



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



Θέμα πτυχιακής εργασίας:

« Διαταραχές επικοινωνίας στον Αυτισμό και τρόποι αντιμετώπισής τους».

Εισηγητής: Ταφιάδης Διονύσιος

Επιμέλεια: Μεντή Δέσποινα: 15817

Σούκερα Δήμητρα – Ασπασία: 15844

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε τις οικογένειές μας, τις ανηψιές μας Αιμιλία και Βασιλική-Αντωνία, καθώς και τον επόπτη καθηγητή μας Διονύσιο Ταφιάδη, για τα κίνητρα και την έμπνευση που μας προσέφεραν για την υλοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας!!!

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	5
Κεφάλαιο 1 ^ο	8
Εισαγωγή.....	8
1.2. Ιστορική Αναδρομή.....	9
1.3. Βασικά Χαρακτηριστικά του Αυτισμού.....	13
1.3.1. Σύμφωνα με τον Leo Kanner.....	13
1.3.2. Σύμφωνα με τον Hans Asperger.....	14
1.4. Βασικά χαρακτηριστικά σε κάθε ηλικία.....	16
1.4.1. Βρεφική Ηλικία.....	16
1.4.2. Προσχολική-Νηπιακή Ηλικία.....	18
1.4.3. Σχολική-Παιδική Ηλικία.....	20
1.4.4. Εφηβική-Ενήλικη Ηλικία.....	23
1.5. Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	25
1.6. Αίτια του Αυτισμού.....	27
1.7. Διεπιστημονική Ομάδα.....	32
1.8. Διάγνωση.....	34
1.9. Διαγνωστικές-Σταθμισμένες Κλίμακες.....	35
1.10. Διάγνωση και Γονείς.....	40
1.11. Διαγνωστικά Κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV/V.....	41
1.12. Διαφοροδιάγνωση.....	44
1.13. Συννοσηρότητα.....	50
1.14. Αναπτυξιακή Πορεία και Πρόγνωση.....	60
1.15. Σύνοψη.....	61
Κεφάλαιο 2 ^ο	63
2. Πρόλογος.....	63
2.1. Επικοινωνία.....	64
2.2. Γλώσσα.....	65
2.3. Ομιλία.....	67
2.4. Διαταραχές της Επικοινωνίας.....	67
2.4.1. Ορισμός των Διαταραχών Επικοινωνίας.....	68
2.4.2. Ταξινόμηση των Διαταραχών της Επικοινωνίας στη παιδική ηλικία.....	68
2.4.3. Σύγκριση της ανάπτυξης της Επικοινωνίας των Τυπικών Αναπτυσσόμενων παιδιών και των παιδιών με Αυτισμό.....	70
2.5. Διαταραχές της Γλώσσας.....	71
2.5.1. Διαταραχές στην Κατανόηση της Γλώσσας.....	72
2.5.2. Διαταραχές στη Παραγωγή της Γλώσσας.....	73
2.6. Γλωσσική Παλινδρόμηση.....	74
2.7. Ειδικά Ελλείμματα Επικοινωνίας και Γλώσσας σε άτομα με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ).....	75
2.7.1. Διαταραχές στην Ακουστική Επεξεργασία.....	76
2.7.2. Διαταραχές στη Σύνταξη και τη Μορφολογία.....	77
2.7.3. Ηχολαλία.....	78
2.7.4. Διαταραχές στη χρήση προσωπικών αντωνυμιών.....	80
2.7.5. Διαταραχές στη χρήση των Λέξεων.....	81

2.7.6. Διαταραχές στη χρήση της γλώσσας (Πραγματολογία).....	82
2.7.7. Διαταραχές στη μίμηση.....	88
2.7.8. Διαταραχές στις υπερτεμαχιακές πτυχές της γλώσσας.....	88
2.7.9. Διαταραχές στην άρθρωση και στη φωνολογία.....	90
2.7.10. Διαταραχές στην ανάγνωση και τον γραπτό λόγο.....	92
2.7.11. Διαταραχές στην αφήγηση ιστοριών.....	93
2.8. Σύνοψη.....	94
Κεφάλαιο 3 ^ο	97
3. Πρόλογος.....	97
3.1. Τι είναι Παρέμβαση;.....	98
3.2. Αρχές για την αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας των παιδιών στο φάσμα του αυτισμού.....	100
3.3. Ο ρόλος του Λογοθεραπευτή στη θεραπεία των αυτιστικών παιδιών.....	101
3.4. Πλάνο Παρέμβασης.....	102
3.4.1. Σύστημα Ανταμοιβής-Ενισχυτές-Τιμωρία.....	104
3.4.2. Περιβάλλον.....	105
3.5. Επίπεδα Θεραπευτικής Στήριξης ανά ηλικία.....	111
3.6. Γλωσσική Εκπαίδευση.....	113
3.6.1. Γενικές Πρακτικές Οδηγίες για την γλωσσική εκπαίδευση.....	113
3.6.2. Δραστηριότητες Γλωσσικής Εκπαίδευσης στους τομείς της γλώσσας.....	114
3.7. Δραστηριότητες Ενίσχυσης Λόγου, Ομιλίας και Επικοινωνίας.....	117
3.8. Εναλλακτικά Συστήματα Επικοινωνίας για Αυτιστικά Παιδιά.....	124
3.8.1. ΜΑΚΑΤΟΝ.....	125
3.8.2. PECS.....	127
3.8.3. Νοηματική Γλώσσα.....	132
3.8.4. Σύστημα Rebus.....	134
3.8.5. Σύστημα Bliss.....	135
3.8.6. Επαυξητική και Εναλλακτική Επικοινωνία.....	136
3.8.7. Υποβοηθούμενη/Διευκολυνόμενη Επικοινωνία.....	137
3.9. Συμπεριφορικές-Γνωστικές Παρεμβάσεις.....	138
3.9.1. Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς (ABA).....	139
3.9.1.1. Πρόγραμμα Πρώιμης Υποστήριξης LOVAAS.....	142
3.9.2. TEACCH.....	145
3.9.3. Μέθοδος Miller.....	148
3.9.4. Γνωστική-Συμπεριφορική θεραπεία.....	150
3.10. Άλλες Μέθοδοι Θεραπείας.....	151
3.10.1. Θεραπεία με Αισθητηριακή Ολοκλήρωση (Α.Ο.).....	151
3.10.2. Θεραπεία με Σφιχταγκάλιασμα-Κρατήματος Αγκαλιάς (Holding Therapy).....	152
3.10.3. Shiatsu θεραπεία.....	154
3.10.4. Τα ζώα στη ψυχοθεραπεία των αυτιστικών παιδιών.....	155
3.10.5. Μουσικοθεραπεία.....	158
3.10.6. Σωματική Άσκηση-Γυμναστική.....	161
3.10.7. Video Modeling.....	161
3.11. Φαρμακοθεραπεία.....	162
3.11.1. Πρωτεΐνη FGF2.....	166

3.11.2. Μύκητας « <i>Candida Albicans</i> » και η σύνδεση του με τον αυτισμό.....	166
3.12. Συμβουλευτική Οικογένειας.....	168
3.13. Σύνοψη.....	171
 Επίλογος.....	 175
 Βιβλιογραφία.....	 177
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	177
Μεταφρασμένη Βιβλιογραφία.....	178
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	179
Ιστότοποι.....	208
 Παράρτημα.....	 209

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ

- Αυτισμός
- Διάγνωση
- Διαταραχές
- Επικοινωνία
- Αντιμετώπιση

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα άτομα με συμπεριφορικές, ψυχικές και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) προσέλκυσαν το ενδιαφέρον φορέων (κρατικών και ιδιωτικών) μετά τα μέσα της δεκαετίας του 1950. Η ίδρυση του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής αποτέλεσε τη δημιουργία του πρώτου επίσημου φορέα, ο οποίος συστηματικά παρείχε υπηρεσίες στα άτομα αυτά στη χώρα μας. Έως τότε παρέμεναν κάτω από την προστασία της οικογένειάς τους ή σε ιδρύματα και άσυλα (Συριοπούλου-Δελλή, 2011).

Οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) χαρακτηρίζονται από σοβαρή και διάχυτη έκπτωση σε πολλές περιοχές της ανάπτυξης: δεξιότητες της αμοιβαίας κοινωνικής αλληλεπίδρασης, δεξιότητες της επικοινωνίας ή παρουσία στερεότυπης συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων. Η ποιοτική έκπτωση που καθορίζει αυτές τις καταστάσεις αποκλίνει ευκρινώς από το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου ή την πνευματική του ηλικία. Στις διαταραχές αυτές περιλαμβάνονται: η Αυτιστική Διαταραχή, η Διαταραχή Rett, η Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή, η Διαταραχή Asperger, η Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Αυτές οι διαταραχές συνήθως είναι εμφανείς στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού και συχνά συνδέονται με κάποιο βαθμό Νοητικής Καθυστέρησης (DSM-IV, 2011).

Οποιαδήποτε ανασκόπηση γύρω από το θέμα του παιδικού Αυτισμού, οφείλει να αρχίσει από τους πρωτοπόρους Leo Kanner και Hans Asperger, που ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλον, δημοσίευσαν για πρώτη φορά μελέτες αυτής της διαταραχής. Και οι δύο επιστήμονες πίστευαν ότι υπήρχε μια θεμελιώδης ανωμαλία εκ γενετής, που προκαλούσε ιδιαιτέρως χαρακτηριστικά προβλήματα. Αποτελεί αξιοσημείωτη σύμπτωση ότι και οι δύο διάλεξαν τη λέξη «αυτισμός», για να χαρακτηρίσουν τη φύση της βαθύτερης διαταραχής. Στην πραγματικότητα όμως, δεν είναι σύμπτωση, γιατί ο όρος αυτός είχε ήδη χρησιμοποιηθεί από τον διαπρεπή ψυχίατρο Eugen Bleuler το 1911 (Frith, 1999).

Αρχικά, και οι δυο αναφέρονταν σε μια ουσιώδη ανωμαλία της σχιζοφρένειας (άλλος ένας όρος που επινόησε ο Bleuler), δηλαδή στο δραστικό περιορισμό των σχέσεων με τους ανθρώπους και τον κοινωνικό περίγυρο- έναν περιορισμό τόσο ακραίο, που έμοιαζε να αφήνει απέξω 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» (Frith, 1999).

Ο αυτισμός, η σοβαρότερη διαταραχών επικοινωνίας, που αποκλείει το παιδί από το περιβάλλον του και το καθιστά «κωφό» και «τυφλό» στα γύρω του ερεθίσματα, ανήκει στις βαρύτερες διαταραχές της εξέλιξης και θεωρείται σύνδρομο (Αντωνιάδου-Χιτολού, 2003). Στην πραγματικότητα αν και ο αυτισμός παρατηρείται, στην παιδική ηλικία ωστόσο δεν είναι μια διαταραχή της παιδικής ηλικίας, αλλά μια διαταραχή της ανάπτυξης (Frith, 1999).

Ο αυτισμός δεν πρέπει να θεωρείται ως μια στατική κατάσταση, καθώς πρόκειται για μια διαταραχή που επηρεάζει ολόκληρη την νοητική ανάπτυξη και τα συμπτώματά του εμφανίζονται διαφορετικά σε διαφορετικές ηλικίες (Frith, 1999). Από τις μέχρι σήμερα έρευνες, η ετερογένεια παραμένει ένα κεντρικό γνώρισμα του αυτισμού. Επομένως, φαίνεται ότι ο αυτισμός αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα πολλών επιμέρους διαταραχών, οι οποίες επηρεάζουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου και προκαλούν τη δυσλειτουργία του με έναν ασταθή και ακανόνιστο τρόπο (Αντωνιάδου- Χιτολού, 2003).

Κάθε αυτιστικό παιδί είναι διαφορετικό από το άλλο. Κλείνεται ερμητικά στον εαυτό του, γίνεται ανίκανο να μιμείται, να επικοινωνεί με νεύμα, βλεμματικά ή με την ομιλία. Το βασικό όμως πρόβλημα στον αυτισμό είναι η διαταραγμένη επικοινωνία και όχι μόνο οι διαταραχές λόγου (Αντωνιάδου- Χιτολού, 2003).

Η εξέλιξη του αυτισμού είναι τόσο καλύτερη όσο η διάγνωση γίνεται έγκαιρα και η παρέμβαση πρώιμα. Πρόκειται για εκπαιδευτικές παρεμβάσεις των διαταραχών επικοινωνίας και της συμπεριφοράς, με έναν συστηματικό, δομημένο, εντατικό και εξατομικευμένο τρόπο και με την συμμετοχή των γονέων (Αντωνιάδου-Χιτολού, 2003). Τέλος, επαναπροσδιορίζεται ο ρόλος της ειδικής αγωγής και των ειδικών επαγγελματιών εκπαιδευτών, που εμπλέκονται στη αξιολόγηση και αντιμετώπιση των δυσκολιών των παιδιών με αυτισμό και συνεισφέρουν στην κοινωνική και εκπαιδευτική ένταξή τους (Συριοπούλου-Δελλή, 2011).

Αν και πολλά ερωτήματα σχετικά με τις αιτίες και την αντιμετώπιση των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (ΔΑΔ) πρέπει να διερευνηθούν, η σύγχρονη εκπαιδευτική πολιτική επιτάσσει την πρόνοια προς τα παιδιά αυτά και τις οικογένειές τους. Σεβασμός στις ιδιαιτερότητες κάθε ατόμου, παροχή ευκαιριών για ολόπλευρη καλλιέργεια δεξιοτήτων των ατόμων, κοινωνική ένταξη, αυτόνομη διαβίωση, αλληλοαποδοχή στο κοινωνικό σύνολο είναι οι άξονες του νομικού πλαισίου για την εκπαιδευτική και κοινωνική ένταξη ατόμων με ειδικές ανάγκες, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) (Συριοπούλου-Δελλή, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο :

Θεωρητική προσέγγιση των Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο του αυτισμού αναγνωρίστηκε ως ασθένεια στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Η ιατρική κοινότητα δεν έχει προσδιορίσει την αιτιολογία του συνδρόμου και συνεπώς ούτε και μια αποτελεσματική θεραπεία (Rutter, 1987). Παράλληλα έγινε αποδεκτό ότι τα άτομα διαχέονται επί ενός φάσματος με ποικίλα χαρακτηριστικά (Συριοπούλου-Δελλή, 2011). Οι πληθυσμιακές μελέτες έχουν δείξει, με συνέπεια και σταθερότητα ότι ο αυτισμός δεν είναι μια αλλοπρόσαλλη έννοια, ένα φανταστικό κατασκεύασμα με λογοτεχνικές διασυνδέσεις, άλλα ένα φαινόμενο της καθημερινής ζωής (Frith, 1999).

Σύμφωνα με συγκεκριμένα συμπεριφορικά κριτήρια, ο αυτισμός μπορεί να εντοπιστεί υπεύθυνα από διαφορετικούς ειδικούς, σε διαφορετικές χώρες. Θα έλεγε κανείς ότι είναι αδύνατον να ξέρουμε τον ακριβή αριθμό, εφόσον δεν γνωρίζουμε ακόμη τη φύση του αυτισμού (Frith, 1999).

Αξίζει να αναφερθεί, ότι ο αυτισμός είναι το αποτέλεσμα μιας νευρολογικής διαταραχής που επηρεάζει την λειτουργία του εγκεφάλου και κατά συνέπεια τους διάφορους τομείς της ανάπτυξης και της επικοινωνίας, που διαρκούν για ολόκληρη τη ζωή. Εμφανίζεται πριν την ηλικία των 3 ετών και συχνά συνυπάρχει με άλλες ασθένειες ή σύνδρομα (Σύνδρομο Angelman, Prader-Willi, την φαινυλκετονουρία κ.α.) (Αντωνιάδου - Χιτόλου, 2003; Μπέλλα, 2016).

Ειδικότερα, η αυτιστική διαταραχή (ιστορικά αποκαλούμενη ως «*πρώιμος βρεφικός αυτισμός, παιδικός αυτισμός ή αυτισμός του Kanner*»), χαρακτηρίζεται από αποκλίνουσα αμοιβαία κοινωνική συναλλαγή, καθυστερημένες ή αποκλίνουσες επικοινωνιακές δεξιότητες και ένα περιορισμένο ρεπερτόριο δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων (Sadock & Sadock, 2009). Παρουσιάζονται παθολογική/ελλειμματική λεκτική και

μη λεκτική επικοινωνία και περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεοτυπικά μοτίβα συμπεριφοράς και ενδιαφερόντων (American Psychiatric Association, 1994). Οι δυσκολίες του λόγου στα παιδιά με αυτισμό, είναι μέρος μιας ευρύτερης διαταραχής στην κοινωνική τους συμπεριφορά και αφορούν την προλεκτική αλλά και λεκτική τους επικοινωνία. Τα αυτιστικά δεν χρησιμοποιούν ούτε χειρονομίες, ούτε το βλέμμα για να τραβήξουν την προσοχή του άλλου, και να δημιουργήσουν μια σχέση (Αντωνιάδου-Χιτολού, 2003).

1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Από το 1867, ήδη, ένας ψυχίατρος, ο Henry Maudsley, είχε παρατηρήσει μια ομάδα παιδιών πολύ μικρής ηλικίας με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που παρουσίαζαν σημαντική απόκλιση, καθυστέρηση και διαστρέβλωση της ανάπτυξης. Εκείνη την εποχή, οι σοβαρότερες διαταραχές των μικρών παιδιών θεωρούνταν πως ενέπιπταν στην κατηγορία των ψυχώσεων (Sadock & Sadock, 2009). Στη συνέχεια, το 1911, ο Eugen Bleuler ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο «αυτισμός», για να περιγράψει την κοινωνική απόσυρση που παρατηρείται στους ενήλικους σχιζοφρενείς

Το 1943, ο Leo Kanner, στο κλασικό του έργο «Αυτιστικές Διαταραχές της Συναισθηματικής Επαφής» επινόησε τον όρο «βρεφικός αυτισμός» και προσέφερε μια σαφή, ενδελεχή αναφορά του συνδρόμου της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Περιέγραφε παιδιά που εκδήλωναν ακραία αυτιστική μοναχικότητα, αποτυχία ανάληψης της αναμενόμενη στάσης, καθυστερημένη αποκλίνουσα ανάπτυξη του λόγου με ηχολαλία και αναστροφή των αντωνυμιών (χρησιμοποιώντας το *εσύ* αντί του *εγώ*), μονότονη επανάληψη ήχων ή λεκτικών διατυπώσεων, άριστη μνήμη αποστήθισης, περιορισμένο εύρος αυθόρμητων δραστηριοτήτων, στερεοτυπίες και μανιερισμούς, αγχώδη ψυχαναγκαστική επιθυμία για την διατήρηση της ομοιότητας και φόβο για τις αλλαγές, κακή βλεμματική επαφή, ανώμαλες σχέσεις με τα άτομα και μια προτίμηση για τις εικόνες και τα άψυχα αντικείμενα (Sadock & Sadock, 2009).

Ο Kanner υποπτεύθηκε ότι το σύνδρομο ήταν συχνότερο από ότι έμοιαζε και υποστήριξε ότι αυτά τα παιδιά είχαν κατηγορηθεί λανθασμένα ως καθυστερημένα ή σχιζοφρενή. Πριν το 1980, στα παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) ετίθετο γενικά η διάγνωση της παιδικής σχιζοφρένειας. Με την πάροδο του χρόνου, έγινε φανερό ότι η αυτιστική διαταραχή και η σχιζοφρένεια ήταν δυο διαφορετικές ψυχιατρικές οντότητες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ωστόσο, ένα παιδί με αυτιστική διαταραχή μπορεί να αναπτύξει μια συννοσηρή σχιζοφρενική διαταραχή αργότερα στην παιδική ηλικία (Sadock & Sadock, 2009).

Το 1944, ακριβώς ένα χρόνο μετά τη δημοσίευση του άρθρου του Kanner που είχε μεγάλη απήχηση, ένας Αυστριακός γιατρός, ο Hans Asperger, δημοσίευσε διατριβή που αφορούσε την «αυτιστική ψυχοπάθεια» στην παιδική ηλικία. Ο Hans Asperger αξίζει να τιμηθεί για ορισμένες πολύ εντυπωσιακές παρατηρήσεις που αφορούν τον αυτισμό-μερικές παρατηρήσεις που έλειπαν από τον Kanner (1943) και χρειάστηκαν πολλά χρόνια έρευνας για την ανακάλυψή τους. Πριν εξετάσουμε αυτές τις ειδικές παρατηρήσεις του Asperger, πρέπει να σημειώσουμε τις πολλές ιδιότητες του αυτισμού στις οποίες οι δυο γιατροί συνέκλιναν (Harpe, 2003).

Η επιλογή του όρου «αυτιστικός» για να κατονομάσουν τους ασθενείς τους, είναι από μόνη της μια εκπληκτική σύμπτωση. Η επιλογή αυτή αντικατοπτρίζει την κοινή τους πίστη, ότι τα κοινωνικά προβλήματα του παιδιού ήταν το πλέον ενδιαφέρον χαρακτηριστικό γνώρισμα της διαταραχής. Οι Kanner και Asperger, πίστευαν ότι το κοινωνικό έλλειμμα του αυτισμού είναι εγγενές (όπως ο Kanner το αποκαλούσε) ή ιδιοσυστασιακό (όπως ο Asperger το έθετε) και ότι ενυπάρχει στη διάρκεια της ζωής του ενηλίκου. Επίσης, οι δυο συγγραφείς σημείωσαν την ελλειμματική οπτική επαφή των παιδιών, τα στερεότυπα λέξεων και κινήσεων και την σαφή αντίστασή τους στην αλλαγή (Harpe, 2003).

Επιπλέον, προβαίνουν στη διάκριση της περιγραφόμενης διαταραχής από την σχιζοφρένεια στη βάση τριών γνωρισμάτων: την βελτίωση περισσότερο παρά τη χειροτέρευση των ασθενών τους, την απουσία παραισθήσεων και το γεγονός ότι τα παιδιά αυτά φάνηκαν

περισσότερο να είναι μη φυσιολογικά από τα πρώιμά τους χρόνια και δεν έδειχναν κάποια απώλεια ικανότητας ύστερα από μια αρχική καλή λειτουργία. Τέλος, οι Kanner και Asperger είχαν παρατηρήσει στους γονείς πολλών ασθενών τους παρόμοια χαρακτηριστικά, δηλαδή, κοινωνική απόσυρση ή έλλειμμα ικανότητας, καταθλιπτική αφοσίωση στη ρουτίνα και επιδίωξη προσήλωσης σε ειδικά ενδιαφέροντα με αποκλεισμό όλων των άλλων (Happe, 2003).

Υπάρχουν τρεις κύριες περιοχές στις οποίες οι αναφορές των Asperger και Kanner διαφωνούν, αν πιστεύουμε ότι αυτοί περιέγραφαν τον ίδιο τύπο παιδιού. Πρώτη και πλέον εντυπωσιακή από αυτές είναι οι γλωσσικές δεξιότητες του παιδιού. Ο Kanner ανέφερε ότι όσον αφορά τις επικοινωνιακές λειτουργίες του λόγου, δεν υπάρχει καμιά θεμελιώδης διαφορά μεταξύ των παιδιών που μιλούν με αυτών που δεν μιλούν (Kanner, 1943). Σε αντίθεση ο Asperger, υποστηρίζει ότι τα παιδιά που μελέτησε ο ίδιος, μιλούσαν με ευχέρεια και παρουσίαζαν μια ραγδαία γλωσσική ανάπτυξη (Happe, 2003).

Ο Kanner πίστευε ότι το παιδί με αυτισμό έχει ένα ειδικό έλλειμμα στην κοινωνική κατανόηση, δημιουργώντας καλύτερες σχέσεις με αντικείμενα, παρά με ανθρώπους. Σε αντίθεση, τα παιδιά που μελετούσε έδειχναν να έχουν «εξαιρετικές σκόπιμες και 'νοήμονες' σχέσεις με αντικείμενα και οι σχέσεις τους με ανθρώπους ήταν εξολοκλήρου διαφορετικές». Ο Asperger από την άλλη μεριά, υποστήριξε πως: «η ουσιαστική ανωμαλία του αυτισμού είναι μια διαταραχή της φιλικής σχέσης με ολόκληρο το περιβάλλον» (Asperger, 1944; Frith, 1991b; Happe, 2003).

Η τελευταία περιοχή ασυμφωνίας στις κλινικές εικόνες των Asperger και Kanner, αφορά τις μαθησιακές ικανότητες του παιδιού. Ο Kanner πίστευε ότι οι ασθενείς του ήταν καλύτεροι στη μάθηση από μνήμης, αλλά ο Asperger είχε την αίσθηση ότι οι δικοί του ασθενείς τα κατάφερναν καλύτερα όταν το παιδί μπορούσε να λειτουργεί αυθόρμητα και υποδείκνυε ότι τα οικεία άτομα σκέπτονταν με τρόπο συνοπτικό (Happe, 2003).

Όπως όμως έχει καταστεί ολοένα και περισσότερο σαφές, πολλά παιδιά και ενήλικοι που χρειάζονται φροντίδα παραμελούνται από τους κλινικούς, επειδή ο ορισμός του αυτισμού βασίζεται σε ένα στενό στερεότυπο των περιπτώσεων του Kanner. Σύμφωνα με τους Wing & Gould (1979), τα προβλήματα του ατόμου με αυτισμό μπορεί να αποκαλύπτονται με διαφορετικό τρόπο σε συνάρτηση με την ηλικία και τις ικανότητες του παιδιού, πράγμα που σημαίνει πως πρόκειται για ένα φάσμα συμπεριφορών που αναδύονται από παρόμοια βασικά ελλείμματα (Happé, 2003).

Συμπερασματικά, ο Asperger, όπως και ο Kanner, υπέθεσε ότι υπάρχει «διαταραχή της επαφής» σε κάποιο βαθύτερο επίπεδο του συναισθήματος και/ή του ενστίκτου. Και οι δυο τόνισαν τις ιδιομορφίες της επικοινωνίας και τις δυσκολίες στην κοινωνική προσαρμογή των αυτιστικών παιδιών. Επιπλέον, πρόσεξαν ιδιαίτερα τις κινητικές στερεοτυπίες και το αιγιματικό διάσπαρτο πεδίο των διανοητικών επιτευγμάτων. Και οι δυο εντυπωσιάστηκαν από τις σποραδικές κατακτήσεις εξαιρετικής ικανότητας σε συγκεκριμένες περιοχές (Frith, 1999).

1.3. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Όπως προαναφέρθηκε, οι ειδικοί επιστήμονες που ασχολήθηκαν πρώτοι, με άτομα με αυτισμό, ήταν ο Leo Kanner και Hans Asperger. Έτσι, παρακάτω περιγράφονται ορισμένα ενδεικτικά χαρακτηριστικά που παρατήρησαν οι ίδιοι:

1.3.1. Σύμφωνα με τον Leo Kanner:

Η πρώτη μελέτη του Kanner για τον αυτισμό, υπογραμμίζει μια σειρά γνωρισμάτων τα οποία ο ίδιος εξέλαβε ότι είναι χαρακτηριστικά όλων των παιδιών που παρατήρησε. Τα γνωρίσματα λοιπόν αυτά είναι τα ακόλουθα:

- **Υπερβολική αυτιστική μοναχικότητα:**

Αυτό το έλλειμμα κοινωνικής ανταπόκρισης εμφανίστηκε, κατά τον Kanner, πολύ νωρίς στη ζωή, όπως έδειξε η αποτυχία του αυτιστικού νηπίου να απλώνει τα χέρια του στο γονιό, που προσπαθούσε να το πάρει ή να το αγκαλιάσει.

- **Αγχωτική καταθλιπτική επιθυμία για τη διατήρηση ομοιότητας:**

Οι διαφορετικές ρουτίνες του σχολείου και του περιβάλλοντος, θα μπορούσε να είναι η αιτία μιας έκρηξης με αποτέλεσμα, το παιδί να μην μπορεί να ηρεμήσει, μέχρις ότου η γνώριμη τάξη στον οικείο χώρο αποκατασταθεί.

- **Εξέχουσα μνήμη:**

Τα παιδιά λοιπόν, που ο Kanner παρατήρησε, έδειχναν μια ανικανότητα να ενθουμούνται μεγάλης και χωρίς σημασία ποσότητες γνωσιακής ύλης (π.χ. μια σελίδα περιεχομένων εγκυκλοπαίδειας), που δεν συμβάδιζε με τις σαφείς μαθησιακές τους δυσκολίες ή την νοητική τους υστέρηση σε άλλες περιπτώσεις.

- **Καθυστερημένη Ηχολαλία:**

Τα παιδιά επαναλάμβαναν τη γλώσσα που άκουγαν, αλλά αποτύγχαναν να χρησιμοποιούν λέξεις για να επικοινωνούν σε θέματα πέρα από τις άμεσες ανάγκες τους. Η ηχολαλία λοιπόν πιθανόν να εξηγεί την αντιστροφή των εννοιών, δηλαδή τα παιδιά μπορούν να χρησιμοποιούν

το «εσύ» όταν αναφέρονται στον εαυτό τους και το «εγώ» αναφερόμενα σε άλλο άτομο.

▪ **Υπερευαίσθησία σε ερεθίσματα:**

Τα παιδιά αντιδρούν έντονα σε ορισμένους θορύβους και σε αντικείμενα, όπως ηλεκτρικές σκούπες, ασανσέρ, ακόμα και στο φύσημα του αέρα. Μερικά ακόμα έδειξαν ότι έχουν προβλήματα ή φαντασιώσεις με το φαγητό, δείχνοντάς τα με επαναλαμβανόμενες κινήσεις, με λεκτικές εκφράσεις και στα ενδιαφέροντά τους.

▪ **Καλές γνωστικές δυνατότητες:**

Η εξέχουσα μνήμη και η δεξιότητα που έδειχναν ορισμένες από τις περιπτώσεις του Kanner, αντικατόπτριζαν μια ανώτερη νοημοσύνη, πέρα από το γεγονός, ότι πολλά παιδιά θεωρήθηκαν ότι έχουν σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες. Μια εντύπωση για τη νοημοσύνη δίδεται ακόμη από την παντελή έλλειψη εμφανών χαρακτηριστικών στις περισσότερες περιπτώσεις αυτισμού. Σε αντίθεση με τα παιδιά που παρουσιάζουν πολλούς τύπους σοβαρών μαθησιακών δυσκολιών (π.χ. το σύνδρομο Down), τα παιδιά με αυτισμό, συνήθως, έχουν εμφάνιση «φυσιολογική» (Happé, 2003).

Στο τελευταίο του άρθρο Kanner & Eisenberg, (1956), ο Kanner απομόνωσε μόνο δύο από αυτά τα πολλά χαρακτηριστικά ως τα στοιχεία-κλειδιά του αυτισμού: «την υπερβολική απομόνωση και την καταθλιπτική εμμονή στη διατήρηση της ομοιότητας». Ο ίδιος θεώρησε ότι τα άλλα συμπτώματα, είτε είναι δευτερογενή, δηλαδή προκαλούνται από αυτά τα δυο στοιχεία (π.χ. επικοινωνιακά ελλείμματα), είτε ότι δεν ταιριάζουν στον αυτισμό (π.χ. στερεότυπα).

1.3.2. Σύμφωνα με τον Hans Asperger:

Ο ορισμός του Αυτισμού, κατά τον Asperger, ή της «αυτιστικής ψυχοπάθειας» όπως το ονόμαζε, είναι πολύ ευρύτερος από τον ορισμό του Kanner. Ο Asperger συμπεριέλαβε περιπτώσεις που αγγίζουν τα όρια του φυσιολογικού και φτάνουν μέχρι σοβαρές εγκεφαλικές βλάβες. Σήμερα, ο χαρακτηρισμός «Σύνδρομου του Asperger» χρησιμοποιείται κυρίως, για την σπάνια περίπτωση του ευφυούς, γλωσσικά ικανού και σχεδόν φυσιολογικού αυτιστικού παιδιού. Σίγουρα δεν ήταν στις

προθέσεις του Asperger η ερμηνεία αυτή. Η χρήση όμως της ειδικής αυτής κατηγορίας έχει καταδειχθεί κλινικά ωφέλιμη (Happé, 2003).

Σύμφωνα με τον Asperger, παρατηρούνται στους ασθενείς που μελέτησε, τα εξής χαρακτηριστικά:

▪ **Στοιχεία της «ελευθερίας» και της «πρωτοτυπίας»:**

Οι αυτιστικοί ασθενείς εμφάνιζαν τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στη χρήση της γλώσσας και είχαν την τάση να διηγούνται «φανταστικές ιστορίες» (Happé, 2003).

▪ **Αδεξιότητα σε πολλούς τομείς:**

Παρατηρήθηκε στις λεπτές κινητικές δεξιότητες, όπως είναι η γραφή, ο συντονισμός των κινήσεων κ.α. (Happé, 2003).

▪ **Δυσκολίες στην κοινωνική ενσωμάτωση:**

Σε πολλές περιπτώσεις, η αποτυχία της ένταξης σε μια κοινωνική ομάδα είναι το πλέον ευκρινές στοιχείο, αλλά σε άλλες περιπτώσεις η αποτυχία αυτή αντισταθμίζεται από μια ιδιαίτερη πρωτοτυπία της σκέψης και της εμπειρίας, που μπορεί πιθανώς να οδηγήσει σε εξαιρετικά επιτεύγματα στη μετέπειτα ζωή (Frith, 1999).

Συμπερασματικά, λοιπόν, ο αυτισμός είναι μια σχετικά καινούρια διάγνωση, αν και η διαταραχή αυτή καθαυτή πιθανόν να υπήρχε ανέκαθεν. Έχουμε μάθει πολλά για το σύνδρομο από τότε που για πρώτη φορά έλαβε ένα όνομα. Ενώ συζητείται συχνά η περίπτωση της σημασίας ή του κινδύνου να χαρακτηρίσει κανείς παιδιά και ενηλίκους ως άτομα με αυτισμό, επειδή έχουν κάποια ειδική διαταραχή, είναι απίθανο να δεχτεί κανείς ότι θα μπορούσε να είχε σημειωθεί τόση μεγάλη πρόοδος τα τελευταία πενήντα και πλέον χρόνια, αν οι Kanner & Asperger δεν είχαν επονομάσει τα γνωρίσματα που φαίνονταν να διέπουν μια πολύ ειδική ομάδα παιδιών. Πολλά έχουμε μάθει για τον αυτισμό, αλλά απομένουν ακόμη πολλά να κατανοήσουμε. (Happé, 2003).

1.4. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΕ ΚΑΘΕ ΗΛΙΚΙΑ

1.4.1. ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Σε αντίθεση με τα βρέφη τυπικής ανάπτυξης, τα βρέφη με αυτισμό παρουσιάζουν δυσκολίες στη συνδυασμένη προσοχή, που μπορεί να προαναγγέλλουν καθυστέρηση στη γλωσσική εξέλιξη (Geraldine & Walting, 2000). Τα βρέφη με αυτισμό ή άλλης μορφής Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ), συμμετέχουν πολύ λίγο στην συντονισμένη και συνδυασμένη προσοχή, την κοινωνική συναναστροφή και την αμοιβαία αλληλεπίδραση με τους γονείς. Μελέτες παρουσιάζουν ότι βρέφη με αυτισμό παρακολουθούν ένα πρόσωπο λιγότερο, από τα βρέφη φυσιολογικής ανάπτυξης (Courchesne & Lincoln et al., 1994).

Τα μωρά με αυτισμό δεν χρησιμοποιούν αποτελεσματικά βλεμματική επαφή, εκφράσεις προσώπων και χειρονομίες σε σχέση με τους γονείς τους και άλλους. Ούτε η ανθρώπινη φωνή φαίνεται να μεταφέρει κάποια ιδιαίτερη έννοια ή να προσελκύει κάποια ιδιαίτερη προσοχή. Ένα από τα πρώιμα σημάδια του αυτισμού, είναι η αποτυχία του μικρού παιδιού να προσανατολιστεί προς τις φωνές ή να ανταποκριθεί στη προσφώνηση του ονόματός του (Συριοπούλου-Δελλή, 2011).

Ο Stanley Greenspan, ανέπτυξε την θεωρία της «διαταραχής στη ρύθμιση της αισθητηριακής διαδικασίας», η οποία είναι μια ανικανότητα στην επεξεργασία των αισθήσεων, δηλαδή στη πρόσληψη, προσαρμογή και κατανόηση των ερεθισμάτων και παράλληλα, στην ικανότητα ηρεμίας με συγκεκριμένη τη προσοχή. Τα βρέφη με τέτοιου τύπου διαταραχές μπορεί να υπεραντιδράσουν ή υποαντιδράσουν σε θορύβους και δυνατά φώτα, να παρουσιάσουν δυσλειτουργία στη αφή, να γίνουν δυσκίνητα και δύσκαμπτα για να αποφύγουν το φυσικό ερέθισμα. Ακόμη, ενδέχεται να υπεραντιδράσουν ή υποαντιδράσουν στον πόνο και συχνά έχουν δυσκολίες με τα ακουστικά ερεθίσματα και την διαδικασία ταυτόχρονης επεξεργασίας πολυαισθητηριακών εμπειριών (Συριοπούλου-Δελλή, 2011).

