



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
του
Τσακνάκη Νικόλαου, 2713

Επιβλέπουσα καθηγήτρια
Χατήρα Καλλιόπη

Ρέθυμνο, 2014

Περιεχόμενα

Απόσπασμα	4
1. Ιστορική Αναδρομή.....	5
2. Ανάλυση των Διαταραχών του Φάσματος του Αυτισμού.....	13
2.1. Αυτιστική Διαταραχή:	14
2.2. Σύνδρομο Asperger:	18
2.3. Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές-μη προσδιορισμένες διαφορετικά:	21
2.4. Αποδιοργανωτική Διαταραχή της Παιδικής Ηλικίας:	23
2.5. Σύνδρομο Rett:	25
2.6. Διαταραχές του φάσματος του αυτισμού:	27
2.9. Οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού μέσα από το DSM-5:	29
3. Διαφορική διάγνωση και ζητήματα συννοσηρότητας.....	32
3.1. Διαφορική διάγνωση	32
3.1.1. Πρώιμη παιδική ψύχωση/σχιζοφρένεια.....	32
3.1.2. Ψυχαναγκαστική-Καταναγκαστική Διαταραχή:	33
3.1.3. Νοητική υστέρηση:	34
3.2. Συννοσηρότητα:	35
3.2.1. Επιληψία:.....	35
3.2.2. Διαταραχές της διάθεσης:.....	36
3.2.3. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)	36
3.2.4. Σύνδρομο εύθραυστου Χ.....	37
3.2.5. Αυτοάνοσα νοσήματα:	38
4. Θεωρίες για τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού	39
4.1. Θεωρία του Νου (ΘτΝ):	39
4.2. Θεωρία της κεντρικής συνοχής:	41
4.3. Θεωρία της ενσυναίσθησης και της συστηματοποίησης:.....	43
5. Αιτιολογικοί παράγοντες των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος.....	47
5.1. Γονίδια, κληρονομικότητα και διαταραχές του αυτιστικού φάσματος:	47
5.2. Περιβαλλοντικοί παράγοντες και διαταραχές του αυτιστικού φάσματος	51
6. Κλινική αξιολόγηση και εκτίμηση	53
6.1. Κλίμακες αξιολόγησης.....	53
6.1.2. Κλίμακα αξιολόγησης του αυτισμού της παιδικής ηλικίας (CARS).....	53
6.1.2. Διαγνωστική συνέντευξη του αυτισμού, αναθεωρημένη έκδοση (ADI-R).....	54
6.1.3. Διάγραμμα διαγνωστικής παρατήρησης αυτισμού (ADOS)	54

6.2. Πρόσθετες κλίμακες αξιολόγησης.....	55
6.3. Κλινική παρατήρηση.....	55
7. Παρεμβάσεις στις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού	57
7.1. Γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία	57
7.2. Πρόγραμμα ABA του Lovaas	59
7.3. Πρόγραμμα TEACCH.....	60
7.4. Ψυχοεκπαίδευση.....	61
7.5. Άλλες μορφές παρέμβασης: Εργοθεραπεία και παιγνιοθεραπεία	62
7.6. Συστημική-οικογενειακή θεραπεία	63
8. Οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος και η οικογένεια.....	65
Αντί επιλόγου: Συμπεράσματα.....	69
Βιβλιογραφία.....	71

Απόσπασμα

Οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού αποτελούν μία ομάδα διαταραχών με ποικίλη συμπτωματολογία και ευρεία κλινική εικόνα, με κοινές συμπεριφορές αλλά και με διαφοροποιήσεις από άτομο σε άτομο. Λόγω του σύνθετου και πολυδιάστατου υποβάθρου τους το φάσμα των διαταραχών του αυτισμού αποτελεί αντικείμενο μελέτης διαφόρων και διαφορετικών επιστημονικών ειδικοτήτων. Αν και η πορεία του συγκεκριμένου φάσματος διαταραχών μέσα στο χρόνο είναι σχετικά σύντομη, ο αριθμός των αντίστοιχων προσεγγίσεων και συζητήσεων είναι υψηλός. Στην παρούσα διπλωματική εργασία γίνεται μία προσπάθεια να διερευνηθούν οι διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού με σκοπό την καλύτερη κατανόησή τους.

Λέξεις κλειδιά: φάσμα αυτισμού, αυτισμός, συμπτωματολογία, κλινική εικόνα

1. Ιστορική Αναδρομή

Λαμβάνοντας υπόψη ότι το φάσμα των διαταραχών του αυτισμού, όπως και οι διαταραχές που αυτό ενέχει, χαρακτηρίζεται από ένα μεγάλο εύρος συμπτωμάτων, συμπεριφορών και, γενικότερα, από μία πολυεπίπεδη και ποικίλη κλινική εικόνα, κρίνεται, ιδιαίτερα ενδιαφέρον, να παρακολουθήσει κανείς την πορεία του όρου «αυτισμός» και «αυτιστικό φάσμα», μέσα στον χρόνο, προκειμένου να διερευνηθεί η συγκεκριμένη διαταραχή από διάφορες και διαφορετικές οπτικές γωνίες. Άλλωστε, σε αντίθεση με άλλες μορφές ψυχοπαθολογίας, οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού χαρακτηρίζονται από μία σχετικά σύντομη ιστορία, πλούσια, όμως, σε θεωρητικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις και αντιπαραθέσεις (Schreibman, 1988).

Πιο συγκεκριμένα,, όπως αναφέρει η Schreibman (1988) και ο Fisch (2012), ο όρος «αυτισμός» ανήκει στον L. Kanner (1894-1981) ο οποίος το 1943 δημοσίευσε το άρθρο με τίτλο: « Autistic disturbances of affective content» (Kanner, 1943). Στο άρθρο αυτό ο L. Kanner παρουσίασε 11 περιπτώσεις παιδιών με κοινά συμπεριφορικά χαρακτηριστικά, όπως αδυναμία να συσχετιστούν με τους άλλους, καθυστέρηση στην απόκτηση του λόγου, στερεοτυπικές κινήσεις και αντίσταση στην αλλαγή, με φυσιολογική, όμως, σωματική ανάπτυξη (Kanner, 1943; Schreibman, 1988; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005). Έτσι, ο L. Kanner περιέγραψε ένα «σύνδρομο» με μία συνοδή κλινική εικόνα που τη διέκρινε από άλλες μορφές ψυχοπαθολογίας και το οποίο ο ίδιος ονόμασε πρώιμο βρεφικό αυτισμό, με ηλικία έναρξης τα 2 πρώτα χρόνια ζωής του ατόμου. Ο L. Kanner υποστήριξε ότι για να διαγνωσθεί ένα άτομο με πρώιμο βρεφικό αυτισμό, είναι απαραίτητο να πληροί δύο βασικά διαγνωστικά κριτήρια: α) την έλλειψη ανταπόκρισης στα εξωτερικά ερεθίσματα και β) την αντίσταση στην αλλαγή (Fisch, 2012).

Ως αίτια του συνδρόμου αυτού, ο ίδιος θεώρησε τους γονείς και τη σχέση τους με το παιδί, λόγω της έλλειψης ενδείξεων οργανικής παθολογίας (Schreibman, 1988). Αυτό σημαίνει ότι ο L. Kanner περιέγραψε μία σειρά χαρακτηριστικών των γονέων που προκαλούν στο παιδί πρώιμο βρεφικό αυτισμό. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα εξής: γονείς ιδιαίτερα ευφυείς, συναισθηματικά συγκρατημένοι και ψυχροί προς το παιδί και, σε πολύ μεγάλο βαθμό, οργανωτικοί. Γι' αυτό και τους ονόμασε «γονείς-ψυγεία» (refrigerator type parents) (Schreibman, 1988).

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι ο όρος «πρώιμος βρεφικός αυτισμός» δέχτηκε ιδιαίτερη κριτική, αφού θεωρήθηκε ότι αναφερόταν σε κλινικά συμπτώματα που ανήκαν στην πρώιμη παιδική σχιζοφρένεια (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005) ή, κατά μία ψυχαναλυτική προσέγγιση, σε άτυπη ανάπτυξη του εγώ, σύμφωνα με τον Bender (1947) και τη Rank (1955) αντίστοιχα, όπως αναφέρονται στο βιβλίο της Schreibman (1988). Ακόμη, στα πλαίσια της κριτικής που ασκήθηκε στο L. Kanner, όπως αναφέρει η Schreibman (1988), η M. Malher περιέγραψε τα παιδιά, που είχαν διαγνωσθεί με πρώιμο βρεφικό αυτισμό, λόγω της παθολογικής σχέσης παιδιού-μητέρας, ότι είχαν αναπτύξει «συμβιωτική ψύχωση», αμφισβητώντας την χρήση του όρου του L. Kanner.

Στη δεκαετία του 1970, οι έρευνες σχετικά με τον αυτισμό συνέβαλλαν στην εδραίωσή του ως μία διαγνωστική κατηγορία με συγκεκριμένη κλινική εικόνα και συμπτώματα. Ο M. Rutter (1933-) συνέθεσε τα ευρήματα του L. Kanner, σχετικά με τον πρώιμο βρεφικό αυτισμό, με τα ευρήματα που είχαν ανακύψει μέχρι τότε και κατέληξε σε τέσσερα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά του αυτισμού (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005). Πιο συγκεκριμένα, ο M. Rutter πρότεινε: ότι α) η εκδήλωση του αυτισμού ξεκινάει, συνήθως, στα 2 ½ χρόνια του ατόμου, β) το άτομο χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργία στην κοινωνική ανάπτυξη, από γ) δυσλειτουργία

στην επικοινωνία και από δ) «ασυνήθιστες» συμπεριφορές, παρόμοιες με εκείνες που περιέγραψε ο L. Kanner. Τέτοιου είδους συμπεριφορές θεωρήθηκαν οι στερεοτυπίες, η αντίσταση στην αλλαγή. (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005)

Αυτά τα, σχετικά, απλοποιημένα διαγνωστικά κριτήρια του M. Rutter αποτέλεσαν γόνιμο έδαφος για τη διατύπωση μίας σειράς κλινικών συμπτωμάτων, πιο εμπεριστατωμένων, από τον E. Ritvo για την Εθνική Εταιρεία για τα Αυτιστικά Παιδιά (National Society for Autistic Children) το 1978, όπως αναφέρουν οι Volkmar, Paul, Klin και Cohen (2005). Αναφορικά με τα κλινικά συμπτώματα, αυτά εντοπίζονται σε δυσλειτουργίες α) στην ομαλή ανάπτυξη του ατόμου, β) στην κατάλληλη απόκριση στα ερεθίσματα, γ) στην ομιλία, στην αντίληψη και στη μη λεκτική συμπεριφορά, καθώς και δ) στην ικανότητα του ατόμου να σχετίζεται με ανθρώπους και αντικείμενα, με τον κατάλληλο τρόπο (Ritvo, 1978, όπως αναφέρεται στο βιβλίο των Volkmar, Paul, Klin & Cohen (2005).

Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι σταδιακά το κλινικό και ερευνητικό ενδιαφέρον για τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, τόσο ως όρος, όσο και ως μία διαγνωστική κατηγορία, αυξάνεται και ότι τίθενται τα θεμέλια που θα καταστήσουν πιο εύκολη την περιγραφή, τη διερεύνηση και τη διάγνωσή τους.

Στον προσδιορισμό των βασικών χαρακτηριστικών του αυτισμού και της αποσαφήνισης του όρου συνετέλεσε και η L. Wing (1928-), η συμβολή της οποίας είναι, ιδιαίτερα σημαντική, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980. Η L. Wing, στην προσπάθειά της να περιγράψει την κλινική εικόνα του αυτισμού, αναφέρθηκε σε τρία βασικά χαρακτηριστικά-συμπτώματα των ατόμων με αυτισμό τα οποία, πλέον, είναι γνωστά ως η τριάδα της L. Wing. Την τριάδα αυτή συνιστούν: α) η δυσκολία των ατόμων αυτών στην επικοινωνία, β) οι δυσλειτουργικές τους κοινωνικές

δεξιότητες και γ) οι στερεοτυπικές και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και κινήσεις (Cashin & Barker, 2009). Ως χαρακτηριστικά της κλινικής εικόνας, λοιπόν, του αυτισμού η L. Wing αναγνωρίζει τα ελλείμματα στη λεκτική και μη λεκτική ανάπτυξη του ατόμου, καθώς και την έλλειψη συναισθηματικής χροιάς στο λόγο. Σε ό,τι αφορά στις κοινωνικές δεξιότητες, η L. Wing αναγνωρίζει την αδυναμία, των ατόμων με αυτισμό, να αλληλεπιδράσουν με ένα άλλο άτομο, να επικοινωνήσουν με αυτό, να κατανοήσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις του άλλου ατόμου και να μπορούν να επικοινωνήσουν τα δικά τους. Αναφορικά με τις στερεοτυπίες, η ίδια υποστηρίζει ότι τα άτομα με αυτισμό έχουν έναν περιορισμένο αριθμό ενδιαφερόντων, ενώ, πολύ συχνά προτιμούν την ενασχόλησή τους με συγκεκριμένα αντικείμενα, και προτιμούν να ακολουθούν ίδιες και συνηθισμένες ρουτίνες και συμπεριφορές. Ακόμη, αντιστέκονται σε οποιαδήποτε αλλαγή των συνηθειών τους και της ρουτίνας τους (Cashin & Barker, 2009).

Στην ιστορική πορεία και εξέλιξη του όρου «αυτισμός» και «αυτιστικό φάσμα», ιδιαίτερο ρόλο διαδραμάτισε το Διαγνωστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) που μέσα από τις επανεκδόσεις του βοήθησε στην καλύτερη κατανόηση του αυτισμού όχι μόνο ως μία διαγνωστική κατηγορία, αλλά ως ένα φάσμα διαταραχών με διαφορετική κλινική εικόνα, μορφή και βαθμό δυσλειτουργιών σε επίπεδο ατόμου.

Πιο συγκεκριμένα, στην πρώτη έκδοση του DSM το 1952, όπως αναφέρουν οι Volkmar, Paul, Klin & Cohen, (2005) και Fisch (2012), ο όρος «αυτισμός» ή «αυτιστικό φάσμα» δεν αναφέρεται ως διαγνωστική κατηγορία. Υπογραμμίζεται, όμως, στην κατηγορία «Σχιζοφρενική αντίδραση, παιδικής ηλικίας» (Schizophrenic reaction, childhood type) όπου οι οδηγίες του εγχειριδίου αναφέρουν ότι σε περίπτωση διάγνωσης αυτισμού, η διάγνωση ανήκει στις σχιζοφρενικές αντιφάσεις.

Κάτι παρόμοιο παρατηρείται και στη δεύτερη έκδοση του DSM το 1968, όπως υποστηρίζει η Fisch (2012), κατά την οποία ο όρος «αυτισμός» αναφέρεται, στα πλαίσια της διαγνωστικής κατηγορίας «Παιδική Σχιζοφρένεια» (Schizophrenia, childhood type). Χαρακτηριστικά παρατίθεται ένα απόσπασμα της δεύτερης έκδοσης του DSM, όπως αυτό αναφέρεται στο βιβλίο της Fisch (2012) (σελ. 92): «Αυτή η κατηγορία είναι για τις περιπτώσεις στις οποίες σχιζοφρενικά συμπτώματα εκδηλώνονται πριν την εφηβεία. Η κατάσταση αυτή μπορεί να έχει αυτιστικές, άτυπες συμπεριφορές, συμπεριφορές απόσυρσης· αποτυχία στην ανάπτυξη ταυτότητας ξεχωριστά από τη μητέρα· και γενικότερη εικόνα ανομοιομορφίας, ανωριμότητα και ανεπαρκή ανάπτυξη. Αυτά τα αναπτυξιακά ελλείμματα μπορεί να οδηγήσουν σε νοητική υστέρηση τη οποίας θα πρέπει να γίνει διάγνωση.»

Με βάση αυτό το απόσπασμα, γίνεται κατανοητό, ακόμη, ότι ο αυτισμός δε λαμβάνεται, ακόμη, υπόψη ως ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία, με μία κλινική εικόνα ξεχωριστή από τις υπόλοιπες μορφές ψυχοπαθολογίας, αλλά ως ένα σύνολο χαρακτηριστικών και συμπεριφορών, όπως τα περιέγραψε ο L. Kanner, οι οποίες αποτελούν μέρος σχιζοφρενικόμορφων διαταραχών.

Ενδιαφέρον, ακόμη, παρουσιάζει η τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών που δημοσιεύθηκε το 1980, όπου εισάγεται, για πρώτη φορά, ο όρος «Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή της Παιδικής Ηλικίας» (Childhood Pervasive Developmental Disorder) (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010). Σύμφωνα με την Fisch (2012) στη διαγνωστική αυτή κατηγορία ανήκει ο βρεφικός αυτισμός «infantile autism» και οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές με εκδήλωση στην παιδική ηλικία «childhood onset pervasive developmental disorder». Ο βρεφικός αυτισμός αναφέρεται με τα εξής διαγνωστικά κριτήρια: α) εκδήλωση των συμπτωμάτων πριν τους πρώτους 30 μήνες της ζωής του ατόμου, β) διάχυτη έλλειψη ανταπόκρισης

στους ανθρώπους, γ) ελλείμματα στην ανάπτυξη της γλωσσικής ικανότητας, δ) αν ο λόγος έχει αναπτυχθεί, τότε, παρουσιάζονται περίεργοι τρόποι ομιλίας, όπως ηχολαλία, αδυναμία χρήσης και κατανόησης της μεταφορικής χρήσης της γλώσσας, ε) αφύσικες αποκρίσεις σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος, όπως αντίσταση στην αλλαγή ή συνεχή ενασχόληση με έμψυχα ή άψυχα αντικείμενα και στ) απουσία ψευδαισθήσεων, παραισθήσεων (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Fisch, 2012).

Στην αναθεώρηση της τρίτης έκδοσης του εγχειριδίου, κατοχυρώνεται ως διαγνωστική κατηγορία ο όρος «Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή-μη προσδιορισμένη αλλιώς» (Pervasive Developmental Disorder-Not otherwise specified) που ανήκει στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, ενώ, ο όρος βρεφικός αυτισμός αλλάζει σε «Αυτιστική Διαταραχή» (Autistic Disorder) και θεμελιώνονται τρία βασικά διαγνωστικά κριτήρια για τη διάγνωσή της. Το Κριτήριο Α αναφέρεται στα ποιοτικά ελλείμματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση του ατόμου και περιέχει πέντε υποτύπους τέτοιων ελλειμμάτων. Το Κριτήριο Β αναφέρεται στην ποιοτική δυσλειτουργία της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, με έξι υποτύπους ελλειμμάτων. Από την άλλη πλευρά, στο Κριτήριο Γ περιλαμβάνεται ο περιορισμένος αριθμός συμπεριφορών και ενδιαφερόντων (Fisch, 2012), με την περιγραφή έξι υποτύπων.

Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι, αυτισμός, σταδιακά, παύει να θεωρείται μόνο ένα σύνολο συμπτωμάτων και συμπεριφορών τα οποία έχουν ασαφή όρια με τη σχιζοφρένεια και θεωρείται μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή. Όπως προκύπτει και από την τρίτη έκδοση του DSM η συμπτωματολογία της συγκεκριμένης διαταραχής εξετάζεται, μέσα από ένα αναπτυξιακό πρίσμα.

Αναφορικά με το DSM-IV (APA, 2000) η κατηγορία «Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές» (Pervasive Developmental Disorders) αντικαθιστά τον όρο «Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή» και περιλαμβάνει τους εξής υπότυπους: την αυτιστική διαταραχή, τη διαταραχή Rett, το σύνδρομο Asperger, την παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή και τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που δεν προσδιορίζονται διαφορετικά (Fisch, 2012; Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010). Η ταξινόμηση αυτή παραμένει και στο DSM-IV-TR (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Αξίζει, ακόμη, να σημειωθεί ότι η πέμπτη έκδοση του DSM το 2013 (Grzadzinski, Huerta & Lord, 2013) μετέβαλε ριζικά την ταξινόμηση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, αφού η αντίστοιχη διαγνωστική κατηγορία ονομάζεται, πια, «Φάσμα Αυτιστικής Διαταραχής» (Autistic Spectrum Disorder) και οι υποκατηγορίες των διαταραχών καταργούνται και θεωρείται ότι το άτομο ανήκει, πλέον, στο φάσμα του αυτισμού (Grzadzinski, Huerta & Lord, 2013; Guthrie, Lauren, Swineford, Wetherly & Lord, 2013).

