

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ:2007-2008

ΟΝΟΜ/ΜΟ:ΑΡΓΥΡΙΑΔΗ ΑΓΑΘΗ

Α.Μ:1804

ΕΞΑΜΗΝΟ:Η'

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:ΑΥΤΙΣΜΟΣ



Ρέθυμνο 2007-2008

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ- ΓΝΩΣΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Νοητική ανάπτυξη.....	45
Κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη.....	49
Κοινωνικές σχέσεις.....	49
Μίμηση.....	50
Συνδυαστική προσοχή(Joint Attention).....	51
Βλέμμα.....	53
Αναγνώριση προσώπων.....	53
Κατανόηση και έκφραση συναισθημάτων.....	54
Γλωσσική ανάπτυξη.....	55
Στερεότυπη συμπεριφορά.....	60
Προβλήματα συμπεριφοράς.....	64
Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.....	64
Διαταραχές ύπνου.....	65
Διαταραχές διατροφής.....	66
Παράλογοι φόβοι.....	67
Αισθητηριακά προβλήματα.....	67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4- ΤΟ ΠΑΙΧΝΙΔΙ ΤΩΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Τι είναι παιχνίδι.....	69
Αναπτυξιακά στάδια παιχνιδιού.....	69
Γιατί παίζουν τα παιδιά.....	70
Πώς διαφέρει το παιχνίδι στον αυτισμό.....	71
Γιατί διδάσκουμε στα παιδιά πώς να παίζουν.....	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5- Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Προϋποθέσεις θεραπείας.....	84
Εκπαιδευτικά προγράμματα.....	90
Διαχείριση συμπεριφοράς.....	90
ABC.....	92
Πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης Αυτισμού-ABA.....	92
Πώς διαφέρει η προσέγγιση συμπεριφοράς του λόγου (Verbal Behavior approach) από ένα παραδοσιακό Lovaas πρόγραμμα.....	94
Ψυχοθεραπεία.....	96
Πρόγραμμα TEACCH.....	97
Makaton.....	101
PECS- Picture Exchange System (Σύστημα Επικοινωνίας μέσω Ανταλλαγής Εικόνων).....	104
Θεραπεία παιχνιδιού(Play therapy).....	105
Ιατρικές και φαρμακολογικές θεραπείες.....	108

Ενθάρρυνση της ευελιξίας της σκέψης.....	109
Ανεξαρτησία, ικανοποίηση βασικών αναγκών, διαχείριση ελεύθερου χρόνου.....	112
Συναισθήματα.....	113
Συμβουλευτική οικογένειας.....	116
Επίλογος.....	121
Βιβλιογραφία.....	122

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ένα πολύ συχνό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν σήμερα πολλά παιδιά είναι ο αυτισμός. Πρόκειται για μία διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, η οποία επηρεάζει όλους τους τομείς της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του και έχει ως συνέπεια την απομόνωση και την αποτυχία της διαδικασίας κοινωνικοποίησης.

Στο παρελθόν αντιμετωπίζαν κάθε άνθρωπο με μια λίγο περίεργη συμπεριφορά σαν τον αυτισμό με προκατάληψη και δεισιδαιμονία. Κάθε τι άγνωστο το ερμήνευαν ως τρέλα ή κατάληψη δαιμονίων. Ευτυχώς σήμερα η γνώση μας έχει εμπλουτισθεί σε τέτοιο βαθμό που και το άτομο με την οικογένειά του μπορούμε να βοηθήσουμε αλλά και το κοινωνικό σύνολο να ξεπεράσει τις λάθος αντιλήψεις.

Στην παρούσα μελέτη γίνεται προσπάθεια ανάπτυξης του ζητήματος του αυτισμού. Προσπαθούμε να καταστήσουμε δυνατή την πλήρη κατανόηση του αντικειμένου δίνοντας βασικές αρχές, ορισμούς και θεωρίες.

Ο αυτισμός, είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή του παιδιού που συνήθως αρχίζει να εμφανίζεται, με τα πρώτα συμπτώματά του, γύρω στην ηλικία των 30 μηνών. Μέχρι την ηλικία των 3 ετών η εικόνα ολοκληρώνεται και επιτρέπει την οριστική διάγνωση. Το παιδί φαίνεται να ζει στο δικό του κόσμο, δεν αντιδρά με τον τρόπο που θα αναμενόταν για ένα παιδί της ηλικίας του και έχει ασυνήθιστη και ιδιόρρυθμη συμπεριφορά, την οποία θα αναλύσουμε στην παρούσα εργασία.

Αρχικά, παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη του αυτιστικού συνδρόμου και περιγράφονται τα αίτια που μέχρι στιγμής έχουν ενοχοποιηθεί για την εκδήλωση του αυτισμού. Βέβαια, η αιτία του αυτισμού είναι άγνωστη. Ορισμένες σύγχρονες θεωρίες αναφέρουν ότι πιθανόν να υπάρχει λειτουργικό ή οργανικό πρόβλημα του εγκεφάλου. Σίγουρα για την πάθηση αυτή δεν φέρουν ευθύνη οι γονείς, ούτε θα μπορούσαν να κάνουν κάτι για να αποτρέψουν την εμφάνισή της. Στη συνέχεια της εργασίας, γίνεται εκτενής ανάλυση της συμπεριφοράς αυτών των ανθρώπων καθώς και στατιστικοί δείκτες επιδημιολογίας. Μελετώνται τα διαγνωστικά κριτήρια του αυτισμού και τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της διαταραχής, καθώς και για τη διαφορική του διάγνωση από άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Τέλος, παρατίθενται κάποια από τα πιο αντιπροσωπευτικά, θεραπευτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα θεραπευτικής αντιμετώπισης του εν λόγω συνδρόμου, που έχουν εφαρμοστεί για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής στον αυτισμό καθώς και ο ρόλος της οικογένειας που είναι ιδιαίτερα σημαντικός.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΟΡΙΣΜΟΣ-ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Η Αυτιστική διαταραχή ή αυτισμός εντάσσεται στην κατηγορία των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών. Οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται από σοβαρά και εκτεταμένα αναπτυξιακά προβλήματα σε πολλούς τομείς της ανάπτυξης ταυτόχρονα, γι' αυτό και ονομάζονται διάχυτες. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

Ο αυτισμός, ο οποίος αναφέρεται συνήθως και ως βρεφονηπιακός ή παιδικός αυτισμός ή ως αυτισμός του Kanner, χαρακτηρίζεται από έντονα διαταραγμένη κοινωνική διαντίδραση και επικοινωνία και από έντονα περιορισμένες δραστηριότητες και περιορισμένα ενδιαφέροντα (Μάνος, 1997, Γενά, 2002). Ο αυτισμός είναι η παιδική ανωμαλία, η οποία απομακρύνει το παιδί από τις διαπροσωπικές σχέσεις, και το οδηγεί στο να αρνείται να έρθει σε επαφή με τον κόσμο και να τον εξερευνήσει. Αντί γι' αυτό παραμένει στο δικό του εσωτερικό κόσμο, στον οποίο δεν επιτρέπει τη συμμετοχή άλλων ανθρώπων και δεν δέχεται παρεμβάσεις και αλλαγές. Δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον για τους άλλους, ακόμα και για τα μέλη της οικογένειάς του, και προτιμά να μένει μόνο του και να ασχολείται με διάφορα αντικείμενα με τον δικό του ιδιαίτερο τρόπο. (Grandin, Scariano, 1996, Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

Ένας άλλος τομέας, ο οποίος παρουσιάζει σοβαρά ελλείμματα είναι η γλωσσική ανάπτυξη των ατόμων με αυτισμό, με ορισμένα παιδιά να μην αναπτύσσουν λόγο ή να προφέρουν μεμονωμένες λέξεις ή φράσεις και άλλα να αναπτύσσουν μια ιδιαίτερη μορφή λόγου με πολλές ιδιορρυθμίες και με βασικό χαρακτηριστικό το μη λειτουργικό χαρακτήρα του λόγου. (Fay, 1993).

Ο Λόγος, ακόμη και στις περιπτώσεις όπου στοιχειωδώς αναπτύσσεται, δεν χρησιμοποιείται ως μέσο επικοινωνίας, αλλά για την ικανοποίηση προσωπικών επιθυμιών του παιδιού. (Wing, 1996).

Τα αυτιστικά παιδιά διαθέτουν μια μεγάλη ποικιλία εμμονικών και στερεότυπων μορφών συμπεριφοράς. Αυτές οι μορφές συμπεριφοράς, αποτελούν πηγή έντονου ενδιαφέροντος για αυτά και απορροφούν την προσοχή και την ενέργειά τους για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Η διακοπή ή η παρεμπόδιση της επιτέλεσης αυτών των

δραστηριοτήτων έχει ως επακόλουθο έντονα ξεσπάσματα και εκρήξεις θυμού(Howlin, Rutter, 2001).

Το νοητικό επίπεδο των αυτιστικών παιδιών κυμαίνεται από τα ανώτερα επίπεδα της νοημοσύνης έως τις βαρύτερες μορφές νοητικής υστέρησης(Collia, Faherty, 1999). Ορισμένα αυτιστικά παιδιά ενδέχεται να παρουσιάζουν ιδιαίτερες ικανότητες σε δραστηριότητες όπως αυτές της απομνημόνευσης για παράδειγμα στα μαθηματικά και στη μουσική(Wing, 1996).

Ωστόσο, ακόμα και η ύπαρξη τέτοιων ειδικών ταλέντων δεν μπορεί να αντισταθμίσει τα συναισθήματα ματαιώσης που βιώνουν συνήθως, όλοι όσοι ασχολούνται με ένα αυτιστικό παιδί, και τα οποία προκαλούνται από την έλλειψη ενδιαφέροντος του παιδιού για επικοινωνία και την αδυναμία εγκατάστασης μιας συναισθηματικής σχέσης μαζί του(Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005, Κρουσταλλάκης, 1997).

Οι υπόλοιπες Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές είναι η διαταραχή Asperger, η διαταραχή Rett, η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή και η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Η αυτιστική διαταραχή, αποτελεί σοβαρή μορφή Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών, και έχει χαρακτηριστεί ως διαταραχή «φάσματος» (spectrum disorder), που σημαίνει ότι η κλινική εικόνα του αυτισμού δεν είναι ομοιογενής, αλλά κυμαίνεται από ηπιότερες μορφές(με ελάχιστα και ήπια σε μορφή αυτιστικά στοιχεία και φυσιολογική νοημοσύνη), μέχρι βαρύτερες μορφές(με πολλαπλά αυτιστικά στοιχεία συνοδευόμενα από βαριά νοητική καθυστέρηση).

Στους τομείς που προαναφέρθηκαν, τα άτομα με αυτισμό δεν διαφέρουν μόνο λόγω καθυστέρησης στην ανάπτυξη αλλά παρουσιάζουν και αποκλίνουσες αντιδράσεις, οι οποίες δεν συναντώνται συνήθως σε παιδιά με τυπική ανάπτυξη.(Γενά, 2002).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο όρος «αυτισμός» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον διαπρεπή ψυχίατρο Eugen Bleuler το 1911. (Bleuler, 1911/1950). Αρχικά, αναφερόταν σε μία ουσιώδη ανωμαλία της σχιζοφρένειας, ένας όρος που επινόησε ο Bleuler, δηλαδή στον δραστικό περιορισμό των σχέσεων με τους ανθρώπους και τον κοινωνικό περίγυρο,- έναν περιορισμό τόσο ακραίο που έμοιαζε να αφήνει απ' έξω τα πάντα εκτός από τον ίδιο (του) τον εαυτό. Η συρρίκνωση αυτή των σχέσεων μπορούσε να περιγραφεί σαν απόσυρση από τον ιστό της κοινωνικής ζωής προς τον εαυτό, το ίδιο το άτομο. Έτσι προέκυψαν οι λέξεις «αυτιστικός» και «αυτισμός», από την ελληνική λέξη «εαυτός». (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Ασφαλώς, υπήρχαν αυτιστικά παιδιά προτού ο Bleuler, ή και ο αργότερα ο Kanner δώσουν την ονομασία στην ασθένεια αυτή. Από το 1809 ο Haslam περιέγραψε την περίπτωση ενός αυτιστικού παιδιού που είχε εισαχθεί στο Bethlehem Asylum το 1799 ενώ το 1921 ένα αυτιστικό παιδί τεσσάρων ετών, υπήρξε αντικείμενο μελέτης στο νοσοκομείο Johns Hopkins.(Κολλάτος, 1984).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1940, ο Leo Kanner(1943) και ο Asperger(1944/1991), περιέγραψαν, ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλον, παιδιά με διαταραχές, όπως ελλείμματα στις κοινωνικές σχέσεις, ιδιόμορφη γλωσσική ανάπτυξη και περιορισμένα, στερεότυπα ενδιαφέροντα. Θεωρήθηκε, ότι τα παιδιά αυτά είχαν απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα, όμοια με αυτήν που περιέγραψε ο Bleuler, αλλά χωρίς να τους δίνεται η διάγνωση για σχιζοφρένεια. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003)

Παρόλο που οι κλινικοί είχαν περιγράψει συμπεριφορές παιδιών που σήμερα θα χαρακτηρίζαμε ως εκδηλώσεις οφειλόμενες στην αυτιστική διαταραχή, μόνο όταν ο Kanner αναφέρθηκε σε μία ομάδα παιδιών με αινιγματικά αλλά παρόμοια συμπτώματα, το σύνδρομο του αυτισμού αναγνωρίστηκε πραγματικά(Frith, 1999).

Στην αρχική του μελέτη ο Kanner παρουσίασε περιπτώσεις 11 παιδιών, τα οποία θεώρησε ότι έχουν «υπερβολική αυτιστική μοναχικότητα», εννοώντας την ανικανότητά τους να σχετιστούν ομαλά με τους ανθρώπους και να προσαρμοστούν στις κοινωνικές καταστάσεις, από την γέννησή τους.

Ανέφερε επίσης παρεκκλίσεις στην γλώσσα, καθυστέρηση απόκτησής της, ηχολαλία, περιστασιακή αλαλία, και αντιστροφές των αντωνυμιών.(Harpe, 1998).

Επίσης, ο Kanner ισχυρίστηκε ότι τα παιδιά αυτά χαρακτηρίζονταν από την «ψυχαναγκαστική επιθυμία για διατήρηση της ομοιομορφίας», καθώς όλες οι πράξεις, οι κινήσεις και οι ήχοι του παιδιού επαναλαμβάνονται μονότονα, όπως και τα λεγόμενά του (Aarons, Maureen Gittens, Tessa, 1999).

Επιπλέον, λόγω της καλής τους μνήμης και της φυσιολογικής τους φυσικής κατάστασης ο Kanner, υποστήριξε ότι τα παιδιά αυτά ήταν άξια να αποκτήσουν φυσιολογικές γνωστικές αντιλήψεις. Συγκεκριμένα, μίλησε για μια νησίδα δεξιοτήτων, όπως το καταπληκτικό λεξιλόγιο, την ευκολία απομνημόνευσης ποιημάτων και ονομάτων, καθώς και την ακριβή μνημονική ανάκληση περίπλοκων σχεδίων και διαδοχικών σειρών. (Rutter, 1986).

Η διαφορά του Bleuler με τον Kanner, έγκειται στο ότι ο Bleuler θεωρεί τον αυτισμό δευτερογενές σύμπτωμα της σχιζοφρένειας, ενώ ο Kanner θεωρεί τον αυτισμό εγγενή ανικανότητα, η οποία διαχωρίζεται από την σχιζοφρένεια(Σταμάτης, 1987)

Το 1944, ο **Asperger** περιέγραψε μία παρόμοια, αλλά λιγότερο σοβαρή διαταραχή, την οποία αποκάλεσε «αυτιστική ψυχοπάθεια».

Όπως και ο Kanner έτσι και ο Asperger περιέγραψε δυσκολίες στην κοινωνική διαντίδραση(συμπεριλαμβάνοντας την βλεμματική επαφή, την έκφραση συναισθημάτων και την ευχέρεια στη συνομιλία), περιορισμούς στην συμπεριφορά, στα ενδιαφέροντα και τις δραστηριότητες, χωρίς όμως να υπάρχει κλινικά σημαντική καθυστέρηση στη γλώσσα. (και εδώ έγκειται η διαφορά της θεωρίας του από αυτήν του Kanner). (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Ο ορισμός του αυτισμού κατά τον Asperger, είναι πολύ ευρύτερος από τον ορισμό του Kanner, αφού συμπεριέλαβε περιπτώσεις που αγγίζουν τα όρια του φυσιολογικού, και φτάνουν μέχρι σοβαρές εγκεφαλικές βλάβες. Σήμερα, ο χαρακτηρισμός «σύνδρομο του Asperger» χρησιμοποιείται κυρίως για την σπάνια περίπτωση του ευφυούς, γλωσσικά ικανού και σχεδόν φυσιολογικού αυτιστικού παιδιού.(Rutter, 1986).

Ο Asperger, όπως και ο Kanner υπέθεσε ότι υπάρχει «διαταραχή της επαφής» σε κάποιο βαθύτερο επίπεδο του συναισθήματος και/ή του ενστίκτου. (Aarons, Maureen Gittens, Tessa, 1999).

Και οι δύο τόνισαν τις ιδιομορφίες της επικοινωνίας και τις δυσκολίες στην κοινωνική προσαρμογή των αυτιστικών παιδιών. Και οι δύο πρόσεξαν ιδιαίτερα τις κινητικές στερεοτυπίες και το αινιγματικό, διάσπαρτο πεδίο των διανοητικών επιτευγμάτων. Και οι δύο εντυπωσιάστηκαν από τις κατακτήσεις διανοητικής ικανότητας σε συγκεκριμένες περιοχές. (Rutter, 1986).

Όσον αφορά τις απόψεις που επικράτησαν για τα αίτια του αυτισμού, ο Kanner, ερχόμενος σε αντίφαση με την άποψή του ότι ο αυτισμός αποτελεί μια εγγενή ανικανότητα, πραγματοποιώντας έρευνες σε γονείς αυτιστικών παιδιών, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι επρόκειτο για ψυχρούς, ορθολογιστές γονείς, για γονείς-ψυγεία, δηλαδή απορριπτικούς προς τα παιδιά τους, αδιάφορους για τους συζύγους τους και τους άλλους ανθρώπους. (Kanner, 1943, Bettelheim., 1967).

Έτσι, μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970, η θεραπεία απευθυνόταν στις μητέρες των αυτιστικών παιδιών, προκειμένου να γίνουν λιγότερο απορριπτικές προς τα παιδιά τους.

Ωστόσο, αυτές οι αρχικές υποθέσεις για τα αίτια του αυτισμού δεν στηρίχθηκαν επιστημονικά. Ο Mcadoo και ο DeMyer(1978) και οι Koegel, Schreibman, O'Neill και Burke(1983), χρησιμοποιώντας σε γονείς, το Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μινεσότα (MMPI), έδειξαν ότι δεν διέφεραν από γονείς παιδιών με άλλες δυσκολίες(Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Η αρχική περιγραφή του αυτισμού από τον Kanner, η οποία εστιαζόταν στην κοινωνική απομόνωση, διευρύνθηκε για να συμπεριλάβει τις γνωστικές ελλείψεις των αυτιστικών παιδιών και τη διαταραγμένη επικοινωνία. (Κωνστανταρέα, 2001).

Σήμερα, είναι πλέον αποδεκτό από την επιστημονική κοινότητα, ότι ο αυτισμός καλύπτει ένα ευρύ φάσμα αναπτυξιακών διαταραχών, γεγονός που επιτρέπει να αναφερόμαστε σε αυτόν ως σύνδρομο(Wing, 1996).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές δεν είναι ένα σπάνιο φαινόμενο, όπως εθεωρείτο παλαιότερα. Ιστορικά, ο αυτισμός αναφερόταν να συμβαίνει σε 4-5 περιπτώσεις στα 10.000 άτομα (Lotter, 1966, Wing & Gould, 1979).

Ωστόσο, νεότερες έρευνες έχουν δείξει υψηλότερα ποσοστά επικράτησης.

Συγκεκριμένα, οι Gillberg & Wing (1999), ύστερα από μετα-ανάλυση 20 μελετών, από το 1966 μέχρι το 1997, διαπίστωσαν ότι στα παιδιά που γεννήθηκαν πριν το 1970, ο αυτισμός αφορούσε 4.7 περιπτώσεις στα 10.000 άτομα, ενώ στα παιδιά που γεννήθηκαν από το 1970 και αργότερα υπήρχαν 11.2 περιπτώσεις αυτισμού στα 10.000 άτομα.

Επιπλέον, σημείωσαν μία ετήσια αύξηση των διαγνώσεων για αυτισμό της τάξεως του 3.8% με μελέτες από την δεκαετία του 1990, αναφέροντας ποσοστά συχνότητας εμφάνισης του αυτισμού από 6-31 περιπτώσεις στα 10.000 άτομα.

Μία πρόσφατη έρευνα σε 15.500 παιδιά ηλικίας από 2.5-6.5 ετών στο Staffordshire στην Αγγλία ανέφεραν τόσο υψηλά ποσοστά όπως 16.8 περιπτώσεις στα 10.000 άτομα. (Chakrabarti & Forbonne, 2001).

Άλλες μελέτες, συμπεριλαμβάνοντας όλες τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αποφάνθηκαν ότι τα ποσοστά επικράτησης του αυτισμού ποικίλουν από 16 έως 62.6 περιπτώσεις στα 10.000. (Forbonne, du Mazaubrun, Cans & Grandjean, 1997).

Αν και τα στοιχεία δηλώνουν ότι τα ποσοστά του αυτισμού, όπως και των υπόλοιπων διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών αυξάνονται, υπάρχουν διαμάχες ως προς το αν αυτή η αύξηση αντανακλά την πραγματικότητα, ή αν απεικονίζει μία βελτίωση των διαγνωστικών μέσων, που να οδηγεί σε εγκυρότερες διαγνώσεις, για τις διαταραχές αυτές (ιδιαίτερα με την ανακάλυψη ατόμων με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Το αυτιστικό σύνδρομο είναι 4-5 φορές πιο συχνό στα άρρενα άτομα απ'ότι στα θήλεα. Οι γυναίκες όμως συνήθως παρουσιάζουν πιο σοβαρή Διανοητική καθυστέρηση. (Μάνος 1997).

Η υπεροχή των αυτιστικών αγοριών ως προς τα κορίτσια παρατηρήθηκε επίσης από τους Kanner και Asperger. Μια έρευνα που πρόσθεσε καινούρια στοιχεία στο ζήτημα αυτό πραγματοποιήθηκε από τους Lord, Schopler και Revicki σε 384 αγόρια και 91

κορίτσια, ηλικίας από 3-8 ετών. Το συγκεκριμένο αυτό δείγμα, περιελάμβανε όχι μόνο τις πυρηνικές περιπτώσεις αυτισμού, αλλά και αυτές που παρουσίαζαν αυτιστικά συμπτώματα σε ηπιότερη μορφή. Από το 1975 έως το 1980, όλα τα παιδιά εξετάστηκαν εξονυχιστικά με ψυχολογικές δοκιμασίες και συνεντεύξεις, ενώ λήφθηκε υπόψιν και η ανάπτυξη κάθε παιδιού. Η αναλογία αγοριών κοριτσιών ήταν στο 5:1 στο υψηλότερο σκέλος της κλίμακας ικανοτήτων και μόνο 3:1 στο χαμηλότερο. (Frith, 1999).

Το εύρημα αυτό μπορεί να υποδεικνύει ότι τα αυτιστικά κορίτσια παρουσιάζουν κατά μέσο όρο, περισσότερο σοβαρά μειονεκτήματα σε όλες σχεδόν τις ελεγχόμενες ικανότητες από ότι στα αυτιστικά αγόρια.

Υπάρχουν βέβαια συγκρούσεις ως προς το αν τα αγόρια διαφέρουν από τα κορίτσια στη σοβαρότητα των αυτιστικών συμπτωμάτων. Μία πρόσφατη έρευνα όπου συγκρίνεται η συμπτωματολογία στο ADI-R και στο CARS διαπίστωσε πως τα συμπτώματα του αυτισμού είναι ίδια και στα δύο φύλα, όταν πρόκειται για άτομα ίδιας χρονολογικής και νοητικής ηλικίας. (Pilowsky, Yirmiya, Shulman, Dover, 1998).

Ωστόσο, οι McLennan, Lord και Schopler (1993), ανακάλυψαν ανάμεσα σε μία ομάδα αυτιστικών παιδιών υψηλής λειτουργικότητας (με δείκτη νοημοσύνης μεγαλύτερο του 60), το γεγονός ότι οι γονείς θεωρούσαν ότι τα αγόρια πάσχουν από σοβαρότερο αυτισμό σε σχέση με τα κορίτσια, ιδιαίτερα σε ηλικίες κάτω των 5 ετών. Οι παραπάνω έρευνες δείχνουν ότι τα κορίτσια με αυτισμό τείνουν να έχουν μεγαλύτερη διανοητική καθυστέρηση και ως εκ τούτου παρουσιάζουν αυξημένη συμπτωματολογία συνδεδεμένη με αυτισμό. Ωστόσο τα κορίτσια υψηλής λειτουργικότητας με αυτισμό μπορεί να επιδείξουν λιγότερο σοβαρά συμπτώματα αυτισμού, σε σύγκριση με τα αγόρια υψηλής λειτουργικότητας, (Mash, Barkley, Heffernan, 2003)

Φαίνεται, ότι ο αυτισμός εμφανίζεται 3-4 φορές συχνότερα στα αγόρια απ'ότι στα κορίτσια.(Volkmar, 1993). Αυτή η αναλογία ισχύει κυρίως στις περιπτώσεις όπου υπάρχει φυσιολογική νοημοσύνη, ενώ στις περιπτώσεις όπου βαριά νοητική υστέρηση, η αναλογία αγοριών και κοριτσιών είναι η ίδια. Έτσι, αν και στα κορίτσια εμφανίζεται πιο σπάνια η αυτιστική διαταραχή, όταν εκδηλώνεται παρουσιάζουν νοητική υστέρηση, η οποία συνοδεύεται από σοβαρότερα ελλείμματα (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005)

Ένα ενδιαφέρον εύρημα πρόσφατων δημογραφικών ερευνών στις ΗΠΑ, υποστηρίζει ότι σε κάποιες περιοχές υπάρχουν αυξημένα ποσοστά παιδιών με αυτισμό, τα οποία σχετίζονται με τη συσσώρευση τοξικών στοιχείων στο περιβάλλον. Τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης του αυτισμού είναι στην περιοχή Brick της Νέας Υερσέης, στις ΗΠΑ, όπου υπάρχουν 40 παιδιά σε πληθυσμό 6.000 ατόμων, αριθμός τρεις φορές υψηλότερος απ'τα ποσοστά σε ολόκληρη την Αμερική. Οι απόψεις αυτές δεν είναι ακόμη επαρκώς και επιστημονικά τεκμηριωμένες. (Γενά, 2002)

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΙ ΑΥΤΙΣΜΟΣ

Παλαιότερα κυριαρχούσε η άποψη ότι ο αυτισμός συνέβαινε περισσότερο συχνά σε οικογένειες με υψηλότερο μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο. Αυτή η πεποίθηση προήλθε πιθανόν από τον αυξημένο αριθμό οικογενειών υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, οι οποίες απευθύνθηκαν σε κάποιον ειδικό. Η παραπάνω εντύπωση καταρρίφθηκε από αρκετές μελέτες. (Trevarthen, Aitken, Papoudi, Robarts, 1996). Το αυτιστικό σύνδρομο μπορεί να εκδηλωθεί σε ένα παιδί οποιασδήποτε οικογένειας, οποιουδήποτε κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και όχι μόνο σε προβληματικές οικογένειες.

ΑΙΤΙΑ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς διάφορες υποθέσεις και θεωρίες με σκοπό τη διαλεύκανση των αιτίων και της παθογένεσης του αυτισμού. Οι θεωρίες αυτές, ερμηνεύουν από διαφορετικές οπτικές γωνίες το θέμα του αυτισμού, και έχουν κοινό σημείο την ύπαρξη διαταραχών στο επίπεδο της αντίληψης,. Μερικές από αυτές είναι οι εξής:

ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Ο Fein και οι συνεργάτες του, εντάσσουν την αιτία του αυτισμού στις διαταραχές στο κοινωνικό επίπεδο. Με άλλα λόγια οι διαταραγμένες κοινωνικές σχέσεις, αποτελούν την αιτία του. (Κυπριωτάκης, 2003).

Οι υποστηρικτές της συγκεκριμένης θεωρίας, θεωρούν ότι τα αυτιστικά παιδιά παρουσιάζουν ειδική δυσλειτουργία σε εκείνες τις περιοχές του νευρικού συστήματος, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τις γνωστικές λειτουργίες που συνδέονται ιδιαίτερα με την επικοινωνία και την κοινωνική συμπεριφορά, με αποτέλεσμα την ύπαρξη ελλειμμάτων στους συγκεκριμένους τομείς. (Fein, 1984, 1986).

Στα αυτιστικά παιδιά οι περιοχές του νευρικού συστήματος, που σχετίζονται με τις γνωστικές λειτουργίες και ιδιαίτερα με τις κοινωνικές συνδιαλλαγές έχουν υποστεί σοβαρή βλάβη με αποτέλεσμα την ύπαρξη ελλειμμάτων στους συγκεκριμένους τομείς(Κωνστανταρέα, 2001, Κυπριωτάκης, 2003).Παράλληλα, οι γνωστικές λειτουργίες, οι οποίες είναι ανεξάρτητες από τις κοινωνικές επιρροές μένουν ανέπαφες και χωρίς βλάβη(Κυπριωτάκης, 2003).

ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης διατυπώθηκε από τον Sternberg(1987)και αποτελεί μία σύνθεση των θεωρητικών αντιλήψεων που είχαν διατυπωθεί μέχρι τότε για την αιτιολογία του αυτισμού. Ως πρωτογενές αίτιο του αυτισμού θεωρήθηκε η

αδυναμία των αυτιστικών παιδιών να επεξεργάζονται τις πληροφορίες και να αποκτούν γνώσεις. (Κυπριωτάκης, 2003).

Δυσκολεύονται στο να διακρίνουν το σημαντικό από το ασήμαντο στις πληροφορίες τις οποίες προσλαμβάνουν, και αδυνατούν να συνδυάσουν, να συγκρίνουν και να συνδέσουν νέες πληροφορίες με ήδη υπάρχουσες για να προβούν σε ευρύτερους γνωστικούς σχηματισμούς. (Collia, Faherty, 1999).

Τα αυτιστικά παιδιά, έχουν διαταραγμένες όλες τις παραπάνω διαδικασίες επεξεργασίας των πληροφοριών, καθώς επίσης παρουσιάζουν αδυναμία στο να κατανοήσουν σύμβολα-και κατά συνέπεια τη γλώσσα, γι' αυτό και αντιμετωπίζουν προβλήματα στην επικοινωνία. Η διαταραχή εστιάζεται στα ανώτερα συστήματα επεξεργασίας των πληροφοριών, σε επίπεδο σύλληψης και λιγότερο σε επίπεδο πρόσληψης. Ο Sternberg υποθέτει την ύπαρξη διαταραχής στο επίπεδο του συμβολισμού.(Sternberg, 1987).

Η ΣΥΓΚΙΝΗΣΙΑΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Οι κύριοι εκπρόσωποι της θεωρίας αυτής, Hobson και Weeks, υποστηρίζουν ότι οι διαταραχές που παρατηρούνται στα αυτιστικά παιδιά στην ανάπτυξη των κοινωνικών σχέσεων και της επικοινωνίας, οφείλονται πρωτογενώς σε δυσλειτουργίες και διαταραχές περιοχών του κεντρικού νευρικού συστήματος, που αποτελούν το φυσιολογικό υπόβαθρο(έδρα) των συγκινησιακών-θυμικών καταστάσεων. Τα αίτια των διαταραχών αυτών δεν πρέπει να αποδίδονται σε ψυχικά τραύματα αλλά σε μία εγγενή ανικανότητα του αυτιστικού παιδιού για συγκινησιακή- συναισθηματική επικοινωνία με άλλα πρόσωπα οργανικής αιτιολογίας. (Κυπριωτάκης, 2003).

Ο Hobson θεωρεί ο αυτισμός είναι συναισθηματική και διαπροσωπική ανεπάρκεια, ο ορισμός της οποίας μπορεί να δοθεί λαμβάνοντας υπόψιν τη σχέση του παιδιού με τα άτομα που το φροντίζουν. Η διαταραχή αυτή αποτελεί την βάση όλων των άλλων ανεπαρκειών και αποκλίσεων που παρατηρούνται στα αυτιστικά παιδιά.(Hobson, 1993).

ΛΟΓΙΚΟ-ΘΥΜΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Οι εκπρόσωποι της θεωρίας αυτής Hermelin και O'Connor (1985), υποστηρίζουν πως ο αυτισμός οφείλεται σε διαταραχές του νευρικού συστήματος που αποτελούν το φυσιολογικό υπόβαθρο των γνωστικών και συγκινησιακών λειτουργιών. Συγκεκριμένα, ενώ στα φυσιολογικά άτομα ανάμεσα σε ένα ερέθισμα και σε μια ενέργεια-αντίδραση δημιουργείται μια συγκινησιακή κατάσταση-συναίσθημα, η οποία κατάσταση επηρεάζει και καθορίζει την αντίδραση του ατόμου, στα αυτιστικά άτομα με την εμφάνιση του ερεθίσματος δεν αναπτύσσονται οι αντίστοιχες συγκινησιακές καταστάσεις με συνέπεια την απάθεια, την αδράνεια και την έλλειψη αντίστοιχης αντίδρασης (Hermelin/O'Connor, 1985).

Στο σύνδρομο του αυτισμού οι μορφές της συμπεριφοράς του ατόμου που εκδηλώνονται από την αλληλεπίδραση των γνωστικών και των συναισθηματικών λειτουργιών έχουν διαταραχθεί. Αυτή η αλληλεπίδραση και συνεργασία ασκεί καθοριστικό ρόλο στην ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής και στην επιλογή των βασικών και ουσιαστικών γνωρισμάτων ενός ερεθίσματος. (Κυπριωτάκης, 2003).

Από το επίπεδο αλληλεπίδρασης και συνεργασίας εξαρτάται η έκταση της γλωσσικής και μη-γλωσσικής επικοινωνίας, δηλαδή η ικανότητα κατανόησης της γλώσσας και η ικανότητα έκφρασης των σκέψεων και συναισθημάτων (Κυπριωτάκης, 2003).

ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Η ικανότητα να καταλαβαίνει κανείς ότι οι άλλοι άνθρωποι έχουν δικές τους αντιλήψεις, επιθυμίες και κίνητρα, τα οποία είναι διαφορετικά σε κάθε άνθρωπο, εμφανίζεται σταδιακά από την βρεφική ηλικία, και εγκαθίσταται σταθερά στην ηλικία των 3-4 ετών. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Σύμφωνα με την θεωρία των Baron-Cohen (1988), το αυτιστικό σύνδρομο οφείλεται στη διαταραχή της ικανότητας του αυτιστικού ατόμου να «παρατηρεί», να «διαισθάνεται», τις πνευματικές και ψυχικές καταστάσεις, τις προθέσεις, τα κίνητρα των άλλων ατόμων και να προσαρμόζει ανάλογα την δική του συμπεριφορά. Ως εκ

τούτου δημιουργείται φόβος και δυσαρέσκεια στο παιδί με αυτισμό, από τη συναναστροφή με τους άλλους ανθρώπους. (Happé, 1998).

Την εξέλιξη των ικανοτήτων που επιτρέπουν στο παιδί να συλλαμβάνει τις ιδέες των άλλων προσώπων χαρακτηρίζει ο Leslie(1987), ως «μεταπαραστατική εξέλιξη». Η μεταπαραστατική ικανότητα εμφανίζεται κατά την εξελικτική βαθμίδα IV (18^{ος} μέχρι 24^{ος} μήνας). Τα συμπτώματα του συνδρόμου αρχίζουν να εκδηλώνονται πιο έντονα από εκείνο το εξελικτικό στάδιο.(Κυπριωτάκης, 2003).

Η ικανότητα των «μεταπαραστάσεων» αποτελεί την βάση των κοινωνικών δεξιοτήτων, οι οποίες έχουν υποστεί βλάβη στα αυτιστικά άτομα, ενώ άλλες δεξιότητες που δεν απαιτούν «μεταπαραστατικές» ικανότητες είναι δυνατό να λειτουργούν κανονικά (Frith, 1999)

Η ικανότητα χρήσης συμβόλων απαιτεί μεταπαραστατική ικανότητα. Γι'αυτό τα αυτιστικά παιδιά αντιμετωπίζουν προβλήματα στη γλώσσα(αδυναμία μεταπαραστάσεων και χρήσης συμβόλων), και στο παιχνίδι. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003)

ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΣΥΝΟΧΗΣ

Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, οι ανεπάρκειες που παρατηρούνται στα άτομα με αυτισμό οφείλονται στον νοητικό μηχανισμό-και όχι στον αισθητηριακό. Με τον όρο κεντρική συνοχή, εννοείται η συνένωση και συγχώνευση των πληροφοριών σε σύνολα-ολότητες, και προϋποθέτει την κατανόηση του νοήματος και τον διαχωρισμό των ουσιωδών πληροφοριών από το υλικό που δεν έχει σημασία, προκειμένου να σχηματιστούν εμπειρίες.(Frith, 1999).

Τα αυτιστικά παιδιά παρουσιάζουν δυσκολίες στο συνδυασμό παρελθόντων και παρόντων πληροφοριών, στην αξιοποίηση των εμπειρικών γνώσεών τους και στην κατανόηση του κόσμου, καθώς επίσης στην οργάνωση και διαχείριση του χώρου και του χρόνου τους. (Wing, 1996).

ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΕΥΡΥΤΕΡΟΥ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΥ (THE BROADER AUTISM PHENOTYPE)

Ο όρος «ευρύτερος αυτιστικός φαινότυπος»(broader autism phenotype), αναφέρεται στην ιδέα ότι οι συγγενείς των ατόμων με αυτισμό, μπορεί να μην πάσχουν από αυτισμό, αλλά φαίνεται να παρουσιάζουν δυσκολίες σε μία ή περισσότερες από τις τρεις περιοχές, οι οποίες χαρακτηρίζουν τον αυτισμό.(κοινωνική διαντίδραση, επικοινωνία, στερεότυπη συμπεριφορά).(Baron, Cohen, Hammer, 1997).

Μία πρόσφατη έρευνα του Pickles(2000), ανέφερε ότι οι 178 από τους 2.360(7,5%) συγγενείς ατόμων που πάσχουν από αυτισμό, παρουσίαζαν τις παραπάνω δυσκολίες, ενώ μόνο 20 συγγενείς ατόμων με σύνδρομο Down παρουσίασαν τέτοιου είδους δυσκολίες. Η συγκεκριμένη έρευνα παρέχει στήριξη στην θεωρία ότι οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές σχετίζονται με την κληρονομικότητα. (Pickles et al,2000), Άλλες θεωρίες υποστηρίζουν πως το 15%-25% των συγγενών ατόμων με αυτισμό, παρουσιάζουν κάποιες γνωστικές ανεπάρκειες, όπως καθυστερήσεις στην γλώσσα, δυσκολίες άρθρωσης, δυσκολίες στην έναρξη μιας συζήτησης, στην ανάγνωση κ.α. (Baird, August, 1985, Bolton, Rutter, 1990)

Ωστόσο, άλλες έρευνες δεν αναφέρουν διαφορές ανάμεσα στους δείκτες νοημοσύνης των συγγενών αυτιστικών ατόμων σε σχέση με τους συγγενείς ατόμων που πάσχουν από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές. (Folstein, 1999).

Μία πρόσφατη επιστημονική έρευνα, προσπαθώντας να ανακαλύψει τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά 1564 συγγενών πρώτου βαθμού ατόμων με αυτισμό, και 746 δεύτερου βαθμού, ανακάλυψε καταθλιπτική διαταραχή σε πρώτου-βαθμού συγγενείς, καθώς και τικ. Επιπλέον, αυτά τα αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικής διαταραχής συνδέθηκαν με τις κοινωνικές και επικοινωνιακές ανεπάρκειες στους συγγενείς των ατόμων με αυτισμό. (Bolton, Pickles, Murphy, Rutter, 1998)

Τέλος, μία άλλη έρευνα μελετώντας τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των συγγενών ορισμένων ατόμων με αυτισμό, συμπέραναν αυξημένα συμπτώματα ανησυχίας, παρορμητικότητας, απομόνωσης, υπερευαισθησίας, ευερεθιστότητας, και εκκεντρικότητας. Η κατανόηση του ευρύτερου αυτιστικού φαινοτύπου είναι

σημαντική για τις έρευνες που επιδιώκουν να ανακαλύψουν αν και ποια γονίδια οδηγούν στον αυτισμό. (Murphy, 2000)

Στη συνέχεια παρατίθενται τα πιθανά αίτια του αυτισμού:

ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ

Σε πολλά αυτιστικά παιδιά τα συμπτώματα του αυτισμού συνδέονται στενά με ασθένειες ή επιπλοκές που παρουσιάζονται κατά την προγεννητική, περιγεννητική και τη μεταγεννητική περίοδο της ζωής τους, και που οδηγούν σε διαταραχές των λειτουργιών του εγκεφάλου. Οι περισσότερες από τις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν προκειμένου να διαπιστώσουν την εγκυρότητα αυτού του στοιχείου, κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι ορισμένες επιπλοκές κατά την προγεννητική περίοδο(π.χ ασθένειες), ή την στιγμή της γέννησης(ασφυξία, κακώσεις στον εγκέφαλο), παρουσιάζονται πιο συχνά στα αυτιστικά παιδιά απ'ότι στις ομάδες ελέγχου. (Frith, 1999)

Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί από έρευνες σε γονείς αυτιστικών παιδιών, η έκθεσή τους σε χημικές ουσίες σε σχέση με γονείς νοητικά υστερούντων παιδιών. Επίσης, αναφέρονται μεγαλύτερα ποσοστά υπερθυρεοειδισμού στους γονείς αυτιστικών σε σχέση με γονείς φυσιολογικών, υπέρβαρες μητέρες, καθώς επίσης, μεγάλη συχνότητα αποβολών και δυσκολιών αναπαραγωγής στα οικογενειακά ιστορικά των μητέρων (Wing, 1996)

Κατά την περίοδο της ενδομήτριας ζωής διαπιστώνονται επίσης, συχνότερες αιμορραγίες στη μήτρα, ομφάλιο λώρο, πλακούντα κ.ά καταστάσεις που απαιτούν χορήγηση φαρμάκων στη μητέρα. (Frith, 1999)Υπάρχουν επίσης περιπτώσεις όπου η μητέρα εμφάνισε κάποια μόλυνση στα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης. Για παράδειγμα η ερυθρά, η ιλαρά, η τοξοπλάσμωση, η σύφιλη, και η ανεμοβλογιά στη μητέρα μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στην φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού. (Κωνστανταρέα, 2001).