Τα βρέφη και τα παιδιά με διαταραχές αυτιστικού φάσματος συχνά παρουσιάζουν δυσκολίες στην κίνηση, αν και αυτό δεν είναι καθοριστικό χαρακτηριστικό (έλλειψη χειρονομιών, φτωχή μίμηση κινήσεων) (Συριοπούλου-Δελλή, 2011).

Πιο συγκεκριμένα, ο Sauvage (1995), κατέγραψε την λίστα των συμπτωμάτων που ανευρίσκονται συχνότερα από τη γέννηση έως τον δεύτερο χρόνο της ζωής των αυτιστικών παιδιών, χωρίς όμως να διατείνεται ότι αποτελούν πρόδρομα ειδικά σημεία.

Μεταξύ 0-6 μηνών:

- αδιαφορία στο κόσμο των ήχων (εντύπωση κωφότητας),
- ανωμαλίες του βλέμματος, στραβισμός,
- ανωμαλίες της συμπεριφοράς (βρέφος υπερβολικά ήρεμο ή σε υπερβολική διέγερση),
- διαταραχές του ύπνου και της θρέψης (άτυπες και/ή βαριές μορφές),
- απουσία στάσης προσδοκίας και συνολικότερα ανωμαλίες της κινητικότητας και της τονικότητας: υποτονία, υπερδραστηριότητα, αδυναμία εναρμόνισης στην αγκαλιά της μητέρας,

(Losche, 1990; Piaget, 1954).

Μεταξύ 6-12 μηνών:

- ανάπτυξη περιέργων στάσεων,
- μοναχικές δραστηριότητες: παιχνίδι με τα δάχτυλα και τα χέρια μπροστά από τα μάτια, ταλαντεύσεις,
- ασυνήθης χρήση των αντικειμένων (ξύσιμο, τρίψιμο).
- απουσία ενδιαφέροντος για τα άτομα (έλλειψη επαφής).
- λίγες ή καθόλου φωνητικές εκπομπές,
- επιβεβαίωση των κινητικών ιδιαιτεροτήτων: υποτονία, (μερικές φορές υπερτονία), υποδραστηριότητα, (μερικές φορές διέγερση).

Μεταξύ 1-2 χρονών:

- μη ανάπτυξη του λόγου,
- διαταραχή στο παιχνίδι και κυρίως στο εξερευνητικό, που ίσως σηματοδοτεί αναπτυξιακές δυσκολίες, όταν επεκτείνεται στο δεύτερο χρόνο ζωής και δεν ακολουθείται από συμβολικές και γεννητικές μορφές παιχνιδιού,
- εμφάνιση στερεοτυπιών,
- αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ακρωτηριασμού,

- η επίμονη έλλειψη του συγχρονισμού της χρήσης φυσικών χειρονομιών και της βλεμματικής επαφής, γίνεται συμπτωματική της διάσπασης στην κοινωνική επικοινωνία στο δεύτερο χρόνο ζωής (Bates, 1979; National Research Council, 2001).
(Delion, 2000)

Αξίζει να σημειωθεί η «αποφυγή της σχέσης του νεογνού» (ΑΣΝ), η οποία θεωρείται ως ένα σύνολο συμπεριφορών, που μπορούν να αποτελούν μερικές φορές πρόδρομες καταστάσεις, ως προς την εγκατάσταση ενός διαπιστωμένου αυτιστικού συνδρόμου (Delion, 2000).

1.4.2. ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ- ΝΗΠΙΑΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Το παιδί με αυτισμό που στερείται ένα οργανωμένο σύστημα επικοινωνίας, έχει περιορισμένη συμμετοχή σε έναν κόσμο, στον οποίο όλοι μοιράζονται και ανταλλάσσουν πληροφορίες. Το χαρακτηριστικό, το οποίο πιο συχνά οδηγεί σε αξιολόγηση και παρέμβαση, είναι η έλλειψη του παιδιού για λειτουργική και με νόημα ομιλία. Επιπλέον, η πρόθεση για επικοινωνία, που είναι μια βασική προϋπόθεση, μπορεί να απουσιάζει. Η πρόθεση και το κίνητρο για επικοινωνία με άλλους, δεν εξασφαλίζουν από μόνα τους την ανάπτυξη της ομιλίας και του λόγου. Η έλλειψη πρόθεσης για επικοινωνία αναφέρεται μερικές φορές σαν βασική εξήγηση για την έλλειψη ομιλίας και χειρονομιών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με αυτισμό (Συριοπούλου-Δελλή, 2011).

Το παιδί, λοιπόν, με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) προσχολικής-νηπιακής ηλικίας, ενδέχεται να παρουσιάζει τα παρακάτω σημεία:

- ψέλλισμα,
 - αρπάζει ή χρησιμοποιεί το χέρι κάποιου άλλου ανθρώπου, σαν να ήταν εργαλείο για να πιάσει τροφή ή ένα παιχνίδι,
 - εξάψεις,
 - σωματικές επιθέσεις, αυτοτραυματισμοί
- (Συριοπούλου- Δελλή, 2011).
- τα κενά χωρίς ομιλία αποτελούν ένδειξη δυσκολίας στην κίνηση ή την οργάνωση κινητικών αντιδράσεων (Dale, 1972),
 - ηχολαλία, δηλαδή δυσκολία κατανόησης και χρήσης των μερών της ομιλίας με τρόπο που να έχει νόημα (Volden & Loud, 1991),
 - κατακερματισμός των μερών του λόγου σε μικρότερες μονάδες,

- περίπου το 50% αποτυγχάνει να αναπτύξει λειτουργική ομιλία,
- ορισμένα παιδιά αντιδρούν κατάλληλα σε προφορικές εντολές,
- η ομιλία μπορεί να έχει μια συνεχή ροή ήχων, που περιλαμβάνει αδιαφοροποίητα κομμάτια και περιόδους σιωπής,
- ένας μικρός αριθμός προσχολικών παιδιών ξέρει να διαβάσει ή τουλάχιστον να απαγγέλλει λέξεις γραμμένες στο χαρτί σωστά, συχνά με μικρή καθοδήγηση,

(Συριοπούλου- Δελλή, 2011)

- ορισμένα παιδιά εμφανίζουν δυνατά σημεία σε οπτικο-χωρικές ικανότητες και στην οπτική μνήμη (Tirosh & Canby, 1993),
- έλλειψη ενδιαφέροντος για τα άλλα παιδιά,
- παράξενο και πτωχό παιχνίδι- πιθανόν αγνοούν τους συνομηλίκους και οι μορφές των παιχνιδιών τους μπορεί να είναι επαναλαμβανόμενες,
- δύσκολη ή ασυνήθιστη χρήση αντικειμένων ή μερών των αντικειμένων, να τα περιστρέφουν ή να τα σέρνουν- δυσκολία στο να εμπλέκονται σε παιχνίδι που δεν είναι συνδεδεμένο με την άμεση κατάσταση στην οποία βρίσκονται (Piaget, 1968),
- οι στερεοτυπικές κινήσεις μπορεί να γίνουν πιο συχνές, όπως χτυπήματα χεριών, δακτύλων και κίνηση πίσω-μπρος (Kanner, 1973),
- προβλήματα με την υπερευαισθησία των αισθήσεων (Συριοπούλου-Δελλή, 2011).

Μια πλειοψηφία γονέων παιδιών με αυτισμό, ξεκινούν να αναγνωρίζουν και να αναζητούν ιατρική ή ψυχολογική συμβουλή για τις αναπτυξιακές διαταραχές των παιδιών τους, στο δεύτερο και τρίτο χρόνο ζωής (Short & Schopler, 1988; Rogers & DiLalla, 1990; De Giacomo & Fombonne, 1998). Οι ανησυχίες συνήθως, πυροδοτούνται από μια έλλειψη προόδου των δεξιοτήτων (π.χ. ο λόγος δεν αναπτύσσεται όπως είναι αναμενόμενο), απώλεια δεξιοτήτων (π.χ. απώλεια λέξεων, βλεμματικής επαφής ή ενδιαφέροντος σε άλλους) και η εμφάνιση ανώμαλων συμπεριφορών (π.χ. τάση για περιστροφή πραγμάτων ή κινητικών μανιερισμών) (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

1.4.3. ΣΧΟΛΙΚΗ-ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Για το παιδί με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), τα σχολικά χρόνια φέρνουν προκλήσεις που σχετίζονται με την αλλαγή προσδοκιών, που συνοδεύουν την αύξηση της φυσικής και συμπεριφορικής ωριμότητας. Κατά την διάρκεια των ηλικιών 6-12, το παιδί με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) αντιμετωπίζει μεταβάσεις σε νέα περιβάλλοντα εκμάθησης, επικοινωνία με νέους συνομηλίκους και ενήλικες και απομακρύνσεις από τα οικεία μέρη και τις ρουτίνες (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Αυτές οι αλλαγές επηρεάζουν πολλούς τομείς της λειτουργίας, καθώς το παιδί απαιτείται να προσαρμοστεί σε πιο περίπλοκα και απαιτητικά κοινωνικά περιβάλλοντα, να μάθει πιο ειδικές δεξιότητες, να επικοινωνεί σε ένα υψηλότερο επίπεδο και να επεξεργάζεται περισσότερες πληροφορίες. Τέτοιες εμπειρίες, οι οποίες είναι κοινές στα παιδιά σχολικής ηλικίας, είναι σχετικά δύσκολες για αυτά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), που δεν έχουν μόνο αναπτυξιακές καθυστερήσεις σε πολλούς τομείς, αλλά και καθυστερήσεις προσαρμογής στις αλλαγές στο περιβάλλον τους (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Τα παρακάτω σημεία διαγράφονται ξεκάθαρα σε αντίθεση με τις φυσιολογικές προσδοκίες, για τα παιδιά αυτής της ηλικίας:

- έλλειψη φυσιολογικών σχέσεων με τους συνομήλικους,
- απουσία ή σπανιότητα προσποιητικού παιχνιδιού,
- παρουσία επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών ή μεμονωμένων ενδιαφερόντων,
- ανικανότητα ακολουθίας οδηγιών,
- ανικανότητα αλληλεπιδράσεων,
- κινητικές στερεοτυπίες,

(Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005)

- ελλείμματα στην κοινωνική και προσαρμοστική συμπεριφορά, όπως αποτυχία να εγκαθιδρύσουν σχέσεις με συνομήλικους, έλλειψη φυσιολογικής σχετικότητας με οικεία άτομα, μοναχικότητα, πτωχή βλεμματική επαφή και χειρονομία, απτική αμυντικότητα και έλλειψη επικοινωνίας (Rutter, 1978; Wing & Gould, 1979),

- έλλειψη συμμετοχής σε αμοιβαίο, προσποιητικό και συνεργατικό παιχνίδι,
- επαναλαμβανόμενα παιχνίδια με αντικείμενα,
- συμμετοχή σε παθητικές δραστηριότητες,
- διαφορετικά μοτίβα ενδιαφέροντος και προσοχής για παιχνίδια,
- διαφορετική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια επικοινωνιακών αλληλεπιδράσεων σχετιζόμενα με παιχνίδια,

(O'Neill & Happe, 2000),

- ελλείμματα στην μη λεκτική επικοινωνία (Loveland & Landry, 1986),
- παιδιά που δεν αναπτύσσουν γλώσσα, ο λόγος πιθανά να είναι πραγματολογικά ακατάλληλος, καθώς και αναπτυξιακά καθυστερημένος (Volkmar, Paul, Klin, Cohen, 2005),
- συναισθηματικά ελλείμματα που σχετίζονται με άλλους ανθρώπους (Hobson, 1993),
- επιδεικνύουν συναισθηματικές αποκρίσεις που, μοιάζουν ασυνήθιστες, ακατάλληλες, υπερβολικές, ή ανακριβείς σε σχέση με άλλα παιδιά σε παρόμοιες καταστάσεις (Yirmiya, Kasari, Sigman & Mundy, 1989; Capps, Kasari, Yirmiya & Sigman, 1993; Joseph & Tager-Flusberg, 1997),
- επιδεικνύουν μαθησιακά προβλήματα, σε ποικίλους βαθμούς με ορισμένα παιδιά να έχουν κατακτήσει το λόγο, ενώ κάποια όχι (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005),
- στερεοτυπικές, επαναλαμβανόμενες, ή τελετουργικές συμπεριφορές (Wing & Gould, 1979; Rutter, 1985; Lord et al., 1994; Turner, 1999; Gray & Tonge, 2001; Militerni, Bravaccio, Falco, Fico & Palermo, 2002),
- συχνά επιδεικνύουν χαρακτηριστικά που συνδέονται με τη ΔΕΠΥ (Goldstein & Johnson & Minshew, 2001), με συμπτώματα όπως: απροσεξία, υπερδραστηριότητα, παρορμητικότητα και ανωμαλίες σε ποικίλες αισθητικές λεπτομέρειες (π.χ. απτικές, ακουστικές ή οπτικές ευαισθησίες) (Eaves & Ho, 1997),
- ορισμένα παιδιά εκδηλώνουν άγχος με συμπτώματα θυμού, επιθετικότητας, ευαισθησίας, ταραχής, φόβου, μη συμμόρφωσης και άλλων ανεπιθύμητων συμπεριφορών, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα παιδιά με σύνδρομο Asperger (Lainhart, 1999; Kim, Szatmari, Bryson, Streiner & Wilson, 2000; Gillott, Furniss & Walter, 2001),
- εμφανίζεται κατάθλιψη, συγκεκριμένα σε άτομα με σύνδρομο Asperger (Lainhart & Folstein, 1994),
- εκδηλώνουν αυτοκαταστροφικές, αυτοτραυματικές και επιθετικές προς άλλους συμπεριφορές (Kanner, 1973; Συριοπούλου-Δελλή, 2011).

Ο Wing και οι συνεργάτες του, έχουν περιγράψει τρεις υποκατηγορίες κοινωνικής συμπεριφοράς, που συλλαμβάνουν πολλές από τις εκδηλώσεις των ΔΑΦ, που είναι ορατές στο παιδί σχολικής ηλικίας (Wing & Attwood, 1987; Wing & Gould, 1979):

Υποκατηγορία 1^η:

Τα *αποστασιοποιημένα* παιδιά είναι αυτά που περισσότερο περιγράφονται ως «κλασσικά αυτιστικά». Δεν αναζητούν και ίσως ενεργητικά να αποφεύγουν την επικοινωνία με άλλους και ενδεχομένως αγχώνονται πολύ, αν τα πιέζουν. Δεν επικοινωνούν (ακόμη και αν μερικά μπορούν να μιλήσουν) και ένα μεγάλο μέρος της ώρας τους, μπορεί να καταληφθεί από στερεοτυπίες και άλλα επαναλαμβανόμενα ενδιαφέροντα (Freitag, 1970; Loveland & Landry, 1986; Trad & Bernstein & Shapiro & Hertzog, 1993).

Υποκατηγορία 2^η:

Τα *παθητικά* παιδιά δεν αποφεύγουν έντονα την κοινωνική επαφή με άλλους, αλλά υστερούν στην αυθόρμητη και διαισθητική κατανόηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, που μοιράζεται μεταξύ τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών. Οι συμπεριφορές της επικοινωνίας και του παιχνιδιού τους είναι άκαμπτες και μερικές φορές στερεοτυπικές. Αυτά τα άτομα τείνουν να λειτουργούν σε ένα κάπως υψηλότερο αναπτυξιακό επίπεδο, με περισσότερη γλώσσα και λιγότερες κινητικές στερεοτυπίες και είναι γενικά «εύκολα διαχειρίσιμα» (Volkmar & Paul & Klin & Cohen, 2005).

Υποκατηγορία 3^η:

Τα *ενεργητικά-αλλά-παράξενα* παιδιά είναι αυτά που συνήθως περιγράφονται με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό ή σύνδρομο Asperger. Αναζητούν έντονα την επαφή με άλλους, με μια ασυνήθιστη και συχνά ακατάλληλη κοινωνική προσέγγιση. Τα χαρακτηριστικά αυτών των παιδιών είναι συμπεριφορές όπως επαναλαμβανόμενες κινήσεις, ακατάλληλο άγγιγμα, αποκλειστική συζήτηση για τα συγκεκριμένα ενδιαφέροντα του παιδιού και παράξενες στάσεις, χειρονομίες, και εκφράσεις προσώπου. Εμφανίζουν περιορισμένη γνώση των

συναισθημάτων, σκέψεων και κινήτρων των άλλων (Wing & Attwood, 1987).

Συμπερασματικά, λοιπόν, η μέση παιδική- σχολική ηλικία είναι μια περίοδος κατά την οποία, εμφανίζονται μερικές ιδιαίτερες ικανότητες σε μερικά παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ). Στην ηλικία των 6 ετών γνωρίζουν τους δρόμους για να κάνουν διάφορες διαδρομές, μερικά έχουν καταπληκτικές ικανότητες ημερολογίου, θυμούνται ημερομηνίες και γεγονότα (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

1.4.4. ΕΦΗΒΙΚΗ- ΕΝΗΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Είναι ξεκάθαρο πως περίπου όλα τα παιδιά με αυτισμό, μεγαλώνουν και γίνονται έφηβοι και ενήλικες με αυτισμό. Η ομοφωνία ερευνών και κλινικών βιβλιογραφιών, είναι ότι ο αυτισμός είναι μια εφόρου ζωής κατάσταση κλινικής ανάγκης. Παρόλο αυτά, αρκετοί συγγραφείς έχουν υπογραμμίσει το γεγονός, ότι ένας μικρός αριθμός ατόμων που έχουν διαγνωστεί με αυτισμό ως παιδιά, δεν θα υπάρξει ανάλογη διάγνωση στα επόμενα χρόνια (Rutter, 1970; DeMyer et al., 1973; Rumsey, Rapoport & Sceery, 1985; Szatmari, Bartolucci, Bremner, Bond & Ruch, 1989; Von Knorring & Haeggloef, 1993; Piven, Harper, Palmer & Arndt, 1996; Nordin & Gillberg, 1998; Lovaas, 2000; Seltzer et al., 2003).

Η βιβλιογραφία των ερευνών υποστηρίζει ότι στην εφηβεία μερικά άτομα με αυτισμό, βελτιώνονται σημαντικά, άλλοι αντιμετωπίζουν επιδείνωση της λειτουργίας και πολλοί συνεχίζουν μια σταθερή ώριμη ζωή (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Μερικά ενδεικτικά στοιχεία που εμφανίζουν πολλοί έφηβοι και ενήλικες με αυτισμό, είναι τα παρακάτω:

- συμπεριφορικά προβλήματα,
- αντίσταση στην αλλαγή,
- μη αποδεκτή σεξουαλική συμπεριφορά,
- θυμός και επιθετικότητα,

- αυτοτραυματική συμπεριφορά,
(DeMyer, 1979; Fong, Wilgosh, & Sobsey, 1993)
- πνευματική καθυστέρηση (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005),
- σταθερό IQ από την παιδική στην εφηβική και ύστερα στην ενήλικη ζωή (Lockyer & Rutter, 1969; Nordin & Gillberg, 1998),
- επιδεικνύουν ανωμαλίες στο λόγο και στη γλώσσα (Rumsey et. al., 1985; Baltaxe & Simmons, 1992; Howlin, 1997,2003; Twachtman-Cullen, 1998; Tager-Flusberg, 2001),
- έλλειψη αυθόρμητου λόγου και με νόημα (Eisenberg, 1956; Rutter, 1970; Lotter, 1974; Gillberg & Steffenberg, 1987),
- χαμηλότερη προσαρμοστική συμπεριφορά (Lockyer & Rutter, 1969; Rumsey et. al., 1985; Freeman et. al., 1991; Bryson & Smith, 1998; Carter et. al., 1998; Bolte & Poustka, 2002),
- ορισμένοι ενήλικες μπορούν να αυτονομηθούν και να αυτοεξυπηρετηθούν, ενώ άλλοι χρειάζονται βοήθεια για την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων (Siegel, 1996; Nordin & Gillberg, 1998; Howlin et. al., 2004; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005),
- πολλοί ενήλικες δεν έχουν αναπτύξει λειτουργικές δεξιότητες ανάγνωσης και μαθηματικών, ενώ ένα μικρό ποσοστό ατόμων έχει παρακολουθήσει και αποφοιτήσει από κολλέγια και πανεπιστήμια (Kanner, 1973; Rumsey et al., 1985; Szatmari et al., 1989; Tantam, 1991; Venter et al., 1992; Green et al., 2000; Howlin, 2003; Howlin et al., 2004),
- η κατάθλιψη είναι η πιο κοινή ψυχιατρική κατάσταση στα κλινικά δείγματα ενηλίκων (Ghaziuddin, Weidmer-Mikhail, & Ghaziuddin, 1998; Howlin, 2000; Ghaziuddin, Chaziuddin, & Greden, 2002),
- επιληψίες που σχετίζονται με νοητική υστέρηση (Rutter, 1970; Wolf & Goldberg, 1986; Volkmar & Nelson, 1990) ή με την καθορισμένη αναπτυξιακή επιθετικότητα είναι πιο συχνές σε ενήλικες με αυτισμό (Rutter et. al., 1967; Gillberg & Steffenburg, 1987; Kobayashi & Murata, 1998),
- η συντριπτική πλειοψηφία ατόμων με αυτισμό ζουν τουλάχιστον μέχρι τη μέση ηλικία και σχεδόν ακόμα παραπέρα (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005),

- ένα μικρό ποσοστό ενηλίκων έχει την ικανότητα πρόσληψης σε μια εργασία (Smith, Belcher, & Juhrs, 1995; Howlin & Goode, 1998; Mawhood & Howlin, 1999),
- ο αυνανισμός είναι η πιο τυπική σεξουαλική συμπεριφορά σε άτομα με αυτισμό με ή χωρίς νοητική υστέρηση (DeMyer, 1979; Haracopos & Pedersen, 1992).

Η ερευνητική βιβλιογραφία υποστηρίζει, ότι οι γλωσσικές δεξιότητες γενικά βελτιώνονται σημαντικά από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση σε ομάδες ατόμων με αυτισμό (όχι απαραίτητα σε όλα τα άτομα), αλλά οι βλάβες παραμένουν, ακόμα και σε άτομα με μια μέση νοημοσύνη (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Το γενικό συμπέρασμα είναι ότι ο αυτισμός, όπως και η νοητική υστέρηση, δεν θεραπεύεται πλήρως παρά τις παρατηρούμενες αλλαγές στη συμπεριφορά. Τα αυτιστικά άτομα όμως μπορούν και συχνά καταφέρνουν να αντισταθμίζουν τις ελλείψεις τους σε σημαντικό βαθμό. Οι ικανότητές τους μπορούν να αξιοποιηθούν σε ένα προστατευμένο περιβάλλον, ενώ μπορούν να γίνουν χρήσιμοι σύντροφοι των ηλικιωμένων γονέων τους. Βέβαια, τα πράγματα δεν εξελίσσονται πάντα τόσο ευνοϊκά. Η πρόβλεψη του μέλλοντος ενός αυτιστικού παιδιού είναι το ίδιο επισφαλής, με την πρόβλεψη για το μέλλον ενός φυσιολογικού παιδιού (Frith, 1999).

1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Καταρχήν μαθαίνουμε από τον Kanner (1958) ότι ο πρώιμος παιδικός αυτισμός αποτελεί σπάνιο φαινόμενο. Αυτό οφείλεται μάλλον στο γεγονός ότι ένας αριθμός αυτιστικών παιδιών μπορεί να έχει εισαχθεί και να διαμένει σε ιδρύματα, άλλος να ζει μέσα σε οικογένειες, άλλος να φοιτά σε κανονικά ή ειδικά σχολεία για αυτιστικά παιδιά, με συνέπεια την αδυναμία του εντοπισμού και της καταγραφής τους. Οι δυσκολίες γίνονται συχνά πιο έντονες, εξαιτίας σύγχυσης και έλλειψης σαφούς διαχωρισμού, ανάμεσα στον πρώιμο παιδικό αυτισμό, στις βαριές μορφές νοητικής ανεπάρκειας και στην παιδική σχιζοφρένεια (Lotter, 1966).

Όμως, με βάση τις εμπειρικές του έρευνες, ο Lotter μας πληροφορεί, ότι ανάμεσα σε 10.000 παιδιά ηλικίας 8-10 χρόνων, βρίσκονται 4-5 παιδιά με το σύνδρομο του πρώιμου παιδικού αυτισμού. Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνονται με νεότερες έρευνες (Brask, 1970; Rutter, 1973). Σχετικά με τη συχνότητα παρουσίας του αυτιστικού συνδρόμου στη χώρα μας, εκτιμούμε ότι βρίσκεται στα ίδια περίπου διεθνή επίπεδα, καθόσον ελλείπουν παντελώς στατιστικά στοιχεία για το θέμα αυτό (Κυπριωτάκης, 2003).

Πιο συγκεκριμένα, ο αυτισμός θεωρήθηκε ως σπάνια πάθηση, με συχνότητα 2-5 στα 10.000 άτομα. Η θέσπιση των διαγνωστικών κριτηρίων DSM και ICD, είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της συχνότητας, με την αναγνώριση περισσότερων ηπιότερων περιστατικών, καθώς και παιδιών που θεωρήθηκαν αποκλειστικά πνευματικώς καθυστερημένα (Καφετζής, Κουκουτσάκης, Μυριοκεφαλιτάκης & Γουριώτης, 2011).

Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες που συμπεριλαμβάνουν άτομα που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια, ανεβάζουν τη συχνότητα των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος σε 5-7 στα 1.000 παιδιά. Η αύξηση της συχνότητας αποδίδεται στην διεύρυνση των διαγνωστικών κριτηρίων, καθώς και στην ευαισθητοποίηση των ειδικών (Καφετζής, Κουκουτσάκης, Μυριοκεφαλιτάκης & Γουριώτης, 2011).

Εξ ορισμού, η έναρξη της αυτιστικής διαταραχής απαντάται πριν την ηλικία των 3 ετών, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις δεν ανιχνεύεται παρά μόνο σε μεγαλύτερη ηλικία (Sadock & Sadock, 2009). Οι πρώτες καθυστερήσεις στην ανάπτυξη του λόγου και της επικοινωνίας που παρατηρούνται από τους γονείς σε ποσοστό 53,7% και οι πιο συχνές που αναφέρονται σε ποσοστό 74,4% , παραπέμπουν σε υποψία για αυτισμό (De Giacomo & Fombonne, 1998).

Ακόμη, αξίζει να σημειωθεί πώς η αυτιστική διαταραχή είναι τέσσερις με πέντε φορές συχνότερη στα αγόρια έναντι των κοριτσιών (Lempp, 1973; Sadock & Sadock, 2009). Τα κορίτσια είναι πιθανότερο να εμφανίζουν σοβαρότερου βαθμού νοητική υστέρηση. Τέλος, οι πρώτες μελέτες υποστηρίζουν ότι το υψηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο ήταν περισσότερο συνηθισμένο στις οικογένειες με αυτιστικά

παιδιά. Ωστόσο, αυτά τα ευρήματα βασίζονταν μάλλον σε συστηματικά στατιστικά λάθη παραπομπής. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 25 ετών, οι επιδημιολογικές μελέτες δεν έχουν δείξει συσχέτιση μεταξύ της αυτιστικής διαταραχής και της όποιας κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης (Sadock & Sadock, 2009).

1.6. ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Οι αυτιστικού τύπου διαταραχές προκαλούνται από πολλά οργανικά νοσήματα, κανένα όμως δεν μπορεί να θεωρηθεί μοναδικό για τον αυτισμό. Ο αυτισμός αποτελεί σύνδρομο διαταραχών της συμπεριφοράς, που οφείλεται σε διαφορετικούς βιολογικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων και των γενετικών. Η άποψη αυτή, άρχισε να εκφράζεται από το 1992 και ισχυροποιείται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια από νέα βιβλιογραφικά δεδομένα, καθώς και από νευροφυσιολογικές και απεικονιστικές έρευνες (Καφετζής, Κουκουτσάκης, Μυριοκεφαλιτάκης & Γουργιώτης, 2011).

Με βάση τις γνώσεις που διαθέτουμε μέχρι σήμερα για τον αυτισμό, δεν μπορούμε να κάνουμε λόγο για ενιαίο παθολογικό μηχανισμό και για συγκεκριμένα αίτια. Η αιτιολογία δεν έχει επαρκώς διαλευκανθεί, με συνέπεια να δυσχεραίνεται η αντιμετώπιση και η αποτελεσματική θεραπεία. Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί, όσον αφορά την αιτιολογία, διάφορες υποθέσεις. Οι περισσότερες από αυτές τεκμηριώνονται ερευνητικά (Κυπριωτάκης, 2003).

Η αιτιολογική διάγνωση, σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα ανευρίσκεται στο 10% των περιπτώσεων. Ως πιθανά αίτια των Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) μπορούν να οριστούν τα παρακάτω (Αντωνιάδου-Χιτολού, 2003):

- Γενετικοί Παράγοντες:

Πρόσφατες ενδείξεις υποστηρίζουν την ύπαρξη μιας γενετικής βάσης, για την ανάπτυξη αυτιστικής διαταραχής στις περισσότερες περιπτώσεις, με τη συμβολή μέχρι 4 ή 5 γονιδίων. Επιπροσθέτως, σε

πολλές έρευνες, το 3 με 4% των αδερφών των αυτιστικών παιδιών, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης μιας ποικιλίας αναπτυξιακών διαταραχών, συχνά σχετιζόμενων με την επικοινωνία και τις κοινωνικές δεξιότητες. Επίσης, αυτές οι δυσκολίες σε μη αυτιστικούς συγγενείς ατόμων με αυτιστική διαταραχή είναι γνωστές από τους ερευνητές, ως «ευρύς φαινότυπος». Οι τρόποι κληρονομικής μεταβίβασης δεν έχουν ακόμη αποσαφηνιστεί. Οι υποθέσεις περιλαμβάνουν τη γενετική κληρονομική μεταβίβαση μιας γενικότερης προδιάθεσης, σε αναπτυξιακές δυσκολίες και την ειδική γενετική αιτιολόγηση των Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) (Sadock & Sadock, 2009).

▪ Βιολογικοί Παράγοντες:

Το υψηλό ποσοστό νοητικής υστέρησης στα παιδιά με αυτιστική διαταραχή και η υψηλότερη του αναμενόμενου συχνότητα επιληπτικών διαταραχών, υποδηλώνουν μια βιολογική βάση της αυτιστικής διαταραχής. Περίπου το 70% των παιδιών με αυτιστική διαταραχή έχει νοητική υστέρηση. Περίπου το 1/3 αυτών των παιδιών εμφανίζει ελαφρά έως μέτρια νοητική υστέρηση και τα μισά περίπου από αυτά τα παιδιά, έχουν σοβαρή ή βαριά νοητική υστέρηση. Τα παιδιά με αυτιστική διαταραχή και νοητική υστέρηση τυπικά εκδηλώνουν σοβαρότερα ελλείμματα στην αφαιρετική σκέψη, την κοινωνική κατανόηση και τις λεκτικές δοκιμασίες, έναντι των πρακτικών δοκιμασιών (Sadock & Sadock, 2009).

Τα αυτιστικά παιδιά εκδηλώνουν περισσότερα σημεία περιγεννητικών επιπλοκών, έναντι των φυσιολογικών παιδιών και εκείνων με άλλες διαταραχές. Το εύρημα ότι τα παιδιά με αυτισμό διαθέτουν σημαντικά περισσότερες ελάσσονες συγγενείς σωματικές ανωμαλίες, έναντι του αναμενόμενου, υποδηλώνει ανώμαλη ανάπτυξη κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της κύησης (Sadock & Sadock, 2009).

- Ανοσολογικοί παράγοντες:

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η ανοσολογική ασυμβατότητα (δηλαδή μητρικά αντισώματα κατά του εμβρύου), μπορεί να συνεισφέρει στην αυτιστική διαταραχή. Τα λεμφοκύτταρα ορισμένων αυτιστικών παιδιών αντιδρούν με τα μητρικά αντισώματα, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες βλάβης των νευρικών ιστών του εμβρύου ή των εξωεμβρυϊκών ιστών, κατά την διάρκεια της κύησης (Sadock & Sadock, 2009).

- Προγεννητικοί και περιγεννητικοί παράγοντες:

Οτιδήποτε, προκαλεί το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) να αναπτυχθεί μη φυσιολογικά, είτε πριν είτε μετά τη γέννα, μπορεί να προκαλέσει αυτισμό (Janzen, 1999). Πιο συγκεκριμένα, προγεννητικά και περιγεννητικά συμβάντα, καθώς και φαινυλκετονουρία, εγκεφαλίτιδες, μηνιγγίτιδες, σύνδρομο Down ή ερυθρά στη μητέρα, είναι πολύ περισσότερο συνηθισμένα στις περιπτώσεις αυτισμού. Γενικά, οι οργανικοί παράγοντες τα τελευταία χρόνια έχουν βρεθεί να διαδραματίζουν παθογενετικό ρόλο, όπως για π.χ. πολλά αυτιστικά παιδιά που έχουν χαμηλή σεροτονίνη στο αίμα (Ιεροδιακόνου & Ζηλίκη, 2005).

Στη νεογνική περίοδο, στα αυτιστικά παιδιά παρατηρείται μεγαλύτερη επίπτωση συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας και νεογνικής αναιμίας. Τα αρσενικά παιδιά με αυτισμό, ως μια χωριστή ομάδα, βρέθηκαν να είναι απότοκα μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας κυήσεων και ήταν βαρύτερα κατά την γέννησή τους, σε σύγκριση με τα μωρά στο γενικό πληθυσμό. Τα θηλυκά παιδιά με αυτισμό, φαίνεται πως είναι απότοκα τελειωμένων κυήσεων σε σχέση με τα μωρά στο γενικό πληθυσμό (Sadock & Sadock, 2009).

- Νευροανατομικοί παράγοντες:

Η νευροανατομική βάση του αυτισμού είναι άγνωστη. Παρόλα αυτά, πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι η αύξηση της ποσότητας της φαιάς και λευκής εγκεφαλικής ουσίας, αλλά όχι του εγκεφαλικού όγκου, είναι

παρούσα σε παιδιά με αυτιστική διαταραχή, στην ηλικία των 2 ετών (Sadock & Sadock, 2009).

Μελέτες έχουν δείξει ότι ο συνολικός όγκος εγκεφάλου είναι μεγαλύτερος στα άτομα με αυτισμό, αν και τα αυτιστικά παιδιά με σοβαρή νοητική υστέρηση, έχουν σε γενικές γραμμές μικρότερο κεφάλι. Το μεγαλύτερο ποσοστό μέσης αύξησης του μεγέθους παρατηρείται στο ινιακό, τον κροταφικό και το βρεγματικό λοβό (Sadock & Sadock, 2009).

▪ Ψυχοκοινωνικοί και οικογενειακοί παράγοντες:

Καταρχήν, η παρουσία του αυτισμού θεωρήθηκε 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 τη γέννηση, έλλειψη στοργής, γέννηση άλλου παιδιού, προτού ακόμη συμπλήρωση τον 18^ο μήνα της ζωής του. Επιπλέον, ενδέχεται να υπάρχουν: λανθασμένη συμπεριφορά και κατάθλιψη της μητέρας μετά τη γέννηση του παιδιού, χρήση θηλάστρου, διαζύγιο, θάνατος του ενός ή και των δυο γονιών, υπερβολικές απαιτήσεις, απομάκρυνση του παιδιού από την μητέρα, ιδρυματισμός κ.α. (Tinbergen, 1984). Για αυτό το λόγο υποστηρίχθηκε, κατά καιρούς, άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο, ότι τα αίτια του αυτιστικού συνδρόμου είναι ψυχογενή (Bettelheim, 1977; Tinbergen, 1984; Mahler, 1985; Tustin, 1989 κ.α.).

Οι πιο σύγχρονες μελέτες, στις οποίες συγκρίνονται οι γονείς των αυτιστικών παιδιών με γονείς φυσιολογικών παιδιών, δεν δείχνουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους, στις δεξιότητες ανατροφής των παιδιών τους (Sadock & Sadock, 2009). Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε, σε αντίθεση με πρώιμες πεποιθήσεις, ότι ο αυτισμός και οι άλλες νευροβιολογικές διαταραχές, δεν προκαλούνται από τη γονεϊκή απόρριψη, την έλλειψη αγάπης, ή τις ανεπαρκείς γονεϊκές δεξιότητες (Κυπριωτάκης, 2003).

Τα παιδιά με αυτιστική διαταραχή, όπως και τα παιδιά με άλλες διαταραχές, μπορεί να αντιδράσουν με επιδείνωση των συμπτωμάτων τους, σε ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων τις συζυγικής δυσαρμονίας, της γέννησης αδερφού/ης ή της μετακόμισης της οικογένειας. Ορισμένα παιδιά μπορεί να είναι υπερβολικά ευαίσθητα ακόμα και σε μικρές αλλαγές της οικογένειας και του άμεσου περιβάλλοντός τους (Sadock & Sadock, 2009).

Άλλοι πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες του αυτισμού είναι οι παρακάτω:

▪ **Μολύνσεις από ιό:**

κυτταρομεγαλοϊός, συγγενής ερυθρά, λοίμωξη από ιό του απλού έρπητα.

▪ **Μεταβολικές ανισορροπίες:**

πάθηση του θυρεοειδή και φαινυκετονουρία.