Με βάση τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού τείνουν να αναφέρονται, συνήθως στην αυτιστική διαταραχή, στο σύνδρομο Asperger και στην αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας και στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που δεν προσδιορίζονται διαφορετικά. Αν και δεν είναι λίγοι αυτοί οι οποίοι με τον παραπάνω όρο αναφέρονται, γενικότερα, στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, το σύνδρομο Rett, συνήθως, δε συγκαταλέγεται στις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, λόγω του σαφούς νευροβιολογικού υποβάθρου του.

Καταλήγοντας, αν και ο αυτισμός ως όρος και διαγνωστική κατηγορία έχει κατοχυρωθεί, σχετικά πρόσφατα, το 1987 και οι διαταραχές του αυτιστικού

φάσματος, ως διαγνωστική κατηγορία, κατοχυρώθηκαν το 2013, ο προσδιορισμός, η περιγραφή και η διερεύνησή τους έχουν μακρά ιστορία. Αυτό δείχνει ότι πρόκειται για μία ομάδα διαταραχών με πολύπλοκη κλινική εικόνα που χαρακτηρίζεται από μία μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων, συμπεριφορών και χαρακτηριστικών. Κάτι το οποίο αναλύεται εκτενώς στο επόμενο κεφάλαιο.

2. Ανάλυση των Διαταραχών του Φάσματος του Αυτισμού

Για τη διερεύνηση των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος είναι απαραίτητη η διερεύνηση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών. Σύμφωνα με την τέταρτη και αναθεωρημένη έκδοση του Διαγνωστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV-TR) (APA, 2000), η κατηγορία των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών περιλαμβάνει α) την αυτιστική διαταραχή, β) το σύνδρομο Asperger, γ) τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που δεν προσδιορίζονται διαφορετικά, δ) την αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας και ε) το σύνδρομο Rett. Λόγω της κοινής συμπτωματολογίας και των, σχετικά, ασαφών κλινικών ορίων της αυτιστικής διαταραχής, του συνδρόμου Asperger και των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών που δεν προσδιορίζονται διαφορετικά υπάρχει η τάση, όταν γίνεται αναφορά σε αυτές, να ονομάζονται Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, όπως και όλες οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, αναφέρονται σε μία ομάδα νευροαναπτυξιακών διαταραχών οι οποίες σχετίζονται με ποιοτικά ελλείμματα στην επικοινωνία και στην κοινωνική αλληλεπίδραση καθώς και με την εκδήλωση στερεοτυπικών και επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών, με συνήθη ηλικία έναρξης τα πρώτα τρία χρόνια της ζωής του ατόμου (Scherer & Dawson, 2011; Freitag, 2007; Baron-Cohen, 2008; Johnson, Giarelli, Lewis & Rice, 2013). Η χρήση του όρου «φάσμα», αν και αναφέρεται σε υποτύπους των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών με διαφορετική αιτιολογία, κλινική εικόνα και διαφορετικό βαθμό γνωστικής, κοινωνικής και γλωσσικής δυσλειτουργίας, εξυπηρετεί τη δυσκολία που συναντάται, πολλές φορές, στη διάκριση αυτών των τριών διαταραχών μεταξύ τους (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Scherer &

Dawson, 2011). Αυτό γιατί, πολλές φορές, ένα άτομο που διαγνωστικά ανήκει στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές εμφανίζει μία κλινική εικόνα η οποία δεν εμπίπτει, αποκλειστικά, σε ένα μόνον από τους προαναφερόμενους υποτύπους, όπως υποστηρίζουν οι Loveland και Tunali-Kotoski στο βιβλίο των Volkmar, Paul, Klin και Cohen (2005). Άλλωστε, και η ετυμολογία της λέξης (αυτισμός <εαυτός <αύ τός) υποδηλώνει ένα βασικό χαρακτηριστικό των ατόμων που ανήκουν στο φάσμα αυτών των διαταραχών, την κοινωνική απόσυρση του ατόμου και την απομόνωσή του στον εαυτό του.

Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι, τόσο οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, όσο και οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, ποικίλουν ως προς τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, από ήπιας μορφής μέχρι βαριάς, και ως προς τα κλινικά τους χαρακτηριστικά. Στη συνέχεια του κεφαλαίου θα πραγματοποιηθεί η περιγραφή και η ανάλυση της συμπτωματολογίας των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού και της γενικότερης κλινικής τους εικόνας, σύμφωνα με το Εγχειρίδιο Διάγνωσης των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV-TR) και του εγχειριδίου Ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς-ICD-10 (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2007), καθώς και τα συμπτώματα των άλλων δύο νευροαναπτυξιακών διαταραχών (σύνδρομο Rett και αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας), με στόχο την καλύτερη κατανόηση αυτού του είδους των διαταραχών.

2.1. Αυτιστική Διαταραχή:

Η διάγνωση της Αυτιστικής Διαταραχής, με βάση το DSM-IV-TR, στηρίζεται σε τρία βασικά κριτήρια τα οποία περιλαμβάνουν ορισμένες υποκατηγορίες.

Πιο συγκεκριμένα, το **κριτήριο Α** αναφέρεται στην έντονη έκπτωση της χρήσης μη λεκτικών συμπεριφορών. Ως τέτοιου είδους ελλείμματα καταγράφονται τα εξής: 1. η αδυναμία βλεμματικής επαφής, η αδυναμία αναγνώρισης των εκφράσεων του προσώπου και η στάση του σώματος, 2. η αδυναμία, ακόμη, σύναυσης διαπροσωπικών σχέσεων με συνομηλίκους, όπως προβλέπει το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου, 3. η έλλειψη εκδήλωσης αυθόρμητου ενδιαφέροντος για να μοιραστεί πράγματα με άλλους, ή να συμμετάσχει σε δραστηριότητες με άλλους 4. και η έλλειψη κοινωνικής ή συναισθηματικής αμοιβαιότητας (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010; Wilmshurst, 2011).

Το **κριτήριο Β** συνίσταται στην έκπτωση της επικοινωνίας η οποία μπορεί να έχει τις εξής μορφές: 1. καθυστερημένη ανάπτυξη του προφορικού λόγου ή αδυναμία για προφορικό λόγο η οποία δε συνοδεύεται από αντισταθμιστικές μη λεκτικές χειρονομίες, 2. σε άτομα, από την άλλη πλευρά, που έχουν αναπτύξει, σε έναν βαθμό, τον προφορικό τους λόγο, η έκπτωση στην επικοινωνία μπορεί να εκδηλωθεί με την αδυναμία να ξεκινήσουν ή να διατηρήσουν μία συζήτηση με κάποιον άλλον. Οι δύο άλλες υποκατηγορίες του κριτηρίου Β είναι 3. η επαναληπτική χρήση της γλώσσας και 4. η έλλειψη παιχνιδιού, όπως προβλέπει το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Σε ό,τι αφορά στο **κριτήριο Γ** περιλαμβάνονται τα επαναλαμβανόμενα και στερεότυπα μοτίβα συμπεριφοράς και ενδιαφερόντων με τη μορφή: 1. μη φυσιολογικής ενασχόλησης με αντικείμενα ή δραστηριότητες, 2. υπερβολικής προσκόλλησης σε συγκεκριμένες τελετουργίες και συμπεριφορές, 3. στερεοτυπικές κινήσεις στο πρόσωπο και στο σώμα και 4. μη φυσιολογική και υπερβολική ενασχόληση με τμήματα αντικειμένων (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Σύμφωνα με τους Kring, Davison, Neale και Johnson (2010) και τον Wilmshurst (2011), η διάγνωση της αυτιστικής διαταραχής γίνεται, συνήθως, αφού το άτομο έχει συμπληρώσει τον 3^ο χρόνο της ζωής του. Για τη διάγνωση της Αυτιστικής Διαταραχής σε ένα άτομο, είναι απαραίτητο να πληρούνται δύο, τουλάχιστον, συμπεριφορές του κριτηρίου Α, και μία συμπεριφορά, τουλάχιστον, από το κριτήριο Β και από το κριτήριο Γ, αντίστοιχα, εφόσον η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως σύνδρομο Rett ή ως αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας (Wilmshurst, 2011).

Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τη δέκατη έκδοση της Ταξινόμηση των Ψυχικών Διαταραχών και των Διαταραχών της Συμπεριφοράς (ICD-10) (WHO, 2007), η αυτιστική διαταραχή ονομάζεται αυτισμός της παιδικής ηλικίας. Ο αυτισμός της παιδικής ηλικίας χαρακτηρίζεται από μη φυσιολογική ή/και διαταραγμένη ανάπτυξη και τα πρώτα συμπτώματα εκδηλώνονται πριν την ηλικία των 3 ετών. Ένα άλλο χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι η μη φυσιολογική λειτουργικότητα του ατόμου που εντοπίζεται στην 1. κοινωνική συναλλαγή, 2. στην επικοινωνία και 3. στις περιορισμένες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (WHO, 2007).

Σύμφωνα με τους Volkmar, Paul, Klin & Cohen (2005), το άτομο με διάγνωση αυτιστικής διαταραχής, κατά την προσχολική ηλικία, δυσκολεύεται, σε μεγάλο βαθμό, να δημιουργήσει διαπροσωπικές σχέσεις με συνομήλικους και δυσκολεύεται σε ό,τι αφορά στη συναισθηματική εγγύτητα με γνώριμα άτομα. Ακόμη στα κοινωνικά ελλείμματα των ατόμων με αυτιστική διαταραχή συγκαταλέγεται η προτίμησή τους να περνάνε πολύ χρόνο μόνα τους, να μην ενδιαφέρονται να εμπλακούν σε ομαδικές δραστηριότητες και η έλλειψη αυθόρμητου και συμβολικού παιχνιδιού. Σχετικά, ακόμη, με την κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου με αυτιστική διαταραχή, ο Wilmshurst (2011) σημειώνει την απουσία του κοινωνικού χαμόγελου

και της κοινωνικής μίμησης. Κοινωνικών, δηλαδή, δεξιοτήτων η έλλειψη των οποίων επηρεάζει την κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου, σύμφωνα με τα αντίστοιχα αναπτυξιακά στάδια. Έτσι, το άτομο αυτό είναι απομονωμένο, αφού αδυνατεί να κατανοήσει τις κοινωνικές συμβάσεις που διέπουν τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Αναφορικά με τα ελλείμματα των ατόμων με αυτιστική διαταραχή και τη γλωσσική τους ανάπτυξη, τα ελλείμματα αυτά ποικίλουν και εμφανίζουν διαφοροποιήσεις από άτομο σε άτομο. Τα άτομα με αυτιστική διαταραχή, γενικότερα, είτε εμφανίζουν γλωσσική ανάπτυξη πολύ φτωχή, είτε οι γλωσσικές τους ικανότητες αναπτύσσονται καθυστερημένα, σύμφωνα με το αναπτυξιακό στάδιο, και δυσκολεύονται στην έναρξη και στη διατήρηση της συζήτησης (Wilmshurst, 2011). Σύμφωνα με τους Loveland και Tunali-Kotoski, όπως αναφέρονται στο βιβλίο των Volkmar, Paul, Klin & Cohen (2005), ένας μεγάλος αριθμός ατόμων με αυτιστική διαταραχή, που βρίσκονται στην ηλικία των 5-6 ετών, εμφανίζουν ανάπτυξη των γλωσσικών τους ικανοτήτων, όμως, η μη λεκτική τους συμπεριφορά και τα εξωγλωσσικά στοιχεία χαρακτηρίζονται από ελλείμματα. Τέτοιου είδους ελλείμματα είναι ο μονότονος τρόπος ομιλίας, σχεδόν ρομποτικός, με μία τάση, πολλές φορές, το τέλος της πρότασης να μοιάζει με ερώτηση, ενώ, δυσκολεύονται, ιδιαίτερα στην χρήση και στην κατανόηση της μεταφορικής ερμηνείας του λόγου (Wilmshurst, 2011).

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της γλωσσικής δυσλειτουργίας στην αυτιστική διαταραχή είναι η ηχολαλία. Η ηχολαλία εκδηλώνεται, όταν τα άτομα με αυτιστική διαταραχή επαναλαμβάνουν αυτό που τους έχει λεχθεί, μιμούμενα και τον τόνο της φωνής (Wilmshurst, 2011). Οι Rydell και Mirenda (1997), όπως αναφέρονται από τους Volkmar, Paul, Klin & Cohen (2005), εξηγούν ότι η ηχολαλία μπορεί να αποτελεί μία επικοινωνιακή στρατηγική, των ατόμων με αυτιστική διαταραχή, προκειμένου να αντισταθμίσουν την αδυναμία τους να παράγουν, συνέχεια,

αυθόρμητο λόγο. Από την άλλη πλευρά, η ηχολαλία μπορεί να λειτουργεί βοηθητικά, για το άτομο με αυτόν τον τύπο της διαταραχής, στην απόκτηση της γλωσσικής ικανότητας, αφού, με την επανάληψη αυτών που έχουν λεχθεί, διατηρεί, κατά κάποιον τρόπο, το κοινωνικό-διαπροσωπικό πλαίσιο της συζήτησης.

Αξίζει, ακόμη, να αναφερθεί ότι η ηχολαλία μπορεί, σταδιακά, να αντικατασταθεί από βελτίωση του λόγου και της αυθόρμητης ομιλίας (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Wilmshurst, 2011). Σε ό,τι αφορά, όμως, τα άτομα με αυτιστική διαταραχή που χαρακτηρίζονται από φτωχές γλωσσικές ικανότητες, η ύπαρξη ηχολαλίας ή στερεοτυπικού τρόπου ομιλίας έχουν τη δυνατότητα να λειτουργήσουν σαν αρωγοί της επικοινωνίας του ατόμου, γιατί, σε έναν βαθμό, προωθούν την εμπλοκή του στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και στο διάλογο (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Είναι απαραίτητο, ακόμη, να αναφερθεί ότι στα άτομα με αυτιστική διαταραχή εντοπίζεται, συνήθως, έκπτωση του νοητικού τους δυναμικού. Αυτό σημαίνει ότι, στις περισσότερες περιπτώσεις, σημειώνεται νοητική υστέρηση η οποία κυμαίνεται από ήπιας μέχρι βαρύτερης μορφής (Wilmshurst, 2011; Fisch, 2012). Ο Wilmshurst (2011), επισήμανε ότι τα άτομα που έχουν νοητικό δυναμικό πάνω από 70, έχουν πιο ανεπτυγμένες κοινωνικές και γλωσσικές ικανότητες, και τους αποδίδεται ο όρος «άτομα με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας». Επομένως, το νοητικό δυναμικό μπορεί να λειτουργήσει και ως ένας προβλεπτικός παράγοντας της λειτουργικότητας του ατόμου και των συνοδών ελλειμμάτων του. Η χρήση, όμως, του όρου «υψηλής λειτουργικότητας αυτισμός» καθιστά, σε μεγάλο βαθμό, δυσδιάκριτα και ασαφή τα όρια της αυτιστικής διαταραχής και του συνδρόμου Asperger.

2.2. Σύνδρομο Asperger:

Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV-TR για να πραγματοποιηθεί διάγνωση συνδρόμου Asperger, είναι απαραίτητο παρατηρηθεί ποιοτική δυσλειτουργία στην

κοινωνική αλληλεπίδραση (**κριτήριο Α**) με την εκδήλωση δύο, τουλάχιστον, από τις παρακάτω συμπεριφορές. Οι συμπεριφορές αυτές είναι οι εξής: 1. δυσκολία στην χρήση πολλαπλών μη λεκτικών συμπεριφορών, όπως βλεμματική επαφή, εκφράσεις προσώπου, 2. αδυναμία σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων με συνομήλικους, σύμφωνα με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου, 3. έλλειψη αυθόρμητου ενδιαφέροντος του ατόμου για να μοιραστεί ενδιαφέροντα, δραστηριότητες με άλλους και 4. έλλειψη κοινωνικής και συναισθηματικής εγγύτητας (Johnson & Myers, 2007).

Το διαγνωστικό **κριτήριο Β** αναφέρεται στις περιορισμένες, επαναλαμβανόμενες και στερεοτυπικές συμπεριφορές, ενδιαφέροντα και δραστηριότητες, με την εκδήλωση μίας, τουλάχιστον, από τις παρακάτω συμπεριφορές: 1. εκδήλωση υπερβολικά εστιασμένου ενδιαφέροντος, ή στερεοτυπικής ενασχόλησης με μία δραστηριότητα ή αντικείμενο, με μη φυσιολογική επιμονή και εστίαση της προσοχής, 2. επίμονη προσκόλληση σε δυσλειτουργικές καθημερινές συνήθειες ή τελετουργίες, 3. στερεοτυπικές και επαναλαμβανόμενες κινήσεις, όπως τίναγμα, ή χτύπημα των χεριών, 4. επίμονη ενασχόληση με επιμέρους τμήματα αντικειμένων (Johnson & Myers, 2007; Willmshurst, 2011).

Η διάγνωση του συνδρόμου Asperger, κατά το **κριτήριο Γ**, προϋποθέτει ότι τα προαναφερθέντα ελλείμματα προκαλούν σοβαρές δυσκολίες στην κοινωνική, εργασιακή και σε άλλα είδη λειτουργικότητας του ατόμου (Johnson & Myers, 2007).

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR (APA, 2000) και τους Johnson και Myers (2007), η διάγνωση της συγκεκριμένης νευροαναπτυξιακής διαταραχής απαιτεί να μην υπάρχει κλινικά σημαντική καθυστέρηση στην ανάπτυξη της γλώσσας (**κριτήριο Δ**), και στη γνωστική ανάπτυξη, ή στην ανάπτυξη ικανοτήτων αυτοβοήθειας, προσαρμοστικής συμπεριφοράς και περιέργειας για την εξερεύνηση του περιβάλλοντος, όπως

προβλέπει το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου. Τέλος, σημαντικό είναι το άτομο, για να διαγνωσθεί με σύνδρομο Asperger, να μην πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια για κάποια άλλη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή ή για σχιζοφρένεια (Johnson & Myers, 2007; Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Λαμβάνοντας υπόψη το ICD-10 (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2007) στα πλαίσια του συνδρόμου Asperger, παρατηρούνται ποιοτικές ανωμαλίες στην αμοιβαία κοινωνική συναλλαγή, όπως παρατηρείται και στον αυτισμό, και περιορισμένο ενδιαφέρον και δραστηριότητες, καθώς και στερεοτυπίες.

Ένα άτομο που έχει διαγνωσθεί με σύνδρομο Asperger, σε αντίθεση με την αυτιστική διαταραχή, δεν εμφανίζει καθυστέρηση στη γλωσσική ανάπτυξη, όπως αναμένεται από το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου, ενώ, η ικανότητα ομιλίας του είναι φυσιολογική (Wilmshurst, 2011). Ο λόγος του, όμως, συνήθως, είναι μονότονος, άκαμπτος, και χαρακτηρίζεται από έλλειψη προσωδίας και συναισθηματικού τόνου (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005). Ακόμη, τα άτομα με σύνδρομο Asperger αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στη συναισθηματική εγγύτητα, στην αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων (Wilmshurst, 2011; Hoboken, 2005; Johnson & Myers, 2007).

Ενώ, τα άτομα με αυτιστική διαταραχή αδιαφορούν για τους άλλους, λόγω ελλειπών κοινωνικών δεξιοτήτων, τα άτομα με σύνδρομο Asperger, λόγω περιορισμένων κοινωνικών δεξιοτήτων, προσεγγίζουν τους άλλους, αλλά με παράξενους και εκκεντρικούς τρόπους, αν και στην βρεφική και παιδική ηλικία εμφανίζουν ομαλή προσκόλληση στους γονείς τους ή στα άτομα που τα φροντίζουν (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005). Άλλωστε, τα άτομα με σύνδρομο Asperger δεν κατανοούν τους κοινωνικούς κανόνες των διαπροσωπικών σχέσεων και χαρακτηρίζονται από ελλιπή

ενσυναίσθηση (Johnson & Myers, 2007; Wilmshurst, 2011). Η έλλειψη ενσυναίσθησης και αμοιβαιότητας έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να μη μπορεί να κατανοήσει την οπτική γωνία του άλλου, υιοθετώντας έναν εγωκεντρικό τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς. Έτσι, στο λόγο του, πολλές φορές, εντοπίζεται ασυνέχεια και απότομη μεταπήδηση από ένα θέμα συζήτησης σε ένα άλλο (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Δύο άλλα πολύ βασικά χαρακτηριστικά της κλινικής εικόνας του συνδρόμου Asperger, είναι η επίμονη ενασχόληση με συγκεκριμένα θέματα και η αποθήκευση πλήθους πληροφοριών, όπως σημαίες κρατών, προγραμματισμός υπολογιστών, δρομολόγια συγκοινωνιών. Σχετικά με αυτό το χαρακτηριστικό, τα άτομα με σύνδρομο Asperger, συνήθως, συγκεντρώνουν μία πληθώρα τέτοιων πληροφοριών, χωρίς, όμως, να έχουν πλήρη συνείδηση και να κατανοούν, πλήρως, τι αφορούν αυτές οι πληροφορίες (Wilmshurst, 2011). Μάλιστα, τα παιδιά που ανήκουν σε αυτήν τη διαγνωστική κατηγορία μαθαίνουν, συχνά, από μικρή ηλικία να μιλάνε και να αποκωδικοποιούν τις λέξεις, χωρίς να έχουν πλήρη συνείδηση αυτών που λένε (υπερλεξία) (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Johnson & Myers, 2007).

