβώς θα κάνουμε, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η εκπαίδευση των παιδιών με Αναπτυξιακές διαταραχές εμπεριέχει πολλά στοιχεία πειρατισμού που βασίζεται όμως σε συγκεκριμένες αρχές και διαδικασίες. Σε ότι αφορά στο σχεδιασμό του εκπαιδευτικού προγράμματος για μαθητές με σοβαρή αναπτυξιακή διαταραχή απαιτείται η εξισορρόπηση ανάμεσα στους γενικούς στόχους που θέτει η εκπαιδευτική πολιτική, στην ιεράρχηση των αναγκών των μαθητών, στην αποσαφήνιση του εκπαιδευτικού πλαισίου για τον τρόπο λειτουργίας του και στις προτεραιότητες που θέτουν οι ίδιοι οι γονείς για τα παιδιά τους. (Καλύβα, 2005).

1.4.1.3. Ειδικό κέντρο θεραπείας

Οι γνώμες δίστανται σχετικά με το αν πρέπει το παιδί με αυτισμό να μένει στην οικογένεια ή σε ειδικό κέντρο θεραπείας.

Ορισμένοι ισχυρίζονται ότι στο ειδικό κέντρο η βοήθεια είναι πιο σωστή, γιατί το παιδί δέχεται την επίδραση ειδικευμένων ατόμων σε όλη την διάρκεια της ημέρας και δεν υπάρχει φόβος να καταστραφεί το έργο τους από τις άστοχες επιδράσεις των γονέων. Οι περισσότεροι, όμως, υποστηρίζουν ότι δεν πρέπει το παιδί να απομακρύνεται από την οικογένεια, γιατί μονό σε αυτή θα νιώσει ασφάλεια και θα βρει τα συναισθηματικά στηρίγματα, που είναι απαραίτητα για τη βελτίωση του.

Συμφωνούμε με αυτούς που υποστηρίζουν να μην τοποθετείται το παιδί σε ίδρυμα. Σε κανένα ίδρυμα δε θα βρει τη θαλπωρή του σπιτιού. Ο ειδικός, όσο καλή διάθεση κι αν έχει, δεν μπορεί να αντικαταστήσει τους γονείς- και κύριος τη μητέρα. Μονό στις περιπτώσεις, που οι γονείς είναι ανίκανοι να φροντίσουν τα προβληματικά παΐδια τους, ενδείκνυται η εισαγωγή και μόνιμη διανομή των παιδιών σε ίδρυμα.

Απαραίτητο είναι να εισάγεται το παιδί σε νοσοκομείο, για όσο χρόνο χρειάζεται, όταν η κατάσταση του είναι πολύ σοβαρή (άρνηση τροφής, επικίνδυνοι αυτοτραυματισμοί, συχνές επιληπτικές κρίσεις κ.λ.π.).

Η εκπαίδευση στην εφηβική ηλικία

Στην εφηβική ηλικία, η εκπαίδευση των αυτιστικών θα εξαρτηθεί περισσότερο από τις νοητικές τους ικανότητες, από τις γνώσεις που αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, από την βελτίωση της συμπεριφοράς τους και από την ικανότητα για επικοινωνία με άλλους. Δεν θα γίνει ιδιαίτερος λόγος για όσα παιδιά έχουν λίγες αυτιστικές τάσεις και φυσιολογική νοημοσύνη, γιατί πρέπει να συνεχίσουν τις σπουδές τους στη μέση εκπαίδευση με τα φυσιολογικά άτομα. Όσοι δεν παρουσιάζουν νοητική υστέρηση και έχουν αποκτήσει αρκετές γνώσεις από την εκπαίδευση στο δημοτικό, έχουν βελτιώσει συμπεριφορά και επικοινωνία, μπορούν να ωφεληθούν από την φοίτηση τους στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση, αρκεί βέβαια οι καθηγητές αλλά και οι συμμαθητές τους να είναι ευαισθητοποιημένοι και να τους διακρίνει επιείκεια. Όσον αφορά τα παιδιά, τα οποία παρουσιάζουν μέτρια νοητική ικανότητα θα συνεχιστεί η εκπαίδευση τους σε ειδικές μονάδες, με σκοπό την απόκτηση συνηθειών και τη στοιχειώδη αυτοεξυπηρέτηση. Τα παιδιά όμως, που παρουσιάζουν βαριά νοητική υστέρηση, θα πρέπει να τους προσφέρεται αυτό που τους χρειάζεται από την οικογένειά τους, δηλαδή συνεχή φροντίδα και αγάπη μιας και η εκπαίδευση δεν μπορεί να προσφέρει τίποτα αξιόλογο. (Σταμάτης,1987).

1.4.2. Θεραπεία Αυτισμού

1.4.2.1. Παρέμβαση

Ο Αυτισμός μέχρι σήμερα:

- δεν προλαμβάνεται με προγεννητικούς ελέγχους.
- δεν θεραπεύεται.

Έτσι τα παιδιά με Αυτισμό θα γίνουν ενήλικες με Αυτισμό.

Δεν υπάρχει συμφωνία στη θεραπευτική προσέγγιση. Όλοι όμως συμφωνούν στην αναγκαιότητα της έγκαιρης πρώιμης Διάγνωσης και Αντιμετώπισης, για να αξιοποιηθούν οι μεγάλες δυνατότητες της πλαστικότητας του εγκεφαλικού κυττάρου στο παιδί και η καταλυτική επίδραση μας στην εξέλιξη του. Έτσι θα υπάρχουν ελπίδες βελτίωσης της ανάπτυξης του και μείωσης των παθολογικών συμπεριφορών.

Τα άτομα με αυτισμό χρειάζονται από όλους μας :

- Αγάπη, στοργή, φροντίδα.
- Περιβάλλον ήρεμο και χαρούμενο.
- Κατανόηση, ενθάρρυνση, επιβράβευση.
- Σταθερή, ήρεμη και ενθαρρυντική προσέγγιση.
- Εξασφάλιση δομημένου περιβάλλοντος, σε κατάλληλο εκπαιδευτικό πλαίσιο.
- Σωστές εκπαιδευτικές προσεγγίσεις.
- Προσωπικό με γνώσεις, κατανόηση και υπομονή.

Είναι αλήθεια ότι μερικά ικανά άτομα με αυτισμό μαθαίνουν να λειτουργούν με τρόπους φυσιολογικούς. Αυτό ονομάζεται «αποθεραπεία». Επίσης ένας σημαντικός αριθμός ατόμων με αυτισμό παρουσιάζει βελτίωση στην ανάπτυξη ικανοτήτων, όμως δεν μπορούν να ζήσουν αυτόνομα. Και άλλα, που με τη βοήθεια της οικογένειας και των εκπαιδευτικών τους αντιμετώπισαν το πρόβλημα τους και ζουν αξιοπρεπώς. Αυτό συμβαίνει στα άτομα με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό που μπορούν να σπουδάσουν και να διαπρέψουν στην εργασία τους. (Αυτισμός-Ελπίδα, 2000)

1.4.2.2. Θεραπευτικές μέθοδοι

Οι μέθοδοι των μαθητών με αυτισμό εστιάζονται στις αναφερόμενες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις:

1. Η μέθοδος TEACCH (Treatment & Education of Autistic and related Communication Handicapped Children). Η μέθοδος επικεντρώνεται στην κατανόηση και διαχείριση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών αυτών των ατόμων, έτσι ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη αυτονομία σε όλα τα επίπεδα λειτουργικότητας, ανάλογα με τις ικανότητες του ατόμου. Χρησιμοποιούνται συμπεριφορικές τεχνικές, όπως η διαμόρφωση και οι ενισχύσεις και ενσωματώνονται εναλλακτικές μορφές επικοινωνίας, όπως τα σύμβολα και οι χειρομορφές (Καραντάνος, 1999).

2. Οι Εναλλακτικές/Υποστηρικτικές μορφές Επικοινωνίας είναι αποτέλεσμα της στροφής του ενδιαφέροντος από την ενίσχυση της ομιλίας στην ενίσχυση της επικοινωνίας. Τα παιδιά με αυτισμό έχουν δυσκολία στο να κατανοήσουν το πώς λειτουργεί η κοινωνική επικοινωνία ενώ επιπλέον δεν αντλούν ευχαρίστηση από αυτή (κουβέντα για την κουβέντα). Όμως, τα επικοινωνιακά ελλείμματα οδηγούν στην ανάπτυξη προκλητικών/ προβληματικών συμπεριφορών. Οι Εναλλακτικές/Υποστηρικτικές μορφές Επικοινωνίας χρησιμοποιούν το σχετικό ισχυρό σημείο των ατόμων με αυτισμό, την οπτική αντίληψη, για να βοηθήσουν τη μάθηση, να αυξήσουν την κατανόηση και την ομιλία και να προσφέρουν μια εναλλακτική για την έκφραση των αναγκών τους, των επιθυμιών και των συναισθημάτων τους. Οπτική υποστήριξη μπορεί να προσφερθεί μέσω χειρομορφών (λ.χ. MAKATON), αλλά και με πραγματικά αντικείμενα, φωτογραφίες, σύμβολα ή γραπτές λέξεις, ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού.

3. Το PECS συνδυάζεται πολύ με άλλες παρεμβάσεις όπως το TEACCH και το Lovaas/ABA και αποτελεί πρώτη επιλογή για τα σχολεία ειδικής αγωγής στην Μ. Βρετανία. Τα βασικά του πλεονεκτήματα είναι ότι διδάσκει στο παιδί την έννοια της επικοινωνιακής πρόθεσης και δεν απαιτεί βλεμματική επαφή ούτε και την εκπαίδευση των υπολοίπων ατόμων γύρω του, όπως χρειάζεται στη χρήση χειρομορφών. (Καραντάνος, et al., 1999).