▪ **Έκθεση σε αλκοόλ και ναρκωτικά:**

μωρά εθισμένα στη κοκαΐνη και σύνδρομο εμβρυικού αλκοολισμού.

▪ **Έκθεση σε περιβαλλοντικά χημικά:**

έκθεση σε μόλυβδο και άλλα τοξικά χημικά.

▪ **Έλλειψη οξυγόνου ή υπερβολική έκθεση σε αυτό κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά τη γέννα.**

▪ **Ύστερα από σοβαρές μολύνσεις από ιούς και τραυματισμούς εγκεφάλου:**

εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα ή τραυματισμός εγκεφάλου από μια πτώση ή σοβαρό τροχαίο ατύχημα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα συμπτώματα του αυτισμού θα συμβούν μετά τη φυσιολογική ηλικία έναρξης.

(Janzen, 1999)

Συμπερασματικά, η γνώση της αιτίας είναι σημαντική για την ιατρική έρευνα και για να βοηθήσει τους γονείς να λάβουν κατάλληλη γενετική και ιατρική πληροφόρηση. Παρόλα αυτά, η κατάλληλη εκπαίδευση και θεραπεία δεν εξαρτάται από την γνώση της αιτίας του αυτισμού. Προτιμότερο είναι η αποτελεσματική εκπαίδευση και παρέμβαση να βασίζεται σε μια κατανόηση του προτύπου εκμάθησης, που είναι κοινό σε αυτήν την ομάδα ατόμου (Janzen, 1999).

1.7. ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Στο μετανεωτερικό περιβάλλον, η ένταξη κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων υποστηρίζεται και διευκολύνεται. Σε αυτό συνέβαλαν και οι τεχνολογικές εξελίξεις, οι οποίες συμπαρέσυραν οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές αλλαγές. Η συμβουλευτική και η επαγγελματική καθοδήγηση συμβάλλουν στην κοινωνική ένταξη των ατόμων. Στην περίπτωση του αυτισμού, το γεγονός ότι δεν έχουν προσδιορισθεί σαφώς τα αίτια αυτού και των άλλων διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, καθώς και οι θεραπείες, κάνει τους γονείς ιδιαίτερα αδύναμους στην αναζήτηση προγραμμάτων συμβουλευτικής και στον προσδιορισμό της κατάλληλης στήριξης (Συριοπούλου-Δελλή, 2011).

Αρχικά, οι γονείς των παιδιών με Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (ΔΑΔ) αναλαμβάνουν έναν πολύπλοκο ρόλο. Είναι ερευνητές θεραπειών, είναι δικηγόροι που υπερασπίζονται το δικαίωμα για υπηρεσίες και υποστήριξη των παιδιών τους, είναι θεραπευτές και συντονιστές θεραπειών, για ένα καλύτερο επίπεδο ζωής (Jarbrink & Knapp, 2001).

Σύμφωνα με τους Diggle, McConachie & Randle (2003), η μεσολάβηση του γονέα στην ανατροφή του παιδιού αποτελεί μορφή πρώιμης παρέμβασης για τα μικρά παιδιά που φέρουν διαταραχή φάσματος αυτισμού (Jarbrink & Knapp, 2001).

Πιο συγκεκριμένα λοιπόν, μετά από τις παρατηρήσεις των γονιών, ο Λογοθεραπευτής πρέπει να είναι ένας από τους πρώτους επαγγελματίες υγείας, που πρέπει να συναντήσει ένα μικρό παιδί με αυτισμό, καθώς ένα από τα πρώτα εμφανή συμπτώματα είναι η καθυστέρηση ομιλίας. Ο Λογοθεραπευτής θα πρέπει να διαδραματίσει ένα κρίσιμο ρόλο στο προσδιορισμό των επικοινωνιακών και συμβολικών ικανοτήτων στα μικρά παιδιά, που είναι χαρακτηριστικά στον αυτισμό (Wetherby, 1986; Prizant & Wetherby, 1990).

Αναμφισβήτητα, η ψυχιατρική συνέβαλε ουσιαστικά στην έρευνα του αυτιστικού συνδρόμου και πολλές από τις γνώσεις που έχουμε σήμερα αποκτήθηκαν μέσω αυτής. Πιστεύουμε όμως ότι η αγωγή των

αυτιστικών παιδιών ανήκει και σε άλλες ειδικότητες. Η ψυχιατρική και η παιδιατρική φτάνει μέχρι τη διάγνωση και περιορίζεται στη συνέχεια στο ιατρικό μέρος, δηλαδή στην ιατροφαρμακευτική αγωγή, ενώ το παιδαγωγικό έργο, η αγωγή των αυτιστικών παιδιών ανήκει στην αποκλειστική αρμοδιότητα εξειδικευμένων ψυχολόγων, παιδοψυχιάτρων και αναπτυξιολόγων (Κυπριωτάκης, 2003).

Επικουρικά, εμπλέκονται και άλλες ειδικότητες, όπως η ειδικότητα του μουσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, φυσιοθεραπευτή, κοινωνικού λειτουργού και του ειδικού παιδαγωγού (Κυπριωτάκης, 2003).

Μια βασική παράμετρος φαίνεται να αποτελεί η συμπεριφορά του παιδιού με το πρόσωπο στο οποίο έρχεται σε επαφή για πολύ χρόνο. Η συχνή αλλαγή των θεραπειών μπορεί να οδηγήσει σε στερεοτυπικές μορφές συμπεριφοράς και παλινδρομήσεις. Για το λόγο αυτό, ο θεραπευτής πριν την επιλογή θεραπευτικής μεθόδου, πρέπει να είναι σε θέση να συνδυάζει, να τροποποιεί και να προσδιορίζει εκείνη την θεραπευτική μέθοδο (ατομική ή ομαδική), που θα βοηθήσει το αυτιστικό παιδί να προσανατολιστεί καλύτερα στο δικό του και δικό μας περιβάλλον, να νιώθει οικεία και ευτυχισμένο, να κατανοεί και να κατανοείται καλύτερα. Είναι βασικής σημασίας να επιδιώκεται η αυτονομία του παιδιού (Κυπριωτάκης, 2003).

Το χρέος της πολιτείας είναι να στρέψει την προσοχή και το ενδιαφέρον της προς την κατεύθυνση της ορθής αντιμετώπισης των προβλημάτων των ατόμων με ειδικές ανάγκες (Κυπριωτάκη, 2003).

Συμπερασματικά λοιπόν, συνίσταται στους επαγγελματίες που αξιολογούν την κατάσταση υγείας των παιδιών με αυτισμό, να ψάχνουν ενεργά τις σχετικές καταστάσεις υγείας, που παρατηρούνται συχνότερα στα παιδιά με αυτισμό απ' ό,τι στο φυσιολογικό πληθυσμό (Βάρβογλη, 2007).

1.8. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο αυτισμός είναι μια σύνθετη νευροεξελικτική διαταραχή και η διάγνωσή του είναι επίσης σύνθετη, με την έννοια ότι δεν υπάρχει κάποια αιματολογική εξέταση ή τιμή που ορίζεται με ιατρική εξέταση, η οποία μπορεί να γίνει και να δείξει αν ένα παιδί έχει αυτισμό (Βάρβογλη, 2007). Εξ ορισμού, η Αυτιστική Διαταραχή εμφανίζεται πριν την ηλικία των 3 ετών (Γενά, 2002). Η διάγνωση απαιτεί προσεκτική παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού, καθώς και το αναλυτικό ιστορικό της εξελικτικής του πορείας από τη βρεφική ηλικία (Βάρβογλη, 2007).

Η διάγνωση του αυτισμού βασίζεται: α) στις πληροφορίες του ιστορικού για την συμπεριφορά και β) στην άμεση παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού (από την άποψη της επικοινωνίας, των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών). Οι ειδικοί, λοιπόν, θα πρέπει να επικεντρωθούν στο να διερευνήσουν ποιο είναι το μοτίβο της συμπεριφοράς του παιδιού, η συχνότητα και η ένταση των συμπτωμάτων, σε σχέση με το τι είναι αναμενόμενο για την ηλικία του (Βάρβογλη, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, ήδη από την ηλικία των 12 μηνών, θα πρέπει να γίνεται έλεγχος για το αν υπάρχουν σημάδια αυτισμού, αφού η διάγνωση μπορεί να γίνει ακόμα και από την ηλικία των 18 μηνών. Ειδική προσοχή πρέπει να δοθεί στην ανάπτυξη του παιδιού από τους 18 έως τους 24 μήνες, περίοδος κατά την οποία μπορούν να εντοπιστούν πολλές (αν και όχι όλες) περιπτώσεις αυτισμού (Delion, 2000; Βάρβογλη, 2007).

Υπάρχει μια μικρή πιθανότητα τα σημάδια του αυτισμού να μην εμφανιστούν στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού και οι γονείς να παρατηρήσουν παράξενη συμπεριφορά μετά το δεύτερο έτος της ηλικίας. Πάντα πρέπει να δίνουμε βάση στις παρατηρήσεις και τις ανησυχίες των γονιών, αφού αυτοί είναι οι καλύτεροι γνώστες της συμπεριφοράς του παιδιού τους (Βάρβογλη, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, η διάγνωση γίνεται με τους παρακάτω ενδεικτικούς τρόπους:

- Συνέντευξη με τους γονείς, προκειμένου να συλλεχθούν πληροφορίες και παραδείγματα για αυτιστικές συμπεριφορές του παιδιού τους,
- χορήγηση ερωτηματολογίων στους γονείς (Κυπριωτάκης, 2003),
- χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, όπως τεστ νοημοσύνης ή εξελικτικά τεστ συμπεριφοράς/κοινωνικών δεξιοτήτων, προσαρμοστικών-λειτουργικών ικανοτήτων, επικοινωνίας, κινητικών-φυσικών ικανοτήτων και κοινωνικών/συναισθηματικών/συμπεριφορικών λειτουργιών(ανάλογα με την ηλικία του παιδιού),
- αξιολόγηση ακουστικής ικανότητας (για αποκλεισμό πιθανής βλάβης στο ακουστικό σύστημα, η οποία ίσως να ευθύνεται για τα προβλήματα επικοινωνίας του παιδιού),
- εξέταση για ύπαρξη του συνδρόμου Fragile X,
- εξετάσεις για ύπαρξη κρίσεων: ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα (EEGs), Μαγνητικές Τομογραφίες (M.R.I.),
- παρατήρηση του παιδιού στο γραφείο/ιατρείο του ειδικού (έλεγχος χαμόγελου, βλεμματικής επαφής, συμπεριφοράς κ.α.), γίνεται σε οικείους αλλά και σε μη οικείους χώρους, καθώς και με οικεία ή μη οικεία άτομα, για να επιδιωχθεί έτσι μια ορθότερη και σφαιρικότερη αντίληψη των δυνατοτήτων και των αναγκών του (Γενά, 2002; Κυπριωτάκης, 2003),
- εμπειρία με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV/ICD-10/DSM-V, από τους ειδικούς (Βάρβογλη, 2007).

1.9. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ

Για να επιτευχθεί η σύγκριση των δεξιοτήτων του παιδιού με αυτές των συνομηλίκων του, θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν σταθμισμένες κλίμακες νοημοσύνης, για την αξιολόγηση των ψυχοεκπαιδευτικών αναγκών και των γενικών λειτουργικών δεξιοτήτων και κλίμακες ή λίστες συμπεριφοράς, ανάλογες με την ηλικία του παιδιού. Παρότι οι κλίμακες νοημοσύνης δεν έχουν ακόμα επαρκώς προσαρμοστεί για να χρησιμοποιούνται στη Ελλάδα, έχουν ήδη γίνει

σημαντικά βήματα για την στάθμισή τους. Όπως για παράδειγμα, έχει ολοκληρωθεί η στάθμιση του WISC-III στην Ελλάδα και είναι το πρώτο τεστ που εξασφαλίζει την έγκυρη αξιολόγηση της νοημοσύνης σε παιδιά ηλικίας 6 έως 16 ετών (Γεώργας, Παρασκευόπουλος, Μπεξεβέγκης & Γιαννίστας, 1997). Εκτός από το WISC-III δεν υπάρχουν άλλες κλίμακες νοημοσύνης σταθμισμένες με ελληνικό δείγμα (Γενά, 2002).

Συγκεκριμένα λοιπόν, για τη διάγνωση του αυτισμού, μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι παρακάτω κλίμακες:

- **Τεστ παιδικού αυτισμού- (CHAT; Baron-Cohen, Allen & Gillberg, 1992):** για ηλικίες 3-22 ετών.
- **Διαγνωστικό εργαλείο αυτισμού για πλάνο εκπαίδευσης- (ASIEP-2):** για ηλικίες 3-5 ετών.
- **Διαγνωστική συνέντευξη αυτισμού-αναθεωρημένη- (ADI-R; Lord et al., 1994; Rutter, LeCouteur & Lord, 2003):** για ηλικίες 4+.
- **Χρονοδιάγραμμα διαγνωστικής παρακολούθησης αυτισμού- (ADOS; Lord et al., 2000,2002):** για ανίχνευση συμπτωμάτων του Αυτισμού σε τέσσερις τομείς: κοινωνική αλληλεπίδραση, επικοινωνία και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές για ηλικίες 5-12 ετών.
- **Ταξινομική κλίμακα παιδικού αυτισμού (Childhood Autism Rating Scale; CARS; Schopler, Reichler & Renner, 1999):** για ηλικίες 6-12 ετών.
- **Λίστα αυτιστικής συμπεριφοράς- (ABC):** για ηλικίες 1.5+ ετών.
- **Ταξινομική κλίμακα αυτισμού του Gilliam- (GARS):** για ηλικίες 1.5+ ετών.
- **Τύπος E-2 του Ινστιτούτου Έρευνας Αυτισμού:** για ηλικίες 2+ ετών.
- **Ερωτηματολόγιο κοινωνικής επικοινωνίας (SCQ; Berument et al., 1999):** ένα καλό εργαλείο διάκρισης του αυτισμού με άλλες διαγνώσεις, αλλά και διάκριση μεταξύ της ύπαρξης και μη λειτουργικότητας, για ηλικίες 2+ ετών.
- **Εκτίμηση θεραπείας αυτισμού:** για ηλικίες 2+ ετών.
- **Προσδιοριστική κλίμακα PDD- (PDDAS):** για ηλικίες 3+ ετών.
- **Κλίμακα Διαταραχής Asperger του Gilliam- Gilliam (GADS):** για ηλικίες 3-22 ετών.

- **Τεστ Παιδικού Συνδρόμου Asperger (CAST):** για ηλικίες 4-11 ετών.
 - **Διαγνωστική Κλίμακα Συνδρόμου Asperger (ASDS):** για ηλικίες 5-18 ετών.
 - **Ενδείξεις Συνδρόμου Asperger του Krug-Krug (KADI):** για ηλικίες 6-22 ετών.
- (Βάρβογλη, 2007)

Παρακάτω αναφέρονται σταθμισμένες κλίμακες και εργαλεία που εξυπηρετούν στην διάγνωση ψυχοεκπαιδευτικών αναγκών και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε παιδιά με αυτισμό:

1. **Peabody Picture Vocabulary Test-Revised** (Dunn, & Dunn, 1981, 1997) & **EVT** (Williams, 1997): αξιολογούν την κατανόηση λεξιλογίου, εικόνων, την ανάκτηση και κατονομασία λέξεων.
2. **Preschool Language Scale (PLS; Zimmerman, Steiner, & Pond, 1979):** αξιολογεί τις γλωσσικές δυνατότητες και ελλείψεις του παιδιού προσχολικής ηλικίας. Το **PLS-3** (Zimmerman, Steiner & Pond, 1992) αξιολογεί την ακουστική κατανόηση, την παραγωγή και κατανόηση της γλώσσας. Το **PLS-4** (Zimmerman, Steiner & Pond, 2002) αξιολογεί τη γλώσσα, την ακουστική κατανόηση, την εκφραστική επικοινωνία, συντακτικές και σημασιολογικές δεξιότητες για παιδιά από την γέννηση- 6;11 χρονών.
3. **Early Language Accomplishment Profile/Language Accomplishment Profile (ELAP/LAP; Sanford, & Zelman, 1981):** εκτιμά τις γλωσσικές δεξιότητες του παιδιού.
4. **Τεστ Ανίχνευσης της Αναγνωστικής Ικανότητας** (Τάφα, 1995): αξιολογεί τις αναγνωστικές ικανότητες του παιδιού.
5. **Developmental Play Assessment Instrument** (Lifter, Sulzer-Azaroff, Anderson, Edwards-Cowdery, 1993): αξιολογεί τις δεξιότητες του βρέφους και του παιδιού στο παιχνίδι.
6. **Psychoeducational Profile-Revised (PEP-R; Schopler, Reichler, Bashford, Lansing, & Marcus, 1990):** αξιολογείται το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού σε επτά ψυχοεκπαιδευτικούς τομείς, μέσω άμεσης παρατήρησης του παιδιού από τον εξεταστή, ενώ εκείνο εκτελεί τις διάφορες δοκιμασίες.

7. **Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS; Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984)**: είναι μια τυποποιημένη συνέντευξη από τον γονέα, που καθορίζει τα επίπεδα προσαρμοστικής συμπεριφοράς του παιδιού σε τρεις τομείς: επικοινωνία/καθημερινή ζωή/κοινωνικοποίηση καθώς και την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, πάντα σε σχέση με τα παιδιά της ηλικίας του. Το **Vineland-II** (Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005) αξιολογεί τη γλώσσα ως μέρος ενός ευρύτερου αναπτυξιακού επιπέδου, την προσαρμοστική συμπεριφορά στους τομείς της επικοινωνίας, της κοινωνικοποίησης, της καθημερινής ζωής και της κινητικών δεξιοτήτων του παιδιού.
8. **Test of Nonverbal Intelligence (TONI-2; Brown, Sherbenou & Johnsen, 1990)**: ένα αξιόπιστο και έγκυρο τεστ για αυτιστικά παιδιά, φυσιολογικούς πληθυσμούς, κωφά, δυσλεξικά και διανοητικά καθυστερημένα, που αξιολογεί τη μη λεκτική νοημοσύνη, σχετικά με τις ικανότητες αφηρημένων εννοιών.
9. **Test of Word Finding (TWF; German, 1986)**: τεστ εύρεσης λεξιλογίου.
10. **Rosner Auditory Analysis Test** (Rosner & Simon, 1971): δοκιμή φωνολογικής/φωνητικής επεξεργασίας.
11. **Αναθεωρημένη Διαγνωστική συνέντευξη για άτομα με Αυτισμό** (Lord, Rutter & Le Couteur, 1994): χορηγείται από εκπαιδευμένους εξεταστές.
12. **Differential Ability Scales (DAS; Elliot, 1990; American Psychiatric Association, 1994)**: κλίμακες διαφοροδιάγνωσης του αυτισμού με ψυχικές διαταραχές (συμπεριλαμβανόμενων κοινωνικών ελλειμμάτων, επικοινωνίας και στερεότυπων συμπεριφορών) και αξιολόγηση IQ.
13. **Clinical Evaluation of Language Fundamentals-Preschool (CELF-P; Wiig, Secord & Semel, 1992)**: αξιολογεί γλωσσικές δεξιότητες στις ηλικίες 3- 6; 11. Το **CELFP-2**(Semel, Wiig & Secord, 2004) αποτελεί μια κλινική αξιολόγηση της γλώσσας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, δηλαδή από την ηλικία των 3 ετών. Τέλος, το **Clinical Evaluation of Language Fundamentals-3rd edition (CELF-III; Semel, Wiig, & Secord, 1995)**: αξιολογεί το λεξιλογικό, σημασιολογικό, γραμματικό, λεκτικό τομέα και τη μνήμη στις ηλικίες 6;0-21;11 ετών. Ακόμη, το **CELF-IV** (Semel,

Wing & Secord, 2003): εκτιμά το γλωσσικό επίπεδο του παιδιού και τέλος, το **Clinical Evaluation of Language Fundamentals-Revised (CELF-R; Semel, Wiig & Secord, 1987)**, αξιολογεί τις δεκτικές και εκφραστικές γλωσσικές δεξιότητες (σημασιολογία και σύνταξη).

14. **Children's Communication Checklist-2nd ed. (CCC-2; Bishop, 2003; Botting, 2004)**: τυποποιημένο εργαλείο πραγματολογικών γλωσσικών ελλειμμάτων για παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος και Σύνδρομο Williams. Αποτελεί μια λίστα (checklist) σχετικά με τις κοινωνικές και επικοινωνιακές συμπεριφορές, που το χορηγεί ο δάσκαλος, ο γονέας ή ο θεραπευτής που έχει εξοικειωθεί με το παιδί τουλάχιστον 3 μήνες και είναι κατάλληλο για παιδιά ηλικίας 4-16 ετών.
15. **Test of Pragmatic Language (TOPL; Adams et al., 2005)**: χορηγείται σε παιδιά με υψηλή λειτουργικότητας αυτισμό, που έχουν γλωσσικές ικανότητες και με βάση αυτές εντοπίζουν τυχόν πραγματολογικά γλωσσικά ελλείμματα. Είναι κατάλληλο για παιδιά ηλικίας 5-13;11 ετών και χορηγείται από Λογοθεραπευτές.
16. **Wechsler Intelligence Scale for Children-IV (WISC-IV; Wechsler, 2003)**: τυποποιημένη δοκιμή νοημοσύνης για παιδιά ηλικίας 6-16 ετών.
17. **Test for Auditory Processing Disorders in Adolescents and Adults (SCAN-A/SCAN-C; Keith, 1986, 1994, 2000a, 2000b)**: δοκιμή για αξιολόγηση ακουστικής επεξεργασίας σε παιδιά (SCAN-A) αλλά και σε εφήβους και ενήλικες (SCAN-C).
18. **Reynell Developmental Language Scale (RDLS-III; Edwards et al., 1997)**: κλίμακα αξιολόγησης αναπτυξιακής γλώσσας, που χορηγείται από την ηλικία των 18 μηνών.
19. **Mullen Scales of Early Learning (MSEL; Mullen, 1992; 1995)**: αναπτυξιακό τεστ για παιδιά ηλικίας 3-60 μηνών που αξιολογεί τη λεπτή κινητικότητα, την οπτική αντίληψη, την κατανόηση και την παραγωγή της γλώσσας.
20. **Sequenced Inventory of Communication Development (SICD-R III; Hedrick, Prather & Tobin, 1984)**: αξιολογεί την επικοινωνιακή λειτουργία σε παιδιά μεταξύ 4-48 μηνών.
21. **Motor Imitation Scale (MIS; Stone et al., 1997)**: αξιολόγηση άμεσης και εξαγόμενης κινητικής μίμησης.

22. **Screening Tool for Autism in Two Year Old (STAT;** Stone, Coonrod & Ousley, 2000; Stone, Coonrod, Turner & Pozdol, 2004): χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια αλληλεπίδρασης μέσω του παιχνιδιού, για να εξετάσει τη μίμηση και τις συμπεριφορές προγλωσσικής επικοινωνίας.
23. **MacArthur Communicative Development Inventory (CDI;** Fenson et al., 1994): εργαλείο που χρησιμοποιείται από γονείς, για την αξιολόγηση πρώιμων λεξιλογικών και γραμματικών ικανοτήτων και την εκτίμηση κατανόησης και παραγωγής λεξιλογίου των παιδιών τους.
24. **Expressive One-Word Picture Vocabulary Test (EOWPVT;** Brownell, 2000): αξιολογεί το εκφραστικό λεξιλόγιο και αφορά ηλικίες 2- 18; 11 χρονών.
25. **Systematic Observation of Red Flags of ASD (SORF;** Wetherby & Woods, 2002): αξιολογεί τα κοινωνικά και επικοινωνιακά ελλείμματα σε παιδιά με αυτισμό.
26. **Test of Language Development—Primary, Second Edition (TLD-P II, Newcomer & Hammill, 1988):** δοκιμή γλωσσικής ανάπτυξης, με έμφαση στην αξιολόγηση της σύνταξης και της γραμματικής.

1.10. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΓΟΝΕΙΣ

Συνήθως οι γονείς των παιδιών με αυτισμό παρατηρούν αποκλίσεις στη συμπεριφορά του παιδιού τους πολύ νωρίς, όσο μεγαλύτερη όμως είναι η ηλικία του παιδιού, τόσο πιο έγκυρα διαγιγνώσκεται ο αυτισμός (Γενά, 2002). Οι γονείς σαν πηγή πληροφοριών αποτελούν το σπουδαιότερο μέρος της διαγνωστικής διαδικασίας. Αυτοί περιγράφουν πότε και τι το παράξενο διαπίστωσαν στο παιδί τους, τι είναι εκείνο που το διαφοροποιεί από τα άλλα παιδιά, ποια συμπεριφορά και τι τους ενοχλεί (Κυπριωτάκης, 2003).

Μερικοί γονείς είναι τυχεροί αν έχουν ένα παιδίατρο που καταλαβαίνει τον αυτισμό, αναγνωρίζει τα πρώιμα συμπτώματα, και τους παραπέμπει στις κατάλληλες υπηρεσίες και υποστήριξη. Από την άλλη μεριά, άλλες οικογένειες μπορεί να έχουν αναζητήσει για μια διάγνωση

και βοήθεια για ένα διάστημα και τους συμβούλεψαν να καθησυχαστούν, ότι το παιδί τους θα αναπτυχθεί με το δικό του ρυθμό (Janzen, 1999).

Όταν οι γονείς βλέπουν ότι το παιδί τους είναι διαφορετικό από τα άλλα παιδιά με την ίδια διάγνωση, συνεχίζουν να αναζητούν για μια διάγνωση που πραγματικά ταιριάζει με τα συμπτώματα του παιδιού τους. Όταν τα προβλήματα του παιδιού τους διαγνωστούν, οι γονείς ξεκινούν μια νέα αναζήτηση για να απαντηθούν τα ερωτήματά τους, για να βρουν πώς να βοηθήσουν το παιδί τους και πώς να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους (Janzen, 1999).

1.11. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM (IV/V)

Κρίνεται, λοιπόν, απαραίτητο να στηριζόμαστε στην παρατήρηση των διαταραχών της συμπεριφοράς, σύμφωνα με τις διεθνείς κλίμακες διαγνωστικών κριτηρίων (DSM-IV, ICD-10, DISCO, ADOS, CARS κ.α.).

Πιο συγκεκριμένα, ενδεικτικά κάποια διαγνωστικά κριτήρια του αυτισμού, σύμφωνα με το DSM-IV(2011), είναι τα παρακάτω:

- **Διαταραχή στην κοινωνική συναλλαγή:** διαταραχές σε: βλεμματική επαφή, χειρονομίες, αδυναμία ανάπτυξης σχέσεων με του συνομηλίκους και έλλειψη κοινωνικής ή συναισθηματικής ανταπόδοσης κ.α.
- **Περιορισμένες, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, ενδιαφέροντα και δραστηριότητες:** εμμονές με ένα ή περισσότερα ενδιαφέροντα και αντικείμενα, προσκόλληση σε συγκεκριμένες μη λειτουργικές ρουτίνες κ.α.
- **Διαταραχή της επικοινωνίας (Λεκτικής & μη Λεκτικής) :** προβλήματα κατανόησης, καθυστέρηση ανάπτυξης ομιλίας και λόγου σε σύγκριση με άλλα παιδιά, αδυναμία ενσυναίσθησης και έναρξης μιας συζήτησης, δυσκολία κατανόησης της γλώσσας του σώματος, στερεοτυπική και επαναλαμβανόμενη χρήση της γλώσσας ή ιδιοσυγκρασιακή γλώσσα κ.α.
- **Διαταραχή Πραγματολογίας:** περιορισμένη πρόθεση για επικοινωνία, ασυνήθιστη χροιά και ένταση φωνής, δυσκολία

καθορισμού απόστασης των ομιλητών, έλλειψη/μείωση του μη λεκτικού σχολιασμού, δυσκολία στην κατανόηση εκφράσεων του προσώπου, δυσκολία στην αντίληψη του νοητικού επιπέδου, στην αφήγηση, σε μεταφορές/ανέκδοτα/παροιμίες και σε δεικτικές λέξεις κ.α.

- **Κατανόηση και παραγωγή του λόγου:** μη κατανόηση ομιλούμενου λόγου και μη ανταπόκριση όταν τους απευθύνονται. Περίεργος και μονότονος τονισμός και ακατάλληλος χρωματισμός της φωνής. Η φωνή μπορεί να έχει μια περίεργη, μηχανική ποιότητα σαν αυτή ενός ρομπότ κ.α.
- **Φαντασία και Συμβολικό παιχνίδι:** έλλειψη προσποιητικού και αυθόρμητου συμβολικού παιχνιδιού και ενασχόληση με στερεοτυπικές, επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες κ.α.
- **Μίμηση:** άλλα παιδιά μιμούνται, ενώ άλλα καθόλου και ορισμένα αποφεύγουν την αλληλεπίδραση είτε με μεγαλύτερα άτομα είτε με συνομηλίκους κ.α.
- **Από κοινού προσοχή- Προσκόλληση:** άγχος προς τα ξένα πρόσωπα και άγχος αποχωρισμού και δημιουργούν έναν ιδιαίτερο τύπο δεσμού με τη μητέρα κ.α.
- **Αισθητικά-Αισθητηριακά Συμπτώματα:** μοιάζει κωφό, εκδηλώνοντας ενίοτε ελάχιστες αντιδράσεις σε μια φυσιολογική, ομιλούσα φωνή, παράξενες, συγκεκριμένες προτιμήσεις και ευαισθησίες σε ήχους, ασυνήθιστη ή καμία αντίδραση στον πόνο, κυκλικές κινήσεις και περιστροφές γύρω από τον εαυτό τους και ελκύονται από συγκεκριμένα σχέδια/υφές/μυρωδιές, σε αντίθεση με άλλα που αποφεύγουν συστηματικά συγκεκριμένα ρούχα/φαγητά κ.α. (Sadock & Sadock, 2009; Bella, 2016).
- **Σωματικά Χαρακτηριστικά:** παραμορφώσεις των αυτιών, υψηλές επιπτώσεις ανώμαλων δερματογλυφικών και λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού και άλλων ελασσόνων, γαστρεντερικές ενοχλήσεις, όπως δυσκοιλιότητα και αυξημένες εντερικές κινήσεις (Sadock & Sadock, 2009), κ.α.

Επιπλέον, ενδεικτικά κάποια διαγνωστικά κριτήρια του αυτισμού, σύμφωνα με το DSM-V(2013), είναι τα παρακάτω:

- **Ελλείμματα στην κοινωνικο- συναισθηματική αμοιβαιότητα:** ανώμαλη κοινωνική προσέγγιση, αποτυχία συζήτησης και μειωμένα ενδιαφέροντα και συναισθήματα.
- **Ελλείμματα στις μη λεκτικές επικοινωνιακές συμπεριφορές:** πτωχή ολοκληρωμένη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, μέχρι και ανωμαλίες στη βλεμματική επαφή και ελλείμματα στην κατανόηση της γλώσσας του σώματος, στη χρήση χειρονομιών και πλήρης έλλειψη εκφράσεων προσώπου.
- **Ελλείμματα στην ανάπτυξη:** δυσκολίες προσαρμογής συμπεριφοράς, δυσκολίες στο να μοιράζεται το παιχνίδι φαντασίας ή να κάνει φίλους και απουσία ενδιαφέροντος στους συνομήλικους.
- **Περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων, δραστηριοτήτων:** στερεοτυπικές ή επαναλαμβανόμενες κινήσεις (π.χ. απλές κινητικές στερεοτυπίες, βάζοντας σε σειρά τα παιχνίδια ή αναποδογυρίζοντας αντικείμενα).
- **Ηχολαλία, ιδιοσυγκρασιακές φράσεις.**
- **Επιμονή στη ρουτίνα ή τελετουργικά μοτίβα λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς:** για π.χ. αναστάτωση στις μικρές αλλαγές, δυσκολίες στις μεταβάσεις/ μεταφορές, αυστηρά μοτίβα σκέψης, τελετουργικοί χαιρετισμοί, ανάγκη να κάνουν την ίδια διαδρομή ή να τρώνε το ίδιο φαγητό κάθε μέρα.
- **Υπερβολικά περιορισμένα, σταθεροποιημένα ενδιαφέροντα:** για π.χ. ισχυρό δέσιμο/ προσκόλληση ή απασχόληση με ασυνήθιστα αντικείμενα, υπερβολικά οριοθετημένα ή επίμονα ενδιαφέροντα.
- **Υπερδραστηριότητα ή Υποδραστηριότητα στα συναισθηματικά ερεθίσματα ή ασυνήθιστο ενδιαφέρον σε αισθητικές πτυχές του περιβάλλοντος:** φανερή αδιαφορία σε πόνο/θερμοκρασία, δυσμενής ανταπόκριση σε συγκεκριμένους ήχους ή υφές, μυρίζει ή πιάνει τα αντικείμενα υπερβολικά, υπερβολικό ενδιαφέρον με τα φώτα ή τις κινήσεις.

Μετά την ανάλυση και αξιολόγηση των στοιχείων που συλλέχθηκαν με το ιστορικό, την συζήτηση με τους γονείς, την ιατρική εξέταση, την ανταλλαγή απόψεων και διάγνωση μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και αν το παιδί πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια ή όχι, τότε συντάσσεται η γνωμάτευση. Ειδικότερα, η γνωμάτευση περιγράφει πλήρως την προσωπικότητα και υποδεικνύονται η πορεία, η μέθοδος, τα μέσα θεραπείας, οι στόχοι που επιδιώκονται καθώς και οι ικανότητες του παιδιού (Κυπριωτάκης, 2003).

1.12. ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο αυτισμός εμφανίζεται σε μια μεγάλη σειρά εκδηλώσεων-πρόκειται για ένα φάσμα διαταραχών και ίσως είναι πάρα πολύ εύκολο να αναγνωρισθεί σε άτομα που βρίσκονται στο μέσο αυτού του φάσματος. Αρχικά, μπορεί να είναι δύσκολο να διαγνώσει κανείς τον αυτισμό, γιατί το επίπεδο λειτουργίας του ατόμου είναι τόσο ελλειμματικό, ώστε η λειτουργία σε επίπεδο κοινωνικό, επικοινωνιακό και δημιουργικής φαντασίας μπορεί να είναι πολύ χαμηλή, αλλά να είναι ακόμη ευθυγραμμισμένη με το γενικότερο επίπεδο ανάπτυξης (π.χ. κάτω των 20 μηνών). Επιπρόσθετα, τα άτομα με αυτισμό μπορεί να έχουν επινοήσει στρατηγικές αντιμετώπισης, που συγκαλύπτουν τα πραγματικά τους προβλήματα (Harpe, 2003).

Πέραν της κοινωνικής ανωριμότητας, που είναι τμήμα των σοβαρών μαθησιακών δυσκολιών και της κοινωνικής αδεξιότητας από την φυσιολογική ντροπαλότητα, υπάρχουν άλλες προτεινόμενες διαγνώσεις που φαίνονται να μοιάζουν με τον αυτισμό. Η εγκυρότητα αυτών των πιθανών συνδρόμων και ο συσχετισμός τους με τον αυτισμό, δεν έχουν ακόμα αποσαφηνιστεί, αλλά μπορεί να είναι χρήσιμο να δούμε συνοπτικά ορισμένες από αυτές τις διαταραχές (Harpe, 2003):

▪ Αυτισμός και Τυπικά Αναπτυσσόμενα Παιδιά:

Σύμφωνα με το DSM-IV (2011), κατά την φυσιολογική ανάπτυξη μπορεί να παρατηρηθούν περίοδοι αναπτυξιακής παλινδρόμησης, αλλά αυτές δεν είναι τόσο σοβαρές και παρατεταμένες, όσο στην Αυτιστική Διαταραχή. Ειδικότερα, περίπου το 70% των παιδιών με αυτισμό αντιμετωπίζουν καθυστερήσεις σε ποικίλες περιοχές της ανάπτυξης.

Τα παιδιά με αυτισμό δείχνουν μειωμένη οπτική προσοχή στους ανθρώπους, αναζητούν τους άλλους λιγότερο συχνά και είναι λιγότερο πιθανό να χαμογελάσουν στους άλλους, σε σύγκριση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά. Είναι, επίσης, λιγότερο πιθανό το παιδί με αυτισμό να προβλέψει το στόχο των άλλων και να εξερευνήσει αντικείμενα προφορικά ή μέσω της αφής (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Πιο συγκεκριμένα, η μόνη συμπεριφορά που ξεχώρισε τα παιδιά με πρώιμο ξεκίνημα αυτισμού (ηλικίας 8-10 μηνών), από τα τυπικά αναπτυσσόμενα, ήταν η μειωμένη ανταπόκριση στο όνομά τους, σε αντίθεση με άλλες κοινωνικές, επικοινωνιακές, λειτουργικές και μη λειτουργικές επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (Werner et al., 2000).

▪ Αυτισμός και Σύνδρομο Rett:

Σύμφωνα με το DSM-IV (2011), η Διαταραχή Rett διαφέρει από την Αυτιστική Διαταραχή, ως προς την χαρακτηριστική αναλογία των φύλων και τα πρότυπα των ελλειμμάτων. Πιο συγκεκριμένα, είναι ένα πολύ σπάνιο σύνδρομο και μέχρι τώρα έχει αναφερθεί μόνο σε κορίτσια.

