



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΑΥΤΙΣΜΟΣ**

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

**Καλήτziu Κωνσταντίνα, Α.Μ. 16532**

**Κορνούτη Αικατερίνη, Α.Μ. 16529**

**Πουρνάρα Αθανασία, Α.Μ. 16508**

Επιβλέπουσα: Βασιλική Σιαφάκα

Επίκουρος Καθηγήτρια

Ιωάννινα, 2019



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

### ΑΥΤΙΣΜΟΣ

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

**Καλήτζιου Κωνσταντίνα, Α.Μ 16532**

**Κορνούτη Αικατερίνη, Α.Μ 16529**

**Πουρνάρα Αθανασία, Α.Μ 16508**

Επιβλέπουσα: Βασιλική Σιαφάκα

Επίκουρος Καθηγήτρια

Ιωάννινα, 2019

**AUTISM, EVALUATION AND THERAPEUTIC APPROACHES**

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή  
Γιάννενα, ..../..../....

### **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

1. Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Βάσω Σιαφάκα, Επίκουρος Καθηγήτρια
2. Βικτωρία Ζακοπούλου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
3. Μελομένη Νησιώτη, Λέκτορας Εφαρμογών

Ο / Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος

© Καλήτζιου Κωνσταντίνα, Κορνούτη Αικατερίνη, Πουρνάρα Αθανασία,  
2019.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

## Δήλωση μη λογοκλοπής

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

Καλήτζιου, Κωνσταντίνα

Κορνούτη, Αικατερίνη

Πουρνάρα, Αθανασία

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Στο σημείο αυτό, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ειλικρινείς και από καρδιάς ευχαριστίες μας σε όλους τους ανθρώπους που συνέβαλαν στο να φέρουμε εις πέρας την παρούσα Πτυχιακή Εργασία. Ιδιαίτερα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας πτυχιακής εργασίας, την κυρία Βασιλική Σιαφάκα, για τις διαρκείς και απεριόριστες συμβουλές της, για την πολύτιμη βοήθεια της, τη διαρκή υποστήριξη και την αμέριστη συμπαράστασή της σε όλα τα στάδια της πτυχιακής μας εργασίας.

Μέσα από αυτή τη σελίδα της εργασίας μας, θα ήταν αδύνατο να ξεχάσουμε το σύνολο των εκπαιδευτικών του Τμήματος Λογοθεραπείας του Πανεπιστήμιου Ιωαννίνων για την αδιάκοπη προσπάθεια τους για την παροχή γνώσεων και εμπειριών στους φοιτητές τους και ταυτόχρονα για τον αγώνα τους για την μετεξέλιξη του ΤΕΙ Ηπείρου σε Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Επρόκειτο πραγματικά για ένα Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα που δεν είχε να «ζηλέψει» τίποτα από τα καλύτερα εκπαιδευτικά ιδρύματα της Ευρώπης.

Τελειώνοντας, νιώθουμε την ανάγκη να πούμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μας, καθώς και αυτοί κατέβαλαν κάθε δυνατή προσπάθεια και πάνω από όλα μας υποστήριξαν και στάθηκαν δίπλα μας, δίνοντάς μας έτσι τη δυνατότητα να προχωρήσουμε και να σταθούμε στο δύσκολο εργασιακό περιβάλλον της ελληνικής κοινωνίας μέσα στα δύσκολα χρόνια που διανύουμε.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	12
	<b>ABSTRACT</b>	14
<b>1</b>	<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	15
<b>1</b>	<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Αυτισμός</b>	18
1.1	Τι είναι ο αυτισμός – Ορισμός	18
1.2	Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές	21
1.2.1	Το σύνδρομο Kanner	22
1.2.2	Ο άτυπος αυτισμός	24
1.2.3	Το σύνδρομο Rett	24
1.2.4	Η διαταραχή του Asperger	25
1.2.5	Σύνδρομο του εύθραυστου Χ	28
1.2.6	Σύνδρομο Landau-Kleffner	28
1.2.7	Σύνδρομο Tourette	29
1.3	Οι μύθοι και η ιστορική αναδρομή του αυτισμού	29
1.4	Επιδημιολογικά Στοιχεία	34
<b>2</b>	<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> : Αιτιολογία</b>	37
2.1	Γενικά	37
2.2	Οργανικά αίτια	37
2.2.1	Τραυματισμοί και ασθένειες	37
2.2.2	Βιοχημικά αίτια	40
2.3	Γενετικά αίτια	42
2.3.1	Χρωμοσωμικές ανωμαλίες	43
2.4	Ψυχογενή αίτια	44
2.4.1	Η θεωρία του νου	46

2.5	Πολυπαραγοντικά αίτια	47
<b>3</b>	<b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Συμπτωματολογία – Κλινική</b>	<b>48</b>
	<b>Εικόνα</b>	
3.1	Γενικά χαρακτηριστικά	48
3.2	Χαρακτηριστικά στη βρεφική ηλικία	58
3.3	Γλωσσική ανάπτυξη και επικοινωνία	59
3.4	Κατανόηση κοινωνικών σχέσεων	59
3.5	Διανοητικές λειτουργίες	59
3.6	Δραστηριότητες και ενδιαφέροντα	60
3.7	Φαντασία	61
3.8	Η συμπεριφορά στον αυτισμό	61
3.9	Συννοσηρότητα	62
<b>4</b>	<b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Διάγνωση, Αξιολόγηση και</b>	<b>63</b>
	<b>Διαφορική Διάγνωση</b>	
4.1	Η σημασία της διάγνωσης και της αξιολόγησης στις διαταραχές αυτιστικού φάσματος	63
4.2	Σκοπός της διάγνωσης	64
4.3	Κατανόηση των συμπεριφορών	65
4.4	Αξιολόγηση	67
4.4.1	Η ψυχοεκπαιδευτική αξιολόγηση	67
4.5	Διαγνωστικά Κριτήρια	68
4.5.1	Σύμφωνα με το ICD-10	69
4.5.2	Σύμφωνα με το DSM-IV	71
4.5.3	Σύμφωνα με το DSM – 5	73
4.6	Διάγνωση	75
4.7	Διαφορική διάγνωση	80



<b>5</b>	<b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>: Η οικογένεια του παιδιού με ΔΑΦ και το κοινωνικό του περιβάλλον</b>	<b>82</b>
5.1	Η οικογένεια του ατόμου με ΔΑΦ	82
5.2	Σχέσεις – Στάσεις και συμπεριφορές	83
5.3	Τα δικαιώματα των ατόμων με ΔΑΦ	84
<b>6</b>	<b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>: Θεραπεία και θεραπευτικές μέθοδοι</b>	<b>89</b>
6.1	Γενικά	89
6.2	Το σχέδιο της θεραπευτικής παρέμβασης	95
6.3	Προγράμματα πρώιμης Παρέμβασης	98
6.4	Βασικές αρχές της αποτελεσματικής εκπαιδευτικής παρέμβασης	100
6.5	Θεραπευτική – εκπαιδευτική αντιμετώπιση	103
6.5.1	Η μέθοδος TEACCH	105
6.5.2	Συμπεριφορική θεραπεία	110
6.5.3	Μέθοδος MAKATON	111
6.5.4	Μέθοδος PECS	112
6.6	Οικογενειακές παρεμβάσεις και ο ρόλος τους	115
6.7	Ψυχοθεραπεία	116
6.8	Φαρμακοθεραπεία	117
6.9	Θεραπείες αμφίβολης Αποτελεσματικότητας	118
<b>7</b>	<b>Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>: ΔΑΦ και Ειδική Φυσική Αγωγή</b>	<b>120</b>
7.1	Γενικά	120
7.2	Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των μαθητών με ΔΑΦ	121
7.3	Οφέλη από τη Φυσική Αγωγή	122
7.4	Τα καταλληλότερα αθλήματα για παιδιά με ΔΑΦ	125
<b>8</b>	<b>Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup>: Μουσικοθεραπεία</b>	<b>130</b>

<b>9</b>	<b>Συμπεράσματα</b>	134
	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	136
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	148

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο αυτισμός στις μέρες μας αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο που τείνει να αυξάνεται χρόνο με τον χρόνο. Αυτό γίνεται εμφανές άλλωστε και από τις έρευνες των τελευταίων ετών που δείχνουν τα ποσοστά του αυτισμού αυξημένα. Πλήρης ορισμός του αυτισμού δεν έχει ακόμη δοθεί και τα ακριβή αίτια αυτού δεν έχουν προσδιοριστεί. Η συμπτωματολογία του είναι ποικίλη και είναι βέβαιο ότι διαφέρει από άτομο σε άτομο.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση, ο αυτισμός είναι μια σοβαρή διάχυτη ή καθολική αναπτυξιακή διαταραχή. Εμφανίζεται σε 10-20 άτομα ανά 10.000 γεννήσεις και η αναλογία αγοριών-κοριτσιών είναι 4:1. Τα άτομα με αυτισμό εμφανίζουν «τριάδα διαταραχών» στους τομείς της επικοινωνίας, της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της δημιουργικής φαντασίας.

Η διαταραχή εμφανίζει ιδιαίζουσα συνθετότητα για την αντιμετώπιση της οποίας χρειάζονται εξειδικευμένες παρεμβάσεις, από κατάλληλα εκπαιδευμένα στελέχη σε εξατομικευμένη βάση και όχι μόνο. Οι διάφορες παρεμβάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν και σε εξειδικευμένα κέντρα ημέρας, σε παιδικούς σταθμούς μαζί με άλλα παιδιά είτε στα σχολεία. Οι παρεμβάσεις πρέπει να παρακολουθούν την αναπτυξιακή πορεία και να έχουν συνέχεια από φάση σε φάση σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, ανάλογα πάντα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του.

Οι μη φαρμακευτικές θεραπείες περιλαμβάνουν εκπαιδευτικά προγράμματα, προγράμματα θεραπευτικής αντιμετώπισης αυτισμού, θεραπείες λειτουργικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων, οικογενειακή θεραπεία και ψυχοθεραπεία. Στόχος είναι η βελτίωση της συνολικής λειτουργίας και ενσωμάτωσης του παιδιού. Η φαρμακευτική θεραπεία θα πρέπει να γίνεται στο πλαίσιο ενός συνολικού προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Σε κάθε περίπτωση, είναι ιδιαίτερα σημαντικός για τα άτομα με αυτισμό ο ρόλος της άθλησης, του παιχνιδιού, της ιπποθεραπείας και της κολύμβησης. Πλήθος από ερευνητικές μελέτες έχουν δείξει ότι η έντονη άσκηση συνδέεται με μείωση στις στερεοτυπικές και αυτοπαρακινούμενες συμπεριφορές. Ακόμη, πολλές μελέτες δείχνουν ότι η θεραπευτική ιππασία και η κολύμβηση βοηθούν τα παιδιά με αυτισμό να ελαχιστοποιήσουν τις μη προσαρμοστικές συμπεριφορές τους και να βελτιώσουν την επικοινωνία τους.

Συμπερασματικά, ο αυτισμός είναι μία διαταραχή για την οποία δεν υπάρχει πλήρης θεραπεία. Παρόλα αυτά, η έγκαιρη διάγνωση και ο συνδυασμός της με ελεγχόμενη φαρμακοθεραπεία ή και με μη φαρμακευτικές μεθόδους, με τη συμβολή πάντα γονέων και ειδικών, μπορούν να φέρουν πολύ καλά αποτελέσματα στον «έλεγχο» της διαταραχής.

## **ABSTRACT**

Autism in our days is a frequent phenomenon that tends to be increased year by year. This is also apparent from recent surveys that show increased rates of autism. A complete definition of autism has not yet been given and the exact causes of it have not been determined. Its symptomatology is varied and is certainly different from person to person.

According to the World Health Organization and the American Psychiatric Association, autism is a serious developmental disorder with a broad range of conditions. It occurs in 10-20 individuals per 10,000 births and the boys-girls ratio is 4: 1. People with autism show a "triad of disorders" in the areas of communication, social interaction and creative imagination.

The disorder has a particular complexity that requires specialist interventions, from properly trained executives on an individualized basis and beyond. Various interventions can also take place in specialized day centers, in kindergartens alongside other children or in schools. Interventions should follow the development path and continue from phase to phase throughout the person's life, depending on their needs and peculiarities.

Non-pharmaceutical therapies include educational programs, autistic treatment programs, functional and communication therapies, family therapy and psychotherapy. The aim is to improve the overall functioning and integration of the child. Pharmaceutical treatment should be part of an overall treatment program.

In any case, the role of athletics, play, hippotherapy and bathing is particularly important for people with autism. Numerous research studies have shown that intense exercise is associated with reductions in stereotypic and self-abusing behaviors. Furthermore, many studies show that therapeutic riding and swimming help autistic children to minimize their non-adaptive behaviors and improve their communication.

In conclusion, autism is a condition for which there is no cure. Nonetheless, early diagnosis and combination of controlled and non-pharmacological treatment with the help of parents and specialists can be very effective in controlling the condition.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο αυτισμός ορίζεται υπό τους όρους των ανωμαλιών στην κοινωνικοποίηση και την ανάπτυξη της επικοινωνίας, στη παρουσία με έντονη επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά και περιορισμένη φαντασία (American Psychiatric Association [APA], 1994) Ο Αυτισμός, η σοβαρότερη μορφή διαταραχών επικοινωνίας, που αποκλείει το παιδί από το περιβάλλον του και το καθιστά «κωφό» και «τυφλό» στα γύρω του ερεθίσματα, ανήκει στις βαρύτερες διαταραχές της εξέλιξης και θεωρείται σύνδρομο. Εμφανίζεται συνήθως τους πρώτους 30 μήνες της ζωής και χαρακτηρίζεται από διαταραχές επικοινωνίας, του λόγου και της συμπεριφοράς, που παραμένουν σε όλη την διάρκεια της ζωής (Αντωνιάδου & Χίτογλου, 2004).

Ο αυτισμός είναι σοβαρή, νευροψυχιατρική διαταραχή, που οφείλεται σε δυσλειτουργία του εγκεφάλου, εκδηλώνεται νωρίς και διαρκεί ολόκληρη τη ζωή. Χαρακτηρίζεται από ποιοτικές αποκλίσεις στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στη δημιουργία σχέσης, στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και στο παιχνίδι-σκέψη-φαντασία. Οι αποκλίσεις αυτές επηρεάζουν βαθιά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και βιώνει τον εαυτό του και τον κόσμο, τον τρόπο με τον οποίο μαθαίνει, τη συμπεριφορά, την προσαρμογή και τη λειτουργικότητά του στην καθημερινή ζωή. Επηρεάζουν επίσης, την πορεία της ανάπτυξης, που αποκλίνει από το φυσιολογικό, ενώ η ανάπτυξη επηρεάζει την κλινική εικόνα του αυτισμού (Παπαγεωργίου, 2007).

Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο, τη σοβαρότητα, τη συνύπαρξη άλλων ιατρικών καταστάσεων, την ιδιοσυγκρασία του ατόμου και παράγοντες του περιβάλλοντος. Τα περισσότερα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν ταυτόχρονα κάποιου βαθμού νοητική καθυστέρηση και πολλά εμφανίζουν επιληπτικές κρίσεις. Δεν έχει βρεθεί μέχρι σήμερα μια συγκεκριμένη οργανική αιτιολογία, ωστόσο συνυπάρχουν με τον αυτισμό διαφορετικές οργανικές καταστάσεις. Σκοπός των ιατρικών-εργαστηριακών εξετάσεων είναι η διερεύνηση πιθανών νευρολογικών, γενετικών, μεταβολικών νόσων ή λοιμώξεων (Παπαγεωργίου, 2007).

Η αιτιολογία και η θεραπευτική αντιμετώπιση του αυτισμού έχουν αποτελέσει αντικείμενο μεγάλου ερευνητικού ενδιαφέροντος επί σειρά δεκαετιών. Ο αυτισμός στην

αρχή θεωρήθηκε από τον Kanner (1943) ως «έμφυτη διαταραχή», ενώ αργότερα τόσο από τον Kanner (1949) όσο και από τον Bettelheim (1967) θεωρήθηκε ότι «πρόκειται για αντίδραση σε αντίξοες πρακτικές ανατροφής». Η εγκυρότητα των απόψεων αυτών δεν αποδείχθηκε από την έρευνα, ενώ είναι γεγονός ότι επηρέασαν για μεγάλο χρονικό διάστημα τις πρακτικές αντιμετώπισης. Θεραπευτικές προσεγγίσεις που στηρίζονται σε τέτοιες απόψεις δεν είναι αποτελεσματικές. Μελέτες σύγκρισης γονέων παιδιών με αυτισμό με ομάδες ελέγχου δεν έχουν δείξει σημαντικές διαφορές στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, στα δυναμικά της οικογένειας, στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και στις πρακτικές ανατροφής μεταξύ τους. (Παπαγεωργίου, 2012).

Από την δεκαετία του 1960 έγκυρες επιστημονικές μελέτες έδειξαν τη βιολογική βάση του αυτισμού και των συναφών διαταραχών (Cohen and Volkmar, 1997). Κατά τα τελευταία 20 χρόνια αναγνωρίστηκαν ο ρόλος ειδικών γενετικών παραγόντων στις περισσότερες περιπτώσεις και η πολυπλοκότητα των υποκείμενων βιολογικών και ψυχολογικών διεργασιών. Σήμερα είναι γνωστό ότι στην εκδήλωση του αυτισμού συμβάλλουν τα γονίδια ενώ η κληρονομικότητα της τάσης για αυτισμό είναι μεγαλύτερη από το 90% των περιπτώσεων (Lord and Baley, 2002). Επιπλέον, μελέτες σε διδύμους έδειξαν ότι ο κίνδυνος για αυτισμό και συναφείς διαταραχές στα αδέρφια, δηλαδή σε γενετικώς συγγενικά άτομα, είναι αυξημένος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και κυμαίνεται από 2 έως 6% (Szatmari et. al., 1998).

Η συστηματική έρευνα της αιτιολογίας του αυτισμού επηρέασε καθοριστικά τις μεθόδους θεραπείας. Σήμερα, οι έγκυρες θεραπευτικές προσεγγίσεις στηρίζονται στις θεωρίες της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας με έμφαση στην κοινωνική κατανόηση, στην αυτογνωσία, στην εκμάθηση της επικοινωνίας και των κοινωνικών δεξιοτήτων, στην ενίσχυση του κινήτρου και στον έλεγχο των δυσλειτουργικών συμπεριφορών. Τα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης είναι αναγκαία για την εξέλιξη των παιδιών με αυτισμό, ενώ οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις είναι η ειδική εκπαίδευση, οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις, η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας και η φαρμακοθεραπεία, σε κάποιες περιπτώσεις (Campell et. al., 1996).

Η θεραπευτική παρέμβαση έχει ως βασικό της σκοπό να προετοιμάσει το άτομο ώστε να παραμείνει και να συμμετέχει πλήρως στην κοινότητα, να έχει ενεργό ρόλο στην οικογένεια, να είναι ανεξάρτητο και παραγωγικό, στο βαθμό που είναι εφικτό. Ο



θεραπευτικός σχεδιασμός απαιτεί λεπτομερή αξιολόγηση του επιπέδου λειτουργικότητας, κατανόηση των δυνατοτήτων και των δυσκολιών, θεωρητικό υπόβαθρο για τη μακροχρόνια παροχή υπηρεσιών και ρεαλιστικές υποθέσεις για την πιθανή εξέλιξη. Η θεραπευτική προσέγγιση είναι αποτελεσματική μόνον όταν είναι εξατομικευμένη, ανάλογη της χρονολογικής ηλικίας και του αναπτυξιακού επιπέδου, εστιάζεται στο σύνολο των δυσκολιών, στην αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών και στην προώθηση της ανάπτυξης και της προσαρμογής μακροχρόνια (Παπαγεωργίου, 2012).

Σήμερα, δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία, με τα ίδια αποτελέσματα για όλα τα άτομα, σε όλες τις ηλικίες, ενώ κάποιες προσεγγίσεις μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές σε σχέση με άλλες στην προώθηση των κοινωνικών, πραγματολογικών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων (Volkmar et.al., 2004).

Επειδή οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού είναι χρόνιες, απαιτούνται αλλαγές στη θεραπευτική προσέγγιση, καθώς το άτομο μεγαλώνει. Πρωταρχικό θεραπευτικό πλαίσιο είναι η οικογένεια και το σχολείο. Σε πολύ μικρή ηλικία η θεραπεία εστιάζεται, συνήθως, στην προώθηση της επικοινωνίας, στην εκπαίδευση του παιδιού και στην ψυχοεκπαίδευση των γονέων. Σε μεγαλύτερες ηλικίες, η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες αποτελεί προτεραιότητα, ενώ η αντιμετώπιση του άγχους, της κατάθλιψης ή των ψυχαναγκαστικών-καταναγκαστικών συμπτωμάτων μπορεί να απαιτούν κατάλληλη ψυχοθεραπεία και/ή φαρμακευτική αγωγή (Παπαγεωργίου, 2012).

# Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> : Αυτισμός

---

## 1.1 Τι είναι ο αυτισμός – Ορισμός

Ο όρος «αυτισμός» προέρχεται ετυμολογικά από την ελληνική λέξη «εαυτός» και υποδηλώνει την απομόνωση ενός ατόμου στον εαυτό του. Ο αυτισμός εντάσσεται στην κατηγορία των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών. Ο χαρακτηρισμός «διάχυτες» δηλώνει την έκπτωση σε πολλαπλούς τομείς της ανάπτυξης, δηλαδή ότι η διαταραχή επηρεάζει σφαιρικά την ανάπτυξη του πάσχοντος προσώπου. Ο χαρακτηρισμός «αναπτυξιακή» οφείλεται στο ότι η διαταραχή εμφανίζεται κατά την περίοδο της ανάπτυξης. Τέλος, ο όρος διαταραχή εκφράζει την έννοια της απόκλισης από το φυσιολογικό. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

Ο αυτισμός αποτελεί μία αναπτυξιακή διαταραχή του ανθρώπου, μία διαταραχή της ψυχολογικής του ανάπτυξης (Νότας, 2005). «Ένας συγκεκριμένος ορισμός για τον αυτισμό είναι δύσκολο να δοθεί, για το λόγο ότι παρουσιάζει διαφορές από το πλήθος των πηγών που προέρχεται, από τους διάφορους επαγγελματίες- ειδικούς που εμπλέκονται και από τους γονείς των παιδιών με αυτισμό. Για τον ορισμό του αυτισμού και τη συγγένεια του με διάφορες αναπηρικές καταστάσεις της παιδικής ηλικίας υπήρξαν πολλές διαφωνίες αλλά και απορίες» (Wing, 2000).

Σύμφωνα με τον Κρουσταλάκη (2005), πρόκειται για μία βαριάς μορφής γενική διαταραχή της ανθρώπινης συμπεριφοράς, κατά την οποία οι πάσχοντες αυτοπεριορίζονται στον προσωπικό τους κόσμο των βιώσεων και των ιδεών τους και αρνούνται εκούσια κάθε επικοινωνία με το περιβάλλον τους.

Παρακάτω παρουσιάζεται ο ορισμός του αυτισμού όπως αυτός δόθηκε από άτομα με αυτισμό (Γκονέλα, 2006).

Άτομα με αυτισμό τον έχουν προσδιορίσει ως εξής:

- ✓ «Ο αυτισμός δεν είναι 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 η ετικέτα- όσο ταμπέλα. Αυτός είναι ένας θετικός τρόπος να το σκέπτεται κανείς» (Exley, άτομο με αυτισμό) (Γκονέλα, 2006).

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

Εκτός από τον ιατρικό ορισμό του αυτισμού, υπάρχει και ο εκπαιδευτικός ορισμός του αυτισμού, ο οποίος αναφέρει ότι «Είναι μια προσέγγιση που βασίζεται, κυρίως, στην έντονη εξατομίκευση, στην οπτική στήριξη, στην προβλεψιμότητα και στη συνέχεια. Υπάρχουν πολλά είδη προσεγγίσεων, αφού υπάρχει μεγάλη ποικιλία ατομικών μαθησιακών αναγκών» (Γκονέλα, 2006).

Σύμφωνα με τον Νότα (2005), η διαταραχή του αυτισμού περιλαμβάνει:

- ποιοτικές δυσκολίες στην κοινωνική κατανόηση, συναλλαγή και συναισθηματική αμοιβαιότητα
- δυσκολίες στον τρόπο επικοινωνίας και στη γλώσσα
- περιορισμένο, στερεότυπο, επαναλαμβανόμενο ρεπερτόριο δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων, ενώ στη συμπεριφορά επικρατούν ιδιόρρυθμα ενδιαφέροντα και ενασχολήσεις
- ανομοιογενή ανάπτυξη γνωσιακών λειτουργιών
- συχνά ανακόλουθη επεξεργασία αισθητηριακών προσλήψεων

Οι δυσκολίες και οι περιορισμοί αυτοί, που ποικίλλουν σε βαρύτητα από άτομο σε άτομο, αποτελούν διάχυτο χαρακτηριστικό της λειτουργικότητάς του. Σε όλες τις μορφές αυτισμού, ακόμα και στις πιο ήπιες υπάρχουν ορισμένες διαταραχές και δυσκολίες στη λειτουργία του ατόμου για τις οποίες απαιτούνται παρεμβάσεις. Ο

αυτισμός συχνά συνυπάρχει με νοητική καθυστέρηση, άλλες αναπηρίες ή και με ιατρικά σύνδρομα και καταστάσεις (Νότας, 2005).

Το 1988, η Wing εισήγαγε την έννοια ενός φάσματος διαταραχών στον αυτισμό για να δείξει τις διακυμάνσεις των εκδηλώσεων στο ίδιο μειονέκτημα. Ακόμα και στο ίδιο το άτομο με αυτισμό η εικόνα μπορεί να αλλάξει ανάλογα με την ηλικία και τη νοητική του ικανότητα. Αυτό ονομάστηκε «φάσμα αυτισμού» (Happé, 2003; Wing, 1988).

Εξ' ορισμού, όλα τα άτομα με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος (ASD) παρουσιάζουν ελλείμματα στην επικοινωνία (American Psychiatric Association, 1994). Ακόμη και σε όσους αναπτύσσουν χρήσιμο λόγο, αυτός γενικά καθυστερεί ή / και αποκλίνει και το ποσοστό που παραμένει χωρίς ομιλία εκτιμάται ότι κυμαίνεται περίπου στο ένα τρίτο (Lord and Paul, 1997) ή ακόμη και στα δύο τρίτα των περιπτώσεων (Weitz et al., 1997).

Σημαντικό είναι και το γεγονός ότι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος είναι δυνατόν να παρουσιάζουν όλοι, σε διαφορετικό βέβαια βαθμό. Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν σύντομα, αυτοδιαχειριζόμενα όργανα για τη μέτρηση του βαθμού στον οποίο ένας ενήλικας με φυσιολογική νοημοσύνη έχει τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το αυτιστικό φάσμα. Σε σχετική έρευνα του Baron-Cohen και των συνεργατών του (2001), διαπιστώθηκε ότι σε διάφορες κοινωνικές ομάδες και διαφορετικά επαγγέλματα, πολλοί είναι εκείνοι που παρουσιάζουν στοιχεία από το ευρύτερο φάσμα του αυτισμού. Στη συγκεκριμένη έρευνα αξιολογήθηκαν τέσσερις ομάδες ατόμων. Η πρώτη ομάδα αποτελούνταν από 58 ενήλικες με σύνδρομο Asperger ή αυτισμό με υψηλή λειτουργικότητα (HFA). Η δεύτερη ομάδα αποτελούνταν από 174 τυχαία επιλεγμένους ανθρώπους. Η Τρίτη ομάδα από 840 φοιτητές του Πανεπιστημίου του Cambridge και η τέταρτη ομάδα από 16 νικητές που Ηνωμένου Βασιλείου στη Μαθηματική Ολυμπιάδα. Στα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ξεκάθαρα ότι μεταξύ των ελέγχων, οι άνδρες σημείωσαν ελαφρά, αλλά σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με τις γυναίκες. Στο ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε, διαπιστώθηκε ότι το 4% των ανδρών σημείωσαν εξαιρετικά μεγάλη βαθμολογία, κάτι που δεν συνέβη στην περίπτωση των γυναικών. Οι επιστήμονες (συμπεριλαμβανομένων των μαθηματικών), σημείωσαν σημαντικά υψηλά επίπεδα του φάσματος του αυτισμού σε σχέση με τους φοιτητές των

ανθρωπιστικών και κοινωνικών σπουδών (Baron-Cohen et. al., 2001). Στο πλαίσιο των επιστημών, οι μαθηματικοί σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους υπόλοιπους επιστήμονες. Το ίδιο συνέβη και στη σύγκριση μεταξύ των νικητών Μαθηματικών Ολυμπιάδων με τους φοιτητές ανθρωπιστικών επιστημών του Cambridge (Baron-Cohen et. al., 2001).

## 1.2. Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές

Ο όρος Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές υπάρχει και στα δύο έγκυρα ταξινομικά εγχειρίδια που δεν είναι άλλα από το ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και το DSM-IV το οποίο αποτελεί διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης. Είναι ο όρος που καλύπτει όλο το φάσμα του αυτισμού. Στη μία άκρη του φάσματος βρίσκεται η τυπική μορφή του αυτισμού, η οποία είναι γνωστή και ως σύνδρομο Kanner, ενώ στην άλλη τα σύνδρομα υψηλής λειτουργικότητας, το σύνδρομο Asperger και ενδιάμεσα άλλες μορφές αυτισμού.

Αυτή η ομάδα διαταραχών χαρακτηρίζεται από ποιοτικές ανωμαλίες στις κοινωνικές συναλλαγές και στους τρόπους επικοινωνίας, καθώς και από περιορισμένο, στερεότυπο, επαναλαμβανόμενο ρεπερτόριο ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων. Οι ποιοτικές αυτές ανωμαλίες αποτελούν διάχυτο χαρακτηριστικό της λειτουργικότητας του ατόμου, υπό οποιαδήποτε συνθήκη αν και είναι δυνατόν να ποικίλλουν σε βαρύτητα (Νότας, 2005).

Στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές περιλαμβάνονται τα εξής σύνδρομα:

1. Αυτισμός της παιδικής ηλικίας: αυτιστική διαταραχή, βρεφικός αυτισμός, βρεφική ψύχωση, σύνδρομο Kanner.
2. Άτυπος αυτισμός: άτυπη ψύχωση της παιδικής ηλικίας, νοητική καθυστέρηση με αυτιστικά χαρακτηριστικά.
3. Σύνδρομο Rett.
4. Άλλη αποργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας: βρεφική άνοια, αποδιοργανωτική – αποαπαρτιωτική ψύχωση, σύνδρομο Heller.
5. Διαταραχή υπερδραστηριότητας σχετιζόμενη με νοητική καθυστέρηση και στερεότυπες κινήσεις.

6. Σύνδρομο Asperger: Αυτιστική ψυχοπαθητική διαταραχή, σχιζοειδής διαταραχή της παιδικής ηλικίας.
7. Άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.
8. Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, μη καθοριζόμενη (Νότας, 2005).

Αρκετά άτομα με αυτισμό μπορεί να έχουν ιδιαίτερες ικανότητες σε κάποιους τομείς (καλλιτεχνικούς, αριθμονήμονες, γενικά απομνημόνευσης, υπολογιστές κ.λπ) (Νότας, 2005).

Σε ότι αφορά τη διαταραχή Asperger, περιγράφει τα παιδιά, τα οποία παρουσιάζουν τα ίδια συμπτώματα με τα παιδιά με αυτισμό, αλλά δεν έχουν ελλείματα στην γλωσσική ανάπτυξη. Η διαταραχή Rett χαρακτηρίζει τα παιδιά που αρχίζουν να εμφανίζουν ειδικά ελλείματα μετά από μία σύντομη περίοδο ομαλής ανάπτυξης. Η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή, χαρακτηρίζει τα παιδιά που εμφανίζουν μία συνολική παλινδρόμηση σε πολλούς τομείς ανάπτυξης. Η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη διαφορετικά, χαρακτηρίζει τα παιδιά που παρουσιάζουν σοβαρά ελλείματα στην ανάπτυξή τους, αλλά δεν πληρούν εξολοκλήρου τα κριτήρια για καμία από τις παραπάνω κατηγορίες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

### **1.2.1. Το σύνδρομο Kanner**

Το Σύνδρομο Kanner, είναι μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή που ορίζεται από μη φυσιολογική και διαταραγμένη ανάπτυξη η οποία εκδηλώνεται πριν από την ηλικία των 3 ετών και με ποσοστό εμφάνισης μεγαλύτερο στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια. Το Σύνδρομο Kanner ή Αυτισμός της παιδικής ηλικίας ή αυτιστική διαταραχή ή βρεφικός αυτισμός ή βρεφική ψύχωση χαρακτηρίζεται από τη μη φυσιολογική λειτουργικότητα η οποία παρατηρείται ταυτόχρονα σε τρεις περιοχές και πιο συγκεκριμένα, στην κοινωνική συναλλαγή, στην επικοινωνία και στην περιορισμένη, επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά.

Στην κοινωνική συναλλαγή υπάρχουν ποιοτικά ελλείματα, τα οποία γίνονται ορατά μέσω της ανεπαρκούς εκτίμησης των κοινωνικό-συναισθηματικών ερεθισμάτων, τα οποία φαίνονται από την έλλειψη ανταπόκρισης του παιδιού στα συναισθήματα των άλλων, από την δυσκολία προσαρμογής του ανάλογα με το κοινωνικό περιβάλλον, από την μειωμένη χρήση κοινωνικών σημάτων, από την ανεπαρκή ολοκλήρωση κοινωνικών

συναισθημάτων και επικοινωνιακών συμπεριφορών και ιδιαίτερα από την βασική έλλειψη κοινωνικό-συναισθηματικής αμοιβαιότητας.

Η ύπαρξη των ποιοτικών αυτών ελλειμμάτων αποτελεί ένα καθολικό φαινόμενο στην κλινική πρακτική. Λόγω των ελλειμμάτων αυτών παρουσιάζονται ιδιαίτερες δυσκολίες στο παιδί, όπως αδυναμία κοινωνικής χρήσης των γλωσσικών ικανοτήτων που ίσως διαθέτει το παιδί, μειωμένη ικανότητα για παιχνίδι το οποίο για να επιτευχθεί απαιτεί προσποίηση και κοινωνική μίμηση, ανεπαρκούς συγχρονισμού και έλλειψης αμοιβαιότητας στην συναλλαγή μέσω διαλόγου, ανεπαρκούς γλωσσικής εκφραστικής ευελιξίας και σχετικής έλλειψης δημιουργικότητας και φαντασίας στις διαδικασίες της σκέψης, έλλειψης συναισθηματικής ανταπόκρισης στις λεκτικές και μη λεκτικές εκδηλώσεις των άλλων ανθρώπων, μειωμένης δυνατότητας χρήσης διακυμάνσεων ή έμφασης στα εκφραστικά μέσα που αντανακλούν μεταβολές σχετιζόμενες με την επικοινωνία καθώς και έλλειψη συνοδών κινήσεων για να τονισθεί ή να αποσαφηνισθεί ο προφορικός λόγος.

Παράλληλα, τα περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων τα οποία παίρνουν την μορφή ακαμψίας και στασιμότητας σε πολλές όψεις της καθημερινής λειτουργίας είναι χαρακτηριστικά που εκδηλώνονται στο Σύνδρομο Kanner. Αυτό συνήθως ισχύει τόσο για τις νέες δραστηριότητες όσο και για οικείες συνήθειες και τρόπους παιχνιδιού.

Επιπλέον, ιδιαίτερα κατά την πρώιμη παιδική ηλικία, συχνό φαινόμενο αποτελεί η ειδική προσήλωση του παιδιού σε ασυνήθιστα αντικείμενα με σκληρή κυρίως υφή. Επίσης συχνά μπορεί να επιμένουν να ακολουθούν συγκεκριμένες καθημερινές πρακτικές σε τελετουργίες μη λειτουργικού χαρακτήρα, μπορεί να έχουν στερεότυπες ενασχολήσεις με ημερομηνίες, δρομολόγια ή χρονοδιαγράμματα ενώ είναι πιθανό να εκδηλώνουν και κινητικές στερεοτυπίες. Τέλος αρκετές φορές παρουσιάζουν μεγάλη αντίσταση σε αλλαγές της καθημερινότητας ή σε λεπτομέρειες του ατομικού περιβάλλοντος.

Πέραν όμως αυτών των ειδικών διαγνωστικών χαρακτηριστικών, συχνά τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν πολλά μη ειδικά προβλήματα όπως φοβίες, διαταραχές ύπνου, τροφής, θυμό και επιθετικότητα η οποία όταν ο αυτισμός συνοδεύεται και από βαριά νοητική καθυστέρηση παίρνει την μορφή αυτοτραυματισμού.

Ακόμη, στα περισσότερα άτομα με αυτισμό υπάρχει έλλειψη του αυθορμητισμού, της πρωτοβουλίας και της δημιουργικότητας στην οργάνωση του ελεύθερου χρόνου τους ενώ δυσκολεύονται στην χρήση εννοιών και στην λήψη αποφάσεων στον τομέα της εργασίας τους.

Τα ελλείμματα αυτά καθώς το παιδί μεγαλώνει μεταβάλλονται αν και αρκετά από αυτά παραμένουν και στην ενήλικη ζωή με παρόμοιο τρόπο.

Τέλος, για να τεθεί η διάγνωση πρέπει να έχουν παρουσιασθεί ανωμαλίες στην ανάπτυξη πριν από την ηλικία των τριών ετών αν και το σύνδρομο αυτό μπορεί να διαγνωσθεί σε οποιαδήποτε ηλικία (ICD-10, 2003, F84.0)

### **1.2.2. Ο άτυπος αυτισμός**

Ο Άτυπος αυτισμός ή «άτυπη μορφή αυτισμού» ή «διάχυτη διαταραχή της εξέλιξης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς» είναι μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή η οποία ανταποκρίνεται σε λίγα μόνο συμπτώματα σύμφωνα με τα διάφορα διαγνωστικά εγχειρίδια. Η διαταραχή αυτή γίνεται εμφανής μόνο μετά την ηλικία των 3 ετών και τα συμπτώματά της είναι λιγότερα από όσα απαιτούνται για την διάγνωση ή περιορίζονται σε έναν μόνο τομέα ενώ παράλληλα παρουσιάζει μια ποικίλη λειτουργικότητα. Ο «άτυπος αυτισμός» προσβάλλει πιο συχνά τα άτομα με εμφανή καθυστέρηση και με αρκετά χαμηλό επίπεδο λειτουργικότητας καθώς και άτομα με βαριά ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της γλώσσας, αντιληπτικού τύπου. Τέλος, το επίθετο «άτυπος» που συνοδεύει αυτήν τη διαταραχή κάνει τους γονείς να δέχονται την διάγνωσή της πιο εύκολα συγκριτικά με την διάγνωση του αυτισμού (Γκονέλα, 2006).

### **1.2.3. Το σύνδρομο Rett**

Το σύνδρομο Rett είναι μια διακριτή νευρολογική κατάσταση η οποία πήρε το όνομά της το 1966 από τον Αυστριακό ιατρό Andreas Rett. Η εκδήλωσή της παρατηρείται στην ηλικία μεταξύ 5 και 30 μηνών, μετά το πέρας μιας φυσιολογικής φαινομενικά ανάπτυξης μερικών μηνών, σε αντίθεση με άλλου τύπου αυτισμού (Heward, 2011). Η διαταραχή αυτήν επηρεάζει κυρίως τα κορίτσια, σε αντίθεση με τον αυτισμό όπου παρατηρείται πιο συχνά στο αντίθετο φύλλο. Το συγκεκριμένο σύνδρομο είναι αρκετά



σπάνιο και εμφανίζεται με συχνότητα μιας περίπτωσης στα 10.000 κορίτσια ενώ η αιτιολογία του, παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει παραμένει άγνωστη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Κατά τη διάρκεια της διαταραχής αυτής, η ανάπτυξη της κεφαλής του ατόμου προχωρά με πιο αργό ρυθμό, οι κινήσεις των χεριών αντικαθιστούνται από επαναλαμβανόμενες και στερεοτυπικές κινήσεις, όπως για παράδειγμα συστροφή κεφαλής, σφίξιμο, τρίψιμο ή χτύπημα και των δύο χεριών μαζί και τοποθέτηση του χεριού στο στόμα. Παράλληλα, σιγά σιγά το παιδί αποκτά αστάθεια και δυσκολία στην βάδιση, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις κρίνεται αναγκαία η χρήση αναπηρικού αμαξιδίου. Επιπλέον, σε πολλά κορίτσια με την διαταραχή αυτήν εμφανίζονται επιληπτικές κρίσεις και διαταραχές ύπνου. Σοβαρές είναι επίσης και οι επιπτώσεις στον λόγο και στις γνωστικές ικανότητες (Heward, 2011).

Πέραν όμως των παραπάνω συμπτωμάτων υπάρχουν και άλλα τα οποία μπορούν να χαρακτηριστούν ως δευτερεύοντα και τα οποία συμπεριλαμβάνουν δυσκολίες στην αναπνοή, δύσπνοια, ακαμψία μυών και σφιγμένες αρθρώσεις, σκολίωση, ξαφνικές προσβολές ασθένειας, τριγμός δοντιών και δυσκολία στην κατάποση, ερυθρό χρώμα των κάτω άκρων και πατουσών εξαιτίας κακής κυκλοφορίας του αίματος. Όλα τα παραπάνω συμπτώματα λοιπόν, δημιουργούν άγχος στο παιδί και το αποκόπτουν κοινωνικά με αποτέλεσμα την παροδική συρρίκνωση των κοινωνικών συναλλαγών σε αντίθεση με τον αυτισμό όπου η κοινωνική συναλλαγή δεν αναπτύσσεται καθόλου χωρίς ειδική αγωγή.

Τέλος, η πρόγνωση του συνδρόμου είναι αρκετά δυσμενής. Οι δυσκολίες των κοριτσιών αυτών είναι τόσες πολλές που χρειάζονται καθημερινή στήριξη και βοήθεια, ακόμη και στους πιο απλούς τομείς αυτοεξυπηρέτησης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

#### **1.2.4. Η διαταραχή Asperger**

Η διαταραχή Asperger είναι μια σοβαρή αναπτυξιακή διαταραχή η οποία περιεγράφηκε αρχικά από τον Αυστριακό παιδίατρο τον Hans Asperger το 1944 δίνοντάς της, όμως, το όνομα «αυτιστική ψυχοπάθεια». Η Lorna Wing ήταν η πρώτη η οποία χρησιμοποίησε τον όρο «σύνδρομο Asperger», σε μια προσπάθειά της να αναγνωρίσει τα πολύ ικανά άτομα με αυτισμό στα οποία δεν ταιριάζουν ορισμένα από τα χαρακτηριστικά του Kanner (Happe,2006).

Παιδιά με την συγκεκριμένη διαταραχή, παρουσιάζουν δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, παράξενα ενδιαφέροντα και ασυνήθιστες μορφές συμπεριφοράς με αρκετές στερεοτυπίες και επαναλήψεις όπως ακριβώς παρουσιάζουν και τα παιδιά με αυτισμό. Παράλληλα η νοημοσύνη και η γλωσσική τους ανάπτυξη είναι φυσιολογική ενώ έχουν ανεπτυγμένες αρκετές δεξιότητες επικοινωνίας και προσαρμογής στο περιβάλλον. Ακόμη ένα κλινικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η κινητική αδεξιότητα, οι δυσκολίες στις δραστηριότητες λεπτής και αδρής κινητικότητας και η γενικότερη καθυστέρηση στην κινητική ανάπτυξη.

Τα άτομα με σύνδρομο Asperger, αρκετές φορές δίνουν μια εντύπωση εκκεντρικότητας. Συχνά ασχολούνται με περίεργες αφηρημένες ιδέες και ενημερώνονται συνέχεια για θέματα όπως καιρικά φαινόμενα, για θέματα γεωγραφίας και πολλά άλλα. Η δυσκολία στην δημιουργία φιλικών σχέσεων, η τάση για απομόνωση και η τελειομανία συχνά αναφέρονται ως χαρακτηριστικά των παιδιών αυτών. Τέλος, η επικοινωνία τους δεν είναι σημαντικά διαταραγμένη όπως στα παιδιά με αυτισμό, αλλά είναι μονόπλευρη και ο λόγος τους είναι αρκετά παράξενος και ιδιόμορφος.

Η διάγνωση του συγκεκριμένου συνδρόμου θα πραγματοποιηθεί όταν θα διαπιστωθεί πως υπάρχει μεγάλο έλλειμμα σε δύο ή περισσότερα σημεία της λειτουργικότητάς του και θα είναι έτσι απαραίτητη η πολύπλευρη στήριξη για την υποστήριξη αυτών των δυσκολιών (Στασινός, 2016). Τα διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου Asperger σύμφωνα με το DSM-IV παρατίθενται παρακάτω. Ωστόσο, πριν από την δημοσίευση του DSM-IV είχαν προταθεί διάφορα διαφορετικά διαγνωστικά συστήματα για το σύνδρομο αυτό. Τα κριτήρια αυτά είναι ασφαλώς τυποποιημένα και παρέχουν σαφή κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού (Ozonoff, South & Miller, 2000).

Το σύνδρομο Asperger (AS) ορίζεται με όρους του ατόμου που πληρούν τα ίδια κριτήρια για τον αυτισμό αλλά όχι με ιστορικό γνωστικής ή γλωσσικής καθυστέρησης, και χωρίς να συναντά τα κριτήρια της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής (PDD), (ICD-10, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 1994). Στην περίπτωση της γλωσσικής καθυστέρησης το παιδί δεν χρησιμοποιεί μεμονωμένες λέξεις μέχρι την ηλικία των 2 ετών ή / και φράσεις ομιλίας μέχρι την ηλικία των 3 ετών. Εκεί αυξάνεται η απόδειξη ότι ο αυτισμός και το σύνδρομο Asperger είναι γενετικής προέλευσης. Τα στοιχεία είναι ισχυρότερα για

τον αυτισμό και έρχονται κυρίως από συμπεριφορικές γενετικές μελέτες οικογένειας (Bailey et al., 1995).

Η διαταραχή του Asperger είναι μια διαδεδομένη αναπτυξιακή διαταραχή που μοιράζεται παρόμοια χαρακτηριστικά της αυτιστικής διαταραχής, όπως η κοινωνική δυσλειτουργία, περιορισμένα ενδιαφέροντα και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές. Αν και η διαταραχή του Asperger και η αυτιστική διαταραχή επιμένουν στην ενηλικίωση, η αυτιστική διαταραχή είναι συνήθως εμφανής πριν από την ηλικία των 3 ετών, ενώ η διαταραχή του Asperger εκδηλώνεται συνήθως στην προσχολική ηλικία. Η διαταραχή του Asperger στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν συνδέεται με την καθυστέρηση στην ανάπτυξη της γλώσσας και υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να αναζητηθούν κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες και φιλία με άλλους. Σε αντίθεση με την αυτιστική διαταραχή, οι περισσότεροι ασθενείς με διαταραχές του Asperger έχουν κανονική πνευματική λειτουργία και μερικοί έχουν κινητική αδέσμευση (Hani Raoul Khouzam, et. al., 2004).

Η διαταραχή του ASPERGER, περισσότερο γνωστή ως σύνδρομο Asperger, περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1944 από τον αυστριακό παιδίατρο, Hans Asperger. Περιγράφηκε ως μια αναπτυξιακή διαταραχή, την οποία ονόμασε «αυτιστική ψυχοπάθεια». Νωρίτερα το 1943, ο Leo Kanner στις Ηνωμένες Πολιτείες δημοσίευσε τον αρχικό απολογισμό του "πρώιμου παιδικού αυτισμού".

Οι πληροφορίες σχετικά με τον επιπολασμό της διαταραχής του Asperger είναι περιορισμένες και παρόλο που φαίνεται να είναι πιο συχνές στους άνδρες, το ποσοστό επικράτησης μπορεί να εξαρτάται από την αυστηρότητα των διαγνωστικών κριτηρίων που χρησιμοποιούνται για την επιλογή των περιπτώσεων. Μια επιδημιολογική μελέτη διαπίστωσε επικράτηση 3,6 ανά 1.000 παιδιά με αναλογία αρσενικού προς θηλυκό 4: 1, Ωστόσο, όταν συμπεριλήφθηκαν πιθανές περιπτώσεις, το ποσοστό επικράτησης μεταβλήθηκε σε 7,1 ανά 1.000 παιδιά με αναλογία αρσενικού προς θηλυκό 2,3: 1,. Η αυστηρή προσέγγιση στη διάγνωση θα υποδηλώνει ποσοστό 1 σε 10.000 με προφανή υπεροχή 9: 1. Οι Gillberg και Gillberg βρήκαν ότι το σύνδρομο Asperger είναι πέντε φορές συνηθισμένο από τον αυτισμό. Εκτιμάται ότι περίπου το 50% των παιδιών με διαταραχή του Asperger φθάνουν στην ενηλικίωση χωρίς ποτέ να αξιολογούνται, να διαγιγνώσκονται ή να θεραπεύονται.

Αν και η ακριβής αιτία της διαταραχής του Asperger παραμένει απροσδιόριστη, οι γενετικοί, μεταβολικοί, μολυσματικοί και περιφερειακοί παράγοντες έχουν προταθεί ως πιθανές αιτιολογίες. Οι διαθέσιμες οικογενειακές μελέτες φαίνεται να δείχνουν αυξημένη συχνότητα διαταραχής του Asperger μεταξύ των μελών της οικογένειας των ατόμων που έχουν τη διαταραχή. Η δυσλειτουργία του δεξιού εγκεφαλικού ημισφαιρίου, οι διαρθρωτικές διαταραχές του εγκεφάλου και οι διαταραχές στο περιοριστικό σύστημα καθώς και στα ντοπαμινεργικά και σεροτονινεργικά νευροχημικά συστήματα έχουν επίσης εμπλακεί ως πιθανή αιτιολογία της διαταραχής του Asperger (Hani Raoul Khouzam, et. al., 2004).

### **1.2.5. Σύνδρομο του εύθραυστου X**

Το σύνδρομο εύθραυστου X, είναι μια κληροδοτούμενη κατάσταση η οποία εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια και οφείλεται όπως υποδεικνύεται και από το όνομά του, σε μια ανωμαλία του χρωμοσώματος X στην κλινική εικόνα του συνδρόμου αυτού συμπεριλαμβάνονται διάφορες φυσικές ανωμαλίες όπως είναι το μακρουλό πρόσωπο και τα μεγάλα αυτιά, μαθησιακές δυσκολίες, στερεότυπες κινήσεις, επαναλαμβανόμενες καταστάσεις ρουτίνας, μεγάλη ευαισθησία στους ήχους και στην αφή των αντικειμένων καθώς επίσης μπορεί να εκδηλωθεί έντονη δραστηριότητα και περιορισμένο εύρος προσοχής (Wing, 2000). Επιπλέον όσον αφορά την ομιλία των ατόμων αυτών, παρατηρείται έντονη καθυστέρησή της ενώ ταυτόχρονα περιλαμβάνει αρκετούς νεολογισμούς, ηχολαλίες, επαναλήψεις και ακατάλληλη γλώσσα, ενώ παρατηρείται απουσία της μη λεκτικής επικοινωνίας η οποία συνοδεύει τυπικά την ομιλία. Ακόμη, οι διαταραχές άρθρωσης και τα προβλήματα φώνησης κάνουν συχνά την εμφάνισή τους (Shipley & McAfee, 2013).

Παράλληλα, όσον αφορά την κοινωνική τους συμπεριφορά, τα παιδιά με το συγκεκριμένο σύνδρομο αποφεύγουν την βλεμματική επαφή και συνηθίζουν να μένουν αποστασιοποιημένοι από τους γύρω τους. Αυτές οι κοινωνικές δυσκολίες όμως που παρουσιάζουν τα παιδιά αυτά οφείλονται κυρίως σε αυτήν την κατάσταση που δημιουργείται από τα αγγίγματα των άλλων και όχι λόγω της κοινωνικής απόσυρσης και αδιαφορίας. Η ποιότητα των κοινωνικών τους δυσκολιών διαφέρει από εκείνη των παιδιών με αυτισμό αν και είναι πιθανό, σε λίγες όμως περιπτώσεις ο τρόπος εκδήλωσης

των δυσκολιών αυτών να ταυτίζεται με εκείνο των παιδιών με αυτισμό. Όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά απαντούν σε ένα μικρό ποσοστό των ατόμων με αυτισμό, αλλά η εξέταση του συνδρόμου αυτού, αποτελεί ένα συνηθισμένο κομμάτι της συμπεριφοράς των ατόμων με αυτισμό (Wing, 2000).

### **1.2.6. Σύνδρομο Landau-Kleffner**

Πρόκειται για μία σπάνια διαταραχή, η οποία συμβαίνει συνήθως σε παιδιά μεταξύ 3 και 7 ετών, των οποίων η ανάπτυξη ήταν προηγουμένως κανονική, αν και μερικά έχουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου. Τα πρώτα σημάδια μπορεί να είναι αλλαγές συμπεριφοράς ή προβλήματα που επηρεάζουν την γλώσσα. Πολλά έχουν αυτιστικού τύπου χαρακτηριστικά όπως φτωχή βλεμματική επαφή, επαναλαμβανόμενες ρουτίνες και αντίσταση στην αλλαγή. Ο τύπος του εγκεφαλογραφήματος είναι συνήθως μη φυσιολογικός, αλλά αυτό μπορεί να εντοπιστεί μόνο αν χρησιμοποιηθούν ειδικές τεχνικές εγγραφής του. Μπορεί να υπάρξουν επιληπτικές κρίσεις, αλλά αυτές δεν συμβαίνουν πάντοτε. Στεροειδή φάρμακα δίνουν αξιόλογη βελτίωση στην συμπεριφορά. Επίσης χρησιμοποιούνται αντιεπιληπτικά φάρμακα. Ένας τύπος χειρουργικής επέμβασης στον εγκέφαλο έχει αναπτυχθεί για να αντιμετωπίσει αυτήν την κατάσταση και έχει αναφερθεί ότι έχει καλά αποτελέσματα σε μερικά παιδιά (Wing, 2000).