4. Κοινωνικές Ιστορίες: Ένα καλό μέσο για τη βελτίωση της κοινωνικής κατανόησης τους αποτελούν οι κοινωνικές ιστορίες. Η Carol Gray(1944) ανέπτυξε αυτή την προσέγγιση και την εφάρμοσε για να αντιμετωπίσει τα κοινωνικά και επικοινωνιακά προβλήματα που εκδηλώνουν τα παιδιά με αυτισμό. (Καλύβα, 2005). Οι κοινωνικές ιστορίες, δημιουργούνται ως απάντηση σε μια προβληματική κατάσταση για να εξηγήσουν τα κοινωνικά πως και γιατί, αλλά και για να επιδοκιμάσουν τα θετικά βήματα του παιδιού. Οι ιστορίες πρέπει να είναι σχεδιασμένες ειδικά για το καθένα, ανάλογα με τις ανάγκες, τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητες του. Περιλαμβάνουν πληροφορίες για τα δεδομένα της κατάστασης, πιθανές

αντιδράσεις των άλλων σε αυτήν και κατευθυντικές δηλώσεις για τις κατάλληλες ή επιθυμητές κοινωνικές απαντήσεις. Χρησιμοποιούνται συγκεκριμένοι τύποι προτάσεων (συνήθως αποτελούνται από δύο έως πέντε προτάσεις) με κατάλληλη αναλογία, ενώ η ενσωμάτωση οπτικών βοηθημάτων αυξάνει την αποτελεσματικότητα (Καλύβα,2005).

5. Αισθητηριακή Ολοκλήρωση: Σήμερα γίνεται ολοένα και περισσότερη αποδεκτή η άποψη ότι ο αυτισμός και πολλές διαταραχές της μάθησης και συμπεριφοράς οφείλονται σε διαταραχές στο συντονισμό των αισθητηρίων οργάνων, στην επεξεργασία των προϊόντων τους και στην έλλειψη αισθητηριακής ολοκλήρωσης. Συχνά τα παιδιά μπορεί να ωφεληθούν από μια παρέμβαση στην κατεύθυνση της αισθητηριακής ολοκλήρωσης στη λογική ότι η συντριπτική πλειοψηφία παρουσιάζει αισθητηριακές δυσλειτουργίες, που μπορούν να βρισκονται κάτω από αρκετά προβλήματα συμπεριφοράς και προσαρμογής των παιδιών με αυτισμό. Με τη θεραπεία προσφέρονται στο παιδί απλά δομημένα και ελεγχόμενα ερεθίσματα στα οποία μαθαίνει να αντιδρά. Η θεραπεία ξεκινά από το επίπεδο ολοκλήρωσης που κατέχει επαρκώς το παιδί και προχωρεί σταδιακά στα επόμενα επίπεδα μέχρις ότου επιτευχθεί, όσο φυσικά γίνεται, η κανονική ολοκλήρωση. Τέλος με τη μορφή αυτής της θεραπείας επιτυγχάνεται συντονισμός και συνεργασία των γνωστικών λειτουργιών σε όλα τα επίπεδα και δημιουργούνται προϋποθέσεις για ετοιμότητα και παρώθηση μάθησης στις ανώτερες περιοχές των εγκεφαλικών στρωμάτων. (Κυπριωτάκης, 2000).

6. Φαρμακοθεραπεία: Ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων με αυτισμό παρουσιάζει επιθετικές συμπεριφορές ή και νοσηρές καταστάσεις (άγχος, τικ, κατάθλιψη) που μπορούν να περιπλέξουν την εικόνα και να αποτελέσουν ένα περαιτέρω εμπόδιο για την αποτελεσματική εκπαίδευση και την κοινωνική προσαρμογή τους. Τέτοιες δυσκολίες πρέπει να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται. Αν αποτύχουν σε αυτό οι συμπεριφορικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις τότε η χρήση φαρμακευτικών παραγόντων αποτελεί μια εναλλακτική ή ακόμα και μια ανάγκη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2. Σύγκριση παιδιών με αυτισμό προσχολικής ηλικίας με τυπικά παιδιά προσχολικής ηλικίας. (συνέχεια)

Έχουν : * Δεν έχουν: -	Παιδί με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού	Τυπικό παιδί
Προβλήματα επικοινωνίας	*	-
Ανταγωνιστικότητα	*	*
Βλέπουν το μικρό και όχι το γενικό	*	-

Διακεκομμένη μνήμη	*	-
Καλή μνήμη	*	-
Τους αρέσει η ρουτίνα	*	-
Παρακολουθούν σαπουνόπερες. Επηρεάζονται.	*	-
Παρακολουθούν διαφημίσεις.	*	-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2. Σύγκριση παιδιών με αυτισμό προσχολικής ηλικίας με τυπικά παιδιά προσχολικής ηλικίας. (συνέχεια)

Υπερβολική προσκόλληση στον ένα γονέα.	*	*
Δουλεύουν τέλεια όταν κάνουν μια δουλειά.	*	-
Έντονη όσφρηση.	*	-
Στενή και ιδεοληπτική προσοχή	*	-
Βλεμματική επαφή.	-	*
Εκφραστικότητα.	-	*
Τάσεις απομόνωσης.	*	-
Ελάχιστα ενδιαφέροντα.	*	-
Διάσπαση.	*	-
Συγκεκριμένη σκέψη.	*	-
Δυσκολία συνδυασμού ή συσχέτισης ιδεών.	*	-
Αίσθηση κινδύνου.	-	*
Κατά την αρχή της μίμησης.	-	*
Διάκριση σημαντικού από ασήμαντο.	-	*
Συγχρονισμός σήματος.	-	*
Αυτογνωσία.	-	*
Κίνητρα.	-	*
Αυτόματη μνήμη.	*	-
Ευκολία στους διαλόγους.	-	*

Λεπτές κινητικές δυσκολίες.	*	-
Πρόβλημα με την απόσταση.	*	-
Ακαμψία στη σκέψη.	*	-
Έλλειψη φαντασίας.	*	-
Δυσκολία στη μάθηση.	*	-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2. Σύγκριση παιδιών με αυτισμό προσχολικής ηλικίας με τυπικά παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Φίλους.	-	*
Εμπάθεια.	-	*
Βούληση.	-	*
Κυριολεκτική σκέψη.	-	*
Γενίκευση.	-	*
Αντίληψη της πραγματικότητας.	-	*
Φαντασία.	-	*

(Παπαγεωργίου, 2000) (Καλύβα, 2005)

1.4.3. 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 χιμπατζήδες 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. Happe, 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.

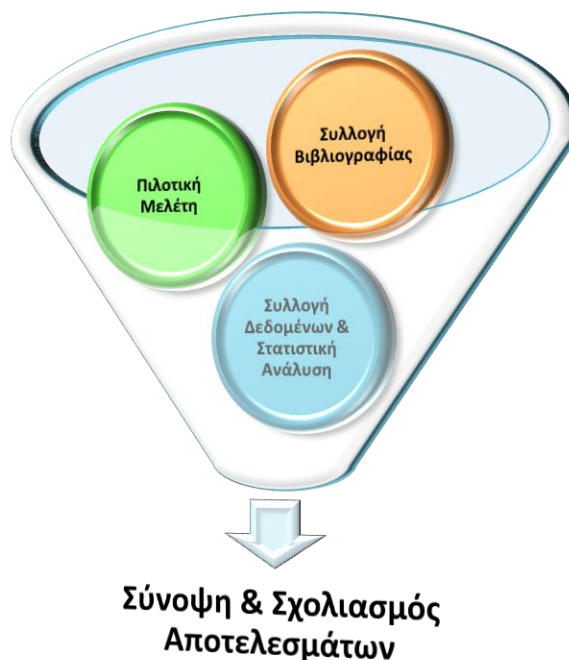
Η «θεωρία του Νου» απαντά σε μερικές μόνο ερωτήσεις για τα παιδιά με αυτισμό, όχι σε όλες. Παραμένει περιορισμένη, ενώ πολλά στοιχεία της δεν έχουν εξεταστεί και δεν έχει αποδειχθεί η ισχύς τους στον αυτισμό. Γι' αυτό δέχεται πολλές κριτικές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Υλικά και Μέθοδοι

2.1. Ο Σχεδιασμός της Έρευνας

Σε αυτό το κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας πάνω στο αυτιστικό φάσμα, το ερευνητικό σχέδιο, ο προσδιορισμός των μεταβλητών, η επιλογή των συμμετεχόντων, η οργάνωση της έρευνας, η διαδικασία συλλογής δεδομένων, η συλλογή δεδομένων και καταγραφής, η επεξεργασία των στοιχείων και η στατιστική ανάλυση. Επίσης παρουσιάζονται και οι περιορισμοί της έρευνας αυτής.

Η έρευνα χωρίστηκε σε πέντε μέρη. Το πρώτο μέρος σχετίζεται με την συλλογή της βιβλιογραφίας. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει την μετάφραση στην ελληνική γλώσσα της κλίμακας AQ. Μετά ακολουθούν οι έρευνες για τον καθορισμό των ερεθισμάτων προ της έρευνας στάθμισης. Το τρίτο μέρος της έρευνας περιέλαβε την πρώτη στάθμιση της κλίμακας AQ. Το τέταρτο μέρος σχετίζεται με την χορήγηση της κλίμακας AQ σε φυσιολογικό ενήλικο πληθυσμό. Το πέμπτο μέρος σχετίζεται με την κωδικοποίηση και την εισαγωγή δεδομένων και την ανάλυση των στοιχείων και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.



Σχήμα 2.1. Ο Σχεδιασμός της Έρευνας.

