

მანია გაბუნია მარინა გეგელაშვილი მედეა ზირაქაშვილი
სოფიო კერესელიძე ია შეყრილაძე მამუკა ხაჩიძე

აუტიზმის შეფასების და მართვის თანამედროვე პრინციპები



ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი
თბილისი 2021 წელი

**აუტიზმის შეფასების და მართვის
თანამედროვე პრინციპები**



გამოცემულია შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდის მხარდაჭერით პროექტი „აუტიზმის შეფასების და მართვის თანამედროვე პრინციპები“ (SP-21-099)

This work was supported by Shota Rustaveli National Science Foundation of Georgia (SRNSFG) Project title “Contemporary Principles of Autism Assessment and Management” (SP-21-099)

ავტორთა

ჯგუფი:

**მაია გაბუნია, მარინა გეგელაშვილი,
მედეა ზირაქაშვილი, სოფიო კერესელიძე,
ია შეყრილაძე, მამუკა ხაჩიძე**

სამეცნიერო

რედაქტორი:

ქეთევან მაყაშვილი

ტიქნიკური

რედაქტორი:

თეა ქიტოშვილი

დამკაბადონებელი:

ქეთევან გოგავა

ISBN 978-9941-18-376-8

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა
ქაქუცა ჩოლოყაშვილის 3/5, თბილისი, 0162, საქართველო

ILIA STATE UNIVERSITY PRESS

3/5 Cholokashvili Ave, Tbilisi, 0162, Georgia

შინაარსი

წინასიტყვაობა.....	7
ნაწილი 1. აუტიზმი – სამედიცინო, ფსიქოლოგიური და სოციალური ასპექტები.....	9
თავი 1. აუტიზმი, ზოგადი ინფორმაცია.....	11
1.1. რა არის აუტიზმი (სოფიო კერესელიძე).....	11
1.2. აუტიზმის ეპიდემიოლოგია და ეტიოპათოგენები (სოფიო კერესელიძე).....	12
თავი 2. იდენტიფიკაცია, დიაგნოსტიკა და შეფასება.....	17
2.1. ადრეული გამოვლენა (მაია გაბუნია, მედეა ზირაქაშვილი).....	17
2.2. აუტიზმის ამოცნობის ალგორითმი (მაია გაბუნია, მედეა ზირაქაშვილი).....	21
2.3. აუტიზმის სასკრინინგო და სადიაგნოსტიკო კითხვარები (მაია გაბუნია, მედეა ზირაქაშვილი).....	24
2.4. სადიაგნოსტიკო კლასიფიკატორული სისტემები (DSM-5 vs ICD-10) (მარინა გეგელაშვილი).....	28
2.5. დიაგნოსტიკური შეფასება (მაია გაბუნია, მედეა ზირაქაშვილი).....	29
2.6. დიფერენციალური დიაგნოზი (მარინა გეგელაშვილი)	32
თავი 3. აუტიზმის კომორბიდული მდგომარეობები (მარინა გეგელაშვილი).....	37
3.1. როდის უნდა ვიფიქროთ კომორბიდობებზე.....	38
3.2. ქცევის დარღვევები.....	38
3.3. რომელი ფსიქიატრიული კომორბიდობები გვხდება აუტიზმის დროს და რატომ არის გართულებული მათი გამოვლენა.....	40
3.4. აუტიზმი და ADHD კომორბიდობა.....	41
3.4.1. კლინიკური გამოვლინებები.....	41
3.4.2. მიმდინარეობა.....	43
3.4.3. აუტიზმის და ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომის კომორბიდობის ფარმაკოლოგიური მკურნალობა.....	44
3.5. დეპრესია და აუტიზმი.....	45
3.5.1. კლინიკური გამოვლინებები აუტიზმის დროს.....	46
3.5.2. კომორბიდული დეპრესიის მკურნალობა.....	47

3.6. კატატონია და ასა.....	48
3.7. შფოთვითი აშლილობები და ASD.....	48
3.7.1. შფოთვითი აშლილობების ფარმაკოლოგიური მკურნალობა აუტიზმის დროს.....	49
3.8. მანია და აუტიზმი.....	50
3.8.1. მკურნალობა კომორბიდული მანიის დროს.....	51
3.9. ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა და აუტიზმი.....	51
3.9.1. ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის მკურნალობა აუტიზმის დროს.....	52
3.10. ტიკები, ტურეტის სინდრომი და ასა.....	53
3.10.1. კომორბიდული ტიკების და ტურეტის სინდრომის ფარმაკოლოგიური მკურნალობა.....	54
3.11. აუტიზმი და შიზოფრენია.....	54
3.12. აუტიზმი და ნერვული ანორექსია.....	56
3.13. აუტიზამის დროს არსებული ფსიქიატრიული კომორბიდობების მკურნალობის ძირითადი პრინციპები.....	57
3.14. აუტიზმის კომორბიდობის დასადგენი ინსტრუმენტები.....	59
თავი 4. ზრუნვის დადგენა და კოორდინირება.....	60
4.1. ზოგადი მიმოხილვა (ი. შეყრილაძე).....	60
4.2. შეფასების შედეგების/დიაგნოზის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება (ს. კერესელიძე).....	61
4.3. სპეციალისტთა ცოდნა და კომპეტენციები (ს. კერესელიძე).....	66
4.4. სპეციალისტთა მულტიდისციპლინური გუნდების შემადგენლობა, ორგანიზაცია (ს. კერესელიძე).....	69
ზრდასრულთა სერვისების აუტიზმის გუნდის ფუნქციები	75
4.5. აუტიზმის ძირითადი ნიშნების მართვის ფსიქოსოციალური ორგანიზაციის ჩარჩო.....	78
4.6. სწორი ჩარევის განსაზღვრა და მისი მონიტორინგი.....	79
4.7. ჩარევისას გასათვალისწინებელი ფაქტორები და გარემოებები.....	80
თავი 5. ხშირად გამოვლენილი მნიშვნელოვანი პრობლემების მართვა ასა-ს და მისი გარემოს ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად (ს. კერესელიძე).....	81
5.1. რთული ქცევა – განმარტება, გამომწვევი ფაქტორები...	81
5.2. რთული ქცევის ციკლი.....	83
5.3. რთული ქცევის შეფასება და საწყისი ინტერვენცია.....	84

5.4. რთული ქცევის გამომწვევი ფაქტორების წინასწარმეტყველება და მათი პრევენცია.....	86
5.5. რთული ქცევის ფსიქოსოციალური ინტერვენცია	87
5.6. რთული ქცევის ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია.....	88
5.7. ჩარევა ძილის პრობლემების მოსაგვარებლად (ს. კერესელიძე)	89

ნაწილი 2. ინტერვენციების ფორმები აუტიზმის მქონე პირთათვის – სოფიო კერესელიძე..... 93

თავი 1. ინტერვენციების ძირითადი სახეები და კლასიფიკაცია აუტიზმის სპექტრის მქონე ბავშვებისათვის 95

1.1. ქცევითი ინტერვენციები.....	96
1.2. ბავშვის განვითარებაზე ორიენტირებული ინტერვენციები	107
1.3. კომბინირებული ინტერვენციების მოდელები	108
1.4. სამედიცინო ინტერვენციები.....	109
1.5. ოჯახური ინტერვენციები	110
1.6. ფსიქოლინამიკური ინტერვენციები	111
1.7. სხვადასხვა სპეციფიკური თერაპიული ინტერვენციები	111
1.8. სხვა თერაპიები	112
1.9. ალტერნატიული ინტერვენციები.....	112
1.10. ინტერვენციები, რომლებიც არ უნდა იქნას გამოყენებული აუტიზმის სპექტრის დროს.....	113

თავი 2. ინტერვენციათა სპეციფიკა ასა-ს მქონე ბავშვის მორფოლოგია სერვისში ტრანზიციის დროს 114

2.1. ტრანზიცია და ხშირად დასმული კითხვები.....	114
2.2. მაიკლ ლი ვემეიერის (Michael Lee Wehmeyer) „თვითგანკარგვის“ მიღწევის 4 ეტაპიანი მოდელი	115
2.3. ტრანზიციის პროცესში აუტიზმის მქონე პირებთან მომუშავე სპეციალიტების გუნდების შემადგენლობა	117
2.4. ტრანზიციის დამხმარე სერვისები და კანონმდებლობა.	119
2.5. ტრანზიციასთან დაკავშირებული კვლევები.....	121

თავი 3. ზრდასრულთა ინტერვენცია..... 128

3.1. ზრდასრულთა ფსიქოსოციალური ინტერვენციები.....	130
3.2. ზრდასრულთა ოჯახის წევრების, მზრუნველების და პარტნიორების ჩართვა ინტერვენციის პროცესში.....	130

3.3. ინტერვენცია ყოფითი უნარების განვითარებისთვის	131
3.4. აუტემენტური საკომუნიკაციო საშუალებები ზრდასრულთათვის.....	133

ნაწილი 3. სოციალური და სამართლებრივი დაცვა – მამუკა ხაჩიძე.....	135
---	-----

თავი 1. სოციალური დაცვა	137
1.1. ზოგადი მიმოხილვა (ი. შეყრილაძე).....	137
1.2. სოციალური მოდელის პრინციპები.....	138
1.3. პიროვნებაზე ცენტრირებული ჰოლისტური ზრუნვის პრინციპები	138
1.4. ოჯახის წევრების და მეურვეების მხარდაჭერა	139
1.5. ოჯახისა და მზრუნველის დახმარება.....	140
1.6. რეზიდენტული (residential) ზრუნვა.....	141
1.7. ზრუნვის მიწოდების ორგანიზება	142
1.8. ზრუნვის შემადგენელი კომპონენტები და განგრძობადობა	143

თავი 2. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (შშმ) პირის სამართლებრივი მდგომარეობა საქართველოში	144
2.1. აუტიზმის მქონე პირთა განათლება საქართველოში	144
2.2. შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე (შშმ) პირის სამართლებრივი მდგომარეობა საქართველოში.....	145
2.3. აუტიზმის სპექტრის აშლილობის მქონე პირებისათვის შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის დადგენა სისტემური მხარდაჭერა ჩეხეთის რესპუბლიკაში – ჩეხეთის კანონი №108/2006, სოციალური მომსახურების შესახებ.....	150

გამოყენებული წყაროები	157
ბერმინთა განმარტებები	165
დანართი	173

წინასიძველობა

სოფიო კერესელიძე

წიგნი მომზადებულია „აუტიზმის სპექტრის აშლილობების გამოვლენა, დიაგნოსტიკა და მართვა – პროტოკოლის“ ავტორთა სამუშაო მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ, ეფუძნება პროტოკოლის ხედვას და გვაძლევს საგულისხმო ინფორმაციასა და რეკომენდაციებს პროტოკოლის სწორი და წარმატებული იმპლემენტაციისათვის. წიგნის ძირითად წყაროს წარმოადგენდა NICE-ის ჯგუფის პროფესიონალთა და აუტიზმის სფეროში მომუშავე უცხოელ სპეციალისტთა კვლევები და მითითებები, აგრეთვე, ქართველი სპეციალისტების მიერ თერაპიის განხორციელების/აღსრულების პროცესში მიღებულ გამოცდილებაზე დაფუძნებული დასკვნები. ნაშრომი შეეხება აუტიზმის შეფასების, დიაგნოსტიკისა და მართვის, ასევე, შესაბამისი კანონმდებლობის, ნორმატიული აქტებისა და ადვოკაციის კუთხით არსებულ გამოწვევებსა და რეკომენდაციებს.

წიგნში წარმოდგენილი რეკომენდაციები ასახავს პაციენტებისა და სერვისის მიმწოდებლების მახასიათებლებს, საჭიროებებს და ღირებულებებს.

ავტორთა ჯგუფი:

მაია გაბუნია – ბავშვთა ნევროლოგი, მედიცინის დოქტორი, მენტალური ჯანმრთელობის ცენტრის დირექტორი;

მარინა გეგელაშვილი – ფსიქიატრი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი, ფსიქოსოციალური დახმარების ცენტრ „ნდობასთან“ არსებული მულტისისტიკური ინტერვენციის სამსახურის ხელმძღვანელი, ბავშვის განვითარების ინსტიტუტის და პ. სარაჯიშვილის სახელობის ნევროლოგიის ინსტიტუტის კონსულტანტი;

მედია ზირაქაშვილი – ბავშვთა ფსიქიატრი/ნევროლოგი, მენტალური ჯანმრთელობის ცენტრის აკადემიური დირექტორი, ილიას უნივერსიტეტის საბუნებისმეტყველო მეცნიერებებისა და მედიცინის ფაკულტეტის დოქტორანტი. სპეციფიური ინტერესი – ნეიროგანვითარებითი დარღვევები;

სოფიო კერესელიძე – შინაგანი მედიცინისა და ოჯახის ექიმი, აუტიზმის კვლევის და ხელშეწყობის ფონდის დამფუძნებელი და საქართველოს აუტიზმის ასოციაციის პრეზიდენტი;

ია შეყრილაძე – ფსიქოლოგიის დოქტორი, ლიცენზირებული კლინიკური სოციალური მუშაკი, საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის თავმჯდომარის მოადგილე, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასისტენტ-პროფესორი;

მამუკა ხაჩიძე – ბავშვთა და ზრდასრულთა ექიმი ნევროლოგი, ადვოკატი, საქართველოს ადვოკატთა ასოციაციის წევრი, საქართ-

ველოს აუტიზმის ასოციაციის არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულებაში სპეციალიზებული ადვოკატი, საქართველოს ეროვნული უნივერსიტეტის (სეუ) ასოცირებული პროფესორი;

ქეთევან მაყაშვილი – ფსიქოლოგიის დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სრული პროფესორი, ბავშვის განვითარების ინსტიტუტის განსაკუთრებულ მოსწავლეთა განათლების, კონსულტირებისა და რეაბილიტაციის სასწავლო-პრაქტიკული ცენტრის ხელმძღვანელი.

ვისთვისაა განკუთვნილი წიგნი

სოფიო კერესელიძე

წიგნი საინფორმაციო-სარეკომენდაციო და საგანმანათლებლო ხასიათისაა. განკუთვნილია:

- აუტიზმის მქონე ინდივიდებთან მომუშავე სპეციალისტებისათვის;
- ორგანიზაციებისათვის, რომლებიც აწვდიან სერვისს აუტიზმის მქონე ინდივიდებს;
- სასწავლო დაწესებულების პედაგოგების, სპეც. პედაგოგებისა და ფსიქოლოგებისათვის;
- სახელმწიფო სტრუქტურებში მომუშავე გადაწყვეტილების მიმღებებისა და სოცილური მუშაკებისათვის;
- თავად აუტიზმის სპექტრის მქონე ინდივიდებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის;
- პირველადი და მეორეული სამედიცინო რგოლის პერსონალისათვის;
- ყველა დაინტერესებული პირისათვის;
- სამედიცინო და ფსიქოლოგიის მიმართულების სტუდენტებისათვის

წიგნის მიზნებია:

- რეკომენდაციების მიწოდება, სპეციალიტებისათვის, აუტიზმის სპექტრის მქონე პირების, მათი ოჯახის წევრებისთვის, აგრეთვე, მათი დანმარება, აბილიტაციისა და ადვოკაციის პროცესში;
- აუტიზმის საკითხებზე მომუშავე ორგანიზაციების, სამუშაო ჯგუფებისა და გუნდების, აუტიზმის სერვისების მიმწოდებელი ორგანიზაციების ხელშეწყობა საქართველოში, სერვისების განვითარებისა და გაუმჯობესების მიზნით;
- სახელმწიფოს გადაწყვეტილებების მიმღებთათვის, რეკომენდაციების მიწოდება, ქმედითი სახ. პოლიტიკის შესამუშავებლად.

ნაწილი 1.

აუტიზმი – სამედიცინო, ფსიქოლოგიური
და სოციალური ასპექტები

თავი 1.

აუტიზმი, ზოგადი ინფორმაცია

1.1. რა არის აუტიზმი

სოფიო კერესელიძე

ტერმინი **აუტიზმის სპექტრის აშლილობები** (შემდგომში შეიძლება მოხსენებული იყოს როგორც აუტიზმი ან აუტისტური სპექტრის აშლილობები – ასა, ASD) ეწოდება იმ მდგომარეობებს, რომელთათვისაც დამახასიათებელია რეციპროკული სოციალიზაციის და სოციალური კომუნიკაციის თვისებრივი ცვლილება, შეზღუდული ინტერესები, რიგიდული და განმეორებადი ქცევა, ცვლილებებისადმი რეზისტენტობა.

აუტიზმის სპეციფიკური ნიშნების გარდა, შესაძლოა გამოვლინდეს სამედიცინო, სენსორული, კოგნიტური, ენისა და მეტყველების, ემოციური და ქცევის პრობლემები. მისი ნიშნებია: ძილისა და კვების დარღვევა, თვითდამაზიანებელი და/ან აგრესიული, რთული ქცევა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ისეთი პრობლემები, როგორცაა შფოთვა, დეპრესია, ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი (ICD-10-ის მიხედვით ADHD).

აუტიზმი, უმრავლეს შემთხვევაში, გრძელდება მთელი სიცოცხლის განმავლობაში და მისი ნიშნები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს აუტიზმის მქონე პირის, მისი ოჯახისა და მზრუნველის ცხოვრების ხარისხზე, ზრდის მათ სოციალურ მოწყვლადობას.

აუტიზმისათვის დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსი კლინიკურად აღრეულ ასაკშივე ვლინდება, მაგრამ შესაძლებელია გარემოს ცვლილების, მაგალითად, სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებაში ან ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებაში შეყვანისას მიიქციოს ყურადღება.

აუტიზმს, შესაძლოა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სულ მცირე ერთი პრობლემა მაინც ახლდეს (შემთხვევათა 70%-ში), რაც კიდევ უფრო ამძიმებს აუტიზმის მქონე პირის ფსიქოსოციალურ ფუნქციონირებას. მაგალითად, ინტელექტუალური დარღვევა (IQ<70), შფოთვითი აშლილობა ან ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის აშლილობის სინდრომი (ADHD) აუტიზმის მქონე პირთა დაახლოებით 50%-ს აღენიშნება.

კლინიკური სურათი მრავალფეროვანია და დამოკიდებულია აუტიზმის სიმძიმეზე, თანმხლებ დარღვევებსა და კოგნიტურ უნარებზე. ასევე, ასაკზე, გარემოს ცვლილებაზე და ახალ მოთხოვნებზე.

ზე, ინტერვენციაზე. ამ ფაქტორთა ცვლილება ცვლის აუტიზმის კლინიკურ გამოვლენას.

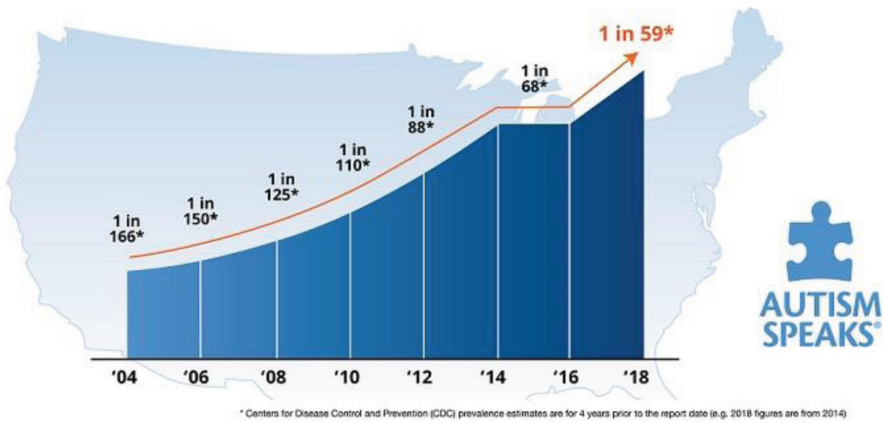
აუტიზმის გავრცელების მაჩვენებლებმა უკანასკნელი 10-15 წლის განმავლობაში მკვეთრად იმატა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით – 160 პირიდან 1-ს აქვს აუტიზმი (WHO, 2013). ამ დიაგნოზის მზარდმა პრევალენტობამ წარმოშვა სადიაგნოსტიკო და ფსიქოსოციალური სერვისების განვითარების აუცილებლობა. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის მომსახურებას საკვანძო როლი ეკუთვნის აუტიზმის დროულ დიაგნოსტიკასა და მართვაში, აუცილებელია ჯანდაცვის, სოციალური დაცვისა და საგანმანათლებლო სერვისებს შორის მჭიდრო კოორდინაცია.

1.2. აუტიზმის ეპიდემიოლოგია და ეტიოპათოგენები

სოფიო კერესელიძე

მთელს მსოფლიოში და საქართველოშიც ასა-ს მქონე ინდივიდთა რაოდენობა ყოველწლიურად მკვეთრად მატულობს (იხ. WHO, მონაცემი 2013 წლიდან). დაავადებათა კონტროლის ცენტრის (CDC) 2018 წლის მონაცემების მიხედვით, ასა-ს პროცენტული მაჩვენებელი მხოლოდ 2016 წლიდან 2018 წლამდე მომატებულია 15 %-ით და მისი დიაგრამა ასე გამოიყურება:¹

Estimated Autism Prevalence 2018



1 <https://www.autismspeaks.org/science-news/cdc-increases-estimate-autisms-prevalence-15-percent-1-59-children>

2007 წელს ნევროლოგიის და ნეიროფსიქოლოგიის ინსტიტუტში, თბილისში, 1-დან 6 წლამდე ასაკის 3,680 ბავშვიდან, რომლებმაც მიმართეს კლინიკას ეჭვით აუტიზმის დიაგნოზზე, კანერისა და აუტიზმის დიაგნოზი დაესვა 29-ს (0,8%), ხოლო ატიპური აუტიზმის – 59-ს (2%). დაახლოებით ასეთივეა ნევროლოგთა და ნეიროქირურგთა ასოციაციის მიერ ჩატარებული დიაგნოსტიკური კვლევების პროცენტული მონაცემები (0,9%). საქართველოში სრული ეპიდემიოლოგიური კვლევა არ ჩატარებულა და შესაბამისად, უცნობია, თუ რამდენი ასა-ს მქონე ინდივიდია, როგორც სრულიად სახელმწიფოში, ასევე მის ცალკეულ რეგიონებში, რაც მოგვცემდა აუტიზმის მართვის უფრო ეფექტური სახელმწიფო პოლიტიკის შექმნის საშუალებას.

აუტიზმი თავის ტვინის ანომალიური ფუნქციონირების შედეგია,² რისი მიზეზიც უმეტეს შემთხვევაში უცნობია.

სხვადასხვა კლინიკური კვლევების მონაცემები ცალსახად მიუთითებს, რომ არ არსებობს ასა-ს მხოლოდ ერთი ეტიოლოგიური ფაქტორი, მოცემული მდგომარეობა განიხილება როგორც მულტიფაქტორული. ვინაიდან ასა-ს გამომწვევი მიზეზები დღემდე ბოლომდე დაუზუსტებელია, ამიტომ შესაძლებელია მისი ფორმები რისკფაქტორების მიხედვით განვასხვაოთ:

პირველადი, ანუ იდიოპათიურია აუტიზმი (ასა), რომლის განმაპირობებელი რისკფაქტორი დაუდგენელია.

მეორადია აუტიზმი, რომელიც თან ახლავს სხვადასხვა სამედიცინო მდგომარეობებს ან განვითარების პრობლემებს, რომელთა იდენტიფიცირება შესაძლებელია. ე.წ. მეორადი აუტიზმი ნამდვილად განსხვავდება პირველადი აუტიზმისაგან როგორც კლინიკურად, ასევე წარმოშობით და მეორე ტიპის აუტიზმისათვის უფრო სწორი იქნება ვიხმართ ტერმინი – „აუტიზმის სინდრომი“, რაც არ არის იგივე, რაც „აუტიზმის სპექტრის აშლილობა“, რადგანაც განსხვავდება არსობრივად ტიპური აუტიზმის სპექტრის აშლილობისაგან.

ასა-ს დაახლოებით 90 % არის პირველადი ანუ იდიოპათიური და 10% არის მეორადი (Joseph D. Buxbaum, PhD; DISCLOSURES/ December 29, 2005³), აუტიზმის ეტიოლოგიის დასადგენი კვლევები მიუთითებს გენეტიკურ, მეტაბოლურ, იმუნურ და ვირუსულ ფაქტორებზე. ეს ფაქტორები სხვადასხვა კლასიფიკაციით იყოფა გენეტიკურ და გარემო ფაქტორებად, მოხერხებულია ასა-ს განვითარების რისკფაქტორების 5 კატეგორიად დაყოფა⁴, ესენია:

2 <http://www.jneurosci.org/content/24/42/9228>

3 <https://www.medscape.com/viewarticle/520013>

4 <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder/symptoms-causes/syc-20352928>

1) გენეტიკური ფაქტორები

მიუხედავად იმისა, რომ ასა-ს განმაპირობებელი სპეციფიკური გენები არაა დადგენილი და ჯერჯერობით არ არსებობს ამ გენთა სასკრინინგო ტესტები, მრავალი კვლევა იხრება იმის სასარგებლოდ, რომ ბავშვი მშობლებისგან იღებს მემკვიდრეობით ასა-ს განვითარების გენეტიკურ განწყობას. ამას მოწმობს ოჯახური ანამნეზი და და-ძმებში ასა-ს ალბათობის დიდი პროცენტი – (3%-დან 8%-მდე), ხოლო მონოზიგოტურ ტყუპებში 36-95% (https://www.emedicinehealth.com/autism/article_em.htm). დაავადებათა კონტროლის ცენტრის 2012 წლის მონაცემებით, მონოზიგოტურ ტყუპებში აუტიზმის ალბათობა არის 36-95%, არაიდენტურ ტყუპებში 0-31%-მდე. ხოლო იმ მშობლებს, რომლებსაც ჰყავთ ერთი ბავშვი ასა-ს მქონე, აღნიშნული წყაროს მიხედვით, ალბათობა იმისა, რომ მეორე ბავშვსაც ექნება აუტიზმი, 2-დან – 18 %-მდეა (<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>). ბიჭებში ასა-ს განვითარების 4-ჯერ მეტი ალბათობაა, გოგონებთან შედარებით. არსებობს ვარაუდი, რომ აუტიზმისადმი წინასწარგანწყობას არა ერთი, არამედ რამდენიმე გენი შეიძლება იწვევდეს. ამასთან, სხვადასხვა ბავშვში აუტიზმი, შესაძლოა, ასოცირებული იყოს ისეთ გენეტიკურ აშლილობებთან, როგორებიცაა რეტის სინდრომი, მყიფე X-ის სინდრომი, გენეტიკური მუტაციები და სხვა გენეტიკური ცვლილებები, რომლებიც განაპირობებენ ბავშვის მიდრეკილებას აუტიზმისკენ, ხოლო გარემო რისკფაქტორების ზემოქმედების შემთხვევაში, ზრდიან მისი განვითარების ალბათობას.

2) გარემო ფაქტორები

გარემო ფაქტორებში მოიაზრება ვირუსული ინფექციები, გართულებული ორსულობა, ჰაერის დაბინძურება, არადიეტური კვება (ამ უკანასკნელ ფაქტორთა შესახებ საკმარისი კვლევითი მტკიცებულებები არ არსებობს, მაგრამ ჩვენ მაინც ჩავთვალეთ მართებულად ამ ფაქტორთა მოხსენიება, რადგან ბევრი მშობელი, ასევე, სპეციალისტი და ექიმი, იზიარებს აზრს, რომ აუტიზმის განვითარებაში ისინი გარკვეულ როლს თამაშობენ). აუტიზმი მულტისისტემური მეტაბოლური დაავადებაა, ამასთან, არსებობს მაღალი დადებითი კორელაცია ვაქცინაციასა და აუტიზმის განვითარებას შორის, თუმცაღა, ეტიოპათოგენები არ არის ბოლომდე ნათელი.⁵

3) ფსიქოლოგიური ფაქტორები

ასა-ს განვითარების შესაძლო ფსიქოლოგიური ფაქტორების კვლევების დიდი რიცხვი ეფუძნება „გონების თეორიის“ (theory of

5 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/1547691X.2010.545086>

mind) კონცეფციას. რაც გულისხმობს, რომ ასა-ს არმქონე ინდივიდებს გააჩნიათ სხვა ადამიანების **წვდომის** უნარი, ანუ სხვა ადამიანის შეგძნებების შემეცნების, მისი განწყობის, ემოციების ამოცნობის უნარი, რაც განასხვავებს მათ ასა-ს მქონე ინდივიდებისაგან. ტიპური განვითარების ბავშვებს, უკვე 4 წლისათვის, ჩამოყალიბებული აქვთ **ეს უნარი**. სწორედ ეს შეიძლება იყოს პირდაპირი მიზეზი ასა-ს მქონე ბავშვების დაბალი სოციალური ინტერაქციისა.

4) ნევროლოგიური ფაქტორები

ასა-ს მქონე ინდივიდებს, რომელთაც არ აღენიშნებათ ნერვული სისტემის სტრუქტურული დაზიანება, სავარაუდოდ, შესაძლოა, აღენიშნებოდეთ თავის ტვინის ქერქს, ლიმბურ სისტემასა და ამიგდალას შორის ზედმეტი კავშირები, ან პირიქით, არასაკმარისი კავშირები, რაც განაპირობებს მათ არაადეკვატურ რეაქციას ტრივიალური მოვლენებისა და ობიექტებისადმი.

5) ჯანმრთელობის სხვა მდგომარეობები

ზოგიერთ ბავშვში ასა-ს ეტიოპათოგენები დაკავშირებულია ისეთ სამედიცინო მდგომარეობებთან, როგორცაა:

- მეტაბოლური დარღვევები (მაგ. ფენილკეტონურია...);
- სხვადასხვა თანდაყოლილი ინფექციები – წითურა, ტოქსოპლაზმოზი და სხვ;
- ტუბეროზული სკლეროზი;
- რეტის სინდრომი;
- მყიფე X სინდრომი;
- ნეიროფიბრომატოზი;
- კუნთოვანი დისტროფია;
- დაუნის სინდრომი;
- ცერებრული დამბლა;
- ინფანტილური სპაზმები;
- ინტელექტუალური დარღვევები.

ბოლო პერიოდში სულ მეტი იწერება კუჭნაწლავის მიკრობიოტას გავლენაზე, როგორც აუტიზმის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან რისკფაქტორზე.

პრეკლინიკური კვლევების შედეგები ცხადყოფს ინტესტინალურ ტრაქტსა და ტვინს შორის ურთიერთქმედებას (ე.წ. მიკრობიომ-ნაწლავ-ტვინის ღერძი), რომელიც უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს ასა-ს ეტიოპათოგენებში. ასა-ს სტატისტიკური მონაცემები ვარირებს სხვადასხვა ქვეყანების მიხედვით და მეტწილად დამოკიდებულია ამა თუ იმ პოპულაციის კვების ტრადიციის თავისებურებებსა და ცხოვრების წესზე. მიკრობიომის შედარებითმა ანალიზმა აჩვენა,

რომ დარღვეული მიკრობიოტის მიზეზი შესაძლოა იყოს ე.წ. „ვეს-ტერნიზაციის პროცესი“:

კლინიცისტების დიდი ნაწილი *C. Difficile*-ს აღნიშნულ დარღვევათა მთავარ გამომწვევად მიიჩნევს. აუტიზმის მქონე ბავშვები 3,5-ჯერ მეტად არიან მიდრეკილნი დიარეისა და ყაბზობისადმი, ვიდრე მათი ასაკის ტიპური განვითარების ბავშვები. კლოსტრიდიებთან საბრძოლველად შემოთავაზებულია პერორალური ანტიბიოტიკი – ვანკომიცინი. მიუხედავად იმისა, რომ აღწერილია აღნიშნული ანტიბიოტიკით მკურნალობის ხანმოკლე დადებითი ეფექტები, მისი ხანგრძლივად გამოყენება, ბაქტერიათა ტოქსიკურობის და მულტირეზისტენტობის განვითარების მაღალი რისკის გათვალისწინებით, რეკომენდირებული არ არის.

ასა-ს ზუსტი ეტიოლოგიისა და პათოგენების დადგენა ძალზე რთულია და შესაბამისად, ეფექტური მკურნალობის მეთოდოლოგიებიც ლიმიტირებულია.⁶

6 <https://bmcmicrobiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2180-11-86> file:///C:/Users/user1/Downloads/Assessing_the_role_of_p-cresol_tolerance_in_Clostr.pdf

თავი 2.

იდენტიფიკაცია, დიაგნოსტიკა და შეფასება

ცნობილია, რომ აუტიზმის ადრეული გამოვლენა მნიშვნელოვანია დროული და შესაბამისად, სწორი ინტერვენციის დაწყებისათვის, რაც თავის მხრივ ბევრად აუმჯობესებს აუტიზმის მიმდინარეობას და პროგნოზს. გარდა ამისა, აძლევს მშობელს ან მზრუნველს ბავშვის მომავლის სწორად დაგეგმვის საშუალებას.

აუტიზმის დიაგნოსტიკისათვის უნდა გამოიყენებულ იქნას დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია ICD-10, ან ფსიქიკურ აშლილობათა დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო DSM-V. ძირითადი განსხვავებები ამ ორ კლასიფიკატორულ სისტემას შორის განხილულია შესაბამის თავში – „აუტიზმის სადიაგნოსტიკო კლასიფიკატორული სისტემები“.

2.1. ადრეული გამოვლენა

მაია გაბუნია, მედეა ზირაქაშვილი

აუტიზმის ადრეული გამოვლენა

აუტიზმის სპექტრის აშლილობების ადრეული ამოცნობისა და დიაგნოსტიკის დანერგვა ქვეყანაში პრობლემური საკითხია, რასაც განაპირობებს არა მხოლოდ ფსიქომეტრული ინსტრუმენტების შექმნის ან არსებულის ადაპტირება-ნორმირების სირთულე, არამედ ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა და მისი მოდელი. სამედიცინო სფეროს რომელი სპეციალისტები იქნებიან სკრინინგზე პასუხისმგებელი, როგორ და რომელ ასაკში უნდა ჩატარდეს აუტიზმის სკრინინგი – დღემდე განხილვის საგანია.

ჩვენს ქვეყანაში დამტკიცებული პროტოკოლის მიხედვით, რაც ითვლება ამ მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტად, აუტიზმი უნდა გამოირიცხოს ყველა იმ შემთხვევაში, სადაც განვითარებასთან ან ქცევასთან დაკავშირებული ჩივილი არსებობს. თუმცა, აუცილებელია გათვალისწინებული იყოს ის ფაქტი, რომ კონკრეტულ ნიშნებსა და სიმპტომებს შეიძლება სხვა ახსნაც ჰქონდეს.

აუტიზმის რისკის გამოსავლენად გამოყენებული უნდა იყოს აუტიზმის მოდიფიცირებული, განახლებული კითხვარი ადრეული ასაკის ბავშვებისთვის (M-CHAT-R), რომელიც მოცემულია დანართ №1-ში.

ეს სკრინინგული ინსტრუმენტი 16-30 თვის ასაკის ბავშვებში აუტიზმის და/ან განვითარების ეტაპების დაყოვნების რისკის შეფასების საშუალებას იძლევა.

ყოველთვის ყურადღებით უნდა იყოს განხილული განვითარებასა და/ან ქცევასთან დაკავშირებული მშობლის ან მზრუნველის, ან ბავშვის ან მოზარდის ჩივილი მაშინაც კი, როცა მის აზრს სხვა არ იზიარებს.

აუტიზმის ადრეული ნიშნების გამოვლენის ასაკი განსხვავებულია. ზოგ შემთხვევაში ის შეიძლება თვალსაჩინო იყოს პირველი თვეებშივე, ზოგჯერ – 2-3 წლის ასაკისთვის. ყველაზე ხშირად კი მშობლები 18 თვიდან 30 თვემდე პერიოდში ამჩნევენ განვითარების პრობლემას.

მშობლებმა უნდა იცოდნენ, რომ თუ ბავშვს აქვს აუტიზმისთვის დამახასიათებელი ე.წ. გამაფრთხილებელი ნიშანი/ნიშნები, აუცილებლად უნდა მიმართონ პედიატრს ან ოჯახის ექიმს აუტიზმის რისკის გამოსარიცხად (თუმცა, ექიმის მიერ რისკის გამორიცხვის შემთხვევაშიც უნდა განაგრძონ ძიება პრობლემის შესაფასებლად ან იმაში დასარწმუნებლად, რომ მათი ბავშვიც თანატოლებივით ტიპურად ვითარდება).

ასეთი გამაფრთხილებელი ნიშნებია (ე.წ. წითელი დროშებია):

6 თვის ასაკისთვის

- სოციალური (საპასუხო) ლიმილის არარსებობა ან ნაკლებობა;
- თვალთ კონტაქტის, დაინტერესებული მზერის ნაკლებობა ან არარსებობა.

9 თვის ასაკისთვის

- ბგერებით, ლიმილით ან მიმიკით ურთიერთობის ნაკლებობა ან არარსებობა.

12 თვის ასაკისთვის

- ტიტინის ნაკლებობა ან არარსებობა;
- ურთიერთობისას ისეთი ჟესტების გამოყენების ნაკლებობა ან არარსებობა, როგორებიც არის თითით მინიშნება, ხელში აყვანის მოთხოვნისთვის ხელების გაშვება, დასამშვიდობებლად ხელის დაქნევა;
- სახელით დაძახებაზე მოგვიანებით ან იშვიათად რეაგირება ან რეაგირების არქონა.

16 თვის (1 წლის და 4 თვის) ასაკისთვის

- ერთეული სიტყვების არარსებობა.

24 თვის (2 წლის) ასაკისთვის

- ორსიტყვიანი მარტივი ფრაზების არარსებობა (არსებობად არ ითვლება მიბაძვა ან გამეორება);

- უკვე არსებული სამეცყველო (სიტყვების, ტიტინის) ან სოციალური უნარების დაკარგვა;
- თვალთ კონტაქტის თავიდან არიდება;
- უპირატესად მარტო ყოფნის მოთხოვნილება ან სხვასთან ურთიერთობა მხოლოდ საკუთარი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების მიზნით;
- სხვისი გრძნობების (ემოციების) მიხვედრის პრობლემა;
- სამეცყველო ენის განვითარების შეფერხება;
- სიტყვებისა და ფრაზების მუდმივი გამეორება (ექოლალია);
- რუტინისა და გარემოს მცირე ცვლილებების აუტანლობა;
- შეზღუდული ინტერესები;
- განმეორებითი ქცევები და მოძრაობები (ხელების ქნევა, ბრუნვა, წრეზე სირბილი და ა.შ.)
- უცნაური და ძლიერი რეაქცია ხმებზე, სუნზე, გემოზე, ქსოვილზე, სინათლეზე და/ან ფერზე.

ატიპური განვითარების დროს ყურადღებას იპყრობს ბავშვის თამაშიც. ზოგადად, თამაში შეიძლება იყოს ფუნქციური და/ან იმიტაციურ-წარმოსახვითი. ფუნქციური თამაშის დროს სათამაშო გამოიყენება თავისი პირდაპირი დანიშნულებით. წარმოსახვით-იმიტაციური თამაშის დროს შესაძლებელია ნებისმიერი საგანი გამოყენებული იქნას სხვა საგნის ნაცვლად, მაგალითად: ტელეფონის ფუნქცია შეიძლება შეასრულოს ოთხკუთხა და მოგრძო პურის ნაჭერმა, ან მაგალითად წარმოსახვითია თამაში, როცა ბავშვი ვითომ აჭმევს ან ვითომ აძინებს თავის თოჯინას ან ვითომ სურათს იღებს ხის კუბით, რომელიც ფორმით ფოტოაპარატს წააგავს.

აუტიზმის სპექტრის აშლილობების ერთ-ერთი ნიშანი შეიძლება იყოს წარმოსახვითი თამაშების არარსებობა ან სათამაშოებით არაფუნქციური თამაში, მაგალითად: მანქანების მწკრივში დაწყობით თამაში და გვერდზე დაწოლილი ბავშვის მანქანის მბრუნავ ბორბლებზე დაკვირვება არის მანქანის დეტალებით თამაში და ვიზუალური შეგრძნებების გაძლიერება და არა ფუნქციური თამაში, როგორებიცაა მაგ. რალის მოწყობა და გასწრებაში შეჯიბრი.

მეცყველების განვითარების საგრძნობი შეფერხება შეიძლება ის ჩივილი იყოს, რის გამოც მშობელი ექიმს მიმართავს. აუტიზმის სპექტრის აშლილობისგან განსხვავებით სხვა მიზეზით გამოწვეული მეცყველების შეფერხების დროს ბავშვი ვერბალური (სიტყვებით) მეცყველების დეფიციტის საკომპენსაციოდ იყენებს არავერბალურ კომუნიკაციას – ფესტებს და მიმიკას, რაც აუტიზმის შემთხვევაში ასე არ არის.

აუტიზმის ზოგ შემთხვევაში ბავშვი შესაძლოა იყენებდეს სიტყვებს, მაგრამ მისი საუბრის მანერა უცნაურია, მონოტონური ან წამლერებითი.

ვინაიდან აუტიზმის მქონე ბავშვები არ აქცევენ ყურადღებას ადამიანებს, რომლებიც მათ მიმართავენ, ხშირად ხდებიან სმენის დაქვეითებაზე ეჭვის სუბიექტები, თუმცა აღსანიშნავია, რომ უმეტეს შემთხვევაში მათ საკმაოდ კარგად შეუძლიათ გაარჩიონ ბგერები, რომლებიც მათ აინტერესებთ, მაგალითად, ჩიპსების პაკეტის შრიალი.

აუტიზმის მქონე იმ ბავშვებსაც კი, რომლებსაც შეუძლიათ სალაპარაკო ენის გამოყენება, უჭირთ თავისი ქცევის მისადაგება სოციალურ კონტექსტთან. უჭირთ დიალოგის წამოწყება ან დიალოგში ჩართვა. ვერ ახერხებენ სხვა ადამიანების გრძნობების ამოცნობას და მათზე შესაბამისად რეაგირებას.

აუტიზმის მქონე ბავშვი, მიუხედავად ემპათიის ნაკლებობისა, მაინც ავლენს მიჯაჭვულობას მშობლებთან ან სხვა პირებთან. ის საკმაოდ ალერსიანიც შეიძლება იყოს, თუ სოციალური ურთიერთქმედებები (ინტერაქცია) განხორცილებულია მისი წესების შესაბამისად (მაგალითად, თავად უნდა მოეხვიოს მშობელს, მაგრამ შესაძლოა არ მიიღოს ჩახუტება, თუ ინიციატივა მშობლისგან მოდის).

აუტიზმის მქონე ბავშვს შესაძლოა ჰქონდეს მსუბუქად გამოხატული მოტორული პრობლემებიც, მათ შორის მოუქნელობა, წონასწორობისა და მოძრაობათა კოორდინაციის პრობლემა. ასევე, ხშირია თითის წვერებზე სიარული 3-5 წლის ასაკამდე.

აუტიზმის მქონე ბავშვები ხშირად ავლენენ ატიპურ ქცევას სენსორული პრობლემის არსებობის გამო, მათ შორის მხედველობით, სმენის, ვესტიბულარულ თუ ტაქტილურ მგრძობელობაში. სენსორული შეგრძნებებით გამოწვეული დისკომფორტის გამო ბავშვის ქცევა იცვლება. მაგალითად, შესაძლოა მოაწყოს ტანტრუმი მჭახე, მკვეთრი განათების არსებობისას ან ალებინოს რომელიმე საყოფაცხოვრებო სუნზე.

ნებისმიერი მცირედი ცვლილებაც კი რუტინაში ან გარემოში, შეიძლება გახდეს აუტიზმის მქონე პირის ქცევის ცვლილების მიზეზი. მაგალითად, ავეჯის მცირე გადაადგილებამაც კი შეიძლება ძალზე დიდი დისკომფორტი შეუქმნას და გამოიწვიოს ტანტრუმი. რიგიდული მიჯაჭვულობა რუტინაზე და რეზისტენტობა ცვლილებების მიმართ ითვლება აუტიზმის დამახასიათებელ ნიშნად.

აუტიზმის მქონე პირს შესაძლოა გაუჩნდეს გადაჭარბებული ინტერესი რომელიმე საკითხთან, საგანთან ან აქტივობასთან დაკავშირებით, მაგალითად, დაინტერესდეს მატარებლებით ან წყალქვეშა გემებით. ამის გამო ბავშვის ცხოვრება შესაძლებელია დაექვემდებაროს ერთ ინტერესს, მთელი დრო დაუთმოს მას და ოჯახიც შეიძლება იძულებული გახდეს, ჩაერთოს მის ამა თუ იმ გატაცებაში. მიუხედავად ასეთი ინტერესისა, მათ ამ გატაცების გაზიარების სურვილი გარშემომყოფებისათვის შესაძლოა არ ჰქონდეთ.

აუტიზმის მქონე ბავშვთა დაახლოებით 30%-ს შესაძლოა ჰქონდეს ტიპური განვითარება 2 ან 3 წლის ასაკამდე და შემდეგ დაიწყოს რეგრესი (უკუსვლა). როგორც აუტიზმის, ასევე რეგრესის მიზეზებიც უცნობია. აღმოჩნდა, რომ ამ ბავშვების 60%-ს შესაძლოა ჰქონდეს ეპილეფსიური გულყრები (განსაკუთრებით მოზარდობის ასაკში).

აუტიზმის სპექტრის აშლილობა არის შესაძლებლობათა შეზღუდვის ფართო სპექტრი მსუბუქიდან ძალიან მძიმე მდგომარეობამდე. ზოგ ბავშვს შესაძლოა ჰქონდეს განსაკუთრებული სამეცყველო და კითხვის უნარი.

აუცილებელია გვახსოვდეს, რომ ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ ნიშნებს შეიძლება სხვა ახსნა მოეძებნოს და ყველა შემთხვევაში მიზეზი არ იყოს აუტიზმი.

2.2. აუტიზმის ამოცნობის ალგორითმი

მაია გაბუნია, მედეა ზირაქაშვილი

საქართველოში აუტიზმის დიაგნოსტიკა ხდება დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD-10) სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმების საფუძველზე. აუტიზმის დიაგნოზისთვის აუცილებელია, რომ არსებული პრობლემები გავლენას ახდენდეს პირის ადაპტურ ფუნქციონირებაზე.

დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD-10) მიხედვით ის მიეკუთვნება განვითარების ზოგად (პერვაზიულ) აშლილობათა ჯგუფს (F84), რომლის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმია სოციალური ურთიერთობებისა და საქმიანობის თვისებრივი ანომალია, ასევე ინტერესების სფეროსა და საქმიანობის შეზღუდვა, სტერეოტიპული გამეორებები. აღნიშნული თვისებრივი ანომალიები არის ზოგადპიროვნული მახასიათებლები ნებისმიერი სიტუაციისთვის.

აუტიზმის სპექტრის აშლილობებს მიეკუთვნება 4 დიაგნოსტიკური კატეგორია: ბავშვთა აუტიზმი, ატიპური აუტიზმი, ასპერჯერის სინდრომი და განვითარების ზოგადი აშლილობა, დაუზუსტებელი.

აუტიზმზე ეჭვის ყველა შემთხვევაში, პირველადი ჯანდაცვის ექიმმა შემდეგი ნაბიჯის გადაწყვეტამდე, საჭიროა შეინარჩუნოს საკუთარი კომპეტენციისადმი კრიტიკულობა და მიმართოს კოლეგებს რჩევისათვის.

აუტიზმის ნიშნებისა და სიმპტომების იდენტიფიცირებისას გამოყენებული უნდა იყოს დანართი №2, მაგრამ არ უნდა გამოირიხოს აუტიზმი მაშინაც კი, როდესაც დანართში მოცემული ნიშნები ზუსტად არ ემთხვევა კლინიკურ სურათს. ის შეიძლება გამოიყენებოდეს მხოლოდ როგორც დამხმარე სახელმძღვანელო, რადგან შე-

საძლოა მასში არ აღმოჩნდეს კონკრეტული ინდივიდისთვის დამახასიათებელი ყველა ის ნიშანი, რომელიც აუტიზმის გამოვლინებას წარმოადგენს.

აუტიზმის ამოცნობის ალგორითმი მოცემულია დანართ №3-ში.

აუტიზმის მქონე პირთა იდენტიფიკაციისას, ისევე, როგორც მართვისას, გუნდის მიერ გათვალისწინებული უნდა იქნას რთული ქცევის მაპროვოცირებელი ფაქტორები.

განვითარების ან ქცევის შესახებ ჩივილი განხილული უნდა იყოს მშობელთან ან მზრუნველთან ერთად. საუბარი, როგორც აუტიზმზე, ასევე, სავარაუდო მიზეზებზე, უნდა იყოს თანაგრძნობის შემცველი. საჭიროა სპეციალისტების მხრიდან იყოს მზაობა იმისა, რომ მიუხედავად აუტიზმზე ეჭვისა, მშობლისთვის, პარტნიორისთვის, ან კანონიერი წარმომადგენლისთვის, სპეციალისტების მხრიდან აუტიზმზე ეჭვის გამოთქმა და მისი გარკვეულწილად დადასტურება (რაც აუტიზმის გუნდთან რეფერალში გამოიხატება), შეიძლება სერიოზული სტრესი აღმოჩნდეს მათთვის. მნიშვნელოვანია დროის გამოყოფა მშობლის, მზრუნველის, ან საჭიროების შემთხვევაში, აუტიზმის მქონე პირის მოსასმენად და მათი პრობლემების შესახებ დისკუსიისთვის.

ბავშვის/ზრდასრულის აუტიზმის მულტიდისციპლინურ გუნდთან რეფერირება განიხილება მაშინ, როდესაც ბავშვს/ზრდასრულს აქვს აუტიზმისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები და ნიშნები (იხ. დანართი №2).

აუტიზმის გუნდთან გადამისამართება ხდება 3 წლამდე ასაკის ყველა იმ ბავშვისა, რომელსაც აქვს ენის და მეტყველებისა და სოციალური უნარების განვითარების შეფერხება.

ბავშვი აუცილებლად უნდა იყოს კონსულტირებული პედიატრისა ან ბავშვთა ნევროლოგის მიერ, რომლებიც საჭიროების შემთხვევაში, გააგზავნიან ბავშვს აუტიზმის გუნდთან შემდგომი კვლევისათვის იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვი არის:

- 3 წელზე მეტი ასაკის და აქვს ენისა და მეტყველების რეგრესი;
- ნებისმიერი ასაკის და აღენიშნება მოტორული უნარების რეგრესი.

საჭიროა დაზუსტება იმისა, არის თუ არა გამონახატული აუტიზმის შემდეგი რისკფაქტორები:

- აუტიზმის მქონე და ან ძმა;
- ცენტრალური ნერვული სისტემის მალფორმაციასთან დაკავშირებული თანდაყოლილი მანკები და/ან დისფუნქცია ცერებრული დამბლის ჩათვლით;
- ანამნეზში გესტაციური ასაკი 35 კვირაზე ნაკლები;
- მშობლის შიზოფრენიის მსგავსი ფსიქოზი ან აფექტური აშლილობა;

- დედის მიერ ორსულობის პერიოდში ნატრიუმის ვალპროატის გამოყენება;
- დედის ინტელექტუალური დარღვევა;
- ნეონატალური ენცეფალოპათია ან ეპილეფსიური ენცეფალოპათია ინფანტილური სპაზმების ჩათვლით;
- ქრომოსომული დარღვევები დაუნის სინდრომის ჩათვლით;
- გენეტიკური დარღვევები მყიფე X სინდრომის ჩათვლით;
- კუნთთა დისტროფიები;
- ნეიროფიბრომატოზი;
- ტუბეროზული სკლეროზი.

აუტიზმის გუნდში რეფერირებისას რეფერალის წერილს უნდა ახლდეს:

- მშობლის/მზრუნველის, სპეციალისტის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია სიმპტომებისა და ნიშნების შესახებ;
- ექიმის პირადი დაკვირვება სიმპტომებისა და ნიშნების შესახებ.

ასევე, შესაძლებლობის მიხედვით:

- ანტენატალური და პერინატალური ანამნეზი;
- განვითარების მდგომარეობა;
- აუტიზმის არსებობის მაღალი რისკფაქტორი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში);
- სამედიცინო ისტორია და კვლევები;
- ინფორმაცია წინა შეფასების შესახებ.

ბავშვი გადამისამართდება ზრდასრულთა აუტიზმის გუნდში იმ შემთხვევაში, თუ მას აქვს დანართ №2-ში მითითებული ნიშნები.

ზრდასრულის აუტიზმზე შეფასებისას ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ქვემოთ ჩამოთვლილი შემდეგი ინფორმაცია:

- აუტიზმის ძირითადი ნიშნები და სიმპტომები (სოციალური ინტერაქციის და კომუნიკაციის სირთულე და სტერეოტიპული ქცევა, ცვლილებებისადმი რეზისტენტობა და შეზღუდული ინტერესები), რომლებიც იყო ბავშვობაში და ზრდასრულობაშიც გრძელდება;
- ადრეულ ასაკში განვითარების ისტორია;
- ქცევასთან დაკავშირებული პრობლემები;
- ფუნქციონირება სახლში, საგანმანათლებლო დაწესებულებაში, სამსახურში;
- წარსულში არსებული და მიმდინარე ფიზიკური და ფსიქიკური დარღვევები;
- სხვა ნეიროგანვითარებითი დარღვევები;
- ჰიპო ან/და ჰიპერსენსიტივობის პრობლემა და ყურადღება დეტალებზე;

აუტიზმის ძირითად ნიშნებსა და სიმპტომებზე აუცილებელია უშუალო დაკვირვება, განსაკუთრებით სოციალურ სიტუაციებში.

მშობელმა/მზრუნველმა და საჭიროების შემთხვევაში, ბავშვმა/ზრდასრულმა, უნდა იცოდეს, რა მოლოდინები შეიძლება ჰქონდეს აუტიზმის გუნდში ან სხვა სერვისში მის გადამისამართებასთან დაკავშირებით.

2.3. აუტიზმის სასკრინინგო და სადიაგნოსტიკო კითხვარები

მაია გაბუნია, მედეა ზირაქაშვილი

სასკრინინგო და სადიაგნოსტიკო ინსტრუმენტების უმრავლესობა არის ენობრივად სპეციფიკური და კულტურულად სენსიტიური. მრავალრიცხოვანი სკრინინგინსტრუმენტიდან შემოვიფარგლეთ მხოლოდ რამდენიმე, ყველაზე მნიშვნელოვნით.

ბავშვის განვითარების სკრინინგი წარმოადგენს სტანდარტიზებულ შეფასებას, რომლის მიზანია გამოავლინოს, არსებობს თუ არა ბავშვის განვითარების დარღვევის რისკი. ის არ იძლევა დიაგნოსტიკის ან განვითარების შეფერხების დადგენის საშუალებას.

ერთ-ერთი გავრცელებული, ქართულ პოპულაციაზე ადაპტირებული და ნორმირებული სკრინინგინსტრუმენტია „ასაკებისა და ეტაპების კითხვარი – 3“, რომელიც ითარგმნა და ადაპტირდა ამერიკული ASQ-3-ის (Ages and Stages Questionnaires – 3) მიხედვით. ამ სკრინინგ ინსტრუმენტის ქართული ვერსია ახლავს ბავშვის ნეიროგანვითარებაზე ზედამხედველობის პროტოკოლს, რომელიც დამტკიცებულია ლტოლვილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ და ხელმისაწვდომია მის ვებგვერდზე.

„ასაკებისა და ეტაპების კითხვარი – 3“ არის მშობლის კითხვარი, რომელიც შედგება 30 კითხვისგან, რომელიც დაყოფილია 5 ნაწილად: უხეში მოტორიკა, ნატიფი მოტორიკა, კომუნიკაცია, პრობლემის გადაჭრა და სოციალურ-ემოციური სფერო. თითოეულ სფეროში არის 6 კითხვა. კითხვარის გამოყენება შესაძლებელია 2-დან 60 თვემდე ასაკის ბავშვებში. ის გამოყენებული უნდა იყოს ნებისმიერ ასაკში, როგორც კი გაჩნდება განვითარების პრობლემაზე ეჭვი ან ტიპური განვითარების ბავშვის შესაფასებლად 12, 18, 24 და 36 თვეზე.

აუტიზმის სპექტრის აშლილობების ფართოდ გავრცელებული სკრინინგინსტრუმენტია აუტიზმის მოდიფიცირებული, განახლებული კითხვარი ადრეული ასაკის ბავშვებისთვის (M-CHAT-R), რომელიც მოცემულია დანართში. კითხვარი შედგება 20 კითხვისგან და ახლავს სავარაუდო პასუხი (დიახ და არა). ეს სკრინინგული ინსტრუმენტი 16-30 თვის ასაკის ბავშვებში აუტიზმის და/ან განვითარების ეტაპების დაყოვნების რისკის შეფასების საშუალებას იძლევა.

ქულობრივი შეფასების მიხედვით მოცემულია რეკომენდაცია შემდეგი ნაბიჯისთვის. ინსტრუმენტი არ არის ნორმირებული ქართულ პოპულაციაზე, მაგრამ აქტიურად გამოიყენება მაღალი სენსიტივობისა და სპეციფიკურობის გამო.

შედარებით მობრძლი ასაკის ბავშვებისა და მოზარდებისთვის გამოიყენება სკრინინგული ინსტრუმენტი – აუტიზმის შეფასების სკალა-2 (CARS™-2 – Childhood Autism Rating Scale™), რომელიც განკუთვნილია 2 წელზე მეტი ასაკისთვის და გამოიყენება აუტიზმის რისკის და მისი ნიშნების სიმძიმის ქულობრივად შესაფასებლად. არსებობს მისი პირველი გამოცემის ქართულად ნათარგმნი ვერსია, თუმცა ნორმირებული არ არის. კვლევები ადასტურებენ მის მაღალ სენსიტივობას აუტიზმის სპექტრის აშლილობების ამოცნობისთვის.

აუტიზმის სადიაგნოსტიკო ინსტრუმენტების ოქროს სტანდარტს მიეკუთვნება 2 ინსტრუმენტი: აუტიზმის სადიაგნოსტიკო დაკვირვების სქემა (იგივე ADOS – Autism Diagnosis Observation Schedule) და აუტიზმის სადიაგნოსტიკო ინტერვიუ (იგივე ADI-R – Autism Diagnostic Interview Revised).