### **1.2.7. Σύνδρομο Tourette**

Πρόκειται για μία νευρολογική διαταραχή, τα συμπτώματα της οποίας περιλαμβάνουν βογκητά και απότομα τινάγματα, έμμονες ιδέες, αισχρολογίες, έλλειψη συγκέντρωσης και προσοχής και υπερδραστηριότητα (Wing, 2000)

## **1.3. Οι μύθοι και η ιστορική αναδρομή του αυτισμού**

Πολλοί μύθοι ζωντανεύουν εικόνες αυτιστικών παιδιών και ενηλίκων. Σίγουρα οι άνθρωποι στο παρελθόν συνάντησαν τον αυτισμό και προσπάθησαν να τον κατανοήσουν. Ο ψυχρός θελκτικός συνδυασμός αθωότητας και «τρέλας» αναζητούσε πάντα συμβολική επεξεργασία.

Σε μία σπάνια συλλογή μύθων καταγεγραμμένη τον 13<sup>ο</sup> αιώνα με τίτλο «Τα μικρά Λουλούδια του Αγίου Φραγκίσκου» (The little flowers of St. Francis), που καταγράφει τις παραδόσεις των Φραγκισκανών μοναχών, η Uta Frith ανακάλυψε τον καλόγερο Jupiter. Οι δεκατέσσερις διασκεδαστικές και ταυτόχρονα περίεργες ιστορίες για τον καλόγερο Jupiter, αποκτούν άλλο νόημα αν υποθέσουμε ότι βασίστηκαν στη ζωή ενός Καλογέρου, μαθητή του Αγίου Φραγκίσκου, που ήταν ίσως άτομο με αυτισμό, διότι παύουν να είναι περίεργες.

Σε μία ενδιαφέρουσα μελέτη των Challis & Dewey και σε παρόμοιες περιγραφές του Άγγλου περιηγητή στη Ρωσία του 16<sup>ου</sup> αιώνα, καταγράφονται οι συμπεριφορές των «ευλογημένων» ή «άγιων» τρελών, που έχαιραν μεγάλου σεβασμού και οι οποίες έχουν καταπληκτικές ομοιότητες με αυτές των ατόμων με αυτισμό, σύμφωνα με τη σύγχρονη διάγνωση (Νότας, 2005).

Σύμφωνα με τον ειδικό στον αυτισμό Simon Baron-Cohen, τόσο ο Einstein (Αϊνστάιν) όσο και ο Newton (Νεύτωνας) είχαν συμπτώματα του συνδρόμου Asperger. Παρόλο που παραδέχεται ότι είναι αδύνατο να γίνει σαφής διάγνωση για κάποιον που δεν ζει πια, ο Baron-Cohen ελπίζει ότι αυτού του είδους η ανάλυση θα μπορέσει να εξηγήσει γιατί μερικοί άνθρωποι με αυτισμό διαπρέπουν στη ζωή, ενώ άλλοι δεν τα καταφέρνουν. Ο Baron-Cohen από το Πανεπιστήμιο του Cambridge και ο μαθηματικός Ioan James από το πανεπιστήμιο της Οξφόρδης, αξιολόγησαν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του Νεύτωνα και του Αϊνστάιν για να βρουν αν εκδηλώνουν τα τρία βασικά συμπτώματα του συνδρόμου Asperger: στερεότυπα ενδιαφέροντα, εμμονική ενασχόληση, δυσκολία στην κοινωνική αλληλεπίδραση και προβλήματα στην επικοινωνία (Νότας, 2005).

Ο Νεύτωνας φαίνεται να ήταν πιθανόν, σύμφωνα με τις περιγραφές, πιο κλασική περίπτωση. Μιλούσε σπάνια, ήταν απορροφημένος από τη δουλειά του που συχνά ξεχνούσε να φάει, ήταν απρόβλεπτος, άλλοτε μαλθακός, άλλοτε ενεργητικός και συχνά οξύθυμος με τους λίγους φίλους που είχε. Αν δεν παρευρίσκονταν κανείς στη διάλεξή του, εκείνος την έδινε ούτως ή άλλως, μιλώντας σε μία άδεια αίθουσα. Στα 50 του χρόνια έπαθε εγκεφαλικό, ενώ έπασχε από κατάθλιψη και χαρακτηρίζονταν παρανοϊκός. Ο Αϊνστάιν, ως παιδί, ήταν και αυτός απομονωμένος, μοναχικός, και επαναλάμβανε ηχολαλικά προτάσεις, μέχρι την ηλικία των 7 ετών. Αργότερα έγινε ένας περιβόητος

ομιλητής αλλά με δυσνόητο, μπερδεμένο, ιδιόρρυθμο λόγο. Είχε φίλους, πολυάριθμες σχέσεις, μία ιδιαίτερη σχέση με τη γυναίκα του και «εξέφραζε ανοιχτά, χωρίς περιστροφές, την άποψή του για κοινωνικο- πολιτικά ζητήματα. Στη μελέτη αναλύονται αυτές οι σχέσεις. Ο Baron-Cohen πιστεύει ότι και ο Αϊνστάιν παρουσίαζε συμπτώματα συνδρόμου Asperger, πιο χαρακτηριστικά στην παιδική ηλικία (Νότας, 2005).

Αντίστοιχα, ο Glen Eliot, ψυχίατρος από το Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια στο Σαν Φρανσίσκο, δεν είναι πεπεισμένος για τα παραπάνω. Ισχυρίζεται ότι η προσπάθεια διάγνωσης που βασίζεται σε βιογραφικές πληροφορίες είναι αναξιόπιστη σε μεγάλο βαθμό, και επισημαίνει ότι η οποιαδήποτε συμπεριφορά μπορεί να οφείλεται σε πληθώρα αιτιών. Πιστεύει ότι η υψηλή νοημοσύνη, από μόνη της, διαμορφώνει τις προσωπικότητες τόσο του Νεύτωνα όσο και του Αϊνστάιν. Επίσης, προσθέτει ότι ο Αϊνστάιν είχε πολύ καλή αίσθηση του χιούμορ, ένα χαρακτηριστικό που είναι ουσιαστικά άγνωστο στους ανθρώπους με σύνδρομο Asperger. Ωστόσο, ο Baron – Cohen πιστεύει ότι αξίζει τον κόπο η περαιτέρω μελέτη του θέματος καθώς λέει ότι υπάρχουν κάποιες θέσεις στην κοινωνία, όπου οι άνθρωποι με σύνδρομο Asperger μπορούν να διαπρέψουν, εκμεταλλευόμενοι περισσότερο τα δυνατά τους σημεία και λιγότερο τις κοινωνικές τους δεξιότητες, στις οποίες δεν τα καταφέρνουν πολύ καλά (Νότας, 2005).

Ο επιφανής Ελβετός ψυχίατρος Bleuler, σύγχρονος του Freud, ήταν ο πρώτος που το 1911 χρησιμοποίησε τους όρους «autisme» και «autistique» (αυτισμός, αυτιστικός, από την αυτοπαθή αντωνυμία εαυτός-αυτός), περιγράφοντας μία ιδιαίτερη μορφή σχιζοφρένειας, κατά την οποία ο άνθρωπος οδηγείται δευτερογενώς σε μία κατάσταση, όπου χάνει κάθε επαφή με την πραγματικότητα (Κρουσταλάκης, 2005).

Μερικά χρόνια αργότερα, το 1943, ο Αμερικανός ψυχίατρος Leo Kanner δημοσίευσε στη Βαλτιμόρη την πρώτη συστηματική μελέτη για τον αυτισμό. Ο Kanner παρατήρησε μία ομάδα παιδιών που εμφάνιζαν έντονη δυσκολία στην λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, έντονες στερεοτυπικές συμπεριφορές και έντονη εσωστρέφεια σε σημείο να μην ενδιαφέρονται για το τι πραγματικά συμβαίνει στο περιβάλλον τους (Kanner, 1943). Έτσι, ο Leo Kanner δημιούργησε την πρώτη μελέτη, η οποία εξετάζοντας μία μορφή παιδικής ψύχωσης, εισήγαγε τον όρο «πρώιμος παιδικός αυτισμός» (Early Infantile Autism), γνωστός σήμερα και ως «Σύνδρομο Kanner».

Ο Kanner άλλαξε το νοηματικό περιεχόμενο του όρου «αυτισμός». Παρατήρησε ότι ο αυτισμός δεν είναι απώλεια επαφής με την πραγματικότητα, μία πραγματικότητα που για το παιδί δεν έχει καν διαμορφωθεί, αλλά αποτελεί ανικανότητα επαφής με τον κόσμο (Κρουσταλάκης, 2005).

Κατά την περίοδο του Β Παγκοσμίου πολέμου, ένα χρόνο αργότερα από τον Kanner, και χωρίς να γνωρίζει την εργασία του Kanner (Νότας, 2005), ο Hans Asperger ασχολήθηκε και αυτός με το πρόβλημα του παιδικού αυτισμού. Οι απόψεις του δημοσιεύτηκαν στη Βιέννη το 1944, αλλά δεν είχαν ευρεία χρήση (Κρουσταλάκης, 2005). Ο Hans Asperger παρατήρησε μία ομάδα παιδιών με ίδια συμπτώματα όπως και στην περίπτωση του Kanner και την περιέγραψε ως «αυτιστική ψυχοπάθεια» (Asperger, 1944). Κατά την άποψη του Asperger, τα χαρακτηριστικά προβλήματα που παρουσιάζονταν στα παιδιά οφείλονταν σε μία θεμελιώδη ανωμαλία από τη γέννηση των παιδιών. Επίσης, κατέταξε το συγκεκριμένο σύνδρομο στο υψηλότερο σημείο του αυτιστικού φάσματος, καθώς τα συμπτώματα ήταν πιο ελαφριάς μορφής σε σχέση με τα υπόλοιπα σύνδρομα (Quill, 1995).

Τόσο ο Kanner όσο και ο Asperger, δημοσίευσαν για πρώτη φορά μελέτες αυτής της διαταραχής. Οι μελέτες αυτές περιείχαν λεπτομερείς περιγραφές περιπτώσεων και παρουσίασαν τις πρώτες θεωρητικές απόπειρες ερμηνείας της διαταραχής (Frith, 1999).

Η αρχικά πλούσια περιγραφή σύντομα περιορίστηκε σε τρία κυρίως χαρακτηριστικά την ακραία απομόνωση, τις ιδιόρρυθμες επαναλαμβανόμενες ρουτίνες, και την πρώιμη έναρξη στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής. Τα χαρακτηριστικά αυτά χρησιμοποιούνται ακόμα και σήμερα από κάποιους κλινικούς, οι οποίοι αναφέρονται στην έννοια του «πυρηνικού» αυτισμού ή αυτισμού «τύπου Kanner». Το περιεχόμενο του όρου εμπλουτίστηκε εκ νέου στα τέλη της δεκαετίας του '70 από τη δουλειά των Rutter και Schopler και πήρε την έννοια που σήμερα έχουμε με τις μελέτες της Lorna Wing, με την οποία εισήχθη η έννοια της τριάδας ελλειμμάτων του Αυτισμού (Φρανσίς, 2007).

Τα τρία λειτουργικά πεδία που επηρεάζονται στις Διαταραχές του Αυτιστικού φάσματος είναι:

- ✓ Η κοινωνικοποίηση



- ✓ Η επικοινωνία
- ✓ Η έλλειψη ευέλικτης συμπεριφοράς (Βάρβογλη, 2006).

Οι πιο πρόσφατες έρευνες ξαναγύρισαν στην αρχική έρευνα, την οποία είχε κάνει ο Kanner και οι ερευνητές δίνουν τώρα έμφαση στην πολύπλοκη αλληλεξάρτηση του γνωστικού τρόπου μάθησης, κοινωνικής αντίληψης, της μάθησης, της γλώσσας και των προτύπων κοινωνικότητας. Τα βασικά συμπτώματα του αυτισμού εξετάζονται μέσα στο φυσικό τους περιβάλλον, σε κοινωνική κατανόηση και κοινωνικο-επικοινωνιακές επαφές (Quill, 1995).

Ο Αυτισμός θεωρείται πλέον από τις πιο βαριές εξελικτικές διαταραχές και τα σύγχρονα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι ο αυτισμός είναι αποτέλεσμα πολλαπλών γενετικών και νευροπαθολογικών μηχανισμών, κάτι το οποίο περιπλέκει την εύρεση βιολογικών σημαδιών. Έτσι, ο μοναδικός τρόπος για διάγνωση του αυτισμού είναι η ακριβής και λεπτομερής παρακολούθηση της συμπεριφοράς (Βάρβογλη, 2006).

Έτσι, ο Αυτισμός σήμερα γίνεται αντιληπτός ως ένα Φάσμα διαταραχών, με κοινή βάση (τα ελλείμματα στην τριάδα), αλλά με διαφορετική ένταση στις κλινικές εκδηλώσεις και στη λειτουργικότητα του πάσχοντα (Φρανσίς, 2007). Η εξέλιξη αυτή αποκρυσταλλώνεται στα 2 επίσημα ταξινομητικά συστήματα, αυτό της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV) και το αντίστοιχο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ICD-10, που με σχεδόν πανομοιότυπο τρόπο περιγράφουν τη διαταραχή σε μια αναπτυξιακή βάση και χρησιμοποιούν την έννοια της τριάδας. Και στα δυο συστήματα περιλαμβάνονται πλέον και μια σειρά άλλων αντίστοιχων διαταραχών για τις οποίες ο Αυτισμός αποτελεί την πρωτοτυπική διαταραχή. Η ομάδα των διαταραχών αυτών έχει κοινούς παρονομαστές (κλινικά χαρακτηριστικά, νευροψυχολογικά ελλείμματα, γενετική προέλευση) και περιγράφεται πλέον ως Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (Pervasive Developmental Disorders) ή ως Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος (Autism Spectrum Disorders). Υπάρχει μια συζήτηση γύρω από την ορθότητα χρήσης αυτών των όρων, αλλά το βέβαιο είναι ότι υπάρχει μια πλατιά συμφωνία γύρω από το περιεχόμενό τους (Φρανσίς, 2007).

Μεταξύ αυτών των διαταραχών, η διαταραχή Asperger είναι ίσως η πλέον γνωστή. Ξεκινά από τις περιγραφές του ίδιου του Asperger και συχνά τείνει να χρησιμοποιείται με την έννοια της ελαφρότερης περίπτωσης, βάζοντας

διαφοροδιαγνωστικά ζητήματα με την έννοια του Αυτισμού Υψηλής Λειτουργικότητας (High Functioning Autism). Επίσης, η προσέγγιση αυτή παραβλέπει την κλινική πραγματικότητα ότι η λειτουργικότητα δεν συμβαδίζει πάντα και αναγκαστικά με τον αριθμό και την βαρύτητα των συμπτωμάτων και μπορεί η «αναπηρία» ενός ατόμου με διαταραχή Asperger να είναι σημαντικά μεγαλύτερη από αυτήν ενός άλλου με Αυτιστική Διαταραχή. Κατά τα ταξινομητικά συστήματα, οι κυριότερες διαφορές του συνδρόμου από τον αυτισμό φαίνεται να είναι η έγκαιρη ανάπτυξη καλών τυπικών γλωσσικών δεξιοτήτων (αν και έχουν ιδιαιτερότητες στην επικοινωνία) και η φυσιολογική τους νοημοσύνη (IQ>70) (Φρανσίς, 2007).

Προκειμένου να καλυφθεί η παρουσία πιο άτυπων περιπτώσεων και τα δυο συστήματα εισάγουν την έννοια του Άτυπου Αυτισμού ή της Διάχυτης Διαταραχής της Ανάπτυξης, μη-ειδικά καθοριζόμενης (PDD-NOS). Αντίθετα, από ότι συμβαίνει στις άλλες ομάδες του DSM-IV, εδώ η χρήση της μη καθοριζόμενης ομάδας δεν είναι απλά ταξινομητική ανάγκη, αλλά αντίθετα συνιστάται. Οι όροι αυτοί θα μπορούσαν να χρησιμοποιούνται ως εναλλακτική του ατυχούς και επικίνδυνα παραπλανητικού όρου «αυτιστικά στοιχεία», εφόσον βέβαια δεν πληρούνται τα κριτήρια για κάποια από τις άλλες διαταραχές του φάσματος και όχι για να αποφύγουμε την πραγματικότητα του όρου. Όμως, και εδώ ισχύει ότι δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως συνώνυμο της ελαφρύτερης περίπτωσης, όπως αναφέρθηκε και για το Asperger (Φρανσίς, 2007).

#### **1.4. Επιδημιολογικά Στοιχεία**

Ο αριθμός των νέων περιστατικών αυτισμού παρουσιάζει μια σημαντική αύξηση. Σήμερα, σε ορισμένες χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, υπολογίζεται ότι ο αυτισμός επηρεάζει 1 παιδί στα 200. Σε άλλες χώρες αναφέρονται στοιχεία που δείχνουν ότι επηρεάζονται 1 στα 500. Σε σύγκριση με τη συχνότητα της ασθένειας στη δεκαετία του 1970, αυτό αντιστοιχεί με περίπου 10 φορές αύξηση. Στη δεκαετία του 1960 ο αυτισμός θεωρείτο ότι ήταν μια σπάνια πάθηση. Ο λόγος είναι ότι η συχνότητα που είχε υπολογιστεί τότε, ήταν μόνο 4 έως 5 περιστατικά για κάθε 10.000 άτομα (Βογινδρούκας, 2002).

Η συχνότητα του αυτισμού και γενικά των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών στο σύνολο του πληθυσμού, είναι σήμερα μεγαλύτερη από την τύφλωση και το σύνδρομο

Down. Ο αυτισμός συναντάται σε ανθρώπους όλων των εθνικοτήτων, φύλων και κοινωνικών ομάδων (Νότας, 2005). Σύμφωνα με τις δημοσιοποιημένες εκτιμήσεις, στο γενικό πληθυσμό (των δυτικών κοινωνιών, όπως Αγγλία, Η.Π.Α κ.λπ.), ο αυτισμός προσβάλλει περίπου 1 στις 700 γεννήσεις» (Γκονέλα, 2006). Η διαταραχή είναι τέσσερις έως πέντε φορές πιο συχνή στα αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια, τα οποία, όμως, παρουσιάζουν πιο σοβαρή διανοητική καθυστέρηση (Μάνος, 1997).

Σήμερα, είναι γενικά αποδεκτό ότι ο αυτισμός αποτελεί μια από τις πιο κοινές και ίσως την πιο περίπλοκη αναπτυξιακή διαταραχή. Τα άτομα προσβάλλονται ανεξάρτητα από φυλή, εθνικότητα, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και πολιτιστικό περιβάλλον, αν και πρόσθετες διαπολιτισμικές μελέτες θα έδιναν περισσότερα στοιχεία πάνω στο θέμα αυτό (NIH, 1998).

Η εξέλιξη της έννοιας επηρέασε αντίστοιχα και τα επιδημιολογικά δεδομένα της διαταραχής. Έτσι ενώ ο επιπολασμός (=το σύνολο των περιπτώσεων σε μία δεδομένη χρονική στιγμή) του «Καννερικού» αυτισμού υπολογίζεται στα 5/ 10.000, η σύγχρονη έννοια της Αυτιστικής διαταραχής φτάνει στο 10-30 /10.000. Η διαταραχή του Asperger, που αναγνωρίστηκε ως διαφορετικό μέρος του φάσματος μετά το 1992, υπολογίζεται στα 20-50 / 10.000, ενώ αν συνυπολογιστούν και οι άτυπες μορφές ο συνολικός επιπολασμός του φάσματος φτάνει στα 50-80 / 10.000 (Φρανσίς, 2007).

Σύμφωνα με τον κλινικό ψυχολόγο Στέργιο Νότα (2005), «..επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν ότι η συχνότητα της τυπικής μορφής του αυτισμού (Σύνδρομο Kanner) είναι 4-6 στις 10.000. Όσον αφορά στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, τα αποτελέσματα των ερευνητών διαφέρουν. Ορισμένοι ερευνητές αναφέρουν περίπου 50 στις 10.000 και άλλοι ανεβάζουν τον αριθμό αυτό στα 90 στις 10.000, υπολογίζοντας όλα τα σύνδρομα του φάσματος και τις άτυπες μορφές». Σε κάθε περίπτωση, τα αγόρια επηρεάζονται περισσότερο από τα κορίτσια (Νότας, 2005).

Όλες οι έρευνες επισημαίνουν την υπεροχή του αυτισμού στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, αναλογία 3:1, αλλά δείχνουν και ότι τα κορίτσια με αυτισμό παρουσιάζουν περισσότερα σοβαρά μειονεκτήματα σε όλες σχεδόν τις ελεγχόμενες ικανότητες από ό,τι τα αγόρια με αυτισμό. Τα κορίτσια για παράδειγμα, παρουσιάζουν μη λεκτικό Δείκτη Νοημοσύνης(Δ. Ν.) 40, ενώ τα αγόρια 44 (Βογινδρούκας, 2002).



## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> : Αιτιολογία

---

### 2.1. Γενικά

Ένα από τα πιο σημαντικά ερωτήματα που φαίνεται να απασχολούν ολοένα και πιο συχνά, όλους εκείνους που ασχολούνται με αυτή την αινιγματική διαταραχή που καλείται «Αυτισμός», είναι το «τι είναι αυτισμός και το τι μπορούμε να κάνουμε για αυτό». Θα ήταν πολύ σημαντικό και χρήσιμο να υπήρχε κάποιος που θα μπορούσε να απαντήσει με απόλυτη βεβαιότητα στα παραπάνω ερωτήματα εξηγώντας και προλαμβάνοντας με αυτόν τον τρόπο τον Αυτισμό, και υποδεικνύοντας παράλληλα και την κατάλληλη θεραπεία. Δυστυχώς όμως παρόλο τις πολυάριθμες προσπάθειες που έχουν γίνει κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό να συμβεί. Απαιτείται ακόμη πάρα πολύ δουλειά και χρόνος για να μπορέσει κάποιος να δημιουργήσει μια πλήρη και κατανοητή εικόνα για τις αιτίες που προκαλούν αυτήν την αινιγματική διαταραχή (Frith, 2009).

Αυτό που οι μέχρι τώρα μελέτες δεν έχουν αποδείξει είναι ότι πιθανόν η λύση του «αινίγματος» είναι κοντά, αλλά αυτή δεν είναι μόνο μια. Ο αυτισμός είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή η οποία μπορεί να προκληθεί από διαφορετικές αιτίες και γεγονότα (Βογινδρούκας, 2002).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών, η αιτιολογία του αυτισμού μπορεί να χωριστεί σε πέντε μεγάλες κατηγορίες, οι οποίες αναλύονται λεπτομερώς παρακάτω.

### 2.2. Οργανικά αίτια

Στην κατηγορία των οργανικών αιτιών συμπεριλαμβάνονται οι τραυματισμοί, οι ασθένειες και τα βιοχημικά αίτια.

#### 2.2.1. Τραυματισμοί και Ασθένειες

Τραυματισμοί ή ασθένειες μπορούν να προκληθούν σε διάφορα στάδια ζωής του ατόμου όπως στη προγεννητική, στη περιγεννητική ή στη μεταγεννητική φάση, οι

οποίες μπορεί να επιφέρουν διαταραχές στις λειτουργίες του εγκεφάλου (Κυπριωτάκης, 1997). Εξίσου σημαντική φαίνεται να είναι και η περίοδος πριν από τη σύλληψη του εμβρύου (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1989).

Σε ότι αφορά την περίοδο πριν από τη σύλληψη, είναι πολλοί οι παράγοντες ή αλλιώς οι «κακές συνήθειες» που μπορεί να επηρεάσουν τη μετέπειτα πορεία και ανάπτυξη του εμβρύου. Τέτοιες συνήθειες είναι το κάπνισμα, η χρήση ουσιών, η κακή διατροφή, το αλκοόλ, η χρήση φαρμάκων, ο αριθμός αποβολών που έχει προηγηθεί, αφροδίσια νοσήματα, ουρολοιμώξη αλλά και η συναισθηματική κατάσταση της μητέρας, οι οποίοι είναι ικανοί να προκαλέσουν προβλήματα στο έμβρυο τόσο πριν όσο και μετά την γέννηση του. Όσον αφορά στην αιτιολογία του αυτισμού ενοχοποιούνται παράγοντες όπως: μεγαλύτερη συχνότητα υπερθυρεοειδισμού στους γονείς, μεγαλύτερα ποσοστά αποβολών και στειρότητας στα οικογενειακά ιστορικά των μητέρων των αυτιστικών παιδιών και ποσοστό γονέων που έχουν εκτεθεί σε χημικές ουσίες ή είναι χημικοί (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1989).

Έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι ανωμαλίες που μπορεί να προκύψουν στη δομή του εγκεφάλου σε αρκετές περιπτώσεις αυτισμού είναι συσχετισμένες με πρώιμες διαταραχές στην ανάπτυξη των εγκεφαλικών κυττάρων που προκαλούνται κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων κύησης. Με τη μέθοδο της μαγνητικής τομογραφίας έχουν διαπιστωθεί δομικές ανωμαλίες στην παρεγκεφαλίδα των ατόμων με αυτιστική διαταραχή καθώς εντοπίστηκε ότι κάποιες περιοχές της παρεγκεφαλίδας είναι μικρότερες από το φυσιολογικό (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Κύριο χαρακτηριστικό της προγεννητικής περιόδου είναι ο ταχύτερος ρυθμός ανάπτυξης. Σε καμία άλλη περίοδο της ζωής του ατόμου δεν συμβαίνουν τόσο ραγδαίες και περίπλοκες αλλαγές. Η προγεννητική περίοδος θεωρείται ως η κρίσιμότερη φάση της ζωής του ατόμου, γιατί στα πρώτα στάδια της ζωής του καθορίζονται τα βιοσωματικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Ήδη από τη στιγμή της σύλληψης είναι δυνατό να συμβούν σφάλματα στον γενετικό κώδικα, τα οποία προκαλούν στο άτομο σημαντικές σωματικές και ψυχολογικές παρεκκλίσεις. Δυστυχώς δεν υπάρχει ακόμα κάποια εξέταση που να ελέγχει προγεννητικά την ύπαρξη ή μη αυτισμού, όπως συμβαίνει με άλλες διαταραχές (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1989).

Οι ερευνητές ωστόσο λαμβάνουν υπόψη πως η «υποπλασία της παρεγκεφαλίδας» έχει παρουσιαστεί και σε άτομα που δεν έχουν αυτισμό. Συνεπώς δεν αποτελεί αποκλειστικό χαρακτηριστικό των ατόμων με αυτισμό. Δομικές ανωμαλίες επίσης, έχουν εντοπιστεί στον κροταφικό λοβό και στον υπερμεσολόβιο έλικα. Θα πρέπει να αναφερθεί επίσης πως από τα ευρήματα διαπιστώθηκε αυξημένος όγκος του εγκεφάλου σε ορισμένα άτομα με διαταραχή του αυτισμού και ιδιαίτερα στον αντρικό πληθυσμό καθώς και μειωμένη εγκεφαλική αιματική ροή στον κροταφικό και τον μετωπιαίο λοβό (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Τέτοιου είδους παράμετροι μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες στο κεντρικό νευρικό σύστημα με τα ανάλογα χαρακτηριστικά να παρουσιάζονται αρκετά συχνά σε παιδιά με αυτισμό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών που διενεργήθηκαν προέκυψε το συμπέρασμα ότι επιπλοκές που μπορεί να συνέβησαν κατά την προγεννητική περίοδο, κατά τη διάρκεια της γέννησης ή κατά τη διάρκεια της κύησης, οι οποίες μπορεί να απαιτούσαν τη χορήγηση φαρμάκων στη μητέρα παρουσιάζονται πιο συχνά σε παιδιά με αυτιστική διαταραχή.

Βέβαια, από τα παραπάνω η πιο συχνή αιτία μπορεί να θεωρηθούν οι επιπλοκές στη προγεννητική περίοδο, χωρίς όμως αυτό να καθιστά βέβαιη οποιαδήποτε βλάβη στο κεντρικό νευρικό σύστημα. (Κυπριωτάκης, 1997).

Στην περιγεννητική περίοδο ένας πρόωρος τοκετός ή μια ασφυξία του παιδιού είναι μια πολύ σοβαρή επιπλοκή που μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση του αυτιστικού συνδρόμου. Επίσης, σε άλλες έρευνες έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει άμεση συσχέτιση ανάμεσα σε ενδομήτριες μολύνσεις, όπως ανεμοβλογιά, ερυθρά, σύφιλη, τοξοπλάσμωση, μεγαλοϊός των κυττάρων και στο σύνδρομο του αυτισμού. Όταν εμφανιστούν τέτοιου είδους μολύνσεις υπάρχει πιθανότητα ο αυτισμός να εμφανιστεί σε μεγαλύτερη ηλικία δηλαδή μετά το 3ο έτος. Ενώ αν υπάρξουν πιο οξείες μολύνσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος η χρονολογική ηλικία στην οποία μπορεί να εμφανιστεί ο αυτισμός είναι ακόμα μεγαλύτερη. Είναι δεδομένο ότι όσο πιο νωρίς υπάρξει η αιτία τόσο πιο σοβαρές θα είναι οι επιπλοκές που θα προκληθούν. Τέλος η εμφάνιση του αυτισμού μπορεί να συμβεί μετά από εγκεφαλικές βλάβες κατά τη μεταγεννητική περίοδο. Τα αίτια που οδήγησαν στην εγκεφαλική βλάβη προσβάλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα με αποτέλεσμα την αυτιστική διαταραχή (Κυπριωτάκης, 1997).

Στις περιπτώσεις αυτές, ο χρόνος εμφάνισης της διαταραχής μπορεί να καθυστερήσει και είναι δυνατό να ανακαλυφτεί ο αυτισμός και μετά το 3ο έτος της ηλικίας του παιδιού και οι επιπλοκές λόγω της λήψης επικίνδυνων φαρμάκων. Επίσης σημαντικός παράγοντας θεωρούνται οι αιμορραγίες στην μήτρα κατά τον 4<sup>ο</sup>-8<sup>ο</sup> μήνα της εγκυμοσύνης (Baron-Cohen & Bolton 1993).

### **2.2.2. Βιοχημικά αίτια**

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για την συσχέτιση ανάμεσα στον αυτισμό και τα βιοχημικά αίτια έχει αποδειχθεί ότι παιδιά που εμφάνισαν αυτισμό είχαν διαταραχές στο μεταβολισμό ή το ενδοκρινικό τους σύστημα. Οι πιο γνωστές θα αναφερθούν παρακάτω.

#### **➤ Φαινυλοκετονουρία**

Η φαινυλοκετονουρία είναι μια κληρονομική (υποτελής) βιοχημική ανωμαλία που εμφανίζεται λόγω της έλλειψης ηπατικού ενζύμου και στη μετατροπή της φαινυλοκετονουρίας σε τυροσίνη (Κυπριωτάκης, 1984). Συνήθως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν υπάρχουν επιπλοκές και τα ελλείμματα που αναφέρθηκαν παραπάνω καλύπτονται από τον οργανισμό της μητέρας. Τα συμπτώματα της διαταραχής εμφανίζονται μετά τη γέννηση. Σε περίπτωση όπου η διαταραχή δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και δεν χορηγηθεί ιατροφαρμακευτική αγωγή ως αποτέλεσμα θα προκύψει η νοητική ανεπάρκεια. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή παρουσιάζουν πνευματική καθυστέρηση και επιληπτικές κρίσεις. Μια λύση που δίνεται από τους γιατρούς είναι τα παιδιά που έχουν το γονίδιο αυτό να μπαίνουν σε δίαιτα (Κυπριωτάκης, 1986).

#### **➤ Ιστιδιναιμία**

Η ιστοδιναιμία αποτελεί και αυτή μια κληρονομική (υποτελή) διαταραχή της ιστοδίνης που εμφανίζεται λόγω έλλειψης της ιστοδάσης. Αρκετές φορές το αυτιστικό σύνδρομο ακολουθεί τη διαταραχή αυτή.

#### **➤ Υποθυρεοειδισμός**



Στον υποθυρεοειδισμό υπάρχει υπολειτουργία-διαταραχή του θυρεοειδούς αδένου. Η διαταραχή αυτή είναι γνωστό ότι σχετίζεται με τη νοητική ανεπάρκεια και την καθυστέρηση στη σωματική ανάπτυξη. Ωστόσο οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα δεν έχουν δείξει άμεση συσχέτιση ανάμεσα στη λειτουργία του θυρεοειδούς αδένου και την ύπαρξη του αυτιστικού συνδρόμου.

#### ➤ **Νευροδιαβιβαστές**

Οι νευροδιαβιβαστές είναι ενεργοποιές ουσίες που είναι υπεύθυνοι για την μεταφορά μηνυμάτων ανάμεσα στα νεύρα μέσω των συνάψεων. (Κυπριωτάκης, 1997). Διαταραχές της συνδέσεως της απελευθέρωσης και της δράσης των νευροδιαβιβαστών στους υποδοχείς είναι δυνατόν να επιφέρουν σοβαρές συνέπειες στη λειτουργία του νευρικού συστήματος και συνεπάγονται με την εμφάνιση σοβαρών νευρολογικών ή ψυχιατρικών διαταραχών (Μπαλογιάννης, 1995).

Έχει αποδειχθεί μέσα από τις έρευνες που διεξήχθησαν σχετικά με τη σχέση ανάμεσα στη ποσότητα της σεροτονίνης στο αίμα και στο αυτιστικό σύνδρομο ότι το 1/3 των παιδιών με αυτισμό παρουσιάζει ή μεγαλύτερη ποσότητα σεροτονίνης ή κανονική ή λιγότερη από το κανονικό. Ενδέχεται λοιπόν ο οργανισμός να έχει πλεονασμό ή έλλειψη κάποιου νευροδιαβιβαστή ή να στερείται κάποιου ενζύμου όπως μπορεί να συμβεί σε ορισμένες σπάνιες μορφές αναπτυξιακών διαταραχών (Κυπριωτάκης, 1997).

Η ταχεία απελευθέρωση και στη συνέχεια ελάττωση των επιπέδων της τρυπτοφάνης, η οποία αποτελεί πρόδρομο ουσία της σεροτονίνης, είναι δυνατόν να επιδεινώσουν την κλινική κατάσταση και συμπεριφορά του αυτιστικού ατόμου (McDougle et al, 1993). Η δράση της σεροτονίνης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εγρήγορση, στην προσοχή του ατόμου και την δυνατότητα της ορθής πρόσληψης και ανάλυσης των εξωτερικών πληροφοριών. Η πιθανή ανάμιξη της σεροτονίνης στην αιτιολογία του αυτισμού στηρίζεται και από ευρήματα σύγχρονων ερευνών (Cook et al, 1997).

#### ➤ **Ενδορφίνες**

Οι ενδορφίνες είναι νευροπολυπεπτίδια που σχηματίζονται στον εγκέφαλο ή στην υπόφυση και παίζουν ρόλο ενδογενούς μορφίνης. Η δυνορφίνη είναι μια μορφή ενδορφίνης στην οποία παρατηρείται μια σημαντική αύξηση στο αίμα λίγες ώρες μετά τον τραυματισμό και δρά έτσι ώστε να ελαττώνεται η ποσότητα του αίματος στο τραυματισμένο μέρος. Τα συμπτώματα της αυτιστικής διαταραχής θα μπορούσαν να οφείλονται σε μια αυξημένη ενέργεια της ενδορφίνης στον εγκέφαλο. Υπάρχει μια πιθανή εξήγηση σχετικά με το φαινόμενο του αυτοτραυματισμού σε παιδιά με αυτισμό, ότι αυτό ίσως να οφείλεται σε διαταραχές στο σύστημα των ενδορφινών ακόμη και από την προγεννητική περίοδο (Sahley /Panksepp., 1987).

Σε πολλά παιδιά με αυτισμό παρατηρείται το φαινόμενο του αυτοτραυματισμού. Αυτό εκδηλώνεται ενδεχομένως εξαιτίας διαταραχών στο σύστημα των ενδορφινών ακόμη και πριν από τη γέννηση. Πληροφορούμαστε, επίσης, ότι ποσοστό 55% των αυτιστικών παιδιών έχουν υψηλούς δείκτες ενδορφίνης και τάσεις αυτοτραυματισμού. Στα Βιοχημικά αίτια κατατάσσονται επίσης: ο Υποθυρεοειδισμός, οι Μονοαμίνες και οι Ντοπαμίνες (Κυπριωτάκης, 1997).

#### ➤ **Μονοαμίνες**

Οι μονοαμίνες είναι χημικές ουσίες οι οποίες επενεργούν ως νευροδιαβιβαστές. Σύμφωνα με την επιδημιολογική έρευνα αποδείχθηκε ότι το αυτιστικό σύνδρομο συνοδεύεται με την παρουσία της νευροϊνωμάτωσης, μια πάθηση που εκδηλώνεται με την εμφάνιση ογκιδίων σε περιοχές του νευρικού συστήματος ποικίλης αιτιολογίας που μπορεί να επιφέρει διαταραχή στην ποσότητα μονοαμίνης, η οποία μπορεί να προκαλέσει διαταραχή στη μεταβίβαση των μηνυμάτων διαμέσου των συνάψεων ανάμεσα στα κύτταρα του εγκεφάλου.

#### ➤ **Ντοπαμίνες**

Οι ντοπαμίνες παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα περίπου σε ποσοστό 50% των παιδιών με αυτιστική διαταραχή, οι οποίες όμως δεν συνδέονται με νοητική ανεπάρκεια. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να οδηγήσει σε μια πετυχημένη αντιμετώπιση της παραπάνω διαταραχής (Κυπριωτάκης, 1997).

### **2.3. Γενετικά αίτια**

Η ανάπτυξη της γενετικής είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία υποψίας ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στο γονίδιο και στον αυτισμό αλλά η έρευνα είναι σε πρώιμο στάδιο, κι υπάρχουν πολλές αντιπαραθέσεις, καινούριες και παλιές, για τις αιτίες του αυτισμού (Lennard & Brown, 2004).

Σύμφωνα με τον Asperger στην περίπτωση των «αυτιστικών ψυχοπαθειών» τα γενετικά αίτια φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Υποστηρίζει ότι το αυτιστικό σύνδρομο συνδέεται προδιαθεσιακά και ορίζεται γενετικά. Τα αποτελέσματα νεότερων ερευνών επιβεβαιώνουν την ύπαρξη μιας γενετικής προδιάθεσης. Η κληρονομικότητα αποτελεί έναν βασικό ρόλο στην εμφάνιση του αυτισμού και οδηγεί σε μια προδιάθεση για εμφάνιση γνωστικών και γλωσσικών διαταραχών χωρίς ωστόσο να μας είναι γνωστοί οι μηχανισμοί που συμμετέχουν σε αυτό (Κυπριωτάκης, 1997).

Η παραπάνω αναφορά μπορεί να επιβεβαιωθεί και από τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί από τις οποίες φαίνεται πως τα αδέλφια παιδιών με αυτισμό εμφανίζουν και εκείνα αυτισμό σε ποσοστό 3%. Επίσης, στη περίπτωση μονοζυγωτικών διδύμων το ποσοστό εμφάνισης αυτισμού και στα δύο αδέλφια είναι 40-90% ενώ έχει διαπιστωθεί πως μπορεί να εμφανίζονται αυτιστικά στοιχεία και σε μέλη του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Αν και οι γενετικοί μηχανισμοί παίζουν σημαντικό ρόλο στο αυτιστικό σύνδρομο η βιβλιογραφία που υπάρχει μέχρι σήμερα δεν αρκεί για να υποστηριχθεί ότι ο αυτισμός είναι αποτέλεσμα γενετικών παραγόντων (Κυπριωτάκης, 1999).

### **2.3.1. Χρωμοσωμικές ανωμαλίες**

Υπολογίζεται ότι το 1/3 των παιδιών με αυτιστικές διαταραχές θα εμφανίσουν 2 τουλάχιστον επεισόδια επιληπτικών σπασμών μέχρι την εφηβεία, ενώ 5-10% παρουσιάζουν χρωμοσωμικές ανωμαλίες, εύθραυστο-X, ή άλλα σπάνια γενετικά σύνδρομα. Η συχνότητα και το είδος των μεταβολικών διαταραχών καθώς και του θετικού απεικονιστικού ελέγχου του εγκεφάλου ποικίλλουν ευρέως σε διάφορες μελέτες και είναι δύσκολο να υπολογιστούν (Sour & Miller, 1998).

Η χρωμοσωμική ανωμαλία είναι γνωστή ως «Εύθραυστο X-σύνδρομο» και συνήθως επιφέρει νοητική καθυστέρηση. Ωστόσο, το σύνδρομο Down είναι το μόνο που

οφείλεται σε χρωμοσωμική ανωμαλία διαφορετικού τύπου και παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα. Τα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι το Εύθραυστο X – σύνδρομο είναι πιο συχνό στα αγόρια. Αυτή η διαταραχή προκαλεί γλωσσικές ανωμαλίες οι οποίες θυμίζουν την αυτιστική διαταραχή. Άλλες ανωμαλίες οι οποίες όμως από μόνες τους δεν μπορούν να οδηγήσουν στη διάγνωση του αυτισμού, είναι η καθυστέρηση στη κατάκτηση του λόγου, η ηχολαλία, η περίεργη ποιότητα φωνής και η ανικανότητα τήρησης των πραγματολογικών κανόνων που διέπουν τις ανθρώπινες συνομιλίες. Ακόμη δύο συνήθη συμπτώματα των ατόμων που εμφανίζουν το Εύθραυστο X-σύνδρομο είναι η έντονη αποφυγή της βλεμματικής επαφής και η αποστροφή της ανθρώπινης επαφής. Πρέπει να κατανοηθεί ωστόσο ότι τα συμπτώματα αυτά μπορούν να εμφανιστούν σε ένα άτομο χωρίς όμως να είναι απαραίτητη η παρουσία μιας σοβαρής διαταραχής κοινωνικο-συναισθηματικών σχέσεων.

Ένα ποσοστό ατόμων που παρουσιάζουν το Εύθραυστο-X σύνδρομο σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια έχουν αυτισμό. Από τα αποτελέσματα ερευνών ένα ποσοστό 10-20% των ατόμων με αυτιστική διαταραχή παρουσιάζουν κάποια χρωμοσωμική ανωμαλία με πιο πιθανή το Εύθραυστο-X σύνδρομο. Εάν τεκμηριωθεί επιστημονικά αυτή η άποψη τότε θα μπορούμε να αναφερθούμε σε ένα αίτιο εμφάνισης της αυτιστικής διαταραχής και να επιβεβαιωθεί ο λόγος εμφάνισης της πιο συχνά σε αγόρια από ότι σε κορίτσια.

Οι Colernan και Gillberg επεξεργάστηκαν τα ευρήματα ενός δείγματος 10 αυτιστικών αγοριών που είχαν την ανωμαλία του εύθραυστου- X χρωμοσώματος και εντόπισαν πως περισσότερα από τα μισά εμφάνιζαν δυσμενείς προγεννητικές και περιγεννητικές καταστάσεις. Τα περισσότερα είχαν μυϊκή υποτονία, επιληψία και ενδείξεις δυσλειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους. (Gilbert & Coleman., 1992)

Οι ερευνητές διατυπώνουν την ακόλουθη προκλητική υπόθεση: πίσω από την ανώμαλη ανάπτυξη του εγκεφαλικού στελέχους μπορεί να βρίσκεται μια χρωμοσωμική ανεπάρκεια η οποία πιθανώς προκαλεί την αποδιοργάνωση των νευρώνων του συστήματος ντοπαμίνης, και μερικές φορές, επιληψία. Ο αυτισμός ίσως είναι ένα αποτέλεσμα αυτών των αλυσιδωτών γεγονότων. (Gilbert & Coleman., 1992)

## **2.4. Ψυχογενή αίτια**

Ο Ελβετός ψυχίατρος E. Bleuler (1911) ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο «αυτιστικός» και «αυτισμός» σε μια προσπάθεια του να περιγράψει τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας καθώς θεωρούσε ότι ο αυτισμός αποτελεί ένα από τα κύρια γνωρίσματα της. Έτσι από τις πρώτες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν ο αυτισμός συνδέθηκε χρονικά με την ψυχαναλυτική θεωρία. Άμεση απόρροια ήταν να θεωρηθεί ότι ο αυτισμός προέρχεται από ψυχογενή αίτια. Αρχικά, θεωρήθηκε ότι το αυτιστικό σύνδρομο εμφανίζεται μετά από τραυματικές εμπειρίες, έλλειψη ψυχικού δεσμού, ανεπιθύμητη κύηση, έλλειψη αυτοπεποίθησης των γονέων, τραύμα κατά τη γέννηση, έλλειψη σωματικής επαφής της μητέρας με το παιδί μετά τη γέννηση, έλλειψη στοργής, γέννηση άλλου παιδιού προτού ακόμη συμπληρώσει το 18ο μήνα της ζωής του, λανθασμένη συμπεριφορά της μητέρας, κατάθλιψη της μητέρας μετά τη γέννηση του παιδιού, χρήση θηλάστρου, διαζύγιο, θάνατος του ενός ή και των δύο γονέων, υπερβολικές απαιτήσεις, απομάκρυνση του παιδιού από τη μητέρα, ιδρυματισμός κ.λπ. Πολλοί είναι εκείνοι που υποστήριξαν την παραπάνω άποψη ανάμεσα τους και ο Kanner. Αν λάβουμε υπόψη τις απόψεις της ψυχαναλυτικής θεωρίας *«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. Παρά την έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων, η λανθασμένη αυτή πεποίθηση υπάρχει, όπως και η άλλη που υποστηρίζει ότι κάποιος μπορεί να πεθάνει από 'ερωτική απογοήτευση' ή από 'κακό μάτι'. Στην πραγματικότητα είναι αδύνατο ένα παιδί να έχει αυτισμό, επειδή η μητέρα του δεν του πρόσφερε επαρκή αγάπη ή επειδή αισθάνεται ότι απειλείται η ζωή του και η ταυτότητα του»* (Frith ό.π. 83).

Ο κόσμος για το παιδί με αυτισμό είναι ένα επικίνδυνο μέρος στο οποίο αυτό βρίσκεται στο έλεος σκληρών και απρόβλεπτων ανθρώπων. Έτσι, το παιδί ζει μια ακραία κατάσταση, στην οποία νιώθει να το απορρίπτουν, να το πληγώνουν και να το τρομοκρατούν. Σαν αποτέλεσμα το παιδί νιώθει απογοήτευση και δυσαρέσκεια, πράγμα που το οδηγεί στη σκόπιμη απομόνωση από το περιβάλλον και τους ανθρώπους. Η μητέρα είναι σε κάθε περίπτωση η κύρια πηγή αυτής της απογοήτευσης του παιδιού. Η ένταση του προβλήματος καθορίζεται από το πόσο νωρίς στη ζωή του παιδιού συμβαίνει αυτή η απογοήτευση, πόσο έντονη και πόσο διάστημα διαρκεί (Bettelheim, 1967).

Αναμφίβολα οι τραυματικές εμπειρίες μπορούν να επηρεάσουν την εξελικτική πορεία ενός παιδιού με αποτέλεσμα την εμφάνιση κάποιας διαταραχής σε επόμενα στάδια. Ωστόσο, δεν υπάρχουν σαφή δείγματα ότι όντως οι τραυματικές εμπειρίες μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση αυτισμού καθώς εκατομμύρια παιδιά μπορεί να έχουν βιώσει κάποια τραυματική εμπειρία στη ζωή τους χωρίς όμως να παρουσιάσουν αυτιστικό σύνδρομο. Επιπλέον τα αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι παιδιά με «προγεννητικά βιώματα» στα οποία οι μητέρες είχαν έντονα προβλήματα στη διάρκεια της κύησης δεν διέφεραν σε τίποτα από εκείνα τα παιδιά των οποίων οι μητέρες δεν παρουσίασαν καμία τέτοια ένδειξη (Κυπριωτάκης, 2003).

### **2.4.1. Η θεωρία του νου**

Πρόκειται για την 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. Επίσης, αναφέρεται και στην ικανότητα του ατόμου να αποδίδει ανεξάρτητες νοητικές καταστάσεις στον εαυτό του και στους άλλους για να μπορεί να ερμηνεύει συμπεριφορές (Γκονέλα, 2006).

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:

- Γνωσιακό έλλειμα και πολλές διαταραχές
- Άμεση εκτέλεση ιστοριών που υπαινίσσονται κάτι μηχανικό, αλλά αδυναμία εκτέλεσης ιστοριών με νοητική κατάσταση
- 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. Για το λόγο αυτό, δέχεται ιδιαίτερα πολλές κριτικές (Γκονέλα, 2006).

## **2.5. Πολυπαραγοντικά αίτια**

Σίγουρα έχει διαπιστωθεί ότι ο αυτισμός έχει την αρχή του σε διάφορες αιτίες όπως οργανικές, γενετικές, βιοχημικές, ασθένειες ή κοινωνικο-πολιτιστικές. Ωστόσο αυτό που πρέπει να κατανοήσουμε είναι ότι με την εξέλιξη της επιστήμης μπορούμε να κάνουμε λόγο για ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Δεν είναι μια η αιτία που φέρει ως αποτέλεσμα το αυτιστικό σύνδρομο αλλά ο συνδυασμός πολλών αιτιών. Η πλειονότητα των ερευνητών μέχρι σήμερα, βάσει των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα οργανικά αίτια είναι κατά κύριο λόγο η αιτία εμφάνισης του αυτισμού, καθώς και ότι η γενετική προδιάθεση αποτελεί ευνοϊκό παράγοντα για την εμφάνιση του αυτισμού (Κυπριωτάκης, 1999).

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> : Συμπτωματολογία – Κλινική Εικόνα

---

### 3.1. Γενικά Χαρακτηριστικά

Ο Αυτισμός (ο όρος θα χρησιμοποιείται από εδώ και κάτω υπονοώντας το σύνολο των διαταραχών του φάσματος) αποτελεί μια εξαιρετικά σύνθετη νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται κυρίως από αποκλίσεις από την τυπική ανάπτυξη και δευτερευόντως από καθυστερήσεις σε αυτήν. Η κλινική εικόνα είναι το αποτέλεσμα υποκείμενων γνωσιακών, κοινωνικο-συναισθηματικών και αισθητηριακών μειονεξιών, των οποίων η ποικιλομορφία και οι πολυπληθείς συνδυασμοί μας δίνουν έναν πολύ πλούσιο και ποικίλλοντα φαινότυπο, τον οποίο ακριβώς προσπαθεί να αποτυπώσει η έννοια του Αυτιστικού συνεχούς ή φάσματος. Σημειώνεται ότι αν και παρούσες από τη γέννηση (αν και όχι πάντα άμεσα αντιληπτές), οι δυσκολίες αυτές επιμένουν καθ' όλη τη ζωή. Βέβαια αλλαγές επισυμβαίνουν συνεχώς και η πρόοδος είναι δυνατή, όχι όμως και η θεραπεία (Φρανσίς, 2007).

Τόσο τα τρέχοντα διαγνωστικά κριτήρια όσο και οι σύγχρονες περιγραφές του Αυτισμού ακολουθούν το σχήμα της τριάδας της Wing. Σύμφωνα με αυτό:

**1. Μειονεκτούσα Κοινωνική Αλληλεπίδραση.** Το έλλειμμα στην κοινωνική συναλλαγή θεωρείται από πολλούς το πρωταρχικό στοιχείο της διαταραχής. Οι άνθρωποι με αυτισμό βρίσκουν δύσκολο να κατανοήσουν τον κόσμο γύρω τους και ειδικά τους άλλους ανθρώπους. Τους λείπει «κοινή λογική». Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '70, το έλλειμμα αυτό ταυτιζόταν με την τάση για απομόνωση και απόσυρση του παιδιού. Οι μελέτες της Wing έδειξαν ότι αυτός ο τύπος ελλείμματος (συχνότερος στα μικρότερα παιδιά) είναι ένας από τους 4 τύπους κοινωνικής συναλλαγής που υιοθετούν τα άτομα του φάσματος.

Σε αυτήν την «αποτραβηγμένη ομάδα» τα παιδιά (Φρανσίς, 2007):

- Συμπεριφέρονται σαν να μην υπάρχουν άλλοι άνθρωποι
- Δεν πλησιάζουν όταν τους φωνάζουν.
- Δεν αντιδρούν όταν τους μιλήσεις.



- Τα πρόσωπα ίσως είναι άδεια από έκφραση, εκτός όταν βιώνουν τα άκρα του θυμού, του άγχους, της χαράς.
- Κοιτούν «κενά» προς εσάς ή αποφεύγουν τη βλεμματική επαφή (μόνο περιστασιακά σας κοιτούν φευγαλέα).
- Ίσως απομακρύνονται αν τα αγγίζετε.
- Δεν βάζουν τα χέρια γύρω σας όταν τα αγκαλιάζετε.
- Ίσως περπατούν προσπερνώντας σας (ή ακόμα και από πάνω σας, αν κάθεστε στο πάτωμα) δίχως στάσεις στην πορεία τους.
- Αν θέλουν κάτι που δεν μπορούν να φτάσουν, γραπώνουν εσάς από το πίσω μέρος του καρπού ή του χεριού σας, δίχως να τοποθετούν το χέρι τους μέσα στο δικό σας ή κοιτώντας σας στα μάτια και σας τραβούν για να χρησιμοποιήσετε το χέρι σας για να πιάσετε το αντικείμενο ή να εκτελέσετε μια δραστηριότητα – έπειτα σας αγνοούν πάλι.
- Δεν δείχνουν ενδιαφέρον ή ενσυναίσθηση αν πονάτε ή δυσφορείτε.
- Φαίνονται απομονωμένα, σε ένα δικό τους κόσμο, απορροφημένα τελείως στις δικές τους άσκοπες δραστηριότητες.
- Τα περισσότερα ανταποκρίνονται σε έντονα παιχνίδια με σπρωξίματα – αν τα γαργαλήσουν κουνιούνται, αν τα κυλήσουμε ή κυνηγήσουμε γελούν, δείχνουν ευχαρίστηση, ακόμη και σας κοιτούν και σημαίνει ότι θέλουν να συνεχίσετε, όμως επανέρχονται σε απομόνωση όταν το παιχνίδι τελειώσει.

