



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Μελέτη συχνότητας μίας ομάδας συμπεριφορών σε
παιδιά δημοτικής εκπαίδευσης με διαταραχές
αυτιστικού φάσματος»**

**«Frequency study of a group of behaviors in primary school
children with autistic spectrum disorders»**

Λεβέτσιου Ελευθερία

Χρηστίδου Ελένη Μαρία

Επιβλέπων Καθηγητής: Μπέσσας Ανδρέας

Πάτρα, 2017

Ευχαριστίες

Για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας συνέβαλλαν πολλοί άνθρωποι, είτε με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, είτε με τις εμπειρίες που μοιράστηκαν μαζί μας, τους οποίους και ευχαριστούμε θερμά. Επίσης, θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στις οικογένειες μας και να ευχαριστήσουμε τους καθηγητές μας για τον εκπαιδευτικό πλούτο, που μας μεταλαμπάδευσαν.

Ιδιαίτερος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή μας κύριο Μπέσσα Ανδρέα για τις υποδείξεις και τις συμβουλές, καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας.

Λεβέτσιου Ελευθερία

Χρηστίδου Ελένη Μαρία

Περιεχόμενα

Περίληψη	5
Abstract	8
Πρόλογος	11
Κεφάλαιο 1 ^ο - Εισαγωγή	13
1.1 Ορισμός	13
1.2 Αιτιοπαθογένεια και αιτιολογία	19
1.3 Επιδημιολογικά δεδομένα	26
1.4 Συμπτωματολογία της αυτιστικής διαταραχής	29
1.5 Διαγνωστικά κριτήρια και διαφορική διάγνωση	33
1.6 Θεραπευτικές προσεγγίσεις	48
Κεφάλαιο 2 ^ο – Βιβλιογραφική ανασκόπηση	55
Κεφάλαιο 3 ^ο – Ερευνητικό μέρος	60
3.1 Σκοπός της έρευνας	60
3.2 Μεθοδολογία, δείγμα της έρευνας, εργαλεία	61
3.3 Αποτελέσματα έρευνας	64
3.4 Συζήτηση	95
3.5 Ανασκόπηση αποτελεσμάτων	100
3.6 Περιορισμοί	106
3.7 Πρόταση σύστασης	107
Βιβλιογραφία	109

Παράρτημα	113
Ερωτηματολόγιο	114

Περίληψη

Εισαγωγή: Η αυτιστική διαταραχή (μερικές φορές ονομάζεται και «κλασικός αυτισμός») είναι η συνηθέστερη περίπτωση σε μια ομάδα αναπτυξιακών διαταραχών, που είναι γνωστές ως διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (ASD). Ο κλασικός αυτισμός χαρακτηρίζεται από εξασθενημένη κοινωνική αλληλεπίδραση, προβλήματα σε ότι αφορά τη λεκτική και τη μη λεκτική επικοινωνία και ασυνήθιστες, επαναλαμβανόμενες ή σοβαρά περιορισμένες δραστηριότητες και ενδιαφέροντα. Πλέον σήμερα θεωρείται μία πολυπαραγοντική διαταραχή, αν και το ακριβές αίτιο παραμένει αδιευκρίνιστο. Αποτελεί μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή με κύρια εμφάνιση συμπτωμάτων περί το τέλος του πρώτου έτους και συμπλήρωση περίπου στο 2 με 3 έτος ηλικίας.

Σκοπός και στόχος: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εμφάνιση μίας ομάδας συμπεριφορών παιδιών δημοτικής εκπαίδευσης με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και η ανάλυση αυτών των συμπεριφορών.

Υλικό και μέθοδος: Το ερευνητικό μέρος της μελέτης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου και επιλέχθηκε η ποσοτική μέθοδος για να εξετασθεί η συχνότητα συγκεκριμένων συμπεριφορών. Η έρευνα αρχικά είχε σχεδιαστεί να διεξαχθεί εξ ολοκλήρου μέσω διαδικτύου, αλλά στη συνέχεια λόγω ελλিপών απαντήσεων δόθηκε και με φυσική παρουσία σε άτομα που επισκέφτηκαν συγκεκριμένα κέντρα. Τα κέντρα ήταν: το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Η Αγία Σοφία», το διαγνωστικό-θεραπευτικό κέντρο «Στήριξη παιδιού -εφήβου – ενήλικου» στην Αθήνα και το Παιδικό Κέντρο Αναπτυξιακής Προώθησης, Αποκατάστασης και Σχολικής Μελέτης. Συνολικά διαδικτυακά απαντήθηκαν 135 ερωτηματολόγια εκ των οποίων τα 62 πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής. Επίσης μοιράστηκαν με φυσική παρουσία μοιράστηκαν 50 ερωτηματολόγια εκ των οποίων συμπληρώθηκαν επιτυχώς 38 και αποκλείστηκαν 10

λόγω ελλιπών απαντήσεων και 2 άτομα αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα παρόλο που είχαν αρχικά συμφωνήσει σχετικώς. Μελετήθηκαν εν τέλει 100 ερωτηματολόγια.

Αποτελέσματα: Σε ότι αφορά το φύλο του παιδιού η πλειοψηφία των παιδιών ανήκε στο άρρεν φύλο με ποσοστό 79%, ενώ τα θηλυκά παιδιά ήταν μόλις 21. Σε ότι αφορά τον παράγοντα ηλικία το κριτήριο επιλογής αφορούσε το γεγονός τα παιδιά του δείγματος να είναι δημοτικής εκπαίδευσης. Η πλειοψηφία των απαντήσεων σε ότι αφορά την εκπαίδευση του παιδιού αφορά το γενικό σχολείο, ήτοι 55% και η επιλογή του ειδικού σχολείου συγκέντρωσε 30% με 15 άτομα να απαντούν ότι δεν γνωρίζουν το είδος του σχολείου φοίτησης. Το 29% του δείγματος έχει παρατηρήσει ότι το παιδί προσκολλάται σε τελετουργικά και ρουτίνες σε μέτριο βαθμό με τις υπόλοιπες επιλογές να κυμαίνονται σε παρόμοια ποσοστά της τάξης του 10-20%. Σε αντίθεση με την ανωτέρω ερώτηση, η επόμενη ερώτηση σχετικά με το αν το παιδί έχει περιορισμένα και ασυνήθιστα ενδιαφέροντα η πλειοψηφία σε ποσοστό 60% απάντησε θετικά. Η ηχολαλία είναι ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των παιδιών με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος. Βέβαια το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, ήτοι 29%, απάντησε ότι το παιδί δεν παρουσιάζει καθόλου ηχολαλία, με την επιλογή λίγο και ποσοστό 26% να έρχεται δεύτερη και την επιλογή μέτρια και ποσοστό 22% να ακολουθεί. Πρόσθετο χαρακτηριστικό της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος αποτελεί επίσης και ο χαρακτηρισμός του παιδιού από διάφορα τικ και ιδιομορφίες, που όμως και σε αυτή την περίπτωση το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος απάντησε αρνητικά σε ποσοστό 28%. Η αμέσως επόμενη σε ότι αφορά το ποσοστό επιλογή ήταν το «λίγο» με ποσοστό 24%. Τέλος σε ότι αφορά τις δεξιότητες γραφής και ανάγνωσης τα ποσοστά δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα σημαντικές στατιστικές διαφοροποιήσεις. Συγκεκριμένα σε ότι αφορά το βαθμό δυσκολίας γραφής όλες οι επιλογές κυμάνθηκαν από το ελάχιστο της επιλογής «πάρα πολύ» 16% έως το υψηλότερο της επιλογής «μέτρια» 20%. Σε ότι αφορά το βαθμό δυσκολίας ανάγνωσης οι επιλογές κυμάνθηκαν από το ελάχιστο των επιλογών «μέτρια» και «πολύ» με ισάριθμο ποσοστό 18% έως το μέγιστο της επιλογής «πάρα πολύ» με ποσοστό 23%.

Συμπεράσματα: Τα άτομα με διαταραχές αυτιστικού φάσματος και άλλες αναπτυξιακές διαταραχές αποτελούν μια ευάλωτη ομάδα. Συχνά υπόκεινται σε στίγμα και διακρίσεις, συμπεριλαμβανομένης της άδικης στέρησης των υγειονομικών και εκπαιδευτικών υπηρεσιών και ευκαιριών συμμετοχής και κοινωνικοποίησής τους. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η πρόσβαση στις υπηρεσίες και η υποστήριξη ατόμων με αναπτυξιακές διαταραχές είναι ανεπαρκής, και οι οικογένειες των ατόμων που πλήττονται συχνά έχουν σημαντικές συναισθηματικές, οικονομικές και επαγγελματικές επιβαρύνσεις. Η ελληνική κοινωνία καθώς υστερεί σε υπηρεσίες ουσιαστικής μέριμνας για άτομα με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη προσπάθεια που καταβάλλουν οι οικογένειες αυτών των ατόμων για την αντιμετώπιση σοβαρών δυσκολιών της καθημερινής διαχείρισής τους. Η παρέμβαση της κοινωνικής μέριμνας θα πρέπει να είναι παρούσα καθόλη τη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης στο άτομο με αυτισμό αλλά και υποστηρικτικά στην ίδια την οικογένεια.

Λέξεις κλειδιά: διαταραχή αυτιστικού φάσματος, παιδιά δημοτικής εκπαίδευσης, ομάδα συμπεριφορών

Abstract

Introduction: Autistic disorder (sometimes referred to as "classic autism") is the most common case in a group of developmental disorders known as autism spectrum disorders (ASD). Classical autism is characterized by impaired social interaction, problems in verbal and non-verbal communication, and unusual, recurrent or severely limited activities and interests. Nowadays is considered a multifactorial disorder, although the exact cause remains unclear. It is a neurodevelopmental disorder with a primary symptom at about the end of the first year and a supplement at about 2 to 3 years of age.

Purpose and Objective: The purpose of this thesis is to present a group of behaviors of primary education children with autism spectrum disorders and to analyze these behaviors.

Material and Method: The study was conducted using a questionnaire and the quantitative method was chosen to examine the frequency of specific behaviors. The survey was originally designed to be conducted entirely on the Internet, but then due to inadequate responses it was also physically presented to people who visited specific centers. The centers were: the Athens Children's Hospital "Agia Sophia", the Diagnostic and Treatment Center "Child-Adult Support" in Athens and the Children's Center for Developmental Promotion, Rehabilitation and School Study. A total of 135 questionnaires were answered online, out of which 62 met the eligibility criteria. Also distributed in a physical presence were 50 questionnaires, of which 38 were successfully completed and 10 were rejected due to inadequate responses and 2 persons refused to participate in the survey although they had originally agreed to do so. Finally, 100 questionnaires were studied.

Results: As far as the sex of the child concerned, the majority of the children belonged to the male sex with 79%, while the females were only 21. As far as the age factor is concerned, the criterion of choice concerned the fact that the children of the sample were of primary education. The majority of responses about the education of the child relate to the general school, ie 55%, and the selection of the special school has raised to 30% to 15 people responded that they do not know the type of school the child went. 29% of the sample has noticed that the child adheres to rituals and routines to a moderate degree, with the rest of the choices ranging at similar rates of 10-20%. In contrast to the above question, the next question about whether the child has a limited and unusually interest the majority, ie the 60% responded positively. Echolalia is a special feature of children with autism spectrum disorder. Of course, most of the sample, ie 29%, replied that the child has no echolalia, with the choice of a few for 26% coming second and the option moderate for 22% to follow. Another characteristic of the autistic spectrum disorder is also the characterization of the child from various teak and peculiarities, but in this case most of the sample responded negatively ie 28%. The next one in the percentage option was "a few" with 24%. Finally, in terms of reading and writing skills, the percentages do not show any significant statistical variations. Specifically, with regard to the difficulty of writing, all choices varied from the minimum of "very much" 16% to the highest of the "moderate" 20%. With regard to the degree of difficulty of reading, the choices ranged from the minimum of "moderate" and "very much" choices with an equal 18% to the maximum of "too much" with 23%.

Conclusions: Individuals with autistic spectrum disorders and other developmental disorders are a vulnerable group. They are often subject to stigma and discrimination, including the unfair deprivation of health and education services and opportunities for participation and socialization. Globally, access to services and support for people with developmental disabilities is inadequate, and families of people affected often have significant emotional, financial and professional burdens. Greek society as lag is

mentioned behind the essential care services for people with an autism spectrum disorder has resulted in increased efforts by these families to deal with serious difficulties in their day-to-day management. Intervention of social care should be present throughout the therapeutic intervention of the person with autism and supportive of the family itself.

Key words: autistic spectrum disorder, primary school children, behavioral group of attitudes

Πρόλογος

Βιβλιογραφικά αναφέρονται δύο έννοιες σχετικά με τη λέξη αυτισμός. Αρχικά ο αυτισμός, που μπορεί να νοηθεί ως μία διάχυτη διαταραχή της ανάπτυξης του ατόμου και η διαταραχή αυτιστικού φάσματος ως μία ευρύτερη έννοια που μπορεί να περιλαμβάνει και άλλες διαταραχές εκτός από τον αυτισμό. Συνυπάρχουσες καταστάσεις όπως η νοητική αναπηρία, οι μαθησιακές δυσκολίες, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, οι διαταραχές συμπεριφοράς και η επιληψία, θα πρέπει να αναφέρονται και να διαχειρίζονται αναλόγως με βάση τις τεκμηριωμένες παρεμβάσεις για κάθε πάθηση. Αυτές οι παθήσεις εμφανίζονται με αρκετή συχνότητα σε παιδιά με αυτισμό, και οι επαγγελματίες θα πρέπει να έχουν την ανάλογη γνώση και να παραπέμπουν τα άτομα αυτά όταν διακρίνουν κάτι, σε περαιτέρω διαγνωστική αξιολόγηση εάν υπάρχουν υπόνοιες. Οι επαγγελματίες θα πρέπει επίσης να γνωρίζουν, πώς αυτές οι συνθήκες μπορούν να επηρεάσουν τα προγράμματα διαχείρισης και τις προσεγγίσεις παρέμβασης.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο αυτισμός αποτελεί μία νευρολογική ή βιολογική διαταραχή και όχι μία ψυχολογική ή συναισθηματική κατάσταση. Ως εκ τούτου τα χαρακτηριστικά, οι ικανότητες και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων μπορεί να ποικίλουν σημαντικά μεταξύ των ατόμων με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος. Οι διάφορες συμπεριφορές που μπορεί να κάνουν ένα άτομο με αυτισμό να φαίνεται διαφορετικό μπορεί επίσης να θεωρηθούν και ως εξαιρετικές ικανότητες. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό το άτομο με αυτισμό να θεωρείται ως «έξυπνο» ακόμα και αν οι δυσκολίες που παρουσιάζει σε επίπεδο γλωσσικής ικανότητας αλλά και συμπεριφοράς δεν είναι οι αναμενόμενες. Οι διάφορες χαρακτηριστικές και αναμενόμενες συμπεριφορές ατόμων με διαταραχή αυτιστικού φάσματος μπορεί να θεωρηθούν και ως προκλήσεις αλλά και ως δυνατότητες. Για παράδειγμα ένα άτομο με αυτισμό που μπορεί να φαίνεται ότι έχει μία άκαμπτη

συμπεριφορά, μπορεί ταυτόχρονα να έχει εξαιρετικές δεξιότητες σε ότι αφορά την τήρηση ενός προγράμματος και βασικών κοινωνικών κανόνων.

Ως εκ τούτου τα άτομα με αυτισμό ενδέχεται να εμφανίζουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως δυσκολία στην κατανόηση του γλωσσικού κώδικα, υιοθέτηση χειρονομιών, περιορισμένη γλωσσική ικανότητα, επανάληψη λέξεων ή και φράσεων, περιορισμένη ή ανεπαρκή βλεμματική επαφή, προσκόλληση σε συγκεκριμένα αντικείμενα, καθώς και πλείστες άλλες συμπεριφορές που θα αναλυθούν εκτενέστερα στη συνέχεια της παρούσας πτυχιακής.

Η διαταραχή του αυτιστικού φάσματος μπορεί να χαρακτηριστεί επίσης από επίμονα ελλείματα σε ότι αφορά την κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση. Εκτός από τις ελλείψεις σε ότι αφορά την κοινωνική επικοινωνία, η διάγνωση της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος προϋποθέτει την ύπαρξη επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, που όμως μπορεί να διαφοροποιηθούν ανάλογα με την ανάπτυξη του ατόμου.

Κεφάλαιο 1^ο - Εισαγωγή

1.1 Ορισμός

Η αυτιστική διαταραχή (μερικές φορές ονομάζεται και «κλασικός αυτισμός») είναι η συνηθέστερη περίπτωση σε μια ομάδα αναπτυξιακών διαταραχών, που είναι γνωστές ως διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (ASD). Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνεται από τον Οργανισμό Autism speaks « Ο αυτισμός είναι μία σύνθετη νευροβιολογική διαταραχή που τυπικά διαρκεί καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου. Είναι μέρος μίας ομάδας διαταραχών γνωστή ως Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ASD). Σήμερα, 1 στα 150 άτομα διαγιγνώσκονται με αυτισμό, καθιστώντας τον πιο κοινό από το συνολικό ποσοστό του παιδικού καρκίνου, του διαβήτη και του AIDS. Εμφανίζεται σε όλες τις φυλετικές, εθνικές και κοινωνικές ομάδες και είναι 4 φορές πιο πιθανό να εμφανιστεί σε αγόρια απ' ότι κορίτσια. Ο αυτισμός εμποδίζει (καταστρέφει) την ικανότητα του ατόμου να επικοινωνεί και να συσχετίζεται με τους άλλους. Επίσης συνδέεται με δύσκαμπτες ρουτίνες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, όπως η έμμονη ταξινόμηση αντικειμένων ή το να ακολουθεί πολύ συγκεκριμένες ρουτίνες. Τα συμπτώματα ποικίλουν από πολύ ήπια έως αρκετά σοβαρά.» (www.autismspeaks.org)

Τα τελευταία 20 χρόνια, η κατανόηση των επικοινωνιακών και κοινωνικών αλληλεπιδράσεων των ατόμων με ASD, σε σύγκριση με τα παιδιά με διάφορες αναπτυξιακές αναπηρίες, έχει γίνει όλο και πιο εκλεπτυσμένη. Διάφορα κοινά ελλείμματα στην επικοινωνία, που συνδέονται με τον αυτισμό περιλαμβάνουν τη στερεοτυπική γλώσσα, όπως η ηχολαλία, η επανάληψη εκφράσεων από αγαπημένες τηλεοπτικές εκπομπές ή διαφημιστικά μηνύματα, η αντιστροφή της αντωνυμίας και η χρήση στερεοτύπων εκφράσεων (όπως ένα παιδί που λέει: «Μπορώ να σας τηλεφωνήσω;» όταν δεν θέλει να απαντήσει σε μια ερώτηση). Τα περισσότερα άτομα με αυτισμό καθυστερούν, σε ότι αφορά την απόκτηση της δεκτικής, όσο και εκφραστικής

γλώσσας. Οι καθυστερήσεις στη δεκτική γλώσσα έχουν προταθεί, ότι σχετίζονται ιδιαίτερα με τον αυτισμό στα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Παλαιότερα, αναμενόταν ότι το ήμισυ όλων των ατόμων με αυτισμό δε θα χρησιμοποιούσαν την ομιλία ως τον κύριο τρόπο επικοινωνίας τους. Παρ' όλα αυτά, σε μια πρόσφατη μελέτη, το ποσοστό των 9χρονων με ASD που μιλούσαν άπταιστα ήταν περίπου 40% σε δύο ανεξάρτητα δείγματα και το ποσοστό που ήταν μη λεκτικό (δηλαδή που χρησιμοποίησε λιγότερες από πέντε λέξεις σε καθημερινή βάση) ήταν λιγότερο από το 15%, ίσως λόγω της καλύτερης παρέμβασης και της διεύρυνσης των ατόμων με αυτισμό. (Moldin & Rubenstein, 2006)

Αρκετές πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι, αντί να θεωρούν τα κοινωνικά και επικοινωνιακά ελλείμματα χωριστά, θα πρέπει να θεωρούνται ως ένας ενιαίος παράγοντας κοινωνικής επικοινωνίας, που περιλαμβάνει τη μη λεκτική επικοινωνία και αμοιβαία συνομιλία. Θα πρέπει ως εκ τούτου να παρέχεται ξεχωριστή μέριμνα για το αν ένα άτομο καθυστερεί στις βασικές διαστάσεις του λεξιλογίου, της σύνταξης και της φωνολογίας σε μία ή και στις δύο δεκτικές και εκφραστικές γλώσσες. (Moldin & Rubenstein, 2006)

Πολλά από τα παραδείγματα των ελλείψεων κοινωνικής επικοινωνίας στην ASD περιλαμβάνουν συμπεριφορές, που στα τυπικά βρέφη κυριαρχούν στο πρώτο ή το δεύτερο έτος της ζωής, όπως η βλεμματική επαφή με ένα άλλο άτομο και άλλες πτυχές της κοινής προσοχής, η λεκτική απόκριση σε κάποιον που μιλάει, και να μπορεί το άτομο να χαμογελάει σε κάποιον που χαμογελάει. Στην πραγματικότητα, οι δυσκολίες σε ότι αφορά την κοινή προσοχή θεωρούνται πιθανότατα ο πλέον σαφής «σηματισμός» που χαρακτηρίζει τον αυτισμό ως διαφορετικό από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές. (Moldin & Rubenstein, 2006)

Βέβαια εντύπωση προκαλεί η αναφορά του Νότα Σ. σχετικά με τις καταγεγραμμένες μελέτες σχετικά με τον αυτισμό, ακόμα και πολύ παλαιότερα από την ενασχόληση του Kanner. Συγκεκριμένα «Σε μία σπάνια συλλογή μύθων καταγεγραμμένη τον 13^ο 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 Juniper. Οι 14 διασκεδαστικές και περίεργες ιστορίες για τον καλόγερο Juniper αποκτούν άλλο νόημα, εάν υποθέσουμε ότι βασίστηκαν στη ζωή ενός καλόγερου, 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 Άγγλου περιηγητή στη Ρωσία του 16^{ου} αιώνα καταγράφονται με σαφήνεια οι συμπεριφορές των «ευλογημένων» ή των «αγίων» τρελών, που έχαιραν μεγάλου σεβασμού και οι οποίες έχουν καταπληκτικές ομοιότητες με αυτές των ατόμων με αυτισμό σύμφωνα με τη σύγχρονη διάγνωση.» (Νότας, 2017)

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Κωστόπουλος, «Στη μονογραφία που ο Kanner δημοσίευσε το 1943 περιέγραψε με ακρίβεια το σύνδρομο του αυτισμού σε 11 παιδιά. Έκαμε τότε την παρατήρηση ότι οι γονείς των παιδιών αυτών ήταν επαγγελματίες με υψηλές κοινωνικές θέσεις και ότι σπάνια κάποιος από αυτούς είχαν «ζεστή καρδιά». Έτσι για πρώτη φορά ο Kanner έκαμε νύξη για μια πιθανή σχέση μεταξύ αυτισμού και μητρικής ή γονεϊκής αγάπης-φροντίδας για το παιδί. Μερικά χρόνια αργότερα, το 1949, ο Kanner με βεβαιότητα διατύπωσε την υπόθεση της αιτιολογικής σχέσης μεταξύ ελλείμματος στην γονεϊκή φροντίδα και τον αυτισμό. Περιγράφοντας τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των οικογενειών 55 παιδιών με αυτισμό ο Kanner βεβαίωνε ότι οι γονείς των παιδιών αυτών ήταν επαγγελματίες με υψηλή εκπαίδευση, με ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά στην προσωπικότητα, καλοί όσον αφορά τους μηχανισμούς υπηρέτησης των αναγκών των παιδιών τους, αλλά τους έλλειπε η ζεστασιά και ο αυθορμητισμός και παρομοίωσε το περιβάλλον των οικογενειών αυτών σαν το «ψυγείο που δεν αποψύχεται». Συνέπεια της υπόθεσης του Kanner ήταν οι γονείς να θεωρούνται από κλινικούς ψυχικής υγείας υπεύθυνοι για το πρόβλημα των παιδιών τους με αυτισμό. Ως θεραπεία επιλογής θεωρούνταν η ψυχοθεραπεία για το παιδί και τους γονείς. Παρόμοια υπόθεση είχε προταθεί και για τη σχιζοφρένεια η οποία είχε υποτεθεί ότι σχετιζόταν με τη «σχιζοφρενογόνο μητέρα». (Κωστόπουλος, 2014)

Χρονοδιάγραμμα σχετικά με τον αυτισμό	
1910	Ο Ελβετός ψυχίατρος Eugen Bleuler χρησιμοποίησε τον όρο «αυτισμός», που προέρχεται από την ελληνική λέξη αυτός, που σημαίνει εαυτός. Ο Bleuler ερεύνησε τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας και αναγνώρισε ως αυτισμό μια «απόσυρση» που υπήρχε σε ορισμένους ασθενείς.
1943	Ο Αυστρο-αμερικανός παιδοψυχίατρος Leo Kanner περιέγραψε τον αυτισμό ως μια ξεχωριστή κατάσταση σε άρθρο με τίτλο «Αυτιστικές διαταραχές της συναισθηματικής επαφής». Ο Kanner καθιέρωσε τον «πρώιμο παιδικό αυτισμό» ως ψυχιατρική διαταραχή παιδικής ηλικίας, που κατατάσσεται στη σχιζοφρένεια.
1944	Ο Αυστριακός παιδίατρος Hans Asperger δημοσίευσε τη μελέτη του «Αυτιστική ψυχοπάθεια στην παιδική ηλικία», με βάση σχετική έρευνα σε αγόρια (οι «μικροί του καθηγητές»), περιγράφοντας μια «ηπιότερη», «ανώτερη» κατάσταση που αργότερα κατοχυρώθηκε ως «σύνδρομο Asperger».
1960-1970	Η έρευνα σε θεραπείες επικεντρώθηκε σε φάρμακα όπως LSD, τεχνικές ηλεκτροπληξίας και αλλαγής συμπεριφοράς που συχνά βασίζονταν στον πόνο και την τιμωρία.
1962	Ίδρυση του επονομαζόμενου οργανισμού «The National Autistic Society»
1966	Μια μελέτη στο Middlesex εκτίμησε το ποσοστό του αυτισμού σε παιδιά στο 0,04 τοις εκατό - το πιο συχνά αναφερόμενο ποσοστό μέχρι τη δεκαετία του 1980.
1967	Η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση των Ασθενειών και σχετικών προβλημάτων υγείας (International Statistical Classification of Diseases and

	Related Health Problems) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ταξινομούν τον αυτισμό ως μορφή σχιζοφρένειας.
1971	Ο ψυχολόγος Bruno Bettelheim προώθησε τη θεωρία της «μητέρας του ψυγείου», η οποία αναφέρει ότι οι ψυχροί γονείς, ιδιαίτερα οι μητέρες, είναι υπεύθυνοι για τον αυτισμό.
1977	Η Αμερικανίδα ψυχίατρος Susan Folstein και ο Βρετανός ψυχίατρος Michael Rutter δημοσίευσαν μια μελέτη για τα αυτιστικά δίδυμα, που αποδεικνύεται ότι ο αυτισμός έχει γενετική βάση.
1979	Οι Βρετανοί ψυχίατροι Lorna Wing και Judith Gould παρουσίασαν την ιδέα μιας «τριάδας προβλημάτων» και ενός φάσματος αυτισμού.
1980	Η τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-III) περιελάμβανε τον «παιδικό αυτισμό» ως διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή - ο αυτισμός εμφανίστηκε για πρώτη φορά ως ξεχωριστή διαταραχή αντί να συνδέεται με τη σχιζοφρένεια.
1981	Η Lorna Wing εισήγαγε τον όρο Asperger Syndrome.
1987	Η «αυτιστική διαταραχή» αντικαθιστά τον «παιδικό αυτισμό» στο εγχειρίδιο διαγνωστικής.
1988	Η ταινία RainMan αύξησε την ευαισθητοποίηση του κοινού για τον αυτισμό.
1989	Ο Christopher Gillberg, καθηγητής παιδικής και εφηβικής ψυχιατρικής, δημοσίευσε τα πρώτα διαγνωστικά κριτήρια για το σύνδρομο Asperger. Οι Michael Rutter, Ann LeCouteur και Catherine Lord δημοσίευσαν μια αξιολόγηση για τον αυτισμό, που ονομάζεται Διαγνωστική Συνέντευξη Αυτισμού.
1980-1990	Η θεραπεία συμπεριφοράς και τα ελεγχόμενα περιβάλλοντα μάθησης εμφανίστηκαν ως πρωταρχικές «θεραπείες» για πολλές μορφές αυτισμού.