Από τα παραπάνω, γίνεται κατανοητό ότι το σύνδρομο Asperger, αν και ως διαγνωστική κατηγορία, διαφέρει σε ορισμένα σημεία από την αυτιστική διαταραχή, όπως στη γλωσσική ικανότητα και, σε έναν βαθμό στην κοινωνική αλληλεπίδραση, εμφανίζει και πολλές ομοιότητες, όπως δυσκολία στη σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων και στην ενσυναίσθηση.

2.3. Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές-μη προσδιορισμένες διαφορετικά:

Η κατηγορία αυτή των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών αναφέρεται στα άτομα που είτε δεν πληρούν όλα τα κριτήρια συμπτωμάτων των άλλων τεσσάρων τύπων

διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, είτε, δεν εκδηλώνουν το βαθμό σοβαρότητας των άλλων διαταραχών της ίδιας κατηγορίας (Wilmshurst, 2011).

Το DSM-IV-TR (APA, 2000) αναφέρει χαρακτηριστικά ότι η διάγνωση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών-μη προσδιορισμένων διαφορετικά χρησιμοποιείται: «όταν υπάρχει μια σοβαρή και διάχυτη βλάβη στην ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεπίδρασης ή των λεκτικών και μη λεκτικών δεξιοτήτων επικοινωνίας, ή όταν υπάρχουν στερεοτυπικές συμπεριφορές, ενδιαφέροντα και δραστηριότητες, αλλά δεν πληρούνται τα κριτήρια για μια ειδική διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, σχιζοφρένεια, διαταραχή σχιζοφρενικής προσωπικότητας ή διαταραχή αποφευκτικής προσωπικότητας» (σελ. 84). Αξίζει, ακόμη, να αναφερθεί ότι στη συγκεκριμένη ομάδα διαταραχών ανήκει και ο άτυπος αυτισμός. Η συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία χρησιμοποιείται όταν δεν πληρούνται τα κριτήρια για την αυτιστική διαταραχή, εξαιτίας της έναρξής της σε μεγαλύτερη ηλικία ή/και, εξαιτίας, εκδήλωσης άτυπης συμπτωματολογίας (DSM-IV-TR, APA, 2000).

Το ICD-10 (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2007) χαρακτηρίζει τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές-μη προσδιορισμένες διαφορετικά ως «υπολειμματική διαγνωστική κατηγορία» η οποία χρησιμοποιείται για διαγνώσεις διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών που, ελλείψει επαρκών στοιχείων, δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια των παραπάνω διαταραχών.

Τα συμπτώματα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών που δε μπορούν να προσδιοριστούν διαφορετικά εκδηλώνονται, συνήθως, στα πρώτα χρόνια της ζωής του ατόμου, αποκλείοντας τη διάγνωση άλλης διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010). Τα κύρια ελλείμματα των ατόμων που εμπίπτουν σε αυτή τη διαγνωστική κατηγορία

εντοπίζονται σε επίπεδο κοινωνικής αλληλεπίδρασης, όπως στην αυτιστική διαταραχή, αλλά με πιο ήπια, περιορισμένα ενδιαφέροντα, ελλείμματα στο φανταστικό παιχνίδι και στερεοτυπίες (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005). Υπογραμμίζεται ότι τα προαναφερόμενα ελλείμματα είναι ήπιας μορφής και διαφέρουν πολύ σε βαθμό σοβαρότητας από εκείνα της αυτιστικής διαταραχής. Ακόμη, τα άτομα με αυτόν τον τύπο διαταραχής εμφανίζουν ομαλή γλωσσική ανάπτυξη (Luteijn et al., 2000; Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Μέσα από μία σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που δεν προσδιορίζονται διαφορετικά, κατανοεί κανείς ότι υπάρχει ασάφεια σχετικά με την κλινική εικόνα της διαγνωστικής αυτής κατηγορίας (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010; Johnson & Myers, 2007; Seltzer et al., 2003). Αυτό, πολλές φορές, δημιουργεί σύγχυση τόσο στη διάγνωση όσο και στο σχεδιασμό της παρέμβασης του ατόμου με αυτήν τη διάγνωση και στην περιγραφή της κλινικής του εικόνας. Ακόμη, η έλλειψη σαφούς προσδιορισμού των διαταραχών που δεν προσδιορίζονται διαφορετικά τόσο από τα διαγνωστικά εγχειρίδια, όσο και από τα ερευνητικά και κλινικά δεδομένα, καθιστά δύσκολη την ύπαρξη ενός κοινού κώδικα επικοινωνίας μεταξύ των κλινικών επαγγελματιών.

2.4. Αποδιοργανωτική Διαταραχή της Παιδικής Ηλικίας:

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, ο κύριος περιγραφικός δείκτης για την αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας ορίζεται από 4 διαγνωστικά κριτήρια.

Πιο συγκεκριμένα, όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Wilmshurst (2011) για το **κριτήριο Α**, παρατηρείται στο άτομο μία «έντονη παλινδρόμηση σε πολλούς τομείς λειτουργικότητας, αφού, όμως, μέχρι τα πρώτα δύο χρόνια της ζωής του η ανάπτυξή

του ήταν η αναμενόμενη» (σελ. 543). Για να πληρείται το **κριτήριο Β**, είναι απαραίτητο να παρατηρείται μία προοδευτική απώλεια ικανοτήτων που είχαν κατακτηθεί, μέχρι τα πρώτα δύο χρόνια της ζωής του ατόμου. Η απώλεια αυτή θα πρέπει να αφορά δύο, τουλάχιστον, από τις εξής λειτουργίες: 1. γλωσσική έκφραση και κατανόηση, 2. κοινωνικές ή προσαρμοστικές δεξιότητες, 3. λειτουργία του εντέρου ή της κύστης, 4. παιχνίδι, 5. κινητικές δεξιότητες, σύμφωνα με το DSM-IV-TR (APA, 2000).

Η απώλεια των δεξιοτήτων αυτών, είναι απαραίτητο, κατά το DSM-IV-TR (APA, 2000), να συνοδεύεται και από άτυπη λειτουργικότητα, ποιοτική βλάβη (**κριτήριο Γ**) σε δύο, τουλάχιστον, από τους παρακάτω τομείς: 1. ποιοτικές δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, 2. ποιοτικά ελλείμματα στην επικοινωνία και 3. επαναλαμβανόμενα και στερεοτυπικά μοτίβα συμπεριφοράς. Σχετικά με το **κριτήριο Δ**, η διάγνωση για αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας πραγματοποιείται, εφόσον πληρούνται τα παραπάνω κριτήρια, καθώς και εφόσον το άτομο δεν πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια για κάποια άλλη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή ή για σχιζοφρένεια.

Στο διαγνωστικό εγχειρίδιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ταξινόμηση των Ψυχικών Διαταραχών και των Διαταραχών της Συμπεριφοράς, (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2007), η άλλη αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας χαρακτηρίζεται από μια περίοδο φυσιολογικής ανάπτυξης επίκτητων ικανοτήτων, όπως η γλωσσική ικανότητα, η κοινωνική λειτουργικότητα, η επικοινωνία, οι οποίες, όμως, μέσα σε ένα διάστημα μερικών μηνών, γνωρίζουν έκπτωση και φθίνουν σε σημείο οριστικής απώλειάς. Συνήθως, η έκπτωση και η οριστική απώλεια αυτών των ικανοτήτων εκδηλώνονται, έπειτα από μία περίοδο, κατά την οποία το άτομο είναι κακοδιάθετο, ανήσυχο, ευερέθιστο, αγχώδες και υπερδραστήριο. Στη συνέχεια,

παρατηρούνται ελλείμματα στις εκφράσεις του προσώπου, στην ομιλία και μία, γενικότερη, αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2007).

Γενικότερα, η αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας εμφανίζεται, συνήθως, μεταξύ των 2-10 ετών του ατόμου και σχετίζεται με παλινδρόμηση σε προηγούμενα αναπτυξιακά στάδια (Wilmshurst, 2011). Τα άτομα που ανήκουν σε αυτήν τη διάγνωση είναι πολύ πιθανό να μην έχουν την ικανότητα να μιλήσουν και, σε σύγκριση με τις προηγούμενες διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, έχουν κακή πρόγνωση (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Scherer & Dawson, 2011). Ο Hendry (2000), ακόμη, υποστηρίζει, όπως αναφέρεται στο βιβλίο των Kring, Davison, Neale & Johnson (2010), ότι επικρατεί έντονη ασυμφωνία σχετικά με την εγκυρότητα αυτής της διαγνωστικής κατηγορίας και, σχετικά, με τις ομοιότητες και τις διαφορές που εμφανίζει με τις υπόλοιπες διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και, ιδιαίτερα, με την αυτιστική διαταραχή.

2.5. Σύνδρομο Rett:

Πρόκειται για ένα σύνδρομο το οποίο εμφανίζεται μόνο στα κορίτσια, με σαφές νευροβιολογικό υπόβαθρο και αιτιολογία, σχετικά με το οποίο, η αντίστοιχη βιβλιογραφία εντοπίζει αντιφατικές απόψεις για το αν μπορεί να συμπεριληφθεί στις διαταραχές που ονομάζονται διαταραχές του αυτιστικού φάσματος. Αυτό γιατί η κλινική εικόνα του συνδρόμου αυτού διαφέρει αρκετά από τις υπόλοιπες διαταραχές αυτής της κατηγορίας. Αυτό, όμως, δε σημαίνει ότι το σύνδρομο Rett δεν αποτελεί αναπτυξιακή διαταραχή, όπως προκύπτει και από τα αντίστοιχα διαγνωστικά κριτήρια.

Τα συμπτώματα του συγκεκριμένου συνδρόμου, σε αντίθεση με τις άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές, μπορούν να διαγνωσθούν είτε μέχρι την ηλικία των 5

μητών, είτε μετά τους 5 πρώτους μήνες της ζωής του ατόμου. Έτσι, για τη διάγνωσή του από τη γέννηση του ατόμου μέχρι και τους 5 πρώτους μήνες θα πρέπει να παρατηρηθεί φαινομενικά φυσιολογική: 1. προγεννητική και περιγεννητική ανάπτυξη, 2. ψυχοκινητική λειτουργικότητα και 3. περιφέρεια της κεφαλής μετά τη γέννηση. Μετά τον 5^ο μήνα, είναι απαραίτητο να είναι παρόντα όλα τα παρακάτω διαγνωστικά στοιχεία: 1. επιβράδυνση της ανάπτυξης της κεφαλής, μεταξύ των 5-48 μηνών, 2. απώλεια της σκόπιμης λειτουργίας των χεριών και επαναλαμβανόμενες κινήσεις των χεριών, 3. επιδείνωση της ψυχοκοινωνικής δραστηριότητας, 4. ελλιπής κινητικός συντονισμός και αστάθεια, 5. κλινικά σοβαρή ψυχοκινητική υστέρηση και 6. ελλείμματα στη γλωσσική έκφραση και κατανόηση (APA, 2000; Wilmshurst, 2011).

Όπως μας πληροφορεί το ICD-10 (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2007), το αίτιο του συνδρόμου Rett θεωρείται, ακόμη, άγνωστο. Συνήθως η διαταραχή αρχίζει να εκδηλώνεται ανάμεσα στον 7^ο και 24^ο μήνα της ζωής του ατόμου, κατά το οποίο χρονικό διάστημα η φυσιολογική ανάπτυξη του ατόμου ανακόπτεται με μερική ή πλήρη απώλεια των επίκτητων ικανοτήτων των χεριών, της ομιλίας και με επιβράδυνση της ανάπτυξης του κρανίου. Στα χαρακτηριστικά, ακόμη, του συνδρόμου Rett ανήκουν οι στερεοτυπίες και ο υπεραερισμός.

Σύμφωνα με τους Volkmar, Paul, Klin & Cohen (2005), κοντά στους 15 πρώτους μήνες της ζωής του ατόμου, περίπου, τα μισά κορίτσια με σύνδρομο Rett εκδηλώνουν σοβαρά αναπτυξιακά ελλείμματα και νευρολογικά συμπτώματα. Στη συνέχεια, μέχρι την ηλικία των 3 ετών το παιδί με σύνδρομο Rett εμφανίζει απότομη έκπτωση στην ανάπτυξή του, όπως στο λόγο, στις σκόπιμες κινήσεις των χεριών, στερεοτυπικές κινήσεις των χεριών «πλυσίματος», χάνει το ενδιαφέρον προς τους άλλους, όμως, διατηρεί τη βλεμματική επαφή.

Σε ό, τι αφορά, ακόμη, στην πορεία των συμπτωμάτων του συγκεκριμένο συνδρόμου, υπάρχουν **τέσσερα στάδια**. Πιο συγκεκριμένα, στην **πρώιμη έναρξη** (6-18 μήνες) του συνδρόμου, παρατηρείται παθητικότητα, επιβράδυνση στην ανάπτυξη της κεφαλής, γνωστικά ελλείμματα και επιληπτικές κρίσεις. Στο δεύτερο στάδιο, στο **στάδιο της ταχείας επιδείνωσης** (1-4 έτη), παρατηρείται απότομη έκπτωση στην ανάπτυξη του ατόμου, με την απώλεια της ομιλίας και με την αύξηση των περιστροφών των χεριών. Στο επόμενο στάδιο, στο **στάδιο Plateau ή της ψευδούς στασιμότητας** (2-10 έτη), ενώ, βελτιώνονται τομείς, όπως η κοινωνική αλληλεπίδραση, και η προσοχή, επιβαρύνονται τα κινητικά προβλήματα και, συνήθως, το άτομο εκδηλώνει απραξία. Πολλά άτομα με σύνδρομο Rett, μπορεί να παραμείνουν στο στάδιο αυτό, ενώ, άλλα, να εμφανίσουν περαιτέρω επιδείνωση των συμπτωμάτων τους και να συνεχίσουν στο τελευταίο στάδιο. Στο τελευταίο στάδιο (10 έτη και άνω), στο **στάδιο της ύστερης επιδείνωσης των κινητικών δεξιοτήτων**, τα κινητικά προβλήματα αυξάνονται, είναι πιθανή και η πλήρης ανικανότητα του ατόμου να περπατήσει. Ακόμη, παρουσιάζεται μυϊκή ακαμψία, σκολίωση και βαριάς μορφής έκπτωση των γνωστικών δεξιοτήτων. (Wilmshurst, 2011; Johnson & Myers, 2007; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

2.6. Διαταραχές του φάσματος του αυτισμού:

Έπειτα, από τη διερεύνηση της συμπτωματολογίας των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών και την περιγραφή της κλινικής τους εικόνας, γίνεται κατανοητό ότι οι διαταραχές αυτές και, ιδιαίτερα η αυτιστική διαταραχή, το σύνδρομο Asperger, και οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που δεν προσδιορίζονται διαφορετικά, μοιράζονται πολλά κοινά συμπτώματα και συμπεριφορές. Αυτό σημαίνει ότι τα κλινικά χαρακτηριστικά των παραπάνω διαταραχών, πολλές φορές, επικαλύπτουν τα χαρακτηριστικά της άλλης διαταραχής και ότι, πολλές φορές, η κλινική εικόνα ενός

ατόμου δεν εμπίπτει, αποκλειστικά, σε μία διαγνωστικά κατηγορία, αλλά, να εμφανίζει συμπεριφορές που ανήκουν και σε άλλες κατηγορίες.

Άλλωστε, τα ελλείμματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στη μη λεκτική συμπεριφορά και οι στερεοτυπίες είναι κοινά, σε έναν βαθμό, και στις πέντε διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Δεν είναι λίγοι, ακόμη, αυτοί που υποστηρίζουν ότι οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που δεν προσδιορίζονται διαφορετικά βρίσκονται σε ένα συνεχές με την αυτιστική διαταραχή και με το σύνδρομο Asperger, συνιστώντας έτσι, αυτό που ονομάζουμε διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (Luteijn et al., 2000; Fisch, 2012). Αν υποθέσουμε, λοιπόν, ότι αυτές οι τρεις διαγνωστικές κατηγορίες αποτελούν ένα φάσμα διαταραχών με ασαφή κλινικά όρια, συνιστώντας ένα συνεχές, τότε ένα άτομο με αυτιστική διαταραχή μπορεί, κατά την πορεία της ζωής του, να σημειώσει βελτίωση και να επανατοποθετηθεί στο σύνδρομο Asperger ή στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές που δεν προσδιορίζονται διαφορετικά και το αντίθετο (Wilmschurst, 2011). Αντιλαμβάνοντας, λοιπόν, αυτές τις διαταραχές ως ένα φάσμα διαταραχών, γίνεται δυνατό να συμπεριληφθούν αναπτυξιακές διαταραχές με πολλά κοινά στοιχεία αλλά και με πολύ λεπτές διαφοροποιήσεις (Luteijn et al., 2000; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Στο σημείο αυτό, είναι απαραίτητο να διευκρινιστεί ότι ο όρος «διαταραχές του φάσματος του αυτισμού» τείνει να αναφέρεται στις τρεις αυτές διαγνωστικές κατηγορίες. Όμως, σύμφωνα με την βιβλιογραφία, πολλοί συγκαταλέγουν σε αυτό το φάσμα και την αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας (Seltzer et al., 2013; Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010). Το σύνδρομο Rett διακρίνεται, συνήθως, από το φάσμα των διαταραχών αυτών, αφού, συνοδεύεται από ένα σαφές νευρολογικό υπόβαθρο και η κλινική εικόνα του ατόμου με αυτό το σύνδρομο είναι πολύ πιο επιβαρυνμένη από τις άλλες. Η χρήση, λοιπόν, του όρου «φάσμα» για την

περιγραφή των παραπάνω διαταραχών δείχνει ότι, παρά την εκτενή μελέτη και διερεύνηση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, ακόμη, είναι δύσκολος ο σαφής καθορισμός τους, ενώ, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και των ελλειμμάτων, πολλές φορές, διαφέρει από άτομο σε άτομο, καθιστώντας δύσκολη την ένταξη του σε μία μόνο διαγνωστική κατηγορία.

2.9. Οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού μέσα από το DSM-5:

Η 5^η έκδοση του DSM το 2013 μετέβαλλε ριζικά τη, μέχρι τώρα, ερευνητική και κλινική προσέγγιση γύρω από τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος και, γενικότερα, γύρω από τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Η βασική αλλαγή είναι η καθιέρωση του όρου διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, στη θέση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, και η κατάργηση των πέντε διαγνωστικών κατηγοριών (Zwaigenbaum, 2012; Guthrie et al., 2013).

Στην πρόσφατη αυτή έκδοση, επαναπροσδιορίστηκε ο αυτισμός και οι συνοδές διαταραχές του, επειδή, ήταν, ιδιαίτερα, δύσκολο ακόμη και για έμπειρους και καταρτισμένους κλινικούς επαγγελματίες να διακρίνουν, πολλές φορές, τις υποκατηγορίες του DSM-IV-TR (Zwaigenbaum, 2012). Έτσι, λοιπόν, σύμφωνα με το DSM-5, οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού αποτελούν μία διαγνωστική κατηγορία ψυχοπαθολογίας, οι οποίες εντοπίζονται, πια, σε ένα διευρυμένο συνεχές αναπτυξιακών διαταραχών, με μία διαβαθμισμένη κλίμακα σοβαρότητας (ήπιο-μέτριο-σοβαρό) (Zwaigenbaum, 2012; Gradzinski et al., 2013). Αυτό σημαίνει ότι το άτομο πλέον δε διαγιγνώσκεται με κάποιον από τους τύπους των αναπτυξιακών διαταραχών, αλλά, ελέγχεται αν ανήκει ή όχι, στο αυτιστικό φάσμα και προσδιορίζεται ο βαθμός της σοβαρότητας της διαταραχής.