ADI-R, აუტიზმის სადიაგნოსტიკო ინტერვიუ, არის ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუ და მოიცავს შეკითხვებს ბავშვის განვითარების და ცხოვრების შესახებ ორი წლის ასაკიდან მობრძილობამდე. ხდება ქცევის და აქტივობების დეტალური აღწერა აუტიზმთან დაკავშირებული ქცევის დასადგენად. დიაგნოსტიკური ალგორითმი კატეგორიულია: აუტიზმის სიმპტომები არის ან არ არის.

ADI-R გულისხმობს სტრუქტურირებული ინტერვიუს პროტოკოლს, რომელიც შედგება 91 პუნქტისგან და გამოიყენება დიაგნოსტიკის მიზნით ან ასაკის გათვალისწინებით ინტერვენციის დაგეგმვისათვის. დიაგნოსტიკური ალგორითმები დაყოფილია ასაკის მიხედვით.

თუ ინტერვიუს მიზანია შეფასება და განვითარების სრული ანამნეზის შეკრება, გამოიყენება დიაგნოსტიკური ალგორითმის ორი ვარიანტიდან ერთ-ერთი: 24 თვიდან 47 თვემდე ან 48 თვის შემდეგ.

თუ ინტერვიუს მიზანია მკურნალობა ან მიმდინარე ქცევის შეფასება საგანმანათლებლო მიზნებისთვის, გამოიყენება მიმდინარე ქცევის სამი ალგორითმიდან ერთ-ერთი: 3 წ 11 თვემდე ასაკისთვის, 4 წ 0 თვიდან 9 წ 11 თვემდე ასაკისთვის ან 10 წ და 0 თვის ზემოთ ასაკისთვის. იმ შემთხვევაში, თუ კითხვარის შედეგი გამოყენებული უნდა იყოს როგორც დიაგნოსტიკისთვის, ასევე ინტერვენციისთვის, გამოიყენება ასაკის შესაბამისი ორივე, დიაგნოსტიკური და მიმდინარე ქცევის ალგორითმის შესაბამისი ADI-R ტესტი.

ADI-R-ის 93 პუნქტი დაყოფილია სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმების შესაბამის 3 ძირითად სფეროდ: ენა/კომუნიკაცია, რეციპროკუ-

ლი სოციალური ინტერაქცია და შეზღუდული, განმეორებითი და სტერეოტიპული ქცევა და ინტერესები, რომელიც შესაბამისობაშია დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის ICD-10-ის კრიტერიუმებთან. კითხვარის გამოყენების პროცედურები მკაცრად სტანდარტიზებულია.

ტესტი მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ კლინიცისტიისთვის, ის მნიშვნელოვანია მშობლისთვისაც, რადგან კითხვარის შევსებისას და შემდეგაც ბევრ ისეთ დეტალზე ამახვილებს ყურადღებას, რაც ტესტში შეკითხვის სახითაა მოცემული და მის გარეშე არასოდეს იფიქრებდა, რომ მსგავსი ფაქტები ასეთი მნიშვნელოვანი იყო. ADI-R-ს მშობლის ფსიქოგანათლების ამალგებაშიც ძალიან დიდი წვლილი შეაქვს, ასევე ეხმარება კლინიცისტს პაციენტის მშობლის ნდობის მოპოვებაში, რაც წინაპირობაა შემდგომში ადეკვატური ურთიერთთანამშრომლობისა.

ორივე ტესტის ერთდროულად გამოყენება საშუალებას იძლევა, რომ ბავშვის შესახებ მოპოვებული ინფორმაცია იყოს დეტალური და ობიექტური.

არსებობს მისი ქართულენოვანი ვერსია, რომელიც განხორციელდა ოფიციალური ნებართვით (საქართველოს ბავშვთა ნევროლოგთა ასოციაციის მიერ).

ADOS-2 – Autism Diagnosis Observation Schedule-2 – აუტიზმის სადიაგნოსტიკო დაკვირვების სქემა წარმოადგენს „ოქროს სტანდარტს“ აუტიზმის სპექტრის აშლილობების შეფასებისა და დიაგნოსტიკისათვის და მოიცავს სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფს, დაწყებული ჩვილობიდან ზრდასრულობის ჩათვლით.

ეს ნახევრადსტრუქტურირებული სტანდარტიზებული შეფასების მეთოდიკა შეიძლება გამოყენებულ იქნას ყოველი საექვო შემთხვევის დიაგნოსტიკისათვის და აფასებს კომუნიკაციას, სოციალურ ინტერაქციას და თამაშს ანუ სხვადასხვა საგნების წარმოსახვით გამოყენებას. სტრუქტურირებული აქტივობები და მასალა იძლევა სტანდარტულ კონტექსტს, სადაც შესაძლებელია სოციალურ ინტერაქციაზე, კომუნიკაციასა და აუტიზმისთვის რელევანტურ ქცევებზე დაკვირვება.

ინსტრუმენტით შეფასებას ესაჭიროება 35-დან 40 წუთამდე. კვლევისას იყენებენ მხოლოდ ერთ მოდულს, ბავშვის ექსპრესიული მეტყველების უნარის განვითარების დონის შესაბამისად და ქრონოლოგიური ასაკის გათვალისწინებით.

ADOS მეთოდიკა გულისხმობს ოთხ მოდულს, ხოლო ADOS-2-ს დაემატა მეხუთე, ჩვილების მოდულიც, რომლის არჩევაც ხდება საკვლევი პირის ასაკის და შესაძლებლობების გათვალისწინებით:

I – გამოიყენება ბავშვისთვის, რომელიც არ იყენებს ფრაზულ მეტყველებას მუდმივად;

- II – გამოიყენება მათთვის, ვისაც ფრაზული მეტყველება აქვს, მაგრამ არ ლაპარაკობს თავისუფლად;
- III – თავისუფლად მოლაპარაკე ბავშვებისთვის;
- IV – თავისუფლად მოლაპარაკე ზრდასრულებისთვის;
- V – ჩვილების მოდული – 30 თვის ჩათვლით ბავშვებისთვის.

ჩამტარებელს საშუალება უნდა ჰქონდეს, უშუალოდ დააკვირდეს საკვლევი პირის ქცევას სპეციფიკურ გარემოში. დაკვირვებები ვიდეოზე იწერება და შემდეგ ექვემდებარება კოდირებას, რომ მოხდეს დიაგნოზის ფორმულირება. ინსტრუმენტის გამოყენება საჭიროებს მკვლევრის სპეციფიკურ ტრენინგებს, რადგან მონაცემთა ინტერპრეტირება მოითხოვს მაღალ კომპეტენციას.

აუტიზმის დიაგნოსტიკური დაკვირვების სქემა ობიექტური ტესტია. მას ბავშვისთვის/მოზარდისთვის უცხო გარემოში ატარებს უცხო ადამიანი (კლინიციისტი) და ფასდება ბავშვის შესაძლებლობები კომუნიკაციის, სოციალიზაციის, თამაშისა და ქცევის კუთხით. ამ ინსტრუმენტით შეფასებისას ბევრ მშობელს რჩება შთაბეჭდილება, რომ ბავშვს მეტი უნარის გამოვლენის საშუალება აქვს თავის სახლში, ხოლო უცხო გარემოში შესაძლებლობების მინიმუმს ავლენს, რის გამოც ძალიან შფოთავენ ხოლმე. გასათვალისწინებელია, რომ ტესტირება თავისთავად გულისხმობს უნარებზე დაკვირვებას უცხო გარემოში, უცხო ადამიანთან და გათვალისწინებულია ყველა ის ფაქტორი, რომელმაც შესაძლებელია ხელი შეუშალოს ბავშვის უნარების გამოვლენას. ეს ყველაფერი ასევე მნიშვნელოვანია კლინიციისტისთვის შედეგების ინტერპრეტირებისას. ჩატარების ინსტრუქტაჟში ასეც არის მითითებული, რომ მხოლოდ სპეციფიკურ გარემოში შეფასებისას გამოვლენილი უნარებით ვმსჯელობთ ბავშვის განვითარების ძლიერ და სუსტ მხარეებზე. ნაცნობ გარემოში გამოვლენადი უნარების დაფიქსირებისთვის არსებობს მეორე დიაგნოსტიკური ტესტი, ADI-R, რომელზეც ზემოთ იყო საუბარი.

ზრდასრულის შეფასებისას შესაძლოა დამატებით გამოყენებული იყოს: ზრდასრულთა ასპერგერის შეფასება (AAA), ასპერგერის სინდრომის დიაგნოსტიკური ინტერვიუ (ASDI), სოციალური და კომუნიკაციური აშლილობის დიაგნოსტიკური ინტერვიუ (DISCO), რიტვოს აუტიზმისა და ასპერგერის დიაგნოსტიკური სკალა (RAADS-R). არცერთი აქ ჩამოთვლილთაგან საქართველოში ამ დროისთვის არ გამოიყენება.

დამატებით აღსანიშნავია, რომ კითხვარები და ინსტრუმენტები არ იძლევა დიაგნოზის ერთმნიშვნელოვნად დასმის საშუალებას. დიაგნოსტიკა მოითხოვს შეჯერებულ კლინიკურ-ფსიქოლოგიურ შეფასებას, რაც უნდა მოხდეს აუტიზმის მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ კლინიკური მსჯელობის საფუძველზე.

2.4. სადიაგნოსტიკო კლასიფიკატორული სისტემები (DSM-5 vs ICD-10)

მარინა გეგელაშვილი

სადიაგნოსტიკო კლასიფიკატორული სისტემები (DSM-5 vs ICD-10)

DSM-5 vs ICD-10 დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციები წარმოადგენს ნორმატიულ დოკუმენტს, რომელიც უზრუნველყოფს როგორც კლინიკურ, ასევე სამეცნიერო სივრცეში მეთოდური მიდგომების ერთიანობას და მონაცემების საერთაშორისო შესაბამისობაში მოყვანას, რაც იოლს ხდის ინფორმაციის გაზიარების პროცესის გაუმჯობესებას პროფესიონალებში.

ფსიქიატრიაში კლასიფიკატორების შემოღების მთავარი მიზანი არის ინფორმაციის გაზიარების პროცესის გაუმჯობესება პროფესიონალებში. კლასიფიკაციური სისტემების ძირითადი მიზანი ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიაში ასევე არის ინფორმაციის გაცვლის გაადვილება კლინიციისთვისა და მკვლევარებისათვის.

დღესდღეობით არსებული ორივე კლასიფიკაცია – DSM და ICD – პერიოდულად განიცდის რევიზიას, რათა მოხდეს მათში ბოლოდროინდელი კვლევების მიღწევების ასახვა (Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, King B, McCracken J, State M. 2014a.).

DSM-5-ში ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციამ 2013 წელს შეიტანა მნიშვნელოვანი ცვლილებები

ICD-11 ჯერჯერობით დამტკიცებული არ არის. სავარაუდოდ, იქ შესაბამისი ცვლილებები იქნება, როგორც არის DSM-5-ში.

ICD-10-ში და DSM-5-ის ბოლო რედაქციებში შესული ცვლილებები:

1. ICD-10-ში ცალკეა გამოყოფილი ბავშვთა აუტიზმი – F 84.0, ატიპური აუტიზმი – F 84.1, რეტის სინდრომი – F 84.2, ბავშვთა სხვა დეზინტეგრაციული აშლილობები – F 84.3, ჰიპერკინეტიკული აშლილობა გონებრივი ჩამორჩენილობით და სტერეოტიპული მოძრაობებით – F 84.4, ასპერგერის სინდრომი – F 84.5, განვითარების სხვა პერვაზიული აშლილობები – F 84.8, განვითარების პერვაზიული აშლილობა, დაუზუსტებელი – F 84.9.

2. DSM-5-ში მოხდა სამი პერვაზიული აშლილობის: ბავშვთა აუტიზმის, ასპერგერის სინდრომის და განვითარების პერვაზიული აშლილობის გაერთიანება ერთ დიაგნოზში – აუტისტური სპექტრის აშლილობის სახელწოდებით, მაშინ, როდესაც ICD-10-ში ეს დიაგნოზები ცალკეა გამოყოფილი.

არგუმენტაცია: DSM-5-ის სამუშაო ჯგუფმა მიიჩნია, რომ დაყო-

ფა ამ მდგომარეობებს შორის არის ხელოვნური კლასტიკურიზაციის შედეგი და ახალი კრიტერიუმი უფრო მოსახერხებელია აუტიზმის დიფერენცირებისათვის ნორმალური განვითარებისაგან და სხვა ფსიქიატრიული დიაგნოზებისაგან.

3. DSM-5-ში ასა-სთვის აუტიზმის სპექტრის აშლილობების სექციიდან ამოღებულია რეტის სინდრომი, რომელიც იყი წინა გადასინჯვაში. ხოლო ICD-10-ში შესულია ფსიქიკური განვითარების დარღვევების კლასტერში აუტიზმთან დაკავშირებული მდგომარეობების ნაწილში.

არგუმენტაცია: რეტის სინდრომის შემთხვევაში მხოლოდ გარკვეულ ასაკში უვითარდებათ აუტიზმის სიმპტომატიკა. რეტის აშლილობა შედის ქრომოსომული დარღვევების ჯგუფში.

4. აუტისტური სპექტრის აშლილობების სექციიდან ამოღებულია ბავშვთა დეზინტეგრაციული აშლილობა.

არგუმენტაცია: დეზინტეგრაციული აშლილობის დროს პაციენტებს უვლინდებათ კონკრეტული ფიზიკური სიმპტომები და გარკვეული ტიპის განვითარების რეგრესს განიცდიან.

5. ICD 10-ში არის სამი ძირითადი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმი ასასთვის:

- ა. დეფიციტი სოციალურ ინტერაქციაში;
- ბ. დეფიციტი კომუნიკაციურ ინტერაქციაში;
- გ. შეზღუდული, განმეორებითი ქცევები, ინტერესები და აქტივობები.

DSM-5-ში ASD დიაგნოსტიკური კრიტერიუმი შემცირდა სამიდან ორ ძირითად კრიტერიუმამდე:

- 1. დეფიციტი სოციალურ და კომუნიკაციურ ინტერაქციაში;
- 2. შეზღუდული, განმეორებითი ქცევები ინტერესები და აქტივობები.

ანუ მოხდა ორი ძირითადი სფეროს გაერთიანება – სოციალური ინტერაქციის და კომუნიკაციური ინტერაქციის დეფიციტების. შესაბამისად, გამოიყო 2 კრიტერიუმი ადრინდელი სამის ნაცვლად.

არგუმენტაცია: ორი სფერო – სოციალური ინტერაქციის დაქვეითება და საკომუნიკაციო უნარების დაქვეითება ხშირად ურთიერთგადამფარავია.

(ICD 10, DSM-5, Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour & .zgür Öner).

2.5. დიაგნოსტიკური შეფასება

მაია გაბუნია, მედეა ზირაქაშვილი

აუტიზმის იდენტიფიკაციისა და დიაგნოსტიკის დროს, ანამნეზისა და დაკვირვების შედეგად არსებული მონაცემების ინტერ-

პრეტაციისთვის, გასათვალისწინებელია დიფერენციული დიაგნოსტიკისა და სპეციფიკური შეფასებების საჭიროება. ყოველთვის უნდა გამოვრიცხოთ ნევროლოგიური, სამედიცინო, გენეტიკური მდგომარეობები და სენსორული დისფუნქციები, როგორებიცაა:

- ნეიროგანვითარებითი დარღვევები:
 - მეტყველების განვითარების სპეციფიკური დარღვევა;
 - ინტელექტუალური დარღვევა ან განვითარების შერეული სპეციფიკური დარღვევები;
 - მოტორული განვითარების სპეციფიკური დარღვევა.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები:
 - ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის/ჰიპერკინეტიკული აშლილობის სინდრომი;
 - შფოთვითი აშლილობა;
 - ბავშვთა ასაკის მიჯაჭვულობის დარღვევა;
 - ოპოზიციურ-დევიაციური ქცევითი აშლილობა;
 - ქცევის დარღვევა (conduct disorder);
 - ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა;
 - ფსიქოზი.
- ზრდასრულებში (დამატებით):
 - შიზოფრენია;
 - აფექტური აშლილობა;
 - სელექტიური მუტიზმი.
- განვითარების რეგრესით მიმდინარე მდგომარეობები:
 - რეტის სინდრომი;
 - ეპილეფსია.
- სხვა მდგომარეობები:
 - სმენის მძიმე დაქვეითება;
 - მხედველობის მძიმე დაქვეითება;
 - ძალადობა.

განხილული უნდა იქნას, თითოეული შემთხვევისთვის რომელი სფეროს შეფასებაა დამატებით საჭირო, მაგალითად:

- ინტელექტისა და დასწავლის უნარის;
- აკადემიური უნარების;
- ენის, მეტყველებისა და კომუნიკაციური უნარების;
- ნატიფი და მსხვილი მოტორიკის;
- ადაპტური ქცევის (საკუთარი თავის მოვლის ჩათვლით);
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის (თვითშეფასების ჩათვლით);
- ფიზიკური ჯანმრთელობისა და ნუტრიციის;

- ჰიპო – ან ჰიპერსენსიტივობის;
- ქცევის, რომელიც გავლენას ახდენს ყოველდღიურ ცხოვრებაზე, ფუნქციონირებასა და სოციალურ ჩართულობაზე.

ასევე განხილული უნდა იქნას თანმხლები მდგომარეობების არსებობის საკითხი, ხოლო ეჭვის შემთხვევაში განხორციელდეს შესაბამისი შეფასება და/ან რეფერალი შესაბამის სპეციალისტებთან.

არ უნდა იქნას გამოყენებული ბიოლოგიური, გენეტიკური ან ნეიროვიზუალური კვლევები რუტინულად, როგორც შეფასების აუცილებელი ნაწილი.

ზემოჩამოთვლილი ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს, პირველადი ჯანდაცვის ექიმს, ყველა იმ სპეციალისტს, რომელიც მონაწილეობს აუტიზმის მქონე პირის საგანმანათლებლო და/ან სოციალურ მომსახურებაში, მხოლოდ და მხოლოდ მშობლის/მზრუნველის და შესაბამის შემთხვევაში, ბავშვის/მოზარდის/ზრდასრულის თანხმობის შემთხვევაში.

ზრდასრულის შეფასებისას, საჭიროების შემთხვევაში, იგეგმება 24 საათიანი მართვის კრიზისული გეგმა. გეგმაში დეტალურად უნდა იყოს გაწერილი: ა) კრიზისის სავარაუდო ტრიგერი და მისი გავლენა პირზე, რომლის შეფასებაც ხდება, ბ) სპეციალისტთა გუნდის როლი და რჩევები პირველადი ჯანდაცვის პერსონალისთვის, მზრუნველისთვის, პარტნიორისთვის და ოჯახისთვის.

მხოლოდ ინდივიდუალურ შემთხვევებში, სრულყოფილი შეფასების, ფიზიკური გასინჯვისა და კლინიკური მსჯელობის შემდეგ, წყდება ისეთი დამატებითი კვლევების საჭიროება, როგორებიცაა:

- გენეტიკური ტესტირება (თუ არსებობს სპეციფიკური დისმორფული ნიშნები, თანდაყოლილი ანომალიები და დასწავლის პრობლემები);
- სმენისა და მხედველობის შემოწმება (სმენის ან მხედველობის პრობლემაზე ეჭვის შემთხვევაში);
- სხვა სამედიცინო ტესტირება, რომლებიც ეფუძნება სპეციფიკურ სიმპტომებსა და ნიშნებს (ქცევის მოულოდნელი გაუარესება ან ცვლილება, წონის ცვლილება, ტკივილის არსებობაზე ეჭვი).

აუტიზმის დიაგნოსტიკებიდან 4-6 კვირის შემდეგ ინიშნება აუტიზმის გუნდის შერჩეულ წევრთან/წევრებთან განმეორებითი შეხვედრა შეფასების შედეგების განხილვისთვის.

2.6. დიფერენციალური დიაგნოზი

მარინა გეგელაშვილი

მოცემულ ქვეთავში მიმოხილულია აუტიზმის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა იმ აშლილობებთან, რომლებიც ხშირად შესაძლებელია, აუტიზმის მსგავსი ნიშნებით მიმდინარეობდეს და შესაბამისად, დიაგნოსტიკურ სირთულეებს ქმნიდეს კლინიკურ პრაქტიკაში.

აუტიზმის დიფერენციალური დიაგნოზი ბავშვებში:

სიყრუე და სმენის გამოხატული დაქვეითება

ბავშვების დიაგნოსტიკური კვლევისას მნიშვნელოვანია, გამოირიცხოს სიყრუე და სმენის გამოხატული დაქვეითება F70 (გაგოშიძე თ., Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour & .zgür Öner).

სმენის დაქვეითებაზე ეჭვი შესაძლებელია გაჩნდეს მაშინ, როდესაც ბავშვი წყვეტს ლულუნს, აქვს ცუდი ვოკალიზაცია და ამჟღავნებს ინდიფერენტულობას ხმოვანი სტიმულებისადმი. ამ დროს დიფ. დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელია ოტოაკუსტიკური ემისია და აუდიომეტრიული კვლევის ჩატარება. თუ ამ კვლევებით სმენის პრობლემები გამოირიცხა, მაშინ აღარ არის საჭირო შემდგომი კვლევების გაგრძელება, მაგრამ თუ ცვლილებები დაფიქსირდა, მაშინ გარეთა ყურის (ნიჟარა და გარეთა სასმენი მილი) დამატებითი გამოკვლევა უნდა მოხდეს და ტესტი განმეორდეს ორ-სამ თვეში. თუ კვლავ პრობლემაა, მაშინ სმენის გამოწვეული პოტენციალებით უნდა გაგრძელდეს შემდგომი კვლევა (Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour & .zgür Öner).

მძიმე ფსიქოსოციალური დეპრივაცია

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ მძიმე ფსიქოსოციალურ დეპრივაციას ზოგჯერ თან ახლავს აუტიზმის ნიშნები. ეს განსაკუთრებით თვალშისაცემი არის იმ ბავშვებში, რომლებიც თავიანთი ცხოვრების პირველ წელს მოკლებულნი არიან აუცილებელ კვებას, ფიზიკურ მოვლას, შემეცნებით და ვერბალურ სტიმულაციას. გაოჯახების შემდეგ ამ ბავშვების ერთ ნაწილს აღენიშნება საგრძნობი გაუმჯობესება და თითქმის უკვალოდ ქრება აუტიზმის ყველა ნიშანი. მაგრამ ბავშვების მეორე ნაწილში რჩება სოციალური ურთიერთობების დარღვევა, შეზღუდული ინტერესები, ფსევდო აუტისტური პატერნები, განპირობებული ადრეულ ასაკში მძიმე დეპრივაციით.

English and Romanian Adoptees (ERA) Study. 1999; Robert Goodman, Stephen Scott)

აუტიზმის ნიშნები საკმაოდ ხშირად გვხვდება გენეტიკური პათოლოგიების დროს (მყიფე X ქრომოსომის სინდრომის დროს, პრადერ-ვილის სინდრომის დროს და სხვა). აღსანიშნავია ასევე, რომ ამჟამინდელ ICD 10-ში გადასინჯვისაგან განსხვავებით, DSM-5-ში რეტის აშლილობა მიჩნეულია ქრომოსომულ დარღვევად (Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour & .zgür Öner, DSM-5).

რეტის აშლილობა – Rett’s disorder F 84.2

კლინიკური გამოვლინებები გვხვდება გოგონებში. დაახლოებით 12 თვის ასაკში ხდება განვითარების გლობალური რეგრესი, თავის ზომების ზრდის შეჩერება, დამახასიათებელი სტერეოტიპიები “ხელის ბანის” სახით და ხელების ხმარების შეზღუდული შესაძლებლობები, დამახასიათებელია აგრეთვე ღრმა სუნთქვა, უმიზნო სიცილი, მოძრაობების პროგრესირებადი დარღვევა. რეტის სინდრომის მქონე პირების უმრავლესობა კომუნიკაციაში შემოდის. ეს პროგრესირებადი დაავადებაა. (გაგოშიძე თ, Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir)

რეცეპტულ-ექსპრესიული მეტყველების დარღვევა. F 80.2 F 80.2

ბავშვებს, რომლებსაც მეტყველების დარღვევა აღენიშნებათ, გააჩნიათ ურთიერთობის სურვილი და შესწევთ უნარი, გამოიყენონ არავერბალური კომუნიკაციის საშუალებები – ჟესტების ენა. სოციალური ინტერაქციის უნარი აქვთ, თუმცა, რთულ შემთხვევებში, ფონოლოგიურ-სინტაქსური პრობლემები და აუტიზმის მსუბუქი ნიშნები აღენიშნებათ (გაგოშიძე თ, Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour & .zgür Öner AUTISM SPECTRUM DISORDER IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health ch2).

ლანდაუ-კლეფნერის სინდრომი F80.3

შექნილი აფაზია ეპილეფსიით ხასიათდება სამ წლამდე ნორმალური განვითარებით, ხოლო შემდეგ ექსპრესიული მეტყველების მნიშვნელოვანი რეგრესიით, რომელსაც თან ახლავს კრუნჩხვითი აქტივობა ეგ-ზე შესაბამისი ცვლილებებით. სრული აუტისტური სურათი ამ დროს არ ვლინდება (Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour, Robert Goodman, Stephen Scott).

ჰელერის სინდრომი ანუ დეზინტეგრაციული აშლილობა F84.3

ამ აშლილობისათვის დამახასიათებელია ნორმალურ განვითარება 2-დან 6 წლის ასაკამდე, რის შემდეგაც ბავშვი განიცდის რეგრესს. ხშირია ნაწლავის და შარდის ბუშტის ფუნქციებზე კონტროლის დაკარგვა, შფოთვა, გონებრივი ჩამორჩენილობა და აუტიზმის გამონატული სიმპტომები (Robert Goodman, Stephen Scott Child Psychiatry).

სელექტიური მუტიზმი და მიჯაჭვულობის რეაქტიული დარღვევა F94.0 F94.1

ამ დროს დამახასიათებელია სოციალურ გარიყულობა, შფოთვა და კომუნიკაციის პრობლემები. თუმცა, შესაძლებელია, აუტიზმისაგან გამიჯვნა, რადგან ბავშვს გააჩნია ნორმალური საკომუნიკაციო და სოციალური უნარები სახლში და/ან სხვა არჩევივითად მისთვის ნაცნობ თუ გარკვეულ, სასურველ გარემოში (გაგოშიძე თ., Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour).

აუტიზმის დიფერენციალური დიაგნოზი მოზარდებში

დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ამ ასაკში რთულდება იმ შემთხვევაში, თუ საქმე გვაქვს მალალფუნქციურ ინდივიდებთან (ასპერგერის სინდრომის მქონე პირებთან – ევროპული კლასიფიკაციის მიხედვით), ან შემთხვევებში, როდესაც ნაწილობრივ არის გამონატული აუტიზმის ნიშნები. ამ დროს აუცილებელია დეტალური სამედიცინო და განვითარების ისტორიის ცოდნა, პირის კლინიკური გამოკვლევა და ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ როგორია პირის ქცევა სხვადასხვა სოციალურ სიტუაციაში.

შიზოფრენია F20

ბავშვობაში დაწყებული შიზოფრენია მეტად იშვიათ აშლილობად ითვლება. პრობლემურია დიფ. დიაგნოსტიკა ემოციების შეზღუდულ გამოვლინებებსა და ნეგატივიზმის არსებობის გამო. თუმცა, ჰალუსინაციები და ბოდვა არის სპეციფიკური შიზოფრენიისათვის (Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour).

გარდა ამისა, შიზოფრენიის შემთხვევაში, მეტყველების განვითარების შეფერხების პრობლემები ან მისი დარღვევა არ აღინიშნება.

ზოგადად, აუტიზმის პროტოკოლის, სასკრინინგო და სადიაგნოსტიკო ინსტრუმენტების გარდა, უდიდესი როლი ენიჭება კლინი-

კურ გამოცდილებას ჩამოთვლილი სიმპტომების სწორი იდენტიფიკაციის, ინტერპრეტაციისა და ანალიზისთვის.

აუტიზმი და გონებრივი ჩამორჩენილობა

აუტიზმის დროს ინტელექტის მაჩვენებელი სხვადასხვაა. შესაძლებელია იყოს აუტიზმი გონებრივი ჩამორჩენილობით, ასევე მის გარეშეც.

დიფერენციალური დიაგნოსტიკა, რიგ შემთხვევებში, საკმაოდ გართულებულია. ბავშვებს, რომლებსაც აღენიშნებათ გონებრივი ჩამორჩენილობა, შესაძლოა, აღენიშნებოდეთ ტრიადა: 1. დარღვევა სოციალურ ურთიერთქმედებაში, 2. დარღვევები კომუნიკაციაში და 3. სხვადასხვა ხარისხის შემზღუდავი და სტერეოტიპული ქცევა, რაც ტიპურია აუტიზმისთვის.

გონებრივი ჩამორჩენილობის დიფერენცირება აუტიზმისაგან მცირეწლოვან ბავშვებში საკმაოდ გართულებულია ზემოაღნიშნული მიზეზების გამო.

DSM 5-ის თანახმად, გონებრივი ჩამორჩენილობის დიაგნოზი სწორია მაშინ, როდესაც სოციალურ-კომუნიკაციური უნარები და სხვა ინტელექტუალური უნარები არ მოდის შეუსაბამობაში ერთმანეთთან.

გონებრივ ჩამორჩენილობასთან შეუღლებული აუტიზმის დიაგნოზი მიზანშეწონილად მიჩნეულია მაშინ, როდესაც პირის სოციალური ურთიერთობა და კომუნიკაცია გარემოსთან გაცილებით უარესია, ვიდრე ეს უნდა იყოს მისი ზოგადი განვითარების შესაბამისად. აშკარაა, რომ საზღვრები საკმაოდ ბუნდოვანია და საკმაოდ ძალისხმევას მოითხოვს სწორი დიაგნოზის დასმა. განსაკუთრებით შემთხვევები, როდესაც გონებრივი ჩამორჩენა იმდენად მძიმეა, რომ აღიარებულია, რომ კლინიცისთვის რთულია გამოავლინოს შედარებითი ნაკლოვანებები თამაშში, ან კომუნიკაციაში.

გონებრივი ჩამორჩენილობა შესაძლებელია გქვონდს როგორც იდიოპათიური აუტიზმის, ასევე მეორადი აუტიზმის დროს, რომელიც გენეტიკური მდგომარეობებით, ან მავნე ფაქტორების ზემოქმედებით არის განპირობებული (Thurm A etc. 2019).

ამიტომ, როდესაც ეჭვი გვაქვს გონებრივ ჩამორჩენილობასთან შეუღლებულ აუტიზმზე, აუცილებლად უნდა გამოვრიცხოთ გენეტიკური მდგომარეობების არსებობა.

როდესაც განვიხილავთ გენეტიკურ მდგომარეობებს ან მავნე ფაქტორებით განპირობებულ მდგომარეობებს აუტიზმისათვის დამახასიათებელი თანმხლები სიმპტომატიკით, ვამბობთ, რომ გვაქვს ე.წ. სინდრომული აუტიზმი.

გონებრივი ჩამორჩენილობა უფრო ხშირად ხდება გენეტიკური ეტიოლოგიის გამოვლენის დროს, ვიდრე იდიოპათიური (უცნო-

ბი ეტიოლოგიის) აუტიზმის მქონე პოპულაციაში. არის რამდენიმე გენეტიკური სინდრომი: მყიფე X ქრომოსომის, Dup15q სინდრომი, სმიტ-ლემი-ოპტიცის სინდრომი, რომელთა დროს დაბალი IQ დაკავშირებულია აუტიზმის დიაგნოსტიკის მაღალ სიხშირესთან.

სინდრომულ აუტიზმზე ეჭვის მიტანა ხდება მაშინ, როდესაც ინდივიდს აღენიშნება: დისმორფიზმები (მაგალითად, მაკროორქიდიზმი, დიდი გამოწეული ყურები, განივი ხაზი ხელისგულზე, მაღალი სასა, მიკროცეფალია, მაკროცეფალია, ნეიროფიბრომატოზული კანის გამოვლინებები და ა.შ.), ეპილეფსია, განვითარების შეფერხება, მულტიორგანული დაზიანება. ასევე, აუცილებელია ყურადღების გამახვილება თვითდაზიანების ნიშნებსა და არასაკმარის კვებაზე.

ერთ-ერთი ძალზე მნიშვნელოვანი მიზეზი, რის გამოც აუტიზმის დიაგნოსტიკა გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე პირებში გართულებულია, არის ისიც, რომ აუტიზმის კვლევის ორი ინსტრუმენტი ADOS და ADI-R არ არის ვალიდობის ადამიანებისათვის, რომლებსაც მძიმე ინტელექტუალური უკმარისობა აღენიშნებათ.

აღსანიშნავია, რომ ამის გამო სულ უფრო მეტია სპეციალური საკვლევი ინსტრუმენტების შექმნის მცდელობა და სადიაგნოსტიკო პროცედურების გაუმჯობესება, რათა „დაჭერილი“ იქნას ის მცირე ნიუანსები, რომელიც უფრო ზუსტი დიაგნოსტიკის საშუალებას მოგვცემს.

აღსანიშნავია ისიც, რომ კვლევების უმრავლესობა ეხება აუტიზმს და არა გონებრივ ჩამორჩენილობას და უფრო გამარტივებულია კვლევა იმ კონტიგენტის, რომელსაც აღენიშნება აუტიზმი გონებრივი ჩამორჩენილობის გარეშე.

გონებრივი ჩამორჩენილობის მცდარი დიაგნოსტიკა ასევე ხშირია აუტიზმის მქონე პირებში, რომლებიც არ ლაპარაკობენ ან რამდენიმე სიტყვას ამბობენ, და ირგვლივმყოფებს ხშირად მიაჩნიათ, რომ ამ ბავშვებს დაბალი გონებრივი შესაძლებლობები აქვთ.

ზუსტი დიაგნოსტიკა მისცემს ამ კონტიგენტს უფრო დიფერენცირებული და უკეთესი სერვისის მიღების საშუალებას.

სწორი დიაგნოსტიკისთვის უდიდესი როლი ენიჭება კლინიკურ გამოცდილებას, ჩამოთვლილი სიმპტომების სწორ იდენტიფიკაციას, ინტერპრეტაციას და ანალიზს.

(Thurm A etc. 2019, Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, etc.)

ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომი ADHD (იხ ქვეთავი ASD და ADHD კომორბიდობა)

თავი 3.

აუთიზმის კომორბიდული მდგომარეობები

მარინა გეგელაშვილი

კომორბიდობა – ერთი ან რამდენიმე აშლილობის თანაარსებობა ერთ ინდივიდში (Johnny L. Matson, 2007).

აუტიზმი შესაძლებელია თანაარსებობდეს შემდეგი მდგომარეობებთან ერთად:

1. გენეტიკური მდგომარეობები
2. ნევროლოგიური მდგომარეობები
3. ფსიქიატრიული მდგომარეობები

მოცემულ თავში, ძირითად ყურადღებას ვამახვილებთ ფსიქიატრიულ კომორბიდობებზე, როგორც ერთ – ერთ ყველაზე დიდ გამოწვევაზე კლინიცისტებისათვის, აუტიზმის ინტერვენციის პრაქტიკაში. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ნებისმიერი ადაპტაციის დარღვევის შემთხვევაში, ყოველთვის უნდა იყოს გამახვილებული ყურადღება სომატონევროლოგიურ და ფსიქოსოციალური მდგომარეობის ცვლილებებზე.

ისტორიულად, მრავალი კლინიცისტი მიიჩნევდა, რომ აუტიზმის, ან გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე პირებს არ შეიძლებოდა ჰქონოდათ სხვა ფსიქიატრიული აშლილობები და ისეთი სიმპტომები, როგორცაა თვითდაზიანება, ან დესტრუქციული ქცევები. ყველა ეს დარღვევა მიეწერებოდა აუტიზმს, ან გონებრივ ჩამორჩენილობას.

თუ ადრე არსებობდა შეხედულება, რომ აუტიზმი და ინტელექტუალური უკმარისობა გამორიცხავენ ფსიქიატრიული კომორბიდობების არსებობას – დღეს უკვე ფართოდ აღიარებულია შეხედულება, რომ ფსიქიატრიული კომორბიდობები საკმაოდ გავრცელებულია ამ დარღვევების დროსაც. შესაბამისად, კლინიცისტებს მეტად ღრმა და ფრთხილი შეფასება მართებთ იმისა, თუ რა უდევს საფუძვლად ამა თუ იმ სიმპტომს, რომელიც აღმოცენდება ამ ორი აშლილობის თანაარსებობის დროს.

დიაგნოსტიკური დიაგნოსტიკების პროცესი ჩვეულებრივი ეტაპია კლინიცისტებისათვის, მაგრამ დიფ. დიაგნოსტიკა საკმაოდ რთულდება, როდესაც საქმე გვაქვს კომორბიდული აშლილობის დიაგნოსტიკასთან, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც კომორბიდულ აშლილობებს და აუტიზმს გააჩნიათ ურთიერთგადამფარავი სიმპტომები (Johnny L Matson*¹ & Lindsey W Williams¹ Differential diagnosis and comorbidity 2013) Lai MC, Kasse C, Besney R, Bonato S, etc.).

3.1. როდის უნდა ვიფიქროთ კომორბიდობებზე

აუტიზმის კომორბიდულ მდგომარეობებზე უნდა ვიფიქროთ მაშინ, როდესაც:

- პრობლემები არის აშკარა და სცდება აუტიზმის ტიპურ ნიშნებს;
- არის მკვეთრი გადახრა ძირითადი აწლილობის მიმდინარეობის სურათიდან;
- სახეზეა პრობლემური ქცევა, რომელიც მკვეთრად არღვევს ადაპტაციას;
- სახეზეა ძირითადი სიმპტომების გაუარესება;
- პირი არ რეაგირებს მოსალოდნელი შედეგებით მისთვის შემუშავებულ ინტერვენციებზე (Sydney Rice, Sally Ozonoff, Sally Rogers, Robert Hendren, 2003).

ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი გამოწვევა აუტიზმის მართვის დროს აგრესიული და თვითდამაზიანებელი ქცევებია, რომლებიც საკმაოდ ხშირია აუტიზმის დროს და ამასთან განსხვავებული მიზეზებით შეიძლება იყოს გამოწვეული. რიგი ავტორების მიერ განიხილება, როგორც იმპულსის კონტროლის აწლილობა (F63.9). ხოლო თუ კარდინალური პრობლემა მძიმე ფიზიკური აგრესიაა, განიხილება როგორც ინტერმიტენტული ექსპლოზიური აწლილობა F-63.81 (Sarah Mohiuddin, Sara Bobak, etc. 2011).

3.2. ქცევის დარღვევები

სანამ ცალკეულ ფსიქიატრიულ კომორბიდობებზე გადავალთ, ყურადღება გვინდა გავამახვილოთ იმ სტრესორებზე, რომლებიც გამოიყო, როგორც ძალზე მნიშვნელოვანი კონტრიბუტორები აუტიზმის დროს გარემოსთან ადაპტაციის გაუარესებაში. ადაპტაციის დარღვევები მრავალფეროვანია აუტიზმის დროს. უმნიშვნელოვანესია – ძალადობრივი ქცევა, საგნების მტვრევა, თვითდამაზიანებელი ქცევა. ამის გარდა, შესაძლებელია პასიურობა, ინიციატივის ნაკლებობა, მოუსვენრობა, გამლიზიანებლობა, სოციალური იზოლაციის გაღრმავება, რიტუალები და კომპულსიური ქცევა, ძილის პრობლემები, ჩივილები ტკივილზე.

აუტიზმთან ასოცირებული ძირითადი სტრესორები იყოფა ორ დიდ ჯგუფად: ბიოლოგიური სტრესორები და ფსიქიკური სტრესორები.

ფაქტორული ანალიზით, თავის მხრივ, ბიოლოგიური სტრესორები დაიყო ორ ჯგუფად, ესენია:

1. სომატური სტრესორები და 2. სენსიტიურობა.

სომატურ სტრესორებში იგულისხმება საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის პრობლემები, ბიოლოგიური ფუნქციების დისრეგულაცია და მათი ფლუქტუაცია, საკვების პრობლემები, ძილის პრობლემები

და ხშირი ტკივილები.

სენსიტივობის ფაქტორში იგულისხმება სენსორული სტიმულე-ბისადმი და ტკივილისადმი მომატებული მგრძობელობა.

აუტიზმის მქონე პირების უმრავლესობაში შეინიშნება ერთზე მეტი სტრესორის არსებობა.

სიტუაციური სტრესორების ფაქტორულმა ანალიზმა გამოავ-ლინა სამი ფაქტორი, ესენია: 1. იგივეობის ფაქტორი, 2. სოციალური პრესი და 3. პერსონალური კონტაქტი.

1. იგივეობის ფაქტორი ნიშნავს პირის მძაფრ რეაქციას ყველა სიახლეზე, რუტინის დარღვევაზე.
2. სოციალური პრესი – ეს არის სხვა პირების ყურადღების ცენტრში ყოფნა, ზეწოლა, დაუსრულებელი მოთხოვნები, რომელთა შესრულების სურვილიც აუტიზმის მქონე პირს არ აქვს.
3. პერსონალური კონტაქტი – აქ იგულისხმება პირის ნეგატი-ური რეაქცია, როგორც ზრდასრულებისადმი, ასევე ბავშ-ვებისადმი. როგორც პირველი ჯგუფის სტრესორების შემ-თხვევაში, აქაც სტრესფაქტორების გადაფარვა ხშირია და გარდა ამისა, არცთუ იშვიათია სომატური და სიტუაციური სტრესორების თანაარსებობაც, რაც კიდევ უფრო მეტად ამ-ძიმებს აუტიზმის მქონე პირის მდგომარეობას.

ზემოაღნიშნულიდან თვალსაჩინოა, თუ რამდენად დიდი მნიშვ-ნელობა ენიჭება აუტიზმის მქონე პირის მდგომარეობის შეფასების დროს მისი ყველა სომატური თუ კონტექსტუალური ფაქტორების სწორ და ყოველმხრივ შეფასებას, რაც სწორი მიდგომის დაგეგმვაში დაგვეხმარება.

აღსანიშნავია, რომ აუტიზმის დროს ადაპტაციური დარღვევები მჭიდრო კავშირშია კომორბიდულ ფსიქიატრიულ მდგომარეობებ-თან.

ზემოაღნიშნული კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს იმ გარემოებას, რომ ნებისმიერი ცვლილება აუტიზმის მიმდინარეობის დროს უნდა განიხილებოდეს კომპლექსურად და გვანსენებს ჰოლისტური მიდ-გომის მნიშვნელობას აუტიზმის მართვაში.

ბოლო წლების კვლევების მეტაანალიზმა დაადასტურა, რომ ფსიქიატრიული კომორბიდობების პრევალენტობა გაცილებით მა-ღალია აუტიზმის სპექტრის აშლილობის მქონე პირებში, ვიდრე ზოგად პოპულაციაში. ამავე დროს, ფსიქიატრიული პრობლემები ხშირად ყურადღების მიღმა რჩება, რადგან, როგორც ზემოთ აღვ-ნიშნეთ, ამ ჯგუფში თითქმის ყველა ფსიქიატრიული პრობლემა მი-ეწერება აუტიზმს (Johnny L. Matson et al (2007, 2016,).

დღესდღეობით ღრმა და ყოველმხრივი შეფასება ფსიქიატრი-ული პრობლემების არსებობისა აუტიზმის დროს, მიიჩნევა ერთ-

ერთ უმნიშვნელოვანეს კომპონენტად აუტიზმის მქონე პირებისათვის ჯეროვანი დახმარების აღმოჩენის საქმეში და აუცილებლად უნდა იყოს ინტეგრირებული კლინიკურ პრაქტიკაში (Lai MC, Kasseh C, Besney R, etc. 2019).

აუტიზმის ბუნებიდან გამომდინარე, გართულებულია ფსიქოემოციური მდგომარეობის დეტალური შეფასება. ამავე დროს, კომორბიდობის გათვალისწინება, ინტერვენციის სამიზნეების ზუსტი შერჩევის საშუალებას იძლევა. ასევე, კომორბიდული სიმპტომების მკურნალობა აუმჯობესებს აუტიზმის მქონე პირის ფუნქციონირებას (Sydney Rice, 2015)⁷.

3.3. რომელი ფსიქიატრიული კომორბიდობები გვხვდება აუტიზმის დროს და რატომ არის გართულებული მათი გამოვლენა

ფსიქიატრიული აშლილობების გამოვლენა ძალზე გართულებულია, რასაც მოწმობს გამოვლენილი პროცენტის ფართო დიაპაზონი (9%-89%). საკმაოდ ხშირია რამდენიმე ფსიქიატრიული აშლილობის თანაარსებობა, როგორც აუტიზმის დროს, ასევე, აუტიზმისა და გონებრივ ჩამორჩენილობის თანაარსებობისას. (იხ. ქვეთავი „აუტიზმი და გონებრივი ჩამორჩენილობა“).

ძირითადი და კომორბიდული აშლილობების სიმპტომები ხშირად ურთიერთგადამფარავია, რაც დამატებითი სადიაგნოსტიკო სირთულეების მიზეზი ხდება. კომორბიდობა შესაძლებელია მოდიფიცირებული იყოს, ერთის მხრივ, აუტიზმის ძირითადი სიმპტომების გამონატყულების ხარჯზე, ასევე ინტელექტუალური უკმარისობის სხვადასხვა ხარისხის გამო (Matson J. L. Nebel Schwalm (2007). აღწერილია ძირითადი ფსიქიატრიული პათოლოგიები, რომლებიც, უხშირესად, თან ახლავს აუტიზმს: შფოთვითი აშლილობები, ფსიქოზები, დეპრესია და ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობები. ნაწილი ავტორებისა (Sarah Mohiuddin, etc. 2011) ფსიქიატრიულ კომორბიდობებში განიხილავს ასევე ტიკებს, ყურადღების დეფიციტის, ჰიპერაქტივობის სინდრომს და მანიას. ხოლო აგრესიული და თვითდამაზიანებელ ქცევები, რომლებიც სხვადასხვა მიზეზით შესაძლებელია განვითარდეს და დიაგნოსტიკურად ფასდება როგორც იმპულსის კონტროლის აშლილობა (F63.9), ხოლო მაშინ, თუ კარდინალური პრობლემა – მძიმე ფიზიკური აგრესია, განიხილება როგორც ინტერმიტენტული ექსპლოზიური აშლილობა F-63.81 (Sarah Mohiuddin, etc. 2011). მიმოხილულია ქვეთავში „ქცევის დარღვევები“.

7 <https://www.aucd.org/docs/Autism>

3.4. აუტიზმი და ADHD კომორბიდობა

როგორც ცნობილია, ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომისთვის დამახასიათებელია უყურადღებობა, ჰიპერაქტივობა/იმპულსურობა, რაც საკმაოდ აფერხებს პირის სოციალურ განვითარებას და დასწავლის პროცესს. ასეთ ადამიანებს უჭირთ საკუთარი აქტივობის ორგანიზება, უშვებენ ბევრ შეცდომას სკოლაში ან სამუშაოზე უყურადღებობის გამო. ხშირად იქმნება შთაბეჭდილება, რომ მათ არ ესმით, რას ეუბნებიან, უჭირთ ინსტრუქციების და დავალებების შესრულება, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როცა ეს მოითხოვს ყურადღების კონცენტრაციას (DSM-5 2013).

ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომი და ASD ხშირად თანაარსებობენ, რაც მოითხოვს რუტინულ ორმხრივ შეფასებას.

დღესდღეობით DSM-V აღიარებს ASD-სთან ADHD-ს კომორბიდობების არსებობის სიხშირეს და საშუალებას იძლევა, განხილული იყოს ADHD-ს და ASD-ს კომორბიდობა დიაგნოზში. ეს მიდგომა იძლევა არა მხოლოდ კლინიკური შემთხვევების უფრო ეფექტიანი მართვის, არამედ ამ ორი აშლილობის სიმპტომების გადაფარვის უფრო ზუსტად გაგების საშუალებასაც. რაც დიდი წინ გადადგმული ნაბიჯია ამ ორი აშლილობის თანაარსებობის და მათი ბუნების შესასწავლად.

3.4.1. კლინიკური გამოვლინებები

რა საერთო კლინიკური გამოვლინებებია აუტიზმის და ADHD დროს

ორივე აშლილობის დროს აღინიშნება ყურადღების პრობლემები, კომუნიკაციის პრობლემები თანატოლებთან, იმპულსურობა და სხვადასხვა ხარისხის მოუსვენრობა და ჰიპერაქტიურობა.

ADHD მქონეთ უჭირთ სხვისი ემოციების, მიმიკის ამოცნობა, გაგება, ADHD მქონე ბავშვებს შესაძლოა გაუჭირდეთ მეტაფორების, გადატანითი მნიშვნელობის გაგება, ისევე, როგორც ASD შემთხვევაში.

შესაძლოა ADHD მქონე ბავშვი, ისევე, როგორც ASD-მ მქონე, დაფიქსირდეს ერთსა და იმავე მოქმედებებზე, ან სიტყვაზე.

ორივე აშლილობა სჭარბობს ვაჟებში მეტად, ვიდრე გოგონებში და გამოვლინდება, ძირითადად, სკოლამდელ ასაკში.

ორივე აშლილობის დროს ყურადღება გამახვილებულია გენეტიკურ პრედისპოზიციებზე (Yael Leitner 2014).

მაგრამ ამ ორ აშლილობას შორის სიმპტომების გადაფარვის მიუხედავად, საკმაოდ განსხვავებები არის კლინიკურ გამოვლინებებში, სახელდობრ:

აუტიზმის მქონე ბავშვს შეუძლია, ხანგრძლივად მონოტონურ-რი აქტივობა განაავითაროს, ძლაზე დიდია რუტინის შენარჩუნების მოთხოვნილება, მაშინ როდესაც ჰიპერაქტივობის მქონე ბავშვს აქვს მოთხოვნილება განუწყვეტლივ ახალი მთბეჭდილებების და მონოტონურობა მისთვის გაუსაძლისია.

აუტიზმის მქონე პირი მიდრეკილია სისტემატიზაციისადმი, სქემატურობისადმი, მაშინ როდესაც ყურადღების დეფიციტის მქონე პირს არ შეუძლია ეს კონცენტრაციის უქონლობის გამო.

აუტიზმის მქონე პირის მიმიკა არის ლარიბი და ერთფეროვანი მაშინ, როდესაც, ყურადღების დეფიციტის მქონე პირი, პირიქით, აქტიურად გამოხატავს საკუთარ ემოციებს მიმიკის მეშვეობით.

აუტიზმის მქონე პირისათვის ტრავმულია რუტინის ნებისმიერი ცვლილება, მაშინ, როდესაც ყურადღების დეფიციტის მქონე პირი ესწარფის მთბეჭდილებების ცვლილებებისაკენ.

ADHD და ASD დროს ვლინდება ყურადღებასთან დაკავშირებული პრობლემები. მაგრამ ყურადღების პრობლემების ბუნება სხვადასხვაა ამ ორი აშლილობის დროს; მხოლოდ ASD-ს არსებობის შემთხვევაში ყურადღების პრობლემა ხარისხობრივად განსხვავდება ADHD-ს დროს არსებული ყურადღების პრობლემებისაკენ.

სახელდობრ, ყურადღების შინაგანი გადანაცვლებადობა და „ზეზხიზელი“ (vigilant) ყურადღება უფრო ASD ახასიათებს. აუტიზმის მქონე ბავშვს არ აინტერესებს, რა ხდება გარე სამყაროში, იგი შინაგანი სტიმულებით და განცდებით არის მოცული, მაშინ, როდესაც ADHD-ს დროს დამახასიათებელია ყურადღების ხანგრძლივად ფოკუსირების გაძნელება და ყურადღების გადანაცვლებადობა გარეგანი სტიმულის მოქმედების შედეგად.

ბავშვებს, რომლებსაც აღენიშნებათ ASD, ყურადღების უფრო მძიმე პრობლემები აქვთ, ვიდრე მხოლოდ ADHD-ს დროს. ორივე დარღვევის არსებობის დროს კი, ყურადღების პროფილი იგივეა, როგორც ASD-ს დროს (PsycINFO Database Record 2019 APA) Sinzig, J., Bruning, N., Morsch, D., & Lehmkuhl, G. (2008).

მეტსონს ასევე მიაჩნია, რომ ASD დიაგნოზის მქონე ბავშვებთან, რომლებსაც აღენიშნებათ ექსტერნალიზებული ქცევები, უნდა ვივარაუდოთ და გავითვალისწინოთ კომორბიდული ADHD არსებობაც Johnny L. Matson & Lindsey W. Williams (2013).

აღსანიშნავია, რომ ამ ორი მდგომარეობის დროს სოციალური სირთულეების პროფილიც რამდენადმე განსხვავებულია:

ASD-ს შემთხვევაში სირთულეები დაკავშირებულია ემოციური უკუკავშირის უქონლობასთან და ირგვლივ მყოფებთან ურთიერთობასთან, სოციალურ ინტერაქციაში ჩართვის დაბალ სურვილთან.

ADHD-ს არსებობის დროს კი სოციალური სირთულეები დაკავშირებულია უნარის ნაკლებობასთან, მოიქცეს და ილაპარაკოს

სიტუაციის შესაფერისად, გამოავლინოს ტაქტი და ეს სოციალური „გულუბრყვილობა“ შეეხება ADHD-ს მქონე 20%-ზე მეტ ინდივიდს.

ამ სხვაობების მიუხედავად, კვლევამ უჩვენა, რომ მრავალ ADHD-ს მქონე პირს ისეთი სოციალური პრობლემები შეიძლება შეექმნას, რომელიც უფრო დამხასიათებელია ASD-ს მქონე პირებისათვის (Yael Leitner 2014), სახელდობრ, მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური ინტერაქციის პრობლემები არ არის ADHD-ს სადიაგნოსტიკო ძირითადი კრიტერიუმი, ბავშვები ADHD-თი ხშირად განიცდიან სირთულეებს სოციალურ სფეროში; ისინი ხშირად არიან უარყოფილნი თანატოლების მიერ და ამიტომ ჰყავთ ცოტა მეგობარი. როგორც წესი, ეს სირთულეები არის სწორედ შედეგი ADHD-ს ძირითადი სიმპტომების – სახელდობრ, ყურადღების პრობლემების გამო ბავშვი ბევრ რამეს ტოვებს და ვერ ითვისებს მნიშვნელოვან სოციალურ უნარებს („სოციალურ გასაღებებს“).

მისმა იმპულსურობამ შესაძლებელია გააღიზიანოს თანატოლები და შედეგად გამოიწვიოს თანატოლებისგან მისი გარიყვა, ეს კი თავის მხრივ, აიძულებს ბავშვს, თავი აარიდოს სხვადასხვა სოციალურ აქტივობებს და თანატოლებისაგან განმარტოვების ტენდენცია ჩამოუყალიბდეს. Hoza et al., 2005; Mikami, 2010). Barkley et al., 1990).

ADHD-ს მქონე პირებს შეიძლება ჰქონდეთ საკმაოდ გამოსატული სოციალური დაქვეითება, რაც უფრო დამხასიათებელი უნდა იყოს, წესით, აუტიზმის მქონე პირებისათვის.

მკვლევრების ნაწილი კი მიიჩნევს, რომ ADHD-ს მქონე პირებში გვხვდება აუტისტური გამოვლინებები. როდესაც გამოიკვლიეს ADHD ბავშვები, რომლებსაც მშობლების ინფორმაციით, აღენიშნებოდა აუტისტური ნიშნები, დადასტურდა ADHD-ს მქონე პირების ჯგუფში აუტისტური ხაზების არსებობა, რომლებიც არ არის დაკავშირებული არც ADHD და არც ქცევით პრობლემებთან (Grzadzinski et al. (2011).

3.4.2. მიმდინარეობა

ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომის აუტიზმის მქონე 300 პაციენტთან ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ აუტიზმის და ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომი თანაარსებობას, პირი მიჰყავს ყოველდღიური ფუნქციონირების და ჯანმრთელობის და ცხოვრების ხარისხის გაუარესებამდე (Sikora DM1, Vora P, Coury DL, Rosenberg D. 2012. Yael Leitner 2014, Arlene Mannion, Geraldine Leader 2013).

შემჩნეულია, რომ ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომის დამხასიათებელი სიმპტომები, ისევე, როგორც აუტიზმის სიმპტომები, იცვლიან ფორმებს და სიმძიმეს.

დაკვირვებები ცხადყოფენ, რომ აუფრო მაღალფუნქციური

აუტიზმის მქონე იმ ბავშვებს, რომელთაც ხშირად აქვთ ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომის დამახასიათებელი სიმპტომები, პუბერტატულ პერიოდში და ზრდასრულობაში მათი მდგომარეობა რთულდება დეპრესიით, შფოთვითი აშლილობებით, და მზარდი აკადემიური ჩამორჩენილობით.

აღსანიშნავია, რომ პაციენტების უმრავლესობა, რომლებსაც აუტიზმის და ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომის თანაარსებობა აღენიშნებათ, არ ავლენენ გამოხატულ ჰიპერაქტივობას გარდატეხის ასაკის და საწყისი ზრდასრულობის მიღწევის დროისათვის. ამ კატეგორიის ბევრი პაციენტი შეიძლება ხასიათდებოდეს მოძრაობების გამოხატული შენელებითაც (Sarah Mohiuddin, Sara Bobak, Daniel Gih, Mohammad Ghaziuddin 2011).

აუტიზმის მქონე ინდივიდებს, რომლებსაც აქვთ ADHD, შესაძლებელია ზრდასრულობაში ჰქონდეთ აქტივობის ნორმალური ან დაქვეითებული დონე. იმპულსურობა და ყურადღების დეფიციტი შესაძლებელია თანაარსებობდნენ, მაგრამ გამოსავალი დამოკიდებულია ფუნქციონირების დონეზე და სხვა დამატებითი სამედიცინო მდგომარეობის არსებობაზე (Sarah Mohiuddin, Sara Bobak, Daniel Gih, Mohammad Ghaziuddin 2011; Sikora DM1, Vora P, Coury DL, Rosenberg 2012).