	Άλλες θεραπείες περιλάμβαναν την ιατρική και διατροφική θεραπεία.
1994	Το σύνδρομο Asperger προστέθηκε στο DSM-IV ως προοδευτική αναπτυξιακή διαταραχή.
1998	Ο Andrew Wakefield και άλλοι δημοσίευσαν μια αμφιλεγόμενη μελέτη στο Lancet που δήλωνε ότι το εμβόλιο ιλαράς-παρωτίτιδας-ερυθράς (MMR) προκαλεί αυτισμό. Η έρευνα αργότερα ανατράπηκε.
1999	Το Κέντρο Έρευνας Αυτισμού (ARC) ιδρύθηκε στο Πανεπιστήμιο του Cambridge.
2000	Ξεκίνησε η Ολοκληρωμένη Κοινοβουλευτική Ομάδα για τον Αυτισμό (APPGA).
2007	Οι επιστήμονες βρήκαν γενετικές βάσεις των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού.
2007	Η Γερουσία των ΗΠΑ όρισε τον Απρίλιο ως Εθνικό Μήνα Ευαισθητοποίησης για τον Αυτισμό. Το επόμενο έτος, η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών κήρυξε την 2η Απριλίου ως Παγκόσμια Ημέρα Ευαισθητοποίησης του Αυτισμού.
2013	Το επικαιροποιημένο DSM-V αμφισβήτησε το σύνδρομο Asperger υπό τον αυτισμό.

Πίνακας 1: Χρονοδιάγραμμα σχετικά με τον αυτισμό (Booth, 2014)

1.2 Αιτιοπαθογένεια και αιτιολογία

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Αυτισμού (2005), δεν υπάρχει μία μόνο γνωστή αιτία για την αυτιστική διαταραχή, αλλά είναι γενικά αποδεκτό ότι προκαλείται από ανωμαλίες στη δομή ή τη λειτουργία του εγκεφάλου. Οι εγκεφαλικές ανιχνεύσεις παρουσιάζουν διαφορές στο σχήμα και τη δομή του εγκεφάλου σε αυτιστικά έναντι μη αυτιστικών παιδιών.

Ο αυτισμός παρατηρείται συχνά με την παρουσία άλλων ιατρικών / ψυχιατρικών συνθηκών. Οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες είναι συχνές με ορισμένους γονότυπους, που έχουν μια σημαντικά υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης αυτιστικής συμπτωματολογίας. Η συννοσηρότητα με χρωμοσωμικές διαταραχές πιστοποιεί τη νευροαναπτυξιακή φύση του αυτισμού. Ο μεγάλος αριθμός συνυπάρχουσων συνθηκών και γονιδίων ευαισθησίας αντανακλά την κλινική ετερογένεια του αυτισμού και την πιθανότητα πολλαπλών υποκείμενων αιτιολογιών. Η τρέχουσα ιατρική κατανόηση αντιμετωπίζει τον αυτισμό ως πολυπαραγοντική ή περίπλοκη κατάσταση. Ο αυτισμός και εν γένει οι διαταραχές αυτιστικού φάσματος μπορεί να συνυπάρχουν με διάφορα σύνδρομα, όπως σύνδρομο του Landau-Kleffner, του William, του Angelman, του Prader-Wili, του Tourette, αλλά και με λοιμώξεις ή ιογενείς εγκεφαλίτιδες και φαινυλκετονουρία και οξώδη σκλήρυνση. (Casanova et al, 2013)

Όπως συμβαίνει σε άλλες πολυπαραγοντικές συνθήκες, ο κίνδυνος εμφάνισης αυτισμού μεταξύ συγγενών πρώτου βαθμού είναι υψηλότερος από τον κανονικό πληθυσμό. Παρατηρείται αύξηση του μεγέθους του εγκεφάλου χωρίς συνακόλουθα σημεία οιδήματος. Η ογκομετρική αύξηση δε φαίνεται να είναι ένα μεταθανάτιο εύρημα, όπως έχει αναφερθεί in vivo με τεχνικές νευροαπεικόνισης και, επιπλέον, το αυξημένο μέγεθος εγκεφάλου έχει αναφερθεί σε συγγενείς πρώτου βαθμού των προσβεβλημένων ατόμων. Όταν υπάρχει, η διεύρυνση του εγκεφάλου φαίνεται να είναι γενικευμένη, με

αντικρουόμενα δεδομένα σχετικά με τον υποτιθέμενο ρόλο της παρεγκεφαλίδας μέσα στην ογκομετρική αύξηση. Τα ευρήματα υπερ- ή υποπλασίας των λόγχων των βερμίων σε διάφορες υποομάδες αυτιστικών ατόμων παραμένουν αμφιλεγόμενα. Τα παρεγκεφαλικά ευρήματα δεν έχουν αναπαραχθεί από πολλές ομάδες και δε φαίνεται να είναι συγκεκριμένα στον αυτισμό, όπως έχουν αναφερθεί στο σύνδρομο εύθραυστου X. (Casanova et al, 2013)

Εγκεφαλικός παράγοντας

Οι έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει διαταραχή της λειτουργίας του εγκεφάλου των παιδιών με ASD. Μελέτες σχετικά με τα τμήματα του εγκεφάλου έχουν διαπιστώσει, ότι τα άτομα με ASD επεξεργάζονται πληροφορίες σε διαφορετικά μέρη του εγκεφάλου τους από τους τυπικούς ανθρώπους. Παραδείγματος χάριν, επεξεργάζονται τα γράμματα του αλφαβήτου στο τμήμα του εγκεφάλου, που κανονικά επεξεργάζεται σχήματα. Υπάρχουν πρώιμα αναπτυξιακά σημεία, που υποδηλώνουν ανωμαλίες του εγκεφάλου: μικρότερο μέγεθος κεφαλής κατά τη γέννηση ακολουθούμενο από μια περίοδο υπερβολικής αύξησης της κεφαλής μεταξύ έξι μηνών και δύο ετών. Ο μετωπιαίος λοβός υφίσταται τη μεγαλύτερη αύξηση, αν και είναι συνήθως η τελευταία περιοχή του εγκεφάλου, που αναπτύσσεται. (Exkorn, 2005)

Τα παιδιά με ASD μπορεί να έχουν προβλήματα σε αυτές τις γνωστικές περιοχές επειδή, παρόλο που ο μετωπιαίος λοβός τους διευρύνεται, τα νευρικά τους κύτταρα είναι στην πραγματικότητα πολύ μικρότερα από το φυσιολογικό. Η Θεωρία Υπερευαισθησίας μπορεί να βοηθήσει να εξηγηθεί, γιατί μερικοί άνθρωποι με διαταραχές αυτιστικού φάσματος έχουν τυπικές ή και ανώτερες δεξιότητες σε ορισμένους τομείς, ενώ δε διαθέτουν δεξιότητες σε άλλους τομείς. Ο Marcel Just, διευθυντής του Κέντρου για τη Γνωστική Αντιμετώπιση Εγκεφάλου του Carnegie Mellon, χρησιμοποιεί μια αθλητική αναλογία για να εξηγήσει αυτήν την έννοια: Στον εγκέφαλο ενός τυπικού ατόμου, τα μέλη της ομάδας συνεργάζονται για να συντονίσουν τις προσπάθειές τους, ενώ στον εγκέφαλο κάποιου με ASD, δεν το κάνουν. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε δυσκολίες στην πολύπλοκη σκέψη, τις κοινωνικές δεξιότητες και τη γενική συμπεριφορά. Η έρευνα

συνεχίζεται στον τομέα της ανάπτυξης του εγκεφάλου και των διαταραχών αυτιστικού φάσματος. (Exkorn, 2005)

Σύμφωνα με τον Κωτσόπουλο παρατηρείται εκτροπή στην ανάπτυξη του εγκεφάλου με έναρξη πιθανόν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η εκτροπή αυτή στην ανάπτυξη ποικίλει και για το λόγο αυτό η κλινική εικόνα και η βαρύτητα στις εκδηλώσεις του αυτισμού ποικίλουν. (Κωτσόπουλος, 2015)

Γενετικός παράγοντας

Οι ερευνητές έχουν εντοπίσει μια σειρά γονιδίων, που μπορεί να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο στην εμφάνιση της ASD. «Μπορεί να υπάρχουν έξι ή περισσότερα γονίδια που πρέπει να συνενωθούν σε ένα άτομο στη σωστή μορφή για να οδηγήσουν σε αυτισμό», τονίζει ο Δρ Gerard Schellenberg, ερευνητής της CHDD (Κέντρο για την Ανθρώπινη Ανάπτυξη και την Αναπηρία), σε μια μελέτη στο Πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον. Μερικά από αυτά τα γονίδια μπορεί να είναι υπεύθυνα για κληρονομικά χαρακτηριστικά, που ονομάζονται ενδοφαινότυποι, που δεν προκαλούν ASD, αλλά σχετίζονται με αυτά. Αυτά τα χαρακτηριστικά μπορούν να είναι συμπεριφορικά ή βιολογικά και ταυτοποιούνται σε μέλη της οικογένειας παιδιών με ASD. Μερικά από αυτά τα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν το μεγάλο μέγεθος κεφαλής και τη μη φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου. Μια μελέτη του Daniel Geschwind και συναδέλφων της Ιατρικής Σχολής του UCLA διαπίστωσε ότι η χρήση της Κλίμακας Κοινωνικής Ευαισθησίας (SRS), η οποία μετρά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και των κοινωνικών δυσλειτουργιών ενός παιδιού, μπορεί να βοηθήσει στην ανίχνευση των γενετικών τόπων για κοινωνική δυσλειτουργία, που προκαλείται από διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Οι ερευνητές έχουν εντοπίσει μόνο μία συγκεκριμένη γενετική σύνδεση με τις ASDs και με το σύνδρομο εύθραυστου X, που είναι επίσης η πιο συνηθισμένη αιτία της γενετικά κληρονομικής διανοητικής υστέρησης. Μεταξύ 2 και 6% όλων των παιδιών που έχουν διαγνωστεί με ASD, έχουν εύθραυστη γονιδιακή μετάλλαξη και περίπου το ένα τρίτο

όλων των παιδιών με εύθραυστο X έχουν ASD. Εάν ένα παιδί με ASD έχει επίσης εύθραυστο X, υπάρχει μια πιθανότητα ότι τα αγόρια που γεννιούνται από τους ίδιους γονείς να έχουν το σύνδρομο. Οι μελέτες ταυτόσημων δίδυμων υποστηρίζουν αυτή τη γενετική θεωρία. (Exkorn, 2005)

Ο τρόπος γέννησης, είτε με φυσική διαδικασία τοκετού είτε με καισαρική τομή, οδηγεί στην αρχική εμφάνιση της μικροχλωρίδας στο βρέφος, έτσι ώστε τα νεογνά που γεννιούνται μέσω του κοιλιακού σωλήνα να διακρίνονται από αυτά που παρέχονται από καισαρική τομή με βάση τη μικροχλωρίδα τους. Αυτό έχει σημαντικές επιπτώσεις στις αναπτυξιακές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της ASD, όπου η μητρική ή η προγεννητική έκθεση σε γενετικούς ή περιβαλλοντικούς κινδύνους πιστεύεται, ότι συμβάλλουν στην αιτιοπαθογένεση της νόσου. Άλλοι συγγυτικοί περιγεννητικοί παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση της ASD, που εμφανίζονται με την καισαρική, αλλά δεν σχετίζονται με τη μικροχλωρίδα περιλαμβάνουν την αναισθησία, που εφαρμόζεται κατά τη διάρκεια του τοκετού, τον πρόωρο τοκετό, την ηλικία της μητέρας και τη χορήγηση ωκυτοκίνης. Οι μελλοντικές μελέτες απαιτούν προσεκτική εξέταση των υποκειμένων της μελέτης και των περιγεννητικών παραγόντων κινδύνου. (Vuong & Hsiao, 2016)

Η αιτιολογία του αυτιστικού συνδρόμου παραμένει άγνωστη. Θα πρέπει όμως να αναφερθεί ότι η γενετική επιβάρυνση εκτιμάται ότι μπορεί να υπερβαίνει το 90% συνδυαστικά με εξωγενείς παράγοντες που συμβάλλουν στην εκτροπή της ανάπτυξης του εγκεφάλου. (Κωτσόπουλος, 2015)

Παράγοντας ανοσοποιητικού συστήματος

Παρόλο που η ASD θεωρείται μία εγκεφαλική διαταραχή, υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις, ότι μπορεί επίσης να αφορά διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος. Μελέτες στο Κέντρο Υγείας Παιδιών του UC Davis και UC Davis M.I.N.D Ινστιτούτο συνέκριναν τις αποκρίσεις ανοσοκυττάρων σε τυπικά παιδιά και σε παιδιά με ASD και διαπίστωσαν μια

διαφορά στις αντιδράσεις του ανοσοποιητικού συστήματος στα βακτηρίδια. Φαίνεται ότι τα παιδιά με ASD έχουν χαμηλότερα επίπεδα κυτοκινών, τα οποία είναι πρωτεϊνικά μόρια που βοηθούν στη διαμεσολάβηση της ανοσολογικής αντίδρασης του σώματος και επηρεάζουν τόσο τη συμπεριφορά, όσο και τη διάθεση. (Exkorn, 2005)

Ανοσοποιητικός παράγοντας

Υπάρχει η εικασία, ότι οι ανοσοποιήσεις μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση ASD. Μερικοί γονείς αναφέρουν ότι δεν έχουν παρατηρήσει σημάδια ASD στα παιδιά τους μέχρι να εμβολιαστούν. Τα εν λόγω εμβόλια αφορούν το εμβόλιο MMR και τα εμβόλια που περιέχουν θιμεροσόλη (thimerosal), συντηρητικό υδραργύρου που βρίσκεται σε ανοσοποιήσεις για ηπατίτιδα, κοκκύτη, τέτανο και διφθερίτιδα. Στο τεύχος του Απριλίου του 2005 της Μοριακής Ψυχιατρικής, ο νευρολόγος Richard Deth του Πανεπιστημίου της Βοστώνης και οι συνεργάτες του περιέγραψαν μια βιοχημική οδό μέσω της οποίας οι θιμεροσόλη και άλλες ενώσεις μπορεί να προκαλέσουν νευροαναπτυξιακές διαταραχές, όπως διαταραχές αυτιστικού φάσματος. Μέχρι σήμερα, καμία επιστημονική μελέτη δεν έχει ανακαλύψει πέρα από κάθε αμφιβολία ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ της ανοσοποίησης και της διαταραχής αυτιστικού φάσματος. (Exkorn, 2005)

Παράγοντας κύησης

Ορισμένες έρευνες υποθέτουν ότι οι έγκυες γυναίκες, που έλαβαν το φάρμακο pitocin ή που πάσχουν από μολύνσεις από ζυμομύκητες, ακολουθούν μία κακή διατροφή ή παρουσιάζουν μεταβολές ορμονών ή ανοσοποιητικά προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν μεγαλύτερη τάση να γεννήσουν παιδιά με ASD. (Exkorn, 2005)

Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Στην ιατρική, ο όρος «περιβάλλον» αναφέρεται σε οτιδήποτε εκτός του σώματος που μπορεί να επηρεάσει την υγεία. Αυτό περιλαμβάνει τον αέρα που εισπνέει το άτομο, το νερό που πίνει και χρησιμοποιεί για την προσωπική του υγιεινή, τα τρόφιμα που τρώει, τα φάρμακα που λαμβάνει και πολλά άλλα πράγματα που μπορεί να έρθουν σε επαφή με το σώμα του. Το περιβάλλον περιλαμβάνει επίσης το περιβάλλον στη μήτρα, καθώς η υγεία της μητέρας επηρεάζει άμεσα την ανάπτυξη και την πρώιμη ανάπτυξη του εμβρύου. Οι ερευνητές μελετούν πολλούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως οικογενειακές παθήσεις, ηλικία γονέων και άλλους δημογραφικούς παράγοντες, έκθεση σε τοξίνες και επιπλοκές κατά την κύηση ή την εγκυμοσύνη. Όπως και με τα γονίδια, είναι πιθανό ότι περισσότεροι από ένας περιβαλλοντικοί παράγοντες εμπλέκονται δημιουργώντας αυξανόμενο κίνδυνο για εμφάνιση ASD. Και, όπως τα γονίδια, οποιοσδήποτε από αυτούς τους παράγοντες κινδύνου αυξάνει τον κίνδυνο μόνο με ένα μικρό ποσοστό. Οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν εκτεθεί σε περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου δεν αναπτύσσουν ASD. Οι επιστήμονες μελετούν τον τρόπο με τον οποίο ορισμένοι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν ορισμένα γονίδια - ενεργοποιώντας ή απενεργοποιώντας, ή αυξάνοντας ή μειώνοντας τη φυσιολογική τους δραστηριότητα. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται επιγενετική και παρέχει στους ερευνητές πολλούς νέους τρόπους να μελετήσουν πώς αναπτύσσονται διαταραχές, όπως η ASD και πιθανόν πως αυτές οι διαταραχές αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. (NIMH, 2011)

Οι Morton & Frith (1994) εισήγαγαν ένα συγκεκριμένο διαγραμματικό εργαλείο για τα επίπεδα εξήγησης στις αναπτυξιακές διαταραχές όπως ο αυτισμός. Σχετική εικόνα που δημιουργήθηκε από τους Morton & Frith (1994), δείχνει τα αιτιώδη μοντέλα των τριών επιπέδων και τις πιθανές σχέσεις μεταξύ αυτών των επιπέδων, σε διαφορετικούς τύπους διαταραχών. Το μοτίβο (α) είναι η περίπτωση μίας διαταραχής που ορίζεται από τη μοναδιαία βιολογική προέλευση (O), η οποία μπορεί να έχει διαφορετικές επιδράσεις στα γνωστικά και συμπεριφορικά επίπεδα. Ένα παράδειγμα αυτού του τύπου διαταραχής μπορεί να είναι το σύνδρομο εύθραυστου X. Τα άτομα λέγεται ότι έχουν σύνδρομο

εύθραυστου X με βάση την χρωμοσωμική ανάλυση του γενετικού τους υλικού. Ωστόσο, δεν έχουν όλα τα ίδια γνωστικά ή συμπεριφορικά χαρακτηριστικά: ενώ πολλοί θα έχουν σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες (διανοητικό μειονέκτημα) και θα αποφεύγουν τη βλεμματική επαφή, άλλοι μπορεί να έχουν φυσιολογική νοημοσύνη και να εμφανίζονται κοινωνικά καλά προσαρμοσμένοι. Το μοτίβο (β) δείχνει μια διαταραχή με πολλαπλές βιολογικές αιτίες και πολλές διαφορετικές συμπεριφορικές εκδηλώσεις, αλλά ένα μόνο καθοριστικό γνωστικό έλλειμμα. Ο αυτισμός μπορεί να είναι μια τέτοια διαταραχή. Η δυσλεξία, σύμφωνα με ορισμένες γνωστικές θεωρίες, μπορεί να είναι ένα άλλο παράδειγμα. Μια σειρά από βιολογικά αίτια μπορεί να συγκλίνουν προκαλώντας ένα γνωστικό έλλειμμα στο φωνολογικό σύστημα, οδηγώντας με τη σειρά του σε πολλαπλές συμπεριφορικές εκδηλώσεις (π.χ. αργή ανάγνωση, φτωχή ορθογραφία, κακή ακουστική μνήμη, κακές δεξιότητες ομοιοκαταληξίας). Το μοτίβο (c) είναι η περίπτωση μίας διαταραχής που ορίζεται μόνο από τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς (συμπτώματα, S), με πολλαπλές βιολογικές αιτίες και γνωστικές φύσεις. Η διαταραχή έλλειψης προσοχής, όπως διαγιγνώσκεται σήμερα, μπορεί να είναι μια τέτοια διαταραχή. Τα παιδιά που παρουσιάζουν εξαιρετική δυσκολία, για οποιονδήποτε λόγο, μπορούν να ομαδοποιηθούν μαζί με αυτήν την ετικέτα για λόγους θεραπείας και διαχείρισης. (Harpe, 1994)

1.3 Επιδημιολογικά δεδομένα

Πολλαπλές σειρές επιδημιολογικών στοιχείων υποστηρίζουν τον ισχυρό ρόλο της γενετικής στην αιτιολογία της διαταραχής αυτιστικού φάσματος. Τα αποτελέσματα των δημογραφικών μελετών μη επιλεγμένων περιπτώσεων αυτισμού είναι πιο συνεπή με την πολυπαραγοντική κληρονομικότητα. Μέχρι πρόσφατα, ο αποδεκτός κίνδυνος υποτροπής για τα αδέρφια ενός παιδιού με αυτισμό κυμαίνεται μεταξύ 3-10% . Συνολικά, μόνο το 2-3% των οικογενειών έχουν περισσότερα από ένα παιδιά που έχουν διαγνωσθεί με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος. Οι περισσότερες μελέτες έχουν αναφέρει μια προκατάληψη του φύλου στον κίνδυνο επανεμφάνισης σύμφωνα με το τεκμήριο μιας πολυπαραγοντικής κατάστασης κληρονομικότητας. Ως εκ τούτου, ο αναφερόμενος κίνδυνος είναι 7% ενός άλλου προσβεβλημένου παιδιού εάν το πρώτο προσβεβλημένο παιδί είναι θηλυκό και 4% εάν το πρώτο προσβεβλημένο παιδί είναι άρρεν. Εάν πολλά τέκνα (δύο ή περισσότερα) έχουν αυτισμό, ο κίνδυνος επανεμφάνισης είναι της τάξης του 33-50% για οποιαδήποτε μελλοντική εγκυμοσύνη. (Schaefer et al, 2013)

Επί δεκαετίες, ο επιπολασμός του αυτισμού ήταν στο εύρος των 4,5 ατόμων ανά 10.000 άτομα. Υπήρχαν φυσικά μερικές διαφορές στις διάφορες εκτιμήσεις του επιπολασμού, με ελάχιστο τα 2 άτομα ανά 10.000 άτομα και μέγιστο τα 13.9 άτομα ανά 10.000 άτομα. Στη συνέχεια, στα τέλη της δεκαετίας του 1990, οι εκτιμήσεις άρχισαν να αυξάνονται. (Romanczyk & McEachin, 2016)

Διάφορες μελέτες επιδημιολογικών δεδομένων δείχνουν ότι λιγότερα θήλυ άτομα διαγιγνώσκονται με διαταραχή αυτιστικού φάσματος σε σύγκριση με άρρεν άτομα καθώς και ακόμα λιγότερα με σύνδρομο Asperger. Η πρόσφατη βιβλιογραφία υποδηλώνει ότι μπορεί να υπάρξει μια υποδιάγνωση για τα θήλυ άτομα που μπορεί να θεωρηθεί ως πολιτισμική αποδοχή των διαφορών στη συμπεριφορά των ανδρών / γυναικών. Οι Kopp και Gillberg αναφέρουν ότι η περιγραφή των συμπεριφορικών δυσκολιών που χρησιμοποιείται στα διαγνωστικά κριτήρια μπορεί να βασίζεται στην παρουσίαση στα

αγόρια. Η υπόθεσή τους υποδεικνύει ότι η διάγνωση των κοριτσιών μπορεί να καλυφθεί από τις διαφορές φύλου στην ανάπτυξη, καθώς τα κορίτσια τείνουν να έχουν περισσότερες γλωσσικές και ισχυρότερες δεξιότητες κοινωνικής απομίμησης. Ως εκ τούτου καταλήγουν ότι τα κορίτσια που έχουν ταυτιστεί με μια διαταραχή του αυτιστικού φάσματος έχουν την τάση να αντιμετωπίζουν πιο ακραίες δυσκολίες. Αυτό μπορεί να θέσει τα κορίτσια σε σημαντικό μειονέκτημα και να τα καταστήσει ευάλωτα σε κακή ψυχική υγεία. Το άγχος συχνά συνδέεται με την υπερβολική ανησυχία και τον φόβο, την απομόνωση, την κατάθλιψη, την κατάχρηση ουσιών και τον αυτοκτονικό ιδεασμό. (Latimer, 2010)

Τα στατιστικά στοιχεία για τον αυτισμό από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) των ΗΠΑ που κυκλοφόρησαν τον Μάρτιο του 2014 προσδιορίζουν περίπου το 1 στα 68 παιδιά της Αμερικής βρίσκεται στο φάσμα του αυτισμού - μια δεκαπλάσια αύξηση του επιπολασμού σε 40 χρόνια. Από προσεκτική έρευνα προκύπτει ότι η αύξηση αυτή εξηγείται μόνο εν μέρει από τη βελτίωση της διάγνωσης και της ευαισθητοποίησης. Μελέτες δείχνουν επίσης ότι ο αυτισμός είναι τέσσερις έως πέντε φορές πιο κοινός μεταξύ των αγοριών από τα κορίτσια. Υπολογίζεται ότι 1 στα 42 αγόρια και 1 στις 189 κορίτσια διαγιγνώσκονται με αυτισμό στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η ASD επηρεάζει πάνω από 2 εκατομμύρια άτομα στις ΗΠΑ και δεκάδες εκατομμύρια παγκοσμίως. Επιπλέον, τα παγκόσμια στατιστικά δεδομένα δηλώνουν ότι τα ποσοστά επιπολασμού αυξήθηκαν κατά 10% έως 17% ετησίως τα τελευταία χρόνια. Δεν υπάρχει καθιερωμένη εξήγηση για αυτή τη συνεχιζόμενη αύξηση, αν και η βελτίωση της διάγνωσης και των περιβαλλοντικών επιδράσεων είναι δύο λόγοι που εξετάζονται συχνά. (Reed, 2016)

Σύμφωνα με τους Κούρτη και συν επιδημιολογικά «Ο αυτισμός εμφανίζεται με συχνότητα 2-15 ανά 10000 γεννήσεις (ανάλογα με τα κριτήρια διάγνωσης), είναι συχνότερος στα αγόρια αλλά, όταν συμβαίνει στα κορίτσια τα συμπτώματα είναι βαρύτερα. Στην Αμερική, εκτιμάται πως 1-1,5 εκατομμύριο παιδιών πάσχουν από κάποια διαταραχή του φάσματος του αυτισμού, συχνότητα που καθιστά τον αυτισμό ως την

αναπτυξιακή διαταραχή με τη μεγαλύτερη ταχύτητα ανάπτυξης, με 1.148% ρυθμό αύξησης. Στην Αγγλία υπολογίζεται ότι 38,9 στα 10000 παιδιά πάσχουν από αυτισμό και 77,2 στα 10000 παιδιά πάσχουν από άλλες διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, δίνοντας μια συνολική τιμή 1,16% να πάσχουν από κάποια αυτιστική διαταραχή. Στην Ελλάδα, δεν έχει γίνει επίσημη επιδημιολογική έρευνα για να εκτιμηθεί ο επιπολασμός των παιδιών με αυτισμό αλλά σύμφωνα με εκτιμήσεις της Ελληνικής Εταιρείας Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων (ΕΕΠΑΑ) είναι 1 προς 166 άτομα.» (Κούρτη και συν, 2012)

Επίσης σύμφωνα με τον Νότα Σ η συχνότητα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό θεωρείται σήμερα μεγαλύτερη από τη τύφλωση ή το σύνδρομο Down. Αναφέρεται ως εκ τούτου ότι η συχνότητα της τυπικής μορφής του αυτισμού είναι 4-6 άτομα στα 10.000. Γενικά για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές τα αποτελέσματα ερευνών είναι περισσότερο συγκεχυμένα, με κάποιους ερευνητές να αναφέρουν επιπολασμό της τάξης των 50 ατόμων ανά 10.000 και άλλους να αναφέρουν συχνότητα εμφάνισης 90 ατόμων στα 10.000. (Νότας, 2017)

1.4 Συμπτωματολογία της αυτιστικής διαταραχής

Ο αυτισμός χαρακτηρίζεται από ποικιλία κλινικών σημείων που αποδίδονται ορθότερα με τον όρο Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος και ειδικότερα σύμφωνα με το DSM-5 (American Psychiatric Association) που σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνεται και το σύνδρομο Asperger. Αποτελεί μία ιδιαίτερα σύνθετη νευροαναπτυξιακή διαταραχή χαρακτηριζόμενη κυρίως από αποκλίσεις από την τυπική ανάπτυξη. (Κωτσόπουλος, 2015)

Γενικότερα τα σημεία και συμπτώματα της διαταραχής αυτιστικού φάσματος είναι:

- Επανάληψη ορισμένων συμπεριφορών ή υιοθέτηση ασυνήθιστων συμπεριφορών
- Ενδιαφέρον για συγκεκριμένα αντικείμενα ή τμήματα των αντικειμένων
- Διαρκές και έντονο ενδιαφέρον για ορισμένα θέματα, όπως αριθμούς, λεπτομέρειες ή γεγονότα
- Ενόχληση από μικρές αλλαγές στη ρουτίνα του ατόμου
- Διατήρηση ελάχιστης ή ασυνεπής βλεμματικής επαφής
- Τάση να κοιτάει και να ακούει λιγότερο τα άτομα του περιβάλλοντός του
- Σπάνια το άτομο προσπαθεί να μοιραστεί την απόλαυση των αντικειμένων ή των δραστηριοτήτων του δείχνοντας τα σε άλλους
- Το άτομο απαντάει ασυνήθιστα όταν άτομα του περιβάλλοντός του δείχνουν θυμό, αγωνία ή στοργή.
- Δεν αποκρίνεται ή απαντάει με καθυστέρηση στο όνομά του ή σε άλλες προφορικές προσπάθειες που πραγματοποιούνται για να κεντρίσουν την προσοχή του
- Αντιμετωπίζει δυσκολία στη συνομιλία ιδιαίτερα με τη μορφή ερωταπαντήσεων
- Συχνά μιλάει εκτεταμένα για ένα αγαπημένο θέμα αλλά δεν επιτρέπει σε κανένα να μιλήσει ή να θέσει κάποια ερώτηση

- Επαναλαμβάνει λέξεις ή φράσεις που έχει ακούσει, συμπεριφορά που ονομάζεται ηχολαλία
- Χρησιμοποιεί λέξεις που φαίνονται περίεργες, άνευ νοήματος ή έχουν ιδιαίτερη σημασία μόνο στα άτομα του περιβάλλοντός του που είναι εξοικειωμένα με τον τρόπο επικοινωνίας του ατόμου
- Χρησιμοποιεί εκφράσεις του προσώπου, κινήσεις και χειρονομίες που δε συνάδουν με τα λεγόμενά του
- Έχει ένα ασυνήθιστο ήχο φωνής που μπορεί να ακούγεται σαν τραγούδι ή επίπεδος σαν ρομπότ
- Αντιμετωπίζει δυσκολίες στην κατανόηση της θέσης ενός άλλου ατόμου, καθιστώντας το αυτιστικό άτομο σε δυσκολία κατανόησης των ενεργειών των άλλων ατόμων

Οι γονείς μπορούν επίσης να παρατηρήσουν ότι το παιδί τους δεν πληροί τα φυσικά, πνευματικά, γλωσσικά και κοινωνικά αναπτυξιακά πρότυπα που πλησιάζουν τα πιο τυπικά παιδιά. Τα παιδιά κατά το πρώτο έτος της ηλικίας δεν μιμούνται τις ενέργειές τους, όταν χτυπούν ή χαιρετούν ή δεν ανταποκρίνονται στα χαμόγελα τους, όπως κάνουν τα περισσότερα παιδιά ενός έτους. Κατά την ηλικία των δύο ετών μπορεί να μην μπορούν να κατανοήσουν απλές οδηγίες διπλής κατεύθυνσης («Πάρε το κύπελλο σου και ακούμπησε το στο τραπέζι.») ή να κάνουν πράγματα που να αφορούν τα βασικά μέρη του σώματος (μύτη, αυτιά ή μάτια), να εντοπίζουν αντικείμενα, να θέτουν απλές ερωτήσεις (ή ακόμα και να μην μιλάνε καθόλου), να ασκούν κοινές σωματικές δραστηριότητες (άλματα, τρέξιμο) ή να γράφουν κύκλους και γραμμές σε χαρτί - όπως κάνουν τα συνηθισμένα παιδιά ηλικίας δύο ετών. Τα φυσιολογικά παιδιά τριών και τεσσάρων ετών θέτουν στους γονείς διαρκείς ερωτήσεις "Γιατί;" και "Τι;", απαντούν με ανυπομονησία σε ερωτήσεις "Πού;" και "Ποιος", απολαμβάνουν βιβλία εικόνων και παίζουν με άλλα παιδιά, ενώ τα περισσότερα παιδιά τριών και τεσσάρων χρονών με ASD δεν το κάνουν. Ως παιδιά, τα παιδιά με διαταραχή αυτιστικού φάσματος μπορεί να μην

δείχνουν την περιέργειά τους για να δουν τα πράγματα που τους ενδιαφέρουν ή να μη δείχνουν τα πράγματα στους γονείς τους. (Exkorn, 2005)

Οι περιορισμένες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και ενδιαφέροντα αναφέρονται στο μεγαλύτερο ποσοστό παραδειγμάτων που αντιπροσωπεύουν τις αποκλίσεις της διαταραχής αυτιστικού φάσματος. Εδώ βλέπουμε την παρουσία συμπεριφορών που δε θεωρούνται φυσιολογικές σε οποιαδήποτε ηλικία (π.χ. στερεοτυπικές κινήσεις των χεριών και των δακτύλων, περίεργοι τρόποι οπτικής επιθεώρησης αντικειμένων και ασυνήθιστος ήχος ομιλίας). Υπάρχουν επίσης ασυνήθιστες ανησυχίες (π.χ. με σωλήνες, σημαίες, σήματα τηλεοπτικών εκπομπών) και περιορισμένα ενδιαφέροντα τόσο έντονα που παρεμποδίζουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και άλλες συμπεριφορές (π.χ. ένα παιδί που πρέπει να μεταφέρει μαζί του ένα συγκεκριμένο παιχνίδι και δεν το αφήνει ακόμα και για να παίξει με ένα νέο παιχνίδι ή να πάρει ένα μπισκότο). Η διαταραχή αυτιστικού φάσματος περιλαμβάνει επίσης συμπεριφορές, όπως προσκόλληση σε ένα μέρος ενός αντικειμένου, όπως οι τροχοί στα οχήματα παιχνιδιών, καθώς και ασυνήθιστες αισθητηριακές αντιδράσεις, όπως μυρωδιές παιχνιδιών ή ανθρώπων, καθώς και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, όπως οι διακόπτες φωτισμού ή οι πόρτες από ένα ντουλάπι. Οι ασυνήθιστες κινητικές συμπεριφορές, οι οποίες συχνότερα περιλαμβάνουν ταχείες κινήσεις των χεριών και των δακτύλων, συχνά σε ότι αφορά την περιφερική όραση ή τις κινήσεις ολόκληρου του σώματος, όπως τρέξιμο και πτερυγισμό ή επαναλαμβανόμενη μεταπήδηση και στάση είναι επίσης συχνές. Οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και τα ενδιαφέροντα διαφέρουν από τις ανωμαλίες στις κοινωνικές επικοινωνιακές συμπεριφορές στην ποικιλία τους στα άτομα με ASD. Φαίνεται επίσης ότι έχουν κάπως διαφορετικές περιγραφές, τουλάχιστον από την παιδική ηλικία έως την εφηβεία. (Moldin & Rubenstein, 2006)

Η ASD χαρακτηρίζεται επίσης από επιμονή στην ομοιομορφία, η οποία περιλαμβάνει τόσο την ανάπτυξη ασυνήθιστων τελετουργικών, όσο και σημαντικές δυσκολίες όταν παραβιάζονται οι καθημερινές ρουτίνες (π.χ. αργότερα από το συνηθισμένο), αν και πρέπει να σημειωθεί ότι αυτές οι συμπεριφορές εμφανίζονται σε σημαντικό αριθμό

παιδιών και ενηλίκων με άλλες μη φυσιολογικές λειτουργίες. Υπάρχουν λεπτές διαφορές στις συμπεριφορές, που εμφανίζονται από παιδιά με ASD και σε παιδιά και ενήλικες με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD). Στην ASD, οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές είναι συχνά ευχάριστες για το παιδί ή τον ενήλικα και περιλαμβάνουν ενασχόληση με έντονα ενδιαφέροντα. Ενώ με το OCD το άτομο βιώνει συνήθως δυσάρεστα συναισθήματα κατά τη διεξαγωγή της συμπεριφοράς και οι συμπεριφορές είναι συνήθως συχνές καταναγκαστικές συμπεριφορές, όπως ο έλεγχος και η μέτρηση. Υπάρχουν διάφορα θεωρητικά ζητήματα, που εμφανίζονται συχνά στη διαταραχή αυτιστικού φάσματος, τα οποία εμφανίζονται λαμβάνοντας υπόψη ορισμένες ψυχιατρικές διαταραχές. (Moldin & Rubenstein, 2006)

1.5 Διαγνωστικά κριτήρια και διαφορική διάγνωση

Η διάγνωση του αυτισμού στο πλαίσιο της τυπικής διάγνωσης μπορεί να επιτευχθεί στην ηλικία των 3-4 ετών, αν και διάφορα συμπτώματα μπορεί να είναι εμφανή και νωρίτερα. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να προσδιορίζονται εγκαίρως οι περιπτώσεις αυτισμού μέσω των μεθόδων προσυμπτωματικού ελέγχου και διαφόρων άλλων προγραμμάτων, για τη βέλτιστη αντιμετώπιση και παροχή βοήθειας όχι μόνο στο πάσχον μέλος, αλλά και υποστηρικτικά στο οικογενειακό του περιβάλλον. (Σπανοπούλου και συν, 2012)

Η διάγνωση της διαταραχής αυτιστικού φάσματος μπορεί να αποτελέσει για το άτομο μία δια βίου ετικέτα. Είναι επομένως απαραίτητο οι επαγγελματίες υγείας να διαγνώσουν ή να αποκλείσουν μία σχετική διάγνωση με ακρίβεια. Ειδικότερα, όπως καθορίζεται στο πλαίσιο των διαγνωστικών κριτηρίων για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, οι δυσκολίες πρέπει να ερμηνεύονται σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Επομένως, όταν οι δεξιότητες και οι συμπεριφορές είναι σύμφωνες με την ψυχική ηλικία ενός παιδιού, μπορεί να υπάρχουν πιο ενδεδειγμένες διαγνώσεις εκτός από μια διαταραχή του αυτιστικού φάσματος. (Latimer, 2010)

Λόγω της έλλειψης σαφούς νευροβιολογικού δείκτη, οι ASDs ορίζονται απαραίτητα από τη συμπεριφορά. Παρ' όλα αυτά, τα τελευταία 20 χρόνια σημειώθηκαν σημαντικές εξελίξεις στην ικανότητα προσδιορισμού και ποσοτικοποίησης αξιόπιστων συμπεριφορών που να διαφοροποιούν τον αυτισμό από άλλες διαταραχές και από την τυπική ανάπτυξη. (Moldin & Rubenstein, 2006)

Οι επαγγελματίες θα πρέπει να προσέχουν τις ακόλουθες προεκτάσεις, όταν ασχολούνται με τη γνωστική αξιολόγηση σε μικρά παιδιά:

- Η αξιολόγηση του επιπέδου γνωστικής λειτουργίας ενός παιδιού έχει κεντρική σημασία για τον προσδιορισμό του συνολικού επιπέδου λειτουργίας και μπορεί να υπογραμμίσει τις διαφορές μεταξύ της πνευματικής ικανότητας και της

κοινωνικής λειτουργίας. Τέτοιες διαφορές παρατηρούνται συχνά σε παιδιά που εμφανίζουν διαταραχή του αυτιστικού φάσματος.

- Η βέλτιστη εκτίμηση της γνωστικής λειτουργίας είναι θεμελιώδους σημασίας για τη διαδικασία διαγνωστικής αξιολόγησης και μπορεί εύκολα να επιτευχθεί με την κατάλληλη επιλογή δοκιμασιών, την προσαρμογή των διαδικασιών, τη χρήση οπτικών μέσων και υποστηρικτικών μέσων και με αποδεκτά κίνητρα.
- Η αξιολόγηση παιδιών με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, που μπορεί να είναι μη λεκτική και / ή μη κινητοποιημένη, μπορεί να προκαλέσει προκλήσεις στον επαγγελματία. Κατά την επιλογή ενός οργάνου, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια ιεραρχική προσέγγιση για να ελεγχθεί η επιλογή, δίδοντας ιδιαίτερη προσοχή στη γλωσσική φόρτωση μίας δοκιμασίας και στο επίπεδο των αφηρημένων εννοιών ως προς συγκεκριμένα αντικείμενα.
- Η διαφορική διάγνωση επιτρέπει την ταυτοποίηση των κλινικών χαρακτηριστικών, που συνάδουν με μια διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, καθώς και άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας που έχουν αλληλοεπικαλυπτόμενα και συνυπάρχοντα συμπτώματα. Εάν οι δυσκολίες του παιδιού μπορούν να αντιμετωπιστούν καλύτερα από εναλλακτικές εξηγήσεις ή / και συνυπάρχουσες διαγνώσεις, είναι σημαντικό να οριοθετηθούν αυτές οι προκλήσεις στο μέτρο που βοηθούν τον προγραμματισμό των παρεμβάσεων και τα αποτελέσματα. (Latimer, 2010)

Τα αρχικά ερωτήματα σχετικά με τη διενέργεια διαγνωστικής εκτίμησης μπορεί να προέρχονται από γονείς, κηδεμόνες, φροντιστές ή επαγγελματίες. Σε ότι αφορά παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας σχολικού περιβάλλοντος θα πρέπει να σημειωθεί, ότι η διαδικασία διαγνωστικής αξιολόγησης μπορεί να είναι κάπως διαφορετική σε σύγκριση με παιδιά νεότερης ηλικίας. Οι ανησυχίες σχετικά με την κοινωνικοποίηση και τις δυσκολίες συμπεριφοράς συνοδεύουν συχνότερα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς μπορεί να διαγνωσθεί διαταραχή αυτιστικού φάσματος, όταν εμφανίζονται κοινωνικές δυσκολίες

με τους συνομήλικους τους και φαίνονται ασυμβίβαστα σε τυπικά περιβάλλοντα εκμάθησης. (Latimer, 2010)

Η σωστή και σαφής διάγνωση είναι επιθυμητή και συχνά απαραίτητη για να επιτευχθεί η βέλτιστη κατανόηση των προβλημάτων, η επαρκής παροχή κατευθυντηρίων οδηγιών στους γονείς και ο αποτελεσματικός χειρισμός του ατόμου με διαταραχή αυτιστικού φάσματος μέσω εκπαιδευτικών και λοιπών πρακτικών στρατηγικών.

Οι βασικές κατηγοριοποιήσεις για τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος είναι η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων (ICD 10) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο (5^η αναθεώρηση) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας.

Το DSM-5 της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας περιλαμβάνει το σύνδρομο Asperger, το σύνδρομο Rett, την αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας και τη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη άλλως καθοριζόμενη.

Κριτήρια DSM-5 για τη διαταραχή αυτιστικού φάσματος με παραδείγματα:

A. Επίμονες ελλείψεις σε ότι αφορά την κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση σε περιπτώσεις, που δεν υποβάλλονται σε γενικές αναπτυξιακές καθυστερήσεις και αναφέρονται σε 3 από τα 3 συμπτώματα:

A1. Έλλειψη κοινωνικής και συναισθηματικής αμοιβαιότητας, που κυμαίνεται από την μη φυσιολογική κοινωνική προσέγγιση και την αποτυχία της συνηθισμένης συνομιλίας μέσω μειωμένου διαμοιρασμού ενδιαφερόντων, συναισθημάτων και επηρεασμού και απόκρισης έως την πλήρη έλλειψη έναρξης κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

- Μη φυσιολογική κοινωνική προσέγγιση
 - Ασυνήθιστες κοινωνικές μνήμες (πχ ενοχλητικό άγγιγμα, γλείψιμο άλλων)
 - Χρήση ατόμων ως εργαλεία
- Αποτυχία επίτευξης μίας συνηθισμένης συνομιλίας

- Κακή ρεαλιστική / κοινωνική χρήση της γλώσσας (π.χ. δεν διευκρινίζει αν δεν είναι κατανοητό, δεν παρέχει πρόσθετες πληροφορίες)
- Αποτυχία απόκρισης όταν καλείται το όνομα του ή να μιλήσει απευθείας με κάποιο τρίτο άτομο
- Αποφυγή έναρξης συνομιλίας
- Μονομερείς συνομιλίες, μονόλογοι, εφραπτόμενη ομιλία
- Μειωμένη κατανομή ενδιαφερόντων
 - Άρνηση να μοιραστεί
 - Έλλειψη προβολής, παρουσίασης ή επισήμανσης αντικειμένων ενδιαφέροντος σε άλλους ανθρώπους
 - Έλλειψη κοινής προσοχής (τόσο κατά την έναρξη όσο και στην ανταπόκριση)
- Μειωμένη κατανομή συναισθημάτων
 - Έλλειψη ανταποκρινόμενου κοινωνικού χαμόγελου (σημείωση: η έμφαση δίνεται στην ανταπόκριση στο χαμόγελο ενός άλλου ατόμου · άλλες πτυχές της συναισθηματικής έκφρασης θα πρέπει να εξετάζονται όπως περιγράφονται στο Α2).
 - Αδυναμία να μοιραστεί το άτομο την απόλαυση, τον ενθουσιασμό ή τα επιτεύγματα με άλλους
 - Αδυναμία απάντησης στον έπαινο
 - Δεν δείχνει ευχαρίστηση στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις
 - Αποτυχία επίτευξης ενός άνετου κλίματος
 - Αδιαφορία / αποστροφή για σωματική επαφή και στοργή
- Έλλειψη έναρξης κοινωνικής αλληλεπίδρασης

- Περιορισμένες κοινωνικές εκδηλώσεις
- Κακή κοινωνική απομίμηση
 - Αδυναμία συμμετοχής σε απλά κοινωνικά παιχνίδια

A2. Ελλείμματα στις μη λεκτικές επικοινωνιακές συμπεριφορές, που χρησιμοποιούνται για την κοινωνική αλληλεπίδραση. Κυμαίνονται από ανεπαρκώς ενοποιημένη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, μέσω ανωμαλιών στη βλεμματική επαφή και τη γλώσσα του σώματος ή ελλείμματα στην κατανόηση και τη χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας, στην πλήρη έλλειψη έκφρασης του προσώπου ή χειρονομίες.

- Έλλειψη στην κοινωνική χρήση της βλεμματικής επαφής
- Έλλειψη στη χρήση και κατανόηση των στάσεων του σώματος (π.χ. απόκλιση από έναν ακροατή)
- Έλλειψη στη χρήση και κατανόηση των χειρονομιών (π.χ., δείχνοντας, κυματίζοντας, κουνώντας το κεφάλι)
- Μη φυσιολογικός όγκος, τόνος, ρυθμός στην ομιλία
- Ανωμαλίες στη χρήση και κατανόηση της επίδρασης (σημείωση: το ευαίσθητο κοινωνικό χαμόγελο θα πρέπει να εξεταστεί στο πλαίσιο του A1, ενώ μια επιρροή που είναι ακατάλληλη για το περιβάλλον θα πρέπει να εξεταστεί όπως περιγράφεται στο A3)
 - Έλλειψη στη χρήση των εκφράσεων του προσώπου (μπορεί να είναι περιορισμένη ή υπερβολική)
 - Έλλειψη θερμών, χαρούμενων εκφράσεων που απευθύνονται σε άλλους
 - Περιορισμένη επικοινωνία των δικών του επιρροών (αδυναμία μετάδοσης μιας σειράς συναισθημάτων μέσω λέξεων, εκφράσεων, τόνου φωνής, χειρονομίες)
 - Αδυναμία αναγνώρισης ή ερμηνείας των μη λεκτικών εκφράσεων του άλλου

- Έλλειψη συντονισμένης λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας (π.χ. αδυναμία συντονισμού της επαφής με τα μάτια ή της γλώσσας του σώματος με λέξεις)
- Έλλειψη συντονισμένης μη λεκτικής επικοινωνίας (π.χ. αδυναμία συντονισμού της επαφής των ματιών με χειρονομίες)

A3. Έλλειψη ανάπτυξης και διατήρησης σχέσεων, κατάλληλων για αναπτυξιακό επίπεδο (πέραν εκείνων με τους φροντιστές). Από τις δυσκολίες προσαρμογής της συμπεριφοράς σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια μέσω δυσκολιών στην ανταλλαγή ευρηματικών παιχνιδιών και στη δημιουργία φίλων σε μια προφανή έλλειψη ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους

- Έλλειψη ανάπτυξης και διατήρησης σχέσεων, κατάλληλων για αναπτυξιακό επίπεδο
 - Έλλειψη «θεωρίας του νου». Αδυναμία λήψης απόψεων άλλου προσώπου (CA ≥ 4 έτη)
- Δυσκολίες προσαρμογής της συμπεριφοράς για να ταιριάζει σε κοινωνικά περιβάλλοντα
 - Δεν παρατηρεί την έλλειψη ενδιαφέροντος άλλου ατόμου για μια δραστηριότητα
 - Έλλειψη ανταπόκρισης στα συμφραζόμενα συνθήματα (π.χ. υπονοούμενα κοινωνικά σημάδια από άλλους που υποδηλώνουν αλλαγή συμπεριφοράς εκδηλώνονται σιωπηρά)
 - Ακατάλληλες εκφράσεις συναισθημάτων (γέλιο ή χαμόγελο από το περιβάλλον) (σημείωση: άλλες ανωμαλίες στη χρήση και κατανόηση του συναισθήματος θα πρέπει να εξετάζονται όπως περιγράφονται στο A2)

- Άγνοια για τις κοινωνικές συμβάσεις / κατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά. Θέτει κοινωνικά ακατάλληλες ερωτήσεις ή κάνει κοινωνικά ακατάλληλες δηλώσεις
- Δεν παρατηρεί την αγωνία ή την αδιαφορία του άλλου
- Δεν αναγνωρίζει πότε δεν είναι ευπρόσδεκτο σε μια ρύθμιση παιχνιδιού ή συνομιλίας
- Περιορισμένη αναγνώριση των κοινωνικών συναισθημάτων (δεν παρατηρεί πότε πειραματίζεται, δεν παρατηρεί πώς η συμπεριφορά του / της επηρεάζει άλλους συναισθηματικά)
- Δυσκολίες στην κοινή χρήση του παιχνιδιού με φαντασία (Σημείωση: η μοναδική φανταστική αναπαραγωγή / αναπαραγωγή ρόλων δεν καταγράφεται εδώ)
 - Έλλειψη του παιχνιδιού με τους συνομηλίκους, συμπεριλαμβανομένου του κοινωνικού ρόλου (> 4 χρόνια αναπτυξιακής ηλικίας)
- Δυσκολίες στη δημιουργία φίλων
 - Δεν προσπαθεί να δημιουργήσει φιλίες
 - Δεν έχει προτιμώμενους φίλους
 - Έλλειψη συνεταιριστικού παιχνιδιού (ηλικία ανάπτυξης άνω των 24 μηνών). Παράλληλο παιχνίδι μόνο
 - Δεν γνωρίζει αν γελοιοποιείται από άλλα παιδιά
 - Δεν παίζει σε ομάδες παιδιών
 - Δεν παίζει με τα παιδιά της ηλικίας του ή του αναπτυξιακού του επίπεδου (μόνο μεγαλύτερα / μικρότερα σε ηλικία)
 - Έχει ενδιαφέρον για τη φιλία, αλλά δεν έχει κατανοήσει τις συμβάσεις κοινωνικής αλληλεπίδρασης (π.χ. άκαμπτο, υπερβολικά παθητικό)

- Δεν ανταποκρίνεται στις κοινωνικές προσεγγίσεις άλλων παιδιών
- Απουσία ενδιαφέροντος σε άλλους
 - Έλλειψη ενδιαφέροντος για τους συνομηλίκους
 - Αποτραβηγμένος; σε απόσταση (στον δικό του κόσμο)
 - Δεν προσπαθεί να προσελκύσει την προσοχή των άλλων
 - Περιορισμένο ενδιαφέρον για άλλους
 - Δεν γνωρίζει ή δεν προσέχει τα παιδιά ή τους ενήλικες
 - Περιορισμένη αλληλεπίδραση με άλλους
 - Προτιμά μοναχικές δραστηριότητες

B. Περιορισμένες, επίμονες μορφές συμπεριφοράς ή ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων με αναφορά σε 2 από τα 4 συμπτώματα:

B1. Στερεότυπα ή επαναλαμβανόμενα λόγια, κινήσεις ή χρήση αντικειμένων. (Όπως απλές στερεοτυπίες κινήσεων, ηχολαλία, επαναλαμβανόμενη χρήση αντικειμένων ή ιδιοσυγκρασιακές φράσεις).

- Στερεότυπη ή επαναλαμβανόμενη ομιλία
 - Ομιλία ομοιάζουσα ενηλίκου ή ασυνήθιστα τυπική γλώσσα (το παιδί μιλάει σαν ενήλικας ή «μικρός καθηγητής»)
 - Ηχολαλία (άμεση ή καθυστερημένη); Μπορεί να περιλαμβάνει επανάληψη λέξεων, φράσεων ή πιο εκτεταμένων τραγουδιών ή διαλόγου
 - Ιδιοσυγκρασιακή ή μεταφορική γλώσσα (γλώσσα που έχει νόημα μόνο για εκείνους που γνωρίζουν το στυλ επικοινωνίας του ατόμου). Νεολογισμοί
 - Αντίληψη αντιστοίχισης (για παράδειγμα, "Εσείς" για "εγώ", όχι μόνο ανάμειξη αντωνυμάτων φύλου)

- Αναφέρεται στον εαυτό με το δικό του όνομα (δεν χρησιμοποιεί "εγώ")
- Επαναλαμβανόμενες φωνητικές ενέργειες, όπως επαναλαμβανόμενοι ακανόνιστοι ήχοι, ενδοεπικοινωνιακός θόρυβος, ασυνήθιστη συρρίκνωση, επαναλαμβανόμενο βουητό
- Στερεοτυπικές ή επαναλαμβανόμενες κινήσεις
 - Επαναλαμβανόμενες κινήσεις των χεριών (π.χ., παλαμάρισμα, τίναγμα δάχτυλων, στρίψιμο)
 - Στερεοτυπικές ή πολύπλοκες κινήσεις ολόκληρου του σώματος (π.χ. ταλάντευση ποδιών, ταλάντευση, περιστροφή)
 - Ανωμαλίες στη στάση του σώματος (π.χ., περπάτημα στις μύτες των δακτύλων, στάση ολόκληρου του σώματος)
 - Έντονο τέντωμα σώματος
 - Ασυνήθιστο γκριμάρισμα του προσώπου
 - Υπερβολική λείανση των δοντιών
 - Επανειλημμένα βάζει τα χέρια πάνω στα αυτιά (σημείωση: αν η απάντηση αφορά στους ήχους, θα πρέπει να θεωρείται το B4)
 - Διαρκής ή επαναλαμβανόμενη δράση / παιχνίδι / συμπεριφορά (σημείωση: αν υπάρχουν 2 ή περισσότερα στοιχεία, τότε είναι μια ρουτίνα και θα πρέπει να θεωρείται το B2)
 - Επαναλαμβανόμενη συλλογή αντικειμένων (εκτός εάν υπάρχει σαφής αισθητική συνιστώσα, τότε θα πρέπει να θεωρείται το B4)
- Στερεότυπη ή επαναλαμβανόμενη χρήση αντικειμένων
 - Μη λειτουργικό παιχνίδι με αντικείμενα (ρίψη των αντικειμένων)
 - Ευθυγράμμιση παιχνιδιών ή αντικειμένων

- Ανοίγει και κλείνει επανειλημμένα τις πόρτες
- Ανάβει και σβήνει τα φώτα επανειλημμένα

B2. Υπερβολική προσήλωση σε ρουτίνες, τελετουργικά πρότυπα λεκτικής ή μη λεκτικής συμπεριφοράς ή υπερβολική αντίσταση στην αλλαγή. (Όπως, επιμονή στην ίδια διαδρομή ή τροφή, επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις ή ακραίες δυσκολίες σε μικρές αλλαγές).