Επίσης, ένας πρόωρος τοκετός, ή μια ασφυξία κατά τη γέννηση αποτελεί έναν σοβαρό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης του αυτισμού. Υποστηρίζεται επίσης ότι

δυσκολίες αναπαραγωγής, αποτελούν έναν πιθανό παράγοντα πρόκλησης του αυτισμού όπως και η προχωρημένη ηλικία της μητέρας(πάνω από 35 ετών.).

(Mash, Barkley, Heffernan, 2003)

Στην περίπτωση του αυτισμού έχει ιδιαίτερη απήχηση η άποψη ότι ο αυτισμός οφείλεται σε κάποιον ιό, λόγω του ευρήματος ότι η προσβολή παιδιών από κάποιο ιό προηγήθηκε της εκδήλωσης συμπτωμάτων αυτισμού. Ορισμένοι τύποι ιών που φαίνεται να σχετίζονται με τον αυτισμό είναι οι ρετροϊοί(Retrovirus), οι οποίοι μπορούν να ενσωματωθούν στο γενετικό υλικό των κυττάρων, ο έρπης, και ο μεγαλοκυττοϊός(cylomegalovirus). (Trevarthen, Aitken, Papoudi, Roberts, 1996)

ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΙΤΙΑ

Οι πρώτες έρευνες και μελέτες για το σύνδρομο του αυτισμού συμπίπτουν χρονικά με την εξέλιξη της ψυχαναλυτικής θεωρίας. Ο Ελβετός Ψυχίατρος E. Bleuler(1911), χρησιμοποίησε τον όρο «αυτιστικός» και «αυτισμός», προκειμένου να περιγράψει τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, γιατί θεωρούσε τον αυτισμό ως ένα ουσιώδες γνώρισμά της, όπως είναι η απώλεια επαφής με τον έξω κόσμο((Bleuler, 1911/1950). Εύλογο λοιπόν, είναι να εκληφθούν αρχικά ως ψυχογενή τα αίτια του αυτιστικού συνδρόμου. Έτσι, η παρουσία του αυτισμού θεωρήθηκε κατ' αρχήν ότι οφείλεται σε τραυματικές εμπειρίες του παιδιού, έλλειψη ψυχικού δεσμού, ανεπιθύμητη κύηση, έλλειψη αυτοπεποίθησης των γονέων –πολύ περισσότερο της μητέρας- τραύμα κατά την γέννηση, έλλειψη σωματικής επαφής μητέρας-παιδιού μετά την γέννηση, έλλειψη στοργής, γέννηση άλλου παιδιού προτού ακόμη συμπληρώσει το 18^ο μήνα της ζωής του, λανθασμένη συμπεριφορά της μητέρας, κατάθλιψη της μητέρας μετά την γέννηση του παιδιού, χρήση θηλάστρου, διαζύγιο, θάνατος του ενός ή και των δύο γονιών, υπερβολικές απαιτήσεις, ιδρυματισμός κλπ. (Συνοδινού, 2001, Κυπριωτάκης, 2003)

Με βάση τα παραπάνω, υπάρχει μία διάσπαση στη συναισθηματική σχέση του παιδιού με την μητέρα του. Η διάσπαση αυτή επισυμβαίνει κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού(Συνοδινού, 2001).

Αποτέλεσμα των προαναφερθέντων είναι η διαταραχή των «αντικειμενωδών σχέσεων», της αναγνώρισης δηλαδή και διαφοροποίησης της μητέρας σαν μιας

ξεχωριστής ολότητας, του μητρικού αντικειμένου. Η μητέρα συνεπώς, δεν μπορεί να γίνει αντιληπτή από το παιδί σαν ολικό «αντικείμενο», σαν μια ολότητα αλλά έχει βιωθεί σαν επί μέρους «αντικείμενο»(μητρικό στήθος, πρόσωπο, χέρι, πόδι(Σταύρου, 1987).

Σύμφωνα με τις απόψεις της ψυχαναλυτικής θεωρίας, ο αυτισμός προκαλείται από ψυχοδυναμικές συγκρούσεις μεταξύ της μητέρας κι του παιδιού, ή από κάποιο έντονο υπαρξιακό άγχος που βιώνεται από το παιδί και θεραπεύεται με την επίλυση της πρωταρχικής σύγκρουσης. Αν και υπάρχει έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων(οι κλινικές παρατηρήσεις αναφέρονταν σε 10-12 περιπτώσεις) η λανθασμένη αυτή πεποίθηση υπάρχει.(Συνοδινού, 2001).

Και στην εποχή του Kanner(1943) πολλές θεωρίες είχαν προταθεί για τα αίτια του αυτισμού. Ο Kanner αν και υποστήριζε πως η αιτία του αυτισμού ήταν οργανική, απέδιδε μεγάλο ποσοστό ευθύνης στους γονείς και ιδιαίτερα στην συναισθηματική παγερότητα και την έλλειψη της τρυφερότητας προς το παιδί. (Aarons, Maureen Gitens, Tessa, 1999).

Αυτή η πρόωμη άποψη ότι η αυτιστική συμπεριφορά του παιδιού ήταν το αποτέλεσμα μιας αμυντικής αντίδρασής του για να απομακρυνθεί και να προστατευτεί από έναν ψυχρό και εχθρικό γονέα οδήγησε στην εφαρμογή θεραπευτικών προγραμμάτων, τα οποία ασχολούνταν αποκλειστικά με τις μητέρες των παιδιών αυτών, με στόχο να τις βοηθήσουν να είναι λιγότερο απορριπτικές απέναντι στα παιδιά τους. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

Στην πραγματικότητα, είναι αδύνατο να γίνει ένα παιδί αυτιστικό, επειδή η μητέρα το δεν του πρόσφερε επαρκή αγάπη ή επειδή αισθάνεται ότι απειλείται η ζωή του και η ταυτότητά του(Frith, 1999).

Αναμφισβήτητα, οι τραυματικές εμπειρίες επηρεάζουν αρνητικά την εξέλιξη του παιδιού, όμως υπάρχουν εκατομμύρια παιδιά παγκοσμίως με τραυματικά βιώματα, που δεν είναι αυτιστικά. Ακόμη, δεν υπάρχουν εμπειρικές έρευνες που να θεμελιώνουν την παραπάνω άποψη, ότι δηλαδή οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, είναι η αιτία του αυτισμού. (Συνοδινού, 2001).

Διαπιστώνουμε ότι στην περίπτωση του αυτισμού, έχει υπερτονιστεί ο ρόλος των τραυματικών βιωμάτων(Ernst, Luckner, 1985).

Σήμερα, η άποψη ότι ο αυτισμός οφείλεται στην έλλειψη μητρικής αγάπης, στην προσωπικότητα των γονέων και στις τακτικές ανατροφής των παιδιών έχει απορριφθεί.(Satkiewicz, Gayhardt, Peerenboom, Campbell, 2001).

ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Αν και αρχικά, θεωρήθηκε απίθανο να συμμετέχουν κληρονομικοί παράγοντες στον αυτισμό, επειδή ήταν πολύ σπάνιο να βρει κανείς δύο αυτιστικά μέλη στην ίδια οικογένεια, στις μέρες μας αυτό αποτελεί λανθασμένη πεποίθηση. Παρόλο που η συχνότητα αυτισμού στα αδέλφια έχει οριστεί στο 2-3%, και φαίνεται μικρή, είναι κατά 50 φορές μεγαλύτερη από την συχνότητα εμφάνισης του αυτισμού στον γενικό πληθυσμό. (Bolton, 1994, Rutter/Καραντάνος 1990, Κάκουρος/Μανιαδάκη, 2005).

Η Folstein μελέτησε 21 ζεύγη διδύμων, προκειμένου να ανακαλύψει τη σημασία των γενετικών παραγόντων στην εμφάνιση του αυτισμού.

Τα μονοζυγωτικά ζεύγη έδωσαν ένα ποσοστό συμφωνίας 36% ως προς τον αυτισμό(ενώ το ποσοστό στους ετεροζυγώτες ήταν 0%)και ένα ποσοστό 82% συμφωνίας ως προς τις γνωσιακού τύπου δυσκολίες. (το αντίστοιχο για τους ετεροζυγώτες ήταν 10%). (Folstein & Rutter, 1977).

Τα αδέλφια των αυτιστικών παιδιών εμφανίζουν συχνότερα διαταραχές στην αντίληψη, στη γλώσσα και στη μάθηση, σε σύγκριση με τα αδέλφια κανονικών παιδιών, ή παιδιών που έχουν αδέλφια με σύνδρομο Down. (Κυπριωτάκης 2003).

Χαρακτηριστικά είναι και τα αποτελέσματα 24 ερευνών που έγιναν σε διδύμους και παρουσιάζουν το ρόλο που ασκεί η κληρονομικότητα στην παρουσία του αυτιστικού συνδρόμου. Από τις έρευνες αυτές, διαπιστώθηκε σε 87 ζεύγη διδύμων, από τα οποία 48 ζεύγη ήταν μονοζυγώτες και 39 ετεροζυγώτες, ότι από τους μονοζυγώτες ποσοστό 77.1% των ζευγών παρουσίαζαν αυτισμό, και τα δύο άτομα του ζεύγους και ποσοστό 22,9%, μόνο το ένα άτομο. Στα ζεύγη διδύμων που δεν παρουσίαζαν συμφωνία, το μη αυτιστικό μέλος δεν ήταν απαραίτητα φυσιολογικό. Ποσοστό 80% των μη αυτιστικών μελών των μονοζυγωτών διδύμων εμφάνιζε νοητική καθυστέρηση και γλωσσική διαταραχή, ενώ το ποσοστό για τα ετεροζυγωτικά δίδυμα ήταν 10%.(Μάνος, 1997).

Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι υπάρχει ένα γενετικό αίτιο για μια γενικότερη διαταραχή της γνωστικής ανάπτυξης.

Από τα παραπάνω ευρήματα μπορούμε να πούμε ότι μια κληρονομική προδιάθεση ασκεί βασικό ρόλο στην εμφάνιση του αυτιστικού συνδρόμου. Κληρονομείται μια

ευρύτερη προδιάθεση για διαταραχές στο γνωστικό τομέα, και μας είναι άγνωστοι οι γενετικοί μηχανισμοί που συμμετέχουν. (Rutter, 1991).

Επίσης, δεν πρέπει να διαφεύγει την προσοχή μας το γεγονός ότι οι γεννήσεις των διδύμων εγκλείουν πολλούς κινδύνους, όπως είναι η έλλειψη οξυγόνου όταν καθυστερεί η γέννηση του δεύτερου παιδιού, ο δύσκολος τοκετός, οι τραυματισμοί στο κεφάλι, που μπορεί να οδηγήσουν σε εγκεφαλικές βλάβες. (Frith, 1999)

ΧΡΩΜΟΣΩΜΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Για πολλά χρόνια είχε δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην πιθανή σχέση του αυτισμού με το σύνδρομο του «εύθραυστου X», δηλαδή μια εύθραυστη τοποθεσία στο χρωμόσωμα X, η οποία αποκαλύπτεται μετά από καλλιέργεια σε μέσο που περιέχει φυλλικό οξύ σε μικρή συγκέντρωση και που μπορεί να υποστεί ρήγμα κάτω από συγκεκριμένες περιστάσεις. Πρόκειται για ένα σπάνιο φαινόμενο, στα φυσιολογικά άτομα, παρατηρείται όμως σε ποσοστό περίπου 5% στα παιδιά με νοητική υστέρηση. (Rutter, Καραντάνος, 1990).

Το σύνδρομο του εύθραυστου χ παρατηρείται συχνότερα στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, ίσως λόγω της ύπαρξης του δεύτερου X χρωμοσώματος στα θηλυκά άτομα, το οποίο μπορεί να αναπληρώνει το ελάττωμα του άλλου χρωμοσώματος (Kalat, 2001)

Η σύνδεση αυτισμού και συνδρόμου εύθραυστου X είναι αποτέλεσμα της ύπαρξης νοητικής ανεπάρκειας καθώς η συχνότητα εμφάνισής του σε παιδιά με νοητική υστέρηση είναι 5%, ποσοστό αρκετά υψηλό σε σχέση με αυτό του γενικού πληθυσμού. (Bailey, Philips, Rutter, 1996).

Παρόλο που έχει διαπιστωθεί ότι ποσοστό 10-20% των αυτιστικών παιδιών παρουσιάζει «εύθραυστο X σύνδρομο, οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα σε αυτιστικά παιδιά δεν οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι το σύνδρομο του αυτισμού οφείλεται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Παιδιά με το σύνδρομο Down σπάνια παρουσιάζουν συμπτώματα αυτισμού αν και η ύπαρξη ενός συνδρόμου δεν αποκλείει την ύπαρξη του άλλου. (Frith, 1999).

ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ:

Αναμφίβολα, ο αυτισμός είναι το αποτέλεσμα οργανικής δυσλειτουργίας και έχει βιολογική προέλευση . Οι ενδείξεις για την ύπαρξη του οργανικού παράγοντα στον αυτισμό δεν είναι αποσπασματικές αλλά συντριπτικές. Γι'αυτό τον λόγο πρέπει να γίνει αποδεκτό ότι το επίπεδο και η βελτίωση της κατάστασης καθορίζεται από εγγενείς παράγοντες στο παιδί. (Aarons, Gittens, Tessa, 1999). Οι ενδείξεις αυτές όμως απλά επιβεβαιώνουν την ύπαρξη εγκεφαλικής ανωμαλίας, όχι και τη φύση της(Frith, 1999).

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ

Μια ιδιαίτερη ομάδα ουσιών του νευρικού συστήματος είναι οι **νευροδιαβιβαστές**. Πρόκειται για ενεργοποιές ουσίες που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν τη διαβίβαση των μηνυμάτων από νεύρο σε νεύρο διαμέσου των συνάψεων. Από τους νευροδιαβιβαστές η σεροτονίνη έχει ερευνηθεί περισσότερο. Η ***σεροτονίνη***, επηρεάζει τη λειτουργία του ύπνου, την θερμοκρασία του σώματος, το αίσθημα του πόνου, την αντίληψη, τη σεξουαλική συμπεριφορά, την κίνηση, την λειτουργία των αδένων, των νεύρων, την όρεξη για φαγητό, τη μνήμη, τη μάθηση, το ανοσοποιητικό σύστημα κá.(Thompson, Robert, O'Quinn, Aglaia,1979)

Νευροχημικές έρευνες έχουν δείξει ότι ο 1/3 των αυτιστικών ατόμων έχει ***αυξημένα επίπεδα σεροτονίνης στο αίμα***, τη στιγμή που η στάθμη της στο νωτιαίο υγρό και σε άλλα όργανα του σώματος κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Η ανωμαλία αυτή αποδόθηκε σε μία μεταβολή της απορρόφησης ή αποθήκευσης της σεροτονίνης στα αιμοπετάλια. Βέβαια, σε πολλά αυτιστικά παιδιά η ποσότητα της σεροτονίνης είναι κανονική και σε άλλα βρίσκεται κάτω από το κανονικό. (Kehrer, Rutter, Kusch, Petermman, 1990). Αν και το εύρημα αυτό εμπεριέχει πιθανά στοιχεία για την βιολογική βάση του αυτισμού, οποιαδήποτε συσχέτισή του με τα συμπεριφορικά συμπτώματα του αυτισμού είναι εξαιρετικά δυσδιάκριτη(Frith, 1999). Πρέπει να σημειωθεί ότι τα αυξημένα επίπεδα σεροτονίνης δεν χαρακτηρίζουν αποκλειστικά τις περιπτώσεις του αυτισμού, καθώς παρατηρούνται και σε άλλα σύνδρομα νοητικής υστέρησης.(Rutter, Καραντάνος, 1990).

Οι μονοαμίνες αποτελούν μία άλλη ομάδα νευροδιαβιβαστών, και είναι υπεύθυνες για τον έλεγχο των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς.

Διαταραχή του δείκτη τιμών της μονοαμίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα, συνεπάγεται διαταραχή στη μεταβίβαση των μηνυμάτων διαμέσου των συνάψεων ανάμεσα στα κύτταρα του εγκεφάλου. (Thompson, Robert, O'Quinn, Aglaia, 1979)

Με βάση τα αποτελέσματα μία επιδημιολογικής έρευνας στην Σουηδία (1984), διαπιστώθηκε ότι ο αυτισμός συνοδεύεται ασυνήθιστα συχνά με την νευροϊνωμάτωση (Neurofibromatose), πάθηση που εκδηλώνεται με τον σχηματισμό ογκιδίων σε περιοχές του νευρικού συστήματος ποικίλης αιτιολογίας και μπορεί να οδηγήσει στην διαταραχή στην ποσότητα μονοαμίνης. (Frith, 1999).

Το 1978, οι Damasio & Maurer, προέβλεψαν την πιθανότητα βλάβης στο **ντοπαμινικό σύστημα του εγκεφάλου**, του οποίου οι διακλαδώσεις εισχωρούν κυρίως στα βασικά γάγγλια και σε τμήματα του πρόσθιου και του κροταφικού λοβού.

Το σύστημα εμπλέκεται σε ένα πολύ μικρό μόνο μέρος του εγκεφάλου, παρόλο που επηρεάζει πολλές διαφορετικές περιοχές. (Frith, 1999).

Τα χαρακτηριστικά αυτιστικά γνωρίσματα που ίσως αντανάκλουν τη δυσλειτουργία εκείνων ακριβώς των περιοχών του εγκεφάλου που ελέγχονται από το σύστημα της ντοπαμίνης είναι το *περίεργο βάδισμα, ο ελλιπής έλεγχος της φωνής, το εμφανώς ανέκφραστο πρόσωπο, το ανεβοκατέβασμα των χεριών, οι επαναλαμβανόμενες πράξεις, η έλλειψη αυθορμητισμού, η εμμονή σε ένα θέμα και η κοινωνική μειονεξία. Επίσης, αυξημένα επίπεδα ντοπαμίνης σχετίζονται με τις στερεότυπες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές των αυτιστικών ατόμων.* (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Αν και υπάρχουν ενδείξεις για την ύπαρξη ανωμαλιών του συστήματος ντοπαμίνης και στην σχιζοφρένεια, ωστόσο δεν σημαίνει ότι η βλάβη είναι στο ίδιο μέρος.

Η θεωρία της μειονεξίας του συστήματος ντοπαμίνης δικαιούται σοβαρής αντιμετώπισης, εφόσον απευθύνεται στο πρόβλημα του άμεσου προσδιορισμού της αιτίας. Είναι γεγονός ότι το 50% περίπου των αυτιστικών παιδιών παρουσιάζουν υψηλό δείκτη στις τιμές των ντοπαμινών και η παρουσία τους δεν συνδέεται με νοητική ανεπάρκεια. Υπήρξε επιτυχής η αντιμετώπιση της διαταραχής με αντίστοιχα φαρμακευτικά παρασκευάσματα (Κυπριωτάκης, 2003).

ΕΝΔΟΡΦΙΝΕΣ

Οι ενδορφίνες, είναι νευροπολυπεπίδια, τα οποία σχηματίζονται στον εγκέφαλο ή στην υπόφυση και παίζουν ρόλο ενδογενούς μορφίνης. (Frith, 1999).

Επίσης, σχετίζονται με την ρύθμιση της αντίληψης του πόνου, με την κοινωνική και συναισθηματική συμπεριφορά καθώς και την κινητική δραστηριότητα(Panksepp & Sahley, 1987).

Ο Pankseep και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν πως το φαινόμενο του αυτοτραυματισμού, καθώς και τα ελλείμματα στον κοινωνικό και τον γνωστικό τομέα, στον αυτισμό, μπορούν να συνδεθούν με κάποια διαταραχή στο σύστημα των ενδορφινών. Ωστόσο, οι απόψεις δίστανται, με άλλες μελέτες να υποστηρίζουν ότι τα άτομα με αυτισμό παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ενδορφινών στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό και άλλες χαμηλά(Leboyer et. al, 1994, Tordjman et. al 1997).

Κυριαρχεί μία σύγχυση στη βιβλιογραφία, λόγω του ότι οι ερευνητές καταλήγουν σε διαφορετικά συμπεράσματα, μελετώντας διάφορα υποσυστήματα του συστήματος των ενδορφινών. Για παράδειγμα ο Leboyer και οι συνεργάτες του (1999), ανέφεραν αυξημένα επίπεδα σε ένα συγκεκριμένο ενδορφινικό σύστημα σε δύο άτομα με αυτισμό και τις μητέρες τους, και μειωμένα επίπεδα σε κάποιο άλλο ενδορφινικό σύστημα. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003)

Είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί περαιτέρω έρευνα προκειμένου να ελέγξει την ύπαρξη κάποιας σχέσης ανάμεσα στον αυτισμό και τα αυξημένα επίπεδα ενδορφινών.

Τέλος, η **νορεπινεφρίνη**, είναι ο νευροδιαβιβαστής και η ορμόνη που σχετίζεται με το αναπνευστικό σύστημα, την καρδιακή λειτουργία, την προσοχή, τη διέγερση, τη μνήμη, την ανησυχία και την κίνηση(Volkmar & Anderson, 1989).

Εξαιτίας των αυξημένων συμπτωμάτων ανησυχίας και διέγερσης του αυτισμού, έχει δοθεί αξιοσημείωτο ενδιαφέρον στην πιθανή σύνδεση μεταξύ αυτισμού και των επιπέδων νορεπινεφρίνης. Ωστόσο, πολλά στοιχεία διαψεύδουν πιθανή σχέση μεταξύ τους. (Mindera, Volkmar, Cohen & Anderson, 1994).

ΔΟΜΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

Σύμφωνα με μία σειρά μελετών με την βοήθεια της Μαγνητικής Συναρηχτικής απεικόνισης(M.R.I) σε έναν μεγάλο αριθμό αυτιστικών ατόμων υπάρχει μια ασυνήθιστη **δυσπλασία ενός μικρού μέρους της παρεγκεφαλίδας**.(Frith, 1999).

Συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι ορισμένες περιοχές της παρεγκεφαλίδας είναι μικρότερες από το φυσιολογικό. Το φαινόμενο αυτό έχει ονομαστεί «υποπλασία της Παρεγκεφαλίδας». Ωστόσο, η ύπαρξη της δομικής αυτής ανωμαλίας και σε άτομα με νοητική καθυστέρηση, οδηγεί ορισμένους ερευνητές στην άποψη ότι η ανωμαλία αυτή δεν χαρακτηρίζει ειδικά τον αυτισμό(Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

Άλλες εγκεφαλικές περιοχές στις οποίες εντοπίστηκαν δομικές ανωμαλίες είναι αυτές του **κροταφικού λοβού και του υπερμεσολόβιου έλικα**. Καταστροφές στην περιοχή του υπόκαμπου και της αμυγδαλής σε ζώα τα οδήγησε στην εκδήλωση όμοιων συμπεριφορών με αυτές που παρατηρούνται σε τυπικές περιπτώσεις αυτισμού.

Συγκεκριμένα, στην περιοχή του υπόκαμπου, ύστερα από λεπτομερή αυτοψία ενός εικοσιεννιάχρονου άνδρα, που ανταποκρινόταν στα κριτήρια για τη διάγνωση του αυτισμού βρέθηκε αυξημένη πυκνότητα κυττάρων με μειωμένο όμως μέγεθος. Επίσης, διαπιστώθηκε απώλεια των κυττάρων Purkinje στη νεοπαρεγκεφαλίδα. (Κωνστανταρέα, 2001).

Ένα άλλο εύρημα τέτοιου είδους μελετών είναι το **αυξημένο βάρος** (κατά 100 έως 200 γραμμάρια) **και ο αυξημένος όγκος του εγκεφάλου**, ορισμένων αυτιστικών ατόμων, ιδιαίτερα αντρών. (Κάκουρος, Μανιαδάκη 2005). Ο Sherman και οι συνεργάτες του(1984), χρησιμοποιώντας την τεχνική εισπνοής του αερίου Ξένον, βρήκαν μειωμένη αιματική εγκεφαλική ροή σε αυτιστικά άτομα.(Rutter, 1990), εύρημα το οποίο μπορεί να δικαιολογήσει τα ελλείμματα στις λειτουργίες του εκτελεστικού ελέγχου που παρουσιάζουν αυτά τα άτομα.(Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

Τέλος, μελέτες απεικόνισης εγκεφάλου έδειξαν ανωμαλίες, με κυριότερο εύρημα μία **διεύρυνση του κοιλιακού συστήματος** σε ορισμένες περιπτώσεις. Δεν είναι ακόμη γνωστό αν αυτή η διεύρυνση συνδέεται με οποιαδήποτε διαφοροποίηση στις κλινικές εκδηλώσεις. (Rutter, 1990).

Αναπτυξιακή πορεία και πρόγνωση

Η έναρξη της αυτιστικής διαταραχής είναι πριν τα τρία χρόνια του παιδιού. Συνήθως οι γονείς αναφέρουν ότι παρατηρούν αποκλίσεις στη συμπεριφορά του παιδιού πολύ νωρίτερα από αυτήν την ηλικία, όπως την ανταπόκρισή του στο χάδι, το χαμόγελό του, και την βλεμματική επαφή. (Μάνος, 1997).

Βέβαια, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του παιδιού, τόσο πιο έγκυρα διαγιγνώσκεται ο αυτισμός. (Γενά, 2002).

Η πορεία της διαταραχής είναι χρόνια, με άλλα άτομα να χειροτερεύουν και άλλα να βελτιώνονται. Καλά προγνωστικά σημεία είναι η παρουσία γλωσσικής επικοινωνίας και γενικότερα καλού διανοητικού επιπέδου. (δείκτης νοημοσύνης > 70) Αν ο μη-λεκτικός δείκτης νοημοσύνης είναι χαμηλότερος του 50, τότε η πρόγνωση δεν είναι συνήθως καλή. (Gillberg, Steffenburg 1987).

Σημαντικό ρόλο παίζει η θεραπευτική παρέμβαση, η οποία επιφέρει θετικότερα αποτελέσματα όταν ξεκινάει πριν την ηλικία των 5 ετών, όταν οι ώρες της παρέμβασης είναι αρκετές την εβδομάδα (ιδανικός αριθμός οι 40 ώρες κατά τον Lovaas), και όταν ακολουθούνται συμπεριφοριστικού τύπου παρεμβάσεις.

Τέλος, ο βαθμός συμμετοχής της οικογένειας στην θεραπευτική πράξη, είναι καθοριστικής σημασίας για καλή πρόγνωση. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Πάντως, έχει βρεθεί από έρευνες, ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό (2%-3%) παιδιών με αυτισμό καταφέρνουν να τελειώσουν το σχολείο και να ζήσουν ανεξάρτητα ως ενήλικοι, ενώ παραμένουν οι δυσκολίες στην κοινωνική διαντίδραση και την επικοινωνία. (Happe, 1998).

Σε μία έρευνα των Kobayashi, Murata και Yoshinaga (1992), σε 197 ενήλικα άτομα τα οποία είχαν δεχθεί παρέμβαση στην παιδική τους ηλικία, διαπίστωσαν ότι 27% των ατόμων του δείγματος είχε αποκτήσει κοινωνική ανεξαρτησία (ήταν υπάλληλοι), ή είχαν μία ευκαιρία να αποκτήσουν κοινωνική ανεξαρτησία ως μαθητές σε κάποιο σχολείο ή τεχνική σχολή. Το 73% του δείγματός τους, συνέχισε να χρειάζεται επίβλεψη και δεν εργαζόταν. Μόνο 2 άτομα ζούσαν ανεξάρτητα σε δικό τους σπίτι. Περίπου το 47% των ενηλίκων αυτών, είχε αποκτήσει επαρκή γλωσσική ικανότητα, η οποία τους επέτρεπε να επικοινωνούν με τους άλλους. (Kobayashi, Murata, Yoshinaga 1992)

Σε μία έρευνα των Gillberg και Steffenburg(1987), παρατηρήθηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό(31-57%) των ατόμων με αυτισμό, παρουσίασαν επιδείνωση των συμπτωμάτων, κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Αυτή η επιδείνωση είχε σχέση με υπερδραστηριότητα, επιθετικότητα και τελετουργική συμπεριφορά, όπως και απώλεια των αποκτημένων γλωσσικών ικανοτήτων. Μόνο το 43% των γονέων σε αυτή τη μελέτη διαπίστωσε κάποια βελτίωση των παιδιών τους κατά τη διάρκεια της εφηβείας. (Gillberg, Steffenburg 1987).

Πρόσφατες έρευνες προτείνουν πως η πρώιμη παρέμβαση οδηγεί σε καλύτερη πρόγνωση, με αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης της γλώσσας, τοποθέτησης των παιδιών σε σχολικές τάξεις φυσιολογικών παιδιών, και υψηλότερο δείκτη νοημοσύνης. (Dawson & Osterling, 1997).

Το γεγονός ότι πλέον ο αυτισμός μπορεί να διαγνωσθεί νωρίτερα από ότι εθεωρείτο παλαιότερα(2-3 ετών), είναι εφικτό να εφαρμοστούν προγράμματα πρώιμης παρέμβασης, προκειμένου να οδηγήσουν σε μία καλύτερη πρόγνωση για τα παιδιά με αυτισμό(Mash, Barkley, Heffernan,2003).

Συνοδά χαρακτηριστικά-διαταραχές

Τα άτομα με αυτισμό, ενδέχεται να παρουσιάσουν ορισμένες συνοδές διαταραχές, όπως υπερκινητικότητα, διάσπαση προσοχής, παρορμητικότητα, επιθετικότητα, εκρήξεις οργής, να χτυπούν το κεφάλι τους στον τοίχο(ή να προβαίνουν σε άλλου είδους αυτοτραυματική συμπεριφορά), να είναι υπερευαίσθητα στον ήχο, στο άγγιγμα, στο φως, ή στις οσμές, και να κλαίνε ή να γελάνε χωρίς λόγο.(Μάνος, 1997). Επίσης, από το 1970 υπάρχει το εύρημα ότι το ¼ περίπου των παιδιών αυτών, αναπτύσσουν επιληπτικές κρίσεις κατά την έναρξη της εφηβείας, χωρίς προηγούμενες ενδείξεις νευρολογικής διαταραχής. (Rutter, 1990).

Η σύνδεση αυτών των δύο καταστάσεων επιβεβαιώνει την προφανή οργανική, εγκεφαλική δυσλειτουργία και παρέχει επιπρόσθετα στοιχεία για την βιολογική βάση του αυτισμού. (Aarons, Gitten, Tessa, 1999).

Σε ποσοστό 75% υπάρχει κάποιου βαθμού Διανοητική Καθυστέρηση, συνήθως μετρίου βαθμού. Μπορεί να υπάρχουν συνοδές νευρολογικές ή άλλες γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως εγκεφαλίτιδα, , σύνδρομο εύθραυστου X χρωμοσώματος, ανοξία στον τοκετό, (Μάνος, 1997), φανυλκετονουρία, οξώδης σκλήρυνση ερυθρά στη μητέρα(Aarons, Gitten, Tessa, 1999). Ακόμη, μπορεί να εντοπιστούν διάφορα μη ειδικά νευρολογικά σημεία, όπως πρωτόγονα αντανακλαστικά, και καθυστέρηση στην ανάπτυξη επικράτηση των εγκεφαλικών ημισφαιρίων.(Μάνος, 1997).

Τέλος, πολλές έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο αυτισμός συνοδεύεται συνήθως και από σωματικές παραμορφώσεις-ανωμαλίες, όπως επίκανθο, υπερτελορισμό, ασυμμετρία αυτιών, συμφύσεις αυτιού, πτερυγίων, παραμορφωμένα αυτιά, προγναθία, ψηλό ουρανίσκο, αυλακωτή γλώσσα, μικρό και κυρτωμένο το πέμπτο δάχτυλο, επιμήκυνση του τρίτου δαχτύλου του ποδιού, κá. (Κυπριωτάκης, 2003).

ΣΥΝΟΨΗ

Συμπερασματικά, στο κεφάλαιο αυτό γίνεται λόγος για την έννοια των Διάχυτων Αναπτυξιακών διαταραχών και συγκεκριμένα για το αυτιστικό σύνδρομο. Γίνεται μία αρχική παρουσίαση διαφόρων θεωριών, οι οποίες ερμηνεύουν η καθεμία από τη δική της σκοπιά το φαινόμενο του αυτισμού. Έτσι, σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής διαταραχής, ο αυτισμός οφείλεται σε μία σοβαρή δυσλειτουργία στις περιοχές του νευρικού συστήματος, που σχετίζονται με την επικοινωνία και την κοινωνική συμπεριφορά. Από την άλλη, ο Sternberg στη θεωρία του, υποστηρίζει πως ο αυτισμός είναι αποτέλεσμα του ελλείμματος στις διαδικασίες επεξεργασίας των πληροφοριών, ενώ οι Hobson και Weeks, στη συγκινησιακή θεωρία, διατείνονται πως ο αυτισμός οφείλεται σε βλάβες σε περιοχές το κεντρικού νευρικού συστήματος, οι οποίες σχετίζονται με συγκινησιακές-θυμικές καταστάσεις. Οι Hermelin και O'Connor διατύπωσαν τη λογικο-θυμική θεωρία, υποστηρίζοντας πως στον αυτισμό έχουν διαταραχθεί εκείνες οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την αλληλεπίδραση των γνωστικών και συναισθηματικών λειτουργιών. Η γνωστική θεωρία είναι μία ευρέως αποδεκτή θεωρία. Οι εκπρόσωποί της, Baron και Cohen υποστηρίζουν πως τα άτομα με αυτισμό παρουσιάζουν δυσκολία στο να αντιληφθούν το γεγονός ότι οι άλλοι άνθρωποι έχουν τη δική τους οπτική, κίνητρα και συναισθήματα τα οποία είναι διαφορετικά από τα δικά τους. Ως εκ τούτου, δεν μπορούν να προσαρμόσουν ανάλογα τη δική τους συμπεριφορά με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κοινωνική διαντίδραση. Η θεωρία της κεντρικής συνοχής ερμηνεύει το αυτιστικό σύνδρομο ως αποτέλεσμα δυσλειτουργίας στο νοητικό μηχανισμό και συγκεκριμένα στη συνένωση των πληροφοριών ως ενιαίο σύνολο.

Στη συνέχεια του κεφαλαίου παρουσιάζονται λεπτομερώς τα πιθανά αίτια της διαταραχής και δίνονται στατιστικοί δείκτες επιδημιολογίας. Τραυματισμοί, ασθένειες της μητέρας κατά την περίοδο της ενδομήτριας ζωής, η προωρότητα, καθώς και ψυχογενή, γενετικά και βιολογικά αίτια αποτελούν αιτιολογικούς παράγοντες του αυτιστικού συνδρόμου. Μελετώνται επίσης, τα συνοδά χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής και τέλος, αναφέρονται στοιχεία που οδηγούν στη θετική αναπτυξιακή πορεία και πρόγνωση του αυτισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV

Η διάγνωση της αυτιστικής διαταραχής ακόμα και σήμερα γίνεται βάσει των χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς του παιδιού και όχι βάσει ιατρικών εξετάσεων, αν και είναι ευρέως αποδεκτό ότι τα αίτια του αυτισμού είναι βιολογικώς προερχόμενα. (Γενά, 2002).

Σύμφωνα με το **DSM-IV** μπορούμε να κατατάξουμε τα διαγνωστικά κριτήρια του αυτισμού σε τρεις κατηγορίες: της κοινωνικής συμπεριφοράς, της επικοινωνίας, και των δραστηριοτήτων/ ενδιαφερόντων.

Συγκεκριμένα, απαραίτητη είναι η παρουσία 6 ή περισσότερων από τα παρακάτω σημεία, εκ των οποίων δύο τουλάχιστον να σχετίζονται με την κοινωνική συμπεριφορά, ένα τουλάχιστον με τη διαταραγμένη επικοινωνία, και ένα τουλάχιστον με περιορισμένα ενδιαφέροντα και Επαναληπτική ή στερεότυπη συμπεριφορά.

Από τα πρώτα σημεία της διαταραχής είναι η ποιοτική έκπτωση στην **κοινωνική διαντίδραση**, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα:

- 1)
 - i. έντονη έκπτωση στη χρησιμοποίηση πολλαπλών μη-λεκτικών συμπεριφορών, όπως βλεμματικής επαφής, έκφρασης προσώπου, στάσεων του σώματος, και χειρονομιών για τη ρύθμιση της κοινωνικής διαντίδρασης.
 - ii. Αδυναμία του ατόμου να αναπτύξει σχέσεις με συνομηλίκους, που να ταιριάζουν στο αναπτυξιακό του επίπεδο.
 - iii. Έλλειψη αυθόρμητης αναζήτησης για να μοιραστεί χαρά, ενδιαφέροντα ή επιδόσεις με άλλα άτομα. (με έλλειψη να επιδεικνύει ή να επισημαίνει αντικείμενα ενδιαφέροντος).
 - iv. Έλλειψη κοινωνικής ή συναισθηματικής αμοιβαιότητας.

Σημαντικό διαγνωστικό κριτήριο σήμερα αποτελεί η απόκλιση στην ανάπτυξη του λόγου και στην **επικοινωνία**, που εκδηλώνεται με ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω σημεία:

- i. Καθυστερημένη ή ανύπαρκτη ομιλία, η οποία δεν συνοδεύεται από προσπάθεια αναπλήρωσης μέσω εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας, όπως χειρονομίες ή παντομίμα.
- ii. Ακόμα και σε άτομα με επαρκή ομιλία, καταφανής έκπτωση στην ικανότητα έναρξης ή διατήρησης συνομιλιών με άλλους ανθρώπους.
- iii. Χρήση στερεότυπου, επαναληπτικού και με άλλες ιδιομορφίες λόγου.
- iv. Απουσία ποικίλου και αυθόρμητου παιχνιδιού και παιχνιδιού με παίξιμο ρόλων, ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού.

Τέλος, τα περιορισμένα επαναληπτικά κι στερεότυπα σχήματα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων εκδηλώνονται με ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω:

- i. Περίκλειστη απασχόληση με έναν ή περισσότερους στερεότυπους και περιορισμένους τύπους ενδιαφερόντων που είναι μη φυσιολογική είτε σε ένταση είτε σε εστιασμό
- ii. Προφανώς άκαμπτη προσκόλληση σε συγκεκριμένες, μη-λειτουργικές ρουτίνες ή τελετουργίες
- iii. Στερεότυποι και επαναλαμβανόμενοι κινητική μαννερισμοί(π.χ, «πέταγμα» ή συστροφή των χεριών ή των δακτύλων, σύμπλοκες κινήσεις όλου του σώματος)
- iv. Επίμονη ενασχόληση με μέρη αντικειμένων.

Συνήθως οι γονείς αντιλαμβάνονται πρώτοι την ασυνήθιστη συμπεριφορά των παιδιών τους. Σε αρκετές περιπτώσεις το μωρό τους φαίνεται «διαφορετικό» ιδιαίτερα όταν αντιδρά σπρώχνοντας μακριά ή παίρνοντας μία άκαμπτη στάση στις προσπάθειες των γονέων να το παρηγορήσουν όταν κλαίει ή να το νανουρίσουν, πράγμα που συνάδει στην αναζήτηση βοήθειας όταν το παιδί είναι ακόμα σε μικρή ηλικία(Ianelli, 2004). Η καθυστέρηση στην γλωσσική ανάπτυξη είναι ένας ακόμη λόγος που οι γονείς υποπεύονται την ύπαρξη κάποιας διαταραχής, όταν το παιδί βρίσκεται ακόμα σε μικρή ηλικία.Βέβαια, σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να

διερευνάται η πιθανότητα αναπτυξιακής καθυστέρησης καθώς και η πιθανότητα κάλυψης της καθυστέρησης αυτής στο μέλλον. (Ozonoff, Rogers, Hendren, 2003).

Για την αξιολόγηση των αυτιστικών συμπτωμάτων είναι απαραίτητο να συνυπολογιστεί η χρονολογική καθώς και η νοητική ηλικία του παιδιού. Σύμφωνα με το DSM-IV προκειμένου να τεθεί η διάγνωση του αυτισμού, τα συμπτώματα πρέπει να έχουν κάνει την εμφάνισή τους μέχρι την ηλικία των τριών ετών. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005). Κι αυτό επειδή υπάρχουν συμπεριφορές που δεν εμφανίζονται πριν από μία συγκεκριμένη νοητική ηλικία. Για παράδειγμα, ένα παιδί δεν χρησιμοποιεί γραμματικά σωστές προτάσεις πριν από τα δύο του χρόνια. (Γενά, 2002).

Λόγω των δυσκολιών στην αξιολόγηση του αυτισμού, αφού πρόκειται για μία σπάνια διαταραχή, απαραίτητη είναι η εμπειρία του ειδικού και οι εξειδικευμένες θεωρητικές γνώσεις όσων ασχολούνται με τη διάγνωση. (Ianelli, 2004).

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ορισμένα συμπτώματα του αυτιστικού συνδρόμου, όπως η καθυστέρηση στη γλωσσική ανάπτυξη, τα ελλείμματα στον γνωστικό τομέα, και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, δεν αποτελούν αποκλειστικά γνωρίσματα του, αλλά παρουσιάζονται και σε άλλες διαταραχές. (Rutter, 1990). Ο διαχωρισμός του αυτισμού από αυτές τις διαταραχές, αποτελεί μία δύσκολη και απαιτητική διαδικασία, η οποία απαιτεί άριστη γνώση και εμπειρία από τους ειδικούς.(Frith, 1999).

***Διαφορική διάγνωση από τις διαταραχές επικοινωνίας
(π.χ διαταραχή γλωσσικής έκφρασης, μικτή διαταραχή
γλωσσικής αντίληψης και έκφρασης).***

Η διαφορική διάγνωση του αυτισμού από τις διαταραχές της γλωσσικής ανάπτυξης(ή διαταραχές επικοινωνίας) είναι δύσκολη ιδιαίτερα στα πιο μικρά παιδιά. Ωστόσο οι Bartak, Rutter & Cox (1975) και ο Cantwell με τους συνεργάτες του(1989), αναφέρουν διαφορές ανάμεσα στις δύο διαταραχές, όπως στον τύπο των γλωσσικών δυσκολιών, στη μη-λεκτική επικοινωνία και στις κοινωνικές δεξιότητες. (Bartak, Rutter, Cox, 1975). Τόσο τα παιδιά με αυτισμό, όσο και αυτά με αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές, παρουσιάζουν όμοιες καθυστερήσεις στο βάβισμα, στην απόκτηση της γλώσσας, και γραμματικές δυσκολίες. Ωστόσο τα παιδιά με αυτισμό, παρουσιάζουν περισσότερο αποκλίνουσα γλωσσική ανάπτυξη, συμπεριλαμβανομένης της ηχολαλίας, την αντιστροφή των αντωνυμιών, στερεοτυπικό λόγο, και μεταφορική γλώσσα. Επίσης, είναι λιγότερο πιθανόν τα αυτιστικά παιδιά να εμπλακούν αυθόρμητα σε μία συζήτηση. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα με αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές παρουσιάζουν συχνά δυσκολίες στην άρθρωση σε αντίθεση με αυτά τα αυτιστικά άτομα που διαθέτουν λόγο.(Bishop, 1992).