თანამედროვე კვლევები ადასტურებს, რომ ASD-ს და ADHD-ს გააჩნიათ საერთო გენეტიკური საფუძველი (shared genetic heritability) და ორივე დაკავშირებულია სოციალური ფუნქციონირების დარღვევასთან და აღმასრულებელი ფუნქციების პრობლემებთან. მაგრამ, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, არსებობს რაოდენობრივი და თვისობრივი განსხვავებები იმ დარღვევების ფენოტიპურ გამოვლინებებში, რაც დამახასიათებელია ორივესთვის – ასა-ს და ADHD-სათვის.

ამრიგად, ASD-ს ინტერვენცია რომ იყოს მაქსიმალურად ეფექტური, ყოველთვის გათვალისწინებული უნდა იყოს კომორბიდული ADHD-ს არსებობა, ისევე როგორც აუტისტური ხაზების შესწავლა ADHD მქონე ბავშვებში, რათა უკეთ მოხდეს მათი აღწერა და დაფარული ფსიქოპათოლოგიის არსებობის შესწავლა. აუცილებელია მოხდეს ოპტიმიზირება სასწავლო და ქცევითი ინტერვენციების. ამისათვის აუცილებელია, ჩატარდეს ნეიროფსიქოლოგიური ტესტირება და ფსიქოგანათლებაზე ტესტირება, რათა შედგეს ადეკვატური სასწავლო გეგმა (Antshel KM1, Russo 2019).

3.4.3. აუტიზმის და ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომის კომორბიდობის ფარმაკოლოგიური მკურნალობა

ზოგადად, აუტიზმის და ADHD-ს კომორბიდობის დროს, არჩევით პრეპარატად ითვლება მეთილფენიდატი და ატომოქსეტინი (რეგისტრირებულია საქართველოში).

ზოგადად, ამ პრეპარატების ეფექტი იზოლირებულად არსებულ იყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომის დროს უფრო მაღალია, ვიდრე ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომის და აუტიზმის კომორბიდობის დროს.

3.5. დეპრესია და აუტიზმი

ASD-ს მქონე პირები 4-ჯერ უფრო ხშირად განიცდიან დეპრესიას ცხოვრების მანძილზე, ვიდრე ტიპური განვითარების მქონე პირები. სხვადასხვა ავტორების თანახმად, პრევალენტობა კომორბიდული დეპრესიის არის 7-დან 26%-მდე. სხვა კვლევებმა უჩვენეს, რომ 23%-37%-მდე ASD-ს მქონე პირი განიცდის დეპრესიას ცხოვრების მანძილზე (DeFilippis Melissa 2018, Gegelashvili M. 2018). ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი, რის გამოც ასე განსხვავებულია კომორბიდული დეპრესიის გავრცელების მაჩვენებელი, არის შესაბამისი ვალიდირებული ინსტრუმენტების ნაკლებობა. გარდა ამისა, აუტიზმთან გონებრივი ჩამორჩენილობის თანაარსებობა საგრძნობლად მოქმედებს კომორბიდული დეპრესიის მაჩვენებელზე.

დადგენილია აუტიზმის მქონე პირებში დეპრესიის აღმოცენებაში რამდენიმე ფაქტორის წვლილი. ესენია: 1) გამოხატული ნეგატიური ცხოვრებისეული მოვლენები, რომლებიც ზოგადად ამალღებენ დეპრესიის აღმოცენების რისკს, მაგალითად, მშობლების გაყრა, ან რაიმე მძიმე დანაკლისი და 2) ისეთი მოვლენები, რაც ძალზე სპეციფიური მნიშვნელობის მქონედ შეიძლება ჩაითვალოს აუტიზმის მქონე პირებისათვის: სკოლის ან გარემოს ცვლილებები, ურთიერთობებში პრობლემები და სოციალიზაციის პრობლემები (Sarah Mohiuddin, Sara Bobak, Daniel Gish Mohammad Ghaziuddin 2011).

გენეტიკური ფაქტორსაც შეაქვს წვლილი: მაგალითად, აუტიზმის მქონე დეპრესიული პირების მშობლებს უფრო ხშირად აღენიშნებათ აშლილობების ოჯახური ისტორია, ვიდრე იმ პირების მშობლებს, რომლებსაც არ აქვს დეპრესია.

IQ აქვს საკმაოდ მნიშვნელოვანი როლი ასა-ს დროს დეპრესიის განვითარებას და არის აქტიური შესწავლის საგანი. მიიჩნევა, რომ მაღალფუნქციური ინდივიდები უფრო მოწყვლადნი არიან დეპრესიის აღმოცენების თვალსაზრისით, ვიდრე დაბალფუნქციონირებადი ინდივიდები. მტკიცებულებები აჩვენებს, მიზეზი არის მათი სოციალური გაცნობიერების და ფრუსტრაციის უფრო მაღალი ხარისხი თანატოლებთან ურთიერთობაში. კვლევები ადასტურებს, რომ დეპრესიის რისკი მატულობს გაზრდილი IQ-ს და ასაკის მატებასთან ერთად ASD მქონე პირებში.

3.5.1. კლინიკური გამოვლინებები აუტიზმის დროს

აუტიზმის მქონე პირებში დეპრესიის შესაფასებელი უნივერსალური ინსტრუმენტები დღესდღეობით არ არსებობს. ასევე, ლიმიტირებულია აუტიზმის მქონე პირების თვითანგარიშები საკუთარი განცდების შესახებ. დეპრესიის გამოვლენა იმ პირებში, რომელთაც თავიდანვე ჰქონდათ მეტყველების მძიმე დარღვევა, სპეციალისტებისათვის ურთულეს ამოცანას წარმოადგენს. ამ დიაგნოსტიკური გამოწვევების გამო საკმაოდ გვიანდება მათი დიაგნოსტიკა და შესაბამისად მკურნალობაც (Katherine M. Magnuson, B.S. and John N. Constantino, M. D. 2011).

აშშ-ში გამოყენებულია კითხვარი Children depression inventory (Kovacs 1985) და Reynold's Adolescent Scale for Depression (Reynolds 1986). ეს კითხვარები გამოიყენება უპირატესად როგორც სკრინინგის ინსტრუმენტები მაღალფუნქციურ პირებში. მათთვის კი, ვისაც სერიოზული ენობრივი შეფერხება აქვს და სკალების გამოყენება პრაქტიკულად შეუძლებელია, დიაგნოზზე მსჯელობა შესაძლებელია მხოლოდ მათ ქცევებზე დაკვირვების მეშვეობით.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, დეპრესიის დიაგნოსტიკა ერთ-ერთი დიდი გამოწვევაა აუტიზმის მქონე პირებში.

დეპრესიული აშლილობა აუტიზმის დროს დამოკიდებულია ფუნქციონირების დონეზე. მათში, ვისაც ფუნქციონირების დაბალი დონე აღვნიშნება, მთავარი გამოვლინებები არის ქცევის ცვლილებებში – რეგრესიაში. კერძოდ, ადგილი აქვს თვითმომსახურების უნარების დაქვეითებას, ცვლილებებს ძირითად სიმპტომებში. შესაძლებელია წონის დაკლება და მუტიზმი. გარდა ამისა, აუტიზმის შემთხვევაში მხედველობაში უნდა მივიღოთ შემდეგი სიმპტომებიც: აგრესიულობა, თვითდამაზიანებელი ქცევა, გაზრდილი კომპულსურობა, ხასიათის მერყეობა, რეაქტიულობა, კატატონია და ზოგადი ცვლილებები ადაპტურ ფუნქციონირებაში (Sarah Mohiuddin, Sara Bobak, Daniel Gish Mohammad Ghaziuddin 2011). თითოეულ ასას მქონე პირს, რომელსაც აღვნიშნება აგრესიული ქცევები, გამლიზიანებლობა, ძილის პრობლემები და მადის დაქვეითება, უნდა ჩაუტარდეს დეპრესიაზე სკრინინგი.

მაღალფუნქციურ ინდივიდებში და მათში, ვისაც მეტყველება კარგად განვითარებული აქვს, კლინიკური თავისებურებები იგივეა, რაც აუტიზმის არმქონე დეპრესიულ პირებში. სახელდობრ: გამლიზიანებლობა, ძილის და მადის დარღვევები, გადაუწყვეტელობა, სიკვდილზე ფიქრი, სომატური ჩივილები, უიმედობის განცდა, კოგნიტიური პრობლემები – ყურადღების კონცენტრაციის დაქვეითება და როგორც წესი, ანჰედონია. ამასთან, აუტიზმის მქონე პირების დეპრესიას გააჩნია გარკვეული თავისებურებებიც, რაც გულისხმობს სოციალური გარიყულობის ხარისხის გაღრმავებას.

გასათვალისწინებელია, რომ აუტისტური წუხილების „ტონის“ და „არომატის“ შეცვლა, მოძრაობების შენელება, შესაძლებელია იყოს კატატონიის წინამორბედი (იხ ქვევით) (Sarah Mohiuddin, Sara Bobak, Daniel Gish Mohammad Ghaziuddin 2011, Magnuson Katherine M., B.S. and John N. Constantino, M. D. 2011).

აუტიზმის მქონე პირები არიან ასევე მიდრეკილნი სუიციდური ქცევებისადმი.

თანატოლებისგან ცუდი დამოკიდებულება ასპერგერის სინდრომის მქონე ახალგაზრდებში დეპრესიის განვითარების სერიოზული პრედიქტორია.

სუიციდური ტენდენციები იზრდება 10 წლის ასაკის შემდეგ (Mayes 2013 მიხედვით) და არც აუტიზმის კლინიკური სურათის სიმძიმე, არც ინტელექტის დონე არ ახდენს გავლენას ამ მაჩვენებელზე. ამიტომ, კვლევის ავტორები მოუწოდებენ სამედიცინო სპეციალობის წარმომადგენლებს, რომ აუტიზმის მქონე ყველა ბავშვს გაუწიონ სკრინინგი სუიციდური აზრების და მცდელობების არსებობის დასადგენად და დროულად შეატყობინონ მშობლებს ამ რისკების შესახებ (Bennett Matthew 2016. Richa S., Fahed M., Khoury E, Mishara B. 2014, De-la-Iglesia M. Olivar JS. 2015, Gegelashvili M. 2018).

თანდართული სამედიცინო კონდიციები როგორცაა, მაგალითად, კრუნჩხვები, აუტიზმის მქონე პირებში, ზრდის ფსიქოპათოლოგიის და დეპრესიას აღმოცენების რისკს.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, შესაძლებელია დეპრესიული აშლილობის დროს კატატონიის განვითარებაც, რაც დიდ საფრთხეს წარმოადგენს, როგორც სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა.

3.5.2. კომორბიდული დეპრესიის მკურნალობა

კლინიკური გაიდლაინები მიუთითებს კომორბიდული აშლილობების სამკურნალოდ მოცემული კონკრეტული მკურნალობის სქემაზე. თუმცა, ეს რეკომენდაცია ამომწურავად მაინც არ შეიძლება ჩაითვალოს, რადგან რეალურად, კონკრეტულად აუტიზმთან კომორბიდული აშლილობების მკურნალობის ძალზე მცირე რაოდენობით კვლევები არსებობს.

სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორების (SSRI) დანიშნვა არ არის საკმარისად ვალიდირებული, თუმცა, ცალკეული ემპირიული მონაცემები კარგი შედეგის არსებობას ადასტურებს.

არსებობს მონაცემები იმის შესახებ, რომ **მირტაზაპინი** და უფრო მეტად კი **რებოქსეტინი** უფრო ეფექტურია, თუმცა, კვლევა ძალზე მცირე ჯგუფში ჩატარდა, (მირტაზაპინის ეფექტურობა გამოიკვლიეს 26 ბავშვთან და მოზარდთან, ხოლო რებოქსეტინი – 11 ბავშვთან და მოზარდთან). მკურნალობა გრძელდებოდა 12 კვირის განმავლობაში (Gerlach Manfred, Warnke Andreas, Greenhill Laurence).

3.6. კატატონია და ასა

კატატონია სერიოზული აშლილობაა, რომელიც ვლინდება სხეულის მოძრაობების შენელებით და ფუნქციონირების ჩვეული ხაზიდან გადახრით. მკურნალობის გარეშე შესაძლებელია განვითარდეს მალნუტრიცია, რომელიც სიცოცხლისათვის საშიშია.

კატატონია, უმრავლეს შემთხვევაში, პრეციპიტირებულია დეპრესიით ან ფსიქოზით. უფრო იშვიათად კი კატატონია შესაძლებელია განპირობებული იყოს სამედიცინო მდგომარეობითაც. მაგალითად, ქრონიკული ინფექციებით. რიგ შემთხვევებში კატატონია არ არის ხილული და თვალშისაცემი, ზოგჯერ კი კატატონია, შესაძლებელია, ერთსა და იმავე პაციენტში პერიოდულად აღმოცენდეს, რაც ცნობილია, როგორც „პერიოდული კატატონია“.

აუტიზმის მქონე 15% მოზარდებს აღენიშნებათ კატატონია. კატატონია აღინიშნება ასევე ადრეული ზრდასრულობის დროს.

რისგან ჩნდება კატატონია აუტიზმის მქონე პირებში, ჯერჯერობით უცნობია. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, მიზეზი შესაძლებელია იყოს დეპრესია, ან სამედიცინო მდგომარეობა. მაგრამ, შესაძლებელია, ადგილი ჰქონდეს ავთვისებიანი ნეიროლევსიური სინდრომის გამოვლინებასაც. ამიტომაც, ძალიან სიფრთხილით არის შესაფასებელი ნეიროლევსიკების გრძელვადიანი მოხმარება აუტიზმის მქონე პირებში (Wing, L. & Shah, A (2000) Sarah Mohiuddin, Sara Bobak, Daniel Gish Mohammad Ghaziuddin 2011)

3.7. შფოთვითი აშლილობები და ASD

შფოთვის გავრცელება მეტაანალიზის მონაცემებით, არის 27-42% (Hollocks MJ, Lerh JW, Magiati I, Meiser-Stedman R, Brugha TS. 2019), კვლევა გვჩვენებს, რომ აუტიზმის კომორბიდული შფოთვითი აშლილობები ნორმალური და მაღალი IQ მქონე პირებში არის ფაქტორი, რომელსაც წვლილი შეაქვს ამ პირების ფიზიკური კარგად ყოფნის (Physical well-being) მაჩვენებელში. ასევე აღინიშნება შემდგომი კვლევების მნიშვნელობა ამ მიმართულებით. მიმართულებით, სახელდობრ, კვლევების შესრულება უფრო დიდ შერჩევაში, სადაც გამოყენებულ იქნება როგორც ამ პირების თვითანგარიში, მშობლების და კლინიციისტების შეფასებასთან ერთად (Broquere M., Soussana M., Michelon C., Rattaz C., Brisot J., Baghdadli A. Encephale. 2016).

აუტიზმის მქონე პირებს აქვთ შფოთვის განვითარების დაბალი ზღურბლი.

შფოთვა მჭიდროდაა დაკავშირებულია აუტიზმის სიმპტომების არსებობასთან, განსაკუთრებით სოციალურ სიტუაციებში მაპროვოცირებელი ფაქტორების არსებობისას. განსაკუთრებით ახასიათებთ იმ პირებს, ვისაც აღენიშნებათ ჰიპერსენსორულობა ხმამაღალი ბგერებისადმი, სინათლისადმი, გემოსა და სუნებისადმი.

ასეთი პრობლემები შესაძლოა გახდეს ბიძგი, შფოთვის თავისებური ფორმის ჩამოყალიბებისათვის, როდესაც შფოთვის მომგვრელმა სიტუაციის მოლოდინმა კი უკვე შეიძლება გამოიწვიოს შფოთვა.

შფოთვის აღმოცენების მეორე მნიშვნელოვანი წყარო არის ასა-ს მქონე პირის რუტინის და ერთფეროვნების მოთხოვნილება. ჩვეული ცხოვრებისეული რუტინის შეცვლამ და უცნობი ადამიანების ნახვამ შესაძლოა გამოიწვიოს ძლიერი შფოთვა (Kanner 1943/1968).

შფოთვითი გამოვლინებების დროს გარკვეული თავისებურებები უნდა იქნას გათვალისწინებული: ლიმიტირებული ინსაიტის (გაცნობიერების) გამო, ასა-ს მქონე ბავშვები ვერ წარმოადგენენ ჩივილებს შიშებზე და ქცევით რეაგირებენ.

აუტიზმის მქონე პირს მსგავსი შეგრძნებები აიძულებს, თავი დაიმშვიდოს თვითსტიმულაციური ქცევებით – ხელის მტევენების ქნევით, ტრიალით ერთ ადგილზე, ქანაობით და /ან ავტოდესტრუქციული ქცევებით – ტანსაცმლის დახვეით, თავის რტყმით იატაკზე ან კედელზე და ა.შ., შფოთვა შეიძლება გახდეს მიზეზი იმისა, რომ რაც ადრე სიამოვნებდა აუტიზმის მქონე პირს, ახლა შეიძლება აღარ სიამოვნებდეს.

აუტიზმის და შფოთვის გამოვლინებები ისე მჭიდროდ თანაარსებობს, რომ გამოითქვა კიდევაც მოსაზრება იმაზე, რომ შფოთვა არის აუტიზმის შემადგენელი კომპონენტი (Weisbrot, Gadow, De Vincent & Pomeroy, 2005).

შფოთვამ, შესაძლოა, გამოიწვიოს სერიოზული შინაგანი შეგრძნებები: გულისცემის აჩქარება, მუცლის კუნთების დაჭიმვა, მუცლის ტკივილები. რაც თავის მხრივ კიდევ უფრო ამძიმებს პირის მდგომარეობას.

იყო მოსაზრება, რომ შფოთვითი აშლილობები კავშირშია მაღალ ინტელექტთან (შფოთვითი აშლილობების გამოვლენა ბუნებრივია, უფრო ადვილია მაღალფუნქციურ ინდივიდებში, ვიდრე მათში, ვისაც აუტიზმთან ერთად კოგნიტური დეფიციტიც გააჩნია (Salazar F, 2015).

მეცნიერები მიიჩნევენ, რომ მენტალური რეტარდაციის დროს, შფოთვის გამოვლენა გაძნელებულია. ასევე, აღსანიშნავია საკვლევო მეთოდების სიმცირე, რითაც აიხსნება მონაცემების ნაკლებობა ამ კონტიგენტში შფოთვის არსებობის შესახებ (Greenet al 2000, Helverson & Martines 2011 (Gilott et all, 2001, Kimet all 2000 Sukhodolsky 2008).

3.7.1. შფოთვითი აშლილობების ფარმაკოლოგიური მკურნალობა აუტიზმის დროს

შფოთვითი აშლილობების მქონე ნეიროტიკური და ADS-ს მქონე ბავშვებში მკურნალობა ანალოგიურია: მულტიმოდალური მიდგომა, მოდიფიცირებული კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია.

ფარმაკოლოგიურ მკურნალობაზე მონაცემები ლიმიტირებულია. არ არსებობს რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევა აუტიზმის მქონე პირების შფოთვითი აშლილობების ფარმაკოლოგიურ მკურნალობაზე. არსებობს მხოლოდ შემთხვევების შესწავლის შედეგად მიღებული მონაცემები. ამ მონაცემების თანახმად, გარკვეული ეფექტურობა აღმოაჩნდა ციტალოპრამს და სერტრალინს (Gerlach Manfred, Warnke Andreas, Greenhill Laurence).

3.8. მანია და აუტიზმი

რიგი მკვლევარების მიიჩნევს, რომ აუტიზმის მქონე პირებს, როგორც ბავშვებს, ასევე ზრდასრულებს, არცთუ იშვიათად აღენიშნებათ ბიპოლარული აფექტური აშლილობები (Munesue 2008, Rosenberg 2011, Vannucchi 2014, Guinchat 2015).

ამ დიაგნოზის დასმა საკმაოდ რთულია, რადგან პედიატრიული ბიპოლარული აშლილობის დიაგნოზი საკმაოდ წინააღმდეგობრივი კატეგორიაა (Leibenluft & Rich 2008). ასევე ექსპერტები მიიჩნევენ, რომ ბიპოლარული აფექტური აშლილობა ხშირად შეცდომით დიაგნოსტირდება მაშინ, როდესაც საქმე გვაქვს სწორედ აუტიზმთან. საქმე ისაა, რომ ბიპოლარული აშლილობის სიმპტომები შენიღბულია ასა-ს ძირითადი სიმპტომებით, თუმცა, ამკარაა გადახრა ჩვეულებრივი სურათიდან; დამახასიათებელია ობსესიურობა, სტერეოტიპიები, თვითდამაზიანებელი ქცევა, ჰიპერაქტივობა, ძილის დარღვევები, გაზრდილი გაფანტულობა, ზერეღე მსჯელობა, ზედმეტი მოძალევა ურთიერთობაში, განსაკუთრებული სიცილი, აჩქარებული მეტყველება და აჟიტაცია. ყოველივე ეს, შესაძლოა, მიგვანიშნებდეს მანიის სიმპტომებზე (Borue X., Mazefsky C., Rooks B.T., Strober M., Keller M.B., Hower H., Yen S, Gill M.K., Diler R.S., Axelson D.A., Goldstein B.I., Goldstein T.R., Ryan N., Liao F., Hunt J.I., Dickstein D.P., Birmaher B. 2016.).

ზოგიერთი წამყვანი ექსპერტი მიიჩნევს, რომ ბიპოლარული აფექტური აშლილობა ხშირად შეცდომით დიაგნოსტირდება აუტიზმის მქონე პირებში. სახელდობრ, გაზრდილი მოტორული აქტივობა, გამღიზიანებლობა, ძილის დარღვევები – შესაძლოა განპირობებული იყოს აუტიზმით (Witwer 2014). ამიტომ ექსპერტები მოუწოდებენ სპეციალისტებს, სიფრთხილით მოეკიდონ ბიპოლარული აფექტური აშლილობის სიმპტომებს და ფრთხილად გამიჯნონ აუტიზმის და ჭეშმარიტი ბიპოლარული აფექტური აშლილობის სიმპტომები ერთმანეთისაგან. ამისათვის მნიშვნელოვანია, დეტალურად იყოს გამოკვლეული, როდის გაჩნდა სიმპტომები და რამდენ ხანს გრძელდებოდა მათი გამოვლენა. მაგალითად, აუტიზმის მქონე ბავშვი შეიძლება ძალზე ენერგიული და შემაწუნებელი იყოს სოციალური ურთიერთქმედების დროს მთელი ბავშვობის განმავლობა-

ში. ამ შემთხვევაში, მისი უადგილო კომენტარები და მიდრეკილება – ელაპარაკოს უცნობებს, შესაძლებელია, მივაკუთვნოთ აუტიზმის სიმპტომებს და არა ბიპოლარული აფექტური აშლილობისთვის დამახასიათებელ გუნებ-განწყობილების რყევებს (Frazier, Doyle, Chiu & Coyle, 2002).⁸

ზოგადად, ASD-ს ემოციურ პრობლემებზე სერიოზულად ზემოქმედებს ვიქტიმიზაცია სასწავლო გარემოში, ბულინგი, ოჯახური კონფლიქტები. ანუ ის ფაქტორები, რაც კავშირშია ასევე დეპრესიასთან.

თუმცა აღსანიშნავია, რომ ბოლო წლების კვლევებმა უჩვენა, რომ აუტიზმის მქონე პირები ბიპოლარული აფექტური აშლილობის მაღალი რისკის ქვეშ არიან (Schalbroeck R., Termorshuizen F., Visser E., van Amelsvoort T., Selten J.P. 2019).

3.8.1. მკურნალობა კომორბიდული მანიის დროს

არასაკმარისია მონაცემები სტაბილიზატორების ეფექტურობაზე. სხვა პრეპარატებთან შედარებით, უფრო მეტია მონაცემები დივალპროექსის ეფექტებზე – მის მოქმედებაზე გამლიზიანებლობაზე, აგრესიულობაზე, აფექტის ლაბილობაზე. რაც შეეხება ლითიუმს, მისი გამოყენება სახიფათოა, რამდენადაც აუტიზმის მქონე პირებს უჭირთ საკუთარი შეგრძნებების გადმოცემა, რის გამოც, შესაძლებელია, ინტოქსიკაციის სიმპტომები ვერ გამოხატონ, რათა დროულად მივიტანოთ ეჭვი ინტოქსიკაციაზე. ამ შემთხვევაში შესაძლებელია, ეჭვი მივიტანოთ ლითიუმით ინტოქსიკაციაზე ისეთი სიმპტომოკომპლექსის არსებობისას, როგორცაა მომატებული წყურვილი და კანკალი (Gerlach Manfred, Warnke Andreas, Greenhill Laurence).

3.9. ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა და აუტიზმი

ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის და აუტიზმის პარალელური დიაგნოზი ხშირად შეიცავს ალტერნატივას, რადგან ობსესიურ – კომპულსიური აშლილობა შეიცავს რიტუალებს და განმეორებითი ქცევებს, რომლებიც აუტიზმის ერთ-ერთი ძირითადი მახასიათებლებია. ამ დროს, სწორი ინტერვენციისათვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სწორად შეფასდეს რიტუალები და განმეორებითი ქცევები, რამდენად არის აუტიზმის, თუ ოკა-ს გამოვლინებები.

კომპულსიები უნდა განვიხილოთ, როგორც ოკა-ს გამოვლინება, თუ ისინი არიან პირისთვის არასასურველი, შემაწუხებელი (ეგოდისტონიური), მათ წინ უძღვის შფოთვის მომგვრელი ფიქრები, ან შფოთვის გამოვლინებები და ემსახურებიან შფოთვის შემცირე-

8 <https://www.autismspeaks.org/blog/2014/05/22/there-connection-between-autism-and-bipolar-disorder>

ბას. (ამის შესახებ მსჯელობა გაძნელებულია იმ პირებში, ვისაც არ შესწევს უნარი გამოხატოს საკუთარი განცდები).

აუტიზმისათვის ტიპური რიტუალები ბავშვისათვის უფრო ნებაყოფლობითია და გარკვეულწილად სიამოვნების მომტანი, არ არის მჭიდრო კავშირში წინამორბედ შფოთვისთან (ეგოსინტონურია).

შესწავლილია, რომ პირები, ვისაც აღენიშნებათ ასპერგერის სინდრომი და ოკა, ძალზე განიცდიან თავიანთ ობსესიებს და კომპულსიებს, ცდილობენ დამალონ ეს გამოვლინებები და როგორმე თავიცი აარიდონ მათ.

არსებობს მონაცემები, რომ ზრდასრულები, რომლებსაც აღენიშნებათ აუტიზმი და ოკა და ის ზრდასრულები, რომლებსაც მხოლოდ ოკა აღენიშნებათ, განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან განმეორებითი ქცევების ტიპით.

მაგალითად, სექსუალური, აგრესიული და დაბინძურებასთან დაკავშირებული ობსესიები, შემოწმებები, უფრო დამახასიათებელია ოკასთვის, მაშინ, როდესაც აუტიზმის მქონე პირებისათვის დამახასიათებელია განმეორებები, შეხებები, აკვიატებული ცნობის-მოყვარეობა, თვითდაზიანებები. სხვა მონაცემებით, დამგროვებლობა უფრო დამახასიათებელია მხოლოდ ოკას მქონე ინდივიდებისათვის, მაშინ, როდესაც სიმეტრიისადმი და თვლისადმი ლტოლვა უფრო ASD-ს და ოკას თანაარსებობას ახასიათებს (Helveschou Sissel Berge, Bakken Trinr Lise, Martinsen Harald 2011, Cecilia Belardinelli, Mahreen Raza and Tolga Taneli 2016).

სხვა კვლევის შედეგი უჩვენებს, რომ კომორბიდული ოკა და ASD დაკავშირებულია საგრძობლად მძიმე დაქვეითებასთან სასკოლო ფუნქციონირებაში, სოციალურ და ოჯახურ ურთიერთობებში. ოჯახები, რომლებშიც ცნობილია ოკას და ASD-ს მქონე პირი, ჩართულები არიან უფრო მეტად „აკომოდაციურ ქცევაში“ (accommodating behavior – ხასიათდება დაბალი ასერტულობით და მაღალი კოოპერაციულობით). ეს პირები უფრო სუსტად რეაგირებენ მკურნალობაზე. ავტორები ასკვნიან, რომ აუცილებელია შეიქმნას ინტერვენციის პროტოკოლები, სადაც უფრო მკვეთრად განისაზღვრება ინტერვენციის სამიზნეები მათთვის, ვისაც აღენიშნება კომორბიდული ASD და ოკა (Griffits D.L. et all 2017).

3.9.1. ობსესიურ-კომპულსური აშლილობის მკურნალობა აუტიზმის დროს

კონტროლირებადი, რანდომიზებული კვლევა ოკას და აუტიზმის კომორბიდობაზე მკურნალობის მხრივ არ ჩატარებულა, მაგრამ შემთხვევების შესწავლამ გამოავლინა ფლუოქსეტინის ეფექტურობა. ამავე დროს, როდესაც საქმე გვაქვს ოკას და აუტიზმის კომორბიდობასთან. ფლუოქსეტინის და რისპერიდონის ან არიპიპრაზოლის

კომბინაციამ კარგი ზეგავლენა შეიძლება მოახდინოს, მაშინ, როდესაც რისპერიდონი ან არიპიპრაზოლი იზოლირებულად არ არის ეფექტური (Gerlach Manfred, Warnke Andreas, Greenhill Laurence).

მიუხედავად შფოთვითი და ოკა-ს მაღალი პრევალენტობისა აუტიზმის მქონე პირებში, ძალზე არასაკმარისი მონაცემია ამ აშლილობების კომორბიდულობის შესახებ და მიჩნეულია, რომ მეტი კვლევაა საჭირო ამ აშლილობების კავშირის შესასწავლად, ისევე როგორც ფარმაკოლოგიური მკურნალობის მეთოდების დახვეწისთვის (Postorino V. et. al. 2017). ასევე, დაფიქსირებულია მოსაზრება იმის შესახებ, რომ კბთ ეფექტური უნდა იყოს ამ დროს, თუმცა შესაბამისი ადაპტაციებით. ეს ადაპტაცია კი უპირატესად უნდა შეეხოს კბთ-ს ქცევით კომპონენტს და ეყრდნობოდეს კონკრეტულ პრაქტიკულ და ვერბალურ ინტერვენციებს.

3.10. ტიკები, ტურეტის სინდრომი და ასა

ტიკები სხვადასხვა ჯგუფის კუნთების სწრაფი, უნებლიე მოძრაობებია, რომლებიც სხეულის სხვადასხვა ნაწილში მოულოდნელად აღმოცენდება. ტიკები შეგვიძლია დავყოთ მარტივ და რთულ, მოტორულ და ვოკალურ ტიკებად.

ტიკები, ჩვეულებრივ, ატარებს ერთეულოვან, შემთხვევით ხასიათს. ჩართულია სახის, კისრის და მხრების მუსკულატურა, არის ტენდენცია, რომ რეაგირება მოახდინოს შინაგან დაძაბულობაზე.

ტიკები ფლუქტუირებადია და მცირე დროით შეკავებადი.

ამისაგან განსხვავებით, აუტიზმისათვის დამახასიათებელი სტერეოტიპიები არის უფრო ხშირი, რიტმული, ჩართულია მთელი სხეული, ნაკლებ კავშირშია გარემოს ფაქტორებთან და დაკავშირებულია სენსორულ დეფიციტთან.

კლინიკურად, ტიკების, ტურეტის სინდრომის და აუტიზმის თანაარსებობა მაღალი სიხშირით არის წარმოდგენილი და ამავე დროს ასა-ს სიმპტომების და ტიკების გამოვლინებები ხშირად ურთიერთგადამფარავია (Canitano R1, Vivanti G. 2007).

დიდ სირთულეს წამოადგენს შემთხვევები, როდესაც ადგილი აქვს ჟილ დე ლა ტურეტის აშლილობის და აუტიზმის თანაარსებობას.

ჟილ დე ლა ტურეტის სინდრომის მქონე პირების 60 %-ში არსებობს აუტიზმის ნიშნები, ასევე ოკა, ADHD, რაც მკვლევარებს აფიქრებინებს მათ საერთო ეტიოლოგიაზე. ამიტომ ამის დაზუსტება მომავალში გენეტიკური კვლევების პრეროგატივად არის მიჩნეული.

ASD-ს მაღალი მაჩვენებელი ტიკების მქონე ბავშვებში შესაძლოა გართულებული იყოს ოკას და ASD-ს სიმპტომების რთული გარჩევის გამო (Darrow S.M., Grados M., Sandor P., Hirschtritt ME, Illmann C, Osiecki L, Dion Y, King R, Pauls D, Budman CL, et al. 2017).

3.10.1. კომორბიდული ტიკების და ტურეტის სინდრომის ფარმაკოლოგიური მკურნალობა

რანდომიზირებულმა კონტროლირებულმა კვლევამ უჩვენა, რომ ფლუოქსამინი ეფექტურია განმეორებითი ქცევების რედუცირებისათვის, მაგრამ განმეორებითი კვლევა კიდევ საჭიროა.

რეტროსპექტიული შესწავლა არსებობს არიპიპრაზოლის დამატების ეფექტურობის შესახებ. კლინიკურად რეკომენდირებულია რისპერიდონი, თუმცა რეკომენდაციის ხარისხი ძალზე დაბალია, რადგან არ არსებობს სისტემური კვლევები რისპერიდონის ეფექტურობის შესახებ აუტიზმის კომორბიდული ტიკების დროს (Gerlach Manfred, Warnke Andreas, Greenhill Laurence).

3.11. აუტიზმი და შიზოფრენია

აუტიზმის და შიზოფრენიის საკითხის განხილვას დიდი ხნის ისტორია გააჩნია.

ტერმინი „აუტიზმი“ (αὐτὸς — თვით) გამოყენებულ იყო ევგენი ბლეილერის მიერ და გულისხმობდა შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელ გამოვლინებას, სახელდობრ, არსებულ რეალობასთან კონტაქტის დაკარგვას და ირგვლივ მყოფი სამყაროსადმი ინტერესის, ინიციატივის, მიზანმიმართულების დაკარგვას, საკუთარ თავში ჩაფლობას. აუტიზმის დროს იკარგება რეალური კონტაქტი ირგვლივ მყოფებთან, ადამიანი უუნაროა, გაარჩიოს ფანტაზია რეალობისაგან. აუტიზმი, ამ გაგებით, შიზოფრენიის ძირითად გამოვლინებად იყო მიჩნეული.

XX საუკუნის 40-იან წლებში თითქმის ერთდროულად კანერმა და ასპერგერმა შემოიტანეს ტერმინები „ადრეული ბავშვთა აუტიზმი“ და „ასპერგერის სინდრომი“. შემოტანილი იყო ცნებები „აუტისტური ფსიქოპათია“.

ანუ, არსებობს „აუტიზმი“ ლეო კანერის მიერ აღწერილი, როგორც დამოუკიდებელი დიაგნოზი და „აუტიზმი“, როგორც შიზოფრენიის ძირითადი სიმპტომი, რომლის შესახებაც წერდა ევგენი ბლეილერი (Bleuler E. 1950[1911]).

კანერის მიერ აუტიზმის „აღმოჩენის“ შემდეგ ეს ორი აშლილობა განიხილებოდა, როგორც შიზოფრენიული აშლილობის გამოვლენა და აღწერდნენ როგორც „ბავშვთა ფსიქოზს“.

მაშინაც კი, თუ ფსიქიატრი ან ფსიქოლოგი მიიჩნევდა, რომ ბავშვს აღენიშნება აუტიზმი და არა შიზოფრენია, იგი მაინც იძულებული იყო დაესვა ბავშვთა შიზოფრენიის დიაგნოზი, რადგან კლასიფიკაცია არ იძლეოდა სხვა საშუალებას. აუტიზმი 60-იან წლებამდე (ხოლო რუსულ ფსიქიატრიაში შემდგომაც) განიხილებოდა ბავშვთა ადრეული შიზოფრენიის გამოვლინებად (DSM II). 1968). დიაგნოზი

უნდა შეცვლილიყო 18 წლის ასაკში აუტიზმიდან შიზოფრენიაზე (DSM II 1968).

1990 წელს მოხდა მკვეთრი გამიჯნვა ამ აშლილობების (Rapoport 2009). ეს მოსაზრება შეიცვალა და რატერმა (Rutter) აუცილებლად და დროულად მიიჩნია, დიაგნოზი „ადრეული ბავშვთა შიზოფრენია“ ფსიქიატრიის ისტორიის კუთვნილებად ჩათვლილიყო.

ამჟამად შიზოფრენია მხოლოდ ცალკეულ, უიშვიათეს შემთხვევაში შესაძლებელია დიაგნოსტირებულ იქნას ბავშვთა ასაკში.

აუტიზმს და შიზოფრენიას აქვთ როგორც მსგავსი სიმპტომები, ასევე განსხვავებები; ორივე დარღვევის დროს ადამიანს უჭირს მეტყველების აღქმა, სხვა ადამიანების აზრების და განცდების გაგება.

როგორც დიფერენციალური დიაგნოზის ნაწილში აღინიშნა, ყველაზე ძირეული განსხვავება აუტიზმსა და შიზოფრენიას შორის არის ფსიქოზური სიმპტომატიკის გამოვლინება, რომელიც აუტიზმის მქონე პირებს არ ახასიათებთ. გარდა ამისა, აუტიზმის დიაგნოზი ისმება ძალზე ადრე – 1-3 წლამდე, ხოლო შიზოფრენიის დროს, ფსიქოზური სიმპტომები, როგორც წესი, მოზარდობისას ან საწყისი ზრდასრულობის ასაკში (Rutter 1972), 2011).

თუმცა კვლევებმა ცხადყო, რომ აუტიზმის მქონე ადამიანებს ბევრად უფრო ხშირად უჩნდებათ ატიპური ფსიქოზური აშლილობა და შიზოფრენია, ვიდრე აუტიზმის არმქონე პირებს (Larson FV et al. 2017). ავტორები მიიჩნევენ, რომ სკრინინგი აუტიზმზე ზრდასრულ პირებში, რომლებსაც აღენიშნებათ შიზოფრენია, აუცილებელია.

მიუხედავად იმისა, რომ აუტიზმი და შიზოფრენია სხვადასხვა აშლილობებია, ყოველთვის მიიჩნეოდა, რომ არსებობს მრავალი გენეტიკური ვარიაცია, რომლებსაც შეუძლიათ აამაღლონ როგორც შიზოფრენიის, ასევე აუტიზმის რისკი (Guilmatre 2009, Mc Carthy 2014).

არაერთი ანგარიში არსებობს, როდესაც კვლევის შედეგად, შიზოფრენიის მქონე ზრდასრულ პირებს გამოუვლინდათ ადრე ვერ დიაგნოსტირებული აუტიზმი (Wang, Q., Chen, R., Cheng, F. et al. A 2019).

გამოითქვა მოსაზრება, რომ იმ გენებიდან, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან შიზოფრენიის აღმოცენებაზე, ერთ-ერთი „ეჭვმიტანილია“ აუტიზმის აღმოცენებაზეც. ამიტომ მიიჩნევენ, რომ შიზოფრენიას და აუტიზმს აქვთ საერთო გენეტიკური ბაზისი.

დღესდღეობით აქტუალურია შემდგომი კვლევები, რათა მოხდეს უკეთესი გააზრება ამ საკითხის, რამდენად დიდია გენების კონტრიბუცია აშლილობის განვითარებისათვის პრენატალურ პერიოდში, რაც თავის მხრივ გვიჩვენებს, რა სახის პრევენციული ზომების გატარებაა შესაძლებელი.

3.12. აუტიზმი და ნერვული ანორექსია

ბოლო წლებში ინტერესს იწვევს აუტიზმის და კვებითი ქცევის აშლილობის, სახელდობრ, ანორექსიის კომორბიდობის შესწავლა.

ანორექსია არის ფსიქიატრიული აშლილობა, რომელსაც ახასიათებს სხეულის დაბალი წონა, წონის მომატების შიში და წონით და სხეულის ფორმით სერიოზული შეშფოთება.

მიუხედავად იმისა, რომ აუტიზმი და ნერვული ანორექსია წარმოადგენს განსხვავებულ მდგომარეობებს, მტკიცებულება მიუთითებს რიგ მსგავსებებზე ამ ორ აშლილობას შორის, განსაკუთრებით კოგნიტური რიგიდულობის სფეროში.

ამ ორი აშლილობის კომორბიდობის შესწავლის საკითხის მნიშვნელობა ძალზე აქტუალურია, რადგან ნერვული ანორექსია, რომელიც ცნობილია, როგორც სიცოცხლისათვის საფრთხის შემცველი აშლილობა, უფრო ძნელად ექვემდებარება მკურნალობას და უფრო ცუდი პროგნოზი აქვს თანმხლები აუტიზმის არსებობისას.

ასევე, აუტიზმის სპექტრის მდგომარეობის (ASC) მქონე პაციენტები თანმხლები კვების დარღვევით (ED), როგორც წესი, საჭიროებენ უფრო ხანგრძლივად სტაციონარში ყოფნას, ვიდრე პაციენტები ამ თანმხლები დაავადების გარეშე (Tchanturia K., Dandil Y., Li Z., Toloza C., Smith K., Byford S. 2020).

ბოლო კვლევები გვეუბნება, რომ აუტიზმის გამოვლინებების მქონე პირებში ანორექსია შეიძლება დაკავშირებულ იქნას მათ ისეთ თავისებურებებთან, როგორიცაა კოგნიტური რიგიდულობა და დეტალებისადმი მოჭარბებული ყურადღება, ფიქსირებული ინტერესები.

ეს თვისებები ხელს უწყობს დიეტის ხანგრძლივად დაცვას და შეზღუდვების ამტანიანობას გრძელვადიან პერსპექტივაში. დიეტა შეიძლება გახდეს მათი რუტინის ნაწილი, გაუჩინოს კონტროლის, განსაზღვრულობის და სტაბილურობის შეგრძნება (Emma Kinnaird, Caroline Norton, Caroline Pimblett, Catherine Stewart, Kate Tchanturia 2019).

ამავე დროს, იგივე თვისებები შესაძლებელია ხელშემწყობ ფაქტორებადაც გვევლინებოდეს მკურნალობის თვალსაზრისით. სახელდობრ, ამ პირებს მეტი ჩართულობა და მიჯაჭვულობა აქვთ მკურნალობის პროცესისადმი, ვიდრე მხოლოდ ანორექსიის მქონე პირებს (Tchanturia K., Dandil Y., Li Z., Toloza C., Smith K., Byford S. (2020) A Novel Approach for Autism Spectrum Condition patients with Eating Disorders: Analysis of Treatment Cost-savings EEDR).

გასათვალისწინებელია ასევე ASD მქონე პირების საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის პრობლემები, მგრძობელობა გემოსადმი, სუნებისადმი, ტექსტურებისადმი, რაც ხშირ შემთხვევაში შეიძლება საკვების მიღების სირთულის მიზეზიც გახდეს.

მნიშვნელოვან საკითხად გამოყოფილია ალექსითიმია – პირის უუნარობა, აღწეროს საკუთარი ემოციები და იდენტიფიცირება მოახდინოს (Vuillier, L., Carter, Z., Teixeira, A.R. et al. 2020)

გამოვლინდა, რომ ალექსითიმიასთან შეუღლებული უტისტური ხაზები ინდივიდს ხდის უფრო მოწყვლადად კვებითი ქცევის აშლილობების განვითარების თვალსაზრისით. აღსანიშნავია, რომ მამაკაცებსა და ქალებში განსხვავება გამოვლინდა, სახელდობრ, ალექსითიმია კავშირში იყო კვებითი ქცევის აშლილობებთან ქალებში, ხოლო მამაკაცებში მსგავსი კავშირი არ გამოვლინდა. თუმცა ეს შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს საკვლევ ჯგუფში მამაკაცების სიმცირესთან და არსებობს მოსაზრება, რომ დიდ შერჩევაშიც ეს კორელაცია გამოვლინდება (Numata, N., Nakagawa, A., Yoshioka, K. et al. 2021).

მიჩნეულია, რომ ნერვული ანორექსიის მქონე პირები, რომლებსაც აუტისტური სპექტრის აშლილობები უვლინდებოდათ, ცუდად რეაგირებენ სტანდარტულ მკურნალობაზე, რის გამოც დგას საკითხი მათთვის ახალი მეთოდების შემუშავების უნდა მოხდეს არსებული სტრატეგიების ისე ადაპტირება, რომ სარგებლიანი იყოს ამ ორივე პრობლემის მქონე პირებისათვის (Kinnaird E, Norton C, Tchanturia K. 2017).

3.13. აუტიზმის დროს არსებული ფსიქიატრიული კომორბიდობების მკურნალობის ძირითადი პრინციპები

ფსიქიატრიული კომორბიდობის მკურნალობის უმთავრეს მიზანს წარმოადგენს არა აუტიზმის ძირითადი სიმპტომების მკურნალობა, არამედ პირის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება და მომვლელების ტვირთის შემსუბუქება.

მკურნალობა საჭიროა მაშინ, როდესაც პრობლემური ქცევა შეფასებულია არა აუტიზმის სიმპტომატიკად, არამედ როგორც კომორბიდობის გამოვლენა, და უფრო ინტენსიურია, ვიდრე საკუთრივ აუტიზმის სიმპტომატიკა.

ფსიქიატრიული კომორბიდობების მკურნალობა აუტიზმის დროს უნდა იყოს კომპლექსური და მულტიდისციპლინური.

არ არსებობს მედიკაცია, ან ფსიქოთერაპიული ინტერვენცია, რომელიც მუშაობს ყველა შემთხვევაში. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, აქ დაცული უნდა იყოს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ძირითადი პრინციპი: მკურნალობა ფოკუსირებული უნდა იყოს არა ცალკეულ სიმპტომზე, არამედ პიროვნებაზე და მიმართული უნდა იყოს პიროვნების ფსიქოფიზიკური კეთილდღეობის განცდის აღდგენისაკენ, რაც გულისხმობს მისი ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას (Autism in adults: diagnosis and management-Clinical guidelinenice.org.uk/guidance).

ეს სტანდარტი დაცული უნდა იყოს როგორც აუტიზმის მქონე პირებისათვის, რომელთაც აქვთ გონებრივი ჩამორჩენა, ასევე მათთვის, ვისაც ინტელექტი ნორმაში აქვს.

ასევე, დადგენილია, რომ მკურნალობის ინდივიდუალური მორგების ფორმა ბევრად ეფექტურია, ვიდრე ზოგად გაიღლაინებში გაწერილი ინტერვენციები.

ზოგადად მედიკაცია მიმართული არ უნდა იყოს რომელიმე არასპეციფიკური გამოვლინების მართვაზე. პირველ რიგში უნდა მოხდეს ნათლად შეფასება, თუ რომელი აშლილობის გამოვლენას წარმოადგენს არსებული არაადაპტური ქცევა (მაგალითად, აგრესია ან თვითდაზიანება) და შემდეგ დაიწყოს ამგვარად იდენტიფიცირებულ აშლილობებზე მუშაობა, როგორებიცაა, მაგალითად, შფოთვითი აშლილობა, ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა, ფსიქოზური აშლილობა და დეპრესია (ფარმაკოლოგიური ჩარევა აგრესიის და თვითდაზიანებელი ქცევების დროს Gerlach Manfred, Warnke Andreas, Greenhill Laurence).

ყველა ზემოთჩამოთვლილ შემთხვევებში, მკურნალობა ითვალისწინებს კომპლექსურ და ამომწურავ ქცევით ანალიზს. მკურნალობა და პროგნოზი ყოველთვის არ არის კეთილსაიმედო. მნიშვნელოვანია ქცევის ფუნქციური ანალიზი და იმ ფაქტორების იდენტიფიცირება, რომლებიც ახდენენ და არიან ტრიგერები, გამაძლიერებელი, ან შემანარჩუნებელი კონკრეტული არასასურველი ქცევების. ქცევის ფუნქციური ანალიზი გვეხმარება სპეციალური ქცევითი ინტერვენციების შემუშავებაში და გარემოს საჭირო მოდიფიკაციაში.

თუ, მიუხედავად ქცევითი ინტერვენციისა, მოცემული არასასურველი ქცევა/ქცევები მაინც ნარჩუნდება, მაშინ არის რეკომენდებული ფარმაკოლოგიური ჩარევა. ძლიერი გამღიზიანებლობის დროს FDA რეკომენდაციით გამღიზიანებლობის, აგრესიის თვითდაზიანებელი ქცევების და მძიმე ტანტრუმების დროს მოწოდებულია რისპერიდონი. გვერდითი მოვლენებიდან აღსანიშნავია წონის მატება, პროლაქტინის დონის მატება, სომნოლენცია, ექსტრაპირამიდული სიმპტომატიკა (Singh N.N., Lancioni Giulio, Winton Ian S.W. 2011 Gerlach Manfred, Warnke Andreas, Greenhill Laurence).

მეორე საშუალება არის არიპიპრაზოლი. გვერდითი მოვლენები: წონის მატება, ლებინება, ექსტრაპირამიდული სიმპტომატიკა (Gerlach Manfred, Warnke Andreas, Greenhill Laurence).

ზიპრაზიდონი – დამახასიათებელია QT ინტერვალის პროლონგირება, სედაცია, ექსტრაპირამიდული სიმპტომატიკა (Gerlach Manfred, Warnke Andreas, Greenhill Laurence).

ტიპური ნეიროლეპტიკი – ჰალოპერიდოლი ეფექტურია მძიმე აგრესიული ქცევების დროს, მაგრამ თანმხლები გვერდითი ეფექტების, დისტონიის და დისკინეზიის გამო არ არის სასურველი (Gerlach

Manfred, Warnke Andreas, Greenhill Laurence, Singh, N. N., Lancioni Giulio, Winton Ian S.W. 2011).

არსებობს მონაცემები პრეპარატ პიპამპერონის (Pipamperone) ეფექტურობის შესახებ, მისი სედატიური ეფექტის გამო (Gerlach Manfred, Warnke Andreas, Greenhill Laurence).

ფარმაკოლოგიური ჩარევის დროს დაცული უნდა იქნას მინიმალური ეფექტური დოზის პრინციპი.

მედიკამენტოზური ჩარევის პარალელურად მოწოდებულია მშობლის ფსიქოგანათლება ქცევის მართვის პროცესში (Gerlach Manfred, Warnke Andreas, Greenhill Laurence).

ამრიგად, თვალსაჩინოა, რომ აუტიზმის თანამედროვე მართვის დროს აუცილებლად გათვალისწინებული იყოს ყველა შესაძლო კომორბიდული აშლილობის არსებობა, რათა დიფერენცირებულად შეფასდეს აუტიზმის და სხვა აშლილობების გამოვლინებები და შეიქმნას კრეატიული, ეფექტური და პიროვნებაზე ინდივიდუალიზებული მიდგომა, რომელიც ორიენტირებული იქნება ASD მქონე პირის კარგად ყოფნის (well being) ხარისხის ამაღლებაზე.

3.14. აუტიზმის კომორბიდობის დასადგენი ინსტრუმენტები (არასრული ჩამონათვალი)

მარინა გეგელაშვილი

The Autism Comorbidity Interview-Present and Lifetime version (ACI-PL);

Children’s Interview for Psychiatric Syndromes-Parent version (P-ChIPS);

Children’s Yale – Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) modified for ASD are some helpful tools;

The newly available Anxiety Scale for Children – ASD, Parent and Child versions (ASC-ASD) shows promise;

Semi-structured, interviewer-rated tools, such as the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) performed by a clinician experienced in the field of autism may be more valid than highly structured responder-dependent tools.

საქართველოში, ჯერჯერობით არც ერთი მათგანი არაა თარგმნილი და ადაპტირებული.

თავი 4.

ზრუნვის დადგენილება და კოორდინირება

4.1. ზოგადი მიმოხილვა

ია შეყრილაძე

ზრუნვის გეგმის ადეკვატურად შემუშავებისა და განხორციელებისათვის საჭიროა, პირველ რიგში, კომპეტენტური და კვალიფიციური სპეციალისტები, რომლებიც ნაყოფიერად თანამშრომლობენ გეგმის მიზნების მისაღწევად და გარკვევით აქვთ გადანაწილებული ფუნქციები. პერსონალი, რომელიც მუშაობს აუტიზმის მქონე პირთან, უნდა:

- ფლობდეს აუტიზმთან დაკავშირებულ კომპეტენციებსა და უნარ-ჩვევებს;
- ფლობდეს ინფორმაციას აუტიზმთან დაკავშირებული რესურსების შესახებ;
- თანამშრომლობდეს აუტიზმის მქონე პირთან და მისი ოჯახის წევრებთან;
- ეპყრობოდეს მას/მათ პატივისცემით და ღირსების შეუღახავად;
- შეეძლოს, დაამყაროს ნდობით აღსავსე, არაგანსჯითი ურთიერთობა;
- ხელს უწყობდეს აუტიზმის მქონე პირის ავტონომიასა და აქტიურ მონაწილეობას.

ვინაიდან აუტიზმის მქონე პირებს და მათ ოჯახებს/მზრუნველებს შესაძლოა ჰქონდეთ მრავალფეროვანი საჭიროებები, მნიშვნელოვანია, რომ თითოეული პირის ზრუნვის გეგმა სათანადოდ შემუშავდეს, გაიწეროს ყველა მნიშვნელოვანი ამოცანა და აქტივობა მათ შესრულებაზე პასუხისმგებელი პირების მითითებით და დაინიშნოს შემთხვევის კოორდინატორი, კონკრეტული სპეციალისტი, რომელიც პასუხისმგებელი იქნება ზრუნვის ინდივიდუალური გეგმის მონიტორინგსა და შესრულებაზე.

აღნიშნული გეგმა უნდა გადაიხედოს გარკვეული პერიოდულობით (მაქსიმუმ 6 თვეში) გუნდურად ზრუნვაში ჩართული ყველა პირის მიერ (როგორც სპეციალისტები, ასევე აუტიზმის მქონე პირი და მისი მზრუნველები), შეფასდეს დასახული ამოცანების მიღწევის პროგრესი და მოდიფიცირდეს არსებული ვითარებისა და საჭიროებების შესაბამისად.

4.2. შეფასების შედეგების/დიაგნოზის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება

სოფიო კერესელიძე

საქართველოში, ისევე, როგორც მრავალ სხვა ქვეყანაში, „აუტიზმის“ დიაგნოზი, ხშირ შემთხვევაში, დაკავშირებულია სტიგმასთან და ინფორმაცია ახლად დასმული დიაგნოზის შესახებ საკმაოდ მძიმედ აღიქმება როგორც თავად აუტიზმის მქონე პირის, ასევე, მისი ახლობლებისა და ოჯახის წევრების მიერ. ძალიან მნიშვნელოვანია, სწორი ფორმით ინფორმაციის მიწოდება ოჯახის წევრებისა და ახლობლებისათვის, რაც დიდწილად განაპირობებს მათი და საზოგადოების სწორ დამოკიდებულებას აუტიზმთან დაკავშირებული სპეციფიკური საკითხებისადმი, საბოლოოდ კი განსაზღვრავს აუტიზმის გამოსავალს. ჩვენ შევეცადეთ, მოგვეცია სანდო გამოცდილება, რომელიც დაეხმარება სპეციალიტებს, რათა მათ შეძლონ, სწორი ფორმით ამცნონ ოჯახის წევრებს, მზრუნველებსა და დაინტერესებულ პირებს დიაგნოზის შესახებ და ასა-ს დიანოზის მიღების ფაქტი მათთვის არა მხოლოდ ნაკლებად ტრავმული იყოს, არამედ მაქსიმალურად განაწყონ ისინი შემდგომი თანამშრომლობისა და ხელშეწყობისათვის.

ოსტინის სახ. უნივერსიტეტის პროფესორმა ქეროლ ჰარისონმა (Carol Harrison, EdD, a professor at Stephen F Austin State University in Nacogdoches, Texas) თავისი კვლევა მიუძღვნა აუტიზმის მქონე ბავშვებსა და მათ მშობლებს. თუმცაღა, ვფიქრობ, გამოცდილება, თუ როგორ დავეხმაროთ ოჯახებს აუტიზმის დიაგნოზის მიღებასა და გაცნობიერებაში, დაეხმარება ნებისმიერი ასაკის აუტიზმის მქონე პირს და მის გულშემატივარს.

პირველადი დიაგნოსტიკებისას ოჯახის წევრებისათვის ძალიან მნიშვნელოვანია უცხო პირებისაგან ზრუნვის, დახმარების და გულისხმიერების შეგრძნება (Carol Harrison, EdD, a professor at Stephen F Austin State University in Nacogdoches, Texas).

- საწყის ეტაპზე ოჯახის წევრებს, პარტნიორებს და მზრუნველებს აუტიზმის შესახებ უნდა მიეწოდოთ მხოლოდ აუცილებელი ინფორმაცია, რომელიც არ გამოიწვევს მათ დაბნევას და უსაფუძვლო შიშს. სასურველია, რომ შევიკავოთ თავი ისეთი ინფორმაციის მიწოდებისაგან, როგორცაა მაგ. ინფორმაცია დიეტების შესახებ (გლუტენისა და კაზეინისაგან თავისუფალი დიეტა), ისტორიები ბავშვების შესახებ, რომლებიც გარბიან სახლიდან და არ აქვთ ტჟალეტის ჩვევა 8 და მეტი წლის ასაკში, მოზარდების და მოზრდილების შემთხვევაში – მიდრეკილება კრიმინალისადმი და სხვ.