2.2. Ο Καθορισμός Πληθυσμού και το Μέγεθος του Δείγματος

Στην παρούσα έρευνα η μεταφρασμένη και προσαρμοσμένη κλίμακα AQ χορηγήθηκε συνολικά σε 325 μάρτυρες. Η επιλογή του δείγματος, αν και είχε μία ηλικιακή ομοιογένεια, έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή κατάσταση και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Το παρόν δείγμα είχε ποικίλο εκπαιδευτικό επίπεδο. Να σημειωθεί ότι για να επιτευχθεί η χορήγηση της κλίμακας και των μετρήσεων, χρειάστηκε να γίνει διαβεβαίωση σε όλους τους συνοδούς των εξεταζόμενων και στους ίδιους τους εξεταζόμενους ότι τα προσωπικά στοιχεία θα παραμείνουν απόρρητα και ότι θα υπογράψουν την επιστολή συμμετοχής στην έρευνα.

2.3. Τα Μέσα και ο Τρόπος Συλλογής Δεδομένων

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα AQ η οποία είχε προεπιλεγεί. Η διαδικασία χορήγησης του ερωτηματολογίου έγινε σε τυπικό ενήλικο πληθυσμό που κατοικεί στην Ελλάδα. Ζητήθηκε από κάθε εξεταζόμενο/η να μας δηλώσει την απάντηση εκείνη η οποία τον/την αντιπροσωπεύει καλύτερα. Οι πιθανές απαντήσεις ήταν 4 (Συμφωνώ/ Συμφωνώ εν μέρη/ Διαφωνώ εν μέρει/ Διαφωνώ). Όλα τα φυλλάδια απαντήσεων ήταν ανώνυμα όσον αφορά στα δημογραφικά στοιχεία που ζητήθηκαν και όλες οι ερωτήσεις χορήγησης των τεστ είχαν απρόσωπο χαρακτήρα. Όλα τα ερωτηματολόγια AQ, χορηγήθηκαν στη διάρκεια ενός μήνα.

2.3.1. Οι Κλίμακες Καταγραφής των Διαταραχών Επικοινωνίας και Λόγου

Στο παρόν υποκεφάλαιο αναλύεται η κλίμακα AQ η οποία επιλέχθηκε για να συγκροτηστεί το πρωτόκολλο αξιολόγησης των πιθανών διαταραχών του αυτιστικού φάσματος και του συνδρόμου Asperger στους πληθυσμούς οι οποίοι αξιολογήθηκαν. Αναλύεται ο τρόπος βαθμολόγησης της κλίμακας, παρουσιάζονται συμπεράσματα μελετών από ειδικούς επιστήμονες και επεξηγούνται τα πιθανά αποτελέσματα που προκύπτουν από την χορήγηση του τεστ για το κάθε σκορ ξεχωριστά.

2.3.1.1. Κλίμακα AQ (The Autistic-Spectrum Quotient)

Το AQ (Autistic – Spectrum Quotient) αναπτύχθηκε από το ARC για να δοκιμάσει εάν οι ενήλικες με υψηλή λειτουργία αυτισμού ή συνδρόμου Asperger είναι απλώς ένα άκρο σε

μια διάσταση αυτιστικών χαρακτηριστικών που τρέχει κατευθείαν στον γενικό πληθυσμό. Είναι ένα χρήσιμο εργαλείο, αλλά δεν είναι σε καμία περίπτωση μια μορφή διάγνωσης για διαταραχή του φάσματος του αυτισμού ή για το σύνδρομο Asperger.

Ο Simon Baron-Cohen (2001), ένας ψυχολόγος από το ερευνητικό κέντρο Autism του Cambridge, βοηθήθηκε από τους συναδέλφους του στην ανάπτυξη αυτού του τεστ AQ. Αυτό το τεστ Autism Spectrum Quotient δημιουργήθηκε για να δώσει μια ένδειξη των χαρακτηριστικών διαταραχής του φάσματος του αυτισμού σε ενήλικες.

Μια εφηβική και μια παιδική έκδοση του AQ είναι επίσης υπό ανάπτυξη και θα αποτελούν διαδικασία αξιολόγησης των σύντομων μορφών όλων των εξετάσεων AQ. Η χρήση τους θα γίνεται στην πρωτοβάθμια κλινική πρακτική δίνοντας πιθανές «κόκκινες σημαίες», για επιπλέον παραπομπή σε κάποιον ιατρό και αναγνώριση της διαταραχής.

2.3.1.2. Βαθμολόγηση Κλίμακας

Το τεστ ASQ αποτελείται από 50 ερωτήσεις. Το εύρος της βαθμολογίας που προκύπτει από τις απαντήσεις κυμαίνεται από 0 έως 50. Οι πιθανές απαντήσεις είναι 4 και είναι οι: Συμφωνώ/ Συμφωνώ εν μέρη/ Διαφωνώ εν μέρη/ Διαφωνώ. Ένας βαθμός δίνεται για τις απαντήσεις «Συμφωνώ/ Συμφωνώ εν μέρη» στις ερωτήσεις: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 33, 35, 39, 41, 42, 43, 45, 46 και στις απαντήσεις «Διαφωνώ/ Διαφωνώ εν μέρη» στις ερωτήσεις: 3, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 40, 44, 47, 48, 49, 50, αντίστοιχα.

Εάν η βαθμολογία στο ASQ που προέκυψε είναι πάνω από 31, τότε ο εξεταζόμενος μπορεί να απευθυνθεί σε έναν ιατρό για να κάνει περαιτέρω εξετάσεις και για να καθορίσει το 100% αν έχει ASD ή Asperger.

2.3.1.3. Συμπεράσματα Μελετών

Μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα με κλινική διάγνωση τείνουν να βαθμολογούνται με σκορ μεγαλύτερο από το 32 από τα 50 στο AQ. (Baron-Cohen et al., 2001; Woodbury Smith, Robinson, Wheelwright & Baron-Cohen, 2005) Οι συγγενείς πρώτου βαθμού τείνουν να σημειώνουν υψηλότερο σκορ από το μέσο όρο, οι άντρες στον γενικό πληθυσμό τείνουν να βαθμολογούνται υψηλότερα από τις γυναίκες και οι επιστήμονες τείνουν να έχουν βαθμολογία μεγαλύτερη από τους μη επιστήμονες στο AQ.

Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι 16,4 ήταν η μέση βαθμολογία που έλαβαν οι άνθρωποι στην πρώτη μεγάλη δοκιμή αυτού του τεστ αυτισμού. Ένα άλλο σημείο ενδιαφέροντος είναι ότι περίπου το 80% αυτών που διαγνώστηκαν με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού έχουν βαθμολογία AQ 32 ή υψηλότερη από το μέγιστο των 50. Βρέθηκε επίσης από δίδυμες μελέτες ότι η AQ δείχνει κληρονομικότητα και διαπολιτισμική σταθερότητα και ότι προβλέπει κλινική διάγνωση. Αυτή τη στιγμή διερευνάται από επιστήμονες αν το AQ ενηλίκων μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο ελέγχου για την ανίχνευση μη διαγνωσμένων περιπτώσεων αυτισμού ή του συνδρόμου Asperger.

Βρέθηκε επίσης ότι οι γενετικοί πολυμορφισμοί (SNPs), τα πρότυπα της εγκεφαλικής δραστηριότητας και της δομής του εγκεφάλου και τα πρότυπα του ορμονικού προφίλ, σχετίζονται με το AQ.

2.3.3.4 Αποτελέσματα Βαθμολογίας

Σύμφωνα με το κάθε σκορ προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα:

- **0-11:** χαμηλό αποτέλεσμα - που δεν δείχνει καθόλου τάση προς αυτιστικά χαρακτηριστικά
- **11-21:** είναι το μέσο αποτέλεσμα που οι άνθρωποι παίρνουν (πολλές γυναίκες κατά μέσο όρο περίπου 15 και άνδρες περίπου 17)
- **22-25:** δείχνει αυτιστικές τάσεις λίγο πάνω από το μέσο όρο του πληθυσμού
- **26-31:** δίνει μια οριακή ένδειξη μιας διαταραχής φάσματος του αυτισμού. Είναι επίσης πιθανό να υπάρχει αστραπές ή ήπιος αυτισμός μέσα σε αυτό το εύρος.
- **32-50:** υποδεικνύει μια ισχυρή πιθανότητα του συνδρόμου Asperger ή του αυτισμού.
- Στην πραγματικότητα, βαθμολογίες 32 ή παραπάνω είναι ένας από τους ισχυρούς δείκτες της ύπαρξης ως ASD.

2.4. Η Μετάφραση και η Προσαρμογή της Κλίμακας

Η διαδικασία μετάφρασης της κλίμακας από τα αγγλικά στα ελληνικά έγινε με την παρακάτω διαδικασία: η αρχική έκδοση μεταφράστηκε, ανεξάρτητα, από την ομάδα μεταφραστών του τμήματος της Λογοθεραπείας του ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ. Η ομάδα αποτελείται από φοιτητές του τμήματος, οι οποίοι είχαν επάρκεια σε γραπτό και προφορικό επίπεδο της αγγλικής γλώσσας.

Οι τελικές ελληνικές εκδόσεις δόθηκαν σε τρεις δίγλωσσους (ελληνικών-αγγλικών) κριτές, μαζί με τις αγγλικές εκδόσεις για να επιβεβαιώσουν το τελικό αποτέλεσμα. Τέλος δυο λογοθεραπευτές και ένας γλωσσολόγος – ο οποίος επιμελήθηκε τις αλλαγές σε γλωσσικό και λεξιλογικό επίπεδο – επιλέχτηκαν για να ελέγξουν αν οι προσαρμογές ήταν επαρκείς και μας επιβεβαίωσαν την τελική ελληνική έκδοση.