Ο λιγότερο συχνός τύπος κοινωνικής αναπηρίας είναι η «παθητική ομάδα», όπου τα παιδιά:

- Δεν είναι τελείως απομονωμένα από άλλους ανθρώπους.
- Δέχονται κοινωνικές προσεγγίσεις.
- Δεν απομακρύνονται από άλλους ανθρώπους, αλλά και δεν κάνουν έναρξη κοινωνικής αλληλεπίδρασης.
- Ίσως έχουν φτωχή βλεμματική επαφή, αλλά, ίσως, να συναντούν τη ματιά του άλλου, όταν τους υπενθυμίζεται.
- Είναι πρόθυμα και δεκτικά να κάνουν ότι τους πουν
- Αφήνουν άλλα παιδιά να τα συμπεριλάβουν στο παιχνίδι

Ο τύπος που συνηθέστερα θα γίνει αντιληπτός στο τυπικό σχολείο είναι η «ενεργά ιδιόρρυθμη κοινωνική ομάδα», όπου τα παιδιά:

- Κάνουν κοινωνικές προσεγγίσεις σε άλλους ανθρώπους – συνήθως σε ενήλικες παρά σε άλλα παιδιά – όμως, αυτό γίνεται με έναν παράξενο μονόπλευρο τρόπο, ώστε να απαιτούν ή να δρουν για τα δικά τους ενδιαφέροντα.
- Δεν δίνουν καμιά σημασία στα αισθήματα ή τις ανάγκες των ανθρώπων που μιλούν, μπορεί να έχουν φτωχή βλεμματική επαφή: όχι με αποφυγή αλλά με προβλήματα στη διάρκεια, ή ίσως να κοιτούν επίμονα.
- Οι προσεγγίσεις μπορεί να περιλαμβάνουν σωματικό κράτημα ή αγκάλιασμα του άλλου ανθρώπου, συνήθως σφιχτά.
- Μπορεί να γίνουν δύσκολα και επιθετικά αν δεν τους δοθεί η προσοχή που απαιτούν.
- Ίσως αγνοούν παιδιά της ηλικίας τους ή συμπεριφέρονται επιθετικά απέναντί τους.

Ο τελευταίος τύπος συμπεριφοράς απαντάται αργότερα στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή. Αναπτύσσεται σε αυτούς που είναι πιο ικανοί και έχουν καλύτερο επίπεδο γλώσσας. Πρόκειται για την «Υπερβολικά τυπική, δύσκαμπτη ομάδα», όπου τα άτομα:

- Είναι υπερβολικά ευγενικά και τυπικά στη συμπεριφορά τους.
- Προσπαθούν σκληρά να φερθούν ευγενικά και να αντιμετωπίσουν (τις καταστάσεις), προσκολλούμενα έντονα στους κανόνες κοινωνικής αλληλεπίδρασης.
- Δεν κατανοούν πραγματικά αυτούς τους κανόνες και αντιμετωπίζουν ιδιαίτερη δυσκολία στις λεπτές διακρίσεις της συμπεριφοράς που αναμένεται σε διαφορετικές καταστάσεις και αλλαγές που συμβαίνουν με το πέρασμα του χρόνου.
- Παρουσιάζουν έλλειψη κατανόησης των σκέψεων και αισθημάτων των άλλων ανθρώπων

Η παραπάνω ομαδοποίηση είναι σαφώς μια σχηματοποίηση και στην πραγματικότητα αυτό που συμβαίνει είναι τα παιδιά να παρουσιάζουν συνδυασμό των παραπάνω συμπτωμάτων, έτσι ώστε να μπορούμε να πούμε λ.χ. ότι το παιδί ανήκει περισσότερο σε μια ομάδα από ότι σε μια άλλη. Επιπλέον, κατά την εξέλιξή τους τα παιδιά μπορεί να αλλάζουν ομάδα.

**2. Μειονεκτούσα Κοινωνική Επικοινωνία.** Οι δυσκολίες στην κοινωνική συναλλαγή τείνουν να συντρέχουν με δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία (λεκτική και μη-λεκτική). Ανεξάρτητα από το επίπεδο λειτουργικότητας ή την ακριβή εντόπιση στο φάσμα, όλα τα παιδιά και οι ενήλικες με αυτιστικές διαταραχές έχουν πρόβλημα στην επικοινωνία. Η γλώσσα τους (νοούμενη ως γραμματική, λεξιλόγιο, ακόμη και ως ικανότητα να καθορίσουν το νόημα μεμονωμένων λέξεων – σημασιολογία) μπορεί να μειονεκτεί ή να μη μειονεκτεί. Το κύριο πρόβλημα, όμως, βρίσκεται στον τρόπο που χρησιμοποιούν την όποια γλώσσα έχουν (πραγματολογία). Προβλήματα στη *Χρήση του λόγου* είναι:

- Καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου (1 στα 4 ή 5 του αυτιστικού φάσματος διαταραχές δεν μιλούν ποτέ). Η διαφορά από άλλες διαταραχές λ.χ. από ένα κωφό παιδί, είναι ότι τα παιδιά με αυτισμό δεν θα κάνει προσπάθεια να αντισταθμίσει το γλωσσικό του έλλειμμα με χειρονομίες ή μιμική.
- Παρουσιάζει ηχολαλία, επαναλαμβάνει λέξεις που εκφράζουν άλλοι (συχνά, με ελάχιστο νόημα).
- Επαναλαμβάνει λέξεις ή φράσεις που ακούστηκαν στο παρελθόν (καθυστερημένη / έμμεση ηχολαλία).
- Επαναλαμβάνει φράσεις στη σωστή περίπτωση, όμως μπορεί να αντιγράψει αυθεντικές λέξεις με ακατάλληλο τρόπο (λ.χ. αντιστρέφει αντωνυμίες, λέγοντας «Θέλεις να πεις;» ως αίτηση, για να ζητήσει να πει).
- Χρησιμοποιεί κάποιες λέξεις και φράσεις ακατάλληλα.
- Μπερδεύει λέξεις (π.χ. μαμά / μπαμπάς, ανοιχτό / κλειστό κ.α.).
- Μιλά πολύ και επαναλαμβάνει ερωτήσεις.
- Η ομιλία ακούγεται επίσημη και σχολαστική, σαν να μιλά ενήλικας.
- Δεν μπορεί να ξεκινήσει ή να διατηρήσει μια συζήτηση, αν ο συνομιλητής δεν φροντίζει για αυτό, λ.χ. με ερωτήσεις. Δεν κάνει «κουβεντούλα» και γενικά

προτιμά να μιλά μόνο για τα ενδιαφέροντά του. Κατά τη συζήτηση, συχνά αλλάζει απότομα θέμα ή λέει άσχετα πράγματα, χωρίς να λαμβάνει πρόνοια για να εξασφαλίσει την κατανόηση του συνομιλητή.

- Επιδιώκει να ακούσει ή να πει συγκεκριμένες φράσεις (λεκτικές τελετουργίες).
- Φτιάχνει δικές του λέξεις (νεολογισμοί) ή χρησιμοποιεί το λόγο με ιδιαίτερο τρόπο (ιδιοσυγκρασιακός λόγος).

Αντίστοιχα, προβλήματα παρατηρούμε και στην Κατανόηση του λόγου:

- Δεν κατανοεί το λόγο και δεν αποκρίνεται όταν του απευθύνεται.
- Κατανοεί ονόματα γνωστών αντικειμένων ή απλών οδηγιών μόνο σε συγκεκριμένο πλαίσιο.
- Κατανοεί καλύτερα όταν δοθούν οπτικά στοιχεία.
- Συχνά η κατανόηση είναι κυριολεκτική, χωρίς να γίνονται αντιληπτά το κρυμμένο νόημα, η μεταφορά, η παρομοίωση, η ειρωνεία. Λ.χ. στην παράκληση «μπορείς να ανοίξεις την πόρτα;» απαντούν «Ναι» χωρίς να κάνουν προσπάθεια να κινηθούν προς την πόρτα.

Ακόμη, υπάρχουν δυσκολίες και στη μη- λεκτική επικοινωνία

- Η προσωδία μπορεί να είναι μονότονη, μηχανική (σαν ρομπότ) ή ακατάλληλη.
- Η ένταση της φωνής μπορεί να είναι πολύ δυνατή ή πολύ ασθενής.
- Ενώ μπορεί να αναπτύξει απλές χειρονομίες, λ.χ. κούνημα κεφαλιού για θετική ή αρνητική ένδειξη, η κατανόηση και η χρήση περισσότερο περίπλοκων χειρονομιών (περιγραφικών, εμφατικών συναισθηματικών) είναι ασθενής.
- Η ποικιλία εκφράσεων του προσώπου (και αντίστοιχα η αναγνώριση στους άλλους) είναι περιορισμένη. Συχνά οι εκφράσεις αυτές, όταν υπάρχουν, δεν απευθύνονται προς τον άλλον.

Στον τομέα της επικοινωνίας συμπεριλαμβάνονται και τα ελλείμματα στη φαντασία και το παιχνίδι. Στα κριτήρια περιλαμβάνεται η έλλειψη ποικίλλοντος αυθόρμητου υποκριτικού παιχνιδιού με παίξιμο ρόλων ή κοινωνική μίμηση,

κατάλληλων για το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Η συμπερίληψη του παιχνιδιού έχει το νόημα ότι η ανάπτυξη αυτού αποτελεί προαπαιτούμενο στην ανάπτυξη της επικοινωνίας. Τα παιδιά με αυτιστικές διαταραχές δεν αναπτύσσουν συμβολικό παιχνίδι και δραστηριότητες με φανταστικό στοιχείο με τον ίδιο τρόπο όπως τα άλλα παιδιά, αλλά (Φρανσίς, 2007):

- Χρησιμοποιούν τα παιχνίδια και άλλα αντικείμενα ξεκάθαρα για να ικανοποιήσουν σωματικές αισθήσεις ή τα παιχνίδια – μινιατούρες για τους προφανείς τους σκοπούς (λ.χ. να τσουλήσει το τραινάκι κατά μήκος των ραγών, να σκουπίσει με παιδική σκούπα).
- Επαναλαμβάνουν την ίδια δραστηριότητα (ή σειρά δραστηριοτήτων) πάλι και πάλι μ' ένα παιχνίδι.
- Υποδύονται ένα χαρακτήρα (λ.χ. από την TV ή το video, κτλ) με περιορισμένο, επαναλαμβανόμενο τρόπο: προτιμά μάλλον «να το ζει», παρά «να το υποδύεται».
- Απολαμβάνουν τα κινούμενα σχέδια ή εκπομπές με ερωτήσεις.
- Τους αρέσει να ακούν την ίδια ιστορία (ή να βλέπουν το ίδιο video) πάλι και πάλι.
- Τους αρέσει να παίζουν μόνα τους.

**3. Περιορισμένα, Επαναληπτικά Ενδιαφέροντα & Δραστηριότητες.** Αν και αυτή η πλευρά της αυτιστικής συμπεριφοράς μπορεί να κατανοηθεί ως «η άλλη πλευρά του νομίσματος» της αναπηρίας στη φαντασία, στην τρέχουσα ταξινομητική πραγματικότητα σε αυτόν τον τρίτο τομέα περιλαμβάνονται και ποικίλα άλλα χαρακτηριστικά. (Φρανσίς, 2007)

Οι επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες αποτελούν μια εναλλακτική του ατόμου με αυτισμό εφόσον δεν μπορεί να ευχαριστηθεί δραστηριότητες που περιέχουν ευέλικτη και δημιουργική σκέψη, δεν μπορεί να απολαύσει ανταλλαγή ιδεών με άλλους ανθρώπους ή δεν μπορεί να ολοκληρώσει (στη σκέψη του) παρελθοντικές ή παρούσες εμπειρίες και να κάνει σχέδια για το μέλλον. Επίσης, αυτές μπορεί να συνιστούν ένα είδος απόσυρσης από την περίπλοκη πραγματικότητα που τους αγχώνει.

Κάποιες Περίπλοκες επαναλαμβανόμενες ρουτίνες είναι (Φρανσίς, 2007):

- Εφευρίσκουν ρουτίνες για τον εαυτό τους, π.χ. να χτυπούν πάνω στην καρέκλα πριν καθίσουν, να σηκώνονται και να γυρνούν τρεις φορές στη διάρκεια του γεύματος, να ντύνονται ή να τρώνε με μια συγκεκριμένη σειρά ή να εκτελούν μια σύνθετη σειρά από σωματικές κινήσεις,
- Τοποθετούν αντικείμενα σε μακριές γραμμές δίχως να πρέπει να μετακινηθούν ή μια συγκεκριμένη τοποθέτηση κάποιων αντικειμένων που δεν αφήνουν να διαταραχθεί.
- Η ρουτίνα μπορεί να προέρχεται από μία δραστηριότητα που την ξεκινούν οι γονείς την οποία, έχοντας γίνει μια φορά με συγκεκριμένο τρόπο, πρέπει να συνεχίσουν δίχως αλλαγή, π.χ. η ίδια πορεία για την καθημερινή βόλτα, οι ίδιες θέσεις για όλη την οικογένεια στο τραπέζι σε κάθε γεύμα, κλπ. Συνήθως αν η ρουτίνα παρεμποδιστεί, εκδηλώνονται φωνές και εκρήξεις θυμού, που σταματούν μόνο όταν η ρουτίνα ξαναρχίσει από την αρχή.
- Μπορεί να προσκολληθούν σε συγκεκριμένα αντικείμενα (συνηθισμένα ή και παράξενα) και να αρνούνται να τα αποχωριστούν, ή μπορεί να «συλλέγουν» αντικείμενα (συνηθισμένα ή και παράξενα), που μπορεί να θέλουν να τα παίρνουν από μαγαζιά ή σπίτια άλλων.
- Μπορεί επανειλημμένα να υποδύονται χαρακτήρες από την TV ή το video (ενθουσιασμένα από παράξενα μηχανιστικά και επαναληπτικά χαρακτηριστικά των χαρακτήρων αυτών).
- Αναπτύσσουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για ειδικά θέματα π.χ. δρομολόγια τρένων, αστρονομία, σταθμούς παραγωγής ηλεκτρικής ενέργειας, αριθμούς κτλ. Αυτά τα περιγεγραμμένα ενδιαφέροντα (παραλλάσσουν με το χρόνο) μπορεί να έχουν μια φυσιολογική εστία (λ.χ. δεινόσαυροι στη παιδική ηλικία), αλλά η παθολογικότητά τους έγκειται στην ένταση με την οποία ασχολούνται ή αναφέρονται σε αυτά και από το ότι αυτά μπορεί να τους παρεμποδίζουν να ασχοληθούν με άλλα ενδιαφέροντα.
- Εναλλακτικά, μπορεί να αναπτύξουν ενδιαφέρον να βλέπουν, να επεξεργάζονται, να μιλάνε ή να μαθαίνουν εξαντλητικές λεπτομέρειες γύρω από αντικείμενα που δεν είναι αναπτυξιακά κατάλληλα, όπως τα πλυντήρια. Στην περίπτωση αυτή, η παθολογικότητα έγκειται στην εστία του ενδιαφέροντος.

- Μπορεί να ασχολούνται με ένα μέρος του αντικειμένου αντί για το όλον λ.χ. να γυρίζουν τη ρόδα του ποδηλάτου ή να ανοιγοκλείνουν τις πόρτες από αυτοκινητάκια. Επίσης, να παίζουν στερεότυπα με το νερό λ.χ. να αδειάζουν ένα ποτήρι σε ένα άλλο ή γενικά να παίζουν ατέλειωτα με το νερό.

Στον τρίτο αυτό τομέα διαταραχών ταξινομούνται επίσης οι επαναλαμβανόμενες ή παθολογικές Κινήσεις (Φρανσίς, 2007) :

- Οι πλέον χαρακτηριστικές είναι οι ταχείς επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές κινήσεις των δακτύλων και των χεριών, όπως οι πτερυγισμοί (flapping), αλλά και η λήψη περιέργων δυστονικών στάσεων των δακτύλων και των χεριών. Οι κινήσεις αυτές μπορεί να συνοδεύονται και από σύνθετες κινήσεις του υπόλοιπου σώματος και της κεφαλής. Οι τελευταίες μπορεί να εμφανίζονται και μόνες τους. Το παιδί μπορεί να τρέχει ή να αναπηδά πάνω κάτω, να μεταφέρει το βάρος του από το ένα πόδι στο άλλο ή να κάνει άλλες επαναλαμβανόμενες κινήσεις με το σώμα και την κεφαλή. Σημειώνεται ότι η απλή κίνηση του σώματος μπρος πίσω (rocking) δεν είναι χαρακτηριστική του αυτισμού. Αυτές οι κινήσεις είναι πιο εμφανείς όταν είναι ενθουσιασμένα, ταραγμένα ή θυμωμένα, ή κοιτούν επίμονα κάτι που έχει απορροφήσει τελείως την προσοχή τους.
- Επιδεικνύουν ανωμαλίες στο βάδισμα και τη στάση του σώματος, με πιο χαρακτηριστική τη δαχτυλοβασία (tip toeing – περπάτημα στις άκρες των δακτύλων). Τα περισσότερα είναι ανώριμα στον τρόπο που κινούνται, τρέχουν άτσαλα με μπράτσα εκτεταμένα, μπορεί να ανεβαίνουν τα σκαλιά ένα-ένα, μπορεί να κρατούν ενωμένα τα χέρια τους, να τεντώνουν χέρια και δάκτυλα ή να τα λυγίζουν σε περιέργες κλίσεις.
- Κάποια παιδιά έχουν δυσκολία στη μίμηση κινήσεων, ενώ σπανιότερα κάποια μιμούνται άσκοπα τις κινήσεις των άλλων (ηχοπραξία).

Κάποια άτομα εμφανίζουν μορφές αυτοτραυματισμού ως απάντηση σε άγχος, θυμό ή ματαιώση. Μπορούν να χτυπήσουν το κεφάλι τους, να δαγκωθούν ή να γρατσουνιστούν. Μπορούν επίσης να εκδηλώσουν έντονη λεκτική ή σωματική επιθετικότητα προς τους άλλους, συχνά με ασήμαντη (για εμάς) αφορμή (Φρανσίς, 2007).

Η εμφάνιση έντονων αισθητηριακών δυσλειτουργιών και συμπτωμάτων είναι για πολλούς ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του Αυτιστικού Φάσματος, αν και αυτά (κακώς) δεν περιλαμβάνονται στα διαγνωστικά κριτήρια. Τα άτομα με Αυτισμό μπορεί να υπερ-αντιδρούν ή υπο-αντιδρούν σε αισθητηριακά ερεθίσματα: προσλαμβάνουν δηλαδή τις συνήθεις αισθητηριακές εμπειρίες ως εξαιρετικά έντονες ή ασθενείς. Απλά και μόνο η προσμονή της (αισθητηριακής) εμπειρίας μπορεί να προκαλέσει στα άτομα αυτά έντονη αγωνία ή πανικό.

- Οι ήχοι που μπορεί να προσληφθούν ως έντονοι περιλαμβάνουν ξαφνικούς απρόσμενους ήχους (λ.χ. γαύγισμα ή ο βήχας), ήχους υψηλών τόνων, συνεχείς ήχους (λ.χ. το ντους, η ηλεκτρική σκούπα, το σεσουάρ) ή συγκεχυμένους, σύνθετους ή πολλαπλούς ήχους (λ.χ. σε εμπορικά κέντρα ή σε μέρη που υπάρχει συνωστισμός). Το παιδί μπορεί να βάζει τα δάχτυλα στ' αυτιά του ή να αγχώνεται και να «κλείνεται στον εαυτό του» μουρμουρίζοντας ή τραγουδώντας. Από την άλλη μπορεί να γοητεύεται από μηχανικούς ή άλλου τύπου ήχους ή να φαίνεται να αγνοεί κάποιους άλλους. Η υπερευαισθησία σε ήχους τείνει να μειώνεται με την ηλικία.
- Υπερευαισθησία παρουσιάζεται και για απτικά ερεθίσματα ανάλογα με το πόσο έντονη είναι η αφή ή το άγγιγμα συγκεκριμένων σημείων του σώματος. Αυτό μπορεί να επηρεάσει: το λούσιμο των μαλλιών, το κόψιμό τους, την δεκτικότητα ως προς τα ρούχα, την επίσκεψη στον οδοντίατρο. Μαζί με τις άλλες «άμεσες» αισθήσεις (γεύση, όσφρηση, δόνηση, πόνος, θερμοκρασία – που απαιτούν όλες άμεση σωματική επαφή) χρησιμοποιούνται περισσότερο από το αναμενόμενο για την εξερεύνηση του κόσμου. Μπορεί να νιώθει, να χτυπά ή να ξύνει διάφορες επιφάνειες, αλλά και να αγγίζει, να γλείφει και να μυρίζει ανθρώπους, όπως και αντικείμενα.
- Ίσως να υπάρχει ευαισθησία στη γεύση και στην υφή του φαγητού. Το παιδί μπορεί να προτιμά ουδέτερο (γευστικά) και απλό φαγητό (λ.χ. ξηρά δημητριακά, ψωμί, μακαρόνια, πατάτα) ή να θέλει να αγγίζει ή να μυρίζει το φαγητό του, πριν το βάλει στο στόμα του ή να μην του αρέσει να ανακατεύει μεταξύ τους τροφές. Να προτιμά ή μόνο σκληρές ή μόνο πολύ μαλακές τροφές (πρόβλημα αφής στο στοματικό βλεννογόνο).



- Στον τομέα της όρασης, μπορεί το παιδί να παρουσιάζει ευαισθησία σε συγκεκριμένα επίπεδα φωτισμών ή χρωμάτων ή ίσως να υπάρχουν παραμορφώσεις της οπτικής του αντίληψης. Μπορεί να κοιτά επίμονα φώτα και γυαλιστερά πράγματα, να στριφογυρνά τα χέρια ή αντικείμενα κοντά στα μάτια του, να κοιτά επίμονα πράγματα από διαφορετικές γωνίες, να αναβοσβήνει τα φώτα ή να παρατηρεί πράγματα να στριφογυρίζουν (πλυντήριο) ή να στριφογυρίζει το ίδιο όταν κοιτά κάτι. Μπορεί να ενθουσιάζεται με κάποια οπτικά ερεθίσματα (λ.χ. το φως μέσα από τα στόρια) ή να κινεί αντικείμενα (λ.χ. αυτοκινητάκια για να βλέπει τις ρόδες τους) στο ύψος των ματιών του.
- Μερικοί άνθρωποι με αυτισμό βρίσκουν ορισμένες οσμές (αρώματα, μαλακτικά ρούχων, κάποια φαγητά, κ.λπ) υπερδιεγερτικές.
- Τέλος, μπορεί να παρουσιάζονται αδιάφορα στη ζέστη, στο κρύο ή τον πόνο. Έτσι μπορεί να μην αντιδρούν ιδιαίτερα σε επίπεδα πόνου που άλλοι άνθρωποι θα τα θεωρούσαν αβάσταχτα. Αυτό έχει σαν πιθανή συνέπεια να εμποδίζει το άτομο με αυτισμό να μάθει να αποφεύγει επικίνδυνες (επίπονες) καταστάσεις, να εμποδίζει τους γονείς από το να καταλάβουν πότε το παιδί τους υποφέρει από χρόνιο πόνο (αλλά δεν εκδηλώνει κάποια αντίδραση, δεν το δείχνει) και χρειάζεται βοήθεια, να επιτρέπει στο παιδί να φορά ζεστά ρούχα κατά τη διάρκεια μιας ζεστής μέρας, ελάχιστα ρούχα μια κρύα μέρα, ή να μπορεί να πιει ένα πολύ καυτό ρόφημα.

Ένα ακόμα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό τους είναι η πιθανότητα να αναπτύξουν περίεργες φοβίες για ακίνδυνα πράγματα, όπως μπαλόνια, μύγες, ή ακόμη και ένα συγκεκριμένο σχήμα ή χρώμα, ενώ δείχνουν άφοβα σε περισσότερο αναπτυξιακά αναμενόμενους φόβους (Φρανσίς, 2007).

Η διάγνωση των διαταραχών του αυτισμού δεν είναι απαραίτητο να βασίζεται το άθροισμα κάποιων στοιχείων από ένα συγκεκριμένο κατάλογο. Ωστόσο είναι χρήσιμο να υπάρχει μία σύντομη περιγραφή των πολλών κλινικών χαρακτηριστικών που μπορεί να παρατηρηθούν στα παιδιά με τέτοιες διαταραχές. Ο τρόπος με τον οποίο κάθε χαρακτηριστικό εμφανίζεται ποικίλλει από παιδί σε παιδί.

### 3.2. Χαρακτηριστικά στη βρεφική ηλικία

Σε όλα τα παιδιά, η τριάδα των βασικών χαρακτηριστικών διαταραχών ή μέρους αυτών, εμφανίζεται στα πρώτα 2 έως 3 χρόνια ζωής. Οι γονείς σε αρκετές περιπτώσεις, αναφέρουν ότι το παιδί αναπτύσσονταν φυσιολογικά στο πρώτο ή στα δύο πρώτα χρόνια, σπανίως πέρα από την ηλικία αυτή και από εκεί και πέρα εντοπίστηκαν τα προβλήματα. Βέβαια, πολλοί γονείς θυμούνται τις πρώτες ενδείξεις κατά τη διάρκεια των συναντήσεων με τους ειδικούς, διότι προηγουμένως δεν είχαν δώσει καμία σημασία σε αυτές.

Οι συμπεριφορές που παρατίθενται παρακάτω δεν οδηγούν απαραίτητα στη διάγνωση μιας διαταραχής του φάσματος του αυτισμού καθόσον μπορεί να τις εκδηλώσει και κάποιο άλλο παιδί. Επίσης, είναι απίθανο τα παρακάτω χαρακτηριστικά να παρατηρηθούν όλα στο ίδιο βρέφος. Ανάμεσα στα βασικά χαρακτηριστικά των βρεφών που μπορεί να οδηγήσουν σε διάγνωση αυτισμού έχουμε τα εξής:

- Φτωχός θηλασμός τις πρώτες εβδομάδες
- Ασυνήθιστα καλή και ήρεμη συμπεριφορά ή συνεχές κλάμα και ουρλιαχτό που δε σταματά.
- Αδιαφορία ή έντονη δυσφορία στο χάιδεμα
- Αδιαφορία στη μητέρα ή σε αυτόν που ασχολείται συνεχώς μαζί του.
- Προσκόλληση σε ένα μόνο άτομο και αυτό σε ασυνήθιστο βαθμό.
- Δεν απλώνει τα χέρια να το πάρουν αγκαλιά και όταν είναι στην αγκαλιά το νιώθει εκείνος που το κρατά σαν «άδειο σακί».
- Έλλειψη αμοιβαιότητας στη μίμηση, την έκφραση ή τις κινήσεις του ατόμου που το φροντίζει. Δε συμμετέχει σε «προγλωσσική» συζήτηση.
- Δεν δείχνει ή δείχνει πολύ περιορισμένα
- Δεν τραβά την προσοχή του ατόμου σε αντικείμενα που το ενδιαφέρουν με σκοπό το μοίρασμα της ευχαρίστησης.
- Δε χαιρετά αυθόρμητα, δεν κάνει «γεια» σε γνωστά άτομα.
- Υπερβολική ενασχόληση και ενθουσιασμός με ορισμένα αντικείμενα όπως φώτα, σχέδια, λεπτομέρειες και αδιαφορία σε πράγματα που κινούν το ενδιαφέρον των άλλων βρεφών.

- Ένα γενικότερο αίσθημα που έχουν οι γονείς, ή οι συγγενείς, ή άλλα πρόσωπα του περιβάλλοντος ότι το βρέφος συμπεριφέρεται παράξενα.

### **3.3. Γλωσσική ανάπτυξη και επικοινωνία**

Η γλώσσα εξελίσσεται πολύ αργά και κάποιες φορές δεν αναπτύσσεται καθόλου. Εάν τελικά αναπτυχθεί, η γλωσσική έκφραση παίρνει συνήθως παράδοξες μορφές ή γίνεται ασυνήθιστη χρήση λέξεων χωρίς καμία σύνδεση με την κανονική τους σημασία. Ακόμα και αυτοί που μπορούν να χρησιμοποιήσουν τη γλώσσα για να επικοινωνήσουν, μπορεί να χρησιμοποιούν ασυνήθιστες παρομοιώσεις ή να μιλούν με μία τυπική και μονότονη φωνή (Schopler, 1995, Harpe, 1998).

### **3.4. Κατανόηση κοινωνικών σχέσεων**

Το παιδί με αυτισμό συχνά αποφεύγει να κοιτάξει τον άλλο στα μάτια, δε θέλει να το παίρνουν αγκαλιά και φαίνεται να αποκόβεται από τον κόσμο γύρω του. Δε φαίνεται να θέλει ή να ξέρει πως να παίζει με τα άλλα παιδιά. Η ικανότητα του να κάνει φιλίες είναι προβληματική και είναι ανίκανο να κατανοήσει τα συναισθήματα και τις απόψεις των άλλων ατόμων. Το παιδί με αυτισμό μπορεί κατά περιστάσεις να δώσει την εντύπωση πως είναι κωφό και πως δεν μπορεί να αντιδράσει σε λέξεις και άλλους ήχους. Άλλες στιγμές πάλι, το ίδιο παιδί μπορεί να ενοχληθεί υπερβολικά από έναν καθημερινό θόρυβο, όπως ο θόρυβος μιας ηλεκτρικής σκούπας, το γαύγισμα ενός σκύλου ή το κλάμα ενός μωρού. Το παιδί μπορεί να παρουσιάζει μια αναισθησία στον πόνο και μια έλλειψη ανταπόκρισης στο κρύο ή στη ζέστη ή μια υπερβολική αντίδραση σε άλλα αισθητηριακά ερεθίσματα. Το πιο κοινό πρόβλημα στον αυτισμό είναι ότι τα πάσχοντα άτομα έχουν εξαιρετική δυσκολία στην εκμάθηση γλώσσας και κοινωνικών δεξιοτήτων και στο να σχετίζονται με άλλους ανθρώπους (Frith, 1999 : Βερνάδος & Τερεζάκη, 2004).

### **3.5. Διανοητικές λειτουργίες**

Το άτομο με αυτισμό μπορεί να έχει ιδιαίτερες ικανότητες σε κάποιους συγκεκριμένους τομείς. Μπορεί να διαθέτει μέγιστη ικανότητα σε μερικές συγκεκριμένες

λειτουργίες, σε σχέση με το γενικό επίπεδο λειτουργίας του (για παράδειγμα ζωγραφική, μουσική, μαθηματικοί υπολογισμοί, απομνημόνευση γεγονότων). Δηλαδή τα μειονεκτήματα συνυπάρχουν, με πλεονεκτήματα, όπως η ισχυρή μνήμη και η ασυνήθιστη ευφυΐα που συνδέεται με πράγματα για τα οποία αποκλειστικά ενδιαφέρονται. Περίπου 20%-30% των αυτιστικών ατόμων έχουν νοημοσύνη στο μέσο όρο ή και πάνω από το μέσο όρο. Από την άλλη μεριά, η πλειοψηφία των παιδιών (70%-80%) παρουσιάζουν διάφορους βαθμούς νοητικής καθυστέρησης. Αυτός ο συνδυασμός διανοητικών μειονεξιών και δυνατοτήτων κάνει τον αυτισμό ιδιαίτερα πολύπλοκο (Schopler, 1995 : Jordan, 2000).

### **3.6. Δραστηριότητες και ενδιαφέροντα**

Ένα άτομο με αυτισμό μπορεί να παρουσιάζει επαναλαμβανόμενες σωματικές κινήσεις, στερεοτυπίες, όπως χειροκρότημα, περιστροφές ή κούνημα κορμού. Μερικά άτομα μπορεί να μιλούν επίμονα ξανά και ξανά για το ίδιο θέμα. Είναι επίσης πιθανό, να έχει την ανάγκη να ακολουθεί την ίδια ρουτίνα ή το ίδιο πρόγραμμα κάθε μέρα κατά τις διάφορες δραστηριότητές του. Αν γίνουν αλλαγές στις συνήθειες, το παιδί ή ο ενήλικας αναστατώνεται πολύ και η αναστάτωση, πολλές φορές, προκαλεί έντονα διαταρακτικές συμπεριφορές, όπως ξεσπάσματα οργής. Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις, ένα άτομο με αυτισμό μπορεί να παρουσιάσει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Αυτό οφείλεται σε μια ανικανότητα να κατανοήσει και να επικοινωνήσει (Harpe, 1998).

Τα άτομα με αυτισμό απολαμβάνουν συχνά τις ίδιες ψυχαγωγικές δραστηριότητες με τα άτομα που δεν πάσχουν από κάποια αναπηρία. Συχνά, τους αρέσει η μουσική, το κολύμπι, η πεζοπορία, το τραγούδι, η ιππασία και άλλες δραστηριότητες. Αρκετές φορές, τα άτομα με αυτισμό μπορεί να έχουν ένα συγκεκριμένο ενδιαφέρον σε κάποια δραστηριότητα στην οποία να έχουν γίνει «ειδικοί», θέματα για συγκεκριμένα ενδιαφέροντα μπορεί να είναι το δελτίο καιρού, οι διαδρομές λεωφορείων, η γεωγραφία, οι μάρκες αυτοκινήτων, οι αθλητικές ειδήσεις. Για άλλα άτομα, τα συγκεκριμένα ενδιαφέροντα μπορεί να είναι πράγματα που ερεθίζουν τις αισθήσεις τους, όπως το να βλέπουν το νερό να τρέχει και να χάνεται στην αποχέτευση, να ξεφυλλίζουν τις σελίδες ενός βιβλίου, να κουνούν ένα κομμάτι σύρμα, να τρίβουν τα χέρια τους σε συγκεκριμένα

υφάσματα και άλλα παρόμοια (Σταμάτης 1987, Jordan 2000, Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων 2008).

### **3.7. Φαντασία**

Τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν μια αξιοσημείωτη απουσία αυθόρμητης ικανότητας για υποστηρικτικό ή «συμβολικό» παιχνίδι. Έτσι, ενώ το φυσιολογικό παιδί ηλικίας δύο ετών υποκρίνεται ότι για παράδειγμα ένα παιχνίδι τούβλο είναι ένα αυτοκίνητο και ευτυχισμένα οδηγεί, παρκάρει και συγκρούει το υποτιθέμενο αυτοκίνητο, ένα αυτιστικό παιδί, ακόμα και με πολύ υψηλή νοητική ηλικία, απλά θα το βάλει στο στόμα, θα το πετάξει ή θα αρχίσει να το περιστρέφει. Το υποκριτικό παιχνίδι φαίνεται να αντικαθίσταται στον αυτισμό με επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες που μπορεί να καταστούν καταθλιπτικές. Δηλαδή, το παιδί μπορεί να βάλει στη σειρά αντικείμενα με τέτοια διεύθυνση που δεν πρέπει να διαταράσσεται ή μπορεί να περιστρέφει όλα τα αντικείμενα που έχει στα χέρια του. Γενικά, υπάρχει μία μεγάλη προτίμηση για γεγονότα και καταθλιπτικό λειτουργικό παιχνίδι του αυτιστικού παιδιού μπορεί να του δημιουργήσει πρόσθετο ενδιαφέρον για καταθλιπτικές ενασχολήσεις, όπως πίνακες δρομολογίων τρένων, ημερομηνίες γεννήσεων και άλλα. Η ειδική φύση αυτών των ενασχολήσεων δεν προέρχεται τόσο από το περιεχόμενό τους, αλλά από την περιγραφόμενη και στενή τους φύση. Έτσι για παράδειγμα, το παιδί με αυτισμό που είχε μάθει το όνομα κάθε τύπου καρότου, δεν έδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον να καλλιεργήσει ή να φάει καρότα (Harpe, 1998 : Βερνάδος & Τερεζάκη, 2004).

### **3.8. Η συμπεριφορά στον αυτισμό**

Εκτός από τα σοβαρά προβλήματα στη γλώσσα και τις κοινωνικές σχέσεις, τα άτομα με αυτισμό βιώνουν συχνά μια τρομερή υπερκινητικότητα ή ασυνήθιστη παθητικότητα στις καθημερινές τους δραστηριότητες, καθώς επίσης και στις σχέσεις τους με τους γονείς τους, τα μέλη της οικογένειας και τα άλλα άτομα. Τα προβλήματα συμπεριφοράς διακυμαίνονται από πολύ σοβαρής έως και πολύ ελαφριάς μορφής. Τα σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς εκδηλώνονται με τη μορφή πολύ ασυνήθιστης, επιθετικής και σε κάποιες περιπτώσεις, ακόμα και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Αυτοί οι τρόποι συμπεριφοράς μπορεί να είναι επίμονοι και πολύ δύσκολο να αλλάξουν. Στην πιο ελαφριά του μορφή, ο αυτισμός μοιάζει με μαθησιακή δυσκολία. Συχνά, όμως, ακόμα και άτομα που πάσχουν από ελαφριά μορφή αυτισμού έχουν σημαντικές αναπηρίες στην καθημερινή τους ζωή, λόγω των ελλείψεων τους στους τομείς της επικοινωνίας και των κοινωνικών σχέσεων (Σταμάτης 1987, Jordan 2000, Γενά & Γαλάνης 2007, Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων 2008).

### **3.9. Συννοσηρότητα**

Ο αυτισμός μπορεί να υπάρχει μόνος του ή σε συνδυασμό με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές, όπως νοητική καθυστέρηση, ανικανότητες στη μάθηση, επιληψία, κώφωση, τύφλωση. Οι περιπτώσεις αυτισμού παρουσιάζονται σε ένα συνεχές φάσμα από πιο ελαφριές έως και πολύ σοβαρές μορφές. Κάποια άτομα μπορεί να έχουν πολύ πιο βαριά αυτιστική συμπεριφορά, ενώ κάποια άλλα με αυτισμό να έχουν πιο ελαφριές μορφές.

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Διάγνωση, Αξιολόγηση και Διαφορική Διάγνωση**

---

### **4.1. Η σημασία της διάγνωσης και της αξιολόγησης στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές**

Η διάγνωση, η αξιολόγηση και η κατηγοριοποίηση των συμπτωμάτων των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών είναι αρκετά αμφιλεγόμενα θέματα. Οι διαφωνίες

οφείλονται στην ετερογένεια των συμπτωμάτων και στην πολυπαραγοντική τους αιτιολογία. Στο παρελθόν, η ετερογένεια του πληθυσμού και οι ευρείες και φτωχά προσδιορισμένες διαγνωστικές κατηγορίες σήμαινε ότι άτομα διαφορετικά μπορούσαν να έχουν ίδια «διαγνωστική ταυτότητα». Έτσι, παιδιά χωρίς λόγο/ομιλία όπως και παιδιά με λόγο/ομιλία μπορούσαν να αποκαλούνται αυτιστικά (Συριοπούλου - Δελή και Κασίμος, 2013).

Η δημιουργία ενός αξιόπιστου διαγνωστικού συστήματος προϋποθέτει την εμπειρική δοκιμασία και την εγκατάλειψη αμφίβολων χαρακτηριστικών και συμπερασμάτων για την αιτιολογία. Η διαγνωστική ακρίβεια είναι σημαντική στους κλινικούς για την ανάπτυξη, την εφαρμογή και την βελτίωση των μεθόδων αντιμετώπισης. Επιπλέον η διαγνωστική ακρίβεια, διευκολύνει την επικοινωνία των κλινικών επιστημόνων επιτρέποντας η θεραπεία να προοδεύει με συστηματικό τρόπο. Οι εκπαιδευτικοί και οι άλλες κοινοτικές υπηρεσίες παροχών εξαρτώνται από τη διάγνωση και το σύστημα κατηγοριοποίησης για την ένταξη παιδιών και ενηλίκων με αυτισμό σε σχολεία ή επαγγελματικούς φορείς, με το σχεδιασμό και την ανάπτυξη ειδικού προγράμματος για το κάθε άτομο.

Η διάγνωση και η κατηγοριοποίηση είναι χρήσιμες και σε κοινοτικούς φορείς, νομικές υπηρεσίες και ασφαλιστικές εταιρίες. Άτομα με ορισμένες «διαγνωστικές ετικέτες» έχουν περισσότερα νομικά δικαιώματα, πρόσβαση σε ειδικά κρατικά προγράμματα και ασφαλιστική κάλυψη. Είναι σημαντικό το διαγνωστικό μέσο να είναι ικανό να διακρίνει διαταραχές με κοινά χαρακτηριστικά (Συριοπούλου - Δελή και Κασίμος, 2013).

## **4.2. Σκοπός της διάγνωσης**

Θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς ότι οι «ταμπέλες» δεν αρέσουν γενικά στους ανθρώπους. Στην περίπτωση των παιδιών με αυτισμό, οι «ταμπέλες» μπορεί να είναι χρήσιμες και ωφέλιμες. Σε ότι αφορά ειδικότερα τα παιδιά με σύνδρομο Asperger, είναι απαραίτητες. Χωρίς μία σωστή και έγκαιρη διάγνωση, τα παιδιά με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος μπορεί να καταδικαστούν σε μία ζωή υποτιμημένη, με ανεπαρκή πρόνοια και χωρίς αντιμετώπιση των ειδικών αναγκών τους. Όσον αφορά τους ενήλικες, μία σωστή και σαφής διάγνωση είναι συχνά επιθυμητή, με σκοπό να εξηγήσει γιατί είναι μία συμπεριφορά αινιγματική, παράξενη.

Ο σκοπός της διάγνωσης είναι:

- Να μας βοηθήσει να κατανοήσουμε τα προβλήματα
- Να παρέχει κατευθυντήριες οδηγίες σε δασκάλους, γονείς και άλλους, που αφορούν την κατάσταση του παιδιού και σχετικές συνέπειες από αυτή.
- Να προτείνει τρόπους αποτελεσματικού χειρισμού και εκπαιδευτικές στρατηγικές (Νότας, 2005)

Η έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση σε μικρή ηλικία – ακόμη και ως ταμπέλα – είναι χρήσιμη διότι: ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ = ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ = ΙΣΧΥΡΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ.

Σε κάθε περίπτωση, η έγκαιρη διάγνωση είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη για το παιδί, την οικογένεια, το εκπαιδευτικό πλαίσιο. Η εντατική πρόωρη παρέμβαση στο κατάλληλο πλαίσιο, έχει ως αποτέλεσμα τα μικρά παιδιά με αυτισμό, να βελτιώνουν τις επιδόσεις τους στο λόγο έως (75%), στην αναπτυξιακή τους πρόοδο και στις γνωστικές ικανότητες. Στους ενήλικες, η διάγνωση είναι επιθυμητή, για να εξηγηθούν «παράξενες» συμπεριφορές τους.

Σκοπός της διάγνωσης είναι να βοηθήσει στην κατανόηση του προβλήματος, να παρέχει κατευθυντήριες οδηγίες στους άμεσα εμπλεκόμενους με το παιδί, για να υπάρξουν αποτελέσματα και να προτείνει τρόπους για κατάλληλες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Η έγκαιρη διάγνωση στοχεύει στη μείωση του οικογενειακού άγχους και στην παροχή υποστήριξης στην οικογένεια και κατάλληλης ιατρικής και εκπαιδευτικής φροντίδας στο παιδί. (Γκονέλα, 2004)

Η σωστή διαγνωστική εκτίμηση, οδηγεί στην κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση (Peeters, 2000). Ευτυχώς τελευταία, οι δυνατότητες πρώιμης παρέμβασης έχουν αυξηθεί πολύ, μέσα από συμπεριφορικές προσεγγίσεις, οι οποίες παρέχουν σοβαρά και θετικά αποτελέσματα.

### **4.3. Κατανόηση των χαρακτηριστικών συμπεριφορών του αυτισμού**

Σε συνέχεια της ανάλυσης των χαρακτηριστικών του αυτισμού που περιεγράφηκαν αναλυτικά σε προηγούμενο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας,



για την καλύτερη κατανόηση των χαρακτηριστικών συμπεριφορών των ατόμων με αυτισμό θα ανατρέξουμε σε αυτά που γράφει τη Temple Gardin (διαπρεπής επιστήμονας, γνωστό άτομο με αυτισμό) στο βιβλίο της με τίτλο «διάγνωση : αυτισμός».

*«..Ήμουν έξι μηνών όταν η μητέρα παρατήρησε ότι δεν μου άρεσαν πια οι αγκαλιές και ότι κοκάλωνα κάθε φορά που με κρατούσε. Λίγους μήνες αργότερα η μητέρα προσπάθησε να με πάρει αγκαλιά και εγώ την γρατζούνισα σαν ένα παγιδευμένο ζώο. Είπε ότι δεν κατάλαβε τη συμπεριφορά μου και ένιωσε πληγωμένη. Που έκανε εκείνη το λάθος; Απλά συμπεράνε ότι ήταν νέα και άπειρη. Την απομάκρυνση ακολούθησαν τα επόμενα χρόνια η προσκόλληση μου σε αντικείμενα που στριφογύριζαν, η επιθυμία να είμαι μόνη, η καταστροφική συμπεριφορά, τα ξεσπάσματα θυμού, η ανικανότητα στην ομιλία, η ευαισθησία σε ξαφνικούς θορύβους, η φαινομενική κώφωση και το έντονο ενδιαφέρον για τις οσμές. Ήμουν καταστροφικό παιδί και ζωγράφιζα όλους τους τοίχους. Θυμάμαι μία φορά τις «έφαγα» επειδή είχα ουρήσει στο χαλί. Την επόμενη φορά αντί να χρησιμοποιήσω το χαλί, έβαλα τη μακριά κουρτίνα ανάμεσα στα πόδια μου. Σκέφτηκα ότι, αντίθετα με το χαλί, αυτή θα στέγνωνε γρήγορα και δεν θα το πρόσεχε η μητέρα μου. Τα φυσιολογικά παιδιά πλάθουν με πηλό, εγώ χρησιμοποιούσα τα κόπρανα. Μασούσα παζλ και τα έφτυνα στο πάτωμα και όταν με εμπόδιζαν πετούσα οτιδήποτε είχα πρόχειρο. Παρ' όλο ότι φαινόμουν κουφή, αντιδρούσα βίαια στους θορύβους και ούρλιαζα... Η μητέρα μου λέει ότι έλεγα λίγες λέξεις μισές, όπως «μπάα» αντί μπάλα. Ως παιδί θυμάμαι τη μητέρα να με ρωτά ξανά και ξανά «Τεμπλ, μ' ακούς; Κοίταξέ με». Μερικές φορές το ήθελα αλλά δεν μπορούσα...» (Grandin & Scariano, 1995).*

Και η Temple Gardin (1995) συνεχίζει: *«Δεν μ' ενδιέφερε καθόλου η συντροφιά των παιδιών. Κάθε κόκκος άμμου με συνάρπαζε. Άλλες φορές εξέταζα κάθε γραμμή στο δάκτυλό μου. Το στροβίλισμα ήταν μια άλλη αγαπημένη μου δραστηριότητα. Καθόμουν στο πάτωμα και στριφογύριζα. Αυτή η αυτοδιεγερτική συμπεριφορά με έκανε να αισθάνομαι δυνατή, ότι είχα τον έλεγχο. Άλλες φορές το έκανα με την κούνια. Διασκέδαζα στριφογυρίζοντας μόνη μου ή άλλα αντικείμενα – πώματα. Ολότελα απορροφημένη δεν έβλεπα ούτε άκουγα τίποτα. Όταν όμως βρισκόμουν στον κόσμο των ανθρώπων, ήμουν πολύ ευαίσθητη στους θορύβους... Όπως τα πάρτυ γενεθλίων, που για μένα ήταν μαρτύριο. Μονίμως αντιδρούσα χτυπώντας άλλο παιδί ή εκσφενδονίζοντας πράγματα στην άλλη άκρη του δωματίου. Όταν ήμουν παιδί, ο «κόσμος των ανθρώπων» ήταν πολύ συχνά υπερβολικά*

*ερεθιστικός για τις αισθήσεις μου. Συνηθισμένες μέρες με κάποια αλλαγή στο πρόγραμμα ή αναπάντεχα γεγονότα με έριχναν σε φρενίτιδα....»*

Αντίστοιχα, σε ότι αφορά στα μαθητικά της χρόνια η Temple Gardin (1995) αναφέρει: «.. Ως μαθήτρια σχολείου, ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό μου ήταν ότι έκανα συνεχώς ερωτήσεις. Θα μπορούσα να κάνω την ίδια ερώτηση και να περιμένω με ευχαρίστηση την ίδια απάντηση ξανά και ξανά. Επίμονες ερωτήσεις και προσήλωση σε ένα θέμα... Η φήμη μου στο σχολείο σκιάζονταν από την παρορμητική, εκκεντρική συμπεριφορά μου και τα ανεξέλεγκτα ξεσπάσματα θυμού. Όμως ήμουν γνωστή και για τις μοναδικές και δημιουργικές ικανότητες...»

Σε ότι αφορά στα χρόνια της ενηλικίωσης η Temple Gardin (1995) σημειώνει: «...Ως ενήλικη το μυαλό μου δουλεύει με απολύτως απτικό τρόπο και οι εργασίες που χρειάζονται χώρο είναι εύκολες. Αν πρέπει να θυμηθώ μία αφηρημένη έννοια, «βλέπω» στο μυαλό μου τη σελίδα σημειώσεων και «διαβάζω» από εκεί τις πληροφορίες. Οι μελωδίες είναι το μόνο πράγμα που μπορώ να απομνημονεύσω χωρίς οπτική εικόνα. Όταν σκέφτομαι αφηρημένες έννοιες, όπως οι ανθρώπινες σχέσεις, χρησιμοποιώ οπτικές προσομοιώσεις. Για παράδειγμα, οι σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων μοιάζουν με συρόμενη τζαμόπορτα που πρέπει να ανοιγοκλείνουμε μαλακά, γιατί αλλιώς μπορεί να θρυμματιστεί...» (Grandin & Scariano., 1995).

#### **4.4. Αξιολόγηση**

Η αξιολόγηση πραγματοποιείται από πολύ μικρή ηλικία, μέχρι την ηλικία του παιδικού σταθμού και νηπιαγωγείου. Βασικό για την αναγνώριση του αυτισμού είναι το σημείο αναφοράς. Όταν αυτό λείπει, υπάρχει δυσκολία. Τα άτομα με αυτισμό αξιολογούνται κάθε χρόνο, γιατί πολλές φορές παλινδρομούν και αυτό συνεχίζεται σε όλη τους τη ζωή (Βοστάνης, 1999).

Τα καλύτερα εργαλεία για αξιολόγηση είναι:

- Η παρατήρηση

- Η συζήτηση.

Για να γίνει διάγνωση και αξιολόγηση πρέπει να σκεφτούμε το άτομο ως όλον, την όλη προσωπικότητά του. Μετά τη διάγνωση – αξιολόγηση ακολουθεί μία μεγάλη και δύσκολη πορεία:

- I. Οι γονείς πρέπει να μάθουν την αλήθεια. Δεν πρέπει να τους ανακοινωθεί δήθεν άτυπος αυτισμός, γιατί τότε υπάρχει παρέκκλιση προγράμματος
- II. Πρέπει να προτείνουμε στους γονείς πού να απευθυνθούν (υπηρεσίες – μονάδες...).
- III. Αν οι γονείς δεχτούν να μπει το παιδί σε πρόγραμμα, προηγείται επίσκεψη στο σπίτι από ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό, καθώς και συμβουλευτική γονέων. (Παπαγεωργίου, 1999)

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

#### **4.4.1. Η ψυχοεκπαιδευτική αξιολόγηση**

Η ψυχοεκπαιδευτική αξιολόγηση στην Ελλάδα γίνεται από τις ιατρο-παιδαγωγικές υπηρεσίες. Χρησιμοποιούνται ψυχοεκπαιδευτικά μέσα αξιολόγησης για:

- τις ικανότητες/δεξιότητες των ατόμων με αυτισμό
- τα αυτιστικά συμπτώματα
- την εκτίμηση της νευρολογικής κατάστασης και λειτουργίας του κεντρικού νευρικού συστήματος, της νοημοσύνης, της οπτικοκινητικότητας, των γλωσσικών ικανοτήτων, των μαθησιακών ικανοτήτων, της σχέσης ατόμου με αυτισμό με την οικογένειά του, της συναισθηματικής του κατάστασης, της κοινωνικής ωριμότητας και προσαρμοστικής συμπεριφοράς, των συμπτωμάτων της προβληματικής συμπεριφοράς.

Η ομάδα αξιολόγησης αποτελείται από ψυχίατρο, κλινικό ψυχολόγο, λογοπαιδικό και κοινωνικό λειτουργό. Πρέπει να διευρυνθεί όμως η αξιολογική ομάδα

και να εξασφαλιστούν θέσεις για φυσιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, ειδικό παιδαγωγό, νοσηλεύτη, ειδικό παρατηρητή και τους γονείς του παιδιού (Κοντοπούλου, 2001).

#### 4.5. Διαγνωστικά Κριτήρια

Ο προσδιορισμός διαγνωστικών κριτηρίων και μέσων διάγνωσης είναι ένα σημαντικό ζήτημα με πολλές κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις. Υπάρχουν ορισμένα πρώιμα «ύποπτα» σημεία (πίνακας 1) (Wiseman, 2006).