სასურველია, შეთავაზება ინტერნეტში მოკლე რესურსის, ვებ-გვერდებისა და კურსების ჩამონათვალის, სადაც მშობლები და მზრუნველები შეძლებენ თავისი შესაძლებლობის ფარგლებში, საკუთარი ტემპებით აითვისონ ყველა მათთვის საჭირო ინფორმაცია აუტიზმის შესახებ. ესაა საშუალება, შეისწავლონ აუტიზმთან დაკავშირებული სამყარო საკუთარი ტემპით (რალა თქმა უნდა, შეთავაზებული კურსები თუ გვერდები უნდა იყოს სპეციალიტების მიერ რეკომენდებული და შემოწმებული). ამასთან, შეიძლება სპეციალისტებმა სთხოვონ მათ, რომ ყველა მათ მიერ წაკითხული სტატია და მასალა არ გადმოაგზავნონ დასაკომენტარებლად, ან არ გამართონ ყველა ასეთ შემთხვევაში დისკუსია სპეციალიტებთან (მაგალითად, თუ რამდენად სწორი და ეფექტურია მკურნალობის/ჩარევის ესა თუ ის მეთოდი და სხვ.), ოჯახის წევრებს უნდა მიეცეთ რეკომენდაცია, რომ ისაუბრონ ერთმანეთში და განიხილონ ყველა ის ემოციური საკითხი, რომელიც დაკავშირებულია აუტიზმის დიაგნოზის შეტყობასთან. ისაუბრონ შიშებზე, იმედგაცრუებაზე, დაბნეულობასა და შეშფოთებაზე (მაგ.: „გაიხსენეთ რა ემოცია დაგეუფლათ, როდესაც პირველად შეიტყვეთ დიაგნოზის შესახებ“ქვემოთ მოცემულია მსგავსი ვიდეოები).⁹

- ოჯახის წევრები არ უნდა გრძობდნენ თავს შეურაცხყოფილად იმის გამო, რომ ხშირად ბავშვის საქციელი არ არის ჩვეულებრივი და ის, შესაძლოა, პირდაპირ გამოხატავდნენ თავის ანტიპათიას და სიმპათიას სხვების მიმართ. მათ უნდა განემარტოთ, რომ აუტიზმის მქონე პირები საზოგადოების სრულუფლებიანი წევრები არიან და მათი პირდაპირი, ხშირად ბევრისათვის დამაბნეველი განცხადებები და ქცევა გამოწვეულია „აუტიზმით“. ეს არ უნდა გახდეს მათი შეურაცხყოფის და დაბნევის მიზეზი.
- იმ შემთხვევაში, თუ ოჯახისა და ახლობლებისათვის დიაგნოზი მიუღებელია, ჰარისონი გვთავაზობს ASPEN (aspennj.org) ჯგუფის გამოცდილებას, რაც არის „სხვა ოჯახების მსგავსი ისტორიების მოსმენა“. შესაძლოა კვირაში ერთხელ მოეწყოს ასეთი დახურული ჯგუფების შეხვედრები, რაც შეიძლება დაეხმაროს მათ პირადი, ემოციური თუ აუტიზმთან დაკავშირებული სხვა პრობლემების გადალახვაში.
- ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ ყველამ მიიღოს ბავშვი/ინდივიდი ისეთი, როგორც არის, და არა ისეთი, როგორც უნდათ მათ, რომ გახდეს, ან როგორ შედეგზეც უნდათ, რომ ის

9 https://video.search.yahoo.com/search/video;_ylt=A0LEV181479Yew0AANZXNyoA;_ylu=X3oDMTByMjB0aG5zBGNvbG8DYmYxBHBvcwMxBHZ0aWQDBHNlYwNzYw--?p=how+to+inform+people+with+ASD+about+diagnose&fr=yset_widemail_chr_win

გავიდეს. არც ისე, თითქოს ეს ტიპური განვითარების ბავშვია, ან ჩვეულებრივი მოზარდი ან ინდივიდია, რომელიც არაფრით განსხვავდება სხვებისაგან. ბავშვებს და მოზარდებს, ზრდასრულებს აუტიზმით, შესაძლოა, სჭირდებოდეთ მეტი სივრცე, მეტი გაგება და მოთმინება. ოჯახის წევრები უნდა ურთიერთობდნენ მათთან მათი თავისებურებების გათვალისწინებით და შესაბამისად, მოერიდონ ისეთ ფიზიკურ კონტაქტს (მაგალითად ჩახუტებას), რომელიც მათ არ მოსწონთ, მოერიდონ მათ დაცინვას ქცევასთან დაკავშირებული პრობლემებისას.

- მშობლებსა და ახლობლებს სჭირდებათ რჩევა, რომ საჩუქრების ჩუქების თუ ექსკურსიების მოწყობისას გაითვალისწინონ პირის სპეციფიური სენსორული საჭიროებები და გარემო პირობები, რაც, შესაძლოა, იყოს არასასურველი ქცევების გამოვლენის და მათზე ზრუნვის პროცესის გართულების გამომწვევი.
- აუტიზმის მქონე ბავშვის ოჯახის წევრებმა, თავად მოზარდმა/ზრდასრულმა პირებმა სასურველია, იარონ ინდივიდუალური საგანმანათლებლო პროგრამის განხილვის შეხვედრებზე, რაც საბოლოოდ, აახლოვებს მათ განათლების სპეციალიტებთან, საბოლოოდ კი ეს პროცესი გადაიზრდება „აუტიზმის მქონე ინდივიდის გუნდის“ წევრობაში. ეს თანამშრომლობა კრიტიკულად მნიშვნელოვანია სკოლაში, უმაღლესში, ოჯახში თუ სამსახურში წარმატებისათვის.
- ახლობლებისათვის მნიშვნელოვანია ისეთი აუცილებელი უნარების სწავლება, რომელიც სპეციალიტების არყოფნის პერიოდში დაეხმარება მათ, კრიტიკული სიტუაციის დროს სწორად განახორციელონ ჩარევა. დაეხმარება, რომ შეძლონ, სპეციალური რეჟიმის, რუტინის და დიეტის დაცვა. ამ წესების დაცვა ეხება როგორც ოჯახის წევრებს, ასევე ყველა მზრუნველს, რომელსაც შეხება აქვს აუტიზმის მქონე ბავშვთან ან პირთან. მათ უნდა ჰქონდეთ, აგრეთვე, საკონტაქტო ინფორმაცია, თუ ვის, რომელ სპეციალიტს შეიძლება მიმართონ სპეციფიური კითხვებითა და პრობლემებით, რომლებსაც თავად ვერ აგვარებენ.
- ძალიან მნიშვნელოვანია მოთმინების გამომუშავება. როდესაც ბავშვი აუტიზირებული ან გაბრაზებულია, სპეციალისტი უნდა დაეხმაროს ახლობლებს, რომ მოთმინებით მიიღონ მისი ეს ქცევა, რომელიც განპირობებულია „აუტიზმით“, და რომლის ახსნაც, ხშირად, მათ არ შეუძლიათ. მოთმინება, მართლაც, ძალიან მნიშვნელოვანი უნარია, რომელიც სჭირდება აუტიზმის მქონე პირთან მომუშავე ყველა ადამიანს, იმ

თვალსაზრისით, რომ არის ქმედითი და ხელშეწყობი, იძლევა კომუნიკაციის მუდმივი მცდელობის შესაძლებლობას, აგრეთვე, შესაძლებელს ხდის, პირის გაუგებარი უცნაურობებისათვის თვალის გასწორებას.

- განსხვავებული შემთხვევები შესაბამის განსხვავებულ დამოკიდებულებას საჭიროებს. მშობლებს, მზრუნველებს, ახლობლებს სჭირდებათ კარგად ახსნა, თუ რატომ უნდა იზრუნონ მათ აუტიზმის მქონე ინდივიდისათვის მისაღები გარემოს შესაქმნელად შეძლებისდაგვარად განსაკუთრებულად, რაც გულისხმობს აქტივობების ჩამონათვალს, თუ რა უნდა გაკეთდეს მათთვის და რა არ უნდა გაკეთდეს აუტიზმის მქონე ბავშვების და პირებისათვის (ისევე, როგორც ყველა დანარჩენი ოჯახის წევრისათვის). საწყის ეტაპზე, შესაძლოა, საჭირო გახდეს ოჯახში განსხვავებული წესების დამკვიდრება. მაგალითად, ძილის განსაკუთრებული ადგილის მიჩენა, სპეც. დიეტისა და/ან უსაფრთხოების წესების დაცვა. ეს არ ნიშნავს იმას, რომ ამით მშობელი/ოჯახის წევრი/მზრუნველი, ზედმეტ ყურადღებას იჩენს კონკრეტულად ამ აუტიზმის მქონე ბავშვის თუ ზრდასრული პირის მიმართ, არამედ ამით იგი იცავს მის განსაკუთრებულ საჭიროებებს და აცილებს მას და გარშემომყოფებს უსარგებლო სტრესს.
- „ასწავლეთ მშობლებს, ახლობლებს, რომ წაახალისონ სხვები, რომ დაინახონ აუტიზმის მქონე პირებში ძლიერი და დადებითი მხარეები. გაამახვილონ ყურადღება მათ სასარგებლო უნარებზე.“ „ბავშვს მოექცეით ისე, როგორც ყველა სხვა ბავშვს ოჯახში. უნდა გვახსოვდეს, რომ ისინი მეტად ჰგვანან სხვა ბავშვებს, ვიდრე, განსხვავდებიან მათგან; – გვირჩევეს ჰარისონი.

ყველაზე მნიშვნელოვანია, რომ მშობლებმა/მზრუნველებმა დააჯერონ გარშემომყოფები, რომ მიუხედავად იმისა, რომ არასაკმაო მონაცემებია აუტიზმის განკურნების შესახებ, და რომ „აუტიზმი მთელი სიცოცხლის მანძილზე არსებული მდგომარეობაა, ადრეული დიაგნოსტიკა და ადრეული ადეკვატური ჩარევა მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს გამოსავალს. ახლობლების, ოჯახის წევრების, მეგობრების სიყვარულით, მხარდაჭერით, აგრეთვე, ადეკვატური სერვისების არსებობის შემთხვევაში, აუტიზმის მქონე პირები, შესაძლოა, ცხოვრობდნენ სრული, ჯანსაღი და შინაარსიანი ცხოვრებით“ (Carol Harrison, EdD, a professor at Stephen F Austin State University in Nacogdoches, Texas).

მოზარდებისა და ზრდასრულების შემთხვევაში განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო დასმული დიაგნოზის პირველადად მიწო-

დებისას, რადგან, შესაძლოა, პირველადი ინფორმაცია მეტად ტრავმული აღმოჩნდეს თავად ასა-ს მქონე პირის და მისი ოჯახისათვის. სპეციალისტმა მაქსიმალურად თანამშრომლობითად უნდა განაწილოს როგორც კლიენტი, ასევე ოჯახის წევრები, რაც შემდგომში დიდ დახმარებას გაუწევს როგორც სწორი დიაგნოსტიკების, ასევე ინტერვენციის წარმართვის პროცესს.

მოზარდებისა და ზრდასრულების აუტიზმის დიაგნოსტიკა ძალიან გართულებულია ხშირ შემთხვევაში. გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ ჯერჯერობით, ერთიანი დიაგნოსტიკების ინსტრუმენტი არ არსებობს, განსხვავებით ბავშვთა სადიაგნოსტიკო ინსტრუმენტებისაგან. თუმცაღა, დავიდ ბევერსდორფის ინფორმაციით, ინსტრუმენტი განვითარების სტადიაშია.¹⁰

მოზარდებსა და ზრდასრულებში აუტიზმზე ეჭვის არსებობისას უნდა მოხდეს ძალიან ღრმა კვლევა და დისკუსია, რომელიც გულისხმობს კლინიციისტებისა და პაციენტის თანამშრომლობას ისეთი სირთულეების გამოსაკვლევად და შესაფასებლად, როგორებიცაა: სოციალური ინტერაქცია, კომუნიკაცია, შეზღუდულ ინტერესთა და სენსორული სფეროები. მაღალფუნქციური აუტიზმის მქონე ზოგიერთ პირს ძალიან დიდი რესურსი აქვს და ახერხებს კომპენსატორული სტრატეგიების შემუშავებას, რომელიც აუტიზმით გამოწვეული შეზღუდული შესაძლებლობების დაძლევის ემსახურება, რაც თავის მხრივ, ძალიან ართულებს დაკვირვებაზე დაფუძნებულ დიაგნოსტიკას. ნებისმიერ შემთხვევაში, დიაგნოსტიკა ძალიან მნიშვნელოვანია, ასევე, ძალიან მნიშვნელოვანია, დასმული დიაგნოზის სწორი მიწოდება, რადგან მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლოა ზოგმა ისწავლა აუტიზმისათვის დამახასიათებელი სიმპტომების დაფარვა, მათ მაინც უწევთ დიდი ძალისხმევა წინააღმდეგობების დასაძლევად ყოველდღიურობაში, სხვა ადამიანებთან ინტერაქციისას, რაც თან ახლავს აუტიზმს.

ძალიან მნიშვნელოვანია პირის ადრეული განვითარების ისტორიის დეტალების ცოდნა, ჩატარებული ინტერვენციების შესახებ ინფორმაცია. თუ ბავშვობაში აუტიზმის სიმპტომატიკა არ იყო გამოვლენილი და კომუნიკაციის თუ სოციალურმა პრობლემებმა თავი იჩინა მოზარდობის ასაკში, მაშინ, შესაძლოა, ეს ფაქტი მიუთითებდეს კოგნიტიური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე, რომლებიც განსხვავებულია აუტიზმის სპექტრისაგან. ამ შემთხვევაში, განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო, რომ სწორად გადავამისამართოთ კლიენტი საჭირო სპეციალისტთან (მაგალითად,

10 David Beversdorf. Dr. Beversdorf works within the Autism Speaks Autism Treatment Network at the University of Missouri's Thompson Center for Autism and Neurodevelopmental Disorders., <https://www.autismspeaks.org/blog/2014/07/25/getting-evaluated-autism-adult-where-go-who-see>

ნევროლოგთან, ფსიქიატრთან და სხვ.), რათა თავიდან ავიცილოთ როგორც თავად პაციენტის, ასევე ოჯახის წევრების ან პარტნიორების ტრავმატიზაციის რისკი.

4.3. სპეციალისტთა ცოდნა და კომპეტენციები

სოფიო კერესელიძე

ასა-ს მქონე პირთა იდენტიფიკაცია, დიაგნოსტიკა, შეფასება და მათზე ზრუნვა სხვადასხვა სპეციალისტების და განსხვავებული შემადგენლობის სპეციალიტთა გუნდების შესაბამის ცოდნასა და კვალიფიკაციას საჭიროებს.

ასა-ს მქონე ბავშვების შეფასებასა და მკურნალობას ახდენენ სპეციალისტთა მულტიდისციპლინური გუნდები, რომლებიც უნდა შედგებოდეს პედიატრის, კლინიკური ფსიქოლოგის, სოციალური მუშაკის, ოკუპაციური თერაპევტის, ბავშვთა ნევროლოგის და ბავშვთა ფსიქიატრისაგან, რომლებიც სპეციალიზირებული და გამოცდილნი არიან ბავშვთა აუტიზმის შეფასებასა და მკურნალობაში. რაც შეეხება მოზარდებსა და ზრდასრულებს, ამჟამად ძალიან ცოტა კვალიფიციური კლინიციისტი-სპეციალისტია, ვინც ახდენს მოზარდი და ზრდასრული პირის შეფასებასა და მკურნალობას. შესაბამისად, არც არსებობს კარგად გაწერილი კვალიფიკაციის კრიტერიუმები ამ სპეციალიტებისათვის. სასურველია, რომ ზრდასრულთა დიაგნოსტიკებისა და შეფასებისათვის მულტიდისციპლინური გუნდის სპეციალიტები იყვნენ ოჯახის ექიმები, ბავშვის განვითარების პედიატრები, ფსიქოლოგები, ბავშვთა ნევროლოგები და ბავშვთა ფსიქიატრები, რომლებიც სპეციალიზირებულნი და გამოცდილნი არიან ბავშვთა აუტიზმის შეფასებაში და ამასთან, არიან მზად მოზარდების და ზრდასრულთა გასასინჯად და შესაფასებლად (David Beversdorf. Dr. Beversdorf works within the Autism Speaks Autism Treatment Network at the University of Missouri's Thompson Center for Autism and Neurodevelopmental Disorders).

ჩვენი ხედვით, საქართველოში მეტად რეალურია, რომ ზრდასრულთა სადიაგნოსტიკო მულტიდისციპლინური გუნდი შედგებოდეს ოჯახის ექიმის, ზრდასრულთა გუნდის ფსიქიატრის, ნევროლოგის, ფსიქოლოგის, ოკუპაციური თერაპევტის და ყველა იმ სპეციალისტისაგან, რომელიც ჩამოთვლილია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში და არის ზრდასრულთა დიაგნოსტიკების გუნდის წევრი (იხ. ცხრილი ქვეთავში „სპეციალისტთა მულტიდისციპლინური გუნდების შემადგენლობა, ორგანიზაცია“).

ქვემოთ გაწვდით ჩამონათვალს იმ კომპეტენციებისას, რომლებიც უნდა გააჩნდეს აუტიზმის მქონე პირთან მომუშავე სპეციალისტებს.

1. აუტიზმის მქონე პირთან მომუშავე ყველა თანამშრომელი:
 - მუშაობისას, შეძლებისდაგვარად, უნდა თანამშრომლობდეს თავად აუტიზმის მქონე პირთან, მათ მშობლებთან/მზრუნველებთან/პარტნიორებთან;
 - ზრუნვასა და მხარდაჭერას უზრუნველყოფდნენ კლიენტისადმი პატივისცემით;
 - თანამშრომლობა უნდა ემყარებოდეს ურთიერთნდობასა და მხარდაჭერას.

2. თანამშრომელს, რომელიც მუშაობს ასა-ს მქონე პირთან, ფართო წარმოდგენა უნდა ჰქონდეს:
 - აუტიზმის ბუნებაზე, მის განვითარებასა და მიმდინარეობაზე;
 - აუტიზმის ზემოქმედებაზე პერსონალური, სოციალური და ოკუპაციური სფეროების ფუნქციონირებაზე;
 - ურთიერთქმედებაზე სოციალურ და ფიზიკურ გარემოსთან.

3. ჯანდაცვის და სოციალურ მუშაკს, რომელიც მუშაობს ასა-ს მქონე პირთან, ფართო წარმოდგენა უნდა ჰქონდეს:
 - აუტიზმის ბუნებაზე, განვითარებასა და მიმდინარეობაზე;
 - აუტიზმის ზემოქმედებაზე პერსონალური, სოციალური და ოკუპაციური სფეროების ფუნქციონირებაზე;
 - ურთიერთქმედებაზე სოციალურ და ფიზიკურ გარემოსთან;
 - ურთიერთქმედებაზე არსებულ მენტალურ და ფიზიკურ დარღვევებს შორის და მათ მართვაზე;
 - შესაძლო შეუსაბამობაზე ინტელექტუალურ ფუნქციონირებასა (რომელიც იზომება IQ) და ადაპტურ ფუნქციონირებას შორის, რაც გამოიხატება ყოველდღიური დაგეგმვის გაძნელებაში, მათ შორის საგანმანათლებლო და სამუშაო საქმიანობის პროცესშიც.

4. ჯანდაცვის სპეციალისტები და სოციალური მუშაკები, რომლებიც მუშაობენ აუტიზმის მქონე ინდივიდებთან, უნდა:

მაქსიმალურად ინარჩუნებდნენ კლიენტის ავტონომიას, ხოლო თავად ასა-ს მქონე პირის ჩართვით გადაწყვეტილებების მიღებისას, რომელიც ეხება მის მოვლას და საკუთარი თავის მართვას, უნდა:

 - შეინარჩუნონ ინდივიდუალური ურთიერთობების უწყვეტობა, სადაც ეს შესაძლებელია;
 - უზრუნველყონ ოჯახის, პარტნიორების და აუტიზმის მქონე ზრდასრული პირის სრული ინფორმირება ჩარევის ხასიათის და მომსახურების შესახებ, შესაბამისად, ენისა და ფორმატისა (მათ შორის ვიზუალური, ვერბალური და სმენითი, ადვილად წასაკითხი და სხვადასხვა ფერისა და შრიფ-

ტის გათვალისწინებით); თუ შესაძლებელია, პირს უნდა ჰქონდეს წვდომა კვალიფიციურ ადვოკატთან.

5. ჯანდაცვის, სოციალური მომსახურების, მომვლელების სამსახურის თანამშრომელი, რომელიც აწვდის სერვისს აუტიზმის მქონე ინდივიდს, მშობლებს, პარტნიორებს, უნდა:

- იყოს ადვილად ცნობადი (ადვილად გამოირჩეოდეს, თუნდაც საიდენტიფიკაციო წარწერით ან სხვა რაიმე ნიშნით);
- ძალიან გარკვევით განუცხადოს კლიენტს საკუთარი როლი და ფუნქცია;
- მიმართავდეს პიროვნებას მისთვის მისაღები ტიტულით და სახელით;
- უნდა შეეძლოს მკაფიოდ ახსნა კლიენტისათვის, მშობლები-სა/პარტნიორებისა და მზრუნველებისათვის ყველა კლინიკური ტერმინოლოგიის, რათა დარწმუნებული იყოს, რომ ეს ახსნა გასაგებია მათთვის;
- გაითვალისწინოს კომუნიკაციის სირთულეები, რომელიც სასწავლო პროცესისას იზრდება და საჭიროების შემთხვევაში გამოიყენოს ალტერნატიული კომუნიკაციები, რომლებიც გასაგებია კლიენტისათვის (საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყოს თარჯიმნით).

6. ჯანდაცვის და სოციალური მომსახურების სპეციალისტი, რომელიც აწვდის სერვისს აუტიზმის მქონე პირებს, მათ ოჯახებს და პარტნიორებს, უნდა:

- იცნობდეს აუტიზმის მქონე ინდივიდების ინფორმაციის ადგილობრივ (სახელმწიფო, ა.შ.) წყაროებს (ორგანიზაციებს, ვებგვერდებს), მხარდაჭერის სახეებს;
- შეეძლოს გამოიყენოს და შეამოწმოს ქვეყნის მიერ მოწოდებული რესურსები;
- წახალისოს ასა-ს მქონე ინდივიდების მონაწილეობა საკუთარი თავის უსაფრთხოების ჯგუფთან სამუშაოდ;
- შეეძლოს ერთი-ერთზე დახმარება;
- ხელს უწყობდეს ასა-ს მქონე პირებს, მათ ოჯახებს/მზრუნველებს, რომ შეძლონ სხვადასხვა შეკრებებზე და აქტივობებზე დასწრება.

7. ყველა ჯანდაცვის და სოციალური სამსახურის ექსპერტი, რომელიც მუშაობს ასა-ს მქონე ინდივიდებთან, უნდა:

- იყოს ინფორმირებული, წარმოდგენილი ანგარიშგების მიღება არსებული, ასა-ს მქონე ინდივიდების ფიზიკური დარღვევების შესახებ;
- განსაკუთრებით ფხიზლად იყოს ასა-ს მქონე იმ ინდივი-

დების მიმართ, რომლებსაც მოსწონთ ან არ მოსწონთ არა-ჯანსაღი თუ ჯანსაღი საკვები, ასევე, თუ აქვთ, ზოგადად, ფიზიკური აქტივობებისათვის თავის არიდების სურვილი;

- აძლევდეს რჩევებს კლიენტს და ხელი შეუწყოს მისი ჯანსაღი ცხოვრების წესს, ნებისმიერი ჰიპერ – თუ ჰიპოსენსორულობის გათვალისწინებით; საჭიროების შემთხვევაში, გადაამისამართოს შესაბამის სპეციალისტთან, მაგალითად, დიეტოლოგთან;

8. მოზარდ და ზრდასრულ აუტიზმის მქონე ინდივიდებთან მომუშავე პერსონალი მეტად ფაქიზად უნდა განიხილავდეს კლიენტის როგორც სექსუალობას, ასევე ასექსუალობას. პერსონალური სექსუალური ურთიერთობის განმარტრებისას გასათვალისწინებელია სოციალური ურთიერთობის სირთულეები, რომელმაც შესაძლოა, პიროვნებას დამახინჯებული ურთიერთობების ან სექსუალური ძალადობისაკენ უბიძგოს, ან თავად გახდეს ამ ძალადობის მსხვერპლი.

4.4. სპეცილისტთა მულტიდისციპლინური გუნდების შემადგენლობა, ორგანიზაცია

ასა-ს მქონე ინდივიდებთან და მათ პრობლემებზე მომუშავე მულტიდისციპლინურ გუნდებს გადამწყვეტი როლი ენიჭება აუტიზმის კოორდინირების და სერვისის მიწოდების პროცესში. ეს შესაძლოა იყოს ვირტუალური გუნდიც. გააჩნია, თუ რომელი მოდელი იქნება რეგიონში უფრო წარმატებული.

ლოკალური აუტიზმის გუნდები ბავშვებისა და ზრდასრულებისათვის, ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად უნდა ჩამოყალიბდნენ. ეს გუნდები უნდა თანამშრომლობდნენ ერთმანეთთან, რათა უზრუნველყონ ბავშვების რბილი გადასავლა/ტრანზიციის მოზარდთა და ზრდასრულთა სერვისებში. ტრანზიციის პერიოდი და ხანგრძლივობა ძალიან ინდივიდუალური და ცვალებადია. დროის ვარირება უნდა იყოს შეთანხმებული, ორივე, როგორც ბავშვების, ასევე ზრდასრულების სერვისებს შორის. თუ მოზარდი ბავშვების სერვისიდან ზრდასრულთა სერვისში ტრანზიციის პროცესშია, მაშინ იგი ხელახლა უნდა გადაფასდეს ორივე მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ ერთობლივად, მიუხედავად ახალგაზრდის ინტელექტუალური შესაძლებლობებისა.

ქვემოთ, NICE-ის გზამკვლევის მონაცემებზე დაყრდნობით და ჩვენი მოსაზრებების შეჯერებით, შევცადეთ მოგვეწოდებინა, აუტიზმის სპეციალისტთა გუნდების როგორი სტრუქტურა ასოცირდება აუტიზმის მართვის გაუმჯობესებასთან და რატომ.

მულტიდისციპლინური გუნდის შემადგენლობა

აუტიზმის მულტიდისციპლინური გუნდი, როგორც წესი, მოიცავს მშობელს/მზრუნველს, შემთხვევის/ზრუნვის კოორდინატორს – მენეჯერს და სხვა სპეციალისტს/სპეციალისტებს. ეს სპეციალისტებია:

- ფსიქოლოგი (კლინიკური ფსიქოლოგი ან ნეიროფსიქოლოგი);
- ფსიქიატრი;
- ექთანი;
- პედაგოგი/ოჯახის ექიმი/ნევროლოგი/სხვა ექიმი;
- ოკუპაციური თერაპევტი;
- სოციალური მუშაკი;
- მეტყველების თერაპევტი;
- სპეცპედაგოგი;
- დამხმარე პერსონალი (დასაქმების კონსულტანტი, საცხოვრისის სპეციალისტი, ა.შ.).

მულტიდისციპლინური გუნდის წევრი, ასევე, უნდა იყოს თავად აუტიზმის მქონე პირი ან აუტიზმის მქონე პირის მშობელი/მზრუნველი.

2010 წელს დიდი ბრიტანეთის აუტიზმის სტრატეგიის ჯანმრთელობის დეპარტამენტმა დაიწყო აუტიზმის სერვისების სპეციალისტთა სპექტრის გამოქვეყნება, რომლებიც უნდა ქმნიდნენ აუტიზმის სპეციალისტთა გუნდებს.

მიუხედავად ამისა, საკმაოდ მწირი გამოცდილება არსებობს იმისა, თუ როგორ მოხდება ამ გუნდის წარმოქმნის და განვითარების პროცესის ხელმძღვანელობა. ხშირ შემთხვევაში, სხვადასხვა ქვეყანასა და რეგიონში არსებული განსხვავებული ადამიანური თუ პროფესიული რესურსის არსებობის გამო, გუნდის შემადგენლობა განსხვავებულია. ყველა შემთხვევაში მკაფიოდ უნდა განისაზღვროს: ა) ვინ განსაზღვრავს მიწოდებული სერვისის ხარისხს, ბ) ვინ ახდენს დიაგნოსტიკას და შეფასებას, გ) ვის მიერ ხდება პირველადი კონსულტირება და არსებითი მოვლის კოორდინირება, დ) გუნდის შემადგენლობა, რომელიც ახდენს ინტერვენციას, ე) გუნდის როლი და ურთიერთობები არასამთავრობო ზრუნვის მიმწოდებლებთან და ა.შ.

ყოველივე აქედან გამომდინარე, ჩანს, რომ ახლო მომავალში მრავალფეროვანი მოდელები იქნება განვითარებული, რომლებიც სხვადასხვა ხარისხით დააკმაყოფილებენ, აუტიზმის მქონე ინდივიდების განსხვავებულ საჭიროებებს მომსახურების გაფართოების გათვალისწინებით. ჩანს, რომ ეს იძლევა ფართომასშტაბიანი ობსერვაციული კვლევის განხორციელების საშუალებას, რომელიც

მნიშვნელოვან ინფორმაციას მოგვაწვდის გუნდის იმ ხარისხობრივ მახასიათებლებზე, რომლის მუშაობაც ასოცირდება აუტიზმის საუკეთესო გამოსავალთან სერვისის წვდომის და ზრუნვის ეფექტური კოორდინირების საშუალებით.

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში შევეცადეთ მოგვეწოდებინა იმ გუნდების და სტრატეგიული ჯგუფების სტრუქტურა, რომელიც, სავარაუდოდ, მოგვცემს, აუტიზმის სისტემური, თანმიმდევრული, მართვის შესაძლებლობას საქართველოში.

ამ ჯგუფების შემადგენლობა და ფუნქციები განსხვავებულია ბავშვებთან, მოზარდ და ზრდასრულ აუტიზმის მქონე პირებთან, ასაკის და ჩვენი ქვეყნის სპეციფიკური საჭირო რესურსების გათვალისწინებით.

ცხრილი 1

მულტიდისციპლინური გუნდები, მათი მოქმედების სფერო, ფუნქციები და შემადგენლობა

გუნდის დასახელება	გუნდის ფუნქციები განსაზღვრა და მოქმედების სფერო	შემადგენლობა
გუნდი აუტიზმის დიაგნოსტიკისათვის	ანდენს აუტიზმის დიაგნოსტიკას და მოქმედებს აუტიზმის სადიაგნოსტიკო დაწესებულებებში	<p>ჯანდაცვის სპეციალისტები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ფსიქიატრი; • პედიატრი/ოჯახის ექიმი; • ოკუპაციური თერაპევტი; • კლინიკური ფსიქოლოგი ან ნეიროფსიქოლოგი; • ენისა და მეტყველების თერაპევტი; • ოფთალმოლოგი; • აუდიოლოგი.

<p>აუტიზმის მულტიექტორული სტრატეგიული ჯგუფი</p>	<p>ჯანდაცვის, განათლების, სოციალური სფეროს წარმომადგენლებისაგან შემდგარი ჯგუფი, რომელიც განსაზღვრას ასა-ს მქონე პირის მკურნალობის სტრატეგიულ გეგმას და ასრულებს მაკოორდინირებელ ფუნქციას (თავად ამ გუნდის სპეციალიტები ძირითადად მოქმედებენ რეგიონების მიხედვით და განსაზღვრევენ საჭიროებებს და უწევენ კოორდინირებას საჭირო სერვისების მიღებაში).</p>	<p>1) ჯანდაცვის სპეციალისტები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების სპეციალისტი; • ოჯახის ექიმი ან პედიატრი, ფსიქიატრი, ნევროლოგი; <p>2) კლინიკური ფსიქოლოგი ან ქცევის ანალიტიკოსი;</p> <p>3) განათლების სპეციალისტი:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ინკლუზიური განათლების სპეციალისტი; • პეციალური პედაგოგი. <p>4) სოციალური მუშაკი;</p> <p>5) მშობელი;</p> <p>6) დასაქმებისა და ოჯახის მეურნეობის გაძღოლის სპეციალისტები, რომლებსაც აქვთ როგორც კლინიკური, ასევე ექსპერტული და მენეჯერული გამოცდილება.</p>
<p>აუტიზმის მქონე ბავშვების ინტერვენციის წარმართვასა და ადაპტაციაზე პასუხისმგებელი გუნდი</p>	<p>სასურველია იყოს მობილური ჯგუფი, რომელიც ასა-ს მქონე პირის სერვისების წარმართვასა და ადაპტირებას ახდენს სხვადასხვა სივრცეში (მუშაობენ სასწავლო, სამკურნალო და სხვა დაწესებულებებში. აგრეთვე, ახდენენ ჯგუფური მეცადინეობების და დასასწრები სხვადასხვა აქტივობების დაგეგმვას და ადაპტირებას).</p>	<p>1) ჯანდაცვის სპეციალისტები</p> <ul style="list-style-type: none"> • ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების სპეციალისტი; • ოჯახის ექიმი. <p>2) განათლების სპეციალისტი:</p> <ul style="list-style-type: none"> • სპეციალური პედაგოგი <p>3) კლინიკური ფსიქოლოგი ან ქცევის ანალიტიკოსი</p> <p>4) სოციალური მუშაკი,</p> <p>5) შესაძლოა იყვნენ მონხალისეთა ორგანიზაციების წარმომადგენლები</p> <p>6) სასურველია წვდომა სისხლის სამართლის იურისტთან</p> <p>7) ჟურნალისტებთან, რომლებსაც აქვთ ამ თემატიკაზე მუშაობის სპეციფიკური გამოცდილება</p>

<p>ზრდასრულთა სერვისის მიმწოდებელი ორგანიზაციების გუნდი (მათ შორის ზრდასრულთა მობილური გუნდიც)</p>	<p>სერვისების მენეჯმენტი</p> <p>კლინიცისტები და დამხმარე პერსონალი, რომელიც, საჭიროების შემთხვევაში, მომსახურებას უწევს ასა-ს მქონე პირს სხვადასხვა გარემოში (სკოლა, უმაღლესი სასწავლებელი, სამედიცინო დაწესებულებები და სხვ.)</p>	<p>1) ჯანდაცვის სპეციალისტები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების სპეციალისტი; • ოჯახის ექიმი • სასურველია გუნდის წევრობა სპეციალურად მომზადებული სტომატოლოგის და დიეტოლოგის <p>2) სწავლის სირთულეების სპეციალისტი:</p> <ul style="list-style-type: none"> • სპეციალური პედაგოგი <p>3) სოციალური დამხმარების სპეციალისტები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • სოციალური მუშაკი; • მეურნეობის გაძლიერების დამხმარე სპეციალისტი; • დასაქმების სერვისების სპეციალისტი.
		<p>4) ფსიქოლოგები/ქცევითი თერაპევტები</p> <p>სასურველია თანამშრომლობა:</p> <p>5) მოხალისეთა ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან,</p> <p>6) სისხლის სამართლის მართლმსაჯულების სისტემის წარმომადგენლებთან,</p> <p>7) მესამე სექტორის წარმომადგენლებთან, ჟურნალისტებთან</p>
<p>ზრდასრულთა მულტულდისციპლინური გუნდის შემადგენლობა, რომელიც არსებობს მეორე დონის სპეციფიკურ დაწესებულებებში (ლოკალური)</p>	<p>ზრდასრულთა სერვისების მიმწოდებელი სპეციალისტების მულტულდისციპლინური გუნდი (ცენტრები, სადაც უტარდება პაციენტს ინტერვენცია, მაგალითად, დღის ცენტრები და კრიტიკული მართვის ცენტრები)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ოჯახის ექიმი; • ფსიქიატრი; • სტომატოლოგი; • დიეტოლოგი; • ექთანი; • კლინიკური ფსიქოლოგი; • ოკუპაციური თერაპევტი; • სოციალური მუშაკი; • მეტყველების და ენის სპეციალისტი; • დამხმარე სპეციალისტები (თემური უსაფრთხოების დამხმარე).

<p>ე.წ. „წინა ხაზის“ სპეციალიტები მობილური ჯგუფები</p>	<p>იგივე „სასწრაფო დახმარება“ ასა-ს მქონე პირებისათვის (მაგ. დაკარგული პირების მოძიებისას), მონაწილეობენ, აგრეთვე, წინა ხაზის სპეციალისტთა ჯგუფების ტრენინგებში</p>	<ul style="list-style-type: none"> • სოციალური მუშაკი; • სამართალდამცავები; • დაცვის თანამშრომლები; • საჭიროების შემთხვევაში – ფსიქიატრი; • GPs (global positioning system) სპეციალიტი, რომელიც ეძებს ამ მოწყობილობით ასა-ს მქონე პირის ლოკაციას.
<p>ტრანზიციის გუნდი (დეტალური საუბარი იქნება მომდევნო თავებში)</p>		

ასაკის შესაბამის აუტიზმის გუნდს გადამწყვეტი როლი ეკუთვნის:

- სპეციალიზირებული შეფასებისა და დიაგნოსტიკის პროცესში;
- ინტერვენციისა და სპეციალიზირებული მომსახურების მეთვალყურეობაში, მათ შორის საოჯახო ტიპის სახლების (რეზიდენტული ზრუნვის ქვეშ მყოფი პირების) შემთხვევაშიც;
- ჯანდაცვის და სოციალური მომსახურების პროფესიონალების და თანამშრომლების ტრენინგების წარმოებასა და დახმარებაში (მათ შორის რეზიდენტული ზრუნვის ქსელების თანამშრომლების), რომლებიც ჩართულნი არიან აუტიზმის მქონე ბავშვებისა და ახალგაზდების მოვლასა და ზრუნვაში;
- ფუნქციური, ადაპტური ინტერვენციის წარმოებისას – ყოველდღიური უნარების დასასწავლად კონსულტირების პროცესში;
- რთული ქცევის შეფასებასა და მართვაში;
- თანმხლები მდგომარეობების შეფასებასა და კონსულტირებაში;
- თავისუფალი დროის, სახალისო აქტივობების და საგანმანათლებლო პროგრამებზე წვდომასა და დახმარებაში;
- სამეურნეო საქმიანობაში;
- ოჯახის წევრების, მომვლელების/მზრუნველების ხანმოკ-

ლე შესვენების და ჩანაცვლებითი ზრუნვის მხარდაჭერაში (respite care);

- პროტოკოლების წარმოებაში ინფორმაციის გასაზიარებლად, რაც უზრუნველყოფს პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის რგოლების შეთანხმებულ თანამშრომლობას და სერვისების განგრძობადობას;
- ბავშვის სერვისებიდან ზრდასრულთა სერვისში გადასვლისას, გადაფასების პროცესში, საჭიროებების დადგენაში და სერვისების დაუბლირების პრევენციაში.

ზრდასრულთა სერვისების აუტიზმის გუნდის ფუნქციები

ზრდასრულთა სერვისების აუტიზმის გუნდს გადამწყვეტი როლი ეკუთვნის:

- ბავშვთა სერვისებიდან ზრდასრულთა სერვისში ტრანზიციის მხარდაჭერაში;
- აუტიზმის მქონე პირების შესაფერისი სერვისების წვდომაზე დახმარებაში;
- აუტიზმის მქონე პირების დახმარებაში, მაგალითად, დასაქმების სააგენტოებთან ურთიერთობისას, დამსაქმებლებთან ურთიერთობისას, ჯანმრთელობის და სოციალური სერვისების სააგენტოებთან წვდომის პროცესში (მაგალითად, უბნის ექიმთან ვიზიტის დაგეგმვაში);
- დიაგნოსტიკის შემდგომ გარკვეულ მხარდაჭერაში (მაგ. სტრუქტურირებული ჯგუფების და ინდივიდუალური სესიების მოწყობაში);
- ადამიანთა იმ ჯგუფების ყოველმხრივ და მუდმივ მხარდაჭერაში, რომლებსაც აქვთ ძირითად სერვისებზე წვდომის მუდმივი სირთულეები;

„წინა ხაზის სპეციალიტები“ არიან ის სპეციალიტები, რომლებიც ასა-ს მქონე პირების ურგენტული დახმარებისათვის ქმნიან მულტი-დისციპლინურ გუნდს, რომლის წევრებიც მონაწილეობენ სხვადასხვა გადაუდებელი მდგომარეობების მოგვარებაში და ამასთან, მონაწილეობენ ამავე მიზნობრივი ჯგუფის სპეციალიტების ტრენინგში (ეს ჯგუფი შედგება, მაგალითად, სოციალური მუშაკის, GPs (global positioning system) მომხმარებლისაგან, ფსიქიატრისაგან, სამართალ-დამცავებისაგან, დაცვის თანამშრომლებისაგან ...);

- ზრდასრულთა ოჯახის წევრების და მომვლელების დახმარებასა და მხარდაჭერაში;

დახმარებისა და მოვლის ეფექტური მიწოდებისათვის ზრდასრული ასა-ს მქონე ინდივიდებისათვის სასურველია შედგეს ლოკა-

ლური უწყებათაშორისი ჯგუფები, რომლებშიც მოიაზრებიან შემდეგი ძირითადი სპეციალისტები: 1) ზრდასრულთა სერვისების მენეჯერი, რომელიც არის ფსიქოლოგი 2) კომისრები/პერსონალური და თემური უსაფრთხოების დამხმარე (დაცვის თანამშრომელი, მანდატურები, პოლიციელები საჭიროებისამებრ) 3) სოც. მუშაკები 4) კლინიკისტები და სხვ დამხმარე სპეციალისტები (იხ. ცხრილი 1). ესენია: მენტალური ჯანმრთელობის, სწავლის სირთულეების, პირველადი ჯანდაცვის, სოციალური დახმარების, მეურნეობის, დამსაქმებელთა სერვისების, განათლების, აგრეთვე, სისხლის სამართლის მართლმსაჯულების სისტემის და მესამე სექტორის წარმომადგენლები.

ყველგან, სადაც უწევს ზრდასრულ აუტიზმის მქონე პირს მიმართვა, იქნება ეს ჯანმრთელობასთან, დასაქმებასთან თუ განათლებასთან დაკავშირებული სფეროები და სერვისები, უნდა არსებობდეს ზრდასრულთა სპეციალისტების მულტიდისციპლინური გუნდის წევრებთან წვდომა, სადაც, საჭიროებისამებრ, შესაძლებელი იქნება ამ გუნდის წევრების მიერ კონსულტირება-მომსახურება:

- კლინიკური ფსიქოლოგის;
- ექიმის;
- ექთნის;
- ოკუპაციური თერაპევტის;
- ფსიქიატრის;
- სოციალური მუშაკის;
- მეტყველების და ენის სპეციალისტის;
- ასისტენტის (მაგ. პირისაგან, რომელიც ეხმარება სახლის მეურნეობის გაძღოლაში, განათლებისა და დასაქმების დამხმარე, პერსონალური და თემური უსაფრთხოების დამხმარე).

დასავლეთ იორკშირის რეგიონული მულტიდისციპლინური გუნდის მოდელი

ქვემოთ წარმოდგენილია რეგიონული მულტიდისციპლინური გუნდის მოდელი, რომელიც შემუშვებულია სამხრეთ-დასავლეთ იორკშირის პარტნიორობის მიერ NHS FT (შესაძლოა, ეს მოდელი სამაგალითო იყოს საქართველოსთვის რეგიონული მულტიდისციპლინური გუნდის შექმნის პროცესში მისი შემადგენლობის და რესურსების მართვის კუთხით).

ზრდასრული ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომის (ADHD) და ASD – ასა-ს მქონე პირებისათვის სპეციალისტთა რეგიონული მულტიდისციპლინური გუნდი, რომლის სათავეშიც არის კონსულტანტი – ფსიქიატრი, ამუშავებს სტრატეგიებს ე.წ. „არათვალსაჩინო სისუსტეების“ აღმოსაფხვრელად/დასაძლევად, ინდივიდუალური მიდგომის საფუძველზე.

250,000 მოსახლეზე რეგიონში აუტიზმის გუნდის ფუნქციონირებისათვის მოწოდებულია შემდეგი საჭირო პერსონალი:

- 0.5 ფსიქიატრის შტატი;
- 1.0 ოჯახის ექიმი;
- 1.0 კლინიკური ფსიქოლოგის შტატი;
- 1 ოკუპაციური თერაპევტის შტატი;
- 0,5 სოც. მუშაკის შტატი;
- 0,5 ადმინისტრატორი;
- 0,5 ძიძა/მომვლელი.

დასავლეთ იორკშირის პარტნიორობის გუნდის შემადგენლობა წარმოადგენს ძირითადი პოლიტიკის განმსაზღვრელ გუნდს და უშუალოდ არ ახდენს ასა-ს მქონე პირების ინტერვენციას.

ეს შემადგენლობა აკმაყოფილებს NICE სახელმძღვანელო CG142-ს მოთხოვნებს.

ამ მოდელზე დაფუძნებული სერვისის მიზნებს წარმოადგენს:

- მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჩარევის გზების განსაზღვრა და პიროვნებაზე ცენტრირებული ზრუნვის შესახებ პრეზენტაციების შეუფერხებლად მიწოდების უზრუნველყოფა;
- თანამშრომლობა სხვა სერვისის მიმწოდებლებთან და მკურნალობის შესახებ ინფორმაციის გადაცემის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, რასაც ეფუძნება სრულფასოვანი, თანმიმდევრული მომსახურება;
- უწყვეტი შეუფერხებელი სერვისების შემუშავება, დანერგვა;
- უსაფრთხო მომსახურებისათვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნა მოცემული ჯგუფის ზრდასრული პირებისათვის;
- უწყებათაშორისი გუნდის წევრებისათვის ტრენინგების მოწყობა, აგრეთვე მათთვის ტრანზიციის გზების შემუშავება – სწავლება;
- ჯანდაცვის და სოციალური მომსახურების შესაბამისი სპეციალისტების (ექიმების, სოც. მუშაკების, ზოგადი პროფილის ექიმებისათვის, ცხოვრების, დასაქმების და დამოუკიდებელი სექტორის სპეციალისტების) ტრენინგების მოწყობა, რათა მათ ჰქონდეთ აუტიზმის ადგილობრივი სერვისების თანმიმდევრული მომსახურებების შესახებ საკმარისი ცოდნა და წვდომა;
- ახალგაზრდების ზრდასრულთა სერვისებში რბილი ტრანზიციის უზრუნველყოფის მხარდაჭერა;
- ხელმისაწვდომი/იაფი პროფილაქტიკური ღონისძიებების უზრუნველყოფა, რაც ხელს უწყობს სოც. ინტეგრაციას,

კეთილდღეობის უზრუნველყოფას და ჯანდაცვის და სოციალური დაცვის მომსახურებაზე დამოკიდებულების შემცირებას;

- ოჯახების ფსიქო-სოციალურ მხარდაჭერას;

4.5. აუტიზმის ძირითადი ნიშნების მართვის ფსიქოსოციალური ორგანიზაციის ჩარჩო

სოფიო კერესელიძე

აუტიზმის ძირითადი ნიშნების მართვისთვის გამოიყენება სპეციფიკური სოციალურ-კომუნიკაციური უნარების განვითარებაზე ორიენტირებული ინტერვენცია. ბავშვებისთვის ის უნდა მოიცავდეს თამაშზე დაფუძნებულ სტრატეგიებს მშობლის/მზრუნველის და პედაგოგის მონაწილეობით და მიმართული უნდა იყოს გაზიარებული ყურადღების, ჩართულობის, რეციპროკული კომუნიკაციის გაუმჯობესებისკენ.

სტრატეგიები:

- უნდა იყოს მორგებული ბავშვის განვითარების დონეს;
- მიზნად უნდა ისახავდეს აუტიზმის მექონე ბავშვის კომუნიკაციისა და ურთიერთობის თვისებრივ გაუმჯობესებას მშობლებთან/მზრუნველთან, პედაგოგთან და/ან თანატოლებთან მათი მხრიდან გაგებისა და თანადგომის თვისებრივი გაუმჯობესების შედეგად;
- მოიცავდეს მოდელირებისა და ვიდეომოდელირების ტექნიკებს;
- უნდა მოიცავდეს ბავშვის კომუნიკაციის, ინტერაქტიული თამაშისა და სოციალური რუტინის გაუმჯობესების ტექნიკებს.

ინტერვენცია უნდა ჩაატაროს სპეციალურად მომზადებულმა პროფესიონალმა. სკოლამდელი ასაკის ბავშვებისთვის სასურველია გამოყენებული იქნას მშობლის, მზრუნველის ან პედაგოგის მედიაცია, ხოლო სკოლის ასაკის ბავშვებისთვის – თანატოლების.

ადრეული ასაკიდანვე, მას შემდეგ, რაც გაჩნდება ეჭვი განვითარების ეტაპების დაყოვნებაზე ან აუტიზმზე, ბავშვსა და მის ოჯახს უნდა მიეწოდოს ადრეული ინტერვენციის სერვისი.

სკოლამდელ ასაკში ქცევითი ინტერვენციის პროგრამები უნდა იყოს დაფუძნებული ქცევის გამოყენებით ანალიზზე, რომელიც პრობლემური ქცევის მართვის, აკადემიური, ადაპტური, კომუნიკაციური, სოციალური უნარ-ჩვევების გასაუმჯობესებლად ყველაზე ეფექტურად მიიჩნევა. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამახვილდეს დასწავლილი უნარების განზოგადებაზე.

ადრეული ინტენსიური ინდივიდუალური ქცევითი ინტერვენცია ეფექტურია, იწვევს მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას ბავშვის განვითარებაში და ამცირებს შემდგომში სპეციალური სერვისების საჭიროებას.

მეტყველების არარსებობის შემთხვევაში შესაძლებელია ალტერნატიული და აუგმენტური კომუნიკაციის ისეთი ფორმების გამოყენება, როგორცაა უესტური ენა, კომუნიკაციური დაფები, ვიზუალური დამხმარეები, სურათების გაცვლით კომუნიკაციის სისტემა (PECS) და სხვა.

ზრდასრულთა ფსიქოსოციალური ინტერვენცია უნდა ითვალისწინებდეს სოციალური ინტერაქციის, ყოფითი, თავისუფალი დროის გატარებისა და დასაქმებისათვის საჭირო უნარ-ჩვევების სტრუქტურირებულ სწავლებას, რისხვისა და აგრესიის მართვის, ძალადობისგან თავის არიდების და პირადი უსაფრთხოების დაცვის უნარ-ჩვევების სწავლებას.

მოზარდებსა და ზრდასრულებში, რომლებსაც არ აღენიშნებათ ან აქვთ მსუბუქი ან საშუალო ხარისხის ინტელექტუალური დარღვევა და სოციალური ინტერაქციის პრობლემები, რეკომენდირებულია ჯგუფური ან ინდივიდუალური სოციალური და ყოფითი უნარ-ჩვევების სწავლება (იხ. ქვემოთ).

4.6. სწორი ჩარევის განსაზღვრა და მისი მონიტორინგი

სოფიო კერესელიძე

დიაგნოზის სწორად დასმის შემდეგ, სასურველია, რომ ვიზრუნოთ, ასევე, სწორი ჩარევის მეთოდოლოგიის შერჩევაზე. როდესაც ვსაუბრობთ სწორ ჩარევასა და ჩარევის მონიტორინგზე, უნდა იყოს გათვალისწინებული შემდეგი კომპონენტები:

- სპეციალისტთა კომპეტენციები (იხ. თავი „სპეციალისტთა კომპეტენციები“);
- გარემო პირობები, სადაც უნდა ჩატარდეს შეფასება და წარმართოს ჩარევა;
- მიწოდებული სერვისების ეფექტურობა;
- ინტერვენციის ხანგრძლივობა;
- სერვისის მიმწოდებელი ორგანიზაციის სტრუქტურა და ზრუნვის მიწოდება (იხ. თავი „ზრუნვის მიწოდება“ ...).

4.7. ჩარევისას გასათვალისწინებელი ფაქტორები და გარემოებები

სოფიო კერესელიძე

ჩარევის დაწყებისას, ყველა შემთხვევაში, გათვალისწინებულ უნდა იყოს ყველა ის ფაქტორი და გარემო, რომელსაც შეუძლია რომელიმე სპეციფიური ქცევის პროვოცირება. საჭიროების შემთხვევაში გარემო უნდა იყოს ადაპტირებული ისე, რომ:

- დაცული იყოს კლიენტის პირადი სივრცე ხელის გაწვდენის დისტანციაზე;
- გამოყენებული იქნას ვიზუალური მასალა (მაგ. ვიზუალური სურათები სიტყვების მითითებით მოსალოდნელი ქცევის კარნახით)
- შერჩეული კედლების და ავეჯის ფერი (ნაკლებად გამაღიზიანებელი ფერები, მაგ. პასტელის ფერები);

როდესაც ვარჩევთ ზრდასრული აუტიზმის მქონე პირის ჩარევის და მოვლის სახეებსა თუ მეთოდებს, გათვალისწინებული უნდა იყოს:

- აუტიზმის მქონე პირებისათვის მეტად სახასიათო, მომატებული შფოთვა გადაწყვეტილების მიღებასთან დაკავშირებით;
- მედიკამენტების მიმართ პარადოქსული და გაუთვალისწინებელი რეაქციის დიდი რისკი;
- გარემო, ადაპტირებული აუტიზმის მქონე პირებისათვის, მათი ჰიპერ და ჰიპოსენსორული მგრძნობელობის გათვალისწინებით (განათება – უნდა ავარიდოთ თავი ღუმინესცენტურ ნათებას და ბნელ ფარდებს, შესაძლოა მუქი სათვალის გამოყენება და ბუნებრივი განათების მომატება, ხმაურის დონე – ჩავახშოთ გარე ხმები და გამოვიყენოთ ე.წ. ყურსაცმები);
- პირის ჰიპერ- და ჰიპოსენსორული მგრძნობელობის შესაძლო გავლენა ინტერვენციაზე.

გარემოს ადაპტაციისას გულდასმით უნდა განისაზღვროს გარემოს შესაძლებელი ცვლილება, რათა შეფასებისა და ჩარევისას მაქსიმალურად ავიცილოთ თავიდან გარემოს არასასურველი ზემოქმედება.

თავი 5.

ხშირად გამოვლენილი მნიშვნელოვანი პრობლემების მართვა ასა-ს და მისი გარემოს ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად

სოფიო კერესელიძე

5.1. რთული ქცევა – განმარტება, გამომწვევი ფაქტორები

ჩარევისას გასათვალისწინებელი ფაქტორები და გარემოებები განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს რთული ქცევის ინტერვენციის დაგეგმვის დროს. რთული ქცევა, მეტ-ნაკლები ინტენსივობით, პრაქტიკულად, აუტიზმის მქონე ყველა პირთან გვხვდება, იქნება ეს მხოლოდ აუტიზმი თუ თანდართული კომორბიდობები. მიუხედავად თანამედროვე მრავალფეროვანი ჩარევების, მეთოდოლოგიებისა და შესაძლებლობებისა, რთული ქცევის მართვა, დღესაც, აუტიზმის მართვის ყველაზე დიდ გამოწვევად რჩება.

რთული ქცევა განისაზღვრება, როგორც კულტურულად მიუღებელი, გამომწვევი ქცევა ან ქცევები, როდესაც მისი (მათი) ინტენსივობა, ხანგრძლივობა და სიხშირე უქმნის სერიოზულ საფრთხეს თავად ქცევის განმხორციელებელ პირს ან/და გარშემომყოფთა უსაფრთხოებას, რთულ ქცევად ითვლება აგრეთვე ქცევა(ები), რომელიც ზღუდავს საკუთრივ ამ პირის და გარშემომყოფთა წვდომას ჩვეულებრივ, სათემო ობიექტებთან და სერვისებთან (ცალკე ქვეთავად განვიხილავთ ძილის პრობლემებს).

ცდები და კვლევები მოწმობს, რომ რასაც პროფესიულად, რთულ ქცევას უწოდებენ, ხშირად არის პიროვნების რეაქცია რთულ გარემოზე, რომელსაც განვითარების დარღვევების მქონე პირების ირგვლივ ქმნიან სერვისები და/ან სხვა ადამიანები, რადგან ძირითადად სერვისის მიმწოდებლები და გარშემომყოფი ადამიანები ქმნიან საკუთრივ მათთვის მოსახერხებელ გარემოს და ნაკლებად ითვალისწინებენ კლიენტის ინტერესებსა და მოთხოვნებს. აუტიზმის მქონე პირს სისტემატურად უხდება გარემოში ადაპტაციისათვის, საზოგადოებაში ინტეგრაციის პროცესში, ჯანმრთელობის გაუარესებისას, ასევე, ასაკობრივი, ფიზიოლოგიური, სოციალური თუ სხვა სპეციფიური სირთულეების დაძლევა. ამ მიზეზით გამოწვეული დისკომფორტული ქცევა, შესაძლოა, განხილული იყოს, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის „ქცევითი ეკვივალენტი“. თუმცადა, რთული ქცევა და ფსიქიკური ჯანმრთელობა შედარებით დამოუკიდებელი ცნებებია.

რთული ქცევა, აუტიზმის შემთხვევაში, არ არის ჩარევის გარეშე გარდამავალი ან წარმავალი.

რთულ ქცევას, უზშირესად, ავლენს პირი, რომელსაც სწავლის, განვითარების და/ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აქვს, თუმცაღა, შესაძლოა, ნებისმიერმა ადამიანმა გამოავლინოს რთული ქცევა.

რთული ქცევის სხვადასხვა ტიპს განარჩევენ:

- თვითდამაზიანებელი ქცევა (მაგალითად, თავის დარტყმა, თავის დაზიანება, კბენა, კარწვრა);
- აგრესიული ქცევა (მაგალითად, სხვებისათვის დარტყმა, სხვების დაზიანება-კაწვრა, ჩქმეტა, თავით დარტყმა. ყვირილი-კივილი, კბენა, ფურთხება, ფეხის მირტყმა და ა.შ.);
- მიუღებელი სექსუალური ქცევა (საჯარო მასტურბაცია, ხელის ფათური და ა.შ.);
- სხვების საკუთრების დაზიანება (საგნების სროლა, მოპარვა და სხვ.);
- გარშემომყოფებში დისკომფორტის გამომწვევი ან თვითდამაზიანებელი სტერეოტიპული ქცევა (განმეორებადი რხევა, ხელების ქნევა, ექოლალია).