- Προσήλωση στη ρουτίνα: ειδικές, ασυνήθιστες ακολουθίες συμπεριφοράς πολλαπλών σταδίων
 - Επιμονή σε άκαμπτα ακολουθούμενες συγκεκριμένες ρουτίνες (σημείωση: αποκλεισμός από τις ρουτίνες από το βραδινό ύπνο εκτός εάν τα στοιχεία ή το επίπεδο προσκόλλησης είναι άτυπο)
 - Ασυνήθιστες ρουτίνες
- Τελετουργικά μοτίβα λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς
 - Επαναλαμβανόμενη ανάκριση για ένα συγκεκριμένο θέμα (ξεχωρίζει από το να λέει ξανά και ξανά η ίδια λέξη ή φράση, η οποία εμπίπτει στο B1)
 - Λεκτικές τελετουργίες – μπορεί να λέει ένα ή περισσότερα πράγματα με έναν συγκεκριμένο τρόπο ή να απαιτεί από τους άλλους να λένε πράγματα ή να απαντούν σε ερωτήσεις με συγκεκριμένο τρόπο
 - Συμπτώματα (π.χ. επιμονή στην περιστροφή σε έναν κύκλο τρεις φορές πριν από την είσοδο σε ένα δωμάτιο) (σημείωση: η επαναλαμβανόμενη χρήση αντικειμένων, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης παιχνιδιών, θα πρέπει να εξεταστεί στο B1).
- Υπερβολική αντίσταση στην αλλαγή
 - Δυσκολία στις μεταβάσεις (πρέπει να είναι εκτός του εύρους αυτού που είναι τυπικό για τα παιδιά αυτού του αναπτυξιακού επιπέδου)

- Υπερβολική αντίδραση σε ασήμαντες αλλαγές (μετακίνηση αντικειμένων στο τραπέζι ή οδήγηση εναλλασσόμενης διαδρομής)
- Άκαμπτη σκέψη
 - Αδυναμία κατανόησης του χιούμορ
 - Αδυναμία κατανόησης πλευρών της ομιλίας, όπως η ειρωνεία ή η σιωπηρή έννοια
 - Το άτομο φαίνεται υπερβολικά άκαμπτο, ή δεσμευμένο από κανόνες κατά τη συμπεριφορά ή τη σκέψη

B3. Υψηλά περιορισμένα, σταθεροποιημένα ενδιαφέροντα που είναι μη φυσιολογικά σε ένταση ή εστίαση. (Όπως ισχυρή προσκόλληση ή ανησυχία με ασυνήθιστα αντικείμενα, υπερβολικά οριοθετημένα ή επίμονα ενδιαφέροντα).

- Εμμονές
- Ενδιαφέροντα που έχουν μη φυσιολογική ένταση
- Στενό φάσμα ενδιαφερόντων
- Εστιασμός στα ίδια αντικείμενα, θέματα ή δραστηριότητες
- Εστιασμός σε αριθμούς, γράμματα, σύμβολα
- Υπερβολικά τελειοποιητικό άτομο
- Τα ενδιαφέροντα που είναι μη φυσιολογικά τίθενται στο επίκεντρο
- Υπερβολική εστίαση σε μη συναφή ή μη λειτουργικά μέρη αντικειμένων
- Προσήλωση σε συγκεκριμένα μέρη του αντικειμένου (π.χ. χρώμα, μέγεθος, ιστορικά γεγονότα κ.λπ.)
- Προσάρτηση σε ασυνήθιστο άψυχο αντικείμενο (π.χ. κομμάτι συμβολοσειράς ή ταινία από καουτσούκ)

- Ασυνήθιστοι φόβοι (π.χ. φόβος ανθρώπων που φορούν σκουλαρίκια)

B4. Υπερ-ή υπο-αντιδραστικότητα στην αισθητηριακή εισροή ή ασυνήθιστο ενδιαφέρον για αισθητηριακές πτυχές του περιβάλλοντος. (Όπως εμφανής αδιαφορία για τον πόνο / θερμότητα / κρύο, δυσμενή απόκριση σε συγκεκριμένους ήχους ή υφές, υπερβολική μυρωδιά ή επαφή αντικειμένων, προσήλωση σε φώτα ή περιστρεφόμενα αντικείμενα).

- Υψηλή ανοχή για τον πόνο
- Οπτική προσήλωση σε αντικείμενο
- Προβληματισμός με υφή ή αφή (περιλαμβάνει έλξη / αποστροφή στην υφή)
 - Οπτική άμυνα; Δεν θέλει να αγγίξει κάποια αντικείμενα ή υφές
 - Σημαντική αποστροφή για το κόψιμο των μαλλιών ή των νυχιών, ή για τον καθαρισμό των δοντιών
- Ασυνήθιστη οπτική εξερεύνηση / δραστηριότητα
 - Στενή οπτική επιθεώρηση αντικειμένων ή εαυτού χωρίς σαφή σκοπό
 - Αναζητά αντικείμενα, ανθρώπους από τη γωνία του ματιού
- Εξαιρετικό ενδιαφέρον ή ενθουσιασμό με την παρακολούθηση της κίνησης άλλων πραγμάτων (π.χ. οι περιστρεφόμενοι τροχοί των παιχνιδιών, το άνοιγμα και το κλείσιμο των θυρών, ο ηλεκτρικός ανεμιστήρας ή άλλο ταχέως περιστρεφόμενο αντικείμενο)
- Εξαιρετικές αποκρίσεις στην αισθητηριακή είσοδο (π.χ. υπερβολική δυσφορία από τον άτυπο ήχο)
- Άτυπη και / ή επίμονη εστίαση στην αισθητηριακή εισαγωγή
- Ασυνήθιστη αισθητική εξερεύνηση με αντικείμενα (ήχος, οσμή, γεύση)

Γ. Τα συμπτώματα πρέπει να εμφανίζονται στην πρώιμη παιδική ηλικία (αλλά μπορεί να μην γίνουν πλήρως εμφανή μέχρις ότου οι κοινωνικές απαιτήσεις υπερβούν τις περιορισμένες ικανότητες)

- Η πρώιμη πρωταρχική φροντίδα δεν είναι πλέον απαραίτητη
- «Πρώιμη παιδική ηλικία» περίπου 8 ετών και μικρότερη (ευέλικτη)

Δ. Τα συμπτώματα από κοινού περιορίζουν και βλάπτουν την καθημερινή λειτουργία. (Carpenter, 2013)

Το ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας περιλαμβάνει τον αυτισμό παιδικής ηλικίας, τον άτυπο αυτισμό, το σύνδρομο Rett, την αποργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας (δηλαδή βρεφική άνοια, αποδιοργανωτική αποαπαρτιωτική ψύχωση, σύνδρομο Heller), τη διαταραχή υπερδραστηριότητας σχετιζόμενη με νοητική υστέρηση και στερεότυπες κινήσεις, το σύνδρομο Asperger, άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, και τη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη καθοριζόμενη.

Ο πιο αξιοσημείωτος αποκλεισμός που αφορά στο DSM-5 είναι το σύνδρομο Asperger. Τα κριτήρια του DSM-IV απέτυχαν να το διακρίνουν ξεκάθαρα από την αυτιστική διαταραχή, και ιδιαίτερα από τον αυτισμό υψηλής λειτουργίας, και υπήρξαν μεγάλες διαφορές στον τρόπο με τον οποίο εφαρμόστηκε στην πράξη. (Runswick-Cole et al, 2016)

Η γενική εικόνα συγχέεται περαιτέρω επειδή το σύνδρομο Asperger εξακολουθεί να περιλαμβάνεται στη δέκατη έκδοση της Παγκόσμιας Οργάνωσης των Νόσων (ICD-10) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η οποία έχει διαγνωστικά κριτήρια παρόμοια με εκείνα του DSM-IV. Επιπλέον, ορισμένοι εμπειρογνώμονες στον αυτισμό συνεχίζουν να υποστηρίζουν ότι οι προηγουμένως αναφερόμενες υποδιαίρεσεις της ASD μπορούν να διακριθούν ουσιαστικά η μία από την άλλη και ότι συνεπώς θα ήταν εύλογο να

διατηρηθεί η κατηγορία του συνδρόμου Asperger. Πολλές υπηρεσίες εξακολουθούν να βασίζονται στις διαδικασίες αξιολόγησης και διάγνωσης στα κριτήρια του ICD-10, γεγονός που φαίνεται να υποδηλώνει ότι το σύνδρομο Asperger εξακολουθεί να αποτελεί μία συνήθη διάγνωση. Ωστόσο, μια νέα έκδοση του ICD (ICD-11) προγραμματίζεται να εμφανιστεί περίπου το 2017, η οποία αναμένεται επίσης να ενσωματώσει μια ενιαία συνολική κατηγορία παρόμοια με αυτή της διαταραχής φάσματος του αυτισμού στο DSM-5. Εάν αυτό αποδειχθεί, το σύνδρομο Asperger δεν θα περιλαμβάνεται πλέον ως διαγνωστική διαταραχή σε οποιαδήποτε από τις δύο μεγάλες ταξινομίες ψυχικών διαταραχών. (Runswick-Cole et al, 2016)

Μια άλλη σημαντική αλλαγή που εισήχθη στο DSM-5 είναι η μείωση των καθοριστικών βλαβών από τρεις σε δύο. Ο αυτισμός διατυπώθηκε για πρώτη φορά ως διαγνωστική κατηγορία το 1980 στην τρίτη έκδοση του DSM, όταν ορίστηκε από την «τριάδα των μειονεκτημάτων». Στο DSM-III, αυτά μπορούν να περιγραφούν σε γενικές γραμμές ως: (1) βλάβη στις κοινωνικές σχέσεις, (2) ελλείμματα στη γλώσσα και την επικοινωνία. και (3) επαναλαμβανόμενες και περιορισμένες συμπεριφορές και ενδιαφέροντα (RRBI). Η περιγραφή αυτών των χαρακτηριστικών μεταβλήθηκε σε σημαντικό βαθμό σε μια αναθεωρημένη έκδοση (DSM-III-R) που δημοσιεύτηκε το 1987 - για παράδειγμα, η «διαδεδομένη έλλειψη ανταπόκρισης σε άλλους ανθρώπους» έγινε «ποιοτική βλάβη στην αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση» στην αναθεωρημένη έκδοση - και η τριάδα αυτή ελλείψεων διατηρήθηκε στο DSM-IV. Η μείωση του DSM-5 σε δύο καθοριστικές διαταραχές - κοινωνική επικοινωνία και RRBI (restricted repetitive behaviors and interests - περιορισμένες επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και ενδιαφέροντα) - είναι συνέπεια της δυσκολίας στη διάκριση μεταξύ κοινωνικών βλαβών και ελλείψεων επικοινωνίας. (Runswick-Cole et al, 2016)

Έχουν διεξαχθεί πλείστες συζητήσεις σχετικά με την αλλαγή των διαγνωστικών κριτηρίων για τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος από τον Μάιο του 2013. Τα νέα κριτήρια αναφέρονται σε κάποιες αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο οι κλινικοί ιατροί διαγιγνώσκουν τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος (ASD). Η σημαντικότερη αλλαγή

σύμφωνα με αυτά τα κριτήρια είναι ότι δεν είναι παρούσες οι γνωστές διαγνώσεις για το σύνδρομο Asperger (AS) και των μη προσδιοριζόμενων διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών (PDD-NOS). Ωστόσο, υποδεικνύεται ότι τα άτομα που έχουν ή θα είχαν λάβει διάγνωση για AS ή PDD-NOS, να διαγιγνώσκονται τώρα σε μια ευρύτερη κατηγορία διαταραχών του αυτιστικού φάσματος.

Αξίζει επίσης να αναφερθεί η κατηγοριοποίηση του διευρυμένου φαινοτύπου, γνωστό στην αγγλική γλώσσα ως broader phenotype, που αφορά άτομα με υψηλό δείκτη νοημοσύνης με παρουσία χαρακτηριστικών αυτιστικού τύπου. Τα χαρακτηριστικά αυτά μπορεί να μην είναι εμφανή και να είναι δύσκολα αναγνωρίσιμα ή να θεωρούνται ακόμα και ως στοιχεία του χαρακτήρα. Τα άτομα που διαγιγνώσκονται σε αυτή την κατηγορία, χαρακτηρίζονται από καλή κοινωνική προσαρμογή και επαγγελματική καριέρα. Συχνά δημιουργούν οικογένειες και εν γένει δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα σε ότι αφορά την κοινωνικοποίησή τους. (Νότας, 2017)

Σε ότι αφορά τη μέθοδο της διάγνωσης απαντώνται δύο βασικές μέθοδοι: η πρώτη αφορά τη συστηματική συλλογή δεδομένων και την επιλογή μέρους αυτών για τη διάγνωση και η δεύτερη αφορά τη παρατήρηση των κοινών γνωρισμάτων της διαταραχής με ενίσχυση της διαγνωστικής μεθόδου μέσω ερωτηματολογίων. Τα πιο γνωστά και ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια είναι το «Gilliam Autism Rating Scale», το «Childhood Autism Rating Scale», το «Parent Interview for Autism», το «Autism Behavior Checklist» και το «Behavioral Rating Instrument for autistic and other atypical children».

1.6 Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Αν η διαταραχή αυτιστικού φάσματος πρέπει να θεωρηθεί ως πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί, αξίζει να αναφερθούν κάποιες παράμετροι σχετικά με τη φύση της «θεραπείας». Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων που υποστηρίζονται σήμερα αποτελεσματικά για την ASD. (Reed, 2016)

Οι «βασικές» συμπεριφορές και τα ελλείμματα που σχετίζονται με την ASD δημιουργούν επίσης περαιτέρω προβλήματα για τα άτομα με αυτή την κατάσταση, τα οποία μπορούν να θεωρηθούν ως «δευτερογενείς» συνέπειες της διαταραχής. Αυτά τα δευτερεύοντα και συνοδά προβλήματα συχνά περιλαμβάνουν τις επιπτώσεις της κατάστασης στην ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου με ASD και σίγουρα περιλαμβάνουν καταθλιπτικές διαταραχές και διαταραχές της διάθεσης, καθώς και πολλές μορφές αγχώδους διαταραχής. Επιπλέον, παρατηρούνται συχνά προβλήματα σχετικά με την ASD, όπως μαθησιακές δυσκολίες και σωματικές διαταραχές, που ενδέχεται να περιπλέξουν περαιτέρω την εικόνα σε ότι αφορά την ανάπτυξη μίας κατάλληλης θεραπείας. Παρόλο που τα ζητήματα αυτά δεν αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του βασικού ορισμού της ASD, αυτά είναι προβλήματα που αφορούν τα άτομα με ASD και θα πρέπει να επιλύονται. (Reed, 2016)

Συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση μέσω λήψης φαρμακευτικών σκευασμάτων επί του παρόντος δεν υπάρχει. Σε περιπτώσεις εξαιρετικά διαταραγμένης συμπεριφοράς μπορεί να χορηγηθεί για περιορισμένο χρονικό διάστημα φαρμακευτική θεραπεία. Η θεραπευτική παρέμβαση έγκειται στην εντατική συμπεριφοριστική αγωγή με ιδιαίτερα αισιόδοξα αποτελέσματα. (Κωτσόπουλος, 2015)

Η φαρμακευτική θεραπεία αφορά συνήθως εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, αντικαταθλιπτικά, λίθιο, αντιψυχωσικά και αγχολυτικά φάρμακα, τα οποία χορηγούνται ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες του ατόμου. Στόχο έχουν τη μείωση των

συμπτωμάτων και των συνοδών νοσημάτων ή ψυχικών καταστάσεων που ενδέχεται να παρουσιαστούν.

Βέβαια σε συγκεκριμένες περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθούν διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων της αυτιστικής διαταραχής. Συγκεκριμένα τα ψυχοδιεγερτικά είναι παράγοντες πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση της υπερδραστηριότητας και της απροσεξίας σε ασθενείς με διάγνωση ADHD. Εκτός από την αποτελεσματικότητά τους σε ασθενείς με ADHD, τα διεγερτικά έχουν μελετηθεί σε άτομα με ADHD και συννοσηρή πνευματική υστέρηση. (Moldin & Rubenstein, 2006)

Πρώιμη παρέμβαση

Ολοκληρωμένα προγράμματα δεξιοτήτων – Εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς (Applied Behavior Analysis)

Το ABA είναι μια μεθοδολογία θεραπείας που πρωτοαναφέρθηκε από τον Ivar Lovaas και βασίζεται σε θεωρίες του λειτουργικού ρυθμού από τον B. F. Skinner. Το 1987, ο Lovaas δημοσίευσε μια μελέτη που έδειξε ότι σχεδόν τα μισά από τα 19 παιδιά προσχολικής ηλικίας που συμμετείχαν στην έρευνα με εντατική συμπεριφορική παρέμβαση - 40 ώρες την εβδομάδα θεραπείας one-on-one - πέτυχαν μία «φυσιολογική λειτουργία». Το ABA χρειάζεται περισσότερη επιστημονική έρευνα για να την υποστηρίξει τη θεραπεία για ASD. Η πιο γνωστή διαδικασία ABA που χρησιμοποιείται για τη διδασκαλία νέων δεξιοτήτων είναι η Διακεκριμένη Δοκιμαστική Κατάρτιση (DTT), κατά την οποία τα καθήκοντα χωρίζονται σε μικρά εκπαιδευτικά βήματα, ώστε να μπορούν τα άτομα με διαταραχή αυτιστικού φάσματος να μάθουν πιο εύκολα. Ένα σύστημα ανταμοιβής χρησιμοποιείται για να παρακινήσει και να ενισχύσει ένα παιδί ενώ αυτός ή αυτή μαθαίνει νέες δεξιότητες και συμπεριφορές. Τα προγράμματα ABA ενσωματώνουν τόσο παρεμβάσεις που απευθύνονται σε θεραπευτές όσο και παιδιά,

γνωστές ως παρεπόμενες διδασκαλίες. Εκτός από τη διδασκαλία των βασικών δεξιοτήτων των παιδιών, το ABA διδάσκει επίσης δεξιότητες παιχνιδιού, κοινωνικές δεξιότητες, δεξιότητες επικοινωνίας και δεξιότητες οικοδόμησης σχέσεων μέσω μοντέλων ομότιμων, χρονοδιαγραμμάτων δραστηριοτήτων και υποστήριξης ένταξης στην τάξη. Η πρόοδος του ABA υπολογίζεται συχνά, καταγράφεται σε γραπτές αναφορές και ελέγχεται έτσι ώστε η θεραπεία να μπορεί να ενημερώνεται και να προσαρμόζεται ώστε να ανταποκρίνεται στις συγκεκριμένες ανάγκες του παιδιού. Ένας από τους πρωταρχικούς στόχους του ABA είναι να κάνει τη μάθηση διασκεδαστική και ευχάριστη για το παιδί, προσφέροντας πολλή θετική ενίσχυση και θετικές αλληλεπιδράσεις. (Exkorn, 2005)

Διδασκαλία Καίριων Δεξιοτήτων (Pivotal Response Training for Autism)

Οι ιατροί Robert και Lynn Koegel, συνιδρυτές του ερευνητικού κέντρου αυτισμού του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας, επεκτάθηκαν στις αρχές της Εφαρμοσμένης Συμπεριφορικής Ανάλυσης για την ανάπτυξη της PRT. Στη PRT, συγκεκριμένες συμπεριφορές γνωστές ως βασικές συμπεριφορές θεωρούνται κεντρικές σε ότι αφορά τις επιπτώσεις σε γενικές περιοχές λειτουργίας. Αλλάζοντας αυτές τις βασικές συμπεριφορές, πιστεύεται ότι άλλες συσχετισμένες συμπεριφορές θα αλλάξουν χωρίς να στοχεύσουν συγκεκριμένα τις σχετικές συμπεριφορές. Οι βασικές τεχνικές απόκρισης περιλαμβάνουν θετική ενίσχυση, αλλαγή και διόρθωση συμπεριφορών και επιλογή. Η PRT επικεντρώνεται στη διδασκαλία της επικοινωνίας των παιδιών και των γλωσσικών δεξιοτήτων και στην αποτελεσματική κοινωνική αλληλεπίδραση. Η PRT βοηθά τα παιδιά να μάθουν τις δεξιότητες που χρειάζονται για να απολαμβάνουν θετικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και να κάνουν φίλους. Σε αντίθεση με περισσότερες κλινικές θεραπείες, η PRT έχει σχεδιαστεί για να ταιριάζει στην καθημερινή ζωή του παιδιού. Πρόκειται για μια παρέμβαση που χρησιμοποιεί φυσικές ευκαιρίες μάθησης στο σπίτι, στο σχολείο ή σε οποιοδήποτε περιβάλλον χωρίς αποκλεισμούς. Η συμμετοχή των γονέων είναι καθοριστική για την επιτυχία αυτής της θεραπείας. (Exkorn, 2005)

Πρώιμη συμπεριφοριστική παρέμβαση-υπόδειγμα Denver

Ο Sally Rogers, ψυχολόγος, ανέπτυξε το μοντέλο του Denver στις αρχές της δεκαετίας του 1980 ως αναπτυξιακή θεραπευτική προσέγγιση για παιδιά με ASD. Το μοντέλο του Denver συνδυάζει έντονη διδασκαλία και εντατική εστίαση στην ανάπτυξη κοινωνικο-επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Με γνώμονα την προϋπόθεση ότι η βέλτιστη ανάπτυξη συντελείται όταν το παιδί είναι σε θέση να διαμορφώσει συναισθηματικές συνδέσεις, το μοντέλο του Denver δίνει έμφαση στη δημιουργία σχέσεων και στην επικοινωνία. Αυτή η θεραπεία περιλαμβάνει πολύ εστιασμένη εργασία «one-to-one» στο σπίτι και υποστήριξη και διδασκαλία στο σχολείο. Στην τάξη προσχολικής ηλικίας, το παιδί με ASD περιλαμβάνεται πλήρως με τα παιδιά της τάξης και συνήθως η υποστήριξη είναι ενσωματωμένη στις δραστηριότητες της ομάδας. Όλοι όσοι αλληλεπιδρούν με το παιδί, τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο, εργάζονται στους ίδιους στόχους θεραπείας. Το μοντέλο του Denver βασίζεται στην οικογένεια. Οι γονείς αναλαμβάνουν το ρόλο καθορισμού των στόχων θεραπείας του παιδιού τους, συμμετέχουν σε όλες τις συναντήσεις ομάδας και λαμβάνουν υποστήριξη και κατάρτιση για να βοηθήσουν το παιδί τους να επιτύχει τους στόχους του. (Exkorn, 2005)

Δομημένη μέθοδος διδασκαλίας TEACCH

Το TEACCH αναπτύχθηκε στη δεκαετία του 1970 στο Πανεπιστήμιο της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνας και ήταν το πρώτο κρατικό πρόγραμμα διάγνωσης, θεραπείας και εκπαίδευσης για άτομα με διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Η φιλοσοφία του είναι ότι το περιβάλλον πρέπει να τροποποιηθεί για να καλύψει τις ανάγκες των παιδιών με ASD και όχι vice versa. Το TEACCH είναι μια διαρθρωμένη διδακτική προσέγγιση που δεν βασίζεται σε μια συγκεκριμένη τεχνική. Πρόκειται για ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα υπηρεσιών που ενσωματώνει διάφορες τεχνικές και μεθοδολογίες. Τα προγράμματα διδασκαλίας αναπτύσσονται για να ανταποκρίνονται στις ειδικές ανάγκες επικοινωνίας, κοινωνικής και συνολικής

αντιμετώπισης των παιδιών. Τα παιδιά αξιολογούνται μέσω του πολυδιάστατου προφίλ ψυχοεκπαίδευσης (PEP). Οι υποστηρικτές του TEACCH πιστεύουν ότι το πρόγραμμα ενθαρρύνει ένα περιβάλλον που ευνοεί τις συγκεκριμένες μαθησιακές ανάγκες των παιδιών και μεγιστοποιεί την αυτονομία των παιδιών, διδάσκοντας ενισχυμένες επικοινωνιακές, κοινωνικές και προσαρμοστικές δεξιότητες. (Exkorn, 2005)

Η προσέγγιση TEACCH, που ταξινομείται ως αναπτυξιακό μοντέλο από τους δημιουργούς της, δίνει έμφαση σε μια διδακτική προσέγγιση που διδάσκει τα πλεονεκτήματα των παιδιών με αυτισμό στην οπτική χωρική κατανόηση, τον χειρισμό αντικειμένων και την απόλαυση εξαιρετικά δομημένων, ανεξάρτητων και καθημερινών δραστηριοτήτων. (Moldin & Rubenstein, 2006)

Διακεκριμένη δοκιμαστική εκπαίδευση (Discrete trial training-DTT)

Η DTT είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό της Εφαρμοσμένης Συμπεριφορικής Ανάλυσης (ABA). Επιμερίζει τις σύνθετες δεξιότητες σε εύχρηστα βήματα, ώστε να είναι πιο εύκολο στο παιδί με ASD να τα διαχειριστεί. Οι δεξιότητες παρουσιάζονται σε «δοκιμές» κατά τις οποίες ο θεραπευτής δίνει μια σύντομη εντολή ή ρωτά μια ερώτηση, το παιδί αποκρίνεται και ο θεραπευτής παρέχει μια επιβράβευση (π.χ. ανταμοιβή). Στη συνέχεια ο θεραπευτής καταγράφει τα δεδομένα. Η DTT ξεκινά με τη διδασκαλία απλών δεξιοτήτων ετοιμότητας μάθησης, όπως κάθισμα σε μια καρέκλα, εκμάθηση να ανταποκρίνεται στο όνομά του, να μιμείται και να έχει βλεμματική επαφή. Η DTT συμβάλλει επίσης στη μείωση των συμπεριφορών που μπορεί να επηρεάσουν τη μάθηση, όπως η διέγερση ή η υπερκινητικότητα. Καθώς τα παιδιά κατέχουν τις βασικές δεξιότητες, μαθαίνουν πιο πολύπλοκες δεξιότητες, όπως η επικοινωνία και οι κοινωνικές δεξιότητες. Ο στόχος της DTT είναι το παιδί να μάθει να γενικεύει τις δεξιότητες από τις συνεδρίες θεραπείας στον έξω κόσμο. Ένα παιδί που μαθαίνει να χαιρετά, να χειροκροτεί ή να ξεκινάει μια συνομιλία κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα πρέπει να μπορεί να κάνει τα ίδια

πράγματα στο σπίτι ή στο σχολείο. Οι στόχοι της DTT είναι εξατομικευμένοι, ώστε να ανταποκρίνονται στις συγκεκριμένες ανάγκες του παιδιού σας. Στην αρχική του φάση, η DTT είναι μια εντατική θεραπεία. Τα παιδιά συνήθως εργάζονται για 25 έως 40 ώρες την εβδομάδα σε συνεδρίες one-on-one με εκπαιδευμένο επαγγελματία. Η απαίτηση χρόνου μπορεί να είναι μη ρεαλιστική ή παρεμβατική για ορισμένες οικογένειες. Ωστόσο, η έρευνα για το ABA και τη χρήση της DTT έχει αποδείξει με συνέπεια ότι αυτές οι τεχνικές είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές για τη διδασκαλία νέων δεξιοτήτων και συμπεριφορών σε παιδιά με ASD. (Exkorn, 2005)

Η πρόγνωση για ASD είναι αρκετά μεταβλητή, αν και τα παιδιά με σοβαρό αυτισμό στην πρώιμη παιδική ηλικία σπάνια δεν εμπίπτουν στο φάσμα των διαταραχών που σχετίζονται με τον αυτισμό, όπως τα μεγαλύτερα παιδιά και οι ενήλικες. Εντούτοις, είναι αρκετά συνηθισμένο να αλλάζουν τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς με πολλούς τρόπους, συμπεριλαμβανομένης της διακύμανσης με την πάροδο του χρόνου, τον αριθμό και την έκταση των επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών και των αλλαγών από την κοινωνική απόσυρση ή παθητικότητα σε πιο ενεργές, αλλά παράξενες αλληλεπιδράσεις. (Moldin & Rubenstein, 2006)

Παιχνίδια με αντικείμενα

Οι Coe et al (1990) ανέφεραν μια διαδικασία άμεσης διδασκαλίας με τη χρήση πολλαπλών γραμμών βάσης σε τρία παιδιά ηλικίας 6 ετών, δύο με αυτισμό, που τους ανατέθηκε να παίζουν μπάλα με έναν ενήλικα. Τέσσερα βήματα στην αλυσίδα διδάσκονταν με τη χρήση πρωτογενών ενισχύσεων. Τα τρία πρώτα βήματα (παραλαβή, ρίψη και εκκίνηση) διδάσκονται ταυτόχρονα, και το τελευταίο (έπαινος) διδάσκονταν μετά την απόκτηση των άλλων. Και τα τρία παιδιά αύξησαν τόσο τις λεκτικές όσο και τις μη λεκτικές συμπεριφορές που σχετίζονται με το παιχνίδι μπάλας, με το στάδιο της παραλαβής να είναι το πιο δύσκολο βήμα. (Moldin & Rubenstein, 2006)