Ένας ακόμη τομέας, όπου παρατηρούνται διαφορές ανάμεσα στις δύο διαταραχές είναι η μη-λεκτική επικοινωνία, η οποία στα αυτιστικά παιδιά παρουσιάζει σημαντικά περισσότερες ελλείψεις, συμπεριλαμβανομένων των χειρονομιών και του

συμβολικού παιχνιδιού.(Bartak et al., 1975). Το 57% των γονέων παιδιών με αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές αναφέρουν ότι τα παιδιά τους χρησιμοποιούν χειρονομίες στο σπίτι, ενώ μόνο το 11% των γονέων αυτιστικών παιδιών ανέφερε τη χρήση χειρονομιών. Και οι δύο ομάδες παιδιών έδειξαν καθυστερημένη ανάπτυξη του συμβολικού παιχνιδιού. Τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν επίσης περισσότερα προβλήματα στη κοινωνική διαντίδραση, συμπεριλαμβανομένης της βλεμματικής αποστροφής, λιγότερο ομαδικό παιχνίδι και μεγαλύτερη δυσκολία στην προσαρμογή σε νέες καταστάσεις. (Bartak et al., 1975)

Διαφορική διάγνωση από την Σχιζοφρένεια

Παρότι η διάκριση του αυτισμού από άλλες παθήσεις, όπως η σχιζοφρένεια και η νοητική καθυστέρηση και η αναγνώρισή του ως ξεχωριστού συνδρόμου χρονολογείται ήδη από τη δεκαετία του 1940, για αρκετά χρόνια ένας μεγάλος αριθμός ατόμων με αυτισμό είχαν κακώς ταξινομηθεί σε ομάδες ατόμων με Σχιζοφρένεια ή Νοητική καθυστέρηση. (Γενά, 2002).

Τα παιδιά με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά με τα παιδιά με αυτισμό, όπως έκπτωση στις κοινωνικές σχέσεις, διαταραχές στον λόγο, περιορισμένη συναισθηματική έκφραση κι αντίσταση στις περιβαλλοντικές αλλαγές, αλλά ταυτόχρονα υπάρχουν και σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο διαταραχών, που επιτρέπουν τη διαφορική διάγνωση και καθιστούν σαφές ότι Σχιζοφρένεια και Αυτισμός δεν αποτελούν ενιαία διαγνωστική ομάδα.(Rutter, Schopler, 1987).

Οι διαφορές αυτές εντοπίζονται στην ηλικία εκδήλωσης των δύο διαταραχών, την κλινική τους εξέλιξη, τη συμπτωματολογία, την ύφεση των συμπτωμάτων λόγω της χρήσης φαρμακευτικών ουσιών, και τις οικογενειακές καταβολές που συνδέονται με την κάθε διαταραχή.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά την ηλικία έναρξης, παρατηρούμε ότι η Σχιζοφρένεια, με έναρξη την παιδική ηλικία, εμφανίζεται από το τρίτο ως το δέκατο έτος της ηλικίας, ενώ η ηλικία πρώτης εμφάνισης ψυχωσικών συμπτωμάτων κορυφώνεται κατά την περίοδο της εφηβείας. Ο αυτισμός εξ' ορισμού εμφανίζεται πριν τα τρία χρόνια ζωής του παιδιού. (Γενά, 2002).

Ακόμη, η Σχιζοφρένεια εμφανίζεται ύστερα από χρόνια φυσιολογικής ανάπτυξης σε αντίθεση με τον αυτισμό, όπου έως το δεύτερο έτος ζωής το παιδί παρουσιάζει βασικά σημεία έλλειψης κοινωνικής και επικοινωνιακής συμπεριφοράς. (Κωνστανταρέα, 2001)

Τέλος, ενώ ο αυτισμός διακρίνεται από μία σταθερότητα στην εκδήλωση των συμπτωμάτων, τα παιδιά με Σχιζοφρένεια υποτροπιάζουν σταδιακά, ενώ κατά τη διάρκεια της ζωής τους παρουσιάζουν άλλοτε περιόδους ύφεσης κα άλλοτε επιδείνωσης των συμπτωμάτων. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Υπάρχει βέβαια η πιθανότητα, το αυτιστικό παιδί να εμφανίσει έντονες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες για τουλάχιστον ένα μήνα, και τότε η σχιζοφρένεια μπορεί να δοθεί σαν επιπρόσθετη διάγνωση. (Μάνος, 1997).

Ως προς την συμπτωματολογία των δύο διαταραχών, η διαφορά έγκειται στο ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν υστερούν στη γλωσσική επικοινωνία ούτε εμφανίζουν στερεοτυπικές αντιδράσεις σε αντίθεση με τα αυτιστικά άτομα, τα οποία δεν σημειώνουν φυσιολογική ανάπτυξη ούτε στον λόγο, ούτε στις κοινωνικές δεξιότητες. (Γενά, 2002).

Ορισμένες επιπρόσθετες διαφορές ανάμεσα στον αυτισμό και τη Σχιζοφρένεια είναι το γεγονός ότι στην περίπτωση της Σχιζοφρένειας η χορήγηση νευροληπτικών φαρμάκων επιφέρει ύφεση των συμπτωμάτων, ενώ στην περίπτωση του αυτισμού η φαρμακευτική αγωγή περιορίζεται μόνο στην αντιμετώπιση κάποιων συμπτωμάτων(όπως των τονοκλονικών σπασμών), χωρίς να επιφέρει μείωση των αυτιστικών συμπτωμάτων. (Sloman, 1991).

Επίσης, στα παιδιά με αυτισμό ανιχνεύεται θετικό οικογενειακό ιστορικό με διαταραχές γνωστικών ή κοινωνικών λειτουργιών (ιδιαίτερα του λόγου), ενώ στα άτομα με σχιζοφρένεια το οικογενειακό ιστορικό περιλαμβάνει ψυχικές νόσους(Mesibov & Dawson, 1986).

Διαφορική διάγνωση από τη νοητική καθυστέρηση

Αν και υπάρχουν κοινά χαρακτηριστικά ανάμεσα στον αυτισμό και τη νοητική καθυστέρηση, όπως η αδυναμία συναισθηματικής έκφρασης, η αντίσταση σε περιβαλλοντικές αλλαγές, στερεοτυπίες και αλλόκοτες αντιδράσεις σε αισθητηριακά ερεθίσματα, υπάρχουν τουλάχιστον τρεις ειδοποιεί διαφορές μεταξύ τους: η επικοινωνιακή τους συμπεριφορά, η κοινωνικότητα και ο βαθμός δυσλειτουργίας στους διάφορους τομείς της ανάπτυξης. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση κάνουν προσπάθειες επικοινωνίας, ακόμα και όταν δεν έχουν αναπτύξει λόγο, και όταν αποκτήσουν λόγο τον χρησιμοποιούν για επικοινωνία. Τα παιδιά με αυτισμό αντίθετα, χρειάζονται ειδική εκπαίδευση προκειμένου να χρησιμοποιήσουν το λόγο ως μέσο επικοινωνίας, ενώ υστερούν στην αντίληψη αφηρημένων εννοιών. (Γενά, 2002).

Το κατεξοχήν διαφοροδιαγνωστικό χαρακτηριστικό των αυτιστικών από τα άτομα με νοητική καθυστέρηση είναι η δυσλειτουργία στην κοινωνική διαντίδραση των αυτιστικών. (Volkmar & Cohen, 1988).

Άλλες διαφορές που έχουν εντοπιστεί είναι οι κινητικές δυσλειτουργίες, οι οποίες συναντώνται συχνά στα άτομα με νοητική καθυστέρηση, ενώ δεν σχετίζονται με τα αυτιστικά άτομα (Screibman & Mills, 1983).

Διαφορική διάγνωση από άλλες Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Διαφορική διάγνωση από τη διαταραχή Rett:

Η διαταραχή Rett εμφανίζεται αποκλειστικά στα κορίτσια ενώ ο αυτισμός είναι 4-5 φορές πιο συχνός στα αγόρια. Επίσης, η διαταραχή Rett χαρακτηρίζεται από ορισμένες βιολογικές-νευρολογικές επιβαρύνσεις, οι οποίες δεν υφίστανται στον αυτισμό. Συγκεκριμένα, μετά από μία περίοδο φυσιολογικής ανάπτυξης υπάρχει χαρακτηριστική επιβράδυνση της αύξησης της κεφαλής, απώλεια δεξιοτήτων των χεριών που είχαν αποκτηθεί και εμφάνιση κακού συντονισμού του βαδίσματος ή των κινήσεων του κορμού. (Μάνος, 1997).

Διάκριση από την Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή(ΠΑΔ)

Οι δύο διαταραχές διαφέρουν μεταξύ τους τόσο ως προς την διαφορά στον χρόνο εμφάνισης των συμπτωμάτων όσο και ως προς την κλινική τους πορεία. Στην ΠΑΔ το παιδί εξελίσσεται φυσιολογικά για δύο χρόνια και στη συνέχεια παρατηρείται αναπτυξιακή παλινδρόμηση ακόμα και σε στοιχειώδεις τομείς, όπως ο έλεγχος του ορθού και της κύστης. Στην αυτιστική διαταραχή, οι αναπτυξιακές διαταραχές γίνονται εμφανείς κατά τον πρώτο χρόνο(Thompson, Robert, O'Quinn, Aglaia, 1979).

Διάκριση από την διαταραχή Asperger

Η διαταραχή Asperger διακρίνεται από το ότι δεν υπάρχει καθυστέρηση στην ανάπτυξη της γλώσσας. (Μάνος, 1997)

Διαφορική διάγνωση από καθυστέρηση που οφείλεται σε περιβαλλοντική ένδεια

Τα παιδιά, που λόγω περιβαλλοντικών παραγόντων εκδηλώνουν συμπεριφορές που μοιάζουν με αυτισμό, όπως γλωσσική ανεπάρκεια, κοινωνική απόσυρση, αδιαφορία για το περιβάλλον και για τα παιχνίδια, μπορούν να ξεπεράσουν τις δυσκολίες τους αυτές όταν βρεθούν σε κατάλληλο εκπαιδευτικό περιβάλλον. (Γενά, 2002).

Εξάλλου, ο λόγος τους δεν μοιάζει με των αυτιστικών ατόμων και δεν καταφεύγουν σε στερεοτυπικές συμπεριφορές, όπως τα παιδιά με αυτισμό. (Ornitz & Ritvo, 1976).

Διαφορική διάγνωση από την κώφωση

Αν και η κώφωση δεν σχετίζεται με τον αυτισμό, το γεγονός ότι αρκετές φορές τα παιδιά με αυτισμό δεν ανταποκρίνονται στο κάλεσμα των γονέων τους ή σε αρκετά ακουστικά ερεθίσματα, δημιουργείται η εντύπωση σε αυτούς ότι τα παιδιά τους πάσχουν από ακουστική ανεπάρκεια. (Κωνστανταρέα, 2001)

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Εξ' ορισμού, η Αυτιστική διαταραχή εμφανίζεται πριν την ηλικία των τριών ετών. Συνήθως οι γονείς των παιδιών με αυτισμό αναφέρουν ότι παρατηρούν αποκλίσεις στη συμπεριφορά του παιδιού τους πολύ νωρίτερα από αυτήν την ηλικία, όσο μεγαλύτερη όμως είναι η ηλικία του παιδιού, τόσο πιο έγκυρα διαγιγνώσκεται ο αυτισμός. Παρά τη διαπίστωση αυτή, σήμερα πλέον χρησιμοποιούνται σταθμισμένες κλίμακες αξιολόγησης, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν στην έγκαιρη διάγνωση. Η χρήση τους μας βοηθά να επισημανθούν βρέφη υψηλής επικινδυνότητας για αυτισμό από πολύ μικρές ηλικίες. (Γενα, 2002).

Μία από τις κλίμακες αυτές, με την οποία είναι δυνατό να εντοπιστούν από την ηλικία των 18 μηνών βρέφη υψηλής επικινδυνότητας, είναι η Checklist for Autism in Toddlers (**CHAT**). (=λίστα αυτισμού για βρέφη), των Baron-Cohen και Allen και Gillberg(1992).

Οι ερευνητές αυτοί, ύστερα από την εξέταση και τη σύγκριση 41 βρεφών υψηλής επικινδυνότητας ηλικίας 18 μηνών, με μία ομάδα ελέγχου παιδιών με τυπική ανάπτυξη, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως υπάρχουν τρία στοιχεία, που διαφοροποιούσαν τις δύο ομάδες. Το πρώτο ήταν το «πρωτοδηλωτικό δείξιμο» ή «δακτυλοδείξιμο» (protodeclarative pointing), μία δεξιότητα που αναπτύσσεται φυσιολογικά από τον 9^ο έως τον 14^ο μήνα. Πρόκειται για την ικανότητα του παιδιού να χρησιμοποιεί τον δείκτη του χεριού του, προκειμένου να δείξει το ενδιαφέρον του σε διάφορα αντικείμενα. (Buras, Charman, Yirmiya, 2001).

Το δεύτερο στοιχείο, το οποίο σύμφωνα με τον Cohen-Baron και των συνεργατών του αποτελεί δείκτη επικινδυνότητας στα βρέφη είναι η «βλεμματική παρακολούθηση ενηλίκου»(gaze monitoring), η επισταμένη δηλαδή εκδήλωση προσοχής σε αντικείμενα που επιδεικνύουν οι ενήλικοι στο παιδί. Η ικανότητα αυτή, όπως και η προηγούμενη, αναπτύσσεται σε φυσιολογικά παιδιά από τον 9^ο έως τον 14^ο μήνα. (Wong et al., 2004).

Το τρίτο χαρακτηριστικό ήταν το συμβολικό παιχνίδι(pretend play), η αναπαράσταση δηλαδή από το παιδί καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως το μαγείρεμα, το νανούρισμα, κ.ά, με τη χρήση αντικειμένων, ικανότητα που αναπτύσσεται σε φυσιολογικά παιδιά γύρω στην ηλικία των 14 μηνών. (Jarrold, Carruthers, Boucher).

Η θεωρία αυτή πράγματι επιβεβαιώθηκε και από μεταγενέστερες έρευνες, οι οποίες κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα.

Άλλες έρευνες, μελετώντας τις κινητικές διαφορές βρεφών ανακάλυψαν διαφορές σε αυτιστικά βρέφη 4-6 μηνών σε σύγκριση με παιδιά με τυπική ανάπτυξη, όπως το γεγονός ότι ενώ τα βρέφη με τυπική ανάπτυξη γυρίζουν από την ύπτια σε πρηνή στάση με συμμετρικές κινήσεις όλου του σώματος, τα βρέφη με αυτισμό γύριζαν σηκώνοντας την λεκάνη και το κεφάλι τους. Επιπλέον, έφεταν εύκολα στην προσπάθειά τους να καθίσουν και μπουσουλούσαν και περπατούσαν ασύμμετρα.(Teitelbaum, Teitelbam, Nye, Fryman & Maurer, 1998).

Για την έγκαιρη διάγνωση του αυτισμού, υπάρχει επίσης η κλίμακα

M-CHAT(Modified Checklistfor Autism in Toddlers), η οποία μπορεί να διαγνώσει βρέφη από 18-24 μηνών, ενώ για τη διάγνωση λαμβάνεται υπόψιν το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού.(Robins, Fein, Barton & Green, 2001)

Επίσης, υπάρχει η **PDDST**(Pervasive Developmental Disorders Screening Test), που χρησιμοποιείται για την έγκαιρη διάγνωση βρεφών ηλικίας μέχρι 36 μηνών, (Siegel & Hayer, 1999).

Ένα ακόμη ψυχομετρικό εργαλείο, το οποίο επιτρέπει τόσο μία προσωρινή όσο και μία μακροχρόνια διάγνωση, είναι η κλίμακα **ADI-R** (Autism Diagnostic Interview-Revised). Η κλίμακα αυτή, είναι μία τυποποιημένη, ημι-δομημένη συνέντευξη των γονέων, διαρκεί μία ώρα και έχει σχεδιαστεί προκειμένου να διαγνώσει Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές σε παιδιά και ενήλικες ηλικίας 18 μηνών και άνω. (Lord, Rutter, Le Couteur, 1994).

Αυτό που ζητείται από τους γονείς των παιδιών με αυτισμό, είναι να περιγράψουν την τρέχουσα συμπεριφορά των παιδιών τους καθώς και συμπεριφορές του παρελθόντος, ενώ ιδιαίτερη σημασία δίνεται στις συμπεριφορές που παρατήρησαν οι γονείς κατά την προσχολική ηλικία των παιδιών τους. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Τα συμπτώματα του αυτισμού πρέπει να ερμηνευθούν βάσει του αναπτυξιακού επιπέδου του παιδιού ή την ηλικία του. Για παράδειγμα, σύμφωνα με το DSM-IV, για να τεθεί η διάγνωση για αυτισμό, πρέπει να υπάρχει καθυστέρηση στο συμβολικό παιχνίδι. Το συμβολικό παιχνίδι όμως τυπικά δεν αναπτύσσεται μέχρι τους 14-18 μήνες. Ως εκ τούτου, δεν θα περιμέναμε από ένα παιδί ενός έτους να παρουσιάζει συμβολικό παιχνίδι, σε αντίθεση με παιδιά 18 μηνών, στα οποία αναμένεται αυτή η συμπεριφορά. Παιδιά ηλικίας 4 ετών αναμένεται να συμμετέχουν σε περισσότερο περίπλοκα παιχνίδια. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003). Η ανάγκη να ληφθεί υπόψη το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού έχει ως αποτέλεσμα τα διαγνωστικά κριτήρια να είναι περισσότερο κατάλληλα για παιδιά προσχολικής ηλικίας, και λιγότερο κατάλληλα να προσδιορίσουν τη νοητική καθυστέρηση. Ως εκ τούτου γίνονται περισσότερα λάθη στη διάγνωση παιδιών με πολύ χαμηλό δείκτη νοημοσύνης, στα μικρότερα σε ηλικία παιδιά καθώς και στα πολύ μεγαλύτερα και τέλος στα παιδιά υψηλής λειτουργικότητας. (Lord, 2007).

Προς το παρόν, υπάρχει μόνο ένα ψυχομετρικό μέσο, το οποίο είναι σε θέση να εκτιμήσει τα συμπτώματα, λαμβάνοντας υπόψη το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού: Η **ADOS-G**(The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic). Η κλίμακα αυτή είναι σύντομη(διαρκεί 30 λεπτά), τυποποιημένη, και παρέχει τη δυνατότητα στον ειδικό να παρατηρήσει την κοινωνική αλληλεπίδραση, την επικοινωνία και το φαντασικό παιχνίδι, μέσω ημιδομημένων διαδικασιών παιχνιδιού, οι οποίες αποτελούνται από «προσχεδιασμένες κοινωνικές περιστάσεις»(planned social occasions). Κατασκευάστηκε προκειμένου να διαγνώσει ΔΑΔ σε ένα ευρύ φάσμα χρονολογικών και νοητικών ηλικιών, όπως σε άτομα με ηλικία από 15 μηνών έως 40 ετών. (Tompson, Robert, O'Quinn, Aglaia, 1975).

Η ADOS-G περιλαμβάνει 4 μέρη, καθένα από τα οποία αντιστοιχεί σε διαφορετικό αναπτυξιακό και γλωσσικό επίπεδο, από παιδιά χωρίς καθόλου λόγο μέχρι ενήλικους υψηλής λειτουργικότητας.

Ωστόσο, η κλίμακα αυτή, δεν παρέχει επαρκείς πληροφορίες για τη διάγνωση του αυτισμού. επομένως, είναι απαραίτητη και η συνέντευξη στους γονείς των παιδιών αυτών προκειμένου να προσδιορίσουν συμπεριφορές χαμηλής συχνότητας(π.χ επαναλαμβανόμενο παιχνίδι), οι οποίες υπάρχει περίπτωση να μην παρατηρηθούν κατά τη διάρκεια μίας σύντομης παρατήρησης.(Lord et al., 2000)

ΣΥΝΟΨΗ

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφονται τα διαγνωστικά κριτήρια του αυτισμού σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο Ψυχικών διαταραχών- 4^η έκδοση(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -4th edition, DSM-IV). Στον αυτισμό, παρατηρούνται αδυναμίες σε τρεις βασικούς τομείς, δηλαδή στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στην ανάπτυξη του λόγου και στην επικοινωνία καθώς επίσης στην ανάπτυξη ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, τα οποία είναι επαναληπτικά και στερεότυπα.

Αναφέρονται τα στοιχεία που διαφοροποιούν το αυτιστικό σύνδρομο από άλλες διαταραχές, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν μερικά συμπτώματα του αυτισμού, και αναλύονται τα ψυχομετρικά μέσα που χρησιμοποιούνται από τους ειδικούς για τη διάγνωση του αυτισμού. Συγκεκριμένα, η διαφοροδιάγνωση περιλαμβάνει τη διάκριση του αυτισμού από τις διαταραχές Επικοινωνίας, από την Σχιζοφρένεια, τη νοητική υστέρηση, καθώς και από άλλες Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, όπως η διαταραχή Rett, η Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή και η διαταραχή Asperger. Τέλος, σημαντική είναι η διάκριση από την κώφωση και από την καθυστέρηση που οφείλεται σε περιβαλλοντική ένδεια.

Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται στην περίπτωση του αυτισμού, χρησιμοποιούνται περισσότερο για την έγκαιρη διάγνωση και την ανίχνευση ατόμων υψηλής επικινδυνότητας για αυτισμό από πολύ μικρές ηλικίες.

Αυτές είναι:η Checklist for Autism in Toddlers (CHAT), των Baron-Cohen και Allen και Gillberg(1992). Υπάρχει επίσης η κλίμακα M-CHAT(Modified Checklistfor Autism in Toddlers), η PDDST(Pervasive Developmental Disorders Screening Test), η κλίμακα ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised), και η ADOS-G(The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΓΝΩΣΤΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

ΝΟΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Σύμφωνα με έρευνες ένα υψηλό ποσοστό παιδιών με αυτισμό παρουσιάζει ανώμαλη γνωστική ανάπτυξη. (Joseph, Tager-Flusberg, Lord, 2002)

Συγκεκριμένα, είναι ευρέως αποδεκτό ότι η μεγάλη πλειοψηφία(76-89%) των αυτιστικών παιδιών είναι νοητικώς καθυστερημένα. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005), ενώ το υπόλοιπο ποσοστό έχει νοημοσύνη εντός των φυσιολογικών ορίων. (Herbert, 1989).

Η χρήση ψυχομετρικών τεστ για τον προσδιορισμό του δείκτη νοημοσύνης των αυτιστικών παιδιών έχει λάβει οξεία κριτική, εξαιτίας της δυσκολίας συνεργασίας με τα παιδιά αυτά και της αντιφατικότητας των ευρημάτων που προκύπτουν από διαφορετικά τεστ νοημοσύνης. (Κολλάτος, 1984).

Αν όμως κατά την αξιολόγηση του δείκτη νοημοσύνης ληφθούν υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των αυτιστικών παιδιών που επηρεάζουν την απόδοσή τους στα τεστ νοημοσύνης τότε τα αποτελέσματα μπορούν να είναι αξιόπιστα. (Κολλάτος, 1984) Συγκεκριμένα, θα πρέπει να μη διαφεύγει της προσοχής των ειδικών η δυσκολία που έχουν να συγκεντρωθούν, τα μειωμένα κίνητρά τους για δραστηριότητες εκτός των ιδιαίτερων ενδιαφερόντων τους, την ευαισθησία στις αποτυχίες, η οποία οδηγεί στην απώλεια του ενδιαφέροντος, και τα έντονα ξεσπάσματα δυσαρέσκειας και θυμού.(Howllin, Rutter, 2001)

Παρά τις δυσκολίες που περιγράφηκαν παραπάνω, είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι οι χαμηλοί δείκτες νοημοσύνης που παρατηρούνται στα παιδιά με αυτισμό, αντανακλούν μια πραγματική μειονεξία, και σχετίζονται με τις σχολικές επιδόσεις τους και την καθημερινή λειτουργικότητά τους. (Κολλάτος, 1984).

WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children)

Οι επιδόσεις των αυτιστικών παιδιών στις νοομετρικές δοκιμασίες, χαρακτηρίζονται από έντονη ανομοιογένεια, που οφείλεται στις δεξιότητες που μετρούν οι εκάστοτε υποκλίμακες των δοκιμασιών στα ελλείμματα που παρουσιάζει κάθε παιδί σε διάφορες περιοχές. (Κυπριωτάκης, 2003).

Στην κλίμακα αξιολόγησης της νοημοσύνης του Weschler για παιδιά(WISC), τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν πιο χαμηλές επιδόσεις σε δοκιμασίες που απαιτούν δεξιότητα στη διαδοχή, στο σχηματισμό εννοιών και στην αφαίρεση, ενώ οι υψηλές επιδόσεις εντοπίζονται σε δοκιμασίες που απαιτούν μη λεκτικές οπτικοχωρικές δεξιότητες. (Rutter, Καραντάνος, 1990)

Η έντονη αυτή ανομοιογένεια στις επιδόσεις των παιδιών οφείλεται στις διαφορετικές επικοινωνιακές ικανότητες που απαιτούνται σε κάθε υποκλίμακα. (Κυπριωτάκης, 2003)

Η αδυναμία επικοινωνίας μέσω του λόγου είναι ίσως ο λόγος που πολλά παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν εξαιρετικά χαμηλές επιδόσεις στις διάφορες δοκιμασίες ευφυΐας, στις οποίες τις περισσότερες φορές δεν καταγράφονται ούτε μετρώνται οι ιδιαίτερες ικανότητες των παιδιών και οι δεξιότητες που πηγάζουν από τις λεγόμενες «νησίδες ενδιαφερόντων». Οι ειδικοί και οι γονείς μπορούν να ζητούν να γίνει στο παιδί το τεστ Psycho-educational Profile Revised (PEPR), που μετρά τις αναδυόμενες δεξιότητες σε παιδιά με αυτισμό.

ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΝΟΥ(Theory of mind)

Όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο, η θεωρία της νόησης (Theory of mind), υποδεικνύει την ανεπάρκεια των αυτιστικών παιδιών στην ικανότητα «ανάγνωσης του νου»(Harpe, 1998).

Ως θεωρία της νόησης ορίζεται η ικανότητα των ατόμων να κατανοούν τις ιδέες, τις προθέσεις και τα κίνητρα των άλλων ανθρώπων με σκοπό την ερμηνεία της συμπεριφοράς τους αλλά και την προσαρμογή της δικής τους συμπεριφοράς. (Harpe, 1994).

Η ικανότητά μας να εξηγούμε και να προβλέπουμε τη συμπεριφορά άλλων ανθρώπων, αποδίδοντας διαφορετικά κίνητρα, απόψεις και επιθυμίες, έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών, οι οποίοι μελετούν την εξέλιξη και

την ανάπτυξή της καθώς και τη βιολογική βάση των μηχανισμών που τη διέπουν. (Helen L. Gallagher and Christopher D. Frith, 2003)

Με την ικανότητα αυτή το παιδί μπορεί να εκφράζει την ψυχική του κατάσταση και τις σκέψεις του για τον κόσμο και να κατανοεί ή να μαντεύει την ψυχική κατάσταση των άλλων. Μια λανθασμένη εικόνα για τους άλλους σημαίνει μια λανθασμένη εικόνα για τον εαυτό μας. (Baron-Cohen, 1993).

Τα φυσιολογικά παιδιά, από την ηλικία των 4 ετών περίπου, αντιλαμβάνονται ότι οι άνθρωποι έχουν αντιλήψεις, επιθυμίες, ότι βρίσκονται συχνά σε διαφορετικές ψυχικές καταστάσεις και ότι αυτές οι νοητικές καταστάσεις καθορίζουν τη συμπεριφορά τους. (Συνοδινού, 1999).

Τα άτομα με αυτισμό, δεν καταλαβαίνουν πως οι άλλοι άνθρωποι έχουν διαφορετικά σχέδια, σκέψεις, συναισθήματα και γνώμες από αυτά. Μη κατανοώντας ότι οι άλλοι σκέφτονται διαφορετικά δεν μπορούν να προβλέψουν τι θα πουν ή τι θα κάνουν οι άλλοι στις διάφορες καταστάσεις. (Frith, 1999) Εξαιτίας αυτής της αδυναμίας τους να καταλάβουν πώς αισθάνεται κάποιος τρίτος τα παιδιά αυτά μοιάζουν εγωκεντρικά, αδιάφορα ή εκκεντρικά. (Happe, Frith, 1994).

Η ερμηνεία του αυτισμού με τη θεωρία του νου, δείχνει ότι τα αυτιστικά άτομα δεν έχουν την ικανότητα να σκέφτονται για ιδέες (δικές τους ή των άλλων), κι έτσι είναι

ανεπαρκή σε ορισμένες δεξιότητες που αφορούν την επικοινωνία, τις κοινωνικές σχέσεις, και τη δημιουργική φαντασία. (Happe, 1998).

Ο «αυτιστικός σοφός ιδιώτης», νησίδες δεξιοτήτων...

Κατά την πρώτη επαφή με μικρά αυτιστικά παιδιά μπορεί κανείς να εντυπωσιαστεί από την ελκυστική, ζωντανή εμφάνισή τους αλλά και από τη συμπεριφορά τους και τις ασυνήθιστες ικανότητές τους. (Κολλάτος, 1984).

Παλαιότερα, ο Kanner, είχε αναφερθεί σε μία νησίδα ικανοτήτων στα αυτιστικά παιδιά, εστιάζοντας στην εξαιρετική τους μνήμη για γεγονότα του παρελθόντος, για το καταπληκτικό λεξιλόγιο των ομιλούντων παιδιών καθώς και στην ευκολία τους στην απομνημόνευση ποιημάτων και ονομάτων. (Grandin, Scariano, 1996).

Ομοίως, σε άρθρο του ο Dr Rimland, στο “Psychology Today”, παρουσίασε τον όρο «αυτιστικός σοφός» αναφερόμενος στις ιδιαίτερες ικανότητες ορισμένων αυτιστικών ατόμων. (Βούλγαρης, Μπαρμπάτσης, Μπότσας, Σιγλίδου, Σκουλίδου, 1997).

Το παραπάνω φαινόμενο που είναι γνωστό και ως φαινόμενο του «σοφού ιδιώτη», παρατηρείται στο 10% του αυτιστικού πληθυσμού.

Μερικά από τα ταλέντα τους παρατηρούνται στη ζωγραφική, στη μουσική, την αριθμητική καθώς και στη συναρμολόγηση αντικειμένων, ενώ δεν περιλαμβάνουν γλωσσικές ικανότητες. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005). Η αλήθεια είναι ότι έρχονται σε αντίθεση με τη γενικότερη εικόνα του παιδιού. Παρόλα αυτά, τα αυτιστικά άτομα σπάνια μπορούν να αξιοποιήσουν επαγγελματικά το ταλέντο τους επειδή δεν τους το επιτρέπει η νοητική τους μειονεξία. (Σταμάτης, 1987)

Επίσης, μερικές από τις δεξιότητες αυτές, όπως είναι η απομνημόνευση ασήμαντων πληροφοριών, όπως είναι τα δρομολόγια πλοίων, ή οι ποδοσφαιρικές ομάδες, δεν έχουν καμία πρακτική αξία και κανένα όφελος τόσο για τους ίδιους, όσο και για τους γύρω τους. (Ozonoff, Rogers, Hendren, 2003)

Έχουν δοθεί αρκετές ερμηνείες για την εξήγηση του φαινομένου του «σοφού ιδιώτη». Ο Dr Bernard Rimland, αποδίδει τις ικανότητες αυτές στην εξαιρετική ικανότητα συγκέντρωσης των αυτιστικών παιδιών με συνακόλουθη την επικέντρωση της προσοχής σε μία μεμονωμένη περιοχή ενδιαφέροντος. (Βούλγαρης, Μπαρμπάτσης, Μπότσας, Σιγλίδου, Σκουλίδου, 1997).

Επίσης, ο διαθέσιμος χρόνος που έχουν στη διάθεσή τους, λόγω της απουσίας κοινωνικής ζωής, τους εξασφαλίζει αρκετό χρόνο για επίμονες ενασχολήσεις (Κυπριωτάκης, 2003).

Μία άλλη ερμηνεία που θα μπορούσε να δοθεί είναι η ικανότητά τους να προσηλώνονται σε μία και μόνο απασχόληση.

Ακόμη μπορεί να οφείλεται στην τμηματική πρόσληψη των πληροφοριών και όχι στην αντίληψή τους ως ενιαίο σύνολο, πράγμα που ευνοεί τις υψηλές επιδόσεις στις οποίες είναι χρήσιμες τέτοιου είδους ικανότητες. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

Άλλες ερμηνείες προσδίδουν τις ικανότητες αυτές στον ιδιαίτερο τρόπο σκέψης των παιδιών με αυτισμό, καθώς αυτά σκέφτονται περισσότερο με εικόνες και διαθέτουν φωτογραφική μνήμη, διευκολύνοντας την ανάκληση πληροφοριών. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Η κοινωνική πτυχή της ανάπτυξης έχει ιδιαίτερη σημασία στον αυτισμό, καθώς η διατάραξη της εμποδίζει τη φυσιολογική κοινωνική αλληλεπίδραση. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Η ελλειμματικότητα στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων στον αυτισμό είναι εμφανής ήδη από τη βρεφική ηλικία (Thompson et. al, 1979).

Η Wing ανέφερε την «τριάδα των διαταραχών της κοινωνικής αλληλεπίδρασης» (The triad of impairments of social interaction) και συμπεριέλαβε:

- 1.τη διαταραχή των κοινωνικών σχέσεων**
- 2. τη διαταραχή της κοινωνικής επικοινωνίας και**
- 3. τη διαταραχή της κοινωνικής κατανόησης και φαντασίας (Frith 1999)**

Στην διαταραχή των κοινωνικών σχέσεων η Wing περιγράφει τρεις τύπους παιδιών με αυτισμό με σκοπό να οριοθετήσει την διαταραχή της κοινωνικότητας. Ο πρώτος τύπος είναι «ο αποτραβηγμένος» που δεν ενδιαφέρεται για τους άλλους και δεν αναζητά την κοινωνική επαφή, ο δεύτερος είναι «ο παθητικός» ο οποίος δέχεται χωρίς να αντιδρά την κοινωνική προσέγγιση από τους άλλους και ο τρίτος είναι «ο ιδιόρρυθμος» που πλησιάζει τους άλλους αλλά μόνο για να εξυπηρετήσει δικά του στερεότυπα ενδιαφέροντα. Σε όλους τους τύπους χαρακτηριστικό είναι η έλλειψη κατανόησης των κανόνων της κοινωνικής συμπεριφοράς. (Wing, 1996).

Στην διαταραχή της επικοινωνίας συμπεριλαμβάνεται η έλλειψη επιθυμίας επικοινωνίας με τους άλλους, ακόμη το ότι η επικοινωνία περιορίζεται μόνο για την ικανοποίηση βασικών αναγκών, η έλλειψη κατανόησης ότι ο λόγος είναι εργαλείο που μπορεί να μεταφέρει πληροφορίες στους άλλους, η έλλειψη κατανόησης των συναισθημάτων και των ιδεών των άλλων, η έλλειψη κατανόησης των εκφράσεων του προσώπου, του τόνου της φωνής και η κυριολεκτική χρήση και κατανόηση του προφορικού λόγου. (Frith, 1999).

Το τρίτο μέρος της τριάδας των διαταραχών συμπεριλαμβάνει την απουσία του συμβολικού παιχνιδιού, την ύπαρξη επαναληπτικών και στερεοτυπικών

ενασχολήσεων και την επικέντρωση σε μικρής σημασίας πράγματα του περιβάλλοντα χώρου, (Murphy, 2000) το οποίο θα αναλυθεί σε επόμενο κεφάλαιο.

Οι Newson, Wing και Rutter, θεωρούν ότι υπάρχει διαταραχή επικοινωνίας στον αυτισμό και όχι διαταραχή λόγου χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορεί να συνυπάρχει επιπρόσθετη διαταραχή λόγου όπως και άλλου είδους επιπρόσθετες διαταραχές ή αναπηρίες. (Rutter, 1990)

Μια και ο αυτισμός, όπως έχει ήδη αποδειχθεί από τις έρευνες, είναι αναπτυξιακή διαταραχή, αναπτυξιακού τύπου είναι και η διαταραχή της επικοινωνίας που συμπεριλαμβάνεται σ' αυτόν.

MIMΗΣΗ

Μία δεξιότητα προ-λεκτικής επικοινωνίας είναι η κοινωνική μίμηση. Στη φυσιολογική ανάπτυξη ακόμη και τα νεογέννητα μωρά δείχνουν να μιμούνται. (βγάζουν τη γλώσσα έξω σε έναν ενήλικα που κάνει το ίδιο, και ανοίγουν το στόμα τους σε έναν ενήλικα με ανοιχτό το στόμα. (Κολλάτος, 1984).

Τόσο τα παιδιά όσο και οι ενήλικες με αυτισμό δυσκολεύονται στην αντιγραφή των κινήσεων των άλλων, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών και των κινήσεων με αντικείμενα. (Ousley, & Littleford, 1997).

Η μίμηση ανάμεσα στο βρέφος και τη μητέρα αποτελεί βασικό στοιχείο των πρώτων μεταξύ τους αλληλεπιδράσεων και βοηθά στην αντίληψη της σχέσης ανάμεσα στον εαυτό και σε άλλα πρόσωπα (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

Επιπροσθέτως, η μίμηση σχετίζεται με τις διαδικασίες της γλωσσικής ανάπτυξης, της κοινωνικοποίησης, της μάθησης και του συμβολικού παιχνιδιού. (Meltzoff, Gopnik, 1993). Για παράδειγμα, η ελλιπής δεξιότητα μίμησης στην ηλικία των 20 και 24 μηνών σε παιδιά με αυτισμό συνδέεται άμεσα με κατοπινές δυσκολίες γλωσσικής έκφρασης. (Charman, 2001).

Είναι πολύ δύσκολο για ένα παιδί με αυτισμό να επαναλάβει κάποιες κινήσεις που είδε σκόπιμα, ώστε να προκαλέσει κοινωνική αλληλεπίδραση με βάση τη θέλησή του. (Jordan, Powell, 2000). Φαίνεται δηλαδή, ότι τα αυτιστικά παιδιά αγνοούν τη σημασία της μίμησης στην εδραίωση της επικοινωνίας. (Davis, 2000).

Ακόμα και όταν τα παιδιά και οι ενήλικες με αυτισμό είναι σε θέση να μιμηθούν τις κινήσεις των άλλων, φαίνεται πως η ποιότητα της μίμησης είναι χαμηλή (Hobson & Lee, 1999).

ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΟΧΗ

(JOINT ATTENTION)

Η συνδυαστική προσοχή αποτελεί μία προ-λεκτική επικοινωνιακή δεξιότητα, κατά την οποία το βρέφος χρησιμοποιώντας χειρονομίες και μέσω της βλεμματικής επαφής προσπαθεί να μοιραστεί με έναν ενήλικο την εμπειρία αντικειμένων ή γεγονότων που του προξένησαν το ενδιαφέρον. (Mundy et al., 1986). Η ικανότητα αυτή, καθώς και οι πρώτες αναπτυξιακές ικανότητες διαδραματίζουν έναν κρίσιμο ρόλο στην κοινωνική και γλωσσική ανάπτυξη. (Sugarman, 1984, Charman et. al., 2000) Η ανεπαρκής ανάπτυξη της συνδυαστικής προσοχής είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα των παιδιών με αυτισμό, και ως εκ τούτου είναι σημαντικό να αναπτυχθεί αυτή η ικανότητα κατά τις πρώιμες παρεμβάσεις. Πολλές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τη διδασκαλία συνδυαστικής προσοχής στα μικρά παιδιά με αυτισμό. (Jones, Carr, 2004)

Τα φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιά ήδη από την ηλικία των 6-9 μηνών αλληλεπιδρούν με τους άλλους, μοιράζοντας την προσοχή τους ανάμεσα σε αντικείμενα και σε άτομα του περιβάλλοντός τους. (Walden & Ogan, 1988). Αργότερα, μεταξύ 9-12 μηνών μαθαίνουν ότι μπορούν να κάνουν το ίδιο χρησιμοποιώντας χειρονομίες. (Walden & Ogan, 1988). Το γεγονός ότι τα παιδιά με αυτισμό δεν χρησιμοποιούν χειρονομίες και βλεμματική επαφή προκειμένου να μοιραστούν την προσοχή με κάποιον άλλον, είναι ένα από τα πρώτα συμπτώματα του αυτισμού. Σε μελέτες των Osterling & Dawson και του Baron-Cohen, παρατήρησαν ότι όταν όσα παιδιά αντιμετώπιζαν προβλήματα συνδυαστικής προσοχής στην ηλικία των 12 και 18 μηνών, αργότερα διαγνώστηκαν ως αυτιστικά. (Osterling & Dawson, 1994, Baron-Cohen, 1996).

Σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, αυτή η συσχέτιση ήταν μεγαλύτερη, αφού το 94% των παιδιών με ελλείμματα στις δεξιότητες συνδυαστικής προσοχής, έλαβε τη διάγνωση για αυτισμό, σε σύγκριση με παιδιά νοητικής καθυστέρησης. (Mundy, 1986)

Ωστόσο, τα ελλείμματα στις δεξιότητες συνδυαστικής προσοχής σχετίζονται με το νοητικό επίπεδο των παιδιών με αυτισμό, αφού προκειμένου να αναπτύξουν αυτές τις δεξιότητες χρειάζονται μεγαλύτερη νοητική ηλικία από τα φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιά. (Leekam & Moore, 2001)

Υπάρχουν πολλοί υποστηρικτές της άποψης ότι τα ελλείμματα στην ικανότητα της συνδυαστικής προσοχής συνδέονται άμεσα με τις ανεπάρκειες που παρουσιάζονται στο **συμβολικό παιχνίδι** των παιδιών με αυτισμό. Συγκεκριμένα, υποστηρίζουν ότι τα ελλείμματα στη συνδυαστική προσοχή σχετίζονται μην ανάπτυξη των μετά-αναπαραστικών ικανοτήτων, οι οποίες αποτελούν το υπόβαθρο για την ομαλή ανάπτυξη του συμβολικού παιχνιδιού. Άλλες θεωρίες υποστηρίζουν ότι τα ελλείμματα σε αυτούς τους δύο τομείς, αποτελούν συμπτώματα ενός σημαντικότερου γνωστικού ελλείμματος στην προσοχή ή στη δημιουργική φαντασία. (Charman, 1997)

Είναι κοινά αποδεκτό, ότι οι δεξιότητες συνδυαστικής προσοχής είναι ανεπαρκείς στον αυτισμό. Βέβαια, όπως και στη μίμηση, υπάρχει διαφωνία ως προς τα αίτια αυτής της μειονεξίας. Για παράδειγμα κάποιοι υποστηρίζουν πως η δυσκολία αυτή οφείλεται στο ότι τα παιδιά με αυτισμό αποτυγχάνουν να μοιραστούν συναισθηματικά εμπειρίες με τους άλλους. Οι γνωστικές θεωρίες από την άλλη προτείνουν ότι τα παιδιά με αυτισμό έχουν δυσκολία με τον προσανατολισμό της προσοχής ή στο να καταλάβουν το επίκεντρο της προσοχής των άλλων. (Leekam & Moore, 2001)

ΒΛΕΜΜΑ

Ο Kanner, από τις πρώτες του μελέτες παρατήρησε μια ιδιαιτερότητα στο βλέμμα των αυτιστικών παιδιών. Τα παιδιά αυτά αποφεύγουν να κοιτάζουν τον άλλον. Βέβαια φροντίζουν να μη χάνουν την παραμικρή λεπτομέρεια από όσα συμβαίνουν γύρω τους.

Το γεγονός δηλαδή ότι δεν έχουν το βλέμμα τους «καρφωμένο» κάπου, δεν σημαίνει ότι παύουν να παρακολουθούν τι συμβαίνει γύρω τους. (Κολλάτος, 1984).

Πολλά αυτιστικά παιδιά επίσης, δεν αντέχουν το βλέμμα των άλλων και αντιδρούν με παράλογη αγωνία. Τέτοιες αντιδράσεις εντοπίζονται κυρίως στα αυτιστικά παιδιά με υψηλότερη νοημοσύνη. (Κυπριωτάκης, 2003).

Πολλοί παιδαγωγοί επισημαίνουν πως δεν υπάρχει συντονισμός στο βλέμμα των αυτιστικών παιδιών. Συνήθως το αυτιστικό παιδί αποφεύγει το βλέμμα από πρόσωπα και όχι από πράγματα. (Thompson, O'Quinn, Aglaia, 1979)

Ακόμη και φυσιολογικά άτομα ανέχονται με δυσκολία ένα βλέμμα καρφωμένο επάνω τους, αφού το κοίταγμα αποτελεί μια μορφή άμεσης ερώτησης, την οποία δεν μπορούμε να αποφύγουμε. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΩΝ

Η ικανότητα αναγνώρισης προσώπων είναι θεμελιώδης για την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων. Τα φυσιολογικά παιδιά από τις πρώτες μέρες της ζωής τους αναγνωρίζουν το πρόσωπο της μητέρας τους (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005). Έρευνες έχουν δείξει ότι τόσο τα νήπια, όσο και οι έφηβοι και οι ενήλικοι με αυτισμό, φαίνεται να παρουσιάζουν ελλείμματα σε αυτόν τον τομέα των κοινωνικών σχέσεων. (Boucher & Lewis, 1992)

Ακόμη, έχει παρατηρηθεί, ότι τα άτομα με αυτισμό, κατά την αλληλεπίδρασή τους με άλλα άτομα, τείνουν να εστιάζουν στη στοματική περιοχή και όχι στα μάτια, όπως συνηθίζουν τα φυσιολογικά άτομα. (Langdell, 1978).

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, η ανεπάρκεια αυτή σχετίζεται αποκλειστικά με την αναγνώριση προσώπων και όχι με την αναγνώριση αντικειμένων. Επίσης, δεν σχετίζεται με τη λεκτική και τη μη-λεκτική επικοινωνία ούτε με τις μνημονικές ικανότητες του ατόμου. (Klin, 1999).

ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ ΕΚΦΡΑΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Στη φυσιολογική ανάπτυξη, ήδη από πολύ νωρίς, στους 2-4 μήνες, υπάρχει κάποια ικανότητα διάκρισης μεταξύ των συναισθημάτων, ενώ στους 7 μήνες τα βρέφη μπορούν να ταιριάζουν σωστά συναισθηματικούς ήχους με συναισθηματικές εικόνες. Τα μωρά των 12 μηνών δείχνουν «κοινωνική αναφορά», αντιδρώντας διαφορετικά σε ένα καινούριο παιχνίδι σύμφωνα και με την έκφραση προσώπου της μητέρας (αποστροφή-φόβος ή γέλιο). (Mash, Barkley, Heffernan, 2003) Ένας αριθμός μελετών σε αυτιστικά παιδιά έχει υποδείξει την ύπαρξη ελλειμμάτων στην αναγνώριση συναισθημάτων ακόμη και σε ηλικίες των 5 ετών και άνω. (Frith, 1999) Ωστόσο, υπάρχει μία ένδειξη ότι σε σύγκριση με παιδιά του ίδιου γλωσσικού επιπέδου, τα παιδιά με αυτισμό δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες δυσκολίες στην κατανόηση συναισθημάτων. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003)

ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Η γλώσσα είναι μία πολύπλοκη δεξιότητα, η οποία βασίζεται σε πολλαπλές γνωστικές διαδικασίες και αναπτύσσεται στα πλαίσια της κοινωνικής ζωής. Τα αυτιστικά παιδιά χαρακτηρίζονται από έλλειψη ενδιαφέροντος για επικοινωνία. Από τα πρώτα στάδια της ανάπτυξης δείχνουν να στερούνται την ικανότητα εκτίμησης της σημασίας της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Δεν εκδηλώνουν προσκόλληση προς τους γονείς, και αποτυγχάνουν να αναπτύξουν δεξιότητες προ-λεκτικής επικοινωνίας. (Arendt, Conelly, 2001).

Πρόσφατες μελέτες πάνω στη γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών με αυτισμό δείχνουν επιπρόσθετα ελλείμματα στην πραγματολογία, την ικανότητα δηλαδή να χρησιμοποιούν το λόγο με σκοπό την επικοινωνία. (Κολλάτος, 1984). Στην έρευνά τους οι Simon Baron-Cohen(2005), υποστηρίζουν ότι κοινωνική και γλωσσική ανάπτυξη σχετίζονται μεταξύ τους. (Baron, Cohen, 2005)

Ιστορικά, έχει βρεθεί ότι περίπου το 50% των ατόμων με αυτισμό παρέμειναν άλαλοι σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Ωστόσο, με τις καλύτερες και πρώιμες παρεμβάσεις και τη βελτίωση των διαγνωστικών εργαλείων, αυτή η εκτίμηση φαίνεται να μην είναι κυρίαρχη. (Rutter, 1978, Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

Υπάρχουν περιπτώσεις αυτιστικών παιδιών που μιλούν για πρώτη φορά στην ηλικία των 5 ετών, ενώ άλλα έχουν αναπτύξει τον λόγο και ξαφνικά σταματούν να μιλούν για μεγάλο χρονικό διάστημα. (Collia- Faherty, 1999). Επίσης, υπάρχουν παιδιά που δεν μιλούν ποτέ αλλά σπάνια προφέρουν ολόκληρες φράσεις, ενώ υπάρχουν και τα παιδιά που παπαγαλίζουν αλλά σπανίως λένε κάτι από μόνα τους.(Κολλάτος, 1984).

Το κύριο χαρακτηριστικό της γλωσσικής ανάπτυξης των παιδιών με αυτισμό είναι η ανεπάρκεια κατανόησης του επικοινωνιακού και λειτουργικού της χαρακτήρα. (Jordan, 2000). Η παραπάνω ανεπάρκεια είναι αποτέλεσμα της έλλειψης ενδιαφέροντος για επικοινωνία, της ανικανότητας κατανόησης του περιεχομένου της ομιλίας και της μη χρήσης των απαραίτητων δεξιοτήτων.(Boucher, 2003).

Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που αναπτύσσουν κάποιες δεξιότητες προ-λεκτικής επικοινωνίας, όπως χρήση χειρονομιών και μίμηση έχουν

περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν τον λόγο. Ωστόσο ακόμα και τα άτομα που αναπτύσσουν λόγο, αυτός παρουσιάζει κάποιες ιδιομορφίες. (Sigman, Ruskin, 1997).

(Α) Από τις πιο χαρακτηριστικές ιδιομορφίες της γλωσσικής ανάπτυξης των ατόμων με αυτισμό είναι η άμεση ή καθυστερημένη **ηχολαλία**, η επανάληψη δηλαδή αυτών που άκουσαν από τους άλλους, είτε άμεσα είτε μετά από ένα διάστημα. (Sutherland House School of Autistic Children, 1993).

Τα αυτιστικά παιδιά επαναλαμβάνουν όσα άκουσαν αλλά σπανίως τα κατανοούν. (Κολλάτος, 1984).

Η ηχολαλία εμφανίζεται στο 75% των αυτιστικών παιδιών, τα οποία αναπτύσσουν επικοινωνιακό λόγο. (Fay, 1993).

Ο Prizant και οι συνεργάτες του μέσα από έρευνές τους, έδειξε ότι η ηχολαλία έχει πολλές διαφορετικές επικοινωνιακές λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένων των αιτημάτων, της αυτορύθμισης, της διαμαρτυρίας. Θα μπορούσε δηλαδή να θεωρηθεί περισσότερο ως μια προσπάθεια επικοινωνίας παρά ως ομιλία χωρίς κανένα νόημα. (Prizant et al., 1997).

Σε πολλές περιπτώσεις όμως, η ηχολαλία αποτελεί απλή στερεότυπη συμπεριφορά και δεν απορρέει από καμία επικοινωνιακή σκοπιμότητα. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003)

Σαν σύμπτωμα παρατηρείται και σε άλλες καταστάσεις που παρουσιάζουν εγκεφαλικές ανωμαλίες, όπως στην επίκτητη αφασία ή στην άνοια. Επίσης, παρατηρείται στην ομιλία φυσιολογικών παιδιών αλλά μόνο σε μικρή ηλικία, μέχρι την ηλικία των 2 ετών οπότε ακολουθεί η ανάπτυξη του λεξιλογίου. (Frith, 1999).

Ακόμη, σύνηθες είναι το φαινόμενο στα φυσιολογικά άτομα να επαναλαμβάνουν σιωπηλά την τελευταία φράση που άκουσαν χωρίς να την καταλαβαίνουν σε περίπτωση που χάσουν τη ροή της συζήτησης αν είναι κουρασμένοι ή αφηρημένοι. (Κολλάτος, 1984).

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά με αυτισμό τείνουν να επαναλαμβάνουν περισσότερο τα λόγια που απευθύνονται άμεσα σε αυτά και όχι στους άλλους, ενώ φαίνεται να στρέφουν την προσοχή τους περισσότερο στην ανθρώπινη φωνή παρά σε μαγνητοφωνημένη. Σε περισσότερο αγχογόνες καταστάσεις το παιδί μπορεί να επαναλάβει λόγια του παρελθόντος. ((Κολλάτος, 1984).

Είναι γεγονός ότι τα παιδιά που επαναλαμβάνουν περισσότερο, μιλούν λιγότερο από μόνα τους. Επίσης, όταν η επανάληψη εξασθενεί ο λόγος βελτιώνεται. (Boucher, 2003).

(B) Άλλες ιδιομορφίες εντοπίζονται στη **χρήση των αντωνυμιών**. Συγκεκριμένα αντικαθιστούν το «εσύ» με το «εγώ», και το «εγώ» με το «εσύ». (Sutherland House School of Autistic Children, 1993).

Οι Lee, Hobson και Chiat, μελετώντας την χρήση αντωνυμιών σε αυτιστικά παιδιά, διαπίστωσαν ότι όταν τα παιδιά αναφέρονταν είτε στον εαυτό τους είτε στον εξεταστή έτειναν να χρησιμοποιούν περισσότερο τα ονόματά τους παρά αντωνυμίες. (Lee, Hobson Chiat, 1994)

Σύμφωνα με το ψυχαναλυτικό ρεύμα, η δυσκολία αυτή ερμηνευόταν ως ενδεικτική της συνειδητής άρνησης των αυτιστικών παιδιών να αναπτύξουν τη δική τους ταυτότητα (Peeters, 2000).) Το γεγονός όμως ότι αναγνωρίζουν και αποδίδουν σωστά τα κύρια ονόματα, αποδεικνύει την ικανότητα διαφοροποίησης μεταξύ εαυτού και άλλων. (Jordan, Powell, 2001).

Κάποιες από τις δυσκολίες στην καθυστέρηση της χρήσης του «εγώ» μπορεί να οφείλονται σε προβλήματα στην ανάπτυξη της υποκειμενικής αίσθησης του εαυτού και της κατανόησης των επικοινωνιακών κανόνων, ενώ η σύγχυση στη χρήση του «εσύ» έχει βαθύτερες ρίζες και σχετίζεται με τη δυσκολία κατανόησης των νοηματικών καταστάσεων. (Jordan, Powell, 2000).

Οι δυσκολίες στη χρήση αντωνυμιών συνεχίζουν να υπάρχουν σε όλη τη ζωή των ατόμων με αυτισμό. (Lee, Hobson και Chiat, 1994).

(Γ) Μία άλλη ιδιομορφία του λόγου των αυτιστικών παιδιών είναι η **ανώμαλη προσωδία**, η οποία αναφέρεται σε προβλήματα στη χρήση του ρυθμού της ομιλίας, στη ροή του λόγου, στον τονισμό των λέξεων. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

Ακόμη και οι καλά προσαρμοσμένοι αυτιστικοί άνθρωποι δείχνουν σχετική ανεπάρκεια με αυτά τα μέσα επικοινωνίας. Η φωνή είναι μονότονη ως προς την ποιότητα και δεν συμβαδίζει με το περιεχόμενο και τη σημασία του νοήματος που μεταφέρεται λεκτικά. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003)

Η μελωδία της ομιλίας είναι άχρωμη και η έντασή της μπορεί ξαφνικά από ψιθυριστή να γίνει δυνατή. Είναι σα να μην μπορούν να κρίνουν ποιος βαθμός έντασης απαιτείται για να γίνουν αντιληπτοί από τον ακροατή τους. (Sutherland House School of Autistic Children, 1993).

Με την πάροδο του χρόνου και με την κατάλληλη υποστηρικτική παρέμβαση τα παιδιά μαθαίνουν να προσαρμόζουν τον τόνο της φωνής τους στα κανονικά πρότυπα τονισμού(Κυπριωτάκης, 2003).

Τα σημαντικότερα ελλείμματα στο λόγο των αυτιστικών παιδιών σχετίζονται με τη λειτουργική του χρήση στις διάφορες κοινωνικές καταστάσεις(Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005). Τα αυτιστικά άτομα συνήθως χρησιμοποιούν στην ομιλία τους ασήμαντες λεπτομέρειες, μπορούν να κάνουν τις ίδιες ερωτήσεις ή να μονολογούν για τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντά τους, και να επιμένουν να συζητούν για θέματα που προφανώς δεν προσελκύουν το ενδιαφέρον των συνομιλητών τους. Μεταπηδούν από το ένα θέμα στο άλλο αγνοώντας τους συνομιλητές τους και τα λεγόμενά τους(Tager-Flusberg, 2001).

Επιπροσθέτως, τα αυτιστικά άτομα σπάνια ξεκινούν αυθόρμητα κάποιο θέμα συζήτησης, και αν το κάνουν δεν γνωρίζουν πότε είναι η κατάλληλη στιγμή, με αποτέλεσμα να θεωρούνται από τον περίγυρο ως κακοί συνομιλητές. (Jordan, Powell, 2000).

Ο Eales υποστηρίζει ότι η δυσκολίες τους αυτές είναι αποτέλεσμα της έλλειψης κατανόησης των προθέσεων των συνομιλητών τους. (Eales, 1993, Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

Ομοίως οι Tager και Flusberg, υπέθεσαν ότι τα άτομα με αυτισμό δεν κατανοούν τους κανόνες επικοινωνίας, επειδή δεν μπορούν να μπουν στη θέση του συνομιλητή τους και να δουν τα πράγματα από διαφορετική σκοπιά. (Tager-Flusberg, 1996)

(Δ)Ενα σύνηθες χαρακτηριστικό των παιδιών με αυτισμό, είναι η ανικανότητά τους να γενικεύσουν τόσο ικανότητες που διδάχθηκαν όσο και λέξεις ή φράσεις σε διαφορετικά πλαίσια από εκείνα που τα έμαθαν. Αν και η γενίκευση σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, σε διαφορετικό χώρο, με διαφορετικούς ανθρώπους είναι ένα

φαινόμενο που συμβαίνει φυσικά, δεν είναι πάντα αναμενόμενη. Για παράδειγμα ένα παιδί μπορεί να μάθει να ονομάζει αντικείμενα αλλά σπάνια να ζητάει τα αντικείμενα αυτά με το όνομά τους, ή να τα ονομάζει μόνο όταν βρίσκεται σε συγκεκριμένο πλαίσιο, όπως είναι το σχολικό περιβάλλον. (Anderson, Taras, Cannon, 1996).

Οι ελλείψεις αυτές καταμαρτυρούν την αποτυχία σύλληψης του ευρύτερου νοήματος των λέξεων εκ μέρους των παιδιών με αυτισμό, και την παθητική της εκμάθησής τους. (Arendt, Conelly, 2001).

(E)Ενα ακόμη πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αυτισμό είναι η κυριολεκτική κατανόηση του λόγου, η οποία τα οδηγεί στην αδυναμία να αντιληφθούν συνήθεις μεταφορές ή παρομοιώσεις, αστεία και σαρκασμούς(Sutherland House School of Autistic Children, 1993), με αποτέλεσμα να βιώνουν άγχος, αναστάτωση, θυμό ακόμα και τρόμο.(Wing, 1996). Η ιδιαιτερότητα αυτή δεν παρατηρείται σε παιδιά με γλωσσικές μειονεξίες ή τα νοητικώς καθυστερημένα παιδιά. Η ιδιοσυγκρασιακή ομιλία δείχνει ότι αποτυγχάνουν να εκτιμήσουν τις γνώσεις των συνομιλητών τους καθώς και έλλειψη ενδιαφέροντος ή ανάγκης να μοιραστούν με το συνομιλητή τους ένα γενικότερο πλαίσιο αλληλεπίδρασης, στο οποίο εμπλέκονται ενεργά και οι δύο. (Κολλάτος, 1984, Κυπριωτάκης, 2003)

Τέλος, αν και τα αυτιστικά παιδιά διαθέτουν πλούσιο λεξιλογικό πλούτο και χρησιμοποιούν σωστά τους γραμματικούς και συντακτικούς κανόνες, (Frith, 1999), η χρήση του λόγου τους περιορίζεται στη διατύπωση αιτημάτων και σε ψυχαναγκαστική ομιλία. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Τα παιδιά με αυτισμό επιδίδονται συχνά σε παράλογες τελετουργικές συμπεριφορές. Η συχνότητα εκδήλωσής τους είναι υπερβολική, χωρίς σκοπιμότητα και προσαρμοστικότητα.(Schopler, 2000).

Η Turner(1999), θεωρεί ότι οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές στον αυτισμό διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, τις απλές και τις σύνθετες.(Turner, 1999). Οι απλές στερεοτυπικές δραστηριότητες περιλαμβάνουν κινητικές στερεοτυπίες, κινήσεις και παρατηρούνται συνήθως σε μικρότερα και χαμηλότερης νοημοσύνης παιδιά, ενώ οι σύνθετες, περιλαμβάνουν εμμονή σε περίπλοκες ρουτίνες και περιορισμένα ενδιαφέροντα. (Campbell et al., 1990, Turner, 1999).

Συγκεκριμένα, όσον αφορά στις *απλές στερεοτυπικές δραστηριότητες*, οι Volkmar, Cohen, και Paul(1986), σε έρευνά τους σε γονείς 50 παιδιών, ανακάλυψαν ότι όλοι ανέφεραν τις εξής στερεοτυπίες:

Αμφιταλαντεύσεις του σώματος(ενώ είναι καθισμένα κουνιούνται μπρος ή πίσω και σπανιότερα δεξιά αριστερά)(65%), βάδισμα στις μύτες των ποδιών(57%), στριφογύρισμα αντικειμένων σα σβούρα(50%), καθώς και χτύπημα των χεριών και των δαχτύλων (52%). (Volkmar, Cohen, Paul 1986)

Ακόμη, έχουν παρατηρηθεί άνοιγμα των χεριών σαν φτερούγες, γκριμάτσες, πηδήματα προς τα εμπρός, υποτονικό βάδισμα με κάμψη των γονάτων έτσι ώστε να μοιάζουν σα να καταρρέουν, και γλείψιμο αντικειμένων.(Schopler, 2000).

Τέτοιου είδους επαναλαμβανόμενες κινήσεις παρατηρούνται συνήθως σε μικρότερα και χαμηλότερης νοημοσύνης παιδιά(Campbell et al., 1990).

Οι περισσότερο *σύνθετες στερεοτυπίες* παρατηρούνται σε παιδιά με χαμηλότερα επίπεδα νοητικής καθυστέρησης και σε αυτιστικά άτομα υψηλής λειτουργικότητας.(Turner, 1999).

Περιλαμβάνουν ρουτίνες και σύνθετες λεκτικές ή επαναληπτικές δραστηριότητες, όπως επαναλαμβανόμενη τακτοποίηση των παιχνιδιών τους, και εμμονή στο να διατηρείται η ίδια σειρά γεγονότων στις καθημερινές δραστηριότητες.(π.χ ρουτίνες στο ντύσιμο, φοράνε καθημερινά τα ρούχα με τον ίδιο τρόπο), η προσκόλληση σε

αντικείμενα που προσφέρουν ασφάλεια, ή ομάδες αντικειμένων που έχουν συλλεχθεί από το παιδί(Howlin, Rutter, 2001), οι οποίες δεν πρέπει για κανέναν λόγο να χαλάσουν. (Wing, 1996).

Οι στερεότυπες αυτές συμπεριφορές εμφανίζονται σε καταστάσεις όπου τα παιδιά βιώνουν αμηχανία, άγχος(Frith, 1999), ενθουσιασμό, ανία ή ματαίωση λόγω κοινωνικών και επικοινωνιακών προβλημάτων. (Schopler, 2000). Οι στερεοτυπίες εκδηλώνονται όταν το παιδί δεν ασχολείται με δημιουργικές δραστηριότητες και είναι μια μορφή αντίδρασης σε καινούριες ή απρόβλεπτες καταστάσεις. (Wing, 1996).

Η λειτουργία των στερεοτυπικών συμπεριφορών φαίνεται να εξυπηρετεί την άμυνα του παιδιού απέναντι σε υψηλά επίπεδα διέγερσης και κινητοποίησης που προκαλούνται από την επεξεργασία νέων πληροφοριών(Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

Άλλες θεωρίες εμπλέκουν την έκλυση βήτα-ενδορφίνης στο σώμα του ατόμου κατά την εκδήλωση στερεοτυπιών, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ευχάριστου συναισθήματος.(Βούλγαρης, Μπαρμπάτσης, Μπότσας, Σιγλίδου Σκουλίδου, 1997).

Μέσα από τις στερεοτυπίες, τα άτομα με αυτισμό νιώθουν ότι ελέγχουν τον κόσμο γύρω τους, ότι δημιουργούν έναν σταθερό και αμετάβλητο κόσμο, προσαρμοσμένο στις ατομικές απαιτήσεις τους. Το γεγονός αυτό βέβαια τα εμποδίζει από την απόκτηση γνώσεων και την κοινωνική μάθηση μέσω επαφής με άλλους ανθρώπους(Stroke, 2004).

Οι στερεοτυπίες καταλαμβάνουν αρκετό χρόνο από τη ζωή των παιδιών με αυτισμό, με αποτέλεσμα την καταπίεση και την παρεμπόδιση της συμμετοχής τους σε άλλες δραστηριότητες. Δυστυχώς και τα υπόλοιπα μέρη της οικογένειας είναι αναγκασμένα να προσαρμοστούν στις ιδιαίτερες ανάγκες του αυτιστικού μέλους. (Schopler, 2000).

Είναι σημαντικό το γεγονός ότι η επανάληψη και η εκδήλωση ειδικών ενδιαφερόντων, δεν δημιουργούν μόνο προβλήματα συμπεριφοράς, αλλά προάγουν και ειδικές δεξιότητες, ταλέντα και εργασιακές συνήθειες, με τον κατάλληλο πάντα χειρισμό.(Wing, 1996).

Και στα φυσιολογικά παιδιά παρατηρείται προσκόλληση σε συγκεκριμένα αντικείμενα, όπως είναι αρκουδάκια ή κούκλες, ιδιαίτερα όταν είναι άρρωστα ή αγχωμένα . Το φαινόμενο αυτό είναι φυσιολογικό και προσαρμοστικό και με την πάροδο των χρόνων μειώνεται ενώ στην ηλικία των 4 ετών εξαφανίζεται. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003)

Στην περίπτωση όμως του αυτισμού, σημειώνεται αύξηση της προσκόλλησης με την πάροδο των χρόνων ακόμα και σε ασυνήθιστα αντικείμενα, όπως ξεσκονόπανα ή φύλλα δέντρων. Τα αντικείμενα αυτά έχουν ιδιαίτερη σημασία για τα παιδιά αυτά. Πολλά παιδιά κρατούν σφιχτά ή βάζουν στο στόμα ένα κουρέλι, ένα κομμάτι σπασμένου παιχνιδιού. (Howlin, Rutter, 2001).

Σε περίπτωση απομάκρυνσης των αγαπημένων αντικειμένων τα παιδιά με αυτισμό βιώνουν έντονο άγχος και κάποιες φορές χάνουν ακόμα και τον ύπνο τους.(Κολλάτος, 1984). Από την άλλη πλευρά, αυτά τα αντικείμενα μπορούν να παίξουν θετικό ρόλο στην αγωγή των παιδιών αυτών, λειτουργώντας ως θετική ενίσχυση, token economy κλπ, για τα οποία γίνεται αναφορά σε επόμενο κεφάλαιο.

Ανάγκη για αμεταβλητότητα

Τα αυτιστικά παιδιά δεν δέχονται εύκολα αλλαγές στο περιβάλλον τους. Ο Kanner θεωρούσε βασικό σύμπτωμα του αυτισμού, την επιθυμία τους αυτή του «αμετάβλητου».

Η επιθυμία του «αμετάβλητου», αποτελεί απαραίτητη βιολογική ανάγκη της ύπαρξής μας, και ως εκ τούτου συμβαίνει και στα φυσιολογικά παιδιά, με τη διαφορά όμως ότι αυτά εύκολα αποκτούν την ικανότητα προσαρμογής. (Frith, 1999).

Η παραμικρή αλλαγή στις καθημερινές συνήθειες ή στο άμεσο περιβάλλον των αυτιστικών παιδιών μπορεί να τα διαταράξει. Διαμαρτύρονται έντονα, ουρλιάζουν επειδή δεν μπορούν να αντιδράσουν διαφορετικά, ούτε να προσαρμοστούν. Αν οι γονείς υποκύψουν στις φωνές τους, υποβοηθούν την ικανότητα προσαρμογής τους, αν όχι το παιδί κλείνεται στον εαυτό του. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003)

Αυτές οι παράλογες κρίσεις του παιδιού, δεν οφείλονται σε παιδικά καπρίτσια, αλλά σε μια διανοητική ακαμψία, σε μία έλλειψη σκέψης και θέλησης.

Τα αυτιστικά παιδιά, αγχώνονται κυρίως με τις αλλαγές στις λεπτομέρειες, όπως είναι η θέση των αντικειμένων, οι αλλαγές στα ωράριά τους, επειδή είναι προσκολλημένα στις λεπτομέρειες σε τέτοιο σημείο, που τους ξεφεύγει η δομή του συνόλου. (Κολλάτος, 1984).

Τέλος, τα αυτιστικά παιδιά παρουσιάζουν μία έντονη ενασχόληση με συγκεκριμένους τύπους ενδιαφερόντων. Μπορεί για παράδειγμα να ξοδεύουν το χρόνο τους προσπαθώντας να απομνημονεύσουν τον καιρό σε όλες τις χώρες, το ηλιακό σύστημα, κλπ.(Aarons, Gittens, Tessa, 1999).

Γεγονός είναι πάντως ότι με την πάροδο του χρόνου, στα αυτιστικά παιδιά υψηλής λειτουργικότητας καθώς και σε αυτά με υψηλό δείκτη νοημοσύνης, μειώνονται οι στερεότυπες κινήσεις καθώς και η ενασχόληση με μέρη αντικειμένων και αυξάνονται τα στερεότυπα ενδιαφέροντα. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003) Στην εφηβεία οι συμπεριφορές αυτές στις περισσότερες περιπτώσεις εξαλείφονται (South, Ozonoff & McMahon, 2001).

Όσον αφορά σε ποιες περιστάσεις τείνουν να στερεοτυπούν τα παιδιά με αυτισμό, οι Baron & Cohen (1989) υποστηρίζουν πως οι στερεοτυπίες χρησιμοποιούνται ως μία στρατηγική που τα βοηθά να μειώσουν το άγχος τους μέσα σε αυτόν τον τόσο απρόβλεπτο και τρομακτικό κόσμο. (Baron & Cohen, 1989)

Ωστόσο, κατά την αλληλεπίδρασή τους με άλλα άτομα δεν στερεοτυπούν. (Turner, 1999).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Στον αυτισμό, τα προβλήματα συμπεριφοράς κυμαίνονται από πολύ σοβαρά έως πολύ ελαφριάς μορφής. Τα σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς εκδηλώνονται με τη μορφή πολύ **ασυνήθιστης, επιθετικής** και, σε κάποιες περιπτώσεις, ακόμα και **αυτοκαταστροφικής** συμπεριφοράς. Αυτοί οι τρόποι συμπεριφοράς μπορεί να είναι επίμονοι και πολύ δύσκολο να αλλάξουν. (Jordan & Powell, S. (1995)

ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Σε περιπτώσεις που τα άτομα με αυτισμό είναι θυμωμένα, ή όταν δεν διαθέτουν κάποιο γλωσσικό μέσο προκειμένου να επικοινωνήσουν τις ανάγκες τους ή τα συναισθήματα τους, συχνά επιδίδονται σε αυτοτραυματικές συμπεριφορές. Στην περίπτωση αυτή, οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές αποτελούν ένα μέσο έκφρασης των συναισθημάτων τους. (Lainhart, 1999)

Χτυπούν το κεφάλι τους ή άλλα μέρη του σώματος στον τοίχο, ή με τα δικά τους χέρια, δαγκώνουν τα χέρια τους, τραβούν τα μαλλιά τους, κάνουν γρατσουνιές στο σώμα τους σε σημείο που να δημιουργούνται πληγές, τρίζουν τα δόντια τους, και φωνάζουν υπερβολικά. (Βούλγαρης, Μπαρμπάτσης, Μπότσα, Σιγλίδου, Σκουλίδου 1997).ακόμη, τσιμπούν τα πόδια και τα χέρια τους, τρώνε τα νύχια τους και σκίζουν τα ρούχα τους.(Κολλάτος, 1984). Με την συμπεριφορά αυτή διατρέχουν κίνδυνο, αφού οι πληγές μολύνονται και τα χτυπήματα στο κεφάλι έχουν σοβαρές συνέπειες. Ακόμη, επηρεάζουν και τα άλλα παιδιά γύρω τους, είτε τρομάζοντάς τα, είτε γιατί μιμούμενα κάνουν κι αυτά το ίδιο. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Τέλος, προκαλούν θυμό στους γονείς τους, οι οποίοι είτε τα τιμωρούν(πράγμα που επιφέρει τα αντίθετα αποτελέσματα από τα επιθυμητά), ή τα χαϊδεύουν για να ησυχάσουν, ενισχύοντας αυτές τις συμπεριφορές. (Συνοδινού, 1999). Οι συμπεριφορές αυτές συμβαίνουν περισσότερο όταν συνυπάρχει νοητική καθυστέρηση.(Dawson, Matson, Cherry, 1998).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

Έρευνες έχουν δείξει ότι το 44-83% των παιδιών με αυτισμό υποφέρουν από σοβαρά προβλήματα ύπνου, ιδιαίτερα πριν την ηλικία των 8 χρόνων. Μερικά από αυτά είναι η δυσκολία τους να αποκοιμηθούν και να παραμείνουν κοιμισμένα καθ'όλη τη διάρκεια της νύχτας, οι λίγες ώρες ύπνου και το ξύπνημα πολύ νωρίς το πρωί.(Richdale, 1999).

Οι δυσκολίες αυτές δεν έχουν να κάνουν με τη γνωστική ανάπτυξη των παιδιών. (Mash, Markely, Heffernan, 2003).

Δεν είναι ασυνήθιστο για τα παιδιά με αυτισμό να κοιμούνται λιγότερο κατά τη διάρκεια της νύχτας από τα άλλα μέλη της οικογένειας. Σε έρευνά της η Ruth Sullivan(1992) σε γονείς παιδιών με αυτισμό ανέφερε πως ορισμένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, είναι το ότι ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας. (Sullivan, 1992)

Αν και αυτά τα προβλήματα αυτά βελτιώνονται όσο περνάει ο καιρός, τα μεγαλύτερα παιδιά χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να κοιμηθούν και συνεχίζουν να κοιμούνται λίγες ώρες. (Mash, Barkely, Heffernan, 2003).Κάποια παιδιά μάλιστα συνηθίζουν να κοιμούνται κατά τη διάρκεια της ημέρας και το βράδυ να είναι ανήσυχα. Μια ακόμη δυσκολία εντοπίζεται στο ότι δεν πηγαίνουν μόνα τους για ύπνο και πολλές φορές δημιουργούν τελετουργίες πριν τον ύπνο.(Howllin, Rutter, 2001). Έχει επισημανθεί ακόμη ότι ο ύπνος των παιδιών με αυτισμό είναι ακανόνιστος, ενώ δηλαδή σε γενικές γραμμές είναι ήρεμα και δεν αντιδρούν σε θορύβους, ακόμα και μεγάλης έντασης μέσα στην ημέρα, ταραάζονται από έναν ψίθυρο(Κωνστανταρέα, 2001).

Ένας περιορισμός των παραπάνω είναι το γεγονός ότι η μόνη πηγή πληροφοριών για τον ύπνο των αυτιστικών παιδιών είναι οι γονείς. Σε μία πρόσφατη μελέτη, ανακαλύφθηκε ότι τόσο οι γονείς των παιδιών με αυτισμό όσο και οι γονείς παιδιών με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές, ακόμα και γονείς φυσιολογικών παιδιών ανέφεραν συγγενείς δυσκολίες ύπνου των παιδιών τους. (Mulick , 2000)

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Αρχικά, από τις πρώτες ημέρες του θηλασμού διακρίνεται μια παθητική στάση του αυτιστικού βρέφους και πολλές φορές αδυνατεί να θηλάσει λόγω της έλλειψης αντανακλαστικών.(Βούλγαρης, Μπαρμπάτσης, Μπότσαζ, Σιγλίδου, Σκουλίδου, 1997).

Αν και υπάρχουν λίγα ερευνητικά δεδομένα πάνω σε αυτόν τον τομέα δυσκολιών, σύμφωνα με μαρτυρίες γονέων, τα παιδιά, ιδιαίτερα σε μικρή ηλικία φαίνεται να έχουν ασυνήθιστες διατροφικές προτιμήσεις. Για παράδειγμα διαλέγουν τα φαγητά ανάλογα με το χρώμα ή τη σύσταση. Μπορεί να αρνούνται π.χ να φάνε πατάτες αλλά να τρώνε πουρέ. (Ozonoff, Rogers, Hendren, 2003).

Πολλές φορές δυσκολεύονται να μασήσουν και κατεβάζουν την τροφή αμάσητη.

Μπορεί επίσης να μην τρώνε καθόλου στερεά τροφή και γι'αυτό πολλές φορές οι μητέρες αναγκάζονται να πολτοποιούν το φαγητό ακόμα και όταν τα παιδιά είναι σε θέση να μασήσουν.(Wing, 1996).

Άλλα κρατούν το φαγητό στο στόμα και πρέπει να τους διδάξουν οι γονείς το πως πρέπει να μασήσουν.

Ακόμη, υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών που τρώνε πολύ λίγο, και κάποια που συστηματικά αρνούνται να λάβουν τροφή, ενώ άλλα είναι φοβερά λαίμαργα και ανίκανα να ελέγξουν τον εαυτό τους. (Κολλάτος, 1984).

Τέλος, ορισμένα παιδιά στερεοτυπούν πριν και κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Για παράδειγμα πρέπει να καθίσουν σε μία συγκεκριμένη θέση στο τραπέζι ή το γεύμα τους να είναι κομμένο σε τετράγωνα, ή θέλουν να σερβίρονται πρώτα ή τελευταία κλπ. (Κολλάτος, 1984).

Αν και δεν παρουσιάζονται διατροφικές διαταραχές κατά την ενήλικη ζωή, πρέπει να υπάρχει επίβλεψη των ενηλίκων προκειμένου να έχουν μια ισορροπημένη διατροφή. (Mash, Barkely, Heffernan, 2003).

ΠΑΡΑΛΟΓΟΙ ΦΟΒΟΙ

Τα άτομα με αυτισμό, εμφανίζουν συχνά παράλογους φόβους απέναντι σε συνηθισμένα καθημερινά αντικείμενα. Ακόμα και απλά οπτικά ή ακουστικά ερεθίσματα τους δημιουργούν μεγάλο φόβο και σχετίζονται συχνά με τις αισθητικές στρεβλώσεις, από τις οποίες πάσχουν. Αυτοί οι φόβοι, μπορεί να δημιουργήσουν πολλά προβλήματα στην καθημερινή τους ζωή. (Ornitz, 1989)

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Τέλος, πολλά παιδιά με αυτισμό έχουν αισθητηριακά προβλήματα που μπορεί να ποικίλλουν σε ένταση από ήπια μέχρι πολύ έντονα. Αυτά τα προβλήματα αφορούν είτε υπερευαισθησία είτε φαινομενική αδιαφορία σε απτικά, ακουστικά ή οπτικά ερεθίσματα. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Μπορεί για παράδειγμα να μην απαντούν ακόμα και σε οικεία ακούσματα, όπως είναι το όνομα τους (κάνοντας τους γονείς να πιστεύουν ότι το παιδί τους πάσχει από προβλήματα ακοής.) (Κυπριωτάκης, 2003), και να «υπεραντιδρούν» σε άλλους ήχους, π.χ στον ήχο ενός συναγερμού αυτοκινήτου σε απόσταση. Η να μην αντιδρούν στο τσίμπημα της μέλισσας αλλά να μην μπορούν να ανεχθούν το χάδι. Κάποιες φορές εκδηλώνουν υπερευαισθησία σε συγκεκριμένες γεύσεις ή οσμές. (Κολλάτος, 1984).

ΣΥΝΟΨΗ

Το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στη γνωστική, κοινωνική και γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών με αυτισμό.

Όσον αφορά στη γνωστική ανάπτυξη των παιδιών με αυτισμό, φαίνεται πως η πλειοψηφία τους είναι νοητικώς καθυστερημένα. Το WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) είναι μία κλίμακα αξιολόγησης της νοημοσύνης και χρησιμοποιείται και στα αυτιστικά παιδιά, τα οποία επιδεικνύουν χαμηλές επιδόσεις στις δοκιμασίες που απαιτούν λεκτικές δεξιότητες.

Παρόλες τους τις αδυναμίες στο γνωστικό τομέα, τα άτομα με αυτισμό πολύ συχνά εκπλήσσουν τους γύρω τους με τις ιδιαίτερες ικανότητες τους και τα ταλέντα τους. Το φαινόμενο αυτό είναι γνωστό ως «φαινόμενο του σοφού ιδιώτη». Στα ιδιαίτερα ταλέντα τους περιλαμβάνονται η εξαιρετική ικανότητα απομνημόνευσης, η συναρμολόγηση αντικειμένων, στη ζωγραφική, τη μουσική κλπ.

Τα άτομα με αυτισμό, παρουσιάζουν ελλείμματα στον κοινωνικό και συναισθηματικό τομέα, ήδη από τη βρεφική ηλικία. Η επικοινωνία των αυτιστικών παιδιών αποσκοπεί αποκλειστικά στην ικανοποίηση βασικών αναγκών, ενώ απουσιάζει η επιθυμία για επικοινωνία σε άλλες περιστάσεις. Ακόμη, τα αυτιστικά άτομα δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν τα συναισθήματα των άλλων και τις ιδέες τους ενώ συνήθως δεν χρησιμοποιούν μη-λεκτική επικοινωνία. Συγκεκριμένα ορισμένοι τομείς που είναι χαρακτηριστικά ελλείψεις στον αυτισμό είναι η μίμηση, η συνδυαστική προσοχή, η βλεμματική επαφή, η αναγνώριση προσώπων και η κατανόηση και έκφραση συναισθημάτων.

Η γλωσσική ανάπτυξη επίσης στα άτομα με αυτισμό παρουσιάζει ορισμένες ιδιομορφίες, όπως είναι η ηχολαλία, οι ιδιομορφίες στη χρήση των αντωνυμιών, η ανώμαλη προσωδία, και η κυριολεκτική κατανόηση του λόγου. Όμως το βασικό χαρακτηριστικό της είναι η ανεπάρκεια στην κατανόηση του επικοινωνιακού και λειτουργικού χαρακτήρα της γλώσσας.