Μετά από μια φαινομενικά φυσιολογική ανάπτυξη μερικών μηνών, το παιδί βαθμιαία χάνει την ικανότητα να χρησιμοποιεί τα χέρια του για να κρατά και να χειρίζεται αντικείμενα. Παρουσιάζονται επαναλαμβανόμενες κινήσεις των χεριών, κυρίως συστροφή, τρίψιμο ή χτύπημα και των δυο χεριών μαζί. Η ανάπτυξη του κεφαλιού γίνεται αργά ή σταματά. Τέλος, παρατηρούνται δυσκολίες κοινωνικής συνδιαλλαγής, όμοιες με την Αυτιστική Διαταραχή, η οποία κατά κύριο λόγο συναντάται περισσότερο σε αγόρια.

- Αυτισμός και Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή:

Ο αυτισμός διαφέρει από την Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή, την οποία χαρακτηρίζει η σοβαρή αναπτυξιακή παλινδρόμηση σε πολλές περιοχές της λειτουργικότητας, που ακολουθεί φυσιολογική ανάπτυξη για 2 τουλάχιστον έτη. Σε αντίθεση, στον αυτισμό οι ανωμαλίες στην ανάπτυξη συνήθως, γίνονται αντιληπτές κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής του παιδιού (DSM-IV, 2011).

- Αυτισμός και Διαταραχή Asperger:

Σύμφωνα με το DSM-IV (2011), η Διαταραχή Asperger μπορεί να διακριθεί από την Αυτιστική Διαταραχή λόγω της καθυστέρησης ή της απόκλισης στην πρώιμη γλωσσική ανάπτυξη. Δεν πρέπει να διαγιγνώσκεται εκεί που πληρούνται τα κριτήρια του αυτισμού.

- Αυτισμός και Παιδική Σχιζοφρένεια:

Σύμφωνα με το DSM-IV (2011), η Σχιζοφρένεια με έναρξη στη παιδική ηλικία, συνήθως αναπτύσσεται μετά από χρόνια φυσιολογικής ή σχεδόν φυσιολογικής ανάπτυξης. Ελάχιστα δεδομένα υπάρχουν για παιδιά ηλικίας κάτω των 12 ετών, που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια. Η Σχιζοφρένεια είναι σπάνια στα παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών, σε αντίθεση με τον αυτισμό που μπορεί να εμφανιστεί πριν τα 3 έτη (Sadock & Sadock, 2009).

Μια επιπρόσθετη διάγνωση της Σχιζοφρένειας συνοδεύεται από ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες που διαρκούν τουλάχιστον 1 μήνα, με μικρότερη επίπτωση επιληπτικών σπασμών και νοητικής υστέρησης και περισσότερο σταθερό IQ, έναντι εκείνου που εκδηλώνουν τα παιδιά με αυτισμό (Sadock & Sadock, 2009).

- Αυτισμός και Επιλεκτική Βωβότητα:

Στην επιλεκτική βωβότητα, το παιδί συνήθως παρουσιάζει κατάλληλες επικοινωνιακές δεξιότητες σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα και δεν το χαρακτηρίζει η σοβαρή έκπτωση στη κοινωνική συναλλαγή και τα περιορισμένα πρότυπα συμπεριφορών, που σχετίζονται με την Αυτιστική Διαταραχή (DSM-IV, 2011).

- Αυτισμός και Συγγενής Κώφωση ή σοβαρή Ακουστική έκπτωση:

Επειδή τα αυτιστικά παιδιά είναι συχνά σιωπηλά ή επιδεικνύουν εκλεκτικά έλλειψη ενδιαφέροντος στον προφορικό λόγο, συχνά εικάζεται πως είναι κωφά. Πιο συγκεκριμένα, στους παράγοντες διαφοροποίησης περιλαμβάνονται τα ακόλουθα: τα αυτιστικά βρέφη μπορεί να βαβαρίζουν σπάνια, ενώ τα κωφά βρέφη διαθέτουν ιστορικό σχετικά φυσιολογικού βαβαρίσματος, που στη συνέχεια εξασθενεί και μπορεί να σταματήσει σε ηλικία 6 μηνών ή ενός έτους (Sadock & Sadock, 2009).

Επίσης, τα κωφά παιδιά ανταποκρίνονται μόνο στους δυνατούς ήχους, ενώ τα αυτιστικά παιδιά μπορεί να αγνοούν τους δυνατούς ή τους φυσιολογικούς ήχους και να ανταποκρίνονται μόνο σε ήπιους ή χαμηλούς. Το πιο σημαντικό όμως είναι ότι το ακούγραμμα ή τα ακουστικά προκλητά δυναμικά υποδηλώνουν σημαντική απώλεια της ακοής στα κωφά παιδιά. Αντίθετα με τα αυτιστικά παιδιά, τα κωφά παιδιά συνήθως σχετίζονται με τους γονείς τους, αναζητούν τη στοργή τους και απολαμβάνουν το κράτημά τους ως βρέφη (Sadock & Sadock, 2009).

- Αυτισμός και Διαταραχή της Γλωσσικής Έκφρασης και Μικτή Διαταραχή της Γλωσσικής Αντίληψης και Έκφρασης :

Στη Διαταραχή της Γλωσσικής Έκφρασης και στη Μικτή Διαταραχή της Γλωσσικής Αντίληψης και Έκφρασης, υπάρχει κάποια έκπτωση στη γλώσσα, αλλά δεν συνδέεται με την παρουσία της ποιοτικής έκπτωσης στην κοινωνική συναλλαγή και τα περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς. Κάποιες φορές είναι δύσκολο να διαπιστωθεί αν αιτιολογείται η επιπρόσθετη διάγνωση του αυτισμού σε κάποιο άτομο με Νοητική Καθυστέρηση, ειδικά αν η Νοητική Καθυστέρηση είναι βαριά ή βαθιά (DSM-IV, 2011).

Ορισμένα παιδιά με μικτή διαταραχή της γλωσσικής αντίληψης και έκφρασης διαθέτουν ήπια αυτιστικόμορφα χαρακτηριστικά που μπορεί να οδηγούν σε διαγνωστικά προβλήματα (Sadock & Sadock, 2009).

- Αυτισμός και Διαταραχή Στερεοτυπικών Κινήσεων:

Μια επιπρόσθετη διάγνωση της Αυτιστικής Διαταραχής ενδείκνυται στις περιπτώσεις εκείνες, στις οποίες υπάρχουν ποιοτικά ελλείμματα των κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων και συμπεριφορές χαρακτηριστικές της διαταραχής του αυτισμού. Οι κινητικές στερεοτυπίες είναι χαρακτηριστικές στον αυτισμό, δεν πρέπει να τίθεται επομένως, διάγνωση Διαταραχής Στερεοτυπικών Κινήσεων (DSM-IV, 2011).

- Αυτισμός και Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ):

Συμπτώματα υπερκινητικότητας και απροσεξίας εμφανίζονται συχνά στα αυτιστικά άτομα, αλλά δεν πρέπει να τίθεται η διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, αν υπάρχει Αυτισμός (DSM-IV, 2011).

- Αυτισμός και Σημασιολογική-Πραγματολογική Διαταραχή:

Σύμφωνα με τις αναφορές των Rapin & Allen (1983), η σημασιολογική-πραγματολογική διαταραχή κατέστη μια δημοφιλής διάγνωση στους λογοθεραπευτές στα μέσα της δεκαετίας του '80.

Παιδιά με «σημασιολογική-πραγματολογική διαταραχή» περιγράφονται μερικές φορές ως εγωκεντρικά, με μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες, πράγμα που δεν τους επιτρέπει να επικοινωνούν σωστά με τους συνομήλικους τους, ενώ δείχνουν στοργή μόνο στους ενηλίκους (Happe, 2003) .

Επιπλέον, τα παιδιά παρουσιάζουν μεγαλόφωνη ομιλία, δυσκολία στη εύρεση λέξης, δυσκατάληπτο τρόπο έκφρασης και φλυαρία σε συνδυασμό με υπερλεξία. Τέλος, η φτωχή διατήρηση του θέματος της συζήτησης και η αδυναμία στη χρήση της λογικής σκέψης και στην εξαγωγή, αποτελούν ορισμένα ακόμη χαρακτηριστικά (Μπέλλα, 2016).

Οι Brook & Bowler (1992), μετά από πολλές έρευνες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυτά τα παιδιά θα μπορούσαν να θεωρηθούν ότι εμπίπτουν στο φάσμα αυτιστικής συνέχειας.

- Αυτισμός και Σύνδρομο Πρώιμης Δυσλειτουργίας του Δεξιού Ημισφαιρίου:

Πολλοί μελετητές αναφέρουν ότι υπάρχει ένα σύνδρομο πρώιμης δυσλειτουργίας του δεξιού ημισφαιρίου, που μπορεί να είναι γενετικά καθορισμένο και συνυφασμένο με εσωστρέφεια, μειωμένη κοινωνική αντίληψη, χρόνιες συναισθηματικές δυσκολίες, έλλειμμα ικανότητας για στοργική συμπεριφορά και ανεπάρκεια για χωρο-οπτική αναπαράσταση (Happe, 2003).

Όπως έχουν δείξει οι Wing & Gould (1979), ένα άτομο με αυτισμό μπορεί να εκδηλώνει ακριβώς τόση έλλειψη ικανότητας για κοινωνική συναλλαγή, όση στην ενεργητική αλλά παράξενη προσπάθεια να συνάψει

φιλίες καθώς και στην αποφυγή κάθε ανθρώπινης επικοινωνίας (Harpe, 2003).

▪ Αυτισμός και Νοητική-Πνευματική Υστέρηση:

Η μόνη συμπεριφορά που σίγουρα διαφοροποιεί τα παιδιά με αυτισμό είναι η ανταπόκριση στο όνομά τους και βλεμματική επαφή. Τείνουν να επιδεικνύουν αποστροφή στην κοινωνική επαφή, μειωμένη ανταπόκριση σε οπτικά ερεθίσματα και πτωχή ανταπόκριση στο όνομά τους. Τέλος, τα παιδιά με αυτισμό με και χωρίς Νοητική- Πνευματική Υστέρηση, διέφεραν από τον τυπικό έλεγχο στα ίδια αντικείμενα, στη χρήση χειρονομιών και στην παρατήρηση αντικειμένων των άλλων ανθρώπων (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

1.13. ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Συχνά ο αυτισμός συνυπάρχει με άλλες ιατρικές διαταραχές, οπότε η διάγνωση του είναι ακόμα δυσκολότερη. Σε άλλες περιπτώσεις, υπάρχουν μόνο αυτιστικά στοιχεία στη συμπεριφορά του παιδιού, αλλά δε πληρούνται όλα τα κριτήρια για τη διάγνωση του αυτισμού. Ακόμα, άλλες μαθησιακές διαταραχές και καταστάσεις μπορεί να συνυπάρχουν και να περιπλέκουν τη διαγνωστική διαδικασία. Μάλιστα, κάτω από την ηλικία των 3 ετών, η διάγνωση του αυτισμού είναι ιδιαίτερα περίπλοκη (Βάρβογλη, 2007).

Ως τμήμα της διαδικασίας διάγνωσης του αυτισμού, είναι σημαντικό:

- Να προσδιορίζεται και να αξιολογείται επαρκώς οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση ή γενετικό σύνδρομο, που δεν είναι μέρος του αυτισμού, αλλά παρατηρείται συχνότερα στα παιδιά με αυτισμό απ' ότι στο γενικό πληθυσμό.
- Να προσδιορίζονται άλλες ιατρικές καταστάσεις και αναπτυξιακά προβλήματα, τα οποία μερικές φορές συγχέονται με τον αυτισμό στα παιδιά που δεν έχουν αυτισμό.

- Να γίνεται επεξήγηση της αξιολόγησης της υγείας στους γονείς και λήψη της συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης.
(Βάρβογλη, 2007)

Συγκεκριμένα, λοιπόν παρακάτω παρουσιάζονται ενδεικτικά ορισμένες διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με τον αυτισμό:

- **Νοητική- Πνευματική Υστέρηση:**

Σύμφωνα με το DSM-IV (2011), στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει μια συνδεόμενη διάγνωση της Νοητικής Καθυστέρησης, που μπορεί να ποικίλλει από ήπια σε βαθιά. Το 40% περίπου των αυτιστικών παιδιών είναι μέτρια, σοβαρά ή βαριά καθυστερημένα και μπορεί να διαθέτουν συμπτώματα συμπεριφοράς, που περιλαμβάνουν αυτιστικά χαρακτηριστικά. Όταν είναι παρούσες και οι δυο διαταραχές, θα πρέπει να διαγιγνώσκονται και οι δυο (Sadock & Sadock, 2009).

Η Νοητική υστέρηση ή Διαταραχή Πνευματικής ικανότητας, θα μπορούσε να ευθύνεται σε ένα σημαντικό αριθμό παιδιών για έλλειμμα ομιλίας και γλώσσας, λόγω συσχέτισης πνευματικών ελλειμμάτων και ελλειμμάτων γλώσσας (Βάρβογλη, 2007). Τα κύρια χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τις δυο διαταραχές είναι πως τα νοητικά καθυστερημένα παιδιά συνήθως σχετίζονται με τους ενήλικες και τα υπόλοιπα παιδιά σύμφωνα με τη νοητική τους ηλικία, χρησιμοποιούν το λόγο που διαθέτουν για να επικοινωνήσουν με τους άλλους και εκδηλώνουν ένα σχετικά ομοίμορφο προφίλ ελλείμματος χωρίς θραύσματα λειτουργιών (Sadock & Sadock, 2009).

Επιπλέον, σύμφωνα με το DSM-IV (2011), μπορεί να υπάρχουν ανωμαλίες στην ανάπτυξη των γνωσιακών δεξιοτήτων. Οι γνωσιακές δεξιότητες είναι συνήθως ακανόνιστες, ανεξάρτητα από το γενικό επίπεδο νοημοσύνης, με τις λεκτικές δεξιότητες συνήθως πιο αδύναμες από τις εξωλεκτικές. Κάποιες φορές παρουσιάζονται ειδικές δεξιότητες (π.χ. ένα κορίτσι 4;6μηνών με Αυτιστική Διαταραχή, μπορεί να είναι ικανό να «αποκωδικοποιήσει» γραπτά στοιχεία με ελάχιστη κατανόηση αυτών που διαβάζει ή ένα αγόρι 10 ετών μπορεί να έχει μεγάλες ικανότητες στον υπολογισμό ημερομηνιών).

Οι εκτιμήσεις του αντιληπτικού ή εκφραστικού λεξιλογίου που αφορά μόνο λέξεις, δεν αποτελούν πάντα καλές εκτιμήσεις του γλωσσικού επιπέδου (δηλαδή μπορεί οι αληθινές γλωσσικές δεξιότητες να είναι σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα) (DSM-IV, 2011).

- **Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ):**

Τα άτομα με Αυτιστική Διαταραχή μπορεί να χαρακτηρίζονται από ένα εύρος συμπεριφορικών συμπτωμάτων, που περιλαμβάνει υπερκινητικότητα, μικρό διάστημα προσοχής, παρορμητικότητα, επιθετικότητα, αυτό-τραυματικές συμπεριφορές, δηλαδή την ΔΕΠΥ και ιδιαίτερα σε μικρότερα παιδιά, υπάρχουν ξεσπάσματα οργής (DSM-IV, 2011).

Στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής, τα άτομα με Αυτιστική Διαταραχή που έχουν την ικανότητα αυτεπίγνωσης, είναι δυνατόν να εμφανίσουν κατάθλιψη σαν αντίδραση στην συνειδητοποίηση του σοβαρού τους προβλήματος, προβλήματα συντονισμού στην αδρή και λεπτή κινητικότητα μαζί με ΔΕΠΥ και είναι κοινωνικά αδέξια (Βάρβογλη, 2007; DSM-IV, 2011).

- **Σύνδρομο Ευθραύστου Χρωμοσώματος X (Fragile X) και Οζώδης Σκλήρυνση:**

Αποτελεί μια κληρονομική κατάσταση που οφείλεται σε μια ανωμαλία του χρωμοσώματος X και είναι πιο συχνό και πιο εμφανές στα αγόρια (Βάρβογλη, 2007). Σύμφωνα με το DSM-IV (2011), μπορεί να παρατηρηθούν πολλά μη ειδικά νευρολογικά συμπτώματα ή ενδείξεις (π.χ. αρχέγονα αντανάκλαστικά, καθυστερημένη ανάπτυξη της κυριαρχίας του χεριού) στην Αυτιστική Διαταραχή.

Ορισμένες φυσικές ανωμαλίες, όπως τα μεγάλα αυτιά και το μακρουλό πρόσωπο, παρουσιάζονται σε διαφορετικούς βαθμούς σοβαρότητας. Μαθησιακές δυσκολίες ποικίλων επιπέδων, κινητικές στερεοτυπίες, υπερευαίσθησία στους ήχους και στην αφή, επαναλαμβανόμενες ρουτίνες και ανωμαλίες στο λόγο, είναι μέρος της

συνηθισμένης εικόνας (Βάρβογλη, 2007). Η κατάσταση κάποιες φορές παρατηρείται σε σχέση με μια νευρολογική ή άλλη γενική σωματική κατάσταση για π.χ. σύνδρομο του εύθραυστου (fragile) X και οζώδης σκλήρυνση (DSM-IV, 2011).

Η οζώδης σκλήρυνση είναι μια σπάνια γενετική διαταραχή που προκαλεί καλοήθεις όγκους στον εγκέφαλο, καθώς και σε άλλα ζωτικά όργανα (Βάρβογλη, 2007; Sadock & Sadock, 2009; DSM-IV, 2011).

▪ **Επιληπτικές Κρίσεις- Σπασμοί:**

Επιπλέον, υπάρχουν και επιληπτικές κρίσεις, οι οποίες ξεκινούν είτε στην πρόιμη παιδική ηλικία ή στην εφηβεία. Οι σπασμοί αυτοί προκαλούνται από μη φυσιολογική ηλεκτρική δραστηριότητα στον εγκέφαλο, που μπορεί να προκαλέσουν προσωρινή απώλεια αισθήσεων, σωματικούς σπασμούς, ασυνήθιστες κινήσεις ή περιόδους κατά τις οποίες το παιδί αφαιρείται. Κάποιες φορές, οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση των σπασμών είναι η έλλειψη ύπνου ή ο υψηλός πυρετός (Βάρβογλη, 2007; Sadock & Sadock, 2009; DSM-IV, 2011).

▪ **Επίκτητη αφασία με σπασμούς:**

Η επίκτητη αφασία με σπασμούς είναι μια σπάνια κατάσταση που ορισμένες φορές είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί από την αυτιστική διαταραχή και την αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Τα παιδιά με την κατάσταση είναι φυσιολογικά για πολλά χρόνια πριν χάσουν τη γλωσσική αντίληψη και έκφραση εντός χρονικού διαστήματος εβδομάδων ή μηνών. Τα περισσότερα εκδηλώνουν λίγους επιληπτικούς σπασμούς και γενικευμένες ανωμαλίες στο Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ) κατά την έναρξη, αλλά αυτά τα σημεία συνήθως δεν επιμένουν (Sadock & Sadock, 2009).

Στη συνέχεια, ακολουθεί μια έντονη διαταραχή της γλωσσικής κατανόησης, χαρακτηριζόμενη από ένα σχήμα λόγου που εμφανίζει αποκλίσεις και έκπτωση. Ορισμένα παιδιά αναρρώνουν, αλλά με

σημαντικού βαθμού υπολειμματική γλωσσική έκπτωση (Sadock & Sadock, 2009).

- **Αισθητηριακά προβλήματα:**

Πολλά παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) είναι υψηλά εναρμονισμένα ή ακόμα και υπερβολικά ευαίσθητα σε συγκεκριμένους ήχους, υφές, γεύσεις και οσμές. Στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), ο εγκέφαλος φαίνεται ανίκανος να ισορροπήσει κατάλληλα τις αισθήσεις. Ορισμένα παιδιά δεν αντιδρούν στο υπερβολικό κρύο ή στον πόνο (Βάρβογλη, 2007).

- **PKU «Φαινυλκετονουρία:**

Μια γενετική διαταραχή του μεταβολισμού η οποία καταλήγει σε εγκεφαλική βλάβη κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων ζωής, αν δε ληφθούν ειδικά διατροφικά μέτρα. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν τη νοητική υστέρηση, καθώς και κάποια συμπτώματα του αυτισμού (Βάρβογλη, 2007; Sadock & Sadock, 2009).

- **Σύνδρομο Rett:**

Αποτελεί μια νευρολογική διαταραχή που συναντάται μόνο σε κορίτσια. Αντίθετα από τον αυτισμό, τα κορίτσια αρχικά εμφανίζουν φυσιολογική ανάπτυξη και έπειτα υποτροπιάζουν (Βάρβογλη, 2007).

Τα συμπτώματα αφορούν την φανερά φυσιολογική προγεννητική και μεταγεννητική ανάπτυξη, απώλεια προηγούμενων αποκτημένων δεξιοτήτων, απώλεια κοινωνικής αλληλεπίδρασης και σοβαρά εκφραστική και αντιληπτική γλωσσική ανάπτυξη μαζί με ψυχοκινητική καθυστέρηση (Βάρβογλη, 2007; Sadock & Sadock, 2009).

- **Αποσυνδετική (διχαστική) διαταραχή της παιδικής ηλικίας:**

Είναι πολύ πιο σπάνια από τον αυτισμό, θεωρώντας την συνώνυμο της νόσου Heller. Τα συμπτώματα αφορούν την φυσιολογική ανάπτυξη

τα δυο πρώτα χρόνια μετά τη γέννηση, κλινική απώλεια προηγούμενων αποκτημένων δεξιοτήτων και λειτουργικές ανωμαλίες (Βάρβογλη, 2007).

- **Σύνδρομο Tourette:**

Μια κατάσταση που θεωρείται γενετική, η οποία προκαλεί ανεξέλεγκτα κινητικά και/ή φωνητικά τικ (Βάρβογλη, 2007).

- **Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΔ):**

Οι ιδεοληψίες είναι σκέψεις ακούσιες, παρείσακτες και προκαλούν άγχος. Οι ψυχαναγκασμοί είναι ωθήσεις για την εκτέλεση ποικίλων στερεοτυπικών συμπεριφορών ή τελετουργικών. Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΔ) είναι μια νευρολογική διαταραχή. Ο αυτισμός, κάποιες φορές λανθασμένα, συγχέεται με τις ιδεοληψίες και τους ψυχαναγκασμούς, που προκαλούνται από άλλες ψυχολογικές/ψυχιατρικές διαταραχές, για αυτό και τελικά ο όρος «αυτισμός» συνηθίζεται να αναφέρεται σε οποιοδήποτε άτομο είναι σοβαρά κοινωνικά αποσυρμένο. Συνήθως, οι ψυχαναγκασμοί ξεκινούν στην εφηβεία, ενώ οι ιδεοληψίες αρχίζουν κατά την διάρκεια της ενηλικίωσης (Βάρβογλη, 2007).

- **Σύνδρομο λόγου «cocktail party»:**

Περιλαμβάνει τα εξής χαρακτηριστικά: εμμονές στις απαντήσεις των ατόμων με αυτισμό, υπερβολική χρήση κοινωνικών φράσεων στην επικοινωνία, υπερβολική οικειότητα στους τρόπους, συνήθεια εισαγωγής προσωπικών εμπειριών σε ακατάλληλα πλαίσια και ευφραδής και φυσιολογικά κατάλληλος λόγος (Βάρβογλη, 2007).

- **Σύνδρομο Asperger:**

Το σύνδρομο Asperger είναι παρόμοιο με τον αυτισμό, εκτός από το ότι η γλωσσική ανάπτυξη είναι φυσιολογική. Θεωρείται πως είναι το ίδιο πράγμα με τον υψηλά λειτουργικό αυτισμό (Βάρβογλη, 2007).

- **Διαταραχή σημασιολογικού-πραγματολογικού λόγου (σημασιολογική/πραγματολογική διαταραχή):**

Αποτελεί ένα επικοινωνιακό πρόβλημα με ήπια αυτιστικά συμπτώματα και προβλήματα γενίκευσης (Βάρβογλη, 2007).

- **Σχιζοφρένεια:**

Μια διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει σε συμπεριφορά παρόμοια του αυτισμού. Η παιδική σχιζοφρένεια συνηθιζόταν να αναφέρεται σε αυτό που τώρα αποκαλούμε αυτισμός (Βάρβογλη, 2007). Χαρακτηριστική είναι η εμφάνιση ψευδαισθήσεων και παραληρητικών ιδεών σε άτομα με σχιζοφρένεια, κάτι που ενδέχεται να ισχύει και στον αυτισμό. Σύμφωνα με την Frith (1991a,b), έχουν σημειωθεί ομοιότητες μεταξύ των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας (π.χ. συναισθηματικό ξέσπασμα) και των ελλειμμάτων που παρατηρούνται στον αυτισμό.

- **Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή/Μη καθοριζόμενη αλλιώς:**

Οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) είναι ένας όρος για τα άτομα που δε συγκεντρώνουν πλήρως τα ιατρικά κριτήρια για τον αυτισμό, αλλά είναι πολύ αόριστος. Αυτή η κατηγορία θα πρέπει να χρησιμοποιείται όταν υπάρχει σοβαρή και διάχυτη βλάβη στην ανάπτυξη της αμοιβαίας κοινωνικής αλληλεπίδρασης, των λεκτικών και μη λεκτικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων ή όταν παρουσιάζονται οι στερεοτυπικές συμπεριφορές, τα ενδιαφέροντα και οι δραστηριότητες (Βάρβογλη, 2007).

- **Βλεννοπολυσακχαρίτιδα (Τύπος I):**

Συμπίπτει με τον αυτισμό (Βάρβογλη, 2007).

- **Adenylosuccinate Lipase Deficiency:**

Μια διαταραχή του μεταβολισμού του νουκλεϊκού οξέος. Συμπίπτει με τον αυτισμό (Βάρβογλη, 2007).

- **Υπερλεξία:**

Μια διαταραχή που συνίσταται σε πρόωρη ανάπτυξη της ανάγνωσης, διαταραγμένη απόκτηση της γλώσσας, κοινωνικά και συμπεριφορικά ελλείμματα. Είναι θέμα προς συζήτηση για το αν θα πρέπει να θεωρείται ένας τύπος του αυτισμού ή Σύνδρομο Asperger (Βάρβογλη, 2007).

- **Διπολική Διαταραχή (Μανιοκατάθλιψη):**

Τα αυτιστικά παιδιά, των οποίων οι διαταραχές δεν έχουν προφανή νευρολογική βάση, μπορεί να υποφέρουν από έναν κληρονομικό, πρώιμα εμφανιζόμενο τύπο μανιοκατάθλιψης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των δυο ερευνών που διεξήχθησαν στο Duke University Medical Center, Durham, NC (Βάρβογλη, 2007).

- **Σύνδρομο Angelman:**

Το σύνδρομο Angelman μοιάζει μόνο επιφανειακά με τον αυτισμό, καθώς τα παιδιά με αυτό το σύνδρομο έχουν βαριά καθυστέρηση, χαμηλό μυϊκό τόνο, επαναλαμβανόμενες κρίσεις διαταραχές ύπνου, γαστρεντερικά προβλήματα, αργή ανάπτυξη και δεν επιδεικνύουν την έλλειψη ενσυναίσθησης, οπτικής επαφής, κ.α., που είναι χαρακτηριστική

του αυτισμού. Προκαλείται από ένα συγκεκριμένο ελάττωμα στο χρωμόσωμα 15 (Βάρβογλη, 2007).

- **Σύνδρομο Smith-Magenis:**

Προκαλείται από ένα συγκεκριμένο ελάττωμα στο χρωμόσωμα 17 και έχει πολλά αυτιστικά χαρακτηριστικά (Βάρβογλη, 2007).

- **Σύνδρομο Klinefelter:**

Έχει ένα παραπάνω X χρωμόσωμα (τύπος XXY) και συχνά περιλαμβάνει αναπτυξιακή και γλωσσική εξασθένηση, ενώ έχει συσχετιστεί με ορισμένα είδη κοινωνικά αποσυρόμενης συμπεριφοράς (Βάρβογλη, 2007).

- **Σύνδρομο Landau-Kleffner:**

Πρόκειται για μια διαταραχή, όπου το παιδί ενώ είχε φυσιολογική γλωσσική εξέλιξη, χάνει τόσο τις αντιληπτικές όσο και τις εκφραστικές γλωσσικές δεξιότητες, αλλά διατηρεί τη γενική νοημοσύνη του. Η έναρξη της διαταραχής συνοδεύεται από παροξυσμικές ανωμαλίες στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (σχεδόν πάντοτε από τους κροταφικούς λοβούς, συνήθως αμφοτερόπλευρα, αλλά συχνά με πιο εκτεταμένη διαταραχή) και στην πλειονότητα των περιπτώσεων από επιληπτικές κρίσεις. Στην τυπική μορφή της, η έναρξη συμβαίνει στην ηλικία μεταξύ 3 και 7 ετών, αλλά η διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί και νωρίτερα ή αργότερα κατά την παιδική ηλικία (World Health Organization, 1992).

- **Αναπτυξιακή Απραξία Λόγου:**

Γνωστή και ως «Αναπτυξιακή Λεκτική Δυσπραξία». Μια λεκτική διαταραχή με νευρολογική βάση η οποία παρατηρείται σε παιδιά που μαθαίνουν να μιλούν. Επηρεάζει το ρυθμό της ανάπτυξης του λόγου, τον αριθμό των ήχων που έχει το ρεπερτόριο του παιδιού και την ικανότητα

του παιδιού να συνδυάζει ήχους κατά την διάρκεια της παραγωγής των λέξεων (Βάρβογλη, 2007).

- **Γαλακτική Οξέωση:**

Τάση συσσώρευσης του γαλακτικού οξέος στο αίμα και συνδέεται με τον αυτισμό, επειδή έχει βρεθεί ότι συμπίπτει με αυτόν περισσότερο απ' ότι υπαγορεύεται από την τύχη (Βάρβογλη, 2007).

- **Προσωποαγνωσία:**

Η αδυναμία αναγνώρισης των προσώπων, γνωστή και ως τύφλωση προς τα πρόσωπα, μερικές φορές συμβαίνει και στον αυτισμό (Βάρβογλη, 2007).

- **Σύνδρομο Irlen/Σύνδρομο σκοτοπτικής ευαισθησίας (SSS):**

Πρόβλημα οπτικής αντίληψης, που προσδιορίστηκε από τη Helen Irlen, που ενδέχεται να εμφανιστεί και σε άτομα με αυτισμό (Βάρβογλη, 2007).

- **Σύνδρομο Turner:**

Σύνδρομο που εμφανίζεται αποκλειστικά σε γυναίκες, στις οποίες λείπει το ένα από τα δυο χρωμοσώματα X (Βάρβογλη, 2007).

- **Έλλειψη καρνιτίνης:**

Μια κατάσταση που μπορεί να έχει συμπτώματα παρόμοια με αυτά του συνδρόμου Reye και μπορεί να προκληθεί από γενετικούς παράγοντες (Βάρβογλη, 2007).

Είναι αναγκαίο οι επαγγελματίες που πραγματοποιούν την αξιολόγηση υγείας των παιδιών με πιθανό αυτισμό, να συζητούν τα συμπεράσματα της αξιολόγησης με τους γονείς του παιδιού. Σε περιπτώσεις όπου μια διαδικασία αξιολόγησης συνδέεται με κάποια

πιθανή σωματική βλάβη, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες να λαμβάνουν την κατάλληλη συγκατάθεση από τους γονείς του παιδιού πριν από την εκτέλεση της δοκιμής (Βάρβογλη, 2007).

1.14. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η αυτιστική διαταραχή αποτελεί, σε γενικές γραμμές, μια ισόβια διαταραχή με επιφυλακτική πρόγνωση. Τα αυτιστικά παιδιά με IQ άνω του 70 και εκείνα που χρησιμοποιούν επικοινωνιακό λόγο μέχρι την ηλικία των 5 με 7 ετών, τείνουν να έχουν καλύτερη πρόγνωση. Πρόσφατα δεδομένα επανελέγχου αυτιστικών παιδιών με υψηλό IQ, τα οποία εκτιμήθηκαν στην ηλικία των 5 ετών και η συμπτωματολογία τους συγκρίθηκε με την τρέχουσα συμπτωματολογία στην ηλικία των 12 ετών και στη συνέχεια μέχρι την ενηλικίωσή τους, έδειξαν ότι ένα μικρό ποσοστό δεν πληρούσε πλέον τα κριτήρια για αυτισμό, αν και συνέχιζαν να εκδηλώνουν κάποια χαρακτηριστικά της διαταραχής. Τα περισσότερα εμφάνιζαν θετικές αλλαγές στην επικοινωνία και τις κοινωνικές περιοχές με την πάροδο του χρόνου (Γενά, 2002; Sadock & Sadock, 2009).

Οι περιοχές των συμπτωμάτων που δεν έμοιαζαν να εμφανίζουν βελτίωση με την πάροδο του χρόνου ήταν όσες σχετίζονταν με τελετουργικές και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές. Σε γενικές γραμμές, οι μελέτες έκβασης στην ενήλικη ζωή δείχνουν ότι τα 2/3 των αυτιστικών ενηλίκων παραμένουν σοβαρά ανάπηροι και ζουν εξαρτώμενοι πλήρως ή ημιεξαρτώμενοι, είτε με τους συγγενείς τους, είτε σε μακράς νοσηλείας ιδρύματα. Μόνο το 1 με 2% κατακτά μια φυσιολογική, ανεξάρτητη κατάσταση διαβίωσης με επικερδή απασχόληση και το 5 με 20% κατακτά μια οριακά φυσιολογική κατάσταση (Γενά, 2002; Sadock & Sadock, 2009).

Συγκεκριμένα, λοιπόν, η πρόγνωση καλυτερεύει αν το περιβάλλον ή η οικογένεια είναι υποστηρικτικά και ικανά να πληρούν τις εκτεταμένες ανάγκες ενός τέτοιου παιδιού (Sanders & Morgan, 1997).

Αν και τα συμπτώματα υφίστανται σε πολλές περιπτώσεις, σε άλλες αναπτύσσονται συμπεριφορές σοβαρού αυτοακρωτηριασμού ή επιθετικότητας και παλινδρόμησης. Το 4 έως 32% έχει επιληπτικές κρίσεις *grand mal* στην όψιμη παιδική ηλικία ή την εφηβεία και οι κρίσεις αυτές επηρεάζουν αρνητικά την πρόγνωση (Γενά, 2002; Ιεροδιακόνου & Ζηλίκη, 2005; Sadock & Sadock, 2009; Bella, 2016).

Σύμφωνα με έρευνα του Ινστιτούτου MIND (Byrd et. al., 2002), που αφορούσε 100 οικογένειες εφήβων με αυτισμό, βρέθηκε ότι το 88% των γονέων δήλωσαν βελτιώσεις στο λόγο και στη επικοινωνία, το 83% ανέφερε βελτιώσεις στην συμπεριφορά, ενδιαφέροντα, ή δραστηριότητες (παρόλο που πρέπει να σημειωθεί ότι οι γονείς των παιδιών σχολικής ηλικίας ήταν πιο πιθανό να υποστηρίξουν ότι ο αυτισμός του παιδιού τους έχει βελτιωθεί) (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Σύμφωνα με την έρευνα των Gilchrist et. al. (2001), αναφέρθηκε ότι πολλά άτομα στο δείγμα των 20 εφήβων με αυτιστικό σύνδρομο, υποστηρίχθηκε από τους γονείς τους ότι έχουν περισσότερα προβλήματα και συμπτώματα στην εφηβεία από ότι στην παιδική ηλικία (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

1.15. ΣΥΝΟΨΗ

Συνοψίζοντας, ο αυτισμός αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, ένα φάσμα διαταραχών, το οποίο απασχόλησε δυο επιστήμονες τη δεκαετία του '40, τον Leo Kanner (1943) και τον Hans Asperger (1944). Σύμφωνα με τους ανωτέρω, μερικά ενδεικτικά σημεία που παραπέμπουν στον αυτισμό είναι το έλλειμμα στην κοινωνική συναλλαγή, στη βλεμματική επαφή και στο συναίσθημα. Επιπλέον, οι στερεοτυπικές, επαναλαμβανόμενες κινήσεις και συμπεριφορές καθώς και οι εμμονές αποτελούν ορισμένα συμπτώματα που μπορεί να συναντήσουμε σε άτομα με αυτισμό. Αξίζει να αναφερθεί, η καθυστέρηση, διαταραχή ή ακόμα και έλλειψη ομιλίας, λόγου και επικοινωνίας που ενδέχεται να συνοδεύει πολλά άτομα με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ).

Δεν υπάρχει συγκεκριμένη αιτία για την ύπαρξη του αυτισμού, πράγμα το οποίο καθιστά τη διάγνωση περίπλοκη. Από την άλλη, όμως, υπάρχει πληθώρα σταθμισμένων κλιμάκων και εργαλείων, χρήσιμων στους επιστήμονες, που μπορούν να εξυπηρετήσουν στη διευκόλυνση της διάγνωσης και στο σχεδιασμό ενός ευρύτερου πλάνου της παρέμβασης που ενδείκνυται για κάθε άτομο.