Εκπαίδευση βασικών απαντήσεων

Η χρήση των τεχνικών της εκπαίδευσης βασικών απαντήσεων από τους ενήλικες για τη βελτίωση των δεξιοτήτων του κοινωνικού παιχνιδιού έχει επιδείξει κοινωνικές βελτιώσεις στα παιδιά με αυτισμό που αφορούν την ανταπόκριση στις ενδείξεις ενηλίκων και την αυξημένη αλληλεπίδραση με τους ενήλικες. Οι αποτελεσματικές τεχνικές της εκπαίδευσης βασικών απαντήσεων περιλάμβαναν τα παιδιά να επιλέγουν τα προτιμώμενα υλικά, τη μοντελοποίηση των ενηλίκων, τις χρησιμοποιούμενες διαδικασίες διαμόρφωσης, τις ενισχυμένες προσεγγίσεις με ενισχυτές που σχετίζονται με την εργασία και τα υψηλά επίπεδα επιτυχίας με στοιχεία διατήρησης και γενίκευσης. (Moldin & Rubenstein, 2006)

Παιχνίδια ρόλων

Ο Goldstein και οι συνάδελφοί του (1988) δίδαξαν διάφορα κοινωνικο-θεματικά σενάρια σε τρία παιδιά προσχολικής ηλικίας, αποτελούμενα από δύο τυπικούς συνομηλίκους και ένα παιδί με διαταραχή που σχετίζεται με τον αυτισμό. Κάθε δέσμη περιελάμβανε τρεις κοινωνικούς ρόλους και κάθε παιδί εκπαιδεύτηκε σε κάθε ρόλο, με τη διδασκαλία των εκπαιδευτικών να μειώνεται σταδιακά, έως ότου κάθε παιδί να μπορεί να εκτελεί το 80% του σεναρίου κάθε ρόλου. Μετά την εκπαίδευση, οι αυξήσεις στην αλληλεπίδραση των παιδιών και η γενίκευση σε ρυθμίσεις και άλλες συμπεριφορές βελτιώθηκαν κατά τη διάρκεια των ελεύθερων περιόδων παιχνιδιού στο νηπιαγωγείο. Ωστόσο, οι επιδράσεις εξαρτώνται από τις συνεχείς προκλήσεις των εκπαιδευτικών στις δραστηριότητες ρολεϊκού παιχνιδιού και, γενικά, δεν έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση των κοινωνικών ανταλλαγών κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας. (Moldin & Rubenstein, 2006)

Κεφάλαιο 2^ο – Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Πολλές μελέτες αναφέρονται σχετικά με τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος. Η πρόγνωση για τα παιδιά με αυτισμό ποικίλλει σημαντικά. Οι παραδοσιακές εκτιμήσεις υποδηλώνουν ότι περίπου τα δύο-τρίτα των περιπτώσεων έχουν συνολικά κακή έκβαση (όπως ορίζεται από την κοινωνική προσαρμογή), ικανότητα εργασίας και ικανότητα να λειτουργούν ανεξάρτητα. Οι πιο πρόσφατοι, ευρύτεροι ορισμοί του αυτισμού και του PDD περιλαμβάνουν πολλά παιδιά με ήπια συμπτώματα για τα οποία η μακροπρόθεσμη πρόγνωση μπορεί να είναι καλύτερη. Επί του παρόντος, η πλειονότητα των παιδιών με αυτισμό μπορεί να αναμένεται να συνεχίσει να χρειάζεται κάποιο βαθμό ενίσχυσης και στην ενήλικη ζωή. Ένα πολύ μικρότερο ποσοστό, ίσως το 10% των περιπτώσεων, φαίνεται να «ξεπερνάει» τον αυτισμό τους και να λειτουργεί όσο το δυνατό πιο «φυσιολογικά». Γενικά θεωρείται ότι τα άτομα με αυτισμό μπορεί να έχουν καλύτερες πιθανότητες για τη βέλτιστη έκβαση αν οι διάφορες παρεμβάσεις ξεκινήσουν σε όσο το δυνατόν πιο νεαρή ηλικία. (NYS, 2006)

Τα παιδιά με αυτισμό είναι άκαμπτα και πολλές φορές μπορεί να φαντάζουν παράλογα, που μπορεί να οδηγήσει στο γεγονός ότι οι οικογένειές τους φαίνεται να καταλήγουν να ταιριάζουν μαζί τους και όχι το αντίστροφο. Η οικογένεια, φυλακισμένη σε κάποιο βαθμό από την κατάσταση του παιδιού, αντιμετωπίζει τόσο κοινωνικές αλλά και οικονομικές δυσκολίες. Οι οικογένειες συχνά αποκόπτονται από τη συνηθισμένη κοινωνία και τα καθημερινά χαρακτηριστικά της οικογενειακής ζωής που μπορεί να αποτελέσουν πηγή διώξεων και όχι ευχαρίστησης. Μια επίσκεψη για παράδειγμα στο πάρκο ή στα καταστήματα μπορεί να γίνει ένας εφιάλτης εξαιτίας των οργών του παιδιού και της αντικοινωνικής του συμπεριφοράς. Χωρίς τακτική καθημερινή επαφή με άλλες οικογένειες και παιδιά, είναι πολύ εύκολο να χάσει κανείς την αίσθηση του «φυσιολογικού» ή «συνηθισμένου» και έτσι η συμπεριφορά των παιδιών μπορεί να γίνει ο κανόνας για τις οικογένειές τους. (Richer & Coates, 2001)

Η αυτοτραυματική συμπεριφορά αναφέρεται σε μία κατηγορία συμπεριφορών που το άτομο επιβάλλει στον εαυτό του και δύνανται να προκαλέσουν σωματική βλάβη και ειδικότερα βλάβη των ιστών. Σε εξαιρετικά σοβαρές περιπτώσεις ο αυτοτραυματισμός μπορεί να προκαλέσει ακόμα και μη αναστρέψιμο τραυματισμό ή και θάνατο. Για τα άτομα με αυτισμό, η αυτοτραυματική συμπεριφορά αποτελεί μία στερεοτυπική συμπεριφορά, αναφερόμενη σε μεγάλο χρονικό διάστημα, που διαχωρίζεται από την παρορμητική άλλων ψυχιατρικών περιπτώσεων. Η γενική πορεία της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς υποδεικνύει ότι η συγκεκριμένη συμπεριφορά μπορεί να εκδηλωθεί αρχικά στην παιδική ηλικία με εμφάνιση ακόμα και στην εφηβική ηλικία και αντίστοιχη αύξηση των επεισοδίων και της εμμονικής φύσης της κατά την ενηλικίωση. Οι Taylor et al διαπίστωσαν σε μία μελέτη 49 ενηλίκων με αυτισμό και αυτοτραυματική συμπεριφορά, το 84% συνέχισε να εκδηλώνει αυτοτραυματικές συμπεριφορές ακόμα και 20 έτη στο πλαίσιο διαχρονικής μελέτης παρακολούθησης. (Minshawi et al, 2014)

Ο αυτοτραυματισμός μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες εκδηλώσεις όπως τραυματισμό στο κεφάλι, τράβηγμα των μαλλιών, δαγκωματιές και άλλες. Αντίστοιχα η επιθετικότητα σε τρίτους μπορεί να περιλαμβάνει εκδηλώσεις όπως δάγκωμα, γρατσούνισμα ή και χτύπημα. Η αυτοτραυματική συμπεριφορά μπορεί να είναι εξαιρετικά δυσάρεστη για την οικογένεια και να προκαλέσει αισθήματα άγχους στους γονείς. Αποτελεί μία συνηθισμένη κατάσταση σε παιδιά ιδίως κατά την ηλικία της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης αλλά περιστασιακά μπορεί να εμφανιστεί και σε παιδιά μικρότερης ηλικίας. (Minshawi et al, 2014)

Πολλές μελέτες επικεντρώθηκαν στις ιδιαιτερότητες της ομιλίας σε παιδιά στο αυτιστικό φάσμα που μπορούσαν να μιλήσουν καθαρά. Το λεξιλόγιό τους είναι συχνά αξιοσημείωτα άτυπο, και η ομιλία τους χαρακτηρίζεται από τόσο προφανώς αποκλίνουσες ιδιότητες όπως η άμεση ηχολαλία, η καθυστέρηση της ηχολαλίας ή η συντακτική γλώσσα (η απαγγελία συγκεκριμένων λέξεων σε περισσότερο ή λιγότερο κατάλληλο πλαίσιο), η αδιάκοπη επαναλαμβανόμενη αμφισβήτηση, τραγουδιστική ή αδιάφορη (ρομποτική) φωνή ή ο αυξανόμενος τόνος στις δηλώσεις που κάνουν τους

ισχυρισμούς να ακούγονται σαν ερωτήσεις. Η άμεση και καθυστερημένη ηχολαλία και η ψυχαναγκαστική αμφισβήτηση μπορεί να αποκρύψουν τη μη κατανόησή τους, καθώς αποτρέπουν την ανάγκη να διαμορφώσουν μια απλή απόκριση ή να ξεκινήσουν την επικοινωνία. Η έλλειψη σε ότι αφορά τη θεωρία του νου και η έλλειψη προσοχής στην έκφραση του προσώπου και στη γλώσσα του σώματος, που συνεισφέρουν χαρακτηριστικά ή αποτελούν συνέπειες των κοινωνικών ανεπαρκειών των αυτιστικών ατόμων, μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην έλλειψη ευαισθησίας στην κωδικοποίηση λέξεων και των μη λεκτικών πραγμάτων και, ως εκ τούτου, στην ανεπαρκή απόκτηση τους. Τα ρεαλιστικά ελλείμματα σε ότι αφορά τη γλωσσική ικανότητα των παιδιών είναι σπουδαία επειδή δεν λαμβάνουν υπόψη την άποψη του συνομιλητή τους, συχνά μιλάνε *ad nauseam* για το θέμα τους και έχουν μεγάλη δυσκολία να αλλάξουν θέματα ή να ακούσουν τι πρέπει να πει ο συνομιλητής τους. (Perez et al, 2007)

Οι Swettenham et al (1998) διαπίστωσαν ότι τα μικρά παιδιά με αυτισμό έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να μετατοπίζουν την προσοχή μεταξύ κοινωνικών και μη κοινωνικών ερεθισμάτων, γεγονός που υποδηλώνει ότι η βλάβη δεν είναι απλώς στη διαδικασία αλλαγής αλλά αλληλεπιδρά με τη φύση του ερεθίσματος. Η σχέση μεταξύ της εκτελεστικής δυσλειτουργίας και της θεωρίας του νου έχει επίσης μελετηθεί. Μια πρόωμη μελέτη εκτελέστηκε από τον Russell και τους συναδέλφους του, χρησιμοποιώντας μια διαδικασία που σχεδιάστηκε αρχικά για να εξετάσει την στρατηγική ικανότητα εξαπάτησης. Τα παιδιά με αυτισμό διδάσκονταν να παίζουν ένα παιχνίδι στο οποίο ανταγωνίζονταν έναν πειραματιστή για ένα κομμάτι καραμέλας. Η καραμέλα τοποθετήθηκε σε ένα από τα δύο κουτιά με παράθυρα που αποκάλυψαν τα περιεχόμενα του κιβωτίου σε υποκείμενα, αλλά όχι στον πειραματιστή. Ο στόχος του έργου ήταν το παιδί να «ξεγελάσει» τον πειραματιστή να αναζητήσει την καραμέλα στο κενό κουτί. Ακόμη και μετά από πολλές δοκιμές, οι συμμετέχοντες με αυτισμό δεν μπόρεσαν να δείξουν το άδειο κιβώτιο, παρά τις συνέπειες αυτής της στρατηγικής. Οι Russell et al (1991) απέδωσαν αυτά τα αποτελέσματα σε ένα προοπτικό έλλειμμα που

προκάλεσε την αδυναμία να εμπλακεί σε εξαπάτηση. Σε μια μελέτη παρακολούθησης, ωστόσο, οι Hughes και Russell (1993) απέδειξαν ότι οι σημαντικές διαφορές των ομάδων παρέμειναν ακόμα και μετά την απομάκρυνση του στοιχείου της εξαπάτησης από το έργο. Τα υποκείμενα ήταν απλά εκπαιδευμένα να δείχνουν στο κενό κουτί για να πάρουν την καραμέλα. Τα παιδιά με αυτισμό συνέχισαν να χρησιμοποιούν την ακατάλληλη στρατηγική. Ο Hughes και ο Russell (1993) απέδωσαν αυτό το πρότυπο απόδοσης σε ένα έλλειμμα στην αποσύνδεση από το αντικείμενο και χρησιμοποιώντας εσωτερικούς κανόνες για να καθοδηγήσουν τη συμπεριφορά. Αυτή η συμπεριφορά είναι παρόμοια με την επιμονή, την ακατάλληλη χρήση της στρατηγικής και την υπερ-επιλεκτικότητα της διέγερσης. (Perez et al, 2007)

Ο Turner (1997, 1999) πρότεινε ότι η εκτελεστική δυσλειτουργία (π.χ. επιμονή, ανεπαρκής ανασταλτικός έλεγχος, μειωμένη γενετικότητα) μπορεί να είναι υπεύθυνη για τις στερεότυπες, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές σε ότι αφορά τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Περαιτέρω, υποθέτει ότι διαφορετικά στοιχεία της εκτελεστικής λειτουργίας συνδέονται με διαφορετικούς τύπους επαναλαμβανόμενης συμπεριφοράς. Για να υποστηρίξει αυτό, ανέφερε ότι η επιμονή σε ένα καθήκον μετατόπισης συσχετίζεται με πιο πρωτόγονες στερεότυπες συμπεριφορές, όπως το χτύπημα των χεριών, ενώ η φτωχή γενετικότητα συσχετίζεται με επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές υψηλότερου επιπέδου όπως τα περιγραφόμενα ενδιαφέροντα. Μια ισχυρή σχέση μεταξύ της γνωστικής ευελιξίας και των επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών αναφέρθηκε επίσης πρόσφατα από τους Lopez et al (2005). Αντίθετα, ο South, ο Ozonoff και ο McMahon δεν βρήκαν σημαντικούς συσχετισμούς μεταξύ οποιασδήποτε κατηγορίας επαναλαμβανόμενης συμπεριφοράς και οποιασδήποτε μεταβλητής εκτελεστικής λειτουργίας. (Perez et al, 2007)

Η κατανάλωση μη βρώσιμων αντικειμένων έχει παρατηρηθεί από το 69% του δείγματος, ποσοστό έως και ανησυχητικό καθώς η κατανάλωση μη βρώσιμων αντικειμένων μπορεί να είναι επικίνδυνη για το παιδί. Η Pica είναι μια διατροφική διαταραχή που περιλαμβάνει κατανάλωση τροφίμων που δεν ενδείκνυνται προς βρώση. Τα παιδιά

ηλικίας μεταξύ 18 και 24 μηνών τρώνε συχνά αντικείμενα μη εδώδιμα, αλλά αυτό αποτελεί συνήθως ένα φυσιολογικό μέρος της ανάπτυξης. Μερικά παιδιά με αυτισμό και άλλες αναπτυξιακές αναπηρίες επιμένουν σε αυτή τη πρακτική πέρα από το αναπτυξιακά τυπικό χρονοδιάγραμμα και συνεχίζουν να τρώνε αντικείμενα όπως βρωμιά, πηλό, κιμωλία ή χρώματα. Τα παιδιά που εμφανίζουν σημάδια τοποθέτησης εντός της στοματικής κοιλότητας ή του άκρου των δακτύλων τους ή αντικειμένων, συμπεριλαμβανομένων των παιχνιδιών, θα πρέπει να εξετάζονται για αυξημένα επίπεδα μολύβδου στο αίμα, ειδικά εάν υπάρχει γνωστή δυνατότητα περιβαλλοντικής έκθεσης στο μόλυβδο. (ATT, 2013)

Σε ότι αφορά τη συμπτωματολογία του αυτισμού υπογραμμίζεται ο υψηλός επιπολασμός (40-86%) διαταραχών ύπνου και περιόδων αφύπνισης. Σε ότι αφορά τις πιθανές αιτίες διαταραχών ύπνου σε άτομα με αυτισμό, αναφέρεται η ευαισθησία των ατόμων αυτών σε εξωτερικά ερεθίσματα που μπορεί να οδηγήσει σε επαγρύπνηση και σε υπερκινητικότητα με αντίσταση στην κατάκλιση, αυξάνοντας τα ποσοστά αϋπνίας σε αυτόν τον πληθυσμό. Επιπλέον η διαδικασία του ύπνου είναι γνωστό ότι ρυθμίζεται από τη μελατονίνη, της οποίας η παραγωγή κατά τη διάρκεια της νύκτας μπορεί να μειώνεται. Τα συνήθη προβλήματα που παρατηρούνται περιλαμβάνουν τη δυσκολία αποκοίμησης και διατήρησης του ύπνου, τη διατάραξη του ύπνου κατά τη διάρκεια της νύκτας και τη δυσκολία να παραμένουν τα άτομα ξύπνια κατά τη διάρκεια της ημέρας. Τα προβλήματα ύπνου είναι γνωστό ότι σχετίζονται με διαταραχές στο ανοσοποιητικό, το μεταβολικό και τη συμπεριφορά αλλά και έλλειψη προσοχής, άγχος και κατάθλιψη, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα. Ως εκ τούτου οι διαταραχές του ύπνου, είτε μόνιμες είτε περιστασιακές θα μπορούσαν να καταστούν σοβαρές σε ότι αφορά την κλινική εκδήλωση τους σε άτομα με αυτισμό και να οδηγήσουν και σε προβλήματα συμπεριφοράς και αδυναμία μάθησης. (Fadini et al, 2015)

Κεφάλαιο 3^ο – Ερευνητικό μέρος

3.1 Σκοπός της έρευνας

Στο πλαίσιο εκπόνησης της πτυχιακής μας διατριβής, με θέμα: «Μελέτη συχνότητας μιας ομάδας συμπεριφορών σε παιδιά δημοτικής εκπαίδευσης με διαταραχές αυτιστικού φάσματος», πραγματοποιήθηκε η συμπλήρωση σχετικής θεματολογίας ερωτηματολογίου. Τηρήθηκε αυστηρώς η εχεμύθεια των προσώπων, ενώ επίσης υπάρχει η δυνατότητα απόσυρσης των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων, σε περίπτωση που επιθυμούν σχετικώς.

Για τη συγγραφή του γενικού μέρους της παρούσας μελέτης για τη συλλογή των δημοσιευμένων επιστημονικών άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία ερευνήθηκαν οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane, Scopus και Cinahl χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά «Αυτισμός», «Διαταραχές αυτιστικού φάσματος», που θα βοηθήσει τους ερευνητές να ανακαλύψουν σχετικές μελέτες και έρευνες αλλά και να διατυπώσουν με σαφήνεια τους ορισμούς των βασικών όρων.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εμφάνιση μίας ομάδας συμπεριφορών παιδιών δημοτικής εκπαίδευσης με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και η ανάλυση αυτών των συμπεριφορών.

3.2 Μεθοδολογία, δείγμα της μελέτης και εργαλεία

Το ερευνητικό μέρος της μελέτης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου και επιλέχθηκε η ποσοτική μέθοδος για να εξετασθεί η συχνότητα συγκεκριμένων συμπεριφορών. Η έρευνα αρχικά είχε σχεδιαστεί να διεξαχθεί εξ ολοκλήρου μέσω διαδικτύου, αλλά στη συνέχεια λόγω ελλειπών απαντήσεων δόθηκε και με φυσική παρουσία σε άτομα που επισκέφθηκαν συγκεκριμένα κέντρα. Οι χώροι ήταν: το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Η Αγία Σοφία», το διαγνωστικό-θεραπευτικό κέντρο «Στήριξη παιδιού -εφήβου – ενήλικου» στην Αθήνα και το Παιδικό Κέντρο Αναπτυξιακής Προώθησης, Αποκατάστασης και Σχολικής Μελέτης. Η έρευνα διενεργήθηκε με γνώμονα την ένταξη στη μελέτη όσο το δυνατόν περισσότερων ατόμων ποικίλλου ηλικιακού, μορφωτικού και οικονομικού προφίλ, με την προϋπόθεση ότι πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής δηλαδή να αναφέρονται σε παιδιά δημοτικής εκπαίδευσης. Η διαδικασία των ερωτηματολογίων διεξήχθη από τον Νοέμβριο 2016 έως Ιούλιο 2017. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου στη διαδικτυακή του μορφή συγκέντρωσε στο σύνολο 130 ερωτηματολόγια απαντημένα που όμως εξαιρέθηκαν 73 λόγω λανθασμένων απαντήσεων στην κύρια ερώτηση του κριτηρίου συμμετοχής, ενώ κατά τη φυσική παρουσία η διαδικασία διήρκεσε περίπου 20 λεπτά για να συμπληρωθεί, αν και αρχικά είχε υπολογιστεί ότι θα διαρκέσει λιγότερο.

Μέσω του κλειστού τύπου ερωτηματολογίου ο ερωτώμενος «αναγκάζεται» να απαντήσει σε συγκεκριμένες επιλογές απάντησης και ως εκ τούτου η στατιστική ανάλυση μπορεί να πραγματοποιηθεί ταχύτερα ειδικότερα σε ερωτηματολόγια όπως το συγκεκριμένο με πληθώρα ερωτήσεων και μεταβλητών.

Η μελέτη ως εκ τούτου πραγματοποιήθηκε με τη συλλογή ερωτηματολογίων κλειστού τύπου και απευθύνθηκε σε 100 άτομα ενήλικα, τυχαιοποιημένου δείγματος, κατοίκους της Ελλάδας. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα, ώστε οι συμμετέχοντες να αισθάνονται άνετα κατά τη συμπλήρωση των ερωτήσεων. Πριν τη συμπλήρωση του

ερωτηματολογίου υπήρξε ολιγόλεπτη συζήτηση με τους ερωτώμενους για την ορθότερη κατανόηση του και των σκοπών αυτού (στο πλαίσιο μελέτης πτυχιακής εργασίας). Επίσης μαζί με το ερωτηματολόγιο δόθηκε έγγραφο, στο οποίο αναγράφεται κατανοητά ο σκοπός της πτυχιακής μας μελέτης και η διατήρηση της ανωνυμίας. Το ερωτηματολόγιο επισυνάπτεται στο παράρτημα της πτυχιακής εργασίας.

Συνολικά διαδικτυακά απαντήθηκαν 135 ερωτηματολόγια εκ των οποίων τα 62 πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής. Επίσης μοιράστηκαν με φυσική παρουσία μοιράστηκαν 50 ερωτηματολόγια εκ των οποίων συμπληρώθηκαν επιτυχώς 38 και αποκλείστηκαν 10 λόγω ελλιπών απαντήσεων και 2 άτομα αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα παρόλο που είχαν αρχικά συμφωνήσει σχετικά. Μελετήθηκαν εν τέλει 100 ερωτηματολόγια.

Κατά την ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικές μέθοδοι της περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Το πειραματικό σχέδιο που ακολουθήθηκε ήταν το εντελώς τυχαιοποιημένο σχέδιο.

Τα στοιχεία, τα οποία αρχικά συλλεχτήκαν και καταγράφηκαν από τα ερωτηματολόγια, καταχωρήθηκαν με συστηματικό τρόπο σε ηλεκτρονική μορφή, σε αρχεία του προγράμματος λογιστικών φύλλων (Microsoft Excel). Η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics. Το IBM SPSS Statistics είναι ένα λογισμικό στατιστικής ανάλυσης και χρησιμοποιείται για την επίλυση επιχειρηματικών και ερευνητικών προβλημάτων μέσω της ανάλυσης ad-hoc, του ελέγχου υποθέσεων, και των προγνωστικών αναλύσεων. Διάφοροι οργανισμοί σε όλον τον κόσμο χρησιμοποιούν το IBM SPSS Statistics για να κατανοήσουν δεδομένα, να αναλύσουν τις τάσεις καθώς και να προβλέψουν και σχεδιάσουν παραδοχές για την εξαγωγή συμπερασμάτων με ακρίβεια. (www.ibm.com)

Για την περιγραφή των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση (SD), η διακύμανση και η συχνότητα. Για τη γραφική απεικόνιση της ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα λογιστικών φύλλων (Microsoft Excel).

Για την ολοκλήρωση του σχεδιασμού του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε πιλοτική διανομή του σε ένα μικρό αριθμό ατόμων (δεκαπέντε αποδέκτες), ώστε να εξακριβωθεί ότι δεν περιέχει ασάφειες, συντακτικά και γλωσσικά λάθη. Επίσης, με τον τρόπο αυτό εξακριβώθηκε ότι το ερωτηματολόγιο είναι κατανοητό, δεν κουράζει και δεν περιέχει ερωτήσεις που να φέρουν τον ερωτώμενο σε δύσκολη θέση. Στο πλαίσιο της πιλοτικής διανομής του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε και η στάθμιση του ερωτηματολογίου, διαδικασία που διασφαλίζει ότι τα αποτελέσματα του έχουν προκύψει i) μετά από προσαρμογή των ποιοτικών δεδομένων του δείγματος, όσων δηλαδή έλαβαν μέρος στην έρευνα, με τα πραγματικά δεδομένα του πληθυσμού και ii) μετά από έλεγχο και προσαρμογή της καταλληλότητας του ερωτηματολογίου στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Η στάθμιση του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει πιλοτική εφαρμογή, έλεγχο της εγκυρότητας και αξιοπιστίας και σχετικές προσαρμογές ή βελτιώσεις. Σε ότι αφορά την πολιτισμική προσαρμογή δόθηκε ως εκ τούτου σε μικρό τυχαίο δείγμα η εφαρμογή της πρώτης εκδοχής του ερωτηματολογίου και μετά τον έλεγχο της κατανόησης και αναδιατύπωσης των ερωτήσεων ακολούθησε δεύτερη πιλοτική διανομή του ίδιου δείγματος και η ενσωμάτωση των παρατηρήσεων στη δεύτερη εκδοχή. Για το λόγο αυτό και πάντα με τη σύμφωνη γνώμη των συμμετεχόντων καταγράφηκαν τα βασικά στοιχεία επικοινωνίας τους με απόλυτη εχεμύθεια. Το διορθωμένο ερωτηματολόγιο υποβλήθηκε σε τελικό έλεγχο εγκυρότητας και αξιοπιστίας μέσω της δεύτερης πιλοτικής μελέτης. Τέλος διανεμήθηκε στους τελικούς ερωτώμενους.