**Πίνακας 1:** Πρώιμα ύποπτα σημεία Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών

✓ <b>Φτωχός θηλασμός τις πρώτες εβδομάδες</b>
✓ <b>Ασυνήθιστα καλή και ήρεμη συμπεριφορά ή συνεχές κλάμα και ουρλιαχτό που δεν σταματά</b>
✓ <b>Αδιαφορία ή έντονη δυσφορία στο χάιδεμα</b>
✓ <b>Αδιαφορία προς τη μητέρα ή προς αυτόν που απασχολείται με το παιδί</b>
✓ <b>Προσκόλληση σε ένα μόνο άτομο και αυτό σε ασυνήθιστα μεγάλο βαθμό</b>
✓ <b>Δεν απλώνει χέρια να το πάρουν αγκαλιά και όταν είναι στην αγκαλιά δίνει την αίσθηση του «άδειου σακιού»</b>

Όταν αυτά αναγνωρισθούν θα πρέπει να κρατήσουν σε εγρήγορση τον παιδίατρο.

Ο αυτισμός διαγιγνώσκεται συγκρίνοντας τις συμπεριφορές του ατόμου με τα συμπτώματα που περιγράφονται σε καταλόγους επίσημων διαγνωστικών κριτηρίων. Τα διαγνωστικά κριτήρια ορίζουν και εξηγούν ποια συμπτώματα θα πρέπει να υπάρχουν για να δοθεί κάποια συγκεκριμένη διάγνωση. Αυτή τη στιγμή για το φάσμα του αυτισμού χρησιμοποιούνται δύο διαγνωστικά κριτήρια: Το DSM (Diagnostic and Statistical Manual) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης (APA) και το ICD (International Classification of Diseases) του διεθνούς οργανισμού Υγείας (WTO). Το πρώτο χρησιμοποιείται κυρίως στις ΗΠΑ ενώ το δεύτερο είναι διαδεδομένο στην Ευρώπη, όμως και τα δύο συστήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναλλάξ.

Η τρέχουσα έκδοση για το ICD είναι η ICD-10 (10η έκδοση). Μέχρι πρόσφατα, η τρέχουσα έκδοση του DSM ήταν η DSM – IV. Σε ότι αφορά τις συγκεκριμένες δύο λίστες κριτηρίων, είχαν κάποιες διαφορές αλλά η συνολική διαγνωστική τους προσέγγιση ήταν παρόμοια. Τόσο το DSM –IV όσο και το ICD-10 ορίζουν την ίδια τριάδα διαγνωστικών συμπτωμάτων για τα άτομα που βρίσκονται στο Φάσμα του αυτισμού:

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

#### **4.5.1. Σύμφωνα με το ICD-10**

Σύμφωνα με το ICD-10, τα διαγνωστικά κριτήρια έχουν ως εξής:

**A. Παρουσία ανωμαλίας ή καθυστέρησης στην ανάπτυξη σε τουλάχιστον έναν από τους παρακάτω τομείς πριν την ηλικία των 3 χρόνων (συνήθως δεν προηγείται περίοδος σαφούς φυσιολογικής ανάπτυξης, αλλά αν υπάρχει, δεν επεκτείνεται πέρα από την ηλικία των 3ετών):**

- Στην κατανόηση ή έκφραση της γλώσσας, όπως χρησιμοποιείται στην επικοινωνία.
- Στην ανάπτυξη εκλεκτικών κοινωνικών επαφών και/ή αμοιβαίας αλληλεπίδρασης.
- Στο λειτουργικό και/ή συμβολικό παιχνίδι

**B. Ποιοτική εξασθένηση στην αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση:**

- Απουσία άμεσης βλεμματικής επαφής, εκφράσεων προσώπου, στάσεων του σώματος και χειρονομιών για τη ρύθμιση της κοινωνικής αντίδρασης.
- Αποτυχία ανάπτυξης σχέσεων με τους συνομηλίκους τους, συμπεριλαμβάνοντας το «μοίρασμα» των αμοιβαίων ενδιαφερόντων, δραστηριοτήτων και συναισθημάτων.

- Σπάνια αναζήτηση ή προσέγγιση των άλλων ανθρώπων για ανακούφιση και στοργή σε περιόδους άγχους ή θλίψης και/ή έλλειψης παροχής παρηγοριάς και ένδειξης αγάπης στους άλλους όταν είναι αγχωμένοι ή λυπημένοι.
- Έλλειψη συναίσθησης της χαράς των άλλων ανθρώπων και/ή αυθόρμητης αναζήτησης της συμμετοχής των άλλων ανθρώπων στη δική τους χαρά.
- Έλλειψη κοινωνικής-συναισθηματικής ανταπόκρισης όπως φαίνεται από την εξασθενημένη ή παρεκκλίνουσα αντίδραση στα αισθήματα των άλλων ανθρώπων και/ή έλλειψη ρύθμισης της συμπεριφοράς ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο, και/ή αδυναμία ενεργοποίησης των κοινωνικών, συναισθηματικών και επικοινωνιακών συμπεριφορών.

#### **Γ. Ποιοτική εξασθένιση στην επικοινωνία:**

- Καθυστέρηση ή πλήρης έλλειψη της ομιλούμενης γλώσσας, η οποία δεν συνοδεύεται από μια προσπάθεια αντιστάθμισης μέσω της χρήσης χειρονομιών ή μίμησης ως εναλλακτικό μοντέλο επικοινωνίας.
- Σχετική αποτυχία στην έναρξη και διατήρηση εναλλασσόμενου διαλόγου (ανεξάρτητα από το επίπεδο γλωσσικών ικανοτήτων που υπάρχει), στον οποίο δεν υπάρχει από και προς ανταπόκριση στην επικοινωνία με το άλλο άτομο.
- Στερεοτυπική και επαναλαμβανόμενη χρήση της γλώσσας και/ή ιδιοσυγκρασιακή χρήση των λέξεων ή των φράσεων.
- Ανωμαλίες στην ένταση, στην έμφαση, στην ταχύτητα, στο ρυθμό και στην τονικότητα του λόγου.
- Έλλειψη ποικιλίας και αυθόρμητου συμβολικού παιχνιδιού ή (όταν πρόκειται για μικρές ηλικίες) του παιχνιδιού κοινωνικής αντίληψης.

#### **Δ. Περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεότυπα μοντέλα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων:**

- Απασχόληση περιστοιχισμένη από στερεοτυπίες και περιορισμένα μοντέλα ενδιαφερόντων.
- Ιδιαίτερη προσκόλληση σε ασυνήθιστα αντικείμενα.
- Προφανώς παθολογική εμμονή σε συγκεκριμένες μη λειτουργικές ρουτίνες και τελετουργίες.

- Στερεοτυπικοί και επαναλαμβανόμενοι κινητικοί μαννερισμοί, οι οποίοι περιλαμβάνουν «πέταγμα» ή συστροφή των χεριών ή των δακτύλων ή σύμπλοκες κινήσεις όλου του σώματος.
- Απασχόληση με μέρη αντικειμένων ή με το μη λειτουργικό μέρος του υλικού των παιχνιδιών (όπως για παράδειγμα με την οσμή, την αίσθηση της επιφάνειας ή το θόρυβο/δονήσεις, που προκαλεί ένα παιχνίδι).
- Πρόκληση άγχους από ανεπαίσθητες, μη λειτουργικές λεπτομέρειες στο περιβάλλον.

Ε. Η κλινική εικόνα δεν αποδίδεται σε άλλες διάχυτες διαταραχές της ανάπτυξης (σύνδρομο Asperger, σύνδρομο Rett, Αποδιοργανωτική Διαταραχή της Παιδικής Ηλικίας), ούτε σε κάποια συγκεκριμένη διαταραχή της ανάπτυξης της γλώσσας με ιδιαίτερα κοινωνικο-συναισθηματικά προβλήματα, σε αντιδραστική διαταραχή της επαφής, σε νοητική υστέρηση με μερικώς εμπλεκόμενη διαταραχή του συναισθήματος/συμπεριφοράς, ούτε σε ασυνήθιστα πρόιμη έναρξη σχιζοφρένειας. (ΠΟΥ., 1994)

#### 4.5.2. Σύμφωνα με το DSM-IV

Στο DSM-IV αναφέρεται και η αυτιστική διαταραχή, η οποία εντάσσεται στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ). Οι ΔΑΔ διαιρούνται σε πέντε υπότυπους : αυτιστική διαταραχή, σύνδρομο Asperger, σύνδρομο Rett, παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή, διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή - μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Αυτές οι συναφείς διαταραχές διαφοροποιούνται μεταξύ τους βάσει της ηλικίας εμφάνισης και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων.

Εάν και είναι ευρέως γνωστό ότι τα αίτια της αυτιστικής διαταραχής οφείλονται σε οργανικούς και όχι περιβαλλοντικούς παράγοντες, η διάγνωση της βασίζεται στα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά του παιδιού και όχι στις ιατρικές εξετάσεις. Σύμφωνα με το DSM-IV τα διαγνωστικά κριτήρια του αυτισμού μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες : της κοινωνικής συμπεριφοράς, της επικοινωνίας και της αποκλίνουσας συμπεριφοράς. Προκειμένου ένα παιδί να λάβει την διάγνωση της αυτιστικής διαταραχής χρειάζεται να παρουσιάσει έξι ή περισσότερα "σημεία" από τις τρεις κατηγορίες που παρατέθηκαν παραπάνω. Συγκεκριμένα, κρίνεται αναγκαία η παρουσία τουλάχιστον δύο

"σημείων" από την πρώτη κατηγορία και ενός τουλάχιστον σημείου από την δεύτερη και τρίτη κατηγορία (Γενά, 2002).

Ακόμα, για να τεθεί η διάγνωση τα συμπτώματα θα πρέπει να είναι έκδηλα μέχρι την ηλικία των 3 ετών (Κάκουρος, Μανιαδάκη 2006).

Τα διαγνωστικά κριτήρια για αυτιστική διαταραχή σύμφωνα με το DSM-IV παρουσιάζονται στον πίνακα 2. (Γενά, 2002)

**Πίνακας 2:** Διαγνωστικά Κριτήρια για τον Αυτισμό σύμφωνα με το DSM-IV

<p>A. Έξι (ή περισσότερα από το 1,2 και 3 από τα οποία τουλάχιστον δύο από το 1 και 1 από το 2 και 3.</p> <p><b>1. Ποιοτική αδυναμία στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις όπως εκδηλώνεται σε τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα</b></p> <p><b>A)</b> Αξιοσημείωτη αδυναμία στη χρήση ποικίλων μη λεκτικών συμπεριφορών όπως βλεμματική επαφή και συντονισμός, εκφράσεις προσώπου, στάση του σώματος και χειρονομίες για να συντονίσει την κοινωνική αλληλεπίδραση.</p> <p><b>B)</b> Αποτυχία να αναπτύξει σχέσεις με τους συνομήλικους κατάλληλες για το αναπτυξιακό επίπεδο.</p> <p><b>Γ)</b> Έλλειψη αυθόρμητης επιδίωξης να μοιραστεί ευχαρίστηση, ενδιαφέροντα ή κατορθώματα με άλλα άτομα (π.χ. με την απουσία ενδείξεων, να φέρνει ή να δείχνει αντικείμενα που τον ενδιαφέρουν).</p> <p><b>Δ)</b> Έλλειψη κοινωνικής και συναισθηματικής αμοιβαιότητας</p> <p><b>2. Ποιοτική αδυναμία στην επικοινωνία όπως εκδηλώνεται σε ένα από τα παρακάτω.</b></p> <p><b>A)</b> Καθυστέρηση ή έλλειψη ανάπτυξης κατανομής ομιλίας (και έλλειψη άλλων μορφών επικοινωνίας όπως χειρονομίες ή μίμηση)</p> <p><b>B)</b> Σε άτομα με κατάλληλη ομιλία, φανερό αδυναμία να ξεκινήσουν ή να διατηρήσουν μία συζήτηση με άλλους</p> <p><b>Γ)</b> Στερεοτυπική και επαναλαμβανόμενη χρήση της γλώσσας ή ιδιοσυγκρασιακή γλώσσα.</p> <p><b>Δ)</b> Έλλειψη ποικιλίας, αυθόρμητου παιχνιδιού προσποίησης ή παιχνίδι κοινωνικής μίμησης κατάλληλο για το αναπτυξιακό επίπεδο.</p> <p><b>3. Περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεοτυπικά μοτίβα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων όπως εκδηλώνεται σε ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω:</b></p> <p><b>A)</b> Στερεοτυπίες και περιορισμένα ενδιαφέροντα τα οποία δεν είναι φυσιολογικά σε συχνότητα και σκοπό</p> <p><b>B)</b> Φανερό προσκόλληση σε μη λειτουργικές ρουτίνες και συνήθειες</p> <p><b>Γ)</b> Στερεοτυπικές και επαναληπτικές κινήσεις (π.χ. χέρι ή δάκτυλο, με πλήξη ή στροφή χεριών ή δακτύλων ή στροφή ή κίνηση ολόκληρου του σώματος).</p> <p><b>Δ)</b> Εμμονή με μέρη αντικειμένων</p>
---



Β. Καθυστέρηση ή μη φυσιολογική λειτουργία σε μία από τις ακόλουθες περιοχές η οποία ξεκίνησε πριν από την ηλικία των τριών ετών: (1) Κοινωνική αλληλεπίδραση, (2) γλώσσα όπως χρησιμοποιείται στην κοινωνική επικοινωνία, ή (3) συμβολικό ή φανταστικό παιχνίδι.

Γ. Η διαταραχή δεν είναι σύνδρομο Rett ή άλλη παιδική αναπτυξιακή διαταραχή.

#### 4.5.3. Σύμφωνα με το DSM-5

Το Μάιο του 2013, δημοσιεύτηκε η αναθεωρημένη έκδοση 5 του DSM (DSM-5) η οποία περιλαμβάνει σημαντικές αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια.

Οι αλλαγές αυτές είναι οι εξής :

- Ο γενικός όρος Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) έχει αντικατασταθεί από τον όρο Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ).
- Οι διαγνωστικές υποκατηγορίες Αυτισμός, Σύνδρομο Asperger, Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή και Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς έχουν απαλειφθεί.
- Οι δυσκολίες στην επικοινωνία και στην κοινωνική επαφή έχουν ενοποιηθεί σε μία κατηγορία. Έτσι η τριάδα συμπτωμάτων που αναφέρεται στο DSM IV έχει αντικατασταθεί από 2 κατηγορίες συμπτωμάτων : κοινωνική επικοινωνία και στερεοτυπικές, επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες, συμπεριφορές και ενδιαφέροντα.
- Η σοβαρότητα εκδήλωσης των συμπτωμάτων χωρίζεται σε 3 υποκατηγορίες, μετρούμενες με δείκτες :
  - ✓ Επίπεδο 1 Ανάγκη ιδιαίτερης ενισχυμένης υποστήριξης ( σοβαρές δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση και την ευελιξία )
  - ✓ Επίπεδο 2 Ανάγκη ενισχυμένης υποστήριξης ( αξιοσημείωτες δυσκολίες)
  - ✓ Επίπεδο 3 Ανάγκη υποστήριξης (δυσκολίες στα παραπάνω ) (Lohr & Tanguay, 2013)

Άλλες αλλαγές που εμπεριέχονται στο DSM-5 έχουν ως εξής:

- Η υπερευαισθησία και υποευαισθησία σε αισθητηριακά ερεθίσματα αποτελούν τώρα μέρος της ομάδας των επαναλαμβανόμενων και

στερεοτυπικών συμπεριφορών.

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

Παρόλο που οι αλλαγές έγιναν για να αντιμετωπιστούν προβλήματα του DSM-IV, συζητήθηκαν εκτεταμένα πριν αλλά και μετά από τη δημοσίευσή τους, ενώ ταυτόχρονα υπάρχει έντονος προβληματισμός για το τι αλλαγές πιθανόν θα φέρει η εφαρμογή τους.

Άτομα που έχουν ήδη διαγνωστεί με σύνδρομο Asperger, ανησυχούν ότι θα χάσουν τη διαγνωστική τους ταυτότητα. Πρακτικά, φαίνεται ότι όσοι έχουν ήδη διάγνωση, αυτή θα παραμείνει ως έχει. Φαίνεται επίσης ότι οι ειδικοί και οι επαγγελματίες θα συνεχίσουν να χρησιμοποιούν έστω και ανεπίσημα τους υπάρχοντες όρους (Asperger κ.λπ).

Άλλες ανησυχίες, σχετίζονται με την πιθανότητα διαφοροποίησης στην απόδοση διάγνωσης. Οι πρώτες μελέτες δείχνουν ότι με τα νέα διαγνωστικά κριτήρια δεν υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις, οι έρευνες όμως επί του θέματος συνεχίζονται.

Πιθανότατα, το πλέον αμφιλεγόμενο ζήτημα σχετικά με αυτές τις αλλαγές αφορά τα άτομα που δεν παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενες και στερεοτυπικές συμπεριφορές, τα οποία πλέον θα λαμβάνουν τη διάγνωση «Διαταραχή Κοινωνικής

Επικοινωνίας» η οποία δεν συγκαταλέγεται στο φάσμα του αυτισμού. Είναι πολύ νωρίς για να διαπιστωθεί τι επιπτώσεις θα έχει αυτή η αλλαγή στην υποστήριξη και τις υπηρεσίες για τα άτομα με τέτοια διάγνωση.

#### **4.6. Διάγνωση**

Τα συμπτώματα του αυτισμού εμφανίζονται ήδη από τη βρεφική ηλικία και συνήθως πριν τα δύο χρόνια. Ακόμη και στον πρώτο χρόνο της ζωής ενός βρέφους υπάρχουν ενδείξεις που κάνουν τους γονείς να υποψιάζονται ότι η ανάπτυξη του παιδιού τους παρεκκλίνει από το φυσιολογικό. Η σημαντικότερη ανησυχία των γονέων εστιάζεται στην καθυστερημένη ανάπτυξη του λόγου και έτσι το παιδί παραπέμπεται σε κάποια ειδική ή διεπιστημονική ομάδα (Noesi, 2009).

Η διάγνωση του αυτισμού δεν μπορεί να χαρακτηριστεί μια εύκολη διαδικασία, για το λόγο ότι δεν έχει πραγματοποιηθεί έως σήμερα, με εργαστηριακές και αιματολογικές εξετάσεις (Γκονέλα, 2006). Βέβαια, εργαστηριακές εξετάσεις γίνονται με σκοπό όμως να αποκλειστεί το ενδεχόμενο άλλης διαταραχής ή νόσου που μπορεί να βρίσκεται πίσω από την αυτιστικού τύπου συμπεριφορά (Νότας, 2005). Ακόμα και έμπειροι επαγγελματίες δυσκολεύονται στη διάγνωση, ειδικά όταν υπάρχει πιθανότητα συνύπαρξης του αυτισμού με άλλες διαταραχές. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι απόψεις των ειδικών δίστανται. Υπάρχουν διαφωνίες και ως προς τη διάγνωση τόσο μεμονωμένων παιδιών όσο και ενηλίκων (Γκονέλα, 2006).

Η διάγνωση απαιτεί άμεση παρατήρηση της συμπεριφοράς, καθώς και ένα αναπτυξιακό ιστορικό από την παιδική ηλικία. Ειδικότερα, όσοι ασχολούνται με τη διάγνωση θα πρέπει να ψάχνουν για συγκεκριμένα στοιχεία της τριάδας των διαταραχών και της στερεότυπης συμπεριφοράς. Εφόσον υπάρχει η πιθανότητα να συνυπάρχει ο αυτισμός με μία σειρά άλλων κλινικών συνθηκών, η διαδικασία αυτή δεν είναι τόσο σαφής, όσο θα μπορούσε να είναι (Νότας, 2005). Συνεπώς, οι ειδικοί παρατηρούν, ακολουθούν ψυχολογικές διαδικασίες, συντάσσουν πλήρες ιστορικό, για να υπάρξει υπεύθυνη διάγνωση. Ο πιο σπουδαίος κλινικός στόχος είναι οι ειδικοί να καταλήξουν εάν το άτομο έχει διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και μετά να εκτιμήσουν τις ικανότητες του ( Γκονέλα, 2006).

Έτσι, η διάγνωση των διαταραχών αυτών βασίζεται, κυρίως στη διαπίστωση των χαρακτηριστικών αποκλίσεων από την τυπική ανάπτυξη (τριάδα) και λιγότερο στις όποιες καθυστερήσεις. Σημειώνεται η απουσία παθολογικού συμπτώματος, δηλαδή συμπτώματος που η παρουσία ή η απουσία του επιβεβαιώνει ή αποκλείει τη διάγνωση. Τυπικά η διάγνωση θα πρέπει να βασιστεί σε ένα αναλυτικό αναπτυξιακό ιστορικό και την κατάλληλη κλινική παρατήρηση. Και τα δυο αυτά μπορούν να γίνουν από τον έμπειρο κλινικό, αλλά λόγω των ιδιαίτερων δυσκολιών που παρουσιάζει ενίοτε η διάγνωση (λ.χ. στα μικρά παιδιά, στα άτομα πολύ υψηλής λειτουργικότητας και σε αυτά με πολύ χαμηλή νοημοσύνη) συνιστάται αυτό να γίνεται στα πλαίσια ενός σταθμισμένου εργαλείου (Φρανσίς, 2007).

Είναι γενικά αποδεκτό ότι όσο νωρίτερα πραγματοποιηθεί μία έγκυρη διάγνωση, τόσο περισσότερο θα ωφεληθεί και το παιδί, αλλά και η οικογένεια και το περιβάλλον του. Και αυτό, γιατί μόνο αν γνωρίζουμε την αληθινή φύση του προβλήματος μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε αποτελεσματικές στρατηγικές παρέμβασης. Είναι σημαντικό για την οικογένεια να λάβει νωρίς υποστήριξη από κάποιον ειδικό, και να μειώσει το ενδοοικογενειακό άγχος αλλά και να μειώσει την πιθανότητα εδραίωσης της προβληματικής συμπεριφοράς του παιδιού. Εάν εδραιωθεί μία ανεπιθύμητη συμπεριφορά είναι πολύ πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί, καθώς το παιδί μεγαλώνει (Νότας, 2005).

Η ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση γίνεται ολοένα και πιο επείγουσα. Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η εντατική πρόωγη παρέμβαση στα εκπαιδευτικά πλαίσια έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση των επιδόσεων στα περισσότερα μικρά παιδιά με αυτισμό. Έχει παρατηρηθεί βελτίωση της τάξεως του 75% στο λόγο, αλλά και άλλες σημαντικές βελτιώσεις στην αναπτυξιακή πρόοδο και τη γνωστική ικανότητα (Νότας, 2005).

Η αξιολόγηση του παιδιού είναι διαδικασία αρκετά πολύπλοκη που απαιτεί άριστη θεωρητική κατάρτιση εκ μέρους των ειδικών και συνεργασία των επιμέρους ειδικοτήτων. Τα στοιχεία που χρειάζονται οι ειδικοί, ιδίως αν τα παιδιά είναι μικρά, τα συλλέγουν από τους γονείς με συνέντευξη και από το παιδί μέσω της παρατήρησης εάν αυτό δεν έχει αναπτύξει λόγο. Για να αξιολογηθούν οι πληροφορίες από τους γονείς, έχουν κατασκευαστεί ειδικά σταθμισμένες κλίμακες αξιολόγησης όπως η κλίμακα CARS (Childhood Autism Rating Scale), η κλίμακα ABC (Autism Behaviour Checklist) και η

κλίμακα CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) η οποία καθιστά δυνατή την έγκαιρη ανίχνευση του αυτισμού στην ηλικία περίπου των 18 μηνών (Noesi, 2009).

Έτσι, τυπικά θα μπορούσε να πει κανείς πως η διάγνωση θα πρέπει να βασιστεί σε ένα αναλυτικό αναπτυξιακό ιστορικό και την κατάλληλη κλινική παρατήρηση. Και τα δυο αυτά μπορούν να γίνουν από τον έμπειρο κλινικό, αλλά λόγω των ιδιαίτερων δυσκολιών που παρουσιάζει ενίοτε η διάγνωση, όπως για παράδειγμα στα μικρά παιδιά ή στα άτομα πολύ υψηλής λειτουργικότητας και σε εκείνα με πολύ χαμηλή νοημοσύνη, συνιστάται αυτό να γίνεται στα πλαίσια ενός σταθμισμένου εργαλείου. Τέτοια εργαλεία είναι ημιδομημένες συνεντεύξεις με τους γονείς, όπως η Autism Diagnostic Interview (ADI), η Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO), η Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview (3Di) και η ημιδομημένη παρατήρηση Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Σε κάθε περίπτωση, όμως, η κλινική εμπειρία και ικανότητα δεν θα πρέπει να εγκαταλείπεται ή να υποβαθμίζεται η αξία της (Φρανσίς, 2007).

Αν η διάγνωση είναι το σημαντικό πρώτο βήμα, αυτό που θα κατευθύνει τα επόμενα και στο οποίο θα στηριχθούν οι όποιες αποφάσεις είναι η εξατομικευμένη αξιολόγηση που πρέπει να συμπληρώνει την διαγνωστική. Η εκτίμηση του επιπέδου ανάπτυξης των ψυχολογικών δεξιοτήτων που επηρεάζονται - τα επίπεδα τρέχουσας λειτουργίας του παιδιού - έχουν ουσιαστική σημασία για τον σχεδιασμό ενός πρόσφορου πλάνου ψυχολογικής και εκπαιδευτικής αντιμετώπισης για το συγκεκριμένο παιδί. Και εδώ η διαδικασία θα συμπεριλάβει τυπικές (εργαλεία), αλλά και άτυπες δοκιμασίες αξιολόγησης προκειμένου να καταγραφεί μια όσο το δυνατό πιστότερη εικόνα των ελλειμμάτων αλλά και των ισχυρών σημείων του ατόμου. Σε κάθε περίπτωση οι αξιολογήσεις και τα εργαλεία που θα επιλεγούν έχουν ένα και μόνο στόχο: την κατάρτιση ενός εξατομικευμένου εκπαιδευτικού σχεδίου (Individualized Educational Plan – IEP) με στόχους και δραστηριότητες για την επίτευξη αυτών των στόχων (Φρανσίς, 2007).

Σε κάθε περίπτωση, η αξιολόγηση θα πρέπει να επαναλαμβάνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να πιστοποιείται η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης που ακολουθείται, όσο και για να αναπροσαρμόζεται αυτή σύμφωνα με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του παιδιού (Φρανσίς, 2007).

Η διάγνωση του αυτισμού παλιότερα, ήταν σπάνια πριν από τη νηπιακή ηλικία, δηλαδή πριν από το 3<sup>ο</sup> ή το 4<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας του παιδιού. Τα τελευταία χρόνια όμως, γίνονται έντονες προσπάθειες από τους επιστήμονες για την αποκάλυψη του αυτισμού σε πολλή μικρή ηλικία. αυτό έχει βοηθήσει πολύ η μελέτη των πρώιμων δεικτών αυτισμού (Harpe, 1998).

Από την άλλη, ο Baron- Cohen και οι συνεργάτες του (1992), σε σχετική μελέτη που έλαβε χώρα στη Μεγάλη Βρετανία και τη Σουηδία διαπίστωσαν ότι είναι δυνατό να ανακαλύψουν οι γονείς τον αυτισμό στους 18 μήνες μετά τη γέννηση του παιδιού, ανατρέχοντας και εξετάζοντας χαρακτηριστικά του παιδιού που αφορούν τις ικανότητες του σε επίπεδο κοινωνικό, επικοινωνίας αλλά και δημιουργικής φαντασίας. Βέβαια, είναι ιδιαίτερα σημαντικό το γεγονός ότι η συμπεριφορά των παιδιών δεν μπορεί να μας δώσει μια ξεκάθαρη εικόνα για να κάνουμε λόγο για την τελική διάγνωση (Baron & Cohen, 1992).

Οι ειδικοί που θα κληθούν να αξιολογήσουν το παιδί μπορεί να έχουν διαφορετική προέλευση (παιδαγωγοί, ψυχολόγοι, κ.λπ), αλλά θα πρέπει να είναι εξειδικευμένοι στη διαταραχή. Πολύ συχνά, εξάλλου, οι αξιολογήσεις τους αλληλοεπικαλύπτονται μερικώς. Ο Παιδαγωγός θα εστιάσει κυρίως σε δεξιότητες κοινωνικής αλληλεπίδρασης με τους άλλους και στις δεξιότητες προσαρμογής (συχνά με τη χρήση ενός εργαλείου όπως το Psycho- Educational-Profile / PEP-III). Ο Λογοπεδικός για τα μικρότερα παιδιά και τα χαμηλότερης λειτουργικότητας θα αναζητήσει το επίπεδο και τα μέσα κατανόησης και την κατάκτηση ή μη των βασικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Σε καμιά περίπτωση δεν θα πρέπει να ασχοληθεί με την ανάπτυξη της ομιλίας (το συχνότερο αίτημα και άγχος των γονέων), αλλά θα πρέπει να εξηγήσει ότι το κύριο έλλειμμα είναι βαθύτερα επικοινωνιακό (με απλά την έλλειψη ομιλίας ως ένα σύμπτωμά του) και να επικεντρώσει σε αυτό την παρέμβασή του. Για τα μεγαλύτερα και ικανότερα παιδιά το κύριο πεδίο παρέμβασης είναι οι πιο σύνθετες πτυχές της επικοινωνίας, όπως η πραγματολογία (βλέπε περισσότερα στο αντίστοιχο δοκίμιο σε αυτόν τον οδηγό). Ο ρόλος του Εργοθεραπευτή έγκειται κυρίως στην καταγραφή των πιθανών αισθητηριακών δυσλειτουργιών που παρουσιάζει το παιδί, ώστε να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα αισθητηριακής ολοκλήρωσης. Φυσικά, θα αξιολογήσει και άλλες πιθανές δυσκολίες στη λεπτή και αδρή κινητικότητα, στην κατάκτηση προμαθησιακών δεξιοτήτων, αλλά και δεξιοτήτων καθημερινής διαβίωσης. Ανάλογα με

το παιδί ή και στην προσπάθεια παρακολούθησης της εξέλιξής του, μπορεί να χρειαστεί νοητικός έλεγχος (καλύτερα τα μη λεκτικά τεστ όπως το Leiter-R, αν χρησιμοποιηθεί το WISC-III θα πρέπει να γίνουν προσαρμογές στη χορήγηση), καταγραφή της λειτουργικότητας (με τη Vineland), μαθησιακός έλεγχος, νευροψυχολογικές δοκιμασίες, κλπ. Υπενθυμίζεται πάντως, ότι όποιος έλεγχος και να δοθεί θα πρέπει να δίνεται με το σκοπό του πληρέστερου σχεδιασμού του IEP και όχι απλά για να γίνει ο έλεγχος (Φρανσίς, 2007).

Σύμφωνα με την Harpe, μια μακρόχρονη έρευνα ασχολήθηκε με τον εντοπισμό προβλημάτων σε παιδιά ηλικίας 1 χρόνου τα οποία υποδείκνυαν την ύπαρξη ή όχι του αυτισμού σε μεγαλύτερη ηλικία. Η συγκεκριμένη έρευνα απέδειξε πως στο 1ο έτος της ζωής του παιδιού δεν υπάρχει κάτι το αξιοσημείωτο, που θα μπορούσε να διαφοροποιήσει τα «φυσιολογικά» παιδιά από αυτά που έχουν αυτισμό. Έτσι, δεν υπήρξαν φανερά πρώιμοι δείκτες αυτισμού. Από την άλλη μεριά, οι γονείς υποστηρίζουν ότι, μπορούν να αναγνωρίσουν κάποια συμπτώματα στο παιδί τους, στην ηλικία των 18 μηνών, τα οποία τους οδηγούν σε επίσκεψη σε κάποιον ειδικό. Ακόμη, πολλοί είναι οι γονείς που υποστηρίζουν, ότι το παιδί μέχρι την ηλικία του ενός έτους ή ακόμα και μεγαλύτερο ήταν «φυσιολογικό» και στη συνέχεια παρουσίασε αυτιστικά συμπτώματα.

Σε πολλές περιπτώσεις, ο αυτισμός είναι δυνατό να διαγνωστεί σε πολύ πρώιμα στάδια. Όμως ως ένα βαθμό το όριο είναι η έναρξη να έχει εκδηλωθεί πριν από το 3<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας του παιδιού. Σύμφωνα με κάποιες έρευνες την τελευταία πενταετία διπλασιάστηκαν και τριπλασιάστηκαν οι διαγνώσεις του αυτισμού. Αυτό ίσως να οφείλεται στη βελτίωση των διαγνωστικών κριτηρίων τα τελευταία χρόνια. Ενώ αναφορικά με την εμφάνιση του αυτισμού ανάμεσα στα δύο φύλα, η συχνότητα εμφάνισης στα αγόρια είναι μεγαλύτερη από ότι στα κορίτσια, με αναλογία 4:1 (Σταμάτης, 1987).

Κάποια από τα σημαντικότερα σημάδια, τα οποία μπορούν να βοηθήσουν τους γονείς να ανακαλύψουν έγκαιρα τον αυτισμό στο παιδί τους και να μπορέσουν με τον τρόπο αυτό να κινητοποιηθούν άμεσα ώστε να επισκεφθούν κάποιον επαγγελματία ειδικό είναι οι συνεχείς κολικοί του παιδιού, η έλλειψη αμοιβαίας αλληλεπίδρασης παιδιού και γονέα στα πρώτα παιχνίδια, η απουσία βλεμματικής επαφής, η μη απάντηση σε τυχόν

ερωτήσεις των γονέων του και ταυτόχρονα, η μη ανάπτυξη κοινωνικής συμπεριφοράς και η μη επεξεργασία ερεθισμάτων (Γκονέλα, 2006).

Σύμφωνα με την Γκονέλα (2006), ανάμεσα στα ανησυχητικά σημάδια στη συμπεριφορά, τα οποία μπορούν να παρατηρηθούν σε παιδιά ηλικίας μέχρι 3 ετών είναι:

- ✓ Η μη ανταπόδοση χαμόγελου
- ✓ Αποφεύγει να χαιρετάει και να δείχνει
- ✓ Δίνει την εντύπωση ότι άλλοτε ακούει και άλλοτε όχι
- ✓ Το μη άκουσμα στο όνομα του
- ✓ Παρουσιάζει καθυστέρηση στο λόγο
- ✓ Σε περίπτωση κατά την οποία μιλήσει, λέει κάποιες λέξεις και μετά σταματάει απότομα
- ✓ Παίζει πάντα μόνο του, είναι εκεί μόνο για τον εαυτό του.
- ✓ Δεν ενδιαφέρεται για τους ανθρώπους γύρω του, τους αγνοεί
- ✓ Δεν κοιτάει στα μάτια αλλά ούτε ανταποκρίνεται στις ομιλίες των άλλων
- ✓ Περπατάει στα δάχτυλα
- ✓ Κάνει παράξενες και ασυνήθιστες κινήσεις
- ✓ Προσκολλάται σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο και δεν το αποχωρίζεται
- ✓ Του αρέσει να βάζει αντικείμενα στη σειρά, παίζοντας ώρες ολόκληρες
- ✓ Έχει ευαισθησία σε αμυδρούς ήχους και αγνοεί δυνατούς θορύβους
- ✓ Είναι υπερκινητικό
- ✓ Δεν προσποιείται στο παιχνίδι, ούτε μιμείται άλλους ανθρώπους (Γκονέλα, 2006).

Σύμφωνα με τον Delion Piere (2000) υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά τα οποία εκδηλώνονται κατά την βρεφική ηλικία και είναι δύσκολο τόσο να εντοπιστούν όσο και να είναι σίγουρο ότι αντιπροσωπεύουν τον αυτισμό. Αυτά είναι:

- ✓ Έλλειψη βλεμματικής επαφής και ανωμαλίες βλέμματος ή στραβισμός.
- ✓ Διαταραχές στην κινητική ανάπτυξη
- ✓ Έλλειψη χειρονομιών και δειξίματος
- ✓ Διαταραχές στον ύπνο και στην θρέψη
- ✓ Λίγες ή και καθόλου φωνητικές εκπομπές
- ✓ Το βρέφος να είναι υπερβολικά ήρεμο ή σε υπερβολική διέγερση



- ✓ Απουσία ενδιαφέροντος για τα άτομα
- ✓ Αδιαφορία απέναντι σε ήχους (σαν να είναι κωφό)
- ✓ Αδυναμία εναρμόνισης στην αγκαλιά της μητέρας (Delion Piere, 2000).

Σε ότι αφορά στον παρακλινικό έλεγχο, σύμφωνα με τον Κωνσταντίνο Φρανσί (2007), τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία αδικαιολόγητη υπερβολή. Έτσι, θεωρεί ότι απαιτείται μια συντηρητικότερη τακτική, με επιλογή εξετάσεων που αφενός η παρούσα γνώση τις συνδέει με ικανοποιητική συχνότητα με τον Αυτισμό και αφετέρου τα ευρήματα των οποίων μπορούν να αξιοποιηθούν στην παρέμβαση, την πρόγνωση ή τη γενετική συμβουλή των γονέων. Ένας ακοολογικός έλεγχος είναι συχνά μια από τις πρώτες παρακλινικές εξετάσεις που ζητιούνται. Η εξέταση για Εύθραυστο Χ δικαιολογείται τόσο από τη συχνότητα της συνύπαρξής τους, όσο και από το ότι η ανεύρεση του θα τροποποιήσει τη γενετική συμβουλή που κλασικά δίνεται σε απουσία του στον αυτισμό (πιθανότητα επανεμφάνισης σε επόμενο παιδί 8-10%). Τόσο η συχνότητα συνύπαρξης όσο και η αναγκαία παρακολούθηση σε περίπτωση θετικού ευρήματος επιβάλλει την εξέταση για ηβώδη σκλήρυνση, που απλά μπορεί να γίνει με την εξέταση του δέρματος με μια λάμπα Wood για τις δερματικές αλλοιώσεις που αυτή συνεπάγεται. Από εκεί και πέρα, η κλινική εικόνα ή άλλα δεδομένα μπορεί να επιβάλλουν και άλλες εξετάσεις (λ.χ. Μαγνητική Τομογραφία, Εγκεφαλογράφημα, μεταβολικό έλεγχο, άλλο πιο λεπτομερή γενετικό έλεγχο, κ.λπ.), οι οποίες όμως θα πρέπει να δικαιολογούνται και όχι να γίνονται κατά τρόπο πάγιο (Φρανσίς, 2007).

#### **4.7. Διαφορική διάγνωση**

Την τελευταία δεκαετία διαπιστώνεται μεγάλη αύξηση των περιπτώσεων των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών και του αυτισμού σε παγκόσμιο επίπεδο. Η αύξηση στη διάγνωση οφείλεται και στο ότι έχει βελτιωθεί η γνώση σχετικά με την κλινική εικόνα, έχουν διευρυνθεί τα διαγνωστικά κριτήρια και έχει αυξηθεί η διαγνωστική ικανότητα των ειδικών (Συριοπούλου - Δελή & Κασίμος, 2013).

Ορισμένα απ' τα συμπτώματα του αυτισμού όπως η καθυστέρηση στη γλωσσική ανάπτυξη, η εμφάνιση γνωστικών ελλειμμάτων, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά εμφανίζονται και σε άλλες διαταραχές. Η κεντρική έννοια για τη διαφορική διάγνωση του αυτισμού από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές είναι η ποιότητα της λειτουργικότητας

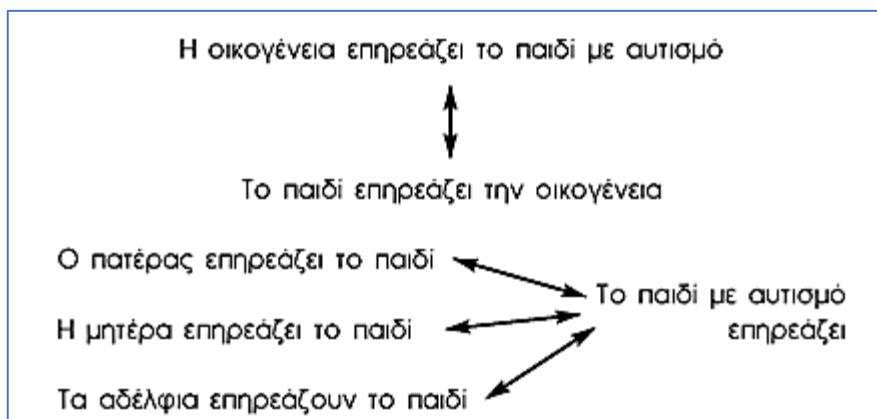
του παιδιού σε κοινωνικό επίπεδο. Σε περίπτωση που ο αυτισμός συνοδεύεται από βαριά νοητική υστέρηση είναι πολύ δύσκολο να γίνει η διάκριση μεταξύ των δύο διαταραχών. Όμως ακόμα κι ένα παιδί με βαριά νοητική υστέρηση εμφανίζει απλές μορφές κοινωνικής συμπεριφοράς όπως το χαμόγελο, τη βλεμματική επαφή και την αναζήτηση επαφής με τους άλλους ανθρώπους. Επιπλέον τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση δεν παρουσιάζουν τα ειδικά ελλείμματα στη συνδυαστική προσοχή, τη μίμηση και τις γνωστικές δεξιότητες που παρουσιάζονται στη «θεωρία του νου» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Η οικογένεια του παιδιού με ΔΑΦ και το κοινωνικό του περιβάλλον**

---

### **5.1. Η οικογένεια του ατόμου με ΔΑΦ**

Η οικογένεια λειτουργεί μέσα στην κοινωνία και επηρεάζεται από το κοινωνικό περιβάλλον. Οι γονείς και τα παιδιά αποτελούν ένα σύστημα. Η σχέση και η αλληλεπίδραση μεταξύ όλων των μελών της οικογένειας είναι αμφίδρομη. Όταν ένα από τα παιδιά, σπανίως και το δεύτερο, είναι άτομο με αυτισμό, μπορεί να υπάρχουν προβλήματα στην αλληλεπίδραση, όμως δεν παύει να είναι ένα μέλος της οικογένειας που επηρεάζεται από αυτήν / τα μέλη της και επηρεάζει αυτήν / τα μέλη της, όπως επηρεάζονται και αυτά μεταξύ τους.



Όπως συμβαίνει με όλα τα παιδιά του κόσμου, η σωματική, η ψυχοσυναισθηματική και η κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού γίνεται κατανοητή σε σχέση με την οικογένεια. Σήμερα γνωρίζουμε ότι τον αυτισμό δεν τον προκάλεσε η συμπεριφορά των γονέων, όμως η «συναισθηματική ζεστασιά», το αίσθημα ασφάλειας που του παρέχουν και η συμβολή τους στην ανάπτυξή του και την αντιμετώπιση των βασικών δυσκολιών, είναι καθοριστικής σημασίας. Για το λόγο αυτό, πέρα από το βασικό και κύριο ρόλο τους ως γονείς, γίνονται και συνεκπαιδευτές – συνθεραπευτές. Μπορούν να γίνουν πολύ καλοί εκπαιδευτές διότι γνωρίζουν το παιδί τους καλύτερα από τον καθένα. Το ίδιο συμβαίνει και με τα αδέρφια, όταν αυτά το επιθυμούν.

Το μεγαλύτερο μέρος των αναγκών του παιδιού το καλύπτουν οι γονείς και η οικογένεια. Ένα σημαντικό όμως μέρος των αναγκών καλύπτουν οι συγγενείς, οι φίλοι, οι θεραπευτές – εκπαιδευτές – συνοδοί, γενικώς ο κοινωνικός ιστός και το σύστημα παροχής υπηρεσιών, για αυτό και η συμμετοχή των άλλων και η ύπαρξη δομών, θεωρούνται παράγοντες επιβεβλημένοι (Νότας, 2005).

## 5.2. Σχέσεις – Στάσεις και συμπεριφορές

Όπως όλοι οι γονείς, έτσι και οι γονείς των παιδιών με αυτισμό στην αρχή ξεκινούν με την πεποίθηση ότι έχουν ένα «τέλειο» μωρό και προσδοκούν πως θα γίνει ένας ανεξάρτητος ενήλικας. Μετά τη διάγνωση όμως, χρειάζεται να αλλάξουν στάση και να εγκαταλείψουν πολλές από τις προσδοκίες, τα όνειρα και τις επιθυμίες τους, όσον αφορά το παιδί τους (Αλεξίου, 2001). Αυτή, είναι μία ιδιαίτερα οδυνηρή διαδικασία για όλους τους γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες και πολλές φορές συνοδεύεται από

αισθήματα ενοχής, άρνησης, ματαιώσης και μια σπατάλη σωματικής και ψυχικής ενέργειας (Μπουσκάλια, 1993 : Wing, 1996). Πολλές φορές μάλιστα, μπορεί να βιώνουν θυμό, θλίψη και ανικανότητα ως γονείς (Frude, 1992).

Οι συναισθηματικές αυτές αντιδράσεις είναι πιο έντονες στους γονείς που ο αυτισμός των παιδιών τους διαγνώστηκε αργά, δεδομένου ότι τα παιδιά αυτά έχουν συνήθως μία «υγιή» και ελκυστική σωματική εμφάνιση και ανάλογη για την ηλικία τους σωματική ανάπτυξη (Randal, 1995). Κατά συνέπεια, οι γονείς βιώνουν τα παιδιά τους διαφορετικά πριν από τη διάγνωση και διαφορετικά μετά τη διάγνωση, όπου σταδιακά συνειδητοποιούν ότι έχουν να κάνουν με κάτι που θα πρέπει να αντιμετωπίζουν για όλη τους τη ζωή.

Οι Rodrige, Morgan και Geffken (1991) σε μία έρευνά τους, διαπίστωσαν ότι σε σύγκριση με τις μητέρες των παιδιών με σύνδρομο Down και των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών, οι μητέρες των παιδιών με αυτισμό παρουσιάστηκαν με λιγότερες ικανότητες σε ότι αφορά τη γονική τους συμπεριφορά. Η «κανονική» σωματική εμφάνιση των παιδιών αυτών, δημιούργησε δυσκολίες για τους «άλλους» να καταλάβουν αυτές τις συμπεριφορές και οι γονείς αισθάνονται στιγματισμένοι (Gray, 1993) και κοινωνικά απομονωμένοι (Randal & Parker, 1999).

Κατά συνέπεια, οι γονείς μπορεί να αποσυρθούν από τις κοινωνικές, ψυχαγωγικές και πολιτιστικές δραστηριότητες και καμιά φορά και από την εργασία τους (Koegel et. al., 1984). Μπορεί να βιώνουν προβλήματα στο να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν σχέσεις (π.χ. με συγγενείς ή φίλους), οδηγούμενοι πολλές φορές στην κοινωνική απομόνωση και τη μοναξιά (Truter & Hauch, 1988).

Υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι η «φυλάκιση» στο σπίτι μπορεί να οδηγήσει σε ένα αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και μειωμένης υγείας και συναισθηματικής ευεξίας, ιδιαίτερα για τις μητέρες που γενικά αναλαμβάνουν μία μεγαλύτερη ευθύνη για τη φροντίδα, ανατροφή και διαπαιδαγώγηση των παιδιών (Gove & Greerken, 1976 : Lee, 1999).

Οι αυξημένες ευθύνες μπορεί να αφορούν όλους τους γονείς των παιδιών με ειδικές ανάγκες, ωστόσο οι Sanders και Morgan (1997) διερεύνησαν τα επίπεδα άγχους και προσαρμογής των γονέων των παιδιών με αυτισμό, με σύνδρομο Down και τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών. Οι γονείς των παιδιών με αυτισμό, διαπιστώθηκε πως είχαν

μεγαλύτερο άγχος και προβλήματα προσαρμογής σε σχέση με τους γονείς των παιδιών με σύνδρομο Down, που με τη σειρά τους βρέθηκαν να έχουν περισσότερο άγχος από τους γονείς των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών. Επιπρόσθετα, οι Rodrigue Morgan και Geffken (1991) βρήκαν ότι οι μητέρες των παιδιών με αυτισμό είχαν λιγότερη μητρική ικανοποίηση και δυσκολότερη προσαρμογή στην οικογένεια, σε σύγκριση με τους γονείς παιδιών με σύνδρομο Down και τους γονείς παιδιών με τυπική ανάπτυξη.

Τέλος, ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι πολύ λίγες είναι οι έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με την εμπειρία των γονέων όσον αφορά τη φροντίδα των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές και ιδιαίτερα για τις δυνατότητες μετασχηματισμού αυτών των εμπειριών στη βάση συγκεκριμένων ψυχοπαιδαγωγικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων (Πουρκός, 2000).

### **5.3. Τα δικαιώματα των ατόμων με ΔΑΦ**

Ο πρώτος εθελοντικός σύλλογος που σχηματίστηκε από γονείς και επαγγελματίες, που ενδιαφέρονταν για τα δικαιώματα των παιδιών αυτών, ιδρύθηκε το 1962 στο Ηνωμένο Βασίλειο και σήμερα ονομάζεται Εθνική Αυτιστική Εταιρεία (National Autistic Society, NAS). Το 1965 στην Αμερική ιδρύθηκε η Εταιρεία Αυτισμού Αμερικής (Autism Society of America, ASA), ενώ στη συνέχεια παρόμοιες προσπάθειες παρατηρήθηκαν και σε άλλα κράτη. Το 1983 ιδρύεται η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Οργανώσεων Γονέων Αυτιστικών Ατόμων (Autism-Europe) και το 1988 η Παγκόσμια Οργάνωση για τον Αυτισμό (World Autism Organization, W.A.O.). Σήμερα, αυτές οι οργανώσεις έχουν χιλιάδες μέλη και πολυάριθμα τοπικά παραρτήματα (Ταγκούλη, 2007).

Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια δημιουργίας τέτοιας οργάνωσης σε πανελλαδικό επίπεδο έγινε το 1992, με την ίδρυση της Ελληνικής Εταιρείας Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων (Ε.Ε.Π.Α.Α.). Η Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων είναι πανελλήνιο αναγνωρισμένο φιλανθρωπικό σωματείο, με σκοπό να προασπίσει τα δικαιώματα των ατόμων με αυτισμό στη ζωή, δηλαδή των ατόμων που εμφανίζουν το σύνδρομο του αυτισμού ή άλλες συναφείς καταστάσεις. Οι γονείς του παιδιού είναι οι νομικοί του εκπρόσωποι και είναι τα άτομα εκείνα που αναλαμβάνουν

να διεκδικήσουν τα δικαιώματα του παιδιού τους καθώς και τα δικά τους. Οι γονείς με τη συλλογική τους δράση και ασκώντας συνεχώς πιέσεις προς διάφορες κατευθύνσεις επιδιώκουν να αλλάξουν την στάση της πολιτείας απέναντι στα δικαιώματα των ατόμων με ειδικές ανάγκες, καθώς και όλων των πολιτών (Ταγκούλη 2007, Τζίμας 2008).

Η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία οργανώσεων γονέων με αυτισμό Autism-Europe, στο τέταρτο Συνέδριο της που έγινε στη Χάγη στις 10 Μαΐου του 1992, ψήφισε το Χάρτη των Δικαιωμάτων των ατόμων με αυτισμό. Μετά από πολλά έτη αγώνα και πιέσεων, στις 9 Μαΐου του 1996, τα μέλη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, ανάμεσά τους και Έλληνες ευρωβουλευτές, υιοθέτησαν και υπέγραψαν τη Διακήρυξη των δικαιωμάτων των ατόμων με αυτισμό. Η διακήρυξη αυτή τονίζει ότι τα άτομα με αυτισμό πρέπει να έχουν τα ίδια δικαιώματα που απολαμβάνουν όλοι οι πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα δικαιώματα αυτά, θα πρέπει να αναγνωριστούν και να επιβληθούν με κατάλληλη νομοθεσία σε κάθε κράτος μέλος και περιλαμβάνουν:

1. Το δικαίωμα των ατόμων με αυτισμό να ζουν μια ανεξάρτητη και ολοκληρωμένη ζωή αξιοποιώντας στο έπακρο τις δυνατότητές τους.
2. Το δικαίωμα αυτών των ατόμων για αντικειμενική και ακριβή κλινική διάγνωση και εκτίμηση.
3. Το δικαίωμα τους για προσιτή, εξατομικευμένη και κατάλληλη εκπαίδευση.
4. Το δικαίωμα τους να συμμετέχουν στις αποφάσεις που καθορίζουν το μέλλον τους. Οι επιθυμίες τους πρέπει να αναγνωρίζονται και να γίνονται σεβαστές.
5. Τα άτομα με αυτισμό δικαιούνται μία προσιτή και κατάλληλη κατοικία.
6. Το δικαίωμα τους για παροχή εφοδίων, βοήθειας και κρατικών υπηρεσιών στήριξης που τους είναι απαραίτητες, ώστε να έχουν μία παραγωγική ζωή με αξιοπρέπεια και ανεξαρτησία.
7. Το δικαίωμα αυτών των ατόμων για εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού εισοδήματος ή αμοιβή που μπορεί να καλύψει τις απαραίτητες ανάγκες τους για επιβίωση (τροφή, ένδυση, στέγη).
8. Το δικαίωμα τους για συμμετοχή και ανάπτυξη στη διοίκηση των υπηρεσιών που τους παρέχονται για την ευημερία τους.
9. Το δικαίωμα των ατόμων με αυτισμό για κατάλληλη ενημέρωση και φροντίδα της σωματικής, ψυχικής και πνευματικής τους υγείας. Σε αυτό περιλαμβάνεται και η παροχή θεραπευτικής αντιμετώπισης και φαρμακευτικής αγωγής,

λαμβάνοντας πάντα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης και ασφάλειας των ιδίων αλλά και του κοινωνικού συνόλου.