2.5. Οι Στατιστικές Αναλύσεις

Ο έλεγχος της κανονικότητας του δείγματος έγινε με Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk τεστ. Οι μεταβλητές που ακολουθούσαν κανονική κατανομή εκφράζονται σε μέσους όρους (Means) και τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviations = SD). Οι μεταβλητές οι οποίες δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή, εκφράστηκαν σε μέση τιμή (Median) Οι ποιοτικές μεταβλητές εκφράστηκαν ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες. Για τη σύγκριση των αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το chi-square τεστ και students t-test. Ο έλεγχος Mann-Whitney U χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των συνεχών μεταβλητών μεταξύ των δύο ομάδων μελέτης. Επίσης, ο έλεγχος Kruskal-Wallis H χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των συνεχών μεταβλητών μεταξύ όλων των ομάδων μελέτης. Για τον έλεγχο εσωτερικής συνοχής (συνάφειας) και για την αξιοπιστία της κλίμακας ο δείκτης a-Cronbach υπολογίστηκε. Όλες οι αναφερόμενες p values ήταν δικατάληκτες (two-tailed). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας των αναλύσεων καθορίστηκε στο $p < 0.05$. Οι στατιστικές αναλύσεις έγιναν με το στατιστικό πακέτο SPSS (version 19.0, Armonk, NY, USA).

2.6. Οι Περιορισμοί

Κατά τη διάρκεια διεκπεραίωσης της έρευνας παρουσιάστηκαν κάποια προβλήματα που είχαν ως συνέπεια την αναστολή της: Κάποιοι εξαιτίας της έλλειψης γνώσεων στον τομέα των ερευνών μάς αντιμετώπισαν αποθετικά κατά την διάρκεια των πιλοτικών ερευνών. Κάποιοι άλλοι αρνήθηκαν να τους γίνει η χορήγηση των τεστ για προσωπικούς τους λόγους ή λόγους που δεν έγιναν γνωστούς σε εμάς. Συνέπεια όλων αυτών ήταν η μείωση του αριθμού του δείγματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο Αποτελέσματα της Έρευνας

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τα στατιστικά αποτελέσματα της μελέτης κοινώς περιλαμβάνονται τα στατιστικά αποτελέσματα που προέκυψαν μέσω της συλλογής του δείγματος της έρευνας και της κωδικοποίησης των δεδομένων που καταγράφηκαν.

3.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ

Σε αυτό το υποκεφάλαιο αναφέρονται τα δημογραφικά και συγκριτικά δεδομένα που προέκυψαν από την χορήγηση της κλίμακας. Στον πίνακα 3-1, ο οποίος ακολουθεί, περιέχει συγκεντρωτικά δημογραφικά δεδομένα τον αριθμό αντρών και γυναικών στο σύνολο του δείγματος και ανά ηλικιακή ομάδα.

Πίνακας 3-1. Τα δημογραφικά δεδομένα της μελέτης.

	Ηλικία	N Αντρες/Γυναίκες	p-level
Ηλικιακή ομάδα 18-30 ετών	21.63 (\pm 2.17)	49	NS
Ηλικιακή ομάδα 30-40 ετών	34.13 (\pm 2.96)	50	NS
Ηλικιακή ομάδα 40-50 ετών	43.93 (\pm 3.35)	84	NS
Ηλικιακή ομάδα 50-60 ετών	53.98 (\pm 3.24)	62	NS
Ηλικιακή ομάδα 60-70 ετών	63.85 (\pm 2.93)	40	NS
Ηλικιακή ομάδα 70+ ετών	74.91 (\pm 4.70)	40	NS
Σύνολο Δείγματος	46.84 (\pm 17.03)	325 150/175	NS

Οι τιμές είναι σε μέσους όρους \pm τυπικές αποκλίσεις/ p-level < .05

Το σύνολο του δείγματος είχε μέσο όρο ηλικίας τα 46.84 έτη με τυπική απόκλιση τα 17.03 έτη με εύρος 18 έως 91 ετών. Η ηλικιακή υποομάδα 18 έως 30 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 21.63 έτη με τυπική απόκλιση τα 2.17 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 30 έως 40 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 34.13 έτη με τυπική απόκλιση τα 2.96 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 40 έως 50 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 43.93 έτη με τυπική απόκλιση τα 3.35 έτη. Η ηλικιακή

υποομάδα 50 έως 60 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 53.98 έτη με τυπική απόκλιση τα 3.24 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 60 έως 70 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 63.85 έτη με τυπική απόκλιση τα 2.93 έτη. Η ηλικιακή υποομάδα 70+ ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 74.91 έτη με τυπική απόκλιση τα 4.70 έτη.

Παρακάτω παρουσιάζονται οι συγκρίσεις των μέσων τιμών με βάση το φύλο, για το συνολικό σκορ της κλίμακας με ένα Mann-Whitney U test. Συγκεκριμένα καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν εντοπίστηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών, $U = 13048.500$, NS για το συνολικό σκορ της κλίμακας αυτοαντίληψης της ικανότητας κατάποσης (Πίνακας 3.2).

Πίνακας 3.2. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Ανδρών και Γυναικών για το Συνολικό Σκορ της Κλίμακας Αυτοαντίληψης για τον Αυτισμό.

	Αντρες (N=150)	Γυναίκες (N=175)	Mann-Whitney U	P level
Σύνολο	163.51	162.56	13048.500	.928

*p level at $P < 0.05$

Παρακάτω παρουσιάζονται οι συγκρίσεις των μέσων τιμών με βάση το φύλο, για όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας αυτοαντίληψης του αυτισμού. Μετά από τον έλεγχο κανονικότητας Mann-Whitney test πραγματοποιήθηκε. Συγκεκριμένα, στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών στις ερωτήσεις της κλίμακας Q21 ($U = 10450$, $p < .001$) και για την Q41 ($U = 10632.00$, $p = .001$). Αντίθετα δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις υπόλοιπες ερωτήσεις της κλίμακας σε επίπεδο μέσων τιμών για την Q1 ($U = 12725.00$, NS), για την Q2 ($U = 11550.00$, NS), για την Q3 ($U = 12950.00$, NS), για την Q4 ($U = 12412.50$, NS), για την Q5 ($U = 11762.50$, NS), για την Q6 ($U = 11862.50$, NS), για την Q7 ($U = 12112.50$, NS), για την Q8 ($U = 11862.50$, NS), για την Q9 ($U = 12837.50$, NS), για την Q10 ($U = 12975.00$, NS), για την Q11 ($U = 12525.00$, NS), για την Q12 ($U = 12775.00$, NS), Q13 ($U = 13012.50$, NS), για την Q14 ($U = 12225.00$, NS), για την Q15 ($U = 12712.50$, NS), για την Q16 ($U = 12837.50$, NS), για την Q17 ($U = 12775.00$, NS), για την Q18 ($U = 12850.00$, NS), για την Q19 ($U = 12087.50$, NS), για την Q20 ($U = 11737.50$, NS), για την Q22 ($U = 12937.50$, NS), για την Q23 ($U = 12375.00$, NS), για την Q24 ($U = 11462.50$, NS), για την Q25 ($U = 11225.00$, NS), Q26 ($U = 12957.00$, NS), για την Q27 ($U = 12840.00$, NS), για την Q28 ($U = 12426.00$, NS), για την Q29 ($U = 12825.00$, NS), για

την Q30 (U= 12648.00, NS), για την Q31 (U= 12498.00, NS), για την Q32 (U= 12693.00, NS), για την Q33 (U= 12312.00, NS), για την Q34 (U= 12027.00, NS), για την Q35 (U= 11712.50, NS), για την Q36 (U= 13050.00, NS), για την Q37 (U= 12712.50, NS), Q38 (U= 13044.00, NS), για την Q39 (U= 11837.50, NS), για την Q40 (U= 10632.00, NS), για την Q42 (U= 12737.50, NS), για την Q43 (U= 12744.00, NS), για την Q44 (U= 12987.00, NS), για την Q45 (U= 12408.00, NS), για την Q46 (U= 12180.00, NS), για την Q47 (U= 12875.00, NS), για την Q48 (U= 12675.00, NS), και για την Q50 (U= 12987.50, NS) (Πίνακας 3.3).

Πίνακας 3.3. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Ανδρών και Γυναικών για τις Ερωτήσεις του της Κλίμακας Αυτοαντίληψης του Αυτισμού.

	Άντρες (N=150)	Γυναίκες (N=175)		
	Mean	Range	Mann-Whitney U	P level
Q1	160.33	165.29	12725.000	.520
Q2	152.50	172.00	11550.000	.029
Q3	164.17	162.00	12950.000	.670
Q4	167.75	158.93	12412.500	.330
Q5	153.92	170.79	11762.500	.062
Q6	154.58	170.21	11862.500	.083
Q7	169.75	157.21	12112.500	.130
Q8	171.42	155.79	11862.500	.025
Q9	161.08	164.64	12837.500	.678
Q10	162.00	163.86	12975.000	.827
Q11	167.00	159.57	12525.000	.385

*p level at $P < 0.05$

Πίνακας 3.3. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Ανδρών και Γυναικών για τις Ερωτήσεις του της Κλίμακας Αυτοαντίληψης του Αυτισμού. (συνέχεια)

	Αντρες (N=150)	Γυναίκες (N=175)	Mann-Whitney <i>U</i>	<i>P</i> level
	Mean Range	Mean Range		
Q12	165.33	161.00	12775.000	.589
Q13	163.75	162.36	13012.500	.874
Q14	157.00	168.14	12225.000	.215
Q15	165.75	160.64	12712.500	.445
Q16	161.08	164.64	12837.500	.691
Q17	165.33	161.00	12775.000	.408
Q18	161.17	164.57	12850.000	.699
Q19	169.92	157.07	12087.500	.146
Q20	172.25	155.07	11737.500	.053
Q21	180.83	147.71	10450.000	.000*
Q22	161.75	164.07	12937.500	.781
Q23	168.00	158.71	12375.000	.288
Q24	174.08	153.50	11462.500	.013
Q25	150.33	173.86	11225.000	.009
Q26	164.12	162.04	12957.000	.816
Q27	161.10	164.63	12840.000	.580
Q28	167.66	159.01	12426.000	.305
Q29	165.00	161.29	12825.000	.682
Q30	159.82	165.73	12648.000	.513
Q31	158.82	166.58	12498.000	.343