Τέλος, στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται η στερεότυπη συμπεριφορά, η οποία αποτελεί βασικό γνώρισμα του αυτισμού, καθώς και ορισμένα προβλήματα συμπεριφοράς που παρατηρούνται στα άτομα με αυτισμό, όπως είναι η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, οι διαταραχές στον ύπνο και τη διατροφή, οι παράλογοι φόβοι και τα αισθητηριακά προβλήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΤΟ ΠΑΙΧΝΙΔΙ ΤΩΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΑΙΧΝΙΔΙ;

Το παιχνίδι είναι μια σύνθετη συμπεριφορά, η οποία θεωρείται κεντρική στην φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών. Εντούτοις, είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί επακριβώς τι σημαίνει παιχνίδι. Τα λεξικά ποικίλλουν στους ορισμούς που προσφέρουν. (Jordan, Libby, 1997). Οι περισσότεροι, εντούτοις, το ορίζουν ως έναν τρόπο διασκέδασης. Ο Garvey (1977) επεκτείνεται σε αυτό, απαριθμώντας τα χαρακτηριστικά του παιχνιδιού:

- ✓ το παιχνίδι είναι ευχάριστο και διασκεδαστικό
- ✓ το παιχνίδι δεν επιβάλλει κανέναν στόχο στο παιδί από το εξωτερικό περιβάλλον
- ✓ είναι αυθόρμητο και εθελοντικό
- ✓ το παιχνίδι περιλαμβάνει κάποια ενεργό δέσμευση εκ μέρους των παιχτών (Garvey 1977)

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΟΥ

Το παιχνίδι του παιδιού περνάει από έναν αριθμό αναπτυξιακών επιπέδων:

1. αισθητηριακό κινητικό παιχνίδι
2. διερευνητικό και επιδέξιο παιχνίδι
3. φυσικό παιχνίδι (συμπεριλαμβανομένων των πτώσεων και της βίας)
4. κοινωνικό παιχνίδι
5. συμβολικό παιχνίδι

Υπάρχουν δύο τύποι συμβολικού παιχνιδιού. Η Libby και οι συνεργάτες της (1998) διαφοροποιούν το λειτουργικό παιχνίδι, την ικανότητα μεταχείρισης ενός αντικειμένου σύμφωνα με τη λειτουργία του(π.χ. το να ωθεί το παιδί ένα αυτοκινητάκι στο πάτωμα κάνοντας έναν θόρυβο μπρμμμμμμ) από το συμβολικό παιχνίδι, το οποίο περιλαμβάνει τη μεταχείριση ενός αντικειμένου ή μιας κατάστασης σαν να είναι κάτι άλλο (π.χ. η προσποίηση μιας μπανάνας ότι είναι τηλέφωνο). Στη μελέτη της Libby και των συνεργατών της, τα παιδιά με αυτισμό δεν κατέδειξαν σημαντικά λιγότερο λειτουργικό παιχνίδι από τα παιδιά με σύνδρομο Down ή από τα μικρά παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη. Εντούτοις, είχαν δυσκολίες στη παραγωγή του συμβολικού παιχνιδιού αν και υπήρξαν στοιχεία κάποιας ικανότητας να συμμετάσχουν στο συμβολικό παιχνίδι, κυρίως στην αντικατάσταση αντικειμένου. Δεν κάνουν όλοι οι ερευνητές την διάκριση μεταξύ συμβολικού και λειτουργικού παιχνιδιού. (Libby, 1998).

ΓΙΑΤΙ ΠΑΙΖΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ;

Μέσα από το παιχνίδι, το φυσιολογικό παιδί ανακαλύπτει την πραγματικότητα που το περιβάλλει. Ήδη από την ηλικία των δύο χρόνων παίζει με ένα τούβλο συμβολίζοντάς το με ένα αυτοκίνητο, και οδηγεί παρκάρει, συγκρούει το υποτιθέμενο αυτοκίνητο.

Αργότερα ανακαλύπτει το συμβολικό παιχνίδι ή το παιχνίδι φαντασίας. (Sherratt, 1999).

Το παιχνίδι επίσης, επιτρέπει στα παιδιά να μάθουν νέες δεξιότητες και να εξασκηθούν σε αυτές μέσα σε ένα ασφαλές και ενθαρρυντικό περιβάλλον. (Boucher, 1999).

Το αισθητήριο κινητικό παιχνίδι για παράδειγμα, παρέχει γνώσεις στα νήπια για το σώμα τους και για τα αντικείμενα στο άμεσο περιβάλλον. Το διερευνητικό παιχνίδι διδάσκει τα μεγαλύτερα παιδιά για τα αντικείμενα και τις ιδιότητές τους καθώς και για το πώς αυτές επηρεάζουν τον κόσμο γύρω τους. Το φυσικό παιχνίδι, το οποίο συμπεριλαμβάνει πεσίματα και σκληρότητα διδάσκει τα παιδιά προσχολικής ηλικίας αδρές κινητικές δεξιότητες και παρέχει την εμπειρία της σωματικής αλληλεπίδρασης με τους άλλους καθώς και με αντικείμενα του περιβάλλοντός τους. (Beyer,

Gammeltoft,2000). Το κοινωνικό παιχνίδι από τις πρώτες αλληλεπιδράσεις μεταξύ μητέρας-βρέφους μέχρι τη σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ των παιδιών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, πχ το παιχνίδι των γιατρών και των νοσοκόμων, διδάσκει για το πώς να συμμετάσχουν στις κοινωνικές σχέσεις καθώς επίσης και για τις κοινωνικές νόρμες. (Jordan, 2003). Οι Sherratt και Peter (2002) προτείνουν ότι το συμβολικό παιχνίδι μπορεί να αναπτύξει την ευελιξία της σκέψης στα παιδιά με αυτισμό. (Sherratt, D. and Peter, M. 2002).

ΠΩΣ ΔΙΑΦΕΡΕΙ ΤΟ ΠΑΙΧΝΙΔΙ ΣΤΑ **ΑΥΤΙΣΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ** **ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ**

Ο αυτισμός, χαρακτηρίζεται από σοβαρά ελλείμματα στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων και των κοινωνικών δεξιοτήτων. Τα παιδιά με αυτισμό, βρίσκουν εξαιρετικά δύσκολο να συσχετιστούν ομαλά με τους άλλους, ιδιαίτερα με τους συνομηλικούς τους. (Κρουσταλάκης, 1997).

Ακόμη, δείχνουν μια εντυπωσιακή απουσία αυθόρμητης ικανότητας για υποκριτικό ή συμβολικό παιχνίδι. Αντί να παίζουν δηλαδή με ευφάνταστο ή συμβολικό τρόπο(π.χ να προσποιηθούν ότι μία κούκλα είναι ένα πραγματικό μωρό), εμμένουν σε συγκεκριμένα αντικείμενα ή μέρη αντικειμένων, από τα οποία αυτο-διεγείρονται και απορροφώνται εξ ολοκλήρου. (Μάνος, 1997). Ακόμη και αυτά με υψηλή νοητική ηλικία αντικαθιστούν το υποκριτικό παιχνίδι με επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες, οι οποίες μπορούν να καταστούν καταθλιπτικές. Το παιδί δηλαδή, μπορεί να βάζει κάποια αντικείμενα σε μία σειρά, με τέτοια διευθέτηση που δεν πρέπει να διαταράσσεται, ή μπορεί να περιστρέφει όλα τα αντικείμενα που έχει στα χέρια του. (Κολλάτος, 1984).

Από τα παραπάνω είναι εμφανές ότι τα παιδιά με αυτισμό παραμένουν αδιάφορα εμπρός στην πραγματικότητα και δεν κάνουν καμιά προσπάθεια για να την αντιμετωπίσουν. Για να μπορέσουν να παίξουν πρέπει να νιώθουν ευχαρίστηση κι όχι

δυσαρέσκεια. Π.χ δεν μπορούν να παίζουν με τις κούκλες τους όπως τα φυσιολογικά παιδιά, απλώς τις μετακινούν κατά τύχη. Αυτή η δραστηριότητα φυσικά, δεν έχει την έννοια του παιχνιδιού, αλλά αποτελεί κάποιου είδους καταναγκασμό. Ακόμη, στην εφηβεία αδυνατούν να παίζουν θεατρικούς ρόλους. (Συνοδινού, 1999).

Ακόμα και οι αυτιστικοί ενήλικες, παρουσιάζουν την ίδια έλλειψη δημιουργικής φαντασίας. Για παράδειγμα, ακόμα και αυτοί με υψηλό δείκτη νοημοσύνης, δείχνουν ελάχιστο ενδιαφέρον για μυθιστορήματα, νουβέλες ή φιλμ. (Γενά, 2002).

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV, ένας από τους δείκτες του αυτισμού είναι η έλλειψη ποικίλου, αυθόρμητου συμβολικού παιχνιδιού ή ακατάλληλο για το αναπτυξιακό επίπεδο κοινωνικό παιχνίδι μίμησης. (Μάνος, 1997).

Το **CHAT** όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο είναι ένα ερωτηματολόγιο για τον αυτισμό που επινοήθηκε με την υπόθεση ότι εκείνα τα παιδιά που δεν παρουσιάζουν συμπεριφορές συνδυαστικής προσοχής και συμβολικού παιχνιδιού μέχρι την ηλικία 18 μηνών θα μπορούσαν να διατρέξουν κίνδυνο για μια μεταγενέστερη διάγνωση για αυτισμό. (Baron-Cohen, 2000),

Το ερωτηματολόγιο αυτό, υποβάλλει διάφορες ερωτήσεις για το παιχνίδι, μια από τις οποίες είναι "παίζει το παιδί σας συμβολικό παιχνίδι; (Allen και Gillberg, 1992).

Ο ειδικός θα παρατηρήσει επίσης το παιδί, προκειμένου να διαπιστώσει εάν μπορεί να ολοκληρώσει αυτήν την υποχρέωση. Η αποτυχία του σε αυτό, μαζί με την αποτυχία σε άλλες ερωτήσεις-στόχους, δείχνει ότι το παιδί είναι στην ομάδα κινδύνου για το φάσμα του αυτισμού. (Allen και Gillberg, 1992).

Η έρευνα έχει δείξει ότι στα μικρά παιδιά με αυτισμό, το αισθητήριο κινητικό παιχνίδι υπερσχύει της λεκτικής διανοητικής ηλικίας, η οποία μειώνεται κανονικά στα νήπια χωρίς αυτισμό (Jordan, Libby, 1997).

Επιπλέον, έχοντας παραλειφθεί η πρόωμη εμπειρία του χειρισμού και του συνδυασμού, που απολαμβάνουν τα παιδιά χωρίς αυτισμό, τα παιχνίδια και τα αντικείμενα χρησιμοποιούνται με έναν άκαμπτο τρόπο. (Restall, Magill-Evans, 1994)

Οι Roeyers και van Berckelaer-Onnes (1994) ισχυρίζονται ότι στα παιδιά με αυτισμό απουσιάζει η περιέργεια των φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών.

Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η συμπεριφορά τους στο παιχνίδι περιορίζεται συχνά στον απλό χειρισμό, η ποιότητα του παιχνιδιού τους είναι χαμηλότερη από

αυτή των μη-αυτιστικών παιδιών ίδιας διανοητικής ηλικίας και (το αυθόρμητο) συμβολικό παιχνίδι είναι συνήθως απόν ή εξασθετισμένο. (Roeyers, Berckelaer-Onnes, 1994)

Ένα παιδί με αυτισμό θα θεωρηθεί σπάνια ως παιδί που παίζει πολύ και το παιχνίδι του μπορεί να εξασθενίσει σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο. Η περισσότερη έρευνα, εντούτοις, έχει επικεντρωθεί στην προσποίηση, και ιδιαίτερα στο συμβολικό παιχνίδι. (Beyer, Gammeltoft, 2000)

Το ομαδικό παιχνίδι είναι σαφέστατα αυτό στο οποίο τα παιδιά με αυτιστική διαταραχή αντιμετωπίζουν τη μεγαλύτερη δυσχέρεια, εξ' αιτίας των κοινωνικών και πολιτισμικών τους απαιτήσεων. (Jordan, 2000).

Τα παιχνίδια των άλλων παιδιών τα αφήνουν συνήθως αδιάφορα. Πολλές φορές αρπάζουν βίαια το παιχνίδι ενός άλλου παιδιού, χωρίς να ενδιαφέρονται για τον ιδιοκτήτη του παιχνιδιού και μετά από λίγο να το εγκαταλείπουν. (Κολλάτος, 1984).

Μερικά παιδιά με αυτισμό δεν δίνουν οποιαδήποτε ένδειξη ότι θέλουν να παίξουν με άλλα παιδιά, και προτιμούν να παίξουν μόνο τους. Άλλα παιδιά θα ήθελαν, αλλά παρουσιάζουν μεγάλη δυσκολία στην ένδειξη αυτής της επιθυμίας. (Wolfberg, 1999).

Βέβαια, ένα παιδί μπορεί να παίζει καλά, ακόμα κι αν δεν το αντιλαμβανόμαστε. Πράγματι, το παιδί περιστρέφοντας τις ρόδες σε ένα παιδικό αυτοκινητάκι μπορεί να γνωρίσει τα χαρακτηριστικά του παιχνιδιού, όπως περιγράφηκε από τον Garvey (1997). (Garvey, 1977, Restall, Magill-Evans, 1994.) Περαιτέρω, η έρευνα έχει δείξει ότι τα παιδιά με αυτισμό μπορεί να μην είναι συνολικά ανίκανα να συμμετάσχουν στο συμβολικό παιχνίδι, ιδιαίτερα εάν το παιχνίδι είναι ιδιαίτερα δομημένο ή εάν χρησιμοποιούνται κάποιες βοήθειες (prompts) για να υποκινήσουν την προσποίηση (π.χ. Jarrold, Boucher και Smith, 1996).

Το παιχνίδι στα παιδιά με αυτισμό μπορεί επίσης να είναι επαναλαμβανόμενο και **στερεοτυπικό**. Παραδείγματος χάριν, ένα παιδί με αυτισμό μπορεί να ασχολείται περισσότερο με την περιστροφή των ροδών σε ένα αυτοκίνητο παιχνιδιών, παρά παίζοντας έναν αγώνα ή ένα παιχνίδι οδήγησης. (Restall, Magill-Evans, 1994)

Ο Wolfberg (1999) περιγράφει την Τερέζα, η οποία ήταν ιδιαίτερα συνδεδεμένη με μια συγκεκριμένη κούκλα. Κάθε ημέρα εκτελούσε το ίδιο τελετουργικό με την

κούκλα, λούζοντάς την και χτενίζοντάς την.. Ένα άλλο παιδί, ο Freddy, έπαιζε το ίδιο παιχνίδι σκακιού καθημερινά. Πρώτα, έπαιζε το παιχνίδι μόνο με τον συμμαθητή του Jared, αλλά αργότερα άρχισε να παίζει αυθόρμητα και με άλλα παιδιά. Εντούτοις, χρειαζόταν την βοήθεια ενός ενηλίκου προκειμένου να τον καθοδηγήσει σε κάθε βήμα του στο σκάκι. (Wolfberg, 1999)

Το γεγονός ότι αρνούνται να συμμετάσχουν στο παιχνίδι δείχνει ότι είναι απλοί παρατηρητές. Είναι όμως ικανά για μίμηση. Π.χ πολλές φορές μιμούνται κάτι που είδαν σε άλλο παιδί. (Restall, Magill-Evans, 1994).

Ακόμα και όταν επιδίδονται στο συμβολικό παιχνίδι, αυτό συχνά αποτελεί μίμηση από την τηλεόραση ή από το ευρύτερο περιβάλλον. (Waterhouse, 2000). Η Sherratt (1999) έδειξε ότι αυτή η συμπεριφορά μίμησης μπορεί να παράσχει ένα ερέθισμα, το οποίο ενθαρρύνει τα παιδιά με αυτισμό να επιδοθούν σε αυθόρμητη προσποίηση και συμβολικό παιχνίδι. (Sherratt, 1999).

Γενικά υπάρχει μια μεγάλη προτίμηση για γεγονότα, και το καταθλιπτικό λειτουργικό παιχνίδι του αυτιστικού παιδιού μπορεί να του ανοίξει δρόμο για καταθλιπτικά ενδιαφέροντα, όπως πίνακες δρομολογίων τρένων, ημερομηνίες γεννήσεων κ.τ.ό. (Συνοδινού, 1999).

Παρόλα αυτά, τα περισσότερα από τα αυτιστικά παιδιά είναι ιδιαίτερα επιδέξια στο χειρισμό των αντικειμένων. Η επιδεξιότητα αυτή είναι έμφυτη.

Επιπροσθέτως, είναι χαρακτηριστικό των αυτιστικών παιδιών να μην αποζητούν κάτι που διακόπηκε με βίαιο τρόπο, παρατηρείται δηλαδή μια παθητική στάση εκ μέρους τους. Π.χ παίζοντας κυνηγητό τρέχουν πίσω από κάποιον άλλον, μόλις όμως τον φτάσουν σταματούν και δεν είναι σε θέση να συνεχίσουν το παιχνίδι. Το παιχνίδι γι' αυτά δεν έχει νόημα. (Συνοδινού, 1999).

Το παιδί αλλάζει όσο εξελίσσεται κοινωνικά. Όμως, ακόμη και σε αυτό το επίπεδο δεν έχει καμία πρωτοβουλία, μιμείται και ακολουθεί τα άλλα παιδιά. γι' αυτό είναι σημαντικό για το αυτιστικό παιδί να ζει μέσα σε μία ομάδα φυσιολογικών παιδιών. (Restall, Magill-Evans, 1994).

Τα αυτιστικά παιδιά διαφέρουν από τα φυσιολογικά, αφού δεν αναπτύσσονται προοδευτικά αλλά μπορεί από την παθητικότητα και την πλήρη αδράνεια να

περάσουν σε μία σοβαρή δραστηριότητα. Ή μπορεί να παλινδρομήσουν κάποια στιγμή και να μην είναι ικανά να πραγματοποιήσουν πράγματα που έμαθαν τον προηγούμενο καιρό. (Grandin, Scariano, 1996).

Οι Jarrold, Boucher και Smith (1996) διαπίστωσαν ότι τα παιδιά με αυτισμό δεν παρουσιάζουν ελλείψεις μόνο στο αυθόρμητο συμβολικό παιχνίδι αλλά περνούν πολύ λίγο χρόνο στο λειτουργικό παιχνίδι (π.χ να κάνουν έναν περίπατο κούκλων). (Jarrold, Boucher, Smith, 1996).

Υποστηρίζουν ότι η διαπίστωση ότι τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν εξασθενημένα επίπεδα λειτουργικού παιχνιδιού είναι ένα πρόβλημα για τη θεωρία της Leslie (Leslie, 1987) επειδή το λειτουργικό παιχνίδι δεν απαιτεί μεταπαραστατικές ικανότητες, αλλά είναι εντούτοις εξασθενημένο. (Jarrold, Boucher, Smith, 1996).

Ομοίως, οι Williams, Reddy και Costell (2001) διαπίστωσαν ότι σε σύγκριση με τα παιδιά με σύνδρομο Down και τα φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιά, τα παιδιά με αυτισμό δεν συμμετείχαν κανονικά στο περίπλοκο λειτουργικό παιχνίδι (π.χ. να ανακατώσουν ένα κουτάλι σε ένα δοχείο). Αντ' αυτού το παιχνίδι τους αποτελείτο από απλό λειτουργικό παιχνίδι (π.χ. τοποθετούσαν ένα κουτάλι σε ένα δοχείο αλλά δεν το ανακάτωναν). Επιπροσθέτως, οι ομάδες ελέγχου διαίρεσαν το χρόνο τους εξίσου μεταξύ αυτών των δύο τύπων παιχνιδιών. Τα παιδιά με αυτισμό παρήγαγαν επίσης λιγότερες διαφορετικές πράξεις και ξόδεψαν λιγότερο χρόνο στο λειτουργικό παιχνίδι, που ήταν κάτι καινούριο γι'αυτά., σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου. (Williams, Reddy, Costell, 2001)

Γενικά, το παιχνίδι των αυτιστικών παιδιών είναι ιδιόρρυθμο. Συνήθως απέχουν από το συμβολικό ή αναπαραστατικό παιχνίδι, καθώς και από το δυαδικό ή ομαδικό παιχνίδι, ενώ δείχνουν ενδιαφέρον για πολύ περιορισμένο αριθμό παιχνιδιών, στα οποία προσκολλώνται υπερβολικά. (Γενά, 2002).

Οι Restal and Magill-Evans (1993), σε μελέτη τους σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, δηλώνουν ότι το παιχνίδι είναι ένα εργαλείο, μέσω του οποίου τα παιδιά αναπτύσσουν δεξιότητες, πειραματίζονται με τους ρόλους, και αλληλεπιδρούν με τους άλλους. Ανακάλυψαν ότι τα παιδιά με αυτισμό αισθάνονταν δυσαρεστημένα στη χρήση του παιχνιδιού τους γι'αυτούς τους σκοπούς. (Restal and Magill-Evans,

1993). Το παιχνίδι επίσης έχει σημασία για τα παιδιά με αυτισμό αφού η έλλειψη δεξιοτήτων παιχνιδιού μπορεί να επιδεινώσει την κοινωνική απομόνωση των παιδιών και να τονίσει τη διαφορά τους από άλλα παιδιά (Boucher, 1999).

Βάσει των συμπερασμάτων τους, οι Jarrold, Boucher και Smith προτείνουν ότι τα παιδιά με αυτισμό αποτυγχάνουν περισσότερο στην παραγωγή συμβολικού παιχνιδιού, παρά στους μηχανισμούς προσποίησης. (Jarrold, Boucher, Smith, 1996). Ομοίως, ο Stahmer (1999) ισχυρίζεται ότι αν και τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν μια αδυναμία στο συμβολικό παιχνίδι, αυτό δεν είναι αποτέλεσμα μιας πλήρους ανικανότητας στο παιχνίδι, αλλά μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι βρίσκουν το παιχνίδι δύσκολο, έτσι βιώνουν επαναλαμβανόμενες αποτυχίες. Αυτό μπορεί στη συνέχεια να οδηγήσει στην απογοήτευση και σε μια κυρίαρχη έλλειψη κινήτρου για παιχνίδι. (Stahmer, 1999)

Το παιχνίδι των παιδιών με αυτισμό μπορεί επομένως, να θεωρηθεί ανεπαρκές. Σύμφωνα με την Sherratt (2001), η δυσκολία που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με αυτισμό στο συμβολικό παιχνίδι προκύπτει από τις δυσκολίες τους στην οργάνωση των σκέψεων τους και στη μετάδοση αυτών των σκέψεων στους άλλους. (Sherratt, 2001).

Ακόμη, η διαταραχή του παιχνιδιού στον αυτισμό μπορεί να οδηγήσει άμεσα στη διαταραχή σε όλες τις πτυχές της ανάπτυξης (Jordan και Libby, 1997) αν και θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι μια ακαμψία στις διαδικασίες της σκέψης προκαλεί μια ανεπάρκεια στο παιχνίδι, καθώς επίσης μια διαταραγμένη ανάπτυξη άλλων δεξιοτήτων (Sherratt, 2001).

Οι Sherratt και Peter (2002) διατείνονται ότι η διδασκαλία παιχνιδιού στα παιδιά με αυτισμό, μπορεί να συντελέσει στην αύξηση των διαδικασιών της σκέψης και στη μείωση της νοητικής αποδιοργάνωσης. Ιδιαίτερα αν το παιχνίδι διδαχθεί σε παιδιά μικρής ηλικίας μπορεί να τα βοηθήσει να μειώσουν τις στερεοτυπικές και άκαμπτες συμπεριφορές και να ενθαρρύνει την ανάπτυξη της επικοινωνίας. (Sherratt, Peter 2002).

Οι Roeyers και Berckelaer-Onnes (1994) δίνουν τρεις εξηγήσεις ως προς τους λόγους αδυναμίας των παιδιών με αυτισμό στο παιχνίδι. Ο πρώτος αφορά τη δυσκολία στα προηγούμενα επίπεδα παιχνιδιού. Αυτό αναφέρεται στην αρχή ότι,

προκειμένου να συμμετάσχει στο λειτουργικό και κοινωνικό παιχνίδι, ένα παιδί πρέπει να περάσει από τις προηγούμενες φάσεις απλού χειρισμού (π.χ να κάνει μορφασμούς με το στόμα του ή νοήματα με τα χέρια) και παρόμοιου παιχνιδιού, με τον κατάλληλο τρόπο. (Roeyers, Berckelaer-Onnes, 1994).

Τα παιδιά με αυτισμό έχουν περιορισμένη εμπειρία σε αυτές τις δύο κατηγορίες, λόγω της έλλειψης περιέργειάς και της ανάγκης τους για εξερεύνηση. Αντ' αυτού επιδίδονται συχνά σε στερεότυπες και επίμονες συμπεριφορές με αποκλειστικό κίνητρο την χρήση των κεντρικών αισθήσεων. (Shields, 1999).

Η δεύτερη υπόθεση είναι η γνωστική θεωρία. Αφορά στην εξασθένιση στη συμβολική σκέψη του παιδιού, τη δυνατότητα να διαμορφώνουν και να χειρίζονται σύμβολα. Η θεωρία του Leslie (1979) είναι ένα παράδειγμα της θεωρίας αυτής. Ο Leslie χρησιμοποιεί τον όρο «μεταπαραστατική εξέλιξη» και μεταπαραστατική ικανότητα, προκειμένου να περιγράψει την ικανότητα των ανθρώπων να συλλαμβάνουν τις ιδέες, τα κίνητρα, τις προθέσεις των άλλων. (Leslie, 1979)

Η μεταπαραστατική ικανότητα εμφανίζεται κατά την εξελικτική βαθμίδα IV (18^{ος} μέχρι 24^{ος} μήνας). Τα συμπτώματα του αυτιστικού συνδρόμου αρχίζουν να εκδηλώνονται πιο έντονα από εκείνο το εξελικτικό στάδιο. (Κυπριωτάκης, 2003).

Η ικανότητα των «μετα-αναπαραστάσεων» αποτελεί την βάση των κοινωνικών δεξιοτήτων, οι οποίες έχουν υποστεί βλάβη στα αυτιστικά άτομα, ενώ άλλες δεξιότητες που δεν απαιτούν «μεταπαραστατικές» ικανότητες είναι δυνατό να λειτουργούν κανονικά (Frith, 1999)

Η ικανότητα χρήσης συμβόλων απαιτεί μεταπαραστατική ικανότητα. Γι' αυτό τα αυτιστικά παιδιά αντιμετωπίζουν προβλήματα στη γλώσσα (αδυναμία μεταπαραστάσεων και χρήσης συμβόλων), και στο παιχνίδι. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003)

Η τελική υπόθεση είναι βουλητική θεωρία (conative theory). Προτείνει ότι το συμβολικό παιχνίδι των παιδιών με αυτισμό είναι λιγότερο ανεπαρκές από το αυθόρμητο παιχνίδι τους. Δεν συμφωνεί με την γνωστική θεωρία, που προτείνει αντ' αυτού ότι τα παιδιά με αυτισμό μπορούν να παίξουν συμβολικό παιχνίδι, αλλά δεν το κάνουν τόσο αυθόρμητα, ίσως λόγω των επαναλαμβανόμενων αποτυχιών που βιώνουν. (Stahmer, 1999).

ΓΙΑΤΙ ΔΙΔΑΣΚΟΥΜΕ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΩΣ ΝΑ ΠΑΙΖΟΥΝ;

Η Wolfberg (1999), σε ανασκόπησή της στη βιβλιογραφία που αφορά τις παρεμβάσεις για τον αυτισμό, ανακάλυψε ότι το παιχνίδι (ιδιαίτερα με τους συνομηλίκους) έχει έναν σχετικά μικρό ρόλο στη εκπαίδευση και τη θεραπεία των παιδιών με αυτισμό. Από τις διάφορες παρεμβάσεις που βρήκε, θεώρησε ότι καμία δεν ήταν περιεκτική και δεν φάνηκε να λειτουργούν μέσα σε ένα συνεπές εννοιολογικό πλαίσιο, όπου το παιχνίδι συμβαίνει φυσικά και αλληλεπιδρά με την κοινωνική και συμβολική ανάπτυξη στα παιδιά με αυτισμό. (Wolfberg, 1999)

Συνεπώς, τέτοιου είδους παρεμβάσεις δεν μπορούν να αναπτύξουν την πλήρη δυνατότητα ενός παιδιού για παιχνίδι. Ο Sherratt (1999) επίσης εκφράζει την ανησυχία ότι πλέον έχει παραμεληθεί τόσο από τη βιβλιογραφία όσο και από την πρακτική η διδασκαλία στα παιδιά με αυτισμό για το πώς πρέπει να παίζουν. (Sherratt, 1999)

Η ανάπτυξη του συμβολικού παιχνιδιού φαίνεται πως έχει πολλά να προσφέρει στην αποκατάσταση βασικών δυσκολιών, που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με αυτισμό (Sherratt, 1999). Κι αυτό γιατί το συμβολικό παιχνίδι προσφέρει ένα πλούσιο και σημαντικό περιβάλλον για τον χειρισμό των συμβολικών μετά-αναπαραστάσεων, πράγμα το οποίο τα παιδιά με αυτισμό βρίσκουν πολύ δύσκολο. Οι Sherratt και Peter (2002) διατείνονται ότι αυτό μπορεί να οδηγήσει τόσο στην μάθηση όσο και σε αλλαγές στον εγκέφαλο. (Sherratt, Peter, 2002).

Το συμβολικό παιχνίδι επιτρέπει επίσης στα παιδιά να αναπτύξουν την ευελιξία της σκέψης. Επιπροσθέτως, τους προσφέρει την ευκαιρία να συμμετάσχουν στο αμοιβαίο κοινωνικό παιχνίδι, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο για την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων. (Waterhouse, 2000).

Αυτές οι ευκαιρίες δημιουργούνται από την ευχαρίστηση που βιώνουν κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού (Sherratt & Peter, 2002). Αποτρέπει επίσης τις δευτερογενείς ανεπάρκειες με τη διευκόλυνση της συμμετοχής τους σε κοινωνικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις (Jordan & Libby, 1997).

Για τη διδασκαλία του συμβολικού παιχνιδιού στα παιδιά με αυτισμό, ο Sherratt (1999, 2001) τονίζει την σημασία των ακόλουθων προϋποθέσεων, οι τρεις πρώτες από τις οποίες είναι οι πιο βασικές:

1. **Δομή**: βοηθά το παιδί να καταλάβει την ακολουθία των δεξιοτήτων, δραστηριοτήτων ή ιδεών που είναι απαραίτητες προς την επίτευξη ενός στόχου. Παραδείγματος χάριν, μια ιστορία (π.χ κοκκινোসκουφίτσα), πρέπει να έχει μια σαφή δομή με τους στερεότυπους χαρακτήρες, την επαναλαμβανόμενη διατύπωση καθώς επίσης πρέπει να τραβάει την προσοχή του παιδιού. - ο ενθουσιασμός της ανακάλυψης ότι η γιαγιά είναι στην πραγματικότητα ένας λύκος.
2. **Διασκέδαση**: Αναπόσπαστο μέρος του παιχνιδιού είναι η διασκέδαση, αλλιώς παύει να είναι παιχνίδι. Τα παιδιά με αυτισμό μπορούν να απολαμβάνουν φαρσοκωμωδίες ή προγράμματα όπως είναι ο Mr Bean.
3. **"Ενδιαφέροντα"**: το παιδί πρέπει να παρουσιάζει ενδιαφέρον για συγκεκριμένα πράγματα, έτσι ώστε να καταστήσει την εμπειρία παιχνιδιού σημαντική για το ίδιο. Χρησιμοποιώντας κάτι που αρέσει στο παιδί (όπως μια αγαπημένη τηλεοπτική σειρά) είναι πιθανότερο να υποκινηθεί η δέσμευση και η προσποίηση. Υπάρχει μια σαφής διαφορά μεταξύ της ενθάρρυνσης των στερεοτυπιών και της χρησιμοποίησης των ενδιαφερόντων τους δημιουργικά.
4. **Συμβολικά και Μη-συμβολικά(απεικονιστικά) υλικά (representational materials)**: Τα μη αναπαραστατικά υλικά όπως για παράδειγμα κιβώτια με ή χωρίς τα καπάκια, κομμάτια υφάσματος, κορδέλες, μπαλόνια και ραβδιά, πρέπει να χρησιμοποιηθούν σε ισορροπία με τα αναπαραστατικά υλικά(π.χ μαλακό αρκουδάκι).
5. **Συνοχή (Continuity)**: πρέπει να υπάρχει κάποια προσδοκία για τη διαδικασία της διδασκαλίας συμβολικού παιχνιδιού, έτσι ώστε να υποκινηθεί το παιδί να συμμετάσχει σε αυτό.
6. **Κοινωνικό παιχνίδι**: Μπορεί να περιλαμβάνει την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων από έναν ικανότερο παίχτη, κερδίζοντας ένα επιθυμητό αντικείμενο από κάποιον άλλον ή διασκεδάζοντας από τις ενέργειες του άλλου προσώπου.

7. **Κατάλληλη γλώσσα:** η γλώσσα και οι οδηγίες πρέπει να είναι απλές και ελάχιστες. Αυτό επιτρέπει στο παιδί να εστιάσει και να συγκεντρωθεί στις πράξεις της προσποίησης.

Οι Roeyers και Berckelaer-Onnes (1994) υποστηρίζουν ότι θα ήταν καλύτερο να υποκινηθούν αρχικά τα χαμηλότερα επίπεδα παιχνιδιού στα παιδιά με αυτισμό, π.χ. ο απλός χειρισμός και ο συνδυασμός των αντικειμένων, μια εμπειρία που τους έχει λείψει κατά τη διάρκεια των πρώτων δύο ετών της ζωής τους. Επίσης, παρόλο που ένα παιδί μπορεί να συμμετέχει σε ένα επιμορφωτικό πρόγραμμα παιχνιδιού, όπως αυτό που επινόησαν οι Roeyers και Berckelaer-Onnes, πρέπει επίσης να μάθει να γενικεύει τις μαθημένες δεξιότητες στην καθημερινή του ζωή. (Roeyers, Berckelaer-Onnes, 1994)

Υπάρχουν ποικίλες μέθοδοι εκμάθησης του συμβολικού παιχνιδιού στα παιδιά με αυτισμό.

Κάποιοι, έχουν χρησιμοποιήσει συμπεριφοριστικές τεχνικές οι οποίες είναι μεν πετυχημένες, αλλά υπάρχει το ενδεχόμενο τα παιδιά να μαθαίνουν αποκλειστικά και μόνο αυτές τις συγκεκριμένες συμπεριφορές και τίποτα περισσότερο. (Shields, 1999). Επιπλέον, τέτοιου είδους προσεγγίσεις δεν εκπληρώνουν τα κριτήρια του Garvey για ευχάριστο και διασκεδαστικό παιχνίδι, αφού τα παιδιά επιδίδονται στο συμβολικό παιχνίδι μόνο και μόνο για να λάβουν μια ανταμοιβή. (Retting, 1994).

Ο Stahmer (1999), εξέτασε μία άλλη μέθοδο, την PRT (pivotal response training).

Η PRT είναι μια τεχνική εκπαίδευσης που χρησιμοποιείται για να αυξήσει το ενδιαφέρον των παιδιών με αυτισμό για παιχνίδι. Οι τεχνικές αυτής της μεθόδου, περιλαμβάνουν σαφείς οδηγίες και ερωτήσεις, την άμεση ενίσχυση κ.ά. Είναι σημαντικό οι δεξιότητες παιχνιδιού που διδάσκονται, να είναι κατάλληλες για το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Οι τύποι παιχνιδιών που μπορούν να διδαχθούν περιλαμβάνουν το επεμβατικό παιχνίδι (manipulative play), το λειτουργικό, το συμβολικό και το κοινωνικο-θεατρικό παιχνίδι. Κάποιες δυσκολίες που παρατήρησε, περιελάμβαναν μια συνεχή έλλειψη αλληλεπίδρασης κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού με τους συνομηλίκους, και το γεγονός ότι τα παιδιά με αυτισμό σπάνια ξεκινούσαν αυθόρμητα το παιχνίδι. (Stahmer, 1999)

Όπως υποστηρίζουν οι Jordan και Libby (1997), η διδασκαλία των αυθόρμητων δεξιοτήτων παιχνιδιού στα παιδιά με αυτισμό, ή η ανάπτυξη των υπαρχουσών δεξιοτήτων παιχνιδιού, δεν είναι εύκολη. Αν ήταν έτσι, δεν θα ήταν ένα αναγνωρισμένο βασικό πρόβλημα του αυτισμού. (Jordan, Libby ,1997)

Ο Retting (1994), εκφράζει επίσης την ανησυχία ως προς το εάν οι προσπάθειες να αναπτυχθεί η ποιότητα του παιχνιδιού στα παιδιά με αυτισμό, έχουν μόνιμα αποτελέσματα στη συμπεριφορά τους. Το παιχνίδι, εντούτοις, μπορεί και πρέπει να είναι ένα σημαντικό μέρος του σχολικού προγράμματος σπουδών για τους μαθητές με αυτισμό, που διευκολύνει όλες τις πτυχές της ανάπτυξης. (Retting,1994).

ΣΥΝΟΨΗ

Μέσα από το παιχνίδι τα παιδιά ανακαλύπτουν τον κόσμο στον οποίο ζουν, μαθαίνουν νέες δεξιότητες, μαθαίνουν να συναλλάσσονται με τα άλλα παιδιά.

Υπάρχουν πολλά είδη παιχνιδιού όπως είναι το αισθητηριακό κινητικό παιχνίδι, το διερευνητικό, το φυσικό, το κοινωνικό, το λειτουργικό και το συμβολικό.

Το παιχνίδι των αυτιστικών παιδιών όμως φαίνεται να διαφέρει ποιοτικά σε σχέση με τους συνομηλικούς τους χωρίς αυτισμό. Τα αυτιστικά παιδιά λόγω της αδυναμίας τους να συσχετιστούν ομαλά με τους άλλους αντιμετωπίζουν προβλήματα σε αυτόν τον τομέα. Το συμβολικό παιχνίδι είναι αυτό που φαίνεται να είναι περισσότερο ανεπαρκές στα αυτιστικά παιδιά. Αντιμετωπίζουν επίσης δυσκολία στο δυαδικό καθώς και στο ομαδικό παιχνίδι. Τα παιχνίδια των άλλων παιδιών τα αφήνουν συνήθως αδιάφορα, ενώ δείχνουν ενδιαφέρον για πολύ περιορισμένο αριθμό παιχνιδιών, στα οποία προσκολλώνται υπερβολικά. Το παιχνίδι τους είναι συνήθως μονότονο και στερεοτυπικό. Η έλλειψη δεξιοτήτων παιχνιδιού στα παιδιά με αυτισμό μπορεί να επιδεινώσει την κοινωνική απομόνωσή τους, ενώ η ανάπτυξη του συμβολικού παιχνιδιού μέσω της διδασκαλίας έχει πολλά να προσφέρει στην αποκατάσταση βασικών δυσκολιών, που αντιμετωπίζουν τα αυτιστικά παιδιά.

Αν και είναι γνωστό πως το παιχνίδι ενός παιδιού με αυτισμό είναι διαφορετικό, έχει διεξαχθεί λίγη έρευνα για τη διδασκαλία παιχνιδιού στα παιδιά αυτά. . Εντούτοις, η απόκτηση των δεξιοτήτων παιχνιδιού έχει πολλά να προσφέρει στο παιδί με αυτισμό. Ελάχιστα, επίσης, έχουν γραφτεί για τη θεραπεία παιχνιδιού για τα παιδιά με αυτισμό και τα οφέλη που αυτό μπορεί να έχει για την ανάπτυξη των ικανότερων παιδιών. Παρόλα αυτά έχει βρεθεί από έρευνες ότι μέσω του παιχνιδιού τα παιδιά μαθαίνουν τον κόσμο, αποκτούν δεξιότητες, αλληλεπιδρούν με τους συνομηλικούς τους και μέσω αυτής της διασκεδαστικής ενασχόλησης μπορούν καταφέρει πολλά. Η θεραπεία μέσω του παιχνιδιού είναι μια ευχάριστη διαδικασία με οφέλη τόσο για τα παιδιά όσο και για τους γονείς τους, καθώς και για τη μεταξύ τους σχέση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Δεδομένου ότι ο αυτισμός είναι μια διαταραχή που διαρκεί για όλη την ζωή, ο απώτερος σκοπός είναι να μπορέσει το άτομο να ανεξαρτητοποιηθεί, το πόσο εφικτό είναι αυτό διαφέρει από άτομο σε άτομο. Κάποια άτομα με αυτισμό καταφέρνουν να δουλέψουν είτε σε προστατευμένα περιβάλλοντα είτε εθελοντικά είτε στον ιδιωτικό τομέα αλλά η πλειοψηφία δεν δουλεύει. (Μάνος, 1997). Ακόμα και αν δεν καταφέρει να κατακτήσει το μέγιστο βαθμό αυτονομίας, η ειδική εκπαίδευση και η οργανωμένη στήριξη μπορούν πραγματικά να προσφέρουν στο παιδί την ευκαιρία για μια χαρούμενη και δημιουργική ζωή. (Σταμάτης, 1987).

Έτσι, η παροχή εκπαίδευσης στοχεύει μακροπρόθεσμα να φτάσει το άτομο στο υψηλότερο επίπεδο που μπορεί αυτοεξυπηρέτησης ενώ οι καθημερινοί στόχοι αποβλέπουν στην βελτίωση των ικανοτήτων που ήδη υπάρχουν, στην εκμάθηση καινούργιων δεξιοτήτων και στην μείωση των στερεοτυπιών ή των προβληματικών συμπεριφορών. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005)

Τα θεραπευτικά προγράμματα που εφαρμόζονται στην περίπτωση του αυτισμού, στοχεύουν στην πλήρη αξιοποίηση του υπάρχοντος δυναμικού του παιδιού και στη στήριξη του ίδιου και της οικογένειάς του. Όταν μιλάμε για θεραπεία δεν εννοούμε δηλαδή την πλήρη αποκατάσταση. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση επικεντρώνεται στη βελτίωση της ανάπτυξης και της συμπεριφοράς του παιδιού με τη χρήση ποικίλων μεθόδων.

Σημαντικοί παράγοντες για την στοχοθεσία της παρέμβασης αποτελούν το νοητικό επίπεδο και το επίπεδο γλωσσικής ανάπτυξης του παιδιού.

Για τα παιδιά με χαμηλό νοητικό επίπεδο και περιορισμένη γλωσσική ανάπτυξη, για την πλειοψηφία δηλαδή του αυτιστικού πληθυσμού, τα προγράμματα έχουν ως στόχο τον περιορισμό των αυτοκαταστροφικών και στερεότυπων συμπεριφορών καθώς και τη διδασκαλία των βασικών δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης, συνεργασίας και έκφρασης αναγκών. Σε μεγαλύτερη ηλικία διδάσκονται επαγγελματικές δεξιότητες (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005)

Τα παιδιά με φυσιολογική νοημοσύνη και αναπτυγμένες γλωσσικές δεξιότητες έχουν περισσότερες πιθανότητες να ζήσουν μια σχεδόν φυσιολογική ζωή. Μέσα από προγράμματα μπορούν να αποκτήσουν ακαδημαϊκές δεξιότητες και να βελτιώσουν τις δεξιότητες επικοινωνίας (Fay, 1993).