Επιπρόσθετα, λόγω της πολυπλοκότητας της Διάχυτης αυτής Αναπτυξιακής Διαταραχής (ΔΑΔ), υπάρχουν ποικίλες διαταραχές και σύνδρομα, που μπορεί να συγχέονται ή να συνυπάρχουν με το φάσμα των διαταραχών του αυτισμού. Για το λόγο αυτό, η διεπιστημονική ομάδα που είναι αρμόδια για τα άτομα με αυτισμό, θα πρέπει να εξετάζει προσεκτικά τα σημεία που εμφανίζουν, για να υπάρξει η καλύτερη δυνατή διάγνωση.

Τέλος, ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, ο Λογοθεραπευτής είναι αρμόδιος για τις διαταραχές ομιλίας, λόγου και επικοινωνίας που συναντώνται σε άτομα με αυτισμό, καθώς αποτελούν ένα από τα κύρια σημεία που οδηγούν στην αναγνώριση της ύπαρξης του φάσματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Διαταραχές Επικοινωνίας στα άτομα με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)

2. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Από ψυχοπαιδαγωγική και κοινωνιολογική άποψη, η ικανότητα κατανόησης και χρήσης της μητρικής γλώσσας ενέχει τεράστια σημασία. Δεν πρόκειται για μεμονωμένη, αλλά για μια σύνθετη ικανότητα, στην οποία συμμετέχουν η αντίληψη, το συναίσθημα και η νοημοσύνη. Δεν είναι υπερβολή ότι το παιδί με την απόκτηση της ικανότητας κατανόησης και ομιλίας της γλώσσας, γίνεται ένας πλήρης άνθρωπος. Με τη χρήση της γλώσσας μπορεί να εκφράσει στους άλλους τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις επιθυμίες του. Με την ικανότητα κατανόησης της γλώσσας, ο άνθρωπος αποκτά γνώσεις ποικίλου περιεχομένου, τις οποίες δεν θα μπορούσε να αποκτήσει με βάση μόνο τις δικές του εμπειρίες (Κυπριωτάκης, 2003).

Ειδικότερα, στα μέσα του 2^{ου} έτους, το λεξιλόγιο του τυπικά αναπτυσσόμενου παιδιού έχει αρκετά αναπτυχθεί και σχηματίζει τώρα τις πρώτες προτάσεις με δυο λέξεις. Σε αυτήν την ηλικία, τα παιδιά έχουν την ικανότητα να καταλαβαίνουν τα περισσότερα από όσα συζητούν οι γονείς τους. Από το 2^ο και μέχρι το 5^ο έτος της ηλικίας τους, τα παιδιά ξεπερνούν τον απλό «τηλεγραφικό» τρόπο ομιλίας και χρησιμοποιούν, από γραμματική-συντακτική άποψη, σωστά την πρόταση (Κυπριωτάκης, 2003).

Αυτό που πραγματικά έχει σημασία στην καθημερινή επικοινωνία, είναι η ουσία του μηνύματος και όχι το ίδιο το μήνυμα. Με άλλα λόγια χρειάζεται να γνωρίζουμε σαν ακροατές, το *γιατί* ο ομιλητής μεταφέρει αυτή τη σκέψη (και όχι κάποια άλλη) και επίσης, χρειάζεται σαν ομιλητές να είμαστε βέβαιοι ότι έχουμε γίνει κατανοητοί, κατά τον τρόπο που θέλουμε. Για αυτό, υπάρχουν στη διάθεσή μας περίτεχνες λεκτικές και μη λεκτικές συνθηματικές κινήσεις, ώστε να κάνουμε αντιληπτές τις προθέσεις μας (Frith, 1999).

Επειδή τα περισσότερα παιδιά κατακτούν τη μητρική τους γλώσσα χωρίς να τους την διδάξει κάποιος, παραπλανητικά θεωρούμε, ότι η ανάπτυξη του λόγου είναι μια εύκολη υπόθεση. Η πολυπλοκότητά της γίνεται φανερή στις περιπτώσεις παιδιών που παρουσιάζουν δυσκολία στην κατάκτησή της. Προκειμένου να επιχειρήσουμε οποιανδήποτε κατηγοριοποίηση των διαταραχών του λόγου, είναι σημαντικό να ξεκαθαρίσουμε τι ακριβώς εννοούμε με τους όρους: *ομιλία, γλώσσα, λόγος και επικοινωνία*.

Η ομιλία και η γλώσσα είναι μόνο ένα κομμάτι της επικοινωνίας. Άλλες πλευρές της επικοινωνίας μπορεί να ενισχύσουν ή ακόμα και να επισκιάσουν και τις δυο. Αυτές οι πλευρές είναι παραγλωσσολογικές, μη γλωσσολογικές και μεταγλωσσολογικές. Οι παραγλωσσολογικοί μηχανισμοί μπορούν να αλλάξουν την μορφή και το νόημα μιας πρότασης, δρώντας σε ξεχωριστούς ήχους ή λέξεις. Αυτοί οι μηχανισμοί σηματοδοτούν τη διάθεση ή το συναίσθημα και περιλαμβάνουν επιτονισμό, τονισμό, ρυθμό εκφοράς και παύση ή δισταγμό. Τα μη γλωσσολογικά στοιχεία περιλαμβάνουν χειρονομίες, στάση σώματος, εκφράσεις προσώπου, βλεμματική επαφή, κίνηση κεφαλής και σώματος και σωματική απόσταση ή προσέγγιση. Κάθε μια από αυτές τις πλευρές μπορεί να επηρεάσει την επικοινωνία. Τέλος, τα μεταγλωσσολογικά στοιχεία σηματοδοτούν την κατάσταση της επικοινωνίας, βάσει των διαισθήσεών μας, σχετικά με την αποδοχή των εκφωνημάτων (Anderson & Shames, 2013).

2.1. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η *Επικοινωνία* είναι η ανταλλαγή εμπρόθετων μηνυμάτων μεταξύ ατόμων, που σχετίζονται με πολλούς τρόπους και αλληλεπιδρούν εντός ποικίλων πλαισίων, ενώ πηγάζει από την εγγενή τους ανάγκη, να ερμηνεύσουν και ταυτόχρονα να κατευθύνουν το περιβάλλον τους, μέσω της γλώσσας (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Ακόμη, η επικοινωνία είναι ένας πρωταρχικός όρος, που αναφέρεται σε όλες τις μορφές της αποστολής και λήψης μηνυμάτων μέσω της χρήσης της ομιλητικής γλώσσας, των χειρονομιών, της

γλώσσας του σώματος, της γραπτής γλώσσας, της ζωγραφικής και της νοηματικής. Στη προσωπική συνομιλία, δίνουμε περισσότερη έμφαση στα μη λεκτικά στοιχεία, καθώς υπολογίζεται ότι το 60% της προσωπικής συνομιλίας βασίζεται σε αυτά (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Για την επίτευξη της επικοινωνίας είναι απαραίτητες οι παρακάτω λεκτικές, μη λεκτικές και παραλεκτικές δεξιότητες, τόσο σε επίπεδο έκφρασης όσο και σε επίπεδο κατανόησης:

- η επιδέξια συγχρονισμένη βλεμματική επαφή,
- η διαδοχική εναλλαγή σειράς ομιλητή-ακροατή,
- η απόσπαση της προσοχής του συνομιλητή με κατάλληλο τρόπο,
- η κατανόηση και η χρήση των εκφράσεων προσώπου,
- η στάση του σώματος,
- οι χειρονομίες,
- ο επιτονισμός, οι παύσεις και η ταχύτητα της ομιλίας,
- η χροιά και ένταση της φωνής,
- οι κατάλληλα ανεπτυγμένες γλωσσικές δεξιότητες (φωνολογία, συντακτικό, γραμματική, σημασιολογία),
- η εισαγωγή, διατήρηση και διόρθωση της συζήτησης.

(Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007; Βάρβογλη, 2007)

2.2. ΓΛΩΣΣΑ

Η *Γλώσσα* αναπαριστά ένα συγκεκριμένο τύπο επικοινωνίας, που περιλαμβάνει την μορφοποίηση των ιδεών και μηνυμάτων, μέσω συνδυασμών λέξεων, βασισμένων σε κανόνες (Goldstein, Naglieri & Ozonoff, 2009).

Η ανθρώπινη γλώσσα αποτελεί το βασικό μέσο επικοινωνίας, ικανό να ρυθμίζει την πολυποίκιλη και πολυεπίπεδη ανθρώπινη διάσταση. Αναπαριστά νοητικά την εξωτερική πραγματικότητα, δίνοντας τη δυνατότητα αποσύνδεσης από τα άμεσα αισθητηριακά δεδομένα (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Η λειτουργία της γλώσσας μπορεί να είναι *ενδοπροσωπική* ή *διαπροσωπική*. Όσον αφορά την ενδοπροσωπική λειτουργία, είναι η χρήση της γλώσσας για γνωστικούς σκοπούς. Η γλώσσα εμπλέκεται με πιο ειδικό τρόπο, στην κατανόηση και ένταξη της εμπειρίας των βιωμάτων του μικρού παιδιού, σε ευρύτερα γνωστικά σχήματα. Από την άλλη, η διαπροσωπική λειτουργία της γλώσσας αφορά την επικοινωνία, η οποία είναι μια σύνθετη διαδικασία, στην οποία εμπεριέχονται κοινωνικοί, συναισθηματικοί, γνωστικοί και γλωσσολογικοί παράγοντες (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Έχει σημειωθεί ότι, πολλές πτυχές της γλωσσικής ικανότητας είναι μετρήσιμες και προσφέρουν γόνιμο έδαφος, για την τεκμηρίωση των βαθύτερων γλωσσικών δυνατοτήτων (Frith, 1999). Κάθε προφορική γλώσσα έχει συγκεκριμένους ήχους ή φωνήματα και συνδυασμούς φωνημάτων που είναι ιδιαίτεροι για κάθε γλώσσα. Η γλώσσα είναι η χρήση των ήχων, των λέξεων και των φράσεων για την προφορική επικοινωνία μεταξύ των ατόμων (Βάρβογλη, 2007).

Οι Bloom & Lahey (1978), επεξηγώντας τον τρόπο λειτουργίας της γλώσσας, επισημαίνουν τρία βασικά επίπεδα:

- **Δομή:** Εμπεριέχει στοιχεία που αφορούν τους κανόνες που διέπουν τους ήχους της γλώσσας και το μεταξύ τους συνδυασμό (φωνολογία), τους κανόνες οι οποίοι είναι συναφείς με τη μορφή και την ποιότητα των λέξεων (μορφολογία) και τους κανόνες που αφορούν τον τρόπο διευθέτησης των λέξεων για την παραγωγή προτάσεων (συντακτικό).
- **Περιεχόμενο:** Εντάσσεται η σημασιολογία, η οποία αφορά το νόημα της κάθε λέξης και το νόημα των προτάσεων, που παράγονται μετά τη σύνδεση των λέξεων.
- **Χρήση:** Αφορά την χρήση της γλώσσας (πραγματολογία), δηλαδή την ικανότητα να χρησιμοποιούμε το λόγο για το σκοπό της επικοινωνίας στο κοινωνικό πλαίσιο.

(Frith, 1999; Βάρβογλη, 2007; Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007)

2.3. ΟΜΙΛΙΑ

Η *Ομιλία* είναι το λεκτικό εργαλείο, το οποίο χρησιμοποιούμε για τη μετάδοση ενός μηνύματος. Είναι το αποτέλεσμα του σχεδιασμού και εκτέλεσης της κινητικής διαδοχής των μηχανισμών της ομιλίας, για αυτό αποτελεί μια διαδικασία που απαιτεί πολύ ακριβή νευρομυϊκό συντονισμό.

Επιπλέον, η ομιλία είναι η έκφραση της γλώσσας, μέσω της χρήσης των ήχων, που παράγονται από τις προφορικές χειρονομίες. Ακόμη, περιέχει κι άλλα στοιχεία όπως η ποιότητα φωνής, τόνος και ρυθμός. Αυτά τα στοιχεία διευκολύνουν το νόημα των μηνυμάτων. Η ομιλία με νόημα απαιτεί την ανάπτυξη μερικών γλωσσολογικών κανόνων (Goldstein, Naglieri & Ozonoff, 2009).

2.4. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Πιο συγκεκριμένα, συναντώνται διαταραχές στους τομείς της επικοινωνίας, της γλώσσας και της ομιλίας που επηρεάζουν την φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού και την ικανότητα ορθής αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον.

Πολλά παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) δεν φτάνουν σε ένα επίπεδο γλωσσικής ανάπτυξης, στο οποίο είναι πιθανές οι πραγματικές επικοινωνιακές συναλλαγές. Είναι σημαντικό να ενθαρρύνονται τα λιγότερο ομιλητικά παιδιά με αυτισμό, να συμμετέχουν σε οποιοδήποτε επίπεδο επικοινωνιακής αλληλεπίδρασης, χρησιμοποιώντας την ηχολαλία, τις στερεοτυπικές ερωτήσεις, την καθυστερημένη ηχώ και άλλα είδη ομιλίας για να «χτίσουν» την είσοδό τους σε αυτή την σημαντική κοινωνική εμπειρία (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Τα ελλείμματα στην επικοινωνία, συμπεριλαμβανομένων της καθυστέρησης ή της καθόλου ανάπτυξης της γλώσσας, είναι ένα από τα τρία διαγνωστικά κριτήρια για τα παιδιά με αυτισμό μαζί με τα ελλείμματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση και τις επαναλαμβανόμενες

και στερεότυπες συμπεριφορές (American Psychiatric Association, 1994).

2.4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Είναι ένας ευρύς όρος που καλύπτει οποιαδήποτε εξασθένηση στην δυνατότητα να παραληφθούν, να σταλούν, να υποβληθούν σε επεξεργασία και να κατανοηθούν οι έννοιες ή τα λεκτικά, μη λεκτικά και γραφικά συστήματα συμβόλων. Μια διαταραχή επικοινωνίας μπορεί να περιλαμβάνει την ακρόαση, την γλώσσα ή την ομιλία. Οι διαταραχές επικοινωνίας μπορούν να κυμανθούν από ήπιες έως έντονες (Βάρβογλη, 2007).

2.4.2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Οι διαταραχές της επικοινωνίας διαχωρίζονται σε αυτές που αφορούν την κοινωνική επικοινωνία, τη γλώσσα, την ομιλία και τη φώνηση. Η πρώτη ομάδα των διαταραχών της επικοινωνίας αναφέρεται στην κοινωνική επικοινωνία, αφορά δηλαδή το πραγματολογικό επίπεδο της γλώσσας. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει την Αυτιστική Διαταραχή, το σύνδρομο Asperger, την Πραγματολογική Διαταραχή, την Διάχυτη Διαταραχή της Ανάπτυξης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς και την Επιλεκτική Βωβότητα (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Η δεύτερη ομάδα διαταραχών είναι αυτή που αφορά τις γλωσσικές διαταραχές. Με αυτόν τον διαχωρισμό ορίζεται η γλώσσα ως εργαλείο για επικοινωνία, το οποίο αποτελείται από τα υποσυστήματα της: το φωνολογικό, το μορφοσυντακτικό και το σημασιολογικό. Στην ομάδα αυτή συμπεριλαμβάνονται η Ειδική Γλωσσική Διαταραχή (ΕΓΔ), η Φωνολογική Διαταραχή, οι Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες και η Επίκτητη Παιδική Αφασία (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Επίσης, η τρίτη ομάδα αναφέρεται στις Διαταραχές Ομιλίας που περιλαμβάνουν τις διαταραχές στην άρθρωση και στη ροή της ομιλίας, καθώς και τις σχιστίες (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Τέλος, η τέταρτη και τελευταία ομάδα σχετίζεται με τις Διαταραχές Φώνησης, όπως είναι η παιδική δυσφωνία και η εφηβοφωνία (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Διαταραχές Κοινωνικής Επικοινωνίας	Γλωσσικές Διαταραχές	Διαταραχές της Ομιλίας	Διαταραχές της Φώνησης
Αυτιστική Διαταραχή	Ειδική Γλωσσική Διαταραχή (ΕΓΔ) Αντιληπτικού-Εκφραστικού τύπου	Διαταραχή της Άρθρωσης	Παιδική Δυσφωνία
Σύνδρομο Asperger	Ειδική Γλωσσική Διαταραχή (ΕΓΔ) Εκφραστικού τύπου	Διαταραχή της Ροής της Ομιλίας (Τραυλισμός)	Εφηβοφωνία
Πραγματολογική Διαταραχή	Φωνολογική Διαταραχή	Σχιστίες	
Διάχυτη Διαταραχή της Ανάπτυξης μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς	Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες		
Επιλεκτική Βωβότητα	Επίκτητη Παιδική Αφασία		

Πίνακας 2.4.2.: Ταξινόμηση των Διαταραχών της Επικοινωνίας στην παιδική ηλικία

(Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007)

Οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) και ιδιαίτερα η Αυτιστική Διαταραχή χαρακτηρίζονται από διαταραχές της επικοινωνίας, που αφορούν την πρώτη ομάδα αυτής της ταξινόμησης. Οι δυσκολίες τους περιγράφονται ως δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία ή/και την πραγματολογία (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

**2.4.3. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
ΤΩΝ ΤΥΠΙΚΑ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ
ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ**

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ	ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΣΤΟΝ ΑΥΤΙΣΜΟ
➤ Το παιδί δείχνει ενδιαφέρον για τα πρόσωπα. Τα κοιτάζει επίμονα και προσεκτικά, προτιμώντας τα εκφραστικά πρόσωπα.	➤ Δείχνει περιορισμένο ή/και καθόλου ενδιαφέρον για τα πρόσωπα. Συνήθως προτιμά να κοιτά αντικείμενα (π.χ. ρόδες).
➤ Ανταποκρίνεται στη βλεμματική επαφή του ενήλικα και την χρησιμοποιεί για να σηματοδοτήσει τις ανάγκες του και να ελκύσει την προσοχή του.	➤ Ασυνήθιστη (φευγαλέα) βλεμματική επαφή ή απουσία αυτής ή δυναμική αποφυγή της. Το παιδί αποτυγχάνει να δώσει τα σήματα της βλεμματικής επαφής, που βοηθούν την μητέρα να οικοδομήσει τη ροή της επικοινωνίας.
➤ Μαθαίνει γρήγορα να περιμένει τη σειρά του στη συναλλαγή και σταδιακά εκφράζεται με κινήσεις, εκφωνήσεις και λέξεις.	➤ Παράγει συχνά εκφωνήσεις, δείχνει όμως να το κάνει για τον εαυτό του, χωρίς να ενδιαφέρεται για μια κοινή δραστηριότητα.
➤ Μαθαίνει να χρησιμοποιεί το κλάμα για να κινητοποιήσει τον ενήλικα και να πετύχει το στόχο του.	➤ Μερικά παιδιά παραμένουν σιωπηλά, αλλά τα περισσότερα χρησιμοποιούν το δυνατό κλάμα για να δηλώσουν ενόχληση ή θυμό.
➤ Χαμογελά και χρησιμοποιεί το χαμόγελο, για να επιμηκύνει τη συναλλαγή.	➤ Έχει περιορισμένο εύρος εκφράσεων, χαμογελά σπάνια, ή είναι ανέκφραστο.
➤ Μιμείται και αντιγράφει τις εκφράσεις του προσώπου και τις κινήσεις του στόματος.	➤ Κινητοποιείται ελάχιστα για να μιμηθεί και όταν μιμείται, δείχνει να μην αντιλαμβάνεται πως αυτό βοηθά στην επικοινωνία.
➤ Χρησιμοποιεί το δείξιμο με τα μάτια, και αργότερα το δείξιμο με το δάχτυλο, για να παρακινήσει τον ενήλικα, να ονομάσει αντικείμενα ή γεγονότα (κοινή εστία προσοχής).	➤ Οδηγεί από το χέρι τον ενήλικα σε αυτό που θέλει, αλλά σπάνια το κάνει αυτό με βλεμματική επαφή ή δείχνοντας με το δάχτυλο.
➤ Χαίρεται τη σωματική επαφή και την επιδιώκει.	➤ Δυσκολεύεται να ανεχθεί τη σωματική επαφή.

Πίνακας 2.4.3.: Σύγκριση της ανάπτυξης της επικοινωνίας των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών και των παιδιών με αυτισμό.

(Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

2.5. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ

Το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας στη γλώσσα των ατόμων με αυτισμό, επικεντρώνεται στις παραγωγικές τους ικανότητες. Σε αντίθεση, λιγότερη προσοχή έχει δοθεί στις ικανότητες κατανόησής τους. Αυτό είναι ατυχές επειδή η πρώιμη ανταπόκριση στη γλώσσα, ένας πιθανός πρόδρομος της κατανόησης, είναι ένας από τους ισχυρότερους δείκτες του αυτισμού σε πολύ μικρά παιδιά (Dahlgren & Gillberg, 1989; Lord, 1995).

Στα παιδιά με αυτισμό, η γλωσσική εξέλιξη καθυστερεί υπερβολικά και μόνο σε λίγες περιπτώσεις μπορεί να φτάσουν στο στάδιο των δυο λέξεων. Η εξέλιξη της ικανότητας για χρήση της γλώσσας, σύμφωνα με τους γραμματικούς και συντακτικούς κανόνες, ακολουθεί στα αυτιστικά παιδιά ένα βραδύ ρυθμό εξέλιξης σε σχέση με τα φυσιολογικά παιδιά (Tager-Flusberg, 1981; Paul-Cohen, 1984; Le Couteur, Bailey, Rutter & Gottesman, 1989).

Στα παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) υπάρχει μια σημαντική ποικιλία στο βαθμό, στον οποίο η γλώσσα προοδεύει σε εκείνους που κατακτούν μερικώς τη λειτουργική γλώσσα (Lord et al., 2004). Μερικά άτομα με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) ενδεχομένως να ξεκινούν να μιλούν αργότερα σε σχέση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά ή ίσως να μην μιλούν καθόλου για όλη τους την ζωή. Άλλοι μπορεί να αποκτούν ελάχιστες παραγωγικές λεκτικές δεξιότητες, μαθαίνοντας να παράγουν λέξεις και προτάσεις, αλλά έχοντας δυσκολία να τις χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά (Downey et al., 2002; Goldstein, Naglieri & Ozonoff, 2009).

Τα παιδιά με αυτισμό που κατέχουν ελάχιστες δεξιότητες κοινωνικής αλληλεπίδρασης, διαθέτουν λιγότερες κοινωνικές εμπειρίες, οι οποίες με την σειρά τους οδηγούν τα παιδιά αυτά σε λιγότερες ευκαιρίες να ακούσουν, να απαντήσουν, να παράγουν και να μάθουν τη γλώσσα στα κοινωνικά πλαίσια.

2.5.1. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ

Τα παιδιά με αυτισμό τείνουν να εμφανίζουν σοβαρότερες δυσκολίες στην κατανόηση της γλώσσας, από ότι τα παιδιά με άλλες γλωσσικές διαταραχές (Paul, Chawarska, Klin & Volkmar, 2007). Σύμφωνα με έρευνα των Bartak et al. (1975) και Paul & Cohen (1984a), υποστηρίχθηκε ότι τα άτομα με αυτισμό σημείωσαν πτωχότερες επιδόσεις σε σταθμισμένες δοκιμασίες γλωσσικής κατανόησης, σε αντίθεση με άτομα με αφασική ή πνευματική αναπηρία, ίδιας μη λεκτικής πνευματικής ηλικίας.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα αυτιστικά παιδιά έχουν δυσκολία να ανταποκρίνονται σωστά στα ερεθίσματα που αποτελούνται από τον προφορικό λόγο και μόνο (Carr, Binkoff, Kologinsky & Eddy, 1978; Peterson, Bondy, Vincent & Finnegan, 1995).

Πιο συγκεκριμένα, έχουν αδυναμίες κατανόησης σύνθετων, πολύπλοκων κανόνων και αφηρημένων εννοιών, που διέπουν την κοινωνική οργάνωση (Tager-Flusberg, 1981,1993; Innerhofer & Klicpera, 1988; Frith, 1994; Baron-Cohen, 1988, 1995). Επιπλέον, τα παιδιά με αυτισμό δυσκολεύονται στην κατανόηση της σημασίας των λέξεων μέσα στο λόγο (προφορικό και γραπτό), ιδίως όταν πρόκειται για λέξεις που δεν ανάγονται σε συγκεκριμένα αντικείμενα, όπως αντωνυμίες, προθέσεις, επιρρήματα κ.α. (Innerhofer & Klicpera, 1988; Κυπριωτάκης, 2003).

Οι Paul & Cohen (1984a) εκτίμησαν ότι οι ικανότητες κατανόησης και έκφρασης συνεχίζουν να βελτιώνονται στα άτομα με αυτισμό, κατά την εφηβική και ενήλικη ζωή, αλλά οι εκφραστικές ικανότητες εμφανίζουν μεγαλύτερους βαθμούς βελτίωσης. Σε μελέτες επανεξέτασης (follow-up) στην Βρετανία, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες με αυτισμό ή αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές εμφάνισαν ουσιώδεις βελτιώσεις σε πτυχές της γλώσσας στην ενήλικη ζωή (Cantwell & Baker, 1989).

Άλλη μια πηγή δυσκολίας στην γλωσσική κατανόηση σε καθημερινές καταστάσεις ίσως να είναι η ικανότητα να ολοκληρώσουν μη λεκτικές ιδέες. Παραδείγματα αποτελούν τα εξής: η παρατήρηση του

χαμόγελου στο πρόσωπο του άλλου, ο τρόπος με το οποίο κάποιο άτομο αγγίζει, ο τόνος της φωνής του/της, όπως επίσης, και οι λέξεις που καθορίζουν αν κάποιος είναι τρυφερός, πειρακτικός ή επιθετικός (Ozonoff, Pennington & Rogers, 1990; Loveland, 1991; James & Tager-Flusberg, 1994).

Συμπερασματικά, τα άτομα με αυτισμό έχουν ελλείμματα στην ικανότητα καθορισμού της πρόθεσης του ομιλητή, χωρίς να μιλούν με σαφήνεια, ανεξάρτητα από οποιοδήποτε έλλειμμα συντακτικής κατανόησης, που ενδέχεται να είναι παρόν. Για τα άτομα με αυτισμό, η κατανόηση της γλώσσας στην συζήτηση και σε άλλα πλαίσια διαλόγου, παραμένει μια σημαντική πρόκληση, επειδή οι σημασιολογικές και πραγματολογικές πτυχές της γλώσσας είναι στενά συνδεδεμένες με την μη λεκτική κοινωνική επικοινωνία και με άλλες πτυχές της κοινωνικής προσαρμογής (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

2.5.2. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ

Το National Research Council (2001) υποστηρίζει μέσω της έρευνάς του, πως περίπου το 50% των παιδιών με αυτισμό, θα μπορούσαν να κατακτήσουν την λειτουργική ομιλία, σε αντίθεση με έρευνα των Tager-Flusberg, Paul & Lord (2005) που υποστηρίζουν ότι, περισσότερο από το 60% θα κατακτήσει την ομιλούμενη γλώσσα. Γενικά, τα παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) κατακτούν την ομιλούμενη γλώσσα ή χρησιμοποιούν λέξεις μέχρι την ηλικία των 6 ετών, παρόλο που υπάρχουν περιπτώσεις μη ομιλητικών παιδιών που έχουν κατακτήσει την γλώσσα, κατά την διάρκεια της εφηβείας (Paul & Cohen, 1984; Windsor, Doyle & Siegel, 1994; Mirenda, 2003; Tager-Flusberg et al., 2005; Goldstein, Naglieri & Ozonoff, 2009).

Τα αυτιστικά παιδιά, σε σύγκριση με τα κανονικά μικρότερης ηλικίας, όταν δυσκολεύονται να δώσουν γλωσσικά μια πληροφορία ή να εκφράσουν μια πρόταση, εμμένουν στο να επαναλαμβάνουν το τελευταίο μέρος της πρότασης (Innerhofer & Klicpera, 1988).

Σε αυθόρμητη παραγωγή του λόγου, παρατηρείται συχνά στα αυτιστικά παιδιά, κατά την επιλογή των λέξεων, παραποίηση των συμφραζομένων, διότι δεν λαμβάνουν υπόψη τους σημασιολογικούς περιορισμούς.

Τέλος, όσον αφορά τους αυτιστικούς ενήλικες με γλωσσικές διαταραχές, δεν παράγουν το επίπεδο της πολυπλοκότητας και της ερμηνείας σε σχέση με τους συνομήλικους τους. Ίσως να κατανοούν τις πληροφορίες που θέλουν να επικοινωνήσουν, αλλά να είναι ανίκανοι να οργανώσουν αυτά που θέλουν να πουν με το κατάλληλο τρόπο, σε ποικίλες μορφές διαλόγου (Tattershall, 2002).

Συμπεραίνοντας, παρόλο που οι αυτιστικές διαταραχές είναι ολοκληρωτικά συνυφασμένες με τα ευρέως κοινωνικά και νοητικά ελλείμματα, καθυστερήσεις στην ικανότητα αντίληψης και παραγωγής λέξεων και προτάσεων, μπορεί να επηρεάζουν σημαντικά τις ζωές των ατόμων με αυτισμό, παρά τα άτομα με άλλες αναπηρίες (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

2.6. ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ

Περίπου το 25% των παιδιών με αυτισμό περιγράφονται από τους γονείς τους να έχουν κατακτήσει μερικές λέξεις στους 12 ή 18 μήνες ζωής και μετά να τις χάνουν (Kurita, 1985). Σε μια πρόσφατη συστηματική, διαχρονική, μεγάλης κλίμακας έρευνα παιδιών από τους Lord, Shulman & DiLavore (2004), βρέθηκε ότι αυτό το είδος της «γλωσσικής παλινδρόμησης» ύστερα από φυσιολογική έναρξη της γλώσσας, δεν εντοπίστηκε σε παιδιά με άλλες αναπτυξιακές καθυστερήσεις (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Γενικά, η «γλωσσική παλινδρόμηση» είναι μια προοδευτική διαδικασία, στην οποία τα παιδιά δεν μαθαίνουν νέες λέξεις και αποτυγχάνουν να συμμετέχουν σε επικοινωνιακές ρουτίνες, στις οποίες ενδέχεται να είχαν συμμετάσχει πρωτύτερα. Η απώλεια της γλώσσας συμβαίνει σε αυτά τα παιδιά, ενώ αυτά είχαν κατακτήσει εκφραστικό λεξιλόγιο (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Τέλος, οι Lord και οι συνεργάτες της, βρήκαν ότι τα παιδιά που αντιμετώπισαν την απώλεια των λέξεων, έχασαν επίσης, μερικές κοινωνικές ικανότητες. Αυτό το φαινόμενο είναι σχετικά διαφορετικό από την παλινδρόμηση που σχετίζεται με μια αποσυνθετική διαταραχή, η οποία περιλαμβάνει την απώλεια των προχωρημένων γλωσσικών ικανοτήτων και της επικοινωνίας (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

2.7. ΕΙΔΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΓΛΩΣΣΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ

Η αυτιστική διαταραχή αναφέρεται ως η τρίτη συχνότερη αιτία της καθυστέρησης στην ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών, μετά τη νοητική υστέρηση και την απώλεια ακοής (Downey et al., 2002). Ο λόγος των παιδιών με αυτισμό κυρίως, σε ότι αφορά τα επίπεδα της μορφής (φωνολογία, μορφολογία και συντακτικό) και της σημασιολογίας, δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες, όμως ο τρόπος, με τον οποίο, χρησιμοποιούν το λόγο είναι πάντα προβληματικός. Στον αυτισμό θα λέγαμε ότι η συμπεριφορά του παιδιού φαίνεται να αποθαρρύνει την επικοινωνία, αντί να την προάγει. Για το λόγο αυτό, τα παιδιά και οι ενήλικες που emπίπτουν στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), έχουν δυσκολίες στην επικοινωνία (Καμπούρογλου, 2003).

Το γεγονός ότι πολλά παιδιά με αυτισμό αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ανάπτυξη της γλώσσας, οδήγησε τους ερευνητές στην σκέψη ότι ο αυτισμός οφείλεται σε μια κεντρική γλωσσική διαταραχή. Όμως, ακόμη και στις περιπτώσεις όπου δεν φαίνεται να υπάρχει καμία δυσκολία στο επίπεδο της μορφής της γλώσσας, ουσιαστικό έλλειμμα της αυτιστικής διαταραχής, αποτελεί η δυσκολία στη χρήση της γλώσσας, σε οποιαδήποτε μορφή της, για την επίτευξη της επικοινωνίας (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Τα ελλείμματα στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία αποτελούν μια από τις σοβαρότερες παραμέτρους του αυτισμού. Πλήθος ερευνητών έχουν μελετήσει τις λεκτικές δεξιότητες των ατόμων με αυτισμό, ωστόσο

οι περισσότεροι εστιάζουν στο θέμα της επικοινωνίας και των δυσκολιών σε πραγματολογικό και σημασιολογικό επίπεδο (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010).

Σχεδόν το 85% των αυτιστικών παιδιών που αναπτύσσουν λόγο, παρουσιάζουν συνεχή επανάληψη κραυγών, λέξεων, φράσεων, δηλαδή, ηχολαλίες (Schuler & Prizant, 1985). Δυσκολεύονται στη χρήση προθέσεων, συνδέσμων και αντωνυμιών, ιδιαίτερα όταν αναφέρονται σε πολύ οικεία πρόσωπα ή στον ίδιο τους τον εαυτό (Mawhood et al., 2000). Επίσης, πολλές είναι οι δυσκολίες στο φωνολογικό μέρος της γλώσσας, όπως στην άρθρωση, στον τονισμό και στην προσωδία, στην οποία χαρακτηριστική είναι η έλλειψη χρωματισμού και μουσικότητας των προτάσεων ή λέξεων. Για το λόγο αυτό, λέγεται ότι τα αυτιστικά μιλούν σαν ρομπότ (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010).

Επιπλέον, ενδεικτικά ελλείμματα που παρατηρούνται στην αυτιστική διαταραχή, είναι τα ακόλουθα: στη σύνταξη προτάσεων, στην αφηγηματική ικανότητα και στην κατανόηση αφηγηματικού λόγου, στη συζήτηση, στην κατανόηση των υπονοουμένων, του χιούμορ και των μεταφορών, στην επεξεργασία των λεκτικών ερεθισμάτων, στην εξαγωγή συμπερασμάτων και τέλος στη χρήση της γλώσσας σύμφωνα με το κοινωνικό πλαίσιο και την κοινωνική κατάσταση (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

2.7.1. Διαταραχές στην ακουστική επεξεργασία

Ο όρος «διαταραχή ακουστικής επεξεργασίας» περιγράφει προβλήματα, που πηγάζουν από μια ποικιλία αιτιών. Ενδεικτικά, ως αίτια αναφέρονται οι γλωσσικές δυσκολίες και η μη συνεχής ή πτωχή προσοχή, που συχνά προκαλείται από την περιορισμένη κατανόηση ποικίλων πλαισίων επικοινωνίας (Tattershall, 2002).

Υπάρχουν πολλές απόψεις σχετικά με την ακουστική επεξεργασία. Από τη μία, υπάρχουν αυτοί που υποστηρίζουν ότι υπάρχει μια ομάδα ατόμων, των οποίων οι δυσκολίες είναι αποτέλεσμα ελλείμματος στην ακουστική επεξεργασία και από την άλλη, υπάρχουν και εκείνοι που υποστηρίζουν ότι το πρόβλημα σχετίζεται με την κατανόηση ή την

επεξεργασία της γλώσσας, παρά με μια συγκεκριμένη κεντρική διαταραχή ακουστικής επεξεργασίας (Tattershall,2002).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι παρά την κανονική ευαίσθητη ακοή, ένα θεμελιώδες έλλειμμα στην επεξεργασία των ακουστικών πληροφοριών κρύβεται πίσω από προβλήματα στην κατανόηση της ομιλίας (με παρουσία θορύβου του περιβάλλοντος), στην κατανόηση υποβαθμισμένης ομιλίας (σε φωνητικές οδηγίες ή σε καταστάσεις προσπάθειας διάκρισης ήχων) και στον εντοπισμό των ήχων της ομιλίας (Cacace & McFarland, 1998; Watson et al., 2003).

Οι Katz et al. (2002), υποστήριξαν ότι οι διαταραχές ακουστικής επεξεργασίας μπορεί να προκαλέσουν δυσλειτουργία στην ομιλία, στη γλώσσα, δυσλεξία ακόμα και Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ). Τα ακουστικά ελλείμματα δεν φαίνεται να σχετίζονται αιτιολογικά με διαταραχές του λόγου, αλλά εμφανίζονται σε συνδυασμό με αυτά.

Συμπεραίνοντας, λοιπόν, το αυτιστικό παιδί προτιμά και επιλέγει συγκεκριμένους ήχους ή θορύβους και συχνά παρατηρείται μια επιλεκτικά καλή ακοή σημαντικών ήχων, που για το λόγο αυτό, πολλοί γονείς θεωρούν ότι το παιδί τους έχει προβλήματα ακοής (Περιτογιάννης & Ζακοπούλου, 2010).