*p level at $P < 0.05$

Πίνακας 3.3. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Ανδρών και Γυναικών για τις Ερωτήσεις του της Κλίμακας Αυτοαντίληψης του Αυτισμού. (συνέχεια)

	Αντρες (N=150)	Γυναίκες (N=175)		
	Mean	Range	Mann-Whitney U	P level
Q32	159.24	166.22	12561.000	.343
Q33	160.12	165.47	12693.000	.509
Q34	157.58	167.65	12312.000	.170
Q35	155.68	169.27	12027.000	.053
Q36	172.42	154.93	11712.500	.019
Q37	163.50	162.57	13050.000	.873
Q38	160.25	165.36	12712.500	.380
Q39	163.54	162.54	13044.000	.898
Q40	171.58	155.64	11837.500	.066
Q41	179.62	148.75	10632.000	.001*
Q42	160.42	165.21	12737.500	.587
Q43	160.46	165.18	12744.000	.544
Q44	163.92	162.21	12987.000	.794
Q45	158.22	167.10	12408.000	.321
Q46	156.70	168.40	12180.000	.180
Q47	164.67	161.57	12875.000	.603
Q48	160.00	165.57	12675.000	.519
Q49	149.40	174.66	11085.000	.005*
Q50	162.08	163.79	12987.500	.836

*p level at $P < 0.05$

Στην προσπάθεια ελέγχου της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των ηλικιακών υποομάδων για τις ερωτήσεις κάθε τομέα του ερωτηματολογίου της έρευνας πραγματοποιήθηκε το Kruskal-Wallis H test.

Πίνακας 3.4. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Όλων των Ηλικιακών για τις Ερωτήσεις και του Συνολικού Σκορ της Κλίμακας Αυτοαντίληψης του Αυτισμού.

Ερωτήσεις	Ηλικιακές Υποομάδες						Kruskal-Wallis <i>H</i>	<i>P</i> level
	18-30 ετών	30-40 ετών	40-50 ετών	50-60 ετών	60-70 ετών	70+ ετών		
Q1	165.69	181.19	160.88	172.67	169.00	124.31	16.945	.005*
Q2	150.63	165.50	160.86	159.73	185.81	165.50	4.881	.431
Q3	168.28	169.31	164.48	159.48	153.06	161.19	3.965	.554
Q4	151.61	153.13	168.99	153.39	177.50	177.50	5.608	.346
Q5	155.11	160.69	157.01	175.23	181.00	152.56	5.061	.409
Q6	182.92	173.00	168.36	164.61	160.81	112.06	20.348	.001*
Q7	139.29	142.94	174.47	161.68	187.63	171.38	15.776	.008
Q8	155.53	174.13	168.32	149.23	157.88	178.19	8.298	.141
Q9	146.56	173.00	144.76	157.80	197.38	189.25	20.977	.001*
Q10	154.07	146.56	173.84	159.80	146.56	191.25	11.810	.037
Q11	149.81	141.00	178.14	166.16	157.25	173.50	9.355	.096
Q12	167.94	165.88	175.55	159.32	169.94	125.25	14.398	.013

*p level at $P < 0.05$

Ειδικότερα στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στις ερωτήσεις Q1 με $H(5) = 16.945$, $p < .005$, την Q6 με $H(5) = 20.348$, $p < .001$, την Q9 με $H(5) = 20.947$, $p < .001$, την

Q13 με $H(5) = 19.095$, $p < .005$, την Q18 με $H(5) = 18.179$, $p < .005$, την Q20 με $H(5) = 18.705$, $p < .005$, την Q26 με $H(5) = 27.339$, $p < .001$, Q30 με $H(5) = 209.371$, $p < .001$, Q31 με $H(5) = 18.117$, $p < .005$, την Q33 με $H(5) = 19.138$, $p < .005$, την Q39 με $H(5) = 23.836$, $p < .001$, την Q45 με $H(5) = 22.050$, $p < .001$, όπως και για το συνολικό σκορ της κλίμακας με $H(5) = 26.185$, $p < .001$ (Πίνακας 3.4.).

Πίνακας 3.4. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Όλων των Ηλικιακών για τις Ερωτήσεις και του Συνολικού Σκορ της Κλίμακας Αυτοαντίληψης του Αυτισμού. (συνέχεια)

Ερωτήσεις	Ηλικιακές Υποομάδες						Kruskal-Wallis H	P level
	18-30 ετών	30-40 ετών	40-50 ετών	50-60 ετών	60-70 ετών	70+ ετών		
Q13	143.31	134.50	156.17	180.63	187.31	183.25	19.095	.002*
Q14	174.63	185.44	157.77	152.28	144.81	169.19	8.025	.155
Q15	161.29	156.81	173.26	157.47	156.81	164.94	3.906	.563
Q16	148.87	150.25	163.79	163.35	178.69	178.69	5.887	.317
Q17	153.51	152.06	175.08	161.10	164.25	164.25	10.234	.069
Q18	141.81	141.13	172.08	152.92	177.69	198.00	18.579	.002*
Q19	140.81	176.69	163.34	157.16	184.81	168.56	9.345	.096
Q20	141.57	130.00	167.14	178.75	166.56	190.94	18.705	.002*
Q21	139.81	167.56	162.34	158.78	179.75	183.81	9.816	.081
Q22	157.07	145.50	169.10	162.80	173.94	165.81	3.998	.550

*p level at $P < 0.05$

Πίνακας 3.4. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Όλων των Ηλικιακών για τις Ερωτήσεις και του Συνολικού Σκορ της Κλίμακας Αυτοαντίληψης του Αυτισμού. (συνέχεια)

Ερωτήσεις	Ηλικιακές Υποομάδες						Kruskal-Wallis <i>H</i>	<i>P</i> level
	18-30 ετών	30-40 ετών	40-50 ετών	50-60 ετών	60-70 ετών	70+ ετών		
Q23	149.82	155.81	166.84	158.04	176.13	176.13	4.678	.456
Q24	147.55	142.94	170.60	174.78	163.25	171.38	8.375	.137
Q25	151.84	154.94	175.25	146.42	179.31	171.19	8.178	.147
Q26	127.95	135.50	176.00	166.65	171.95	200.30	27.339	.000*
Q27	177.94	155.70	158.79	152.94	163.80	171.90	8.010	.156
Q28	185.64	176.30	163.57	159.36	135.80	147.95	13.376	.020
Q29	182.85	177.15	159.21	153.21	156.90	148.80	7.226	.204
Q30	195.31	167.65	169.00	146.48	159.55	127.15	20.371	.001*
Q31	183.79	188.25	154.50	158.12	163.95	131.55	18.117	.003*
Q32	167.44	169.50	171.43	155.68	145.20	161.40	5.682	.338
Q33	137.22	146.35	160.43	170.98	190.90	182.80	19.138	.002*
Q34	145.97	174.05	162.29	156.17	165.95	186.20	10.788	.056
Q35	157.71	149.20	165.79	159.61	165.40	181.60	6.190	.288
Q36	152.79	152.38	164.76	162.07	164.56	184.88	6.751	.240
Q37	163.28	156.19	169.15	151.86	152.13	184.63	13.223	.021
Q38	166.03	152.13	171.08	159.73	156.19	164.31	4.882	.430

*p level at $P < 0.05$

Πίνακας 3.4. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Όλων των Ηλικιακών για τις Ερωτήσεις και του Συνολικού Σκορ της Κλίμακας Αυτοαντίληψης του Αυτισμού. (συνέχεια)

Ερωτήσεις	Ηλικιακές Υποομάδες						Kruskal-Wallis <i>H</i>	<i>P</i> level
	18-30 ετών	30-40 ετών	40-50 ετών	50-60 ετών	60-70 ετών	70+ ετών		
Q39	144.47	134.65	178.43	170.19	146.80	191.35	23.836	.000*
Q40	160.58	150.19	182.88	171.02	142.06	146.13	12.059	.034
Q41	146.65	148.30	162.57	184.07	184.75	148.30	11.980	.035
Q42	135.61	165.56	168.46	171.46	161.50	177.75	9.556	.089
Q43	157.57	161.00	151.36	177.36	177.20	161.00	7.032	.218
Q44	157.22	158.25	170.79	167.15	150.15	166.35	4.662	.458
Q45	135.69	130.95	167.79	181.83	167.40	191.70	22.050	.001*
Q46	147.36	160.75	167.50	150.01	181.00	181.00	8.560	.128
Q47	154.02	147.06	166.21	163.97	167.38	179.56	9.649	.086
Q48	166.41	166.75	163.86	148.73	162.70	174.85	3.238	.663
Q49	180.61	154.80	161.36	151.27	179.10	150.75	7.018	.219
Q50	176.09	139.88	179.34	162.68	139.88	156.13	14.093	.015
Συν.	129.00	129.73	183.10	149.65	189.58	198.35	26.815	.000*