Τα αυτιστικά παιδιά χρειάζονται μεγάλο χρονικό διάστημα για να αρχίζουν να ανταποκρίνονται και να σχηματίζουν προσωπικότητα όπως τα φυσιολογικά παιδιά. Μόνο με εντατικές και χρονοβόρες προσπάθειες κατορθώνουν να ξεπεράσουν το αισθησιο-κινητικό στάδιο και να φτάσουν στο στάδιο προ-διεργασιακής σκέψης (Κολλάτος, 1984).

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό θεραπευτικό αποτέλεσμα, εκτός από την έγκαιρη διάγνωση και τη χρήση κατάλληλων μεθόδων αντιμετώπισης, απαιτείται και ιδιαίτερος προγραμματικός σχεδιασμός. Μερικές βασικές προϋποθέσεις είναι οι εξής:

1. Αυστηρά δομημένα θεραπευτικά προγράμματα

Λόγω των δυσκολιών των αυτιστικών παιδιών να οργανώνουν τη σκέψη, τις ενέργειες τους και το χρόνο τους χρειάζονται ένα αυστηρά δομημένο περιβάλλον, ιδιαίτερα στην αρχή της θεραπείας. Αν δεν υπάρχει αυτό το δομημένο περιβάλλον υπάρχει περίπτωση να καταφεύγουν σε στερεοτυπίες και διασπαστική συμπεριφορά (Collia-Faherty, 1999).

Η δομή των ψυχοπαιδαγωγικών προγραμμάτων στο ξεκίνημα της θεραπείας προϋποθέτει:

- ✓ Σταθερότητα στον τρόπο διεξαγωγής του προγράμματος, στη συχνότητα της θεραπείας, στους θεραπευτές του παιδιού και στη μεθοδολογία που εφαρμόζεται
- ✓ Οι αναγκαίες τροποποιήσεις στο πρόγραμμα να γίνονται με συστηματικό τρόπο

- ✓ Συντονισμό των θεραπειών κατά τη διεξαγωγή κοινών εκπαιδευτικών και θεραπευτικών προγραμμάτων
- ✓ Ενημέρωση των γονέων, ώστε να υπάρχει ομοιογένεια στον τρόπο που αντιμετωπίζεται το παιδί από γονείς και θεραπευτές. (Fay, 1993).

2.Εξατομικευμένα προγράμματα.

Είναι σημαντικό το πρόγραμμα που πρόκειται να εφαρμοστεί να βασίζεται στα ειδικά ελλείμματα αλλά και στις ιδιαίτερες ικανότητες του κάθε παιδιού. Αν το ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα δεν ανταποκρίνεται στις ικανότητες του παιδιού, είτε περιορίζει την εξέλιξή του (όταν δεν ενεργοποιεί το μέγιστο της επίδοσης του παιδιού), είτε απογοητεύει συναισθηματικά το παιδί (αν υπερβαίνει τις δυνατότητές του) (Γενά, 2002). Καλό είναι να αξιολογούνται πρώτα οι ανάγκες του παιδιού, και στη συνέχεια να σχεδιάζεται ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα, το οποίο να μην υπερεκτιμά ούτε να υποτιμά τις δυνατότητες του παιδιού. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

3.Εξατομικευμένα συστήματα ανταλλάξιμων αμοιβών (token systems).

Η ενίσχυση (θετική ή αρνητική) χρησιμοποιείται πολύ συχνά στα προγράμματα παρέμβασης για τον αυτισμό. Είναι η διαδικασία που περιλαμβάνει την χρήση ενός ενισχυτή για την αύξηση μιας συμπεριφοράς. Ενισχυτής, είναι κάθε γεγονός που ακολουθεί μία συμπεριφορά και αυξάνει την συχνότητα αυτής της συμπεριφοράς. (Atkinson, Smith, Bem, 2003).

Μέσα από την ενίσχυση τα παιδιά μαθαίνουν να διακρίνουν την ποιότητα των αντιδράσεών τους από την επίδραση που έχουν αυτές στο άμεσο περιβάλλον τους.

Το παιδί δηλαδή, κατά τη θεραπευτική διαδικασία μαθαίνει ότι οι σωστές ή επιθυμητές αντιδράσεις ακολουθούνται από επιθυμητά αποτελέσματα, ενώ οι λανθασμένες ή ανεπιθύμητες αντιδράσεις ακολουθούνται από διορθωτικά αποτελέσματα. (Atkinson, Smith, Bem, 2003). Η απονομή άμεσων ενισχυτών αν και έχει ως αποτέλεσμα την επανάληψη επιθυμητών συμπεριφορών είναι χρονοβόρα και μη ρεαλιστική, αφού δεν απονέμονται με τον ίδιο τρόπο οι ενισχυτές στο άμεσο περιβάλλον. (Γενά, 2002).

Το ιδανικότερο μέσο για να επιτευχθεί μία ισορροπία είναι τα συστήματα ανταλλάξιμων αμοιβών(Token systems). Η χρήση ανταλλάξιμων αμοιβών είναι ευρύτατα διαδεδομένη στην εκπαίδευση παιδιών και αποδεδειγμένα αποτελεσματική. (Anderson, Taras, Cannon, 1996).

Χρησιμοποιώντας σύμβολα ενίσχυσης και όχι άμεσους ενισχυτές, επιτυγχάνεται ταυτόχρονα μείωση στην ανάγκη προσφυγής σε άμεσους ενισχυτές και προσεγγίζεται ο φυσικός τρόπος ενίσχυσης. (χρήση χρημάτων, κουπονιών, βαθμών, και άλλων συμβόλων που ανταλλάσσονται με άλλους ενισχυτές). (Γενά, 2002).

Αν και τα token systems έχουν εφαρμοστεί σε ένα ευρύ φάσμα προγραμμάτων και υπάρχουν πολλά πλεονεκτήματα, υπάρχουν εμπόδια στην εφαρμογή και τη θεραπευτική αποτελεσματικότητά τους. Μερικοί από αυτούς είναι η κατάρτιση του προσωπικού, η αντίσταση των ασθενών καθώς και το υψηλό κόστος. Οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν τέτοιου είδους προγράμματα σε ψυχιατρικούς ασθενείς, σε άτομα με ειδικές ανάγκες, και στα αυτιστικά παιδιά αναθεωρούν τις μεθόδους τους. (Kazdin, Bootzin, 1992)

Αν και τα συστήματα ανταλλάξιμων αμοιβών(token systems)είναι επιτυχή κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης υπάρχει διαφωνία ως προς το αν γενικεύονται οι συμπεριφορές και σε διαφορετικά πλαίσια, πέρα του μαθησιακού περιβάλλοντος. Δεδομένου ότι η γενίκευση είναι ίσως το πιο σημαντικό ζήτημα, εφαρμόζονται διάφορες διαδικασίες με στόχο να διευκολύνουν τη συντήρηση της απόδοσης, ακόμα και όταν αποσύρεται η ενίσχυση. (Anderson, Taras, Cannon, 1996).

4. Μικρή αναλογία θεραπευτών-θεραπευομένων

Σε όλες τις πειραματικές έρευνες, στις οποίες σημειώθηκαν θεαματικά θεραπευτικά αποτελέσματα, με την εφαρμογή συμπεριφοριστικών μεθόδων, η αναλογία ήταν ένας θεραπευτής προς ένα παιδί. Έτσι αξιοποιείται πλήρως ο χρόνος που αφιερώνει ο θεραπευτής κατά τη διάρκεια της παρέμβασης και επιπλέον επιτρέπεται η εφαρμογή ενός εξατομικευμένου προγράμματος. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003). Η ομαδοποίηση παιδιών με αυτισμό κατά τη θεραπευτική διαδικασία μπορεί να πραγματοποιηθεί δύσκολα, αφού τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν ανομοιογενείς

δυσκολίες και δυνατότητες, οπότε σπάνια μπορούν να θεραπευτούν ομαδικά. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005).

5. Κατάλληλο εκπαιδευτικό περιβάλλον, προσαρμοσμένο στις ανάγκες του παιδιού.

Είναι αναγκαίο κατά τη διδασκαλία του παιδιού ο χώρος να είναι κατάλληλος, έτσι ώστε να μην αποσπάται η προσοχή του παιδιού από ακουστικά ή οπτικά εξωτερικά ερεθίσματα. Για παράδειγμα, οι ασκήσεις λόγου απαιτούν απόλυτη συγκέντρωση από το παιδί, αλλά και από τον ειδικό, έτσι ώστε να αποφεύγονται λάθη άρθρωσης ή σύνταξης. (Fay, 1993).

Εξίσου σημαντική είναι και η χρήση εκπαιδευτικού υλικού που περιλαμβάνει οικεία αντικείμενα από το περιβάλλον του. Τέλος, χρειάζεται να αφαιρούνται περιττά ερεθίσματα στο περιβάλλον του που να αποσπών την προσοχή του. (Grandin, Scariano, 1996).

6. Διδακτική μεθοδολογία που προωθεί τη γενίκευση και τη συντήρηση δεξιοτήτων

Στα παιδιά με τυπική ανάπτυξη θεωρείται δεδομένη η γενίκευση κεκτημένων δεξιοτήτων σε καινούριες συνθήκες και καταστάσεις, όπως και η διατήρηση των γνώσεων μετά την ολοκλήρωση της διδασκαλίας τους. Αντίθετα, τα παιδιά με αυτισμό μαθαίνουν αποσπασματικά και όχι σφαιρικά, αδυνατούν να συνεχίζουν και να συνθέτουν τις γνώσεις τους και έτσι η γενίκευση και η συντήρηση των δεξιοτήτων καθίστανται δύσκολες. (Γενά, 2002).

Τα παιδιά με αυτισμό τείνουν να εστιάζονται σε ορισμένα ερεθίσματα και να αγνοούν όλα τα υπόλοιπα. Αυτός ο τρόπος σκέψης δυσχεραίνει τη δυνατότητα μάθησης του παιδιού, καθώς σημαντικά πράγματα μπορεί να μη λαμβάνονται υπόψη, ενώ η προσοχή μπορεί να εστιάζεται σε ασήμαντες λεπτομέρειες. (Anderson, Taras, Cannon, 1996). Από το ξεκίνημα κιόλας της θεραπευτικής παρέμβασης χρειάζεται να χρησιμοποιούνται μέθοδοι που βοηθούν το παιδί να ξεπεράσει αυτήν την «υπερεπιλεκτικότητα» στην επεξεργασία περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, καθώς και να αναπτύξει αφαιρετικές νοητικές διεργασίες που θα το βοηθήσουν να αξιοποιήσει τις γνώσεις του κατά την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων. Έτσι, θα διατηρούνται οι

κεκτημένες γνώσεις κατά τον ίδιο τρόπο που διατηρούνται στα παιδιά με τυπική ανάπτυξη. (Jordan, Powell, 1991).

7. Προγραμματισμός κοινωνικής ένταξης

Η κοινωνική ένταξη αποτελεί επίσης στόχο της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Η συμμετοχή του παιδιού στις κοινωνικές εκδηλώσεις αρχικά μπορεί να αποτελεί δοκιμασία τόσο για το παιδί όσο και για την οικογένειά του αλλά όσο ωριμάζει κοινωνικά, μαθησιακά και συναισθηματικά, μαθαίνει να προσαρμόζεται καλύτερα. (Γενά, 2002). Κατά την διαδικασία της ένταξης χρειάζεται να υπάρχει κάποιος ειδικός που να ενισχύει την προσπάθεια των γονέων, ώστε να περιορίζεται ο στιγματισμός του παιδιού και της οικογένειάς του. Συνήθως όμως, η παρέμβαση του θεραπευτή είναι πρόσκαιρη και μπορεί να μετατεθεί στους γονείς. (Ζώνιου, Σιδέρη, 2004).

8. Θεραπευτική παρέμβαση στο οικογενειακό περιβάλλον και συμβουλευτική οικογένειας.

Για να επιτευχθούν τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας. Για να συμμετάσχει ουσιαστικά η οικογένεια στη θεραπευτική πράξη χρειάζεται αφενός συμβουλευτική στήριξη και αφετέρου συστηματική εκπαίδευση. (Κυπριωτάκης, 2003). Στη συνέχεια μέσα σε ένα υποστηρικτικό-συμβουλευτικό πλαίσιο, θα πρέπει να τους δοθούν συγκεκριμένες οδηγίες για την αντιμετώπιση της άκαμπτης και στερεότυπης συμπεριφοράς, καθώς και για τη βελτίωση των κοινωνικών και γλωσσικών δεξιοτήτων. (Buckhardt, 2001).

9. Συνεκπαίδευση

Όταν το παιδί με αυτισμό καταφέρει να ξεπεράσει κάποιες βασικές δυσκολίες του, όπως τα προβλήματα συμπεριφοράς, ή όταν αρχίζει να αποκτά γνώσεις από το περιβάλλον του, χωρίς άμεση διδασκαλία πρέπει να ενταχθεί σε ένα πλαίσιο συνεκπαίδευσης με παιδιά χωρίς αυτισμό. (Γενά, 2002). Η ένταξη στο σχολείο γίνεται σταδιακά και συμβάλλει στην αποδοχή του παιδιού με αυτισμό από τους

συμμαθητές του, αλλά ακόμα και αν υστερεί σε αυτόν τον τομέα δε στιγματίζεται όσο θα στιγματιζόταν από την παρουσία προβλημάτων συμπεριφοράς. (Ζώνιου, Σιδέρη, 2004).

Συνήθως τα αυτιστικά παιδιά χρειάζονται ειδική εκπαίδευση ή παρακολούθηση ειδικών προγραμμάτων σε κέντρα ημέρας. Η βάση της ειδικής εκπαίδευσης είναι η θεραπεία συμπεριφοράς. (Μάνος, 1997).

Τα προγράμματα που εφαρμόζονται στην περίπτωση του αυτισμού επικεντρώνονται στα σημεία αναπτυξιακής ισχύος και αδυναμίας του παιδιού και έχουν τα καλύτερα αποτελέσματα, εάν ξεκινήσουν όσο το δυνατό νωρίτερα. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003). Καθώς δεν υπάρχει κάποια μοναδική προσέγγιση στην αντιμετώπιση των ατόμων με αυτισμό, η θεραπευτική αντιμετώπιση τείνει να αποτελείται από αναπτυξιακά, εκπαιδευτικά και συμπεριφορικά προγράμματα που συμπληρώνονται με φαρμακευτική αγωγή που επικεντρώνεται στα συγκεκριμένα συμπτώματα του παιδιού. (Κωνστανταρέα, 2001).

Φάρμακα μπορούν να χρειαστούν για τους επιληπτικούς σπασμούς(αντιεπιληπτικά) και για την επιθετική ή αυτοτραυματική συμπεριφορά(π.χ αλοπεριδόλη, χλωριμπραμίνη, φλουοξετίνη, καρβαμαζεπίνη). (Μάνος, 1997).

Αν και υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση του αυτισμού, όλες έχουν τον ίδιο στόχο, δηλαδή να βελτιώσουν τη συνολική λειτουργία και την ενσωμάτωση του παιδιού. (Γενά, 2002). Για αυτόν το σκοπό χρησιμοποιούνται οι ακόλουθες στρατηγικές:

- ✓ Προώθηση της ανάπτυξης των επικοινωνιακών, κοινωνικών, προσαρμοστικών, συμπεριφορικών και σχολικών δεξιοτήτων
- ✓ Βελτίωση των προβληματικών και επαναληπτικών συμπεριφορών
- ✓ Βοήθεια στην οικογένεια να αντιμετωπίσει το στρες που προκαλείται από τη ζωή με ένα παιδί με Αυτισμό (Κρουσταλάκης, 1997).

Τα αναπτυξιακά, εκπαιδευτικά και συμπεριφορικά προβλήματα που σχετίζονται με τον Αυτισμό απαιτούν τη συνεισφορά από ειδικούς με διαφορετικές ειδικότητες. Αυτοί οι ειδικοί παρέχουν μη ιατρικές θεραπευτικές αντιμετώπισεις όπως: ειδική

εκπαίδευση, λογοθεραπείες, θεραπείες επικοινωνίας και συμπεριφορικές θεραπείες. (Jordan, Powell, 1995)

Εκπαιδευτικά προγράμματα

Σε όλη την Ευρώπη, τα εκπαιδευτικά προγράμματα για τα παιδιά με αυτισμό ποικίλουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Όμως έχουν αναπτυχθεί μια σειρά από αναγνωρισμένα προγράμματα. Αυτά τα προγράμματα έχουν επιδείξει κάποια επιτυχία στη βελτίωση της λειτουργικότητας των παιδιών με αυτισμό. Ωστόσο, λείπουν ακόμα εκείνες οι αναλυτικές έρευνες που θα επέτρεπαν να διατυπωθεί μια πλήρης σύσταση υπέρ κάποιου συγκεκριμένου προγράμματος και των στρατηγικών του. (Συνοδινού, 1999).

Διαχείριση συμπεριφοράς

Η εκπαίδευση συμπεριφοράς και η χρήση συνεκτικών κανόνων για τη διαχείριση ενός παιδιού με αυτισμό είναι κομβικά για τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Αυτά τα προγράμματα χρησιμοποιούν μια ποικιλία διδακτικών μεθόδων, ενισχύουν τις αρμόζουσες συμπεριφορές και τροποποιούν τις βασικές προβληματικές συμπεριφορές. (Thompson, Robert, O'Quinn, 1979). Οι ειδικοί πιστεύουν ότι η διαχείριση συμπεριφοράς θα πρέπει να συμπληρώνεται με τη δομημένη διδασκαλία δεξιοτήτων, έτσι ώστε να διευκολύνεται η κατάκτηση των γλωσσικών, επικοινωνιακών, κοινωνικών και άλλων συμπεριφορικών δεξιοτήτων. (Collia-Faherty, 1999). Τα αποτελεσματικά προγράμματα διαχείρισης της συμπεριφοράς περιλαμβάνουν την ένταξη των παιδιών με αυτισμό σε κανονικά περιβάλλοντα φροντίδας ή σε σχολικές τάξεις, έτσι ώστε τα άλλα παιδιά να λειτουργούν ως πρότυπα (Ζώνιου, Σιδέρη, 2004), εκπαίδευση όλων των ανθρώπων που έχουν επαφή με το αυτιστικό παιδί για να εξασφαλιστεί μια συνεκτική προσέγγιση στην συμπεριφορική εργασία που γίνεται με το παιδί, καθώς και γενίκευση των κοινωνικών δεξιοτήτων που έχουν διδαχθεί σε όλες τις περιστάσεις και τα περιβάλλοντα. (Anderson, Taras, Cannon, 1996).

Οι προκλητικές συμπεριφορές αποτελούν βασικό χαρακτηριστικό του αυτισμού, προκαλώντας προβλήματα τόσο στις οικογένειές τους όσο και στους γύρω τους. Η διαχείριση της συμπεριφοράς των αυτιστικών παιδιών κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του παιδιού. (Κωνστανταρέα, 2001).

Πρωταρχικό βήμα για την ανάπτυξη ενός προγράμματος διαχείρισης της συμπεριφοράς είναι η κατανόηση της. Υπάρχουν τρεις εναλλακτικές υποθέσεις για την αιτιολογία των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς.

Η πρώτη υπόθεση υποστηρίζει ότι η παράξενη συμπεριφορά αποτελεί μια αντίδραση χαμηλού επιπέδου. (Iannelli, 2004).

Δεδομένου των διαφορετικών τρόπων επεξεργασίας των αισθητηριακών ερεθισμάτων που διακρίνουν τα παιδιά με αυτισμό, είναι αναγκαίο να βοηθηθεί το παιδί ώστε να κατακτήσει ένα υψηλότερο επίπεδο γνωστικής λειτουργικότητας. (Κυπριωτάκης, 1997).

Οι περιβαλλοντικές προκλήσεις είναι ένας επιπρόσθετος παράγοντας που πιθανώς ελκύει την εμφάνιση ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς. Ένας θόρυβος, ή η ένταση του θορύβου, ένα χρώμα, ένα σχήμα ή οτιδήποτε άλλο μπορεί να προκαλεί δυσάρεστα συναισθήματα στο παιδί και να προκαλεί την αντίδραση, μέσω της συμπεριφοράς του. (Harpe, 1998). Σε αυτήν την περίπτωση σκοπός της παρέμβασης είναι να δοθούν στο παιδί εναλλακτικοί τρόποι έκφρασης της δυσαρέσκειάς του, τρόπους που εναρμονίζονται περισσότερο με τις κοινωνικές επιταγές. (Iannelli, 2004).

Τέλος, η εκδήλωση προκλητικής συμπεριφοράς ενδέχεται να είναι ένας τρόπος παρεμπόδισης κάποιου συγκεκριμένου ερεθίσματος. Αν ισχύει αυτό, αξίζει να επιχειρηθεί η προσπάθεια απομάκρυνσης του ερεθίσματος άμεσα ή μέσω παροχής της δυνατότητας στο παιδί να το ελέγξει. (Iannelli, 2004).

ABC(Antecedents,Behaviour,Consequences)

Για την αντιμετώπιση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς απαραίτητη θεωρείται η λειτουργική της ανάλυση. Ακολουθώντας το πρότυπο της θεραπευτικής παρέμβασης του Lovaas, η συμπεριφορά αναλύεται με βάση το μοντέλο ABC, όπου A= τι συνέβη πριν τη συμπεριφορά(Antecedents), B=συμπεριφορά(Behaviour), C=το αποτέλεσμα της συμπεριφοράς(Consequences). (Mash, Barkley, Heffernan, 2003). Η συμπεριφορά αντιμετωπίζεται σαν ένα κεντρικό σημείο, η οποία όμως συνδέεται άμεσα με το πριν και ιδιαίτερα με το μετά. Αναγκαία θεωρείται δηλαδή η διερεύνηση των συνθηκών που προηγούνται της εκδήλωσης της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς και των επιπτώσεων της κατά το πρότυπο της συγκεκριμένης προσέγγισης. (Sutherland House School for Autistic Children, 1993).

Πρόγραμμα Θεραπευτικής αντιμετώπισης Αυτισμού-ΑΒΑ **(Applied Behavioral Analysis)**

Αν και υπάρχουν αρκετές διαθέσιμες θεραπείες για τα παιδιά με αυτισμό, μόνο μία από αυτές έχει τεκμηριωμένη επιστημονική έρευνα που καταδεικνύει τις σημαντικές βελτιώσεις που μπορούν να επιτευχθούν με αυτήν.

Η Πρώιμη Συμπεριφορική Παρέμβαση αντλεί 50 χρόνια εμπειρίας στον τομέα της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης Συμπεριφοράς ή ΕΑΣ.(ΑΒΑ). (Howlin, Rutter, 2001).

Η **Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς (ΑΒΑ)** είναι η επιστήμη της ανθρώπινης συμπεριφοράς που είναι συνυφασμένη με το επιστημονικό έργο του B.F. Skinner. Ο Skinner αναγνώρισε τη σημασία της επίδρασης του περιβάλλοντος στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Διαπίστωσε πως τόσο το κοινωνικό όσο και το φυσικό περιβάλλον αλλάζουν τη συμπεριφορά μας. Η εφαρμογή αυτής της θεωρητικής προσέγγισης στην εκπαιδευτική πρακτική κατευθύνει το περιβάλλον ώστε να επιδράσει αποτελεσματικά στη συμπεριφορά.(Richman, 2001).

Η Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς (ΑΒΑ) είναι αποτελεσματική στη διδασκαλία των παιδιών με αυτιστική διαταραχή, **προκειμένου να μάθουν νέες δεξιότητες.** (Richman, 2001).

Στο παρελθόν τα περισσότερα προγράμματα ABA που αναφέρονται σε παιδιά με αυτισμό βασίζονταν στη δουλειά που δημοσιεύτηκε από τον O Ivar Lovaas στα τέλη της δεκαετίας του 80.

Το πρόγραμμα Lovaas Home, ένα καλά μελετημένο συμπεριφορικό πρόγραμμα που εξελίχθηκε στο πανεπιστήμιο UCLA στο Λος Άντζελες .

Ο Ivar Lovaas, στην προσπάθειά του να διδάξει τρόπους επικοινωνίας σε παιδιά με αυτισμό, με τα οποία δούλευε στο UCLA το 1964, ανέπτυξε και εφάρμοσε ένα εντατικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα το οποίο ονόμασε ‘εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς’ (Applied Behaviour Analysis). Η ιδέα ήταν να προσφέρει στα παιδιά ένα τέτοιο πρόγραμμα που θα τα βοηθούσε να γίνουν ενεργά μέλη της κοινωνίας με τα απαραίτητα ‘προσόντα’ για να ζήσουν μια πιο ανεξάρτητη ζωή. (Lovaas, 1987)

Το πρόγραμμα που εφήρμοσε απαιτούσε 40-60 ώρες ‘διδασκαλίας’ κάθε εβδομάδα. Τα παιδιά που είχε στην ομάδα του ήταν ηλικίας κάτω των 4 χρόνων. Η εντατική δουλειά και η συνεργασία των γονέων, δασκάλων και όποιων άλλων ατόμων ήταν σε επαφή με τα παιδιά, βοήθησαν τόσο ώστε μέσα σε διάστημα 2 χρόνων τα παιδιά να έχουν πετύχει 90% ‘ανάκτηση’ των δεξιοτήτων τους. Αυτό βέβαια που εννοεί ο Lovaas με τον όρο ‘ανάκτηση’ είναι ότι τα παιδιά ήταν τώρα πιο έτοιμα να πάνε στο σχολείο από άλλα παιδιά με αυτισμό που δεν είχαν υποστεί αυτό το εντατικό πρόγραμμα εκπαίδευσης. (Butler, 2007)Από την αρχική αυτή δουλειά του Lovaas και άλλοι προσπάθησαν να κάνουν το ίδιο με άλλες ομάδες αυτιστικών παιδιών παγκοσμίως αλλά δεν κατάφεραν το 90% του Lovaas. (Richman, 2001).

Το πρόγραμμα Lovaas Home είναι ένας κλάδος της ΕΑΣ, που αποσκοπεί να διδάξει στα παιδιά πώς να μαθαίνουν. Το αναλυτικό πρόγραμμα καλύπτει όλους τους τομείς της μάθησης: γλώσσα, παιχνίδι, σχολικές, διανοητικές, κοινωνικές δεξιότητες και δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης. (Lovaas, Revlin, Cross, 2006).

Οι συμπεριφορικές τεχνικές συστηματικής εκμάθησης αναλύονται σε μικρά βήματα που μπορούν να αποτελέσουν τη βάση επόμενων βημάτων .

Η διδασκαλία έχει έντονα προσωπικό χαρακτήρα, είναι εξατομικευμένη και την παρέχει μια ομάδα διδασκόντων που τους επιβλέπουν ειδικοί ή έχουν δεχτεί ειδική εκπαίδευση. (Butler, 2007)

Η μέθοδος Lovaas εφαρμόζεται στο σπίτι. Για τη σωστή λειτουργία του προγράμματος απαιτείται η άσκηση των γονέων. Γι’αυτό ο θεραπευτής εκπαιδεύει

και τους γονείς ως προς το πώς να χειρίζονται τη συμπεριφορά του παιδιού τους, πώς να σχεδιάζουν οι ίδιοι προγράμματα, πώς να τα εφαρμόζουν, πώς να ανταμείβουν την επιθυμητή συμπεριφορά αλλά και πώς να 'αποτρέπουν' συμπεριφορές που δεν είναι προσαρμόσιμες. (Lovaas, Revlin, Cross, 2006).

Η έγκυρη και σωστή διάγνωση είναι απαραίτητη πριν αρχίσει οποιαδήποτε παρεμβατική δουλειά, έτσι ώστε η θεραπευτική ομάδα να ξέρει πώς να εφαρμόσει τη μέθοδο πιο αποτελεσματικά. Για την επιτυχία της παρέμβασης σημαντικό ρόλο ασκεί η πρώιμη παρέμβαση, ο χρόνος διάρκειας του προγράμματος (πολλές ώρες την εβδομάδα), και η ορθή και συνεπής εφαρμογή θεραπευτικών μεθόδων από θεραπευτές και γονείς. (Γενά, 2002).

Έρευνες στο εξωτερικό έχουν δείξει πως η μέθοδος Lovaas είναι μια από τις πιο διαδεδομένες μεθόδους προσέγγισης παιδιών με αυτισμό και ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε παιδιά ηλικίας κάτω των 6-7 χρόνων (Richman, 2001).

Στα χρόνια που ακολούθησαν οι Jack Michael, PhD., Mark Sundberg, PhD και James Partington, PhD., εστίασαν το ενδιαφέρον τους στην απόκτηση της γλώσσας. (Lovaas, Revlin, Cross, 2006).

Πώς διαφέρει η προσέγγιση συμπεριφοράς του λόγου (Verbal Behavior approach) από ένα παραδοσιακό Lovaas πρόγραμμα:

Και οι δύο προσεγγίσεις βασίζονται στην Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς. **Η προσέγγιση Lovaas** χρησιμοποιεί το ABA για να διδάξει γλωσσικές δεξιότητες βασιζόμενες στην αρχή ότι η αντίληψη της γλώσσας (receptive language) αναπτύσσεται πριν από την έκφραση της γλώσσας (expressive language). (Lovaas, Revlin, Cross, 2006).

Η προσέγγιση ABA-VBA (Verbal Behavior approach) εστιάζει στη διδασκαλία στοιχείων έκφρασης της γλώσσας (expressive language). Έμφαση δίνεται στη λειτουργία (function) της λέξης και όχι στον τύπο (form) της λέξης. Το παιδί μαθαίνει ότι οι λέξεις έχουν αξία και οδηγούν στους επιθυμητούς στόχους. Μαθαίνει να εκφράζει την επιθυμία του, να ζητάει ένα μπισκότο με λόγο ή σήμα. (Richman, 2001). **Στο παραδοσιακό Lovaas** το παιδί διδάσκεται τη λέξη μπισκότο, όπως διάφορα αντικείμενα και εικόνες χωρίς αυτό να σημαίνει ότι μπορεί να τα χρησιμοποιήσει λειτουργικά για να επικοινωνήσει. (Lovaas, Revlin, Cross, 2006).

Τι περιλαμβάνει το ABA:

- Επιμερισμό των δραστηριοτήτων σε μικρότερα θέματα ώστε τα παιδιά να κατακτούν το στόχο βήμα-βήμα (Discrete Trial Teaching).
- Τα μικρότερα αυτά θέματα συνδέονται (chaining).
- Ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς με επιβραβεύσεις.
- Σύνολο βοηθειών (prompting) για να προκαλέσουμε τη σωστή απάντηση και μείωση των λανθασμένων αποκρίσεων (errorless learning).
- Μείωση των βοηθειών σταδιακά (fading).
- Σωστή κατανόηση και έκφραση της γλώσσας (receptive language, expressive language, mands, tacts, interaverbals).
- Μίμηση δραστηριοτήτων και ήχων.
- Κοινωνικοποίηση, συμβολικό παιχνίδι.
- Γενίκευση. (Richman, 2001).

Η πρόωμη εντατική παρέμβαση στα αυτιστικά παιδιά είναι η μόνη θεραπευτική προσέγγιση του αυτισμού που έχει παρουσιάσει θεαματικά αποτελέσματα στη θεραπεία της αυτιστικής διαταραχής. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003). Μελέτες της τελευταίας εικοσαετίας έχουν υπογραμμίσει τα σημαντικά αποτελέσματα στην επικοινωνία, λεκτική και μη, στην ομαλή ένταξή τους στο σχολείο και στο κοινωνικό σύνολο καθώς και στην καθημερινή γενική λειτουργικότητά τους. (Ζώνιου, Σιδέρη, 2004).

Η εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς βασίζεται στις γενικές αρχές του συμπεριφορισμού (behaviourism) όπου θεωρεί ότι η συμπεριφορά μας οφείλεται στη μάθηση και γι' αυτό χρησιμοποιεί την επιβράβευση και όχι την τιμωρία αλλά την αγνόηση, για την μη επιθυμητή συμπεριφορά. (Richman, 2001). Έχει αναλύσει τα στάδια ανάπτυξης των παιδιών χωρίς αυτιστική διαταραχή και τα τεμαχίζει σε μικρότερα στάδια για να διδάξει το παιδί με αυτισμό, προσαρμοσμένο πάντοτε στις ανάγκες του κάθε παιδιού. (Collia-Faherty, 1999).

Το πρόγραμμα αρχικά είναι ατομικό, με το παιδί και 1 μόνο θεραπευτή, σε κάποιο σε κάποιο χώρο (πιθανόν το δωμάτιο του) για 10 έως 40 ώρες την εβδομάδα και οι γνώσεις γενικεύονται με την βοήθεια των γονέων στην καθημερινότητα. Το

πρόγραμμα συνεχίζεται με ειδικές ομάδες και στο κανονικό σχολείο. Luiselli, Wilczynsk, Christian, . Russo, 2008)

Σύμφωνα με τον Dr. O Ivar στο UCLA, το 47% των παιδιών με αυτιστική διαταραχή που παρακολουθούνται, κατάφεραν να παρακολουθήσουν κανονικό σχολείο και πιο σύγχρονες έρευνες δείχνουν ότι το 90% των παιδιών που εκπαιδεύονται βάση του προγράμματος της ΕΑΣ, παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση στη γενική τους εικόνα. (Lovaas, Revlin, Cross, 2006).

Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία και η συμβουλευτική αν και δεν ωφελούν τις πολύ μικρές ηλικίες μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά τους εφήβους και τους ενηλίκους αυτιστικούς να αντιμετωπίσουν προβλήματα σε επίπεδο κοινωνικής ζωής και εργασίας, μάθησης, σεξουαλικής ζωής και συμπεριφοράς. (Κρουσταλάκης, 1997).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση ορισμένων ψυχιατρικών συμπτωμάτων καθώς και διαφόρων συνοδών προβλημάτων του αυτισμού, όπως είναι οι διαταραχές της διάθεσης, το άγχος, η διαταραχή υπερκινητικότητας, η ελαττωματική προσοχή και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, καθώς και οι περιστασιακές διαταραχές του ύπνου, η επιθετικότητα και οι αυτοτραυματισμοί επιτυγχάνεται με ψυχοθεραπεία, όμως συχνά χρησιμοποιείται και φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπιστούν αυτά τα συνοδά συμπτώματα. Τα σχετικά ψυχολογικά προβλήματα και οι διαταραχές αποτελούν ένα επιπλέον βάρος για το παιδί και την οικογένεια. (Mash, Barkley, Heffernn, 2003).

Είναι επομένως σημαντικό οι γονείς και οι παροχείς φροντίδας να εμπλακούν στις αποφάσεις για τη θεραπευτική αντιμετώπιση και να αισθάνονται ότι όλες οι ερωτήσεις και οι ανησυχίες τους έχουν απαντηθεί. (Κρουσταλάκης, 1997).

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ TEACCH(Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children)

Το έλλειμμα στην επικοινωνία είναι κοινός τύπος των αυτιστικών παιδιών.

Η γλώσσα και η επικοινωνία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες καθώς η επικοινωνία προάγει την ανάπτυξη των γλωσσικών ικανοτήτων. Στα παιδιά με αυτισμό φαίνεται να υπάρχει διατάραξη του προτύπου φυσιολογικής ανάπτυξης, σύμφωνα με το οποίο η επικοινωνία προηγείται του λόγου και η διατάραξη αυτή δυσκολεύει την κατάκτηση και τη λειτουργική χρήση του.

Για την ανάπτυξη λοιπόν της επικοινωνίας απαιτείται η επιστροφή στα πρώιμα στάδια της επικοινωνίας, όπου βρίσκονται οι ρίζες της ανάπτυξης του επικοινωνιακού λόγου μεταξύ του βρέφους και των ενηλίκων που το φροντίζουν, καθώς το αυτιστικό παιδί δεν έχει κατακτήσει εξ' αρχής τα παραπάνω στάδια.

Για τον σχεδιασμό μιας επιτυχημένης θεραπευτικής παρέμβασης, στη βάση ενεργοποίησης της επικοινωνίας, αρχικά πρέπει να αξιολογηθεί η αντίληψη, η κατανόηση και η έκφραση του λόγου του παιδιού, ακολουθεί η εδραίωση και ανάπτυξη αυτών των ικανοτήτων και στη συνέχεια προχωρά στην εκμάθηση νέων. (Sundberg, Partington, 1998).

Στόχος της παρέμβασης από τον θεραπευτή είναι να χρησιμοποιηθεί σε πρώτη φάση η εισαγωγή του επικοινωνιακού ενδιαφέροντος στο παιδί, στη συνέχεια η παροχή μέσων για επικοινωνία(είτε με λεκτικούς, είτε με εναλλακτικούς τρόπους) και στο τέλος κάποιος λόγος για επικοινωνία. Βασική επιδίωξη της θεραπευτικής προσέγγισης είναι η απόκτηση από το παιδί ενός συστήματος επικοινωνίας το οποίο θα μπορεί να το χρησιμοποιεί μόνο του αυθόρμητα και λειτουργικά για την επαφή με το περιβάλλον και την ικανοποίηση των ατομικών του αναγκών. (Anderson, Taras, Cannon, 1996).

Τέλος, η προσέγγιση που θα εφαρμοστεί για την ενεργοποίηση της επικοινωνίας πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειάς του και να περιλαμβάνει τη διδασκαλία ενός προγράμματος τη φορά. (Sundberg, Partington, 1998).

Το πρόγραμμα TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) (Θεραπεία και Εκπαίδευση Παιδιών με Αυτισμό και Διαταραχές Επικοινωνίας), αποτελεί ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης, για παιδιά με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, που βασίζεται στη δομημένη διδασκαλία και χρησιμοποιείται **για την ανάπτυξη της γλωσσικής ικανότητας** στα παιδιά με αυτισμό. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Υλοποιήθηκε το 1972 στην Ψυχιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνας των ΗΠΑ, από τον Eric Schopler. (Rutter, Schopler, 1987).

Τα βασικά στοιχεία του TEACCH είναι τέσσερα:

1. Η φυσική δόμηση του περιβάλλοντος

Αφορά στον τρόπο οργάνωσης του περιβάλλοντος. Δόμηση δεν σημαίνει κατά ανάγκη ομοιομορφία.

Όπως σε όλα τα σπίτια έτσι και οι σχολικές τάξεις δεν μπορεί να είναι παντελώς ίδιες, γιατί ασφαλώς κάθε τάξη θα έχει διαφορετικά έπιπλα, αντικείμενα κ.ο.κ.. (Sundberg, Partington, 1998).

Δομημένη τάξη είναι η τάξη εκείνη, που με την πρώτη ματιά γίνεται κατανοητό ποια δραστηριότητα φιλοξενεί και σε ποιο σημείο. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό, να εκπαιδεύσουμε τα παιδιά με αυτισμό να μπορούν να παραμένουν για κάποιο χρονικό διάστημα σε ένα μέρος. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Στη δομημένη τάξη πρέπει να υπάρχει ένας χώρος για ομαδικές δραστηριότητες, όπως επίσης και ένας χώρος για ατομική απασχόληση ή εργασία. Για αυτό τον λόγο προϋπόθεση είναι το κατάλληλο μέγεθος του χώρου. Είναι αναγκαίο ο εκπαιδευτικός να έχει άμεση οπτική επαφή με τον χώρο εργασίας του μαθητή. Τοποθετώντας κατάλληλα έπιπλα βοηθάμε τα παιδιά να κατανοήσουν τον χώρο, όπου θα κάνουν μία δραστηριότητα, δημιουργώντας ταυτόχρονα συνθήκες εύκολης μετάβασης από τη μία δραστηριότητα σε άλλη. (Rutter, Schopler, 1987)

Επιπλέον, από έναν δομημένο χώρο, το παιδί δεν μπορεί να φύγει παρά μόνο από ένα σημείο. Το γεγονός αυτό βοηθά τον εκπαιδευτικό να προλάβει το παιδί, αν

προσπαθήσει να απομακρυνθεί πριν ολοκληρώσει τη εργασία του και επίσης να το προστατέψει. (Mash, Barkley, Heffernn, 2003).

Αν οι μαθητές δεν εκπαιδευτούν νωρίς να μπορούν να κάθονται σε ένα μέρος είναι πολύ δύσκολο να τους ελέγξει κανείς αργότερα π.χ. στην εφηβεία ή την ενήλικη ζωή, όταν η σωματική ανάπτυξη και η δύναμη δεν επιτρέπει στον εκπαιδευτικό να ελέγξει με ευκολία το άτομο. (Κρουσταλάκης, 1997).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι περιοχές διδασκαλίας, οι χώροι δόμησης μιας τάξης. Κάθε χώρος έχει τη ιδιαίτερη σημασία του.

Η δομημένη τάξη:

- Περιοχή διδασκαλίας
- Περιοχή ανεξάρτητης εργασίας
- Περιοχή ελεύθερου παιχνιδιού
- Περιοχή δομημένου παιχνιδιού
- Περιοχή φαγητού
- Περιοχή ομαδικής εργασίας
- Περιοχή μεταβατική(Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

2. Το ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα

Βοηθά το παιδί να κατανοήσει τι δραστηριότητες θα κάνει κατά τη διάρκεια της ημέρας.Το πρόγραμμα έχει διαφορετική μορφή ανάλογα με το παιδί και τις δυνατότητές του και είναι αυστηρά εξατομικευμένο. (Anderson, Taras, Cannon, 1996).

Για τα παιδιά, που διαβάζουν, οι δραστηριότητες σημειώνονται γραπτά. Για τα παιδιά που δε διαβάζουν χρησιμοποιούνται φωτογραφίες, σκίτσα, σχήματα ή τα ίδια τα αντικείμενα. (Sundberg, Partington, 1998).

Οι αλλαγές, που για τα παιδιά με αυτισμό αποτελούν προβλήματα εξαιτίας της ανάγκης για ομοιομορφία, είναι αναπόφευκτες. Σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να προειδοποιούμε το παιδί για την αλλαγή και είναι ιδιαίτερα βοηθητικό να αντικαθιστούμε οπτικά (με εικόνες) την αλλαγή της δραστηριότητας. Όταν το παιδί φτάνει το πρωί στο σχολείο βλέπει το πρόγραμμα του και ξέρει τι θα κάνει. (Aarons, Gittens, Tessa, 1999).

Ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει:

- Ελεύθερο παιχνίδι
- Δουλειά με τον δάσκαλο
- Δομημένο παιχνίδι (αξιοποιούμε τα ενδιαφέροντα του παιδιού)
- Ελεύθερο παιχνίδι (επανάληψη)
- Ατομική εργασία
- Τουαλέτα
- Φαγητό
- Εξωτερικές δραστηριότητες (στην αυλή)
- Ατομική εργασία
- Δουλειά με τον δάσκαλο (επανάληψη)
- Κολατσιό
- Τουαλέτα (επανάληψη)
- Σπίτι(Anderson, Taras, Cannon, 1996).