Για τη διάγνωση των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού, βάσει του DSM-5, είναι απαραίτητο το άτομο να πληροί τα 4 κριτήρια του διαγνωστικού εγχειριδίου: 1)

ελλείμματα στην επικοινωνία, 2) στερεοτυπίες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, 3) τα συμπτώματα να είναι έκδηλα από την παιδική ηλικία και 4) έκπτωση στη γενικότερη λειτουργικότητα του ατόμου (Kurita, 2011). Αξίζει, ακόμη, να σημειωθεί ότι τα ελλείμματα στην εκφραστική ικανότητα της ομιλίας δε συγκαταλέγονται στα συμπτώματα γιατί δεν είναι χαρακτηριστικό των περισσότερων ατόμων με αυτόν τον τύπο διαταραχών (Guthrie et al., 2013).

Σύμφωνα με τους Buxbaum και Baron-Cohen (2013), οι υποστηρικτές των αλλαγών αυτών, στη διαδικασία της διάγνωσης του αυτισμού, επισημαίνουν ότι αυτή η συγχώνευση των 5 διαγνωστικών κατηγοριών είναι βοηθητική, αφού αφομοιώθηκαν 5 διαταραχές με χαμηλή εσωτερική αξιοπιστία, σε ένα συνεχές διαταραχών με υψηλή εσωτερική αξιοπιστία. Ακόμη, στα πλεονέκτημα αυτής της διαγνωστικής κατηγορίας κατατάσσεται η ορθή και εμπεριστατωμένη κατανομή των συμπτωμάτων και των κλινικών συμπεριφορών καθώς, και η ύπαρξη μίας κλίμακας μέσα από την οποία επισημαίνεται η σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Buxbaum & Baron-Cohen, 2013). Η Huerta, ακόμη, και οι συνεργάτες της (όπως αναφέρεται στο άρθρο των Grzadinski et al., 2013), υποστηρίζει ότι το 90%, περίπου, των παιδιών που είχαν λάβει διάγνωση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, βάσει του DSM-IV-TR, θα διατηρήσει τη διάγνωση αυτή, παρά τις αλλαγές στο DSM-5. Από την άλλη, όμως, πλευρά ο McPartland και οι συνεργάτες του επισήμαναν ότι μόνο το 60% των ατόμων θα διατηρήσει τη διάγνωση του αυτιστικού φάσματος και με τις αλλαγές στο DSM-5 (όπως αναφέρεται στο άρθρο της Zwaigenbaum, 2012).

Σε ό,τι αφορά στα μειονεκτήματα της 5^{ης} έκδοσης του DSM, ένας μεγάλος αριθμός ατόμων με διάγνωση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών δε θα πληροί τα κριτήρια του αυτιστικού φάσματος, κατά DSM-5. Αυτό περιπλέκει τη θεραπεία και την παρέμβαση του ατόμου και, σε πολλές περιπτώσεις, από τη στιγμή που το άτομο δεν

ανήκει σε αυτήν τη διαγνωστική κατηγορία, παύει να δικαιούται ορισμένες ειδικές υπηρεσίες (Williams et al., 2013; Zwaigenbaum, 2012). Κριτική, ακόμη, έχει ασκηθεί στο DSM-5 και στην χρήση του όρου διαταραχές του φάσματος του αυτισμού γιατί οι αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια, και στη διάγνωση γενικότερα του αυτιστικού φάσματος, θεωρούνται, σε μεγάλο βαθμό, περιοριστικές, αφού δε δίνουν τη δυνατότητα να εντοπιστούν οι διαφοροποιήσεις της κλινικής εικόνας του κάθε ατόμου (Zwaigenbaum, 2012). Παράλληλα, δημιουργούνται ερωτηματικά σχετικά με τα άτομα με διαγνώσεις αυτισμού υψηλής λειτουργικότητας ή συνδρόμου Asperger (Buxbaum & Baron-Cohen, 2013). Σύγχυση, ακόμη, προκαλεί η εισαγωγή μίας νέας διαγνωστικής κατηγορίας, της διαταραχής της επικοινωνίας (social-communication disorder). Στη διαταραχή αυτή εμπίπτουν άτομα που εμφανίζουν δυσκολίες στην αλληλεπίδραση και στην επικοινωνία (Buxbaum & Baron-Cohen, 2013). Η έλλειψη, όμως, ερευνητικών δεδομένων καθιστά δύσκολη τη διάκρισή της από τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος.

Μέσα από αυτό το κεφάλαιο, γίνεται κατανοητό ότι οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού θεωρούνταν ποιοτικά διαφορετικές διαταραχές, ενώ, πλέον ένα φάσμα συμπτωμάτων. Η διάγνωση του αυτιστικού φάσματος είναι δύσκολη, ενώ, η πορεία των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος διαφοροποιείται καθώς το άτομο αναπτύσσεται, χωρίς να μπορεί να προβλεφθεί η ακριβής πορεία, η εξέλιξη και η σοβαρότητα των ελλειμμάτων της διαταραχής. Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με τις διαγνωστικές αλλαγές του DSM-5, αν και βελτιώνουν και ενισχύουν τη γνώση για την ομάδα αυτή των διαταραχών, μπορεί να έχουν αντίθετα αποτελέσματα και να αποπροσανατολίσουν από την κατανόηση του φάσματος της διαταραχής. Παρόλα αυτά η διερεύνηση της συμπτωματολογίας κρίνεται αναγκαία, αφού η σωστή διάγνωση θα κρίνει και θα καθορίσει την κατάλληλη και στοχευμένη παρέμβαση.

3. Διαφορική διάγνωση και ζητήματα συννοσηρότητας

Στα πλαίσια της ένταξης του ατόμου στην κατηγορία των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού, είναι απαραίτητη η διάκριση των διαταραχών αυτών από άλλες διαταραχές με παρόμοιες κλινικές συμπεριφορές, όπως η πρώιμη παιδική ψύχωση, το σύνδρομο του εύθραυστου Χ, η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή και η νοητική υστέρηση. Παράλληλα, κρίνεται αναγκαία η διερεύνηση τυχόν συννοσηρής ψυχοπαθολογίας ή κάποιας άλλης διαταραχής η οποία επηρεάζει την κλινική εικόνα του ατόμου.

3.1. Διαφορική διάγνωση

3.1.1. Πρώιμη παιδική ψύχωση/σχιζοφρένεια

Αν και η εκδήλωση διαταραχών στο φάσμα της ψύχωσης/σχιζοφρένειας στην παιδική ηλικία είναι εξαιρετικά σπάνια, είναι απαραίτητος ο αποκλεισμός τους από τη διάγνωση των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού.

Πριν από τη διερεύνηση των διαφορών της πρώιμης παιδικής ψύχωσης και των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού, πρέπει να σημειωθεί ότι ο αυτισμός, πριν αποτελέσει ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία, θεωρούνταν εκδήλωση σχιζοφρενικών συμπτωμάτων και τα άτομα με αυτισμό ανήκαν στη διάγνωση της παιδικής σχιζοφρένειας. Αυτό γιατί η ύπαρξη παράξενων συμπεριφορών, ελλειμμάτων στην κοινωνικότητα και στη γενικότερη λειτουργικότητα του ατόμου γινόταν αντιληπτή ως ένδειξη σχιζοφρένειας, ακόμη, και με την απουσία παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Πλέον, όμως, είναι γνωστό ότι οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και η πρώιμη παιδική σχιζοφρένεια διαφέρουν και αποτελούν δύο αρκετά διαφορετικές ψυχικές διαταραχές, αφού η ηλικία έναρξης των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού είναι η ηλικία των 3^{ων} ετών, ενώ η πρώιμη παιδική σχιζοφρένεια μπορεί να

εκδηλωθεί από τα 2-12 έτη του ατόμου, με συνήθη έναρξη στα 5 έτη του ατόμου. Ακόμη, αν και οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού εμφανίζουν υψηλή συννοσηρότητα με τη νοητική υστέρηση, στη σχιζοφρένεια στην παιδική ηλικία δεν παρατηρείται κάτι αντίστοιχο. Στην πρώιμη παιδική σχιζοφρένεια, επίσης, δεν παρατηρείται η ίδια ένταση ελλειμμάτων στην προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου, όπως στις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Rutter et al., 1994). Ένας άλλος παράγοντας που διαφοροποιεί αυτές τις δύο διαταραχές είναι η υπόθεση, σύμφωνα με την οποία οι νευροανατομικές αλλαγές που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια, συνήθως, εκδηλώνονται και πριν τη γέννηση του ατόμου, ενώ, το νευροβιολογικό υπόβαθρο των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος γίνεται εμφανές με την εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων, κοντά στη ηλικία των 3^{ων} ετών (Breslin & Weinberger, 1990; Rutter et al., 1994).

3.1.2. Ψυχαναγκαστική-Καταναγκαστική Διαταραχή:

Στα πλαίσια της διαφορικής διάγνωσης, είναι απαραίτητο να αποκλειστεί το ενδεχόμενο ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής. Αυτό γιατί οι στερεοτυπικές και επαναλαμβανόμενες κινήσεις, οι τελετουργικές συμπεριφορές και η αντίσταση στην αλλαγή αποτελούν χαρακτηριστικά τόσο της ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής, όσο και των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Ως ειδοποιός διαφορά, όμως, ανάμεσα σε αυτές τις δύο διαταραχές, λειτουργεί η ύπαρξη, στις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, έντονων ελλειμμάτων στην επικοινωνία, στη γλωσσική ανάπτυξη και στη συναισθηματική εγγύτητα. Ελλείμματα τα οποία απουσιάζουν από τα άτομα με διάγνωση ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

3.1.3. Νοητική υστέρηση:

Σύμφωνα με τους Carpentieri και Morgan (1996), το 80% των παιδιών που βρίσκονται στο αυτιστικό φάσμα εμφανίζει βαθμολογία χαμηλότερη από 70 σε δοκιμασίες νοημοσύνης. Όμως, τα άτομα με νοητική υστέρηση σημειώνουν, συνήθως, χαμηλές βαθμολογίες σε όλες τις υποκλίμακες των σταθμισμένων δοκιμασιών νοημοσύνης, αντίθετα με τα άτομα, με διάγνωση διαταραχών του φάσματος αυτισμού, τα οποία δεν έχουν ομοιόμορφη επίδοση (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που ανήκουν στο αυτιστικό φάσμα εμφανίζουν χαμηλές επιδόσεις σε δοκιμασίες αφηρημένης σκέψης, συμβολισμού και σε δοκιμασίες που εμπλέκουν τη γλωσσική ικανότητα. Οι επιδόσεις τους, όμως, σε οπτικοχωρικές δοκιμασίες, είναι υψηλότερες από των ατόμων με νοητική υστέρηση. Ακόμη, όπως αναφέρθηκε, τα άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού μπορεί να εκδηλώσουν πολύ υψηλές επιδόσεις σε μία συγκεκριμένη δεξιότητα, όπως η αριθμητική (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Είναι σημαντικό, ακόμη, να σημειωθεί ότι, στα πλαίσια του νοητικού δυναμικού και του αυτιστικού φάσματος, να γίνει διάκριση μεταξύ υψηλής λειτουργικότητας αυτισμού (δείκτης νοημοσύνης 70-80) και συνδρόμου Asperger. Τα κλινικά όρια μεταξύ αυτών των δύο διαταραχών είναι, ιδιαίτερα, ασαφή και οι ομοιότητες τους υπερτερούν των διαφορών τους. Ως κύρια διαφορά τους, όμως, μπορεί να αναφερθεί η βελτιωμένη γλωσσική ανάπτυξη και ικανότητα συζήτησης στα άτομα με σύνδρομο Asperger, αντίθετα με τα άτομα με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Wilmshurst, 2011). Αξίζει, ακόμη, να αναφερθεί ότι τα άτομα με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού εμφανίζουν υψηλή συννοσηρότητα με τη νοητική υστέρηση.

3.2. Συννοσηρότητα:

Ο όρος «συννοσηρότητα» αναφέρεται στην ύπαρξη πρόσθετης ψυχοπαθολογίας σε ένα άτομο που έχει, ήδη, διαγνωσθεί με μία ψυχική διαταραχή. Σε ό,τι αφορά στις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, η συννοσηρότητα μπορεί να περιλαμβάνει επιληψία και επιληπτικές κρίσεις, διαταραχές της διάθεσης, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), γενετικά σύνδρομα όπως το σύνδρομο του εύθραυστου Χ, αυτοάνοσα νοσήματα.

3.2.1. Επιληψία:

Σύμφωνα με τους Dykens και Volkmar, όπως αναφέρονται στο βιβλίο των Volkmar, Paul, Klin και Cohen (2005), τα άτομα με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού έχουν αυξημένο κίνδυνο για την εκδήλωση επιληπτικών κρίσεων.

Ο μεγάλος αριθμός μελετών της σχέσης της επιληψίας και των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος επιβεβαιώνουν την υπόθεση περί ύπαρξης κοινών μηχανισμών που συνδέουν αυτές τις δύο διαταραχές (Berg & Plioplys, 2012). Η σχετική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε από τους Berg και Plioplys (2012) επισημαίνει ότι η ύπαρξη επιληψίας είναι έντονη σε άτομα με νοητική υστέρηση, και πιο έντονη στα άτομα με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού με νοητική υστέρηση, αντίθετα με τα άτομα του αυτιστικού φάσματος με, σχετικά, φυσιολογικό νοητικό δυναμικό.

Ακόμη, οι έρευνες δεν έχουν καταλήξει σε ένα σαφές και εμπειριστατωμένο συμπέρασμα που να αιτιολογεί τη συννοσηρότητα των επιληπτικών κρίσεων στις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Όμως, η πλειοψηφία των μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί, σχετικά με αυτό το θέμα, ενισχύουν την ύπαρξη τέτοιου είδους συννοσηρότητας και, παράλληλα, υπογραμμίζουν τη συσχέτισή τους με τη νοητική υστέρηση (Berg & Plioplys, 2012; Bolton et al., 2011; Scherer & Dawson, 2011).

3.2.2. Διαταραχές της διάθεσης:

Αλλαγές στη διάθεση των ατόμων με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού έχουν εντοπιστεί, αλλά η διάγνωση διαταραχών της διάθεσης στο συγκεκριμένο πληθυσμό είναι ιδιαίτερα δύσκολη, εξαιτίας της δυσκολίας των ατόμων αυτών να επικοινωνήσουν, λεκτικά και μη, τα συναισθήματά τους (Lainhart & Folstein, 1994; Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010). Σε μία ανασκόπηση της αντίστοιχης βιβλιογραφίας που πραγματοποίησαν οι Lainhart και Folstein (1994), υπογραμμίζεται ότι τα άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού θεωρούνται πληθυσμός υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση διαταραχών της διάθεσης. Παρά τη δυσκολία εντοπισμού διαταραχών στη διάθεση στο φάσμα του αυτισμού, τα συμπτώματα γίνονται αντιληπτά με τη μορφή αλλαγών στη διάθεση του ατόμου και στη συμπεριφορά του. Για παράδειγμα, χάνει το ενδιαφέρον του σε ασχολίες που τον ευχαριστούσαν, παρατηρούνται αυξημένα αισθήματα θυμού, καθώς, και αλλαγές στην εξωτερική του εικόνα, λόγω έλλειψης υγιεινής (Lainhart & Folstein, 1994). Γίνεται, λοιπόν, κατανοητό ότι αν και κλινικά συμπτώματα διαταραχών της διάθεσης μπορούν να παρατηρηθούν σε άτομα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού, η διάγνωση συννοσηρότητας είναι μία δύσκολη διαδικασία λόγω των ιδιαιτεροτήτων των ατόμων αυτών ως προς τα συναισθήματα και την έκφρασή τους.

3.2.3. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)

Αν και η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ αποτελεί κριτήριο αποκλεισμού διάγνωσης των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού, τα άτομα και, ιδιαίτερα τα παιδιά που βρίσκονται στο αυτιστικό φάσμα, εκδηλώνουν και ΔΕΠ-Υ (Goldstein & Schwebach, 2004). Δεν είναι λίγοι αυτοί που έχουν προτείνει τα άτομα με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, με έντονα ελλείμματα στην προσοχή και με υπερκινητικότητα, να διαγιγνώσκονται και με ΔΕΠ-Υ, στα πλαίσια συννοσηρής ψυχοπαθολογίας (Goldstein & Schwebach, 2004).

Από την άλλη, όμως, πλευρά υποστηρίζεται ότι οι δυσλειτουργίες στην προσοχή και η υψηλή ευερεθιστότητα σχετίζονται και με μία σειρά νευροαναπτυξιακών μηχανισμών και αντίστοιχων δυσλειτουργιών του αυτιστικού φάσματος, πραγματοποιώντας, έτσι, δύσκολη τη διάκριση αν τα συμπτώματα αυτά οφείλονται σε μία πρόσθετη ψυχοπαθολογία, το ΔΕΠ-Υ, ή αν είναι συμπεριφορές στα πλαίσια του αυτιστικού φάσματος (Goldstein & Schwebach, 2004; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

3.2.4. Σύνδρομο εύθραυστου X

Το σύνδρομο του εύθραυστου X αποτελεί μία από τις πιο συχνές κληρονομικές αιτίες νοητικής υστέρησης και προκαλείται από αλλοιώσεις στο χρωμόσωμα X (Wimshurst, 2011; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Zafeiriou, Ververi & Vargianni, 2007).

Ορισμένα από τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου συνδρόμου είναι η επιμήκυνση της κεφαλής, η επιμήκυνση των γονάδων, η υποτονία, προβλήματα στη γλώσσα και στην επικοινωνία, καθώς και υψηλή ευαισθησία στον ήχο, στην αφή και στο φως (Wimshurst, 2011; Zafeiriou, Ververi & Vargianni, 2007).

Το σύνδρομο του εύθραυστου X έχει θεωρηθεί ότι προκαλεί διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (Zafeiriou, Ververi & Vargianni, 2007). Η Fisch και οι συνεργάτες της (2012) επισήμαναν υψηλή συσχέτιση του συνδρόμου αυτού με τον αυτισμό και λιγότερο με τη νοητική υστέρηση. Δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο αν το σύνδρομο του εύθραυστου X εμφανίζει συννοσηρότητα με τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού ή αν τις προκαλεί (Wimshurst, 2011; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Zafeiriou, Ververi & Vargianni, 2007). Άλλωστε, η έντονη συστολή, η κοινωνική αποφυγή και η έλλειψη βλεμματικής επαφής αποτελούν κλινικά χαρακτηριστικά και των δύο διαταραχών, χωρίς, όμως, να είναι σαφές αν πρόκειται για ένδειξη συμπτωματολογίας ή αιτιολογίας.

3.2.5. Αυτοάνοσα νοσήματα:

Έχει υποστηριχθεί κατά καιρούς ότι οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος εμφανίζουν συννοσηρότητα με αυτοάνοσα νοσήματα. Πρόκειται για μία άποψη η οποία σταδιακά αποκτά όλο και περισσότερους υποστηρικτές, καθώς στηρίζεται στο γεγονός ότι τα άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού εμφανίζουν αυξημένη ανοσολογική απόκριση και αυξημένο αριθμό κυτοκινών. Απαιτείται, όμως, ακόμη ο εμπειρικός έλεγχος της συγκεκριμένης υπόθεσης για να αποδειχθεί αν πρόκειται, όντως, για συννοσηρότητα (Wimshurst, 2011; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Zafeiriou, Ververi & Vargianni, 2007; Fisch et al., 1988).

4. Θεωρίες για τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται και εξετάζονται βασικές θεωρίες για τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, που διερευνούν τα ελλείμματα αυτής της ομάδας των διαταραχών. Οι θεωρίες αυτές είναι η **θεωρία του νου (ΘτΝ)** και η **θεωρία της κεντρικής συνοχής**. Ακόμη γίνεται αναφορά και σε μία σχετικά πιο πρόσφατη θεωρία για τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, στη **θεωρία της ενσυναίσθησης και της συστηματοποίησης**. Η εξέταση των τριών αυτών θεωριών έχει ως στόχο την καλύτερη κατανόηση των ελλειμμάτων και των δυσκολιών των ατόμων με διαταραχές που ανήκουν σε αυτό το φάσμα καθώς και τη δυνατή αιτιολόγηση των ιδιαίτερων αυτών χαρακτηριστικών τους.