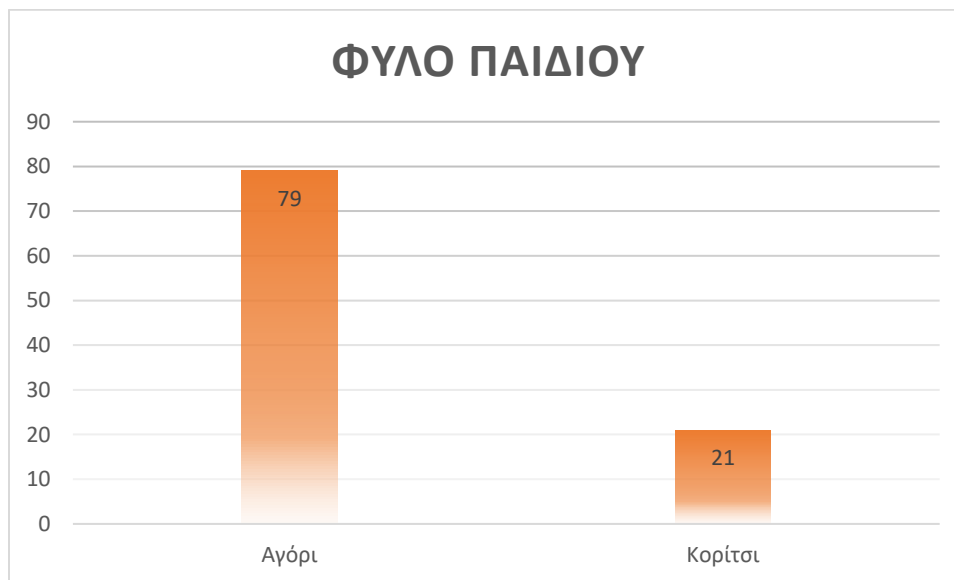
3.3 Αποτελέσματα έρευνας

Δημογραφικά στοιχεία

1. Ποιο είναι το φύλο του παιδιού;

	N
Αγόρι	79
Κορίτσι	21
Σύνολο	100

Πίνακας 2: Φύλο του παιδιού

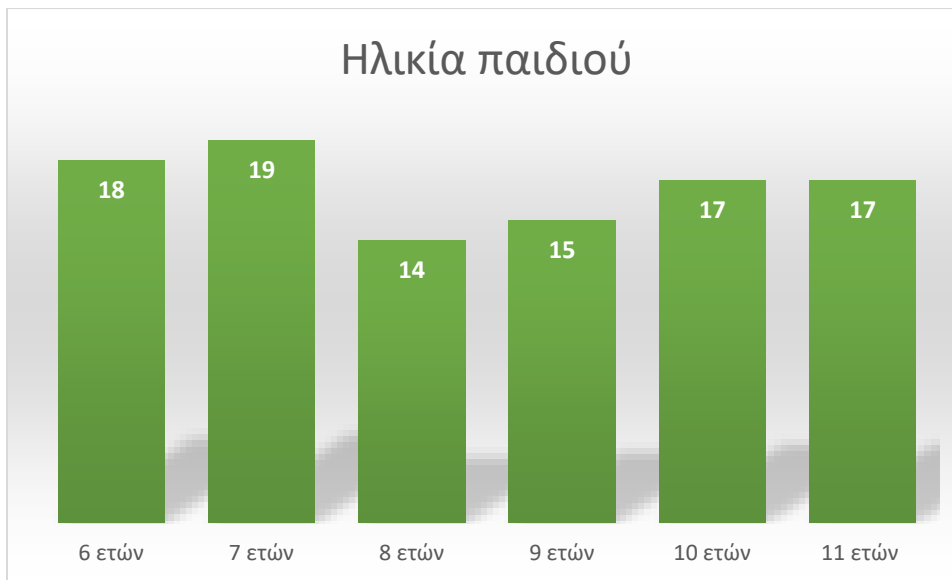


Γράφημα 1: Αριθμητική παράσταση του φύλου του παιδιού

2. Ποια είναι η ηλικία του παιδιού;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
6 ετών	18	18%	162	12.72792
7 ετών	19	19%	180.5	13.43503
8 ετών	14	14%	98	9.899495
9 ετών	15	15%	112.5	10.6066
10 ετών	17	17%	144.5	12.02082
11 ετών	17	17%	144.5	12.02082
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 3: Ηλικία του παιδιού

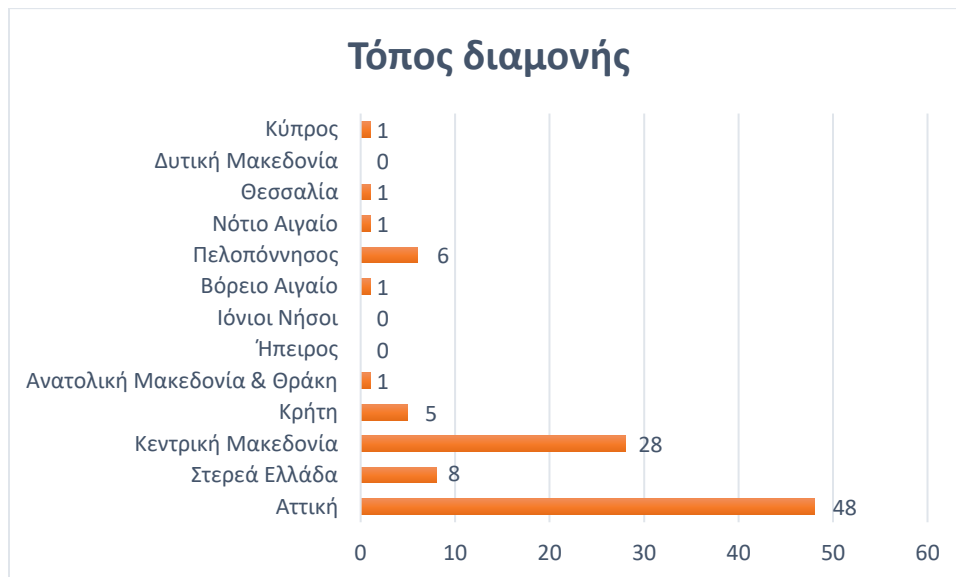


Γράφημα 2: Αριθμητική παράσταση του παράγοντα ηλικίας παιδιού

3. Ποιος είναι ο τόπος διαμονής του παιδιού;

	N	P%
Αττική	48	48%
Στερεά Ελλάδα	8	8%
Κεντρική Μακεδονία	28	28%
Κρήτη	5	5%
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	1	1%
Ήπειρος	0	0%
Ιόνιοι Νήσοι	0	0%
Βόρειο Αιγαίο	1	1%
Πελοπόννησος	6	6%
Νότιο Αιγαίο	1	1%
Θεσσαλία	1	1%
Δυτική Μακεδονία	0	0%
Κύπρος	1	1%
Σύνολο	100	100%

Πίνακας 4: Τόπος διαμονής του παιδιού



Γράφημα 3: Αριθμητική παράσταση παράγοντα τόπου διαμονής του παιδιού

4. Εκπαίδευση παιδιού

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Γενικό σχολείο	55	55%	1512.5	38.89087
Ειδικό σχολείο	30	30%	450	21.2132
Δεν γνωρίζω	15	15%	112.5	10.6066
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 5: Στοιχεία παράγοντα εκπαίδευσης παιδιού



Γράφημα 4: Ποσοστιαία παράσταση παράγοντα εκπαίδευσης παιδιού

5. Ποια είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειας;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Πολύ καλή	12	12%	72	8.485281
Καλή	34	34%	578	24.04163
Μέτρια	30	30%	450	21.2132
Κακή	16	16%	128	11.31371
Πολύ κακή	8	8%	32	5.656854
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 6: Στοιχεία παράγοντα οικονομικής κατάστασης της οικογένειας



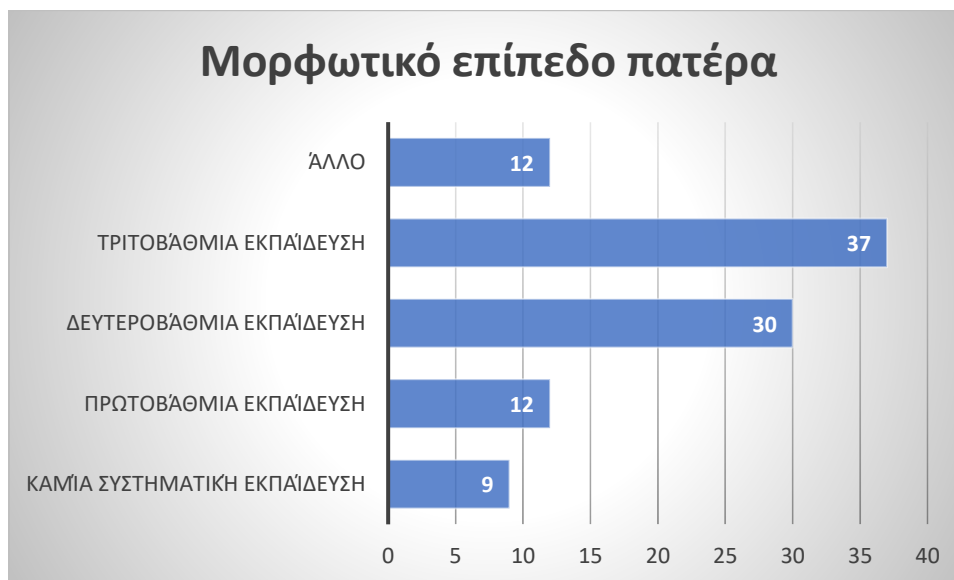
Γράφημα 5: Ποσοστιαία παράσταση παράγοντα οικονομικής κατάστασης της οικογένειας

6. Ποιο είναι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων;

Μορφωτικό επίπεδο πατέρα

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καμία συστηματική εκπαίδευση	9	9%	40.5	6.363961
Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	12	12%	72	8.485281
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	30	30%	450	21.2132
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	37	37%	684.5	26.16295
Άλλο	12	12%	72	8.485281
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 7: Στοιχεία παράγοντα μορφωτικού επιπέδου πατέρα

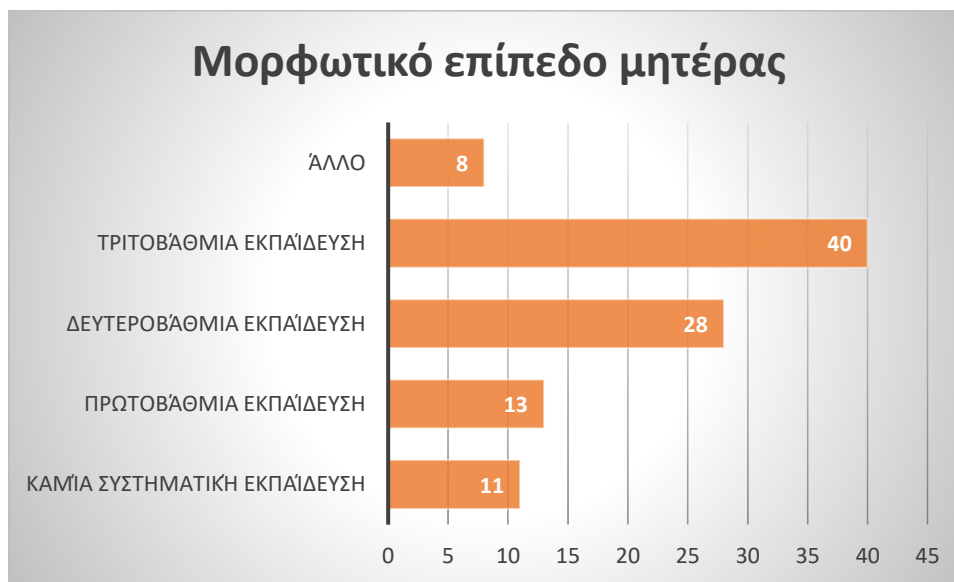


Γράφημα 6: Αριθμητική παράσταση παράγοντα μορφωτικού επιπέδου πατέρα

Μορφωτικό επίπεδο μητέρας

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καμία συστηματική εκπαίδευση	11	11%	60.5	7.778175
Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	13	13%	84.5	9.192388
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	28	28%	392	19.79899
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	40	40%	800	28.28427
Άλλο	8	8%	32	5.656854
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 8: Στοιχεία παράγοντα μορφωτικού επιπέδου μητέρας

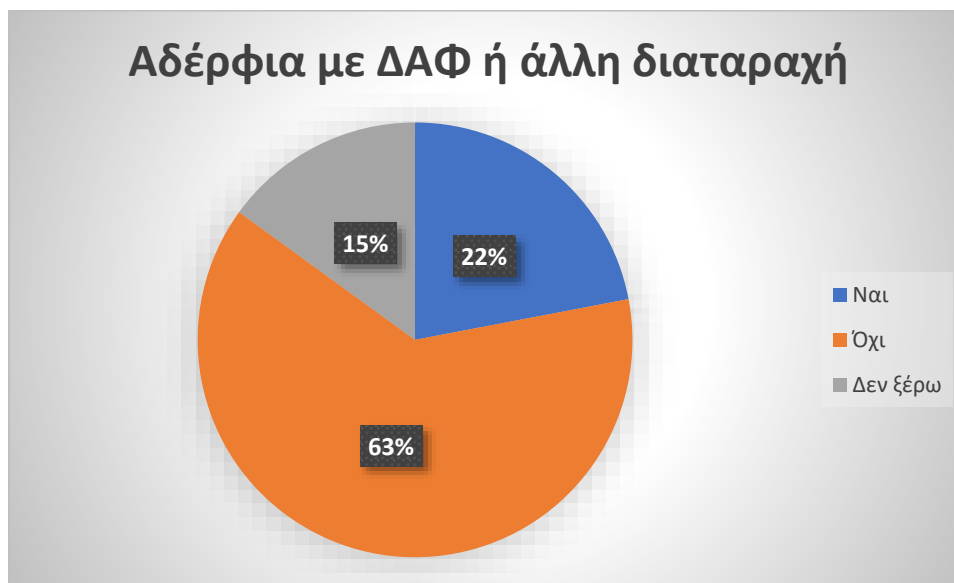


Γράφημα 7: Αριθμητική παράσταση παράγοντα μορφωτικού επιπέδου μητέρας

7. Έχει το παιδί αδέρφια με ΔΑΦ ή άλλες διαταραχές;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Ναι	22	22%	242	15.55635
Όχι	63	63%	1984.5	44.54773
Δεν ξέρω	15	15%	112.5	10.6066
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 9: Στοιχεία παράγοντα αν το παιδί έχει αδέρφια με ΔΑΦ ή άλλες διαταραχές



Γράφημα 8: Ποσοστιαία παράσταση παράγοντα αν το παιδί έχει αδέρφια με ΔΑΦ ή άλλη διαταραχή

8. Οι γονείς του παιδιού είναι διαζευγμένοι;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Ναι	18	18%	162	12.72792
Όχι	69	69%	2380.5	48.79037
Δεν ξέρω	13	13%	84.5	9.192388
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 10: Στοιχεία παράγοντα οικογενειακής κατάστασης γονέων



Γράφημα 9: Ποσοστιαία παράσταση παράγοντα οικογενειακής κατάστασης γονέων

9. Έχει χάσει το παιδί τη μητέρα του;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Ναι	8	8%	32	5.656854
Όχι	90	90%	4050	63.63961
Δεν ξέρω	2	2%	2	1.414214
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 11: Στοιχεία παράγοντα αν έχει χάσει το παιδί τη μητέρα του

10. Το παιδί έχει χάσει τον πατέρα του;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Ναι	10	10%	50	7.071068
Όχι	88	88%	3872	62.2254
Δεν ξέρω	2	2%	2	1.414214
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 12: Στοιχεία παράγοντα αν έχει χάσει το παιδί τον πατέρα του

Ερωτήσεις σχετικά με τη συμπεριφορά του παιδιού

11. Έχει το παιδί επιθετική συμπεριφορά απέναντι στους άλλους;

	N	P%
ΝΑΙ	35	35%
ΌΧΙ	65	65%
Σύνολο	100	100%

Πίνακας 13: Στοιχεία για το αν το παιδί έχει επιθετική συμπεριφορά απέναντι σε άλλους



Γράφημα 10: Ποσοστιαία αναπαράσταση σχετικά με το αν το παιδί έχει επιθετική συμπεριφορά απέναντι σε άλλους

12. Έχει το παιδί καταστρεπτικές συμπεριφορές (φθορά αντικειμένων);

	N	P%
ΝΑΙ	42	42%
ΌΧΙ	58	58%
Σύνολο	100	100%

Πίνακας 14: Στοιχεία για το αν το παιδί έχει καταστρεπτικές συμπεριφορές

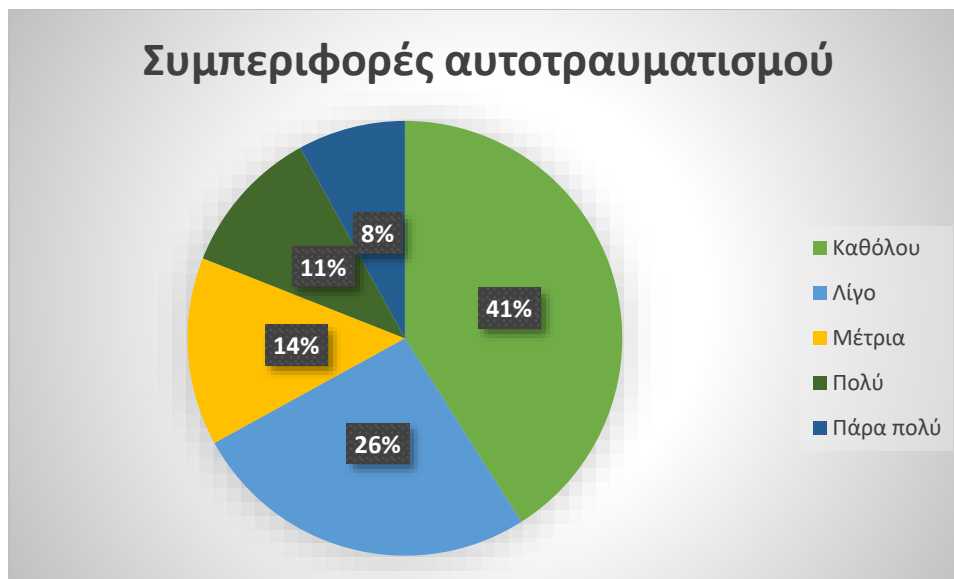


Γράφημα 11: Ποσοστιαία αναπαράσταση σχετικά με το αν το παιδί έχει καταστρεπτικές συμπεριφορές

13. Παρατηρείτε στο παιδί συμπεριφορές αυτοτραυματισμού;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	41	41%	840.5	28.99138
Λίγο	26	26%	338	18.38478
Μέτρια	14	14%	98	9.899495
Πολύ	11	11%	60.5	7.778175
Πάρα πολύ	8	8%	32	5.656854
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 15: Στοιχεία για το αν παρατηρεί ο γονέας συμπεριφορές αυτοτραυματισμού στο παιδί

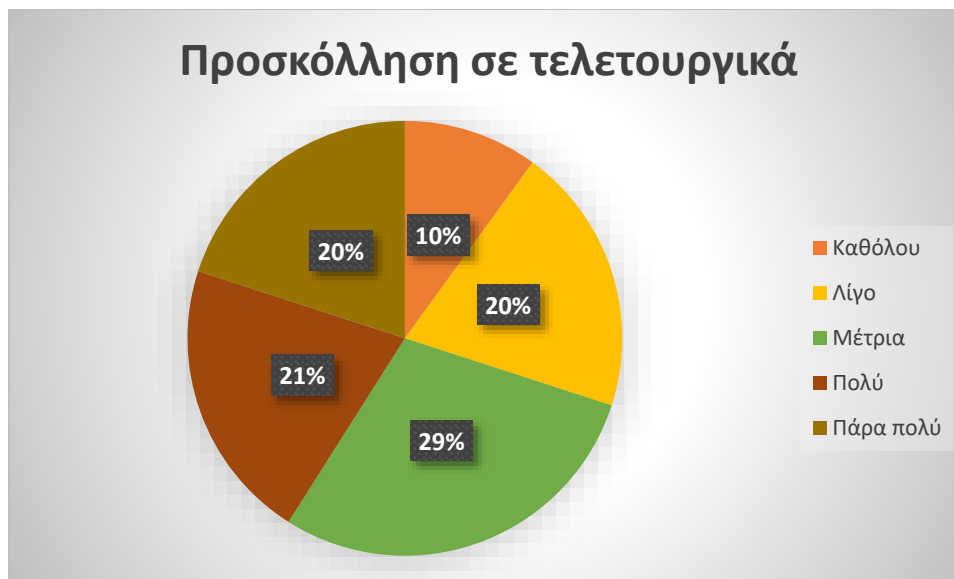


Γράφημα 12: Ποσοστιαία παράσταση για το αν παρατηρεί ο γονέας συμπεριφορές αυτοτραυματισμού στο παιδί

14. Παρατηρείτε ότι προσκολλάται στα τελετουργικά και τις ρουτίνες;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	10	10%	50	7.071068
Λίγο	20	20%	200	14.14214
Μέτρια	29	29%	420.5	20.5061
Πολύ	21	21%	220.5	14.84924
Πάρα πολύ	20	20%	200	14.14214
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 16: Στοιχεία για το αν παρατηρεί ο γονέας ότι το παιδί προσκολλάται σε τελετουργικά και ρουτίνες

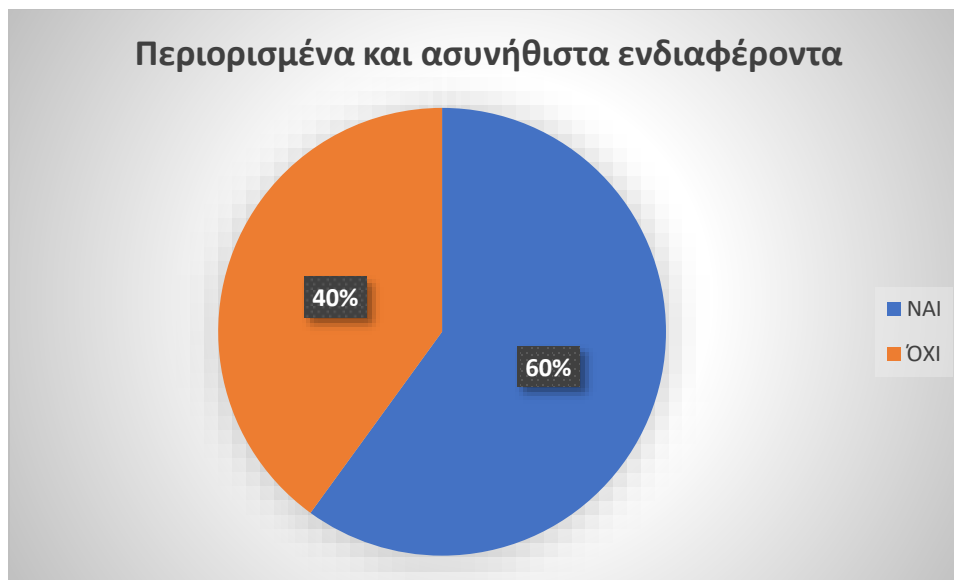


Γράφημα 13: Ποσοστιαία παράσταση για το αν παρατηρεί ο γονέας ότι το παιδί προσκολλάται σε τελετουργικά και ρουτίνες

15. Έχει το παιδί περιορισμένα και ασυνήθιστα ενδιαφέροντα;

	N	P%
ΝΑΙ	60	60%
ΌΧΙ	40	40%
Σύνολο	100	100%

Πίνακας 17: Στοιχεία για το αν το παιδί έχει περιορισμένα και ασυνήθιστα ενδιαφέροντα



Γράφημα 14: Ποσοστιαία παράσταση για το αν το παιδί έχει περιορισμένα και ασυνήθιστα ενδιαφέροντα

16. Παρατηρείται ηχολαλία στο λόγο του παιδιού;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	29	29%	420.5	20.5061
Λίγο	26	26%	338	18.38478
Μέτρια	22	22%	242	15.55635
Πολύ	13	13%	84.5	9.192388
Πάρα πολύ	10	10%	50	7.071068
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 18: Στοιχεία για εμφάνιση ή μη ηχολαλίας στο λόγο του παιδιού



Γράφημα 15: Ποσοστιαία παράσταση για εμφάνιση ή μη ηχολαλίας στο λόγο του παιδιού

17. Χαρακτηρίζεται το παιδί από διάφορα τικ και ιδιομορφίες;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	28	28%	392	19.79899
Λίγο	24	24%	288	16.97056
Μέτρια	20	20%	200	14.14214
Πολύ	18	18%	162	12.72792
Πάρα πολύ	10	10%	50	7.071068
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 19: Στοιχεία για το αν το παιδί χαρακτηρίζεται από διάφορα τικ και ιδιομορφίες

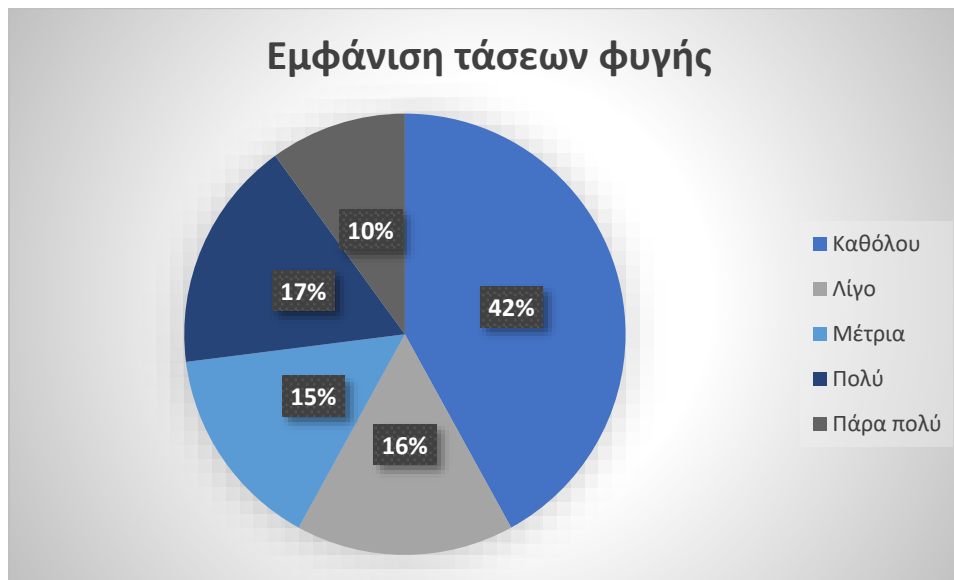


Γράφημα 16: Ποσοστιαία παράσταση για το αν το παιδί χαρακτηρίζεται από διάφορα τικ και ιδιομορφίες

18. Έχουν παρατηρηθεί τάσεις φυγής από το παιδί;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	42	42%	882	29.69848
Λίγο	16	16%	128	11.31371
Μέτρια	15	15%	112.5	10.6066
Πολύ	17	17%	144.5	12.02082
Πάρα πολύ	10	10%	50	7.071068
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 20: Στοιχεία για το αν έχουν παρατηρηθεί τάσεις φυγής από το παιδί

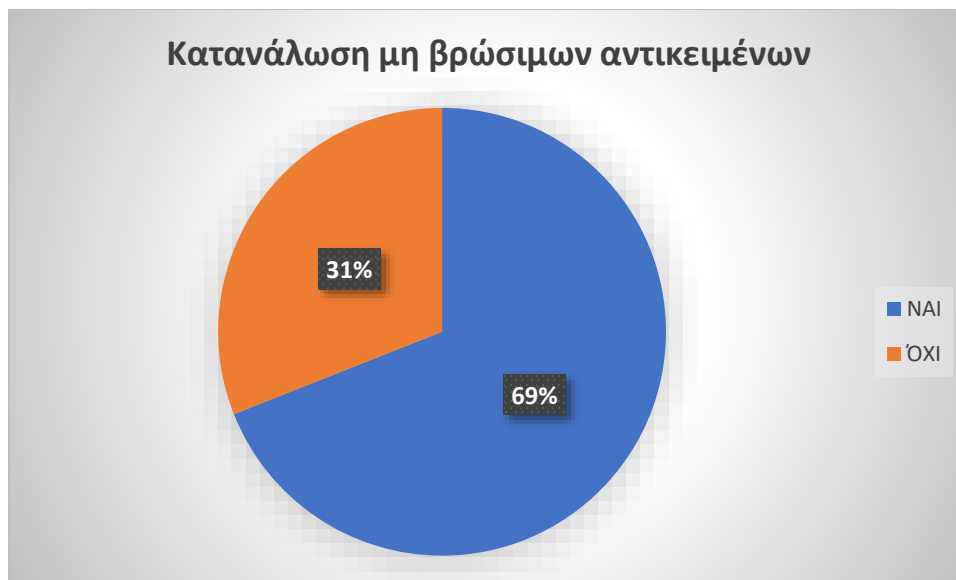


Γράφημα 17: Ποσοστιαία παράσταση για το αν έχουν παρατηρηθεί τάσεις φυγής από το παιδί

19. Έχει παρατηρηθεί κατανάλωση μη βρώσιμων αντικειμένων;

	N	P%
ΝΑΙ	69	69%
ΌΧΙ	31	31%
Σύνολο	100	100%

Πίνακας 21: Στοιχεία για το αν έχει παρατηρηθεί κατανάλωση μη βρώσιμων αντικειμένων

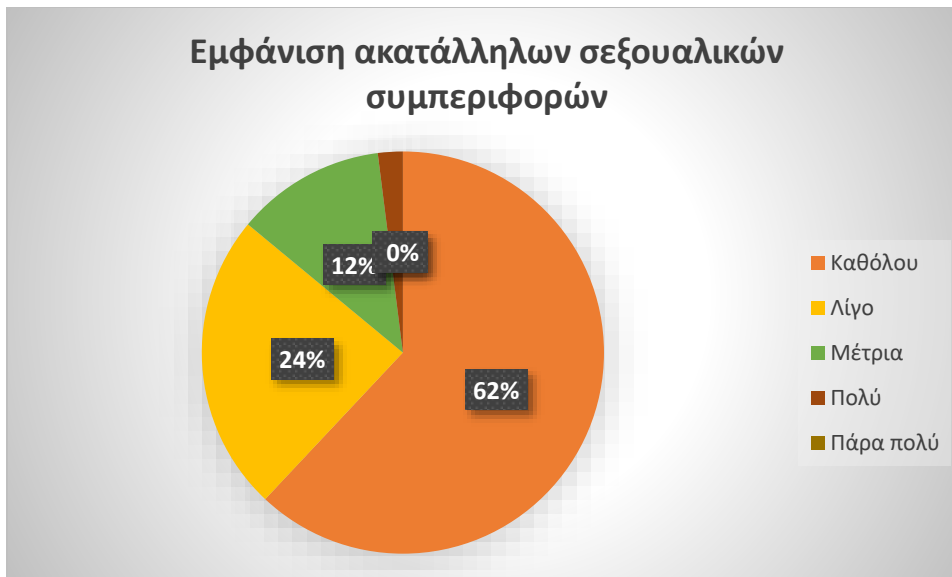


Γράφημα 18: Ποσοστιαία παράσταση για το αν έχει παρατηρηθεί κατανάλωση μη βρώσιμων αντικειμένων