10. Το δικαίωμα τους για επαγγελματική εκπαίδευση και απασχόληση, χωρίς διακρίσεις και προκαταλήψεις. Στην εργασία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι δυνατότητες και το δικαίωμα επιλογής του ατόμου.
11. Το δικαίωμα τους για προσιτά μεταφορικά μέσα και ελεύθερη μετακίνηση.
12. Το δικαίωμα των ατόμων αυτών να συμμετέχουν σε πολιτισμικές, ψυχαγωγικές εκδηλώσεις και στα αθλητικά γεγονότα και να ωφελούνται από αυτά.
13. Το δικαίωμα τους να έχουν ίση πρόσβαση και δυνατότητα χρησιμοποίησης των χώρων, των υπηρεσιών και συμμετοχή στις διάφορες δραστηριότητες της κοινότητας.
14. Το δικαίωμα τους να έχουν σεξουαλικές σχέσεις, συμπεριλαμβανόμενου και του γάμου, χωρίς εκμετάλλευση και εξαναγκασμό.
15. Το δικαίωμα των ατόμων με αυτισμό να έχουν την ίδια νομική βοήθεια και πλήρη προστασία όλων των δικαιωμάτων τους.
16. Το δικαίωμα των ατόμων με αυτισμό να απελευθερωθούν από το φόβο ή την απειλή του αυθαίρετου εγκλεισμού σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ή άλλο ίδρυμα που τα περιορίζει.
17. Το δικαίωμα τους να απελευθερωθούν από το φόβο κακοποίησης ή εγκατάλειψης τους.
18. Το δικαίωμά τους να διαφύγουν από το φόβο της φαρμακολογικής κατάχρησης ή της κακής χρήσης των φαρμάκων.
19. Το δικαίωμα τους καθώς και των εκπροσώπων τους να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες που εσωκλείονται στους προσωπικούς ιατρικούς, ψυχολογικούς, ψυχιατρικούς και εκπαιδευτικούς τους φακέλους (Schopler 1995, Ταγκούλη 2007).





## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>: Θεραπεία και θεραπευτικές μέθοδοι

---

### 6.1. Γενικά

Η αιτιολογία και η θεραπευτική αντιμετώπιση του αυτισμού έχουν αποτελέσει αντικείμενο μεγάλου ερευνητικού ενδιαφέροντος επί σειρά δεκαετιών. Ενώ από τον Kanner (1943) αρχικά θεωρήθηκε ως έμφυτη διαταραχή, αργότερα υποστηρίχθηκε ότι πρόκειται για αντίδραση σε αντίξοες πρακτικές ανατροφής (Bettelheim., 1967). Η εγκυρότητα των απόψεων και των διατυπώσεων αυτών δεν αποδείχθηκε από την έρευνα, ενώ επηρέασαν για μεγάλο χρονικό διάστημα τις πρακτικές αντιμετώπισης. Θεραπευτικές προσεγγίσεις που στηρίζονται σε τέτοιες απόψεις δεν είναι αποτελεσματικές. Μελέτες σύγκρισης γονέων παιδιών με αυτισμό με ομάδες ελέγχου δεν έχουν δείξει σημαντικές διαφορές στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, στα δυναμικά της οικογένειας, στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και στις πρακτικές ανατροφής μεταξύ των ομάδων (Παπαγεωργίου, 2012).

Η συστηματική έρευνα της αιτιολογίας του αυτισμού επηρέασε καθοριστικά τη θεραπευτική πρακτική (Lord, 1995 : Campbell & Shay, 1995). Οι έγκυρες θεραπευτικές προσεγγίσεις στηρίζονται, σήμερα, στις θεωρίες της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας με έμφαση στην κοινωνική κατανόηση, στην αυτογνωσία, στην εκμάθηση της επικοινωνίας και των κοινωνικών δεξιοτήτων, στην ενίσχυση του κινήτρου και στον έλεγχο των δυσλειτουργικών συμπεριφορών. Τα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης είναι αναγκαία για την εξέλιξη των παιδιών με αυτισμό, ενώ οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις είναι η ειδική εκπαίδευση, οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις, η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας και η φαρμακοθεραπεία, σε κάποιες περιπτώσεις (Campbell et. al., 1996).

Η θεραπευτική παρέμβαση σκοπό έχει να προετοιμάσει το άτομο ώστε να παραμείνει και να συμμετέχει πλήρως στην κοινότητα, να έχει ενεργό ρόλο στην οικογένεια, να είναι ανεξάρτητο και παραγωγικό, στο βαθμό που είναι εφικτό. Ο θεραπευτικός σχεδιασμός απαιτεί λεπτομερή αξιολόγηση του επιπέδου λειτουργικότητας, κατανόηση των δυνατοτήτων και των δυσκολιών, θεωρητικό υπόβαθρο για τη μακροχρόνια παροχή υπηρεσιών και ρεαλιστικές υποθέσεις για την πιθανή εξέλιξη. Η θεραπευτική προσέγγιση είναι αποτελεσματική μόνον όταν είναι

εξατομικευμένη, ανάλογη της χρονολογικής ηλικίας και του αναπτυξιακού επιπέδου, εστιάζεται στο σύνολο των δυσκολιών, στην αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών και στην προώθηση της ανάπτυξης και της προσαρμογής μακροχρόνια (Παπαγεωργίου, 2012).

Είναι γεγονός ότι μέχρι σήμερα ο αυτισμός:

- Δεν διαγιγνώσκεται προγεννητικά
- Δεν θεραπεύεται, αλλά βελτιώνεται

Εξίσου σημαντικό είναι ότι αντιμετωπίζεται:

- Φαρμακευτικά (Μόνο συμπτωματικά και κατά το δυνατόν για μικρά χρονικά διαστήματα διότι προκαλούνται παρενέργειες)
- Με διατροφικά πρόσθετα π.χ. Inositol
- Με συμπλέγματα βιταμινών Β6 και Mg
- Με τροφικές δίαιτες (καφεΐνης - γλουτεΐνης)
- Με ψυχοθεραπείες στήριξης
- Με θεραπείες ανάλυσης της συμπεριφοράς
- Με ειδικές Εκπαιδευτικές Μεθόδους με την συμμετοχή των γονέων (συνεχής, εντατική, πρώιμη παρέμβαση), με χρήση μηχανισμών οπτικοποίησης και δόμησης (ειδικής χωρο-χρονικής)
- Με χορήγηση ορμονών (σεκρετίνης). (Αντωνιάδου – Χίτογλου, 2004)

Επειδή οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού είναι χρόνιες, απαιτούνται αλλαγές στη θεραπευτική προσέγγιση, καθώς το άτομο μεγαλώνει. Πρωταρχικό θεραπευτικό πλαίσιο είναι η οικογένεια και το σχολείο. Σε πολύ μικρή ηλικία η θεραπεία εστιάζεται, συνήθως, στην προώθηση της επικοινωνίας, στην εκπαίδευση του παιδιού και στην ψυχοεκπαίδευση των γονέων. Σε μεγαλύτερες ηλικίες, η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες αποτελεί προτεραιότητα, ενώ η αντιμετώπιση του άγχους, της κατάθλιψης ή των ψυχαναγκαστικών-καταναγκαστικών συμπτωμάτων μπορεί να απαιτούν κατάλληλη ψυχοθεραπεία και/ή φαρμακευτική αγωγή (Παπαγεωργίου, 2012).

Έγκαιρες παρεμβάσεις συμπεριφορικού ή γνωστικού τύπου, βοηθούν ουσιαστικά τα παιδιά με αυτισμό να αποκτήσουν δεξιότητες αυτο-εξυπηρέτησης, κοινωνικής αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας (Myers et. al., 2007). Αν και δεν υπάρχει γνωστή μέθοδος που να θεραπεύει πλήρως τον αυτισμό, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις

παιδιών που θεραπεύτηκαν (Helt et. al., 2008). Δεν υπάρχουν πολλά παιδιά με αυτισμό που μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα μετά την ενηλικίωση τους, αν και μερικά το καταφέρνουν (Howlin et. al., 2004).

Μια αυτιστική κουλτούρα έχει αναπτυχθεί, με κάποια άτομα να αναζητούν θεραπεία και κάποια άλλα να πιστεύουν πως ο αυτισμός πρέπει να είναι ανεκτός ως διαφορά και να μην αντιμετωπίζεται ως διαταραχή (Silverman, 2008).

Ο αυτισμός εκλαμβάνεται ως ένα αινιγματικό σύνδρομο. Είναι ένα σύνθετο φαινόμενο ποικίλης αιτιολογίας, έτσι ώστε δεν υπάρχει για όλες τις περιπτώσεις μία και μόνο θεραπεία. Για αυτό είναι αναμενόμενο να ξεσπά διαμάχη ανάμεσα στους ειδικούς για τη καταλληλότητα ή απόρριψη μιας μεθόδου. Έχει αποδειχθεί ότι η χρήση μιας συγκεκριμένης μεθόδου μπορεί να οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα, ενώ η ίδια θεραπευτική μέθοδος σε άλλη περίπτωση αυτισμού αναγνωρίζεται ως ακατάλληλη και αναποτελεσματική. Η επιλογή της μεθόδου καθορίζεται με βάση την κλινική εικόνα του παιδιού. Η επιτυχία της θεραπείας εξαρτάται πολύ από τη σωστή επιλογή της μεθόδου, την ορθή εφαρμογή της, την εμπειρία του θεραπευτή και την έγκαιρη και κρίσιμη χρονική περίοδο έναρξης. Κατά τη θεραπευτική διαδικασία τη πρώτη θέση κατέχει η αντιμετώπιση των παθολογικών εκδηλώσεων. Επίσης προτεραιότητα της εκάστοτε θεραπείας είναι η αναγνώριση, η αποδοχή του προβλήματος και η εκπαίδευση των παιδιών αυτών. Το παιδί με αυτισμό πρέπει να μάθει να κατανοεί το περιβάλλον του και να αντεπεξέρχεται στη ζωή. Για τη θεραπεία αυτού του συνδρόμου έχει αναπτυχθεί ένας μεγάλος αριθμός θεραπευτικών μεθόδων, που χωρίζονται σε δύο κυρίως ομάδες. Στις μεθόδους που έχουν στόχο την αποκατάσταση των διαταραχών αντίληψης και σε εκείνες που σκοπό έχουν την ανάπτυξη γνώσεων, ώστε να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος και να προσαρμόζονται σε αυτό.

Συνεπώς, η εξέλιξη του αυτισμού είναι τόσο καλύτερη, όσο η διάγνωση γίνεται έγκαιρα και η παρέμβαση πρώιμα. Πρόκειται για εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, των διαταραχών επικοινωνίας και της συμπεριφοράς, με έναν συστηματικό, δομημένο, εντατικό και εξατομικευμένο τρόπο και με την συμμετοχή των γονέων (π.χ. μέθοδος TEACCH).

Η επιληψία όταν είναι κλινικά εμφανής αντιμετωπίζεται με αντιεπιληπτική αγωγή, ενώ δημιουργούνται δυσκολίες όταν δεν υπάρχουν εμφανείς σπασμοί.

Κανένα φάρμακο, ούτε ορμόνη, ούτε βιταμίνη, ούτε διατροφικά πρόσθετα, ούτε δίαιτα, δεν θεραπεύει τον αυτισμό έως σήμερα.

Τα ψυχοτρόπα δρουν συμπτωματικά. Πρέπει όμως να χρησιμοποιούνται για σύντομα χρονικά διαστήματα, διότι έχουν παρενέργειες μη αναστρέψιμες στα παιδιά με Αυτισμό.

Η εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, οι σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι και η έρευνα στον τρόπο λειτουργίας του νευρικού κυττάρου, με τη βοήθεια της Μοριακής Γενετικής στο μέλλον, πιστεύεται ότι θα εξηγήσουν την ετερογένεια του Αυτισμού, και θα οδηγήσουν σε νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις. (Αντωνιάδου – Χίτογλου, 2004).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφέρουμε ότι υπάρχουν περιπτώσεις που ορισμένα παιδιά με αυτισμό στα οποία έγινε πρώιμη παρέμβαση, δεν ξεχωρίζουν από τα άλλα παιδιά, δεν παύουν όμως σε ορισμένους τομείς να είναι ξεχωριστά. Ένα άτομο με αυτισμό, γνωστό σε όλο τον κόσμο, η Temple Grandin γράφει στο βιβλίο της: *«Σήμερα είμαι μία επιτυχημένη σχεδιάστρια κτηνοτροφικού εξοπλισμού με δική μου εταιρία. Ποιος το περίμενε από κείνη την «τρελή»; Ξανακοιτάζω την πρόσκληση για τη συνάντηση των αποφοίτων. Στο κάτω κάτω με τη βοήθεια και την αγάπη της οικογένειάς μου και άλλων, έχω προχωρήσει πάρα πολύ. Με την ικανότητα μου για οπτικό τρόπο σκέψης, «βλέπω» και άλλους που χαρακτηρίστηκαν αυτιστικοί να γλιστρούν μέσα από τις συμβολικές τους πόρτες προς την προσωπική τους επιτυχία». Σε κάποιο άλλο σημείο αναφέρει: «αν με ρωτήσετε αν θέλω να αφαιρέσω τον αυτισμό μου, θα σας πω όχι, διότι αυτό είναι σημαντικό μέρος του εαυτού μου και ορισμένες ιδιαίτερες ικανότητες μου οφείλονται σε αυτόν» (Νότας, 2005).*

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό ποσοστό ατόμων με αυτισμό βελτιώνεται στον τομέα των χαρακτηριστικών διαταραχών, στην ανάπτυξη των ικανοτήτων μετά από εκπαίδευση, όμως δεν μπορεί να ζήσει αυτόνομα, χρειάζεται διαρκή επιτήρηση και φροντίδα. Σε κάθε περίπτωση όμως, μπορεί να κάνει απλές εργασίες και για αυτό είναι απαραίτητες οι δομές που διασφαλίζουν ειδική εκπαίδευση, απασχόληση, προστατευμένη εργασία και όταν χρειαστεί να ζήσει μακριά από την οικογένεια κατάλληλη, ανθρώπινη, αξιοπρεπή διαβίωση.

Βέβαια, υπάρχουν και κάποιοι συνάνθρωποί μας με αυτισμό που ποτέ δεν είχαν κάποια διάγνωση, όμως κατάφεραν μόνοι τους, με τη βοήθεια της οικογένειας και των

δασκάλων, να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα και να είναι σήμερα εκλεκτά μέλη της κοινότητας. Σε κάθε περίπτωση, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι αυτό συμβαίνει συνήθως με τα πολύ υψηλής νοημοσύνης και λειτουργικότητας άτομα (Νότας, 2005).

Έτσι, συνοπτικά, οι στόχοι της θεραπευτικής αγωγής συνοψίζονται ως εξής

- Προώθηση της ανάπτυξης κοινωνικής συναλλαγής και επικοινωνίας προσαρμόζοντας κατάλληλα τα διάφορα περιβάλλοντα μέσα από τα οποία διodeύει και εξελίσσεται το πρόσωπο με αυτισμό σε όλη την διάρκεια της ζωής
- Δίδαγμα προσαρμοστικών δεξιοτήτων και εξάσκηση γνωσιακών και συναισθηματικών λειτουργιών ώστε να προάγεται ή ευελιξία στη συμπεριφορά
- Αντιμέτωπιση των συνυπαρχόντων συμπεριφερσιολογικών και συναισθηματικών προβλημάτων που παρεμβάλλονται στην ανάπτυξη
- Υποστήριξη και ενημέρωση των οικογενειών καθώς και των επαγγελματιών που παίρνουν μέρος - να τους βοηθά να χειρίζονται τις δυσκολίες καθώς αυτές αναδύονται και επίσης να τους βοηθά να αποφασίζουν οι ίδιοι με τρόπο σύμφωνο με τις ανάγκες του ατόμου με αυτισμό
- Προώθηση των ενδιαφερόντων και των ειδικών δεξιοτήτων που πολλά άτομα με αυτισμό διαθέτουν (Καλύβα, 2005)

Η επιλογή της μεθόδου θεραπείας καθορίζεται με βάση τη συγκεκριμένη κλινική εικόνα του παιδιού με αυτισμό, δηλαδή τη σοβαρότητα της κατάστασης με τις επιμέρους κατά περιοχές ανεπάρκειες και το επίπεδο τυχόν ικανοτήτων αντίστοιχα. Η επιτυχία της θεραπείας εξαρτάται κατά πολύ από τη σωστή επιλογή της μεθόδου, την ορθή εφαρμογή της, την εμπειρία του θεραπευτή και την έγκαιρη και κρίσιμη χρονική περίοδο έναρξης.

Ανάμεσα στα μέσα της θεραπευτικής αγωγής και τις μεθόδους θεραπείας έχουμε:

- Εκπαιδευτικά Προγράμματα
- υπηρεσίες (ειδικά/ κανονικά σχολεία, κέντρα ειδικής αγωγής, ημερήσια φροντίδα, κατάλληλες δομές εσωτερικής διαμονής περιλαμβάνοντας φροντίδα διαμονής για Σαββατοκύριακα και διακοπές)

- μέθοδοι - αρχές δομημένης εκπαίδευσης,- σχήματα τροποποίησης της συμπεριφοράς, - λογοθεραπεία, - εργοθεραπεία και θεραπευτική φυσική αγωγή.
- Οικογενειακή Υποστήριξη
- Ψυχο - εκπαίδευση (Psycho- education): παρέχοντας τις ουσιαστικές πληροφορίες σχετικά με τον αυτισμό και τις μεθόδους παρέμβασης
- Εκπαίδευση γονιών : τροποποίηση συμπεριφοράς, δεξιότητες για εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας
- Συμβουλευτική για να βοηθηθούν οι οικογένειες να αντεπεξέλθουν στη συναισθηματική επιβάρυνση που συνεπάγεται η παρουσία ενός παιδιού / μέλους της οικογένειας με αυτισμό.
- Φαρμακευτική αγωγή και άλλες υποστηρικτικές δυνατότητες
- Θεραπεία με αισθητηριακή ολοκλήρωση
- Θεραπεία με σφιχταγκάλισμα
- Θεραπεία με Shiatsu
- Θεραπεία με χορό
- Θεραπεία με ζώα ( δελφινοθεραπεία – ιπποθεραπεία )
- Θεραπεία μέσα από την τέχνη ( με ζωγραφική, με πηλό, με χαρακτηριστική)
- Θεραπεία μέσα από την εργασία (εργασιοθεραπεία)
- Θεραπεία με τη μουσική
- Θεραπεία με μάθηση

Είναι σαφές, ότι τα πρόσωπα με αυτισμό, θα ανταποκρίνονται σε κατάλληλα δομημένα, εξειδικευμένα εκπαιδευτικά προγράμματα , εφόσον φτιάχνονται ακριβώς πάνω στις ανάγκες του κάθε ατόμου και σε ακριβή αντιστοιχία με το ατομικό αναπτυξιακό προφίλ. Η διαθεσιμότητα, σε κοινοτική βάση, των παροχών που έχουν νόημα και η καλλιέργεια μιας θετικής στάσης από τον γενικό πληθυσμό προς τα άτομα, τους επιτρέπει να απολαμβάνουν ένα στυλ ζωής με αξιοπρέπεια, να βιώνουν και να χαίρονται μια γεμάτη και παραγωγική ζωή. Ένας συνδυασμός μεθόδων και θεραπευτικών

προσεγγίσεων, εξατομικευμένα ως προς τις ανάγκες του κάθε προσώπου, φαίνεται συνήθως να φέρνει τα πιο ευεργετικά αποτελέσματα (Καλύβα, 2005).

Τα παιδιά με αυτισμό, όπως και τα άλλα ειδικά παιδιά, εξαιτίας των διαταραχών που συνεπάγεται το σύνδρομο τους, εμποδίζονται να δεχθούν τις επιδράσεις του περιβάλλοντος με επακόλουθο την ανακοπή ή τον περιορισμό της εξέλιξης τους. Για αυτό το λόγο χρειάζεται εντατική υποστηρικτική παρέμβαση, στήριξη μέσα στο πλαίσιο του οικογενειακού, εκπαιδευτικού και κοινωνικού περιβάλλοντος (Βαβέτση, 2004).

Σύμφωνα με τους Dawson & Osterling (1996), τα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης παρουσιάζουν τα εξής κοινά στοιχεία:

1. Η παρέμβαση επικεντρώνεται σε όλο το φάσμα των αυτιστικών μορφών συμπεριφοράς.
2. Χρησιμοποιούνται ειδικές τεχνικές για την γενίκευση των δεξιοτήτων που αποκτούνται μέσω του προγράμματος και σε άλλα πλαίσια, όπως στο σπίτι ή στο σχολείο.
3. Το εκπαιδευτικό περιβάλλον έχει αυστηρή δομή και το καθημερινό πρόγραμμα είναι απόλυτα προβλέψιμο από τα παιδιά.
4. Οι γονείς συμμετέχουν ενεργά και έχουν το ρόλο του συν-θεραπευτή.
5. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη εκείνων των δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για την μεταφορά του προγράμματος στο κανονικό σχολείο όπου κάποια στιγμή μπορεί να ενταχθεί το παιδί. (Dawson & Osterling, 1996).

## **6.2. Το σχέδιο της θεραπευτικής αγωγής**

Δεδομένης της ποικιλίας προσωπικών χαρακτηριστικών, επιπέδων λειτουργικότητας, συνοδών μειονεξιών και διαφορετικών δυνατοτήτων του περιβάλλοντος, το θεραπευτικό σχέδιο πρέπει να εξατομικεύεται. Το σχέδιο πρέπει να παίρνει υπόψη τις ανάγκες όπως τις έχει κάθε άνθρωπος καθώς και τις ανάγκες που προέρχονται από την αυτιστική διαταραχή. Ένα τέτοιο θεραπευτικό σχέδιο, πρέπει να γίνεται διεπιστημονικά και να περιλαμβάνει τις οπτικές και τους στόχους όλων όσων εμπλέκονται.

- Οι γονείς, άλλα μέλη της οικογένειας, οι δάσκαλοι και άλλοι επαγγελματίες, όλοι πρέπει να παίρνουν μέρος στη κατάρτιση και στην εφαρμογή του θεραπευτικού πλάνου.
- Οι στόχοι πρέπει να περιγράφονται και οι τρόποι επίτευξής τους να επιλέγονται μετά από κριτική αξιολόγηση.
- Οι προτεραιότητες πρέπει να ιεραρχούνται περιλαμβάνοντας συγκεκριμένους στόχους (συμπτώματα/ συν-νοσηρές καταστάσεις).
- Πρέπει να βρίσκεται μια ισορροπία ανάμεσα στις ανάγκες του ατόμου, τις προτεραιότητες της οικογένειας και στους διαθέσιμους πόρους.
- Το θεραπευτικό σχέδιο πρέπει επίσης να περιλαμβάνει τρόπους, ώστε να ελέγχεται η πορεία της ανάπτυξης στις διάφορες περιοχές λειτουργίας και η αποτελεσματικότητα της ακολουθούμενης αγωγής.

Τέλος πρέπει να υπάρχουν σταθερά προγραμματισμένες συνεδρίες αξιολόγησης, προκειμένου το θεραπευτικό σχέδιο να διορθώνεται και να αναπροσαρμόζεται ανάλογα με τις πραγματικές ανάγκες του προσώπου με αυτισμό (Καλύβα, 2005).

Το σχέδιο της θεραπευτικής αγωγής πρέπει να εξελίσσεται όσο το άτομο μεγαλώνει:

#### ➤ Προσχολική ηλικία

Κατά την περίοδο αυτή το πλαίσιο παρέμβασης παίρνει σαν βάση τη φυσιολογική αναπτυξιακή διαδικασία και ο στόχος είναι να παραλληλιστεί μαζί της όσο γίνεται περισσότερο. Μόλις γίνει η διάγνωση, μια εκτενής εκτίμηση της λειτουργίας του παιδιού πρέπει να ολοκληρωθεί και ένα σχέδιο θεραπευτικής αγωγής θα πρέπει να εφαρμοστεί όσο γίνεται πιο γρήγορα. Τόσο μια σειρά από μελέτες, όσο και η κοινή λογική, δείχνουν ότι η πρόωμη παρέμβαση ανταμείβει. Μετά τη διάγνωση, οι γονείς χρειάζονται διαρκή ενημέρωση και προσωπική υποστήριξη. Η αξία και η συμβολή των οργανώσεων αυτοβοήθειας, όπως είναι οι ενώσεις γονέων είναι προφανής.

Υπάρχει επίσης αντικειμενική ανάγκη για προγράμματα που βασίζονται στο σπίτι κάτι που σπάνια διατίθεται στην πλειοψηφία των χωρών της Ευρώπης.



Η οικογένεια μπορεί, και θα πρέπει, να παίζει αποφασιστικό ρόλο στο να αντιρροπεί την αυτοαπορρόφηση, να ενεργοποιεί την μίμηση και το μοίρασμα της προσοχής, να προωθεί την επικοινωνία και την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και να παίζει ρόλο σε πολλά άλλα πράγματα που λαμβάνονται υπόψη στο εξατομικευμένο πλάνο των μικρών παιδιών με αυτισμό. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στα θέματα που είναι τόσο αποφασιστικά στην καθημερινή ζωή σ' αυτή την ηλικία, όπως είναι η θρέψη, η διατροφή, ο έλεγχος σφικκτήρων, ο ύπνος (Καλύβα, 2005).

### ➤ **Παιδιά Σχολικής ηλικίας**

Στην ηλικία αυτή, η εμπέδωση ενός κατάλληλου αναλυτικού εκπαιδευτικού προγράμματος, προσαρμοσμένου στο συγκεκριμένο πρόσωπο αποτελεί το επίκεντρο. Καθώς οι μαθητές με αυτισμό διαφέρουν μεταξύ τους, είναι αναγκαίο να υπάρχει πρόσβαση σ' ένα ευρύ φάσμα εκπαιδευτικών δυνατοτήτων. Μολονότι η Ευρωπαϊκή Ένωση ευνοεί την ενσωμάτωση στα κανονικά σχολεία, αυτό δεν σημαίνει ότι οι μαθητές μένουν χωρίς υποστήριξη και με προσωπικό που δεν είναι εκπαιδευμένο. Για κάθε άτομο θα πρέπει να επιδιώκεται μια ισορροπία με βάση τις τοπικές συνθήκες και τις διαθέσιμες δυνατότητες.

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει σημαντική πρόοδος στην εκπαιδευτική τεχνολογία, και αξίζει ευρέως να εφαρμοστεί. Η εφαρμογή μεθόδων που υποστηρίζουν τη μαθησιακή διαδικασία οπτικά, η χρήση εφαρμογών της τεχνολογίας της πληροφορικής, ένα λειτουργικό αναλυτικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα, δόμηση χρόνου και περιβάλλοντος, μερική συμμετοχή, εκπαίδευσης μέσω συμμαθητών μπορούν να δώσουν πολύ νόημα στην σχολική περίοδο του παιδιού με αυτισμό, έχει αποφασιστική σημασία έχει να μάθουν αυτά που θα είναι σημαντικά στη αργότερα ζωή και για να γίνει αυτό, είναι ουσιαστικό να εμπλέκεται η οικογένεια, να προσαρμόζονται τα εκπαιδευτικά υλικά, να καλλιεργείται η συμμετοχή του μαθητή σε πολλά διαφορετικά περιβάλλοντα και να βοηθιέται να εγκαθιστά σταθερές σχέσεις με τους ανθρώπους (Καλύβα, 2005).

### ➤ **Εφηβεία και Ενήλικη ζωή**

Στη φάση αυτή, το πλάνο θεραπευτικής αγωγής πρέπει να έχει μια οικολογική βάση και να οδηγεί στην κατάκτηση αυτών των λειτουργιών που απαιτούνται για συμμετοχή σε μια κανονική ζωή στη κοινότητα.

Ενώ οι περιορισμοί λόγω νοητική ηλικίας λαμβάνονται υπόψη, είναι σημαντικό το προσωποποιημένο σχέδιο να βασίζεται πάντα στην παρούσα και τη μέλλουσα χρονολογική ηλικία. Η ενηλικίωση είναι η μακρότερη περίοδος της ζωής. Έχει εξαιρετική σημασία να εξασφαλίζεται μια σειρά υπηρεσιών, με βάση τη σύγχρονη γνώση για τον αυτισμό, και στις οποίες να έχουν πρόσβαση τα άτομα με αυτισμό. Το «ενήλικο» σχέδιο θεραπευτικής αγωγής πρέπει να δίνει έμφαση και στα εξής:

- Στην πρόσβαση σε δομές διαβίωσης / σπίτια ζωής, με υποστήριξη που κυμαίνεται από την εσωτερική περίθαλψη προχωρεί σε προστατευμένες συνθήκες και φθάνει μέχρι την άμεση υποστήριξη σε ώρα ανάγκης (ad hoc).
- Στις δυνατότητες εργασιακής απασχόλησης που κυμαίνονται από την δομημένη απασχόληση σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας, προχωρεί προς την προστατευμένη και ειδική εργασία να φθάνει μέχρι την πλήρη εργασιακή ένταξη.
- Στην ανάγκη για συνεχιζόμενη μόνιμη εκπαίδευση και στις προσβάσεις που υποστηρίζουν και καθιστούν δυνατή τη συμμετοχή στην κοινωνική ζωή.

Καθώς η ηλικία προχωρεί τα πρόσωπα με αυτισμό θα φτάσουν στην εποχή της συνταξιοδότησης, όμως οι ανάγκες τους για ειδική υποστήριξη δεν παύουν να υφίστανται και τότε, και ένα κατάλληλα προσαρμοσμένο στην ηλικία τους πλάνο θα πρέπει να συνεχίσει να υπάρχει. Σ' όλη τη διάρκεια της ζωής, έμφαση θα πρέπει να δίνεται σε θέματα όπως η εξατομίκευση, οι προσωπικές επιλογές, η καταλληλότητα προσεγγίσεων με βάση την ηλικία, η απόκτηση δεξιοτήτων, η κατάρτιση λειτουργικού αναλυτικού εκπαιδευτικού προγράμματος, η συμμετοχή στη ζωή της κοινότητας, ο σεβασμός και η αξιοπρέπεια και ο συντονισμός επαγγελματία – πελάτη (Καλύβα, 2005).

Οι οικογένειες των ατόμων με αυτισμό και οι επαγγελματίες που δουλεύουν μαζί τους μαθαίνουν από διαδόσεις ότι υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία θεραπευτικών επιλογών. Γενικά, ελάχιστες από αυτές τις μεθόδους θα είναι διαθέσιμες σε τοπικό επίπεδο. Όπως συμβαίνει με πολλά άλλα προβλήματα υγείας για τα οποία δεν υπάρχει μια συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή, ποικίλες προσεγγίσεις προτείνονται.

Μερικές προσεγγίσεις, έχει αποδειχτεί εμπειρικά, ότι είναι αποτελεσματικές στο να βοηθούν πρόσωπα με αυτισμό. Άλλες στηρίζονται σε αναφορές μεμονωμένων περιστατικών ή σε ανεπίσημες και ατεκμηρίωτες αναφορές. Υπάρχουν θεραπευτικές μέθοδοι που παραβλέπουν ή και αψηφούν τα αποδεικτικά στοιχεία που έχουμε στη

διάθεσή μας για τον αυτισμό (π.χ. αυτές που εξακολουθούν να μέμφονται τους ανεπαρκείς τρόπους μεγάλωματος σαν αιτία του αυτισμού). Άλλες δεν έχουν αξιολογηθεί ή δεν μπορούν να αξιολογηθούν με επιστημονικά κριτήρια. Μερικές ισχυρίζονται ότι είναι ειδικές για τον αυτισμό, άλλες συνιστώνται για κάθε είδους αναπτυξιακή δυσκολία. Συχνά τα μέσα ενημέρωσης, και μερικές φορές επαγγελματίες με προσωπικό ενδιαφέρον, υπερτονίζουν τις θετικές συνέπειες ενώ ελαχιστοποιούν την έλλειψη αποτελεσμάτων που να στηρίζονται εμπειρικά (Καλύβα, 2005).

### **6.3. Προγράμματα πρώιμης Παρέμβασης**

Η αναγνώριση του αυτισμού ολοένα και νωρίτερα στη ζωή οδήγησε στην ανάπτυξη μεθόδων πρώιμης παρέμβασης. Από την ανασκόπηση διαφορετικών συμπεριφορικών προγραμμάτων οι Dawson et al., υποστηρίζουν ότι η πρώιμη παρέμβαση επηρεάζει θετικά την ανάπτυξη και την ένταξη σε περιβάλλον εκπαίδευσης, ανεξάρτητα από τις μεθόδους, τη φιλοσοφία και τα χαρακτηριστικά των παιδιών. (Dawson & Osterling, 2000). Ωστόσο, η ανομοιογένεια των μεθόδων παρέμβασης και εκτίμησης του αποτελέσματος δεν επιτρέπουν έγκυρη σύγκριση και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μεταξύ των προγραμμάτων (Dawson & Osterling, 2000).

Σήμερα, δεν είναι σαφές ποιες παρεμβάσεις είναι περισσότερο αποτελεσματικές για ποια παιδιά με αυτισμό. Όμως, είναι γενικά αποδεκτό ότι όσο νωρίτερα αρχίζει η θεραπεία και όσο πιο εντατική είναι η παρέμβαση, τόσο καλύτερα είναι τα αποτελέσματα. Η χρήση σταθμισμένων δοκιμασιών αξιολόγησης των γνωστικών, γλωσσικών, κοινωνικών και προσαρμοστικών δεξιοτήτων, των αναπτυξιακών αλλαγών και η αξιολόγηση των αναγκών κάθε παιδιού μετά το τέλος του προγράμματος, θα δώσει χρήσιμες πληροφορίες για την αποτελεσματικότητα συγκεκριμένων παρεμβάσεων (Howling et.al., 2004).

Επιπρόσθετα στοιχεία ενός ολοκληρωμένου προγράμματος πρώιμης παρέμβασης για τα παιδιά με αυτισμό αποτελούν η εξατομικευμένη λογοθεραπεία-εκπαίδευση στην επικοινωνία, η εργοθεραπεία και η κινησιοθεραπεία. Οι θεραπείες αυτές μεμονωμένα δεν είναι επαρκείς (Παπαγεωργίου, 2012). Για παράδειγμα, η μέθοδος της αισθητηριακής ολοκλήρωσης, ενώ δεν αποτελεί ολοκληρωμένη θεραπευτική πρόταση, είναι ουσιαστικό συμπληρωματικό στοιχείο μιας σφαιρικής παρέμβασης, σε

κάποιες περιπτώσεις. Ανάλογη είναι και η παρατήρηση ότι η εκπαίδευση στην επικοινωνία με ή χωρίς λόγο είναι κεντρικής σημασίας (Watling et. al., 1999). Για το λόγο αυτό η λογοθεραπεία στα παιδιά με αυτισμό αποβλέπει στην ενίσχυση της επικοινωνίας, ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο και στη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε διαφορετικά πλαίσια (Campbell et. al., 1996). Πάντως σημαντικός παράγοντας στην αντιμετώπιση του αυτισμού, εκτός από την εξειδίκευση του θεραπευτή, αποτελούν η γνώση, η εμπειρία και η ικανότητά του στην προσέγγιση του παιδιού (Bailey & Lord., 2002).

#### **6.4. Οι βασικές αρχές της αποτελεσματικής εκπαιδευτικής παρέμβασης**

Τα εκπαιδευτικά παρεμβατικά προγράμματα για τα παιδιά με αυτισμό έχουν ως στόχο την αποκατάσταση των διαταραχών της αντίληψης και επεξεργασίας των πληροφοριών και την απόκτηση γνώσεων και εμπειριών με αποτέλεσμα τα παιδιά να είναι ικανά να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Έχει καταστεί σαφές ότι η εκπαίδευση πρέπει να είναι συνεχής επειδή είναι χαρακτηριστική η δυσκολία διατήρησης και γενίκευσης των αποκτημένων δεξιοτήτων. Η βελτίωση θεωρείται ικανοποιητική, ακολουθεί όμως αργό ρυθμό (Τσιμάρας, 2011).

Η επιλογή της θεραπευτικής παρέμβασης – εκπαιδευτικής παρέμβασης καταρχήν πρέπει να ταιριάζει και στο παιδί και στην οικογένεια. Έτσι, θα συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας πιστεύοντας σε αυτό που κάνουν.

Οποιαδήποτε προσπάθεια πρέπει να βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη της οικογένειας, των γονέων και των επαγγελματιών και φυσικά στην εμπιστοσύνη και την ασφάλεια που νιώθει το παιδί (Νότας, 2005).

Η εκπαίδευση των ατόμων με Αυτιστικό Σύνδρομο περιλαμβάνει την συνεργασία μιας ομάδας επιστημόνων. Η ομάδα αυτή αποτελείται από (Καρανάνος, 2000):

- Εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής κάθε ειδικότητας
- Κοινωνικοί λειτουργοί

- Ψυχολόγοι, εκπαιδευτικοί και κλινικοί
- Γιατροί υγείας
- Λογοθεραπευτές
- Εργοθεραπευτές
- Φυσικοθεραπευτές
- Γυμναστές Ειδικής Φυσικής Αγωγής
- Γονείς και οικογενειακό περιβάλλον κ.α.

Πάνω και πρώτα από όλα πρέπει όλοι να συνεργαστούν με το παιδί γιατί αυτό ακόμα και όταν δεν μιλάει, είναι πολλά αυτά που «δείχνει». Έτσι, για να είναι αποτελεσματικές οι διάφορες παρεμβάσεις, πρέπει αρχικά να παρατηρείται συνεχώς και με ιδιαίτερη προσοχή το παιδί. Ταυτόχρονα, πρέπει να ανακαλύπτονται οι διάφορες αντιδράσεις του παιδιού αλλά και οι διάφοροι τρόποι αντίδρασης. Για παράδειγμα:

- Πότε και γιατί στροβιλίζεται ή στριφογυρίζει αντικείμενα; Όταν θέλει να απομονωθεί από τα εξωτερικά ερεθίσματα, όταν θέλει να αντιμετωπίσει το άγχος του προκαλώντας νυσταγμό, ή όταν συμβαίνει κάτι άλλο;
- Γιατί πετάει και σπάζει αντικείμενα; Το ενοχλεί κάτι, θέλει να τραβήξει την προσοχή μας, θέλει να εκφράσει μία ανάγκη του και δεν μπορεί ή κάτι άλλο (Νότας, 2005).

Μετά από πολύχρονες έρευνες θεωρείται δεδομένο, ότι η προσαρμογή του παιδιού με αυτισμό στην κοινωνία βελτιώνεται, μέσω της ειδικής αγωγής και των συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων (Καραντάνος, 2000).

Πρέπει σε κάθε περίπτωση να υπάρχει στο μυαλό μας ότι το παιδί με αυτισμό δεν είναι ούτε «κακό» ούτε «κακομαθημένο», αλλά ένα παιδί που αντιλαμβάνεται διαφορετικά το περιβάλλον, τον κόσμο, τα πράγματα και αντιδρά παράξενα γιατί δεν ξέρει τους κοινωνικούς κανόνες και τη συναλλαγή.

Το παιδί με αυτισμό εκτός από την ανάγκη για συναισθηματικά ζεστό και υποστηρικτικό περιβάλλον έχει ανάγκη για υψηλά επίπεδα δόμησης και συνέπειας. Το απρόβλεπτο το πανικοβάλλει.

Σε κάθε περίπτωση, οι διάφορες ενέργειες πρέπει να χαρακτηρίζονται από συνέπεια και σταθερότητα. Το φυσικό περιβάλλον του παιδιού πρέπει να είναι λειτουργικό, καλά δομημένο ώστε να υποβοηθά να αναλάβει πρωτοβουλίες. Σε καμία περίπτωση, το παιδί δεν πρέπει να «βομβαρδίζεται» αισθητηριακά με ήχους, χρώματα, οσμές ή οπτικά ερεθίσματα. Οι χώροι του δεν πρέπει να είναι παραφορτωμένοι με παιχνίδια και άχρηστα αντικείμενα (Νότας, 2005).

Πριν την έναρξη της παρέμβασης, πρέπει να δίνεται έμφαση στην αναγνώριση των πραγμάτων και των διαφόρων δραστηριοτήτων που προκαλούν το ενδιαφέρον του παιδιού, ενώ ταυτόχρονα το ευχαριστούν. Έτσι, ιδιαίτερη σημασία κατά την έναρξη έχουν τα πράγματα και οι δραστηριότητες που κινούν το ενδιαφέρον του παιδιού και το ευχαριστούν, διότι έτσι επιτυγχάνεται η συνέχιση μίας δικής του δραστηριότητας, στην οποία έχει εμπλακεί και άλλος, έχουμε δηλαδή «αποδοχή της συμμετοχής». Εμπλεκόμενος ο ενήλικας στις δραστηριότητες αυτές, στην αρχή πολύ διακριτικά, έπειτα όλο και περισσότερο ενεργά, επιδιώκει τη δημιουργία σχέσης – κλειδί με το παιδί. Έτσι, χρησιμοποιείται πρώτα το φυσικό περιβάλλον και τα πράγματα και κατόπιν οι άνθρωποι, ώστε να προκληθεί στο παιδί άμεση επικοινωνιακή πρόθεση.

Όταν το παιδί ασχολείται μονότονα, τελετουργικά με ορισμένα πράγματα, τότε ο ενήλικας χωρίς να διαταράξει τη δραστηριότητα του παιδιού, εισβάλλει διακριτικά σε αυτήν και τη μετατρέπει σε απλό κοινωνικό παιχνίδι (Νότας, 2005).

Η κοινωνική αλληλεπίδραση ξεκινά όταν το παιδί συμμετέχει γιατί το θέλει, γιατί έχει κίνητρο να το κάνει και όχι γιατί του έχει επιβληθεί και αναγκάζεται να συμμορφωθεί. Σταδιακά, διευρύνουμε τις δραστηριότητες του παιδιού, τις κάνουμε παιχνίδι που του δίνει χαρά και το «εμπλέκουμε» σε διαδικασίες επικοινωνίας (ναι, όχι, αυτό, εκείνο...) και αλληλεπίδρασης (πάρε – δώσε, σε εμένα – στη μαμά – σε εσένα...).

Όταν η σχέση του παιδιού με τον ενήλικα εδραιωθεί, ενθαρρύνεται η συμμετοχή στις δραστηριότητες και άλλων παιδιών. Εκτός από τον ενήλικα, σε αρκετές περιπτώσεις τα παιδιά κάνουν σχέσεις – κλειδιά και με τα αδέρφια τους.

Από εδώ και πέρα ξεκινάει ο σχεδιασμός του οργανωμένου και καλά δομημένου εκπαιδευτικού προγράμματος του παιδιού και η στρατηγική των παράλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Η αρχική εκπαίδευση βασίζεται στις εμπειρίες του παιδιού και δεν είναι κάτι τελείως άγνωστο. Χρησιμοποιούνται λοιπόν αρχικά οι δραστηριότητες του παιδιού και η ικανότητα να ανταποκρίνεται και στη συνέχεια «με μέτρο» διευρύνεται και εμπλουτίζεται το εκπαιδευτικό του πρόγραμμα (Νότας, 2005).

Σχετικά με τις αρνητικές, ανεπιθύμητες συμπεριφορές του παιδιού, επιδιώκεται η «διαχείριση» και όχι το «ξεφόρτωμα» αυτής. Όταν μία συμπεριφορά πρέπει να τροποποιηθεί ή και να εξαλειφθεί (επειδή είναι επικίνδυνη ή εμποδίζει την αναπτυξιακή πορεία), τότε το παιδί λαμβάνει το μήνυμα (με απλό τρόπο, χωρίς πολλά λόγια και δυσνόητες εξηγήσεις) ότι δεν επιτρέπεται, αλλά ταυτόχρονα κατευθύνεται σε μία άλλη ελκυστική εναλλακτική, που είναι αποδεκτή και την υποκαθιστά. Ορισμένες πολύ επικίνδυνες και ανεξέλεγκτες συμπεριφορές αντιμετωπίζονται με ειδικές λειτουργικές τεχνικές. Η χρήση ποινών δεν είναι λύση διότι και αν ακόμη φανεί ότι έχει αποτέλεσμα, ξέρουμε ότι η εξαληφθείσα συμπεριφορά θα επανεμφανιστεί με τον ίδιο τρόπο ή με άλλη μορφή και έκφραση.

Η πορεία και η εξέλιξη του παιδιού πρέπει να παρακολουθείται συνεχώς, να γίνονται επαναξιολογήσεις για να επαναπροσδιορίζονται το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, οι άμεσοι και οι μακροπρόθεσμοι στόχοι (Νότας, 2005).

## **6.5. Θεραπευτική – εκπαιδευτική αντιμετώπιση**

Ο Rimland (1994) αναφέρει ότι στην Αμερική υπήρχαν πάνω από εκατό τεχνικές αντιμετώπισης, μεταξύ των οποίων οι τριάντα γίνονταν με φαρμακευτικά και άλλα σκευάσματα. Σήμερα, παγκόσμια χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές και πολλές δίνουν φρούδες ελπίδες στους γονείς.

Οι επικρατέστερες έγκυρες προσεγγίσεις και παρεμβάσεις αναφορικά με τον αυτισμό, που βέβαια διαφέρουν από παιδί σε παιδί έχουν ως εξής:

- Προσέγγιση TEACCH – DIVISION TEACCH
- Συμπεριφορικές προσεγγίσεις – BEHAVIOURAL APPROACHES, APPLIED BEHAVIOUR ANALYSIS (A.B.A)
- Προσεγγίσεις ενσωμάτωσης – ολοκλήρωσης – INTEGRATION APPROACHES

- Θεραπεία καθημερινής ζωής – σχολείο HIGASHI – DAILY LIFE THERAPY AT THE BOSTON HIGASHI SCHOOL
- Αλληλεπιδραστικές προσεγγίσεις – INTERACTIVE APPROACHES, OPTION APPROACH, THE PLAYSCHOOL CURRICULUM, INFANT DEVELOPMENT PROGRAMME
- Ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις ψυχαναλυτικού τύπου
- «Θετικές προσεγγίσεις» - POSITIVE APPROACHES

Τα σημεία σύγκλισης των προσεγγίσεων έχουν ως εξής:

- 1) Η έμφαση που δίνεται στην επικοινωνία
- 2) Η έμφαση στην κοινωνική αλληλεπίδραση
- 3) Η διδασκαλία αποδεκτών εναλλακτικών προτύπων
- 4) Η χρήση οπτικών μέσων
- 5) Η προβλεψιμότητα των καταστάσεων
- 6) Το παιχνίδι
- 7) Η εξατομικευμένη και ομαδική εκπαίδευση
- 8) Η σημασία της γενίκευσης των κεκτημένων δεξιοτήτων
- 9) Η δυνατότητα προσαρμογής και μετάβασης από το ένα πλαίσιο στο άλλο
- 10) Η συμμετοχή των γονέων. (Νότας, 2005)

Ανάμεσα στις ειδικές θεραπευτικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις έχουμε

- 1) Αισθητηριακή ολοκλήρωση και Αισθητηριακή χαλάρωση
- 2) Αρωματοθεραπεία
- 3) Δραματοθεραπεία – Χοροθεραπεία
- 4) Εργοθεραπεία
- 5) Εκπαίδευση και υποβοήθηση της επικοινωνίας – PECS, MAKATON
- 6) Θεραπεία συμπεριφοράς
- 7) Θεραπεία μουσικής αλληλεπίδρασης – Μουσικοθεραπεία – Θεραπεία με τη βοήθεια της τέχνης
- 8) Λογοθεραπεία, αγωγή του λόγου
- 9) Μάθηση υποβοηθούμενη από τη χρήση υπολογιστών
- 10) Ψυχοκινητική
- 11) Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις αλληλεπιδραστικού χαρακτήρα (Νότας, 2005)



Οι προσπάθειες συγκριτικής αξιολόγησης των μεθόδων εκπαίδευσης είναι περιορισμένες (Rogers, 1998). Όλα τα εκπαιδευτικά προγράμματα για παιδιά με αυτισμό δίνουν έμφαση στην πρώιμη έναρξη, σε πλήρες πρόγραμμα με δραστηριότητες μικρής χρονικής διάρκειας, στη χαμηλή αναλογία δασκάλου/μαθητή, στην εκπαίδευση και ενεργό εμπλοκή των γονέων για τη γενίκευση των αποτελεσμάτων, στη συνεχή αξιολόγηση της προόδου και αλλαγές στρατηγικής, αν δεν παρατηρούνται αποτελέσματα (Hurth et. al., 1999).

Η εκπαίδευση σε προ-επαγγελματικές και επαγγελματικές δεξιότητες είναι απαραίτητη για τους εφήβους με αυτισμό και άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Είναι εξατομικευμένη ενώ ταυτόχρονα είναι ανάλογη των αναγκών των διαφόρων περιπτώσεων και έχει ως βασικό της σκοπό να προωθήσει την υποστηριζόμενη ή ανεξάρτητη εργασία, τις κοινωνικές δεξιότητες και την ανεξαρτησία στην ενήλικη ζωή. Επικεντρώνεται στην εκμάθηση δεξιοτήτων εργασίας, όπως κατάλληλη συμπεριφορά και αναγνώριση του προσωπικού χώρου του άλλου (Mesibov, 1995 : Geghardt and Holmes, 1997).

### **6.5.1. Η μέθοδος TEACCH**

Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας διαφορετικών εκπαιδευτικών προσεγγίσεων υποστηρίζει τη σημασία της δόμησης του εκπαιδευτικού περιβάλλοντος, του καθημερινού προγράμματος και των δραστηριοτήτων στην προώθηση της μάθησης (Marcus et. al., 2000). Η έκθεση σε δομημένα, 'προσανατολισμένα στο στόχο' ακαδημαϊκά προγράμματα είναι πιο αποτελεσματική, σε σύγκριση με λιγότερο δομημένα (Rutter and Bartak, 1973).

Τα αρχικά TEACCH σημαίνουν «Αντιμετώπιση και Εκπαίδευση των παιδιών με Αυτισμό και συναφείς Επικοινωνιακές Μειονεξίες» («Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children»). Το TEACCH είναι ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα που ασχολείται με τη διάγνωση, την αντιμετώπιση, την επαγγελματική κατάρτιση και τη διαβίωση των ατόμων με αυτισμό. Ο θεμέλιος λίθος του TEACCH είναι η δομημένη διδασκαλία που χρησιμοποιείται συστηματικά για να καταστήσει το περιβάλλον προβλέψιμο, να βοηθήσει το παιδί να κατανοήσει το περιβάλλον και να λειτουργήσει με περισσότερη ασφάλεια, να αξιοποιήσει και να

εξασκήσει τις ικανότητές του. Οι περιβαλλοντικές συνθήκες προωθούν την ικανότητα του παιδιού να αντισταθμίζει τη διαταραχή και να βελτιώνει το επίπεδο λειτουργικότητάς του (Καλύβα, 2005).

Στο πρόγραμμα TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children), η εκπαίδευση στηρίζεται στη δόμηση του φυσικού περιβάλλοντος, του καθημερινού προγράμματος, των δραστηριοτήτων και του υλικού και στη χρήση οπτικών συνθημάτων για την ενίσχυση της επικοινωνίας. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα είναι εξατομικευμένο, ανάλογο του αναπτυξιακού επιπέδου και ενσωματώνει συμπεριφορικές και γνωστικές τεχνικές για την προώθηση της επικοινωνίας και της κοινωνικότητας (Ozonoff & Cathcart, 1998).

Η μέθοδος TEACCH (Treatment & Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) 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. Μετά από τον εντοπισμό των αναδυόμενων ικανοτήτων του παιδιού ξεκινά η εκπαίδευση του παιδιού σε πολλαπλά, λειτουργικά, ξεκάθαρα οργανωμένα και δομημένα πλαίσια με έμφαση στο οπτικό στοιχείο (οπτικά βοηθήματα και προγράμματα με εικόνες). Η δόμηση και η προβλεψιμότητα χρησιμοποιούνται για να ευοδωθούν η αυθόρμητη λειτουργική επικοινωνία και η γενίκευση. Χρησιμοποιούνται συμπεριφορικές τεχνικές όπως η διαμόρφωση και οι ενισχύσεις και ενσωματώνονται εναλλακτικές μορφές επικοινωνίας, όπως τα σύμβολα και οι χειρομορφές (Φρανσίς, 2007).

Η δομημένη εκπαίδευση αναφέρεται στο είδος των οδηγιών που διευκολύνουν τη μάθηση σε παιδιά με αυτισμό και αυτιστικό τρόπο σκέψης. Προτιμάται η δομημένη εκπαίδευση στα άτομα αυτά για πέντε λόγους:

- Η οργάνωση και η δομή βοηθούν τα παιδιά να καταλάβουν τον κόσμο που τους περιβάλλει.
- Γνωρίζουμε ότι τα άτομα με αυτισμό είναι ιδιαίτερα αγχώδη και ανήσυχα, ακόμα κι αν δεν γίνεται αντιληπτό. Αυτό είναι αναμενόμενο, αφού τα αισθητηριακά ερεθίσματα τα βομβαρδίζουν συνεχώς. Το άγχος εμποδίζει την απόδοσή τους στη μάθηση, συνεπώς, βοηθώντας τα να χαλαρώσουν, παρατηρείται βελτίωση στη συμπεριφορά τους και διευκολύνεται η μάθηση.

- Η δομημένη εκπαίδευση βοηθά το άτομο να εστιάσει την προσοχή του σε ό,τι είναι σημαντικό και να κατανοήσει τι είναι πιο σημαντικό σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα.
- Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό του προγράμματος είναι η εκπαίδευσή των ατόμων στην ανεξαρτησία, να στηρίζονται στις δυνατότητές τους, να αξιοποιούν τις εξαιρετικές οπτικές τους ικανότητες. Το παιδί αντί να περιμένει από τους άλλους να του πουν τι να κάνει, χρησιμοποιεί οπτικά ερεθίσματα για να συλλέξει πληροφορίες και ενεργεί στηριζόμενο σε αυτές.
- Τέλος, βοηθά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς ως άμεσο αποτέλεσμα των παραπάνω. Έχει παρατηρηθεί ότι όταν το περιβάλλον είναι κατάλληλα δομημένο, οι ανεπιθύμητες συμπεριφορές ελαττώνονται. Αντίθετα, όταν το περιβάλλον προκαλεί σύγχυση, τότε αυξάνονται.