3. Το σύστημα ατομικής εργασίας

Αποτελεί έναν τρόπο οργάνωσης μίας δραστηριότητας στο σχολείο ή στο σπίτι, ώστε το άτομο με αυτισμό να μπορεί να το εφαρμόσει.

Τα ερωτήματα στα οποία δίνει απάντηση το σύστημα ατομικής εργασίας είναι:

- Τι δουλειά θα κάνω;
- Πού και πότε θα την κάνω;
- Πόση θα κάνω;
- Πώς ξέρω ότι τελείωσα;
- Τι ακολουθεί και τι κάνω μετά;(Sundberg, Partington, 1998).

4. Η οπτική παρουσίαση των δραστηριοτήτων

Αποτελεί ένα σύστημα επικοινωνίας για το παιδί που του επιτρέπει να κάνει μόνο του γνωστές τις ανάγκες του σε κάποιον άλλο.

Για να επιτευχθεί αυτό ακολουθούνται τα εξής 3 στάδια:

- ❖ Οπτική οργάνωση (τοποθέτηση των υλικών σε χωριστά κουτιά)

- ❖ Οπτικές οδηγίες (ο τρόπος που θα ασχοληθεί με τα υλικά)
- ❖ Οπτική σαφήνεια (σηματοδότηση σκοπού δραστηριότητας, π.χ. κωδικοποίηση με χρώματα, ετικέτες).

Παρουσιάζονται οπτικά ερεθίσματα, για να είναι σαφές το κάθε τι από το παιδί και για να δοθεί έμφαση στις σημαντικές πληροφορίες. (Sundberg, Partington, 1998).

Στόχος του TEACCH

Το πρόγραμμα οργανώνεται σε 3 μέρη ανάλογα με την ηλικία:

1. Primary Stage / Προκαταρκτικό Στάδιο (5-10 ετών): Τα παιδιά περνούν τον περισσότερο χρόνο στη τάξη.
2. Middle Stage / Μεσαίο Στάδιο (10-15 ετών): Τα παιδιά περνούν περισσότερο χρόνο στο χώρο του σχολείου, όχι αναγκαστικά με παιδιά άλλων τάξεων.
3. High Stage / Υψηλό Στάδιο (15-21 ετών): Οι έφηβοι περνούν περισσότερο χρόνο στην κοινότητα και στο χώρο εργασίας). (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Το TEACCH προτείνει πέντε διαστάσεις που πρέπει να διδάσκονται στη γλώσσα οι οποίες είναι το λεξιλόγιο, το πλαίσιο και τα συμφραζόμενα, η μορφή, η σημασιολογική και η επικοινωνιακή λειτουργία. Όσον αφορά στη διδασκαλία του λεξιλογίου, του πλαισίου και της μορφής, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η αδυναμία του παιδιού να γενικεύσει τις γλωσσικές του δεξιότητες σε περιπτώσεις αλλαγής πλαισίου ή προσώπου. (Anderson, Taras, Cannon, 1996).

Για τη διδασκαλία της σημασιολογικής και επικοινωνιακής λειτουργίας είναι δύσκολο να σχεδιαστούν τρόποι διδασκαλίας, λόγω του ότι αποτελεί ένα πολύ φυσικό κομμάτι των φυσιολογικών κοινωνικών συνθηκών.

ΜΑΚΑΤΟΝ

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, υπάρχει ένα ποσοστό παιδιών με αυτισμό που δεν αναπτύσσει καθόλου λόγο, απαραίτητη επομένως θεωρείται η παροχή εναλλακτικών μέσων έκφρασης με τη χρήση νοημάτων, εικόνων ή αντικειμένων. Μπορεί να γίνει διδασκαλία μιας νοηματικής γλώσσας με τα χέρια, όπως είναι το σύστημα Makaton. (Powell, 1991)

Το Makaton είναι ένα πρόγραμμα που δίνει τη δυνατότητα σε όλους όσους παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα αναπτυξιακών δυσκολιών στην επικοινωνία και το λόγο να καλλιεργήσουν αυτές τις δεξιότητες και να τις χρησιμοποιήσουν με ένα απλό αλλά πολύ λειτουργικό τρόπο, έτσι ώστε να μπορούν να συμμετέχουν στην κοινωνική ζωή, να χαίρονται, να έχουν επιλογές και να διεκδικούν τα δικαιώματά τους. (Collia-Faherty, 1999)

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

Η διδακτική του προσέγγιση εστιάζεται, σε πρώτο επίπεδο, στην απόκτηση βασικών δεξιοτήτων επικοινωνίας και γλώσσας και σε ένα υψηλότερο επίπεδο, στην κατάκτηση της ανάγνωσης και της γραφής. Η κατανόηση και χρήση του λόγου επιτυγχάνονται με τη χρησιμοποίηση νοημάτων ή και γραφικών συμβόλων που συνοδεύουν και υποστηρίζουν τον προφορικό λόγο. (Luiselli, Russo, Christian, Wilczynski, 1987)

Ιστορικό

Το Makaton σχεδιάστηκε το 1973 από την Αγγλίδα Λογοπεδικό Margaret Walker και αρχικά χρησιμοποιήθηκε σε ενήλικες κωφούς που παρουσίαζαν επιπλέον και σοβαρή μαθησιακή δυσκολία. Το 1978 εφαρμόστηκε στα Σχολεία Ειδικής Αγωγής της Μ. Βρετανίας και στη συνέχεια διαδόθηκε πολύ γρήγορα σε άλλα κοινοτικά πλαίσια καθώς και σε άλλες χώρες. (Luiselli, Russo, Christian, Wilczynski, 1987)

Το Makaton παρουσιάστηκε στην Ελλάδα, μέσω του Συλλόγου Λογοπεδικών το 1992. Στη συνέχεια το ίδρυμα "Παμμακάριστος" ανέλαβε τη διάδοση και προώθηση του προγράμματος. Από το 1998 τη νόμιμη εκπροσώπηση του προγράμματος στην Ελλάδα έχει το ίδρυμα "Η Παμμακάριστος", μέσω του Makaton Ελλάς.

Οι σκοποί λειτουργίας του Makaton Ελλάς είναι:

- ❖ Η προστασία και η διάδοση του προγράμματος
- ❖ Η διεξαγωγή σεμιναρίων για την εκμάθηση του προγράμματος
- ❖ Ο σχεδιασμός και η έκδοση αντίστοιχου εκπαιδευτικού υλικού

- ❖ Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας και των υπηρεσιών της σε θέματα ισότητας ευκαιριών και διεκδίκησης δικαιωμάτων. (Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων (**ΕΕΠΑΑ**))

Εκπαίδευση

Το πρόγραμμα Makaton διαθέτει μια μεγάλη ποικιλία βραχύχρονων σεμιναρίων μέσα στα οποία επιλέγεται το πιο κατάλληλο για τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε εκπαιδευόμενου (γονιού ή δασκάλου κ.λ.π.) σύμφωνα με το πόλο που αυτός έχει κοντά στα άτομα με μαθησιακές δυσκολίες. Τα σεμινάρια πραγματοποιούνται από εγκεκριμένους, από το Makaton Ελλάς, εκπαιδευτές, οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία το Ειδικό Σεμινάριο Εκπαίδευσης Εκπαιδευτικών.

Εκπαιδευτικά υλικά

Το Makaton Ελλάς έχει προσαρμόσει στην Ελληνική γλώσσα, από τα Αγγλικά το Βασικό λεξιλόγιο, τα Νοήματα και τα Σύμβολα έτσι ώστε να καλύπτει τις ανάγκες της σύγχρονης ελληνικής πραγματικότητας.

Η εκμάθηση όμως μιας νοηματικής αν και βασίζεται σε οπτικά μέσα στα οποία τα παιδιά με αυτισμό δείχνουν προτίμηση, συναντά παρόμοιους περιορισμούς με την ομιλούμενη γλώσσα. Αυτό συμβαίνει επειδή η νοηματική είναι μια πολύπλοκη γλώσσα, της οποίας η εκμάθηση περιλαμβάνει δεξιότητες μίμησης. (Aarons, Gittens, Tessa, 1999).

Έχει ακόμη παρατηρηθεί και στερεοτυπική χρήση των χειρονομιών, όπως συμβαίνει και με τον λόγο. Φαίνεται λοιπόν ότι η νοηματική γλώσσα μπορεί να είναι χρήσιμη και βοηθητική για κάποια παιδιά έτσι ώστε να επικοινωνήσουν αλλά συνήθως δεν τα βοηθά, και σε αυτό συντελεί και το γεγονός ότι η νοηματική δεν είναι κατανοητή από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, ώστε να αποτελέσει επαρκές μέσο επικοινωνίας. (Κρουσταλάκης, 1997).

Γι' αυτό, πρέπει να χρησιμοποιούνται συστήματα επικοινωνίας με εικόνες και αντικείμενα σε συνδυασμό με τη νοηματική, τα οποία γίνονται πιο εύκολα κατανοητά από άλλους, είναι πιο συγκεκριμένα και λιγότερο αυθαίρετα, καθώς οπτικοποιούν τα πράγματα. (Frith, 1999).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των Kierman, Reid, και Jones(1982), διαφαίνεται ότι η χρήση της νοηματικής, των εικόνων και των αντικειμένων σε παιδιά με αυτισμό συντελεί στην ανάπτυξη των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και του λόγου. Η καλύτερη μέθοδος για την ανάπτυξη της επικοινωνίας είναι η ξεχωριστή εκμάθηση νοημάτων και εικόνων για τα αντικείμενα και στη συνέχεια ο συνδυασμός τους. (Βούλγαρης, Μπαρμπάτσης, Μπότσα, Σιγλίδου, Σκουλιδου, 1997).

PECS- Picture Exchange System

(Σύστημα Επικοινωνίας μέσω Ανταλλαγής Εικόνων)

Μία από τις προσεγγίσεις οι οποίες *χρησιμοποιούν εικόνες για την ενεργοποίηση της επικοινωνίας* είναι το Picture Exchange System(PECS).

Το PECS (Σύστημα Επικοινωνίας μέσω Ανταλλαγής Εικόνων) είναι ένα πρόγραμμα επικοινωνίας, που επιτρέπει σε παιδιά και ενήλικες με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος και άλλες διαταραχές επικοινωνίας χωρίς λειτουργικό ή κοινωνικά αποδεκτό λόγο, να αρχίσουν να επικοινωνούν. (Collia-Faherty, 1999).

Το PECS (Picture Exchange Communication System) αναπτύχθηκε το 1985 από τους Lori Frost και Andy Bondy. Δεν απαιτεί σύνθετο ή ακριβό υλικό και μπορεί να εφαρμοστεί σε πλήθος διαφορετικών πλαισίων. Ωστόσο είναι απαραίτητη η εκπαίδευση σε αυτό από αναγνωρισμένους εκπαιδευτές.(Aarons, Gittens, Tessa, 1999).

Όσοι χρησιμοποιούν το PECS «αρχικά μαθαίνουν να πλησιάζουν και να δείχνουν την εικόνα του αντικειμένου που επιθυμούν στο "σύντροφο επικοινωνίας" (communicative partner) και να την ανταλλάσσουν με το επιθυμητό αντικείμενο. Με αυτό τον τρόπο, ο χρήστης ξεκινάει τη διαδικασία της επικοινωνίας, με συγκεκριμένα αποτελέσματα μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο.(Sundberg, Partington, 1998).

Οι εικόνες μπορεί να περιλαμβάνουν τρόφιμα, παιχνίδια και γενικά αντικείμενα για τα οποία το παιδί έχει εκδηλώσει ιδιαίτερη προτίμηση. Ο θεραπευτής παρουσιάζει την εικόνα στο παιδί επανειλημμένα κάθε φορά που αναζητά το αγαπημένο του αντικείμενο από τον θεραπευτή. Το παιδί αποκτά με αυτόν τον τρόπο μια βασική δεξιότητα επικοινωνίας, μαθαίνει να ξεκινά αυτοβούλως μια αλληλεπίδραση. (Sundberg, Partington, 1998).

Το πρωτόκολλο του PECS εξελίσσεται παράλληλα με την τυπική ανάπτυξη της γλώσσας με την έννοια, ότι πρώτα διδάσκει στον εκπαιδευόμενο πώς να επικοινωνήσει ή ποιες είναι οι βασικές αρχές επικοινωνίας. Αργότερα, τα παιδιά μαθαίνουν να επικοινωνούν με συγκεκριμένα μηνύματα. (Γενά, 2002)

Όσοι χρησιμοποιούν το PECS μαθαίνουν αρχικά να επικοινωνούν χρησιμοποιώντας μόνο μια εικόνα, αλλά μετά μαθαίνουν να συνδυάζουν εικόνες, ώστε να μάθουν διάφορες γραμματικές δομές, σημασιολογικές σχέσεις και λειτουργίες επικοινωνίας. Στη συνέχεια διδάσκεται η χρήση εικόνων και με άλλα άτομα, εκτός του θεραπευτή για η γενίκευση της αποκτημένης γνώσης. (Anderson, Taras, Cannon, 1996).

Το πρωτόκολλο του PECS είναι βασισμένο στην έρευνα και πρακτική εφαρμογή των αρχών της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης Συμπεριφοράς (Applied Behavioral Analysis). Δίνει έμφαση στην ανάπτυξη λειτουργικών δεξιοτήτων επικοινωνίας, στη χρήση κατάλληλων ενισχυτών και στη δημιουργία προγραμμάτων συμπεριφοριστικής παρέμβασης. Είναι απαραίτητη η χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών εκπαίδευσης, συστημάτων ενίσχυσης, στρατηγικών διόρθωσης του λάθους και στρατηγικών γενίκευσης για τη διδασκαλία κάθε δεξιότητας». (Κυπριωτάκης, 2003).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΟΥ (Play therapy)

Το παιχνίδι, είναι ένα θαυμάσιο εργαλείο που μπορεί να βοηθήσει παιδιά (ακόμα και ενηλίκους) με αυτισμό, να ξεπεράσουν την αυτο-απασχόληση και να εμπλακούν σε μία πραγματική, φυσιολογική αλληλεπίδραση με τους άλλους.

Αν χρησιμοποιηθεί σωστά, το παιχνίδι τους επιτρέπει να ερευνήσουν τα συναισθήματά τους, το περιβάλλον τους, καθώς και τη σχέση με την οικογένεια τους, και τους συνομηλίκους τους. (Retting, 1994).

Η θεραπεία μέσω του παιχνιδιού, σχεδιάστηκε αρχικά ως ένα μέσο για την παροχή ψυχοθεραπείας σε νέους, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το άγχος, τυχόν τραυματικές εμπειρίες καθώς και άλλες ψυχικές ασθένειες. (Mittledorf, Hendricks, Landreth, 2001)

Στο παραπάνω πλαίσιο, το παιχνίδι βοηθά τα παιδιά να χειριστούν τα συναισθήματά τους και να ανακαλύψουν μηχανισμούς αντιμετώπισης των προβλημάτων τους.

Ο τύπος αυτός της θεραπείας παιχνιδιού είναι ακόμη αρκετά δημοφιλής. Βέβαια, στα παιδιά με αυτισμό χρησιμοποιείται διαφορετικά. (Retting, 1994).

Η θεραπεία παιχνιδιού για τα παιδιά με αυτισμό λειτουργεί όπως η ψυχοθεραπεία για τον ενήλικο. Πρόκειται να βοηθήσει τα παιδιά να καταλάβουν τη συμπεριφορά τους και, εάν είναι απαραίτητο, να την αλλάξουν. (Κρουσταλάκης, 1997).

Ο Waterhouse (2000) αρχικά θεώρησε ότι η θεραπεία παιχνιδιού δεν ωφελεί τα παιδιά με αυτισμό ούτε, η παραδοσιακή ψυχαναλυτική θεραπεία παιχνιδιού, που στηρίζεται σε μεγάλο ποσοστό στην ερμηνεία και τη μεταφορά. Εντούτοις, τονίζει την ανάγκη για τον θεράποντα να γνωρίσει πλήρως τα προβλήματα που δημιουργούνται από τον αυτισμό, έτσι ώστε να αποφευχθούν παγίδες, όπως η παρερμηνεία του παιχνιδιού, οι οποίες θα έχουν ως συνέπεια την περαιτέρω σύγχυση. (Waterhouse, 2000)

Δυστυχώς, έχει πραγματοποιηθεί λίγη έρευνα για τη θεραπεία παιχνιδιού για τα παιδιά με αυτισμό. Επίσης, πολλοί αμφιβάλλουν για την αποτελεσματικότητα της παραδοσιακής θεραπείας παιχνιδιού αφού είναι σχεδόν αποκλειστικά μια απλή μορφή μελέτης. (Mitteldorf, Hendricks, Landreth, 2001).

Μετά από την διαπίστωση ότι ο αυτισμός είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή, πολλοί θεώρησαν την ψυχοδυναμική θεραπεία παιχνιδιού ακατάλληλη.

Εντούτοις, ο Broomfield (2000) υποστηρίζει ότι είναι κατάλληλη για τη βοήθεια μερικών παιδιών με αυτισμό υψηλής-λειτουργικότητας. (Broomfield, 2000)

Παρουσιάζει μια περιπτωσιολογική μελέτη τον Tim, ένα αγόρι με αυτισμό υψηλής-λειτουργικότητας, ο οποίος ξεκίνησε την ψυχοδυναμική θεραπεία παιχνιδιού στην εφηβεία. Αρχικά, κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων εφηβικών του χρόνων, η θεραπεία περιελάμβανε τη μίμηση διάφορων τηλεοπτικών προγραμμάτων και τηλεπαιχνιδιών. Αργότερα, το παιχνίδι άλλαξε και από τελετουργικό παιχνίδι μετατράπηκε σε παιχνίδι στο οποίο υπήρχε αυθορμητισμός, χιούμορ και συναίσθημα. Αυτό επέτρεψε στον Tim να παίξει και να μιλήσει για πράγματα στον πραγματικό κόσμο. Συνειδητοποίησε ότι θέλει να ζήσει μια φυσιολογική και καλή ζωή παρά τις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζει. Η θεραπεία του πήγε πολύ καλά και κατάφερε ακόμα και να σπουδάσει. (Broomfield, 2000)

Η βελτίωση των δεξιοτήτων παιχνιδιού των παιδιών με αυτισμό, τους δίνει μια αίσθηση κυριότητας, και αυξάνει την ευχαρίστησή τους και το κίνητρό τους για παιχνίδι, το οποίο από μόνο του είναι στόχος. Η Boucher επίσης υπογραμμίζει ότι το παιχνίδι πρέπει να είναι διασκεδαστικό.

Ακόμη υποστηρίζει πως οι γονείς μπορούν να μάθουν πολλά παρακολουθώντας τα παιδιά τους να παίζουν και αυτό δίνει την ευκαιρία στα αυτιστικά παιδιά να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους με λέξεις, ένας τομέας στον οποίο δυσκολεύονται.(Boucher, 1999)

Πολύ συχνά επίσης, η θεραπεία μέσω του παιχνιδιού, επιτρέπει στους γονείς των αυτιστικών παιδιών να αναλάβουν έναν πιο ενεργητικό ρόλο στην ανάπτυξη και τη θεραπεία του παιδιού τους. Ακόμη, οι γονείς μπορούν να διδαχθούν την συγκεκριμένη θεραπεία, και έτσι με την πάροδο του χρόνου, να γίνουν θεραπευτές του παιδιού τους, ενώ ταυτόχρονα οικοδομούν μια ισχυρότερη και πιο ουσιαστική σχέση μαζί τους. (Συνοδινού, 1999).

Οι ειδικοί, θα πρέπει να αξιοποιούν το παιχνίδι του αυτιστικού παιδιού ως διαγνωστική μέθοδο και ως θεραπευτική και μαθησιακή διαδικασία. Μέσω του παιχνιδιού είναι δυνατό να επικοινωνήσει κανείς με τα παιδιά αυτά και να τα βοηθήσει να διαμορφώσουν κοινωνική συμπεριφορά. (Waterhouse, 2000)

Ιατρικές και φαρμακολογικές θεραπείες

Η ιατρική ή φαρμακολογική θεραπευτική αντιμετώπιση τείνει να επικεντρώνεται σε συγκεκριμένα συμπτώματα του αυτισμού. Με το να χορηγούν συνταγές για φάρμακα οι γιατροί επιδιώκουν να:

- Περιορίσουν τα βασικά συμπτώματα των διαταραχών αυτιστικού φάσματος
- Προλάβουν επιβλαβείς συμπεριφορές όπως η επιθετικότητα προς άλλους και οι αυτοτραυματισμοί
- Διευκολύνουν και να βελτιώσουν την πρόσβαση σε εκπαιδευτικές ή άλλες θεραπείες με σκοπό να φέρουν το παιδί σε μια φυσιολογική σχολική τάξη εάν αυτό είναι δυνατό
- Μεγιστοποιήσουν τα ευεργετικά αποτελέσματα των μη ιατρικών παρεμβάσεων
- Βελτιώσουν την ποιότητα ζωής για το παιδί, την οικογένεια και το περιβάλλον τους (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Ο αυτισμός έχει περίπλοκες και πολύπλευρες εκφράσεις και διαφορετικά παιδιά έχουν διαφορετικά συμπτώματα. Επομένως, κανένα φάρμακο δεν θα ευεργετήσει τους πάντες και καθώς πολλά παιδιά έχουν περισσότερα από ένα συμπτώματα ή περίπλοκα συμπτώματα, περισσότερα από ένα φάρμακα μπορεί να πρέπει να χορηγηθούν. (Anderson, Taras, Cannon, 1996).

Η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να γίνεται στο πλαίσιο ενός συνολικού προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης για το παιδί. Για να αντιμετωπιστούν τα διαφορετικά συμπτώματα του αυτισμού, ένας αριθμός φαρμάκων διαφορετικών ειδών μπορεί να χορηγηθεί. (Anderson, Taras, Cannon, 1996).

Τα φαρμακευτικά σκευάσματα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του Αυτισμού είναι: SSRI (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης), αντικαταθλιπτικά, λίθιο, σταθεροποιητές διάθεσης, αντιψυχωσικά, αγχολυτικά ή φάρμακα που αντιμετωπίζουν το άγχος καθώς και ορισμένες νεώτερες δραστικές ουσίες από άλλες κατηγορίες φαρμάκων. Ο γιατρός σε συνεργασία με τους γονείς θα επιλέξει την πιο ευεργετική φαρμακευτική αγωγή, και να προσαρμόσει τη δοσολογία στις ανάγκες του κάθε παιδιού.

ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΕΥΕΛΙΞΙΑΣ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ

Τα αυτιστικά παιδιά χαρακτηρίζονται από την απουσία ευελιξίας στη σκέψη και τη συμπεριφορά.

Η τελετουργική συμπεριφορά που αναπτύσσουν, το στρες και η προκλητική συμπεριφορά στη διατάραξη των συνηθειών τους, καθώς και η αδυναμία μεταφοράς της αποκτημένης γνώσης από μία δεδομένη κατάσταση σε μία άλλη καταδεικνύουν την παραπάνω άποψη.

Για την εφαρμογή της παρέμβασης στα πλαίσια της ενθάρρυνσης της ευελιξίας της σκέψης και της συμπεριφοράς είναι αρχικά απαραίτητο η συνειδητοποίηση εκ μέρους του θεραπευτή του διαφορετικού τρόπου σκέψης του κάθε παιδιού. Ο θεραπευτής πρέπει να είναι δημιουργικός και ευέλικτος στις μεθόδους που θα χρησιμοποιήσει για να ενθαρρύνει την ευκαμψία στη σκέψη και τη συμπεριφορά του παιδιού και του δίνει ευκαιρίες να ελέγχει τη μάθησή του και να αυξάνει την κατανόηση και τις δεξιότητές του. (Sundberg, Partington, 1998).

Τα παιδιά με αυτισμό μαθαίνουν μέσω της συνήθειας χωρίς πραγματική συνείδηση της μάθησης και χωρίς την ικανότητα παρακολούθησής της. Αυτό πρακτικά σημαίνει εξάρτηση από τους άλλους για την παροχή κωδικών ή ενδείξεων, ενώ σε περίπτωση αλλαγής ή διακοπής της μαθημένης συμπεριφορικής ακολουθίας υπάρχει διάσπαση και αδυναμία εκτέλεσής της. (Quinn, 1995). Ο θεραπευτής πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψιν όλα τα παραπάνω κατά τον σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης. Η παρέμβαση σε πρώτο επίπεδο αποσκοπεί στην *αναπλήρωση βασικών γνωστικών δυσχερειών* στους τομείς της αντίληψης, της προσοχής, της μνήμης, της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων, της απόκτησης εννοιών και της γενίκευσης. (Γενά, 2002).

Συγκεκριμένα, στο επίπεδο της αντίληψης τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν είτε υπερευαισθησία είτε υποευαισθησία, γι' αυτό τον λόγο παρατηρούνται αρκετές φορές ακραίες αντιδράσεις, οι οποίες δημιουργούν επιπλοκές στη μάθηση. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Σε περίπτωση που το παιδί παρουσιάζει υπερευαισθησία στα γενικά ερεθίσματα τότε συνίσταται να δίνεται στο παιδί από τον θεραπευτή μια συσκευή για τον ευχερή έλεγχο της έντασης των ερεθισμάτων, όπως για παράδειγμα ωτοασπίδες, φορητό ραδιόφωνο ή γυαλιά με χρωματιστούς φακούς έτσι ώστε να ελέγχει το περιβάλλον. Η αίσθηση αυτή του ελέγχου που απαιτεί το παιδί συμβάλλει στη μείωση του φόβου και

του άγχους που προκαλεί η υπερδιέγερση και επιδρά αισθητά στην συμπεριφορά του. (Trevarthen et al, 1995)

Απαραίτητη για την ουσιώδη μάθηση θεωρείται η **μνημονική ικανότητα**. Στην περίπτωση του αυτιστικού φάσματος δεν παρατηρείται μια φτωχή στο σύνολό της μνήμη, αλλά το πρόβλημα σχετίζεται με τον τρόπο αποθήκευσης και ανάκλησης των γεγονότων. (Jordan, Powell, 2001). Τα παιδιά με αυτισμό μπορούν να ανακαλέσουν δεδομένα για τον εαυτό τους και επεισόδια χωρίς προσωπικό στοιχείο με ιδιαίτερη ακρίβεια, η δυσκολία τους όμως έγκειται στην ανάπτυξη της προσωπικής επεισοδιακής μνήμης, η οποία απαιτεί την ανάλογη κωδικοποίηση γεγονότων. (Wing, 1996).

Τέλος, διαθέτουν καλή διαδικαστική γνώση δεξιοτήτων, δυσκολεύονται όμως να θυμηθούν τον εαυτό τους να εκτελεί τέτοιες πράξεις, να συμμετέχει σε γεγονότα ή να διαθέτει γνώσεις και στρατηγικές. Αυτό, συνεπάγεται την εξάρτηση από τους άλλους που θα τους παρέχουν σωστούς κώδικες για να αρχίσουν, ενώ σε περίπτωση διακοπής του μαθημένο τρόπου εκτέλεσης μιας ενέργειας το παιδί αδυνατεί να αντιδράσει. (Anderson, Taras, Cannon, 1996). Για να βοηθηθεί το παιδί να θυμάται με τρόπους που έχουν νόημα, χρειάζεται να μάθει στρατηγικές για να το κάνει αυτό. Ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει τους φυσικούς κώδικες του περιβάλλοντος για την υποβοήθηση της μνήμης. (Jordan, Powell, 2001). Να ζητήσει δηλαδή από το παιδί μετά την εκτέλεση της δραστηριότητας να θυμηθεί τι έκανε, εφόσον υπάρχουν κώδικες που κινητοποιούν τη μνήμη του παιδιού. Η κινητοποίηση της μνήμης μπορεί να επιτευχθεί και με τη χρήση φωτογραφικών ή βιντεοσκοπημένων ταινιών, αφού συμβάλλουν στο να σκεφτεί το παιδί πάνω στις δικές του πράξεις ή σε γεγονότα που έχουν συμβεί. (Sundberg, Partington, 1998).

Τα παιδιά με αυτισμό αντιμετωπίζουν επίσης δυσκολίες στην **επίλυση προβλημάτων**, αποτέλεσμα της έλλειψης μεταγνωστικών δεξιοτήτων. Τα παραπάνω συνεπάγονται μηχανική μάθηση, την προσκόλληση σε μαθημένες αντιδράσεις σε συγκεκριμένες συνθήκες και σε περίπτωση αποτυχίας του επιθυμητού αποτελέσματος τη σύγχυση και την απογοήτευση. (Frith, 1999). Η ουσία της παρέμβασης για την επίλυση προβλημάτων είναι να δοθούν στο παιδί αρκετές εναλλακτικές αντιδράσεις και να συνειδητοποιήσει ότι χρειάζονται διαφορετικές προσεγγίσεις σε διαφορετικές

καταστάσεις. Ο θεραπευτής πρέπει να μπλοκάρει την αντίδραση του παιδιού που παλαιότερα είχε επιτυχία και να του προσφέρει μια εναλλακτική αρχικά, μετά μια άλλη και να τις επαναλάβει, μέχρις ότου το παιδί να αποκτήσει ένα ρεπερτόριο τεχνικών για την επίλυση προβλημάτων. (Sunderg, Partington, 1998).

Όμως, για την ανάπτυξη της ευέλικτης σκέψης και συμπεριφοράς δεν είναι αρκετή η εκμάθηση στο παιδί ποικιλίας στρατηγικών για την επίλυση προβλημάτων. Θεωρείται αναγκαία η βοήθεια, έτσι ώστε το παιδί να συνειδητοποιήσει την κατοχή αυτών των στρατηγικών και ότι βρίσκεται στη δική του βούληση η εφαρμογή τους, ανάλογα με τις εκάστοτε περιστάσεις. (Γενά, 2002).

Τα αυτιστικά παιδιά φαίνεται να έχουν μειονεκτήματα και στο **σχηματισμό των εννοιών**. Ο τρόπος σκέψης τους βασίζεται σε συγκεκριμένες εμπειρίες, αδυνατούν δηλαδή να σκεφτούν για αφηρημένες έννοιες, και έτσι καταστέλλεται η δημιουργική σκέψη και η μάθηση. (Jordan, Powell, 2001). Επομένως ο θεραπευτής για να διευρύνει τις εννοιολογικές κατακτήσεις του παιδιού θα πρέπει να εισάγει εξ' αρχής την ευρύτερη έννοια, μαθαίνοντας στο παιδί να προσέχει το νόημα. Δεν πρέπει να μαθαίνουμε στο παιδί πρώτα για κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο, που στη συνέχεια θα πρέπει να «ξεμάθει» σαν συγκεκριμένο μαθαίνοντας μια γενικότερη έννοια. (Sundberg, Partington, 1998).

Μία άλλη δυσκολία των αυτιστικών παιδιών είναι η **γενίκευση των αποκτημένων γνώσεων και δεξιοτήτων σε διαφορετικές συνθήκες**. Ο θεραπευτής, όπως και στην επίλυση προβλημάτων, πρέπει να βοηθήσει το παιδί να συνειδητοποιήσει την κατοχή των γνώσεων. (Anderson, Taras, Cannon, 1996). Για την επίτευξη του παραπάνω στόχου, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ομιλία, πράγμα που σημαίνει την εξάσκηση των παιδιών στο να ονομάζουν αυτό που κάνουν. Σε περίπτωση που ο λόγος των παιδιών δεν έχει αναπτυχθεί, τότε ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει φωτογραφίες που παρουσιάζουν τα στάδια εκτέλεσης μιας δραστηριότητας για την υποβοήθηση της ανάκλησης και της γενίκευσης σε άλλες συνθήκες. (Quill, 2005).

ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ, ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ, ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

Τα παιδιά με αυτισμό έχουν ανάγκη από **δια βίου εκπαίδευση**, αφού χρειάζεται να μάθουν και να εξασκηθούν σε πράγματα που οι άλλοι μαθαίνουν με φυσικό τρόπο. Η θεραπευτική παρέμβαση που θα εφαρμοστεί σε κάθε παιδί πρέπει να αποσκοπεί στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων και των εμπειριών διαβίωσης και ελεύθερου χρόνου προκειμένου τα αυτιστικά παιδιά να εξελιχθούν σε εφήβους ή ενήλικες που μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται και να είναι όσο το δυνατόν πιο αυτόνομοι σε όλους τους τομείς της ζωής τους. (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).

Όταν μιλάμε για αυτονομία εννοούμε την ικανότητα ανεξάρτητης διαχείρισης της ζωής τους και ικανοποίησης των βασικών τους αναγκών, του τρόπου διάθεσης του ελεύθερου χρόνου τους και την εξεύρεση εργασίας. Η απόκτηση της ανεξαρτησίας είναι δύσκολο να επιτευχθεί και δυστυχώς τα περισσότερα παιδιά με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή χρειάζονται κάποιον που να τα προστατεύει καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής τους. (Κρουσταλάκης, 1997).

Πρωταρχικός στόχος της θεραπευτικής παρέμβασης, πρέπει να είναι η εκμάθηση λειτουργικών δεξιοτήτων διαβίωσης. Αυτό γίνεται πάντα σε συνεργασία με τους γονείς, τους οποίους ο θεραπευτής οφείλει να καθοδηγήσει στην προσπάθεια αυτή. Στις δεξιότητες αυτές περιλαμβάνεται το ντύσιμο, η χρήση της τουαλέτας, το πλύσιμο, το καθάρισμα των δοντιών, η χρήση του πηλιδιού και του μαχαιριού και γενικά όλες οι ανάγκες της καθημερινής ζωής. (Sundberg, Partington, 1998).

Για να μάθει ο θεραπευτής σε ένα παιδί να ντύνεται μόνο του για παράδειγμα, αφού εξακριβώσει την πηγή των δυσκολιών του παιδιού μπορεί να χρησιμοποιήσει την σωματική καθοδήγηση στις κινήσεις που είναι απαραίτητες για τη συγκεκριμένη δεξιότητα, ενώ ενδείκνυται και η χρήση φωτογραφιών σε διάφορα στάδια του ντυσίματος, καθώς τα αυτιστικά παιδιά μαθαίνουν καλύτερα μέσω της οπτικής οδού. (Trevanthen et al., 1996).

Μια ακόμη στρατηγική θα μπορούσε να είναι η διαίρεση της διαδικασίας σε μικρότερα βήματα και η διδασκαλία ενός βήματος τη φορά και την επιβράβευση του παιδιού όταν τα καταφέρνει. (Sundberg, Partington, 1998).

Η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου αποτελεί μία ακόμη προβληματική περιοχή για τα παιδιά με αυτισμό. Ο ελεύθερος χρόνος για τα παιδιά αυτά αποτελεί πηγή στρες και δυσφορίας. Εξαρτώνται από άλλους να τους προμηθεύουν με δραστηριότητες δομημένες, έτσι ώστε να μπορούν να συμμετέχουν σε αυτές. (Happe, 1998). Η θεραπευτική παρέμβαση που θα ακολουθηθεί πρέπει να δίνει στο παιδί την ευκαιρία ανάπτυξης δεξιοτήτων στον ελεύθερο χρόνο, προκειμένου να διοχετεύσουν δημιουργικά την ενεργητικότητά τους και να αποφύγουν την εκδήλωση αυτοδιεγερτικών συμπεριφορών. (Buttler, Luiselli, 2007).

Ο προγραμματισμός της ημέρας του παιδιού από τον θεραπευτή θα πρέπει να περιλαμβάνει και αναλυτικό πρόγραμμα του χρόνου ελεύθερης δραστηριότητας. (Jordan, Powell, 2001).

Η αλληλεπίδραση ακόμη του αυτιστικού παιδιού με συνομηλίκους του και η ύπαρξη ενός φίλου, θα το βοηθήσουν να συμμετέχει σε μια σειρά διασκέδασων που διαφορετικά θα ήταν απρόσιτες. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005). Ο Royers επισημαίνει ότι ο «αποκλεισμός» των αυτιστικών παιδιών από τις παρέες, όχι μόνο βλάπτει την αυτοεκτίμηση του παιδιού, αλλά συμβάλλει στη διαιώνιση των προβλημάτων στον κοινωνικό και συναισθηματικό τομέα. (Buttler, Luiselli, 2007).

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

Βασικό χαρακτηριστικό του αυτισμού αποτελούν οι συναισθηματικές δυσκολίες. Τα άτομα με αυτισμό δυσκολεύονται όχι μόνο να διαβάσουν τα συναισθήματα των άλλων και να αναλογίζονται τα δικά τους, αλλά και στη σύνδεση του συναισθήματος με την αντίληψη και τη σκέψη. (Κυπριωτάκης, 2003).

Η αναγνώριση των εκφράσεων των συναισθημάτων είναι μία από τις περιοχές που παρουσιάζουν πρόβλημα στον αυτισμό. Τα αυτιστικά παιδιά, άλλα σε μεγαλύτερο και άλλα σε μικρότερο βαθμό, δεν καταφέρνουν να αντιληφθούν ή να ανταποκριθούν στα συναισθήματα που εκφράζουν οι άλλοι, ενώ και όταν το κάνουν, η ανταπόκρισή τους μπορεί να είναι ακατάλληλη, ασυνήθιστη, και χωρίς ενσυναίσθηση. (Frith, 1999). Για παράδειγμα το κλάμα κάποιου άλλου μπορεί να φανεί περίεργο στο παιδί και να ξεσπάσει σε γέλια ή το γέλιο μπορεί να είναι αντίδραση στα νεύρα των γονέων ή σε

αναστάτωση του ίδιου του παιδιού. Υπάρχει επίσης δυσκολία στην αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων των ίδιων των αυτιστικών παιδιών. (Ozonoff, Rogers, Hendren, 2003).

Πρωταρχικός στόχος της παρέμβασης θα πρέπει να είναι η εκπαίδευση στην αναγνώριση των πιο ευδιάκριτων συναισθημάτων χάρη στις τυπικές εκφράσεις του προσώπου «χαρά», «λύπη», «έκπληξη», «θυμός». (Trevarthen et al., 1996). Στην αρχή μπορούν να χρησιμοποιηθούν βιντεοσκοπημένα στιγμιότυπα, με σκοπό να εστιαστεί η προσοχή του παιδιού στις εκφράσεις του προσώπου και τις στάσεις του σώματος, τις δικές του και των άλλων καθώς και στις καταστάσεις που προκάλεσαν τη συγκεκριμένη συναισθηματική έκφραση. Από τη στιγμή που το παιδί θα αρχίσει να στρέφει την προσοχή του στις παραπάνω εκφράσεις, τότε συντελείται ένα βήμα για την εκμάθηση του κοινωνικού και συναισθηματικού νοήματος, όμως η ουσιαστική κατανόηση θα προέλθει από την αναγνώριση πραγματικών συναισθημάτων εντός του εαυτού και των άλλων. (Luiselli, Russo, Chirstian, 2008). Η παραπάνω τεχνική είναι αποτελεσματική όταν τα συναισθήματα είναι ξεκάθαρα, χωρίς διαφορούμενα μηνύματα, έτσι ώστε να μην δυσκολεύονται τα παιδιά στην κατανόηση συναισθηματικών εκφράσεων. Σε περίπτωση ύπαρξης συγκεχυμένων μηνυμάτων ή δυσκολίας απομόνωσης των εκφράσεων, μπορούν να χρησιμοποιηθούν φωτογραφίες. (Luiselli, Russo, Chirstian, 2008).

Ακόμη ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει πιο φυσικούς τρόπους, όπως το να δείξει στο παιδί την όψη του (άμεσα σε έναν καθρέφτη ή έμμεσα με βίντεο και φωτογραφίες), τις αντιδράσεις του σώματός του σε διάφορες καταστάσεις και το πλαίσιο που διαμορφώνει τελικά το νόημα του συναισθήματος. (Thompson, Robert, O'Quinn, 1979). Επιπρόσθετα, η σαφής έκφραση εκ μέρους του θεραπευτή των συναισθημάτων του και η συγκέντρωση της προσοχής του παιδιού στο τι αισθάνεται με τον ταυτόχρονο ονοματισμό του συναισθήματος που εκφράζει, δρα βοηθητικά για το παιδί. (Γενά, 2002).

Μεγάλη σημασία για την ανάπτυξη της συναισθηματικής κατανόησης έχει επίσης η ομαδική θεραπευτική παρέμβαση. Για τα μικρά παιδιά με αυτισμό οι ομαδικές δραστηριότητες μπορούν να επικεντρωθούν σε ένα συγκεκριμένο συναίσθημα. (Κρουσταλάκης, 1997). Συνηθισμένα τραγούδια μπορούν να τροποποιηθούν όπως για παράδειγμα το «χαρωπά τα δυο μου χέρια τα χτυπά» με συγκεκριμένες ενέργειες, όπως «το φίλο μου από το χέρι τον κρατώ». Σε τέτοια παιχνίδια ο θεραπευτής αρχικά

δείχνει, παρακινεί και ενισχύει τις ενέργειες εκείνες που δείχνουν στοργική συμπεριφορά. (Κωνστανταρέα, 2001).

Στόχος της παρέμβασης είναι αρχικά η διδασκαλία στρατηγικών διαχείρισης των συναισθημάτων. Η χωρίς αναστολή έκφραση των συναισθημάτων έχει να κάνει συνήθως με αρνητικά συναισθήματα, όπως συμπεριφορές αυτοτραυματισμού ή επιθετικότητας σε άλλους. (Ozonoff, Rogers, Hendren, 2003).

Αυτό που η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να προσφέρει στο παιδί είναι κατ'αρχήν η αναγνώριση του συναισθήματος που εκφράζει(είτε ονοματίζοντάς του, είτε δείχνοντας του την όψη του στον καθρέφτη) και στη συνέχεια η παροχή εναλλακτικών τρόπων έκφρασής του. (Sundberg, Partington, 1998). Η προσπάθεια εμπόδισης της έκφρασης του παιδιού χωρίς τη διδασκαλία εναλλακτικών μέσων εμποδίζει την περαιτέρω ανάπτυξη της κατανόησης των συναισθημάτων. Ακόμη κι αν το παιδί δεν διαθέτει άλλο τρόπο για να εκφράζει ένα συναίσθημα τότε εμποδίζεται ο μοναδικός τρόπος έκφρασής του. (Frith, 1999).