რთული ქცევა მრავალი ფაქტორით შეიძლება იყოს გამოწვეული:

- ბიოლოგიური ფაქტორებით, როგორებიცაა, მაგალითად, კბილის ტკივილი, ნებისმიერი ტკივილი, სენსორული სტიმულაციის სურვილი...
- სოციალური ფაქტორებით – მოწყენილობა, სოციალური ურთიერთობის სურვილი, კონტროლის ელემენტების საჭიროება, საზოგადოებრივი ქცევის ნორმების არცოდნა, გარშემომყოფთა და სერვისის მიმწოდებელი პერსონალის გულგრილობა პირის საჭიროებებისა და მოთხოვნილებებისადმი;
- ეკოლოგიური ფაქტორები – ფიზიკური ასპექტები, როგორებიცაა განათება, ხმაურის დონე, სასურველი ობიექტების წვდომის შეზღუდვა;
- ფსიქოლოგიური – გარიყულობის განცდა, საზოგადოების მხრიდან იარლიყის მიკერების შეგრძნება, თავისუფლების შეზღუდვის განცდა, საზოგადოების მხრიდან ნეგატიური დამოკიდებულების შეგრძნება და სხვ.;
- რთული ქცევა შესაძლოა იყოს კომუნიკაციის მცდელობა. ხშირად რთული ქცევა გვირგვინდება ჯილდოთი, სასურველის მიღწევით, რაც მეტად ამტკიცებს ამ ქცევას.

რთული ქცევის მართვის ძირითად კომპონენტს წარმოადგენს ქცევის მიზნის და არსის გარკვევა. არავერბალურ ბავშვებში ეს ხშირად უფროსებთან ურთიერთობის საშუალებაა. ზრდასრულების ქცევის პრობლემებზე, შესაძლოა, ვივარაუდოთ მათი კონტაქტის სისშირითაც პოლიციის და სამედიცინო სტრუქტურებთან.

5.2. რთული ქცევის ციკლი

რთული ქცევის ციკლში გამოყოფენ შემდეგ კომპონენტებს:

- გამოწვევა
- ესკალაცია
- კრიზისი
- აღდგენა

ამ ციკლის ამგვარი დაყოფით და თითოეული ეტაპის ანალიზით შესაძლებელი ხდება სხვადასხვა სტრატეგიის შემუშავება რთული ქცევის ტრიგერების მინიმალიზაციისათვის. აგრეთვე, მოცემულ ტრიგერებზე საპასუხოდ, შედარებით მისაღები ქცევის ჩამოყალიბებისათვის, ან ისეთი შედეგების უზრუნველსაყოფად, რომელიც შედარებით მისაღებია როგორც თავად პირისათვის, ასევე გარშემომყოფთათვის. ქცევითი სტრატეგიები, როგორებიცაა ქვა (ქცევის გამოყენებითი ანალიზი), ოპერანტების მხარდაჭერა და პოზიტიური ქცევის მხარდაჭერა, უზიარესად გამოყენებული ინტერვენციის სახეებია. ბოლო დროს გამოიყენება, აგრეთვე, ზრდის ეიდეტური მოდელი, როგორც ძალიან პერსპექტიული მეთოდოლოგია. იგი წარმოადგენს ფსიქოთერაპიის ეიდეტურ მოდელს, რომელიც ადაპტირებულია ინტელექტუალური დარღვევების მქონე პირებთან სამუშაოდ და წარმატებით გამოიყენება დღის ცენტრებში ან რეზიდენტული ზრუნვის ქსელებში. ამ მეთოდით თერაპიული ჩარევის დროს მენტალურ წარმოდგენას ცენტრალური როლი ენიჭება ემოციური სირთულეების და ამ სირთულეების შედეგად აღმოცენებული ქცევითი დარღვევების გადალახვაში.¹¹

რუტინული შეფასებისას და მართვის დაგეგმვისას უნდა გამოვლინდეს ის ფაქტორები, რომლებიც იწვევს რთულ ქცევას ან ზრდის აუტიზმის მქონე პირის რთული ქცევის რისკს. როგორებიცაა:

- კომუნიკაციის დარღვევა, რაც იწვევს სიტუაციის გაგების ან საჭიროებების და სურვილების გამოხატვის პრობლემას;
- ფიზიკური ჯანმრთელობის დარღვევები (მაგ.: კბილის ტკივილი, კუჭ-ნაწლავის პრობლემები და სხვ.);
- თანმხლები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, როგორცაა შფოთვა ან დეპრესია ან სხვა ნეიროგანვიტარები-

11 Eidetic Model of Growth – EMG <http://frontline-ireland.com/the-eidetic-growth-model-an-emerging-intervention-for-challenging-behaviour/>

თი დარღვევები (მაგალითად, ADHD – ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომი);

- არაადაპტირებული ფიზიკური გარემო, კერძოდ, ასა-ს მქონე პირის სენსორული მგძნობელობის შეუსაბამო განათება, ხმაურის დონე და სხვა;
- სოციალური გარემო – შინ, სკოლაში და თავისუფალი დროის გატარებისას;
- რუტინის ან ოჯახური მდგომარეობის ცვლილება;
- ზრდა-განვითარებასთან დაკავშირებული ცვლილებები, მათ შორის მოზარდობის პერიოდი;
- ძალადობა ან ზეწოლა;
- რთული ქცევის წახალისება გარემომყოფების მიერ;
- სტრუქტურირებული გარემოსა და რუტინის არარსებობა, რაც ცვლილებებს არაპროგნოზირებადს ხდის.

5.3. რთული ქცევის შეფასება და საწყისი ინტერვენცია

სოფიო კერესელიძე

რთული ქცევის ინტერვენციის გეგმის შემუშავებისას მნიშვნელოვანია შეფასების ყველა იმ შედეგის გათვალისწინება, რომელიც ეფუძნება აუტიზმის კომპლექსურ შეფასებას და მოიცავს როგორც რისკების მართვის გეგმას, ასევე, კლიენტის ნებისმიერ პრაქტიკულ საჭიროებას (როგორებიცაა, მაგალითად, სოციალური და ფიზიკური გარემოს ადაპტაცია). იმისათვის, რომ ინტერვენცია სწორად დაიგეგმოს, აუცილებელია, გასაუბრება ასა-ს მქონე პირის ოჯახთან, პარტნიორებთან, მომვლელებთან და მათთან ერთად დასახული გეგმის დეტალების, საჭიროებებისა და რისკების შესახებ შეთანხმება შემდეგი გარემოებებისა:

1. აუტიზმის მქონე პირს, უნდა ჰქონდეს ჯანმრთელობის პასპორტი (მაგალითად ელექტრონული ბარათი, რომელიც შეიცავს მისი მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციას, ყველა სპეციალისტის მონაცემებს, პირის საჭიროებებსა და ჩატარებული/ქმედითი დახმარების სახეების შესახებ ინფორმაციას). ეს პასპორტი მას მუდმივად უნდა ჰქონდეს თან.
2. ყოველმხრივი შეფასების ნაწილად უნდა მოიაზრებოდეს 24 სთ-იანი კრიზისული სიტუაციის მართვის გეგმა, რომელიც ითვალისწინებს, საჭიროებისას, მენტალური ჯანმრთელობის სპეციალისტის სერვისს, ეს სპეციალისტი უნდა ფლობდეს ცოდნასა და შესაბამის კომპეტენციებს:
 - კრიზისის სავარაუდო გამომწვევების (პროვოკატორები) შესახებ ინფორმაციას;

- ნებისმიერ მაპროვოცირებელი ფაქტორის ბუნებასა და მასზე რეაქციის სისწრაფეს;
 - ქცევის განვითარების შესაძლო გზებს, რადგან მათ შეიძლება იმოქმედონ პიროვნების ქცევაზე კრიზისამდე და კრიზისის შემდეგ;
 - სპეციალისტების ჯგუფის ფუნქციების შესახებ, თანამშრომლობდეს სხვა სერვისების სპეციალისტებთან (მაგალითად, იმ სპეციალისტებთან, რომლებიც ეწევიან განმარტებით მუშაობას);
3. მათ ფუნქციაში შედის, აგრეთვე, პირველადი დახმარების პროფესიონალებისა და სხვა სპეციალისტებისათვის კრიზისის მართვის და მათი უფლებამოსილებების შესახებ რჩევების მიცემა;
 4. კრიზისის მართვის დროს ოჯახის წევრების/პარტნიორების/მომვლელებისათვის მათი როლის შესახებ სწორი რჩევების მიცემა;
 5. ნებისმიერი ფიზიკური თუ სოციალური გარემოს ცვლილების ბუნების განსაზღვრის, ანალიზის და ადაპტირების უნარს, რაც აუცილებელია კრიზისის მართვისთვის.

თუკი დიაგნოსტიკური შეფასების შემდეგ გაჩნდა ახალი რთული ქცევა, რამაც წარმოშვა ეჭვი დასმული დიაგნოზის სიზუსტეში, ჩნდება დამატებითი კვლევის საჭიროება. ამ შემთხვევაში კლიენტი დამატებითი კვლევისა და შეფასებისათვის უნდა გადაამისამართდეს სხვა, შესაბამის სპეციალისტთან, ან შესაბამის „აუტიზმის გუნდთან“ ასეთი შემთხვევებია:

- აუტიზმის მულტიგუნდის წევრების არაერთგვაროვანი აზრი დიაგნოზის ირგვლივ;
- აუტიზმის მქონე პირის, მისი ოჯახის წევრების, პარტნიორების, მომვლელებისა და გუნდის სპეციალისტების არაერთგვაროვანი აზრი დასმული დიაგნოზის ირგვლივ;
- ლოკალური ექსპერტიზის არასაკმარისი კომპეტენტურობა დიაგნოსტიკაში;
- თანმხლები მდგომარეობების არსებობა, როგორებიცაა დასწავლის სირთულეები, ასევე, ვიზუალური, სმენითი, მოტორული, აგრეთვე, მენტალური პრობლემები.

რთული ქცევის დროს საჭირო ინტერვენციის დაწყებამდე განიხილება ყველა ის ფაქტორი, რამაც შეიძლება რთული ქცევის პროვოცირება ან შენარჩუნება გამოიწვიოს.

საჭიროა მთელი რიგი ღონისძიებების მოსინჯვა იმ ფაქტორების აღმოსაფხვრელად, რომლებიც შეიძლება ხელს უწყობდეს რთული ქცევის გაჩენას და/ან შენარჩუნებას:

- ფიზიკური დარღვევის ან თანმხლები ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ქცევის პრობლემის მკურნალობა;
- გარემოს ცვლილებისკენ მიმართული ინტერვენცია, როგორცაა: ოჯახის და მზრუნველის კონსულტაცია; ფიზიკური გარემოს ადაპტაცია.

თუ ყველა შესაძლო მიზეზის კორექციის მცდელობის მიუხედავად რთული ქცევა რჩება, საჭიროა კონსულტაცია დამატებით მესამე დონის კლინიკის მულტიდისციპლინურ გუნდთან, რომელიც წარმოადგენს ექსპერტთა ჯგუფს აუტიზმის მიმართულებით.

მულტიდისციპლინური განხილვის პროცესში ინტერვენციის შერჩევისას გასათვალისწინებელია:

- ქცევის ბუნება, სიმძიმე და ინტერვენციის ზეგავლენა;
- პირის ფიზიკური და კომუნიკაციური საჭიროებები და შესაძლებლობები;
- გარემო;
- ინტერვენციის ეფექტური იმპლემენტაციისთვის ოჯახის, მზრუნველის ან პერსონალის მხარდაჭერა და ტრენინგი;
- პირის და ოჯახის ან მზრუნველის არჩევანი;
- პირის გამოცდილების შესახებ ინფორმაცია უკვე განხორციელებულ ინტერვენციაზე და მასზე რეაქცია.

5.4. რთული ქცევის გამომწვევი ფაქტორების წინასწარმეტყველება და მათი პრევენცია

რთული ქცევის გამომწვევი ფაქტორების განჭვრეტა/წინასწარმეტყველება და მათი პრევენცია გულისხმობს იმ ფაქტორების შეფასებას და პრევენციას, რომლებმაც შეიძლება აუტიზმის მქონე პირებში გაზარდოს რთული ქცევის აღმოცენების რისკი, მათი რუტინული შეფასებისას.

შეფასების დაგეგმვისას, შესაფასებელი და გასათვალისწინებელია შემდეგი გარემოებები:

- კომუნიკაციის დარღვევა, რამაც შესაძლოა წარმოშვას აუტიზმის მქონე პირის მიერ სიტუაციის გააზრების გართულება ან უუნარობა და/ან საჭიროებების და სურვილების გამოხატვის გართულება ან უუნარობა;
- ფიზიკური ჯანმრთელობის დარღვევები, როგორებიცაა ტკივილი ან კუჭ-ნაწლავის ფუნქციის დარღვევები;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების ერთობლიობა, როგორებიცაა შფოთვა ან დეპრესია და სხვ.;
- ფიზიკურ გარემო, რაც გულისხმობს განათების და ხმაურის დონის და სხვა გარემო ფაქტორების შეფასებას;
- სოციალური გარემოს შეფასება, სახლში, სკოლაში და სხვა

- გარემოში;
- დასვენების აქტივობების შეფასება;
- რუტინაში ან პირად ცხოვრებაში შესული ცვლილებების შეფასება;
- ბავშვის განვითარებასთან დაკავშირებულ ცვლილებების, მათ შორის, პუბერტატულ პერიოდში მიმდინარე განვითარების ცვლილებების შეფასება;
- ასა-ს მქონე პირის ექსპლუატაციის ფაქტები, მათი დადგენა და შეფასება;
- რთული ქცევის გაუთვალისწინებელი/დაუგეგმავი განმამტკიცებელი ფაქტორების დადგენა და შეფასება;
- პროგნოზირების და სტრუქტურის არარსებობის ფაქტების დადგენა და შეფასება.

5.5. რთული ქცევის ფსიქოსოციალური ინტერვენცია

რთული ქცევის დაძლევის, ინტერვენციის, გეგმა უნდა შემუშავდეს თავად ასა-ს მქონე პირთან და მისი ოჯახის წევრებთან ერთად. უნდა გაიწეროს საფეხურებრივად, ისე, რომ მაქსიმალურად იქნას თავიდან აცილებული რთული ქცევის გამოწვევი ფაქტორები.

ასეთი გეგმებია, მაგალითად:

- მკურნალობის გეგმა ფიზიკური, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ქცევის პრობლემების მოსაგვარებლად;
- გეგმა ოჯახების ან მომვლელთა მხარდასაჭერად.

გეგმა აუცილებელია სტრუქტურირებისა და პროგნოზირების გაზრდის უზრუნველსაყოფად. თუ რთული ქცევის მაპროვოცირებელი ან შემანარჩუნებელი თანმხლები მდგომარეობა, მათ შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა, ფიზიკური დარღვევა ან გარემოს პრობლემა ვერ დადგინდა, აუცილებელია ქცევის ფუნქციური შეფასების განხორციელება გამოცდილი ქცევის ანალიტიკოსის მიერ, ქცევის მართვის გეგმის (ფსიქოსოციალური ინტერვენციის სტრატეგიების) შემუშავება და განხორციელება შეფასების შედეგად გამოვლენილი ქცევის ფუნქციის შესაბამისად, როგორც პირველი რიგის მკურნალობა.

ქცევის ფუნქციური შეფასებით უნდა დადგინდეს:

- ფაქტორები, რომლებიც ქცევის შენარჩუნებას უწყობს ხელს;
- ქცევის ფუნქცია და საჭიროებები, რომლის დაკმაყოფილებასაც ცდილობს ქცევის განხორციელებით;
- ქცევის შედეგები (რაც მიიღება და მოქმედებს როგორც არსებული ქცევის განმამტკიცებელი);

- ალტერნატიული ქცევა, რომელიც რთული ქცევის გამოვლენის საჭიროებას, სულ მცირე, შეამცირებს მაინც.

რთული ქცევის მართვის გეგმა (ფსიქოსოციალური ინტერვენცია) უნდა მოიცავდეს:

- მკაფიოდ იდენტიფიცირებულ სამიზნე ქცევას;
- ფოკუსირებას იმ შედეგზე, რომელიც უკავშირდება ცხოვრების ხარისხს;
- გარემოს იმ ფაქტორების შეფასებასა და მოდიფიცირებას, რომლებიც შეიძლება ხელს უწყობდეს ქცევის დაწყებას ან შენარჩუნებას;
- მკაფიოდ განსაზღვრული ინტერვენციის სტრატეგიას, რაც ითვალისწინებს პირის განვითარების დონეს და თანმხლებ პრობლემებს;
- კონკრეტულ ვადებს ინტერვენციის მიზნებისთვის (ინტერვენციის სტრატეგიის ისეთი მოდიფიკაციის ხელშეწყობას, რომელიც არ ესადაგება ცვლილებას გუნდის მიერ შეთანხმებულ კონკრეტულ დროში);
- სამიზნე ქცევის რეგულარულ შეფასებას ინტერვენციამდე, ინტერვენციის მიმდინარეობისას და ინტერვენციის შემდეგ;
- ბავშვის/ზრდასრულისთვის ბუნებრივ გარემოში (სახლში, სკოლაში, ქუჩაში და სხვ.) გეგმის გამოყენებას;
- შეთანხმებას მშობლებს, მზრუნველსა და სპეციალისტებს შორის სხვადასხვა გარემოში ინტერვენციის განხორციელების შესახებ.

5.6. რთული ქცევის ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

ანტიფსიქოზური მედიკამენტები მხოლოდ იმ შემთხვევაში გამოიყენება, თუ რთული ქცევის მართვისას ფსიქოსოციალური ან სხვა ტიპის ინტერვენცია არაეფექტურია ან ვერ ხორციელდება ქცევის სიმძიმის (რთული ქცევა საშიშია პირის ან გარშემომყოფთა სიცოცხლისა და/ან ჯანმრთელობისთვის) გამო.

ანტიფსიქოზურ მედიკამენტს ნიშნავს და მონიტორინგს უწევს ფსიქიატრი, მონიტორინგში შესაძლოა მას ეხმარებოდეს, აგრეთვე, ქცევითი ანალიტიკოსი, რომელმაც უნდა:

- განსაზღვროს სამიზნე ქცევა;
- დაადგინოს გაზომვის შესაბამისი წესი, რომელსაც გამოიყენებს ეფექტურობის, მათ შორის ქცევის სიხშირისა და სიმძიმის მონიტორინგისა და საერთო ზეგავლენის შესაფასებლად;
- გადაამოწმოს მედიკამენტის ეფექტურობა და გვერდითი მოქმედება მკურნალობის დაწყებიდან 3-4 კვირაში;

- შეწყვიტოს მკურნალობა, თუ არ არის ჩვენება ან კლინიკურად მნიშვნელოვანი ეფექტი მედიკამენტის მიღების დაწყებიდან 6 კვირის შემდეგ.

ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობა:

- უნდა დაიწყოს დაბალი დოზით;
- გამოყენებული უნდა იქნას პრეპარატის მინიმალური ეფექტური დოზა;
- რეგულარულად უნდა გადამოწმდეს ანტიფსიქოზური მედიკამენტის სარგებელი და ნებისმიერი გვერდითი მოქმედება.

ანტიფსიქოზური მედიკამენტის შერჩევასა და გათვალისწინებული უნდა იყოს გვერდითი მოქმედება, ფასი, ბავშვის ან ზრდასრულის (ან მშობლის/მზრუნველის) არჩევანი და წარსულში ანტიფსიქოზურ მკურნალობაზე რეაქცია.

თუ მედიკამენტის გამოწერაზე პასუხისმგებლობა დაეკისრება პირველადი ჯანდაცვის ექიმს, მას უნდა მიეცეს ნათელი განმარტება ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ საკითხზე:

- სამიზნე ქცევის შერჩევა;
- მედიკამენტის სარგებლისა და გვერდითი მოქმედების მონიტორინგი;
- მედიკამენტის მინიმალური ეფექტური დოზის პოტენციალი;
- მკურნალობის სავარაუდო ხანგრძლივობა;
- მკურნალობის შეწყვეტის გეგმა.

რისპერიდონის და არიპიპრაზოლის გამოყენება დასაშვებია მნიშვნელოვანი აგრესიის, ტანტრუმის ან თვითდამაზიანებელი ქცევის არსებობისას. ის პირები, რომლებიც იღებენ რისპერიდონს, დამატებით საჭიროებენ წონის რეგულარულ მონიტორინგს.

რთული ქცევის მართვისთვის ანტიფსიქოზური მედიკამენტები რუტინულად არ უნდა იქნას გამოყენებული.

5.7. ჩარევა ძილის პრობლემების მოსაგვარებლად

სოფიო კერესელიძე

ასა-ს მქონე პირებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის ძალზე მნიშვნელოვანი საკითხია ძილთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარება, რაც დიდ გავლენას ახდენს როგორც თავად ასა-ს მქონე პირის, ასევე, მისი ოჯახის წევრების და მომვლელების, პარტნიორების ცხოვრების ხარისხსზე, ამიტომაც ეს საკითხი ცალკე თავად განიხილება.

თუ ბავშვსა და მოზარდს ძილის პრობლემა აქვს, პირველ ყოვლისა, საჭიროა ამ პრობლემის შეფასება, იდენტიფიკაცია:

- რაში მდგომარეობს ძილის პრობლემა (მაგალითად, ჩაძინების გაძნელებაში, ხშირ გაღვიძებაში, უჩვეულო ქცევაში, სუნთქვის პრობლემაში, თუ დღის განმავლობაში ძილიანობაში);
- დღის და ღამის ძილის პატერნების და მათი ნებისმიერი ცვლილების განსაზღვრა;
- არის თუ არა ძილის დრო (ხანგრძლივობა და დაძინების დრო) ნორმალური;
- როგორია გარემო, რაც გულისხმობს:
 - ა) ფონური ხმაურის დონეს;
 - ბ) დაბნელების გამოყენებას;
 - გ) ტელევიზორს ან კომპუტერს საძინებელში;
 - დ) კიდევ ვის სძინავს საძინებელში;
 - ე) დღის განმავლობაში აქტივობებისა და ვარჯიშის ინტენსივობა;
 - ვ) შესაძლო ფიზიკური ავადმყოფობა ან დისკომფორტი (მაგ. რეფლუქსი, ყურის ან კბილის ტკივილი, ყაბზობა ან ეგზემა და სხვ.);
 - ზ) ნებისმიერი მედიკამენტის ეფექტი;
 - თ) სხვა ინდივიდუალური ფაქტორები, რომლებიც ხელს უშლის დაძინებას და არღვევს ძილის პროცესს, როგორებიცაა, მაგალითად, ურთიერთობებით გამოწვეული ემოციები ან სკოლაში არსებული პრობლემები;
 - ი) ძილის დარღვევების და ქცევის პრობლემების გავლენა მშობლებზე და სხვა ოჯახის წევრებზე.
- უნდა განისაზღვროს სპეციფიკურად ძილის დარღვევის კომორბიდობები, რომლებიც ხასიათდება ჰიპერაქტიურობით ან სხვა ქცევითი პრობლემებით.

ძილის პრობლემების მოგვარებისათვის მოწოდებულია ქვემოთ ჩამოთვლილი რეკომენდაციები, რომლებიც სამუშაო პროცესისას უნდა იყოს გათვალისწინებული:

- თუ ბავშვი ან მოზარდი ხმამაღლა ხვრინავს, უჭირს სუნთქვა ან აჩერებს სუნთქვას ძილის დროს, იგი უნდა გადაამისამართდეს სპეციალისტთან, რათა გამოკვლეული იქნას, თუ რა იწვევს ძილის ობსტრუქციულ აპნოეს.
- მშობლებთან და მზრუნველებთან ერთად უნდა მოხდეს ძილის გეგმის შემუშავება (ეს უზშირესად არის ძილის სპეციფიკური ქცევითი ინტერვენცია), რაც ხელს უწყობს ძილის სპეციფიკური პრობლემების განსაზღვრას და მყარი ძილის ჩვევის ჩამოყალიბებას.
- საჭიროა ოჯახის წევრების, მომვლელების დახმარება, რომ

მათ რეგულარულად ჩაიწერონ ძილის და ღვიძილის პერიოდები დღისით და ღამით 2 კვირის განმავლობაში და საჭიროების შემთხვევაში, ეს ინფორმაცია უნდა იქნას გამოყენებული ძილის გეგმის მოდიფიკაციისათვის

- უნდა მოხდეს გეგმის პერმანენტული გადახედვა, სანამ არ ჩამოყალიბდება რეგულარული ძილის პატერნი.

მხოლოდ ფარმაკოლოგიური ჩარევა არ გამოიყენება ძილის მოსაწესრიგებლად, იმ შემთხვევაშიც კი, თუ:

- ძილის პროცესის მოსაწესრიგებლად ჩატარებული ინტერვენციის მიუხედავად, ძილის პრობლემები მაინც ნარჩუნდება;
- ძილის პრობლემები ცუდად აისახება ბავშვზე, მოზარდზე, მათ ოჯახის წევრებზე ან მზრუნველებზე.

თუ ძილის მოსაწესრიგებლად ფარმაკოლოგიური ჩარევა მაინც მოხდა, მაშინ:

- ეს უნდა მოხდეს მხოლოდ სპეციალური ინსტრუქციის შესაბამისად, რომელსაც ადგენენ და შესაბამისი კონსულტაციისას აწვდიან ძილის მედიცინის ექსპერტი პედიატრი, ან ფსიქიატრი, რომელიც არის აუტიზმის მენეჯმენტში ექსპერტი;
- მედიკამენტების გამოიყენება ხდება უთუოდ არამედიკამენტურ ჩარევასთან ერთად;
- რეგულარულად უნდა ხდებოდეს მედიკამენტის საჭიროების და მისი ეფექტურობის ანალიზი, რათა ვიყოთ დარწმუნებული, რომ მისი მოქმედების ბენეფიტები აღემატება გვერდით ეფექტებს და მათი განვითარების რისკებს.

თუ ჩატარებული ღონისძიებების მიუხედავად, ძილის პრობლემები კვლავ რჩება თავად ბავშვებისათვის/მოზარდებისათვის, მშობლების, მზრუნველებისთვის ძლიერ დამაზიანებელ ფაქტორად, მაშინ ნაჩვენებია:

- პირის გადამისამართება ძილის სპეციალისტთან (ასეთის არსებობის შემთხვევაში);
- არსებული სერვისების მცირე წყვეტა და სხვა ტიპის ჩანაცვლებითი მოვლა (სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში) 1 ან რამოდენიმე ღამით. ეს პროცესი რეგულარულად უნდა გამეორდეს, რათა დარწმუნებული ვიყოთ, რომ ოჯახის წევრები ადეკვატურ დახმარებას უწევენ აუტიზმის მქონე პირებს და სწორად მონაწილეობენ ძილის მოსაწესრიგებაში.

ყურადსაღებია, რომ ომეგა 3 ცხიმოვანი მჟავები, არ გამოიყენება ძილის პრობლემების სამართავად.

ნაწილი 2.

ინტერვენციების ფორმები აუტიზმის
მქონე პირთათვის – სოფიო კერესელიძე

თავი 1.

ინტერვენციების ძირითადი სახეები და კლასიფიკაცია აუტიზმის სპექტრის მქონე ბავშვებისათვის

სოფიო კერესელიძე

ინტერვენცია/ჩარევა აუტიზმის მქონე ბავშვისათვის გულისხმობს ქმედებას ან მკურნალობას კონკრეტული მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად და/ან პრობლემის აღმოსაფხვრელად/გადასაჭრელად.

აუტიზმის სპექტრის აშლილობის მართვისათვის (ასა), მთელ მსოფლიოში მრავალი სახის ინტერვენცია/ჩარევა გამოიყენება. სხვადასხვა ტიპის ინტერვენცია/ჩარევა შეიძლება ხორციელდებოდეს როგორც თავად ბავშვებთან, ასევე, მშობლებთან ან ორივესთან ერთად. ეს პროცესი შესაძლოა იყოს ხანმოკლე ან გრძელდებოდეს წლების განმავლობაში. არ არსებობს საიმედო მტკიცებულება იმისა, რომ ჩარევის რომელიმე კონკრეტული სახე სრულად „განკურნავს“ აუტიზმის მქონე პირს, მაგრამ ნებისმიერი ჩარევა, რომელიც ითვალისწინებს ბავშვის განსაკუთრებულ საჭიროებებს და მის ძლიერ მხარეებს, დაეხმარება მას ყოველდღიურ ცხოვრებაში.

აუტიზმის სპექტრის აშლილობის (ასა) მქონე ბავშვის მშობლებს, უთუოდ უწევთ შეხება სხვადასხვა მკურნალობის მეთოდებთან. არ არის საჭირო, რომ ყველა მშობელი გახდეს ექსპერტი, მაგრამ თუ მშობლები უკეთ გაეცნობიან ამა თუ იმ თერაპიის სახეებს, უკეთ შეძლებენ აირჩიონ, რომელი მათგანი იქნება უფრო ოპტიმალური მათი შვილისათვის.

ქვემოთ ინტერვენციის ძირითადი სახეების მოკლე მიმოხილვაა წარმოდგენილი. ეს ერთ-ერთი ვარიანტია ჩარევათა კლასიფიკაციის, რომელიც არსებობს მრავალ განვითარებულ ქვეყანაში. ჩამოთვლილი კატეგორიებიდან ზოგიერთი ტიპი ეფუძნება ქვემოთ ჩამოთვლილ სახეობათა ერთობლიობას:

- ქცევითი ინტერვენციები;
- სამედიცინო ჩარევა;
- ბავშვის განვითარებაზე ორიენტირებული ინტერვენციები;
- კომბინირებული ინტერვენციები;
- ე.წ. ოჯახზე დაფუძნებული ინტერვენციები;
- ფსიქოლინამიკური ინტერვენციები;
- სხვადასხვა სპეციფიკური თერაპიული ინტერვენციები (მეტყველების, ოკუპაციური თერაპია და სხვ.);

- ალტერნატიული ინტერვენციები;
- და სხვა

არჩევანს, თუ რა სახის ჩარევას გამოიყენებს მშობელი ბავშვთან, განსაზღვრავს ბევრი ფაქტორი. ამ დროს უმთავრესია, რომ გათვალისწინებული იქნას შვილის უფლებები. იდეალურია, თუკი პროფესიონალები იმუშავებენ მშობლებთან/ოჯახთან ერთად, რათა აარჩიონ სწორედ ის ინტერვენცია, რომელიც შეესაბამება კონკრეტულ ბავშვს და კონკრეტულ ოჯახს.

არსებობს სანდო, კვლევებზე დაფუძნებული მტკიცებულები, რომლებიც ადრეულ ინტერვენციებს ანიჭებს გადაწყვეტ როლს. ამ კვლევებზე დაყრდნობით უპირატესობა ენიჭება ქცევით თერაპიას და საგანმანათლებლო მიდგომებს. ასა-ს მქონე ბავშვთა უმრავლესობისთვის ეს ინტერვენციები მოიცავს ქცევის გამოყენებითი ანალიზის (ABA) პრინციპებზე დაფუძნებულ თერაპიებს.

არსებობს მრავალი ტიპის ჩარევა ასა-ს მქონე ინდივიდებისათვის, რომელთაგანაც დიდი ნაწილი ეფუძნება ქცევით და/ან განვითარებაზე დაფუძნებულ თერაპიებს. თუმცა, უნდა ითქვას, რომ ქცევით თერაპიებიებზე დაფუძნებული ინტერვენციები ისევეა ბავშვის განვითარებაზე ორიენტირებული, როგორც საგანმანათლებლო მიდგომები. არსებობს მედიკამენტურ და ალტერნატიულ თერაპიათა ჩამონათვალი, რომელთაგან ზოგიერთი რამდენიმე მათგანის კომბინაციას წარმოადგენს, ზოგიც ბავშვების ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული ვარიაციებია.

ამ თავში მოკლედ განვიხილავთ ზემოთ მოყვანილი კლასიფიკაციის სახეებს, რათა ზოგადი წარმოდგენა შეექმნას მკითხველს ჩარევის ამა თუ იმ სახეობაზე.

შემდეგ თავებში უფრო დაწვრილებით იქნება განხილული თერაპიის ისეთი სახეობები, რომლებიც სანდო კვლევებზე დაფუძნებით ამტკიცებს მათ ქმედით თერაპიულ ეფექტს.

1.1. ქცევითი ინტერვენციები

ასა-ს ქცევაზე დაფუძნებული თერაპიული მიდგომა ფოკუსირებულია ბავშვისთვის ახალ ქცევისა და უნარების დასწავლაზე, აგრეთვე, არსებული სასურველი ქცევის განმტკიცებაზე სპეციფიკური, სტრუქტურირებული ტექნიკის გამოყენებით. ეს ტექნიკა არის საუკეთესო სწავლების იარაღი, რათა განვითარდეს სხვადასხვა სასურველი უნარი და ხელი შეეწყოს სათანადო ქცევის ჩამოყალიბება-განმტკიცებას.

ქცევაზე დაფუძნებული ინტერვენციები/მიდგომები, ალბათ, ყველაზე დეტალური და საუკეთესოა, აქედან გამომდინარე, ისინი ყველაზე ხშირად გამოიყენება ბავშვთა აუტიზმის შემთხვევაში.

ქცევით ინტრევენციის, იგივე ბიჰევიორიზმის ფუძემდებლად ითვლება ბერას ფრედერიკ სკინერი (B. F. Skinner, 1904-1990). იგი დაინტერესდა ქცევის ფილოსოფიით და საფუძველი დაუდო რადიკალურ ბიჰევიორიზმს (radical behaviourism – იგივე ქცევის ფილოსოფია) და ქცევის ექსპერიმენტულ ანალიზს (The experimental analysis of behaviour – იგივე ქცევის ექსპერიმენტული კვლევა), ქცევის ამგვარმა თვალთახედვამ დასაბამი ჩაუყარა ქცევის კვლევით მეცნიერებას და შესაბამისად, გააჩინა შესაძლებლობა: ა) ჩამოყალიბებულიყო უნივერსალური ინსტრუმენტი ქცევის კვლევისათვის, ბ) რომელიც ხსნიდა სტიმულების ზოგად ბუნებას და ამ სტიმულებზე პასუხს; გ) განსაზღვრავდა ქცევითი ერთეულების პრაგმატულ კრიტერიუმებს, სტიმულის კონტროლის კონცეფციას, გ) იძლეოდა პასუხების სიხშირის რიცხობრივი მონაცემების გამოყენების საშუალებას, დ) ვერბალური ქცევის განმარტებას და ზ) ხსნიდა არაპროგნოზირებადი სტიმულების ქცევაზე მოქმედების კანონზომიერებებს.

ექსპერიმენტულმა ბიჰევიორიზმმა განაპირობა რადიკალური ბიჰევიორიზმის განვითარება. კვლევები იწვევდა დარგის განვითარებას და მისი გარკვეული ნაკლოვანებების აღმოფხვრას. თუმცა-და, ამ მეთოდოლოგიის სრულყოფისაკენ სვლა არ გამოირიცხავდა შეცდომებსაც. ამის თვალსაჩინო მაგალითია ამ დარგის ერთ-ერთი მიმდევარის, ჯეი მურის (Jay Moore) ნაშრომები, რომლებიც პოპულარული იყო მე-20 საუკუნის შუა ხანებში და რომლებსაც მნიშვნელოვანი წვლილი მიუძღვის ბიჰევიორიზმის განვითარებაში. იგი წერდა, რომ ე.წ. „მენტალური რეალობა“ არ არსებობს – რაც, დღევანდელი თვალთახედვით, დამაბნეველი და მცდარი მოსაზრებაა.¹²

სტატიკაში „კვლევის ფუნქცია რადიკალური ბიჰევიორიზმში, ქცევის ანალიზის შემდგომი განვითარებისათვის“,¹³ საუბარია იმაზე, რომ თანამედროვე რადიკალური ბიჰევიორიზმი არის თეორიული სქემა სავლელე პრაქტიკის შესაბამისად. იგი არის აქტიური ნაწილი კვლევის ექსპერიმენტული დარგის სფეროში. თეორიული, კვლევითი საფუძველი ფრიად მნიშვნელოვანია საკუთრივ ექსპერიმენტული, ემპირიული დარგის განვითარებისათვის. რადიკალური ბიჰევიორიზმის სპეციფიკური მახასიათებლები უზრუნველყოფენ ინტეგრირებული სამეცნიერო ნიადაგის მომზადებას ქცევის ანალიზის შემდგომი განვითარებისათვის.

„ქცევის ანალიზმა“ ჩაანაცვლა ე.წ. „ქცევის მოდიფიკაცია“. ეს უკანასკნელი გულისხმობდა ქცევის ცვლილებას გარემო ფაქტორე-

12 he insists that the mental realm does not exist – an unprovable and distracting assertion – <https://scinapse.io/papers/2155331466>). US Library of Medicine, National Institute of Health – Journal List Behav Anal v.33(2); Fall 2010 PMC2995516

13 Functions of Research in Radical Behaviorism for the Further Development of Behavior Analysis – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2995516>

ბის გაუთვალისწინებლად, ამის საპირისპიროდ, ქცევის გამოყენებითი ანალიზი (ქგა) ცდილობს, წინასწარ განსაზღვროს ფუნქციური ურთიერთქმედება სამიზნე ქცევასა და გარემოს შორის და შესაბამისად, შეცვალოს არასასურველი ქცევა ფუნქციურად სასურველით. ეს მიდგომა, უმეტესად, მიმართულია კონსტრუქციული, სოციალურად მისაღები ქცევის ფორმების ჩამოსაყალიბებლად. ქცევის გამოყენებითი ანალიზი ემყარება პრინციპებს, რომელიც ხსნის ქცევის დასწავლის პროცესს. პოზიტიური განმტკიცება სწორედ ერთ-ერთი ასეთი პრინციპია. იგი ზრდის სასურველი ქცევის გამეორების ალბათობას და სიხშირეს.

ქცევის გამოყენებითი ანალიზის პრინციპებზე დაყრდნობით აუტიზმის სპექტრის მქონე ბავშვებთან მუშაობა პირველად 1960 წელს დაიწყო. მანამდე კი ძირითადად, ზრდასრულებთან მუშაობისას გამოიყენებოდა. აუტიზმის შემთხვევაში ამ მეთოდის გამოყენებისას მისი ძირითადი სპეციფიკურობა მდგომარეობს მაღალ ინტენსივობაში (მინიმუმ 10 საათი კვირაში ზრდასრულებში და მოზარდებში და 40 საათამდე კვირაში ბავშვებთან), ინდივიდუალურ მიდგომაში, დასასწავლი უნარების სხვადასხვა გარემოში განხორციელების აუცილებლობაში.

ამჟამად ქგა პრინციპებზე დაყრდნობით სულ უფრო მრალფე-როვანი მეთოდები მუშავდება, რომლებიც ნებისმიერი ასაკის ინდივიდთან მუშაობის საშუალებას იძლევა. ეს მეთოდოლოგიები შესაძლებელია გამოყენებული იქნას სხვადასხვა სტრუქტურირებულ გარემოში, ყოველდღიურობაში, სახლში, სკოლაში და სხვ.

ქცევითი ინტერვენციები:

1.1.1. ქცევის გამოყენებითი ანალიზი

ქცევის გამოყენებითი ანალიზი (ქგა, იგივე ABA) არის აუტიზმის თერაპიისათვის საყოველთაოდ აღიარებული, კვლევაზე დაფუძნებული მეტად ეფექტური მიდგომა. იგი აუმჯობესებს კომუნიკაციურ, სოციალურ და თვითმოვლის უნარებს. ეს არის მეცნიერული დისციპლინა, რომელიც სწავლების პრინციპებზე დაყრდნობით შეიმუშავებს მეთოდებსა და მეთოდოლოგიებს ქცევის სოციალური მნიშვნელობის შესაცვლელად. იგი მეცნიერულად დამტკიცებული სწავლების მიდგომაა, რომელიც ხსნის ქცევის ფუნქციას, აგრეთვე, ხსნის მისი ზემოქმედების ხასიათს გარემოზე. ამ კონტექსტში „ქცევა“ განიხილება, როგორც მოქმედება და უნარი გარემოს შესაცვლელად. გარემოს ზემოქმედება, თავის მხრივ, გულისხმობს როგორც ფიზიკურ, ასევე სოციალურ ზემოქმედებას, რომელიც შეიძლება შეცვალოს როგორც თავად ქცევამ, ასევე მოახდინოს ქცევის ცვლილება.

1.1.2. დაგლასის ინვალიდობის ცენტრის განვითარების პროგრამა (DDDC)

დაგლასის ინვალიდობის ცენტრი დაარსდა Rutgers-ის მმართველი საბჭოს მიერ ნიუ-ჯერსის უნივერსიტეტში 1972 წელს სპეციალურად აუტიზმის სპექტრის მქონე პირების და მათი ოჯახების საჭიროებებისათვის. იგი შეუერთდა გამოყენებითი და პროფესიული ფსიქოლოგიის უმაღლეს სასწავლებელს (GSAPP), DDDC იმართება Rutgers-ის მმართველი საბჭოს მიერ და დამტკიცებულია შტატ ნიუ-ჯერსის განათლების დეპარტამენტის, სოციალური მომსახურების და ჯანდაცვის დეპარტამენტების მიერ. DDDC პროგრამა გულისხმობს ფოკუსირებას პიროვნებებზე, რათა მოახდინოს კომპენსირება აუტიზმით გამოწვეული დარღვევებისა. ეს მეთოდი ემყარება ექვა (ABA)-ს პრინციპებს და გულისხმობს მომსახურების მიწოდებას ადამიანებისათვის ცხოვრების ყველა ეტაპზე. პროგრამით მუშაობენ როგორც ბავშვებთან, ასევე დიდებთან და თანამშრომლობენ სააგენტოებთან, რომლებიც ამ პირების სერვისებს აფინანსებს. საუნივერსიტეტო პროგრამების ფარგლებში ეს ცენტრი მუშაობს სტუდენტებთან და ასპირანტებთან საგანმანათლებლო და კვლევითი პროგრამებით. სასწავლო პროცესი მოიცავს, აგრეთვე, კონსულტირების, მკურნალობის სერვისების გამოყენებას.

DDDC პროგრამა გულისხმობს:

- მონაცემებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მიღებას;
- ამ პროგრამის შემსრულებელი პროფესიული კადრების ყოლას, რომელთაგან უმრავლესობა არის სერტიფიცირებული ქცევითი ანალიტიკოსი;
- ემპირიულად გამყარებული ჩარევის სტრატეგიების გამოყენებას;
- ინტერვენციებს სახლში, სკოლაში, თემში;
- სწავლას მაღალი ინტენსივობით და სწავლისათვის მუდმივად მრავალი შესაძლებლობების შეთავაზებას;
- სასწავლო გარემოს სისტემატურ შეფასებას;
- პერსონალის პროფესიულ სწავლებას;
- მშობელთა სწავლებას და მხარდაჭერას, რათა ხელი შეეწყოს მათ თანამშრომლობას ინტერვენციის და ადვოკაციის პროცესებში.

DDDC გამოიყენებს ინდივიდუალურად დეტერმინირებულ სტრატეგიებს, რომლებიც ითვალისწინებს თითოეული მოსწავლის საჭიროებებს. ეს მეთოდოლოგია ახორციელებს (თუმცა არ შემოიფარგლება):

- სტრატეგიულ და პირობით განმამტკიცებლების შესწავლას;
- ფუნქციურ შეფასებას;

- ქცევის წინაპირობაში ჩარევას;
- პოზიტიური ქცევის მხარდაჭერას;
- ფუნქციური კომუნიკაციის სწავლებას;
- დისკრეტული სწავლების ინსტრუქციებს;
- ინციდენტურ სწავლებას;
- ზუსტი სწავლების და ხარისხის განსაზღვრის პროცედურებს (Precision Teaching and Rate Building Procedures);
- ბუნებრივ გარემოში სწავლებას;
- განსახორციელებელ ამოცანათა ანალიზს (Task analysis);
- სათემო პროგრამებს;
- აუგმენტატიურ კომუნიკაციას.

ინტერვენციებს, რომლებიც ვერბალური ქცევის ენობრივ კლასიფიკატორულ სისტემებს იყენებს.¹⁴

1.1.3. დისკრეტული (დანაწევრებული) ცდით სწავლების მოდელი (Discrete Trial Training – DTT)

დისკრეტული ცდით სწავლების მოდელი ქცევითი თერაპიის პრინციპებზე დამყარებული სწავლების მეთოდოლოგიაა, რომელიც გულისხმობს დასასწავლი ქცევის მცირე საფეხურებად დაყოფას და თითოეული საფეხურის თანმიმდევრულ დასწავლას. ხშირად, როდესაც აუტიზმის მქონე მცირე ასაკის ბავშვებთან ABA თერაპიაზე საუბრობენ, გულისხმობენ სწორედ დისკრეტული სწავლების მეთოდს. ABA თერაპიისაგან განსხვავებით, რომელიც ქცევას განიხილავს 3 ეტაპად (წინაპირობა, ქცევა და თანმდევნი შედეგი), გამოყოფენ დისკრეტული ცდის 5 (ან 6) საფეხურს:

1. წინაპირობა;
2. დახმარება-შესწორება;
3. პასუხი;
4. სწორ პასუხზე თანმდევნი შედეგი;
5. არასწორ პასუხზე თანმდევნი შედეგი;
6. ხანმოკლე პაუზა ახალ დისკრეტულ ცდამდე.

ავტორები (Malott & Trojan-Suarez, 2006; Smith, 2001) აცხადებენ, რომ რეალურად, დისკრეტული სწავლება 5 ნაწილისაგან შედგება, ვინაიდან თვლიან, რომ მე-4 და მე-5 ნაწილები არსობრივად ერთი და იგივეა, მაგრამ ნაწილი სპეციალიტებისა მათ გამოყოფს ცალკე, რათა აჩვენონ, ორი შესაძლო გამოსავლის მნიშვნელობა, რომლებიც, მათი აზრით, მკაცრად უნდა იყოს გამიჯნული.¹⁵

14 Interventions using the language classification system of Verbal Behavior)-(RUTGERS graduate school of applied and professional psychology – <http://dddc.rutgers.edu/mis-sion.html>

15 educate autism – <http://www.educateautism.com/applied-behaviour-analysis/discrete->

1.1.4. შემთხვევა/ინციდენტებზე დაფუძნებული სწავლება

შემთხვევა/ინციდენტებზე დაფუძნებული სწავლება (Pivotal Response Treatment) აუტიზმის თერაპიის ერთ-ერთი ყველაზე კარგად შესწავლილი და გამოცდილი მეთოდია, რომელიც ეფუძნება ქვა-ს, მისი მიზნებია კომუნიკაციის, მეტყველების და პოზიტიური სოციალური ქცევის განვითარების გზით დამაზიანებელი, თვითმასტიმულირებელი ქცევის ჩანაცვლება/შემცირება. ამ დროს სასურველი ქცევის მამოტივირებლად გამოიყენება ბუნებრივ გარემოში არსებული ნატურალური განმამტკიცებლები. PRT ასევე, არის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკული სწავლება.

ესეია ასე გამოიყურება: ინსტრუქტორი აფასებს ბავშვის ამჟამინდელ ინტერესებს და მიჰყვება ბავშვს. აგებს სასწავლო პროცესს ბუნებრივ კონტექსტში, მისთვის მამოტივირებელ გარემოში. ზღუდავს წვდომას ბავშვისათვის მეტად მამოტივირებელ ობიექტებთან და ამ წვდომის განხორციელებას აკავშირებს სასწავლო მიზნებთან (Anderson and Romanczyk, 1999). ქვემოთ მოყვანილია გარკვეულ ამოცანათა რეალიზაციის სტრატეგიები და თუ როგორ მუშაობს ეს მძლავრი სასწავლო მეთოდოლოგია აუტიზმის მქონე ბავშვებისათვის ახალი ქცევის დასწავლის პროცესში.

ინციდენტური სწავლება შეიძლება გამოყენებული იქნას ახალი ენობრივი სტრუქტურების დასასწავლად ბავშვის მიერ უკვე დასწავლილი სიტყვების გამოყენებით. ქვემოთ მოყვანილია რამდენიმე, კვლევაზე დაფუძნებული სტრატეგია, რომელიც მოიცავს ბავშვებისათვის ენის სწავლებას:

1. ბავშვისათვის მეტად სასურველი ობიექტების და აქტივობების დასახელებას მათი მოთხოვნის მიზნით;
2. თამაშით კითხვის დასმის სწავლების მეთოდს;
3. თანდებულების (მაგიდაზე, მაგიდასთან და ა. შ.) გამოყენებას ბავშვისათვის სასურველი ნივთების და ობიექტების მდებარეობის აღსაწერად;
4. უფრო გავრცობილი წინადადებების სწავლებას სასურველი ობიექტების მოსათხოვად (მაგალითად, ლურჯი მატარებლის ან წითელი მატარებლის);
5. რთული წინადადებების გამოყენებით სასურველი ნივთის მოთხოვნას იმის ახსნით, თუ რაში იქნება ეს ნივთი გამოყენებული.¹⁶

trial-training.html

16 ლოვაასის ინსტიტუტი – <http://www.lovaas.com/meetingpoint-2007-04-article-02.php>

1.1.5. ლოგაასის პროგრამა

ლოგაასის გამოყენებითი ქცევის ანალიზის მოდელი და ABA-თერაპია ხშირად დაკავშირებულია სწავლების ერთსა და იმავე მეთოდოლოგიასთან – დისკრეტული ცდით სწავლების მეთოდთან. მართალია, დისკრეტული ცდით სწავლების მეთოდი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს აუტიზმის მქონე ბავშვების სწავლების პროცესში, მაგრამ იგი მხოლოდ ნაწილია ინციდენტური სწავლების კომპლექსური პროგრამის. ჯერ კიდევ 1987 წლის ლოგაასის კვლევებში მოხსენიებულია სხვა მნიშვნელოვანი შემადგენელი თერაპიები, მათ შორის: 1) სკოლაში ნასწავლი უნარების განზოგადება და სისტემატური, 1:1-ზე მუშაობისას დახმარების გამოხშირვა; 2) სოციალიზაციის ფასილიტაცია თანატოლებთან ინტერაქციისას. ლოგაასის გამოყენებითი ქცევის ანალიზის მოდელმა გაიარა დეტალური კვლევა თავად ივარ ლოგაასის ხელმძღვანელობით და დაადგინა ამ მეთოდის ეფექტურობა აუტიზმის მქონე ბავშვების მკურნალობისას. მკურნალობა მოიცავს გარკვეულ პროცედურებს, რომლებიც თავად მის მიერ იქნა აღწერილი შორეული რეზულტატების მონაცემებთან ერთად და ეს შედეგები ციტირებად და რეცენზირებად ჟურნალებშია გამოცემული 2006 წელს.

მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ დიაგნოზი „აუტიზმი“ – კვლევები მოწმობს, რომ თერაპიისას ინდივიდუალური განსხვავებები უნდა იყოს გათვალისწინებული და თერაპიის მეთოდოლოგია უნდა იყოს ადაპტირებული თითოეული ბავშვის საჭიროებების შესაბამისად. ლოგაასის ინსტიტუტში წარმატებულად მიმდინარეობს მუშაობა ბავშვის მეტყველების, სოციალური უნარების გასავითარებლად, ახლობლებთან, მშობლებთან და თანატოლებთან კომუნიკაციის გასაადვილებლად, რაც, საბოლოო ჯამში, ამცირებს არასასურველ ქცევას.

ინსტრუქტორები და მშობლები იწყებენ ურთიერთობას ბავშვთან მისი ინდივიდუალური თვისებების გათვალისწინებით, კონსტრუქციული და პოზიტიური ურთიერთობის ჩამოსაყალიბებლად სამიზნე ქცევებზე დაყრდნობით. პროგრამის სქემა შემდეგნაირია:

პოზიტიური ინტერაქცია: თავიდან მუშავდება ბავშვისათვის სასურველი ქცევები და გამოიყენება წამახალისებელი რეაგირება ნებისმიერ პოზიტიურ ურთიერთობაზე.

მოტივაცია: ურთიერთობა წახალისებულია ნაცნობი მასალების და განმამტკიცებლების საშუალებით.

სასურველი ქცევა: წახალისება ხდება პოზიტიური მხარდაჭერით და ეს შემდეგ ნელ-ნელა გამოიხშირება.

მშობელთა მონაწილეობა: ენიჭება გადაწყვეტი მნიშვნელობა. მათი როლი მეტად მნიშვნელოვანია სასწავლო პროცესის და გარე-

მოს მოწყობის საქმეში, სადაც ბავშვი ატარებს თავისი დროის უმეტეს ნაწილს.

სასურველის მოთხოვნა: მუშავდება რაც შეიძლება ადრეული ასაკიდან.

საუბრის წარმართვა და/ან საუბრის გაგების სწავლება: ფუნდამენტური მიზნებია სოციალური განვითარებისათვის.

იმიტაცია: იმიტაციას აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა, რაც ბავშვს აძლევს საშუალებას, ისწავლოს დაკვირვების გზით, დააკვირდეს, თუ როგორ სწავლობენ სხვა ბავშვები.

სოციალური ინტერაქცია და ერთობლივი თამაში: შეადგენს თერაპიის განუყოფელ ნაწილს. მარტივი თამაში იწყება დაძმებთან და შემდგომში უკვე განზოგადდება თანატოლებთან, მათ შორის სკოლაში.

1.1.6. პრინსტონის ბავშვთა განვითარების ინსტიტუტის პროგრამა (Princeton Child Development Institute Program)

პრინსტონის ბავშვთა განვითარების ინსტიტუტის პროგრამები, ითვალისწინებს რა ბენეფიციართა ინდივიდუალურ და ასაკობრივ საჭიროებებს, მოიცავს ადრეული ჩარევის, სკოლამდელ, სასკოლო და ზრდასრულთა სერვისებს, რაც, მეტად საინტერესო და თვალსაჩინო მაგალითია თანმიმდევრული, უწყვეტი სერვისების განვითარებისათვის საქართველოში. ყველა ეს სერვისი ეფუძნება ქვა-ს, რაც იძლევა სერვისის ეფექტურობის შეფასების, მისი მონიტორინგის საგულისხმო შესაძლებლობას და ამასთან, უზრუნველყოფს ბავშვის თანმიმდევრულ და რბილ ტრანზიციას ზრდასრულთა პროგრამულ სერვისში.

- ადრეული ჩარევის პროგრამა განკუთვნილია 3 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის, როდესაც მიმართვის რეფერალი დგება 27 თვის ან უფრო ადრეულ ასაკში. პროგრამის ძირითადი ნაწილი მოიცავს მეტყველების განვითარებას და სოციალური უნარების განვითარებას. მშობლები რეგულარულად დადიან ინსტიტუტში, ხოლო PCDI თანამშრომლები რეგულარულად აკითხავენ ბავშვებს სახლში. სახლში მუშაობის კომპონენტი მოიცავს ოჯახური აქტივობების სწავლებას, რომელიც ემსახურება ისეთი უნარების სწავლებას და განზოგადებას, როგორებიცაა კვება, ბანაობა, თამაში და ურთიერთობები. ყველა ამ უნარზე მუშაობა მიმდინარეობს ბუნებრივ პირობებში და მოიცავს კვირაში 30 საათს.
- სკოლამდელი პროგრამა – მოსწავლეები 3-დან 5 წლამდე ესწრებიან ინტენსიურ, ინდივიდუალურ – ერთი-ერთზე მეცადინეობებს, რომლებსაც ხანდახან ენაცვლება პატარა

ჯგუფური მეცადინეობები, რათა ბავშვებმა ისწავლონ თანაკლასელებთან (საქართველოში, ბალის ჯგუფელებთან) სწორი სოციალური ურთიერთობა. სასწავლო ღონისძიებები ისეა შედგენილი, რომ ითვალისწინებს თითოეული ბავშვის ინდივიდუალურ საჭიროებებს და თავისებურებებს. ყველა პროგრამა ემსახურება მეტყველების, სოციალური უნარებისა და დამოუკიდებლობის განვითარებას. ხდება მონაცემების შეგროვება და დაფიქსირება, რათა შესაძლებელი იყოს მოსწავლეთა ზუსტი წარმატებების და წარუმატებლობის ანგარიშგება.

- ზრდასრულთა პროგრამის მოდელის შემუშავება (PCDI) 1986 წელს დაიწყო. დღეს დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის უნარების გასავითარებელი პროგრამა, პერსონალურ მომსახურებას, აგრეთვე, კარიერული ზრდის უნარების დამხმარე და დასაქმების მხარდამჭერ სერვისსაც ახორციელებს. დასაქმების მხარდამჭერი პროგრამა აუტიზმის მქონე ახალგაზრდებს ეხმარება დასაქმდნენ ისეთ სამუშაო ადგილებში, როგორებიცაა, კვებითი ობიექტები, სხვადასხვა ნაგებობების მომსახურება, ტექსტების დამუშავება, მონაცემების შეყვანა და სხვ. ზრდასრულთა პროგრამა, აგრეთვე, ეხმარება აუტიზმის მქონე ზრდასრულ პირებს ისეთ უნარების ჩამოყალიბებაში, როგორებიცაა ფულის განაწილება, თავისუფალი დროის გატარება და თემის აქტივობებში მონაწილეობა.