4.1. Θεωρία του Νου (ΘτΝ):

Η προέλευση της ΘτΝ αποδίδεται στους Premack και Woodruff (1978) και αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αποδίδει νοητικές καταστάσεις στο ίδιο και στους άλλους. Αυτό σημαίνει ότι η ΘτΝ σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να κατανοεί, να προβλέπει τις πεποιθήσεις, τις επιθυμίες, τις προθέσεις των άλλων και γενικότερα τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τον κόσμο και να αντιδρά σε αντιστοιχία με αυτές (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Τη σύνδεση της ΘτΝ με τις αυτιστικές διαταραχές πραγματοποίησε ο S. Baron-Cohen θέτοντας το ερώτημα αν το παιδί με αυτισμό έχει αναπτύξει τη ΘτΝ, στο άρθρο με τον ίδιο τίτλο (Does the autistic child have a theory of mind?) (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005). Η ΘτΝ έχει αξιολογηθεί με διάφορες δοκιμασίες οι οποίες χωρίζονται σε δύο διαφορετικές κατηγορίες: στις δοκιμασίες εσφαλμένης αντίληψης 1^{ου} επιπέδου και στις δοκιμασίες αντίληψης 2^{ου} επιπέδου. Στην πρώτη κατηγορία το παιδί αξιολογείται στην ικανότητά του να

αναπαριστά τις πεποιθήσεις των άλλων για γεγονότα που συμβαίνουν ενώ στη δεύτερη κατηγορία αξιολογείται στην ικανότητά του να αναπαριστά τις ψευδείς πεποιθήσεις ενός ατόμου για κάτι που σκέφτεται κάποιος άλλος για τα γεγονότα που συμβαίνουν (Frith & Harpe, 1999). Οι Frith και Harpe (1999) αναφέρουν ότι από τις πιο γνωστές δοκιμασίες εσφαλμένης αντίληψης 1^{ου} επιπέδου είναι αυτές οι οποίες βασίζονται στην κατανόηση ότι η αλλαγή στη θέση ενός αντικειμένου, εν αγνοία του ατόμου που θα κληθεί να το βρει, οδηγεί σε λανθασμένη πεποίθηση για το πού βρίσκεται αυτό το αντικείμενο.

Τα δεδομένα που έχουν προκύψει από μελέτες με τέτοιου είδους δοκιμασίες επισημαίνουν ότι τα άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού εμφανίζουν ελλείμματα στην κατανόηση των νοητικών καταστάσεων των άλλων, να «διαβάσουν» δηλαδή το μυαλό του άλλου και να προβλέψουν τη συμπεριφορά του (Baron-Cohen, 2008; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Kremer-Sadlik, 2013). Πιο συγκεκριμένα, τα ελλείμματα στη ΘτΝ για τα άτομα του αυτιστικού φάσματος συνίστανται στη δυσκολία τους να κατανοήσουν την εσφαλμένη αντίληψη ενός ατόμου, στο φανταστικό παιχνίδι και στην προσποίηση (Baron-Cohen, 2008; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005). Ακόμη, σε ό,τι αφορά στη ΘτΝ και τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, τα συγκεκριμένα άτομα δυσκολεύονται να κατανοήσουν τα περίπλοκα συναισθήματα. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τις έρευνες των Baron-Cohen (1991a) και Baron-Cohen, Spitz & Cross (1993), όπως αναφέρονται στο βιβλίο των Volkmar, Paul, Klin & Cohen (2005), μπορούν να κατανοήσουν ότι αν ο John πάρει αυτό που θέλει θα νιώσει χαρούμενος, αλλά δε μπορούν να κατανοήσουν ότι αν ο John νομίζει ότι θα πάρει αυτό που θέλει (ακόμη και αν στην πραγματικότητα δεν το πάρει), ο ίδιος θα νιώθει χαρούμενος. Επιπρόσθετα στα ελλείμματα στη ΘτΝ ανήκουν η αδυναμία να διακριθεί τότε ένα

άτομο σκέφτεται ή επιθυμεί κάτι, σύμφωνα με την περιοχή των ματιών του, η αδυναμία να εξαπατήσουν τον άλλον, να κατανοήσουν το πραγματολογικό μέρος της γλώσσας που αναφέρεται στη συναισθηματική χροιά του λόγου (Baron-Cohen, 2008; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, όταν εξετάζονται μέσα από το πρίσμα της ΘτΝ, μπορούμε να τις αντιληφθούμε σαν ένα είδος τύφλωσης η οποία καθιστά αδύνατη την αντίληψη και κατανόηση των νοητικών καταστάσεων των άλλων. Έτσι, το άτομο περιορίζεται στον εαυτό του, μόνο σε εκείνα που γνωρίζει και συνεπώς η αντίληψή του για το περιβάλλον είναι εγωκεντρική. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άτομο με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού να εκδηλώνει έντονα ελλείμματα σε επίπεδο ενσυναίσθησης και τις περισσότερες φορές να θεωρούν τη συμπεριφορά των άλλων απρόβλεπτη και απειλητική, αφού δεν είναι εφικτή η αναπαράσταση των σκέψεων και των συναισθημάτων των άλλων (Baron-Cohen, 2008; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Τέλος, είναι απαραίτητο να γίνει κατανοητό ότι η ΘτΝ και τα ελλείμματα που εκδηλώνουν τα άτομα με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος σύμφωνα με αυτήν, δεν αποτελούν δείγμα νοητικής υστέρησης, αλλά μία σειρά ελλειμμάτων που σχετίζονται με την κοινωνική συμπεριφορά (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985). Άλλωστε, η ΘτΝ δεν αποτελεί μία πλήρη περιγραφή και εξήγηση του πολύπλοκου και πολυδιάστατου φάσματος του αυτισμού και των συνοδών ελλειμμάτων του.

4.2. Θεωρία της κεντρικής συνοχής:

Η θεωρία της κεντρικής συνοχής διατυπώθηκε από την U. Frith στα τέλη της δεκαετίας του 1980, όπως αναφέρουν οι Motttron, Burack, Iarocci, Belleville και Enns (2003). Σύμφωνα με αυτήν τη θεωρία τα άτομα με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού έχουν την τάση να εστιάζουν στις λεπτομέρειες ενός ερεθίσματος και δεν

αντιλαμβάνονται το ερέθισμα ως έναν όλον, αγνοώντας, παράλληλα, το ευρύτερο περιβάλλον. Αυτό σημαίνει ότι οι λεπτομέρειες του ερεθίσματος γίνονται αντιληπτές σε βάρος του ερεθίσματος ως ολότητα (Motttron, Burack, Iarocci, Belleville & Enns, 2003). Σε αντίθεση, λοιπόν, με τα άτομα που δεν έχουν διαγνωσθεί με κάποια διαταραχή του φάσματος του αυτισμού, τα άτομα με αυτιστικές διαταραχές αδυνατούν να επεξεργαστούν όλες εκείνες τις πληροφορίες του ερεθίσματος, να τις τοποθετήσουν σε ένα συνεχές και να δημιουργήσουν αντιληπτικές αναπαραστάσεις (Happe, Briskman & Frith, 2001). Γι' αυτό το λόγο η U. Frith υποστηρίζει ότι τα άτομα με διαταραχές στο αυτιστικό φάσμα έχουν αδύναμη κεντρική συνοχή (Happe, Briskman & Frith, 2001).

Τα παραπάνω δεδομένα δημιουργούν ένα γόνιμο έδαφος για να κατανοήσει κανείς καλύτερα ορισμένες συμπεριφορές των ατόμων με διαταραχές του αυτισμού. Πιο συγκεκριμένα, η εστίαση των ατόμων, που ανήκουν στις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, στις λεπτομέρειες μπορεί να εξηγήσει γιατί, πολύ συχνά, τα συγκεκριμένα άτομα ιδιαίτερα στην παιδική ηλικία εστιάζουν την προσοχή τους σε ένα πολύ συγκεκριμένο μέρος, κομμάτι ή πλευρά ενός αντικειμένου. Αν ακόμη εξετάσουμε την κλινική εικόνα των αυτιστικών διαταραχών μέσα από το πρίσμα της θεωρίας της κεντρικής συνοχής, μπορεί να δοθεί μία πιθανή εξήγηση για τη δυσκολία τους να αντιληφθούν τι σημαίνει το βλέμμα των ανθρώπων, αφού αδυνατούν να αντιληφθούν διαφορετικές πλευρές του ευρύτερου πλαισίου. Αξίζει, όμως, να αναφερθεί ότι η αδυναμία στην κεντρική συνοχή των ατόμων αυτών πέρα από το μεγάλο αριθμό δυσκολιών που τους δημιουργεί, τους δίνει προβάδισμα, σε σχέση με τα υγιή άτομα, σε δοκιμασίες που απαιτούν τη σε πολύ μεγάλο βαθμό εστίαση στις λεπτομέρειες ενός αντικειμένου όπως η δοκιμασία Embedded Figures και η δοκιμασία Block Design όπως αυτές περιγράφονται από τις Shah και Frith (1983) σύμφωνα με το

άρθρο των (Harpe, Briskman & Frith, 2001). Επομένως, τα άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού είναι καλύτερα στην αντίληψη των λεπτομερειών ενός ερεθίσματος από τα τυπικά αναπτυσσόμενα άτομα, γι' αυτό και πολλές φορές οι επιδόσεις τους είναι ιδιαίτερα υψηλές όπως στα μαθηματικά αλλά η ικανότητά τους για λεκτική επικοινωνία ελλειμματική.

4.3. Θεωρία της ενσυναίσθησης και της συστηματοποίησης:

Η θεωρία της ενσυναίσθησης και της συστηματοποίησης διατυπώθηκε από τον S. Baron-Cohen το 2002 και αποτελεί μία θεωρία δύο παραγόντων η οποία συμβάλλει στη διερεύνηση των κοινωνικών, αλλά και των άλλων τύπων ελλειμμάτων των ατόμων με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού (Baron-Cohen, 2008; Baron-Cohen, 2009; Merritt, 2012). Για τη διερεύνηση αυτών των ελλειμμάτων ο S. Baron-Cohen αναφέρεται δύο βασικές γνωστικές λειτουργίες, την ενσυναίσθηση και τη δημιουργία και χρήση γνωστικών συστημάτων.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η ΘτΝ αναφέρεται στη γνωστική πλευρά της ενσυναίσθησης, η θεωρία της ενσυναίσθησης και της συστηματοποίησης εστιάζει σε ένα δεύτερο στοιχείο της ενσυναίσθησης, στην κατάλληλη συναισθηματική απόκριση του ατόμου στις σκέψεις και στα συναισθήματα του άλλου (Baron-Cohen, 2008; Wakabayashi et al, 2007). Παράλληλα, η συγκεκριμένη θεωρία βασίζεται και στην ικανότητα του ατόμου να χρησιμοποιεί και να εφαρμόζει γνωστικά συστήματα. Η συστηματοποίηση, λοιπόν, είναι η ικανότητα του ατόμου να αναλύει και να δημιουργεί γνωστικά συστήματα. Ως σύστημα ορίζεται οτιδήποτε αποτελείται και ακολουθεί συγκεκριμένους κανόνες. Έτσι, όταν το άτομο αναλύει και εφαρμόζει συστήματα, προσπαθεί να εντοπίσει τους κανόνες που διέπουν ένα σύστημα ώστε να κατανοήσει πώς λειτουργεί και να μπορέσει να προβλέψει πώς θα συμπεριφερθεί (Baron-Cohen, 2009; Baron-Cohen, 2008). Σύμφωνα με τον Baron-Cohen (2009)

τέτοιου είδους παραδείγματα συστημάτων είναι τα εξής: τα αριθμητικά συστήματα (όπως τα δρομολόγια των συγκοινωνιών), τα μηχανικά συστήματα (όπως ο τρόπος λειτουργίας μίας ηλεκτρονικής συσκευής), τα αφηρημένα συστήματα (όπως η σύνταξη των λέξεων μέσα στο λόγο). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία οι γυναίκες υπερέχουν των ανδρών αναφορικά με την ενσυναίσθηση ενώ οι άνδρες υπερέχουν των γυναικών ως προς την ικανότητα συστηματοποίησης (Baron-Cohen, 2009; Baron-Cohen, Knickmeyer & Belmonte, 2005).

Σχετικά με τη θεωρία της ενσυναίσθησης και της συστηματοποίησης και τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, ο Baron-Cohen (2008) υποστηρίζει ότι η ενσυναίσθηση των ατόμων με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού είναι κάτω από το μέσο όρο ενώ η ικανότητά τους για συστηματοποίηση πιο πάνω από το μέσο όρο. Η χαμηλή ικανότητα για ενσυναίσθηση μπορεί να δικαιολογήσει τη δυσκολία των ατόμων αυτών για κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία ενώ οι καλύτερες επιδόσεις τους στη συστηματοποίηση μπορεί να αιτιολογήσει τον περιορισμένο αριθμό ενδιαφερόντων τους, την αντίσταση στην αλλαγή και τις επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (Baron-Cohen, 2008; Merritt, 2012). Επομένως, αναγνωρίζοντας στα άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού την ικανότητα της συστηματοποίησης, κατανοεί, ακόμη κανείς γιατί εστιάζουν την προσοχή τους σε συγκεκριμένες λεπτομέρειες ερεθισμάτων, αφού η ικανότητα αντίληψης των λεπτομερειών είναι ιδιαίτερα υψηλή (Baron-Cohen, 2008; Baron-Cohen, 2009). Ακόμη, η συγκεκριμένη θεωρία λειτουργεί βοηθητικά στην κατανόηση της δυσκολίας που εμφανίζουν τα άτομα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού στο να γενικεύσουν τις συμπεριφορές και να τις εφαρμόσουν και σε ένα διαφορετικό πλαίσιο. Αυτό συμβαίνει γιατί τα άτομα με αυτού του είδους τις διαταραχές αντιλαμβάνονται το κάθε σύστημα ως ξεχωριστό και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία να

αναγνωρίσουν ένα ίδιο σύστημα σε ένα διαφορετικό πλαίσιο υπό άλλες συνθήκες (Baron-Cohen, 2009).

Στα πλαίσια εξέτασης της θεωρίας της ενσυναίσθησης και της συστηματοποίησης, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθεί και η θεωρία του ακραίου αρσενικού εγκεφάλου, μία θεωρία επέκταση της παραπάνω θεωρίας. Η θεωρία του ακραίου αρσενικού εγκεφάλου έχει εδραιωθεί στην άποψη σχετικά με τις διαφορετικές επιδόσεις ανδρών και γυναικών στην ενσυναίσθηση και στη συστηματοποίηση και υποστηρίζει ότι τα άτομα με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος είναι ιδιαίτερα ικανά στην ανάλυση συστημάτων, εμφανίζουν, όμως, ελλείμματα στην ενσυναίσθηση, κατατάσσοντας τους, έτσι, στην κατηγορία Ακραίος Τύπος S (Baron-Cohen, 2008; Baron-Cohen, Knickmeyer & Belmonte, 2005; Wakabayashi et al., 2007). Αυτό μπορεί να συσχετισθεί, ακόμη, με την υψηλή αναλογία των ανδρών στις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, σε σχέση με τις γυναίκες (Wakabayashi et al., 2007).

Με βάση τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι η θεωρία της ενσυναίσθησης και της συστηματοποίησης δεν εστιάζει μόνο στις δυσκολίες των ατόμων με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, αλλά παράλληλα αναφέρεται και στις δυνατότητες τους όπως η υψηλή ικανότητα για συστηματοποίηση και η εξαιρετική αντιληπτικότητα για τις λεπτομέρειες (Baron-Cohen, 2008; Baron-Cohen, 2009). Έτσι, από τη στιγμή που το άτομο με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού είναι ικανό να αντιληφθεί ένα ερέθισμα αλλά με περισσότερη προσπάθεια, η θεωρία αυτή συμβάλλει στην άμβλυνση της συστηματοποίησης των ατόμων που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού και των αντίστοιχων στερεοτύπων που τα συνοδεύουν (Baron-Cohen, 2008; Baron-Cohen, 2009).

Από την άλλη, όμως, πλευρά η συγκεκριμένη θεωρία έχει δεχθεί κριτική γιατί αναφέρεται κυρίως σε άτομα που έχουν διαγνωσθεί με σύνδρομο Asperger και σε άτομα με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας των οποίων η λειτουργικότητα είναι βελτιωμένη σε σχέση με τις διαταραχές του υπόλοιπου φάσματος (Baron-Cohen, 2008; Baron-Cohen, 2009). Σε ό,τι αφορά ακόμη στη συγκεκριμένη θεωρία είναι απαραίτητη η εμπειρική της επιβεβαίωση, προκειμένου να κριθεί αν αυτό το θεωρητικό μοντέλο στηρίζεται και από τα ερευνητικά δεδομένα (Baron-Cohen, 2008; Baron-Cohen, 2009).

Καταλήγοντας, ο αριθμός των θεωριών που έχουν διατυπωθεί για τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και τα ελλείμματα που παρουσιάζει η κλινική τους εικόνα είναι μεγάλος. Από τις πιο σημαντικές και εμπειριστατωμένες θεωρίες είναι η θεωρία του νου, η θεωρία της κεντρικής συνοχής και η πιο πρόσφατη θεωρία της ενσυναίσθησης και της συστηματοποίησης. Οι τρεις αυτές θεωρίες συμβάλλουν καταλυτικά στη διερεύνηση του πολυσύνθετου φάσματος του αυτισμού, αφού δίνουν τη δυνατότητα να εξεταστεί το συγκεκριμένο φάσμα διαταραχών από διαφορετικές οπτικές γωνίες με βασικό γνώμονα την κατανόηση των κοινωνικών και γνωστικών ελλειμμάτων των ατόμων αυτών.

5. Αιτιολογικοί παράγοντες των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος

Ο διάλογος που αφορά στα αίτια των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού, τους πιθανούς παράγοντες που τις προκαλούν, καθώς και στο ρόλο γονιδίων-περιβάλλοντος ακολουθεί μακρά πορεία. Απόψεις και ευρήματα σχετικά με εκείνους τους παράγοντες που προκαλούν διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, διατυπώνονται από την χρονική στιγμή που η συγκεκριμένη ομάδα διαταραχών αναγνωρίστηκε ως διαγνωστική κατηγορία.

Εν έτει 2014, η γνώση μας για τους αιτιολογικούς παράγοντες των διαταραχών αυτών έχει σημειώσει ιδιαίτερη πρόοδο, χωρίς όμως να είναι εύκολη ακόμη η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με το τι προκαλεί τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Έτσι, στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει η παρουσίαση των βιβλιογραφικών και ερευνητικών δεδομένων που αναφέρονται στους πιθανούς παράγοντες που προκαλούν τις διαταραχές του αυτισμού και παράλληλα γίνεται μία προσπάθεια να αποσαφηνιστεί η συσχέτιση των γονιδίων και του περιβάλλοντος με την παθογένεια της συγκεκριμένης ομάδας διαταραχών.

5.1. Γονίδια, κληρονομικότητα και διαταραχές του αυτιστικού φάσματος:

Για πολλά χρόνια ως αίτια των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού θεωρούνταν αποκλειστικά οι γονεϊκοί τύποι και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Όμως, τα τελευταία περίπου 25 χρόνια η έρευνα των αιτιολογικών παραγόντων των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος έχει προσανατολιστεί στη διερεύνηση του γονιδιακού, νευροβιολογικού υποβάθρου του φάσματος χωρίς όμως να αγνοεί τη συμβολή του περιβάλλοντος (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Πολύ συχνά, χαρακτηριστικά των αυτιστικών διαταραχών εμφανίζουν μέλη της οικογένειας του ατόμου το οποίο ανήκει στο αυτιστικό φάσμα. Σύμφωνα με τους Devlin και Scherer (2012) τέτοια χαρακτηριστικά αυτιστικών διαταραχών τα οποία ονομάζονται ευρύτερος αυτιστικός φαινότυπος εμφανίζει το 20% των γονέων που το παιδί τους ανήκει στο φάσμα του αυτισμού. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω και συνδυάζοντάς τα με τα ευρήματα που έχουν προκύψει από μελέτες μονοζυγωτικών διδύμων, γίνεται κατανοητό ότι το φάσμα των διαταραχών του αυτισμού χαρακτηρίζεται από υψηλή κληρονομικότητα. Ο Rosenberg και οι συνεργάτες του (2009) υποστηρίζουν ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι μοιράζονταν 60-90% των αυτιστικών χαρακτηριστικών ενώ οι διζυγωτικοί μόνο το 0-10%, όπως αναφέρεται στο άρθρο των Johnson, Giarelli, Lewis και Rice (2013). Τα ερευνητικά αυτά δεδομένα ενισχύουν την άποψη ότι οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού εντοπίζονται σε γονίδια έχοντας ένα δυνατό κληρονομικό υπόβαθρο.