*p level at $P < 0.05$

Στον αντίποδα, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφορές για τις ερωτήσεις Q2 με $H(5) = 4.881$, NS, την Q3 με $H(5) = 3.965$, NS, την Q4 με $H(5) = 5.608$, NS, την Q5 με $H(5) = 5.061$, NS, την Q7 με $H(5) = 15.776$, NS, την Q8 με $H(5) = 8.298$, NS, την Q10 με $H(5) = 11.810$, NS, Q11 με $H(5) = 9.355$, NS, την Q12 με $H(5) = 14.398$, NS, την Q14 με $H(5) = 8.025$, NS, την Q15 με $H(5) = 3.906$, NS, την Q16 με $H(5) = 5.887$, NS, την Q17 με $H(5) = 10.234$, NS, την Q19 με $H(5) = 9.345$, NS, Q21 με $H(5) = 9.816$, NS, την Q22 με $H(5) = 3.998$, NS, την Q23 με $H(5) = 4.678$, NS, την Q24 με $H(5) = 8.375$, NS, την Q25 με $H(5) = 8.178$, NS, την Q27 με $H(5) = 8.010$, NS, την Q28 με $H(5) = 13.376$, NS, Q29 με $H(5) = 7.226$, NS, την Q32 με $H(5) = 5.682$, NS, την Q34 με $H(5) = 10.788$, NS, την Q35 με $H(5) = 6.190$, NS, την Q36 με $H(5) = 6.751$, NS, την Q37 με $H(5) = 13.223$, NS, Q38 με $H(5) = 4.882$, NS, την Q40 με $H(5) = 12.059$, NS, την Q41 με $H(5) = 11.980$, NS, την Q42 με $H(5) = 9.556$, NS, την Q43 με $H(5) = 7.032$, NS, την Q44 με $H(5) = 4.662$, NS, την Q46 με $H(5) = 8.560$, NS, Q47 με $H(5) = 9.649$, NS, την Q48 με $H(5) = 3.238$, NS, την Q23 με $H(5) = 7.018$, NS, την Q49 με $H(5) = 14.093$, NS και την Q50 με $H(5) = 3.964$, NS (Πίνακας 3.4.).

3.2 Αναλύσεις Αξιοπιστίας

Με την χορήγηση της κλίμακας θέλαμε να αξιολογήσουμε κατά πόσο είναι αξιόπιστη και έγκυρη ως προς αυτό που θέλουμε να εξετάσουμε, δηλαδή την αυτοαντίληψη των ΔΑΦ. Όσον αφορά τον έλεγχο της εσωτερικής συνάφεια ή την ομοιογένεια για τα ερεθίσματα – εικόνες του τεστ ο συντελεστής Alpha Cronbach's χρησιμοποιείτε στο σύνολο του, συγκεκριμένα: **Reliability Coefficients 50 items Alpha = .705 Standardized item alpha = .707**

Πίνακας 3.5. Item to Item Ανάλυση της Κλίμακας σε σχέση με τις ερωτήσεις του.

	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q11	q12	q13	q14	q15	q16	q17	q18	q19	q20	q21	q22	q23	q24	q25
q1	1.00																								
q2	.088	1.00																							
q3	-.009		1.00																						
q4	-.010	.162		1.00																					
q5	.082	.188	.050	.096	1.00																				
q6	.123	.071	-.046	.045	.215	1.00																			
q7	-.048	.100	-.104	.168	.128	.051	1.00																		
q8	-.132	-.040	.140	-.002	-.158	-.092	.098	1.00																	
q9	-.014	.141	-.081	.050	.158	.140	.116	-.050	1.00																
q10	-.045	-.040	-.003	-.028	-.077	-.093	.077	.115	-.054	1.00															
q11	-.141	-.062	-.009	.109	-.043	-.022	.049	.004	-.109	.173	1.00														
q12	-.010	-.016	-.087	-.077	.063	.095	.091	-.130	.095	-.172	-.012	1.00													
q13	-.031	.022	-.012	.072	.004	-.085	.105	.014	.157	.057	.028	-.034	1.00												
q14	-.064	.000	.127	.055	-.055	.044	.073	.148	.012	.155	.149	-.112	-.004	1.00											
q15	-.146	.102	-.017	.082	.101	.041	.022	.051	-.069	-.058	.039	.079	.036	-.003	1.00										
q16	-.080	.166	-.049	.187	.137	.035	.135	-.099	.202	.009	.039	.117	.006	-.102	-.079	1.00									
q17	.003	-.076	.016	.014	-.014	-.067	.071	.098	-.048	.118	.156	.025	-.006	.019	.061	.051	1.00								
q18	-.110	.127	-.017	.128	.049	-.004	.203	-.044	.170	.125	.095	-.008	.027	-.021	.079	.163	.010	1.00							
q19	-.117	.022	-.044	.065	-.002	.172	.125	-.034	.293	-.019	.019	.057	.082	-.070	.005	.058	.006	.119	1.00						
q20	-.147	.056	-.096	.089	.112	-.019	.163	.069	.181	.071	.041	-.127	-.002	.010	.096	.143	.063	.085	.075	1.00					
q21	-.080	.097	.020	.077	-.014	-.056	.062	.156	.137	-.028	.103	.036	-.031	.033	.050	.081	.002	.186	.111	.167	1.00				
q22	-.130	.034	.009	.146	-.012	.015	.075	.032	-.012	.148	.218	-.079	.034	.206	-.024	.043	.064	.144	.040	.145	.086	1.00			
q23	-.084	.050	-.008	.149	.029	.069	.030	-.013	.221	-.056	-.003	.131	.013	-.018	.025	.124	.042	.129	.302	.060	.070	-.013	1.00		
q24	-.032	.018	-.009	.006	.088	-.030	.118	.007	.002	.034	.064	-.001	.161	.008	.185	.026	.071	.010	-.012	-.042	-.117	.090	.044	1.00	
q25	-.034	.042	-.020	.131	.031	-.029	.030	-.114	.004	-.053	.062	.055	-.049	-.066	.093	.090	-.016	.037	-.025	.056	.016	.048	-.025	-.030	1.00
q26	-.110	.162	-.020	.244	.139	.013	.171	.042	.146	.132	.127	-.089	.154	.097	.068	.148	.063	.280	.032	.236	.235	.154	.152	.019	.070
q27	-.038	-.004	.045	-.008	.008	.031	.034	.018	-.031	.188	.115	-.044	.081	.002	.099	.045	.062	-.019	-.008	.013	-.105	.010	.024	-.015	.012
q28	.010	-.077	-.092	-.080	.028	.157	.086	-.015	.011	.001	-.012	.130	-.054	-.045	.054	.037	.076	.000	.138	-.118	-.070	-.056	.116	.056	-.055
q29	.083	-.083	-.038	-.049	.026	.188	.114	-.003	.067	-.031	-.146	.079	-.041	-.004	-.066	.025	-.077	-.023	.036	-.116	-.152	-.181	.066	.062	-.109
q30	-.018	-.132	-.072	-.057	-.001	.094	.148	-.055	.025	-.033	-.078	.224	-.019	-.019	-.021	.048	-.032	-.110	-.051	-.148	-.194	-.117	-.053	-.034	.018
q31	.058	-.038	-.053	.031	.020	.101	.172	-.014	-.012	-.081	-.069	.074	-.112	-.040	-.077	.007	-.083	-.179	-.068	-.182	-.112	-.105	-.081	-.131	-.028
q32	.108	-.007	-.003	.023	.071	.119	.091	.002	-.043	.127	.088	.000	.047	.000	.081	.069	.057	-.074	-.093	-.022	-.058	-.012	-.129	-.003	.053
q33	-.044	.059	-.023	.157	.031	-.014	.113	-.014	.113	.089	.011	-.016	.131	-.084	.031	.168	.031	.119	-.004	.134	.104	.114	.048	.003	.121
q34	-.016	.064	.004	.004	-.034	-.143	.118	.090	-.047	.045	-.060	-.013	.084	-.056	-.042	.035	.019	-.063	.052	-.097	-.045	.066	-.032	-.021	.152
q35	-.001	.130	-.061	.054	.031	.001	.110	-.099	-.020	.141	-.017	-.002	.150	-.050	.090	.065	.077	.083	.020	.066	.029	.085	-.033	-.012	.046
q36	-.060	-.029	-.027	.183	-.004	-.025	.034	.083	.037	.146	.008	-.157	.104	.112	.032	.114	.014	.063	.102	.149	.110	.186	.018	.084	-.041
q37	.045	-.024	.093	.069	.065	.106	.118	-.047	.043	.074	.228	.004	.074	.066	.047	.019	.049	.106	.003	-.026	-.002	.048	.099	.077	.114
q38	-.045	-.024	-.009	.069	.027	.087	.056	-.047	-.017	.257	.086	.069	.054	.085	.099	.019	.215	.145	.003	.013	-.002	.089	.039	-.070	.094
q39	-.123	.051	-.005	.169	-.001	-.003	.154	-.004	-.006	.187	.134	.007	.219	.056	.058	.070	.094	.168	.055	.094	-.031	.086	.106	.041	.135
q40	.004	.010	.071	.106	-.068	-.051	.005	.086	-.094	.020	.101	.011	-.095	-.003	.109	.137	.142	-.096	-.078	-.096	-.022	-.047	-.099	.094	-.011
q41	.086	.047	-.082	-.038	.050	.087	.090	-.050	.057	-.019	-.088	.189	-.005	-.196	-.004	.143	-.018	.025	.196	.001	.074	-.033	.093	.064	-.028
q42	-.061	.029	.021	.112	.077	.068	.109	.099	.040	.086	-.045	.000	.048	.006	-.005	.108	.059	.050	-.005	.105	.095	.083	.038	-.043	.050
q43	.013	.000	-.111	-.095	-.047	.007	.016	-.074	.001	-.105	-.153	.054	.028	-.106	-.047	.022	-.096	-.137	.060	-.014	.023	.026	.095	.077	.039
q44	.002	.070	.018	.098	.084	.042	.032	-.070	-.057	.077	.138	-.044	.083	-.055	.105	.008	.123	-.061	-.084	-.009	-.089	-.048	.020	.032	.039
q45	-.025	.025	-.063	.087	.041	-.086	.142	-.036	.008	.165	.062	-.112	.125	.021	.003	.047	.022	.061	.075	.172	-.007	.175	-.056	.079	.018
q46	-.055	.095	-.066	.111	.054	-.051	.027	-.078	-.032	.070	.030	.038	-.014	.065	.070	.137	.017	.052	-.068	.067	-.059	.096	.094	-.029	.188
q47	-.056	.050	.085	.161	.064	.009	.022	.067	-.011	.119	.150	-.006	.174	.029	.113	.016	.139	.012	-.070	-.060	.021	.197	-.015	.124	.095
q48	-.146	.074	-.043	.130	.035	.001	.065	.035	-.012	.115	.154	-.046	-.002	.150	.090	.045	.030	.023	.040	.099	.031	.201	.047	.009	.092
q49	.018	.069	.024	.010	.128	.124	.069	-.061	.117	.017	-.036	.116	-.082	.010	-.083	.033	.005	.020	-.038	-.083	-.096	.002	.012	-.006	.020
q50	-.040	.075	.020	.061	-.061	-.056	.039	.101	-.088	.087	.045	-.055	.047	.048	.101	.013	.076	-.035	-.071	-.087	-.037	-.033	-.057	.083	.036