2.7.2. Διαταραχές στη σύνταξη και τη μορφολογία

Σε μια έρευνά τους, οι Bartolucci et al. (1980) υποστήριξαν ότι τα παιδιά με αυτισμό ήταν πιο πιθανό να παράγουν συγκεκριμένα μορφήματα, δηλαδή άρθρα (ο, η, το), βοηθητικά και συνδετικά ρήματα αόριστου και ενεστώτα χρόνου τρίτου προσώπου. Εν αντιθέσει, η Tager-Flusberg (1989) υποστήριξε ότι τα παιδιά με αυτισμό ήταν λιγότερο πιθανό να παράγουν παρελθοντικό χρόνο, από ότι τα παιδιά με σύνδρομο Down. Ακόμη, οι Bartolucci and Albers (1974) σε έρευνα που διεξήγαγαν, τόνισαν πως απέδωσαν καλά στην ενεστωτική μορφή, αλλά παρόλο αυτά, χαρακτηρίστηκαν από σημαντικά ελλείμματα στις προσπάθειες εκμείευσης του αορίστου χρόνου.

Μελέτες υπέδειξαν, ότι τα παιδιά με αυτισμό είναι όμοια με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, στα πλαίσια της κατάκτησης συντακτικών συστημάτων που διέπονται από κανόνες (Bartak et al., 1975; Pierce & Bartolucci, 1977). Συχνά, η κατάκτηση αυτή προχωρά κατά ένα πιο αργό ρυθμό και σχετίζεται με το αναπτυξιακό επίπεδο, παρά με την χρονολογική ηλικία, που ενδέχεται να μην συμβαδίζει με άλλες πτυχές της ανάπτυξης (Tager-Flusberg, 1981a).

Τέλος, μελέτες σε ενήλικες με αυτισμό, υποδεικνύουν ότι η ανάπτυξη των συντακτικών συστημάτων φτάνει σε ένα σταθερό επίπεδο, τουλάχιστον σε ορισμένους. Σημειώθηκε ακόμη, ότι είχαν μειωμένες επιδόσεις στις μετρήσεις της συντακτικής παραγωγής στον αυθόρμητο λόγο, από ότι οι ενήλικες με πνευματική αναπηρία (Paul & Cohen, 1984a).

2.7.3. Ηχολαλία

Μια από τις πιο προεξέχουσες πτυχές της αποκλίνουσας ομιλίας στον αυτισμό, είναι η ύπαρξη της ηχολαλίας. Στα χαρακτηριστικά του αυτισμού περιλαμβάνονται λοιπόν, η ηχολαλία, η καθυστερημένη ηχολαλία, οι νεολογισμοί και η μεταφορική χρήση των λέξεων (American Psychiatric Association, 1994). Η ηχολαλία είναι η επανάληψη λέξεων ή φράσεων με παρόμοιο τονισμό, που κάποιος άλλος έχει πει και εμφανίζεται συχνά στο φάσμα του αυτισμού. Προέρχεται από μια μεμονωμένη βλάβη στη περιοχή του λόγου στο εγκέφαλο, που μπορεί να συμβεί παρά τη παρουσία μιας διαταραχής στην παραγωγή και στην κατανόηση της γλώσσας. Η ποσότητα και η ποιότητα της ηχολαλίας διαφέρει μεταξύ των ατόμων (Mendez, 2002).

Η ηχολαλία ποιοτικά περιγράφεται, όσον αφορά τον χρόνο εμφάνισης και τα γλωσσικά στοιχεία. Ο όρος «άμεση ηχολαλία» αναφέρεται στις δηλώσεις που παράγονται δυο φορές και αναπαριστώνται από τα παιδιά με αυτισμό αυτούσια. Αυτή η αναπαράσταση ενδεχομένως να είναι ακριβής ή να έχει επιλεκτικά τροποποιηθεί (Fay, 1967b; Prizant & Duchan, 1981). Ο όρος «καθυστερημένη ηχολαλία» αναφέρεται στις δηλώσεις που: α) έχουν παραχθεί περισσότερο από δυο φορές ύστερα από την αρχική δήλωση, β) ή αλλιώς χαρακτηρίζονται από γλωσσική περιπλοκότητα, που το άτομο

μπορεί να παράγει αυτούσια ή που αναγνωρίζεται σαν μια ρουτίνα, που έχει γίνει συνήθεια από την οικογένεια. Αυτές οι καθυστερημένες παραγωγές συνομιλίας μπορεί να είναι ακριβείς ή να έχουν τροποποιηθεί (Prizant & Rydell, 1984).

Λόγω των βασικών κοινωνικών ελλειμμάτων στον αυτισμό και τα υψηλά ποσοστά ηχολαλίας είναι δύσκολο τα μικρά αυτιστικά παιδιά να παρέχουν ένα επαρκές δείγμα φυσικής ομιλίας στο πλαίσιο μιας συζήτησης (κοινωνικής αλληλεπίδρασης). Αξίζει να σημειωθεί όμως, ότι τα μη γλωσσικά φωνήματα που παρατηρούνται στα μικρά παιδιά με αυτισμό όπως είναι, το βουητό, το γέλιο, το κλάμα, το σφύριγμα, το γρύλισμα ή και το ρέψιμο, δεν αποτελούν στοιχεία ηχολαλίας.

Ειδικότερα, τα παιδιά με αυτισμό στα πρώιμα στάδια της γλωσσικής ανάπτυξης τους, παράγουν το μεγαλύτερο ποσοστό ηχολαλίας και στερεοτυπικού λόγου, από ότι στα επόμενα στάδια. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί ως προσπάθεια επικοινωνίας ή ως παιχνίδι με τη γλώσσα (Καμπούρογλου, 2003; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι, κάποτε αντιμετώπιζαν την ηχολαλία σαν μια μη επιθυμητή και μη λειτουργική συμπεριφορά (Lovaas, 1977). Παρόλο αυτά, άλλοι κλινικοί ξεκινώντας με την Fay (1969) και συνεχίζοντας με τον Prizant και τους συνεργάτες του, έχουν δώσει έμφαση στο ότι συχνά η ηχολαλία εξυπηρετεί συγκεκριμένες λειτουργίες για το παιδί.

Ειδικότερα, ευρήματα μελετών εκτιμούν, ότι η ηχολαλία μπορεί καλύτερα να αποδοθεί σαν μια επικοινωνιακή στρατηγική, που χρησιμοποιείται από τα παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), τα οποία δεν μπορούν συστηματικά να παράγουν αυθόρμητο λόγο (Rydell & Mirenda, 1994). Παρόλο που η ηχολαλία ενδεχομένως να διευκολύνει τις ικανότητες συζήτησης, δεν διευκολύνει απαραίτητα την γραμματική ανάπτυξη (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Αν και η ηχολαλία είναι ένα από τα πιο κλασικά συμπτώματα του αυτισμού (Kanner, 1946), δεν ηχολαλούν όλα τα παιδιά με αυτισμό, ούτε η ηχολαλία εμφανίζεται μόνο στο αυτισμό. Μέχρι και το 75% των

ατόμων με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) που μιλούν, παρουσιάζουν ηχολαλία σε κάποιο σημείο της ζωής τους (Prizant, 1983).

Συνοψίζοντας, παρόλο που η άμεση και καθυστερημένη ηχολαλία είναι προεξέχοντα χαρακτηριστικά του αυτιστικού λόγου, δεν είναι απόλυτα συνώνυμα, ούτε μοναδικά με αυτό το σύνδρομο. Παρότι, η ηχολαλία στον αυτισμό μοιάζει να είναι μη λειτουργική και αυτό-διεγερτική και οι δυο μορφές ηχολαλίας μπορούν να εξυπηρετήσουν επικοινωνιακούς σκοπούς για τον ομιλητή (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

2.7.4. Διαταραχές στη χρήση προσωπικών αντωνυμιών

Οι αντωνυμίες ανήκουν στα μέρη του λόγου, που χρησιμοποιούνται σε εκφράσεις και αποκτούν σημασία μόνο μέσα σε ένα κείμενο, σε συσχετισμό με τα συμφραζόμενα. Η σωστή χρήση και η σωστή κατανόηση των αντωνυμιών προϋποθέτει την ικανότητα κατανόησης του περιεχομένου, στο οποίο αναφέρονται (Κυπριωτάκης, 2003).

Η λανθασμένη χρήση των προσωπικών αντωνυμιών περιγράφηκε από τον Kanner (1943), σαν ένα βασικό παθολογικό γνώρισμα της γλώσσας των παιδιών με το σύνδρομο του πρώιμου παιδικού αυτισμού. Οι οπαδοί της ψυχαναλυτικής θεωρίας ερμηνεύουν τη λανθασμένη χρήση των αντωνυμιών στο α' πρόσωπο, σαν φαινόμενο ελλιπούς ανάπτυξης της αυτοσυνείδησης. Για μεγάλη χρονική περίοδο, κατά την πορεία της γλωσσικής εξέλιξης, τα αυτιστικά παιδιά χρησιμοποιούν το β' πρόσωπο, όταν μιλούν για τον εαυτό τους (Bettelheim, 1990; Καμπούρογλου, 2003).

Πιο ειδικά, οι δυσκολίες αυτές των αντωνυμιών θεωρούνται ως έκφραση γνωστικής διαταραχής, στην εναλλαγή του ρόλου ομιλητή-ακροατή. Ερμηνεύονται ως έλλειμμα μιας ανεπαρκούς γλωσσικής επεξεργασίας, καθώς τα παιδιά με αυτισμό στηρίζονται πιο πολύ στη μνήμη του ήχου, για να εξισορροπήσουν αυτό το έλλειμμα (Innerhofer & Klispepa, 1988).

Όπως και με την ηχολαλία, τα λάθη αντιστροφής της προσωπικής αντωνυμίας (εγώ/ εσύ), μπορεί να μην εμφανιστούν σε όλα τα παιδιά με αυτισμό, αλλά είναι πιο κοινά στα άτομα αυτά, παρά σε κάποιο άλλο πληθυσμό (Le Couteur et al., 1989; Lee, Hobson & Chiat, 1994; Bartak & Rutter, 1974; Fay, 1979; Kanner, 1944). Επιπλέον, παρά τα λάθη, κατακτούν τις αντωνυμίες, με την ίδια σειρά με τα παιδιά που έχουν γλωσσικές καθυστερήσεις ή καμία ανικανότητα (Baltaxe & D'Angiola, 1996).

Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι η Tager-Flusberg (1994), σε έρευνά της, υποστήριξε πως ανάμεσα σε ομάδες μικρών παιδιών με αυτισμό, όλα παρουσίασαν λάθη αντιστροφής αντωνυμιών, ενώ καθώς μεγάλωναν, τα πιο γλωσσικά αναπτυσσόμενα παιδιά σταμάτησαν να κάνουν αυτά τα λάθη.

Οι Lee et al. (1994) συμπέραναν σε έρευνα που διεξήγαγαν, ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας και οι ενήλικες με αυτισμό έκαναν σποραδικά λάθη αντιστροφής αντωνυμιών, στα τεστ που τους χορηγήθηκαν. Αυτό συνιστά, ότι ξέρουν πώς να χρησιμοποιήσουν τις αντωνυμίες, αλλά ενδεχομένως δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν τους δικούς τους ρόλους και των άλλων, κάτι το οποίο οδηγεί σε λάθη.

2.7.5. Διαταραχές στη χρήση των λέξεων

Η ανώμαλη χρήση των λέξεων και των φράσεων έχει περιγραφεί στον αυτισμό για πολλά χρόνια (Rutter, 1970). Μια σημαντική μειοψηφία εφήβων και ενηλίκων υψηλής λειτουργικότητας φάνηκε να χρησιμοποιεί τις λέξεις με ειδικά ή μεταφορικά νοήματα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτές οι λέξεις ή φράσεις ήταν τροποποιήσεις συνηθισμένων λέξεων ή φράσεων, που είχαν ελαφρώς περίεργο άκουσμα, αλλά κατανοητό (Rumsey, Rapoport & Sceery, 1985; Volden & Lord, 1991).

Η Wing (1981) τόνισε την χρήση δυσνόητων λέξεων στην γλώσσα των ατόμων με αυτισμό. Θεώρησε, ακόμη, το σχολαστικό λόγο σαν ένα κύριο κλινικό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής (Burgoine & Wing, 1983). Επιπρόσθετα, ο σχολαστικός λόγος και η υπερβολική ακρίβεια

παρατηρούνται και σε άτομα με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας ή σύνδρομο Asperger (Ghaziuddin, Tsai & Ghaziuddin, 1992).

Επίσης, τα άτομα με αυτισμό δυσκολεύονται να κατανοήσουν και να κατακτήσουν λέξεις που ανήκουν σε ειδικές κατηγορίες (π.χ. προσδιορισμούς ή ρήματα που «συσχετίζονται» π.χ. «μικρό- μεγάλο», «πλατύ- στενό», «πριν- μετά», «παίρνω- δίνω»), δηλαδή λέξεις που αντλούν το νόημά τους από το περιβάλλον, από τη σχέση τους με άλλες λέξεις στην πρόταση ή το εξωτερικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, οι έννοιες «μικρό- μεγάλο» δεν ορίζονται σύμφωνα με έναν απόλυτο ορισμό, αλλά έχουν σχετική σημασία, ανάλογα με το ποια αντικείμενα συγκρίνονται μεταξύ τους (ποτήρι, κουτάλι, μπουκάλι), (Καμπούρογλου, 2003).

Μερικά παιδιά παρουσιάζουν το φαινόμενο της υπερλεξίας, δηλαδή διαβάζουν με ευφράδεια κείμενα, τα οποία δεν κατανοούν. Σε άλλες περιπτώσεις, μαθαίνουν να διαβάζουν πριν να ακούσουν μια ιστορία ή να την διηγούνται ακολουθώντας τις ζωγραφιές από το βιβλίο (Καμπούρογλου, 2003).

Τα παιδιά και οι ενήλικες με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας μπορούν να έχουν καλές επιδόσεις σε σταθμισμένα τεστ λεξιλογίου, υποδεικνύοντας μια ασυνήθιστη πλούσια γνώση λέξεων (Jarrod, Boucher & Rusell, 1997; Fein & Watehouse, 1979; Kjelgaard & Tager-Flusberg, 2001).

Ταυτόχρονα, η Tager-Flusberg (1991) βρήκε ότι τα παιδιά με αυτισμό συχνά αποτυγχάνουν να χρησιμοποιήσουν την γνώση τους για τις λέξεις, για να διευκολύνουν την απόδοσή τους σε ασκήσεις ανάκτησης ή οργάνωσης.

2.7.6. Διαταραχές στη χρήση της γλώσσας (Πραγματολογία)

Με τον όρο Πραγματολογία ορίζεται η επιδέξια επικοινωνία μέσω της ικανότητας του ατόμου να μπορεί να λέει το σωστό πράγμα, με το σωστό τρόπο στον κατάλληλο χρόνο και τόπο, όπως αυτός ορίζεται από τις κοινωνικές συνθήκες (MacKay & Anderson, 2002). Η αναπτυξιακή πορεία της πραγματολογίας είναι η απαρχή και η ολοκλήρωση της

επικοινωνιακής ικανότητας του ατόμου. Σύμφωνα με τον Haliday (1975), η ανάπτυξη της πραγματολογίας ξεκινά από τον 9^ο μήνα της ζωής και ολοκληρώνεται περίπου κατά το 8^ο έτος της ηλικίας (Dewart & Summers, 1978).

Κατά τους Chandler, Christie, Newson & Prevezer (2002) η πραγματολογία του λόγου δεν είναι ένα στοιχείο που προστίθεται στην ομιλία, αλλά προηγείται αυτής, καθώς τα βρέφη επικοινωνούν με πολλούς μη λεκτικούς τρόπους με το περιβάλλον τους πολύ πριν αρχίσουν να μιλάνε. Τα παιδιά με αυτισμό όμως, δεν κατακτούν από μόνα τους αυτούς τους πραγματολογικούς, μη λεκτικούς μηχανισμούς επικοινωνίας.

Η αναπτυξιακή ακολουθία των πραγματολογικών ικανοτήτων στα αυτιστικά παιδιά, μπορεί να διαφέρει από την ακολουθία των τυπικών παιδιών (Wetherby, 1986). Ειδικότερα, τα παιδιά με αυτισμό έχουν δυσκολίες να αποκτήσουν πρώιμες προλεκτικές επικοινωνιακές προθέσεις, που μπορεί να είναι σημαντικές αργότερα για τη γλώσσα τους (Prizant & Wetherby, 1988; Wetherby, 1988; Halle, Brady & Drasgow, 2004). Λόγω των ελλειμμάτων στην πραγματολογία και στην κοινωνική αλληλεπίδραση, τα παιδιά με αυτισμό δεν μπορούν να χρησιμοποιούν το φάσμα του λεξιλογίου και τις γραμματικές έννοιες, που έχουν αποκτήσει στην καθημερινή συνομιλία τους.

Επιπρόσθετα, τα παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) παρουσιάζουν δυσκολίες στη χρήση των μορφών της γλώσσας. Χαρακτηριστική είναι η καθυστέρηση στη χρήση των γραμματικών και συντακτικών κανόνων (Κυπριωτάκης, 2003). Ειδικότερα, όσον αφορά τη δομή της σύνταξης της γλώσσας, παρατηρείται μια σοβαρή καθυστέρηση εξέλιξης ή/και επανάληψης μιας ομιλίας (Innerhofer & Klicpera, 1988).

Ακόμη και τα παιδιά που μιλούν, λόγω της αδυναμίας τους να κατανοήσουν τη γλώσσα ως επικοινωνιακό εργαλείο, τη χρησιμοποιούν με ένα πολύ περιορισμένο τρόπο, κυρίως για να ζητήσουν κάτι ή να επαναλαμβάνουν στερεοτυπικά κάποιο θέμα που τους ενδιαφέρει. Η γλώσσα δεν είναι παραγωγική και δημιουργική (Καμπούρογλου, 2003).

Στα πραγματολογικά ελλείμματα περιλαμβάνονται η υπερβολική κυριολεκτική κατανόηση της γλώσσας, η δυσκολία κατανόησης χειρονομιών και της γλώσσας του σώματος, οι ασυνήθιστες συναισθηματικές ερμηνείες και η δυσκολία κατανόησης του χιούμορ (Dewey & Everard, 1974; Happe & Frith, 1996; Ozonoff & Miller, 1996; Loveland et al., 1997; Martin & McDonald, 2003).

Όσον αφορά την εκφραστική πραγματολογία, συναντάμε περιορισμένη χρήση των εκφράσεων και των χειρονομιών του προσώπου, έλλειψη αμοιβαιότητας σε συζητήσεις (ιδίως όσον αφορά την έναρξη και διατήρηση του θέματος), περιορισμένες κοινωνικές μιμήσεις με άλλους, φτωχή προσωδία, έλλειψη συνοχής στο λόγο και δυσκολίες στη χρήση αναφορικών αντωνυμιών (Dewey & Everard, 1974; Baltaxe, 1977; Szatmari, Bartolucci & Bremner, 1989; Lord, Rutter & LeCouteur, 1994; Tager-Flusberg, 1994; Freeman & Dake, 1996; Happe & Frith, 1996; Lord & Paul, 1997; Landa, 2000; Adams, 2002; Martin & McDonald, 2003).

Τα παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) επιδεικνύουν εκφραστικές πραγματολογικές δυσκολίες, όπως κοινωνικά ακατάλληλα σχόλια από υπερβολική χρήση στερεότυπων εκφράσεων, αυξημένη χρήση ιδιότυπης γλώσσας και νεολογισμούς (Rutter, 1965; Dewey & Everard, 1974; Bartak, Rutter & Cox, 1975; Cantwell, Baker & Rutter, 1978; Volden & Lord, 1991; Lord et al., 1994).

❖ *Η Πραγματολογία στη γλώσσα και στη συζήτηση*

Μια διαφορά μεταξύ αυτιστικών ατόμων και άλλων πληθυσμών με γλωσσικά ελλείμματα είναι ότι, όσο πιο πολύ μιλάει ένα παιδί, τόσο είναι λιγότερο πιθανόν η γλώσσα του να έχει ασυνήθιστα χαρακτηριστικά. Σε αντίθεση, δυο μελέτες με αυτιστικά παιδιά και ενήλικες έδειξαν ότι οι ασυνήθιστες πτυχές της γλώσσας των υποκειμένων και η έλλειψη συνεκτικότητας αυξήθηκε με την ποσότητα του λόγου (Volden & Lord, 1991; Caplan, Guthrie, Shields & Yudovin, 1994).

Με βάση τη θεωρία του Piaget, όσον αφορά την εξέλιξη της γλώσσας και τα δεδομένα σχετικών ερευνών, διαπιστώνεται ότι η

γλώσσα των αυτιστικών παιδιών, σε σύγκριση με αυτήν των τυπικά αναπτυσσόμενων, είναι περισσότερο εγωκεντρική (Cunningham & Dixon, 1961; Cunningham, 1966, 1968).

Σε μια συνομιλία, τα άτομα με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) φαίνεται να έχουν δυσκολία στο να συμμετέχουν, να ξεκινούν και να ακολουθούν μια σειρά κατάλληλα (Prizant & Duchan, 1981; Prizant & Rydell, 1984; Curcio & Paccia, 1987; Baron-Cohen, 1988; Tager-Flusberg, 1996; Botting & Conti-Ramsden, 2003). Η διατήρηση και η ανάπτυξη θέματος παρουσιάζει ελλείμματα στα άτομα με αυτισμό (Baltaxe, 1977; McCaleb & Prizant, 1985; Bishop & Adams, 1989; Tager-Flusberg & Andersen, 1991; Eales, 1993; Volden, 2002).

Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζονται ελλείμματα στη διατήρηση, διόρθωση, περάτωση της συζήτησης, στην αίτηση για διευκρινίσεις, στο κρυφάκουσμα συνομιλίας, στην διαπραγμάτευση, στην έναρξη επικοινωνιακής κατάστασης, στην επιλογή θεμάτων για συζήτηση και στη μετάβαση από ένα θέμα στο άλλο (Innerhofer & Klicpera, 1988; Κυπριωτάκης, 2003).

Η συνομιλία τους μπορεί να συνοδεύεται από άσχετα, ακατάλληλα, στερεότυπα ή περίεργα σχόλια (McEvoy & Kelley, 1989; Tager-Flusberg & Anderson, 1991; Gilchrist et al., 2001; Adams, 2002; Loveland, Tunali, Volden, 2004). Τα παιδιά με πραγματολογικές δυσκολίες μπορούν να αποδώσουν πολύ καλύτερα, όταν τους δίνονται σαφείς οδηγίες σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο, όπως μια τυποποιημένη δοκιμασία, από ότι σε ένα νατουραλιστικό περιβάλλον (Bishop & Adams, 1989).

Μια από τις πιο σημαντικές δεξιότητες που σχετίζονται με την κοινωνική επικοινωνία, είναι η ικανότητα της εξαγωγής κατάλληλων συμπερασμάτων για τις επικοινωνιακές προθέσεις του άλλου (Sabbagh, 1999). Τα παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) που μιλούν, συχνά παρεξηγούν τις προθέσεις των άλλων και χρησιμοποιούν την κυριολεξία, με αποτέλεσμα να είναι κοινωνικά ακατάλληλα (Hough, 1990; Joannette, Goulet & Hannequinn, 1990).

Τα παιδιά και οι ενήλικες με αυτισμό διακρίνονται για τις χαμηλές επιδόσεις στην αναφορική επικοινωνία, την επικοινωνία που σχετίζεται με το πλαίσιο αναφοράς, δηλαδή τη μετάδοση και διαχείριση νέων πληροφοριών (Hobson, 1984; Baron-Cohen, 1989; Loveland, Tunali, McEvoy & Kelley, 1989). Έχουν επηρεαστεί σημαντικά περισσότερο κοινωνικές ή/και περίπλοκες πτυχές της αναφορικής επικοινωνίας, όπως αυτές που επηρεάζουν το διάλογο (Hemphill, Picardi & Tager-Flusberg, 1991; Tager-Flusberg & Anderson, 1991).

Τα άτομα με αυτισμό επικοινωνούν κυρίως με λειτουργίες ρύθμισης της συμπεριφοράς (δηλαδή ζητούν από τους άλλους να κάνουν κάτι ή διαμαρτύρονται για να σταματήσουν οι άλλοι να κάνουν κάτι), δείχνοντας ένα έλλειμμα στην συνδυαστική προσοχή (δηλαδή στην εστίαση της προσοχής σε ένα αντικείμενο ή γεγονός ή πρόσωπο), (Curcio, 1978; McHale Simeonsson, Marcus & Olley, 1980; Wetherby & Prutting, 1984; Loveland & Landry, 1986; Sigman, Mundy, Sherman & Ungerer, 1986; Wetherby, Yonclas & Bryan, 1989). Το έλλειμμα αυτό έχει βρεθεί ότι είναι μια συσχέτιση της ανάπτυξης της γλώσσας για τα παιδιά με αυτισμό. Επειδή η εκδήλωσή του εμφανίζεται πριν την ύπαρξη των πρώτων λέξεων στη τυπική ανάπτυξη, οι διαφορές για τη χρήση των επικοινωνιακών λειτουργιών μπορούν να αντιπροσωπεύουν μια θεμελιώδη ή βασική ανεπάρκεια του αυτισμού (Mundy, Sigman & Kasari, 1990).

Συνοψίζοντας, παρά την βιολογική εξήγηση, οι επικοινωνιακές διαταραχές στον αυτισμό πιθανώς να οφείλονται σε ελλείμματα στην ικανότητα επεξεργασίας πληροφοριών στις κοινωνικές καταστάσεις και στο πως οι άνθρωποι συμπεριφέρονται, όταν αλληλεπιδρούν ο ένας με τον άλλον (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

❖ *Σαρκασμός, Χιούμορ, Ειρωνεία και Μεταφορικός Λόγος*

Η κατανόηση της ειρωνείας και του σαρκασμού απαιτεί μερική ικανότητα για την αναγνώριση των σκέψεων και των συναισθημάτων άλλων ανθρώπων, από την στιγμή που η πρόθεση του ομιλητή είναι σε αντίθεση με την επιφανειακή έννοια του τι έχει ειπωθεί. Έτσι, η καλά τεκμηριωμένη ανεπάρκεια των ατόμων με αυτισμό στην κατανόηση των

πνευματικών νοητικών καταστάσεων, ίσως να συνεισφέρει ικανοποιητικά στις ελλείψεις των επικοινωνιακών δεξιοτήτων (Baron-Cohen, 1995).

Η κυριολεκτική ερμηνεία ενός θέματος αποκλείει το αυτιστικό άτομο από την κατανόηση του χιούμορ, της ειρωνείας και της μεταφοράς. Το αποτέλεσμα της κυριολεκτικής ερμηνείας των πραγμάτων επιβαρύνει τον φυσιολογικό συνομιλητή, προκαλώντας του αμηχανία ή/και δυσφορία, ενώ παράλληλα οι ανάγκες του αυτιστικού ατόμου εκφράζονται με τέτοιο τρόπο, που δεν είναι δυνατή η ερμηνεία τους από το περιβάλλον (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Επιπρόσθετα, δυσκολεύονται σε ασκήσεις αντίληψης του χιούμορ και του έμμεσου λόγου (Ozonoff & Miller, 1996). Σε έρευνές τους, οι St.James & Tager-Flusberg (1994) υποστήριξαν ότι τα παιδιά με αυτισμό, όταν αλληλεπιδρούσαν με τις μητέρες τους, δεν χρησιμοποιούσαν καθόλου χιούμορ.

Έχουν δυσκολία με την κατανόηση της γλώσσας επειδή αποδίδουν στις λέξεις μόνο την κυριολεκτική τους σημασία και έτσι αγχώνονται με τους ιδιωματισμούς, το χιούμορ και τον σαρκασμό (Καμπούρογλου, 2003).

Η Francesca Happé (1995) σε μια έρευνά της σε παιδιά με σύνδρομο Asperger βρήκε πως οι συμμετέχοντες της δεν παρουσίαζαν έλλειμμα ως προς την κατανόηση δυο ιστοριών που περιλάμβαναν ιδιωματισμούς. Μιλώντας για ιδιωματισμούς εννοούσε μια μορφή μεταφορικού λόγου, όπου οι λέξεις ή οι φράσεις σημαίνουν κάτι διαφορετικό απ' ότι το άθροισμα των νοημάτων των λέξεων. Επίσης, υποστήριξε πως οι ιδιωματισμοί μπορούν να κατακτηθούν χωρίς να είναι απαραίτητη η αναγνώριση των νοητικών καταστάσεων, εφόσον είναι αμετάβλητες φράσεις.

Εξαιτίας της εμπλοκής της πραγματολογίας στην κατανόηση των ιδιωματικών εκφράσεων, αρκετές έρευνες έχουν εστιαστεί στις δυσκολίες στην εξαγωγή συμπερασμάτων των ατόμων με σύνδρομο Asperger, όταν εκτίθενται σε νέες πληροφορίες που προκύπτουν από το πλαίσιο της

επικοινωνίας (Tager-Flusberg & Anderson, 1991; Capps, Kehres & Sigman, 1998).

2.7.7. Διαταραχές στη μίμηση

Τα παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) εμφανίζουν σημαντικά ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία, συμπεριλαμβανομένων της καθυστερημένης γλωσσικής ανάπτυξης και των μιμητικών δεξιοτήτων (American Psychiatric Association, 2000).

Η μίμηση διαδραματίζει ένα θεμελιώδη ρόλο στην ανάπτυξη των περίπλοκων κοινωνικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων (DeMyer et. al., 1972; Meltzoff & Moore, 1977; Uzgiris, 1981; Rogers & Pennington, 1991; Stone, Ousley & Littleford, 1997). Οι μιμητικές δεξιότητες είναι στενά συνδεδεμένες με το μέγεθος του λεξιλογίου σε μικρά παιδιά με αυτισμό (Stone et al., 1997).

Ομοίως, οι Toth, Munson, Meltzoff & Dawson (2006) ανέφεραν πως οι άμεσες μιμητικές δεξιότητες ήταν συνδεδεμένες με την τρέχουσα γλωσσική ικανότητα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) και η καθυστερημένη μίμηση συνδεόταν με τη γλωσσική κατάκτηση.

2.7.8. Διαταραχές στις υπερτεμαχιακές πτυχές της γλώσσας

Η προσωδία διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στο σύνολο των επικοινωνιακών λειτουργιών (συναισθηματικές, πραγματολογικές, συντακτικές), εξυπηρετώντας τη βελτίωση ή την αλλαγή του νοήματος αυτού που έχει ειπωθεί (Cruttenden, 1997).

Ο όρος «προσωδία» χρησιμοποιείται για να περιγράψει τα υπερτεμαχιακά χαρακτηριστικά του λόγου, αντλώντας από τις παραλλαγές στην διάρκεια, στο εύρος και στην θεμελιώδη συχνότητα των ήχων του λόγου, που παρέχουν την ακουστική πραγματοποίηση των επικοινωνιακών λειτουργιών (Roach, 2000).

Η διαταραχή που παρατηρείται στη γλώσσα των αυτιστικών ατόμων οφείλεται στην έλλειψη συντονισμού και συσχέτισης της έντασης, της ταχύτητας, της πορείας, του τονισμού και της χρονικής δομής της ομιλίας. Όλα αυτά τα επιμέρους στοιχεία αλλάζουν ανεξάρτητα και κατά τυχαίο τρόπο, χωρίς να έχουν μεταξύ τους μια εσωτερική δομή (έλλειψη συνεκτικότητας), (Κυπριωτάκης, 2003).

Στην άρθρωση και στη προφορά των φθόγγων, των λέξεων και στο σχηματισμό προτάσεων των αυτιστικών παιδιών παρουσιάζεται μια παράξενη μελωδία, ακανόνιστη ένταση της φωνής και ασυνήθιστες αλλαγές στις εκφράσεις (Κυπριωτάκης, 2003).

Πιο συγκεκριμένα, η μελωδία της ομιλίας των αυτιστικών παιδιών χαρακτηρίζεται σαν «τραγουδιστή», «ξύλινη», σαν «ομιλία παπαγάλου» καθώς και μονότονη. Η ένταση της φωνής δεν συμφωνεί με τον τονισμό της λέξης, καθώς άλλοτε είναι πολύ δυνατή και άλλοτε πολύ ασθενής, με αποτέλεσμα στο μέλλον να επηρεάσει την ικανότητα των ατόμων να επικοινωνήσουν με επιτυχία με άλλους ανθρώπους. Ακόμη, παρατηρείται συχνά διαταραχή στο ρυθμό της ομιλίας (Fay & Schuler, 1980; Benda, 1983).

Επιπροσθέτως, άλλες διαταραχές στη φωνή όπως είναι η βραχνάδα, η τραχύτητα και η υπερρινικότητα έχουν αναγνωρισθεί στα άτομα με αυτισμό (Pronovost et al., 1966). Σύμφωνα με τους Volkmar et al. (2005), σε κλινικές παρατηρήσεις, εντοπίστηκε η υπορινικότητα σε ορισμένα παιδιά καθώς και ο πτωχός έλεγχος της έντασης, με ανεξήγητες αυξομειώσεις.

Ο λόγος των παιδιών με αυτισμό ενδεχομένως να ακούγεται περισσότερο ασταθής και να υπολείπεται των προσωδιακών χαρακτηριστικών του φυσιολογικού λόγου. Κατά καιρούς, τα προσωδιακά μοτίβα ίσως να φαίνονται ότι έρχονται σε αντίθεση με το νόημα. Τα άτομα με αυτισμό επίσης, δυσκολεύονται στο να χρησιμοποιήσουν πληροφορίες από την προσωδία για να καταλάβουν τι λένε οι άλλοι (Baltaxe, 1984).

Τα παραγλωσσικά χαρακτηριστικά όπως είναι η ποιότητα, ο τονισμός της φωνής και οι διακυμάνσεις τόνου (stress) είναι ορισμένα ακόμη γλωσσικά χαρακτηριστικά του λόγου, που συναντώνται συχνά στα άτομα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), (Rutter et al., 1992). Τα ασυνήθιστα μοτίβα τονισμού που συνδέονται με τον αυτισμό, φαίνεται να είναι ένα από τα πιο άμεσα αναγνωρίσιμα κλινικά σημάδια της διαταραχής (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Τέλος, έρευνα πάνω στο σύνδρομο Asperger υπέδειξε, ότι ανωμαλίες στον επιτονισμό και στην προσωδία είναι ακόμη πιο εμφανείς σε παιδιά και ενήλικες με αυτό το σύνδρομο. Τα άτομα, λοιπόν, με σύνδρομο Asperger δεν έχουν μόνο ελλείμματα στην εκφραστική προσωδία, αλλά έχουν επίσης, δυσκολία στην κατανόηση προσωδιακών πληροφοριών που εκφράζονται από άλλους. Οι λόγοι πίσω από αυτά τα ελλείμματα παραμένουν αδιευκρίνιστοι (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

2.7.9. Διαταραχές στην άρθρωση και τη φωνολογία

Η άρθρωση αναφέρεται στις κινήσεις, οι οποίες περιλαμβάνονται στη παραγωγή ομιλίας. Αυτό αντανακλά την θεωρητική πλευρά της φωνολογίας. Ο όρος άρθρωση χρησιμοποιείται ακόμα, αλλά η φωνολογία συμπεριλαμβάνει την άρθρωση. Η φωνολογία περιλαμβάνει ευρύτερες πλευρές της παραγωγής και της αντίληψης της ομιλίας, παράλληλα με τις γνωστικές- γλωσσολογικές πλευρές του συστήματος ομιλητικών ήχων.

Οι δυσκολίες στην άρθρωση δεν αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα του αυτιστικού συνδρόμου. Κατά την προσχολική ηλικία, όμως, παρατηρούνται δυσκολίες στην έκφραση των γλωσσικών ήχων. Μεταξύ των παιδιών που μιλούν, η άρθρωση είναι φυσιολογική ή ακόμη και πρόωρα ανεπτυγμένη (Pierce & Bartolucci, 1977; Kjelgaard & Tager-Flusberg, 2001).

Παρόλο αυτά, ο Bartak και οι συνεργάτες του (Bartak, Rutter & Cox, 1975) υπέδειξαν πως η ανάπτυξη της άρθρωσης είναι κάπως πιο αργή από ότι φυσιολογικά. Σύμφωνα με μια έρευνά τους, αυτές οι καθυστερήσεις ήταν πιο παροδικές σε μια ομάδα αγοριών με αυτισμό

υψηλής λειτουργικότητας, από ότι σε μη αυτιστικά αγόρια του ίδιου επιπέδου γλώσσας, με σοβαρές αντιληπτικές και εκφραστικές καθυστερήσεις στη μέση παιδική ηλικία. Αυτό ενδέχεται να είναι το αποτέλεσμα μιας ύστερης έναρξης των γλωσσικών οροσήμων.

Οι δυσκολίες στην άρθρωση αποθαρρύνουν τα άτομα με αυτισμό από την χρήση του λόγου, ή μπορεί ακόμα να οδηγήσουν και σε ακατάληπτο λόγο, με αποτέλεσμα ο επικοινωνιακός στόχος να μην επιτυγχάνεται (Smith, 2006).