აშშ-ს დასაქმების სამინისტროს 2016 წლის მონაცემებით 82% ზრდასრული ადამიანებისა, რომელთაც აქვთ შშმ პირის სტატუსი, არის დაუსაქმებელი ან არასრულად დასაქმებული. 2017 წლის ივლისის მონაცემებით უკვე 75% PCDI-ის ბენეფიციარი ზრდასრულებისა, მუშაობდნენ კვირაში 20 ან მეტ საათს.¹⁷

თემში ცხოვრების პროგრამა ოჯახზე ფოკუსირებული/ორიენტირებული პროგრამაა. დაარსდა 1977 წელს. ასეთი პირველი ჯგუფი შეიქმნა ნიუ-ჯერსიში აუტიზმის მქონე ახალგაზრდებისათვის. ოჯახური ტიპის Mountainview გაიხსნა 1983 წელს და აწვდის სერვისს ზრდასრულ აუტიზმის მქონე პირებს. ამასთან, PCDI აძლევს პერსონალის მიერ კონტროლირებად ბინებს ზრდასრულ აუტიზმის მქონე ისეთ პირებს, რომლებმაც მიაღწიეს დამოუკიდებლობის შედარებით მაღალ ხარისხს. PCDI-ის ბინის ტიპის საცხოვრებლებში მცხოვრები ზრდასრული ბენეფიციარები მონაწილეობენ ოჯახური საქმიანობის დასასწავლო ღონისძიებებში, რათა დაისწავლონ უფრო მკაფიო სამეტყველო უნარები, შეიძინონ სარეკრიაციო უნარები,

17 <http://pcdi.org/adult-life-skills-programs/>

ჩაერთონ გასართობ აქტივობებში, ისწავლონ სახლის მეურნეობის გაძღოლა, ჯანსაღი ცხოვრების წესი, ჰიგიენა და საკუთარი უსაფრთხოება. PCDI-ის თანამშრომლები აწვდიან კვალიფიციურ, მეცნიერულად დასაბუთებულ ინტერვენციას და იღებენ პასუხისმგებლობას ინტერვენციის შედეგებზე. პროგრამაში მონაწილე პერსონალი პასუხისმგებელია იმაზე, რომ აუტიზმის მქონე პირებმა მიაღწიონ პოზიტიურ, სოციალურად მნიშვნელოვან ქცევით ცვლილებებს. საბოლოოდ, ასეთი საცხოვრისების პროგრამები საშუალებას აძლევს აუტიზმის მქონე პირებს, იცხოვრონ პროდუქტიული, აქტიური ცხოვრების წესით, დაკავშირებული იყვნენ უფრო მსხვილ საზოგადოებრივ უწყებებთან. ეს მოდელი ხორციელდება პროფესიონალების მიერ და არის ოჯახური ტიპის თერაპიის მიმწოდებელი. მოდელირებულია როგორც აშშ-ს, ასევე მრავალი სხვა ქვეყნის სოციალური სააგენტოს მიერ საერთაშორისო დონეზე.¹⁸

1.1.7. ვერბალურ-ქცევითი თერაპია – ვქთ (VBT Verbal Behavioral Therapy)

ვერბალური-ქცევითი თერაპია ქვა-ის პრინციპების და სკინერის ბიჰევიორიზმის საფუძველზე დამყარებული მეთოდოლოგიით საკომუნიკაციო უნარების დასწავლას ახორციელებს. ვერბალური ქცევითი თერაპია იწვევს და იყენებს ბავშვის, მოზარდის და ზრდასრულის მოტივაციას მეტყველების დასასწავლად. პრინციპი მდგომარეობს იმაში, რომ მოსწავლემ მოახერხოს სიტყვის სასურველ მიზნებთან დაკავშირება. იგი უნდა მიხვდეს, რომ სიტყვის მეშვეობით შესაძლებელია სასურველი ობიექტების თუ აქტივობების მიღება. თერაპია თავს არიდებს ყურადღების კონცენტრირებას სიტყვებზე, როგორც მარტივ სახელდებაზე. ამის ნაცვლად იგი ასწავლის სიტყვების, მეტყველების გამოყენებას მოთხოვნისათვის და იდეების გაზიარებისათვის, სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ეს ჩარევა ფოკუსირებულია გაცნობიერებაზე, თუ რატომ გამოიყენება სიტყვები.

საკუთარ წიგნში „ვერბალური ქცევა“ სკინერმა მოახდინა მეტყველების კლასიფიკაცია ტიპებად, ე.წ. „ოპერანტებად“ თითოეულ ოპერანტს საკუთარი ფუნქცია აქვს, ესენია:

- Mand – მოთხოვნა – სასურველის სათხოვნელად.
- Takt – კომენტარი – გამოიყენება დასახელებისათვის, ყურადღების გასაზიარებლად.
- Intraverbal – სიტყვა – გამოიყენება კითხვაზე საპასუხოდ ან სხვა გამოცდილების გასაზიარებლად.
- ექო – გამეორება – მაგალითად, ეუბნებიან – „მატარებელი“ იმეორებს – „მატარებელი“ გამეორება ძალიან მნიშვნე-

18 <http://pcdi.org/group-homes>

ნელოვანია, რადგან გამეორებით ხდება მრავალი უნარის დასწავლა.

ზემოთ ჩამოთვლილი ოპერანტებით ხდება მეტყველების და შესაბამისად, კომუნიკაციის სწავლება და ძალიან ეფექტურად გამოიყენება აუტიზმის მქონე პირებთან.

1.1.8. ინტერვენცია ურთიერთობების

გასავითარებლად *

(RDI® Relationship Developmental Intervention)

ეს არის ოჯახური ქცევითი თერაპია, რომელიც განკუთვნილია აუტიზმის ძირითადი სიმპტომების თერაპიისათვის. ეს მეთოდოლოგია შეიქმნა ფსიქოლოგმა, Steven Gutstein-მა და ემყარება თეორიას, რომლის მიხედვითაც, „დინამიური ინტელექტი“ არის გასაღები აუტიზმის მქონე პირების ცხოვრების ხარისხის გასუმჯობესებლად. Steven Gutstein-ი, დინამიურ ინტელექტს განსაზღვრავს, როგორც „აზროვნების მოქნილობას“; ან უნარს, რომელიც მოიცავს სხვადასხვა პერსპექტივების შეფასებას, ცვლილებებს ცვლილებებზე მოსარგებლად და სხვადასხვა წყაროებიდან მიღებული ინფორმაციის ინტეგრაციას (მაგალითად, ნანახისა და მოსმენილისაგან). RDI მიმართულია იქეთ, რომ დაეხმაროს: 1) აუტიზმის მქონე პირებს პირადი ურთიერთობების ფორმირებაში, 2) თანდათანობით სოციალური ურთიერთობების გამყარებასა და ფორმირებაში. ეს მოიცავს ემოციური ურთიერთობების ჩამოყალიბების და გამოცდილების გაზიარების უნარს.

RDI-ის 6 მიზანი არის:

- ემოციური მინიშნება: უნარი, სხვებისგან წამოსული ემოციური და სუბიექტური გამოცდილების სწავლის, მინიშნებების საფუძველზე;
- სოციალური კოორდინაცია: სხვის ქცევაზე დაკვირვების და საკუთარის კონტროლირების უნარი, წარმატებული სოციალურ ურთიერთობების ჩამოყალიბება;
- დეკლარირებული ენა: არავერბალური და ვერბალური კომუნიკაციის გამოყენების უნარი, მაგალითად, ემოციებისა და ცნობისმოყვარეობის გამოსახატად, ინტერაქციისათვის, შთაბეჭდილებების, გრძნობების გასაზიარებლად;
- მოქნილი აზროვნება: რაც ნიშნავს სიახლის გაგებას და ქცევის ცვლილებას შექმნილი საჭიროებების შესაბამისად;
- რელატიური ინფორმაციის გადამუშავება: კონტექსტურად მოვლენების დალაგების და იმ პრობლემების გადაჭრის უნარი, რომლებსაც არ აქვთ მკაფიო/ცალსახა მნიშვნელობა;
- წინასწარმეტყველება და წინაპირობა (Foresight and

hindsight) – უნარი, მომავალში შესაძლებლობების წინასწარმეტყველების, წარსული გამოცდილების საფუძველზე.¹⁹

1.2. ბავშვის განვითარებაზე ორიენტირებული ინტერვენციები

ბავშვის განვითარებაზე ორიენტირებული ინტერვენციები, ესაა ინტერვენციები, რომლებიც არ არის ქვა-ს პრინციპებზე დაფუძნებული. არის ასა-სთან დაკავშირებული და განვითარებაზე ორიენტირებული მიდგომები, რომლებიც მიზნად ისახავს ბავშვების დასახმარებლად სხვა ადამიანებთან პოზიტიური, მნიშვნელოვანი ურთიერთობების ჩამოყალიბებას. ისინი ფოკუსირებულია ყოველდღიურ, სტრუქტურირებულ გარემოში, ბავშვების სოციალური და კომუნიკაციური უნარ-ჩვევების განვითარებაზე. ამ მეთოდით მუშაობის პროცესში გარემოს სტრუქტურირებულობა ბავშვზე ზემოქმედების ძირითადი პრინციპია. ეს მიდგომები მიზნად ისახავს ბავშვების განვითარებას და მის მომზადებას ყოველდღიური ცხოვრებისათვის.

მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს საკმარისად ხარისხიანი კვლევები ბავშვის განვითარებისაკენ მიმართული ინტერვენციების ეფექტურობის შესახებ, ზოგიერთმა, ინტერვენციის მცირე ნაწილის შესწავლისას ჩატარებულმა კვლევამ, აჩვენა მათი პოზიტიური შედეგი.

ბავშვის განვითარებისაკენ მიმართული ინტერვენციებია:

განვითარების სოციალურ-პრაგმატული (DSP) მოდელი

ინტერვენციის ეს მოდელი გულისხმობს ჩარევას განვითარებაში, რომელიც ფოკუსირებულია ურთიერთობის ინიცირებაზე და სპონტანურობაზე, თვალყურს ადევნებს ბავშვის ყურადღებას და მოტივაციას. ჩარევის ყველა ღონისძიება, რომელიც მიმართულია ბავშვის განვითარებისაკენ, კონცენტრირებულია ბავშვის იმ უნარების განვითარებაზე, რომელიც დაეხმარება მას პოზიტიური, შინაარსიანი ურთიერთობის ჩამოყალიბებაში სხვა ადამიანებთან, რაშიც მას ხელს უშლის აუტიზმის სპექტრი ან განვითარების სხვა დარღვევა. ეს თერაპია მიმართულია ბავშვის არსებული საკომუნიკაციო რეპერტუარის გამოყენება-განვითარებისაკენ, თუნდაც ეს იყოს არატრადიციული კომუნიკაციის ფორმა და იყენებს უფრო ბუნებრივ აქტივობებს, რათა დაეხმაროს ბავშვს ეფექტური საკომუნიკაციო უნარების განვითარებაში.

19 <https://www.autismspeaks.org/what-autism/treatment/relationship-development-intervention-rdi>

**ინდივიდუალურ განსხვავებებზე და
ურთიერთობებზე დაფუძნებული განმავითარებელი
თერაპია DIR® და Floortime®**

თერაპიის ეს ფორმები ცდილობს ჩამოაყალიბოს ურთიერთობები ინდივიდუალურ განსხვავებებზე დამყარებით/გათვალისწინებით, ეს მეთოდი შეიქმნა ბავშვთა ფსიქიატრების – Stanley Greenspan, M.D. და Serena Wieder, PhD მიერ. ისინი თვლიდნენ, რომ უფროსები შეიძლება დაეხმარონ ბავშვებს, გააფართოვონ თავიანთი ურთიერთობები, მათი განვითარების შესაბამის ეტაპებზე, ბავშვების ძლიერ მხარეებზე დაყრდნობით.

ორგანიზაციის Greenspan Floortime გუნდი ცდილობს დაეხმაროს აუტიზმის მქონე ბავშვებს, რათა მათ ბოლომდე მოახდინონ თავიანთი პოტენციალის რეალიზება. ეს მეთოდოლოგიები ასწავლის აუტიზმის მქონე ბავშვებს, თუ „ვინ არიან“ ისინი და არა იმას, თუ „რას ამბობს“ მათზე ეს დიაგნოზი. როგორც სათაურიდან ჩანს, Floortime გულისხმობს მშობლების ჩართვას ბავშვებთან, იატაკზე, ბავშვის ასაკის შესაბამის თამაშში. ოჯახებს შეუძლიათ შეავსონ ეს მეთოდი სხვა ქცევითი თერაპიებით ან გამოიყენონ ის, როგორც ალტერნატიული თერაპია. მშობლები და თერაპევტები Floortime-ის სასწავლო პროცესში თამაშობენ იატაკზე ბავშვებთან ერთად, როგორც თანატოლები. მიჰყვებიან ბავშვების სურვილებს. თერაპევტები ასწავლიან მშობლებს, თუ როგორ ააწყონ ბავშვებთან უფრო კომპლექსური ურთიერთობები. პროცესი, რომელსაც „საურთიერთობო წრის გახსნასა და დახურვას“ უწოდებენ, წარმოადგენს Floortime-ის ცენტრალურ მიდგომას.

1.3. კომბინირებული ინტერვენციების მოდელები

**ადრეული ჩარევის დენვერის მოდელი – Early Start
Denver Model**

ესაა აუტიზმის მქონე ბავშვებთან ადრეული ჩარევისათვის კომპლექსური მიდგომა, რომელიც, აგრეთვე, იყენებს გქა პრინციპებს და უმეტესად 12-48 თვის ასაკის ბავშვებთან გამოიყენება. ინტერვენცია ხდება ბავშვის განვითარების სასწავლო პროგრამის საფუძველზე და იძლევა უნარების დასწავლის საშუალებას ნებისმიერ გარემოსა და სიტუაციაში. ეს მიდგომა შესაძლებელია გამოყენებული იქნას ჯგუფური მეცადინეობების დროს, ასევე, მშობლების მიერ და მათთან ერთადაც. მისი გამოყენება შესაძლებელია ინდივიდუალურადაც და არ სჭირდება სპეციალური პირობების შექმნა. მისი გამოყენება შეიძლება კლინიკაშიც და სახლშიც. იგი შემუშავებული იქნა ფსიქოლოგების სალი როჯერსის და ჯერალდინ დავსონის (Sally

Rogers, Ph.D., and Geraldine Dawson, Ph.D.) მიერ და მისი ძირითადი ფუნქციები ემყარება:

- ნატურალისტურ, ქცევის გამოყენებითი ანალიზის პრინციპებს;
- სენსიტიურობას ნორმალური თანმიმდევრული განვითარებისათვის;
- მშობელთა აქტიურ ჩართულობას;
- პიროვნებათშორისი ურთიერთობის პოზიტიურ ეფექტს;
- ერთობლივ, ორმხრივ აქტივობას.

პოზიტიურ ურთიერთობაზე დამყარებულ ენისა და ურთიერთობის სწავლებას.²⁰

SCERTS®

ეს აბრევიატურა გულისხმობს 1. **სოციალური ურთიერთობის**, 2. **ემოციების რეგულირებისა** და 3. **ტრანსაქციის მხარდაჭერას**. ეს მოდელი არის თერაპიული პროცესის მართვის სერვისი და არა კონკრეტული პროგრამა. იგი აერთიანებს ასა-ს მქონე ბავშვებისათვის ინდივიდუალური პროგრამების შედგენის რამდენიმე მეთოდს. მისი ძირითადი მიმართულებაა – დაეხმაროს ოჯახებს, მასწავლებლებსა და თერაპევტებს, იმუშაონ ერთობლივად, რათა მხარი დაუჭიროონ თითოეულ ასა-ს მქონე ბავშვს. (უფრო დაწვრილებით ინფორმაცია ამ ჩარევის შესახებ, პროფესიული ლიტერატურა და კონსულტირებაც შესაძლებელია იხილოთ ვებგვერდზე).²¹

TEACCH

მოდელი წარმოიშვა ჩრდილოეთ კაროლინის უნივერსიტეტში. მისი ძირითადი სტრატეგიები ფოკუსირებულია ფიზიკურ და ვიზუალურ სტრუქტურირებულ გრაფიკებზე და ამოცანების ვიზუალურად ორგანიზებასა და გადაჭრაზე. იგი მიზნად ისახავს სენსორულ, საკომუნიკაციო და ურთიერთობების სფეროში თვისებრივ ცვლილებებზე და სხვა ტიპის სირთულეებზე მუშაობას (ამ თერაპიული მოდელის შესწავლა შესაძლებელია აგრეთვე დისტანციური კურსების მეშვეობით ვებგვერდზე).²²

1.4. სამედიცინო ინტერვენციები

სამედიცინო ინტერვენციები ასა-ს დროს გამოიყენება მხოლოდ ფსიქოსოციალურ ჩარევებთან კომბინაციით, არ გამოიყენება რუ-

20 http://raisingchildren.net.au/articles/denver_model_th.html

21 http://www.scerts.com/index.php?option=com_content&view=article&id=7

22 <http://teacch.com/trainings>

ტინულად და მიმართულია ასა-ს ისეთი მახასიათებლების მოსაწეს-რიგებლად, როგორებიცაა სოციალური ურთიერთობების, კომუნიკაციასთან და მეტყველებასთან, აგრეთვე, განმეორებად ქცევასთან დაკავშირებული სირთულეები, რომელთა მხოლოდ ფსიქოსოცი-ალური ჩარევებით მოგვარება ვერ ხერხდება.

ჯერჯერობით ისეთი სამედიცინო მეთოდოლოგია თუ მედიკა-მენტი, რომელიც „კურნავს“ აუტიზმს, არ არსებობს. ძირითადად, ყველა ეს სამედიცინო ჩარევა ემსახურება მდგომარეობის გაუმჯო-ბესებას, არსებული, არასასურველი სიმპტომატიკის შემცირებას, და/ან თანდართული პრობლემების მოგვარებას, როგორებიცაა:

- ქცევასთან ასოცირებული დარღვევები;
- შფოთვითი სიმპტომები;
- ობსესიურ-კომპულსიური ქცევა;
- თვითდამაზიანებელი ქცევა;
- ძილის დარღვევა.

დანიშნულმა მედიკამენტებმა შეიძლება შეამციროს ეს ქცევები, რაც, შესაძლოა, საკმარისი აღმოჩნდეს იმისათვის, რომ ქცევითი ან ბავშვის განვითარებაზე მომართული ინტერვენციები უფრო მეტად ეფექტურად წარიმართოს.

მედიკამენტების გამოყენება

მედიკამენტების გამოყენება მხოლოდ სამედიცინო პროფესიონა-ლის დანიშნულებით და ჩართულობით უნდა ხორციელდებოდეს. ზოგიერთმა მედიკამენტმა, შესაძლოა, დადებითი გავლენა იქონიოს კონკრეტულ სიმპტომზე, მაგალითად, როგორიცაა აგრესიული ან ჰიპერაქტიური ქცევა, მაგრამ ეფექტურობის გაზომვა არ არის ად-ვილი და სიმპტომები ძალიან ყურადღებით უნდა შემოწმდეს. სა-ჭიროა სიმპტომების ერთობლივი მონიტორინგი (იგულისხმება ინ-ტერვენციის განმარტოვებული მულტიდისციპლინური გუნდის ყველა წარმომადგენელი).

საჭიროა მეტი კვლევა მედიკამენტების გრძელვადიანი გვერდი-თი ეფექტების დასადგენად, რადგან, ზოგიერთი წამალი, რომელსაც იყენებენ მოზარდებთან და ზრდასრულებთან, არასდროს ყოფილა გამოყენებული ბავშვებში და მხოლოდ ახლავს აპირებენ, რომ ჩარ-თონ ბავშვებთან ანალოგიური პრობლემების მოსაგვარებლად/სამ-კურნალოდ.

1.5. ოჯახური ინტერვენციები

აუტიზმის სპექტრის აშლილობისას (ასა), თერაპიაში ოჯახის ჩართულობა უკავშირდება ბავშვის განვითარების საჭიროებების დაკმაყოფილებას. კერძოდ, მშობლები არა მხოლოდ გადაწყვეტი-

ლებებს იღებენ ინტერვენციების შესახებ, არამედ თავად ასრულებენ გადამწყვეტ როლს ამ სერვისის მიწოდებაში.

ეს ინტერვენციები გამიზნულია ოჯახის წევრების მხრიდან, აუტიზმის სწორი მართვისათვის, მათი ინფორმირების და ოჯახის წევრების ფსიქოსოციალური მხარდაჭერისათვის.

კვლევები, თუ რამდენად ეფექტურია ოჯახური ინტერვენციები, მწირია, მაგრამ დღითიდღე იზრდება ამ კვლევებისადმი ინტერესი და მათი რიცხვი. **ოჯახური ინტერვენციის წარმატებას განსაზღვრავს მშობლებისა და პროფესიონალების ერთობლივი, მყარი თანამშრომლობა და გულისხმობს ოჯახის ყველა წევრის მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებას.** ასე რომ, იგი სასარგებლოა თითოეული ოჯახის წევრისათვის და არა მხოლოდ ასა-ს მქონე ბავშვისათვის. ამ მიდგომის ერთ-ერთი კარგი მაგალითია More Than Words® პროგრამა.²³

1.6. ფსიქოლინამიკური ინტერვენციები

აუტიზმის სპექტრის აშლილობასთან დაკავშირებული ფსიქოლინამიკური მიდგომა ეფუძნება ვარაუდს, რომ **ასა** ვითარდება ადრეულ ბავშვობაში ემოციური დაზიანების შედეგად. წარმომავლობის ეს თეორია არ მყარდება მტკიცებულებებით. ფსიქიკურად ტრავმირებულმა ბავშვებმაც შეიძლება აჩვენონ ქცევა, რომელიც ასა-ს ჰგავს, მაგრამ არსებობს სანდო მტკიცებულებები, რომელთა მიხედვითაც, ასა უფრო მეტად თავის ტვინის ფუნქციონირების და ზოგადი განვითარების დარღვევითაა განპირობებული, ვიდრე ემოციური ტრავმით.

მწირი მაგალითები არსებობს იმის სადემონსტრაციოდ, თუ რამდენად ეფექტურია ეს მკურნალობა. ფსიქოლინამიკური ინტერვენციები ამჟამად იშვიათად გამოიყენება. ფსიქოლინამიკური მკურნალობის მაგალითია ე.წ. შეკავების (holding) თერაპია.

1.7. სხვადასხვა სპეციფიკური თერაპიული ინტერვენციები

ასა-ს თერაპიული მიდგომები მიზნად სპეციფიკური სირთულეების დაძლევის ისახავს. მისი მაგალითებია:

- მეტყველების თერაპია ბავშვის საკომუნიკაციო და სოციალური უნარების გასავითარებლად;
- ოკუპაციური თერაპია ყოველდღიური ცხოვრების უნარ-ჩვევების გამოსამუშავებლად (მათ შორის ფიზიკური თერაპია).

23 In collaboration with Associate Professor Amanda Richdale, principal research fellow at the Olga Tennison Autism Research Centre, La Trobe University; http://raisingchildren.net.au/articles/autism_spectrum_disorder_intervention_types.html

თერაპიის ეს სახეობები ხშირად გამოიყენება სხვა ინტერვენციის პროგრამებთან ერთად, ან, როგორც მათი ნაწილი.

სპეციფიურ თერაპიაზე დაფუძნებული ინტერვენციების მაგალითებია:

- ფუნქციური კომუნიკაციის ტრენინგი (FCT);
- ფესტური ენა;
- ბარათების გაცვლის საკომუნიკაციო სისტემა (PECS).

1.8. სხვა თერაპიები

მოიცავს რიგ ინტერვენციებს, რომლებიც ზემოთ ჩამოთვლილ კატეგორიაში არ მოიხსენიება. ჯერჯერობით არ არსებობს ამ მეთოდების ეფექტურობის განმსაზღვრელი სანდო კვლევები. ამ ტიპის ინტერვენციის მაგალითებია მუსიკით თერაპია, რაიდ-თერაპია.

1.9. ალტერნატიული ინტერვენციები

აუტიზმის სპექტრის დარღვევის დროს, ალტერნატიული ჩარევათა ფართო სპექტრი არსებობს, რომლებიც არ გამოიყენება ტრადიციულ მედიცინაში მათი მეცნიერული მტკიცებულებების არარსებობის გამო.

მრავალი დისკუსია და დაპირისპირება არსებობს ასა-ს ალტერნატიული მკურნალობის ირგვლივ, რადგანაც არ არსებობს ამ ჩარევების ეფექტურობის მხარდამჭერი მტკიცებულებები, მაგალითად, სეკრეტინის გამოყენების ეფექტურობის შესახებ.

მიუხედავად იმისა, რომ პირდაპირი მონაცემების ზიანის შესახებ არ არის დაფიქსირებული, ალტერნატიულ მკურნალობას, ხშირად, ხმარდება დიდი დრო და ენერგია, ფულადი სახსრები, მაშინ, როდესაც ამ რესურსის გამოყენება უფრო ეფექტურად, ასა-ს მქონე პირისათვის უფრო სასარგებლოდ არის შესაძლებელი, თუნდაც უკეთესი მკურნალობისათვის.

ალტერნატიული ინტერვენციების მაგალითებია:

- ქელაცია;
- ელიმინაციური დიეტები;
- სეკრეტინი;
- საფუარა სოკოების ზრდის მართვა;
- ჰიპერბაროქსიგენოთერაპია (ბაროკამერა).

ჩამოთვლილი თერაპიები არის ჩარევის სწორედ ის მეთოდები, რომელიც ასა-ს სამკურნალოდ არ უნდა იქნას გამოყენებული. ქვემოთ უკვე უფრო კონკრეტულადაა მოცემული თუ, რა ტიპის ჩარევა თუ ჩარევები რა პრობლემების მოსაგვარებლად არის უშედეგო.

1.10. ინტერვენციები, რომლებიც არ უნდა იქნას გამოყენებული აუტიზმის სპექტრის დროს:

- ნეიროფიდებეკი (neurofeedback) ენისა და მეტყველების პრობლემების მართვისთვის;
- სმენითი ინტეგრაციის ტრენინგი ენისა და მეტყველების პრობლემების მართვისთვის;
- ხელატიზაცია;
- ვიტამინები, მინერალები და დიეტური დანამატები (მაგალითად, ვიტამინი B6 ან რკინა);
- შემზღუდავი დიეტები (როგორცაა უგლუტენო და უკაზეინო დიეტა);
- კოგნიტიური ფუნქციის გაუმჯობესების პრეპარატები, მაგალითად, ქოლინესტერაზას ინჰიბიტორები;
- ოქსიტოცინი;
- სეკრეტინი;
- ტესტოსტერონი;
- ჰიპერბარული ოქსიგენაცია.
- ომეგა-3 ცხიმოვანი მჟავები ძილის პრობლემების მართვისთვის;
- აუტიზმის მქონე მოზრდილებთან არ უნდა იქნას გამოყენებული ფასილიტაციური (დამხმარე) კომუნიკაცია (ფასილიტატორის დახმარებით დაფაზე ან მოწყობილობაზე მითითება კომუნიკაციის მიზნით) (NICE-ის გაიდლაინის თანახმად)

აუტიზმის ძირითადი ნიშნების მართვისთვის არ გამოიყენება შემდეგი მედიკამენტები:

- ანტიფსიქოზური მედიკამენტები;
- ანტიდეპრესანტები;
- ანტიკონვულსანტები.

თავი 2.

ინტერვენციატა სპეციფიკა ასა-ს მქონე ბავშვის მოზრდილთა სერვისში ტრანზიციის დროს

სოფიო კერესელიძე

აუტიზმის მქონე ბავშვი, რომელიც იღებდა მომსახურებას პედაგოგიულ სერვისში და გადაადგომის ზრდასრულთა სერვისში, ხელახლა უნდა იქნას შეფასებული აუტიზმის გუნდის მიერ, რათა გამოვლინდეს მოზარდის ის საჭიროებები, რისი დასწავლაც მას დასჭირდება ზრდასრულთა სერვისში გადასვლის შემდეგ. შეფასება უნდა იყოს სრულყოფილი, განხილული უნდა იქნას მისი პირადი, საგანმანათლებლო, პროფესიული, სოციალური და კომუნიკაციური ფუნქციონირების შესახებ არსებული დოკუმენტები და უნდა შეფასდეს თანმხლები მდგომარეობები. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამახვილდეს დეპრესიის, შფოთვის, ADHD, ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის, ინტელექტუალური დარღვევის არსებობაზე.

თუ სერვისის გაგრძელება აუცილებელია, ზრდასრულთა სერვისში გადასვლა უნდა მოხდეს დაუბრკოლებლად. ყველა საჭირო სერვისისა და მკურნალობის შესახებ ინფორმირებული უნდა იქნას აუტიზმის მქონე პირი და მისი მშობელი/მზრუნველი.

ზრდასრულთა სერვისში გადასვლა უნდა მოხდეს პირის საჭიროების ან პირის მიერ 18 წლის ასაკის მიღწევის შემდეგ.

სერვისის დაგეგმვაში ჩართული უნდა იყოს აუტიზმის მქონე პირი და საჭიროების შემთხვევაში, მისი მშობელი/მზრუნველი.

2.1. ტრანზიცია და ხშირად დასმული კითხვები

ბავშვობიდან ზრდასრულთა სერვისში გადასვლა ძალზე რთული და საპასუხისმგებლო პერიოდია ნებისმიერ ადამიანის და განსაკუთრებით, აუტიზმის მქონე პირების ცხოვრებაში. ეს პროცესი უამრავ ახალ გამოწვევასთან არის დაკავშირებული როგორც თავად აუტიზმის მქონე პირისათვის, ასევე მისი ოჯახის ყველა წევრისათვის. მშობლები განსაკუთრებული ყურადღებით, და თუ გნებავთ, შიშითაც ელოდებიან და საუბრობენ ბავშვის ყოველ ახალ, როგორც ქცევით, ასევე, ფიზიოლოგიურ-ანატომიურ ცვლილებაზე, რომელიც ასაკთან ერთად იჩენს თავს და საჭიროებს ძალიან ფაქიზ მიდგომას ოჯახის წევრებისა და პროფესიონალების მხრიდან.

დღის სწესრიგში დგება ასაკთან დაკავშირებული ისეთი მნიშვნელოვანი საკითხები, როგორებიცაა მაგალითად, თუ:

- როგორ ვასწავლოთ ბავშვს/მოზარდს დამოუკიდებლად სიარული სკოლაში, სახლში, სასწავლო დაწესებულებებში და სხვ...
- რა ხდება ბავშვის სკოლის დამთავრების შემდეგ;
- განაგრძოს თუ არა სწავლა სკოლის შემდგომ სასწავლო დაწესებულებებში (პროფესიულ თუ უმაღლეს სასწავლო დაწესებულებაში);
- რამდენად შეძლებს დასაქმებას ან სამუშაო ადგილის შენარჩუნებას;
- როგორი იქნება მისი ცხოვრების დამოუკიდებლობის ხარისხი;
- ვინ იზრუნებს მასზე;
- შეძლებს თუ არა იგი ოჯახის და მეგობართა წრის შექმნას და ა. შ.

ეს კითხვები მცირედ თუ განსხვავდება ტიპური განვითარების ბავშვების მშობელთა დასამული კითხვებისაგან გარდატეხის ასაკში და ყველა ამ კითხვაზე პასუხი დღეს არ გვაქვს.

აუტიზმის მქონე ზრდასრული პირის მშობლების მის განათლებასთან თუ შემდგომ ცხოვრებასთან დაკავშირებული სამომავლო გეგმები, გადაწყვეტილებები და მოლოდინები ხშირად სრულიად არ ასახავს თავად ამ პირის სურვილებს და შესაძლებლობებს, არადა, როგორც შემდგომ მოყვანილ კვლევებებში ჩანს, უთუოდაა გასათვალისწინებელი და ანგარიშგასაწევი. დაშორება მშობლების და აუტიზმის მქონე მოზარდებისა და ზრდასრულების სურვილებს შორის, ხშირად, დიდწილად განსაზღვრავს აუტიზმის გამოსავალს.

2.2. მაიკლ ლი ვემეიერის (Michael Lee Wehmeyer) „თვითგანკარგვის“ მიღწევის 4 ეტაპიანი მოდელი

ნებისმიერი პირისათვის, მათ შორის შშმ პირების და ჩვენს შემთვევაში აუტიზმის მქონე ინდივიდების პროფუნული განვითარებისათვის, ძალიან მნიშვნელოვანი ეტაპია, მიაღწიოს ე. წ. „თვითგანკარგვის“ (self-determination) სტატუსს, რაც გულისხმობს, რომ თავად პირს ჰქონდეს უნარი და შესაძლებლობა, ნებისმიერი მასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილება მიღებული იქნას მხოლოდ მასთან შეთანხმების შემდეგ და ასე შეძლოს საკუთარი ნების გამოხატვა. ეს თანხვედრაშია 23-ე კონვენციის მოთხოვნებთანაც, მაგრამ მიუხედავად ინტერვენციის განმხორციელებელთა კეთილი ნებისა და სურვილისა, ხშირად ეს საკითხი მაინც პრობლემად რჩება თავად აუტიზმის მქონე პირის ინდივიდუალური თვისებებებიდან გამომდინარე. მაგალითად, შესაძლოა, აუტიზმის მქონე პირს არ გააჩნდეს დამოუკიდებლობის სურვილი, და/ან შესაბამისად საკმა-

რისი უნარი/უნარები, მიაღწიოს იმას, რომ თავად განკარგავდეს საკუთარ ცხოვრებას. მიუხედავად ამისა, ეს მიზანი მაინც უნდა იქნას დასახული და მეთოდურად ხდებოდეს შეძლებისდაგვარად მისკენ მიახლოვება. მაიკლ ლი ვემეიერმა მოგვარა „თვითგანკარგვის“ მიღწევის 4 ეტაპიანი მოდელი (Michael Lee Wehmeyer – School of Education – Special Education, Life Span Institute, Chairperson, Department of Special Education; Ross and Marianna Beach Distinguished Professor in Special Education; Director and Senior Scientist, Beach Center on Disability, Ph.D., Human Development and Communication Sciences; Developmental Psychopathology, University of Texas at Dallas):

- 1) პირველი ეტაპი – ეს არის საკუთარი სურვილის/მიზნის გაცნობიერება, რაც გულისხმობს, რომ პირმა კარგად უნდა განსაზღვროს, რისი მიღწევა სურს;
- 2) მეორე ეტაპი – ესაა გაცნობიერება საკუთარი და/ან არსებული რესურსებისა და გარემოებების. გაცნობიერება უფლებების/უფლებამოსილებების, რომელიც საჭიროა სასურველის განსახორციელებლად. გასათვალისწინებელია აგრეთვე, სასურველი მიზნის მიღწევის შემდეგ, რამდენად იქნება მისი და სხვების უფლებები დაცული;
- 3) მესამე ეტაპი – ესაა გზების ძიება მიზნის მისაღწევად. ეს რთული პროცესია და განსასაზღვრია შემდეგი გარემოებები: ა) რამდენად დიდი ძალისხმევა სჭირდება მიზნის მისაღწევად არჩეულ ამა თუ იმ გზას, ბ) რამდენად ღირებულია ის მიზანი, რისი მიღწევაც სურს თავად აუტიზმის მქონე პირს და მის გარშემომყოფებს (ოჯახს, სერვისის მიმწოდებლებს...). აუცილებლად უნდა განისაზღვროს მიზნის მიღწევის შედეგის მნიშვნელობა და ის სირთულეები, რომლებიც ამ პროცესს ახლავს თან. გ) რისკის და საშიშროების შეფასება, ანუ რამდენად შეუძლია პირს გაუმკლავდეს გამოწვევებს (მაგალითად, აუტიზმის მქონე პირს არ მოსწონს ერთი სამსახური და სურს სხვა სამსახურის დაწყება. რამდენად შეძლებს ის არსებული სამსახურის დატოვების შემთვევაში, სხვა, სასურველი სამსახურის დაწყებას, რათა არ დარჩეს სრულიად უმუშევარი);
- 4) მე-4 ეტაპი – ესაა უკვე სამოქმედო გეგმის განხორციელებაზე გადასვლა. გარშემომყოფებმა უნდა შეძლონ აუტიზმის მქონე პირის შესაბამისი მხარდაჭერა, რაც გულისხმობს, მისთვის გასაგებად ყველა შესაძლო შედეგის ახსნას (მაგალითად, თუ საჭიროა, ბარათების გამოყენებით, კომპიუტერით ან მოდელირებით ყველა შესაძლო ვარიანტის ვიზუალიზაცია; გათამაშება ყველა იმ შესაძლო შეცდომების და საშიშროებების, რაც შეიძლება ამა თუ იმ ქმედების განხორ-

ციელებას მოჰყვეს. საჭიროა, კარგად ავუხსნათ მას, რომ შესაძლოა, მიზანი იქნას მიღწეული, მაგრამ არა ზუსტად ისე, როგორც თავად წარმოუდგენია, არამედ შეძლებისდაგვარად, მისთვის სასურველთან მიახლოებით. მას უნდა დავუტოვოთ შესაძლებლობა, თავად დაუშვას შეცდომები, მივცეთ მათი დანახვის საშუალება და დავეხმაროთ ამ შეცდომების გაანალიზებაში, თუკი მას ამ პროცესში სჭირდება დახმარება. ასეთი მხარდაჭერა ძალიან მნიშვნელოვანია და სძენს მას სასარგებლო გამოცდილებას. ამ მიზნებისათვის იქმნება სხვადასხვა პროგრამები და კურსები (მაგალითად, თემური უსაფრთხოების, პრობლემების გამკლავების, მათ შორის კომპიუტერული პროგრამები, პიქტოგრამები). ყველაფერი ეს საუკეთესო გამოსავალზე ორიენტირებული ჩარევის დაგეგმვისა და განხორციელების დამხმარე ღონისძიებებია (უენევიევა პიერარის ვორქშოფიდან (დასავლეთ შვეიცარიის გამოყენებითი მეცნიერებების უნივერსიტეტის (HES-SO) და სოციალური მეცნიერებების უმაღლესი სკოლის პროფესორი. (Hets), ფრაიბურგი, შვეიცარია).

2.3. გრანზიციის პროცესში აუტიზმის მქონე პირებთან მომუშავე სპეციალიტების გუნდების შემადგენლობა

ბავშვთა და ზდასრულთა სერვისებში მომუშავე სპეციალისტთა გუნდის შემადგენლობა ერთმანეთისგან განსხვავდება. მაგალითად, თუ მცირეწლოვანი ბავშვის თერაპიული პროცესის არჩევაში, მის წარმართვაში გადაამწყვეტი მნიშვნელობა მშობლების და/ან მეურვეების ნებას ენიჭება და შესაბამისად, მათი ჩართულობის მაღალი ხარისხი არის ამ ასაკის ბავშვებთან მუშაობის წარმატებულობის აუცილებელი პირობა, ზრდასრულთა მულტიდისციპლინურ გუნდებში, მშობლის ჩართულობა მცირდება და უკვე 18 წლიდან, მათი ჩართვა ინტერვენციის მულტიდისციპლინურ გუნდში მხოლოდ თავად ასა-ს მქონე პირის თანხმობითა და სურვილით ხდება. იცვლება, აგრეთვე, მომუშავე სპეციალისტების შემადგენლობა და მიზნები. ეს უთუოდ გასათვალისწინებელია მუშაობის პროცესში.

აუტიზმის მქონე ახალგაზრდა თაობის აღზრდა ჩვენი საზოგადოების ძალიან რთული გამოწვევაა. ჩვენ ვერ ვთავაზობთ მათ ასაკისათვის საინტერესო არჩევანს შესაფერისი განათლებისათვის, გართობისათვის, მომავალი საქმიანობისათვის, მათი ინტერესების სწორად წარმართვისათვის. ხშირად არ გვყოფნის მატერიალური რესურსი, ცოდნა, კომუნიკაცია, გულისხმიერება და მიმღებლობა... დიდწილად, ისეთი გარემოებები, როგორებიცაა – თუ სად ცხოვ-

რობს (რომელ სახელმწიფოში), სად სწავლობს და რა სერვისს იღებს აუტიზმის მქონე პირი, განსაზღვრავს მის გამოსავალს. გამოსავალი დიდწილად დამოკიდებულია, აგრეთვე, თავად ბავშვის ინდივიდუალურ შესაძლებლობებზე, ოჯახის მატერიალურ შესაძლებლობებზე, მშობელთა და გარემომემყოფთა ჩართულობის ხარისხზე მისი აღზრდის პროცესში (იგულისხმებიან აგრეთვე სკოლის პედაგოგები, ფსიქოლოგები, თანაკლასელები და ახლობლები, პარტნიორები, საზოგადოება...).

საქართველოში მხოლოდ რამდენიმე წელია, რაც აქტიურად დაიწყო საუბარი აუტიზმზე და რაც ჩვენმა ბავშვებმა მიიღეს სწავლის შესაძლებლობა როგორც სპეციფიკურ, აუტიზმის საჭიროებებზე მორგებულ ცენტრებში, ასევე საჯარო სკოლებში და სხვა საგანმანათლებლო დაწესებულებებში. ახლა მათ აქვთ კანონით მინიჭებული უფლება, ისწავლონ, იმეგობრონ თანატოლებთან, თუმცაღა, ჯერჯერობით არც საზოგადოება, არც სასწავლო დაწესებულებების პედაგოგები ამ პროცესისათვის არ არიან სათანადოდ მზად.

ჩეხური არასამთავრობო ორგანიზაციის „კარიტასის“ მხარდაჭერით სამუშაო მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ შემუშავდა აუტიზმის მქონე პირთა სიცოცხლის განმავლობაში ზრუნვის პროტოკოლი, რომელიც მიღებული იქნა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ. პროტოკოლში გაწერილია, თუ როგორ უნდა განვითარდეს აუტიზმის მქონე პირისათვის თანმიმდევრული ზრუნვა, რომელიც უზრუნველყოფს ბავშვისათვის განკუთვნილი სერვისებიდან მის დაუბრკოლებლად გადასვლას მოზარდთა და ზრდასრულთა სერვისებში.

ბავშვი, რომელიც იღებდა ბავშვთა ასაკის შესაბამის მომსახურებას, ზრდასრულთა სერვისში გადასვლისას ხელახლა უნდა იქნას შეფასებული აუტიზმის მულტიდისციპლინური გუნდების მიერ. შეფასებაში მონაწილეობას უნდა იღებდნენ როგორც ბავშვთა, ასევე ზრდასრულთა სერვისების მულტიდისციპლინური გუნდები, იმისათვის, რომ გამოვლინდეს პირის ის საჭიროებები, რომლებიც ჰქონდა მას წარსულში და რჩება, ჩატარებული ჩარევის მიუხედავად. აგრეთვე, უნდა დადგინდეს, თუ რა მიზნები უნდა იქნას დასახული მისთვის ზრდასრულთა სერვისში გადასვლის შემდეგ, და გაიწეროს ჩარევის სტრატეგიული გეგმა. შეფასება უნდა იყოს სრულყოფილი, განხილული უნდა იქნას მისი პიროვნული, საგანმანათლებლო, პროფესიული, სოციალური და კომუნიკაციური ფუნქციონირების შესახებ არსებული დოკუმენტები და უნდა შეფასდეს თანმხლები მდგომარეობები.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამახვილდეს დეპრესიის, შფოთვის, ჰიპერკინეტიკული აშლილობის, ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობის, ინტელექტუალური დარღვევის არსებობაზე.

ყველა საჭირო სერვისისა და მკურნალობის შესახებ ინფორ-

მირებული უნდა იქნას აუტიზმის მქონე პირი და მისი მშობელი/მზრუნველი.

ზრდასრულთა სერვისში გადასვლა უნდა მოხდეს პირის საჭიროების შესაბამისად, 14-16 წლიდან, ან ნებისმიერ შემთხვევაში, პირის მიერ 18 წლის ასაკის მიღწევის შემდეგ.

სერვისის დაგეგმვაში სპეციალისტებთან ერთად ჩართული უნდა იყოს თავად აუტიზმის მქონე პირი და საჭიროების შემთხვევაში, მისი მშობელი/მზრუნველი/პარტნიორი.

საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ შესაძლოა, მხოლოდ მოზარდობის, ან სულაც ზრდასრულობის ასაკში პირველადად მოხდეს აუტიზმის მქონე პირის მიმართვა დიაგნოსტიკებისათვის დიაგნოსტიკების აუტიზმის გუნდში, რადგან მაღალფუნქციური აუტიზმის შემთხვევებში, აუტიზმის მქონე პირი წარმატებით ახერხებს აუტიზმისათვის დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსის შენიღბვას. ხშირად სამედიცინო, ფსიქიკური აშლილობებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსი ფარავს აუტიზმის სპეციფიურ ნიშნებს და მხოლოდ ანამნეზის ღრმა კვლევისას არის შესაძლებელი აუტიზმის დიაგნოზის დადასტურება.

2.4. ტრანზიციის დამხმარე სერვისები და კანონმდებლობა

ტრანზიციის პერიოდში სწორი ინტერვენციისათვის საინტერესოა, როგორც საუკეთესო გამოსავლის, ასევე „ცუდი“ გამოსავლის სირთულეების გაანალიზება. რათა სწორად განისაზღვროს მოსალოდნელი გამოწვევები და დაიგეგმოს მათი მოგვარების სწორი სტრატეგიები.

ჩვენთან, საქართველოში, ისევე, როგორც, სავარაუდოდ სხვა ქვეყნებში, ძალიან მწირია ინფორმაცია „ცუდი“ გამოსავლის შესახებ. სამაგიეროდ საკმარისად კარგად არის აღწერილი საუკეთესო გამოსავალზე ორიენტირებული სერვისები და მათი განვითარების გზების საკანონმდებლო ბაზა.

უმაღლეს სასწავლებლებში სწავლის გაგრძელების მსურველთათვის ტრანზიციის დაგეგმვა უნდა ითვალისწინებდეს გარკვეული პროცესების კოორდინაციას (მაგალითად სკოლის პროგრამის უმაღლესი სასწავლებლების სპეციფიური პროგრამებისადმი შესაბამისობას და სხვ.). იგი ორიენტირებული უნდა იყოს რეზულტატზე. სკოლისშემდგომი განათლების სასწავლებლებში სწავლის გაგრძელების მსურველთათვის, მათი შემდგომი წარმატებული ცხოვრებისათვის, დასაქმებისათვის, საჭიროა კარგად გავაანალიზოთ „წარმატებული“ აუტიზმის მქონე ახალგაზრდების გამოცდილება, და მათ ტრანზიციასთან დაკავშირებული სირთულეები:

- უმაღლეს სასწავლებელში სწავლისას;

- პროფესიულ სასწავლებელში სწავლისას;
- დასაქმებისას;
- სამუშაო ადგილის შენარჩუნებისას.

იმისათვის, რომ ჩამოთვლილ სირთულეებთან წარმატებით გამკლავება მოხდეს, მათ სჭირდებათ მხარდაჭერა ზრდასრულთა დამხმარე სერვისებზე წვდომაში, რომელიც დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის საჭირო უნარების გასავითარებელ სერვისებსაც ითვალისწინებს.

ამერიკის შეერთებული შტატების ფედერალური კანონი პირდაპირ მოითხოვს, რომ სკოლებს ჰქონდეთ ტრანზიციის გეგმა თითოეული განსაკუთრებული საჭიროებების მქონე ბავშვისათვის, რომელიც ამთავრებს საშუალო სკოლას. აუტიზმის მქონე ბავშვს ესაჭიროება, ინდივიდუალური უნარებიდან გამომდინარე, საკუთარი პროგრამის სქემა, რომელიც არაა ასაკზე მიბმული (აუტიზმის მქონე ზრდასრულთა ნაციონალური ანგარიში).²⁴

საქართველოს კანონი ზოგადი განათლების შესახებ

საქართველოს კანონით ზოგადი განათლების შესახებ, უზრუნველყოფილია მოსწავლეთა შემდეგი უფლებები:

მუხლი 7. ზოგადი განათლების ხელმისაწვდომობა

1. სახელმწიფო უზრუნველყოფს თითოეული მოსწავლის (მათ შორის, სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლის) მიერ ზოგადი განათლების თავის საცხოვრებელ ადგილთან მაქსიმალურად ახლოს, სახელმწიფო ან მშობლიურ ენაზე მიღების უფლებას. (15.12.2010. N4042)
2. თუ ამ მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული უფლების განხორციელება შეუძლებელია სტანდარტული ვაუჩერის მეშვეობით, სახელმწიფო ასეთ მოსწავლეებს უზრუნველყოფს გაზრდილი ვაუჩერით ან/და დამატებითი დაფინანსებით საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ დამტკიცებული შესაბამისი მიზნობრივი პროგრამის ფარგლებში. (27.12.2006 N4129)
3. გაზრდილი ვაუჩერის ოდენობა და დამატებითი დაფინანსება საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ დამტკიცებული შესაბამისი მიზნობრივი პროგრამის ფარგლებში უნდა უზრუნველყოფდეს ამ მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული უფლების განხორციელებას მცირეკონტინგენტიანი საჯარო სკოლის, იმ სკოლის, რომელშიც სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე

24 AJ. Drexel Autism Institute, Drexel University. https://www.autismspeaks.org/sites/default/files/docs/ttk2_planning.pdf

მოსწავლეები სწავლობენ, ან ლინგვისტური უმცირესობის სკოლის ან კლასის ფარგლებში, თუ არსებობს 3 მოსწავლე დაწყებით საფეხურზე, 6 მოსწავლე საბაზო საფეხურზე და 21 მოსწავლე საშუალო საფეხურზე. (15.12.2010. N4042)

4. სახელმწიფო უზრუნველყოფს ზოგადი განათლების მიღებას თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში პატიმრობის კოდექსით დადგენილი წესის შესაბამისად. (9.03.2010. N2725 ამოქმედდეს 2010 წლის 1 ოქტომბრიდან.)

ქვემოთ წარმოდგენილია კვლევები, რომლებიც, ჩვენი აზრით, სანდო და საგულისხმო არგუმენტია გადაწყვეტილებების მიმღებთათვის, აგრეთვე, ყველა ამ საკითხებზე მომუშავე სპეციალისტებისა და ორგანიზაციებისათვის, რათა მოხდეს ინიცირება ისეთი საკანონმდებლო ცვლილებებისა, რომლებიც უზრუნველყოფს აუტიზმის მქონე მოზარდთა და ზრდასრულთა ტრანზიციის სერვისების განვითარებას და მათ დამხმარე სერვისებზე წვდომას.

2.5. ტრანზიციასთან დაკავშირებული კვლევები

წარმოდგენილია 4 კვლევა:

1. კვლევა ჩატარდა დაბალი ინტელექტუალური შესაძლებლობებისა და აუტიზმის რთული ფორმის მქონე ინდივიდების ტრანზიციის სირთულეების დასადგენად. გამოკვლეული იქნენ აშშ-ში 1974-1984 წწ დაბადებული, აუტიზმის სპექტრით დიაგნოსტირებული ბავშვები, მოზარდები და მათი მშობლები. კვლევის ძირითადი კითხვები ეხებოდა დასაქმებას, მეგობრობას და ცხოვრების დამოუკიდებლობის ხარისხს. საშუალოდ 24 წლის ასაკში, დაახლოებით ნახევარს ჰქონდა კარგი რეზულტატები ამ სამ ძირითად სფეროში, ხოლო 46%-ს საკმაოდ ცუდი, თანმხლები კომორბიდული დაავადებების გამო (საკონტროლო ჯგუფში გვხვდებოდა: სიმსუქნე, სხვადასხვა თანმხლები დაავადებები, რის გამოც ფართოდ იყო გამოყენებული მედიკამენტური თერაპია).

შედეგი: აუტიზმის მქონე პირების ოჯახები განსაკუთრებით ხაზს უსვამდნენ სოციალური სფეროში არსებულ სირთულეებს (შეფასება ჩატარებული იყო IQ და CARS-ის მონაცემებით).

სავარაუდო მიზეზი აღნიშნული სირთულეებისა იმხანად (1974-1984 წწ-ში) არსებული საკანონმდებლო ბაზის გაუმართაობა იყო, რომელიც არ უწყობდა ხელს ასა-ს მქონე პირს, ჰქონოდა მისთვის საჭირო, თანმიმდევრულ და სრულფასოვან სერვისებზე წვდომა. თანამედროვე ახალგაზრდებს აქვთ მრავალფეროვანი სერვისების მიღების მეტი შესაძლებლობა და შესაბამისად, უკეთესი

რეზულტატები.²⁵

2. კანადის ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიის აკადემიის ჟურნალის სტატიაში (Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry) მოყვანილია კვლევა, რომლის მიზანსაც წარმოადგენდა ზრდასრული, ადრეულად და გვიან დიაგნოსტირებული ასა-ს მქონე ინდივიდების ფუნქციონირების ხარისხის შედარება. გამოკვლეულნი იქნენ:

- 1) 18 წლამდე ასაკში ასა-თი დიაგნოსტირებული 45 პირი, და
- 2) 18 წლის შემდეგ ასა-თი დიაგნოსტირებული 35 პირი. ორივე ჯგუფის წარმომადგენლებს აღენიშნებოდათ, პარალელურად, სხვადასხვა ფსიქიკური დაავადებები.

შედეგები

ყველაზე მძიმე გამოსავალი ჰქონდათ პირებს, ვისაც ასა-სთან ერთად ჰქონდა, აგრეთვე, გამომხატული ინტელექტუალური შეზღუდვა.

იმ ქვეჯგუფის წარმომადგენლებს, რომელთაც აუტიზმი დაუდგინდათ 25 წლის ზემოთ, აღენიშნებოდათ ფუნქციონირების მაღალი მონაცემები, განსაკუთრებით განათლების სფეროში. მათ ცხოვრების დამოუკიდებლობის ხარისხიც მაღალი ჰქონდათ. ამავდროულად ქვეჯგუფის წევრებს აღენიშნებოდათ, აგრეთვე, ფსიქიკურ აშლილობებთან კომორბიდილობის მაღალი ხარისხი.

დასკვნა:

- 1) ასა-ს და გამომხატული ინტელექტუალური შეზღუდვის თანაარსებობა, უნშირესად, დაკავშირებულია მძიმე გამოსავალთან.
- 2) იმ ბავშვებში, ვისაც აქვს აუტიზმი და ინტელექტუალური კოეფიციენტი ნორმის ფარგლებში მერყეობს, ძნელია წინასწარმეტყველება იმისა, თუ ზრდასრულობაში მისი ფუნქციონირების ხარისხი და პროგრესი როგორი იქნება.
- 3) სოციალური განვითარების დაგვიანება არის მიზეზი, რის გამოც, შესაძლოა, ზოგიერთმა მიაღწიოს განათლების და დამოუკიდებელი ცხოვრების მაღალ ხარისხს, მაგრამ ასაკის შესაბამის ფუნქციონირებას მიაღწიოს 10 ან მეტი წლის დაგვიანებით.²⁶

25 Journal of Autism and Developmental Disorders April 2008, Volume 38, Issue 4, pp 739–747; <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-007-0441-x>

26 Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry-Autism Spectrum Disorder Grown Up: A Chart Review of Adult Functioning – Samantha Marriage, BSc,1 Annie Wolverton, BA, MEd,2 and Keith Marriage, MBBS, FRCPC2; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2765385/> J Can Acad Child Adolesc

3. მე-3 კვლევის მიზანი იყო იმ შშმ პირებზე დაკვირვება, რომლებიც აპირებენ სწავლის გაგრძელებას საშუალო სკოლის დამთავრების შემდეგ კოლეჯში. ეს განსაკუთრებით ეხებოდა მაღალფუნქციური აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე სტუდენტებს (ASD), რომლებიც, როგორც წესი, განიცდიან მნიშვნელოვან და უნიკალურ გამოწვევებს სკოლისშემგომ საგანმანათლებლო დაწესებულებებში გადასვლის პროცესში. კვლევისას ყურადღება გამახვილდა სტუდენტების პრობლემების სხვადასხვა ტიპებზე, როგორებიცაა, სოციალიზაციის, კომუნიკაციის, დამოუკიდებელი ყოველდღიური ცხოვრების უნარების, აკადემიური ფუნქციონირების და თვითადვოკატირების სფეროებში შექმნილი სირთულეები.

ტრანზიციის დაგეგმვა მოსწავლეთა უმრავლესობისათვის აშშ-ში იწყება 14 წლის ასაკში (Shogren & Plotner 2011). აღმოჩნდა, რომ სხვადასხვა შეზღუდვების მქონე სტუდენტებთან ტრანზიციის პროცესი განსხვავებული იყო. კერძოდ, სტუდენტები დაყოფილი იყვნენ სხვადასხვა ჯგუფებად მათი შესაძლებლობების შეზღუდვის ხარისხის გათვალისწინებით: 1) 830 სტუდენტი იყო ასა-ს მქონე, 2) 730 – მენტალური შეზღუდვით და 3) 6080 – განსხვავებული შეზღუდული შესაძლებლობით. ამ ჯგუფებში არსებული პირების ტრანზიციის პროცესის განსხვავებები დაკავშირებული იყო რამდენიმე გარემოებასთან:

- ვინ იყო აქტიურად ჩართული ტრანზიციის დაგეგმვაში;
- რამდენად კარგად იყო დაცული, ტრანზიციის გაწერილი გეგმა;
- რა მიზნები იყო დასახული

ყველა ზემოთჩამოთვლილ ჯგუფში სკოლის პერსონალი და მშობლები აქტიურად ფიგურირებდნენ ტრანზიციის გეგმის შემუშავებაში. კერძოდ, სკოლის პერსონალი მონაწილეობდა ამ პირთა 3 ჯგუფად დაყოფაში, ხოლო თავად ასა-ს მქონე სტუდენტების მხოლოდ ნაწილი მონაწილეობდა ტრანზიციის გეგმის შედგენაში (Shogren & Plotner 2011).

ამასთან, ახალგაზრდათა ტრანზიციის სხვადასხვა ჯგუფისათვის მიზნები იყო განსხვავებული. ა) დასწრება და პროფესიული უნარების სწავლება იყო ძირითადი მიზნები პირებისათვის, რომლებსაც ასა-სა და ინტელექტუალური ტიპის დარღვევები ჰქონდათ. ბ) კონკურენტული დასაქმებულობა იყო ძირითადი მიზანი ასა-ს მქონე პირებისათვის და არა სხვა ტიპის დარღვევების მქონე პირებისათვის.

ამასთან, ტრანზიციის მიზნების სია ასა-ს მქონე პირებისათვის ნაკლებად ასახავდა დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის საჭირო მიზნების ნუსხას.

როცა შეჯამდა მონაცემები, აღმოჩნდა, რომ:

- ტრანზიცია წარმატებული იყო, როდესაც დაგეგმვა იწყებოდა სასკოლო (14 წლის) ასაკიდან;
- იმ სტუდენტებთან, რომლებმაც ტრანზიციის გეგმის შედგენაში მიიღეს მონაწილეობა და უფრო მეტად იცავდნენ ამ გეგმას, ტრანზიციის შედეგიც უფრო კარგი იყო;
- სტუდენტებს, რომელთათვისაც სკოლის შემდგომი განათლება არის მათ მიერ ინიცირებული მიზანი, სჭირდებათ მხარდაჭერა უკვე სკოლის დასრულებამდე რამდენიმე წლით ადრე, რაც გულისხმობს შემდეგი პროგრამების სწავლებას:
 - სოციალური სიტუაციების მოდელირების ტრენინგები, რომლებიც მიზნად ისახავს დაასწავლოს სტუდენტებს, როგორ გამოიტანონ სწორი დასკვნა და ინფორმაცია განსხვავებული სოციალური სიტუაციებიდან, რაც დაეხმარება მათ შექმნილი პრობლემების უფრო იოლად მოგვარებაში და გადაწყვეტილებების დამოუკიდებლად მიღების უნარების გამომუშავებაში.
 - თავდაცვის უნარების გამომუშავების ტრენინგები, მისთვის კრიტიკულ პერიოდებსა თუ სიტუაციებში, რაც გულისხმობს კონკრეტული თავდაცვის გეგმის შემუშავებას და ნაკლები ტრავმატიზაციის უზრუნველყოფით პიროვნების უმტკივნეულოდ გაზრდას ამ სისტემის დახმარებით (Hewitt 2011).
 - დამხმარე სოციალური საკომუნიკაციო ჩარევათა განხორციელებას ასა-ს მქონე სტუდენტების და მათ ოჯახებისათვის უკვე სკოლის პერიოდიდან (Hewitt 2011).
 - ტრანსპორტზე წვდომის და მგზავრობის სწავლებას, რომელიც უთუოდ უნდა იყოს ჩართული სასწავლო პროგრამაში. ზოგიერთისათვის ეს გულისხმობს მანქანის მართვის სწავლებას, ხოლო ზოგისათვის – საზოგადოებრივი ტრანსპორტით სარგებლობის არც თუ მარტივი წესების დასწავლას.