Ο θεραπευτής στα πλαίσια της παρέμβασης συνιστάται να εκμεταλλεύεται κάθε συναισθηματική έκφραση του παιδιού έτσι ώστε να βελτιωθεί η ικανότητα κατανόησης και παρακολούθησης του συναισθήματος εκ μέρους του παιδιού. Ο θεραπευτής θα πρέπει να δίνει ένα όνομα στο συναίσθημα που εκφράζεται από το παιδί, να επισημαίνει τις σωματικές του εκδηλώσεις και τους παράγοντες που το πυροδοτούν σε κάθε συνθήκη. (Ozonoff, Rogers, Hendren, 2003).

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ- ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΟΝΕΩΝ

Αναμφίβολα, η γέννηση ενός παιδιού με αυτισμό επηρεάζει τη δομή και τον τρόπο ζωής της οικογένειας. Η οικογενειακή ζωή περιστρέφεται και προσαρμόζεται στις ανάγκες του αυτιστικού παιδιού με αποτέλεσμα τη θεώρησή της ως «αυτιστική οικογένεια». (Ζιώνιου-Σιδέρη, 2004). Εξ' αιτίας της επίδρασης που έχει η ύπαρξη ενός αυτιστικού παιδιού σε ολόκληρη την οικογένεια, αλλά και στην επιτυχία της θεραπευτικής παρέμβασης, αναγκαία κρίνεται η παροχή συμβουλευτικής στα μέλη της. (Aarons, Gittens, Tessa, 1999).

Οι γονείς είναι αυτοί που αρχικά θα χρειαστούν την ψυχολογική υποστήριξη από τον θεραπευτή προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα αισθήματα απογοήτευσης για τη γέννηση ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες. Μέσα από τη συμβουλευτική, αφού επιλύσουν τα προσωπικά τους προβλήματα θα συνειδητοποιήσουν την αναγκαιότητα του ψυχοπαιδαγωγικού τους ρόλου μέσα στην οικογένεια. (Κρουσταλάκης, 1997). Έτσι λοιπόν οι γονείς, μέσα σ' αυτό το πλαίσιο εργασίας, μπορούν να αποκτήσουν τις απαραίτητες ικανότητες, για να αντιμετωπίζουν με αισιοδοξία, υπομονή και επιμονή αλλά και με σταθερότητα συμπεριφοράς, χωρίς υπερπροστατευτικές τάσεις τα προβλήματα και τις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού. (Butler, Luiselli, 2007).

Η προσδοκία του ερχομού στον κόσμο του «άξιου συνεχιστή τους», ο οποίος θα εκπλήρωνε τα απραγματοποίητα όνειρά τους διαψεύδεται και εισέρχονται στη φάση του πένθους για το «χαμό» του υγιούς παιδιού τους. Σε αυτό το σημείο η παρέμβαση πρέπει να ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων θλίψης των γονέων, με όποιο τρόπο και αν εκφράζονται. (Κρουσταλάκης, 1997).

Το στάδιο της άρνησης και της ενοχής είναι ένα ακόμη στάδιο κοινό στους γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες και ειδικά αυτιστικών και αυτό γιατί επαναπαύονται από την φαινομενικά φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού τους. (Wing, 1996). Αυτό, έχει ως συνέπεια οι γονείς να απευθύνονται σε πλήθος ειδικών, αναζητώντας μία όσο το δυνατόν καλύτερη διάγνωση με αποτέλεσμα να χάνεται πολύτιμος χρόνος, έως ότου κατασταλάξουν και αποδεχθούν το πρόβλημα του παιδιού τους. (Κωνστανταρέα, 2001). Τα συναισθήματα ενοχής κάνουν την εμφάνισή τους μετά την αποδοχή της διάγνωσης. Για την αντιμετώπιση των αισθημάτων ενοχής και ανεπάρκειας των

γονέων, η αποτελεσματικότερη παρέμβαση είναι η ενημέρωση των γονέων για το φαινόμενο του αυτισμού και τις αιτίες που το προκαλούν. (Κυπριωτάκης, 2003).

Όπως συμβαίνει και με τους γονείς, έτσι και τα αδέρφια βιώνουν μία ποικιλία συναισθημάτων, αναφορικά με τη γέννηση του αυτιστικού αδελφού. Τα περισσότερα παιδιά ξεκινούν αποδεχόμενα το αυτιστικό τους αδελφάκι χωρίς όρους. (Aarons, Gittens, Tessa, 1999). Αυτή η αποδοχή συχνά εξελίσσεται σε ζήλια για την προσοχή και την φροντίδα που συγκεντρώνει το αυτιστικό μέλος, σε αισθήματα απόρριψης προς τους γονείς, αφού νιώθει ότι βρίσκεται σε «δεύτερη μοίρα». (Aarons, Gittens, Tessa, 1999). Τα αδέρφια αυτιστικών παιδιών συχνά παρουσιάζουν μελαγχολική διάθεση, εφόσον στερούνται αρκετά τους γονείς τους, αλλά δεν είναι επιρρεπή στην εκδήλωση προβλημάτων κοινωνικής προσαρμογής. (Κωνστανταρέα, 2001).

Καθώς μεγαλώνουν και βρίσκονται στη φάση όπου η πίεση των συνομηλίκων αυξάνεται, νιώθουν ντροπή για το αδελφάκι τους, όμως αυτή η πίεση υποχωρεί αναλαμβάνοντας την προστασία του. (Aarons, Gittens, Tessa, 1999). Μια σημαντική πηγή άγχους για τα αδέρφια των αυτιστικών παιδιών είναι οι αυξημένες απαιτήσεις των γονέων και η μετατόπιση σε αυτά ευθυνών σχετικά με την φροντίδα του αδελφού, αλλά και με οικιακές δουλειές. (Satkiewicz et al., 2001).

Στόχος της θεραπευτικής παρέμβασης που εφαρμόζεται στην οικογένεια του αυτιστικού παιδιού είναι η μύηση των μελών της και ιδιαίτερα των γονιών στις τεχνικές εκπαίδευσης και αποκατάστασης του αυτιστικού παιδιού. (Wing, 1996).

Οι γονείς και γενικά αυτοί που φροντίζουν ένα παιδί με αυτισμό είναι οι πιο σημαντικοί δάσκαλοι του. Αυτοί είναι που περνούν τον περισσότερο χρόνο με το παιδί, ως εκ τούτου γνωρίζουν καλύτερα τι του αρέσει και τι δεν του αρέσει. (Lainhart, 1999). Είναι πια αποδεδειγμένο πως όταν οι γονείς συμμετέχουν στην θεραπεία αυξάνονται οι πιθανότητες βελτίωσης. Καταλυτικός παράγοντας στην βελτίωση είναι η συμμαχία, το κοινό μέτωπο μεταξύ γονέων και θεραπευτών. (Κρουσταλάκης, 1997). Είναι πολύ χρήσιμο λοιπόν να ζητήσουν οι γονείς οι ίδιοι κάποια εκπαίδευση με την οποία θα μπορέσουν να βοηθήσουν το παιδί τους και θα συμβάλλει στην μείωση του άγχους τους σχετικά με την νέα αυτή κατάσταση που καλούνται να αντιμετωπίσουν. (Satkiewicz et al., 2001).

ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

Υπάρχουν κάποιοι τρόποι επικοινωνίας που φαίνεται να διευκολύνουν το παιδί με αυτισμό και να αυξάνουν την πιθανότητα ανταπόκρισης του.

- Όταν μιλούν στο παιδί οι γονείς να προσπαθήσουν να έχουν όλη την προσοχή του. Να αναφέρουν το όνομα του πριν απευθυνθούν σε αυτό για να γνωρίζει ότι του μιλούν. Να μειώσουν τυχόν θορύβους (π.χ. τηλεόραση ή ραδιόφωνο) για να μπορεί να συγκεντρωθεί στα λόγια τους. (Sundberg, Partington, 1998).
- Να είναι απλοί, σαφείς και σύντομοι. Για παράδειγμα αντί να πουν «Θα μπορούσες να έρθεις να κάτσεις εδώ;» θα βοηθούσε να πουν «Μαρίνα, κάθισε στην καρέκλα.» (Mash, Barkley, Heffernan, 2003).
- Καλό είναι να αποφεύγουν ειρωνείες, σαρκασμό, ρητορικές ερωτήσεις και υπονοούμενα γιατί προκαλούν σύγχυση στο παιδί. Στην ερώτηση «Μπορείς να μου φέρεις ένα ποτήρι νερό;» Το πιο πιθανό είναι να απαντήσουν πως μπορούν, οπότε μια λιγότερο μπερδεμένη διατύπωση θα ήταν «Γιώργο, σε παρακαλώ δώσε μου ένα ποτήρι νερό».(Anderson, Taras, Cannon, 1996).
- Βοηθά να επισημαίνουμε στον συνομιλητή μας τι θα πρέπει να κάνει και όχι τι δεν θα έπρεπε να έχει κάνει για να γνωρίζει πώς να φερθεί την επόμενη φορά που θα βρεθεί στην ίδια κατάσταση, π.χ. όχι «Μην είσαι αγενής» αλλά «Δημήτρη, δώσε το χέρι σου στην Μαρία και πες της γεια.» (Buckhardt,2001).
- Καλόν είναι οι γονείς να μην χαρακτηρίζουν το παιδί αλλά την συμπεριφορά. Να αποφεύγουν γενικούς χαρακτηρισμούς όπως «Είσαι ακατάστατος» αλλά να προσδιορίζουν το λάθος που έκανε και να αναφέρουν τι θα ήθελαν να κάνει. «Γιάννη, μην αφήνεις τα παιχνίδια στο σαλόνι. Πήγαινε το παζλ και τα αυτοκινητάκια στο δωμάτιο σου». (Aarons, Gittens, Tessa, 1999).
- Να χρησιμοποιούν εικόνες. Τα περισσότερα παιδιά καταλαβαίνουν καλύτερα πληροφορίες που τους παρέχονται οπτικά παρά λεκτικά. (Κυπριωτάκης, 1997).
- Να φτιάξουν ένα καθημερινό πρόγραμμα δραστηριοτήτων για το παιδί. Η σταθερότητα και η οργάνωση θα το βοηθήσουν να λειτουργήσει καλύτερα. Πρώτα να σιγουρευόμαστε πως το παιδί γνωρίζει τι θα πρέπει να κάνει μετά. Για παράδειγμα να πουν πως «μετά το φαγητό θα κάνεις μπάνιο.» Αν γνωρίζει την ώρα θα ήταν ακόμα πιο βοηθητικό να του πουν ότι «Θα φύγουμε στις έξι.» (Sundberg, Partington, 1998).

Η φροντίδα ενός παιδιού με αυτισμό είναι εξαιρετικά απαιτητική. Η πίεση, η ανησυχία και η κατάθλιψη αυξάνονται μεταξύ των γονέων των παιδιών με μια

αναπτυξιακή αναταραχή. (Powell, Hecimovic, Christensen, 1992). Εντούτοις, οι διαδικασίες που οδηγούν στην κατάθλιψη και την ανησυχία είναι ανεπαρκώς κατανοητοί. (Buttler, Luisselli, 2007). Σε μια έρευνα, όπου συγκρίθηκαν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ανάμεσα σε γονείς αυτιστικών παιδιών, γονείς παιδιών με σύνδρομο Down και γονείς φυσιολογικών παιδιών, διαπιστώθηκε ότι οι γονείς παιδιών με κάποια διαταραχή παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, τα υψηλότερα εκ των οποίων παρατηρήθηκαν σε γονείς αυτιστικών παιδιών. (Luiselli, Russo, Christian, 2008).

Για να τα καταφέρουν οι γονείς θα πρέπει να προσέχουν και να φροντίζουν και την δική τους υγεία. Πρέπει να μοιράζονται τις ευθύνες με τα άλλα μέλη της οικογένειας. Όταν ο/η σύζυγος ή τα παιδιά θέλουν να βοηθήσουν θα πρέπει να αποδέχονται την βοήθεια. Μπορεί να μην έχουν συνηθίσει να ζητάνε βοήθεια αλλά όταν άλλοι συγγενείς, φίλοι ή γείτονες προσφέρουν την βοήθεια τους καλό είναι να τη δέχονται (Satkiewicz et al., 2001).. Επίσης, πρέπει να βρίσκουν χρόνο για τον εαυτό τους. για να χαλαρώνουν, να διασκεδάζουν, να βλέπουν φιλικά τους πρόσωπα. Αυτά τα διαλείμματα ξεκούρασης θα βοηθήσουν να ανακτούν τις δυνάμεις τους και να μην ξεπερνούν τα όριά τους. (Κρουσταλάκης, 1997).

- ❖ Επιπροσθέτως, μπορούν να μοιραστούν τις ανησυχίες και τα συναισθήματα τους και να μάθουν από τις εμπειρίες και τα λάθη άλλων γονέων σε συλλόγους γονέων παιδιών με αυτισμό. Εκεί θα βρουν ενημέρωση, στήριξη και ίσως κάποιες λύσεις. Είναι σημαντικό να καταλάβουν πως δεν είναι μόνοι. (Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων (ΕΕΠΑΑ)

Τέλος, δεν πρέπει να κατηγορούν τον εαυτό τους ή το παιδί τους για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Η καλή ψυχική και σωματική υγεία θα εξασφαλίσει στο παιδί την υποστήριξη που χρειάζεται. (Γενά, 2002, Κρουσταλάκης, 1997).

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι το παιδί με αυτισμό έχει ανάγκη συνεχούς φροντίδας και υποστήριξης, τόσο από ειδικούς, όσο και από την οικογένεια στο σύνολό της για τον υπερκερασμό των προβλημάτων που προκαλεί το συγκεκριμένο σύνδρομο.

ΣΥΝΟΨΗ:

Τα προγράμματα που χρησιμοποιούνται για την θεραπευτική αντιμετώπιση του αυτισμού είναι ποικίλα, με κοινό στόχο την ανάπτυξη του υπάρχοντος δυναμικού του παιδιού με αυτισμό, την αποκατάσταση βασικών δυσκολιών και την εκμάθηση νέων βασικών δεξιοτήτων.

Τα πιο αποτελεσματικά προγράμματα φροντίδας περιλαμβάνουν: πρώιμη παρέμβαση, εξατομικευμένα προγράμματα που αφορούν την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά του παιδιού, συστηματική δομημένη διδασκαλία που στηρίζεται σε ειδικά μαθησιακά υλικά και εντατικά εκπαιδευτικά προγράμματα που εμπλέκουν τους γονείς και τους συγγενείς. Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρονται οι βασικές προϋποθέσεις της θεραπείας και η χρησιμότητα ενός προγραμματικού σχεδιασμού. Εν συνεχεία, περιγράφονται οι βασικές δυσκολίες των παιδιών με αυτισμό και οι τρόποι αντιμετώπισής τους από τους ειδικούς. Αναφέρονται κάποια βασικά προγράμματα παρέμβασης, όπως είναι το ABA, TEACCH, PECS, Makaton, καθώς και προγράμματα βελτίωσης της ευελιξίας της σκέψης και της διαχείρισης των συναισθημάτων, καθώς και τρόποι αποτελεσματικής διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου των ατόμων με αυτισμό. Τέλος, περιγράφεται η σημαντικότητα του ψυχοεκπαιδευτικού ρόλου της οικογένειας και τρόποι με τους οποίους οι ίδιοι μπορούν να βοηθήσουν αρχικά τον εαυτό τους έτσι ώστε να είναι σε θέση να εμπλακούν στην εκπαίδευση του αυτιστικού παιδιού τους.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην εργασία αυτή γίνεται προσπάθεια παρουσίασης του αυτισμού μέσα από την επιστημονική έρευνα, βιβλιογραφία και τεκμηρίωση.

Αρχικά, γίνεται λόγος για την έννοια των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και συγκεκριμένα για το αυτιστικό σύνδρομο. Γίνεται μία αρχική παρουσίαση διαφόρων θεωριών, οι οποίες ερμηνεύουν η καθεμία από τη δική της σκοπιά το φαινόμενο του αυτισμού. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται λεπτομερώς τα πιθανά αίτια της διαταραχής και δίνονται στατιστικοί δείκτες επιδημιολογίας. Μελετώνται επίσης, τα συνοδά χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής και τέλος, αναφέρονται στοιχεία που οδηγούν στη θετική αναπτυξιακή πορεία και πρόγνωση του αυτισμού.

Ακόμη, περιγράφονται τα διαγνωστικά κριτήρια του αυτισμού σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο Ψυχικών διαταραχών- 4^η έκδοση (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -4th edition, DSM-IV). Αναφέρονται τα στοιχεία που διαφοροποιούν το αυτιστικό σύνδρομο από άλλες διαταραχές καθώς και τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται στην περίπτωση του αυτισμού.

Περιγράφεται η νοητική ανάπτυξη, τα ταλέντα των αυτιστικών ατόμων, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων καθώς και στη γλωσσική ανάπτυξη. Επιπροσθέτως, μελετώνται τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς τους, όπως είναι η στερεοτυπίες, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, και τα προβλήματα ύπνου και διατροφής. Γίνεται αναφορά στα αισθητηριακά προβλήματα τους καθώς και στους παράλογους φόβους που τους καταλαμβάνουν. Τα αυτιστικά παιδιά λόγω της αδυναμίας τους να συσχετιστούν ομαλά με τους άλλους αντιμετωπίζουν προβλήματα στον τομέα του παιχνιδιού. Το συμβολικό παιχνίδι καθώς και το ομαδικό είναι αυτά που φαίνεται να είναι περισσότερο ανεπαρκή στα αυτιστικά παιδιά. Στην παρούσα εργασία γίνεται λόγος για τις δυσκολίες των παιδιών αυτών στο παιχνίδι καθώς και τρόποι βελτίωσής του.

Τέλος, γίνεται αναφορά στα προγράμματα που χρησιμοποιούνται για την θεραπευτική αντιμετώπιση του αυτισμού, τα οποία είναι ποικίλα, με κοινό στόχο την ανάπτυξη του υπάρχοντος δυναμικού του παιδιού με αυτισμό, την αποκατάσταση βασικών δυσκολιών και την εκμάθηση νέων βασικών δεξιοτήτων.

Μέσα από τη γνώση και την ενημέρωση η κοινωνία ευαισθητοποιείται περισσότερο και εκμηδενίζεται σταδιακά ο κοινωνικός στιγματισμός των ατόμων που πάσχουν

από αυτισμό αλλά και των οικογενειών τους. Βέβαια, είναι δύσκολο να αποδεχτεί κανείς τον κόσμο των προβληματικών παιδιών, να σεβαστεί την αγωνία τους και το κλείσιμο στον εαυτό τους. Μόνο μέσω της αποδοχής και της προσφοράς αγάπης μπορούν να βοηθηθούν αυτά τα παιδιά προκειμένου να ζήσουν μια ζωή με αξιοπρέπεια. Αυτήν την αξιοπρέπεια και τον σεβασμό που χάνουν μπαίνοντας στα ψυχιατρεία ή σε ιδρύματα.

Η εκπαίδευση των ατόμων αυτών γίνεται όλο και καλύτερη και η εκπαίδευση εξειδικευμένων επαγγελματιών συμβάλλει καθοριστικά και στην απασχόλησή του σε συνδυασμό με την εκπαίδευση. Μέσω λοιπόν της γνώσης προχωρούμε ευκολότερα στην παροχή καλύτερης ποιότητας ζωής των πασχόντων καθώς και στην «θεραπευτική»-ψυχολογική παρέμβαση.

Στην Ελλάδα όμως, δεν υπάρχει τίποτα ή σχεδόν τίποτα για τα αυτιστικά παιδιά. Τα κέντρα θεραπείας, αποκατάστασης και εκπαίδευσης είναι ελάχιστα. Αυτές τις αδυναμίες του συστήματος έχουν μεγάλο αντίκτυπο στα παιδιά και στους γονείς τους. Ακόμα, οι θεωρίες και οι εμπειρικές προσεγγίσεις που υπάρχουν ακόμη και μέχρι σήμερα για τον αυτισμό παρουσιάζουν αρκετές ασάφειες και αδυναμίες, με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να μη λαμβάνουν έγκαιρη και κατάλληλη αντιμετώπιση.

Οι θεωρίες που ερμηνεύουν το φαινόμενο του αυτισμού δεν έχουν καταλήξει σε μία κοινώς αποδεκτή άποψη για την αιτιολογία του αυτιστικού συνδρόμου, με αποτέλεσμα οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις να εστιάζονται αποκλειστικά και μόνο στη συμπτωματική αντιμετώπιση του αυτισμού.

Επιπροσθέτως, οι τεχνικές αντιμετώπισης του αυτισμού είναι κατάλληλες μόνο για παιδιά πολύ μικρής ηλικίας επομένως μεγαλύτερης ηλικίας αυτιστικά άτομα είναι «καταδικασμένα» στην παντοινή τους ανεπάρκεια με αρνητικές συνέπειες τόσο για τα ίδια όσο και για τους γύρω τους.

Η προαγωγή της επιστήμης της Ψυχολογίας έχει σίγουρα να προσφέρει περισσότερα στον τομέα του αυτισμού σε ατομικό και οικογενειακό πλαίσιο.

Στην πραγματικότητα αυτό που αποτελεί έναυσμα και βασικό κρίκο σε οποιαδήποτε παρέμβαση ή ενασχόληση είναι η ειλικρινής διάθεση για προσφορά και η αγάπη για το αντικείμενο και πάνω απ' όλα τον άνθρωπο.

Τα θετικά συναισθήματα σε συνδυασμό με την επιστημονική καθοδήγηση είναι σε θέση να προσφέρουν ουσιαστική και αποτελεσματική βοήθεια στα άτομα που πάσχουν και στις πολύπαθες οικογένειές τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Aarons, M.Gittens T.,(1999) **The handbook of autism:a guide for parents and professionals-ebook**(<http://ebooks.ebookmall.com/ebook/71012-ebook.htm>)

Anderson S., Taras M., Cannon B.(1996).Teaching new skills to young children with autism. In C. Maurice (Ed.), G. Green, S. Luce. **Behavioral intervention for young children with autism: A manual for parents and proffesionals**. (pp. 181-194) Austin, TX: pro-ed publications.

Attwood,T (2001)**Why does Chris do that? Some suggestions regarding the cause and management of the unusual behaviour of children and adults with Autism and Asperger's Syndrome**. London.The National Autistic Society

Bachevalier I.(1994). Medial temporal Lobe Structures and autism: A review of clinical and experimental findings. **Neuropsychologia**, 32, 627-648

Bailey A., Phillips W., Rutter M.(1996). Autism:Towards and intergration of clinical, genetic, neuropsychological neurobiological perspectives. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 37, 89-126

Baird D., August J.(1985).Familiar heterogeneity in infantile autism. **Journal of autism and Developmental Disorders**. 15, 315-321.

Barak J., Charman T., Yirmiya N., Zelazo P.(2005). The development of autism: Perspectives from theory and research. In Fred R. Volkmar, Rhea Paul, Ami Klin, Donald J. Cohen: **Handbook of Autism And Pervasive Developmental Disorders** (pp. 105– 130). Mahwah, NJ

Baron-Cohen S. (1989). The autistic child's theory of mind:A case of specific developmental delay. **Journal of child psychology and psychiatry**. 30. 285-297.

Baron-Cohen S., Cox A. Baird G., Swettenham J. Nightingale N. Morgan K., Drew A. Charman T. (1996). Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. **British Journal of Psychiatry**, 168, 158-163.

Baron-Cohen S., Hammer J(1997). Parents of children with Asperger syndrome. What is the cognitive faintotype? **Journal of Cognitive Neuroscience**, 9, 548-554.

Baron-Cohen, S. et al (2000). Early identification of autism: the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). **Journal of the Royal Society of Medicine**, 93 , pp. 521-525

Bartak L., Rutter L., Cox A.(1975). A comparative study of infantile autism and specific developmental language disorder. **British Journal of Psychology**, 126, 127-145.

Bebko, James M.(1990) **Echolalia, Mitigation and Autism: Indicators from Child Characteristics for the Use of Sign Language and Other Augmentative Language Systems**. Sign Language Studies, n66 p61-78

Bettelheim B(1967).**The empty fortress:Infantile autism and the birth of self**.New York:Free press.

Beyer, J. and Gammeltoft, L. (2000). **Autism and play**. London: Jessica Kingsley Publishers

Bishop V.(1992). The underlying nature of specific language impairment. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 33, 3-66.

Bolton P., Pickles A., Murphy M., Rutter M.(1998).Autism, affective and other psychiatric disorders. Patterns of familiar aggregation. **Psychological Medicine**, 28, 385-395.

Bolton P., Rutter M.(1990). **Genetic influences in autism**. **International Review of psychiatry**, 2, 67-80.

Butler L, Luiselli J.(2007), Escape-Maintained Problem Behavior in a Child With Autism. Antecedent Functional Analysis and Intervention Evaluation of Noncontingent Escape and Instructional Fading. **Journal of Positive Behavior Interventions**, Vol. 9, No. 4, 195-202

Bloom , L. & Lahey, M. (1978) **Language Development and Language Disorders**, John Wiley & Sons. New York:Wiley

Boucher, J. (1999). **Editorial: interventions with children with autism methods based on play. Child Language Teaching and Therapy**, 15 (1), pp. 1-5

Boucher J.(2003). Language development in autism .Department of Psychology, University of Warwick, UK

Broomfield, R. (2000). **It's the tortoise race: long term psychodynamic psychotherapy with a high-functioning autistic adolescent. Psychoanalytic Inquiry**, 20 (5), pp. 732-745

Buckhardt S.(2001).**Counseling issues for parents of children with autistic spectrum disorders.Autistic Spectrum Disorders:Educational and clinical interventions**. 211-233.Elsener Science Ltd.

Chakrabarti S., Forbonne E., (2001). Pervasive developmental disorders in preschool children. **Journal of the American Medical Association**, 285, 3093-3099.

Charman T. (1997). **The relationship between joint attention and pretend play in autism. Development and Psychopathology**. Vol 9 pg 1-16 Cambridge University Press

Charman T.(1998) Specifying the Nature and Course of the Joint Attention Impairment in Autism in the Preschool Years. **Autism**, Vol. 2, No. 1, 61-79

Charman T., Baron-Cohen S., Sweetenham J., Baird G., Cox A., Drew A.(2001). **Testing joint attention, imitation, and play as infancy precursors to language and theory of mind. *Cognitive Development*,15, 481-498.**

Charman, T., Yirmiya N., Zelazo P.,Burac J.(2001).**Development of Autism: Perspectives from Theory and Research.**Trade Cloth, Erlbaum

Dawson G., Osterling J.(1997). Early intervention in autism. The effectiveness of early intervention. **Journal of Autism and Developmental Disorders. 19, 307-326.**

Dawson G., Meltzoff N., Osterling J., Rinaldi J., Brown E. (1998). Children with Autism fail to orient to naturally occurring social stimuli. **Journal of Autism and Developmental Disorders. 28, 479-485.**

Fay, W. H.(1993). **Infantile autism.Language Development in Exceptional Circumstances.** UK: Psychology Press.

Folstein E., Santangelo L., Gilman E. Piven J.(1999). Predictors of cognitive test patterns in autism families. **Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40, 1117-1128.**

Forbonne E., du Mazaubrum C., Cans C., Gandjean H.(1997). Autism and associated medical disorders in a French epidemiological survey. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1561-1569.**

Hobson R. P. (1993). **Autism and Development of mind.** London, Erlbaum.

Hobson P., Lee A.(1999). Imitation and identification in autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry,40,649-659.**

Howlin, P. & Rutter, M. (1987) **Treatment of Autistic Children Chichester,** John Wiley & So

Gallagher H.Frith C.(2003) **Functional imaging of ‘theory of mind’**

School of Health and Social Care, Glasgow Caledonian University, UK

Garvey, C. (1977). **Play**. London: Fontana

Gillberg C. Steffenburg S.(1987). Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: A population-based study of 46 cases followed through puberty. **Journal of Autism and Developmental Disorders**. 17, 273-287.

Golbart, J. 1988, Re-examining the Development of Early Communication. In Coupe, J and Golbart, J. (eds) (1987) **Communication Before Speech**. Croom Helm. London

Grandin, Temple; Scariano, Margaret M.(1996).**Emergence: Labeled Autistic**. Publisher: Warner Books Inc, Boston, Massachusetts, U.S.A.

Delinicolas Erin, Robyn L. Young(2007) **Joint attention, language, social relating, and stereotypical behaviours in children with autistic disorder**. SAGE Publications and The National Autistic Society Vol 11(5) 425–436)

Iannelli V.(2004). **Autism in children**. <http://www.medicinenet.com>

Jarrold, C., Boucher, J., and Smith, P. (1996). Generativity deficits in pretend play in autism. **British Journal of Developmental Psychology**, 14 , pp. 275-300

Jones E.A.; Carr E.G. (2004)Joint Attention in Children with Autism: Theory and Intervention. **Autism and Other Developmental Disabilities**, Volume 19, Number 1, p. 13-26

Jordan, R. and Libby, S. (1997). Developing and using play in the curriculum. In S. Powell and R. Jordan (eds) **Autism and Learning: a guide to good practice**. London: David Fulton Publishers

Jordan R., Powell S.(1991).Teaching Thinking-The case of principle. **European Journal of Autism and Developmental Disorders**.12, 29-42

Jordan , R. & Powell, S. (1995) **Understanding and Teaching Children with Autism**, Wiley

Joseph R., Tager-Flusberg H.& Lord C.(2002), Cognitive profiles and social-communicative functioning in children with autism spectrum disorder. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. 43, 807-821

Kazdin Alan, Bootzin Richard (1972), The token economy: an evaluative review, **Appl Behav Anal**.

Kanner L.(1943). Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, 2, 217-250.

Klin A., Sparrow S., de Bildt A., Cicchetti V., Cohen J., Volkmar R.(1999). A normed study of face recognition in autism and related disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**,29, 499-508.

Lainhart J.(1999).**Psychiatric problems in individuals with autism, their parents and siblings**. International Review of Psychiatry, 11,278-298.

Langdell T.(1978).Recognitions of faces:**Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 19,255-268.

Leboyer M., Bouvard P., Recasens C., Philippe A.(1994).Deferences between plasma N- and C- terminally directed beta-endorphin immunoreactivity in infantile autism. **American Journal of Psychiatry**,151, 1797-1801.

Lee A., Hobson P., Chiat C.(1994).I, You, me and autism.**Journal of Autism and Developmental Disorders**, 24,155-176

Leekam, Susan R.; Lopez, Beatriz; Moore, Chris(2000). Attention and Joint Attention in Preschool Children with Autism. **Developmental Psychology**, v36 n2 p261-73

Libby et al (1998). Spontaneous play in children with autism: a reappraisal. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 28 (6), pp. 487-497

Lord C., Paul R.(1997). **Language and communication in Autism. Handbook of Autism and Developmental Disorders**, 195-22, New York, Wiley.

Lord C., Rutter M., Le Couteur A.(1994).Autism Diagnostic interview :A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 24, 659-685.

Lotter V.(1966).Epidemiology of autistic conditions in young children. **Social Psychiatry**, 1, 124-137.

Luiselli James, Russo D., Christian W., Wilczynski S.(2008), Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Vol.55. Oxford University Press US

Meltzoff N., Gopnik A.(1993). The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind. Σε Baron-Cohen H., Tager-Flusberg, **Understanding other minds:Perspectives from autism**,335-366.

Mesibov, Dawson(1991).Autism:Etiology, differential diagnosis, and behavioral assesment update. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assesment**,13, 107-125.

Mittledorf, W., Hendricks, S., and Landreth, G. L. (2001). Play therapy with autistic children. In: G. L. Landreth (ed.) **Innovations in play therapy**. New York: Routledge

Morgan, Bronwyn; Maybery, Murray; Durkin, Kevin(2003), Weak Central Coherence, Poor Joint Attention, and Low Verbal Ability: Independent Deficits in Early Autism. **Developmental Psychology**, v39 n4 p646-56

Mundy P., Sigman M., Ungerer J., Sherman T.(1986). Defining the social deficits in autism:The contribution of non verbal communication measures. **Journal of child Psychology and Psychiatry**, 27,657-669.

Murphy M, Bolton P., Pickles A., Forbonne E., Piven J., Rutter M.(2000).Personalty traits of the relatives of autistic probands. **Psychological Medicine** 30,1411-1424.

Ornitz M.(1989). Autism at the interface between sensory and information processing. In J. Dawson:**Autism:Nature, diagnosis and Treatment**,174-207, New York:Guilford Press.

Ornitz M., Ritvo(1976).The syndrome of autism:A critical review.**The American Journal of of Psychiatry**, 609-621.

Osterling J., Dawson G.(1994).Early recognition of children with autism:A study of first birthday home videotapes. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 24, 247-257.

Ozonoff, S Sally J. Rogers, Robert L. Hendren(2003) **Autism Spectrum disorder**. American Psychiatric Pub, Inc.

Panksheep J., Sahley L.(1987). **Possible brain opioid involvement in disrupted social intent and language development of autism. Neurobiological issues in autism**, 357-372.

Pickles A., Starr E., Kazak S., Bolton P., Papanikolaou K., Bailey A., Goodman R. Rutter M.(2000). Variable expression of the autism broader phenotype. **Journal of child Psychology and Psychiatry**.41, 491-502.

Pilowsky T., Yirmiya N., Shulman C, Dover R.(1998). The autism Diagnostic schedule. **Journal of Autism and Developmental Disorders**.,28,143-151.

Powell H., Hecimovic A., Christensen L.(1992). Meeting the unique needs of families. In Berkell, **Autism:Identification, education, and treatment**, 187-224, Hillsade, Lawrence Erlbaum Associates.

Prizant B., Schuler L., Wetherby A., Rydell P.(1997). EnHancing language and communication development. In Cohen-Volkmar:**Handbook of autism and pervasive developmental disorders**, 572-605. NY:Wiley.

Restall, G. and Magill-Evans, J. (1994). Play and preschool children with autism. **The American Journal of Occupational Therapy**, 48. 113-120

Retting, M. A. (1994). **Play** behaviors of young children with autism: characteristics and interventions. **Focus on Autistic Behavior**, 9 (5), pp.1-6

Richdale A.(1999). Sleep problems in autism:Prevalence, cause and intervention.

Robins L., Fein D., Barton L., Green A.(2001). The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pevasive developmental disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**.31,131-144.**Developmental Medicine and child Neurology**, 41, 60-66.

Roeyers, H. and van Berckelaer-Onnes, I. A. (1994). **Play in autistic children. Communication and Cognition**, 27 (3), pp. 349-360

Rutter, Schopler(1987)**Autism and pervasive Developmental Disorders. Concepts and Diagnostic Issues**.17, 159-186.

Sherratt, D. (1999). **The importance of play. Good Autism Practice**, September, pg 23-31. The national Autistic Society(www.nas.org.uk)

Siegel B., Hayer C.(1999). Detection of autism in the 2nd and 3rd year: The Pervasive Developmental Screening Test(PDDST). **Journal of Autism and Developmental Disorders**,20, 250-268.

Sherratt, D. and Peter, M. (2002). **Developing play and drama in children with autistic spectrum disorders**. London: David Fulton

Sterberg R. J. (1987). An unified theoretical perspective on autism. In Cohen D. J., Donnellan A. M., Paul R., **Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders**. New York: Wiley, 690-696

Sigman M., Ruskin E.(1997).**Joint attention in relation to language acquisition and social skills in children with autism**. Washington,DC

Sloboda, J., B. Hermelin & N. O'Connor (1985) "**An exceptional musical memory**". **Music Perception** 3:155-170.

South M, Ozonoff S., McMahon M.(2001).**Repetive behaviour and cognitive functioning in high-functioning autism**. Minneapolis(e-book)

Sloman(1995). Brief reports:Variables related to parental choice to medicate their autistic children. **Journal of Autism and Developmental Disorders**,25, 443-452.

Stahmer, A. C. (1999). Using pivotal response training to facilitate appropriate play in children with autistic spectrum disorders, **Child Language Teaching and Therapy**, 15 (1), pp. 29-40

Stone L., Ousley Y., Littleford D.(1997).Motor imitation in young children with autism,**Journal of abnormal Child Psychology**, 25,475-485.

Sundberg M., Partington J.(1998). **Teaching language to children with autism or other developmental disabilities**. Danville, CA:Behavior Analysts. Inc

Tager-Flusberg H.(2001). **Understanding the language and communicative impairments in autism**. International Review of Research in Mental Retardation, 23, 185-205.

Tomasello M. (1983), Joint attention and lexical acquisition style. **First Language**, 4, (12), 197-211

Tordjman S., Anderson G., McBride A., Hertzog E., Snow E., Hall M., Thompson S., Ferrari P.(1997). Plasma b-endorphin, adrenocorticotrophic hormone, and cortisol in autism.**Journal of child psychology and Psychiatry**, 38, 705-715.

Trevarthen C, Kenneth Aitken, Despina Papoudi, Jacqueline Roberts, **Children with Autism**. Jessica Kingsley Publishers, London and Bristol, Pennsylvania, 1996.

Turner M.(1999). Annotation:Repetive behaviour in autism. **Journal of child psychology and Psychiatry**,839-849.

Vaughan A. Hecke V., Mundy P, Françoise C. Acra, Jessica J. Block, Christine E. F. Delgado, Meaghan V. Parlade, Jessica A. Meyer, A. Rebecca Neal, Yuly B. Pomares (2007) Infant Joint Attention, Temperament, and Social Competence in Preschool Children , **Child Development** 78, 53–69

Volkmar R., Anderson M.(1989).In Dawson:**Autism:nature, diagnosis and treatment**. Pg 208-224., Guilford Press.

Volkmar R., Chawarska(2005). **Autism in infancy and early childhood. Handbook of autism and pervasive developmental disorders**, 3rd edition, pg 223-246, New York, Wiley.

Waterhouse, S. (2000). **A positive approach to autism**. London: Jessica Kingsley Publishers

Williams, E., Reddy, V., and Costall, A. (2001). Taking a closer look at functional play in children with autism, **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 31 (1), pp. 67-77

Wing L., Potter D.(2000). **The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising?** Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews.Vol 8 pg 151 - 161

Wing, L., (1996) **The Autistic Spectrum: a guide for parents and professionals.** London: Constable.

Wolfberg, P. J. (1999). **Play and imagination in children with autism.** New York: Teachers College Press

Wong V.(2004).**A modified screening tool for Autism(CHAT) for Chinese children. Pediatrics.** Vol. 114. pg 166-176.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Atkinson, Smith, Bem, Nolen-Hoeksema(2003).**Εισαγωγή στην Ψυχολογία του Hilgard**. Εκδ. Παπαζήση

Βούλγαρης Κ., Μπαρμπάτσης Γ., Μπότσα Γ., Σηλιόπουλος Μ., Σκουλίδου Κ.(1997). **Αυτισμός**. Σημειώσεις.

Campbell M., Locascio J., Choroco M., Spinker K.(1990).**Stereotypies and tardive dyskinesia:Abnormal movements in autistic children**.Psychopharmacology Bulletin, 26, 260-266.

Collia-Faherty C., Παπαγεωργίου Β., Παπαδοπούλου Ν. (1999). **Αυτισμός:Ένας ύμνος στην επικοινωνία. Κατανόηση του αυτισμού και των εκπαιδευτικών στρατηγικών**. Πρακτικά Ημερίδας Θεσσαλονίκης. Αθήνα:Ελληνική εταιρία Προστασίας αυτιστικών ατόμων.

Conelly L., Conelly M., Elliot A., Farrell M., Arendt (2001). **Οι ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες των παιδιών με αυτισμό**. Ελληνική εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων,Αθήνα.

Frith U. (1999)**Αυτισμός : εξηγώντας το αίνιγμα** ,υπό Frith Uta, Καλομοίρης , Γιώργος, Καραντάνος , Γ.Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα

Happe F.(1998), **Αυτισμός:Ψυχολογική θεώρηση**. Αθήνα: Εκδ. Gutenberg.

Herbert M.(1989). **Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας. Πλήρης οδηγός για όλους τους ενδιαφερόμενους**. Αθήνα:Εκδ. Ελληνικά Γράμματα

Howlin P., Rutter, M.(2001). **Η θεραπεία των εμμονικών και στερεότυπων συμπεριφορών**. Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.

Ζώνιου-Σιδέρη(2004) **Σύγχρονες ενταξιακές προσεγγίσεις**. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα

Jordan R.(2000). **Η εκπαίδευση παιδιών και νεαρών ατόμων με αυτισμό**. Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων. Αθήνα.

Jordan R., Powell S.(2001). **Οι ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες των παιδιών με αυτισμό:Δεξιότητες μάθησης και σκέψης**. Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Προστασίας αυτιστικών ατόμων.

Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ.(2005). **Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων**. **Αθήνα:**Εκδ. Τυπωθήτω.

Kalat J.(2001). **Βιολογική Ψυχολογία**. Αθήνα:Εκδ. «ΕΛΛΗΝ».

Kathleen Ann Quill. (2005) **Διδάσκοντας αυτιστικά παιδιά**. Εκδόσεις Έλλην.

Κρουσταλάκης , Γ.(1997). **Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο : ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση για μια συμβουλευτική γονέων και εκπαιδευτικών**. εκδ. Λύχνος, Αθήνα

Κυπριωτάκης Α.(2003)**Τα αυτιστικά παιδιά και η αγωγή τους**. Εκδόσεις **Παπαγεωργίου**. Ηράκλειο

Κωνστανταρέα Μ.(2001). **Παιδικός αυτισμός**. Στων:Τσιάντης Γ., Μανωλόπουλος Σ.(2001).Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής. Αθήνα:Εκδ. Καστανιώτη.

Παπούδη Δ.(1999). **Παιδικός Αυτισμός**. Στον Κουγιουμτζάκη Γ.(1999).Πρόοδος στην αναπτυξιακή ψυχολογία των πρώτων χρόνων. Ηράκλειο:Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.

Peeters T.(2000). **Αυτισμός:Από την θεωρητική κατανόηση στην εκπαιδευτική παρέμβαση**. Αθήνα:Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.

Rutter, M. Καραντάνος Γ. (1990), **Νηπιακός Αυτισμός, Νηπιακός αυτισμός : Σύγχρονες αντιλήψεις και αντιμετώπιση**. Αθήνα: Εκδ. Ελληνικά Γράμματα

Satkiewicz-Gayhardt V., Peerenboom B., Campbell R., (2000). **Διασχίζοντας τις γέφυρες: Η γονεϊκή προοπτική στην αντιμετώπιση ενός παιδιού αφού αυτό έχει διαγνωσθεί με αυτισμό/διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή**. Αθήνα:Ελληνική Εταιρία Προστασίας αυτιστικών ατόμων.

Σταμάτης Σ. (1987). **Οχρωμένη σιωπή**. Αθήνα:Εκδ. Γλάρος.

Συνοδινού Κ.(1999) **Ο παιδικός αυτισμός : θεραπευτική προσέγγιση**, Αθήνα : Εκδόσεις Καστανιώτη