20. Έχουν παρατηρηθεί ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	62	62%	1922	43.84062
Λίγο	24	24%	288	16.97056
Μέτρια	12	12%	72	8.485281
Πολύ	2	2%	2	1.414214
Πάρα πολύ	0	0%	0	0
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 22: Στοιχεία για το αν έχουν παρατηρηθεί ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές



Γράφημα 19: Ποσοστιαία παράσταση για το αν έχουν παρατηρηθεί ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές

21. Παρατηρούνται συναισθηματικά ξεσπάσματα στη συμπεριφορά του παιδιού;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	10	10%	50	7.071068
Λίγο	17	17%	144.5	12.02082
Μέτρια	29	29%	420.5	20.5061
Πολύ	29	29%	420.5	20.5061
Πάρα πολύ	15	15%	112.5	10.6066
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 23: Στοιχεία για το αν παρατηρούνται συναισθηματικά ξεσπάσματα στη συμπεριφορά του παιδιού



Γράφημα 20: Ποσοστιαία παράσταση για το αν παρατηρούνται συναισθηματικά ξεσπάσματα στη συμπεριφορά του παιδιού

22. Αναγνωρίζει το παιδί τους κοινωνικούς κανόνες;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	13	13%	84.5	9.192388
Λίγο	25	25%	312.5	17.67767
Μέτρια	28	28%	392	19.79899
Πολύ	22	22%	242	15.55635
Πάρα πολύ	12	12%	72	8.485281
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 24: Στοιχεία για το αν αναγνωρίζει το παιδί τους κοινωνικούς κανόνες



Γράφημα 21: Ποσοστιαία παράσταση για το αν αναγνωρίζει το παιδί τους κοινωνικούς κανόνες

23. Αντιμετωπίζει δυσκολίες στις δεξιότητες συζήτησης;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	9	9%	40.5	6.363961
Λίγο	13	13%	84.5	9.192388
Μέτρια	27	27%	364.5	19.09188
Πολύ	32	32%	512	22.62742
Πάρα πολύ	19	19%	180.5	13.43503
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 25: Στοιχεία για το αν αναγνωρίζει το παιδί δυσκολίες στις δεξιότητες συζήτησης



Γράφημα 22: Ποσοστιαία παράσταση για το αν αναγνωρίζει το παιδί δυσκολίες στις δεξιότητες συζήτησης

24. Αντιμετωπίζει δυσκολίες στις δεξιότητες του παιχνιδιού;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	13	13%	84.5	9.192388
Λίγο	11	11%	60.5	7.778175
Μέτρια	30	30%	450	21.2132
Πολύ	30	30%	450	21.2132
Πάρα πολύ	16	16%	128	11.31371
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 26: Στοιχεία για το αν το παιδί αντιμετωπίζει δυσκολίες στις δεξιότητες του παιχνιδιού



Γράφημα 23: Ποσοστιαία παράσταση για το αν το παιδί αντιμετωπίζει δυσκολίες στις δεξιότητες παιχνιδιού

25. Παρατηρούνται δυσκολίες στον κοινωνικό και συναισθηματικό τομέα;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	9	9%	40.5	6.363961
Λίγο	14	14%	98	9.899495
Μέτρια	28	28%	392	19.79899
Πολύ	30	30%	450	21.2132
Πάρα πολύ	19	19%	180.5	13.43503
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 27: Στοιχεία για το αν παρατηρούνται δυσκολίες στον κοινωνικό και συναισθηματικό τομέα

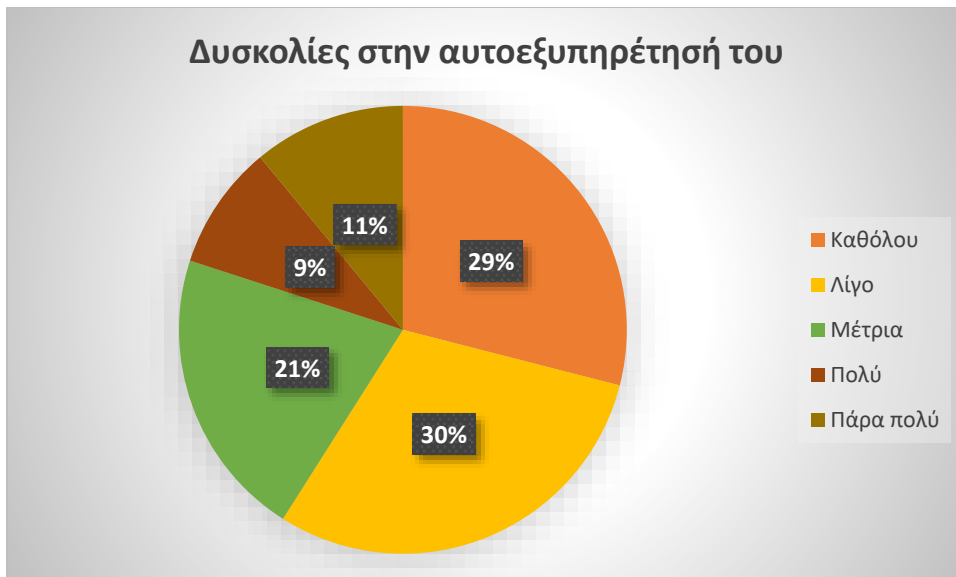


Γράφημα 24: Ποσοστιαία παράσταση για το αν παρατηρούνται δυσκολίες στον κοινωνικό και συναισθηματικό τομέα

26. Αντιμετωπίζει δυσκολίες στην αυτοεξυπηρέτησή του;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	29	29%	420.5	20.5061
Λίγο	30	30%	450	21.2132
Μέτρια	21	21%	220.5	14.84924
Πολύ	9	9%	40.5	6.363961
Πάρα πολύ	11	11%	60.5	7.778175
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 28: Στοιχεία για το αν το παιδί αντιμετωπίζει δυσκολίες στην αυτοεξυπηρέτησή του

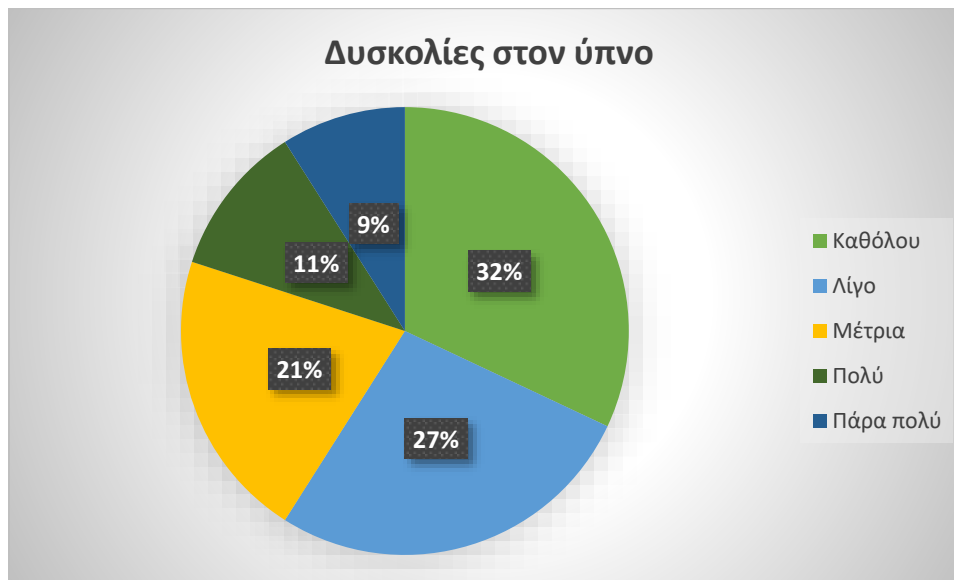


Γράφημα 25: Ποσοστιαία παράσταση για το αν το παιδί αντιμετωπίζει δυσκολίες στην αυτοεξυπηρέτησή του

27. Παρατηρούνται δυσκολίες στον ύπνο του παιδιού;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	32	32%	512	22.62742
Λίγο	27	27%	364.5	19.09188
Μέτρια	21	21%	220.5	14.84924
Πολύ	11	11%	60.5	7.778175
Πάρα πολύ	9	9%	40.5	6.363961
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 29: Στοιχεία για το αν παρατηρούνται δυσκολίες στον ύπνο του παιδιού



Γράφημα 26: Ποσοστιαία παράσταση για το αν παρατηρούνται δυσκολίες στον ύπνο του παιδιού

28. Αντιμετωπίζει δυσκολίες στη λεπτή κινητικότητα;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	24	24%	288	16.97056
Λίγο	29	29%	420.5	20.5061
Μέτρια	26	26%	338	18.38478
Πολύ	13	13%	84.5	9.192388
Πάρα πολύ	8	8%	32	5.656854
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 30: Στοιχεία για το αν το παιδί αντιμετωπίζει δυσκολίες στη λεπτή κινητικότητα



Γράφημα 27: Ποσοστιαία παράσταση για το αν το παιδί αντιμετωπίζει δυσκολίες στη λεπτή κινητικότητα

29. Αντιμετωπίζει δυσκολίες στην αδρή κινητικότητα;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	29	29%	420.5	20.5061
Λίγο	28	28%	392	19.79899
Μέτρια	23	23%	264.5	16.26346
Πολύ	11	11%	60.5	7.778175
Πάρα πολύ	9	9%	40.5	6.363961
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 31: Στοιχεία για το αν αντιμετωπίζει το παιδί δυσκολίες στην αδρή κινητικότητα



Γράφημα 28: Ποσοστιαία παράσταση για το αν αντιμετωπίζει το παιδί δυσκολίες στην αδρή κινητικότητα

30. Έχει παρατηρηθεί δυσκολία στη δεξιότητα της γραφής;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	21	21%	220.5	14.84924
Λίγο	24	24%	288	16.97056
Μέτρια	20	20%	200	14.14214
Πολύ	19	19%	180.5	13.43503
Πάρα πολύ	16	16%	128	11.31371
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 32: Στοιχεία για το αν έχει παρατηρηθεί δυσκολία στη δεξιότητα της γραφής



Γράφημα 29: Ποσοστιαία παράσταση για το αν έχει παρατηρηθεί δυσκολία στη δεξιότητα της γραφής

31. Έχει παρατηρηθεί δυσκολία στη δεξιότητα της ανάγνωσης;

	N	P%	Διακύμανση	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	19	19%	180.5	13.43503
Λίγο	22	22%	242	15.55635
Μέτρια	18	18%	162	12.72792
Πολύ	18	18%	162	12.72792
Πάρα πολύ	23	23%	264.5	16.26346
Σύνολο	100	100%		

Πίνακας 33: Στοιχεία για το αν έχει παρατηρηθεί δυσκολία στη δεξιότητα της ανάγνωσης



Γράφημα 30: Ποσοστιαία παράσταση για το αν έχει παρατηρηθεί δυσκολία στη δεξιότητα της ανάγνωσης

3.4 Συζήτηση

Σε ότι αφορά το φύλο του παιδιού η πλειοψηφία των παιδιών ανήκε στο άρρεν φύλο με ποσοστό 79%, ενώ τα θηλυκά παιδιά ήταν μόλις 21. Σε ότι αφορά τον παράγοντα ηλικία το κριτήριο επιλογής αφορούσε το γεγονός τα παιδιά του δείγματος να είναι δημοτικής εκπαίδευσης. Ως ηλικιακό όριο τέθηκε τα 6 έτη ηλικίας έως τα 11 έτη που αποτελούν την ηλικία των παιδιών σε δημοτικά σχολεία τυπικής εκπαίδευσης. Λόγω της συγκεκριμένης ερώτησης εξαιρέθηκαν πολλά ερωτηματολόγια, καθώς πολλοί συμμετέχοντες απάντησαν μονομερώς με είτε την αναφορά της τάξης είτε μόνο της ηλικίας. Ως εκ τούτου χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια που πληρούσαν αρχικά το κριτήριο συμμετοχής δηλαδή αυτό της φοίτησης στη δημοτική εκπαίδευση και στη συνέχεια την ηλικία. Σε ότι αφορά τα αποτελέσματα οι διαφοροποιήσεις στο ποσοστό του παράγοντα ηλικίας δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς κυμαίνονται από 14% έως 19%, γεγονός που δηλώνει τη σχετικά ίση κατανομή του δείγματος.

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε τον τόπο διαμονής του παιδιού, με ελεύθερη επιλογή απαντήσεων. Για τη διευκόλυνση της έκβασης των αποτελεσμάτων διαχωρίστηκαν οι απαντήσεις ανάλογα με τις γεωγραφικές περιφέρειες της Ελλάδος με εξαίρεση τον νομό Αττικής λόγω του αυξημένου ποσοστού αναμενόμενων απαντήσεων. Όντως 48 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι ο τόπος κατοικίας του παιδιού είναι η Αττική με δεύτερη περιφέρεια σε αριθμό απαντήσεων τη Κεντρική Μακεδονία και συγκεκριμένα την πόλη της Θεσσαλονίκης με ποσοστό 28%. Επίσης αξίζει να αναφερθεί ότι μέσω της διαδικτυακής διαδικασίας απάντησε και ένας ερωτώμενος από την Κύπρο.

Όπως φαίνεται και στο Γράφημα 4 η πλειοψηφία των απαντήσεων σε ότι αφορά την εκπαίδευση του παιδιού αφορά το γενικό σχολείο, ήτοι 55% και η επιλογή του ειδικού σχολείου συγκέντρωσε 30% με 15 άτομα να απαντούν ότι δεν γνωρίζουν το είδος του σχολείου φοίτησης.

Στη συνέχεια τέθηκε στους ερωτώμενους η ερώτηση σχετικά με την οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Αν και οι ερευνητές περίμεναν διαφορετικό αποτέλεσμα λόγω της οικονομικής κρίσης που βιώνει η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, η πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησε ότι η οικονομική κατάσταση της οικογένειας είναι καλή σε ποσοστό 34% και μέτρια σε ποσοστό 30%. Η ερωτώμενοι απάντησαν ότι η οικονομική κατάσταση της οικογένειας είναι πολύ κακή σε ποσοστό μόλις 8%.

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων όπως φαίνεται και στο Γράφημα 6 και 7 που αφορούσε το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα της μητέρας ήταν τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, σε ποσοστό 37% και 40% αντίστοιχα. Αξίζει να αναφερθεί το ποσοστό των μητέρων με καμία συστηματική εκπαίδευση που αντιστοιχεί σε 11% και δεν είναι αμελητέο.

Σε ότι αφορά την ερώτηση αν το παιδί έχει αδέρφια με ΔΑΦ ή άλλες διαταραχές η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε αρνητικά σε ποσοστό 63%. Οι θετικές απαντήσεις ανήλθαν σε 22 και οι κυριότερες διαταραχές αφορούσαν τη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, τη ΔΕΠΥ, τη φωνολογική διαταραχή και τις διαταραχές αυτιστικού φάσματος.

Στη συνέχεια υπήρξαν τρεις ερωτήσεις σχετικές με την οικογενειακή κατάσταση των γονέων. Στην πρώτη τέθηκε το ερώτημα αν οι γονείς του παιδιού είναι διαζευγμένοι και το 69% του δείγματος απάντησε αρνητικά. Οι επόμενες δύο έθεταν το ερώτημα αν το παιδί έχει χάσει είτε αρχικά τη μητέρα του είτε τον πατέρα του. Οι απαντήσεις που δόθηκαν δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερο στατιστικό ενδιαφέρον καθώς το 90% στην πρώτη περίπτωση και το 88% στη δεύτερη απάντησαν αρνητικά.

Μετά από τις δημογραφικές ερωτήσεις και τις ερωτήσεις σχετικά με το οικογενειακό status quo υπήρξε σειρά ερωτήσεων σχετικά με τη συμπεριφορά του παιδιού. Η πρώτη ερώτηση αφορούσε την επιθετική συμπεριφορά απέναντι σε άλλους. Το 65% του δείγματος απάντησε ότι το παιδί δεν έχει εκδηλώσεις επιθετικής συμπεριφοράς σε τρίτα πρόσωπα. Εξίσου υψηλό ήταν και το ποσοστό της δεύτερης ερώτησης σχετικά με το αν

το παιδί παρουσιάζει καταστρεπτικές συμπεριφορές όπως φθορά αντικειμένων, με το 58% να απαντάει αρνητικά σε αυτή την ερώτηση.

Η επόμενη ερώτηση αναφερόταν στο αν το παιδί εκδηλώνει συμπεριφορές αυτοτραυματισμού. Το 41% επέλεξε την επιλογή καθόλου ενώ μόλις το 8% απάντησε ότι το παιδί εκδηλώνει συμπεριφορές αυτοτραυματισμού πάρα πολύ. Όπως φαίνεται και στο γράφημα 11 το 29% του δείγματος έχει παρατηρήσει ότι το παιδί προσκολλάται σε τελετουργικά και ρουτίνες σε μέτριο βαθμό με τις υπόλοιπες επιλογές να κυμαίνονται σε παρόμοια ποσοστά της τάξης του 10-20%. Σε αντίθεση με την ανωτέρω ερώτηση, η επόμενη ερώτηση σχετικά με το αν το παιδί έχει περιορισμένα και ασυνήθιστα ενδιαφέροντα η πλειοψηφία σε ποσοστό 60% απάντησε θετικά.

Η ηχολαλία είναι ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των παιδιών με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος. Βέβαια το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, ήτοι 29%, απάντησε ότι το παιδί δεν παρουσιάζει καθόλου ηχολαλία, με την επιλογή λίγο και ποσοστό 26% να έρχεται δεύτερη και την επιλογή μέτρια και ποσοστό 22% να ακολουθεί. Πρόσθετο χαρακτηριστικό της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος αποτελεί επίσης και ο χαρακτηρισμός του παιδιού από διάφορα τικ και ιδιομορφίες, που όμως και σε αυτή την περίπτωση το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος απάντησε αρνητικά σε ποσοστό 28%. Η αμέσως επόμενη σε ότι αφορά το ποσοστό επιλογή ήταν το «λίγο» με ποσοστό 24%.

Στη συνέχεια τέθηκε στους ερωτώμενους η ερώτηση αν έχουν παρατηρήσει τάσεις φυγής στο παιδί. Σε ποσοστό 42% απάντησαν αρνητικά και μόλις το 10% απάντησαν ότι έχουν παρατηρήσει τάσεις φυγής σε βαθμό «πάρα πολύ». Η κατανάλωση μη βρώσιμων αντικειμένων έχει παρατηρηθεί από το 69% του δείγματος, ποσοστό έως και ανησυχητικό καθώς η κατανάλωση μη βρώσιμων αντικειμένων μπορεί να είναι επικίνδυνη για το παιδί.

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε την εκδήλωση μη κατάλληλων σεξουαλικών συμπεριφορών. Η δυνατότητα απόκρισης ήταν κλιμακούμενη και το μεγαλύτερο

ποσοστό κατέλαβε η επιλογή καθόλου, στη συνέχεια η επιλογή λίγο, μετά η επιλογή μέτρια και πολύ, και τέλος η επιλογή πάρα πολύ με μηδενικές απαντήσεις. Τα ποσοστά ήταν αντίστοιχα 62%, 24%, 12% και 2%.

Σε ότι αφορά την εκδήλωση συναισθηματικών ξεσπασμάτων οι απαντήσεις των επιλογών μέτρια και πολύ ισοβαθμούν με ποσοστό 29% που αποτελούν και τα υψηλότερα στη συγκεκριμένη ερώτηση. Οι υπόλοιπες επιλογές κυμάνθηκαν από 10-17%.

Η αναγνώριση των κοινωνικών κανόνων αποτελεί σημαντικό στοιχείο για τη βέλτιστη ένταξη του παιδιού με διαταραχή αυτιστικού φάσματος στην κοινωνία. Το 28% των ερωτώμενων απάντησε ότι σε μέτριο βαθμό το παιδί αναγνωρίζει τους κοινωνικούς κανόνες και καθόλου και παρά πολύ το 13% και 12% αντίστοιχα. Η επόμενη ερώτηση αφορούσε το βαθμό δυσκολίας που αντιμετωπίζει το παιδί στις δεξιότητες συζήτησης με το 32% του δείγματος να απαντούν την επιλογή «πολύ». Αξίζει να αναφερθεί ότι μόλις το 9% των ερωτώμενων απάντησε αρνητικά. Εξίσου υψηλό παρουσιάζεται το ποσοστό των απαντήσεων σχετικά με τις δυσκολίες στις δεξιότητες παιχνιδιού με την επιλογή «μέτρια» και «πολύ» να μοιράζονται το ποσοστό του 60%.

Σε ότι αφορά το βαθμό δυσκολίας που παρατηρούνται στον κοινωνικό και συναισθηματικό τομέα, οι ερωτώμενοι απάντησαν παρόμοια με τις απαντήσεις με το υψηλότερο ποσοστό να είναι η επιλογή «μέτρια» και «πολύ» σε ποσοστό 28% και 30% αντίστοιχα. Βέβαια σε ότι αφορά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί σε ότι αφορά την αυτοεξυπηρέτησή του τα μεγαλύτερα ποσοστά παρουσιάστηκαν στις επιλογές απάντησης «καθόλου» και «λίγο», ήτοι 29% και 30% αντίστοιχα. Οι δυσκολίες στον ύπνο δεν αποτελούν δυσκολία για το παιδί για την πλειοψηφία του δείγματος με τις απαντήσεις να διαμοιράζονται μεταξύ του «καθόλου» και «λίγο» σε ποσοστό 32% και 27% αντίστοιχα.

Στη συνέχεια ακολούθησαν οι ερωτήσεις σχετικά με το βαθμό δυσκολίας που βιώνει το παιδί στη λεπτή και αδρή κινητικότητα. Στην πρώτη περίπτωση το υψηλότερο ποσοστό

έλαβε η επιλογή «λίγο» με ποσοστό 29% και το μικρότερο η επιλογή «πάρα πολύ» με ποσοστό 8%. Στη δεύτερη περίπτωση το υψηλότερο ποσοστό έλαβε η επιλογή «καθόλου» με ποσοστό 29% και το μικρότερο η επιλογή «πάρα πολύ» με ποσοστό 9%. Τέλος σε ότι αφορά τις δεξιότητες γραφής και ανάγνωσης τα ποσοστά δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα σημαντικές στατιστικές διαφοροποιήσεις. Συγκεκριμένα σε ότι αφορά το βαθμό δυσκολίας γραφής όλες οι επιλογές κυμάνθηκαν από το ελάχιστο της επιλογής «πάρα πολύ» 16% έως το υψηλότερο της επιλογής «μέτρια» 20%. Σε ότι αφορά το βαθμό δυσκολίας ανάγνωσης οι επιλογές κυμάνθηκαν από το ελάχιστο των επιλογών «μέτρια» και «πολύ» με ισάριθμο ποσοστό 18% έως το μέγιστο της επιλογής «πάρα πολύ» με ποσοστό 23%.

3.5 Ανασκόπηση αποτελεσμάτων

Ο αυτισμός αποτελεί μία ψυχιατρική κατηγορία που εκτίθεται σε κοινωνικές διαπραγματεύσεις, τόσο από ιατρικούς όσο και μη ιατρικούς παράγοντες. Η οντολογική κατάσταση του αυτισμού ότι δηλαδή αποτελεί μία «προβληματική κατηγορία» αμφισβητείται. Για μερικούς είναι μία διαταραχή, ενώ για άλλους είναι ένα παράδειγμα της φυσικής ποικιλομορφίας του εγκεφάλου. Παρόλο που η κατανόηση του αυτισμού έχει συμβάλλει στη βέλτιστη αντιμετώπιση των ατόμων με αυτισμό τόσο από πλευράς οικογένειας όσο και από τους επαγγελματίες υγείας, είναι σημαντικό να εξεταστεί εάν έχει βελτιώσει πραγματικά τις καθημερινές περιστάσεις των οικογενειών ατόμων με αυτιστικές διαταραχές. Δεδομένου ότι οι γονείς έχουν αναλάβει μεγαλύτερο ρόλο στην υπεράσπιση που επικεντρώνεται στην ιατρική παρέμβαση, η φιλοσοφία για την ενδυνάμωση της οικογένειας που τροφοδότησε το κίνημα για τη φροντίδα που βασίζεται στην κοινότητα δεν είναι πλέον στην πρώτη γραμμή της υπεράσπισης των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Το τελικό αποτέλεσμα είναι ότι οι γονείς ουσιαστικά λειτουργούν ως οιοιδήποτε κυβερνητικές οργανώσεις με την ανάληψη μιας θέσης διαχειριστή. Δεδομένων των μοναδικών προκλήσεων της διαχείρισης της ζωής ενός ατόμου με ειδικές ανάγκες, οι συγκρούσεις μεταξύ επαγγελματιών και γονέων είναι σχεδόν αναπόφευκτες. Το υψηλό κόστος που συνδέεται με τη φροντίδα του αυτισμού έχει δημιουργήσει μια ιδιαίτερη πρόκληση για την επικρατούσα κατάσταση. Έχει σημειωθεί δραματική αύξηση του δυνητικού κόστους για τις οικογένειες και την κοινωνία, και σε αυτό το πλαίσιο της αγοράς, η κύρια πίεση για την κάλυψη αυτών των δαπανών ωθείται στον ιδιωτικό τομέα. (Davinson & Orsini, 2013)

Κατά την καθιέρωση ακριβούς και αξιόπιστης διάγνωσης σε παιδιά και εφήβους, οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος πρέπει να διαφοροποιούνται μεταξύ τους, κυρίως, από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές όπως οι γλωσσικές και αισθητηριακές διαταραχές. Προκειμένου να εξεταστούν πιθανοί παράγοντες που έχουν προκαλέσει υποψίες για

διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, ο επαγγελματίας πρέπει να έχει γνώση των ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών του αυτισμού, καθώς και την ανάπτυξη της συμπεριφοράς τόσο στην τυπική όσο και στην άτυπη ανάπτυξη στην παιδική και εφηβική ηλικία. Κατά την παρουσίαση, τα διαγνωστικά ζητήματα είναι πολύπλοκα και απαιτούν προσεκτική εξέταση και εμπειρογνωμοσύνη. Τα θέματα της συμπεριφοράς μπορούν να συνδυαστούν με μια διαταραχή του αυτιστικού φάσματος και να καλύψουν τις υποκείμενες δυσκολίες ή να μιμηθούν τα χαρακτηριστικά μιας διαταραχής του αυτιστικού φάσματος. Η διαφορική διάγνωση συνίσταται στη διάκριση μιας διαταραχής του αυτιστικού φάσματος από άλλες ψυχικές και αναπτυξιακές συνθήκες που οδηγούν στην άτυπη γλωσσική ικανότητα, τις δεξιότητες και την κοινωνική ανάπτυξη. Συχνά είναι χρήσιμο να πραγματοποιείται χρονολογική εξέταση και να εξετάζεται εάν υπήρξε μια περίοδος τυπικής ανάπτυξης. Εάν μια τέτοια περίοδος παραταθεί πέραν των δύο ετών, η πιθανότητα εκλεκτικής αλαλίας, διαταραχής διάσπασης και σχιζοφρένειας πρέπει να ληφθούν υπόψη στα παιδιά. Οι επαγγελματίες πρέπει να είναι ειδικευμένοι στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τους γονείς σε ότι αφορά την ανάπτυξη των βρεφών και των παιδιών, ώστε να εξασφαλίζουν τόσο ακριβή περιγραφικά δεδομένα όσο και κατάλληλη ερμηνεία αυτών των πληροφοριών. Πρέπει επίσης να ζητείται από τους γονείς / κηδεμόνες να παρέχουν συγκεκριμένα παραδείγματα συμπεριφορών. (Latimer, 2010)

Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι τα άτομα με διαταραχή αυτιστικού φάσματος συνήθως έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από την παρούσα μελέτη. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι παρουσιάζουν έλλειψη ενδιαφέροντος για τους τρίτους και αποφεύγουν την βλεμματική επαφή αλλά και τη σωματική. Η λεκτική επικοινωνία παρουσιάζεται ελλιπής, καθώς επικεντρώνονται σε θέματα προς συζήτηση του προσωπικού τους ενδιαφέροντος ή χρησιμοποιούν μη αποδεκτούς κανόνες συμπεριφοράς. Η ηχολαλία αποτελεί σύνηθες χαρακτηριστικό των ατόμων με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος. Σε ότι αφορά την επικοινωνία τα κύρια χαρακτηριστικά έγκειται σε ποιοτικά χαρακτηριστικά και όχι σε ποσοτικά. Εκτός από τις μειονεξίες στις

κοινωνικές δεξιότητες, η συμπεριφορά των ατόμων με αυτισμό παρουσιάζει σχετική δυσκολία στην αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων και κυρίως στερούνται κοινωνικών δεξιοτήτων έκφρασης δυσαρέσκειας ή και λύπης. Το ποσοστό του δείγματος της μελέτης μας, ήτοι 29%, απάντησε ότι το παιδί δεν παρουσιάζει καθόλου ηχολαλία, με την επιλογή λίγο και ποσοστό 26% να έρχεται δεύτερη και την επιλογή μέτρια και ποσοστό 22% να ακολουθεί.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι το ποσοστό των απαντήσεων σχετικά με τις δυσκολίες στις δεξιότητες παιχνιδιού με την επιλογή «μέτρια» και «πολύ» να μοιράζονται το ποσοστό του 60%. Τα άτομα με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος αντιλαμβάνονται το παιχνίδι μέσω μίας επαναληπτικής και στερεοτυπικής διεργασίας. Συνήθως παρουσιάζεται έλλειμα σε ότι αφορά το συμβολισμό στο παιχνίδι και δεν επιλέγουν τα ομαδικά ή δυαδικά παιχνίδια. Η προσκόλληση σε ορισμένα αντικείμενα και παιχνίδια αποτελεί συνηθισμένη αντίδραση και τα παιδιά με αυτισμό επιλέγουν ιδιαίτερα περιορισμένο αριθμό παιχνιδιών. (Gena, et al, 2007)

Η στερεοτυπία και η τελετουργία σε ότι αφορά τις αντιδράσεις των ατόμων με αυτισμό μπορεί να εκδηλώνονται με μεγάλη συχνότητα και παρατηρούνται στην ομιλία και την κίνηση αλλά και σε βασικές αισθήσεις όπως η αφή, η γεύση και η οσμή. (Bodfish, et al, 2000) Σε συμφωνία με τα ανωτέρω, το 29% του δείγματος έχει παρατηρήσει ότι το παιδί προσκολλάται σε τελετουργικά και ρουτίνες σε μέτριο βαθμό με τις υπόλοιπες επιλογές να κυμαίνονται σε παρόμοια ποσοστά της τάξης του 10-20%.