სკოლაში სწავლის პერიოდში მომავალი სტუდენტები, სასურველია, გაეცნონ იმ უმაღლეს სასწავლებლებს თუ კოლეჯებს, სადაც აპირებენ სწავლის გაგრძელებას სკოლის შემდეგ (Hewitt 2011).

სასურველია, მომავალი სტუდენტები უკვე სკოლის ასაკიდან ესწრებოდნენ სხვადასხვა დამხმარე ტრენინგებს (Hewitt 2011).

ქვემოთ მოცემულია მოდელი ტრანზიციის გეგმისა ამერიკაში

მცხოვრები იმ ახალგაზრდა შშმ პირებისათვის, რომლებიც აპირებენ კოლეჯში სწავლის გაგრძელებას.

1. კოლეჯი ხდება გეგმის მიზანი №1;
2. ახალგაზრდები აქტიურად მონაწილეობენ ტრანზიციის დაგეგმვაში;
3. გაწერილია იმ სერვისების ჩამონათვალი, რომელიც უნდა იყოს გამოყენებული ტრანზიციის პროცესში;
4. უნდა მიმდინარეობდეს პრობლემების გადაჭრის სწავლების სისტემატური განხილვა;
5. თავდაცვის უნარების სწავლება;
6. კოლეჯის სამეცნიერო პროგრამების გაცნობა;
7. კამპუსის პერსონალის ცხოვრების გაცნობა;
8. უმაღლესი სასწავლებლის სამართლებრივი სისტემის გაცნობა;
9. კოლეჯში არსებული დამხმარე სამსახურების გაცნობა;
10. ინდივიდუალური ძლიერი მხარეების საჭიროებების და სურვილების გაცნობიერება;
11. პოტენციური პრობლემების არიდება (Hewitt 2011)

სტუდენტებმა, უმაღლეს სასწავლებელში ჩარიცხვისას, კოლეჯის შეზღუდული შესაძლებლობების სამსახურს (გუნდს) უნდა წარუდგინონ ინვალიდობის დამადასტურებელი საბუთი. ამის შემდეგ ეს სამსახური იღებს გადაწყვეტილებას სტუდენტის ოპტიმალური დაბინავების შესახებ.

იმისათვის, რომ მშობლებმა შეძლონ, ან ვერ შეძლონ, სასწავლო ჩანაწერებთან წვდომა, სტუდენტმა უნდა მოაწეროს ხელი შესაბამისი თანხმობის დოკუმენტებს. მაგრამ ეს არ გამორიცხავს, რომ მშობლებმა მაინც ითამაშონ გარკვეული როლი შექმნილი პრობლემების გადაწყვეტისას სასწავლო დაწესებულებაში.

4. მე-4 კვლევის მიზანი იყო, ასა-ს მქონე სტუდენტებისათვის განსაკუთრებით პრობლემატური – სოციალური ურთიერთობების კვლევა, რომლის შემადგენელი ნაწილია მაგალითად,
 - ა) სოციალური სიტუაციების სწორად გაგება/გადაჭრა. მრავალი სტუდენტი ითხოვს ცალკე ოთახს, რომ ჰქონდეს საკუთარი სივრცე,
 - ბ) თანატოლების კეთილგანწყობის მოპოვება, რამაც შესაძლოა გადამწყვეტი როლი ითამაშოს ტრანზიციის პროცესის და ასა-ს მქონე სტუდენტის სწავლის პროცესის წარმატებულობაში (Nevill & White 2011).²⁷

652 სტუდენტზე ჩატარებულმა კვლევამ (Nevill and White) (2011)

27 <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10803-014-2195-6>

აჩვენა, რომ ასა-ს მქონე სტუდენტებისადმი ყველაზე დიდი მიმღებლობით გამოირჩევიან სოციალური მეცნიერებების სტუდენტები. ხოლო ტექნიკური მეცნიერებების სტუდენტები გაცილებით უფრო მეტ სიახლოვეს და საერთოს აღნიშნავენ ასა-ს მქონე პირებთან...

ეს კვლევა აჩვენებს, რომ მეტი ცოდნა ასა-ს შესახებ გაცილებით მაღალი ხარისხით უწყობს ხელს/უზრუნველყოფს აუტიზმის მქონე პირების მიმღებლობას და ასა-ს მქონე პირების ღიაობას გარშემოცოფების მიმართ. შესაბამისად, კამპუსის კოლეჯებს, შეუძლიათ მათთვის საჭიროებების შესაბამისი პროგრამების შექმნა, რაც მნიშვნელოვნად ეხმარება ამ პირთა სოციალური პრობლემების მოგვარებას (Nevill & White 2011).²⁸

- 1) ასა-ს მქონე პირთა საჭიროებების მხარდაჭერის პერსპექტივები:
კოლეჯში გადასვლა და მეტყველების პრობლემები 31 (3): 273-285.
- 2) სოციალური უნარები და მათი რეგულარული მხარდაჭერა

ლიტერატურა:

- Hewitt, Lynne. 2011. Perspectives on Support Needs of Individuals with Autism Spectrum Disorders: Transition to College. *Topics in Language Disorders* 31(3): 273-285.
- Nevill, Rose & Susan White. 2011. College Students' Openness Toward Autism Spectrum Disorders: Improving Peer Acceptance. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 41: 1619-1628.)

კვლევათა მოკლე შეჯამება:

1. ასა-ს მქონე პირებისათვის დამახასიათებელი სოციალურ სფეროში არსებული სირთულეების გადალახვა, დამოკიდებულება, შესაბამისი, საგანამანათლებლო, გამართულ, საკანონმდებლო ბაზის არსებობაზე, რაც ხელს უწყობს აუცილებელი, თანმიმდევრული, უწყვეტი, ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული სერვისების არსებობა-განვითარებას;
2. ასა-ს მქონე პირთა მძიმე გამოსავალი დადებით კორელაციამა გამოხატული ინტელექტუალური შეზღუდვის თანარსებობასთან;
3. მაღალფუნქციური აუტიზმის მქონე პირებში, რომლებსაც შესაბამისად, ცხოვრების დამოუკიდებლობის ხარისხიც მაღალი აქვთ, უფრო მაღალია ფსიქიკური აშლილობების კომორბიდობების ხარისხი;

28 პროგრამები სამოდერო კოლეჯისა, შესაძლებელია მოვიძიოთ ვებ. გვერდზე: <http://collegeautismspectrum.com/collegeprograms.html>

4. ამრიგად, მეტი ცოდნა ასა-ს შესახებ გაცილებით მაღალი ხარისხით უზრუნველყოფს აუტიზმის მქონე პირების მიმღებლობას და ღიაობას გარშემომყოფების მიმართ, შესაბამისად, კამპუსის კოლეჯებს შეუძლიათ მათთვის საჭიროებების შესაბამისი პროგრამების შექმნა, რაც მნიშვნელოვნად დაეხმარება ამ პირთა სოციალური პრობლემების მოგვარებას.

თავი 3.

ზრდასრულთა ინტერვენცია

სოფიო კერესელიძე

ზრდასრულთა ინტერვენციის პროცესი განსხვავდება ბავშვებისა და არასრულწლოვანი მოზარდების ინტერვენციის პროცესისაგან. თუ ბავშვებთან და მოზარდებთან ამ პროცესის ძირითადი განმხორციელებელი და პასუხისმგებელი ოჯახის წევრები, სპეციალისტები და მზრუნველები არიან, ზრდასრულ ასა-ს მქონე ინდივიდებთან შეფასებისა და ინტერვენციის ყველა საფეხურის, ასპექტის, გადაწყვეტილების შესახებ კლიენტის აზრი უპირატესი და გასათვალისწინებელია.

როდესაც ზრდასრულ ასა-ს მქონე პირებთან ჩარევის სახეობების არჩევაზე საუბარი, ჩარევის მაქსიმალურად ეფექტურად წარსამართად უნდა გათვალისწინებული იქნას:

- წინა განხორციელებული ჩარევებისას არსებული გამოცდილება და ამ ჩარევაზე რეაქცია;
- აუტიზმის ბუნება და სიმძიმე;
- ნებისმიერი ფუნქციური დარღვევის ხარისხი, რომელიც მომდინარეობს და მძიმდება აუტიზმის დიაგნოზის გამო, დასწავლის სირთულე, მენტალური ან ფიზიკური დარღვევა;
- ნებისმიერი სოციალური და/ან პერსონალური ფაქტორების არსებობა, რომელიც პრობლემის გამოვლენასა და შენარჩუნებას უწყობს ხელს;
- თანხმლები დარღვევების, დაავადებების არსებობა, მათი ხასიათი, სიმძიმე და ხანგრძლივობა;
- ყველა გამომწვევის იდენტიფიკაცია, შესაძლო მაპროვოცირებელი ფაქტორები, რომლებიც შესაძლოა, წინ უძღოდეს კრიზისს.

როდესაც საუბარია ზრდასრული აუტიზმის მქონე პირის მოვლისა და ჩარევის არჩევაზე, უნდა გათვალისწინებული იყოს:

- აუტიზმის მქონე პირების მეტად სახასიათო მომატებული შფოთვა გადაწყვეტილების მიღებასთან დაკავშირებით;
- მედიკამენტების მიმართ გაუკუღმართებული და გაუთვალისწინებელი რეაქციის დიდი რისკი;
- გარემო, რომელიც უნდა იყოს ადაპტირებული აუტიზმის მქონე პირებისათვის, მათი ჰიპერ და ჰიპოსენსორული

მგრძობელობის გათვალისწინებით;

- ჰიპერ და ჰიპოსენსორული მგრძობელობის არსებობა, და მისი შესაძლო გავლენა მოცემულ ინტერვენციაზე;
- ამ პირებისათვის პროგნოზირების, გარკვეულობის, რუტინის და სტრუქტურირებულობის მნიშვნელობა;
- მხარდაჭერის ბუნება/სახეობა, რათა განხორციელებადი იყოს ინტერვენცია.

როდესაც საუბარია ზრდასრული აუტიზმის მქონე პირის ინტერვენციის არჩევანზე, სპეციალისტი უნდა ფლობდეს ინფორმაციას:

- ნებისმიერი ჩარევის ბუნებაზე, ხანგრძლივობასა და შინაარსზე;
- რამდენად მისაღები და რამდენად ადვილად გადასატანია ნებისმიერი ჩარევა კლიენტისათვის;
- როგორია ინტერაქცია მიმდინარე ინტერვენციასა და გვერდით ეფექტებს შორის;
- ჩასატარებელი ინტერვენციის მოსალოდნელ შედეგებზე.

როდესაც ასა-ს თანმხლები დარღვევების მოსაწესრიგებლად და /ან რთული ქცევის მოსაწესრიგებლად, გადაწყვეტილება მიღებულია მედიკამენტური ჩარევის სასარგებლოდ, მაშინ:

- გასათვალისწინებელია შესაძლო განსაკუთრებული ზემოქმედებლობა და გვერდითი ეფექტები, იდიოსინკრაზია, ამა თუ იმ მედიკამენტის მიმართ;
- მკურნალობას იწყება ყოველთვის მცირე დოზებით;
- მიმდინარეობს მედიკამენტის ეფექტურობის მუდმივი მონიტორინგი;
- თუ 3 კვირის მკურნალობის შემდეგ მედიკამენტის ეფექტურობა არ დასტურდება, მიღების დაწყებიდან 6 კვირის განმავლობაში პრეპარატი იხსნება.

ნებისმიერი ინტერვენციისას აუტიზმის მქონე ზრდასრულ პირთან უნდა გაკეთდეს სისტემატური და სისტემური ანალიზი:

- ჩარევის სარგებლის თუ შესაძლებელია, გამოყენებული უნდა იქნას სამიზნე ქცევის (ან ქცევების) ფორმალური რეიტინგი;
- ყველა შესაძლო გვერდითი მოვლენის;
- ფარმაკოლოგიური ჩარევისას საჭიროა მკურნალობის სპეციფიკური მონიტორინგი, რომელსაც ერთვის პროდუქციის მახასიათებლების შემაჯამებელი ანგარიში;
- გასათვალისწინებელია თავად პირის ინტერვენციაში ჩართულობის ხარისხიც.

3.1. ზრდასრულთა ფსიქოსოციალური ინტერვენციები

ზრდასრულ აუტიზმის მქონე პირებთან სამუშაოდ, რომლებსაც საშუალო და მძიმე დასწავლის სიძნელეები აღენიშნებათ, აგრეთვე, დასწავლის სირთულეების არმქონე პირებთან, რომელთაც სოციალური ინტერაქციის პრობლემები აღენიშნებათ, მოწოდებულია:

- ჯგუფური სოციალური სწავლების პროგრამები, რომლებიც მიზნად ისახავს სოციალური ინტერაქციის გაუმჯობესებას;
- ხოლო იმ პირებისათვის, რომელთაც უჭირთ ჯგუფური აქტივობები, მიზანშეწონილია ინდივიდუალური სოციალური სწავლების პროგრამის მიწოდება.

სოციალური სასწავლო პროგრამები, რომელიც მიზნად ისახავს სოც. ინტერაქციას, ტიპურად უნდა შეიცავდეს:

- მოდელირებას;
- თანატოლებისგან უკუკავშირს (ჯგუფური პროგრამების შემთხვევაში) ან ინდივიდუალურ უკუკავშირს (ინდივიდუალური პროგრამების მიწოდებისას);
- დისკუსიას და გადაწყვეტილებების მიღებას;
- ექსპლიციტურ-მკაფიო წესებს;
- სტრატეგიების სწავლებას სოციალურად რთული სიტუაციების გადასაწყვეტად.

სოციალური ინტერვენციებისას უნდა მოვერიდოთ კომუნიკაციის ფასილიტაციას ტექნიკური საშუალებებით (მაგ. აიპადების, ტელეფონების და ტექნიკური საშუალებების გამოყენებას), რათა ასა-ს მქონე პირს არ გაუადვილდეს სოციალური კომუნიკაციის სასწავლო პროცესი და მაქსიმალურად საკუთარი ძალისხმევით, რესურსით, მოახდინოს ამ ამოცანების დაძლევა.

3.2. ზრდასრულთა ოჯახის წევრების, მზრუნველების და პარტნიორების ჩართვა ინტერვენციის პროცესში

ზრდასრულ აუტიზმის მქონე პირების ინტერვენციის დაწყებამდე საჭიროა მათთან გასაუბრება იმის დასადგენად, თუ როგორ სურთ და როგორ იქნებიან თავად აუტიზმის მქონე პირები, ოჯახის წევრები, პარტნიორები და მზრუნველები ჩართულნი ინტერვენციის პროცესში. ასეთი საუბრისას მაქსიმალურად უნდა ვეცადოთ, რომ პაციენტისათვის გასაგებად ვისაუბროთ და გავითვალისწინოთ ნებისმიერი სირთულე, რომელიც გამოწვეულია აუტიზმის მქონე პირის მენტალური შესაძლებლობით.

თუ ასა-ს მქონე ზრდასრულს აქვს სურვილი ოჯახის წევრების, პარტნიორების და მზრუნველების ჩართვის საკუთარი ზრუნვის/მოვლის სერვისში, მაშინ ეს ყველანაირად უნდა იქნას წახალისებული:

- უნდა მიმდინარეობდეს მუდმივი საუბარი ზრდასრულ აუტიზმის მქონე პირთან, მის ოჯახთან და მასზე მზრუნველებთან, რათა ერთიან ბაზისზე დაფუძნებული ინფორმაცია იყოს მათ შორის გაზიარებული;
- ოჯახის წევრებს/მზრუნველებს უნდა განემარტოთ, თუ როგორ უნდა დაეხმარონ ასა-ს მქონე პირს ზრუნვის, ჩარევის გეგმის შესაბამისად;
- რომ არც ერთი სერვისი, რომელიც ზრუნვის გეგმას უკავშირდება, არ ხორციელდებოდეს ოჯახის, მომვლელის-მზრუნველის ჩართულობის გარეშე, მათთან და აუტიზმის მქონე პირთან განხილვის და მოლაპარაკების გარეშე;

ასა-ს მქონე პირის ოჯახის წევრებს და მასზე მზრუნველებს (რომლებიც უნდა ჩაერთონ აუტიზმის მქონე პირების მოვლაში, თუ ამის სურვილი აქვს კლიენტს) უნდა მიეწოდოს, სიტყვიერი და წერილობითი ინფორმაცია:

- აუტიზმისა და მისი მართვის შესახებ;
- ლოკალური დახმარების ჯგუფის და სერვისების შესახებ, რომლებიც განსაზღვრულია მშობლებისა და მზრუნველებისათვის (იხ. თავი „მულტიდისციპლინური გუნდების შემადგენლობა“);
- აუტიზმის მქონე პირის უფლებაა, ფლობდეს ინფორმაცია საკუთარი თავის მენტალური და ფიზიკური ჯანმრთელობის შეფასების შესახებ და შეფასების საფუძველზე დადგენილი საჭიროებების შესახებ.

თუ აუტიზმის მქონე პირს არ აქვს სურვილი, სერვისში ოჯახის წევრების და მზრუნველების ჩართვის:

- მათ უნდა მიეცეთ სიტყვიერი და წერილობითი ინფორმაცია, თუ როგორ და ვისთან უნდა იყვნენ ისინი კონტაქტში, (მაგ. სერვისის მიმწოდებელთაგან), როდესაც მათ აწუხებთ ასა-ს მქონე პირის მოვლასთან დაკავშირებული საკითხები;
- გასათვალისწინებელია, რომ აუტიზმის მქონე პირს, შესაძლოა, ჰქონდეს ანტიპათია საკუთარი ოჯახის წევრების ან მომვლელების მიმართ, რაც ხშირად აიხსნება ფსიქიკური აშლილობით ან ცუდი გამოცდილებით ოჯახის წევრებისაგან წარსულში ძალადობის ფაქტების არსებობის გამო.

3.3. ინტერვენცია ყოფითი უნარების განვითარებისთვის

აუტიზმის მქონე პირები უნდა სწავლობდნენ საზოგადოებრივი ტრანსპორტით სარგებლობას, დასაქმებისა და გართობისათვის საჭირო უნარებს, თავდაცვის/გამკლავების სტრატეგიებს, ასევე,

უნდა გაეწიოთ დახმარება თემში არსებულ სერვისებზე წვდომაში.

ზრდასრულებში, რომლებსაც არ აღენიშნებათ ან აქვთ მსუბუქი ან საშუალო ხარისხის გონებრივი ჩამორჩენილობა და სოციალური ინტერაქციის პრობლემები, განხილული უნდა იყოს ჯგუფური ან ინდივიდუალური სოციალური სწავლების პროგრამა, რომელიც მოიცავს:

- მოდელირებას;
- თანატოლების უკუკავშირს;
- დისკუსიას;
- გადაწყვეტილების მიღებას;
- ქცევის დადგენილ წესებს;
- რთულ სოციალურ სიტუაციებთან გამკლავების სტრატეგიებს.

ყოფითი უნარების გასაუმჯობესებლად გამოყენებული უნდა იყოს სტრუქტურირებული სწავლება, რომელიც ეფუძნება ქცევის გამოყენებითი ანალიზის პრინციპებს.

სოციალური უნარების გასაუმჯობესებლად განხილული უნდა იქნას გამოყენებული გართობის ინდივიდუალური და/ან ჯგუფური სტრუქტურირებული სწავლების პროგრამები.

ზრდასრულებთან, რომლებსაც არ აღენიშნებათ, ან აქვთ მსუბუქი ან საშუალო ხარისხის ინტელექტუალური დარღვევა და აღენიშნებათ მრისხანება და აგრესია, გამოყენებული უნდა იქნას მრისხანების მართვის ინტერვენცია, რაც უნდა მოიცავდეს:

- მრისხანების და მისი მაპროვოცირებელი სიტუაციების ფუნქციურ ანალიზს;
- გამკლავების უნარების სწავლებას;
- რელაქსაციის ტრენინგს;
- პრობლემის გადაჭრის სწავლებას.

ზრდასრულები, რომლებსაც არ აღენიშნებათ, ან აქვთ მსუბუქი ან საშუალო ხარისხის გონებრივი ჩამორჩენილობა (ინტელექტუალური დარღვევა) და აქვთ სამუშაოს მოძიებისა და დასაქმების პრობლემა, ჩართულნი უნდა იყვნენ დასაქმების დამხმარე პროგრამებში, რომლებიც ითვალისწინებს:

- გასაუბრებისთვის მომზადებას;
- სამუშაოს შესაბამისი ქცევის სწავლებას;
- სამუშაოს შერჩევას;
- დამსაქმებელთან კონსულტაციას და რეკომენდაციების მიცემას;
- სამუშაოში ჩართვის შემდეგ დასაქმებულის და დამსაქმებლის მხარდაჭერას.

3.4. აუგმენტური საკომუნიკაციო საშუალებები ზრდასრულთათვის

აუგმენტური (გამაძლიერებელი) და ალტერნატიული (შენაცვლებითი) კომუნიკაცია არის ნებისმიერი მეთოდი (მოწყობილობა, სისტემა ან ტექნიკა), რომელიც ეხმარება საკომუნიკაციო უნარების სირთულეების მქონე პირს, იურთიერთოს უფრო ეფექტურად.²⁹

მაგალითად:

- სტუდენტი იყენებს გარკვეულ მოწყობილობას, რათ პასუხი გასცეს კლასში დასმულ შეკითხვას;
- ვილაც მიუთითებს რესტორნის მენიუში ფოტოზე, რათა შეუკვეთოს ესა თუ ის კერძი;
- სახლში ზრდასრული იყენებს აუგმენტურ ან ალტერნატიულ მოწყობილობას ექიმის გამოსაძახებლად;
- დაფიქრდით იმაზე, რომ თითოეული ჩვენგანი, ვისაც არ აქვს მეტყველებასთან დაკავშირებული პრობლემები, იყენებს სხვადასხვა საკომუნიკაციო საშუალებებს, როგორებიცაა, მაგალითად, მიმიკები, ჟესტები, წერა და ა.შ., რაც წარმოადგენს მეტყველების დამატებას ან მის ჩანაცვლებას.

მაგალითად:

- სამსახურში ვიყენებთ კომპუტერს წერილების გასაგზავნად;
- სახლში ხმას ვუწევთ, რომ მივიპყროთ ვინმეს ყურადღება;
- შეხვედრებისას, შესაძლოა, ვიყენებდეთ სახის გამომეტყველებას, რათა მეგობრებს ვაჩვენოთ, რომ დამწუხრებულები ვართ რაღაცაზე და ა. შ.³⁰

აუტიზმის მქონე ინდივიდების დიდ ნაწილს აღენიშნება კომუნიკაციის სერიოზული პრობლემები (მაგ. სასაუბრო ენის არარსებობა ან ინტერპერსონალური კომუნიკაციის უნარების სერიოზული დეფიციტი), რაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მათ შესაძლებლობაზე, იცხოვრონ სრულფასოვნად. სავარაუდოდ ეს პრობლემა უკავშირდება აუტიზმის ძირეულ სიმტომებს და პერსისტირებს მთელი ცხოვრების განმავლობაში, რაც ხელს უშლის ინტერვენციის ეფექტურობას. აუტიზმის საკომუნიკაციო უნარების გასაუმჯობესებლად მრავალი ალტერნატიული საშუალება იყო შემუშავებული, მაგრამ მხოლოდ სპეციალისტების ძალიან მცირე ნაწილი აფასებს ამ საშუალებებს სათანადოდ. მიუხედავად ფორმალური შეფასების არარსებობისა, ინდივიდუალური სერვისების განვითარებამ მნიშვნელოვ-

29 <https://www.tobiidynavox.com/learn/what-is-aac>

30 <https://www.tobiidynavox.com/learn/what-is-aac/>

ნი წვლილი შეიტანა აუგმენტატური კომუნიკაციის საშუალებების განვითარებაში.³¹

აუგმენტური კომუნიკაციური საშუალებების, კლინიკური და ფინანსური ეფექტურობის მაღალხარისხიან კვლევაზე დაფუძნებული მტკიცებულებები შესაძლებელს გახდის, დიდწილად გააუმჯობესოს აუტიზმის მქონე ინდივიდების ცხოვრების ხარისხი.

შემოთავაზებული პროგრამა, აუგმენტური საკომუნიკაციო საშუალებების გამოსაყენებლად, უნდა იყოს იდენტიფიცირებული მოცემულ საშუალებებთან და შეიცავდეს:

- ა) მტკიცებულებებს სარგებლობის/ბენეფიტების შესახებ (მაგ. შემთხვევების სერიები და მცირე ექსპერიმენტული კვლევები);
- ბ) გარკვეულ მტკიცებულებებს იმის შესახებ, რომ იგი მიესადაგება აუტიზმის მქონე ინდივიდების ძირითად საკომუნიკაციო საჭიროებებს;
- გ) საშუალებები უნდა იყოს ისეთი თვისებების მქონე, რომ შესაძლებელი იყოს ამ საშუალებების რუტინულად მოხმარება. ეს მოწყობილობები/საშუალებები უნდა იყოს შემოწმებული შემდგომში ფართომასშტაბიანი რანდომიზირებული კვლევით.³²

მითითებულია აუტიზმის ქმონე პირებისათვის აუგმენტური საკომუნიკაციო რესურსების ჩამონათვალი.

31 Speech case for Ipad – <https://www.tobiidynavox.com/products/devices/?CommunicationAAC=on&Computerhomeautomationaccess=on>

32 ვებ. გვერდზე – <https://www.tobiidynavox.com/products/devices/?CommunicationAAC=on&Computerhomeautomationaccess=on&Autism=on&Non-literate=on>

ნაწილი 3.

სოციალური და სამართლებრივი დაცვა –
მამუკა ხაჩიძე

თავი 1.

სოციალური დაცვა

ია შეყრილადე

1.1. ზოგადი მიმოხილვა

სოციალური დაცვა განიმარტება როგორც პოლიტიკის და პროგრამების ერთობლიობა, რომელიც ემსახურება ადამიანების კეთილდღეობის ხელშეწყობას მათი მოწყვლადობის პრევენციით, მართვითა და შემცირებით. სოციალური დაცვა მოიცავს ბავშვებისა და ოჯახების გაძლიერებაზე მიმართულ პოლიტიკასა თუ პროგრამებს.

სოციალური დაცვისას უმნიშვნელოვანესია აუტიზმის მქონე ბავშვების და ზრდასრულების ძალადობისა და ცუდი მოპყრობისაგან დაცვის უზრუნველყოფა და სათანადო მექანიზმების არსებობა აუტიზმის მქონე პირის ძალადობისა და უგულვებელყოფის ნებისმიერ შემთხვევაზე დროული რეაგირებისათვის (ან ამ უკანასკნელის საფუძვლიანი ექვის შემთხვევაში) მოქმედი კანონმდებლობის მიხედვით (ბავშვის უფლებათა კოდექსი, „ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონი, „ბავშვთა დაცვის მიმართვიანობის (რეფერირების) პროცედურების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის, საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრისა და საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების მინისტრის 2010 წლის 31 მაისის ერთობლივი ბრძანება №152/ნ – №496 – №45/ნ);

თუ აუტიზმის მქონე პირი არის შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე პირი, აუტიზმის გუნდმა/მომსახურებამ ყველა ზომა უნდა მიიღოს, რათა პირს ჰქონდეს საჭირო სერვისებზე წვდომა. თუ აუტიზმის მქონე პირს არ აქვს შშმ სტატუსი, თუმცა ეკუთვნის იგი, სათანადო ზომები უნდა იქნას მიღებული სტატუსის მინიჭების მიმართულებით და ამ უკანასკნელის მოპოვების შემდეგ მისი ყველა უფლება უნდა დაკმაყოფილდეს საქართველოს კანონის „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ შესაბამისად.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია აუტიზმის მქონე ბავშვის საგანმანათლებლო პროცესში ჩართვა. აუტიზმის გუნდი უნდა ჩაერიოს, თუ სახეზეა ოჯახის ან სისტემის მხრიდან შექმნილი პირის საგანმანათლებლო პროცესში ჩართვის ბარიერები და შეეცადოს აღნიშნული ბარიერების შემცირებასა და აუტიზმის მქონე პირის ინკლუზიის ხელშეწყობას.

ამასთანავე, თუ მომსახურებისთვის ნათელი ხდება, რომ აუტიზმის სპექტრის მქონე პირი არის უსახლკარო და მისი ბაზისური საჭიროებები არის დაუკმაყოფილებელი, მან უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია შესაბამის სახელმწიფო სტრუქტურებს და გაუწიოს ადვოკატობა თავშესაფრისა და სხვა სასიცოცხლო სერვისების წვდომაში.

ამდენად, სოციალური დაცვა ფართო ტერმინია და თავის თავში პიროვნებაზე ორიენტირებულ ზრუნვასაც გულისხმობს. რაც მთავარია, სოციალური დაცვის გამართული სისტემა ხელშემწყობ გარემოს ქმნის, რათა განსაკუთრებული საჭიროებების მქონე ადამიანებმა მიიღონ პიროვნებაზე ცენტრირებული ზრუნვა.

აღნიშნული პრინციპები უნდა გავრცელდეს აუტიზმის მქონე ყველა პირზე, იქნება ეს ოჯახში მცხოვრები, რეზიდენტულ სათემო სახლში მცხოვრები თუ სახელმწიფო ზრუნვაში/ინსტიტუციაში მყოფი პირი.

1.2. სოციალური მოდელის პრინციპები

შეზღუდული შესაძლებლობების სოციალური მოდელის თანახმად, შეზღუდული შესაძლებლობები საზოგადოებრივი პრობლემაა და ასა-ს მქონე პირის ზოგად მდგომარეობას ასახავს, რომელიც შექმნილი ფიზიკური, ეკონომიკური და სოციალური ბარიერებით არის გაუარესებული. შეზღუდული შესაძლებლობების გაფართოებით, სოციალური მოდელი აქცენტს აკეთებს ინდივიდუალური განსხვავებების გათვალისწინების მნიშვნელობაზე და ამ თემას ადამიანის უფლებათა სისტემაში მნიშვნელოვან ადგილს აკუთვნებს: ის ხაზს უსვამს ადამიანისთვის განათლებაზე, დასაქმებაზე, კულტურულ აქტივობებსა და დამოუკიდებელ ცხოვრებაზე საზღვრების დადების გაუმართლებლობას.

სოციალური მოდელის პერსპექტივიდან შეზღუდული შესაძლებლობები წარმოადგენს ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებულ საკითხს და ზოგადად, საზოგადოებასთან დაკავშირებულ საკითხს. დამოუკიდებელი ცხოვრების ხელშეწყობა და ადამიანის უფლებათა დაცვა სოციალური მოდელის ძირითადი კომპონენტებია. მოდელის თანახმად, საზოგადოება უნდა წარმოადგენდეს ინკლუზიურ სასწავლო და სამუშაო გარემოს, სადაც ადამიანი კი არ ერგება გავრცელებულ სტანდარტს, არამედ გარემო ითვალისწინებს თითოეული ადამიანის საჭიროებებს და თავისებურებებს.

1.3. პიროვნებაზე ცენტრირებული ჰოლისტური ზრუნვის პრინციპები

პიროვნებაზე ცენტრირებული ზრუნვა გულისხმობს ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების დაგეგმვასა და მიწოდებაში პაციენტის

თანასწორუფლებიან პარტნიორად მოაზრებას და ზრუნვის პროცესის მის ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებას. ასა-ს მქონე პირები და მათი ოჯახები სპეციალისტებთან ერთად დასაწყისიდანვე ჩართულები არიან ზრუნვის დაგეგმვის პროცესში. ჰოლისტიური ზრუნვა, თავის მხრივ, გულისხმობს ინდივიდის მრავალფეროვანი საჭიროებების დაკმაყოფილებაზე და მისი რესურსების განვითარებაზე მიმართულ ზრუნვას, რომელიც მოიაზრებს ზრუნვის მიწოდებაში განსხვავებული პროფესიონალების ჩართულობას და ზრუნვის მრავალდარგობრივ კოორდინირებას.

პიროვნებაზე ცენტრირებული ზრუნვა არ წარმოადგენს ადამიანებისადმი უბრალოდ იმ მომსახურებათა მიწოდებას, რაც ბენეფიციარებს თუ სერვისის მიმწოდებლებს მოესურვებათ, არამედ ესაა ზრუნვა, რომელიც ითვალისწინებს ადამიანთა საჭიროებებს, ღირებულებებს, ოჯახურ, კულტურულ, სოციალურ და ეკონომიკურ მდგომარეობას, ცხოვრების სტილსა თუ ფაზას და მიზნად ისახავს ინდივიდის ბიო-ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესებას. რაც მთავარია, ზრუნვის მიწოდება ხორციელდება ინდივიდის ღირსების პატივისცემითა და ავტონომიისა და თვითგამორკვევის ხელშეწყობით. პიროვნებაზე ცენტრირებული ჰოლისტიური ზრუნვის პრინციპები და კომპონენტებია:

- ადამიანთა ღირსებისა და ღირებულებების პატივისცემა და მათი ზრუნვის ცენტრში მოთავსება;
- ადამიანების მრავალფეროვანი (ბიო-ფსიქო-სოციალური) საჭიროებებისა და სურვილების გათვალისწინება;
- ზრუნვის საჭიროებებზე მორგებულად და ინტეგრირებულად მიწოდება და კოორდინირება;
- გუნდური მუშაობა;
- ფიზიკურად და ემოციურად კომფორტული და უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა;
- ოჯახისა და ახლობლების ჩართულობა;
- მომსახურებათა უწყვეტობა და მათ შორის ბმა;
- სერვისების ხელმისაწვდომობა.

ძირითადი სულისკვეთებაა საქმის ზრუნვის მიმღებ პირთან ერთად კეთება და ინტერვენციების შერჩევა და წარმართვა მისი კეთილდღეობის ინტერესების შესაბამისად.

1.4. ოჯახის წევრების და მეურვეების მხარდაჭერა

ზოგადი მიმოხილვა

აუტიზმის მქონე პირთა ოჯახის წევრები და მზრუნველები, როგორც წესი, საჭიროებენ მრავალმხრივ თანადგომას, მათ შორის, ემოციურ, სოციალურ, ინფორმაციულ და პრაქტიკულ დახმარებას,

დახმარებას მზრუნველის ფუნქციის კარგად შესრულებაში, კრიზისული სიტუაციების დაძლევაში და აუტიზმის მქონე პირის მომავლის დაგეგმვაში.

მნიშვნელოვანია, რომ ზრუნვის გეგმა ასახავდეს და ერგებოდეს ოჯახის წევრებისა და მზრუნველების საჭიროებებს და კომპეტენციებს და მიზნად ისახავდეს მათი უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებას, ცნობიერების ამაღლებას და რესურსებთან დაკავშირებას.

ოჯახის წევრებსა და მზრუნველებზე მიმართული კონკრეტული სერვისებია:

- ფსიქოსოციალური კონსულტირება;
- მზრუნველთა ტრენინგი;
- მხარდაჭერის ჯგუფები მზრუნველებისათვის;
- ოჯახის ჩანაცვლებითი ხანმოკლე სერვისი (Respite care).
- მზრუნველის გაძლიერებაზე მიმართული სხვა სერვისი.

1.5. ოჯახისა და მზრუნველის დახმარება

აუტიზმის მქონე პირის ოჯახს და შესაბამის შემთხვევაში, პირს, უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია ყველა ხელმისაწვდომი დახმარების შესახებ, მათ შორის:

- ხელმისაწვდომი სერვისების და მკურნალობის შესახებ;
- სამომავლო მომზადების, მაგალითად, ზრდასრულთა სერვისში გადასვლისთვის მომზადების შესახებ;
- იმ ორგანიზაციების საკონტაქტო ინფორმაციის მიწოდება, რომლებიც:
 - o ეწევიან იმ პირთა შეხვედრების ორგანიზებას და მხარდაჭერას, რომლებსაც აქვთ აუტიზმის მქონე პირებთან მუშაობის გამოცდილება;
 - o ახორციელებენ აუტიზმთან დაკავშირებულ საკითხებზე სასწავლო კურსებს;
 - o ეწევიან კონსულტაციებს სოციალური შედაგათების, უფლებების და კომპენსაციების შესახებ;
 - o იძლევიან საგანმანათლებლო, სოციალური დახმარებისა და გასართობი აქტივობების შესახებ ინფორმაციას.

უნდა დაიგეგმოს ბავშვის/ზრდასრულის და ოჯახის მხარდაჭერა განსაკუთრებული საჭიროების პერიოდში, მათ შორის ცხოვრების მნიშვნელოვან ეტაპებზე, მოზარდობის პერიოდში, სკოლის ცვლილებისას, და-ძმის დაბადებისას, ოჯახის წევრის გარდაცვალებისას და სხვა.

გაირკვეს აუტიზმის მქონე ბავშვის/ზრდასრულის ოჯახთან და შესაბამის შემთხვევაში ბავშვთან/ზრდასრულთან, უნდათ თუ არა, რომ ჩაერთონ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში და რეგულა-

რულად მიიღონ განახლებული ინფორმაცია ბავშვის/ზრდასრულის შესახებ. თუ ბავშვი ან ზრდასრული გამოხატავს ინტერესს, შეთავაზებული უნდა იქნას მკურნალობისა და ზრუნვისადმი კოლაბორაციული მიდგომა, სადაც გათვალისწინებული იქნება მისი არჩევანი.

ოჯახის ყველა წევრს (მათ შორის და-ძმას) და მზრუნველს მიეწოდებათ ვერბალური და წერილობითი ინფორმაცია:

- მათი უფლებების შესახებ;
- ოჯახის ჩამნაცვლებელი ხანმოკლე სერვისების შესახებ;
- შეფასებით გამოვლენილი ფიზიკური და ფსიქიკური საჭიროებებისა და მათი დაკმაყოფილების საშუალებების/ინტერვენციების ხელმისაწვდომობის შესახებ.

ოჯახის ყველა წევრისათვის (მათ შორის და-ძმისათვის) და მზრუნველისათვის შეთავაზებული უნდა იქნას მათი საჭიროებების შეფასება, მათ შორის:

- პირადი, სოციალური და ემოციური მხარდაჭერა;
- პრაქტიკული მხარდაჭერა მზრუნველის ფუნქციაში, მათ შორის ოჯახის ჩამნაცვლებელი ხანმოკლე სერვისის (respite care);
- სამომავლო ზრუნვის გეგმა, მათ შორის ზრდასრულთა სერვისში ტრანზიცია.

ოჯახისა და მზრუნველის საჭიროებების გამოვლენის შემდეგ გამოიყენება ის დახმარება, რაც ხელმისაწვდომია ადგილობრივ დონეზე, გასათვალისწინებელია ოჯახის და კლიენტის არჩევანი. მათ მიეწოდებათ ინფორმაცია, რჩევა, ტრენინგი და მხარდაჭერა განსაკუთრებით მაშინ, თუ ისინი:

- საჭიროებენ დახმარებას აუტიზმის მქონე პირის პირად, სოციალურ ან ემოციურ, მათ შორის ასაკთან დაკავშირებული თვითმოვლის, ურთიერთობების ან სექსუალურ საკითხებზე;
- თანამშრომლობენ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სერვისების სპეციალისტებთან.

1.6. რეზიდენტული (residential) ზრუნვა

იმ შემთხვევაში, თუ ზრდასრულებისთვის საჭიროა ინსტიტუციური ზრუნვა ან აუტიზმის მქონე ბავშვი მზრუნველობამოკლებულია და მოთავსებულია 24-საათიან რეზიდენტულ საოჯახო ტიპის დაწესებულებაში, მას ზრუნვა უნდა მიეწოდოს მცირე ზომის, ადგილობრივი, თემზე დაფუძნებული ერთეულის ბაზაზე, სადაც მაქსიმუმ ექვსი ადამიანი ცხოვრობს ერთად. ინსტიტუციური გარემო უნდა იყოს ორგანიზებული იმგვარად, რომ ხელი შეუწყოს აუტიზმის მქონე პი-

რის სხვებთან ურთიერთობას (მათ შორის ოჯახის წევრებთან) და სხვა ყოფითი და სოციალური უნარების განვითარებას.

ინსტიტუციური გარემო უნდა აკმაყოფილებდეს 24-საათიანი რეზიდენტული დაწესებულების ადგილობრივ სტანდარტებს. ინსტიტუციურ გარემოში უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ისეთი აქტივობები, რომლებიც: (ა) სტრუქტურირებული და შედეგზე ორიენტირებულია; (ბ) ემსახურება თემში ინტეგრირებას და ადგილობრივი რესურსების გამოყენების სწავლებას, (გ) გაწერილია დროში და ავითარებს ავტონომიურობას.

რეზიდენტულ დაწესებულებას უნდა ჰქონდეს სპეციალური ადგილი სხვადასხვა აქტივობებისათვის, სადაც განთავსებულია მოსალოდნელი სამიზნე ქცევის შესახებ ვიზუალური მინიშნებები. ფიზიკური გარემო ადაპტირებული უნდა იყოს პირებისათვის, რომელთაც სენსორული გამლიზიანებლების მიმართ ნაკლები და/ან ზე-მგრძობელობა ახასიათებთ; როგორც შენობაში, ასევე შენობის გარეთ უნდა იყოს სივრცე, სადაც აუტიზმის მქონე პირი შეძლებს განმარტობას (ჭარბი სტიმულირების შემთხვევებისთვის).

პერსონალს კარგად უნდა ესმოდეს აუტიზმის მქონე პირების ეფექტური ინსტიტუციური ზრუნვის პრინციპები, ნაყოფიერად უნდა თანამშრომლობდეს ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სპეციალისტებთან ჰოლისტიური ზრუნვის მისაწოდებლად, უნდა შეეძლოს აუტიზმის მქონე პირების საჭიროებების შეფასება და დაკმაყოფილება, უნდა შეეძლოს თანმიმდევრული ზრუნვის მიწოდება და, ამასთანავე, საკმარისად მოქნილი და ღია უნდა იყოს ცვლილებებისადმი.

1.7. ზრუნვის მიწოდების ორგანიზება

აუცილებელია ზრუნვის მიწოდების ადგილობრივი არხების შემუშავება იმისათვის, რომ ყველა პირმა სათანადო სერვისები მიიღოს. ზრუნვის სრული პაკეტი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს აუტიზმის მქონე ყველა პირისთვის და უნდა პასუხობდეს აუტიზმის მქონე ადამიანების და მათი ოჯახის წევრებისა და მზრუნველების საჭიროებებს.

ამასთან, ზრუნვის სისტემა ისე უნდა იყოს ორგანიზებული, რომ ადვილად შეიძლებოდეს ერთი ერთეულიდან თუ დონიდან მეორეში გადასვლა. ზრუნვა უნდა იყოს შედეგზე ორიენტირებული და მისი ეფექტი უნდა იზომებოდეს.

ზრუნვის მიწოდების ორგანიზებაზე პასუხისმგებელი უნდა იყოს აუტიზმის სტრატეგიული გუნდი (ან სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული სხვა შესაბამისი ერთეული). ამგვარი გუნდი პასუხისმგებელია როგორც ზრუნვის ადგილობრივი სისტემების განვითარებაზე,

ასევე მათ მართვასა და შეფასებაზე; ასევე იმაზე, რომ აღნიშნული სისტემა მისაწვდომი იყოს აუტიზმის მქონე ყველა პირისათვის. აუტიზმის სტრატეგიული გუნდის კიდევ ერთ პასუხისმგებლობას უნდა წარმოადგენდეს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ინტერვენციების დამკვიდრება.

1.8. ზრუნვის შემადგენელი კომპონენტები და განგრძობადობა

აუტიზმის სტრატეგიული გუნდი პასუხისმგებელი უნდა იყოს იმაზე, რომ ზრუნვის ადგილობრივი სისტემები/არხები დროულად და სათანადოდ პასუხობდნენ აუტიზმის მქონე პირების საჭიროებებს. ამგვარი ზრუნვა მოიაზრებს ინტეგრირებულ სერვისებს ყველა დონეზე, არის კარგად კოორდინირებული და საყოველთაო (საჭიროების შემთხვევაში მოიაზრებს „აუთრიჩს“ outreach), ითვალისწინებს ზრუნვის უწყვეტობის პრინციპს და მინიმუმამდე დაჰყავს ბენეფიციართა სხვადასხვა მომსახურებაში ტრანზიციის აუცილებლობა.

ამოცნობის ფაზაზე მნიშვნელოვანია ადგილობრივი გუნდების ან თემზე დაფუძნებული ერთეულების გეოგრაფიული დაფარვა და პირველადი ჯანდაცვის რგოლის, საბავშვო ბაღებისა და სკოლების, და, ზოგადად, საზოგადოებისა და თემის ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებების გატარება, რათა მაქსიმალურად მოხდეს აუტიზმის მქონე პირის დროული რეფერირება.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, პირს, რომელიც ზრუნვის სისტემაში შემოვიდა აუტიზმის დიაგნოზის საფუძველზე, უნდა მიეწოდოს მისი ასაკისა და განვითარების შესაბამისი, მის ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული ზრუნვა და აღნიშნული ზრუნვა უნდა მოდიფიცირდეს პირის საჭიროებათა, მათ შორის ასაკობრივი, ცვლილების შესაბამისად. გარდა საჭიროებების დაკმაყოფილებისა, ზრუნვის სისტემა ფოკუსირებული უნდა იყოს აუტიზმის მქონე პირისა და მისი ოჯახის გაძლიერებაზე – საჭიროებისამებრ, განათლების, ყოფითი უნარ-ჩვევების განვითარების, საზოგადოებაში ინტეგრაციისა და დასაქმების/პროდუქტულობის ხელშეწყობაზე – ცხოვრების ყველა ეტაპზე.

თავი 2.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (შშმ) პირის სამართლებრივი მდგომარეობა საქართველოში

მამუკა ხაჩიძე

2.1. აუტიზმის მქონე პირთა განათლება საქართველოში

იმისათვის, რომ გაუმჯობესდეს აუტიზმის სპექტრის მქონე პირთა ცხოვრების ხარისხი და მათ ჰქონდეთ საზოგადოებაში ინტეგრირების საშუალება, არის სწავლება და განათლება, მათ შორის მოზრდილ ასაკში. განათლების სფეროში შენარჩუნებულია უთანაბრობა აუტიზმის სპექტრის აშლილობის მქონე პირთა განათლებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის კუთხით სისტემის სხვადასხვა საფეხურზე. ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონში აუტიზმის სპექტრის აშლილობის მქონე პირთა განათლების მიმართ მიდგომა განსხვავებულია. პრობლემად რჩება პედაგოგის ასისტენტის ხელმისაწვდომობა და ფინანსირება ან პირადი ასისტენტების ანაზღაურების პრაქტიკა, ხშირად მოზობლები ასრულებენ პედაგოგის ასისტენტის ფუნქციას, ასევე, არასაკმარისია კადრები სასკოლო საბჭოებში. სასკოლო საბჭოებში სამუშაო სტანდარტების არარსებობა იწვევს იმას, რომ სხვადასხვა სკოლაში მხარდაჭერა განსხვავებულია, პედაგოგები ინფორმირებულები არიან ამ პრობლემაზე განსხვავებულად და სხვადასხვანაირად მუშაობენ კლასებთან. ეს ენება არა მარტო აუტიზმის სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვებს, მოსწავლეებს და სტუდენტებს, არამედ ასევე სხვა სპეციალური საჭიროების მქონე მოსწავლეებს.

შესწორება კანონში # 561/2004 – სკოლამდელი, დაწყებითი, საშუალო, საშუალო სპეციალიზირებული და სხვა განათლების (კანონი განათლებაზე) შესახებ, ამჟამინდელი რედაქციით, ნერგავს სპეციალური საჭიროების მქონე მოსწავლეთა განათლების მხარდაჭერის ახალ სისტემას. ეს უკანასკნელი მიღებული იყო სპეციალისტების მიერ ძალიან პოზიტიურად, მაგრამ ამავე დროს აუცილებელია, რომ მხარდაჭერის ახალ სისტემაზე გამოყოფილი იყოს მეტი რესურსი სასკოლო საკონსულტაციო საბჭოების უფრო ინტენსიური მუშაობის უზრუნველყოფისათვის.

2016 წლის 1 სექტემბრიდან ამოქმედდება კანონი # 85/2015, ცვლილების შესატანი კანონი განათლების შესახებ, რომელიც მიმართული იქნება თითოეული მოსწავლის ინდივიდუალური პოტენციალის მხარდაჭერისაკენ. მომავალში შეუძლებელი იქნება,

რომ ჩვეულებრივმა სკოლამ უარი უთხრას მოსწავლეს სწავლაზე, მხოლოდ იმიტომ, რომ სკოლა არ არის ადაპტირებული ან აღჭურვილი მისი განათლების მოთხოვნების შესაბამისად. თუ კანონიერი წარმომადგენელი სასკოლო საბჭოს კონსულტანტის რეკომენდაციით მიიღებს გადაწყვეტილებას, შეიყვანოს ბავშვი ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებაში, მაშინ სკოლა ვალდებულია, უზრუნველყოს ბავშვის მაქსიმალური მხარდაჭერა ფართო სპექტრის ღონისძიებებით, რაშიც შედის, როგორც სპეციალიზებული პერსონალი, ასევე ორგანიზაციის და სწავლების მეთოდების ადაპტაცია, კომპენსაციის აუცილებელი საშუალებების უზრუნველყოფა. ზემოაღნიშნულ კანონთან დაკავშირებით სამინისტრომ გამოსცა თანმხლები ბრძანება, რომელიც შეცვლის მოქმედ დადგენილებას # 73/2005 სპეციალური საჭიროებების მქონე ბავშვების, მოსწავლეების და სტუდენტების განათლების შესახებ, ასევე განსაკუთრებით ნიჭიერი ბავშვების, მოსწავლეების და სტუდენტების განათლების შესახებ, მოქმედ რედაქციაში. ამაში შევა სხვა ღონისძიებებთან ერთად, დამხმარე საშუალებების მიმოხილვა, რომელიც დაყოფილია 5 კატეგორიად ორგანიზაციული, პედაგოგიური და ფინანსური სიძნელებიდან გამომდინარე. განათლების ახალი კანონის ძალაში შესვლასთან დაკავშირებით განათლების სამინისტრო მოითხოვს დამატებითი აღმასრულებელი სამართლებრივ-ნორმატიული აქტების ადაპტაციის აუცილებლობას. განსაკუთრებული საგანმანათლებლო საჭიროებების მქონე მოსწავლედ ჩაითვლება ყველა ის მოსწავლე, რომელსაც აუცილებელი წესით ესაჭიროება მხარდაჭერა. ამ ფართო განმარტებაში იგულისხმებიან აუტიზმის სპექტრის აშლილობის მქონე მოსწავლეებიც.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო უკვე რამდენიმე წელია გეგმავს შშმ პირებისათვის სოციალურ მიდგომის მოდელზე გადასვლას. მითითებული ჩეხური კანონი სრულად შეესაბამება თანამედროვე მოთხოვნებს და უფრო მორგებულია აუტიზმის მქონე პირთა ინტერესებს.

იმედია, საქართველოს მთავრობა გაითვალისწინებს აღნიშნულ წინადადებებს და ევროპული ქვეყნების, მათ შორის ჩეხეთის რესპუბლიკის გამოცდილებებს, საქართველოში შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის დადგენის წესის სოციალური მოდელის შემუშავებისას.

2.2. შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე (შშმ) პირის სამართლებრივი მდგომარეობა საქართველოში

გაეროს, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ კონვენციის თანახმად, შეზღუდული შესაძლებლობის

მქონე პირებს მიეკუთნებიან პირები ფიზიკური, ფსიქიკური, ინტელექტუალური ან სენსორული მყარი დარღვევებით, რომელთა ურთიერთქმედებამ სხვადასხვა დაბრკოლებებთან შესაძლოა ხელი შეუშალოს ამ პირის სრულ და ეფექტურ მონაწილეობას საზოგადოებრივ ცხოვრებაში.

შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის დადგენა საქართველოში ხორციელდება საქართველოს კანონის სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის შესახებ და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 61/ნ,62/ნ საფუძველზე.

საქართველოს კონსტიტუციის მეორე თავი მოიცავს ადამიანის ძირითად უფლებებს და თავისუფლებებს, შესაბამისად, შშმ პირთა უფლებებს.

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის კონვენციის „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ რომელიც იქნა რატიფიცირებული 2013 წლის 26 დეკემბერს საქართველოს პარლამენტის მიერ და ძალაში შევიდა 2014 წლის 12 აპრილიდან, თანახმად, შშმ პირებს, სხვა პირთა თანაბრად აქვთ:

- სიცოცხლის უფლება;
- კანონის წინაშე თანასწორობის უფლება;
- მართლსაჯულების მისაწვდომობის უფლება;
- პიროვნების თავისუფლებისა და უსაფრთხოების უფლება;
- წამების და სასტიკი, არაჰუმანური, დამამცირებელი მოპყრობის და სასჯელისგან თავისუფლების უფლება;
- ექსპლუატაციის, ძალადობისა და შეურაცხყოფისგან თავისუფლების უფლება;
- პიროვნების ხელშეუხებლობის უფლება;
- მოქალაქეობისა და გადაადგილების თავისუფლება;
- დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და საზოგადოებაში ჩართვის უფლება;
- აზრისა და რწმენის გამოხატვის თავისუფლება, ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის უფლება;
- პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის უფლება;
- სიცოცხლისა და ოჯახის პატივისცემის უფლება;
- განათლების უფლება;
- ჯანმრთელობის უფლება;
- შრომისა და დასაქმების უფლება;
- ცხოვრების ადეკვატური სტანდარტის და სოციალური დაცვის უფლება;
- პოლიტიკურ და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობის უფლება;
- კულტურულ, სპორტულ, გასართობ ღონისძიებებში მონაწილეობის უფლება.

შშმ პირთა უფლებები გათვალისწინებულია ასევე საქართველოს კანონში „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“, რომლის თანახმად:

- სახელმწიფო უზრუნველყოფს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალურ დაცვას და უქმნის მათ საჭირო პირობებს ინდივიდუალური განვითარების, შემოქმედებითი და საწარმოო შესაძლებლობების რეალიზაციისათვის (მუხლი 3, პუნქტი 1);
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებებისა და კანონიერი ინტერესების დაცვა უზრუნველყოფილია სასამართლო ან კანონით გათვალისწინებული სხვა წესით (მუხლი 4);
- სახელმწიფო ცნობს ჟესტების ენას პიროვნებათაშორის საშუალებად და უზრუნველყოფს აუცილებელი პირობების შექმნას მისი გამოყენებისა და განვითარებისათვის (მუხლი 5);
- სახელმწიფო ორგანოები, საწარმოები, დაწესებულებები და ორგანიზაციები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს უქმნიან პირობებს საცხოვრებელი, საზოგადოებრივი და საწარმოო შენობებით, ტრანსპორტითა და სატრანსპორტო კომუნიკაციებით, კავშირგაბმულობისა და ინფორმაციის საშუალებით სარგებლობისათვის, თავისუფალი ორიენტაციისა და გადაადგილებისათვის (მუხლი 7);
- დაუშვებელია დასახლებული პუნქტების დაპროექტება და განაშენიანება, საცხოვრებელი რაიონების ფორმირება, საპროექტო გადაწყვეტილების შემუშავება, შენობათა და ნაგებობათა, მათ შორის, სასწავლო-საგანმანათლებლო, კულტურულ-სანახაობითი და სპორტულ-გამაჯანსაღებელი ობიექტების, აეროპორტების, რკინიგზის სადგურების, საზღვაო და სამდინარო სატრანსპორტო საშუალებათა კომპლექსისა და კომუნიკაციების, კავშირგაბმულობისა და ინფორმაციის ინდივიდუალური საშუალების მშენებლობა და რეკონსტრუქცია, თუ ეს ობიექტები და საშუალებები არ მიესადაგება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საჭიროებასა და მოთხოვნილებებს (მუხლი 8);
- სახელმწიფოს მიერ უზრუნველყოფილი უნდა იქნას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სამედიცინო, პროფესიული და სოციალური რეაბილიტაცია (მუხლი 13-16);
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს უფლება აქვთ იმუშაონ შრომის ჩვეულებრივი პირობების საწარმოებში, დაწესებულებებასა და ორგანიზაციებში, ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის მიუხედავად (მუხლი 21);

- საქართველოს შრომის კოდექსის მე-2 მუხლის მე-3 ნაწილის თანახმად, შრომით ურთიერთობაში აკრძალულია დისკიმი-ნაცია შეზღუდული შესაძლებლობის ნიშნით;
- აკრძალულია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის ზეგანაკვეთურ სამუშაოზე დასაქმება მისი თანხმობის გა-რეშე, ასევე ღამის სამუშაოზე (22 საათიდან 6 საათამდე) ამ პირის დასაქმება მისი თანხმობის გარეშე (ამავე კოდექსის მე-17 მუხლის მეორე ნაწილი, მე-18 მუხლი).

„სოციალური დანამრების შესახებ“ საქართველოს კანონი ად-გენს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის სოციალუ-რი პაკეტის – პენსიის დანიშვნის საფუძვლებს.