Οι δάσκαλοι οργανώνουν ατομικούς χώρους εργασίας όπου κάθε παιδί μπορεί να εκτελεί διάφορες δραστηριότητες. Προσφέρονται οπτικά βοηθήματα για να αντισταθμιστεί η ανεπάρκεια που παρουσιάζουν τα παιδιά στην ακουστική επεξεργασία πληροφοριών. Το TEACCH προσδίδει ιδιαίτερη σημασία στη συνεργασία των γονέων με το εκπαιδευτικό προσωπικό. Οι γονείς ενθαρρύνονται να εδραιώσουν ρουτίνες στο σπίτι παρόμοιες με εκείνες του σχολικού περιβάλλοντος.

Η οργάνωση του περιβάλλοντος προσφέρει μία αίσθηση ασφάλειας, καθώς και οπτικές ενδείξεις που τα βοηθάνε να κατανοήσουν τη λειτουργικότητα του χώρου γύρω τους. Ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού, δημιουργείται ένα ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα και ένα ομαδικό ημερήσιο πρόγραμμα. Το ημερήσιο πρόγραμμα αποτελείται από λεκτικές οδηγίες, φωτογραφίες ή εικόνες και αντικείμενα (ανάλογα με το επίπεδο κατανόησης του κάθε παιδιού), που είναι τοποθετημένα το ένα κάτω από το άλλο για να δίνουν την αίσθηση της σειράς και της ακολουθίας. Το παιδί εκπαιδεύεται για να καταλάβει τη λειτουργία του ημερησίου προγράμματος και να μάθει να ακολουθεί τη σειρά με την οποία παρουσιάζονται οι δραστηριότητες. Για παράδειγμα, ένα ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα μπορεί να εμπεριέχει τις παρακάτω εικόνες: καλημέρα, ζωγραφική, σοκολάτα, μουσική και διάλειμμα. Το παιδί που βλέπει ένα ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα δεν γνωρίζει αυτόματα τι να κάνει, αλλά εκπαιδεύεται συστηματικά για να κατανοήσει και να το εφαρμόσει (Καλύβα, 2005).

Τα βασικά στοιχεία του TEACCH είναι δύο:

### 1) Δόμηση και οργάνωση του περιβάλλοντος

Το πρώτο σημαντικό χαρακτηριστικό της δομημένης εκπαίδευσης είναι η δόμηση της τάξης σε περιοχές. Η τάξη πρέπει να δομηθεί έτσι ώστε τα παιδιά να αισθάνονται ευχάριστα, χαλαρά, για να μπορεί και ο θεραπευτής ή ο δάσκαλος να κινείται άνετα και να διδάσκει δημιουργικά. Οργανώνει λοιπόν ατομικούς χώρους, κατάλληλες περιοχές, ώστε να κατανοεί το παιδί σε ποια περιοχή γίνεται η δραστηριότητα. Οι περιοχές αυτές χωρίζονται σε:

- I. **Περιοχή διδασκαλίας:** Στη συγκεκριμένη περιοχή, το παιδί εκπαιδεύεται από τον δάσκαλο ή τον θεραπευτή σε μία συγκεκριμένη δραστηριότητα, την οποία όταν μάθει θα μπορεί να την πραγματοποιεί μόνο του στην δική του περιοχή.
- II. **Περιοχή ανεξάρτητης εργασίας:** Πρόκειται για την ατομική περιοχή του παιδιού. Η συγκεκριμένη περιοχή είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί εκεί μαθαίνει να εργάζεται μόνο του και σε ανεξάρτητη βάση. Εξαιτίας του γεγονότος ότι τα άτομα με αυτισμό είναι ιδιαίτεως εξαρτημένα, κατανοούμε τη σημαντικότητα της συγκεκριμένης περιοχής.
- III. **Περιοχή ελεύθερου παιχνιδιού:** Στη συγκεκριμένη περιοχή, τα παιδιά κινούνται ελεύθερα στο χώρο και ασχολούνται με οποίο παιχνίδι ή αντικείμενο θέλουν.
- IV. **Περιοχή δομημένου παιχνιδιού:** Το δομημένο παιχνίδι έχει αντίθετα χαρακτηριστικά από το ελεύθερο παιχνίδι. καθώς τα παιδιά ασχολούνται με μία συγκεκριμένη δραστηριότητα, η οποία τους υποδεικνύεται από τον θεραπευτή τους.
- V. **Περιοχή φαγητού:** Σε αυτή τα παιδιά μπορούν να τρώνε.
- VI. **Περιοχή ομαδικής εργασίας:** Σε αυτή, τα παιδιά κάνουν κάποια δραστηριότητα που τους έχει ζητηθεί αλλά πρέπει να συνεργαστούν μαζί με άλλα παιδιά για να την εκτέλεσή της.
- VII. **Μεταβατική περιοχή:** Πρόκειται για την περιοχή που τοποθετείται το ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα, στο οποίο παριστάνονται ή γράφονται οι δραστηριότητες της ημέρας για το κάθε παιδί και το βοηθά στην κατανόηση των δραστηριοτήτων του. Το πρόγραμμα αυτό είναι αυστηρά εξατομικευμένο. Για τα παιδιά που

διαβάζουν, οι δραστηριότητες σημειώνονται γραπτά. Για τα παιδιά που δεν διαβάζουν χρησιμοποιούνται φωτογραφίες, σκίτσα, σχήματα ή τα ίδια τα αντικείμενα. Οι αλλαγές είναι αναπόφευκτες αλλά είναι σημαντικό ότι για τα παιδιά με αυτισμό αποτελούν πρόβλημα εξαιτίας της ανάγκης για ομοιομορφία. Στις περιπτώσεις αυτές, το παιδί πρέπει να προειδοποιείται για την αλλαγή και είναι ιδιαίτερα βοηθητικό να αντικαθίσταται οπτικά (με εικόνες) η αλλαγή αυτή στο πρόγραμμα του παιδιού. Έτσι, όταν το παιδί φτάσει το πρωί στο σχολείο βλέπει το πρόγραμμά του, γνωρίζει τί ακριβώς θα κάνει και αυτό το βοηθά να κατανοήσει (μέσα από εικόνες, φωτογραφίες και αντικείμενα) πώς θα μεταβεί από μία δραστηριότητα σε άλλη, κάτι που έχει σαν αποτέλεσμα η αλλαγή να είναι προβλέψιμη και αποδεκτή (Collia-Faherty, 1999).

## **2) Ατομικό και ημερήσιο πρόγραμμα**

Το δεύτερο χαρακτηριστικό της δομημένης εκπαίδευσης είναι το πρόγραμμα. Ο θεραπευτής-δάσκαλος ανάλογα με τις ανάγκες κάθε παιδιού δημιουργεί το ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα, αυστηρά εξατομικευμένο και ένα ομαδικό ημερήσιο πρόγραμμα.

Το ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα είναι σαν μία μακριά κορδέλα που πάνω της τοποθετούνται κάρτες με λέξεις, φωτογραφίες, εικόνες, σκίτσα ή και αντικείμενα ανάλογα με το επίπεδο κατανόησης του κάθε παιδιού. Η κορδέλα αυτή καθορίζει τις δραστηριότητες όλης της ημέρας. Το κάθε παιδί εκπαιδεύεται στην λειτουργία του προγράμματος και στην σειρά εκτέλεσης των δραστηριοτήτων. Έτσι γίνεται πιο ευέλικτο και η συμπεριφορά του βελτιώνεται, αφού γνωρίζει το τι ακριβώς θα συμβεί κατά τη διάρκεια της ημέρας (Collia-Faherty, 1999).

Ο τρόπος εκπαίδευσης πρέπει να είναι καθοδηγητικός. Καθοδηγείται το χέρι του παιδιού ώστε να μάθει να παίρνει την κάρτα και μετά του επισημαίνεται σε ποια περιοχή θα πάει να εκτελέσει την δραστηριότητα. Τελειώνοντας την δραστηριότητα πρέπει να διδαχθεί να επιστρέφει την κάρτα στη σωστή θέση, να βλέπει το πρόγραμμα και να συνεχίζει με την επόμενη κάρτα. Για τα παιδιά που δυσκολεύονται επιλέγεται μόνο μια δραστηριότητα και σιγά σιγά και άλλες. Όταν το παιδί μάθει τις υπάρχουσες δραστηριότητες προστίθενται νέες. Είναι επίσης σημαντικό να ορίζονται χρονικά όρια για την ολοκλήρωση της δραστηριότητας (Jordan, 2000).

### **6.5.2. Συμπεριφορική θεραπεία**

Τα παιδιά και οι ενήλικες με σύνδρομο Asperger ή αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας είναι επιρρεπείς στην ανάπτυξη δευτερευόντων συναισθηματικών διαταραχών (όπως κατάθλιψη), γεγονός που μπορεί να οφείλεται στο βαθμό ενσυναίσθησης που έχουν για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην κοινωνική τους ζωή. Ορισμένα άτομα με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας έχουν ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της καθημερινότητας, τις σχέσεις τους με άλλους ανθρώπους και με τον ίδιο τους τον εαυτό. Η γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι αποτελεσματική στις περιπτώσεις αυτές.

Η συμπεριφορική θεραπεία βοηθάει το άτομο να αποδυναμώσει τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα σε προβληματικές συνθήκες και στις συνήθεις αντιδράσεις του, όπως ο φόβος, η κατάθλιψη, ο θυμός, η αυτοκαταστροφή και η ηττοπάθεια. Η γνωστική θεραπεία του επιτρέπει να κατανοήσει ότι συγκεκριμένα μοτίβα συμπεριφοράς προκαλούν ανεπιθύμητα συμπτώματα και το κάνουν είτε να αισθάνεται άγχος, κατάθλιψη ή θυμό χωρίς κανένα συγκεκριμένο λόγο είτε να επιλέγει να εκτελέσει λανθασμένες πράξεις.

Η θεραπεία περιλαμβάνει συναισθηματική εκπαίδευση, όπου τα άτομα μαθαίνουν να βιώνουν το φάσμα και το συνεχές της συναισθηματικής εμπειρίας και έκφρασης, και γνωστική αναδόμηση, η οποία επιτρέπει στα άτομα με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας να διορθώσουν τις λανθασμένες, διαστρεβλωμένες και δυσλειτουργικές αντιλήψεις και πεποιθήσεις τους (Καλύβα, 2005).

### **6.5.3. Μέθοδος MAKATON**

Το Makaton είναι ένα πρόγραμμα που δίνει τη δυνατότητα σε όλους όσους παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα αναπτυξιακών δυσκολιών στην επικοινωνία και το λόγο να καλλιεργήσουν αυτές τις δεξιότητες και να τις χρησιμοποιήσουν με ένα απλό αλλά πολύ λειτουργικό τρόπο, έτσι ώστε να μπορούν να συμμετέχουν στην κοινωνική ζωή, να χαίρονται, να έχουν επιλογές και να διεκδικούν τα δικαιώματά τους.

Το Makaton μπορεί να εφαρμοστεί σε όλα τα περιβάλλοντα δηλαδή στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο απασχόλησης και εργασίας, σε κέντρα αναψυχής και άθλησης, στο Νοσοκομείο, Οικοτροφείο κ.λπ.

Η διδακτική του προσέγγιση εστιάζεται, σε πρώτο επίπεδο, στην απόκτηση βασικών δεξιοτήτων επικοινωνίας και γλώσσας και σε ένα υψηλότερο επίπεδο, στην κατάκτηση της ανάγνωσης και της γραφής. Η κατανόηση και χρήση του λόγου επιτυγχάνονται με τη χρησιμοποίηση νοημάτων ή και γραφικών συμβόλων που συνοδεύουν και υποστηρίζουν τον προφορικό λόγο.

Το Makaton σχεδιάστηκε το 1973 από την Αγγλίδα Λογοπεδικό Margaret Walker και αρχικά χρησιμοποιήθηκε σε ενήλικες κωφούς που παρουσίαζαν επιπλέον και σοβαρή μαθησιακή δυσκολία. Το 1978 εφαρμόστηκε στα Σχολεία Ειδικής Αγωγής της Μ. Βρετανίας και στη συνέχεια διαδόθηκε πολύ γρήγορα σε άλλα κοινοτικά πλαίσια καθώς και σε άλλες χώρες. Το Makaton παρουσιάστηκε στην Ελλάδα, μέσω του Συλλόγου Λογοπεδικών το 1992. Στη συνέχεια τι ίδρυμα "Παμμακάριστος" ανέλαβε τη διάδοση και προώθηση του προγράμματος. Από το 1998 τη νόμιμη εκπροσώπηση του προγράμματος στην Ελλάδα έχει το ίδρυμα "Η Παμμακάριστος", μέσω του Makaton Ελλάς.

Οι σκοποί λειτουργίας του Makaton Ελλάς είναι:

- Η προστασία και η διάδοση του προγράμματος
- Η διεξαγωγή σεμιναρίων για την εκμάθηση του προγράμματος
- Ο σχεδιασμός και η έκδοση αντίστοιχου εκπαιδευτικού υλικού
- Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας και των υπηρεσιών της σε θέματα ισότητας ευκαιριών και διεκδίκησης δικαιωμάτων (Βογιδρούκας, 2012).

Το πρόγραμμα Makaton διαθέτει μια μεγάλη ποικιλία βραχύχρονων σεμιναρίων μέσα στα οποία επιλέγεται το πιο κατάλληλο για τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε εκπαιδευόμενου (γονέα ή επαγγελματία υγείας και πρόνοιας). Τα σεμινάρια πραγματοποιούνται από εγκεκριμένους, από το Makaton Ελλάς, εκπαιδευτές, οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία το «Ειδικό Σεμινάριο Εκπαίδευσης Εκπαιδευτικών» (Βογιδρούκας, 2003).

#### **6.5.4. Μέθοδος PECS**

Η μέθοδος PECS αναπτύχθηκε το 1994 από τους A. Bondy και L. Frost, αρχικά για παιδιά προσχολικής ηλικίας με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού και αργότερα επεκτάθηκε και χρησιμοποιήθηκε για ενήλικους. Πρόκειται για μια μέθοδο εναλλακτικής επικοινωνίας που στόχο έχει να διδάξει τις βασικές αρχές αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας πριν από την γλώσσα. Η μέθοδος PECS χρησιμοποιείται από ανθρώπους με αυτισμό προϋποθέτοντας την χρήση συμβόλων με εικόνες για να διδαχθεί η επικοινωνία μέσω της ανταλλαγής συμβόλων με συντρόφους (Boivinδρούκας & Sherratt, 2005).

Η μέθοδος PECS, κατά τα πρώτα στάδια κυρίως της εφαρμογής της, έχει ως επιστημονικό υπόβαθρο τη θεωρία του συμπεριφορισμού όπως αναλύεται στο «Verbal Behaviour» (Skinner, 1957).

Λειτουργικά λεκτικά στοιχεία διδάσκονται συστηματικά με τη χρήση στρατηγικών προτροπής και ενίσχυσης τα οποία ευοδώνουν την ανάπτυξη ανεξάρτητης επικοινωνίας. Οι λεκτικές προτροπές δεν χρησιμοποιούνται κατά τα πρώτα στάδια, ούτως ώστε τα παιδιά να αναπτύξουν πρωτοβουλία. Το πρώτο βήμα στην PECS είναι η ανταλλαγή μίας εικόνας ενός αγαπημένου αντικείμενου μεταξύ του μαθητή και του δασκάλου – «επικοινωνιακού συντρόφου» (ΕΣ). Αφού ο μαθητής κατακτήσει την έκφραση της επιθυμίας του για ένα αντικείμενο, η μέθοδος επεκτείνεται με τη διδασκαλία διάκρισης ανάμεσα σε σύμβολα και τη δόμηση μίας απλής παράστασης. Στα πιο προχωρημένα στάδια, τα παιδιά διδάσκονται να απαντούν σε ερωτήσεις περιφραστικά.

Στη συνέχεια έρχονται σε επαφή με σύνθετες γλωσσικές έννοιες όπως μέγεθος, σχήμα, χρώμα, αριθμοί, ώστε να είναι πιο σαφείς και συγκεκριμένοι (π.χ. εγώ θέλω τη μεγάλη κίτρινη μπάλα).

Τα παιδιά με τη μέθοδο PECS διδάσκονται να πλησιάζουν και να ζητούν ένα αντικείμενο που επιθυμούν και που το επιδεικνύουν επιλέγοντας μία εικόνα, την οποία στη συνέχεια ανταλλάσσουν με αυτό το αντικείμενο. Έτσι λοιπόν χρησιμοποιώντας ένα αντικείμενο ως αγγελιοφόρο, το παιδί πραγματοποιεί μία επικοινωνιακή πράξη. Η PECS λοιπόν δεν αποτελεί μόνο μία διαδικασία ανταλλαγής εικόνων αλλά ένα πρωτόκολλο – αλγόριθμο επικοινωνίας. Η εκπαίδευση στο πρόγραμμα PECS περιλαμβάνει έξι στάδια:



### ➤ **Στάδιο 1: Επικοινωνία**

Στο στάδιο αυτό οι μαθητές διδάσκονται πως να ανταλλάσσουν εικόνες με έναν εκπαιδευτή – ΕΣ. Ο μαθητής μαθαίνει να παραδίδει την κάρτα με την εικόνα, στο χέρι του ΕΣ και παίρνει ως επιβράβευση το αντικείμενο που απεικονίζεται και το οποίο επιθυμεί. Καλό είναι ο εκπαιδευτής να γνωρίζει εκ των προτέρων πράγματα τα οποία επιθυμεί το παιδί και είναι πιθανό να ζητήσει. Προτιμότερο δε είναι να υπάρχουν δύο ΕΣ, ο πρώτος να παρασύρει το παιδί με ένα αντικείμενο που του αρέσει και στη συνέχεια να το κατευθύνει να επιλέξει την αντίστοιχη εικόνα και να τη δώσει στο δεύτερο ΕΣ. Ο δεύτερος ΕΣ στέκεται περιμένοντας να πιάσει το αντικείμενο και να το προσφέρει στο παιδί μόλις θα αντικρίσει τη σωστή εικόνα και να το επιβραβεύσει σχολιάζοντας ανάλογα (π.χ. Ωραία! Θέλεις σταφύλι). Η συμμετοχή του δεύτερου ΕΣ διακόπτεται όταν διαπιστωθεί ότι το παιδί μπορεί να ανταλλάξει την εικόνα με το αντικείμενο με τον πρώτο ΕΣ μόνο του. Επειδή ο σκοπός είναι το παιδί να έχει αυθόρμητη επικοινωνία και όχι παθητική, αποφεύγονται οι ερωτήσεις και οι προτροπές, όπως «τι θέλεις;» «δώσε την κάρτα».

### ➤ **Στάδιο II: Απόσταση και επιμονή**

Από τη στιγμή που το παιδί είναι σε θέση να ανταλλάξει εικόνες με αντικείμενα μόνο του, περνάμε στο δεύτερο στάδιο της διαδικασίας. Κατά το στάδιο αυτό ενθαρρύνεται η αυθόρμητη επικοινωνία και επιδιώκεται η ανάπτυξη των κατακτημένων δεξιοτήτων. Οι μαθητές διαμορφώνουν ένα βιβλίο επικοινωνίας, από το οποίο επιλέγουν εικόνες και τις μεταφέρουν αναζητώντας τον άλλο ΕΣ σε διαφορετικούς χώρους όπως άλλα δωμάτια, πάρκο, μαγαζί κ.λπ. Ο δεύτερος ΕΣ αλλάζει και μπορεί να είναι γονείς, δάσκαλοι αλλά και συνομήλικα παιδιά. Το παιδί κατά τον τρόπο αυτό, δηλαδή ζητώντας διαφορετικά αντικείμενα ή δραστηριότητες, εμπλουτίζει και διευρύνει το λεξιλόγιο του (Συριοπούλου - Δελή και Κασίμος, 2013).

### ➤ **Στάδιο IIIα: Διάκριση εικόνας**

Οι μαθητές μαθαίνουν να επιλέγουν ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες εικόνες ένα αντικείμενο. Οι εικόνες είναι τοποθετημένες σε ένα βιβλίο από το οποίο αποσπώνται με σχετική ευκολία. Η διάκριση αρχικά γίνεται μεταξύ των προτιμώμενων και μη προτιμώμενων αντικειμένων. Το παιδί ξεκινά απαντώντας σε ερωτήσεις της μορφής «Τι θέλεις» αλλά αυτές σταματούν ώστε το παιδί να αναπτύξει τις αυθόρμητες επιλογές του.

Εάν η διάκριση είναι μία νέα κατάκτηση για το παιδί πρέπει να περιορίζεται ανάμεσα σε 2-3 αντικείμενα.

➤ **Στάδιο IIIβ : Αξιολόγηση της επιλογής της εικόνας**

Στη φάση αυτή αξιολογείται η επιλογή μία κάρτας ανάλογα με τις επιθυμίες του παιδιού (π.χ. η επιλογή μιας κάρτας με την εικόνα ενός ποτηριού θεωρείται σωστή όταν το παιδί διψάει) (Συριοπούλου - Δελή και Κασίμος, 2013).

➤ **Στάδιο IV: Δόμηση πρότασης**

Μόλις το παιδί αποκτήσει άνεση και μπορεί να διακρίνει και να ζητά πράγματα από διαφορετικά άτομα και σε διαφορετικούς χώρους, το πρόγραμμα αρχίζει να επικεντρώνεται στη δόμηση προτάσεων. Οι μαθητές μαθαίνουν να δομούν προτάσεις με αντίστοιχες κάρτες από τις οποίες ορισμένες είναι εικόνες και άλλες αποτελούν μέρος μίας πρότασης, όπως «εγώ θέλω», «μου αρέσει». Το παιδί λοιπόν σχηματίζει προτάσεις επιλέγοντας τις κάρτες και τη σειρά τοποθέτησής τους.

➤ **Στάδιο V : Απάντηση ερωτήσεων**

Τα στάδια V και VI πραγματοποιούνται παράλληλα. Στο πέμπτο στάδιο, οι μαθητές μαθαίνουν να επεκτείνουν τις προτάσεις τους με την προσθήκη επιθέτων, ρημάτων, προθέσεων και να χρησιμοποιούν κάρτες του PECS για να απαντήσουν στην ερώτηση «τι θέλεις;».

➤ **Στάδιο VI : Απάντηση ερωτήσεων**

Στο στάδιο αυτό επιβεβαιώνεται η επικοινωνιακή πρόοδος του παιδιού και αξιολογείται το αποτέλεσμα της όλης παρέμβασης. Οι μαθητές διδάσκονται να απαντούν και να σχολιάζουν ερωτήσεις όπως «τι βλέπεις;», «τι ακούς;» και «τι είναι αυτό;» χρησιμοποιώντας προτάσεις και περιγράφοντας τις δικές τους αισθητηριακές αντιλήψεις όπως «εγώ βλέπω», «εγώ ακούω», «εγώ νιώθω», «αυτό είναι ένα» κ.λπ.

Εφόσον η μέθοδος PECS έχει καλά αποτελέσματα, βελτιώνοντας την επικοινωνία ενός παιδιού, είναι σημαντικό να εξασφαλιστεί η συνεχής πρόσβαση του παιδιού στα μέσα της μεθόδου αυτής. Το παιδί θα πρέπει να έχει διαθέσιμο το βιβλίο της επικοινωνίας με τις εικόνες του όπου και αν βρίσκεται (Συριοπούλου - Δελή και Κασίμος, 2013).

## **6.6. Οικογενειακές παρεμβάσεις και ο ρόλος τους**

Ο ρόλος των γονέων είναι καθοριστικός στην εξέλιξη ενός ατόμου με αυτισμό, σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Η υποστήριξη και η συνεργασία των γονέων και των αδελφών είναι καθοριστικής σημασίας και πρέπει να αντανακλά θετική στάση, αξίες, προσδοκίες και στόχους της οικογένειας (Marcus et. al., 1997). Οι γονείς υποστηρίζονται ώστε να συμμετέχουν στην αξιολόγηση και στη θεραπεία (AACAP, 1999). Η στενή συνεργασία απομυθοποιεί τη διαδικασία, παρέχει υλικό για περαιτέρω συζήτηση και επιτρέπει τη διαχείριση σημαντικών θεμάτων, όπως ο ρόλος της φαρμακοθεραπείας, σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς, σεξουαλικότητα, παραμονή του ατόμου στην οικογένεια, κατάλληλη απασχόληση και κίνδυνοι από την έκθεση σε επαγγελματικό περιβάλλον (Shea, 1993).

Η χρονιότητα και η σοβαρότητα του αυτισμού μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη συναισθηματική κατάσταση των γονέων και των αδελφών. Τα αδέλφια μπορεί να παρουσιάζουν αναπτυξιακές διαταραχές. Τα προβλήματα αυτά περιορίζουν τις δυνατότητες της οικογένειας και απαιτούν αντιμετώπιση. Η χρόνια πορεία του αυτισμού απαιτεί επαγγελματίες διαθέσιμους για μεγάλο χρονικό διάστημα, ανάλογα με τις ανάγκες. Η συνέχεια στην παροχή βοήθειας απαιτεί σταθερό πλαίσιο συνεργασίας διάρκειας.

## **6.7. Ψυχοθεραπεία**

Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία θεωρήθηκε παλιότερα ως θεραπεία εκλογής στον αυτισμό. Σήμερα είναι αποδεκτό ότι τα κεντρικά συμπτώματα του αυτισμού δεν ανταποκρίνονται στη μέθοδο αυτή (AACAP, 1999). Ωστόσο, τα άτομα με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας μπορεί να βοηθηθούν από ατομική, ομαδική ή οικογενειακή ψυχοθεραπεία, όταν συνυπάρχουν άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις ή συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη ή έντονη ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική συμπτωματολογία (Wing, 1983). Τα άτομα αυτά μπορεί να παρουσιάσουν έντονη δυσφορία όταν συνειδητοποιούν ότι διαφέρουν από τους άλλους. Η μη δομημένη ψυχοθεραπεία δεν βοηθά, αλλά μερικά

άτομα με καλό επίπεδο λόγου, μπορεί να βοηθηθούν με τη χρήση συγκεκριμένων οδηγιών.

Αν και η ψυχοθεραπεία δεν υποστηρίζεται ως η πλέον ενδεδειγμένη μορφή παρέμβασης στο φάσμα του αυτισμού, αρκετοί είναι οι θεραπευτές και οι γονείς που την επιλέγουν. Οι κυριότεροι περιορισμοί της ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης είναι ο χρόνος, ο οποίος είναι περιορισμένος και η επικοινωνία. Η επικοινωνία, αποτελεί τη βάση της ψυχοθεραπείας αλλά και το βασικότερο μειονέκτημα του αυτιστικού ατόμου (Καλύβα, 2005).

Η εφαρμογή υποστηρικτικών και πιο δομημένων θεραπευτικών διαδικασιών, όπως η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, είναι αποτελεσματική σε μερικές περιπτώσεις στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Hare, 1997). Αυστηρά δομημένη κατευθυντική ψυχοθεραπεία, που εστιάζεται στην κατανόηση των βασικών δυσκολιών και τεχνικές εκπαίδευσης στην επίλυση κοινωνικών προβλημάτων υποστηρίζουν την ανάπτυξη και τη γενίκευση προσαρμοστικών δεξιοτήτων (Gray and Garand, 1993). Κατά τα τελευταία χρόνια η εκπαίδευση στην αυτογνωσία είναι σημαντική στη θεραπευτική προσέγγιση των ατόμων με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας (Faherty, 2000). Σε κάθε περίπτωση, η εφαρμογή ψυχοθεραπείας προϋποθέτει προσεχτική αξιολόγηση των δυνατοτήτων και δυσκολιών και συγκεκριμένες ενδείξεις ότι το άτομο θα ωφεληθεί (AACAP, 1999).

## **6.8. Φαρμακοθεραπεία**

Δεν υπάρχει αποτελεσματικό φάρμακο για τη θεραπεία των κοινωνικών και επικοινωνιακών αποκλίσεων στα παιδιά με αυτισμό. Ωστόσο κάποια φάρμακα μπορεί να είναι βοηθητικά στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Η φαρμακευτική αγωγή επηρεάζει μέσω του σώματος τη λειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Η χορήγηση των φαρμάκων, καθώς και ο έλεγχος της δράσης τους εμπίπτουν αποκλειστικά στην αρμοδιότητα του γιατρού. Η χορήγηση φαρμάκων δεν αποκλείει άλλες θεραπευτικές μεθόδους και ότι για κάθε άτομο εκπονείται ένα εξατομικευμένο πρόβλημα θεραπείας βιοχημεία ανοίγει νέους ορίζοντες. Ήδη υπάρχει η

δυνατότητα επέμβασης στις χημικές διαδικασίες που γίνονται στον εγκέφαλο. Για τη θεραπεία του αυτισμού χορηγούνται και διάφορες βιταμίνες, τα αποτελέσματα από τη χρήση τους όμως αλληλοσυγκρούονται (Κυπριωτάκης 1995).

Τα νευροληπτικά πρώτης γενιάς δεν είναι ιδιαίτερα βοηθητικά. Η χρήση τους περιορίζεται σημαντικά από τον κίνδυνο εκδήλωσης όψιμης δυσκινησίας. Το ενδιαφέρον εστιάζεται στα άτυπα νευροληπτικά, όπως η ρισπεριδόνη, που μειώνει την υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα, τις στερεότυπες και αυτοτραυματικές συμπεριφορές και την επιθετικότητα. (Παπαγεωργίου 2005). Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι σε μερικά παιδιά βελτιώνεται ακόμη και η κοινωνικότητα (Martin et. al., 2003). Ακόμη, ο κίνδυνος για εξωπυραμιδικά συμπτώματα είναι μειωμένος, ενώ ο κίνδυνος για όψιμη δυσκινησία είναι υπαρκτός (Volkmar et. al., 2004). Η μέση δόση σε παιδιά ανέρχεται σε 2mg ημερησίως. Η πιο σημαντική παρενέργεια είναι η αύξηση βάρους. Άλλες παρενέργειες, όπως υπνηλία, κούραση, τρόμος και σιελόρροια είναι συνήθως παροδικές (Παπαγεωργίου 2005).

Οι αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των επαναληπτικών, στερεότυπων συμπεριφορών και του άγχους στις αλλαγές (Martin et. al., 2003). Είναι γεγονός ότι οι περισσότερες μελέτες βασίζονται σε μικρά δείγματα, ενώ το θέμα των αναπτυξιακών αλλαγών στην αποτελεσματικότητα των φαρμάκων παραμένει ανοιχτό (Volkmar et. al., 2004). Σε μελέτη παιδιών προεφηβικής ηλικίας με φλουοξετίνη, αναφέρθηκε βελτίωση στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (DeLong et. al., 1998). Μελέτες εστιασμένες στην αποτελεσματικότητας της φλουβοξαμίνης σε παιδιά έδειξαν βελτίωση της επιθετικής συμπεριφοράς. Οι παρενέργειες είναι λιγότερες με χαμηλά αρχικά δόση και σταδιακά αύξησή της (Rutter 1990, Παπαγεωργίου 2005).

Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπιστεί η συναισθηματική αστάθεια, οι ακατάλληλες συναισθηματικές αντιδράσεις, το άγχος και η κατάθλιψη που παρατηρούνται συχνά στα παιδιά με αυτισμό. Η ιμιπραμίνη ήταν δημοφιλές αντικαταθλιπτικό, χρησιμοποιούνταν ευρέως στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, της επιθετικότητας και της ευερεθιστότητας σε αυτιστικά άτομα, αλλά η χρήση της περιορίστηκε λόγω παρενεργειών από το καρδιαγγειακό σύστημα. Τη θέση

της αντικατέστησε η γλωριμπραμίνη, η οποία είναι αποτελεσματικότερη στους παράνω τομείς (Brodkin et. al., 1997).

Οι σταθεροποιητές της διάθεσης έχουν περιορισμένο ρόλο στη φαρμακευτική θεραπεία του αυτισμού. Σημαντικό επίσης είναι και το γεγονός ότι οι μελέτες που εστιάζονται στη δράση των αντιεπιληπτικών ως σταθεροποιητών της διάθεσης στον αυτισμό είναι περιορισμένες. Η ανταπόκριση των αυτιστικών παιδιών στη θεραπεία με λίθιο δεν είναι ιδιαίτερα σημαντική. Ωστόσο, παιδιά με ιστορικό διπολικής διαταραχής στην οικογένειά τους θα ανταποκριθούν αρτιότερα (AACAP, 1999).

Είναι γνωστό ότι η συγκέντρωση νευροδιαβιβαστών (σεροτονίνης) στον εγκέφαλο επηρεάζει τις χημικές καταστάσεις, το επίπεδο εγρήγορσης και επιθετικότητας. Με την χορήγηση φενφλουραμίνης επιτυγχάνεται η πτώση της σεροτονίνης και ακολουθεί βελτίωση της αυτιστικής συμπεριφοράς. Η χορήγηση όμως φενφλουραμίνης μπορεί να οδηγήσει και σε ανεπιθύμητες ενέργειες. Η ελάττωση ή το μπλοκάρισμα της δυνορφίνης μειώνει επίσης τα συμπτώματα του αυτισμού. (Κυπριωτάκης 1995, Παπαγεωργίου 2005).

Η φενφλουραμίνη προτάθηκε αρχικά ως θεραπεία εκλογής του αυτισμού, επειδή μειώνει τα επίπεδα σεροτονίνης στο αίμα. Αν και μπορεί να μειώσει την υπερκινητικότητα, δεν επηρεάζει άλλα συμπτώματα. (Tanguay, 2000)

Σε ότι αφορά τη ναλτροξόνη κάποιες μελέτες ανέφεραν μέτρια βελτίωση στη συμπεριφορά, στην ανησυχία και στην υπερκινητικότητα, αλλά δεν είναι αποτελεσματική στον έλεγχο των αυτοτραυματισμών και δε βελτιώνει την ικανότητα μάθησης του παιδιού (Kolmen et. al., 1997).

## **6.9. Θεραπείες Αμφίβολης Αποτελεσματικότητας**

Η σοβαρότητα και η χρονιότητα του αυτισμού έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση, κατά καιρούς, διαφορετικών θεραπειών, χωρίς επιστημονική βάση, που υπόσχονται θεαματικά αποτελέσματα. Κάποιες από τις θεραπείες αυτές, όπως η χρήση βιταμινών Β6 και συμπληρωμάτων διατροφής δεν είναι αποτελεσματικές, χωρίς να είναι επικίνδυνες για το παιδί και την οικογένεια (Pfeiffer et. al., 1995).

Άλλες εναλλακτικές θεραπείες, όπως η διευκολυνόμενη επικοινωνία (facilitated communication), για άτομα χωρίς λόγο ή πολύ περιορισμένο λόγο, μπορεί να προκαλέσουν σημαντική βλάβη. Η προσέγγιση αυτή, που χρησιμοποιήθηκε, σε κάποιες περιπτώσεις, για την απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια, εξαιτίας αναφερθείσας κακοποίησης (Tanguay, 2000), δεν έχει εμπειρική βάση και δεν αναγνωρίζεται από την επιστημονική κοινότητα (Bomba et. al., 1996).

Άλλες προσεγγίσεις, όπως η ακουστική εκπαίδευση (auditory training) (Berand, 1982), η θεραπεία κρατήματος (holding therapy) και η θεραπεία επιλογών (options) (Kaufman, 1981), δε στηρίζονται σε επιστημονικές παρατηρήσεις και δεν έχουν διερευνηθεί με έγκυρες, επιστημονικές μεθόδους (Tanguay, 2000). Ελεγχόμενες μελέτες έδειξαν ότι η σεκρετίνη, ενδογενές πολυπεπίδιο, είναι αναποτελεσματική (Sander et. al., 1999).

## **Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>: ΔΑΦ και Ειδική Φυσική Αγωγή**

---

### **7.1. Γενικά**

Η φυσική δραστηριότητα έχει ιδιαίτερα μεγάλη σημασία για την υγεία των αυτιστικών παιδιών και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για τον έλεγχο πολλών τύπων ανεπιθύμητης συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν τον αυτισμό (Elliot et al. 1994).

Βέβαια, στο σημείο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό να σημειωθεί ότι τα παιδιά με αυτισμό συμμετέχουν με μεγάλη δυσκολία σε πρόγραμμα φυσικών δραστηριοτήτων, επειδή δεν έχουν την ικανότητα να αντεπεξέρχονται σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος (οπτικά, ακουστικά, απτικά) σε μεγάλους και ανοικτούς χώρους, εξαιτίας της ελλιπούς αισθητηριακής ολοκλήρωσης δηλαδή της ικανότητας σύνθεσης και οργάνωσης των πληροφοριών. Η ανικανότητα αυτή εξωτερικεύεται με διάφορες συμπεριφορές όπως είναι η υπερευαισθησία στο ερέθισμα (εκρήξεις, βαδίζοντας και κουνώντας το κεφάλι

πάνω-κάτω, βάδισμα στα δάκτυλα), διαταραχές της ομιλίας, της γλώσσας και της γνώσης, η αποφυγή αλλαγών στην καθημερινή τους ρουτίνα και η δυσκολία μεταφοράς του μαθήματος από ένα θέμα σε άλλο (O'Connor et al. 2000).

Πολλές φορές, η στερεοτυπική συμπεριφορά των αυτιστικών παιδιών σε συνδυασμό με τη δυσκολία ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων και την αποφυγή συμμετοχής σε δραστηριότητες μπορεί να επιδεινώνουν το πρόβλημα αυτό. Ωστόσο, τα παιδιά με αυτισμό μπορούν να συμμετέχουν με επιτυχία σε αθλητικές δραστηριότητες ατομικά, χωρίς να έχουν επαφή με άλλα παιδιά. (Τσιμάρας, 2012).

Τα τελευταία έτη, η κινητική ανάπτυξη και η συμπεριφορά αυτών των παιδιών αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης αρκετών ερευνητών ενώ ταυτόχρονα παρατηρήθηκε η αναβάθμιση των προγραμμάτων φυσικής αγωγής, καθώς σήμερα η φυσική αγωγή αποτελεί συνιστώσα της εκπαίδευσης των παιδιών με αυτισμό και συνδέεται με το συνολικό πρόγραμμα θεραπείας τους (Τσιμάρας, 2011).

Σήμερα πλέον οι ειδικοί γνωρίζουν πως τα παιδιά με αυτισμό χρήζουν εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων, όχι για να λειτουργούν σαν εμάς, αλλά για να βελτιώσουμε τη συμμετοχή τους σε μια πραγματικότητα, που δεν κατανοούν. Το επίπεδο βελτίωσης και οι τρόποι παρέμβασης σχετίζονται με τη σοβαρότητα της δυσκολίας τους, με το νοητικό τους δυναμικό και με τη συμμετοχή του περιβάλλοντός τους στην εκπαιδευτική διαδικασία (Βογινδρούκας & Sherratt, 2005).

## **7.2. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των μαθητών με ΔΑΦ**

Κάθε επιτυχημένη εκπαιδευτική παρέμβαση για τους μαθητές με αυτισμό προϋποθέτει την κατανόηση των γνωστικών μηχανισμών που εμπλέκονται στη μάθηση, όπως η αντίληψη, η προσοχή, η μνήμη και η σκέψη. Στους μαθητές με αυτισμό υπάρχει μία ανομοιογένεια ως προς αυτές τις γνωστικές διεργασίες, η οποία οδηγεί σε ανομοιογένεια στη συμπεριφορά και τελικά σε διαφορετικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Αναλυτικά, οι μαθητές με αυτισμό έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (Schopler & Mesibov, 1995) ως προς:

### **α) την αντίληψη:**

- ✓ οξύτατη οπτική αντίληψη



- ✓ ικανότητα για εστίαση της όρασης
- ✓ ικανότητα αναγνώρισης σχημάτων
- ✓ ικανότητα αναγνώρισης ακουστικών μοτίβων
- ✓ πολύ καλό οπτικο-κινητικό συντονισμό

**β) την προσοχή:**

- ✓ υπερ- επιλογή ερεθισμάτων
- ✓ εστίαση σε ερεθίσματα από ένα αισθητηριακό κανάλι
- ✓ ικανότητα διάκρισης οπτικών ερεθισμάτων (οργάνωση αντικειμένων κατά χρώμα, μέγεθος και θέση)
- ✓ αδυναμία προσοχής σε κοινωνικά ερεθίσματα

**γ) τη μνήμη:**

- ✓ πολύ καλή οπτική μνήμη
- ✓ καλή μνήμη δεξιοτήτων
- ✓ εξαιρετική επαναληπτική μνήμη
- ✓ εύκολη ανάκληση προσωπικών στοιχείων
- ✓ καλή γενική σημασιολογική μνήμη
- ✓ δυσκολίες στην αντίληψη της ακολουθίας γεγονότων και λέξεων
- ✓ φτωχή αυτοβιογραφική μνήμη («προσωπική επεισοδιακή μνήμη»)

**δ) την σκέψη:**

- ✓ οπτική σκέψη
- ✓ κατανόηση της μονιμότητας του αντικειμένου
- ✓ επίμονη χρήση μιας στρατηγικής (μη- ευέλικτη σκέψη)
- ✓ ικανότητα για κατηγοριοποίηση αντικειμένων με βάση συγκεκριμένα και όχι αφηρημένα χαρακτηριστικά
- ✓ δυσκολία στην κατανόηση εννοιών
- ✓ αδυναμία για συμβολική σκέψη (αναπαράσταση)
- ✓ αδυναμία γενίκευσης στην εφαρμογή στρατηγικών
- ✓ δυσκολία στην ανάκληση της κατάλληλης στρατηγικής (μεταγνώση)
- ✓ αδυναμία για αφαιρετική σκέψη
- ✓ δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων

- ✓ δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων που απαιτούν κοινωνική γνώση (τύφλωση του νου)
- ✓ έμμονα και περιορισμένα πνευματικά ενδιαφέροντα
- ✓ έλλειψη κεντρικής συνοχής (ΥΠΕΠΘ, 2003)

### **7.3. Οφέλη από τη Φυσική Αγωγή**

Ο στόχος της παρέμβασης σε ένα παιδί με αυτισμό πρέπει να είναι:

#### **α) Η βελτίωση της κινητικής ανάπτυξης και της λειτουργικότητας άρα η βελτίωση:**

1. Της οπτικής, ακουστικής και κιναισθητικής αντίληψης.
2. Του ρυθμού.
3. Του προσανατολισμού και της πλευρικότητας του σώματος στο χώρο (διάκριση δεξιού-αριστερού, μπροστά-πίσω, σχέση του σώματος με το χώρο και τα αντικείμενα στο χώρο).
4. Της ισορροπίας, της συναρμογής και της μίμησης.
5. Της αυτογνωσίας του σώματος (γνωριμία με το κεφάλι, τα άνω και τα κάτω άκρα, τον κορμό και τις κινήσεις τους).
6. Της γνωριμίας του σώματος με το χώρο (βασικές θέσεις του σώματος στο χώρο, δηλ. όρθια και καθιστή θέση, ύπτια και πρηνή κατάκλιση, καθώς και η στήριξη στα τέσσερα άκρα) (Τσιμάρας, 2011).

#### **β) Η απόκτηση κινητικών δεξιοτήτων**

Για την απόκτηση κινητικών δεξιοτήτων σύμφωνα με τους ερευνητές απαιτείται:

1. Εξωτερική καθοδήγηση (οπτική, λεκτική, σωματική)
2. Ενίσχυση και αναλυτική μέθοδος

Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν προς αυτή την κατεύθυνση είναι η οριοθέτηση του χώρου άσκησης, οι επαναλήψεις των δεξιοτήτων, ο μικρός αριθμός δεξιοτήτων σε κάθε συνεδρία και η χρήση καρτών, σημάτων και χειρονομιών (Τσιμάρας, 2011).

#### **γ) Η συμμετοχή στο παιχνίδι και σε ομαδικές δραστηριότητες**

Η συμμετοχή στο παιχνίδι και σε άλλες δραστηριότητες μπορεί να ωθήσει το αυτιστικό παιδί στην:

1. Ανάπτυξη του κινητικού ελέγχου.
2. Ανάπτυξη της γλωσσικής επικοινωνίας.
3. Συναισθηματική σταθερότητα.
4. Κατάλληλη κίνηση των μελών του σώματος.
5. Συναναστροφή με άλλους ανθρώπους.
6. Με εφαρμογή της εκπαιδευτικής μεθόδου από το απλό στο σύνθετο (π.χ. για τη γνώση της λειτουργίας της μπάλας ως αντικείμενο, αρχικά κράτημα και γνωριμία με τη μπάλα, στη συνέχεια πέταγμα, πιάσιμο, λάκτισμα και κύλισμα της μπάλας) (Τσιμάριας, 2011).

#### **δ) Έλεγχος και μείωση της ακατάλληλης στερεοτυπικής συμπεριφοράς**

Οποιοδήποτε πρόγραμμα άσκησης για τα παιδιά με αυτισμό πρέπει να αναπτύξει τους στόχους όχι μόνο της γενικής σωματικής δραστηριότητας, αλλά και τις ακατάλληλες συμπεριφορές διαχείρισης όπως οι στερεοτυπικές συμπεριφορές, τα ξεσπάσματα και ο ρυθμός. Οι κατάλληλες οδηγίες άσκησης για τα παιδιά με αυτισμό διευκολύνουν την διεξαγωγή του προγράμματος και προωθούν τις θετικές αλλαγές στις σωματικές δραστηριότητες. (Noesi, 2006)

- ✓ Για τους δασκάλους τάξεων, που συνεργάζονται με τα παιδιά που έχουν αυτισμό, μπορεί να είναι ευεργετικό να σκεφτούν έναν προσαρμοσμένο τρόπο εκπαίδευσης σχετικά με την ανάπτυξη των προγραμμάτων, την εισαγωγή των σωματικών δραστηριοτήτων, και την καθοδήγηση για την χρησιμοποίηση οποιουδήποτε εξοπλισμού (δηλ., σχοινάκια άλματος, μίνι-τραμπολίνα, τρίκυκλα, ποδήλατα, κορύνες, όργανα ελέγχου καρδιακής συχνότητας). Οι σωματικές δραστηριότητες μπορούν να περιλαμβάνουν οποιεσδήποτε ρυθμικές, μεγάλες δραστηριότητες μυών που είναι συνεχούς φύσης (όπως το τρέξιμο, πηδηματάκια, άλματα, ποδηλασία). Τα επίπεδα δραστηριοτήτων και συνεπακόλουθων αυξήσεων στην απόδοση εξαρτώνται από το αρχικό επίπεδο ικανότητας ενός παιδιού και της δυνατότητάς του, ώστε να επιμείνουμε στο πρόγραμμα δραστηριότητας. Τα παραδείγματα των δραστηριοτήτων που μπορούν να παρέχουν οφέλη στα παιδιά

με χαμηλά επίπεδα ικανότητας είναι το περπάτημα / βάρη, η ποδηλασία ή παιχνίδια του τύπου κυνήγι πεταλούδας, κυνήγι της σκιάς μου κ.α..

- ✓ Εάν τα ξένα ερεθίσματα δεν επηρεάζουν αρνητικά την απόδοση και την εκμάθηση, υπάρχουν διάφορες κασέτες μουσικής, που μπορούν να προσθέσουν τη μουσική στις δραστηριότητες, ή να χρησιμοποιηθούν ως ανταμοιβές για τις κατάλληλες συμπεριφορές. (Noesi, 2006)

Η άσκηση πρέπει να εκτελείται με υψηλή ένταση όπως π.χ. είναι το τρέξιμο και όχι με μέτρια ένταση όπως είναι το πέταγμα και το πιάσιμο της μπάλας, για την πρόκληση μείωσης της στερεοτυπικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, η μείωση αυτή δεν είναι μόνιμη, αλλά προσωρινή και διάρκειας περίπου 1-1.5 ώρες. Ερευνητές, οι οποίοι εφήρμοσαν ένα δομημένο πρόγραμμα άσκησης για μείωση της στερεοτυπικής συμπεριφοράς, ανέφεραν σημαντική μείωση της αυτοδιέγερσης και βελτίωση της συμμετοχής στο πρόγραμμα άσκησης (Τσιμάρας, 2011).

#### **ε) Ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων**

Τα παιδιά με αυτισμό μπορούν επίσης να δοκιμάσουν να αναπτύξουν διαπροσωπικές σχέσεις, πράγμα το οποίο δεν επιδιώκουν ή δεν δέχονται εύκολα, όπως την αγάπη, αποφεύγουν το παιχνίδι με τους ομοίους τους ή τη συμμετοχή τους στις σωματικές δραστηριότητες, και επίσης αποφεύγουν να κοιτάζουν στα μάτια κάποιον, αποφεύγουν δηλαδή την επαφή των ματιών. Η έκθεση του εαυτού τους μπροστά σε άλλους, η στερεοτυπική συμπεριφορά τους ή η ανικανότητά τους να αναπτύξουν σχέσεις κανονικά με άλλους ανθρώπους και καταστάσεις είναι επίσης χαρακτηριστική των μικρών παιδιών με αυτισμό (American Psychiatric Association, 1994 : Gillberg, 1990 : Tsai, 1998).

Για να αναπτυχθούν οι διαπροσωπικές σχέσεις οι εκπαιδευτές δε θα πρέπει να τρομάζουν και να απέχουν από διάφορες καταστάσεις, έτσι ώστε να δίδουν στους μαθητές τη δυνατότητα εξάσκησης κοινωνικών δεξιοτήτων αλληλεπίδρασης. Οι φυσικές δεξιότητες, που διδάσκονται σε ένα περιβάλλον θα πρέπει να μπορούν να διδάσκονται καλά και σε άλλα περιβάλλοντα. Οι δεξιότητες πρέπει να διδαχθούν όσο το δυνατό πιο κοντά σε εκείνα τα αντικείμενα στα οποία θα εφαρμοστούν (Noesi, 2006).

### **7.4. Τα καταλληλότερα αθλήματα για παιδιά με ΔΑΦ**

Όπως ισχύει και για όλα τα παιδιά, το καλύτερο άθλημα για ένα παιδί είναι αυτό που το ενθουσιάζει και το διασκεδάζει. Ωστόσο, στην περίπτωση του αυτισμού, τα παιδιά εμφανίζουν δυσκολίες στον κοινωνικό και επικοινωνιακό τομέα και ενδεχομένως και στην αδρή κινητικότητα. Αυτό σημαίνει ότι τα κλασικά αθλήματα, όπως το μπάσκετ και το ποδόσφαιρο είναι ιδιαίτερα δύσκολα και σκληρά για τα παιδιά με αυτισμό. Τα ατομικά αθλήματα, ωστόσο, μπορεί να είναι καταλληλότερα. (Lisa Jo Rudy, 2018)

#### ➤ **Αυτισμός και κολύμβηση**

Η κολύμβηση είναι ένα καταπληκτικό άθλημα για τους περισσότερους ανθρώπους, συμπεριλαμβανομένων και των παιδιών με αυτισμό. Τα παιδιά που δυσκολεύονται πολύ στις αθλητικές δραστηριότητες με μπάλα, μπορεί να τα πηγαίνουν καλά στο νερό, με τις βασικές κινήσεις των χεριών και των ποδιών. Εκτός αυτού, δεν υπάρχει κάποιος λόγος για να μην μπορεί να βρίσκεται σε μια κολυμβητική ομάδα, καθώς τα μέλη της προπονούνται και αγωνίζονται ατομικά. (Lisa Jo Rudy, 2018)

Η άσκηση στο νερό αποτελεί μία κατάλληλη μέθοδο πρώιμης παρέμβασης που βοηθά στην προώθηση του κινητικού, κοινωνικού και συναισθηματικού τομέα (Huettig & Darden-Melton, 2004) και στη βελτίωση δύναμης, αντοχής, συντονισμού, εύρους κίνησης, σωματογνωσίας, προσανατολισμού, αυτοαντίληψης, λεκτικής επικοινωνίας. Επίσης, σύμφωνα με τον Hulls (2006) αναφορές θεραπειών υποστηρίζουν ότι η άσκηση στο νερό βοηθά στη βελτίωση της συγκέντρωσης προσοχής, της βλεμματικής επαφής, στο άγγιγμα, και στην ισορροπία. Επομένως, τα προγράμματα θεραπευτικής παρέμβασης μέσα στο νερό έχουν σημαντικά θεραπευτικά αλλά και κοινωνικά οφέλη (Pan, 2011).

Το ενδιαφέρον των ατόμων με αυτισμό για τις κινητικές δραστηριότητες μέσα στο νερό, έχει οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η άσκηση στο νερό θα μπορούσε να αποτελεί σημαντικό κομμάτι του εκπαιδευτικού προγράμματος, καθώς είναι ιδιαίτερα διασκεδαστικό για τους συμμετέχοντες και παράλληλα συμβάλει στη βελτίωση της κινητικής τους ανάπτυξης (Wing, 1976).

#### ➤ **Αυτισμός και ιπασία**

Τα άλογα με την μορφή της ιπποθεραπείας χρησιμοποιούνται πολύ συχνά στα παιδιά με αυτισμό. Δεν είναι ασυνήθιστο για τα παιδιά με αυτισμό να επικοινωνούν πιο

εύκολα με τα ζώα παρά με τους ανθρώπους. Πολλά παιδιά με διαταραχή αυτιστικού φάσματος απολαμβάνουν την ιππασία. (Lisa Jo Rudy, 2018)

Όπως όλοι γνωρίζουμε, η εκπαίδευση των παιδιών με αυτισμό έχει ως στόχο την κατάκτηση της επικοινωνίας, τον έλεγχο της ακατάλληλης συμπεριφοράς, καθώς και τη μείωση της γνωστικής σύγχυσης και του άγχους που προέρχονται από τις δυσκολίες τους στην επεξεργασία των ερεθισμάτων που προέρχονται από το περιβάλλον. Τα παιδιά με αυτισμό επίσης, συχνά παρουσιάζουν συμπτώματα διαταραχής της Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης που καθιστά δύσκολο για αυτά να επεξεργαστούν τις πληροφορίες που λαμβάνουν μέσω των αισθήσεων. (Πολύζος, 2012)

Το άλογο μεταδίδει 110 κινήσεις ανά λεπτό στο σώμα του αναβάτη του ενώ ταυτόχρονα γίνεται συν-θεραπευτής στο έργο των ειδικών. Τα αποτελέσματα της μεθόδου αφορούν τη βελτίωση ελέγχου κεφαλής και κορμού, την ομαλοποίηση του μυϊκού τόνου, την οριοθέτηση και την αύξηση της συγκέντρωσης, τη βελτίωση του συντονισμού, την ενθάρρυνση του λόγου και της επικοινωνίας καθώς και την κοινωνικοποίηση.