Πιο συγκεκριμένα, μεγάλος αριθμός μελετών έχει επισημάνει τις πιθανές ανωμαλίες σε επίπεδο γονιδιακό και νευροβιολογικό και νευρωνικής οργάνωσης του εγκεφάλου (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005). Άλλωστε, οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος κατατάσσονται πια στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Αξίζει ακόμη να αναφερθεί ότι πολλά από τα ελλείμματα των ατόμων που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού αποδίδονται σε δομές του εγκεφαλικού φλοιού και στον τρόπο οργάνωσης των νευρωνικών δικτύων του εγκεφάλου, κάτι το οποίο μπορεί να εξηγήσει και ορισμένες δυσκολίες στη μάθηση και στη ρύθμιση των συναισθημάτων (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005). Με την εκδήλωση των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού έχουν συνδεθεί ακόμη οι νευρώνες Purkinje της παρεγκεφαλίδας ο αριθμός των οποίων είναι μειωμένος σε σχέση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα άτομα. Στο σημείο αυτό είναι απαραίτητο να υπογραμμιστεί ότι η μείωση του αριθμού των

Purkinje νευρώνων έχει παρατηρηθεί σε εγκεφάλους ατόμων πριν τη γέννησή τους τα οποία, στη συνέχεια, εκδήλωσαν διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005). Αυτό το εύρημα ενισχύει τη νευροβιολογική βάση του συγκεκριμένου φάσματος διαταραχών, προσανατολίζοντας το ερευνητικό ενδιαφέρον σε εγκεφαλικές δομές που μαρτυρούν την προδιάθεση του ατόμου.

Σύμφωνα με τους Devlin και Scherer (2012), στη διερεύνηση εκείνων των παραγόντων που προκαλούν τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος έχει ενοχοποιηθεί ένας μεγάλος αριθμός καρυοτυπικών αλλαγών, καθώς και αλλαγών σε δομές χρωμοσωμάτων οι οποίες θεωρούνται ότι διαμορφώνουν την προδιάθεση του ατόμου απέναντι στο συγκεκριμένο φάσμα διαταραχών. Αλλαγές σε γονίδια όπως το Reelin (RELN), ο μεταφορέας της ανθρώπινης σεροτονίνης (SLC6A4), ο υποδοχέας του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABBAR), ο υποδοχέας της ανθρώπινης οκυτοκίνης (OXTR) και τα γονίδια της οικογένειας neuroligin (NLGN) θεωρούνται υποψήφια ως αίτια των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος, αφού σχετίζονται με γενετικά δίκτυα, με τη νευρογένεση, τη δημιουργία συνάψεων. Οι αλλαγές στον αριθμό τους έχουν συσχετιστεί με ορισμένα από τα χαρακτηριστικά της κλινικής εικόνας του φάσματος του αυτισμού (Li, Zou & Brown, 2012; Devlin & Scherer, 2012).

Τη γενετική και χρωμοσωμική βάση των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού ενισχύει μία σειρά γονιδιακών συνδρόμων τα οποία προκαλούν αυτιστικές συμπεριφορές και, κατά άλλους ερευνητές, διαταραχές που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού (Johnson, Giarelli, Lewis, & Rice, 2013; Eapen, 2011). Άλλωστε, περίπου το 10% των ατόμων με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού έχουν ένα γενετικό σύνδρομο (Devlin & Scherer, 2012). Τέτοιου είδους σύνδρομα είναι το σύνδρομο Rett το οποίο ανήκει στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, το σύνδρομο του εύθραυστου X, η οζώδης σκλήρυνση, μία πολυσυστηματική γενετική διαταραχή της

οποίας η κλινική εικόνα περιλαμβάνει την ανάπτυξη καλοηθών όγκων στο σώμα και τα περισσότερα παιδιά με οζώδη σκλήρυνση εκδηλώνουν και αυτιστικές διαταραχές ή νοητική υστέρηση. Αυξημένο, ακόμη, ρίσκο για την εκδήλωση διαταραχών στο αυτιστικό φάσμα προκαλούν οι τρισωμίες ΧΥΥ όπως και το σύνδρομο Klinefelter (ΧΧΥ) (Johnson, Giarelli, Lewis, & Rice, 2013). Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι οι ανωμαλίες που προκαλούν τα σύνδρομα αυτά, σε επίπεδο χρωμοσωμικό στον οργανισμό, προκαλούν και κλινικά χαρακτηριστικά που ανήκουν στις διαταραχές του αυτισμού και συνεπώς το άτομο διαγιγνώσκεται και με διαταραχές που ανήκουν στο αυτιστικό φάσμα (Eapen, 2011). Όμως, δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο αν τα σύνδρομα αυτά αποτελούν αιτίες των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος ή περιπτώσεις συννοσηρότητας. Αν και ο μεγάλος αριθμός αναφορών στη βιβλιογραφία ατόμων με τα παραπάνω σύνδρομα και τη διάγνωση αυτιστικών διαταραχών, φαίνεται να υπογραμμίζει μία πιθανή αιτιώδη σχέση (Johnson, Giarelli, Lewis, & Rice, 2013; Eapen, 2011). Τέλος, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι γονίδια τα οποία σχετίζονται με τη νοητική υστέρηση έχουν σχετιστεί και με τις διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, όπως επισημαίνει ο Wegiel και οι συνεργάτες του (2010).

Όπως είναι γνωστό τα γονίδια δημιουργούν την προδιάθεση στο άτομο όμως κάτω από τις κατάλληλες προϋποθέσεις και τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, εκδηλώνονται (Johnson, Giarelli, Lewis, & Rice, 2013). Αυτό σημαίνει ότι ναι μεν ο ρόλος των γονιδίων είναι βαρυσήμαντος αλλά παράλληλα είναι απαραίτητο να μην υποβαθμίζεται και ο ρόλος του περιβάλλοντος, όταν ανατρέχει κανείς στην αιτιολογία του αυτιστικού φάσματος και γενικότερα των ψυχικών διαταραχών.

5.2. Περιβαλλοντικοί παράγοντες και διαταραχές του αυτιστικού φάσματος

Σε ό,τι αφορά στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που θεωρούνται υπεύθυνοι για τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού οι σύγχρονες μελέτες εστιάζουν ιδιαίτερα στην προγενετική και περιγενετική περίοδο καθώς επίσης και στους γονείς και στο γονεϊκό τους τύπο. Οι τρεις αυτοί βασικοί παράγοντες έχει αποδειχθεί ότι λειτουργούν ως παράγοντες επικινδυνότητας.

Ο Mamidala και οι συνεργάτες του (2013) λαμβάνοντας υπόψη ότι οι τυχόν διαταραχές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, η ηλικία της μητέρας, το χαμηλό βάρος του νεογνού και ο πρώιμος τοκετός έχουν συσχετιστεί με τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, διεξήγαγαν μία έρευνα για να αξιολογήσουν αυτού του είδους τους παράγοντες και την πιθανή τους σχέση με τις διαταραχές στο αυτιστικό φάσμα. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μελέτη η ηλικία των γονέων και ιδιαίτερα της μητέρας δηλαδή από τα 30 έτη και μετά, αυξάνει τις πιθανότητες το παιδί να εκδηλώσει διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, όπως αντίστοιχα και οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια του τοκετού, επειδή προκαλούν στρες στο βρέφος. Για παράδειγμα, η κολπική αιμορραγία, η απώλεια αμνιακού υγρού προκαλούν στρες στο βρέφος και αυτό με τη σειρά του έχει θεωρηθεί παράγοντας επικινδυνότητας για τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (Mamidala et al., 2013). Αξίζει ακόμη να σημειωθεί ότι το καθυστερημένο πρώτο κλάμα του βρέφους, η ανοξία και το χαμηλό βάρος του βρέφους μετά τη γέννηση λειτουργούν ως αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες για την ομαλή ανάπτυξή του και αυξάνουν τις πιθανότητες για την εκδήλωση διαταραχών στο φάσμα του αυτισμού (Mamidala et al., 2013).

Στα περιβαλλοντικά αίτια των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος έχουν συμπεριληφθεί ακόμη η έκθεση του βρέφους, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σε

τερατογόνες ουσίες όπως η θαλιδομίδη και το βαλπροϊκό οξύ, καθώς θεωρούνται ότι προκαλούν ανωμαλίες στη φυσιολογική ορμονική λειτουργία, ευρήματα, όμως, που δεν έχουν τύχει ευρείας αποδοχής από την επιστημονική κοινότητα (Liu, King & Bearman, 2010). Το 1998 είχε ενοχοποιηθεί για την πρόκληση αυτισμού το εμβόλιο τριπλούν (MMR) το οποίο λόγω της αύξησης των περιστατικών με παιδιά με αυτισμό εκείνη την περίοδο θεωρήθηκε ότι προκαλούσε αυτισμό, μέσα από την περιεκτικότητά του σε βαρέα μέταλλα, δημιουργώντας έντονες συζητήσεις και ένα μεγάλο αριθμό αντίστοιχων ερευνών. Παρόλα αυτά η υπόθεση για τα MMR εμβόλια πλέον αμφισβητείται και θεωρείται αβάσιμη (Liu, King & Bearman, 2010).

Συμπερασματικά οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού αποτελούν μία ομάδα διαταραχών με ποικίλα και πολυδιάστατα αίτια και με πολύ υψηλή κληρονομικότητα που αγγίζει το ποσοστό του 90%, παρόλο που η ακριβής συσχέτιση αυτισμού και γονιδίων είναι ακόμη σχετικά ασαφής (Zafeiriou et al., 2013). Τα δεδομένα που παρουσιάστηκαν υποδεικνύουν ότι η συγκεκριμένη ομάδα διαταραχών αποτελεί μία απόρροια γενετικών, επιγενετικών και περιβαλλοντικών αλληλεπιδράσεων (Eapen, 2011).

6. Κλινική αξιολόγηση και εκτίμηση

6.1. Κλίμακες αξιολόγησης

Εκτός από τη χρήση των διαγνωστικών εγχειριδίων, απαραίτητη ακόμη είναι η χρήση σταθμισμένων ψυχομετρικών κλιμάκων για την εξέταση αυτιστικής συμπτωματολογίας, για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς καθώς επίσης της γενικότερης λειτουργικότητας του ατόμου. Τέτοιου είδους κλίμακες είναι: η κλίμακα αξιολόγησης του αυτισμού της παιδικής ηλικίας (CARS), η αναθεωρημένη έκδοση της διαγνωστικής συνέντευξης του αυτισμού (ADI-R), το διάγραμμα διαγνωστικής παρατήρησης αυτισμού (ADOS).

6.1.2. Κλίμακα αξιολόγησης του αυτισμού της παιδικής ηλικίας (CARS)

Πρόκειται για μία κλίμακα αξιολόγησης της συμπεριφοράς η οποία ταξινομεί τα αυτιστικά συμπτώματα σε ήπια-μέτρια-σοβαρά (Wilmshurst, 2011). Σύμφωνα με τους Volkmar, Paul, Klin και Cohen (2005), η κλίμακα αξιολόγησης του αυτισμού της παιδικής ηλικίας είναι μία από τις πιο διαδεδομένες και αξιόπιστες κλίμακες διάγνωσης των διαταραχών που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού και αναφέρεται σε άτομα που είναι 2 ετών και άνω. Αποτελείται από 15 υποκλίμακες (1. Αλληλεπίδραση με τους γύρω του, 2. Μίμηση 3. Συναισθηματική απόκριση 4. Χρήση μερών του σώματος 5. Χρήση αντικειμένων 6. Προσαρμογή στην αλλαγή 7. Οπτική ανταπόκριση 8. Ακουστική Ανταπόκριση 9. Γευστική, οσμητική και απτική ανταπόκριση και χρήση 10. Φόβος ή νευρικότητα 11. Λεκτική επικοινωνία 12. Μη λεκτική επικοινωνία 13. Επίπεδο ενεργητικότητας 14. Επίπεδο και συνέπεια στην πνευματική ανταπόκριση 15. Γενικές εκτιμήσεις) στις οποίες το παιδί βαθμολογείται σε μία τετραβαθμιαία κλίμακα, έπειτα από παρατήρηση (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Geier et al., 2013). Το μειονέκτημα της συγκεκριμένης κλίμακας είναι

ότι δημιουργήθηκε πριν την έκδοση των DSM-IV και ICD-10, οπότε είναι δύσκολο να υπάρξει συμφωνία μεταξύ των αποτελεσμάτων της και των κλινικών χαρακτηριστικών των παραπάνω εγχειριδίων (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Geier et al., 2013). Παρόλα αυτά, επειδή καλύπτει ένα ευρύ φάσμα των λειτουργιών του ατόμου και συνδυάζει και την κλινική παρατήρηση θεωρείται ιδιαίτερα χρήσιμο και αξιόπιστο (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Geier et al., 2013; Wilmshurst, 2011).

6.1.2. Διαγνωστική συνέντευξη του αυτισμού, αναθεωρημένη έκδοση (ADI-R)

Η διαγνωστική συνέντευξη του αυτισμού αποτελεί μία ημιδομημένη συνέντευξη με γονείς με τρεις υποκλίμακες για ενήλικα άτομα (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Wilmshurst, 2011). Οι τρεις υποκλίμακες αναφέρονται στην κοινωνική εγγύτητα του ατόμου, στην επικοινωνία και στις στερεοτυπικές συμπεριφορές (Patten, Baranek, Watson & Schultz, 2013). Στα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης συνέντευξης συγκαταλέγεται η δυνατότητα άντλησης πληροφοριών για τωρινές αλλά και πρότερες συμπεριφορές του ατόμου και η διάκριση αυτιστικών συμπεριφορών και νοητικής υστέρησης (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

6.1.3. Διάγραμμα διαγνωστικής παρατήρησης αυτισμού (ADOS)

Το διάγραμμα διαγνωστικής παρατήρησης αυτισμού αποτελεί ένα πρωτόκολλο για την κλινική παρατήρηση και αξιολόγηση του παιχιδιού, την αλληλεπίδραση και την επικοινωνία για άτομα που έχουν συμπληρώσει τα 2 έτη μέχρι και την ενήλικη ζωή (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Wilmshurst, 2011). Στα πλαίσια της διαδραστικής αξιολόγησης του ADOS, ο κλινικός επαγγελματίας παρατηρεί το άτομο και πραγματοποιεί εκτίμηση των ικανοτήτων του με βάση τους τρεις παραπάνω τομείς.

6.2. Πρόσθετες κλίμακες αξιολόγησης

Δεδομένης της πολυδιάστατης φύσης και κλινικής εικόνας των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού είναι αναγκαίο ο κλινικός επαγγελματίας να χρησιμοποιεί και εργαλεία ψυχολογικής αξιολόγησης τα οποία να εξετάζουν χαρακτηριστικά και λειτουργίες όπως η νοημοσύνη (όπως η κλίμακα του Wechsler), η προσαρμοστική συμπεριφορά (όπως η κλίμακα Vineland Adaptive Behaviour), η μνημονική ικανότητα (όπως η κλίμακα του Wechsler) (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Wilmshurst, 2011; Patten, Baranek, Watson&Schultz, 2013). Αυτό είναι απαραίτητο ώστε ο κλινικός επαγγελματίας να διαμορφώσει μία ακριβή και εμπειριστατωμένη γνώμη για τη γνωστική ικανότητα και τη λειτουργικότητα του ατόμου.

6.3. Κλινική παρατήρηση

Υψηλής σημασίας θεωρείται ο ρόλος της κλινικής παρατήρησης. Στα πλαίσια της κλινικής παρατήρησης ο κλινικός επαγγελματίας έχει την ευκαιρία λαμβάνοντας υπόψη το αναπτυξιακό στάδιο και ιστορικό του ατόμου, να αξιολογήσει την ικανότητα του να αλληλεπιδρά με τους άλλους και να ανταποκρίνεται κατάλληλα στα ερεθίσματα, το λόγο του, την ύπαρξη στερεοτυπιών (Schreibman, 1988; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Ακόμη, κατά τη διάρκεια της κλινικής παρατήρησης ο ειδικός κατανοεί καλύτερα πτυχές της συμπεριφοράς του ατόμου και προσπαθεί να δώσει απαντήσεις σε μία σειρά ερωτήσεων που αφορούν στην ικανότητα για βλεμματική επαφή, στη σχέση με τους γονείς, στην αλληλεπίδραση με παιχνίδια. (Schreibman, 1988).

Οι πληροφορίες που προκύπτουν από την κλινική παρατήρηση συμβάλλουν στη διασταύρωση των πληροφοριών που έχει συλλέξει ο κλινικός επαγγελματίας από τους γονείς και τις κλίμακες αξιολόγησης και συνάμα να παρατηρήσει ορισμένες

συμπεριφορές in vivo. Έτσι, διαμορφώνεται μία πιο ολοκληρωμένη άποψη για την κλινική εικόνα του ατόμου που θα οδηγήσει και στη σωστή διάγνωση.

Καθίσταται, λοιπόν, σαφές ότι η αξιολόγηση και η εκτίμηση ενός ατόμου με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη και πολυσύνθετη και ότι απαιτεί μία σειρά διαγνωστικών εγχειριδίων, ψυχομετρικών εργαλείων και νευροψυχολογικών δοκιμασιών, σε συνδυασμό με το ιστορικό του ατόμου. Πρόκειται, δηλαδή, για μία ολιστική και διεπιστημονική προσέγγιση η οποία ως στόχο της έχει τη διερεύνηση τόσο των ελλειμμάτων, όσο και των δυνατοτήτων του ατόμου, στα πλαίσια του προσδιορισμού της κλινικής του εικόνας. Αυτό κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό γιατί η ορθή εκτίμηση και διάγνωση θα ορίσει και την επικείμενη θεραπευτική παρέμβαση.

7. Παρεμβάσεις στις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού

Οι προτάσεις θεραπευτικών παρεμβάσεων στα άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού είναι ποικίλες και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την κλινική εικόνα του ατόμου, τις ικανότητες και τα ελλείμματά του. Οι παρεμβάσεις σε αυτό το είδος των διαταραχών δε στοχεύουν στην πλήρη θεραπεία του ατόμου, αφού οι αυτιστικές διαταραχές ακολουθούν το άτομο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του, αλλά οι παρεμβάσεις αυτές έχουν ως σκοπό την άμβλυνση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου (Danial, Jeffrey & Wood, 2013). Από τις πιο γνωστές και συχνά αναφερόμενες στη βιβλιογραφία είναι η γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία, το πρόγραμμα ABA του Lovaas, το πρόγραμμα TEACCH, η ψυχοεκπαίδευση, η εργοθεραπεία και η παιγνιοθεραπεία και η οικογενειακή ψυχοθεραπεία (Danial, Jeffrey & Wood, 2013; Granovetter, 2013).

7.1. Γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία

Η γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία είναι μία από τις πιο διαδεδομένες παρεμβάσεις για τα άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού με δύο κύριους στόχους: τη βελτίωση των συμπτωμάτων του ατόμου και την εκμάθηση ορισμένων βασικών δεξιοτήτων (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Granovetter, 2013). Αξίζει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη μορφή παρέμβασης βασίζεται σε τρεις βασικές αρχές: 1. τα γνωστικά σχήματα επηρεάζουν τη συμπεριφορά 2. τα γνωστικά σχήματα μπορούν να ελεγχθούν και να αλλάξουν και 3. η αλλαγή στα γνωστικά σχήματα προκαλεί και αλλαγές στη συμπεριφορά (Danial, Jeffrey & Wood, 2013).