კერძო სექტორში დასაქმებულ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს უფლება აქვთ, ანაზღაურების პარალელურად მიიღონ სოციალური პაკეტი. რაც შეეხება საჯარო საქმიანობის განხორცი-ელების პერიოდში სოციალური პაკეტის მიღების უფლებას, აღნიშ-ნული უფლება არ წარმოიშობა და წარმოშობილი უფლება წყდება პირის მიერ საჯარო საქმიანობის განხორციელების პერიოდში, გარ-და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სამედიცინო მომ-სახურების უზრუნველყოფის მიზნით 2012 წლის პირველი სექტემბ-რიდან ქვეყანაში ამოქმედდა სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამა, რომელიც სხვა კატეგორიის პირებთან ერთად ითვალის-წინებდა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვთა და მკვეთ-რად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჯამ-რთელობის დაზღვევას.

2013 ვწლის 28 თებერვლიდან საქართველოში ძალაში შევიდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომ-ლის ფარგლებში ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის, მათ შორის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის, ხდება სამედიცინო მომსახურების მიწოდება.

საქართველოს საგადასახადო კოდექსის 82-ე მუხლის მე-2 ნაწი-ლის თანახმად, საშემოსავლო გადასახადით არ იბეგრება ბავშვო-ბიდან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის, აგრეთვე მკვეთ-რად და მნიშვნელოვნად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლო-ბის მქონე პირების მიერ კალენდარული წლის განმავლობაში მიღე-ბული დასაბეგრი შემოსავალი 6000 ლარამდე.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის უფლების დარღვე-ვის შემთხვევაში დაინტერესებულ პირს (შეზღუდული შესაძლებ-ლობის მქონე პირს, მის კანონიერ წარმომადგენელს, ოჯახის წევრს და სხვა) უფლება აქვს, მიმართოს საქართველოს სახალხო დამც-ველს, ასევე სასამართლოს.

შებლუდული შესაძლებლობის მქონე პირის მიერ საქართველოს სახალხო დამცველისათვის ან სასამართლოსათვის მიმართვის შემთხვევაში სახელმწიფო ბაუი ან სხვა სახის გადასახადი არ გადაიხდევინება.

დასახელებული დოკუმენტების გარდა შებლუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დაცვას ემსახურება არაერთი საერთაშორისო და ევროპული აქტი.

საქართველოს აუტიზმის ასოციაცია, ჩეხეთის განვითარების სააგენტოს დაფინანსებით და საქართველოში ჩეხეთის რესპუბლიკის „კარიტასის“ ხელშეწყობით შექმნილი აუტიზმის საკითხებზე მომუშავე მულტიდისციპლინური სამუშაო ჯგუფი, უკვე რამდენიმე წელია მუშაობს აუტიზმის სპექტრის მქონე პირთა უფლებების ადვოკატირების საკითხებზე, რისთვისაც საკანონმდებლო ბაზის სრულყოფის მიზნით, ვითხოვთ ცვლილებებს კანონში:

- საქართველს შრომის, ჯანმრთელობისა და ასოციალური დაცვის მინისტრის №62/ნ ბრძანების მე-14 მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული დაავადებების ჩამონათვალს ქვეპუნქტად დაემატოს „ბავშვთა აუტიზმი“;
- საქართველოს კანონი „ფილანტროპიის, ქველმოქმედებისა და საზოგადოებრივი პარტნიორობის შესახებ“, მე-7 მუხლის პირველი პუნქტის „ნ“ ქვეპუნქტი შეიცვალოს და ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით: „შებლუდული შესაძლებლობის მქონე პირების სოციალური და სამართლებრივი დაცვის, რეაბილიტაციის და დასაქმების სფეროში, რა მიზნითაც სოციალურ სამსახურში შეიქმნას დასაქმების ბიურო“;
- საქართველოს საგადასახადო კოდექსის 162-ე მუხლის მეორე ნაწილის „ვ“ ქვეპუნქტს დაემატოს შემდეგი წინადადება: „შშმ პირთა და მათი მშობლების საწარმოს მუშაკთა 51%-ის დასაქმების შემთხვევაში, დასაქმებული თავისუფლდება დამატებითი ღირებულების გადასახადისაგან ჩათვლის უფლების გარეშე“;
- საქართველოს კანონს, „შებლუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ 21-ე მუხლს დაემატოს: „სახელმწიფო სტრუქტურები ეხმარება შშმ პირებს, სამსახურის მოძიებაში, დასაქმებასა და სამუშაო ადგილების შენარჩუნებაში. ისეთი გარემოს შექმნაში, რომელიც განუმტკიცებს ადაპტაციისა და დაცულობის განცდას. შშმ პირთა დასაქმების ადგილების ადაპტაციაში, რათა მაქსიმალურად იქნას გათვალისწინებული ამ კატეგორიის პირთა შესაძლებლობები და ინტერესები.“

საქართველოს პარლამენტს და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს წარვუდგინეთ ჩენეთის რესპუბლიკის შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის დადგენის წესის სოციალური მოდელი.

2.3. აუტიზმის სპექტრის აშლილობის მქონე პირებისათვის შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის დადგენა, სისტემური მხარდაჭერა ჩენეთის რესპუბლიკაში – ჩენეთის კანონი №108/2006, სოციალური მომსახურების შესახებ

ა) ჯანდაცვა/დიაგნოსტიკა:

გამოიყენება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) კლასიფიკაცია, საერთაშორისო კოდი F84, დიაგნოზის ზუსტი სახელი დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის ICD-10 მიხედვით – განვითარების პერვაზიული დარღვევები, დიაგნოზის სიმპტომური კატეგორია

- ფსიქიკური და ქცევითი დარღვევები
- დიაგნოზს სვამს ბავშვთა ფსიქიატრი (ხშირად ამას აკეთებენ ფსიქოლოგები, მათ შორის სკოლის ფსიქოლოგები)

გამოყოფენ 3 ძირითად ფორმას:

- ბავშვთა აუტიზმი.
- ატიპიური აუტიზმი.
- ასპერგერის სინდრომი.

შენიშვნა:

სპეციალისტთა ნაკლებობა, ხანგრძლივი ლოდინი სამედიცინო დაწესებულებებში ვიზიტზე მოსახვედრად, აიძულებს მშობლებს, მიაკითხონ არასამედიცინო ცენტრებს, სადაც მომსახურებისათვის საფასურია დაწესებული. თუმცა, ასეთი დიაგნოსტიკა არ არის რელიგანტური სამედიცინო კომისიისათვის, რომელიც წერს დასკვნას ჩენეთის სოციალური უზრუნველყოფის განყოფილების სახელზე, რომლის გადაწყვეტილების საფუძველზე, შესაძლებელია ზრუნვაზე დახმარების მოთხოვნა. სხვადასხვა სპეციალისტების და დაწესებულებების კომპეტენციები აუტიზმის სპექტრის დიაგნოსტიკის სფეროში არ არის დაყოფილი საკმარისად მკაფიოდ.

ბ) სოციალური უზრუნველყოფა

1. კანონი №329/2011., საარსებო შემწეობის გადახდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის და შესაბამის კანონებში ცვლილებების შესახებ:

§ 9 ნაწ. 3) მიმდინარე კანონში ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არასახარბიელო ჯანმრთელობის მდგომარეობის ქვეშ მოიაზრება ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობა, რომელიც შე-

ნარჩუნებულია ან შენარჩუნდება 1 წელზე მეტი დროის მანძილზე, სამედიცინო დასკვნის შესაბამისად.

კ) შეზღუდული შესაძლებლობის პირის სტატუსის მინიჭება

შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მიღების უფლება აქვს 1 წელზე მეტი ასაკის პირს, რომელსაც სომატური და ფსიქიკური ხასიათის შეზღუდვები ან გრძნობათა ორგანოების მუშაობის შეზღუდვები ახასიათებს, ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობით დიდი დროის მანძილზე, რომელიც მნიშვნელოვნად ზღუდავს მის გადაადგილების უნარს ან ორიენტაციას, მათ შორის **პირები** აუტიზმის სპექტრის აშლილობით. ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობა ფასდება მე-9 მუხლის მე-3 პუნქტის მიხედვით.

შეზღუდული შესაძლებლობის პირის სტატუსის, რომელიც აღინიშნება სიმბოლოთი «TP» (სტატუსი «TP»), მიღების უფლება აქვს პირს, რომელსაც აქვს მოძრაობის უნარის ფუნქციონალური შეზღუდვა ან ორიენტაციის საშუალო სიმძიმის შეზღუდვა, მათ შორის არიან პირები აუტიზმის სპექტრით. ორიენტაციის საშუალო სიმძიმის ფუნქციონალური შეზღუდვა მოიცავს ისეთ მდგომარეობას, როდესაც პირს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობით შეუძლია საიმედო ორიენტაცია საოჯახო გარემოში, ხოლო მისი ორიენტაციის გაუარესება ეხება მხოლოდ გარე სამყაროს.

შეზღუდული შესაძლებლობის პირის სტატუსის, რომელიც აღინიშნება სიმბოლოთი «ZTP» (სტატუსი «ZTP»), მიღების უფლება აქვს პირს, რომელსაც აღენიშნება მოძრაობის უნარის მძიმე ფუნქციონალური შეზღუდვა ან ორიენტაციის მძიმე შეზღუდვა, მათ შორის არიან პირები აუტიზმის სპექტრით. ორიენტაციის მძიმე ფუნქციონალური შეზღუდვა მოიცავს მდგომარეობას, როდესაც პირს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობით, შეუძლია საიმედო ორიენტაცია საოჯახო გარემოში, ხოლო მის გარეთ მნიშვნელოვანი სირთულეები იჩენს თავს.

შეზღუდული შესაძლებლობის პირის სტატუსის, რომელიც აღინიშნება სიმბოლოთი «ZTP/P» (სტატუსი «ZTP/P»), მიღების უფლება აქვს პირს, რომელსაც აღენიშნება მოძრაობის უნარის განსაკუთრებით მძიმე ან აბსოლუტური ფუნქციონალური შეზღუდვა ან ორიენტაციის განსაკუთრებით მძიმე შეზღუდვა, რომელიც საჭიროებს გამცილებელს, მათ შორის არიან პირები აუტიზმის სპექტრით. ორიენტაციის განსაკუთრებით მძიმე და აბსოლუტური ფუნქციონალური შეზღუდვა მოიცავს მდგომარეობას, როდესაც ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობის მქონე პირს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არ შეუძლია დამოუკიდებელი ორიენტაცია გარე სამყაროში.

გადაადგილების უნარის და ორიენტაციის შეფასებისას, შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მინიჭების პროცესში ყურადღება ექცევა შემდეგ ფაქტორებს:

- ფიზიკური პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობა და ფუნქციონალური უნარები;
- ადგილი აქვს თუ არა ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობას ხანგრძლივი დროის განმავლობაში;
- ადგილი აქვს თუ არა გადაადგილების უნარის და ორიენტაციის მნიშვნელოვან შეზღუდვას, როგორც ფუნქციონალური შეზღუდვის ხარისხი.

სპეციალური ბრძანებულებით არის დადგენილი, ჯანმრთელობის რომელი მდგომარეობა უნდა ჩაითვალოს გადაადგილების და ორიენტაციის უნარის მნიშვნელოვან შეზღუდვად.

ფუნქციონალური უნარების ქვეშ იგულისხმება ფიზიკური, გონებრივი და გრძნობათა ორგანოების ფუნქციონირებასთან დაკავშირებული უნარები, ცოდნა და ჩვევები, რომლებიც აუცილებელია გადაადგილების და ორიენტაციისათვის. ფიზიკური პირის ფუნქციონალური უნარების შეფასება ტარდება მათი შედარებით შესაძლებლობის შეზღუდვის არმქონე იმავე ასაკის ფიზიკურ პირთან, თანაც შეფასებისას გამოიყენება კომპენსაციის იოლად ხელმისაწვდომი საშუალებები.

გადაადგილების და ორიენტაციის უნარის ფუნქციონალური შეზღუდვის სიმძიმის ხარისხის შეფასება, რომელიც შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მინიჭების მიზნით ტარდება, ეფუძნება ფუნქციონალური უნარების ისეთ შეზღუდვებს, რომელთაც ახსიათებთ ყველაზე მეტად გამოხატული ზეგავლენა გადაადგილების და ორიენტაციის უნარზე.

შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე პირად მიჩნევის პროცედურა იწყება წერილობითი განცხადების საფუძველზე, რომელიც სამინისტროს ბლანკზე ივსება. შეზღუდული შესაძლებლობის პირის სტატუსის შეცვლის პროცედურაც ასევე უნდა დაიწყოს ოფიციალური სავალდებულო გზით.

- (1) პირი, რომელიც არის «TP» სტატუსის მქონე, აქვს უფლება:
- ა) ისარგებლოს გამოყოფილი ადგილით საზოგადოებრივ ტრანსპორტში, რომელიც მგზავრების რეგულარულ გადაყვანას ახორციელებს იმ სატრანსპორტო საშუალებების გარდა, სადაც კონკრეტული ადგილების დაჯავშნა ხდება;
 - ბ) ჰქონდეს უპირატესი ადგილი რიგში, თუ ლოდინს აქვს ხანგრძლივი ხასიათი, პირველ რიგში, თუ ფეხზე დგომის აუცილებლობაა; ეს მდგომარეობა არ ვრცელდება მაღაზიებში ყიდვას, ფასიანი მომსახურების და სამედიცინო მომსახურების მიღებას.

(2) პირი, რომელიც არის «ZTP» სტატუსი, აქვს უფლება:

- ა) ისარგებლოს 1 პუნქტში ჩამოთვლილი პრივილეგიებით;
- ბ) იმგზავროს უფასოდ ადგილობრივი საზოგადოებრივი სატრანსპორტო საშუალებებით (ტრამვაი, ტროლეიბუსი, ავტობუსი, მეტრო);
- გ) ისარგებლოს 75%-იანი ფასდაკლებით მეორე კლასის ბილეთებზე სამგზავრო და სწრაფ მატარებლებზე ქვეყნის შიგნით მოძრაობისას, ასევე 75%-იანი ფასდაკლებით რეგულარულ სამგზავრო რეისებზე ავტობუსით მგზავრობისას ქვეყნის შიგნით.

(3) პირი, რომელიც არის «ZTP/P» სტატუსი, აქვს უფლება:

- ა) ისარგებლოს პრივილეგიებით, რომელიც ჩამოთვლილი იყო 1 და 2 პუნქტებში;
- ბ) გამცილებლით უფასო მგზავრობა სარეისო საზოგადოებრივი ტრანსპორტით ქვეყნის შიგნით გადაადგილებისას;
- გ) უფასო მგზავრობა დამხმარე ძაღლით, თუ ეს პირი სრულიად ბრმა ან პრაქტიკულად ბრმაა და თუ მას არ ახლავს გამცილებელი.

(4) პირს, რომელიც არის «ZTP» ან «ZTP/P» სტატუსის მფლობელი, ასევე «ZTP/P» სტატუსის მქონე პირის გამცილებელს შეუძლია ისარგებლოს ფასდაკლებით თეატრალური წარმოდგენების ბილეთებზე, კინოფილმებზე, კონცერტებზე და სხვა კულტურულ და სპორტულ ღონისძიებებზე.

(5) პირების სხვა უფლებები, რომლებიც არიან «TP», «ZTP» და «ZTP/P» სტატუსის მატარებლები, რეგულირდება სხვა სამართლებრივ-ნორმატიული აქტებით.

ჩეხეთის კანონი №108/2006, სოციალური მომსახურების შესახებ

საარსებო შემწეობის გაცემა მოვლაზე:

მოვლაზე შემწეობა (შემდგომ ტექსტში „შემწეობა“) მიეცემა პირებს, რომლებიც დამოკიდებულნი არიან სხვა ფიზიკური პირის დახმარებაზე. ამ შემწეობის დახმარებით სახელმწიფო მონაწილეობას ღებულობს:

- სოციალური მომსახურების უზრუნველყოფაში;
- ან სხვა ფორმის დახმარებაში, რომელიც ნამდვილ კანონთან შესაბამისობაშია და ამ პირებისათვის ძირითადი საარსებო მოთხოვნების უზრუნველყოფას ითვალისწინებს.

შემწეობის მიღების უფლება აქვს მე-4 მუხლის პუნქტ 1-ში მითითებულ პირს, რომელსაც ხანგრძლივი არასახარბიელო ჯანმრ-

თელობის მდგომარეობის გამო ესაჭიროება სხვა ფიზიკური პირის დახმარება ძირითადი საარსებო საჭიროებების უზრუნველსაყოფად იმ მოცულობით, რომელიც განისაზღვრება დამოკიდებულების ხარისხით მე-8 მუხლის შესაბამისად, თუ ამ დახმარებას უწევს ახლობელი ან სოციალური მოვლის ასისტენტი, მითითებული მუხლ 83-ში, ან სოციალური სერვისების მიმწოდებელი ორგანიზაცია, რომელიც შეტანილია სოციალური სერვისების მიმწოდებელ ორგანიზაციათა რეესტრში 85-ე მუხლის პირველი პუნქტის შესაბამისად. შემწეობის მიღების უფლება არ აქვს I წლამდე ასაკის პირს. შემწეობის გამოყოფაზე გადაწყვეტილებას ლეგულობს შრომის ბირჟის რეგიონალური ქვეგანყოფილება.

18 წლამდე ასაკის პირი ითვლება სხვა ფიზიკური პირის დახმარებაზე დამოკიდებულად:

- ა) ხარისხი I (მსუბუქი დამოკიდებულება) – თუ ჯანმრთელობის არაკეთილსამედო მდგომარეობის გამო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არ შეუძლია დამოუკიდებლად უზრუნველყოს სამი ძირითადი საარსებო მოთხოვნა;
- ბ) ხარისხი II (დამოკიდებულების საშუალო ხარისხი) – თუ ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობის გამო არ შეუძლია დამოუკიდებლად უზრუნველყოს ოთხი ან ხუთი ძირითადი საარსებო მოთხოვნა;
- გ) ხარისხი III (დამოკიდებულების მაღალი ხარისხი) – თუ ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობის გამო არ შეუძლია დამოუკიდებლად უზრუნველყოს ექვსი ან შვიდი ძირითადი საარსებო მოთხოვნა;
- დ) ხარისხი IV (სრული დამოკიდებულება) – თუ ჯანმრთელობის არახელსაყრელი მდგომარეობის გამო არ შეუძლია დამოუკიდებლად უზრუნველყოს ექვსი ან შვიდი ძირითადი საარსებო მოთხოვნა და ყოველდღიურად სხვა ფიზიკური პირის მიერ განხორციელებულ განსაკუთრებულ მოვლას საჭიროებს.

18 წელზე უფროსი ასაკის პირი ითვლება სხვა ფიზიკური პირის დახმარებაზე დამოკიდებულად:

- ა) ხარისხი I – თუ ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობის გამო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არ შეუძლია 3 ან 4 ძირითადი საარსებო საჭიროების დამოუკიდებლად უზრუნველყოფა;
- ბ) ხარისხი II – თუ ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობის გამო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არ შეუძლია 5 ან 6 ძირითადი საარსებო საჭიროების დამოუკიდებლად უზრუნველყოფა;

- გ) ხარისხი III – თუ ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობის გამო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არ შეუძლია 7 ან 8 ძირითადი საარსებო საჭიროების დამოუკიდებლად უზრუნველყოფა;
- დ) ხარისხი IV – თუ ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობის გამო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არ შეუძლია 9 ან 10 ძირითადი საარსებო საჭიროების დამოუკიდებლად უზრუნველყოფა და საჭიროებს ყოველდღიურ დახმარებას, ზედამხედველობას ან მოვლას, რომელსაც სხვა ფიზიკური პირი ახორციელებს.

დამოკიდებულების ხარისხის შეფასებისას განიხილავენ ძირითადი საარსებო საჭიროებების მოგვარების შემდეგ უნარებს: მობილურობა, ორიენტაცია, კომუნიკაცია, საკვების მიღება, ტანსაცმლის და ფეხსაცმლის ჩაცმა, სხეულის ჰიგიენის დაცვა, ფიზიოლოგიური საჭიროებები, ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, პირადი საქმეები, სახლში მუშაობა.

ძირითადი საარსებო საჭიროებების მოგვარების უნარების შეფასებისას განიხილება ხანგრძლივი არასახარბიელო ჯანმრთელობის მდგომარეობის ფუნქციონალური ზეგავლენა ძირითადი საარსებო საჭიროებების უზრუნველყოფის უნარზე; ძირითადი საარსებო საჭიროებების უზრუნველყოფის უნარის უფრო დეტალური აღწერილობა და მისი შეფასების მეთოდი რეგულირდება აღმასრულებელი სამართლებრივ-ნორმატიული აქტებით.

(1) 18 წლამდე ასაკის პირების შემწეობის რაოდენობა შეადგენს კალენდარულ თვეში 3,000 კრონას – ხარისხი I, 6,000 კრონას – ხარისხი II, 9,000 კრონა – ხარისხი III, 12,000 კრონა – ხარისხი IV.

(2) 18 წლის ზემოთ, პირთა შემწეობის რაოდენობა შეადგენს კალენდარულ თვეში 800 კრონას – ხარისხი I, 4,000 კრონას – ხარისხი II, 8,000 კრონას – ხარისხი III, 12,000 კრონას – ხარისხი IV.

სოციალურ მომსახურებასთან დაკავშირებული შენიშვნა:

მოზარდ და ზრდასრულ ასაკში აუტიზმის სპექტრის აშლილობის მქონე პირთა რაოდენობრივი ზრდის გათვალისწინებით, მათი სოციალური მომსახურების პრობლემის დროული გადაწყვეტის მწვავე საჭიროება დგება, რაც ამ პირთა დამოუკიდებლობას უზრუნველყოფს, მათ შორის საცხოვრებლის სფეროში. განთავსების ყველა ხელმისაწვდომი ადგილი რამდენიმე სპეციალიზებულ ცენტრში დაკავებულია (მაგალითად, პროექტი AUTISTIKU ლაგოვიჩკში, პროექტი „კეთილი იყოს თქვენი მობრძანება“, ქალაქ გრებერში და ა.შ). ანალოგიური სიტუაციაა ცენტრებში, რომლებიც აუტიზმის სპექტრის აშლილობის მძიმე სიმპტომების მქონე პირებისთვისაა განკუთვნილი, რომლებიც საჭიროებენ სპეციალიზებულ ინტენსიურ

სადღელამისო მხარდაჭერას, ზედამხედველობას და დახმარებას. სპეციალურ რეჟიმზე მომუშავე ცენტრებს დიდი ხარჯები აქვთ და მათი ექსპლუატაციაც რთულია. არ არსებობს ასევე ხელმისაწვდომი სოციალური სერვისი ბინაზე, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ბუნებრივ გარემოში დამოუკიდებელი ცხოვრება პირებისათვის, რომლებსაც აქვთ ასპერგერის სინდრომი ან მაღალფუნქციური აუტიზმი.

გამოყენებული წყაროები

1. Autism in adults: diagnosis and management, NICE clinical guideline nice.org.uk/guidance/cg142
Autism in adults: diagnosis and management, NICE, გამოქვეყნების თარიღი: 27.06.2012, განახლებულია აგვისტო, 2016, ხელმისაწვდომია ინტერნეტით:
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg142>
Autism spectrum disorders & other developmental disorders from raising awareness to building capacity, WHO, გამოქვეყნების თარიღი: სექტემბერი, 2013, ხელმისაწვდომია ინტერნეტით:
http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/103312/1/9789241506618_eng.pdf
Autism, Quality standard, NICE, გამოქვეყნების თარიღი: 21.01.2014, ხელმისაწვდომია ინტერნეტით:
[nice.org.uk/guidance/qs51](http://www.nice.org.uk/guidance/qs51)
2. Baranec 1999 Autism During infancy: a retrospective video analysis of sensory motor and social behaviors at 9-12 months of age. Journal of autism and developmental disorders. 29 213-224
3. Bartak et al., 1975, p. 345
4. Bl Tchanturia K, Dandil Y, Li Z, Toloza C, Smith K, Byford S (2020) A Novel Approach for Autism Spectrum Condition patients with Eating Disorders: Analysis of Treatment Cost-savings EEDR euler E. (1950[1911]) Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. New York: International Universities
5. Catherine Lord² Neologisms and idiosyncratic language in autistic speakers:
6. Cecilia Belardinelli^{1,2}, Mahreen Raza² and Tolga Taneli² Comorbid Behavioral Problems and Psychiatric Disorders in Autism Spectrum Disorders Journal of Childhood & Developmental Disorders ISSN 2472-1786 Vol. 2 No. 2: 11 2016
7. Cecilia Belardinelli^{1, 2}, Mahreen Raza^{2*} and Tolga Taneli² (University Behavioral Health Care, Rutgers University, New Jersey, USA)
8. Children depression inventory (Kovacs 1985)
Common mental health problems: identification and pathways to care, NICE, გამოქვეყნების თარიღი: მაისი, 2011, ხელმისაწვდომია ინტერნეტით: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>
9. D.R.Dixon et al. Early Detection of Autism Spectrum Disorders in International handbook of Autism and other Pervasive Disorders)

- pp200.
10. David Beversdorf. Dr. Beversdorf works within the Autism Speaks Autism Treatment Network at the University of Missouri's Thompson Center for Autism and Neurodevelopmental Disorders.
 11. DeFilippis Melissa Depression in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder DeFilippis Melissa (Basel) 2018 Aug 21;5(9)
 12. Dennis.R Dixon, Doreen Granpeesheh, Jonathan Tarbox, and Marlena N. Smith – ---International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders
 13. DR Dixon, Doreen Granpeesheh etc. in International Handbook of Autism and Pervasive developmental Disorders eds Matson pp 199
 14. DR Dixon, Doreen Granpeesheh etc. in International Handbook of Autism and Pervasive developmental Disorders eds Matson pp 200)
 15. DR Dixon, Doreen Granpeesheh etc. in International Handbook of Autism and Pervasive developmental Disorders eds Matson pp 199
 16. DR Dixon, Doreen Granpeesheh etc. in International Handbook of Autism and Pervasive developmental Disorders eds Matson pp 199 JA
 17. DR Dixon, Doreen Granpeesheh etc. in International Handbook of Autism and Pervasive developmental Disorders eds Matson pp 200)
 18. DSM II 1968
 19. DSM-5 2013.
 20. Emma Kinnaird,Caroline Norton,Caroline Pimblett,Catherine Stewart, Kate Tchanturia Eating as an autistic adult: An exploratory qualitative study <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31465510/> 2019 Aug 29;14(8)
 21. English and Romanian Adoptees (ERA) Study. Journal of Child Psychology & Psychiatry, 40:537-549., 1999)
 22. Frazier, Doyle, Chiu,&Coyle,2002) <https://www.autismspeaks.org/blog/2014/05/22/there-connection-between-autism-and-bipolar-disorder>.
 23. Fueyo, M., Caldwell, T, Mattern, S.B., Zahid, J, Foley, M. The Health Home: A Service Delivery
 24. Gegelashvili M Autism and Depression 2018 j Georgian Medical News)
 25. Gillott 2007 Gillott, A., & Standen, P. J. (2007). Levels of anxiety and sources of stress in adults with autism. Journal of Intellectual Disabilities, 11(4), 359–370.

26. Gray Tonge & Breereton, 2006 Screening for autism in infants, children and adolescents
27. Helleschou Sissel Berge, Bakken Trine Lise, Martinsen Harald (Psychiatric disorders in People with Autism Spectrum Disorders: Phenomenology and Recognition – in Matson, P Starmey (eds) International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders – Springer Science+Business Media, LLC 2011 pp 56
28. Helleschou Sissel Berge, Bakken Trine Lise, Martinsen Harald (Psychiatric disorders in People with Autism Spectrum Disorders: Phenomenology and Recognition – in Matson, P Starmey (eds) International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders – Springer Science+Business Media, LLC 2011 pp 56 pp 57-58
29. International review of research in mental retardation 32 197-227)
30. Joanne Volden – Red Deer College, Red Deer, Alberta
31. Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour & Zgür Öner (IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health (ASD).
32. Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour & Zgür Öner (IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health (ASD)2.
33. Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour & Zgür Öner (IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health (ASD)3
34. Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour & Zgür Öner (IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health (ASD)4
35. Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour & Zgür Öner (IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health (ASD)5
36. Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour & Zgür Öner (IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health (ASD)(6)
37. Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour & Zgür Öner (IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health ch2
38. Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour & Zgür Öner (IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health (ASD)7
39. Judith Miller, PhD Autism Spectrum Disorders and Comorbid Conditions 2012 Center for Autism Research Philadelphia <https://www.>

- cigna.com/assets/docs/behavioral-health-series/autism/2012/autismSpectrumDisordersAndComorbidConditions.pdf
40. Kanner (1943/1968)spotva “Autistic Disturbances of Affective Contact” (1943), journal *Nervous Child*// <https://embryo.asu.edu/pages/autistic-disturbances-affective-contact-1943-leo-kanner>
 41. Kanner, 1946;
PsycINFO Database Record (c) 2019 APA, all rights reserved)
 42. Katherine M. Magnuson, B.S. and John N. Constantino, M.D. Characterization of Depression in Children with Autism Spectrum Disorders *J Dev Behav Pediatr*. 2011 May; 32(4): 332–340.
 43. Kinnaird E, Norton C, Tchanturia K. Clinicians’ views on working with anorexia nervosa and autism spectrum disorder comorbidity: a qualitative study 2017 Aug 10;17(1):292 *BMC Psychiatry*
 44. Matson-o (Matson J.L.Nebel Schwalm Maria Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview *Research in Developmental Disabilities* 28 (2007) 341–352
 45. Matson&Kozlovski Autistic regression research in autistic spectrum disorders 4 p340-341 2010, Werner&Davson,2005 *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Aug;62(8):889-95. Validation of the phenomenon of autistic regression using home videotapes.
 46. Mayes 2013
 47. Model for Autism and Intellectual Disability ArleneMannion, GeraldineLeader *Research in Autism Spectrum Disorders* Volume 7, Issue 12, December 2013, Pages 1595-1616 Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review
Autism and Developmental Disorders 2017. Vol. 15, no. 3, pp. 24—33
 48. Numata, N., Nakagawa, A., Yoshioka, K. et al. Associations between autism spectrum disorder and eating disorders with and without self-induced vomiting: an empirical study. *J Eat Disord* 9, 5 (2021).
 49. Osklejskova et al 2008 complicated relationship between autism with regression and epilepsy *Nuroendocrinology letters* 28 895-900)
 50. *Psychiatric Drugs in Children and Adolescents Basic Pharmacology and Practical Applications* Gerlach Manfred,Warnke Andreas,Greenhill Laurence Editors – -Springer pp-383-385
 51. *Psychiatric Drugs in Children and Adolescents Basic Pharmacology and Practical Applications* Gerlach Manfred,Warnke Andreas,Greenhill Laurence Editors – -Springer pp-383-385pp-adhd
 52. *Psychiatric Drugs in Children and Adolescents Basic Pharma-*

- cology and Practical Applications Gerlach Manfred, Warnke Andreas, Greenhill Laurence Editors – -Springer pp-383-385 pp-tic
53. Psychiatric Drugs in Children and Adolescents Basic Pharmacology and Practical Applications Gerlach Manfred, Warnke Andreas, Greenhill Laurence Editors – -Springer pp-383-385 p-depression
 54. Psychiatric Drugs in Children and Adolescents Basic Pharmacology and Practical Applications .Gerlach Manfred, Warnke Andreas, Greenhill Laurence Editors – -Springer pp-383-385 pp-anxiety
 55. Psychiatric Drugs in Children and Adolescents Basic Pharmacology and Practical Applications Gerlach Manfred, Warnke Andreas, Greenhill Laurence Editors – -Springer pp-383-385pp-bipolar
 56. Psychosocial Functioning and Life Satisfaction in Adults With Autism Spectrum Disorder Without Intellectual Impairment <http://onlinelibrary.wiley.com/advanced/search/results>
 57. Reynold's Adolescent Scale for Depression (Reynolds 1986)
 58. Robert Goodman, Stephen Scott Child Psychiatry, Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir,
 59. Robert Goodman, Stephen Scott Child Psychiatry ch 4
 60. Robert Goodman, Stephen Scott Child Psychiatry ch 4 – Autism
 61. Rutter M, Andersen-Wood L, Beckett C (1999). Quasi-autistic patterns following severe early global privation.
 62. Salazar F, Co-occurring Psychiatric Disorders in Preschool and Elementary School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism & Developmental Disorders*. 45(8):2283-94, 2015 Aug.
 63. Sarah Mohiuddin, Sara Bobak, Daniel Gih, Mohammad Ghaziuddin –Autism Spectrum Disorders Comorbid Psychopathology and Treatment –in Matson, P Starmey (eds) *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders--* – Springer Science+Business Media, LLC 2011
 64. Sarah Mohiuddin, Sara Bobak, Daniel Gih, Mohammad Ghaziuddin –Autism Spectrum Disorders Comorbid Psychopathology and Treatment –in Matson, P Starmey (eds) *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders--* – Springer Science+Business Media, LLC 2011 pp 467
 65. Sarah Mohiuddin, Sara Bobak, Daniel Gih, Mohammad Ghaziuddin –Autism Spectrum Disorders Comorbid Psychopathology and Treatment –in Matson, P Starmey (eds) *International Handbook*

- of Autism and Pervasive Developmental Disorders-- – Springer Science+Business Media, LLC 2011 pp465-466
66. Sarah Mohiuddin, Sara Bobak, Daniel Gih, Mohammad Ghaziuddin –Autism Spectrum Disorders Comorbid Psychopathology and Treatment –in Matson, P Starmey (eds) International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders-- – Springer Science+Business Media, LLC 2011 pp465-466
 67. Sarah Mohiuddin, Sara Bobak, Daniel Gish Mohammad Ghaziuddin –Autism Spectrum Disorders:Comorbid Psychopathology and Treatment (in Matson, P Starmey (eds) International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders-- – Springer Science+Business Media, LLC 2011) P469
 68. Sarah Mohiuddin, Sara Bobak, Daniel Gish Mohammad Ghaziuddin –Autism Spectrum Disorders:Comorbid Psychopathology and Treatment (in Matson, P Starmey (eds) International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders-- – Springer Science+Business Media, LLC 2011 pp 474)
 69. Sarah Mohiuddin, Sara Bobak, Daniel Gish Mohammad Ghaziuddin –Autism Spectrum Disorders:Comorbid Psychopathology and Treatment (in Matson, P Starmey (eds) International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders-- – Springer Science+Business Media, LLC 2011 pp 471
 70. Sarah Mohiuddin, Sara Bobak, Daniel Gish Mohammad Ghaziuddin –Autism Spectrum Disorders:Comorbid Psychopathology and Treatment (in Matson, P Starmey (eds) International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders-- – Springer Science+Business Media, LLC 2011 pp 473)
 71. Sarah Mohiuddin, Sara Bobak, Daniel Gish Mohammad Ghaziuddin –Autism Spectrum Disorders:Comorbid Psychopathology and Treatment (in Matson, P Starmey (eds) International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders-- – Springer Science+Business Media, LLC 2011
 72. Schalbroeck R, Termorshuizen F, Visser E, van Amelsvoort T, Selten JP. Risk of non-affective psychotic disorder or bipolar disorder in autism spectrum disorder: a longitudinal register-based study in the Netherlands. *Psychol Med.* 2019 Nov;49(15):2543-2550.
 73. Sikora DM1, Vora P, Coury DL, Rosenberg D. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms, adaptive functioning, and quality of life in children with autism spectrum disorder. *Pediatrics.* 2012 Nov;130 Suppl 2:S91-7. doi: 10.1542/peds.2012-0900G.
 74. Singh, NN, Lancioni Giulio.e., Winton Ian S.W. Aggression, Tan-

- trums, and other externally Driven Challenging Behavior – International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders-- – Springer Science+Business Media, LLC 2011 PP421
75. Sinzig, J., Bruning, N., Morsch, D., & Lehmkuhl, G. (2008). Attention profiles in autistic children with and without comorbid hyperactivity and attention problems. *Acta Neuropsychiatrica*, 20(4), 207–215.
 76. Sydney Rice, MD, MS University of Arizona LEND Erika Ryst, M.D. University of Nevada LEND Autism Spectrum Disorders: A research review for practitioners, edited by Sally Ozonoff, Sally Rogers, Robert Hendren, 2003 Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry Volume 43, Issue 10, October 2004, Pages 1304-1305
 77. Tchanturia K, Dandil Y, Li Z, Toloza C, Smith K, Byford S (2020) A Novel Approach for Autism Spectrum Condition patients with Eating Disorders: Analysis of Treatment Cost-savings EEDR
 78. Thurm A etc State of the Field: Differentiating Intellectual Disability From Autism Spectrum Disorder *Jfront psychiatry* 2019; 10: 526.
 79. Volden J., Lord C. Neologisms and idiosyncratic language in autistic speakers // *J Autism Dev Disord*. 1991 Jun;21(2):109—30) ssed specifically.
 80. Volkmar F.An Introduction to Autism <https://www.youtube.com/watch?v=vkftukvl79o>
 81. Vuillier, L., Carter, Z., Teixeira, A.R. et al. Alexithymia may explain the relationship between autistic traits and eating disorder psychopathology. *Molecular Autism* 11, 63 (2020)
 82. Weisbrot, Gadov, DeVincent&Pomeroy,2005) Psychiatric Symptoms in Preschool Children with PDD and Clinic and Comparison Samples. September 2004 *Journal of Autism and Developmental Disorders* 34(4):379-93
 83. Wing, L & Shah, A (2000) Catatonia in autistic spectrum disorders. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 176, 357-362.
 84. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм
 85. У.А. Мамохина*, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия (Особенности речи при расстройствах аутистического спектра)
 86. გავლობიძე თამარი ბავშვის ფსიქიკური განვითარების დარღვევები
 87. http://raisingchildren.net.au/articles/autism_spectrum_disorder_intervention_types.html#what
 88. <http://www.ombudsman.ge/ge/specializirebuli-centrebi/shshm-pirebis-uflebata-dacvis-departamenti/informacia-shshm-pirtatvis>

89. <https://iris.peabody.vanderbilt.edu/module/asd1/cresource/q2/p04/>
90. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg170/chapter/1-Recommendations#specific-interventions-for-the-core-features-of-autism>

ტერმინთა განმარტებები:

- **აბილიტაცია** – (Habilitation) – სხვადასხვა სპეციალური პროგრამის, აქტივობის, მიდგომის გამოყენებით, ახალი უნარ-ჩვევების განვითარების ხელშეწყობა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებისთვის.
- **ადვოკაცია** – მიზანდასახული ქმედება ან ქმედებათა ერთობლიობა, რომელიც მიმართულია გადაწყვეტილების მიმღებებზე, სასურველი გადაწყვეტილების მისაღებად.
- **ანამნეზი** – ამ შემთხვევაში, აუტიზმის მქონე პირის მშობლების, მეურვეების, ახლობლების გამოკითხვის შედეგად შეკრებილი ინფორმაცია პროვნებაში აუტიზმის განვითარების პროცესების შესახებ.
- **აუთრიზი** – ინფორმაციისა და მომსახურებების მიწოდება (ან ამ უკანასკნელის მცდელობა) ადამიანებისა და ჯგუფებისთვის მათ საცხოვრებელ/სამუშაო ადგილას აღნიშნული სერვისების ხელმისაწვდომობის ზრდის მიზნით, განსაკუთრებით ისეთი ადამიანებისა და ჯგუფების შემთხვევაში, რომლებიც მოცემულ ინფორმაციას/მომსახურებებს სხვაგვარად ვერ მიიღებდნენ.
- **აუტიზმი-ასა – აუტიზმის სპექტრის აშლილობა** – ტერმინი **აუტიზმის სპექტრის აშლილობები** (შემდგომში აუტიზმი) ეწოდება იმ მდგომარეობებს, რომელთათვისაც დამახასიათებელია რეციპროკული სოციალიზაციის და სოციალური კომუნიკაციის თვისებრივი ცვლილება, შეზღუდული ინტერესები, რიგიდული და განმეორებადი ქცევა, ცვლილებებისადმი რეზისტენტობა.
- **ასა-ს რისკ-ფაქტორები** – სხვადასხვა გარემო – თუ ინდივიდის შინაგანი ფაქტორები, რომლებიც ზრდის ასა-ს განვითარების რისკს.
- **აუტიზმის მულტიდისციპლინური გუნდი** – ესაა მშობელთა, სხვადასხვა სპეციალიტების ერთობლიობა, რომელიც კონკრეტულ საერთო მიზნებს ემსახურება აუტიზმის კოორდინირების და სერვისის მიწოდების პროცესში (მაგ. არსებობს, სადიაგნოსტიკო, რეგიონული, ინტერვენციის და სხვ., იხ. ცხრილი).
- **აუტიზმის სკრინინგი** – აუტიზმის პირველადი გამოვლენა, აუტიზმისათვის დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსის დადგენა (საქართველოში ჯერჯერობით 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში მხოლოდ სპეციალური **სასკრინიგო კითხვარი** – M-CHAT გამოიყენება).
- **გაზიარებული ყურადღება** – ამა თუ იმ საგნის, საქმის თუ მოვლენის მიმართ ერთობლივი ყურადღების გამოვლენა.

- **დიფერენციული დიაგნოსტიკა** – მთავარი დიაგნოზის ამოცნობა, ბევრი სხვა დიაგნოზისათვის დამახასიათებელი მსგავსი სიმპტომოკომპლექსიდან
- **ემპათია** – ადამიანის უნარი, უთანაგრძნოს სხვებს და ამოიცნოს მათი ფსიქოლოგიური მდგომარეობა.

დებრიფინგი – პროცესი, რომელსაც იყენებენ ფსიქოლოგიური გამოკვლევის და პოსტტრავმული სტრესის პრევენციის მიზნით. ხშირად იყენებენ მკურნალობის მიზნითაც. იგი მოიცავს ინტერვიუებებს, რომელთა დროსაც, პირისპირ მსხდომი კლიენტი/კლიენტები (და შესაძლოა თერაპევტიც) უპირისპირდებიან კონკრეტულ მოვლენას/ებს და აცნობენ თავიანთ გრძნობებს ერთმანეთს, რათა დაეხმარონ გარკვეული სტრესული მოგონებების გახსენებაში და შედეგად მიღებული სტრესის გადალახვაში. თუმცა, რამდენიმე მეტაანალიზის შედეგად აღმოჩნდა, რომ ასეთი ღრმა ფსიქოლოგიური წიაღსვლა, შესაძლოა, პოტენციურად საზიანო იყოს კლიენტისათვის და არ მყარდება კვლევითი მტკიცებულებებით. ეს მოსაზრება ეხება როგორც ერთჯერად შეხვედრებს, ასევე, მრავალჯერად შეხვედრებს (The American Psychological Association debriefing as No Research Support/Treatment is Potentially Harmful.[8]. [7] 2017.

- **დეპრესია** – ლათინური წარმოშობის სიტყვაა და ზეწოლას, დათრგუნვას ნიშნავს. ესაა სინდრომი, რომლისთვისაც დამახასიათებელია გუნება-განწყობის დაქვეითება (ჰიპოთიმია, იმტელექტუალური და მოტორული ფუნქციების შეკავება, სასიცოცხლო სურვილების და თვითშეფასების დაქვეითება).
- **დისმორფიზმი** – თანდაყოლილი მორფოლოგიური დარღვევები.
- **ეთიოლოგია** – მოძღვრება დაავადების წარმოშობი მიზეზებისა და პირობების შესახებ.
- **თანმხლები დაღვევები და მდგომარეობები** – აუტიზმის თანმხლები დაავადებები და მდგომარეობები, რომლებიც შესაძლოა ამძიმებდეს აუტიზმს (იხ. კომორბიდული მდგომარეობები).
- **იდიოპათიური ასა** – პირველადი აუტიზმის სპექტრის აშლილობა, რომლის განმაპირობებელი რისკ-ფაქტორი დაუდგენელია.
- **ინიციაცია** – წამოწყება, დაწყება.
- **ინსტიტუციური, იგივე რეზიდენტული ზრუნვა** – გრძელვადიანი ზრუნვა, რომელიც მიეწოდება ბავშვს ან ზრდასრულს 24-საათიან დაწესებულებაში და არა ოჯახში/სახლში.
- **ინტერვენცია** – ჩარევა აუტიზმის მქონე პირებისათვის, გუ-

ლისხმობს ქმედებას ან მკურნალობას, კონკრეტული მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად და/ან პრობლემის აღმოსაფხვრელად/გადასაჭრელად.

- **კოგნიტიური უნარები** – გულისხმობს პირის უნარს, იფიქროს საგნებსა და მოვლენებზე წარმოსახვით, სიმბოლოებით.
- **კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია** – ეფუძნება ორ ძირითად ფენომენს: 1) სუბიექტის ქცევა და ემოცია გავლენას ახდენს მის აზრებზე; 2) სუბიექტის აზრები განსაზღვრავს მის ემოციებსა და ქცევას. ემყარება იდეას, რომ აზროვნების ჯანსაღ და კონსტრუქციულ წესს შეუძლია დისტრესის რედუქცია და კარგად ყოფნის განცდის გამოწვევა. არონ ბეკმა პირველად სცადა დეპრესიის მკურნალობისათვის გამოეყენებინა კოგნიტიურ-ბიჰევიორული მიდგომა. კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპიის დროს თერაპევტი სახელმძღვანელოდ იყენებს კარგად შესწავლილ და ფორმულირებულ თერაპიულ გეგმას. ბეკის მიერ შემუშავებული მეთოდი დღესდღეობით სხვადასხვა აშლილობების: დეპრესიის, შფოთვისითი და კვებითი აშლილობების, ქრონიკული ტკივილის, წამალ-დამოკიდებულების მკურნალობის დროს გამოიყენება.
- **კომორბიდობა** – ერთი ან რამდენიმე აშლილობის, დიაგნოზის თანაარსებობა ერთ პიროვნებაში – Johnny L.Matson (2007)

კომუნიკაცია (ლათინურიდან Communico – საერთოს ვხდი) – ფართო გაგებით არის ინფორმაციის გაცვლა ინდივიდებს შორის სიმბოლოთა საერთო სისტემის საშუალებით. კომუნიკაცია, მექანიკური მიდგომით, არის ცალმხრივ მიმართული პროცესი ინფორმაციის კოდირებისა და გადაცემის, ინფორმაციის წყაროდან – ინფორმაციის მიმღებამდე. კომუნიკაცია, შემოქმედებითი მიდგომით, არის კომუნიკაციის მონაწილეთა ერთობლივი მოღვაწეობა, რომლის დროსაც გამომუშავდება საგნებზე და მოქმედებებზე საერთო შეხედულებები (გარკვეულ ზღვრამდე).

- **არავერბალური კომუნიკაცია** – სიტყვების გარეშე ურთიერთობა, ხმის ტონის, მანერების, გამომეტყველების, გარეგნობის, პოზის, ჩაცმისა და ურთიერთობისას დაკავებული მანძილის მეშვეობით.
- **ვერბალური კომუნიკაცია** – სიტყვებით ურთიერთობა.
- **ლატერალური ხედვა** – აუტიზმის დროს გულისხმობს ინდივიდის მცდელობას, მოახდინოს ზედმეტი ინფორმაციის ლიმიტირება, ან მოახდინოს ოპტიმალურ ინფორმაციაზე ფოკუსირება.
- **მანია ან მანიაკალური სინდრომი** (ძვ. ბერძნ. mania – ვნება,

გატაცება) – ფსიქოპათოლოგიური სინდრომი, რომელსაც ახასიათებს ტრიადა: 1) აწეული გუნება-განწყობა, 2) ასოციაციების ტემპის აჩქარება 3) მოჭარბებული ფიზიკური აქტივობა.

- **მეორადი ასა** – აუტიზმის სპექტრის აშლილობა, რომელიც თან ახლავს სხვადასხვა სამედიცინო მდგომარეობებს ან განვითარების პრობლემებს და მათი იდენტიფიცირება შესაძლებელია.
- **მონოზიგოტური ტყუპები** – ერთი კვერცხუჯრედიდან განვითარებული იდენტური ტყუპები.
- **ობსერვაციული კვლევა** – რეტროსპექტული ან პროსპექტული კვლევა, რომლის დროსაც მკვლევარი აკვირდება მოვლენების ბუნებრივ განვითარებას საკონტროლო ჯგუფის არსებობის ან არარსებობის პირობებში, მაგალითად, კოჰორტული ან შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევები.
- **პატერნი** – მზარდი, ეფექტიანი, მძიმედ გარდაქმნადი აღქმის და რეაგირების წესის მოდელია (სტერეოტიპური ქცევითი რეაქციების ერთობლიობა). პატერნის წყალობით ყველაფერს შედარებით სწრაფად ვაკეთებთ. პატერნი გარეშე კი, მაგალითად, დილის ჩაცმას, შესაძლოა, ძალიან დიდი დრო დასჭირდეს.
- **პიროვნებაზე ცენტრირებული პოლისტური ზრუნვა** – ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების დაგეგმვასა და მიწოდებაში პაციენტის თანასწორუფლებიან პარტნიორად მოაზრება და ზრუნვის პროცესის მის ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგება.
- **პირველადი იდენტიფიკაცია** – (ლათ. identi-fi-co ვაიგივებ) ჭეშმარიტი არსის დიაგნოზის დადგენა. ამ კონკრეტულ შემთხვევაში იგულისხმება აუტიზმისათვის დამახასიათებელი სიმპტომების დადგენა (იხ. **სკრინინგი**).
- **პრევენცია** – წინასწარი ღონისძიებები რაიმე არასასურველის თავიდან ასაცილებლად (მაგ. რთული ქცევის, კონფლიქტის პრევენცია).
- **პროსოდია** – მახვილი, მისამლერი – მოცემულ ენაში მახვილიანი და უმახვილო, გრძელი და მოკლე ხმოვნების წარმოთქმის თავისებურებათა ერთობლიობა.
- **რეცეპტული მეტყველება** – რეცეპტული ანუ იმპრესიული მეტყველება ნიშნავს, რომ ბავშვი ვერ იგებს მისკენ მიმართულ მეტყველებას. იმპრესიული მეტყველება მოიცავს სიტყვების მნიშვნელობის გაგებისა და მოსმენილის/წაკითხულის ინტერპრეტაციის უნარს, რაც საკმაოდ რთული მექანიზმია (სხვისი მეტყველების გაგება და მისი ხმოვანი ში-

ნაარსის შენახვა).

- **რეციპროკული სოციალიზაცია** – არის ორმხრივი ურთიერთობა, მაგალითად, მშობელსა და ბავშვს შორის, როდესაც მშობელი ასწავლის ბავშვს, როგორ ილაპარაკოს და თავის მხრივ, მოგვიანებით მშობელი იმეორებს იმ სლენგს, რომელსაც ხმარობს ბავშვი.
- **რთული ქცევა** – პრობლემური ქცევაა, რომელიც ხელს უშლის ასა-ს მქონე პირს სოციალურ ურთიერთობებში, შესაძლოა იყოს სახიფათო მისთვის და გარშემომყოფებისათვის. როგორც წესი, ხელისშემშლელი და შემაწუხებელია ინდივიდის განვითარებისათვის და/ან გარშემომყოფებისათვის.
- **სენსორული ინტეგრაცია** – ადამიანის ნერვული სისტემის მიერ ყველა გრძნობის რეცეპტორიდან მიღებული ინფორმაციის გადამუშავება (შეხება, ვესტიბულარული სისტემა, პროპრიოცეპცია, ყნოსვა, გემო, მხედველობა და სმენა), შემდეგ კი მათი მოწესრიგება და ინტერპრეტაცია იმგვარად, რომ შესაძლებელი გახდეს მათი გამოყენება მიზნობრივ და ეფექტურ ქმედებაში.
- **სკრინინგი** – „გაცხრილვას“ ნიშნავს, ამ შემთხვევაში იგი განსხვავებს ჯანმრთელ ადამიანებს მათგან, ვისაც ჯანმრთლობის რაიმე პრობლემა აღენიშნება. სკრინინგი მხოლოდ ეჭვის მიტანის საშუალებას იძლევა ამა თუ იმ დიაგნოზზე.
- **სოციალური ინტერაქცია** – ნებისმიერი სახის ორმხრივი სოციალური ურთიერთობაა. ეს ტერმინი ამერიკელი ფილოსოფოსის ჯონ დიუისი (XIX ს. ბოლო XX ს. პირველი ნახევარი) სახელს უკავშირდება (პროგრესული განათლების მოძრაობა). დიუისი მიხედვით, ცნობიერების ჩამოყალიბება და ცოდნის დაგროვება სამყაროში სოციალური ურთიერთობის გზით და ნიშანთა სისტემით გაშუალებული აქტივობის მეშვეობით ხდება (მაგ. ენით).
- **სტერეოტიპული ქცევა** – აუტიზმის დროს ესაა განმეორებადი ქცევები, მაგ. რწევა, ხელების ქნევა, ერთი და იგივე ბგერებისა და ფრაზების განუწყვეტელი გამეორება, რომელიც ხშირ შემთხვევაში, ხელს უშლის მას სრულფასოვან ფუნქციონირებაში.
- **ტანტრუმი** – არის ჭირვეულობა (მაგ. ფეხების ბაკუნნი, ყვირილი, იატაკზე დაწოლა), რაც არის ადამიანის პასუხი არასასურველ სიტუაციასა თუ გარემოზე, გადაღლაზე და/ან სხვა შინაგან თუ გარეგან მიზეზებზე.
- **ტიკი** – სხვადასხვა ჯგუფის კუნთების სწრაფი უნებლიე მოძრაობაა, რომელიც უნებურად აღმოცენდება სხეულის სხვადასხვა ნაწილში.

- **ფსიქოსოციალური ფუნქციონირება** – ერიკ ერიქსონის ფსიქოსოციალური თეორია განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს „მე“-ს იდენტობის ძიებას, ინდივიდის სხვებთან ურთიერთობებსა და კულტურის როლს ცხოვრების განმავლობაში.
- **ქცევა** – პიროვნების ქმედება და უნარი გარემოს და/ან საკუთარი თავის შესაცვლელად.
- **სოციალური დაცვა** – პოლიტიკის და პროგრამების ერთობლიობა, რომელიც ემსახურება ადამიანების კეთილდღეობის ხელშეწყობას მათი მოწყვლადობის პრევენციით, მართვითა და შემცირებით.
- **სტრატეგიული განმამტკიცებლები** – განმამტკიცებლები, რომლებიც პრიორიტეტულია კონკრეტული პირისათვის კონკრეტული მიზნის მისაღწევად.
- **შეზღუდული შესაძლებლობა** – შეზღუდული შესაძლებლობება არის კონკრეტული პირის შესაძლებლობებზე მოურგებელი არა ადაპირებული გარემო (**შეზღუდული შესაძლებლობების (უნარების) მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის დეკლარაცია (1975 წლის 9 დეკემბერი)**).
- **შეზღუდული შესაძლებლობების სოციალური მოდელი** – ითვალისწინებს ინდივიდის ზოგადი მდგომარეობის მოწესრიგებას. შექმნილი ფიზიკური, ეკონომიკური და სოციალური ბარიერებით ინდივიდის საჭიროებებზე მორგებას ემსახურება.
- **ჰიპერ და ჰიპოსენსიტივობა** – ზემგრძნობელობა ან დაქვეითებული მგრძნობელობა გრძნობის ორგანოებიდან მიღებულ ინფორმაციაზე.
- **ჰოლისტური ზრუნვა** – ინდივიდის მრავალფეროვანი საჭიროებების დაკმაყოფილებაზე და მისი რესურსების განვითარებაზე მიმართული ზრუნვა, რომელიც მოიაზრებს ზრუნვის მიწოდებაში განსხვავებული პროფესიონალების ჩართულობას და ზრუნვის მრავალდარგობრივ კოორდინირებას.
- **ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder** – ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი.
- **ADOS** – უნივერსალური ინსტრუმენტი ნებისმიერი ენობრივი კუთვნილების პირის აუტიზმის დიაგნოსტიკისათვის.
- **DFA ან USFDA (Food and Drug Administration)** – სურსათისა და წამლის ადმინისტრაცია, ამერიკის შეერთებული შტატების ფედერალური აღმასრულებელი განყოფილებების ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვისა და ადამი-

ანის უფლებების დეპარტამენტის ფედერალური სააგენტო. სურსათის უვნებლობის, თამბაქოს ნაწარმის, ლიეტური დანამატების, რეცეპტის და ზედმეტად საწინააღმდეგო ფარმაცევტული პრეპარატების (მედიკამენტები), ვაქცინები, ბიოფარმაცევტები, სისხლის გადასხმა, სამედიცინო მოწყობილობები, ელექტრომაგნიტური გამოსხივების კონტროლი და ზედამხედველობა ემისია მოწყობილობები (ERED), კოსმეტიკა, ცხოველური საკვები და საკვები [4] და ვეტერინარული პროდუქტები. *ადმინისტრაცია*.

- **ICD-10** და **DSM-V** – დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია.
- **GPS** – (ინგ. global positioning system) ამ წიგნში – თანამშრომლების მიერ თვალის სადევნებელი მოწყობილობა/ები, რომელიც ადგენს აუტიზმის მქონე პირების ადგილმდებარეობას, მათ შორის სანავიგაციო ტექნიკური აღჭურვილობის დახმარებით.
- **IQ ტესტი IQ (ინგ. Intelligence Quotient)** – ადამიანის ინტელექტის დონის რაოდენობრივი შეფასებაა და აღნიშნავს ინდივიდის ინტელექტის დონის შეფარდებას იმავე ასაკის საშუალო სტატისტიკური ადამიანის ინტელექტის დონესთან.
- **Respite care** – ოჯახის ზრუნვის ხანმოკლე ჩანაცვლების სერვისი – სერვისი წარმოადგენს დროებით, რამდენიმე დღით, ან კვირით საჭიროებიდან გამომდინარე ზრუნვის ფორმას, რომელიც შექმნილია იმისთვის, რომ აუტიზმის მქონე პირის მზრუნველს მიეცეს „ამოსუნთქვის“ დავალებების ან პირადი საქმეების მოგვარების საშუალება ისე, რომ აუტიზმის მქონე პირს არ შეუწყდეს სათანადო ზრუნვის მიწოდება.
- **WHO** – ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია.