Η συμβολή του αλόγου ως θεραπευτικό μέσο έχει στόχο την ανάπτυξη ικανοτήτων από το παιδί, οι οποίες στη συνέχεια εξελίσσονται σε δεξιότητες, διευκολύνοντας την καθημερινότητά του και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής του. Η θεραπευτική ιππασία μπορεί να βοηθήσει άτομα με ΔΕΠΥ, κινητική ανωριμότητα, αυτισμό, νοητική υστέρηση, εγκεφαλική παράλυση, άλλες διαταραχές της ανάπτυξης (σύνδρομα) κ.ά.. (ΕΛΕΘΠ, 2011).

Στην Ιπποθεραπεία ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα σχεδιάζεται για να παρέχει αισθητηριακή διέγερση στο παιδί, σε συνδυασμό με σκόπιμες μυϊκές δραστηριότητες, με στόχο να βελτιώσει τον τρόπο που ο εγκέφαλος επεξεργάζεται και οργανώνει τις αισθητηριακές πληροφορίες (αφού ο αυτισμός είναι μία εκ γενετής διαταραχή του εγκεφάλου, που επηρεάζει τον τρόπο που ο εγκέφαλος χρησιμοποιεί τις πληροφορίες). Έτσι τα παιδιά δουλεύουν σε ένα υψηλά δομημένο περιβάλλον που μπορεί να περιλαμβάνει, την φυσική οργάνωση ενός πολυαισθητηριακού περιβάλλοντος, καθαρά σχεδιασμένες περιοχές δράσης και δομημένα προγράμματα που βασίζονται σε φυσικές εικόνες. Το παιδί έτσι, καθοδηγείται μέσα από μία ξεκάθαρη ακολουθία δραστηριοτήτων που αποσκοπεί στο να είναι πιο οργανωμένο. Ενώ, όπως γνωρίζουμε, η κατανόηση του

περιβάλλοντος αυξάνει την ικανότητα του ατόμου να το ελέγχει, και έτσι να γίνει πιο ανεξάρτητο σε πάρα πολλούς τομείς της ζωής του.

Η υποθεραπεία λοιπόν αποτελεί ένα θεραπευτικό πλαίσιο μέσα από το οποίο μπορούμε να:

- Αυξήσουμε την ισορροπία και να μειώσουμε την υπερευαίσθησια σε ιδιοδεκτικά και αιθουσαία ερεθίσματα.
- Μειώσουμε την διάσπαση προσοχής και να αυξήσουμε την βλεμματική επαφή και οπτικοκινητικό συντονισμό.
- Αυξήσουμε τις γνωστικές και αντιληπτικές ικανότητες του παιδιού.
- Βελτιώσουμε τον κινητικό σχεδιασμό, την ικανότητα, δηλαδή, να σχεδιάζουμε και να εκτελούμε διαφορετικές κινήσεις.
- Προωθήσουμε την ομιλία και την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και τις διαπροσωπικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους.
- Ενισχύσουμε την διαδικασία της κοινωνικοποίησης. (Πολύζος, 2012)

#### ➤ **Αυτισμός και αθλήματα στίβου**

Είναι πολύ περίεργο το γεγονός ότι ελάχιστα παιδιά ασχολούνται πλέον με τον στίβο. Στην Αμερική, τα παιδιά μικρότερης ηλικίας ασχολούνται με σύνθετα αθλήματα, όπως το ποδόσφαιρο, και μόνο σε μεγαλύτερες ηλικίες (πχ Γυμνάσιο) ασχολούνται με τον στίβο. Το τρέξιμο, το άλμα σε μήκος ή το τριπλούν μπορούν να αποτελέσουν μια πολύ καλή διέξοδο για τα παιδιά με αυτισμό. Μολονότι η λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία που απαιτείται είναι πολύ λιγότερη από ότι στα περισσότερα ομαδικά αθλήματα, τα παιδιά νιώθουν ότι ανήκουν στην ομάδα. (Lisa Jo Rudy, 2018)

#### ➤ **Αυτισμός και Bowling**

Μολονότι υπάρχει γενικά αρκετός θόρυβος στις αίθουσες του Bowling, φαίνεται ότι το άθλημα αυτό ταιριάζει πολύ στα παιδιά με αυτισμό. Ίσως φταίει ο επαναλαμβανόμενος χαρακτήρας της όλης διαδικασίας και το γεγονός ότι όλες οι κινήσεις και η διαδικασία είναι απόλυτα σταθερή και συμβαίνει κάθε φορά με τον ίδιο τρόπο. Ίσως τα ευχαριστεί πολύ η εικόνα ή ο ήχος των κορύνων που πέφτουν κάτω.

Όποιος και αν είναι ο λόγος, το bowling είναι ένα πολύ καλό άθλημα για τα παιδιά με αυτισμό, που παράλληλα έχει και κοινωνικό χαρακτήρα.

#### ➤ **Αυτισμός και περίπατοι στα βουνά/ορειβάσια**

Για πολλά άτομα με αυτισμό, η γαλήνη και η ησυχία του φυσικού περιβάλλοντος είναι ο καλύτερος τρόπος για να εκτονώσουν το άγχος που νιώθουν από την καθημερινότητα. Οι περίπατοι στη φύση μπορεί να είναι ομαδική ή ατομική δραστηριότητα, είναι ένας πολύ εύκολος τρόπος για να γυμναστεί ένα παιδί με αυτισμό απολαμβάνοντας την φύση χωρίς να νιώθει την πίεση να επικοινωνήσει με άλλα άτομα ή να έρθει σε επαφή μαζί τους. Το ψάρεμα αποτελεί μια ακόμα πολύ αγαπημένη ασχολία των παιδιών με αυτισμό που πραγματοποιείται στη φύση, σε συνθήκες ησυχίας και χαλάρωσης (Lisa Jo Rudy, 2018).

#### ➤ **Αυτισμός και ποδηλασία**

Η ποδηλασία ίσως αποδειχθεί πολύ δύσκολη για τα παιδιά με αυτισμό, καθώς η ισορροπία είναι ένα τομέας που τα δυσκολεύει πολύ. Μόλις όμως κατακτήσουν τις βασικές δεξιότητες (και μπορούν να ισορροπούν και να κινούνται με το ποδήλατο), η ποδηλασία μπορεί να γίνει να παρέχει πολλές ευκαιρίες διασκέδασης εκτός σπιτιού. Όπως και όλα τα υπόλοιπα αθλήματα που αναφέρθηκαν στο συγκεκριμένο άρθρο, η ποδηλασία μπορεί να είναι ατομική ή ομαδική δραστηριότητα, καθαρά για διασκέδαση ή στα πλαίσια του ανταγωνισμού (Lisa Jo Rudy, 2018).

#### ➤ **Αυτισμός και πολεμικές τέχνες**

Οι πολεμικές τέχνες επιτρέπουν στο παιδί να εκτονώσει την ενεργητικότητά του. Επίσης, συνδυάζουν τα στοιχεία της προβλεψιμότητας, της ύπαρξης δομής και την πρόκληση της σωματικής επαφής με άλλα άτομα. Σε πολλά παιδιά με αυτισμό οι πολεμικές τέχνες προσφέρουν όχι μόνο καλή σωματική κατάσταση και δυνατότητες άθλησης, αλλά βελτιώνουν και την αυτοπεποίθησή τους.

#### ➤ **Αυτισμός και αθλητικές δραστηριότητες για διασκέδαση.**

Αν αποτελεί επιθυμία της οικογένειας του αυτιστικού παιδιού για ενασχόλησή του με κάποιο ομαδικό άθλημα, ένας καλός τρόπος στην αρχή είναι να αρχίσει η ίδια η οικογένεια να παίζει μαζί με το παιδί, μόνο για διασκέδαση. Σε κάθε περίπτωση, είτε παίζουν πάσες με την μπάλα, είτε μαθαίνουν να κάνουν ποδήλατο, το αυτιστικό παιδί να



γυμνάζεται, ενώ ταυτόχρονα αποκτά κοινωνικές δεξιότητες, και δυναμώνει τις σχέσεις του με την οικογένεια (Lisa Jo Rudy, 2018).

## Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup>: Μουσικοθεραπεία

---

Στην αντιμετώπιση του Αυτισμού και των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (ΔΑΔ) η μουσικοθεραπεία ως υποστηρικτική παρέμβαση είναι πλέον και στην Ελλάδα ευρέως αποδεκτή. Πρωτοπόρες στην θεραπευτική χρήση της μουσικής αποτέλεσαν οι Η.Π.Α. με την θέσπιση μουσικοθεραπευτικών σπουδών το 1919 στο πανεπιστήμιο της Columbia. Στην συνέχεια ακολούθησαν χώρες της Ευρώπης και της Λατινικής Αμερικής, με σημαντικότερη την Αργεντινή. Εκεί πρωτεργάτης στην εργασία με παιδιά με αυτισμό ήταν ο Ronaldo O. Benenzon (1939). (Kessler-Κακουλίδη, 2009)

Είναι κοινώς παραδεκτή στην επιστημονική κοινότητα η πεποίθηση ότι τα παιδιά με αυτισμό είτε είναι υπερευαίσθητα, είτε υποευαίσθητα σε αισθητηριακά ερεθίσματα ,με αποτέλεσμα να βιώνουν υπερβολική ή ανεπαρκή αισθητηριακή διέγερση σε σύγκριση με τους περισσότερους ανθρώπους (Dawson & Walting, 2000). Η μουσικοθεραπεία , ως παρέμβαση στο αυτιστικό φάσμα, διαφοροποιείται από την μουσική εκπαίδευση και παιδεία, τα μαθήματα μουσικής γενικότερα καθώς και τον καθαρά ψυχαγωγικό σκοπό της μουσικής όσον αφορά την έμφαση , την προσέγγιση και τους στόχους που θέτει, παρ 'όλο που μπορεί να συναντήσουμε κοινά στοιχεία. Σύμφωνα με την Καλύβα, οι στόχοι της μουσικής εκπαίδευσης και της μουσικοθεραπείας θεωρούνται συμπληρωματικοί (Καλύβα, 2005).

Η εφαρμογή της μουσικοθεραπείας σε παιδιά με αυτισμό ξεκίνησε στην Αγγλία, τη δεκαετία 1950-60, από τους μουσικοθεραπευτές Juliette Alvin (1897–1982), Paul Nordoff (1910-1977) και Clive Robbins (1927) (Τσίρης 2005:41-42) έχοντας ως βάση την ουμανιστική ψυχολογία (Kessler-Κακουλίδη, 2009).

Στη Γερμανία ως πρόδρομοι της μουσικοθεραπείας σχετικά με τον αυτισμό θεωρούνται οι Gertrud Orff και Karin Schumacher. (Plahl, Koch-Temming 2005,2008) Η πρώτη θεμελίωσε τη θεωρία της πάνω στο μουσικοεκπαιδευτικό σύστημα Orff και σε μια πολύ-αισθητηριακή προσέγγιση, ενώ η δεύτερη χρησιμοποίησε ως θεωρητικό υπόβαθρο την ψυχοθεραπεία. βασιζόμενη στον ψυχαναλυτή και αναπτυξιολόγο D. N. Stern (Schumacher: 2004 : Weber 1999).

Υπάρχουν πλειάδα προσεγγίσεων στον τομέα της μουσικοθεραπείας. Ωστόσο, η πιο γνωστή, είναι η μουσική αυτοσχεδιασμού. Αυτού του είδους η μουσική επιτρέπει στο αυτιστικό άτομο να αναλάβει τον έλεγχο. Η διαδικασία της μουσικοθεραπείας έχει ως συμμετέχοντες τον θεραπευτή και τον ασθενή. Με τη χρήση κρουστών και έγχορδων μουσικών οργάνων, ο θεραπευτής προσπαθεί να ανταποκριθεί δημιουργικά στους θορύβους που παράγονται από την στοματική κοιλότητα του παιδιού. Με αυτό τον τρόπο το ενθαρρύνει να κατασκευάσει τη δική του μουσική γλώσσα. Το όργανο και το είδος μουσικής που επιλέγονται πρέπει να είναι απλά και να προκαλούν ευχάριστη αντίδραση στο παιδί, έτσι ώστε να μπορούν να χρησιμοποιούνται με ευελιξία για να συμβαδίζουν με τη διάθεση και τις κλινικές και αναπτυξιακές του ανάγκες σε κάθε δομημένη χρονική στιγμή. Ο μουσικοθεραπευτής μπορεί να ανταποκριθεί στις φωνές, τις κραυγές και τις κινήσεις του παιδιού που έχουν ρυθμό και ένταση και μπορούν να οργανωθούν μουσικά. Αυτές οι συνεδρίες μετατρέπονται σε συζητήσεις μέσω της μουσικής.

Ένα δεύτερο είδος μουσικοθεραπείας είναι αυτό που χρησιμοποιείται το είδος της τροποποιημένης μουσικής. Τα παιδιά ακούν μουσική και γίνεται καταγραφή των αντιδράσεών τους. Στη συνέχεια τροποποιείται η μουσική και διατηρούνται μόνο οι ήχοι στους οποίους ανταποκρίνονται θετικά (Καλύβα, 2005).

Όταν τα παιδιά παραπέμπονται σε μουσικοθεραπεία αξιολογούνται για μια περίοδο που καθορίζεται από το θεραπευτή σε ένα χώρο που είναι ειδικά σχεδιασμένος για να μην υπάρχουν καθόλου περισπασμοί και το παιδί να βιώνει αίσθηση ασφάλειας. Εάν αποδειχτεί ότι η μουσικοθεραπεία αποτελεί κατάλληλη παρέμβαση για το παιδί, τότε καθορίζεται και το εκπαιδευτικό πλαίσιο. Προγραμματίζεται ο χρόνος και η διάρκεια των συνεδριών, η ατομική ή η ομαδική βάση τους και οι στόχοι της θεραπείας (Καλύβα, 2005).

Στην Ελλάδα, όπως και στη Γερμανία εφαρμόζεται η Θεραπευτική Ρυθμική (ΘΡ) ως υποστήριξη του παιδιού και ατόμου με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή και πραγματοποιείται είτε σε εξατομικευμένο πρόγραμμα με βραχυπρόθεσμο στόχο την ενσωμάτωση του παιδιού σε ομάδα, είτε σε ομάδες του νηπιαγωγείου που ισχύει η συνεκπαίδευση τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών με παιδιά με αυτισμό. Έχοντας ως θεμέλια την μουσική και την κίνηση και με μια τοποθέτηση, που προσεγγίζει όλα τα

αισθητηριακά όργανα, η ΘΡ δίνει πολλαπλές δυνατότητες αντιμετώπισης των προβλημάτων του παιδιού με αυτισμό και της υποστήριξής του (Kessler-Κακουλίδη, 2009).

Οι διάφορες μουσικοθεραπευτικές προσεγγίσεις που εφαρμόζονται στα παιδιά/άτομα με αυτισμό, συμπεριλαμβανόμενης και της ΘΡ, αν και μπορεί να διαφέρουν ενδεχομένως μεταξύ τους ως προς την υλοποίηση, συμπίπτουν ωστόσο όσον αφορά τον στόχο τους που είναι η επίλυση των δυσκολιών που εμφανίζουν τα παιδιά/άτομα αυτά. Η ΘΡ στοχεύει στην ανάπτυξη κοινωνικών, επικοινωνιακών και λεκτικών δεξιοτήτων, στην ψυχοκινητική ανάπτυξη και στην αλλαγή συμπεριφορών του παιδιού/ατόμου οι οποίες δυσκολεύουν την ένταξή του στην κοινωνική ζωή (όπως επιθετικότητα ή στερεοτυπικές συμπεριφορές: κινητικές, λεκτικές, συμπεριφοριστικές / αυτοτραυματισμοί - απλά και σύνθετα τικ ) (Kessler & Κακουλίδη, 2009).

Η Θεραπευτική Ρυθμική στην εφαρμογή της σε παιδιά και άτομα με αυτισμό στοχεύει πρωταρχικά στην ενεργοποίηση κοινωνικό-επικοινωνιακών διαδικασιών. Ως γνωστό τα παιδιά/άτομα με αυτισμό μειονεκτούν σημαντικά στον τομέα της κοινωνικής διαντίδρασης και της επικοινωνίας, γεγονός που δυσκολεύει την ένταξή τους στο κοινωνικό και σχολικό πλαίσιο. Όπως αναφέρει ο Σούλης, (2008) «Ειδικότερα, από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, προέκυψε ότι το μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίας αναφορικά με τη συνεκπαίδευση παρουσιάζουν οι μαθητές με αυτισμό.» Συνεπώς ένας από τους πρώτους στόχους μας στην ΘΡ είναι να διερευνούμε στο παιδί τον βαθμό δυσκολιών που παρουσιάζει και σε ποιους τομείς εμφανίζει τα πιο έντονα προβλήματα Στην περίπτωση του παιδιού με αυτισμό, οι φωνητικές του εκφράσεις καθώς και η κινητικές στερεοτυπίες (Τσίρης, 2005 : Attwood, 2009) είναι καμιά φορά η μοναδική δυνατότητα του ίδιου να δίνει μορφή στις εσωτερικές τους θεάσεις, να απεικονίζει τα συναισθήματά του, καθώς και να επικοινωνεί με τους άλλους. Με αφετηρία αυτές τις εκφράσεις παρέχεται η δυνατότητα να εισβάλλουμε στον κόσμο του παιδιού και να επικοινωνήσουμε μαζί του (Kessler-Κακουλίδη, 2009).

Όπως επισημάνει ο Dreher, (Σούλης, 2003) «Οι πράξεις της αισθητήριας αντίληψης και οι κινήσεις είναι δημιουργικές συναντήσεις με τον κόσμο, είναι κάτι πρωτογενές και ταυτόχρονα συνιστούν ένα αποτέλεσμα.» Με προϋπόθεση το γεγονός ότι η ΘΡ χρησιμοποιεί τη μουσική και τη κίνηση για θεραπευτικούς σκοπούς, οφείλουμε να

εξετάσουμε, γιατί η μουσική και η κίνηση παίζει τόσο σημαντικό ρόλο για τα παιδιά αυτά, και γιατί τους δίνει τόση ευχαρίστηση (Σούλης, 2003).

Ο λόγος σχετίζεται με το γεγονός ότι η μουσική:

- ✓ γίνεται κατανοητή χωρίς την ομιλία ή την εικονογράφηση
- ✓ προκαλεί αντίδραση και επικοινωνία
- ✓ προσφέρει και προκαλεί συναισθήματα
- ✓ προσφέρει συναισθηματική ασφάλεια και σιγουριά εξαιτίας των κανόνων που τη διέπουν (αρχή, τέλος, επανάληψη στο ρυθμό και στην μελωδία)

Σχετικά με το ρόλο που διαδραματίζει η κίνηση στα παιδιά με αυτισμό μπορούν να παρατηρηθούν τα εξής:

- ✓ Η κίνηση είναι ο μεσολαβητής, η γέφυρα μεταξύ του παιδιού και του έξω κόσμου.
- ✓ Η κίνηση, όπως και η στερεοτυπική κίνηση, βοηθά στην συναισθηματική αποφόρτιση και στην απόκτηση ενός αισθήματος ασφάλειας.
- ✓ Μέσω της κίνησης δίνεται η δυνατότητα στο παιδί για αισθητηριακή πρόσληψη των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος.
- ✓ Η κίνηση είναι τρόπος επικοινωνίας.

Με βάση τα προαναφερθέντα συμπεραίνεται ότι το παιδί με αυτισμό, μπορεί να χρησιμοποιεί τη μουσική και την κίνηση σαν μη-λεκτικά μέσα επικοινωνίας. Με την άμεση αλληλεπίδρασή τους προωθούν μια συνάντηση του παιδιού με τον έξω κόσμο καθώς και την ευκαιρία για την ανάπτυξη της επικοινωνίας.

Στη ΘΡ χρησιμοποιούμε εκτός από τη μουσική, την κίνηση και τον λόγο (σε μορφή τραγουδιού ή αυτοσχεδιάζοντας με συλλαβές, λέξεις ή σύντομες φράσεις) μουσικά όργανα (βασικό το πιάνο, κιθάρα, φλογέρα, κρουστά και όργανα Orff) καθώς και υλικό (στεφάνια, μπάλες, ξύλινα ραβδιά, σακουλάκια με ρύζι) που υποστηρίζει την αισθησιοκινητική ανάπτυξη του παιδιού (Kessler & Κακουλίδη, 2009).

## Συμπεράσματα

Ο αυτισμός στις μέρες μας αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο που τείνει να αυξάνεται χρόνο με τον χρόνο. Αυτό γίνεται εμφανές άλλωστε και από τις έρευνες των τελευταίων ετών που δείχνουν τα ποσοστά του αυτισμού αυξημένα. Ο αυτισμός είναι μία πάθηση που διαρκεί ευ όρου ζωής. Σε κάθε περίπτωση, τα άτομα που πάσχουν από το αυτιστικό σύνδρομο, δεν μπορούν να ξεφύγουν από αυτό, είναι όμως δυνατό, με την κατάλληλη θεραπεία και φροντίδα να βελτιωθούν και να διδαχθούν κάποιες τεχνικές αυτοσυντήρησης που θα τους βοηθήσουν γενικότερα κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών που θα μπορούσε κανείς να πει ότι έχουν «ξεπεράσει» τον αυτισμό, αλλά αυτές είναι απειροελάχιστες και προήλθαν αφού πραγματοποιήθηκε έγκαιρη διάγνωση σε πρώιμο στάδιο.

Έτσι, αυτισμός είναι μια σοβαρή διάχυτη ή καθολική αναπτυξιακή διαταραχή. Εμφανίζεται σε 10-20 άτομα ανά 10.000 γεννήσεις και η αναλογία αγοριών-κοριτσιών είναι 4:1. Τα άτομα με αυτισμό εμφανίζουν «τριάδα διαταραχών» στους τομείς της επικοινωνίας, της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της δημιουργικής φαντασίας.

Μετά από πλήθος μελετών και αφού ξεπεράστηκαν τα αρχικά συμπεράσματα του Kanner ότι ο αυτισμός αποτελεί «έμφυτη διαταραχή», τα οποία ομολογουμένως καθυστέρησαν την εξέλιξη και την εφαρμογή των σωστών θεραπευτικών μεθόδων, αναπτύχθηκαν διάφορες μέθοδοι οι οποίοι πραγματικά μπορούν να οδηγήσουν σε πολύ καλά αποτελέσματα σε ότι αφορά στην εξέλιξη των αυτιστικών ατόμων. Ανάμεσα σε αυτές έχουμε τις εκπαιδευτικές μεθόδους όπως η μέθοδος TEACCH, η μέθοδος Makaton και η μέθοδος PECS, αλλά και άλλα είδη μεθόδων όπως η μουσικοθεραπεία και η θεραπεία μέσω της φυσικής αγωγής (ιπποθεραπεία, bowling, πολεμικές τέχνες, στίβος, κολύμβηση κ.α).

Ο αυτισμός χαρακτηρίζεται από προβλήματα επικοινωνίας, ένα σημαντικό κομμάτι της οποίας είναι η ομιλία. Η προβληματική ομιλία αυτών των παιδιών είναι αποτέλεσμα του βαθύτερου επικοινωνιακού τους προβλήματος και όχι το αίτιο αυτού. Ωστόσο, η διαταραχή του λόγου επιδεινώνει ακόμα περισσότερο αυτή την αδυναμία τους και τα παγιδεύει σε ένα φαύλο κύκλο αδυναμίας έκφρασης – επικοινωνίας που είναι δυνατό να καταλήξει στο αδιέξοδο της κοινωνικής απομόνωσης.

Καθοριστικός σε κάθε περίπτωση είναι ο ρόλος της οικογένειας αλλά και όλων των ειδικών (ιατρών, εργοθεραπευτών, λογοθεραπευτών, φυσιοθεραπευτών κ.α) οι οποίοι θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να μπορέσουν να συνεργαστούν άψογα ώστε να εφαρμοστεί από κοινού ένα επιλεγμένο και εξατομικευμένο πρόγραμμα στο παιδί που έχει κάποια από τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού.

Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως το αυτιστικό άτομο θα πρέπει να δέχεται ποικιλία παρεμβάσεων καθώς μεγαλώνει. Αυτό πρέπει να γίνεται καθώς οι διάφορες διαταραχές του αυτιστικού φάσματος είναι πολύπλευρες και χρόνιες. Έτσι, οι διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις πρέπει να διαδέχονται η μία την άλλη ενώ ταυτόχρονα πρέπει να είναι αλληλοεξαρτώμενες. Στη μικρή λοιπόν ηλικία του παιδιού, οι στόχοι της θεραπείας αφορούν την προώθηση της επικοινωνιακής του ταυτότητας και την εκπαίδευσή του σε ηθικό και ακαδημαϊκό επίπεδο. Ταυτόχρονα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ψυχοεκπαίδευση και η συμβουλευτική παροχή στους γονείς. Στο επόμενο στάδιο, οι διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις δίνουν προτεραιότητα στις κοινωνικές δεξιότητες, ενώ είναι ιδιαίτερα σημαντική και η καταπολέμηση πιθανής κατάθλιψης και άγχους των παιδιών

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ελληνική Βιβλιογραφία**

- Αλεξίου, Χ. (2001). Κραυγή μέσα στον κόσμο της σιωπής: Μερικά γράμματα γονιών αυτιστικών παιδιών., Αναζητώντας το Μίτο της Αριάδνης., Πρακτικά Ά Ευρωπαϊκού Συνεδρίου για τον αυτισμό στην Ελλάδα., Αθήνα: Υπουργεία Υγείας Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων
- Αντωνιάδου – Χίτογλου Μ., (2004). Ο Αυτισμός ως πρότυπο διαταραχών επικοινωνίας., Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές – Σύγχρονες Προσεγγίσεις Στην Εκπαίδευση Παιδιών με Αυτισμό., Πρακτικά Σεμιναρίου, Δράμα 28 Απριλίου, 8 και 9 Μαΐου 2004.
- Βαβέτση Σ. (2004). Διάγνωση και κατάρτιση εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος για παιδιά με Αυτισμό., Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές – Σύγχρονες Προσεγγίσεις Στην Εκπαίδευση Παιδιών με Αυτισμό., Πρακτικά Σεμιναρίου, Δράμα 28 Απριλίου, 8 και 9 Μαΐου 2004.
- Βάρβογλη, Λ. (2006). Η διάγνωση του αυτισμού-Πρακτικός οδηγός. Αθήνα: Καστανιώτη
- Βερνάδος, Μ. & Τερεζάκη, Μ. (2004). Αυτισμός και σύνδρομο Asperger. Παιδαγωγικό Βήμα Αιγαίου. 70:14-21.
- Βογινδρούκας, Ι. Καλομοίρης, Γ. Παπαγεωργίου, Β. (2007). Αυτισμός - Θέσεις και Προσεγγίσεις. Αθήνα: Ταξιδευτής.
- Βογινδρούκας, Ι. & Sherratt, D. (2005). Οδηγός εκπαίδευσης παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Αθήνα: Ταξιδευτής.
- Βογινδρούκας, Ι. (2002). Η ανάπτυξη του λόγου σε παιδιά με αυτισμό και βαριές διαταραχές στην επικοινωνία. Ιωάννινα.
- Γενά, Α. & Γαλάνης, Π. (2007). Προσεγγίσεις σε θέματα ειδικής εκπαίδευσης. Ρέθυμνο: Γραφότυπο.
- Γκονέλα, Ε., (2006). Αυτισμός, αίνιγμα και πραγματικότητα, από τη θεωρητική εκπαίδευση στην παρέμβαση. Αθήνα: Οδυσσέας



- Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ., (2002). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος
- Καλύβα Ε., (2005). Αυτισμός – Εκπαιδευτικές και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις., Αθήνα: Παπαζήση.
- Καραντάνος, Γ. (2000). Τι ξέρουμε για τον αυτισμό. Πρακτικά Σεμιναρίου, Αθήνα.
- Καρτασίδου, Λ. (2004). Μουσική Εκπαίδευση στην Ειδική Παιδαγωγική. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κρουσταλάκης, Γ., (2005). Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και στο σχολείο - Ψυχοπαιδαγωγική Παρέμβαση, (ΣΤ' εκδ.). Αθήνα : Δανιάς
- Κυπριωτάκης, Α. (1995). Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες. Αθήνα: Λύχνος.
- Κυπριωτάκης, Α. (1995). Τα παιδιά με αυτισμό και η αγωγή τους. Ηράκλειο: Γρηγόρης.
- Κυπριωτάκης, Β. Α. (1997). Τα παιδιά με αυτισμό και η αγωγή τους. Ηράκλειο.
- Κυπριωτάκης, Α. (2003). Τα παιδιά με αυτισμό και η αγωγή τους. Ηράκλειο: Παπαγεωργίου
- Μάνος, Ν. (1997). Διαταραχές της επικοινωνίας. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: Studio Press.
- Μανωλόπουλος, Σ. & Τσιάντης, Γ. (1988). Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής Β' Τόμος. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Μπεξεβέγκης, Η. (1997). Παιδιά με διαταραχές επικοινωνίας: εφαρμογές σύγχρονης τεχνολογίας πληροφορικής και υπερβαρύτητας στη βελτίωση της εξέλιξής τους. Ιατρικό περιοδικό Αριστοτελείου Πανεπιστημίου. 33(2):103-111.
- Μπουσκάλια, Λ. (1993). Άτομα με ειδικές ανάγκες και οι γονείς τους. Μία πρόκληση στη συμβουλευτική. Αθήνα: Γλάρος
- Νότας Στέργιος., (2005). Το φάσμα του αυτισμού – Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, ένας οδηγός για την οικογένεια, Λάρισα : Έλλα.
- Παπαγεωργίου, Β. (2005). Ο παιδίατρος αντιμέτωπος με σύγχρονα «προβλήματα» του παιδιού και της οικογένειας. Δελτίο Α Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών. 53(3):197-216.

- Παπαγεωργίου, Β. (2012). Θεραπευτικές προσεγγίσεις των διαταραχών του φάσματος του Αυτισμού., Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Β. Ελλάδος., Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.
- Πουρκός, Μ. (2000). Ηθική δράση και διαδικασίες διαμόρφωσης των ηθικών προσανατολισμών των δύο φύλων: Προς μία Οικο-Σωματικο-Βιωματική προσέγγιση και μία Βιωματική, Ευρετική και Επικοινωνιακή Ψυχοπαιδαγωγική., Στο Μ.Ι. Βάμβουκας & Α.Δ. Πεδιαδίτης (Επιμ.), Δύσκολες μορφές συμπεριφοράς στη σχολική τάξη., Ρέθυμνο.
- Σούλης, Σ. Γ. (2003) Τα παιδιά με Βαριά Νοητική Καθυστέρηση και ο Κόσμος τους. Αθήνα: Gutenberg-Παιδαγωγική Σειρά.
- Σούλης, Σ. Γ. (2008) Ένα Σχολείο για Όλους. Από την έρευνα στην πράξη.
- Σταμάτης, Σ. (1987). Οχυρωμένη σιωπή, γέφυρες επικοινωνίας με το αυτιστικό παιδί, εικόνα- αντιμετώπιση- αποκατάσταση. Αθήνα: Γλάρος.
- Σταμάτης, Σ. (1987). Γονείς παιδιών με αυτισμό-Διεπιστημονική προσέγγιση των βιοψυχοκοινωνικών προβλημάτων τους. Νοσηλευτική. 48(1). 72-83.
- Συριοπούλου – Δελή Χ., Κασίμος Δ., (2013), Επικοινωνία και εκπαίδευση ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές / αυτισμό., Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Ταγκούλη, Ε. (2007). Αξιολόγηση και συστηματική παρατήρηση παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος. 22(2):178-185.
- Τζίμας, Γ. (2008). Τα δικαιώματα των ατόμων με αυτισμό.Εγκέφαλος. 44(2):132-133.
- Τσιμάρας, Β. (2012). Σημειώσεις στην Προσαρμοσμένη Φυσική Δραστηριότητα I. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης., Τμήμα Επιστήμης και Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού., Τομέας Βιολογίας της Άσκησης., Θεσσαλονίκη.
- Τσιμάρας, Β. (2011). Σημειώσεις στην Προσαρμοσμένη Φυσική Δραστηριότητα II. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης., Τμήμα Επιστήμης και Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού., Τομέας Βιολογίας της Άσκησης., Θεσσαλονίκη
- Τσίρης Γ. (2005) Η Χρήση του Μουσικού Αυτοσχεδιασμού για την Ενίσχυση της Αλληλεπίδρασης σε Άτομα με Αυτισμό – μια μελέτη περίπτωσης. Δημοσίευτη Διπλωματική Εργασία Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος

Φρανσίς, Κ., (2007). Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές ή Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος. Διαναπηρικός Οδηγός Εξειδίκευσης (ΕΠΕΑΕΚ). Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

## **Ξένη Βιβλιογραφία**

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1999), Practice Parameters for the assessment and treatment of Children, Adolescents and Adults with Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. 38(12) Supplement, 32S-54S.

American Psychiatric Association (APA), (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders., 4<sup>th</sup> edition., Washington D.C : Author

Aspenger H., (1944). Die autistischen Psychopathen im Kindsalter., Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 117: 76-136

Attwood, T. (2009). Σύνδρομο Asperger. Ένας Πλήρης Οδηγός. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Bailey A & Lord C. (2002). Autism Spectrum Disorder. In M. Rutter & E. Taylor (eds) Child and Adolescent Psychiatry 4<sup>th</sup> Edition. Oxford: Blackwell Publishing pp.636-663.

Bailey, T., Le Couteur, A., Gottesman, I, Bolton, P., Simonoff, E., Yuzda, E., & Rutter M., (1995). Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study., Psychological Medicine., 25: 63-77.

Baron – Cohen S., Wheelwright S., Skinner R., Martin J, and Clubley E., (2001). The Autism – Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrom/ High – Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians., Journal of Autism and Developmental Disorders., Vol 31: 5-17

Baron-Cohen, S. & Bolton, P. (1993). Autism the facts: A guide for parents. Oxford: Oxford University Press.

Berand G. (1982). Hearing Equals Behavior (transl). New Canaan, CT: Keats 1993

- Bettelheim, B. (1967). *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*. New York: Free Press.
- Bomba C, O'Donnell L, Markowitz C, Holmes DL. (1996), Evaluating the impact of facilitated communication on the communicative competence of fourteen students with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 26: 43-58.
- Brodkin ES, McDougle CJ, Naylor ST, Cohen DJ, Price LH. (1997), Clomipramine in adults with pervasive developmental disorders: a prospective open-label investigation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 7: 109-121.
- Campbell M, Shay J. (1995). Pervasive developmental disorders. In: HI Kaplan, BJ Sadock (eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV, Vol 2*. Baltimore: William and Wilkins, pp. 2277-2293.
- Campbell M, Schopler E, Gueva JE & Hallin A. (1996). Treatment of autism. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 35(2): 134-143.
- Cohen DJ, Volkmar FR (1997). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: Wiley, pp. 325-343.
- Collia-Faherty, C. (μετάφρ. Χατζηδημητρίου Χ.) (1999). *Αυτισμός ένας Ύμνος στην Επικοινωνία – Κατανόηση του αυτισμού και των εκπαιδευτικών στρατηγικών*. Ελληνική Εταιρία Αυτιστικών Ατόμων.
- Dawson G, Osterling J. (2000). Early Intervention in Autism. In: MJ Guralnick, PH Brookes (eds) *The Effectiveness of Early Intervention*. Baltimore, pp. 307-326.
- Dawson G. and Osterling J. (1997) Early intervention in autism. The effectiveness of early intervention, *Journal of Autism and Developmental Disorders*
- Delion, P. (2000). *Τα βρέφη σε αυτιστικό κίνδυνο*. Εκδόσεις University studio press, Θεσσαλονίκη.
- DeLong GR, (1998). Teague LA, & McSwain Kamran M. Effects of fluoxetine treatment in young children with idiopathic autism. *Developmental Medicine in Child Neurology* 40: 551-562.
- Elliott, R.O., Dobbin, A.R., Rose, G.D. & Soper, H.V. (1994) Vigorous, aerobic exercise versus general motor training activities: Effects on maladaptive and

stereotypic behaviors of adults with both autism and mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(5), 565-576.

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

Frith, U. (1996). *Αυτισμός: εξηγώντας το αίνιγμα*. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.

Frith, U. (1992). *Αυτισμός*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Frith, U., (1989). *Autism. Explaining the enigma*. Oxford: Blackwell.

Frude, N. (1992). *Understanding family problems: A psychological approach*. Chichester: John Willey

Gerhardt PF & Holmes DL. (1997). *Employment: options and issues for adolescents and adults with autism*. In: D. Cohen & F. Volkmar (eds) *Handbook of Autism and Developmental Disorders* 2<sup>nd</sup> edn. New York: Wiley, pp. 650-664.

Gillberg, C. (1990). *Autism and pervasive developmental disorders*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(1), 99-119.

Gove, W.R., Geerken, M.R., (1996). *The effect of children and employment on the mental health of married men and women*. *Social Forces*, 56, 66-76.

Grandin Temple & Scariano Margaret., (1995). *Διάγνωση: Αυτισμός.*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Gray CA & Garand JD. (1993). *Social stories: improving responses of students with autism with accurate social information*. *Focus on Autistic Behavior* 8: 1-10.

Gray, D.E., (1993). *Perceptions of stigma: The parents of autistic children*. *Sociology of health and illness*, 15:102-120.

Hani Raoul Khouzam, Fayez El-Gabalawi, Nabeel Pirwani, and Fiona Priest (2004). *Aspergers disorder: A review of its diagnosis and treatment.*, *Comprehensive Psychiatry* 45 (3): 184-91

Happe F., (2003). *Αυτισμός*, Αθήνα: Gutenberg

Happe F. (1998) *Αυτισμός. Ψυχολογική Θεώρηση*. Αθήνα: Gutenberg Verlag

Hare DJ. (1997). *The use of cognitive-behavioural therapy with people with Asperger syndrome: a case study*. *Autism*, 1(2): 215-225.

- Helt M, Kelley E, Kinsbourne M et al. (2008). Can children with autism recover? if so, how?, *Neuropsychol Rev* 18 (4): 339–66.
- Howlin P, Goode S, Hutton J, Rutter M (2004). Adult outcome for children with autism., *J Child Psychol Psychiatry* 45 (2): 212–29.
- Huettig, C. & Darden-Melton, B. (2004). Acquisition of Aquatic Skills by Children with Autism. *Palaestra*, 20, 20-27.
- Hulls, D., Walker, L. & Powell, J. (2006). Clinicians' Perceptions of the Benefits of Aquatic Therapy for Young Children with Autism: A Preliminary Study. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 26(1/2).
- Hurth J, Shaw E, Izeman S, Whaley K & Rogers S. (1999)., Areas of agreement about effective practices among programs serving young children with autism spectrum disorders. *Infants and Young Children* 1999, 12: 17-26.
- ICD-10. Ψυχικές Διαταραχές και Διαταραχές Συμπεριφοράς. Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας
- Jordan, R. (2000). Αυτισμός-Ψυχολογική Θεώρηση. Αθήνα: Gutenberg.
- Jordan, R. Powell, S. (μετάφρ. Καλύβα Ε.) (2000). Κατανόηση και Διδασκαλία Παιδιών με Αυτισμό. Ελληνική Εταιρία Αυτιστικών Ατόμων.
- Kanner L., (1943). Autistic Disturbances of affective contact., *Nervous Child*, (2):217-250
- Kanner L. (1949). Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *American Journal of Orthopsychiatry* 19: 416-426.
- Kaufman B. (1981). *A Miracle to Believe In*. New York: Doubleday.
- Koegel, R.L., Schreibman, L., Johnson, J., O'Neil, R.E & Dunlap, G. (1984). Collateral effects of parent training on families with autistic children. In R.F. Dangel & R.A. Polster (Eds), *Parent Training: Foundation of research and practice*. New York: Guilford.
- Kolmen BK, Feldman HM, Handen BL, Janosky JE. (1997). Naltrexone in young autistic children: replication study and learning measures. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: 1570-1578.

- Lennard-Brown, S. (2004). Αυτισμός. Αθήνα: Σαββάλας.
- Lohr, W. D., & Tanguay, P. (2013). DSM-5 and proposed changes to the diagnosis of autism. *Pediatric annals*, 42(4), 161-166.
- Lord C, Bailey A. (2002). Autism Spectrum Disorders. In: M. Rutter & E. Taylor (eds) *Child and Adolescent Psychiatry 4th edition* pp. 643-650.
- Lord C., Paul R., (1997). *Language and Communication in Autism: Strategies for Onitiating Positive Interactions and Improving Learning Opportunities*. Baltimore MD: Brookes.
- Lord C. (1995). Facilitating social inclusion. In: E. Schopler, G. Mesibov (eds) *Learning and Cognition in Autism*. New York: Plenum pp. 221-239.
- Marcus L, Schopler E & Lord C (2000). TEACCH services for preschool children. In: J Handleman & SL Harris (eds), *Preschool Education Programs for Children with Autism* pp. 215-232, Pro-Ed, Autsin, TX.
- Marcus L, Kunce LJ, Schopler E. (1997). Working with families. In: D.J. Cohen and F.R. Volkmar (eds) *Handbook of Autism and Developmental Disorders*. New York: Wiley, pp. 631-649.
- Martin A, Koenig K, Anderson GM, & Scahill L., (2003). Low-dose fluvoxamine treatment of children and adolescents with pervasive developmental disorders: A prospective, open-label study. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 33: 77-85.
- Mesibov G. (1995). A comprehensive program for serving people with autism and their families: The TEACCH model. In: J.L. Matson (Ed) *Autism in Children and Adults: Etiology, Assessment and Intervention*. Belmont, CA: Brooks-Cole, pp. 85-97.
- Myers SM, Johnson CP, Council on Children with Disabilities (2007). «Management of children with autism spectrum disorders». *Pediatrics* 120 (5): 1162–82
- National Institute of Health (NIH) (1998). Autism and communication. Part: 99-4315.
- O'Connor, J., French, R. & Henderson, H. (2000) Use of physical activity to improve behavior of children with autism. *Two for One Benefits Palaestra*, 16(3), 1-5.

- Ozonoff S & Cathcart K. (1998). Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. . *Journal of Autism and Developmental Disorders* 28: 25-32.
- Pan, C. Y. (2011). The efficacy of an aquatic program on physical fitness and aquatic skills in children with and without autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 657–665.
- Pfeiffer SI, Norton J, Nelson L, Shott S. (1995). Efficacy of vitamin B6 and magnesium in the treatment of autism: a methodology review and summary of outcomes. *Journal of Autism Dev Disorders* pp. 481-493.
- Quill, K. A., (2005). Διδάσκοντας τα παιδιά με αυτισμό. Τρόποι για να αναπτύξετε την επικοινωνία και την κοινωνικότητα. Περιστέρι: Έλλην
- Randal, P.E. (1995). Autism: Support work for families. *Behavioural Social Work Review*, 16: 3-39.
- Randal, P. & Parker, J. (1999). Supporting families of children with autism. Chichester: John Wiley.
- Rodrigue, J.R., Morgan, S.B. & Geffken, G. (1991). A comparative evaluation of adaptive behavior in children and adolescents with autism, Down syndrome and normal development. *Journal of autism and Developmental Disorders*, 21: 187-196.
- Rogers SJ. (1998). Empirically supported comprehensive treatments for young children with autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry* 27: 168-179.
- Rutter, M. (1990). Νηπιακός αυτισμός: Σύγχρονες αντιλήψεις και αντιμετώπιση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Rutter M, & Bartak L., (1973). Special educational treatment of autistic children: a comparative study. I. Design of study and characteristics of units. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 14: 161-179.
- Sanders, J.L. & Morgan, S.B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down's syndrome: Implications for intervention. *Child and Family Behaviour Therapy*, 19(4): 15-33.
- Sandler AD, Sutton KA, DeWeese J, Girardi MA, Shepard V, Bodfish JW. (1999). Lack of benefit of a single dose of synthetic human secretin in the treatment of autism



and pervasive developmental disorder. *New England Medical Journal* 341: 1801-1806.

Schopler, E. & Mesibov, G. (1995). *Learning and cognition in autism.*, Plenum Press: New York.

Schopler, E. (1995). Family perspectives on raising a child with autism. *Journal of child and family studies*. 9:409-423.

Schumacher K. (1999,2004) *Musiktherapie und Sauglingsforschung*. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag)

Shea V. (1993). Interpreting results to parents of preschoolers. In: E Schopler, ME Van Bourgondien, MM Bristol (eds) *Preschool Issues in Autism*. New York: Plenum 1993, pp. 185-198.

Silverman C (2008). Fieldwork on another planet: social science perspectives on the autism spectrum., *Biosciences* 3 (3): 325–41.

Szatmari P, Jones MB, Zwaigenbaum L, MacLean JE. (1998). Genetics of autism: overview and new directions. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 28:351-368.

Tanguay PE. (2000). Pervasive Developmental Disorders: A 10-Year Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39(9): 1079-1095.

Trute, B. & Hauch, C. (1998). Social network attributes of families with positive adaptation to the birth of a developmentally disabled child. *Canadian Journal of Community Mental Health* 7:5-11.

Tsai, L. T. (1998). Briefing paper: Pervasive developmental disorders. National Information Center for Children and Youth with Disabilities, FS20, 1-16.

Volkmar FR, Lord C, Bailey A, Schultz R& Klin A. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45(1): 135-170.

Watling R, Deitz J, Kanny EM, & McLaughlin JF. (1999). Current practice of occupational therapy for children with autism. *American Journal of Occupational Therapy* 53: 498-505.

- Weber, C. M. (1999) Tanz- und Musiktherapie zur Behandlung autistischer Storungen. Gottingen: Verlag fur Angewandte Psychologie
- Weitz, C., Dexter., M. & Moore, J. (1997). AAC and Children with Developmental Disabilities., in S. Glennen & D. Decoste (eds) Handbook of Augmentative and Alternative Communication, San Diego, CA : Singular, pp. 395-431
- Wing L., (1988). The continuum of characteristics., In E. Schopler and G. Mesibov (Eds) Diagnosis and Assessment in Autism. New York : Plenum Press
- Wing L. (1983). Social and interpersonal needs. In: E. Schopler, G. Mesibov (eds) Autism in Adolescents and Adults. New York: Plenum Press, pp. 337-353.
- Wing, L. (μετάφρ. Πρώιος Π.) (2000). Το αυτιστικό φάσμα. Ελληνική Εταιρία Αυτιστικών Ατόμων.
- Wing, L. (1976) Early childhood autism: Clinical, educational and social aspects. (2nd ed.). Pergamon, Oxford
- World Health Organization (WHO). (1994). International classification of diseases., 10<sup>th</sup> edition., Geneva, Switzerland: Author

### **Πηγές από το Διαδίκτυο**

- Βιγοδρούγκας I., (2012). Τι είναι το Makaton., <http://www.specialeducation.gr/frontend/article.php?aid=355&cid=72>
- ΕΛΕΘΠ (2011), Ελληνική Εταιρία Θεραπευτικής Ιππασίας., Γνωρίζετε για τη θεραπευτική Ιππασία; <https://www.noesi.gr/node/4643>
- Ιωαννίδου Λουίζα., (2018)., Αυτισμός., <https://www.paidiatros.com/asthenies/xronies-arrosties/autism>
- Kessler- Κακουλίδη Lucia., (2009), Μουσικοθεραπεία και αυτισμός – Υποστηρικτική παρέμβαση στην προσχολική και σχολική ηλικία., <http://o-m-a-d-a.blogspot.com/2009/11/blog-post.html>

- Lisa Jo Rudy., (2018). What are the best sports for kids with autism? Many sports offer great benefits for kids with autism., Very Well Health., <https://www.verywellhealth.com/best-sports-for-kids-with-autism-260157>
- Noesi (2006). Οδηγός: Φυσική άσκηση για μαθητές 5-8 ετών με αυτισμό (Εγχειρίδιο για εκπαιδευτικούς)., <https://www.noesi.gr/book/syndrome/autism/odigos-fisikis-askisis-gia-ekpaideftikous>
- Πολύζος Ν., (2012). Θεραπευτική Ιππασία και Ιπποθεραπεία., <https://www.noesi.gr/book/intervention/therapeftiki-ippasia-ippotherapeia>
- ΥΠΕΠΘ, (2003). Υπουργείο Εθνικής Παιδείας Και Θρησκευμάτων., Παιδαγωγικό Ινστιτούτο., Τμήμα Ειδικής Αγωγής., Προγράμματα Ειδικής Αγωγής., Αναλυτικά προγράμματα σπουδών για μαθητές με αυτισμό., [http://www.pi-schools.gr/special\\_education/aps-depps-autismos.pdf](http://www.pi-schools.gr/special_education/aps-depps-autismos.pdf)

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## **1. Χάρτης των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Αυτισμό**

Η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Οργανώσεων Γονέων Ατόμων με Αυτισμό, στο 4<sup>ο</sup> Συνέδριο της στη Χάγη, 10 Μαΐου 1992, ψήφισε τον ακόλουθο χάρτη των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Αυτισμό.

Τα άτομα με αυτισμό θα πρέπει να έχουν τα ίδια δικαιώματα και προνόμια που έχουν όλοι οι πολίτες των ευρωπαϊκών χωρών.

Τα δικαιώματα αυτά θα πρέπει να προστατεύονται και να επιβάλλονται με κατάλληλη νομοθεσία σε κάθε κράτος.

Η Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Πνευματικές Αναπηρίες (1971) και για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες (1975) και άλλες σχετικές διακηρύξεις για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου θα πρέπει να ληφθούν υπόψη. Ιδιαίτερα για τα άτομα με αυτισμό θα πρέπει να περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να ζουν μια ανεξάρτητη και πλήρη ζωή αξιοποιώντας στο έπακρο τις δυνατότητες τους.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό για μια προσιτή, αντικειμενική και ακριβή κλινική διάγνωση και εκτίμηση.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό για μια προσιτή, κατάλληλη εκπαίδευση.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό (και των εκπροσώπων τους) να συμμετέχουν στις αποφάσεις που καθορίζουν το μέλλον τους. Οι επιθυμίες τους πρέπει, όσο είναι δυνατόν, να εξακριβώνονται και να γίνονται σεβαστές.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό για μια προσιτή και κατάλληλη κατοικία.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό για εφόδια, βοήθεια και κρατικές υπηρεσίες στήριξης που τους είναι απαραίτητες, έτσι ώστε να έχουν μια πλήρη και αξιοπρεπή ζωή.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό για ένα εισόδημα αρκετό για τροφή, ένδυση, στέγαση και άλλα απαραίτητα για επιβίωση

- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να συμμετέχουν όσο είναι δυνατό στην ανάπτυξη και διοίκηση των υπηρεσιών που εξασφαλίζουν την ευημερία τους.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό για κατάλληλη ενημέρωση και φροντίδα για τη σωματική, ψυχική και πνευματική τους υγεία. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή κατάλληλης ιατρικής περίθαλψης και φαρμακευτικής αγωγής λαμβάνοντας υπόψη τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης και ασφάλειας του ατόμου.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό για επαγγελματική εκπαίδευση και απασχόληση χωρίς διακρίσεις και προκαταλήψεις. Για εκπαίδευση και εργασία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι δυνατότητες και το δικαίωμα επιλογής του ατόμου.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό για προσιτά μεταφορικά μέσα και ελεύθερη μετακίνηση.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να συμμετέχουν σε πολιτιστικές δραστηριότητες, ψυχαγωγία και αθλητισμό.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να έχουν ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες και στις διάφορες δραστηριότητες της κοινότητας.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να έχουν σεξουαλικές σχέσεις συμπεριλαμβανομένου και του γάμου, χωρίς εκμετάλλευση ή εξαναγκασμό.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να έχουν τα ίδια (και οι εκπρόσωποι τους) νομική βοήθεια και πλήρη προστασία όλων των δικαιωμάτων τους.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να μην απειλούνται από αυθαίρετο εγκλεισμό σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ή άλλο ίδρυμα.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να μην υπόκεινται σε κακή σωματική μεταχείριση ούτε να υποφέρουν από έλλειψη φροντίδας.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να μην υπόκεινται σε καμιά ακατάλληλη υπερβολική φαρμακευτική αγωγή.
- ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να έχουν πρόσβαση οι ίδιοι (και οι εκπρόσωποι τους) στον προσωπικό τους φάκελο ο οποίος περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικές με τον ιατρικό, ψυχολογικό, ψυχιατρικό και εκπαιδευτικό τομέα. (Γκονέλα, 2006)

## Τα Δικαιώματα των Γονέων

Έχετε την ελευθερία:

- Να αισθάνεστε ότι έχετε κάνει το καλύτερο δυνατό.
- Να απολαμβάνετε τη ζωή όσο πιο έντονα γίνεται, έστω και αν έχετε ένα παιδί με αναπηρία.
- Να αφήνετε το παιδί σας με αναπηρία να έχει τη ησυχία του.
- Να έχετε εχθρικές σκέψεις κάποτε, χωρίς να αισθάνεστε ένοχοι.
- Να χαίρεστε λίγο χρόνο με τον εαυτό σας.
- Να πείτε μερικές φορές ότι δε θέλετε να μιλάτε για το πρόβλημα του παιδιού σας.
- Πείτε: «Κουράστηκα να μιλάω για την αναπηρία του παιδιού μου».
- Να προσποιηθείτε κάποτε. Να πείτε ότι όλα πάνε καλά. Μην αισθάνεστε υποχρεωμένοι να λέτε την αλήθεια σε οποιονδήποτε σας ρωτάει.
- Να μην επαινείται το παιδί σας χωρίς να συντρέχει λόγος, ακόμα και αν σας έχουν συμβουλέψει να το κάνετε.
- Να πείτε στο παιδί σας ότι δε σας αρέσουν ορισμένα πράγματα που κάνει, παρόλο που έχει μια αναπηρία.
- Να αφιερώσετε όσο χρόνο θέλετε στο ανάπηρο παιδί σας, αλλά και να απομακρυνθείτε για λίγο από αυτό αν το επιθυμείτε.
- Να πείτε στους επαγγελματίες τι πιστεύετε πραγματικά για τη δουλειά που κάνουν και να απαιτήσετε να σεβαστούν τις απόψεις σας.
- Να έχετε τις δικές σας ασχολίες και ενδιαφέροντα.
- Να ξοδέψετε λίγο περισσότερα χρήματα για σας, ακόμα και αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να αντεπεξέλθετε στις υποχρεώσεις σας.
- Να πηγαίνετε ετήσιες διακοπές μακριά από το παιδί σας με αναπηρία. Να έχετε κάποιες μέρες, γιορτές, σαββατοκύριακα μακριά από το σπίτι σας και χρόνο με το σύζυγο σας για να τονώσετε το γάμο σας (Γκονέλα, 2006).