Στα πλαίσια της γνωστικο-συμπεριφορικής παρέμβασης και των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού πολύ συχνά γίνεται εφαρμογή της τεχνικής της ενίσχυσης. Η συγκεκριμένη τεχνική εφαρμόζεται συχνά προκειμένου το άτομο να μάθει ορισμένες

λειτουργικές συμπεριφορές. Έτσι, κάθε φορά που το άτομο εκδηλώνει μία από τις επιθυμητές συμπεριφορές, ενισχύεται (Volkmar, Paul, Klin & Cohen; Danial, Jeffrey & Wood, 2013). Η τεχνική της ενίσχυσης έχει διττή λειτουργία, αφού με την ενίσχυση και εδραίωση μίας λειτουργικής συμπεριφοράς, όπως η χρήση της τουαλέτας, ακολουθεί συνήθως και η μείωση μίας άλλης δυσλειτουργικής συμπεριφοράς. Σχετική με την ενίσχυση είναι και η τεχνική της απόσβεσης. Στα πλαίσια της απόσβεσης η στέρηση της ενίσχυσης-επιβράβευσης, όταν το άτομο δεν εμφανίζει την επιθυμητή συμπεριφορά, έχει ως στόχο τη μείωση της συχνότητας εκδήλωσης της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Αντίθετα όμως με την ενίσχυση, η τεχνική της απόσβεσης, παράλληλα με τη μείωση μίας συμπεριφοράς, δεν προτείνει μία άλλη προσαρμοστική συμπεριφορά (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010; Danial, Jeffrey & Wood, 2013).

Στα πλαίσια ακόμη της γνωστικο-συμπεριφορικής θεραπείας, το άτομο έχει την ευκαιρία να βελτιώσει τις κοινωνικές του δεξιότητες και να διδαχθεί πώς να προσεγγίζει τους άλλους και να αλληλεπιδρά. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τη διδασκαλία προσαρμοστικών συμπεριφορών που λειτουργούν εξισορροπητικά στην κοινωνική απόσυρση και στα ελλείμματα επικοινωνίας των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος (Danial, Jeffrey & Wood, 2013; Granovetter, 2013). Η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων υποβοηθείται με την προβολή βίντεο με τις επιθυμητές συμπεριφορές. Πιο συγκεκριμένα, η προβολή βίντεο με τις επιθυμητές συμπεριφορές, βασισμένη στην κοινωνική μίμηση του A. Bandura, συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση των προς επίτευξη δεξιοτήτων και στην πιο εύκολη εφαρμογή τους. Σημαντικό, όμως, είναι ακόμη, όλες αυτές οι συμπεριφορές που το άτομο κατακτά, να είναι σε θέση να τις γενικεύει σε διαφορετικά πλαίσια και σε διαφορετικές συνθήκες (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Γίνεται αντιληπτό ότι η γνωστικο-συμπεριφορική παρέμβαση καλύπτει ένα ευρύ φάσμα των ελλειμμάτων και, γενικότερα, της κλινικής εικόνας του ατόμου που ανήκει στο συγκεκριμένο είδος διαταραχών. Η δράση της είναι εστιασμένη και, σύμφωνα με την βιβλιογραφία, ιδιαίτερα επιτυχής, αφού εκπαιδεύει το άτομο και το καθιστά πιο λειτουργικό τόσο για το ίδιο, όσο και στις κοινωνικές του συναλλαγές (Danial, Jeffrey & Wood, 2013).

7.2. Πρόγραμμα ABA του Lovaas

Το πρόγραμμα ABA ή το πρόγραμμα εφαρμοσμένης συμπεριφορικής ανάλυσης, όπως είναι γνωστό, του ψυχολόγου O. I. Lovaas (1927-2010) είναι ένα πρόγραμμα παρέμβασης για παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού (Wilmshurst, 2011). Πρόκειται για ένα πρόγραμμα το οποίο μειώνει τις ανεπιθύμητες συμπεριφορές και συνάμα βελτιώνει την ικανότητα του ατόμου για επικοινωνία και αλληλεπίδραση. Η συγκεκριμένη μορφή παρέμβασης βασίζεται στις συμπεριφορικές αρχές της συντελεσμένης μάθησης, της μίμησης και της ενίσχυσης.

Το πρόγραμμα είναι εντατικό, με διάρκεια 3 χρόνια και εφαρμόζεται σε κλινικά πλαίσια και στο σπίτι του ατόμου. Είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι η ηλικία έναρξης του προγράμματος απαιτεί το άτομο να έχει συμπληρώσει τα 2,5 έτη και ότι το περιεχόμενο της παρέμβασης διαφοροποιείται με την εξέλιξη της διαδικασίας. Αυτό σημαίνει ότι στο πρώτο έτος δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην κατάλληλη και επιθυμητή συμπεριφορά μέσα από την τεχνική της μίμησης και τη μείωση της διασπαστικής συμπεριφοράς. Το δεύτερο έτος συνήθως εστιάζει στην εκμάθηση και στην βελτίωση της γλωσσικής ικανότητας. Σε ό,τι αφορά στο τρίτο έτος το άτομο έχει την ευκαιρία να διδαχθεί και να αποκτήσει δεξιότητες, όπως η έκφραση των συναισθημάτων και μαθησιακές δεξιότητες που θα το βοηθήσουν να προσαρμοστεί, όσο το δυνατόν πιο ομαλά στο σχολικό περιβάλλον (Wilmshurst, 2011).

7.3. Πρόγραμμα TEACCH

Το πρόγραμμα TEACCH, από τον γερμανό ψυχολόγο E. Schopler (1927-2006) αποτελεί ένα σύστημα διδασκαλίας για το άτομο με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού το οποίο εστιάζει στις ικανότητες και στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου (Wilmshurst, 2011). Πρόκειται για ένα από τα πιο διαδεδομένα προγράμματα παρέμβασης που βασίζεται στη συνεργασία ειδικών και γονέων. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης στοχεύει σε μία δομημένη διδασκαλία του ατόμου, στην προσαρμογή του στο περιβάλλον και στην εκμάθηση εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας (Panerai et al., 2002). Όλα αυτά έχουν ως στόχο να διδάξουν στο άτομο που ανήκει στο αυτιστικό φάσμα να είναι σε θέση να καθιστά γνωστές τις ανάγκες του μέσα από την βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας του (Wilmshurst, 2011).

Το πρόγραμμα TEACCH συνιστά μία θεραπευτική παρέμβαση ολιστική και εξατομικευμένη. Αυτό σημαίνει ότι η διαδικασία της θεραπείας δεν περιορίζεται μόνο στα κλινικά πλαίσια αλλά αφορά και τους γονείς και το σχολικό πλαίσιο με το τελευταίο να προσαρμόζεται στις ανάγκες του ατόμου με τις διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού (Panerai et al., 2002; Wilmshurst, 2011; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005). Θεωρείται ακόμη εξατομικευμένη γιατί δομείται ανάλογα με τις ικανότητες, τα ελλείμματα και τις μαθησιακές δεξιότητες του ατόμου και έτσι το θεραπευτικό πρόγραμμα έχει ως αποκλειστικό σημείο αναφοράς το άτομο που ανήκει στο αυτιστικό φάσμα και την προσαρμογή του περιβάλλοντός του σε αυτό (όπως τη μείωση των παραγόντων που διασπούν την προσοχή του ατόμου) (Virues-Ortega, Julio & Pastor-Barriuso, 2013; Panerai et al., 2002). Αξίζει ακόμη να σημειωθεί ότι το πρόγραμμα TEACCH μέσα από τις γλωσσικές, κοινωνικές δραστηριότητες, τις δραστηριότητες εκτελεστικών λειτουργιών και προσοχής, καθώς και την χρήση της εικόνας ως διδακτικό μέσο, υποβοηθάει τη διαδικασία μάθησης, κατανόησης και

επικοινωνίας αμβλύνοντας τα προβληματικά σημεία της συμπεριφοράς του ατόμου και καθιστώντας το πιο λειτουργικό (Virues-Ortega, Julio & Pastor-Barriuso, 2013; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Καταλήγοντας, όπως υπογραμμίζει η ανασκόπηση των Virues-Ortega και Pastor-Barriuso (2013), το 30% των οικογενειών με παιδιά με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού χρησιμοποιούν το πρόγραμμα TEACCH. Αυτό λειτουργεί ενισχυτικά στην άποψη κατά την οποία πρόκειται για ένα πρόγραμμα παρέμβασης ιδιαίτερα αποτελεσματικό που καλύπτει βασικές πτυχές της ζωής του ατόμου και περιλαμβάνει την ενεργό εμπλοκή του οικογενειακού περιβάλλοντος.

7.4. Ψυχοεκπαίδευση

Ως ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση, η Ένωση Ειδικών στην Ομαδική Εργασία, όπως αναφέρει ο Βασιλόπουλος (2010), ορίζεται εκείνη η παρέμβαση που έχει ως στόχο την προσωπική, τη διαπροσωπική ανάπτυξη και παράλληλα την πρόληψη των δυσκολιών του ατόμου μέσα από εκπαιδευτικές, αναπτυξιακές και συστημικές στρατηγικές στα πλαίσια αλληλεπίδρασης στο εδώ και στο τώρα. Έτσι, λοιπόν, στα πλαίσια της ψυχοεκπαίδευσης, όπως υποδηλώνει και η ονομασία της, τα άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού ενημερώνονται για επιθυμητές και λειτουργικές συμπεριφορές και στη συνέχεια ακολουθεί η εκπαίδευση και άσκησή τους στις δεξιότητες αυτές και σε διαφορετικούς τρόπους σκέψης. Γίνεται, λοιπόν, φανερό, ότι η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί μία δομημένη, υποστηρικτική και ομαδική παρέμβαση.

Πιο συγκεκριμένα, η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση χρησιμοποιώντας την ενημέρωση και μία σειρά γνωστικο-συμπεριφορικών τεχνικών, λειτουργεί σαν αρωγός του ατόμου με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, αφού περιλαμβάνει τη διδασκαλία κοινωνικών δεξιοτήτων, δεξιοτήτων διαχείρισης του άγχους και δύσκολων καταστάσεων και συνάμα προωθεί λειτουργικούς τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς.

Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο της συγκεκριμένης παρέμβασης είναι η δυναμική που αναπτύσσεται ανάμεσα στα άτομα της ομάδας που βρίσκονται στο ίδιο, περίπου, ηλικιακό φάσμα και έχουν παρόμοιες ικανότητες και δυσκολίες. Ακόμη, η ψυχοεκπαίδευση ξεφεύγει από τα αυστηρά, κλινικά πλαίσια και συχνά διεξάγεται στο σχολείο, στην οικογένεια, σε ένα πιο φυσικό περιβάλλον το οποίο διευκολύνει τόσο την προσαρμογή του παιδιού, όσο και τη γενίκευση των συμπεριφορών προς απόκτηση (Βασιλόπουλος, 2010).

7.5. Άλλες μορφές παρέμβασης: Εργοθεραπεία και παιγνιοθεραπεία

Στα πλαίσια της εργοθεραπείας, το άτομο βελτιώνει τη λειτουργικότητά του μέσα από την κατασκευή χειροτεχνιών και μέσα από τη διαπροσωπική εμπειρία που του προσφέρει η δυναμική της ομάδας. Μέσα από τη δημιουργία έργου αμβλύνεται η κοινωνική απομόνωση και απόσυρση του ατόμου που ανήκει στο φάσμα των αυτιστικών διαταραχών. Μέσα από την εργοθεραπεία αξιολογούνται οι ικανότητες και οι δυσκολίες του ατόμου, συναρτήσει του αναπτυξιακού του σταδίου (όπως οι αντιληπτικές ικανότητες, η επικοινωνία, η ικανότητα να ντύνεται, η ικανότητα χρήσης της τουαλέτας) και στη συνέχεια σχεδιάζεται ένα πρόγραμμα παρέμβασης. Το παρόν πρόγραμμα παρέμβασης συμβάλλει στην εκπαίδευση του ατόμου σε καθημερινές συμπεριφορές απαραίτητες για το άτομο για τη βελτίωση της αισθητικοκινητικής και ψυχοκοινωνικής του ικανότητας, χρησιμοποιώντας ως μέσο την κατασκευή «έργων». Η εργοθεραπεία ακόμη προτείνει και τυχόν αλλαγές στο οικογενειακό περιβάλλον που θα προάγουν την καλύτερη βελτίωση του ατόμου (Watling, Deitz, Kanny & McLaughlin, 1999; Kadar, McDonald & Lentin, 2012; Rodger & Polatajko, 2014).

Μία πιο ψυχοδυναμική παρέμβαση είναι η παιγνιοθεραπεία. Στην παιγνιοθεραπεία το παιδί με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού μαθαίνει μεταξύ άλλων να

αλληλεπιδρά, να επικοινωνεί, να χρησιμοποιεί συμβολισμούς, και εκπαιδεύεται στο φανταστικό παιχνίδι και στη μίμηση. Η συγκεκριμένη μορφή παρέμβασης χρησιμοποιώντας το κουκλοθέατρο, κουκλόσπιτα και άλλου είδους παιχνίδια, έχει ως στόχο να μειώσει την απομόνωση του παιδιού, να κεντρίσει το ενδιαφέρον του και μέσα από τα παιχνίδια να μάθει να επικοινωνεί. Ακόμη, η παιγνιοθεραπεία βασίζεται στην ψυχοδυναμική ιδέα σύμφωνα με την οποία το παιδί προβάλλει στα παιχνίδια τις συγκρούσεις και το άγχος του ασυνειδήτου του, διευκολύνοντας έτσι την αλληλεπίδραση με τον ενήλικα (Landreth, Ray, Sweeney, Homeyer & Glover, 2005).

7.6. Συστημική-οικογενειακή θεραπεία

Σύμφωνα με τις Solomon και Chung (2012), η ύπαρξη ενός παιδιού με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού στην οικογένεια επηρεάζει τα δυναμικά των μελών της. Αυτό σημαίνει ότι οι γονείς και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας καλούνται να προσαρμοστούν στις ανάγκες του παιδιού με αυτιστικές διαταραχές, να το βοηθήσουν να βελτιώσει τα συμπτώματά του και παράλληλα να επαναπροσδιορίσουν τη μεταξύ τους σχέση (Solomon & Chung, 2012; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Στα πλαίσια της συστημικής και της οικογενειακής θεραπείας, τόσο οι σύζυγοι όσο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας μαθαίνουν με την βοήθεια του ειδικού να αντιμετωπίζουν και να λύνουν εποικοδομητικά τα ανακύπτοντα προβλήματα με το παιδί που ανήκει στο φάσμα του αυτισμού καθώς και τις διαπροσωπικές τους δυσκολίες. Έτσι, δίνεται η δυνατότητα να υιοθετήσουν προσαρμοστικές συμπεριφορές που θα διευκολύνουν την ομαλή συμβίωση της οικογένειας, να διαπραγματευτούν τη δυναμική της οικογένειας και να μπορέσουν να αποδεχτούν το παιδί με τις διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού (Solomon & Chung, 2012; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Μαλικιώση-Λοΐζου, 2012). Ακόμη, η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να λειτουργήσει ενισχυτικά προς τις υπόλοιπες μορφές παρέμβασης,

αφού οι γονείς μαθαίνουν να λειτουργούν ως «συμψυχοθεραπευτές». Έτσι η παρέμβαση εφαρμόζεται και στο οικογενειακό πλαίσιο αυξάνοντας τις πιθανότητες προόδου του ατόμου (Solomon & Chung, 2012; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Συμπερασματικά, ο μεγάλος αριθμός διαφορετικών παρεμβάσεων στο άτομο με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού υπογραμμίζει την ετερογένεια και την πολυδιάστατη φύση αυτών των διαταραχών. Άλλωστε, είναι σημαντικό οι θεραπευτικές παρεμβάσεις να είναι εξατομικευμένες και προσαρμοσμένες στο κάθε άτομο με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και δυνατότητες. Όπως υπογραμμίζει και ο Wilmshurst (2011) όσο πιο νωρίς ξεκινήσει η παρέμβαση, όσο πιο μεγάλη είναι η συμμετοχή των γονέων και όσο περισσότερες είναι οι ευκαιρίες για γενίκευση των συμπεριφορών, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα επιτυχούς έκβασης του θεραπευτικού προγράμματος.

8. Οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος και η οικογένεια

Οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, λόγω της πολύπλοκης κλινικής τους εικόνας και των συνοδών ιδιαίτερων χαρακτηριστικών και ελλειμμάτων του ατόμου, αποτελούν μία πρόκληση για το ίδιο το άτομο αλλά και για την οικογένειά του. Το παρόν κεφάλαιο διερευνά πώς οι γονείς και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας μαθαίνουν να ζουν με ένα παιδί με διαταραχές στο αυτιστικό φάσμα.

Σύμφωνα με τους Volkmar, Paul, Klin και Cohen (2005), οι γονείς με παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού καλούνται να αντιμετωπίσουν μία σειρά καταστάσεων ιδιαίτερα στρεσογόνων, πριν ακόμη διαγνωσθεί ότι το παιδί τους ανήκει στο φάσμα αυτό. Πριν τη διάγνωση και κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αυτής οι γονείς πολύ συχνά βιώνουν αισθήματα ανησυχίας, φόβου, αγωνίας καθώς επικρατεί αβεβαιότητα σχετικά με το παιδί τους και οι παραπομπές από τον ένα ειδικό στον άλλον αυξάνουν τα επίπεδα του στρες.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη κατά την οποία η αντίδραση των γονέων στη διάγνωση των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος έχει πολλά κοινά σημεία με την αντίδραση στην απώλεια, σα να έχουν χάσει την ιδέα του παιδιού που είχαν στο μυαλό τους και ό,τι ήλπιζαν και είχαν επενδύσει σε αυτήν. Γι' αυτό και τα στάδια μέχρι την αποδοχή της διάγνωσης και την προσαρμογή των γονέων στα νέα δεδομένα είναι παρόμοια με τα στάδια του πένθους. Πιο συγκεκριμένα, με την ανακοίνωση της διάγνωσης συνήθως ακολουθεί η αρχική κραυγή. Στο στάδιο αυτό οι Horowitz, Bonanno, και Holen (1993) υποστηρίζουν ότι το άτομο, στην προκειμένη περίπτωση οι γονείς, βιώνουν έντονα αισθήματα απώλειας, ματαίωσης και αβοηθησίας. Στο πρώτο αυτό στάδιο δεν εκλείπουν τα αισθήματα ενοχών, αφού οι γονείς νομίζουν ότι

οι ίδιοι προκάλεσαν τη διαταραχή και τείνουν να κατηγορούν τους εαυτούς τους, υιοθετώντας έναν εσωτερικό τρόπο απόδοσης αιτιών ή να αλληλοκατηγορούνται αποδίδοντας τα αίτια και την ευθύνη έξω από τους ίδιους (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005). Στη συνέχεια, ακολουθεί η άρνηση και η αμφισβήτηση της διάγνωσης. Η άρνηση συνιστά έναν πολύ κοινό και ισχυρό μηχανισμό άμυνας μέσα από τον οποίο οι γονείς αρνούνται, δεν αποδέχονται την πραγματικότητα για το παιδί τους (Horowitz, Bonanno & Holen, 1993; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005). Έτσι, στα πλαίσια της άρνησης οι γονείς πολλές φορές αναζητούν διάγνωση από άλλους ειδικούς προκειμένου να αποδείξουν ότι έχει γίνει λάθος ή δεν το ανακοινώνουν στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Καθώς οι γονείς συνεχίζουν και χρησιμοποιούν την άρνηση ως έναν τρόπο να αποφύγουν να αντιμετωπίσουν την ιδέα ότι το παιδί τους έχει διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού σταδιακά δεσμεύονται συνήθως σε μία σειρά συνεχών, δυσλειτουργικών σκέψεων, σχεδόν καταναγκαστικών. Έτσι, στο στάδιο αυτό πολλές φορές φοβούνται για το μέλλον του παιδιού τους, προβληματίζονται σχετικά με τη ζωή του παιδιού μετά το θάνατό τους, ξαναζούν τη στιγμή που τους ανακοινώθηκε η διάγνωση και συχνά αναφέρονται εφιάλτες (Horowitz, Bonanno & Holen, 1993; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005). Όταν η διαδικασία της απώλειας ακολουθεί μία απρόσκοπτη πορεία χωρίς οι γονείς να καθλώνονται σε κάποιο από τα στάδια, αλλά να βιώνουν το κάθε στάδιο στα πλαίσια του φυσιολογικού, έπονται τα στάδια της διερεύνησης και της αποδοχής/χρόνιας θλίψης (Horowitz, Bonanno & Holen, 1993).