Πίνακας 3.5. Item to Item Ανάλυση της Κλίμακας σε σχέση με τις ερωτήσεις του. (συνέχεια)

	q25	q26	q27	q28	q29	q30	q31	q32	q33	q34	q35	q36	q37	q38	q39	q40	q41	q42	q43	q44	q45	q46	q47	q48	q49	q50
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Κεφάλαιο 4^ο Συμπεράσματα – Συζήτηση

4.1. Τα Συμπεράσματα

Σε αυτό το υποκεφάλαιο συνοψίζονται τα αποτελέσματα της έρευνας της πτυχιακής για την εφαρμογή του ερωτηματολογίου σε τυπικό πληθυσμό και των περαιτέρω αναλύσεων οι οποίες έγιναν. Συγκεκριμένα:

1. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο υψηλό μέσο όρο απαντήσεων στις πιο πολλές ερωτήσεις της κλίμακας.
2. Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων όρων των απαντήσεων μεταξύ των αντρών και γυναικών στις ερωτήσεις 21 και 41 της κλίμακας.
3. Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων όρων των απαντήσεων μεταξύ των ηλικιακών υποομάδων στις ερωτήσεις 1, 6, 9, 13, 18, 20, 26, 30, 33, 39 και 45 της κλίμακας.
4. Το ερωτηματολόγιο είχε ικανοποιητικά αποδεκτό δείκτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας στην ελληνική μεταφρασμένη του έκδοση, στο σύνολό της.

4.2 Συζήτηση Αποτελεσμάτων

Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν η πιλοτική προσαρμογή και εφαρμογή του ερωτηματολογίου AQ σε τυπικό πληθυσμό της Ελλάδας και να συγκριθούν τα αποτελέσματα ανάλογα την ηλικία και το φύλο των ανθρώπων που τους χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια.

Το AQ είναι ένα χρήσιμο εργαλείο που αναπτύχθηκε για την ανίχνευση της διαταραχής του φάσματος του αυτισμού ή για το σύνδρομο Asperger. Επιθυμώ να υπογραμμίσω ότι το ASQ δεν είναι διαγνωστικό εργαλείο. Ένα σκορ μεγαλύτερο από 32 φαίνεται να είναι μια χρήσιμη αποκοπή για τη διάκριση των ατόμων που έχουν σημαντικά κλινικά επίπεδα αυτιστικών χαρακτηριστικών. (Baron-Cohen et al., 2001) Ένα τέτοιο υψηλό σκορ, ωστόσο, δεν σημαίνει ότι ένα άτομο κατατάσσεται στο αυτιστικό φάσμα, δεδομένου ότι η διάγνωση αξίζει μόνο αν το άτομο υφίσταται ένα επίπεδο δυσφορίας λόγω των «αυτιστικών χαρακτηριστικών» του. Εάν ένας ενήλικας βαθμολογηθεί πάνω από 32 στο ASQ και υφίσταται δηλαδή κάποια

δυστυχία ή δυσκολία στην καθημερινότητα συνιστάται μια παραπομπή σε έναν εξειδικευμένο κλινικό ιατρό για μια πλήρη διαγνωστική αξιολόγηση. Περιορισμός του ASQ είναι ότι αυτό το μέσο μπορεί να μην είναι κατάλληλο για τους ασθενείς με χαμηλό IQ, δεδομένου ότι προϋποθέτει κατανόηση της αναγνωστικής ικανότητας.

Η χρήση του συγκεκριμένου εργαλείου έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική στο διαχωρισμό των ατόμων με διάγνωση ΔΦΑ από τυπικά αναπτυσσόμενους χωρίς διάγνωση. (Baron-Cohen et al., 2001; Hoekstra et al., 2008) Καθώς και αυτούς με διαταραχή κοινωνικού άγχους, ψυχαναγκαστική διαταραχή ή σχιζοφρένεια. (Hoekstra et al., 2008) Ταυτόχρονα, το AQ χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό υπο-κλινικών αυτιστικών συμπτωμάτων στο γενικό πληθυσμό (Austin, 2005; Baron-Cohen et al., 2001; Jobe & White., 2007; Kunichira et al., 2006;) Συνολικά τα αποτελέσματα του AQ εμφανίζουν μια συνεχή κατανομή, με τα άτομα με ΔΦΑ να καταλαμβάνουν το υψηλότερο άκρο αυτής, τα άτομα χωρίς κάποια διάγνωση να καταλαμβάνουν το χαμηλότερο άκρο και τα άτομα με διαταραχή κοινωνικού άγχους, ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή ή σχιζοφρένεια να εμπίπτουν στο ενδιάμεσο. (Hoekstra et al., 2008)

Σύμφωνα με την θεωρία του αυτισμού του αρσενικού εγκεφάλου (Asperger, 1944; Baron-Cohen & Hammer, 1997; Baron-Cohen, Wheelwright, Stone, & Rutherford, 1999) εντός της ομάδας ελέγχου, οι άνδρες βαθμολογούν ελαφρά αλλά σημαντικά υψηλότερα από τις γυναίκες, τόσο συνολικά όσο και κατά ενδιάμεσα και υψηλά επίπεδα αυτιστικών χαρακτηριστικών. Πράγματι, αντίστοιχα αποτελέσματα είναι διακριτά και στην έρευνα αυτή που πραγματοποιήθηκε, διότι οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο υψηλό μέσο όρο απαντήσεων στις πιο πολλές ερωτήσεις της κλίμακας.

Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι οι γυναίκες απολαμβάνουν την ανάγνωση βιβλίων και τη συλλογή αντικειμένων περισσότερο από τους άνδρες. Σύμφωνα με την Σωτηρία Καλασαρίδου σε έρευνα της στον Αναγνώστη (2015) και σε παλιότερες του ΕΚΕΒΙ, όλες οι έρευνες αναγνωστικής συμπεριφοράς, ελληνικές και ξένες, δείχνουν πως οι άνδρες διαβάζουν λιγότερο από τις γυναίκες. Η διαφορά είναι περίπου της τάξης του 30 – 50% και αφορά όλες τις ηλικίες: παιδιά, εφήβους, ενήλικες και ηλικιωμένους. (Σωτηρία Καλασαρίδου, 2015)

Η επιμονή με την οποία εμφανίζεται αυτή η διαφορά, πέρα από κοινωνικές τάξεις, μορφωτικά επίπεδα και εθνικές ιδιαιτερότητες, μας κάνει να σκεφτούμε ότι κάποιο εμπόδιο, κάποια προκατάληψη, κάποια νοοτροπία είναι βαθιά ριζωμένα στις κοινωνίες μας και αναπαράγεται από γενιά σε γενιά. Διότι, όπως ξέρουμε, η υιοθέτηση θετικής στάσης απέναντι στην ανάγνωση

και αναγνωστικών συνηθειών είναι εν πολλοίς ζήτημα μίμησης προτύπων. Τα αγόρια δεν βλέπουν τους πατεράδες και τους παππούδες τους να διαβάζουν ενώ, όταν πηγαίνουν στη βιβλιοθήκη και παρακολουθούν προγράμματα φιλιανγνωσίας, οι εθελοντές και οι εμπυχωτές είναι σχεδόν πάντα γυναίκες. (Βενετίας Αποστολίδου, 2015)

Όσον αφορά τις ηλικιακές υποομάδες υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων όρων των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 6, 9, 13, 18, 20, 26, 30, 33, 39 και 45 της κλίμακας. Τα στοιχεία αφορούν τους τομείς της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, επικοινωνίας, φαντασίας, προσοχής στη λεπτομέρεια και αλλαγής της προσοχής. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι:

- όσο πιο νέος είναι κάποιος, τόσο πιο παρατηρητικός είναι σε αλληλουχίες πληροφοριών, πινακίδες αυτοκινήτων ή αλλαγές στην εμφάνιση κάποιου.
- Υπήρχε σημαντική διαφορά στους μέσους όρους ερωτήσεων κοινωνικότητας, επικοινωνίας και φαντασίας ανάμεσα σε όλες τις ηλικιακές υποομάδες.
- Σύμφωνα με τους Craig & Baron-Cohen (1999), οι ανεπαρκείς κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες των ατόμων συνδέονται με μια ελλειμματική θεωρία του νου (συναισθηματική ενσυναίσθηση η οποία μπορεί να εμφανιστεί με την εικόνα μιας φτωχής φαντασίας ή δημιουργικότητας.
- Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα η εκδήλωση αυτιστικών χαρακτηριστικών φαίνεται να σχετίζεται με την ενσυναισθητική ικανότητα των ατόμων. Η σχέση αυτών των δύο μεταβλητών είναι σημαντική για την εξαγωγή συμπερασμάτων βοηθητικών και για τους νευροτυπικούς που εμφανίζουν αυτιστικά χαρακτηριστικά, αλλά και για τα άτομα με ΔΦΑ.
- Από ψυχολογική προσέγγιση, οι άνθρωποι έχουν χαρακτηριστικά διαφορετικού βαθμού σπουδαιότητας και γενίκευσης. Εξ ορισμού, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας εκφράζουν ατομικές διαφορές, οι οποίες είναι σταθερές στο πέρασμα του χρόνου, υπόκεινται σε σημαντικό βαθμό σε βιολογικές επιδράσεις και δε μεταβάλλονται σημαντικά από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ο Eysenck (1986) ανακάλυψε δυο βασικές διαστάσεις της προσωπικότητας και τις ονόμασε εσωστρέφεια, εξωστρέφεια. Έτσι οι παραπάνω τομείς σχετίζονται έντονα με την προσωπικότητα. (Pervin & John, 1999)