## 2. Ερωτηματολόγιο CHAT (Checklist for Autism in Toddlers, CHAT)

Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης (Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) είναι ένα σύντομο εργαλείο που στόχο έχει να ανιχνεύσει την πιθανότητα ύπαρξης αυτισμού σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Αποτελεί ένα πρώτο επίπεδο αξιολόγησης το οποίο οδηγεί σε μία απόφαση τύπου ναι/ όχι για το αν υπάρχει πιθανόν αυτισμός ή όχι, χωρίς όμως από μόνο του να δίνει τη διάγνωση. Η λίστα αυτή απαιτεί χρόνο χορήγησης 5-10 λεπτά και δεν χρειάζεται ιδιαίτερη εξάσκηση για να τη χρησιμοποιήσει κάποιος. Το ερωτηματολόγιο αυτό μπορεί να δοθεί στους γονείς παιδιών 18-36 μηνών. Οι 9 ρωτήσεις που περιλαμβάνει σχετίζονται με το αν το παιδί επιδεικνύει συγκεκριμένες συμπεριφορές, όπως: κοινωνικό παιχνίδι, κοινωνικό ενδιαφέρον για άλλα παιδιά, παιχνίδι φαντασίας, κοινή προσοχή, ικανότητα να δείχνει κάτι που το ενδιαφέρει, ικανότητα να δείχνει κάτι το οποίο επιθυμεί. παιχνίδι με τη χρήση του σώματος, κινητική ανάπτυξη και λειτουργικό παιχνίδι. Το ερωτηματολόγιο CHAT περιλαμβάνει επίσης και παρατήρηση 5 αλληλεπιδράσεων μεταξύ εξεταστή και παιδιού, κάτι το οποίο διευκολύνει τον εξεταστή να συγκρίνει την πραγματική συμπεριφορά του παιδιού με αυτήν που περιγράφουν οι γονείς.

Αν ο έλεγχος με το ερωτηματολόγιο CHAT δείξει ότι μάλλον δεν υπάρχει διάγνωση αυτισμού, εξακολουθεί να είναι σημαντικό να:

- Εξεταστεί το παιδί για άλλες αναπτυξιακές διαταραχές ή ιατρικό πρόβλημα που μπορούν να έχουν προκαλέσει την ανησυχία των γονιών.
- Συνεχιστεί η κατά περιόδους παρακολούθηση του παιδιού για προβλήματα τα οποία πιθανόν σχετίζονται με το αρχικό ζήτημα που προκάλεσε την ανησυχία των γονιών.

Δεν είναι πάντα εφικτό να εντοπιστούν όλα τα παιδιά με αυτισμό σε μικρή ηλικία. Επειδή τόσο η έναρξη των πρώτων ενδείξεων του αυτισμού, όσο και η βαρύτητα των συμπτωμάτων διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση, χρειάζεται περιοδική παρακολούθηση του παιδιού σε διαφορετικές ηλικίες, όταν εξακολουθεί να υπάρχει η ανησυχία για πιθανό αυτισμό.



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ CHAT

Όνοματεπώνυμο Παιδιού:.....

Ημερομηνία Γέννησης:.....Ηλικία:.....

Διεύθυνση Κατοικίας παιδιού:.....Τηλέφωνο:.....

### Μέρος Α: Ρωτήστε το γονιό:

ΕΡΩΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Αρέσει στο παιδί σας να το κουνάτε αγκαλιά, να το νταχτιρντίζετε στα γόνατά σας κ.λπ.;		
2. Ενδιαφέρεται το παιδί σας για άλλα παιδιά;		
3. Αρέσει στο παιδί σας να σκαρφαλώνει πάνω σε διάφορα πράγματα όπως σε σκάλες;		
4. Αρέσει στο παιδί σας να παίζει παιχνίδια τύπου «κούκου – τζά» ή κρυφτό;		
5. Έχετε παρατηρήσει το παιδί σας να ΠΑΡΙΣΤΑΝΕΙ, για παράδειγμα ότι φτιάχνει τσάι, χρησιμοποιώντας φλιτζανάκι και τσαγιέρα που είναι παιχνίδια ή παριστάνει άλλα πράγματα;		
6. Χρησιμοποιεί το παιδί σας το δείκτη του για να δείξει ή να ΖΗΤΗΣΕΙ κάτι;		
7. Χρησιμοποιεί το παιδί σας το δείκτη του για να δείξει το ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ του σε κάτι;		
8. Παίζει το παιδί σας κανονικά με μικρά παιχνίδια (π.χ. αυτοκινητάκια ή τουβλάκια), χωρίς απλώς να τα βάζει στο στόμα του, να τα κρατάει στα χέρια ή να τα ρίχνει κάτω;		
9. Σας φέρνει το παιδί (σε εσάς το γονιό) κάποιο αντικείμενο για να σας δείξει κάτι;		

## Μέρος Β: Παρατηρήσεις Εξεταστή

ΕΡΩΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
I. Στη διάρκεια αυτής της εξέτασης, το παιδί κάνει βλεμματική επαφή μαζί σας;		
II. Τραβήξτε την προσοχή του παιδιού και στη συνέχεια δείξτε με το δάχτυλο προς ένα ενδιαφέρον αντικείμενο στην άλλη άκρη του δωματίου λέγοντας: «Κοίτα, να ένα (το όνομα του παιχνιδιού)!». Παρατηρήστε το πρόσωπο του παιδιού. Κοιτάζει το παιδί στην άλλη άκρη του δωματίου για να δει το αντικείμενο που δείχνετε;		*
III. Τραβήξτε την προσοχή του παιδιού και στη συνέχεια δώστε του ένα σερβίτσιο παιχνιδι με φλιτζανάκια και τσαγιέρα, λέγοντάς του: «Μπορείς να φτιάξεις ένα φλιτζάνι τσάι;» Προσποιείται το παιδί ότι φτιάχνει το τσάι και το βάζει στο φλιτζάνι ή παριστάνει ότι το πίνει;**		
IV. Πείτε στο παιδί: «Που είναι το φώς;» ή «Δείξε μου το φώς». Σας δείχνει το παιδί με το δείκτη του το φώς;***		
V. Μπορεί να φτιάξει το παιδί ένα πύργο με κύβους; (Πόσους κύβους μπορεί να βάλει τον ένα πάνω στον άλλο;) (Νούμερο κύβων:.....)		

\*Για να βαθμολογήσετε ΝΑΙ, σιγουρευτείτε ότι το παιδί δεν κοιτάζει απλώς το χέρι σας αλλά το αντικείμενο που δείχνετε.

\*\* Αν μπορέσετε να δείτε κάποιο άλλο παράδειγμα όπου το παιδί προσποιείται κάτι σε ένα άλλο παιχνίδι, βαθμολογήστε ΝΑΙ αυτή την ερώτηση.

\*\*\* Επαναλάβετε την ερώτηση λέγοντας «που είναι το αρκουδάκι;» η κάποιο άλλο αντικείμενο το οποίο δεν μπορεί να φτάσει το παιδί, αν το παιδί δεν καταλαβαίνει τη λέξη «φως». Για να βάλετε ΝΑΙ σε αυτή την ερώτηση, το παιδί πρέπει να κοιτάζει προς το πρόσωπο σας περίπου όταν αρχίσετε να δείχνετε το αντικείμενο με το δάχτυλο

### 3. ΤΕΣΤ M-CHAT

Παρακαλώ απαντήστε τις παρακάτω ερωτήσεις σύμφωνα με το πως συμπεριφέρεται συνήθως το παιδί σας. Προσπαθήστε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Αν η συμπεριφορά είναι σπάνια (π.χ. την έχετε παρατηρήσει μία ή δύο φορές, απαντήστε στην ερώτηση σαν να μην έχει το παιδί σας τη συγκεκριμένη συμπεριφορά).

ΕΡΩΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Αρέσει στο παιδί σας να το κουνάτε, να το ταχταρίζετε στα γόνατά σας κ.λπ;		
2. Ενδιαφέρεται το παιδί σας για άλλα παιδιά		
3. Αρέσει στο παιδί σας να σκαρφαλώνει σε διάφορα πράγματα, όπως σκάλες;		
4. Αρέσει στο παιδί σας να παίζει κούκου-τζα ή κρυφτό;		
5. Προσποιείται τι παιδί σας ότι τάχα μιλάει στο τηλέφωνο ή ταΐζει τις κούκλες, ή παριστάνει ότι κάνει κάτι άλλο;		
6. Χρησιμοποιεί το παιδί σας το δείκτη του για να σας δείξει, να ζητήσει κάποιο πράγμα;		
7. Χρησιμοποιεί το παιδί σας το δείκτη του για να σας δείξει να δηλώσει το ενδιαφέρον του για κάποιο πράγμα;		
8. Μπορεί το παιδί σας να παίζει κανονικά με μικρά παιχνίδια (π.χ. αυτοκινητάκια ή τουβλάκια), χωρίς απλώς να βάζει το στόμα του να στριφογυρίζει στα χέρια του ή να τα ρίχνει κάτω;		
9. Σας φέρνει κατά καιρούς κάποιο αντικείμενο το παιδί (σε εσάς το γονιό) για να σας δείξει κάτι;		
10. Σας κοιτάει το παιδί σας στα μάτια για περισσότερο από ένα ή δύο δευτερόλεπτα;		
11. Μήπως το παιδί σας δείχνει ιδιαίτερη ευαισθησία στους ήχους (π.χ. κλείνει με τα χέρια τα αυτιά του);		
12. Χαμογελάει το παιδί σας ως αντίδραση όταν βλέπει το πρόσωπό σας ή το χαμόγελό σας;		
13. Σας μιμείται το παιδί σας; (π.χ. αν κάνετε μία γκριμάτσα, θα τη μιμηθεί το παιδί σας;)		

14. Αντιδρά το παιδί σας όταν το φωνάζετε με το όνομά του;		
15. Αν δείξετε με το δάχτυλο προς ένα παιχνίδι στην άλλη άκρη του δωματίου, θα το κοιτάξει το παιδί σας;		
16. Περπατάει το παιδί σας;		
17. Κοιτάζει το παιδί σας τα αντικείμενα που κοιτάζετε εσείς;		
18. Μήπως το παιδί σας κουνάει τα δάχτυλα του με παράξενο τρόπο μπροστά στο πρόσωπό του;		
19. Προσπαθεί το παιδί σας να τραβήξει την προσοχή σας προς τη δραστηριότητα που κάνει;		
20. Αναρρωτηθήκατε ποτέ αν το παιδί σας είναι κουφό;		
21. Καταλαβαίνει το παιδί σας αυτό που λένε οι άλλοι;		
22. Μήπως μερικές φορές το παιδί σας «χαζεύει», κοιτάζει το άπειρο αφηρημένα ή περιπλανιέται χωρίς σκοπό;		
23. Σας κοιτάζει στο πρόσωπο το παιδί σας για να ελέγξει την αντίδρασή σας όταν αντικρίζει κάτι που δεν του είναι οικείο;		

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

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ\***  
**ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**

(ΤΥΠΟΣ E-2)

**The Autism Research Institute's Form E-2 Check List**

Έχει γίνει διάγνωση γι' αυτό το παιδί παλαιότερα;

Αν ναι, ποια ήταν η διάγνωση;

Η διάγνωση έγινε από:

Σε ποιο μέρος;

Οδηγίες: Σας ζητείται να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο το οποίο αφορά το παιδί σας, έτσι ώστε να οριστούν ερευνητικές πληροφορίες, οι οποίες θα βοηθήσουν να μάθουμε περισσότερα για τις αιτίες και τα είδη των συμπεριφορικών διαταραχών στα παιδιά. Παρακαλείστε να επιλέξετε την απάντηση που πιστεύετε ότι είναι η πιο κατάλληλη για κάθε ερώτηση. Αν θέλετε να σχολιάσετε ή να προσθέσετε κάτι σε μία ερώτηση, προσθέστε το ακριβώς δίπλα από την ερώτηση, αν υπάρχει χώρος. Διαφορετικά, κυκλώστε τον αριθμό της ερώτησης, αντιγράψτε τον στο τέλος του ερωτηματολογίου και γράψτε το σχόλιο σας εκεί. Τα επιπρόσθετα σχόλια είναι ευπρόσδεκτα, αλλά ακόμα και αν προσθέσετε σχόλια, παρακαλώ να σημειώσετε την ερώτηση όσο καλύτερα γίνεται. Θυμηθείτε, επιλέξτε μόνο μία απάντηση για κάθε ερώτηση σημειώνοντας ένα «X».

Θα ήταν βοηθητικό αν μπορούσατε να γράψετε σε ένα ξεχωριστό χαρτί οποιαδήποτε πληροφορία για το παιδί και τα αδέρφια του η οποία πιστεύετε ότι είναι σημαντική (για παράδειγμα: δίδυμα, στη ζωή ή νεκρό, προβλήματα συμπεριφοράς, αποτελέσματα IQ, αν είναι γνωστά).

**1. Σημερινή ηλικία παιδιού**

- 1). Κάτω των 3 ετών
- 2). Μεταξύ 3 και 4 ετών
- 3). Μεταξύ 4 και 5 ετών
- 4). Μεταξύ 5 και 6 ετών
- 5). Πάνω από 6 ετών (ηλικία:..... ετών)

**2. Σημειώστε το φύλο του παιδιού**

- 1). Αγόρι

2). Κορίτσι

**3. Σημειώστε τη σειρά γέννησης του παιδιού και τον αριθμό όλων των παιδιών**

- 1). Είναι μοναχοπαιδί
- 2). Είναι το πρώτο από τα ..... παιδιά
- 3). Είναι το τελευταίο από τα ..... παιδιά
- 4). Είναι το μεσαίο παιδί. .... παιδιά είναι μεγαλύτερα και .....παιδιά είναι μικρότερα από αυτό το παιδί
- 5). Είναι υιοθετημένο παιδί ή δεν γνωρίζω

**4. Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός ήταν φυσιολογικά;**

- 1). Και τα δύο ήταν φυσιολογικά
- 2). Προβλήματα κατά τη διάρκεια και των δύο
- 3). Δύσκολη εγκυμοσύνη, φυσιολογικός τοκετός
- 4). Εύκολη εγκυμοσύνη, προβλήματα κατά τη διάρκεια του τοκετού
- 5). Δεν γνωρίζω

**5. Η γέννηση ήταν πρόωρη (βάρους κάτω από 2 κιλά)**

- 1). Ναι
- 2). Όχι
- 3). Δεν γνωρίζω

**6. Δίνονταν στο παιδί οξυγόνο την πρώτη εβδομάδα**

- 1). Ναι
- 2). Όχι
- 3). Δεν γνωρίζω

**7. Η όψη του παιδιού κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων μετά τη γέννηση**

- 1) Χλομή, απαλή όψη
- 2) Ασυνήθιστα καλή όψη
- 3) Φυσιολογική, Δεν γνωρίζω ή άλλο

**8. Ασυνήθιστες συνθήκες γέννησης και νηπιακής ηλικίας (σημειώστε μόνο έναν αριθμό στην αριστερή στήλη):**

1). Ασυνήθιστες συνθήκες

Αναφέρετε ποιες: τύφλωση.....εγκεφαλική παράλυση.....  
τραυματισμός.....επιπλοκές.....μελανιασμένο μωρό.....  
πολύ υψηλός πυρετός.....ίκτηρος.....άλλο.....

2). Δίδυμα (μονοζυγωτικά.....διζυγωτικά.....)

3). 1 και 2

4). Φυσιολογικές, η δεν γνωρίζω

**9. Αναφορικά με την υγεία του μωρού τους πρώτους 3 μήνες:**

1). Άριστη υγεία, κανένα πρόβλημα

2). Αναπνοή (συχνές μολύνσεις..... άλλο.....)

3). Δέρμα (εξανθήματα..... μόλυνση..... αλλεργία.....άλλο)

4). Λήψη τροφής (θηλασμός..... κολικός..... έμετος..... άλλο.....)

5). Κενώσεις (διάρροια..... δυσκοιλιότητα..... άλλο.....)

6). Αρκετά από τα παραπάνω

(Αναφέρετε ποια 2..... 3..... 4..... 5)

**10. Το παιδί έχει κάνει ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (.....);**

1) Ναι, ήταν φυσιολογικό

2) Ναι, ήταν οριακό

3) Ναι, δεν ήταν φυσιολογικό

4) Όχι, ή δεν γνωρίζω, η δε γνωρίζω αποτελέσματα

**11. Στον πρώτο χρόνο, το παιδί αντιδρούσε σε φωτεινά ερεθίσματα, φωτεινά χρώματα, ασυνήθιστους ήχους, κ.λπ.;**

1) Ασυνήθιστα έντονη αντιδραστικότητα (ευχάριστη..... δυσάρεστη.....)

2) Ασυνήθιστη αναντιδραστικότητα

3) Φυσιολογικά, ή δεν γνωρίζω

**12. Το παιδί είχε φυσιολογική συμπεριφορά για κάποιο διάστημα πριν αρχίσει η μη φυσιολογική συμπεριφορά του;**

1). Δεν υπήρξε ποτέ περίοδος φυσιολογικής συμπεριφοράς

- 2). Φυσιολογική κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών
- 3). Φυσιολογική κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου
- 4). Φυσιολογική κατά τη διάρκεια του πρώτου ενάμιση χρόνου
- 5). Φυσιολογική κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων
- 6). Φυσιολογική κατά τη διάρκεια των 3 πρώτων χρόνων
- 7). Φυσιολογική κατά τη διάρκεια των 4-5 πρώτων χρόνων

**13. (Ηλικία 4-8 μηνών) Το παιδί άπλωνε τα χέρια του ή ήταν πρόθυμο να πάει στην αγκαλιά της μητέρας του όταν εκείνη το πλησίαζε;**

- 1). Ναι, ή έτσι πιστεύω
- 2). Όχι, δεν νομίζω ότι το έκανε
- 3). Όχι, σίγουρα δεν το έκανε
- 4). Δεν γνωρίζω

**14. Σαν μωρό, το παιδί κινούνταν μέσα στην κούνια του;**

- 1). Ναι, αρκετά
- 2). Ναι, μερικές φορές
- 3). Όχι, ή πολύ λίγο
- 4). Δε γνωρίζω

**15. Σε ποια ηλικία το παιδί έμαθε να περπατάει μόνο του;**

- 1). 8-12 μηνών
- 2). 13-15 μηνών
- 3). 16-18 μηνών
- 4). 19-24 μηνών
- 5). 25-36 μηνών
- 6). 37 μηνών ή αργότερα ή δεν περπατάει μόνο του

**16. Ποια δήλωση περιγράφει την αλλαγή από το μπουσούλημα στο περπάτημα;**

- 1). Φυσιολογικά αλλαγή από το μπουσούλημα στο περπάτημα
- 2). Λίγο ή καθόλου μπουσούλημα, σταδιακή έναρξη περπατήματος



- 3). Λίγο ή καθόλου μπουσούλημα, ξαφνική έναρξη του περπατήματος
- 4). Παρατεταμένο μπουσούλημα, σταδιακή έναρξη του περπατήματος
- 5). Παρατεταμένο μπουσούλημα, ξαφνική έναρξη του περπατήματος
- 6). Άλλο, ή δεν γνωρίζω

**17. Κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου, το παιδί φαίνονταν να είναι ασυνήθιστα ευφυές;**

- 1). Ύποπτα υψηλή ευφυΐα
- 2). Φυσιολογική ευφυΐα
- 3). Το παιδί φαίνονταν κάπως νωθρό

**18. Κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων, του άρεσε να το κρατούν;**

- 1). Του άρεσε να το σηκώνουν από κάτω, χαιρόταν να τον κρατούν
- 2). Ήταν άτονο και παθητικό όταν το κρατούσαν
- 3). Μπορούσες να το σηκώσεις από κάτω και να το κρατήσεις μόνο όταν και όπως εκείνο ήθελε.
- 4). Ιδιαίτερος άκαμπτο και αδέξιο όταν το κρατούσαν
- 5). Δεν γνωρίζω

**19. Πριν από την ηλικία των 3 ετών, το παιδί μιμήθηκε ποτέ κάποιον άλλο;**

- 1). Ναι, έκανε γεια γεια με το χέρι του
- 2). Ναι, άλλο (.....)
- 3). Δύο ή περισσότερα από τα παραπάνω (ποια; 1.....2.....3.....)
- 4). Όχι, ή δεν είμαι σίγουρος/η

**20. Πριν από την ηλικία των 3 ετών, το παιδί μιμήθηκε ποτέ κάποιον άλλο;**

- 1). Αξιοσημείωτη μνήμη για τραγούδια, ρυθμούς, τηλεοπτικές διαφημίσεις κ.λπ., με λόγια

- 2). Αξιοσημείωτη μνήμη για τραγούδια, μουσική (μόνο μουρμουρίζοντας με κλειστό στόμα)
- 3). Αξιοσημείωτη μνήμη για ονόματα, μέρη, διαδρομές κ.λπ
- 4). Καμία ένδειξη αξιοσημείωτης μνήμης
- 5). Αρκετά φτωχή μνήμη
- 6). 1 και 3
- 7). 2 και 3

**21. Υποπτευθήκατε ποτέ ότι το παιδί σας ήταν σχεδόν κωφό;**

- 1). Ναι
- 2). Όχι

**22. (Ηλικία 2-4) Είναι το παιδί «κωφό σε ορισμένους ήχους, αλλά ακούει άλλους;**

- 1). Ναι, μπορεί να είναι κωφό σε δυνατούς ήχους, αλλά ακούει τους χαμηλούς
- 2). Όχι, αυτό δεν συμβαίνει

**23. (Ηλικία 2-4) Το παιδί κρατάει τα χέρια του σε περίεργες στάσεις;**

- 1) Ναι, καμία φορά ή συχνά
- 2) Όχι

**24. (Ηλικία 2-4) Το παιδί απασχολείται με ρυθμική ή λικνίζουσα δραστηριότητα για πολύ μεγάλες χρονικές περιόδους (όπως πάνω σε κουνιστό αλογάκι ή καρέκλα, αιώρα κλπ)**

- 1). Ναι, αυτό είναι χαρακτηριστικό
- 2). Σπάνια το κάνει αυτό
- 3). Δε συμβαίνει

**25. (Ηλικία 2-4) Το παιδί «κοιτάζει» ή «περπατάει» ανάμεσα στους ανθρώπους, σαν αυτοί να μην υπάρχουν;**

- 1). Ναι, συχνά
- 2). Ναι, έτσι νομίζω

3). Όχι, δεν το κάνει αυτό

**26. (Ηλικία 2-5) Το παιδί έχει καμία ασυνήθιστη λαχτάρα για πράγματα που θέλει να φάει ή να μασήσει;**

1). Ναι, αλάτι ή αλμυρές τροφές

2). Ναι, συχνά μασάει μεταλλικά αντικείμενα

3). Ναι, άλλο (.....)

4). Ναι, περισσότερα από 2 από τα παραπάνω (ποια;.....)

5). Όχι, ή δεν είμαι σίγουρος/η

**27. (Ηλικία 2-4) Το παιδί έχει ορισμένες διατροφικές ιδιορρυθμίες, όπως το να αρνείται να πιεί από διαφανές δοχείο, το να τρώει μόνο ζεστό ή (κρύο) φαγητό, το να τρώει μόνο ένα ή δύο φαγητά, κ.λπ;**

1). Ναι, σαφώς

2). Όχι, ή όχι σε τέτοιο μεγάλο βαθμό

3). Δε γνωρίζω

**28. Θα περιγράφατε το παιδί σας, γύρω στα 3 ή 4, σαν να μοιάζει συχνά «κλεισμένο» στον εαυτό του ή τόσο απόμακρο και «χαμένο» στις σκέψεις του, ώστε να μην μπορείτε να το προσεγγίσετε;**

1). Ναι, αυτή είναι μία πολύ ακριβής περιγραφή

2). Μία στο τόσο υπάρχει πιθανότητα να είναι έτσι

3). Δεν είναι μία ακριβής περιγραφή

**29. (Ηλικία 2-5) Του αρέσει η αγκαλιά;**

1). Ποτέ, ή σπάνια

2). Πάνω από το φυσιολογικό

3). Όχι, είναι μάλλον άκαμπτος και αδέξιος στο κράτημα

4). Δεν γνωρίζω

**30. (Ηλικία 3-5 ετών) Το παιδί χτυπάει εσκεμμένα το κεφάλι του;**

- 1). Ποτέ ή σπάνια
- 2). Ναι, συνήθως χτυπώντας το με την παλάμη του χεριού του
- 3). Ναι, συνήθως χτυπώντας το σε κάποιου άλλου τα πόδια ή το κεφάλι
- 4). Ναι, συνήθως χτυπώντας τους τοίχους, το πάτωμα, τα έπιπλα κ.λπ.
- 5). Αρκετά από τα παραπάνω (ποια; 2.....3.....4.....)

**31. (Ηλικία 3-5) Πόσο καλά σωματικά συντονισμένο είναι το παιδί (τρέξιμο, περπάτημα, ισορροπία, αναρρίχηση)**

- 1). Με ασυνήθιστη χάρη
- 2). Φυσιολογικά
- 3). Λίγο κάτω από το φυσιολογικό ή ανεπαρκώς

**32. (Ηλικία 3-5) Το παιδί στροβιλίζεται μερικές φορές σαν σβούρα;**

- 1). Ναι, το κάνει συχνά
- 2). Ναι, μερικές φορές
- 3). Ναι, αν το ξεκινήσει κάποιος
- 4). Όχι, δεν έχει την τάση να στροβιλίζεται

**33. (Ηλικία 3-5 ετών) Πόσο επιδέξιο είναι το παιδί στο να κάνει «λεπτή» δουλειά με τα δάκτυλά του ή να παίζει με μικρά αντικείμενα;**

- 1). Εξαιρετικά επιδέξιο
- 2). Φυσιολογικό για την ηλικία του
- 3). Λίγο αδέξιος ή πολύ αδέξιος
- 4). Δεν γνωρίζω

**34. (Ηλικία 3-5 ετών). Αρέσει στο παιδί σας να στροβιλίζει αντικείμενα;**

- 1). Ναι, συχνά και για αρκετά μεγάλες περιόδους
- 2). Πολύ σπάνια ή ποτέ

**35. (Ηλικία 3-5 ετών) Το παιδί δείχνει έναν ασυνήθιστο βαθμό δεξιότητας (πολύ μεγαλύτερο του φυσιολογικού για την ηλικία του) σε κάποιο από τα παρακάτω;**

- 1). Συναρμολόγηση παιχνιδιών ή παζλ
- 2). Αριθμητικούς υπολογισμούς
- 3). Τέλειο μουσικό τόνο
- 4). Ρίψη και / ή πιάσιμο μίας μπάλας
- 5). Άλλο (.....)
- 6). Περισσότερα του ενός από τα παραπάνω (ποια;.....)
- 7). Καμία ασυνήθιστη δεξιότητα ή δεν είμαι σίγουρος/η

**36. (Ηλικία 3-5) Το παιδί χοροπηδάει περιχαρώς όταν είναι ευτυχισμένο;**

- 1). Ναι, αυτό είναι χαρακτηριστικό
- 2). Όχι, ή σπάνια

**37. (Ηλικία 3-5) Το παιδί παρατάσσει καμιά φορά αντικείμενα σε σειρές με ακριβείς αποστάσεις και επιμένει να μην του τα ανακατέψουν;**

- 1). Όχι
- 2). Ναι
- 3). Δεν είμαι σίγουρος

**38. (Ηλικία 3-5) Το παιδί αρνείται να χρησιμοποιήσει τα χέρια του για μία παρατεταμένη χρονική περίοδο;**

- 1). Ναι
- 2). Όχι

**39. Υπήρξε περίοδος πριν από τα 5 έτη που το παιδί επέμενε να ακούσει μουσική ή δίσκους;**

- 1). Ναι, επέμενε να ακούει μόνο ορισμένους δίσκους
- 2). Ναι, σχεδόν κάθε δίσκο

- 3). Του άρεσε να ακούει αλλά δεν το ζητούσε
- 4). Κανένα ενδιαφέρον για δίσκους

**40. (Ηλικία 3-5) Πόσο ενδιαφέρεται το παιδί για ηλεκτρικά αντικείμενα, όπως η σόμπα ή η ηλεκτρική σκούπα;**

- 1). Μικρό ή καθόλου ενδιαφέρον
- 2). Φυσιολογικό ενδιαφέρον
- 3). Συνεπαρμένο από ορισμένα ηλεκτρικά αντικείμενα

**41. (Ηλικία 3-5) Πως αντιδρά το παιδί συνήθως όταν το διακόπτουν από αυτό που κάνει;**

- 1). Σπάνια, ή ποτέ δεν αναστατώνεται
- 2). Καμιά φορά αναστατώνεται σε ήπιο βαθμό, σπάνια αναστατώνεται πολύ
- 3). Αναστατώνεται πολύ

**42. (Ηλικία 3-5) Το παιδί δέχεται πρόθυμα καινούργια είδη ρουχισμού (παπούτσια, παλτό, κ.λπ.)**

- 1). Συνήθως αντιδρά σε νέα ρούχα
- 2). Δε φαίνεται να το νοιάζει ή να τα χαίρεται

**43. (Ηλικία 3-5) Το παιδί αναστατώνεται από πράγματα τα οποία δεν είναι «σωστά» (όπως μία ρωγμή στον τοίχο, ένας λεκές στο χαλί, τα βιβλία να γέρνουν στη βιβλιοθήκη, το σπασμένο πόδι της καρέκλας);**

- 1). Όχι ιδιαίτερα
- 2) Ναι, τέτοιου είδους πράγματα το αναστατώνουν πολύ
- 3) Δεν είμαι σίγουρος/η

**44. (Ηλικία 3-5). Το παιδί υιοθετεί περίπλοκα «τελετουργικά» τα οποία τα αναστατώνουν πολύ όταν δεν τα ακολουθεί (όπως το να τοποθετεί πολλές κούκλες στο κρεβάτι σε ορισμένη σειρά, να κάνει ακριβώς την ίδια διαδρομή ανάμεσα σε δύο**

**μέρη, να ντύνεται σύμφωνα με ένα ακριβές πρότυπο, ή να επιμένει ότι μόνο ορισμένες λέξεις χρησιμοποιούνται σε μία δεδομένη κατάσταση);**

- 1). Ναι, σαφώς
- 2). Δεν είμαι σίγουρος/η
- 3). Όχι

**45. (Ηλικία 3-5). Το παιδί αναστατώνεται πολύ όταν ορισμένα πράγματα τα οποία έχει συνηθίσει αλλάζουν (όπως η θέση των επίπλων ή των παιχνιδιών, ή όταν ορισμένες πόρτες πρέπει να μείνουν ανοιχτές ή να κλείσουν);**

- 1). Όχι
- 2). Ναι, σαφώς
- 3). Ελαφρώς αλήθεια

**46. (Ηλικία 3-5). Το παιδί είναι καταστροφικό;**

- 1). Ναι, αυτό σίγουρα είναι ένα πρόβλημα
- 2). Όχι εσκεμμένα ή σπάνια είναι καταστροφικό
- 3). Όχι ιδιαίτερα καταστροφικό

**47. (Ηλικία 3-5) Το παιδί είναι ασυνήθιστα ευλύγιστο (λιώνει στα χέρια σας)**

- 1). Ναι
- 2). Φαίνεται φυσιολογικό
- 3). Σαφώς όχι ευλύγιστο

**48. (Ηλικία 3-5) Ποια περιγραφή ή συνδυασμός περιγραφών χαρακτηρίζει καλύτερα το παιδί;**

- 1). Υπερκινητικό, σε συνεχή κίνηση, αλλάζει γρήγορα από το ένα πράγμα στο άλλο
- 2). Βλέπει ήσυχα τηλεόραση για μεγάλες περιόδους

3). Κάθεται για μεγάλες περιόδους, κοιτάζει το κενό, ή παίζει επαναλαμβανόμενα με αντικείμενα, χωρίς φανερό σκοπό

4). Συνδυασμός 1 και 2

5). Συνδυασμός 2 και 3

6). Συνδυασμός 1 και 3

**49. (Ηλικία 3-5) Το παιδί φαίνεται ότι θέλει να είναι αρεστό;**

1). Ναι, θέλει σε ασυνήθιστο βαθμό

2). Σε φυσιολογικό επίπεδο

3). Του είναι αδιάφορο να είναι αρεστό. Είναι πιο χαρούμενο όταν είναι μόνο του.

**50. (Ηλικία 3-5) Το παιδί είναι ευαίσθητο ή/και στοργικό;**

1) Είναι ευαίσθητο στην κριτική και στοργικό

2) Είναι ευαίσθητο στην κριτική, δεν είναι στοργικό

3) Δεν είναι ευαίσθητο στην κριτική, είναι στοργικό

4) Δεν είναι ευαίσθητο στην κριτική ούτε είναι στοργικό

**51. (Ηλικία 3-5) Μπορείτε να κατευθύνετε την προσοχή του παιδιού σε ένα αντικείμενο που βρίσκεται σε μακρινή απόσταση ή έξω από το παράθυρο;**

1). Ναι, χωρίς ιδιαίτερο πρόβλημα

2). Σπάνια βλέπει πράγματα τα οποία βρίσκονται σε απόσταση που δεν μπορεί να φτάσει

3). Εξετάζει πράγματα μόνο με τα δάκτυλά του και το στόμα

**52. (Ηλικία 3-5) Οι άνθρωποι θεωρούν ότι το παιδί είναι ιδιαίτερα ελκυστικό;**

1). Ναι, είναι πολύ όμορφο παιδί

2). Όχι, στα φυσιολογικά επίπεδα

3). Δεν έχει όμορφη φυσική εμφάνιση



**53. (Ηλικία 3-5) Το παιδί κοιτάζει τους ανθρώπους (συναντά τα μάτια τους) όταν μιλούν**

- 1). Ποτέ, ή σπάνια
- 2). Μόνο τους γονείς
- 3). Συνήθως συμβαίνει

**54. (Ηλικία 3-5) Το παιδί παίρνει έναν ενήλικο από το χέρι για να κάνει εκείνος τις δουλειές (να ανοίξει την πόρτα, να φέρει μπισκότα, να ανοίξει την τηλεόραση κ.λπ)**

- 1). Ναι, αυτό είναι χαρακτηριστικό
- 2). Ίσως ή σπάνια
- 3). Όχι

**55. (Ηλικία 3-5) Ποιο σύνολο επιθέτων χαρακτηρίζει καλύτερα το παιδί;**

- 1). Μπερδεμένο, σαστισμένο, ανεξάρτητο, ανήσυχο, εγωκεντρικό
- 2). Επιφυλακτικό, αδιάφορο, απόμακρο

**56. (Ηλικία 3-5) Το παιδί είναι υπερβολικά φοβισμένο;**

- 1). Ναι, φοβάται τους ξένους ή ορισμένους ανθρώπους
- 2). Ναι, φοβάται ορισμένα ζώα, θορύβους ή αντικείμενα
- 3). Ναι, φοβάται το 1 και 2 από τα παραπάνω
- 4). Μόνο φυσιολογικός φόβος
- 5). Φαίνεται ασυνήθιστα θαρραλέο και χωρίς φόβο
- 6). Το παιδί αγνοεί ή αδιαφορεί για τα τρομακτικά πράγματα.

**57. (Ηλικία 3-5) Το παιδί πέφτει ή τραυματίζεται στο τρέξιμο ή την αναρρίχηση;**

- 1). Έχει τάση να πέφτει ή να τραυματίζεται
- 2). Σε φυσιολογικά επίπεδα
- 3). Ποτέ ή σχεδόν ποτέ δεν εκθέτει τον εαυτό του σε πτώση

4). Εκπληκτικά ασφαλής παρ' όλη τη δραστήρια αναρρίχηση, κολύμβηση κ.λπ.

**58. (Ηλικία 3-5). Υπάρχει πρόβλημα ως προς το ότι το παιδί χτυπάει, τσιμπά, δαγκώνει ή τραυματίζει τον εαυτό του ή τους άλλους;**

- 1). Ναι, μόνο τον εαυτό του
- 2). Ναι, μόνο τους άλλους
- 3). Ναι, τον εαυτό του και τους άλλους
- 4). Όχι, δεν υπάρχει πρόβλημα

**59α. Σε ποια ηλικία το παιδί είπε τις πρώτες του λέξεις (ακόμα και αν αργότερα σταμάτησε να μιλάει);**

- 1). Ποτέ δεν έχει χρησιμοποιήσει λέξεις
- 2). 8-12 μηνών
- 3). 13-15 μηνών
- 4). 16-24 μηνών
- 5). 2-3 ετών
- 6). 3-4 ετών
- 7). Μετά τα 4 έτη
- 8). Δε γνωρίζω

**59β. Στις παρακάτω σειρές γράψτε τις πρώτες έξι λέξεις του παιδιού (όσο καλά μπορείτε να τις θυμηθείτε)**

.....

**60. (Πριν από τα 5 έτη) Μήπως το παιδί άρχισε να μιλάει, και μετά έμεινε σιωπηλό για μία εβδομάδα ή περισσότερο;**

- 1). Ναι, αλλά αργότερα μίλησε ξανά (ηλικία που σταμάτησε.....διάρκεια....)
- 2). Ναι, αλλά ποτέ δεν ξανάρχισε να μιλάει (ηλικία που σταμάτησε....)

3). Όχι, συνέχισε να μιλάει ή ποτέ δεν ξεκίνησε να μιλάει

**61. (Πριν από τα 5 έτη) Το παιδί άρχισε να μιλάει, μετά σταμάτησε, και συνέχισε να ψιθυρίζει αντί να μιλάει, για μία εβδομάδα ή περισσότερο;**

1). Ναι, αλλά αργότερα μίλησε ξανά (ηλικία που σταμάτησε να μιλάει..... διάρκεια.....)

2). Ναι, ακόμα μόνο ψιθυρίζει (ηλικία που σταμάτησε να μιλάει.....)

3). Τώρα ούτε καν ψιθυρίζει (σταμάτησε να μιλάει..... σταμάτησε να ψιθυρίζει.....)

4). Όχι, συνέχισε να μιλάει ή ποτέ δεν ξεκίνησε να μιλάει.

**62. (Ηλικία 1-5) Πόσο καλά μπορούσε το παιδί να προσφέρει τις πρώτες λέξεις όταν μαθαίνει να μιλάει, και πόσο καλά μπορούσε να προσφέρει δύσκολες λέξεις μεταξύ 3 και 5 ετών;**

1). Έχει τόσο λίγο λόγο που δεν μπορώ να απαντήσω, ή άλλη απάντηση;

2). Φυσιολογική ή κάτω του φυσιολογικού προφορά των πρώτων λέξεων και επιπλέον φτωχή στα 3 με 5 έτη

3). Φυσιολογική ή κάτω του φυσιολογικού προφορά των πρώτων λέξεων, ασυνήθιστα καλή στα 3 με 5 έτη.

4). Ασυνήθιστα καλή προφορά των πρώτων λέξεων, φυσιολογική ή κάτω του φυσιολογικού στα 3 με 5 έτη.

5). Ασυνήθιστα καλή προφορά των πρώτων λέξεων, και το ίδιο στα 3 με 5 έτη.

**63. (Ηλικία 3-5) Το λεξιλόγιο του παιδιού (ο αριθμός των πραγμάτων που μπορεί να ονομάσει ή να υποδείξει ορθά) είναι πολύ δυσανάλογο προς την ικανότητα του να «επικοινωνεί» (να απαντάει σε ερωτήσεις ή να λέει κάτι);**

1). Μπορεί να υποδείξει πολλά αντικείμενα που ονομάζω, αλλά δεν μιλάει ή «επικοινωνεί»

2). Μπορεί να ονομάσει ορθά πολλά αντικείμενα, αλλά δεν «επικοινωνεί»

3). Η ικανότητα του να «επικοινωνεί» είναι αρκετά καλή σε σχέση με αυτό που αναμένει κανείς από τον αριθμό των λέξεων που γνωρίζει

4). Δε χρησιμοποιεί ή δεν καταλαβαίνει λέξεις.

**64. Όταν το παιδί είπε τις πρώτες του προτάσεις, σας εξέπληξε χρησιμοποιώντας λέξεις που δεν είχε χρησιμοποιήσει ιδιαίτερα προηγουμένως;**

1). Ναι (κάποια παραδείγματα;.....)

2). Όχι

3). Δεν είμαι σίγουρος/η

4). Έχει πολύ λίγο λόγο για να απαντήσω

**65. Πως αναφερόταν το παιδί για τον εαυτό του όταν άρχισε να μαθαίνει να μιλάει;**

1). «(Γιάννης) πέφτει κάτω» ή «Μωρό (ή αγόρι) πέφτει κάτω

2). «Εμένα πέφτω κάτω» ή «Εγώ πέφτω κάτω»

3). «Αυτός, αυτόν, αυτή, αυτήν πέφτει κάτω»

4). «Πέφτεις κάτω»

5). Οποιοσδήποτε συνδυασμός από τα 1,2 και 3.

6). Καθόλου λόγος, ή πολύς λίγος λόγος μέχρι τώρα

**66. (Ηλικία 3-5) Το παιδί επαναλαμβάνει φράσεις ή προτάσεις που έχει ακούσει στο παρελθόν (χρησιμοποιώντας ψεύτικη ή σαν του παπαγάλου φωνή), και αυτά που λέει έχουν μικρή ή καθόλου σχέση με την κατάσταση;**

1). Ναι, σαφώς, αλλά χωρίς να χρησιμοποιεί παράξενη φωνή

2). Ναι, σαφώς, μιλώντας με περίεργη φωνή

3). Δεν είμαι σίγουρος/η

4). Όχι

5). Έχει πολύ λίγο λόγο για να απαντήσω

**67. (Πριν από τα 5 έτη) Το παιδί μπορεί να απαντήσει σε μία απλή ερώτηση, όπως «Πως σε λένε;» ή «Γιατί η μαμά έδειρε το Βασίλη;»**

- 1). Ναι, μπορεί να απαντήσει σε τέτοιου είδους ερωτήσεις επαρκώς
- 2). Όχι, χρησιμοποιεί λόγο, αλλά δεν μπορεί να απαντήσει σε ερωτήσεις
- 3). Έχει πολύ λίγο λόγο για να απαντήσω

**68. (Πριν από τα 5 έτη) Το παιδί μπορεί να καταλάβει τι του λέτε, κρίνοντας από την ικανότητά του να ακολουθεί τις οδηγίες σας ή να σας απαντάει.**

- 1). Ναι, καταλαβαίνει πολύ καλά
- 2). Ναι, καταλαβαίνει μέτρια καλά
- 3). Καταλαβαίνει λίγο, μετά από πολλές επαναλήψεις
- 4). Καταλαβαίνει πολύ λίγο, ή καθόλου.

**69. (Πριν από τα 5 έτη) Όταν το παιδί μιλάει, αισθάνεστε ότι καταλαβαίνει αυτά που λέει;**

- 1). Δε μιλάει αρκετά για να απαντήσω
- 2). Όχι, απλά επαναλαμβάνει αυτά που έχει ακούσει χωρίς να τα καταλαβαίνει ιδιαίτερα
- 3). Δεν επαναλαμβάνει μόνο – καταλαβαίνει αυτά που λέει, αλλά όχι καλά
- 4). Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι καταλαβαίνει αυτά που λέει

**70. (Πριν από τα 5 έτη) Το παιδί χρησιμοποίησε τη λέξη «Ναι»;**

- 1). Τη χρησιμοποιούσε αρκετά συχνά και σωστά
- 2). Σπάνια, αλλά την έχει χρησιμοποιήσει
- 3). Χρησιμοποιούσε προτάσεις, αλλά όχι τη λέξη «Ναι»
- 4). Χρησιμοποιούσε πολλές άλλες λέξεις, αλλά όχι τη λέξη «Ναι»
- 5). Δεν έχει λόγο, ή έχει πολύ λίγο για να απαντήσω

**71. (Ηλικία 3-5) Το παιδί απαντάει χαρακτηριστικά «Ναι» επαναλαμβάνοντας την ίδια ερώτηση που κάνατε; (Παράδειγμα: Ρωτάτε «Να πάμε μία βόλτα, αγάπη μου;» και απαντάει ότι θέλει να πάει λέγοντας «Να πάμε μία βόλτα, αγάπη μου» ή «Να πάμε μία βόλτα;»)**

- 1). Ναι, σαφώς, δε λέει «ναι» ευθέως
- 2). Όχι, λέει «ναι» ή «εντάξει» ή παρόμοια απάντηση
- 3). Δεν είμαι σίγουρος
- 4). Έχει πολύ λίγο λόγο για να απαντήσω

**72. (Πριν από τα 5 έτη) Το παιδί έχει ζητήσει κάτι χρησιμοποιώντας την ίδια πρόταση θα χρησιμοποιούσατε εσείς αν του το προσφέρατε; (Παράδειγμα: Το παιδί θέλει γάλα και σας λέει: «Θέλεις λίγο γάλα;»)**

- 1). Ναι, σαφώς (χρησιμοποιεί β' ενικό πρόσωπο αντί για α')
- 2). Όχι, θα το ζητούσε διαφορετικά
- 3). Δεν είμαι σίγουρος/η
- 4). Έχει πολύ λίγο λόγο για να απαντήσω

**73. (Πριν από τα 5 έτη). Το παιδί έχει χρησιμοποιήσει το α' ενικό πρόσωπο;**

- 1). Το έχει χρησιμοποιήσει αρκετά συχνά και σωστά
- 2). Σπάνια το χρησιμοποιεί, αλλά το κάνει σωστά
- 3). Έχει χρησιμοποιήσει προτάσεις, αλλά όχι το α' ενικό πρόσωπο
- 4). Έχει χρησιμοποιήσει πολλές λέξεις και φράσεις, αλλά όχι το α' ενικό πρόσωπο
- 5). Έχει χρησιμοποιήσει το α' ενικό πρόσωπο, αλλά μόνο για να αντικαταστήσει το β' ενικό πρόσωπο
- 6). Δεν έχει καθόλου λόγο ή έχει πολύ λίγο για να απαντήσω

**74. (Πριν από τα 5 έτη) Πως θα έλεγε το παιδί συνήθως «Όχι» ή θα αρνιόταν κάτι;**

- 1). Θα έλεγε απλώς «Όχι»
- 2). Θα σε αγνοούσε
- 3). Θα γρύλιζε και θα κουνούσε τα χέρια του
- 4). Θα χρησιμοποιούσε κάποια φράση με αυστηρή σημασία (όπως «Δεν το θέλω!» ή «Όχι γάλα!» ή «Όχι βόλτα!»)
- 5). Θα χρησιμοποιούσε μία φράση που θα είχε προσωπικό νόημα, όπως «Μπαμπάς μπαίνει στο αυτοκίνητο»
- 6). Άλλο ή είχε πολύ λίγο λόγο ώστε να σας απαντήσω

**75. (Πριν από τα 5 έτη) Το παιδί έχει χρησιμοποιήσει μία λέξη ή μία ιδέα για να αντικαταστήσει μία άλλη, για ένα παρατεταμένο χρονικό διάστημα; (Παράδειγμα: λέει «κέτσαπ» εννοώντας «κόκκινο»)**

- 1). Ναι, σαφώς
- 2). Όχι
- 3). Δεν είμαι σίγουρος/η
- 4). Έχει πολύ λίγο λόγο για να απαντήσω

**76. Γνωρίζετε τι κάνετε τώρα, σε ποια ηλικία πιστεύετε ότι είχατε πρωτοδιακρίνει τη μη φυσιολογική συμπεριφορά του παιδιού; Δηλαδή, πότε πραγματικά ξεκίνησε η μη φυσιολογική συμπεριφορά; (Σημειώστε κάτω από το «Α» αν ίσως την είχατε ανιχνεύσει και κάτω από το «Β» αν πραγματικά την είχατε ανιχνεύσει.)**

	<b>A</b>	<b>B</b>
1. Στους 3 πρώτους μήνες		
2. 4-6 μήνες		
3. 7-12 μήνες		
4. 13-24 μήνες		
5. 2-3 έτη		
6. 3-4 έτη		
7. Μετά τα 4 έτη		

**77 & 78. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων**

77. (Πατέρας)	78. (Μητέρα)	
		1. Δεν αποφοίτησαν από το λύκειο
		2. Απόφοιτοι λυκείου
		3. Μεταγυμνασιακή εκπαίδευση
		4. Κάποιο κολέγιο
		5. Απόφοιτοι πανεπιστημίου
		6. Κάποια πτυχιακή εργασία
		7. Βαθμός πτυχίου (.....)

**79. Σημειώστε τους στενούς συγγενείς, συμπεριλαμβανομένων και των γονέων, που είχαν νοσηλευτεί σε ψυχίατρο ή ήταν σοβαρά πνευματικά άρρωστοι ή είχαν νοητική υστέρηση. Λάβετε υπόψιν τους γονείς, τα αδέρφια, τους παππούδες, τους θείους και τις θείες.**

Αν δεν υπάρχουν σημειώστε εδώ:.....

Συγγένεια	Διάγνωση, αν είναι γνωστή (Σχιζοφρένεια, Κατάθλιψη, άλλο)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	



## Τύπος Ε-2

### 2<sup>ο</sup> Μέρος

Παρακαλώ απαντήστε τις ερωτήσεις που ακολουθούν γράφοντας «1» αν αληθεύουν απόλυτα, «2» αν αληθεύουν και «3» αν είναι λάθος, στη γραμμή που βρίσκεται πριν την ερώτηση. Εκτός από τις δύο πρώτες ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται στο παιδί πριν την ηλικία των 2 ετών, απαντήστε «αληθεύει απόλυτα» (1) ή «αληθεύει» (2) αν η δήλωση περιγράφει το παιδί οποιαδήποτε στιγμή πριν τα δέκατα γενέθλιά του. Αν η δήλωση δεν αληθεύει ιδιαίτερα για την περίοδο που προηγείται των δέκα χρόνων, απαντήστε «λάθος» (3).

Θυμηθείτε: 1=αληθεύει απόλυτα, 2=αληθεύει, 3=λάθος

**80. ....** Πριν την ηλικία των 2 ετών, καμπούριαζε την πλάτη και έγερνε το κεφάλι πίσω όταν το κρατούσαν

**81. ....** Πριν από την ηλικία των 2 ετών, αγωνιζόταν για να μην το κρατούν

**82. ....** Μη φυσιολογική λαχτάρα για ορισμένες τροφές

**83. ....** Τρώει ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα φαγητού

**84. ....** Κλείνει τα αυτιά του σε πολλούς ήχους

**85. ....** Μόνο ορισμένοι ήχοι του φαίνονται οδυνηροί

**86. ....** Αποτυγχάνει να ανοιγοκλείσει τα μάτια του σε φωτεινά χρώματα

**87. ....** Το χρώμα του δέρματός του είναι πιο ανοιχτό ή πιο σκούρο από της υπόλοιπης οικογένειας (πιο ανοιχτό ..... πιο σκούρο.....)

**88. ....** Προτιμά τα άψυχα αντικείμενα

**89. ....** Αποφεύγει τους ανθρώπους

**90. ....** Επιμένει να φυλάει ένα συγκεκριμένο αντικείμενο μαζί του

**91. ....** Είναι πάντα φοβισμένο και αγχωμένο

**92. ....** Κλαίει απαρηγόρητα

**93. ....** Παρατηρεί αλλαγές ή ατέλειες και προσπαθεί να τις διορθώσει

94. .... Είναι τακτικό (νοικοκυρεμένο, αποφεύγει τα ακατάστατα πράγματα)
95. .... Συλλέγει ορισμένα αντικείμενα (αλογάκια, κομμάτια από γυαλί κ.λπ.)
96. .... Μετά από χρονική καθυστέρηση, επαναλαμβάνει φράσεις που έχει ακούσει.
97. .... Μετά από χρονική καθυστέρηση, επαναλαμβάνει ολόκληρες προτάσεις που έχει ακούσει
98. .... Επαναλαμβάνει ερωτήσεις ή συζητήσεις που έχει ακούσει, ξανά και ξανά, χωρίς παραλλαγή
99. .... Έχει εμμονή με ένα θέμα (όπως αυτοκίνητα, χάρτες, το θάνατο)
100. .... Εξετάζει επιφάνειες με τα δάκτυλά του
101. .... Κρατιέται σε περίεργη στάση ή θέση
102. .... Μασάει η καταπίνει μη φαγώσιμα αντικείμενα
103. .... Δεν του αρέσει να το ακουμπούν ή να το κρατούν
104. .... Αντιλαμβάνεται εύκολα οσμές
105. .... Έχει κρυφές ικανότητες ή γνώσεις, που σε εκπλήσσουν αργότερα
106. .... Φαίνεται να μη νιώθει μόνο
107. .... Τρομοκρατείται σε ασυνήθιστα γεγονότα
108. .... Μαθαίνει λέξεις που δεν του χρησιμεύουν
109. .... Μαθαίνει ορισμένες λέξεις, που αργότερα σταματά να τις χρησιμοποιεί

Παρακαλώ συμπληρώστε οποιαδήποτε επιπλέον πληροφορία που πιστεύετε ότι μπορεί να οδηγήσει στην κατανόηση της αιτίας ή της διάγνωσης της ασθένειας του παιδιού.