Πιθανές εξηγήσεις για την έλλειψη ερευνών στον τομέα των αρθρωτικών λαθών μπορεί να είναι ότι συνήθως αυτά τα άτομα παράγουν ελάχιστο λόγο, καθώς επίσης, και δυσκολίες στη συλλογή δεδομένων, εξαιτίας των κοινωνικά ακατάλληλων συμπεριφορών, που παρατηρούνται πολλές φορές στον αυτισμό, όπως η χρήση ιδιοσυγκρασιακού λόγου (Jargon) και οι στερεοτυπικές, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή φράσεις.

Ακόμα, οι Shriberg et al. (2001) ανέφεραν σε έρευνά τους, ότι το 1/3 των ομιλητών με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό και με σύνδρομο Asperger, διατηρούσαν υπολειμματικά λάθη παραμόρφωσης του λόγου, σε ήχους όπως είναι το /r/, /l/ και /s/ στην ενήλικη ζωή, ενώ το ποσοστό αυτών των λαθών στο φυσιολογικό πληθυσμό είναι 1%.

Τα φωνολογικά προβλήματα αφορούν στην δυσκολία αντίληψης και εφαρμογής των κανόνων που διέπουν τη χρήση των επιλεγμένων ήχων της γλώσσας.

Σύμφωνα με την έρευνα των Wolk & Edwards (1993) καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά με ήπιο αυτισμό παρουσιάζουν ένα, καθυστερημένο ίσως -πάντα φυσιολογικό- μοντέλο φωνολογικής ανάπτυξης, σε αντίθεση με τα παιδιά με σοβαρό αυτισμό, στο λόγο των οποίων παρατηρούνται αρκετές άτυπες δομές και μη συνήθεις φωνολογικές διεργασίες. Επιπρόσθετα, στα παιδιά με σοβαρή αυτιστική διαταραχή, παρατηρήθηκε το φαινόμενο της «χρονολογικής ασυμβατότητας» (chronological mismatch), δηλαδή η απουσία

αναπτυξιακά πρώιμων φθόγγων, με παράλληλη χρήση αναπτυξιακά όψιμων και πιο «δύσκολων».

Οι Bartolucci, Pierce, Streiner & Tolkin-Eppel (1976) έδειξαν ότι η φωνημική κατανομή της συχνότητας και η κατανομή των φωνολογικών τύπων λαθών σε μια μικρή ομάδα παιδιών με αυτισμό, ήταν παρόμοιες με αυτές των πνευματικά καθυστερημένων και τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών, που αρμόζουν στη μη λεκτική πνευματική ηλικία. Όσο λιγότερη είναι η χρήση των φωνημάτων στη γλώσσα, τόσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των λαθών. Η φωνολογική αντίληψη μεταξύ των ομάδων ήταν επίσης, παρόμοια. Αυτά τα ευρήματα εκτιμούν ότι η αναπτυξιακή τροχιά για την φωνολογική ανάπτυξη στον αυτισμό, ακολουθεί το ίδιο μονοπάτι όπως και σε άλλες ομάδες παιδιών, παρόλο που ένα υψηλότερο ποσοστό των λαθών παραμόρφωσης εντοπίζεται σε ενήλικες ομιλητές.

2.7.10. Διαταραχές στη ανάγνωση και τον γραπτό λόγο

Πολλά παιδιά με αυτισμό δείχνουν ένα πρώιμο ενδιαφέρον στα γράμματα και στους αριθμούς και μερικά μαθαίνουν να διαβάζουν λέξεις χωρίς καμία οδηγία (Loveland & Tunali-Kotoski, 1997; Nation, 1999).

Τα παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) τυπικά δείχνουν ικανότητες αλφαριθμητισμού που είναι στο ίδιο πλαίσιο με το συνολικό αναπτυξιακό τους επίπεδο και μπορούν να κατανοήσουν απλές αναγνωστικές διόδους σε ένα ποσοστό (Ventner, Lord & Schopler, 1992; Loveland & Tunali-Kotoski, 1997; Myles et al., 2002).

Επιπλέον, τα παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) μπορεί να παρουσιάζουν και ένα συνοδό πρόβλημα στην ανάπτυξη της γλώσσας, στο επίπεδο της μορφής, καθώς και δυσκολία στο γραπτό λόγο (δυσλεξία), (Καμπούρογλου, 2003).

2.7.11. Διαταραχές στην αφήγηση ιστοριών

Όσον αφορά την διήγηση ιστοριών, παρατηρείται στα παιδιά με αυτισμό, όσων φυσικά είναι σε θέση να διηγούνται, να τονίζουν περισσότερο τα επουσιώδη σημεία και τις λεπτομέρειες, ως κύρια γεγονότα της ιστορίας και να εμμένουν σε αυτά. Αυτό, συγκεκριμένα, οφείλεται στην αδυναμία τους να έχουν μια γενική εικόνα του όλου (έλλειψη συνεκτικότητας) και στο περιορισμένο λεξιλόγιό τους, που εστιάζει στο ίδιο θέμα (Κυπριωτάκης, 2003).

Οι αφηγήσεις ιστοριών αποτελούν ειδικό πεδίο για την μελέτη των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (ΔΑΔ), επειδή είναι ένα παράδειγμα διαλόγου, για το οποίο υπάρχουν αρκετά καλά καθορισμένες πολιτισμικές προσδοκίες (π.χ. οι ιστορίες αναμένεται να έχουν συγκεκριμένη αρχή, μέση και τέλος). Τα παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), όμως, αναμένεται να έχουν μια ατελή συνειδητοποίηση αυτών των πολιτισμικών προσδοκιών, καθώς επίσης και διαταραγμένη διαπροσωπική ευαισθητοποίηση (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Μελέτες για την ικανότητα των αυτιστικών ατόμων να παράγουν αφηγηματικό διάλογο, παρείχαν επίσης, πληροφορίες για τους τρόπους με τους οποίους τα άτομα αυτά οργανώνουν και μεταφέρουν τις σκέψεις τους στους άλλους. Σε γενικές γραμμές, αυτές οι μελέτες έχουν βρει ότι, ανάλογα με την γλωσσική τους ικανότητα, τα παιδιά και οι ενήλικες είναι ικανοί να αφηγούνται ιστορίες και να ακολουθούν κοινές κοινωνικές εκδηλώσεις, όπως είναι ένα πάρτι γενεθλίων (Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005).

Στην βιβλιογραφία, έχει καταγραφεί το γεγονός ότι τα ομιλητικά παιδιά με αυτισμό μπορούν να διηγηθούν ιστορίες πολλών ειδών. Σε έρευνά τους, οι Tager-Flusberg & Quill (1987) και Bruner & Feldman (1993) υποστήριξαν ότι, τα άτομα με αυτισμό αφηγήθηκαν ιστορίες λιγότερο περίπλοκες, μικρότερες και περιλάμβαναν περισσότερα γραμματικά λάθη, σε σχέση με τα άτομα χωρίς κάποια αναπηρία, ίδιου αναπτυξιακού επιπέδου.

Άλλες μελέτες έχουν εξετάσει το περιεχόμενο των ιστοριών, δεδομένου του γεγονότος ότι οι αφηγήσεις των παιδιών με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) είναι πραγματολογικά ελλειπείς και περιλαμβάνουν νεολογισμούς και ιδιοσυγκρασιακές εκφράσεις, που δεν συναντώνται συχνά στις αφηγήσεις άλλων παιδιών (Loveland, McEvoy, Tunalı & Kelley, 1990).

Τελειώνοντας, έχει αναφερθεί πως τα παιδιά με αυτισμό είναι λιγότερο δημιουργικά και πως παρέχουν λιγότερο φανταστικά στοιχεία κατά την αφήγηση, από ότι τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Από την άλλη όμως, τα παιδιά με σύνδρομο Asperger, υποστηρίζεται πως είναι περισσότερο ικανά να παράγουν φανταστικούς χαρακτήρες (Craig & Baron-Cohen, 2000).

2.8. ΣΥΝΟΨΗ

Ο αυτισμός είναι, ίσως, η πιο καλά μελετημένη αναπτυξιακή διαταραχή. Μια αναπτυξιακή διαταραχή που αποτελεί πρόκληση για την επιστημονική κοινότητα, επειδή προσβάλλει καίρια σημεία της ανθρώπινης ύπαρξης- δηλαδή, την ικανότητα του ατόμου να συνάψει κοινωνικές σχέσεις και να επικοινωνήσει. Οι επιστήμονες, στην προσπάθεια τους να μελετήσουν, να κατανοήσουν και να εξηγήσουν αυτή τη διαταραχή, ανέπτυξαν πολλές θεωρίες, που συνέβαλαν στην κατανόηση του τρόπου λειτουργίας των ατόμων με αυτισμό και των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν, αλλά και στην αύξηση του ενδιαφέροντος για τη μελέτη της ανθρώπινης επικοινωνίας και της λειτουργίας της στο πλαίσιο της καθημερινότητας.

Στη πραγματικότητα, το φάσμα του αυτισμού παρέχει ένα χρήσιμο μοντέλο για την κατανόηση της διαφοράς μεταξύ επικοινωνίας και γλώσσας, καθώς τα άτομα με αυτισμό, ενδεχομένως να κατακτούν γλωσσικές δεξιότητες, αλλά να είναι ανίκανα να χρησιμοποιήσουν την γλώσσα για το σκοπό της επικοινωνίας.

Τα επικοινωνιακά ελλείμματα και οι συνυπάρχουσες συνθήκες ψυχικής υγείας είναι μια σημαντική ανησυχία των εκπαιδευτικών. Οι

όροι επικοινωνία, γλώσσα και ομιλία περιγράφουν διαφορετικές, αλλά συναφείς πλευρές της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Αν και η επικοινωνιακή δυσλειτουργία είναι ένα από τα κεντρικά χαρακτηριστικά των Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), το προφίλ των συμπτωμάτων ποικίλλει ευρέως από άτομο σε άτομο. Υπάρχουν παιδιά με αυτισμό όπου οι λεξιλογικές και συντακτικές ικανότητες είναι εντός φυσιολογικών ορίων και άλλα παιδιά παραμένουν μη λεκτικά.

Η καθυστερημένη ανάπτυξη της γλώσσας είναι ένα πρώιμο και επίμονο σημάδι του αυτισμού. Περίπου το 25% των παιδιών με αυτισμό δεν αναπτύσσουν λειτουργική ομιλία. Συγκεκριμένα, τα παιδιά με αυτισμό στα πρώτα στάδια της γλωσσικής ανάπτυξης, χρησιμοποιούν περισσότερο κινήσεις και λιγότερα φωνήματα για να εκφράσουν αυτό που θέλουν.

Ειδικότερα, οι κύριες δυσκολίες ενός αυτιστικού παιδιού εκδηλώνονται στη κοινωνική χρήση, το πραγματολογικό μέρος της γλώσσας, δηλαδή, η αυθόρμητη ομιλία ή η ομιλία με σκοπό την επικοινωνία εμφανίζεται πολύ λίγο ή απουσιάζει παντελώς. Τα ελλείμματα στη πραγματολογική γλώσσα είναι εμφανή στους άλλους και συνήθως φέρνουν τα παιδιά με αυτισμό σε δύσκολη θέση. Με το να κατανοηθούν οι κύριοι τομείς της πραγματολογικής γλώσσας, οι κλινικοί, οι γονείς και οι θεραπευτές των αυτιστικών παιδιών μπορούν να επικεντρωθούν σε στόχους που αντικατοπτρίζουν τις δεξιότητες, που είναι απαραίτητες για την επιτυχή αλληλεπίδραση με τον κόσμο. Τα παιδιά με αυτισμό, επίσης, έχουν πραγματολογικά ελλείμματα τόσο στον τρόπο με τον οποίο επικοινωνούν (δηλαδή ως επικοινωνιακό μέσο), όσο και στο πως εκφράζουν τις προθέσεις τους (δηλαδή τις επικοινωνιακές προθέσεις) και συνήθως χρησιμοποιούν ασυνήθιστα μέσα επικοινωνίας σε όλα τα επίπεδα της γλωσσικής ανάπτυξης.

Ένα ακόμη κύριο έλλειμμα που παρατηρείται στα αυτιστικά παιδιά είναι η λανθασμένη χρήση των προσωπικών αντωνυμιών. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά με χαμηλή γλωσσική εξέλιξη χρησιμοποιούν λανθασμένα τις προσωπικές αντωνυμίες στο α' και β' πρόσωπο, καθώς λοιπόν και το όνομά τους όταν μιλούν για τον εαυτό τους.

Επιπρόσθετα, μελετώντας τις αφηγήσεις των παιδιών με αυτισμό, μπορεί να είναι ένα ισχυρό εργαλείο εξερεύνησης των πτυχών του διαλόγου και της πραγματολογίας. Η μελέτη των διηγήσεων ιστοριών στα παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), ίσως τελικά να παρέχει ένα παράθυρο στην αναπτυσσόμενη κοινωνική και πολιτισμική γνώση του παιδιού.

Έρευνες έχουν δείξει ότι, τα άτομα με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) που μιλούν, παρουσιάζουν ηχολαλία, η οποία εξυπηρετεί σημαντικές επικοινωνιακές και γνωστικές λειτουργίες.

Ένα από τα πιο σημαντικά εμπόδια ενός ατόμου με αυτισμό για την κοινωνική ένταξή του ή για την μελλοντική επαγγελματική του αποδοχή, αποτελεί η παρουσία των διαταραγμένων πτυχών της προσωδίας, δηλαδή της έντασης, του τόνου, της συχνότητας, του εύρους ή και της διάρκειας. Κυρίως επηρεάζονται οι πραγματολογικές και συναισθηματικές πτυχές της προσωδίας και λιγότερο οι γραμματικές.

Ακόμη, ένα χαρακτηριστικό των παιδιών με αυτισμό είναι η περιορισμένη δυνατότητα να αναπτύξουν συμβολικό παιχνίδι (για παράδειγμα, παίζουν με δραστηριότητες ή/και αντικείμενα, αλλά δυσκολεύονται να κατανοήσουν την λειτουργία ενός παιχνιδιού).

Η ανώμαλη προσοχή και ανταπόκριση στη γλώσσα των αυτιστικών ατόμων ενδέχεται να αποτελεί την ρίζα των επικοινωνιακών ελλειμμάτων που επικρατούν σε αυτόν τον πληθυσμό. Η κεντρικότητα των χαρακτηριστικών της επικοινωνίας και της γλώσσας στο φάσμα των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (ΔΑΔ), υπογραμμίζει το σημαντικό ρόλο που πρέπει να διαδραματίσει ο Λογοπαθολόγος στην κατανόηση, αξιολόγηση και την θεραπεία παιδιών με αυτισμό.

Ανακεφαλαιώνοντας, τα ελλείμματα που παρατηρούνται στα αυτιστικά άτομα, μας βοηθούν να χαρακτηρίσουμε την φύση των γλωσσικών και επικοινωνιακών δυσκολιών των ατόμων αυτών και να προσδιορίσουμε την ανάγκη για στόχους αντιμετώπισης και πρόγραμμα παρέμβασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Θεραπευτική Αντιμετώπιση

3. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σε πολλές χώρες, μετά τη διάγνωση του αυτισμού παρέχεται πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης, με πρακτική βοήθεια και υποστήριξη προς την οικογένεια. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας εντάσσονται σε εξειδικευμένα πλαίσια, θεραπευτικούς παιδικούς σταθμούς και ημερήσια προγράμματα, ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες (Howlin et al., 2004).

Στην Ελλάδα, υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης δεν υπάρχουν. Τα περισσότερα παιδιά στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα, με συνδυασμούς θεραπευτικών προσεγγίσεων, οι οποίοι, σε πολλές περιπτώσεις, δεν είναι ειδικοί για την αντιμετώπιση του αυτισμού και των συναφών διαταραχών. Πρακτική βοήθεια και υποστήριξη προς την οικογένεια δεν υπάρχει. Σε πολλές περιπτώσεις δεν προσφέρεται καμία παρέμβαση, ενώ τα περισσότερα παιδιά προσχολικής ηλικίας δεν παρακολουθούν εξειδικευμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα (Parageorgiou, 2005).

Σήμερα στις περισσότερες χώρες, τα παιδιά με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού φοιτούν σε σχολεία γενικά ή ειδικά και παρακολουθούν εξειδικευμένα θεραπευτικά προγράμματα, στην περιοχή όπου διαμένουν. Συνήθως, περνούν όλη την μέρα ή μέρος αυτής, με φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιά, της ίδιας περίπου ηλικίας (Burack et al., 1997). Ακόμη, στην Ελλάδα, δεν υπάρχει καμία πρόβλεψη για την μετάβαση στην ενηλικίωση, ούτε πλαίσιο ειδικά σχεδιασμένο για ενήλικες με αυτισμό (Parageorgiou, 2005).

Καθ' όλη τη διάρκεια της ιστορίας του αυτισμού, έχουν διατυπωθεί απόψεις για θαυματουργές θεραπείες, οι οποίες επαυξάνουν τις ελπίδες των γονιών, αλλά μαραίνονται κάτω από αυστηρή διερεύνηση του προβλήματος και ξεχνιούνται γρήγορα. Είναι τέτοια η ταχύτητα με την οποία αυτές οι θεραπείες έρχονται και παύουν, ώστε δεν θα ήταν χρήσιμο στο προκειμένο να κάνουμε λόγο για ειδικές, σύγχρονες θεραπείες (Happe, 2003).

Πριν και μετά τη χρήση μιας θεραπείας πρέπει να αξιολογηθεί το επίπεδο λειτουργίας του παιδιού. Οι διαδικασίες και οι εκπαιδευτικές στρατηγικές που θα επιλεγθούν, θα εξαρτηθούν από το πλαίσιο, στο οποίο βρίσκεται το παιδί. Η μέτρηση που λαμβάνει χώρα πριν ξεκινήσει η θεραπεία καθιερώνει τη γραμμή εκκίνησης. Μετά από κάποια περίοδο θεραπείας, το παιδί πρέπει να επαναξιολογηθεί, αν είναι δυνατόν με το ίδιο εργαλείο, για να εκτιμηθεί η πρόοδός του (Happe, 2003).

Προς το παρόν, δυστυχώς, δεν υπάρχει καμιά θεραπεία του αυτισμού, παρόλο που πολλές πρακτικές αντιμετώπισης και θεραπείας είναι διαθέσιμες. Χρησιμοποιούνται μερικές φορές βιολογικές θεραπείες, παρόλο που δεν έχει βρεθεί ως σήμερα κανένα φάρμακο που να είναι αποτελεσματικό στη βοήθεια του συνόλου των ατόμων με αυτισμό και στην καλύτερη περίπτωση, οι θεραπείες με φάρμακα μειώνουν το άγχος και συμβάλλουν στη βελτίωση της συμπεριφοράς.

3.1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ;

Η *Παρέμβαση* είναι μια σχεδιασμένη ενέργεια/πράξη που σκοπό της έχει να τροποποιήσει ή να προλάβει ένα ανεπιθύμητο αποτέλεσμα. Οι σκοποί των παρεμβάσεων περιλαμβάνουν την κατάκτηση νέων δεξιοτήτων και γνώσεων, αλλά επίσης περιλαμβάνουν και την υποστήριξη του παιδιού να χρησιμοποιήσει και να διατηρήσει τις δεξιότητες και τη γνώση που έχει κατακτήσει (Schwartz, 2009).

Υπάρχουν 3 είδη παρέμβασης:

- *Trainer-Oriented Intervention* (παρέμβαση προσανατολισμένη στον θεραπευτή): περιλαμβάνει μεθόδους όπως οι αυθόρμητες διαδικασίες (Gray & Ryan, 1973) και οι προσεγγίσεις κοινωνικής μάθησης (Leonard, 1975).
- *Child-Oriented Intervention* (παρέμβαση προσανατολισμένη στο παιδί): περιλαμβάνει το παιχνίδι που ο θεραπευτής μιλάει για τον εαυτό του και τις δραστηριότητές του και ύστερα περιγράφει τις δραστηριότητες του παιδιού, χωρίς να απαιτεί απάντηση από αυτό (Van Riper, 1947). Ο ειδικός, επίσης, επεκτείνει το λόγο του παιδιού, προσθέτοντας επιπλέον γραμματικές και σημασιολογικές πληροφορίες. Χρησιμοποιείται ακόμη η ανασύνταξη μιας

πρότασης, μια μέθοδος που αναπαράγει και ανασυντάσσει τα λόγια που έχει πει το παιδί (Schwartz, 2009).

- Hybrid Approach (μεικτή προσέγγιση): περιλαμβάνει σχεδιασμένες δραστηριότητες που τροποποιούν το περιβάλλον για να δώσουν κίνητρο στη χρήση συγκεκριμένων γλωσσικών μορφών (Lucas, 1980), συγκεντρωμένης διέγερσης (Fey, 1986) και τυχαίας διδασκαλίας μέσω του περιβάλλοντος (Hart & Risley, 1980; Finestack, Fey & Catts, 2006; Hancock & Kaiser, 2006).

Ακόμη, με τον όρο παρέμβαση εννοούμε την ενεργό συμμετοχή του ειδικού και αρμόδιου σε θέματα θεραπείας του αυτισμού, καθώς και την χρήση των μέσων και των μεθόδων που διαθέτει, για να επιδράσει θετικά στο αυτιστικό άτομο. Η έρευνα για τον αυτισμό σε συνδυασμό με τη σχετική εμπειρία της αγωγής των παιδιών με αυτιστικό σύνδρομο έδειξε ότι η παρέμβαση είναι αποτελεσματική αν:

- Κατά την προσφορά της υποστηρικτικής παρέμβασης λαμβάνεται σφαιρικά υπόψη η προσωπικότητα του παιδιού με όλες τις επιμέρους ανεπάρκειες.
- Στόχος προσανατολισμού και σημείο αναφοράς είναι η κανονική εξέλιξη.
- Δεν επιβαρύνονται οι γονείς και τα παιδιά με απαιτήσεις.
- Συνεργάζονται στενά γονείς και παιδαγωγοί-θεραπευτές.
- Υπάρχει έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση και πρόωμη υποστηρικτική παρέμβαση.
- Εμπλέκονται οι γονείς στις διαδικασίες θεραπείας ύστερα από σχετική μύηση.

(Cordes & Dzikowski, 1991)

Για τον σχεδιασμό μιας αποτελεσματικής παρέμβασης σύμφωνα με το Μοντέλο του Klaus Wedell (1995) αναφέρονται οι εξής παράγοντες:

1. Παράγοντες που βασίζονται στις ασκήσεις/δραστηριότητες (βασισμένες σε: γλώσσα, νόηση, πραγματολογία).
2. Παράγοντες σχετικοί με το πλαίσιο της ανάπτυξης.
3. Παράγοντες που έχουν ως «κέντρο» το παιδί ή βασίζονται στο παιδί.

(Schwartz, 2009).

Είναι δύσκολο να ταυτοποιηθεί ποιά παρέμβαση λειτουργεί αποτελεσματικά για ορισμένα προβλήματα και κάτω από ποιες συνθήκες. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στις γλωσσικές ικανότητες του παιδιού είναι σχεδιασμένες για να βελτιώσουν την ικανότητα του παιδιού να χρησιμοποιήσει τη γλώσσα σαν εργαλείο για την επικοινωνία και τη μάθηση (Schwartz, 2009).

3.2. ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

1. Να είστε σαφείς, να υπερβάλλετε στις εκφράσεις του προσώπου σας και να χρησιμοποιείτε έντονες χειρονομίες, εάν αυτές τονίζουν το συναισθηματικό μήνυμα.
2. Χρησιμοποιείτε κάρτες οργάνωσης, κωδικοποίηση των χρωμάτων, αντικείμενα, λίστες ή ημερολόγια, για να βοηθήσετε το παιδί να καταλάβει. Δομήστε με τέτοιο τρόπο το περιβάλλον, προκειμένου να βεβαιωθείτε ότι οι ρουτίνες, οι αλλαγές, οι επιλογές και οι άλλες δραστηριότητες είναι ξεκάθαρες και εύκολα ακολουθούνται από άλλους.
3. Διατηρήστε την εμπλοκή του παιδιού εισάγοντας αντικείμενα και γεγονότα που έχουν νόημα για αυτό. Όταν το παιδί δεν ενδιαφέρεται για μια δραστηριότητα αυξήστε τα σημαντικά ενδιαφέροντα, μέχρι να εστιαστεί σε αυτή. Χρησιμοποιείτε την περίοπτη λίστα, για να σας βοηθήσει να επιλέξετε πολύ ή λιγότερο σημαντικές δραστηριότητες.
4. Ενθαρρύνετε την κοινωνική επικοινωνία όλων των παιδιών στο φάσμα του αυτισμού. Να είστε δημιουργικοί στην προσέγγιση, μη χάνετε τις ευκαιρίες και να επικεντρώσετε σε αυτό τη διδασκαλία σας.
5. Το περιεχόμενο της διδασκαλίας μπορεί να ποικίλλει από παιδί σε παιδί ή από ομάδα σε ομάδα παιδιών, που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού, για αυτό πρέπει να κριθούν οι ανάγκες του καθενός. Κατόπιν, πρέπει να τα διδάξουμε: πώς να παίζουν στη παιδική χαρά ή πώς να συνεργαστούν σε μια κοινή δραστηριότητα ή πώς να βιώνουν τις σκέψεις των άλλων ή πώς να συζητούν ένα θέμα

που έχει σημασία ή πώς να πληροφορούν κάποιον ότι έχει συμβεί κάτι σημαντικό. Τα αποτελέσματα αυτής της ανάλυσης πρέπει να ενσωματώνονται στο πεδίο, που το παιδί έχει τη μεγαλύτερη ανάγκη, όπως η προσαρμοστικότητα, το κοινωνικό παιχνίδι και η εμπλοκή με τους άλλους.

6. Να είστε σταθεροί αλλά όχι άκαμπτοι στις απαντήσεις και στη συμπεριφορά σας απέναντι στο παιδί. Να προσαρμόζεστε, όπου είναι απαραίτητο, και μετά μπορείτε να επανέλθετε στη σταθερότητα.
7. Δουλέψτε μαζί με τους άλλους ανθρώπους, που είναι σημαντικοί στη ζωή του παιδιού. Συνεργαστείτε μαζί τους και υποστηρίξτε τους γονείς και τους επαγγελματίες. Κάθε άτομο έχει μια συνεισφορά στη κατανόηση του παιδιού και θα παίξει ένα ρόλο στο να διαμορφώσει το μέλλον του.
8. Δείξτε στο παιδί πώς να χρησιμοποιεί τη φαντασία και πώς να αναπτύσσει τη δημιουργικότητά του στη δουλειά και στο παιχνίδι. Επιτρέψτε του να παρακολουθεί τη δημιουργική δουλειά των άλλων παιδιών και πώς παίζουν.
9. Όσο απλή ή σύνθετη και αν είναι η σκέψη του παιδιού οδηγήστε τη στην κοινωνική γνώση.
10. Μοιραστείτε χρόνο, ενέργεια, προσοχή και συναισθήματα με το παιδί. Δημιουργήστε ένα πνευματικό και συναισθηματικό δέσιμο. Το παιδί πρέπει να εμπλακεί μαζί σας ως ένα σκεπτόμενο, συναισθηματικό άτομο. Για να το πετύχετε αυτό πρέπει να τραβήξετε το ενδιαφέρον του, να είστε ενθουσιώδης και να γίνετε σημαντικός. Διασκεδάστε!

(Βογινδρούκας & Sherratt, 2008)

3.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Η αντιμετώπιση των δυσκολιών των γλωσσικών ικανοτήτων που διακρίνουν πολλά παιδιά με αυτισμό, θα πρέπει να γίνεται μόνο αν κριθεί ότι επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την επικοινωνιακή ικανότητα του ατόμου. Για την αντιμετώπιση των παραπάνω δυσκολιών, θα πρέπει να ζητηθεί η βοήθεια ειδικευμένου λογοπεδικού, ο οποίος θα κρίνει το

επίπεδο επίδρασης στην επικοινωνιακή ικανότητα και θα προσαρμόσει τις θεραπευτικές τεχνικές στις ιδιαιτερότητες της αυτιστικής διαταραχής (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, είναι σημαντικό να καταστεί ξεκάθαρο ότι, όταν τίθεται το θέμα της Λογοθεραπευτικής παρέμβασης στον αυτισμό, αυτή οφείλει να επικεντρώνεται σε θεμελιώδεις προβληματισμούς και σε βασικές αρχές της αντιμετώπισης των διαταραχών επικοινωνίας, έτσι ώστε να αναδεικνύεται ότι η πολυπλοκότητα των δυσκολιών της αυτιστικής διαταραχής απαιτεί διαρκή αναζήτηση και συντονισμένες δράσεις από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

3.4. ΠΛΑΝΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Πριν από την επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου ο θεραπευτής πρέπει να είναι σε θέση να συνδυάζει, να τροποποιεί και να προσδιορίζει εκείνη τη θεραπευτική μέθοδο (ατομική θεραπευτική μέθοδος) που θα βοηθήσει το αυτιστικό παιδί να προσανατολιστεί καλύτερα στο δικό του και δικό μας περιβάλλον, να νιώθει ευτυχισμένο, να κατανοεί και να κατανοείται καλύτερα. Είναι βασικής σημασίας να επιδιώκεται η αυτονομία του παιδιού (Κυπριωτάκης, 2003).

Η επιλογή της μεθόδου θεραπείας καθορίζεται με βάση τη συγκεκριμένη κλινική εικόνα του αυτιστικού παιδιού, δηλαδή την σοβαρότητα της κατάστασης με τις επιμέρους κατά περιοχές ανεπάρκειες και το επίπεδο τυχόν ικανοτήτων αντίστοιχα. Η επιτυχία της θεραπείας εξαρτάται κατά πολύ από τη σωστή επιλογή της μεθόδου, την ορθή εφαρμογή της, την εμπειρία του θεραπευτή και την έγκαιρη και «κρίσιμη» χρονική περίοδο έναρξης (Κυπριωτάκης, 2003).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί για την επιτυχία της παρέμβασης απαιτείται οπωσδήποτε μια ουσιαστική και πλήρης διάγνωση. Με αυτή θα διαπιστωθεί το μέγεθος και οι περιοχές της ανεπάρκειας, αλλά και τα υπολείμματα των ικανοτήτων, οι «νησίδες» των ικανοτήτων που

υπάρχουν και οι οποίες θα χρησιμεύσουν ως αφετηρίες για την ανάπτυξη άλλων ή και των ίδιων ικανοτήτων (Κυπριωτάκης, 2003).

Ειδικότερα, είναι πολύ σημαντικός ο ρόλος του Λογοθεραπευτή για την επιλογή και επιτυχία της παρέμβασης όσον αφορά τον τρόπο που θα χρησιμοποιήσει απευθυνόμενος σε ένα παιδί με αυτισμό. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία υπάρχουν δυο τρόποι προσέγγισης: ο καθοδηγητικός και ο υποβοηθητικός τρόπος. Κατά τον καθοδηγητικό τρόπο, ο θεραπευτής, την περισσότερη ώρα, ελέγχει το επίκεντρο και την κατεύθυνση της λεκτικής αλληλεπίδρασης, τις περισσότερες φορές έχει τον πρώτο λόγο στη συζήτηση και οργανώνει την προδιάθεση για συμμετοχή του παιδιού στο συνεχιζόμενο θέμα. Αντιθέτως, ο υποβοηθητικός τρόπος του θεραπευτή είναι ένας τρόπος αλληλεπίδρασης με τον οποίο το παιδί ελέγχει το επίκεντρο και την κατεύθυνση της λεκτικής ανταλλαγής τις περισσότερες φορές (Rydell & Mirenda, 1991). Επιτρέπεται στο παιδί να έχει την πρωτοβουλία της συζήτησης την περισσότερη ώρα και να ενθαρρύνεται να συνεισφέρει στη συζήτηση με ποικίλους τρόπους (Quill, 2000).

Επιπλέον, η σωστή μελωδία της ομιλίας του θεραπευτή, που βασίζεται στην επιθυμία του να γίνεται κατανοητός και να αποσπά πληροφορίες από το παιδί, σκιαγραφεί την κοινωνική φύση των επικοινωνιακών αλληλεπιδράσεων (Quill, 2000). Η επικοινωνία είναι το κλειδί για την κατανόηση και την μάθηση. Οι μαθητές με αυτισμό χρειάζονται μια ήρεμη και σταθερή φωνή και οδηγίες που χρησιμοποιούν λιγότερα λόγια. Για παράδειγμα, τα αρνητικά και μη απαραίτητα επίθετα θα πρέπει να αποφεύγονται και το χιούμορ πρέπει να είναι συνετό (Happe, 2003).

Ακόμη, πρέπει να προσδιοριστούν η ένταση και η διάρκεια της θεραπείας: για την επιτυχή εφαρμογή απαιτούνται 40 ώρες διδασκαλίας την εβδομάδα, ενώ 10 ή 20 ώρες δεν επαρκούν (Anderson, Avery, Dipietro, Edwards & Christian, 1987). Οι περισσότερες από τις 40 ώρες για τους έξι πρώτους μήνες πρέπει να αφιερώνονται στην αποκατάσταση της γλώσσας και του λόγου. Όταν το παιδί δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει λεκτικά πρέπει να προωθείται η χρήση εναλλακτικών μορφών επικοινωνίας. Αργότερα, ο χρόνος πρέπει να μοιραστεί ανάμεσα

στην ενσωμάτωση με τους συνομηλίκους και την κάλυψη των γνωστικών και επικοινωνιακών ανεπαρκειών (Καλύβα, 2005).

Επιπρόσθετα, καταδεικνύεται η αναγκαιότητα εξέτασης του λόγου των παιδιών σε διάφορα επικοινωνιακά πλαίσια, σε αυθόρμητο λόγο και όχι μόνο σε δομημένες ή σταθμισμένες δοκιμασίες, ώστε να αποκτάται μια πιο πλήρης και αντικειμενική εικόνα των ικανοτήτων και των δυσκολιών τους. Πολλές φορές, οι γονείς, οι επαγγελματίες και οι εκπαιδευτικοί καλούνται να αποφασίσουν ποια τεχνική θα είναι πιο αποτελεσματική ως επικοινωνιακό μέσο για τα παιδιά τους που αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγου (Anderson, 2002).

Επιπλέον, αφού τα παιδιά ποικίλλουν ανάλογα με τις ατομικές τους ανάγκες, είναι απίθανο να υπάρχει μια παρέμβαση που θα ικανοποιήσει τις ανάγκες όλων των παιδιών μιας συγκεκριμένης ομάδας. Για κάποια παιδιά οι παρεμβάσεις στοχεύουν στο να εξαλείψουν συγκεκριμένα προβλήματα, αλλά για πολλά άλλα ο πρακτικός στόχος είναι η μείωση του αντίκτυπου των δυσκολιών στο παιδί

3.4.1. ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΤΑΜΟΙΒΗΣ-ΕΝΙΣΧΥΤΕΣ-ΤΙΜΩΡΙΑ

Τα συστήματα ανταμοιβής μπορεί να είναι αποτελεσματικά, για να βοηθήσουν τα παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού, προκειμένου να καταλάβουν ότι πέτυχαν κάτι. Ο κοινωνικός έπαινος που χρησιμοποιείται στα συνηθισμένα παιδιά μπορεί μερικές φορές να προκαλέσει αποστροφή και αδιαφορία. Οι επαινετικοί βαθμοί, τα αυτοκόλλητα ή το να βάλουμε ένα τικ στη δουλειά των παιδιών μπορεί να αποδειχτούν πετυχημένοι τρόποι ανταμοιβής σε ορισμένα παιδιά (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Άλλα παιδιά, όμως, μπορεί να χρειάζονται διαφορετική ανταμοιβή, όπως διαθέσιμος χρόνος για παιχνίδι στον υπολογιστή ή το δικαίωμα να διαλέξουν κάποια ζωάκια από μια συλλογή και να τα βάλουν στη σειρά πάνω στο καλοριφέρ. Η έννοια της ανταμοιβής πρέπει να συνδέεται με την έννοια του κινήτρου για την ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων, για αυτό και θα πρέπει να προσφέρει ευχαρίστηση και κινητοποίηση (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Υπάρχει ποικιλία παρεμβάσεων βασισμένων σε ενισχυτές, που είναι γνωστές ως διαφορετικές διαδικασίες ενίσχυσης. Όπως υποδηλώνει το όνομά τους, αυτές οι διαδικασίες έχουν σχεδιαστεί για να παρέχουν ενίσχυση σε μερικές καταστάσεις, αλλά όχι σε κάποιες άλλες. Οι κύριες κατηγορίες των διαφορετικών διαδικασιών ενίσχυσης, που συχνά χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν τις εξής κατηγορίες:

- Διαφορική Ενίσχυση της άλλης συμπεριφοράς (Differential Reinforcement of Other Behavior – DROB).
- Διαφορική Ενίσχυση μη συμβατής συμπεριφοράς (Differential Reinforcement of Alternative Behavior-DRAB).
- Διαφορική Ενίσχυση χαμηλού επιπέδου ανταπόκρισης (Differential Reinforcement of Low Rates of Responding-DRL).