Στο στάδιο της διερεύνησης οι γονείς σταδιακά αποδέχονται τη διάγνωση και συνειδητοποιούν τι σημαίνει αυτό για το παιδί τους. Κατανοούν ότι ο σχεδιασμός ενός θεραπευτικού προγράμματος έχει τη δυνατότητα να βοηθήσει το παιδί να βελτιώσει τα συμπτώματά του, και έτσι αναζητούν πληροφορίες για να το βοηθήσουν

και στήριξη από την οικογένεια. Το τελευταίο στάδιο είναι αυτό το οποίο θα καθορίσει και σε ένα μεγάλο βαθμό τη στάση των γονέων προς το παιδί. Στο στάδιο της αποδοχής/χρόνιας θλίψης οι γονείς αποδέχονται άνευ όρων το παιδί και προσαρμόζονται μαζί με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας στις ιδιαίτερες ανάγκες και ικανότητές του αναπτύσσοντας ρεαλιστικές προσδοκίες για το παιδί και επαναπροσδιορίζουν τα δυναμικά και την ισορροπία του οικογενειακού περιβάλλοντος (Horowitz, Bonanno & Holen, 1993; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005). Από την άλλη πλευρά, στο συγκεκριμένο στάδιο είναι πιθανό οι γονείς να αποδεχθούν το παιδί αλλά να νιώθουν θλίψη για τη διαφορετικότητά του (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Με την περιγραφή των 5 σταδίων του πένθους, κατά τους Horowitz, Bonanno & Holen (1993), γίνεται αντιληπτό ότι η διάγνωση ενός ατόμου με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού αποτελεί έναν παράγοντα ο οποίος μεταβάλλει ριζικά και δοκιμάζει τα δυναμικά των μελών της οικογένειας και εκτός από του γονείς επηρεάζει και τα αδέρφια. Οι προκλήσεις για ένα παιδί που έχει αδερφό ένα άτομο με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού είναι πολλές. Η μεταξύ τους σχέση εξαρτάται από τους χειρισμούς των γονέων, ώστε τα αδέρφια να μη νιώθουν ότι παραμελούνται, ούτε όμως να επωμιστούν ευθύνες που δε συνάδουν με την ηλικία τους. Η οπτική ενός ατόμου με αδερφό με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού λειτουργεί συμπληρωματικά προς τα παραπάνω και αποτυπώνει πώς ενός τέτοιου είδους διάγνωση επηρεάζει την οικογένεια: «Ο αδερφός μου διαγνώστηκε με αυτισμό το 1974.[...] Από πολύ μικρή ηλικία με απασχολούσε η ευθύνη που είχα για την ασφάλεια του αδερφού μου. Δε μου το είχαν ζητήσει οι γονείς μου, η συμπεριφορά μου ως ο μικρότερος αδερφός να φροντίζει το μεγαλύτερο δεν ήταν κάτι συνηθισμένο αλλά έγινε ένας στόχος και μία προτεραιότητα της ζωής μου. Προσπάθησα να

καταλάβω τον αδερφό μου. Τι θέλει; Πώς νιώθει; Γιατί φαίνεται να μη με αγαπάει; [...] Κάθε μέρα, κρατούσα ένα ημερολόγιο των περιέργων συνηθειών του στο μυαλό μου, αυτές που τώρα αναγνωρίζουμε ως τυπικά χαρακτηριστικά του αυτισμού. [...] Αρνούταν να έχει βλεμματική επαφή με εμένα ή με οποιονδήποτε άλλον. Έμαθα να μην προσβάλλομαι. Είχε ηχολαλία και επαναλάμβανε για ώρες τις τηλεοπτικές διαφημίσεις που είχε ακούσει. Έμαθα να εκτιμώ την ακρίβειά του, ακόμη και να γελάω μερικές φορές με τα αστεία του.» (σελ. 1021) (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Αντί επιλόγου: Συμπεράσματα

Μέσα από την παρούσα ανασκόπηση της βιβλιογραφίας γίνεται κατανοητό ότι οι διαταραχές που εμπίπτουν στο φάσμα του αυτισμού είναι ιδιαίτερα σύνθετες και πολυδιάστατες. Αυτό σημαίνει ότι η κλινική εικόνα του φάσματος του αυτισμού είναι πολύπλοκη και σε ένα μεγάλο βαθμό, όπως και η αιτιολογία του φάσματος, ακόμη ασαφής. Η συμπτωματολογία των διαταραχών στο φάσμα του αυτισμού πολλές φορές διαφέρει και ποικίλει από άτομο σε άτομο καθιστώντας ακόμη πιο δύσκολη τη δουλειά των κλινικών επαγγελματιών.

Για την καλύτερη κατανόηση του συγκεκριμένου φάσματος διαταραχών κρίνεται αναγκαία η πολύπλευρη και διεπιστημονική διερεύνησή τους σε επίπεδο, δηλαδή, ψυχολογικό, ιατρικό, νευροβιολογικό και συμπεριφορικό. Με τον ίδιο τρόπο είναι απαραίτητο να προσεγγιστεί και η σχεδίαση ενός παρεμβατικού προγράμματος για τα άτομα που βρίσκονται στο συγκεκριμένο φάσμα.

Δεδομένου ότι η συγκεκριμένη ομάδα διαταραχών καθιερώθηκε σχετικά πρόσφατα και ότι χαρακτηρίζεται από μία ποικιλία συμπτωμάτων και δυσλειτουργιών είναι ιδιαίτερα σημαντικό τα επιστημονικά δεδομένα όσο και τα ανακλύπτοντα ευρήματα να αξιοποιούνται τόσο σε επίπεδο γνώσης αλλά και να μεταφράζονται σε έναν καλύτερο κλινικό χειρισμό των ατόμων με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού.

Σε ό,τι αφορά στην Ελλάδα και στις διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού οι μελέτες είναι σχετικά περιορισμένες και η ανάγκη για μεγαλύτερο αριθμό ερευνών για το συγκεκριμένο φάσμα διαταραχών στην Ελλάδα είναι επιτακτική.

Παρόλα αυτά η ελληνική κοινωνία δε γνωρίζει πολλά σχετικά με τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και αυτό έχει συνέπειες τόσο στην ομαλή ένταξη του ατόμου

στην κοινωνία, όσο και στο σωστό χειρισμό και στην προσαρμογή του. Αν και το στίγμα που ακολουθεί το άτομο με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού και την οικογένειά του έχει αμβλυνθεί, ως ελληνική κοινωνία δεν είμαστε εξοικειωμένοι με τα άτομα με αυτιστικές διαταραχές. Αυτό δε γίνεται αντιληπτό μόνο από τα στερεότυπα που ακολουθούν τα άτομα που ανήκουν στο αυτιστικό φάσμα αλλά και μέσα από την έλλειψη δομών και υποδομών που θα διευκόλυναν τη ζωή αυτών των ανθρώπων.

Πιο συγκεκριμένα, τα ειδικά σχολεία λειτουργούν σαν αρωγός για τα άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, όμως, η μέριμνα για την πορεία τους πέρα από τα σχολικά πλαίσια είναι ελλιπής. Παρά την ύπαρξη συλλόγων και οργανώσεων όπως ο Σύλλογος Αγάπης, η Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων, η στάση της κοινωνίας μας προς τα άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού έχει περιθώριο βελτίωσης. Περιθώριο βελτίωσης με στόχο τη διευκόλυνση των ατόμων αυτών και της οικογένειάς τους, από άποψη δομών και ειδικών υπηρεσιών, αλλά και την αντιμετώπισή τους ως ισότιμα μέλη της ελληνικής κοινωνίας. Με αυτόν τρόπο θα μεγιστοποιηθεί και η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων και θα μπορούμε να μιλάμε για μία ολιστική, αποτελεσματική παρέμβαση.

Κρίνεται αναγκαία, λοιπόν, η ενημέρωση της κοινωνίας σχετικά με τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των ατόμων που εμπíπτουν στο φάσμα αυτό, προκειμένου να γίνει εφικτή μία συστηματοποιημένη προσπάθεια προσαρμογής και ένταξης αυτών των ατόμων στην κοινωνία, ώστε να μπορέσουν να αποτελέσουν με τη σειρά τους λειτουργικά μέλη της με το δικό τους τρόπο. Με αυτόν τρόπο θα αρθεί ο αποκλεισμός των ατόμων με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού και θα ευαισθητοποιηθούμε ουσιαστικά απέναντι στα άτομα αυτά.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. doi:doi:10.1176/appi.books.9780890423349
- Baron-cohen, S. (2008). Theories of the autistic mind, *21*(2), 112–116.
- Baron-Cohen, S. (2009). Autism: the empathizing-systemizing (E-S) theory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1156*, 68–80. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.04467.x
- Baron-Cohen, S., Knickmeyer, R. C., & Belmonte, M. K. (2005). Sex differences in the brain: implications for explaining autism. *Science (New York, N.Y.)*, *310*(5749), 819–23. doi:10.1126/science.1115455
- Baron-Cohen, S., Leslie, a M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, *21*(1), 37–46. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9775957>
- Βασιλόπουλος, Σ. (2010). *Ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες για παιδιά □ : θεωρία και πράξη*. Αθήνα: Γρηγόρης.
- Berg, A. T., & Plioplys, S. (2012). Epilepsy and autism: is there a special relationship? *Epilepsy Behav.*, *23*(3), 193–8. doi:10.1016/j.yebeh.2012.01.015
- Bolton, P. F., Carcani-Rathwell, I., Hutton, J., Goode, S., Howlin, P., & Rutter, M. (2011). Epilepsy in autism: features and correlates. *The British Journal of Psychiatry □ : The Journal of Mental Science*, *198*(4), 289–94. doi:10.1192/bjp.bp.109.076877
- Breslin, N. A., & Weinberger, D. R. (1990). Schizophrenia and the normal functional development of the prefrontal cortex. *Development and Psychopathology*, *2*, 409–424.
- Buxbaum, J. D., & Baron-Cohen, S. (2013). DSM-5: the debate continues. *Molecular Autism*, *4*(1), 11. doi:10.1186/2040-2392-4-11
- Carpentieri, S., & Morgan, S. B. (1996). Adaptive and intellectual functioning in autistic and nonautistic retarded children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *26*(6), 611–20. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8986847>
- Cashin, A., Sci, D. A., & Barker, P. (2009). The triad of impairment in autism revisited. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing □ : Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, *22*(4), 189–93. doi:10.1111/j.1744-6171.2009.00198.x
- Danial, J. T., & Wood, J. J. (2013). Cognitive behavioral therapy for children with autism: review and considerations for future research. *Journal of Developmental*

and *Behavioral Pediatrics* □ : *JDBP*, 34(9), 702–15.
doi:10.1097/DBP.0b013e31829f676c

- Devlin, B., & Scherer, S. W. (2012). Genetic architecture in autism spectrum disorder. *Current Opinion in Genetics & Development*, 22(3), 229–37.
doi:10.1016/j.gde.2012.03.002
- Eapen, V. (2011). Genetic basis of autism: is there a way forward? *Current Opinion in Psychiatry*, 24(3), 226–36. doi:10.1097/YCO.0b013e328345927e
- Fisch, G. S. (2012). Nosology and epidemiology in autism: classification counts. *American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics*, 160C(2), 91–103. doi:10.1002/ajmg.c.31325
- Freitag, C. M. (2007). The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature. *Molecular Psychiatry*, 12(1), 2–22.
doi:10.1038/sj.mp.4001896
- Frith, U., & Happe, F. (1999). Theory of Mind and Self-Consciousness: What Is It Like to Be Autistic? *Mind and Language*, 14(1), 82–89. doi:10.1111/1468-0017.00100
- Geier, D. a, Kern, J. K., & Geier, M. R. (2013). A Comparison of the Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) and the Childhood Autism Rating Scale (CARS) for the Quantitative Evaluation of Autism. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6(4), 255–267.
doi:10.1080/19315864.2012.681340
- Goldstein, S., & Schwebach, A. J. (2004). The comorbidity of Pervasive Developmental Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: results of a retrospective chart review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(3), 329–39. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15264500>
- Granovetter, M. (2013). Let's talk therapy: treatments for children with autism. *The Lancet*, 382(9894).
- Grzadzinski, R., Huerta, M., & Lord, C. (2013). DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): an opportunity for identifying ASD subtypes. *Molecular Autism*, 4(1), 12. doi:10.1186/2040-2392-4-12
- Guthrie, W., Swineford, L. B., Wetherby, A. M., & Lord, C. (2013). Comparison of DSM-IV and DSM-5 factor structure models for toddlers with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(8), 797–805.e2. doi:10.1016/j.jaac.2013.05.004
- Happé, F., Briskman, J., & Frith, U. (2001). Exploring the cognitive phenotype of autism: weak “central coherence” in parents and siblings of children with autism: I. Experimental tests. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 42(3), 299–307. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11321199>

- Horowitz, M.J., Bonanno, G. & Holen, A. (1993). Pathological grief: diagnoses and explanations. *Psychosomatic Medicine*, (55), 260–273.
- Johnson, C. P., & Myers, S. M. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183–215.
doi:10.1542/peds.2007-2361
- Johnson, N. L., Giarelli, E., Lewis, C., & Rice, C. E. (2013). Genomics and autism spectrum disorder. *Journal of Nursing Scholarship* □ : *An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 45(1), 69–78. doi:10.1111/j.1547-5069.2012.01483.x
- Kadar, M., McDonald, R., & Lentin, P. (2012). Evidence-based practice in occupational therapy services for children with autism spectrum disorders in Victoria, Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(4), 284–93.
doi:10.1111/j.1440-1630.2012.01015.x
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.
- Kremer-Sadlik, T. (2004). How Children with Autism and Asperger Syndrome Respond to Questions: a “Naturalistic” Theory of Mind Task. *Discourse Studies*, 6(2), 185–206. doi:10.1177/1461445604041767
- Kurita, H. (2011). How to deal with the transition from Pervasive Developmental Disorders in DSM-IV to Autism Spectrum Disorder in DSM-V. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(7), 609–10. doi:10.1111/j.1440-1819.2011.02268.x
- Landreth, G. L., Ray, D. C., Sweeney, D. S., Homeyer, L. E., & Glover, G. J. (2005). *Play therapy interventions with children’s problems* □ : *case studies with DSM IV-TR diagnoses*. Lanham: Jason Aronson.
- Lainhart, J. E., & Folstein, S. E. (1994). Affective disorders in people with autism: a review of published cases. *Journal of Autism Developmental and Disorders*, 24, 587–601.
- Li, X., Zou, H., & Brown, W. T. (2012). Genes associated with autism spectrum disorder. *Brain Research Bulletin*, 88(6), 543–52.
doi:10.1016/j.brainresbull.2012.05.017
- Liu, K., King, M., & Bearman, P. S. (2010). Social influence and the autism epidemic. *National Health Institute Public Access*, 115(5), 1387–1434.
- Luteijn, E., F., Serra, M., Steenhuis, M., P., Althaus, M., Volkmar, F., & Minderaa, R. (2000). How unspecified are disorders of children with a pervasive developmental disorder not otherwise specified □ ? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 168–179.
- Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ. (2012). *Συμβουλευτική ψυχολογία* (σσ. 66–68). Αθήνα: Πεδίο.

- Mamidalala, M. P., Polinedi, A., P. K., Rajesh, N., Vallamkonda, O. R., Udani, V., Rajesh, V. (2013). Prenatal, perinatal and neonatal risk factors of Autism Spectrum Disorder: a comprehensive epidemiological assessment from India. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 3004–13. doi:10.1016/j.ridd.2013.06.019
- Merritt, C. J. (2012). The empathizing–systemizing (E–S) model of autism and psychoanalytic theories of truth, play and symbolization. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(4), 327–337. doi:10.1080/02668734.2012.730547
- Mottron, L., Burack, J. a, Iarocci, G., Belleville, S., & Enns, J. T. (2003). Locally oriented perception with intact global processing among adolescents with high-functioning autism: evidence from multiple paradigms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 44(6), 904–13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12959498>
- Neely, J., Amatea, E. S., Echevarria-Doan, S., & Tannen, T. (2012). Working with families living with autism: potential contributions of marriage and family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38 Suppl 1(June 2011), 211–26. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00265.x
- Παγκόσμιος οργανισμός υγείας. (2007). Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης. In Β. Στεφανής, Κ. Σολδάτος & Β. Μαυρέας (Ed.), *Ταξινόμηση ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς* (pp. 293–325). Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Panerai, S., Ferrante, L., & Zingale, M. (2002). Benefits of the Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH) programme as compared with a non-specific approach. *Journal of Intellectual Disability Research* : *JIDR* 46(Pt 4), 318–27. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000583>
- Patten, E., Baranek, G. T., Watson, L. R., & Schultz, B. (2013). Child and family characteristics influencing intervention choices in autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 28(3), 138–146. doi:10.1177/1088357612468028
- Schreibman, L. E. (1988). *Autism*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- Premack, D. Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 515–526.
- Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M. & Johnson, S. L. (2010). Διαταραχές της διάθεσης. In Ε. Αυδή & Π. Ρούσση (Ed.), *Ψυχοπαθολογία* (pp. 351–362). Αθήνα: Gutenberg.
- Rodger, S., & Polatajko, H. J. (2014). *Comprehensive Guide to Autism*. doi:10.1007/978-1-4614-4788-7
- Rutter, M., Bailey, A., Bolton, P. and Le Couteur, A. (1994), Autism and Known Medical Conditions: Myth and Substance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35: 311–322. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb01164.x

- Scherer, S. W., & Dawson, G. (2011). Risk factors for autism: translating genomic discoveries into diagnostics. *Human Genetics*, *130*(1), 123–48. doi:10.1007/s00439-011-1037-2
- Schopler, E. & Mesibov, G. B. (Ed.). (1984). *The effects of autism on the family*. New York: Plenum Press.
- Seltzer, M. M., Krauss, M. W., Shattuck, P. T., Orsmond, G., Swe, A., & Lord, C. (2003). The symptoms of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *33*(6), 565–81. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14714927>
- Solomon, A. H., & Chung, B. (2012). Understanding autism: how family therapists can support parents of children with autism spectrum disorders. *Family Process*, *51*(2), 250–64. doi:10.1111/j.1545-5300.2012.01399.x
- Volkmar, F. R., Paul, R., Klin, A., & Cohen, D. (2005). *Handbook of autism and pervasive developmental developments* (3rd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Virues-Ortega, J., Julio, F. M., & Pastor-Barriuso, R. (2013). The TEACCH program for children and adults with autism: a meta-analysis of intervention studies. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 940–53. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.005
- Wakabayashi, A., Baron-Cohen, S., Uchiyama, T., Yoshida, Y., Kuroda, M., & Wheelwright, S. (2007). Empathizing and systemizing in adults with and without autism spectrum conditions: cross-cultural stability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *37*(10), 1823–32. doi:10.1007/s10803-006-0316-6
- Watling, R., Deitz, J., Kanny, E. M., & McLaughlin, J. F. (1999). Current practice of occupational therapy for children with autism. *The American Journal of Occupational Therapy* : Official Publication of the American Occupational Therapy Association, *53*(5), 498–505. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10500858>
- Wegiel, J., Kuchna, I., Nowicki, K., Imaki, H., Wegiel, J., Marchi, E., Wisniewski, T. (2010). The neuropathology of autism: defects of neurogenesis and neuronal migration, and dysplastic changes. *Acta Neuropathologica*, *119*(6), 755–70. doi:10.1007/s00401-010-0655-4
- Williams, L. W., Matson, J. L., Jang, J., Beighley, J. S., Rieske, R. D., & Adams, H. L. (2013). Challenging behaviors in toddlers diagnosed with autism spectrum disorders with the DSM-IV-TR and the proposed DSM-5 criteria. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *7*(8), 966–972. doi:10.1016/j.rasd.2013.03.010
- Wilmshurst, L. (2011). Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Στο Η. Γ. Μπεζεβέγκης (Ed.), *Εξελικτική ψυχοπαθολογία: μια αναπτυξιακή προσέγγιση* (σσ. 541–577). Αθήνα: Gutenberg.

Zafeiriou, D. I., Ververi, A., & Vargiami, E. (2007). Childhood autism and associated comorbidities. *Brain & Development*, 29(5), 257–72.
doi:10.1016/j.braindev.2006.09.003

Zafeiriou, D. I., Ververi, A., Dafoulis, V., Kalyva, E., & Vargiami, E. (2013). Autism spectrum disorders: the quest for genetic syndromes. *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics* : *The Official Publication of the International Society of Psychiatric Genetics*, 162B(4), 327–66.
doi:10.1002/ajmg.b.32152

Zwaigenbaum, L., Bryson, S., & Garon, N. (2013). Early identification of autism spectrum disorders. *Behavioural Brain Research*, 251, 133–46.
doi:10.1016/j.bbr.2013.04.004