Συμπερασματικά, το ερωτηματολόγιο είχε ικανοποιητικά αποδεκτό δείκτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας στην ελληνική μεταφρασμένη του έκδοση, στο σύνολό της. Σε αρκετές προηγούμενες έρευνες (Austin, 2005; Baron-Cohen et al., 2001; Hoekstra et al., 2008) ο δείκτης

εσωτερικής συνοχής του AQ εμφανίζει τιμές μεγαλύτερες του 0.7. Συγκεκριμένα στην προηγούμενη εργασία του Austin (2005) ο δείκτης Cronbach's A εμφανίζεται με 0.82, σε αυτήν των Baron-Cohen και συνεργάτες (2001) με 0.79 και στη γερμανική έκδοση του AQ με 0.79 (Hoekstra et al., 2008). Ωστόσο πιο χαμηλή (0.67) αλλά κοντά στο αποδεκτό όριο (0.7+) εμφανίζεται και στην έρευνα των Hurts, Mitchell, Kimbrell, Kwapil και Nelson – Grey (2007) Συγκριτικά με τα ευρήματα των προηγούμενων ερευνητών ο δείκτης αυτής της μελέτης εμφανίζει αποδεκτή τιμή (0,71).

4.3. Μελλοντικές Μελέτες

Τέλος, μελλοντικές εργασίες μπορούν να γίνουν δοκιμασμένες σε μεγαλύτερο αριθμό ατόμων από ό, τι ήταν δυνατό εδώ. Οι μελέτες αυτές μπορούν να περιέχουν στοιχεία όπως το επάγγελμα και το ιστορικό των ατόμων που συμμετέχουν. Είναι αξιοσημείωτο πως έχουν γίνει προηγούμενες μελέτες εύρεσης -σύνδεσης μεταξύ των συνθηκών του φάσματος του αυτισμού και επαγγέλματα / δεξιότητες στα μαθηματικά, στη φυσική και στη μηχανική (Baron-Cohen κ.ά., 1998). Από τις μελέτες αυτές διαπιστώνεται ότι οι επιστήμονες βαθμολογούνται υψηλότερα από τους μη-επιστήμονες. Σε άλλες μελέτες, ακόμη, έχει πραγματοποιηθεί συγκέντρωση αποδεικτικών στοιχείων για τη σύνδεση μεταξύ του Αυτιστικού φάσματος και του ταλέντου στη φυσική. (Baron-Cohen, Wheelwright, Spong, Scahill, & Lawson, στον Τύπο). Από το ιστορικό θα μπορούσαν να προκύψουν χρήσιμα συμπεράσματα που θα συνδύαζαν την κληρονομικότητα με τα αυτιστικά χαρακτηριστικά. Ακόμη, κάποια μελλοντική εργασία θα μπορούσε να περιλαμβάνει τη διαχείριση του ερωτηματολογίου AQ σε άλλες ομάδες ψυχιατρικών ελέγχων.

Βιβλιογραφία

Ξένη Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association (2000). «Diagnostic criteria for 299.00 Autistic Disorder». Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th, text revision (DSM-IV-TR) έκδοση). ISBN 0890420254. Ανακτήθηκε στις 2009-09-10.
- 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.
- Baron-Cohen S., et al. (2001) The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High-Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians.
- 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
- Dorothy VM Bishop, et al. (2004). Using Self-Report to Identify the Broad Phenotype in Parents of Children with Autistic Spectrum Disorders: A Study using the Autism-Spectrum Quotient.
- Del Carmen-Wiggins, R., Carter, S.A. (2004). Handbook of Infant, Toddler and Preschool Mental Health Assessment. New York: Oxford University Press.
- Eisenberg L., (1994) Leo Kanner: The American Journal of Psychiatry, 151(5): 751.
- Frith, U. (1996) Αυτισμός: Β' Έκδοση. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.
- Frith U (1999). Αυτισμός: Εξηγώντας το αίνιγμα (Γ.Καλομοίρης, μετάφραση έκδοσης), (Γ έκδοσης), (Γ έκδοση). Αθήνα: Ελληνικά γράμματα. (έτος πρωτότυπης έκδοσης, 1989)
- Frith, U., (2009). Αυτισμός, Μετάφραση: Καλομοίρης Γ., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- 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.
- 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 University 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.
- Jordan, R (2000). Η εκπαίδευση των παιδιών και νεαρών ατόμων με αυτισμό (Ιγνάτιος Καφαντάρης, μετάφραση έκδοσης). Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων (έτος πρωτότυπης έκδοσης, 1999)
- ICD-10 (1992). Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς. Αθήνα: Βήτα.
- 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.
- Neumärker KJ (2003). «Leo Kanner: his years in Berlin, 1906-24. The roots of autistic disorder». *Hist Psychiatry* 14 (54 Pt 2): 205–18
- RUTTER, M. & SCHOPLER, E. (1987). Autism and pervasive developmental disorders: concepts and diagnostic issues. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 159-186
- Rickarby, 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. (1996). The autistic Spectrum. A Guide for Parents and Professionals. London: Constable.
- Wing, L. (1999). Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO), 10th edition. Autistic Society, London.
- 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.
- Woodbury-Smith M. (2005). Screening Adults for Asperger Syndrome using the AQ: a Preliminary Study of its Diagnostic Validity in Clinical Practice.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αλεξίου Χ.(Μάιος 2003). Ζώντας με τον αυτισμό. Παρουσιάστηκε τη 2η 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.
- Αυτισμός-Ελπίδα (2000) (Μ.Χιτόγλου-Αντωνιάδου, Γ.Κεκές, Γ.ΧιτόγλουΧατζή, επιμέλεια έκδοσης) (Β' έκδοση), Θεσσαλονίκη: University studio press. (έτος πρωτότυπης έκδοσης, 1999)
- Βαμβουκάς Ι.Μ. (2006) Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και μεθοδολογία.(Θ' έκδοση) Αθήνα: Εκδόσεις «Γρηγόρη» (έτος πρωτότυπης έκδοσης 1992)
- 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.
- Γεωργοπούλου, Α. (1999). Αυτισμός και οικογένεια. Πτυχιακή εργασία. Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Γκονέλα, Χ Ελένη (2006) Αυτισμός: Αίνιγμα και πραγματικότητα. Αθήνα: «ΟΔΥΣΣΕΑΣ» (έτος πρωτότυπης, 2006)
- Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ., (2005). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση, Αθήνα : Τυπωθήτω.
- Καλύβα, Ε. (2005). Εκπαιδευτικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Αθήνα: Παπαζήση.
- Καραντάνος, Γ. (επιμ.) (2001). Περιγραφή του Αυτισμού. Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων (ΕΕΠΑΑ).
- Καραντάνος, Γ. (2000). Τι ξέρουμε για τον αυτισμό. Πρακτικά Σεμιναρίου, Αθήνα.
- Κούρος, Ι., (1993). Αυτισμός. Στο Εταιρία Ψυχολογικής Ψυχιατρικής Ενηλίκου και Παιδιού (1993), Ψυχολογικά θέματα παιδιών και Εφήβων. Τόμος Α΄. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κυπριωτάκης, Α.Β. (1997) Τα αυτιστικά παιδιά και η αγωγή τους. (Β έκδοση) Ηράκλειο: Έκδοση του συγγραφέως. 8) Σταμάτης Σ. (1987). Οχυρωμένη σιωπή. Αθήνα: «Γλάρος» (έτος πρωτότυπης έκδοσης 1987)
- Κρουσταλάκη, Γ. (2005). Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες. (Στ΄εκδ.) Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Κρουσταλάκης, Γ., (1998). Παιδιά με Ιδιαίτερες Ανάγκες.(3η έκδοση). Αθήνα: Έκδοση του Ιδίου.
- Κωνστανταρέα Μ.,(1988) «Παιδικός Αυτισμός»,στο Τσιάντης Γ., Μανωλόπουλος Σ, (επιμ), Ψυχοπαθολογία, Αθήνα, Καστανιώτης, 156-193
- Κωνστανταρέα , Μ.(2001). Παιδικός Αυτισμός. Στο Γ. Τσιαντής 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,Οδυσσεάς.
- 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.

Σταμάτης, Σ. (1987). Οχυρωμένη σιωπή, γέφυρες επικοινωνίας με το αυτιστικό παιδί, Αθήνα:
Γλάρος διαταραχές.
Χίτογλου, Μ., (2000). Αυτισμός – Ελπίδα, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Ιστοσελίδες

Αυτισμός (2016) από Βιργινία Πολυμεροπούλου:
http://www.doyk.gr/vivliothiki/pdf/ygeia/psihiki_ygeia/psihosyndroma_alles_diataraxes/autismos.p

Περιοδικό Ο Αναγνώστης: <http://www.oanagnostis.gr>

Autism Hellas: <http://www.autismhellas.gr>.