Οι εκρήξεις θυμού και επιθετικότητας και ακόμα και οι τάσεις αυτοτραυματισμού δεν αποτελούν κύρια χαρακτηριστικά του αυτισμού, αλλά μπορεί να εμφανιστούν ως απόρροια του φόβου και του άγχους που μπορεί το άτομο να βιώνει τη δεδομένη στιγμή. (Wing, 2000) Και σε ότι αφορά τις εκρήξεις επιθετικότητας αλλά και αυτοτραυματισμού το δείγμα της μελέτης δήλωσε ότι ο βαθμός εμφάνισης μπορεί να χαρακτηριστεί από μηδενικός έως μέτριος. Θα πρέπει βέβαια να ληφθεί υπόψη και η πιθανότητα μη αληθών απαντήσεων. Αντίθετα στη μελέτη των Murphy et al προσδιορίστηκαν οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης επιθετικής συμπεριφοράς σε ένα δείγμα 157 παιδιών με διαταραχή

αυτιστικού φάσματος στην Ιρλανδία. Ο επιπολασμός της επιθετικής συμπεριφοράς εξετάστηκε σε σύγκριση με συγκεκριμένους παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο πνευματικής λειτουργίας, το είδος παρέμβασης και τις ώρες παρέμβασης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 64,3% (n=101) των συμμετεχόντων εμφάνισαν επιθετική συμπεριφορά, με σημαντική συσχέτιση μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών συμπεριφοράς. Αξίζει να αναφερθεί ότι δε διαπιστώθηκε στη συγκεκριμένη μελέτη καμία συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του φύλου του ατόμου και της επιθετικής συμπεριφοράς. (Murphy et al, 2009)

Όπως αναφέρουν σε μελέτη τους οι Micah et al, η επιθετικότητα αποτελεί ένα σημαντικό κλινικό πρόβλημα για πολλά παιδιά και εφήβους με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Ωστόσο, λίγες μελέτες μεγάλης κλίμακας για την αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος αναφέρονται στη βιβλιογραφία. Η συγκεκριμένη μελέτη εξέτασε τον επιπολασμό και τις συσχετίσεις της επιθετικότητας σε ένα δείγμα 1584 παιδιών και εφήβων με ASD. Ο επιπολασμός της επιθετικότητας ήταν 53%, με υψηλότερη επικράτηση στα μικρά παιδιά. Η επιθετικότητα συσχετίστηκε σημαντικά με μια σειρά κλινικών χαρακτηριστικών, όπως αυτοτραυματισμός, προβλήματα ύπνου, αισθητηριακά προβλήματα, επικοινωνία και κοινωνική λειτουργικότητα. (Micah et al, 2013)

Σε μελέτη επίσης των Jang et al, έγινε προσπάθεια να προσδιοριστεί ο επιπολασμός των επιθετικών συμπεριφορών σε άτομα με διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Η συγκεκριμένη μελέτη ανέλυσε τα αποτελέσματα 84 παιδιών σε ότι αφορά την επιθετική συμπεριφορά και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 94% του δείγματος ανέφερε την ύπαρξη επιθετικής συμπεριφοράς. Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι οι στερεοτυπικές συμπεριφορές και η παρουσία επιθετικής συμπεριφοράς παρουσίασε σημαντική στατιστική συσχέτιση με τη σοβαρότητα της διαταραχής αυτιστικού φάσματος. (Jang et al, 2010)

Επιπρόσθετα σε μελέτη των Baghdadli et al αναφέρεται ότι ο κύριος σκοπός τους ήταν ο εντοπισμός των παραγόντων κινδύνου σε ότι αφορά την αυτοτραυματική συμπεριφορά

σε παιδιά με διαταραχές αυτιστικού φάσματος. Η εμφάνιση συμπεριφορών αυτοτραυματισμού εξετάστηκε σε σύγκριση με τις ακόλουθες μεταβλητές: ηλικία, φύλο, προσαρμοστικές δεξιότητες, επίπεδο ομιλίας, σχετική ιατρική κατάσταση, ένταση συμπτωμάτων αυτισμού. Τα άτομα ήταν 222 παιδιά ηλικίας κάτω των 7 ετών και όλα πληρούσαν τα κριτήρια ICD-10 για παιδικό αυτισμό. Αναδρομικά στοιχεία συλλέχθηκαν σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ιατρική κατάσταση. Τα παιδιά αξιολογήθηκαν με όρους λόγου, βαθμού αυτισμού και προσαρμοστικών δεξιοτήτων στον τομέα επικοινωνίας, κοινωνικοποίησης και καθημερινής εμπειρίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 50% των παιδιών εμφάνιζαν αυτοτραυματικές συμπεριφορές. Η μικρότερη ηλικία, η σχετιζόμενη περιγεννητική πάθηση και ο υψηλότερος βαθμός αυτισμού ήταν παράγοντες κινδύνου για τον αυτοτραυματισμό. (Baqhdadli et al, 2003) Ενώ οι αυτοτραυματικές συμπεριφορές μπορούν να προκαλέσουν σημαντική νοσηρότητα στα παιδιά με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, ελάχιστα έχουν αναφερθεί για τους σχετικούς παράγοντες κινδύνου. Οι Duerden et al εκτίμησαν 7 παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τον αυτοτραυματισμό σε μια μεγάλη ομάδα παιδιών με ASD: (α) άτυπη αισθητηριακή επεξεργασία, (β) μειωμένη νοητική ικανότητα. γ) μη φυσιολογική λειτουργική επικοινωνία, δ) μη φυσιολογική κοινωνική λειτουργία, ε) ηλικία, στ) ανάγκη ομοιομορφίας, ζ) τελετουργίες. Το 52,3% (n = 126) των παιδιών (n = 241, ηλικίας 2-19 ετών) χαρακτηρίζεται από συμπεριφορά αυτοτραυματισμού. Η μη φυσιολογική αισθητηριακή επεξεργασία ήταν ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας του αυτοτραυματισμού και στη συνέχεια η ομοιομορφία, η μειωμένη νοητική ικανότητα και η ακολουθία των κοινωνικών κανόνων. (Duerden et al, 2012)

Βιβλιογραφικά έχουν επισημανθεί διάφορα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη διαταραχή αυτιστικού φάσματος και μπορεί να περιλαμβάνουν διάφορα τικ που είναι συνήθως τυχαία και περιλαμβάνουν το πρόσωπο, το λαιμό, τους ώμους και φαίνεται να συσχετίζονται με την ένταση της συμπτωματολογία της διαταραχής αυτιστικού φάσματος. Συγκεκριμένα σε μελέτη των Canitano & Vivanti δείγματος 105 παιδιών και εφήβων με διαταραχή αυτιστικού φάσματος αναφέρεται ότι το 22% των ατόμων αυτών

παρουσίαζε κάποιο τικ και το 11% κάποιο χρόνιο κινητικό τικ. Όλοι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν διάφορους βαθμούς γνωστικής δυσλειτουργίας και παρατηρήθηκε και μία συσχέτιση του επιπέδου ψυχικής επιβράδυνσης και της σοβαρότητας των τικ. Σε συμφωνία με την ανωτέρω μελέτη, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας έδειξαν ότι το 28% απάντησε αρνητικά στην εμφάνιση τικ και η αμέσως επόμενη επιλογή ήταν το «λίγο» με ποσοστό 24%. (Canitano & Vivanti, 2007)

Στη μελέτη των Fadini et al σχετικά με τη διερεύνηση της συσχέτισης των διαταραχών του ύπνου και των συμπεριφορών ατόμων με διαταραχή αυτισμού με τη χρήση ερωτηματολογίου, αναφέρεται ότι ένα ποσοστό 59% των ατόμων με αυτισμό παρουσίασαν τουλάχιστον μία διαταραχή ύπνου. Τα αποτελέσματα στο σύνολο της μελέτης αυτής έδειξαν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με αυτισμό παρουσιάζουν ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό διαταραχών ύπνου και συσχέτισης με συγκεκριμένα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά όπως εκνευρισμός και αδυναμία μάθησης. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι σε ποσοστό 32% τα παιδιά δημοτικής εκπαίδευσης που μελετήθηκαν δεν παρουσιάζουν προβλήματα ύπνου, ενώ μόνο το 9% απάντησε ότι ο βαθμός των προβλημάτων μπορεί να χαρακτηριστεί ως «πάρα πολύ». (Fadini et al, 2015)

3.6 Περιορισμοί

Η συγκεκριμένη μελέτη βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο καθώς αυτός ο τρόπος αποτελεί ένα άμεσο μέσο επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και ερωτώμενων, ανάλογα με τη μέθοδο συλλογής των δεδομένων. Η απλή, τυχαία δειγματοληψία που ακολουθήθηκε εξασφαλίζει σε κάθε μέλος του πληθυσμού την ίδια πιθανότητα να συμπεριληφθεί στο δείγμα, λαμβάνοντας υπόψη στη συγκεκριμένη περίπτωση ότι πληρούταν τα κριτήρια επιλογής της φοίτησης του παιδιού στη δημοτική εκπαίδευση. Βέβαια θα πρέπει να αναφερθούν σχετικοί περιορισμοί που συνάδουν με την επιλογή της διαδικτυακής απάντησης των ερωτηματολογίων. Αρχικά κατά την επεξεργασία των απαντήσεων φάνηκε ότι κάποιες ερωτήσεις δεν ήταν πλήρως κατανοητές από τους ερωτώμενους με αποτέλεσμα ή να απαντήσουν λανθασμένα και εκτός κριτηρίου συμμετοχής ή να αφήσουν κενές ερωτήσεις. Επίσης η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος το οποίο επιλέχθηκε να συμμετάσχει στην παρούσα μελέτη επηρεάστηκε από την ομαδοποίηση των διαφόρων κατηγοριών του κοινωνικού μέσου δικτύωσης που χρησιμοποιήθηκε. Αντίθετα στα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν δια ζώσης παρατηρήθηκε η τάση των συμμετεχόντων να «ωραιοποιούν» τα αποτελέσματα, από φόβο ότι ίσως θα κατηγοριοποιηθεί άσχημα το παιδί, παρόλο που η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων διατήρησε τις αρχές της εμπιστευτικότητας και εχεμύθειας και πραγματοποιήθηκε σε ξεχωριστό και απομονωμένο χώρο.

Η μέθοδος διακίνησης των ερωτηματολογίων μέσω διαδικτύου και μάλιστα μέσω κοινωνικών δικτύων εμφανίζει το ρίσκο του χαμηλότερου ποσοστού απόκρισης και μη εγκυρότητας των απαντήσεων, γεγονός που αντιμετωπίστηκε και στη συγκεκριμένη μελέτη. Επίσης συνίσταται η περαιτέρω έρευνα και κατά προτίμηση μέσω συνεντεύξεων για να μειωθεί η πιθανότητα μη ορθών απαντήσεων, αλλά και η ένταξη περισσότερων ατόμων για την εξαγωγή ασφαλέστερων στατιστικών αποτελεσμάτων.

3.7 Πρόταση σύστασης

Πολλά ακόμη πρέπει να διερευνηθούν για τα πρώτα χρόνια της ανάπτυξης παιδιών με διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Ενώ η έρευνα και η επιστήμη συνεχίζουν να προσπαθούν να παρέχουν μια ολοκληρωμένη κατανόηση των βάσεων του αυτισμού και των χαρακτηριστικών του, μαζί με τους καλύτερους τρόπους πρόληψης, βελτίωσης ή διαχείρισης τους, οι οικογένειες απαιτούν υπηρεσίες που βασίζονται στα βέλτιστα από όσα ήδη χρησιμοποιούνται. Δυστυχώς, ο κόσμος του αυτισμού είναι συνηθισμένος στην αντιπαράθεση και ιστορικά υπήρξαν ισχυρισμοί σχετικά με τις αιτίες και τις παρεμβάσεις που αναφέρθηκαν για να παράγουν εντυπωσιακά αποτελέσματα που αργότερα διαλύθηκαν. Οι παρεμβάσεις και ο έντονος ανταγωνισμός μεταξύ διαφορετικών παρόχων υπηρεσιών προσθέτει σύγχυση. Αυτό το τοπίο των συνεχιζόμενων ανακαλύψεων σχετικά με την αιτία, τις νέες αντιλήψεις σχετικά με τον αυτισμό, τόσο τον τρόπο διάγνωσης όσο και τις καλύτερες παρεμβάσεις, σε συνδυασμό με την έλλειψη συμφωνίας για το τι συνιστά καλύτερη παρέμβαση και διαχείριση είναι δύσκολο προς διαχείριση για τους γονείς, τους φροντιστές, τους παρόχους υπηρεσιών. Οι διαταραχές αυτιστικού φάσματος είναι μια εξαιρετικά μεταβλητή κατάσταση, η οποία αλλάζει με την πάροδο του χρόνου καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν και αναπτύσσονται. Ως αποτέλεσμα, ακόμη και οι παρεμβάσεις και οι στρατηγικές με τις πιο ισχυρές αποδείξεις δεν θα είναι αποτελεσματικές για όλα τα παιδιά με αυτισμό καθόλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Παρόλο που είναι σαφές ότι περισσότερα άτομα από ποτέ έχουν ταξινομηθεί με διαταραχή αυτιστικού φάσματος, δεν έχει εξακριβωθεί πλήρως κατά πόσο αυτή η αύξηση οφείλεται σε αλλαγές του τρόπου ταξινόμησης και των διαγνωστικών κριτηρίων της διαταραχής ή αν όντως οφείλεται σε μία πραγματική αύξηση του επιπολασμού. Ωστόσο, σύμφωνα με τα ισχύοντα πρότυπα, οι ASDs είναι η δεύτερη πιο κοινή σοβαρή αναπτυξιακή αναπηρία μετά από νοητική υστέρηση / διανοητική δυσλειτουργία, αλλά εξακολουθούν να είναι λιγότερο κοινές από άλλες συνθήκες που επηρεάζουν την

ανάπτυξη των παιδιών, όπως ομιλία και γλωσσικές διαταραχές, μαθησιακές δυσκολίες και ADHD. Ο αντίκτυπος της αναπτυξιακής αναπηρίας είναι τεράστιος για τις οικογένειες που πλήττονται και για τις κοινοτικές υπηρεσίες που παρέχουν παρέμβαση και υποστήριξη σε αυτές τις οικογένειες. Είναι σημαντικό να αντιμετωπίζονται οι κοινές αναπτυξιακές αναπηρίες και ιδιαίτερα οι διαταραχές αυτιστικού φάσματος ως συνθήκες επείγουσας ανησυχίας για τη δημόσια υγεία, ώστε να εντοπίζονται και οι μαθησιακές ανάγκες των παιδιών και να πραγματοποιείται παρέμβαση το συντομότερο δυνατόν.

Η ελληνική κοινωνία καθώς υστερεί σε υπηρεσίες ουσιαστικής μέριμνας για άτομα με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη προσπάθεια που καταβάλλουν οι οικογένειες αυτών των ατόμων για την αντιμετώπιση σοβαρών δυσκολιών της καθημερινής διαχείρισής τους. Η παρέμβαση της κοινωνικής μέριμνας θα πρέπει να είναι παρούσα καθόλη τη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης στο άτομο με αυτισμό αλλά και υποστηρικτικά στην ίδια την οικογένεια. Τέλος η αναγκαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης θα πρέπει να τονιστεί, καθώς λειτουργεί προληπτικά, αποτρέποντας την εδραίωση ανεπιθύμητων συμπεριφορών, που αν δεν ληφθούν έγκαιρα υπόψη είναι δύσκολο να αλλάξουν.

Βιβλιογραφία

Autism Treatment Trust, (2013) *Medical Comorbidities in Autism Spectrum Disorders, Treating Autism*, March 2013, ISBN: 978-0-9575787-0-8

Baqhdadli et al, (2003) *Risk factors for self-injurious behaviours among 222 young children with autistic disorders*. J Intellect Disabil Res. 2003 Nov;47(Pt 8):622-7.

Bodfish, et al, (2000) *Varieties of repetitive behavior in autism: Comparisons to mental retardation*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 30, 237-243.

Booth J, (2014) *Autism in the workplace*, Trades Union Congress, London

Canitano R, Vivanti G (2007) *Tics and Tourette syndrome in autism spectrum disorders*. Autism 11: 19-28.

Carpenter, (2013) DSM5 AUTISM SPECTRUM DISORDER, PhD February 2013

Casanova et al, (2013) *Imaging the Brain in Autism*, Springer Publications, New York, ISBN 978-1-4614-6842-4

Davinson & Orsini, (2013) *Worlds of Autism*, Published by the University of Minnesota Press, ISBN 978-0-8166-8888-3

Duerden et al, (2012) *Risk factors associated with self-injurious behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorders*. J Autism Dev Disord. 2012 Nov;42(11):2460-70. doi: 10.1007/s10803-012-1497-9.

Exkorn K, (2005) *The autism sourcebook*, Perfect Bound Publications, ISBN 0-06-079988-9

Fadini et al, (2015) *Influence of sleep disorders on the behavior of individuals with autism spectrum disorder*, Frontiers in Human Neuroscience, 9:347. doi: 10.3389/fnhum.2015.00347

Gena, et al, (2007) *The play of children with autism: Theory, assessment, and research on treatment*. In L. B. Zhao (Ed.), *Autism research advances* (pp. 1-40). New York: Nova Science

Gerazy & Gottingham, (2009) *Lead babies, breaking the cycle of learning disabilities, IQ, ADHD, behavior problems and autism*, USA, Kunati Publications, ISBN 978-1-60164-192-2

Happe, (1994) *Autism an introduction to psychological theory*, UCL Press Limited University College London

Jang et al, (2011) *Symptom severity and challenging behavior in children with ASD*, *Research in Autism Spectrum Disorders*, Volume 5, Issue 3, July–September 2011, Pages 1028-1032

Κούρτη και συν, (2012) *Το παιδί με αυτισμό: Επιβαρυντικοί παράγοντες στοματικής υγείας και παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών*, *Παιδοδοντία*, 26(2):66-71

Κωστόπουλος (2014), *Οι γονείς του παιδιού με αυτισμό*, *Εγκέφαλος*, 51, 21-37

Κωτόπουλος Σ, (2015) *Αυτισμός: Ανασκόπηση πρόσφατων εξελίξεων και θεραπευτικών παρεμβάσεων*, *Σύναψις*, 11, 12-19

Latimer, (2010) *Autism Spectrum disorders, Special interest group*, The Psychological Society of Ireland

Micah et al, (2013) *Physical aggression in children and adolescents with autism spectrum disorders*, *Research in Autism Spectrum Disorders*, Volume 7, Issue 3, March 2013, Pages 455-465

Minshawi et al, (2014) *The association between self-injurious behaviors and autism spectrum disorders*, *Psychology Research and Behavior Management*, 2014:7 125–136

Moldin & Rubenstein, (2006) *Autism from Basic Neuroscience to treatment*, Taylor & Francis Group, International Standard Book Number-10: 0-8493-2732-6 (Hardcover)

Murphy et al, (2009) *Risk factors for challenging behaviors among 157 children with autism spectrum disorder in Ireland*, Research in Autism Spectrum Disorders, Volume 3, Issue 2, April–June 2009, Pages 474-482

NIMH, (2011) *A Parent's Guide to Autism Spectrum Disorder*, National institute of Mental Health

NYS, (2006) *Quick reference guide for parents and professionals, autism-pervasive development disorders*, NYS Department of Health, New York

Νότας Σ, *Το φάσμα του αυτισμού, διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, ένας οδηγός για την οικογένεια*, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής, προσπελάστηκε Ιούλιος 2017

Perez et al, (2007) *New Developments in Autism The Future is Today*, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia, ISBN-13: 978-1-84310-449-0

Reed P, (2016) *Interventions for autism*, Wiley Blackwell Publications, ISBN 978-0-470-66992-1

Richer & Coates, (2001) *Autism – The Search for Coherence*, Jessica Kingsley Publishers, ISBN-13: 978 1 85302 888 5

Romanczyk & McEachin, (2016) *Comprehensive Models of Autism Spectrum Disorder Treatment Points of Divergence and Convergence*, Springer Publications, ISBN 978-3-319-40903-0

Runswick-Cole et al, (2016) *Re-Thinking Autism, Diagnosis, Identity and Equality*, Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia, ISBN 978 1 84905 581 9

Schmeisser & Boeckers, (2016) *Translational Anatomy and Cell Biology of Autism Spectrum Disorder*, Springer International Publishing, ISBN 978-3-319-52496-2

Singh J, (2016) *Multiple Autisms*, University of Minnesota Press, ISBN 978-0-8166-9830

Schaefer et al, (2013) *Clinical genetics evaluation in identifying the etiology of autism spectrum disorders: 2013 guideline revisions*, Genet Med advance online publication 21 March 2013

Σπανοπούλου και συν, (2012) *Στήριξη οικογενειών αυτιστικών παιδιών*, Επιστημονικά Χρονικά, 17(4):200-202

Vuong & Hsiao, (2016) *Emerging roles for the gut microbiome in autism spectrum disorder*, *Biological Psychiatry*, March 1, 81:411-423

Wing, (2000) *Το αυτιστικό φάσμα. Ένας οδηγός για γονείς και επαγγελματίες*. Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.

www.autismspeaks.org, ορισμός αυτισμού (προσπελάστηκε Νοέμβριος 2017)

Παράρτημα

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μία έρευνα της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του τμήματος Λογοθεραπείας (ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας), με σκοπό τη μελέτη συχνότητας μιας ομάδας συμπεριφορών σε παιδιά δημοτικής εκπαίδευσης με διαταραχές αυτιστικού φάσματος. Η μελέτη αυτή αποτελεί μέρος της πτυχιακής εργασίας των φοιτητριών Χρηστίδου Ελένης Μαρίας και Λεβέτσιου Ελευθερίας. Το τμήμα Λογοθεραπείας, έχει παραχωρήσει την άδεια για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Θα ήταν πολύ βοηθητική για εμάς η συμμετοχή σας στη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης μέσω της συμπλήρωσης του παρακάτω ερωτηματολογίου.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που διαθέσατε !

Ερωτηματολόγιο

Δημογραφικά Στοιχεία

1. Ποιο είναι το φύλο του παιδιού;

Αγόρι

Κορίτσι

2. Ποια είναι η ηλικία του παιδιού; _____

3. Ποιος είναι ο τόπος διαμονής του παιδιού; _____

4. Εκπαίδευση παιδιού

Ειδικό σχολείο

Γενικό σχολείο

Τάξη _____ Δεν γνωρίζω

5. Ποια είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειας;

Πολύ Κακή Κακή Μέτρια Καλή Πολύ Καλή

1 2 3 4 5

(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

6. Ποιο είναι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων;

Πατέρας

Μητέρα

i. Καμία συστηματική εκπαίδευση

ii. Πρωτοβάθμια εκπαίδευση

- iii. Δευτεροβάθμια εκπαίδευση
- iv. Τριτοβάθμια εκπαίδευση
- v. Άλλο

7. Έχει το παιδί αδέρφια με ΔΑΦ ή άλλες διαταραχές;
Ναι Όχι Δε γνωρίζω
Αριθμός παιδιών _____
Διευκρινίστε τη διαταραχή _____

8. Οι γονείς του παιδιού είναι διαζευγμένοι;
Ναι Όχι Δε γνωρίζω

9. Έχει χάσει το παιδί τη μητέρα του;
Ναι Όχι Δε γνωρίζω

10. Το παιδί έχει χάσει τον πατέρα του;
Ναι Όχι Δε γνωρίζω

Περιγραφή της Συμπεριφοράς του παιδιού

11. Έχει το παιδί επιθετική συμπεριφορά απέναντι στους άλλους;
Ναι Όχι

12. Έχει το παιδί καταστρεπτικές συμπεριφορές (φθορά αντικειμένων);

Ναι Όχι

13. Παρατηρείτε στο παιδί συμπεριφορές αυτοτραυματισμού;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

1 2 3 4 5

(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

14. Παρατηρείτε ότι προσκολλάται στα τελετουργικά και τις ρουτίνες;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

1 2 3 4 5

(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

15. Έχει το παιδί περιορισμένα και ασυνήθιστα ενδιαφέροντα;

Ναι Όχι

16. Παρατηρείται ηχολαλία στο λόγο του παιδιού;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

1 2 3 4 5

(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

17. Χαρακτηρίζεται το παιδί από διάφορα τικ και ιδιομορφίες;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

1 2 3 4 5

(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

18. Έχουν παρατηρηθεί τάσεις φυγής από το παιδί;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

1 2 3 4 5
(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

19. Έχει παρατηρηθεί κατανάλωση μη βρώσιμων αντικειμένων;
Ναι Όχι

20. Έχουν παρατηρηθεί ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ
1 2 3 4 5
(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

21. Παρατηρούνται συναισθηματικά ξεσπάσματα στη συμπεριφορά του παιδιού;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ
1 2 3 4 5
(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

22. Αναγνωρίζει το παιδί τους κοινωνικούς κανόνες;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ
1 2 3 4 5
(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

23. Αντιμετωπίζει δυσκολίες στις δεξιότητες συζήτησης;

Καθόλου Λίγο Μέτριες Πολύ Σοβαρές

1 2 3 4 5
(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

24. Αντιμετωπίζει δυσκολίες στις δεξιότητες του παιχνιδιού;

Καθόλου Λίγο Μέτριες Πολύ Σοβαρές

1 2 3 4 5
(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

25. Παρατηρούνται δυσκολίες στον κοινωνικό και συναισθηματικό τομέα;

Καθόλου Λίγο Μέτριες Πολύ Σοβαρές

1 2 3 4 5
(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

26. Αντιμετωπίζει δυσκολίες στην αυτοεξυπηρέτησή του;

Καθόλου Λίγο Μέτριες Πολύ Σοβαρές

1 2 3 4 5
(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

27. Παρατηρούνται δυσκολίες στον ύπνο του παιδιού;

Καθόλου Λίγο Μέτριες Πολύ Σοβαρές

1 2 3 4 5
(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

28. Αντιμετωπίζει δυσκολίες στη λεπτή κινητικότητα;

Καθόλου Λίγο Μέτριες Πολύ Σοβαρές

1 2 3 4 5

(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

29. Αντιμετωπίζει δυσκολίες στην αδρή κινητικότητα;

Καθόλου Λίγο Μέτριες Πολύ Σοβαρές

1 2 3 4 5

(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

30. Έχει παρατηρηθεί δυσκολία στη δεξιότητα της γραφής;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πάρα Πολύ

1 2 3 4 5

(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

31. Έχει παρατηρηθεί δυσκολία στη δεξιότητα της ανάγνωσης;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πάρα Πολύ

1 2 3 4 5

(κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)