Η χρήση της τιμωρίας αποτελεί ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα ζητήματα στη βιβλιογραφία. Μερικοί υποστηρίζουν ότι η τιμωρία δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιείται, ενώ άλλοι εκτιμούν ότι η τιμωρία μπορεί να υποδεικνύεται στην θεραπεία μικρού μήκους σοβαρών συμπεριφορικών διαταραχών, όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με κατάλληλη εκπαίδευση και διαδικασίες ενίσχυσης.

Ο αυτισμός, ως εξελικτική διαταραχή βαριάς μορφής απαιτεί προσεκτική αντιμετώπιση, καθώς η καθυστέρηση ή η λανθασμένη θεραπεία προκαλεί σοβαρούς κινδύνους και παρενέργειες με σοβαρές επιπτώσεις στην παραπέρα εξέλιξη. Η επισήμανση αυτή και η σωστή επιλογή μέσων και τεχνικών συντελεί στην αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων και εκπλήξεων. Κάθε βήμα προς την κατεύθυνση της αποκατάστασης γίνεται με αργό ρυθμό και με προσοχή, σύμφωνα με τις αντιληπτικές ικανότητες και τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού, για να αποφευχθούν τυχόν σοβαρά λάθη.

3.4.2. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

▪ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ ΤΑΞΗΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Το παιδί με αυτισμό πρέπει να ενσωματωθεί στο κοινωνικό σύνολο. Όταν ένα παιδί είναι σε θέση να ενταχθεί σε μια ομαδική κατάσταση, η σύνθεση της ομάδας πρέπει να είναι όσο το δυνατό πιο «φυσιολογική» ως προς τη συμπεριφορά των μελών της. Τα παιδιά με αυτισμό λειτουργούν πολύ καλύτερα όταν τοποθετούνται σε έναν

περιβάλλον με παιδιά που αναπτύσσονται φυσιολογικά παρά με άλλα παιδιά με αυτισμό (Strain, 1983). Όταν υπάρχουν στο χώρο και άλλα παιδιά με αυτισμό, οποιαδήποτε κοινωνική συμπεριφορά και αν έχουν κατακτήσει εξαφανίζεται συνήθως μέσα σε λίγα λεπτά, ίσως επειδή δεν υπάρχει καμία ανταπόκριση ή αμοιβαιότητα (Lovaas & Smith, 1988).

Ωστόσο η απλή παρουσία και η συνεύρεση με παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη δεν επαρκούν. Για παράδειγμα, ένας παράγοντας που συνδέεται με αυξανόμενα περιστατικά ηχολαλίας είναι τα περιβάλλοντα γεμάτα προκλήσεις, που προκαλούν σύγχυση και αποδιοργάνωση και έτσι ανταγωνίζονται τις επικοινωνιακές ενέργειες που χρησιμοποιεί το παιδί (Doss & Reichle, 1991).

Ένας μαθητής με αυτισμό χρειάζεται ένα απλό, λιτό και ήρεμο περιβάλλον. Εάν οι υπόλοιποι μαθητές μάθουν να μοιράζονται το χώρο, αυτό θα ήταν επιθυμητό και θα μπορούσε να αποδειχθεί ωφέλιμο για ολόκληρη την τάξη, εάν αντιλαμβάνονταν ότι μια συγκεκριμένη περιοχή στην αίθουσα είναι ιδιαίτερη και ειδικά σχεδιασμένη για το άτομο με αυτισμό (Pring, 2005).

Για τα παιδιά, που η προσοχή τους διασπάται εύκολα, η φυσική οργάνωση του δωματίου μπορεί να χρησιμοποιηθεί, για να εκπαιδευτούν στη διαχείριση του ελεύθερου χώρου. Ένα παιδί, που εύκολα ενοχλείται από τα άλλα παιδιά ή που συχνά ενοχλεί εκείνο τα άλλα παιδιά, μπορεί να είναι προτιμότερο να δουλεύει ατομικά βλέποντας απέναντί του την ντουλάπα ή τον τοίχο και όχι τα άλλα παιδιά (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Ακόμη, η παροχή ενός προγράμματος καθημερινών γεγονότων στα παιδιά θα επιφέρει μεγαλύτερο κέρδος στη προσπάθειά μας να δημιουργήσουμε μια τάξη που να λειτουργεί ομαλά. Όταν το πρόγραμμα πληροφορεί με σαφήνεια τα παιδιά για το τι πρόκειται να συμβεί, ωφελείται πολύ ο τομέας της κατανόησης και της συνεργασίας (Quill, 2000).

Το κυρίως καθημερινό πρόγραμμα βοηθά το παιδί να καθοδηγείται μέσω των σπουδαιότερων τμημάτων της ημέρας του. Θα ήταν πολύ φορτικό να περιλαμβάνουμε κάθε ξεχωριστή δραστηριότητα στο κυρίως πρόγραμμα. Τα μίνι προγράμματα είναι πρακτικά και άνετα συστήματα

στη συμπλήρωση του καθημερινού προγράμματος. Ενδεχομένως τα μίνι προγράμματα να απευθύνονται σε πιο εξατομικευμένες ανάγκες, καθοδηγώντας τις επιλογές ή τις ακολουθίες των δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου ή περιόδου δραστηριότητας (Quill, 2000).

Είναι πολύ χρήσιμο να αναθεωρούμε κάθε πρωί τις δραστηριότητες της ημέρας, να χρησιμοποιούμε το πρόγραμμα σε ώρες αλλαγής και να παραπέμπουμε πάλι το παιδί στο πρόγραμμα όταν αυτό επιλέγει μια ενέργεια ή συμπεριφορά που είναι ακατάλληλη τη δεδομένη στιγμή (Quill, 2000).

Κάνετε τα παιδιά να συμμετέχουν όσον τον δυνατόν περισσότερο στην προετοιμασία του προγράμματος, με το ξεκίνημα της ημέρας. Βάλτε τα να το συναρμολογήσουν, να το αντιγράψουν ή να δημιουργήσουν κατά κάποιο τρόπο τη δική τους προσωπική έκδοση. Αυτή θα είναι η στιγμή που θα μπορείτε να τους μιλήσετε για το τι θα συμβεί. Συμπεριλάβετε την αναθεώρηση των κανονισμών ή άλλων σχετικών πληροφοριών που το παιδί έχει ανάγκη να θυμάται. Όσο πιο πολλά οπτικά βοηθήματα χρησιμοποιούνται κατά την αναθεώρηση, τόσο το καλύτερο (Quill, 2000).

▪ ΟΠΤΙΚΑ ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ

Όταν τα οπτικά βοηθήματα χρησιμοποιούνται για να δίνουν στα παιδιά πληροφορίες και κατευθύνσεις, τότε αυξάνεται σημαντικά η αντίληψη των παιδιών. Για πολλά αυτιστικά παιδιά με μεγάλα προβλήματα επικοινωνίας, η χρήση οπτικώς βοηθούμενης επικοινωνίας είναι περισσότερο αποτελεσματική και αποδοτική από ότι η απλή συζήτηση (Quill, 2000). Η χρησιμοποίηση οπτικώς βοηθούμενων συστημάτων και στρατηγικών σαν μέρος του επικοινωνιακού συστήματος των αυτιστικών παιδιών, απέδειξε ότι ελαττώνει σε μεγάλο βαθμό πολλά προβλήματα συμπεριφοράς και αυξάνει αποτελεσματικά λειτουργικές αλληλεπιδράσεις επικοινωνίας σε πολλά παιδιά (Hodgdon, 1993). Δεν έχει καμία σημασία αν το παιδί είναι λεκτικό ή μη λεκτικό. Ο βασικός σκοπός των στρατηγικών αυτών είναι να βοηθήσουν το παιδί

στο να επικοινωνεί, να λαμβάνει πληροφορίες και να τις οργανώνει (Quill, 2000).

Τα χρώματα, επίσης, είναι καλό να χρησιμοποιούνται για να αυξάνουν την κατανόηση γεγονότων και για να παροτρύνουν συγκεκριμένες ανταποκρίσεις, ενώ αντικείμενα, εικόνες ή/και γραφικά σύμβολα μπορούν να χρησιμοποιούνται για να σταθεροποιούν αφηρημένα κοινωνικά γεγονότα, ώστε να γίνονται σημαντικότερα (Quill, 2000).

Πρέπει να σημειωθεί ότι σήματα με το χέρι και φυσικές χειρονομίες, αν και τεχνικά δε θεωρούνται πραγματικές αναπαραστάσεις, μπορούν να χρησιμοποιούνται για να σταθεροποιούν το ακουστικό μέσο εισόδου και να βοηθούν στην επεξεργασία της λεκτικής πληροφορίας. Για να μεταδώσουμε πληροφορίες στα παιδιά μπορούμε να δημιουργήσουμε προγράμματα, ημερολόγια, χάρτες, επιγραφές, καταλόγους και μια ατέλειωτη λίστα οπτικών βοηθημάτων (Quill, 2000).

Τα οπτικά βοηθήματα βοηθούν τα παιδιά να εστιάζουν την προσοχή τους, να χειρίζονται και να αποδέχονται αλλαγές, να επικοινωνούν με επιλογές, να ακολουθούν διαδικασίες και να αναπτύσσουν πολλές άλλες ικανότητες που οδηγούν στην ελάττωση των προβλημάτων συμπεριφοράς. Όταν αναπτύσσονται αποτελεσματικά, τότε τα οπτικά βοηθήματα βρίσκουν εφαρμογή σε περιβάλλοντα σχολείου, οικογένειας και κοινότητας. Η χρήση οπτικών βοηθημάτων θα αποτελέσει μέρος του επικοινωνιακού συστήματος (Quill, 2000).

▪ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ

Τα παιδιά με αυτισμό χρειάζονται σαφή διδασκαλία από εκπαιδευμένους υποστηρικτές για να αλληλεπιδράσουν με τους συνομηλίκους τους (Strain, 1983). Η σταθερή, ήρεμη και ενθαρρυντική προσέγγιση της διδασκαλίας είναι εποικοδομητική για όλα τα παιδιά καθώς και για τα αυτιστικά. Οι προικισμένοι δάσκαλοι αποτελούν ένα σπάνιο είδος, αλλά σε περίπτωση που ένας τέτοιος δάσκαλος αναλάβει ένα αυτιστικό παιδί, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι καταπληκτικά. Το παιδί είναι σε θέση να διδαχθεί πολλά πράγματα που βρίσκονται μέσα στα όρια των δυνατοτήτων του: γλωσσικές, κοινωνικές, καλλιτεχνικές και σχολικές δεξιότητες, γενικές γνώσεις, οικιακές ασχολίες και

προσωπική υγιεινή. Ακόμη, δεξιότητες ένταξης στο εργασιακό πλαίσιο, αν αυτό είναι δυνατόν (Frith, 1999).

Ένα κοινό πρόβλημα στη διδασκαλία των αυτιστικών παιδιών είναι ότι, κάθε δάσκαλος ή επιμελητής, ενδεχομένως να χρησιμοποιεί διαφορετικές μεθόδους ή ακολουθίες για την ολοκλήρωση του ίδιου έργου. Ακόμη και όταν συμφωνούν σε συγκεκριμένες διαδικασίες, μπορεί να υπάρχει μια τάση να τις εξατομικεύουν. Μερικοί εκπαιδευτές συνεχώς, διαφοροποιούν τις μεθόδους ή τις εργασίες για τη διδασκαλία ικανοτήτων, χωρίς να αξιολογούν τις επιπτώσεις αυτών των αλλαγών (Quill, 2000).

Επιπλέον, τα παιδιά που χαρακτηρίζονται από αυτισμό και άλλες ανικανότητες συχνά αντιμετωπίζουν μεγάλες αισθητηριακές δυσκολίες επεξεργασίας κατά τις οποίες συγκεκριμένα ακουστικά, οπτικά και αισθητικά ερεθίσματα ενδέχεται να προκαλέσουν αποδιοργάνωση, διέγερση ή πιθανώς στεναχώρια στο παιδί. Πρέπει να ληφθούν υπόψη περιβαλλοντικοί περιορισμοί επειδή μετριάζουν ή τροποποιούν το ανταγωνιστικό ερέθισμα. Αυτό πιθανώς να βοηθά στην ελάττωση ηχητικών συμπεριφορών που σχετίζονται καμιά φορά με αυξάνουσα αισθητηριακή υπερδιέγερση (Quill, 2000).

Είναι γνωστό ότι τα παιδιά με αυτισμό δεν μαθαίνουν μέσα σε ένα περιβάλλον «πλούσιο» σε ερεθίσματα, για αυτό το φυσικό περιβάλλον της μάθησης πρέπει να είναι πολύ δομημένο, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες του παιδιού, ώστε να επωφελούνται από αυτό. Θα πρέπει να σκεφτόμαστε ότι διδάσκουμε μια δεξιότητα (π.χ. τον χαιρετισμό), αφού την απομονώσουμε από άλλα ερεθίσματα. Το περιβάλλον πρέπει να κανονιστεί ή να τροποποιηθεί για να υποστηρίζει τις ικανότητες του ατόμου για την κοινωνική επικοινωνία και την συναισθηματική ρύθμιση (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Για παράδειγμα, μπορεί το σπίτι να είναι ο κατάλληλος χώρος που προσφέρει ευκαιρίες για την προώθηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων με ένα φυσικό τρόπο, όμως μπορεί αυτός ο χώρος να προκαλεί σύγχυση στο παιδί λόγω υπερβολικών ερεθισμάτων, ή οι γονείς να αισθάνονται αδύναμοι να αναλάβουν το βασικό ρόλο της αποκατάστασης με την

καθοδήγηση του Λογοπεδικού. Σε αυτήν την περίπτωση, ένα πιο ήσυχο περιβάλλον, όπως το γραφείο του Λογοπεδικού, μπορεί να είναι καταλληλότερο, με την προϋπόθεση ότι υπάρχει δυνατότητα να γίνονται οι απαραίτητες προσαρμογές, ώστε να προσομοιάζει με ένα φυσικό χώρο (π.χ. αξιοποίηση ενός μικρού χώρου για κουζίνα ή για μπάνιο). Οι δεξιότητες που θα δουλευτούν σε αυτό το χώρο μπορεί να μεταφερθούν, στη συνέχεια, στο φυσικό χώρο του σπιτιού, ο οποίος θα προσαρμοστεί καλύτερα για να αξιοποιηθεί εκπαιδευτικά (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Όμως, το γλωσσικό πρόγραμμα πρέπει να βοηθά στη διευκρίνιση των επικοινωνιακών ικανοτήτων του παιδιού. Όταν μια στρατηγική γλώσσας (όπως πλαίσια φωτογραφιών) λειτουργεί σε ένα περιβάλλον, πρέπει να δοκιμάζεται και στο άλλο. Εάν στο σχολείο χρησιμοποιούνται πίνακες επικοινωνίας, πρέπει να προσφέρεται εκπαίδευση στους γονείς ώστε να ενισχύσουν αυτό το ίδιο σύστημα στο σπίτι. Εάν χάρτες και ημερολόγια τοίχου βοηθούν το παιδί να οργανώσει τις πληροφορίες στο σπίτι, πρέπει να χρησιμοποιηθούν και στην τάξη. Να θυμάστε ότι τα παιδιά επιθυμούν να μεταβιβάσουν τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους περισσότερο από ότι χρειάζονται να φτιάξουν ένα ρεπερτόριο προτάσεων. Ο εκπαιδευτικός στόχος πρέπει να είναι «πιο επικοινωνιακός», όχι όμως «πιο λεκτικός» (Quill, 2000).

Αφού δάσκαλοι και γονείς θέσουν αντικειμενικούς στόχους, πρέπει να διαθέτουν ομοιογενή πρότυπα επικοινωνίας και συμπεριφοράς, ούτως ώστε το παιδί να αντιμετωπίζει τις ίδιες προσδοκίες στο σπίτι και στο σχολείο. Το παιδί δεν θα σημειώσει πρόοδο αν προβληματικές συμπεριφορές αγνοούνται στο ένα περιβάλλον και ανταμείβονται στο άλλο. Οι γονείς δεν μπορούν να αποβάλλουν μια συμπεριφορά αγνοώντας την στο σπίτι, όταν αυτή η ίδια συμπεριφορά ελκύει την προσοχή στο σχολείο. Οι κανόνες στο σχολείο και στο σπίτι πρέπει να είναι οι ίδιοι (Quill, 2000).

Η συνεργασία των ειδικών, των εκπαιδευτικών και των οικογενειών των παιδιών με αυτισμό είναι ίσως το πιο σημαντικό σημείο της θεραπευτικής παρέμβασης. Η από κοινού κατανόηση των δυσκολιών και των δυνατοτήτων του παιδιού, καθώς επίσης και η σταθερότητα στην

αντιμετώπιση των δύσκολων καταστάσεων βοηθά στη βελτίωση της αναπτυξιακής πορείας του παιδιού. Η μεταφορά πληροφοριών από τον ένα χώρο στον άλλο με απλά σημειώματα προσφέρει σημαντικό υλικό για δουλειά και προωθεί τη γνώση και την κατανόηση για κάθε παιδί (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Επομένως, λοιπόν, η θεραπεία των αυτιστικών παιδιών, με βάση τα σημερινά δεδομένα, μπορεί να γίνεται σε ψυχιατρικές και παιδιατρικές κλινικές με παράλληλη ιατρική και φαρμακευτική αγωγή και για περισσότερο χρόνο, σε ειδικά ιδρύματα-σχολεία με οικοτροφείο ή χωρίς, σε κανονικό σχολείο και στο σπίτι της οικογένειας του παιδιού. Στην περίπτωση του αυτισμού ισχύει δηλαδή ότι ισχύει στις περισσότερες περιπτώσεις των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Βασική προϋπόθεση αποτελεί η στελέχωση με εξειδικευμένο προσωπικό (Frith, 1999).

3.5. ΕΠΙΠΕΔΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ

A.ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (ΓΕΝΝΗΣΗ-3^ο ΕΤΟΣ)

Πρόκειται για την πιο σοβαρή και την πιο δύσκολη φάση της θεραπείας. Στήριξη της οικογένειας με στόχο τη συνειδητοποίηση του προβλήματος, την αποδοχή, τη μάθηση και την προετοιμασία των γονιών και άλλων μελών της οικογένειας στην παρουσία ενός αυτιστικού παιδιού. Από τα παραπάνω εξαρτάται η επιτυχία των επόμενων φάσεων θεραπείας. Παράλληλα με την αγωγή των αισθητήριων οργάνων με στόχο την αισθητηριακή ολοκλήρωση, επιδιώκεται η μετάδοση βασικών γνώσεων, κανόνων συμπεριφοράς και επικοινωνίας με πρόσωπα και πράγματα (Quill, 2000).

B.ΝΗΠΙΑΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (3^ο-6^ο ΕΤΟΣ)

Η υποστηρικτική παρέμβαση συνεχίζεται εντατικά μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας με τη συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων, παράλληλα με τη φοίτηση του παιδιού σε κανονικό παιδικό σταθμό ή νηπιαγωγείο. Επιπλέον, η ανάπτυξη των γνωστικών λειτουργιών, η καλλιέργεια της γλώσσας, η τροποποίηση ή η απόκτηση νέων μορφών

συμπεριφοράς, η ταύτιση με το φύλο, η επικοινωνία, η επαφή και η συνεργασία με την ομάδα, η κατοχή δεξιοτήτων πρακτικής φύσεως και η ανεξαρτητοποίηση αποτελούν τους ευρύτερους στόχους της θεραπείας, κατά τη περίοδο αυτή της ζωής του παιδιού (Quill, 2000).

Γ.ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (6^ο -12^ο ΕΤΟΣ)

Η σχολική ηλικία αποτελεί κατεξοχήν ηλικία των μαθήσεων και της κοινωνικοποίησης. Οι γνώσεις και οι εμπειρίες που αποκτούνται, οι στάσεις και οι διαθέσεις που διαμορφώνονται για τη ζωή και το συνάνθρωπο κατά τη περίοδο αυτή, ασκούν καθοριστικό ρόλο στην επαγγελματική αποκατάσταση και τη κοινωνική συμβίωση. Η σχολική ηλικία είναι περίοδος κρίσιμη και σημαντική για όλα τα παιδιά (Quill, 2000).

Δ. ΠΡΟ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (13^ο – 20^ο ΕΤΟΣ)

Ο αυτιστικός έφηβος, όπως και κάθε έφηβος, πρέπει να μάθει να συμμετέχει στα κοινά, να μοιράζεται τη ζωή με τους άλλους, να ζει στη ομάδα, να διαμορφώνεται από αυτήν και να τη διαμορφώνει με τις ενέργειες και τη συμπεριφορά του και να επιτυγχάνεται τοιούτοτρόπως η κοινωνική του ενσωμάτωση (Quill, 2000).

Επειδή στόχος της αγωγής των ατόμων με αυτισμό είναι η πλήρης κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωσή τους, ο περιορισμός του αυνανισμού, η προετοιμασία των κοριτσιών για την εμμηνορρυσία και οι αντίστοιχες φροντίδες υγείας και καθαριότητας στο πλαίσιο της ιδιωτικής ζωής του ατόμου, αποτελούν ένα επιμέρους σοβαρό στόχο της θεραπευτικής παρέμβασης (Quill, 2000).

Ε. ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ (21^ο-...)

Όλες οι προσπάθειες στήριξης στοχεύουν στο να εξοπλίσουν το αυτιστικό άτομο, ώστε να είναι σε θέση να διάγει μια κανονική ζωή. Οι στόχοι παρέμβασης είναι οι παρακάτω: η διαρκής στήριξη στο επάγγελμα με ενημέρωση προϊσταμένων και συναδέλφων του, η στήριξη στην οικογένεια, στη γειτονιά και προσφορά δυνατοτήτων ανάπτυξης, συντροφιάς και επικοινωνίας. Ακόμη, η στήριξη για συμμετοχή του ατόμου σε κοινωνικές, πολιτισμικές εκδηλώσεις κ.α., η στήριξη για εξασφάλιση προστασίας και στέγης μετά το θάνατο των γονιών και η

στήριξη για αυτόνομη ζωή και ολοκλήρωση αποτελούν επιδιώξεις της θεραπευτικής παρέμβασης (Quill, 2000).

3.6. ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Στον αυτισμό, η έννοια της γλωσσικής εκπαίδευσης συχνά συγχέεται με την εκπαίδευση στην επικοινωνία, για αυτό και ο λογοπεδικός πρέπει, καταρχήν, να διαχωρίσει τις δυσκολίες που σχετίζονται με τη γλώσσα ως εργαλείο για επικοινωνία και σκέψη, από την επικοινωνία ως διαδικασία (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

3.6.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Δυο σημαντικά πράγματα που πρέπει να θυμόμαστε πριν από την έναρξη της γλωσσικής εκπαίδευσης είναι:

1. Αρχικά, πρέπει να είμαστε σίγουροι ότι το παιδί με διάχυτη διαταραχή στην ανάπτυξη, είναι έτοιμο να δεχτεί παρέμβαση στη γλωσσική του εξέλιξη. Αυτό μπορούμε να το διακρίνουμε αν, κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης, φανεί ότι οι τομείς της κοινωνικότητας είναι ικανοποιητικά ανεπτυγμένοι και ότι πραγματικά το παιδί μπορεί και προσπαθεί να αλληλεπιδράσει, αλλά το γλωσσικό του επίπεδο δεν το βοηθά να τα καταφέρει αποτελεσματικά. Σημαντικός δείκτης ετοιμότητας για την έναρξη της γλωσσικής εκπαίδευσης είναι η ύπαρξη τριών δεξιοτήτων στο άτομο με Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή (ΔΑΔ): α) να βλέπει (δηλαδή να έχει ικανοποιητικά ανεπτυγμένη κοινωνική αλληλεπίδραση, ώστε να αντιλαμβάνεται τον θεραπευτή ή το γονίο ως ότι πιο σημαντικό σε αυτόν τον κόσμο), β) να ακούει (δηλαδή να προσπαθεί να επεξεργαστεί την ακουστική πληροφορία) και γ) να περιμένει (δηλαδή να αντιλαμβάνεται ότι ο άλλος είναι εκεί, για να συνεργαστεί μαζί του).
2. Το δεύτερο μέρος αφορά τις γλωσσικές δεξιότητες που θα διδάξουμε. Ο στόχος μας πρέπει να είναι να εκπαιδύσουμε το παιδί έτσι ώστε να χρησιμοποιεί τη γλώσσα του για: να ονομάζει, να ζητάει, να ρωτάει, να απαντάει, να δίνει οδηγίες, να επιλέγει, να

διεκδικεί, να περιγράφει, να συζητάει, να κατανοεί, να εξάγει συμπεράσματα και να αφηγείται.

(Βογινδρούκας & Sherratt, 2008)

3.6.2. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΓΛΩΣΣΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ

Οι παρεμβάσεις σχετικά με την κατανόηση και την γραπτή έκφραση απαιτούν από τον ειδικό να έχει εντοπίσει τις περιοχές που το παιδί δυσκολεύεται: μορφολογία, σύνταξη, φωνολογία, σημασιολογία ή πραγματολογία (Schwartz, 2009).

▪ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ

Η συστηματική διδασκαλία των προθεμάτων και των επιθημάτων μπορούν να βοηθήσουν την επίγνωση του μαθητή σχετικά με τους μορφολογικούς κανόνες και να βοηθήσουν στη σωστή παραγωγή κειμένου (Schwartz, 2009).

▪ ΣΥΝΤΑΞΗ

Για τον μαθητή με δυσκολία στη σύνταξη, η διδασκαλία της ρητής πρότασης, θα βοηθήσει την παραγωγή και την κατανόηση. Οι τεχνικές που δίνουν έμφαση στο πυρήνα της πρότασης και στο πως αυτός ο πυρήνας μπορεί να ανταποκριθεί μέσα από ερωτήσεις όπως είναι: που/πότε/γιατί, μπορεί να βελτιώσει την επίγνωση του παιδιού στη συντακτική δομή (Schwartz, 2009).

▪ ΦΩΝΟΛΟΓΙΑ

Οι Johnson & Fey (2006) & Johnson & Morris (2007) υποστήριξαν ότι όταν διδάσκουμε συγκεκριμένα μορφήματα, οι ειδικοί πρέπει να επιλέγουν, για παράδειγμα, ρήματα με εύκολους φωνολογικούς κώδικες και να τα εντάσσουν σε ευδιάκριτα σημασιολογικά πλαίσια, ώστε να μπορούν να γίνουν εύκολα κατανοητά.

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η φωνολογική ενημερότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την κατάκτηση δεξιοτήτων γραφής και ανάγνωσης στα παιδιά. Η ικανότητα να διαβάσουν και να συλλαβίσουν λέξεις εξαρτάται από την ανάπτυξη της φωνολογικής ενημερότητας στα παιδιά. Ο Elkonin (1973) διατύπωσε την τεχνική που θεωρείται κλασική και περισσότερο αντιπροσωπευτική για την ανάπτυξη της φωνολογικής ενημερότητας, η οποία απευθύνεται σε ικανότητες κατακερματισμού και ανάμειξης των λέξεων. Αρχικά, χρησιμοποιεί ήχους και έπειτα συνδέει τα γράμματα με αυτούς τους ήχους. Το παιδί κατακερματίζει την λέξη σε ήχους (φωνήματα), ενώ χρησιμοποιεί ένα κουτάκι για κάθε ήχο της λέξης (Schwartz, 2009).

Η δραστηριότητα προσαρμόζεται προοδευτικά ώστε το παιδί να αναπαραστήσει λέξεις με αυξημένη φωνημική δυσκολία (ΣΦ,ΦΣΦ,ΦΦΣΦ κλπ), σύμφωνα με τις ικανότητες του παιδιού (Schwartz, 2009).

Οι Tyler et al. (2003) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι περισσότερο αποτελεσματικό είναι το να γίνεται ταυτόχρονα παρέμβαση στα φωνολογικά και μορφοσυντακτικά ελλείμματα που παρουσιάζονται στα παιδιά.

▪ ΣΗΜΑΣΙΟΛΟΓΙΑ

Κάποιοι ερευνητές προτείνουν την διδακτική προσέγγιση στη σημασιολογική παρέμβαση, ενώ άλλοι προτείνουν μια περισσότερο περιστασιακή προσέγγιση. Οι έρευνες δείχνουν ότι και οι δύο μπορεί να επιφέρουν καλά αποτελέσματα. Η έρευνα των Yoder, Kaiser, Alpert & Fischer (1993) πραγματοποιήθηκε σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με αναπτυξιακά ελλείμματα τα οποία μάθαιναν καινούριες λέξεις αντικειμένων μέσω της διδακτικής προσέγγισης. Ειδικότερα, ο θεραπευτής ζητούσε από το παιδί να μιμηθεί τη λέξη αρχικά και αργότερα να απαντήσει σε σχετική ερώτηση που περιέμενε την εν λόγω λέξη (Schwartz, 2009).

Για τα παιδιά με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας η ικανότητα να διαχειρίζονται τις λέξεις, να τις συνδυάζουν αποτελεσματικά (σύνθεση και ανάλυση) και να τις χρησιμοποιούν σωστά μέσα σε προτάσεις και στην παραγωγή κειμένου, είναι ένας σημαντικός στόχος επέκτασης του εύρους του σημασιολογικού συστήματος. Για να αυξήσουν το βάθος του

σημασιολογικού συστήματος, τα παιδιά με αυτισμό θα πρέπει να βοηθηθούν στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο συνδέονται οι λέξεις και οι φράσεις, για παράδειγμα συνδέσεις που περιλαμβάνουν συντονισμό, συνδυασμό, συνώνυμα και αντίθετα (Schwartz, 2009).

▪ ΠΡΑΓΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα πραγματολογικά προβλήματα στη γλώσσα είναι κυρίαρχο χαρακτηριστικό στον αυτισμό (Tager-Flusberg, 2004). Η κατανόηση και χρήση της πραγματολογικής προσέγγισης βοηθά στην διαγνωστική πράξη, διευκολύνει τον καθορισμό των διαταραγμένων γλωσσικών υποσυστημάτων και υπαγορεύει το σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος. Η Λογοθεραπεία είναι συχνά ευεργετική για τη βελτίωση των γλωσσικών διαταραχών, της πραγματολογίας και άλλες πτυχές της επικοινωνίας (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2013).

Για να γίνουν ικανά τα αυτιστικά παιδιά να αποκτήσουν μεγαλύτερη ευελιξία στη χρήση της γλώσσας για σκοπούς αλληλεπίδρασης, είναι απαραίτητο να επεκτείνουμε τα ρεπερτόριά τους σε πραγματολογικές λειτουργίες, αντίθετα με συγκεντρωτικές προσπάθειες για την ενίσχυση της μορφής και οργάνωσης της γλώσσας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί καλύτερα προωθώντας τη χρήση της γλώσσας σε πραγματικά περιβάλλοντα, μέσα στα οποία η γλώσσα υπάρχει κανονικά και με την εφαρμογή φυσικών διαδικασιών, πιθανοτήτων και ενίσχυσης, ώστε να προτρέπεται και να διευκολύνεται η συνεχιζόμενη χρήση της (Quill, 2000).

Πιο συγκεκριμένα, στα αινίγματα, στα ανέκδοτα και τις μεταφορές, η γλώσσα χρησιμοποιείται με τέτοιο τρόπο, ώστε ο ακροατής να κάνει υποθέσεις για το τι σκεφτόταν ο ομιλητής τη στιγμή που χρησιμοποιούσε τις συγκεκριμένες λέξεις, για να περιγράψει τη ζητούμενη έννοια. Η εκπαίδευση στην κατανόηση των μεταφορών και των αινιγμάτων θα πρέπει να περιλαμβάνει στοιχεία, που θα οδηγήσουν τη σκέψη του παιδιού στο να κάνει τις κατάλληλες υποθέσεις, προκειμένου να φτάσει σε κάποιο συμπέρασμα και να καταλάβει το πραγματικό νόημα, που κρύβεται πίσω από την κυριολεκτική σημασία των λέξεων (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Στα ανέκδοτα μπορεί να εντοπίσετε ποιο σημείο είναι διαφορετικό, άρα αυτό που μεταφέρει το χιούμορ και γιατί αυτό είναι αστείο σε σύγκριση με τη καθημερινότητά μας (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Επίσης, στις μεταφορές η καθοδήγηση είναι πιο απλή, αφού οι πληροφορίες είναι πολύ λιγότερες. Θεωρείται απαραίτητο να βρεθεί το χαρακτηριστικό της μεταφορικής λέξης και να ταυτιστεί με τη λέξη που συνοδεύεται. Για π.χ. στην έκφραση «καρδιά πέτρα», μεταφορική λέξη είναι η πέτρα, το χαρακτηριστικό της πέτρας είναι η σκληρότητα, άρα μιλάμε για μια σκληρή καρδιά (ποια είναι η σημασία της σκληρής καρδιάς; Τι μπορεί να σημαίνει;), (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

3.7. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΛΟΓΟΥ, ΟΜΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

▪ **ΑΦΗΓΗΜΑΤΙΚΟΣ ΛΟΓΟΣ**

Οι απαραίτητες δεξιότητες για την κατάκτηση του αφηγηματικού λόγου είναι: η κατανόηση του λόγου σε επίπεδο προτάσεων μεγαλύτερων των τεσσάρων λέξεων, η κατανόηση της χρονικής ακολουθίας, η ακουστική προσοχή, η ικανότητα διάκρισης του σημαντικού, η ικανότητα δημιουργίας ερωτήσεων και η ικανότητα απάντησης σε ερωτήσεις. Ορισμένα παραδείγματα κατάκτησης του αφηγηματικού λόγου είναι τα παρακάτω:

- Διαλέξτε παιχνίδια με τα οποία το παιδί μπορεί να στήσει μια ιστορία. Συζητήστε μαζί του την ιστορία που δημιούργησε, κάντε ερωτήσεις για το ποιος ήταν πού, πότε, με ποιόν, τι έκανε, τι συνέβη μετά και τελικά τι έγινε.
- Παίξτε εσείς με ένα σετ παιχνιδιού και ζητήστε από το παιδί να σας κάνει ερωτήσεις και να διηγηθεί την ιστορία που είδε.
- Ετοιμάστε τις λίστες των ερωτήσεων, στις οποίες το παιδί θα καταφεύγει, για να οργανώσει μόνο του ένα αφήγημα. Π.χ. Πρέπει να πεις: «Ποιος είναι;», «Πού είναι;», «Τι κάνει;», «Τι έγινε μετά;» κλπ.
- Παίξτε παιχνίδια με έννοιες, όπως: πρώτο-δεύτερο-τελευταίο, πριν-μετά, όταν-αφού, μόλις-αμέσως κλπ. Πρέπει να είστε

σίγουροι ότι το παιδί γνωρίζει αυτές τις έννοιες, για να μπορέσετε να περάσετε στο αφήγημα.

- Φωτογραφήστε το παιδί ή/και τον εαυτό σας ενώ κάνει/ κάνετε μια δραστηριότητα σε ακολουθία. Δείτε τις φωτογραφίες και τοποθετήστε τις σε χρονική σειρά. Αν είναι δύσκολο για το παιδί να καταλάβει την έννοια της χρονικής σειράς, τοποθετήστε ένα χαρτόνι με θέσεις για τις φωτογραφίες και αριθμήστε τα τετράγωνα του χαρτονιού, έτσι ώστε να του δώσετε οπτικά την έννοια της ακολουθίας.
- Δημιουργήστε ιστορίες χρονικής ακολουθίας ή προμηθευτείτε έτοιμες από το εμπόριο. Θα πρέπει αυτές να έχουν διαφορετικό αριθμό εικόνων και σταδιακά να προχωρούν από τις λίγες εικόνες προς τις περισσότερες. Επίσης, προσέξτε να υπάρχουν ιστορίες, που να απεικονίζουν κοινωνικές καταστάσεις και να μη βασίζονται στη μηχανιστική σκέψη.
- Κρύψτε τις εικόνες της ιστορίας, που επιλέξατε για περιγραφή και αφού κάποιος τη διηγηθεί, τότε είτε περιγράψτε τι ζωγραφίστηκε στο μυαλό σας ή αναπαραστήστε με απλά σκίτσα τις εικόνες της ιστορίας σε ένα χαρτί. Αυτό μπορεί να γίνει και από το παιδί και από τον ενήλικα.
- Διαβάστε στο παιδί και ζητήστε του να σας κάνει ερωτήσεις ή να διηγηθεί το αφήγημα.

(Βογινδρούκας & Sherratt, 2008)

▪ **ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΙΣΤΟΡΙΕΣ**

Μια ακόμη στρατηγική για την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων συμπεριλαμβάνει την χρήση των κοινωνικών ιστοριών. Οι κοινωνικές ιστορίες περιγράφουν κοινωνικές καταστάσεις με το να μελετούν κοινωνικά συνθήματα και κοινωνικές ανταποκρίσεις μέσω εξατομικευμένων ιστοριών. Οι ιστορίες περιλαμβάνουν περιγραφικές πληροφορίες σχετικά με τις αντιδράσεις άλλων ατόμων που έχουν εμπλακεί σε συγκεκριμένες καταστάσεις και παρέχουν κατευθυντήρια στοιχεία για να καθοδηγήσουν τα άτομα σε αυτές τις καταστάσεις (Gray & Gerard, 1993).

Οι κοινωνικές ιστορίες είναι μια μέθοδος από την Carol Gray (2002) για τη διευκόλυνση ατόμων με Διάχυτες Αναπτυξιακές

Διαταραχές (ΔΑΔ) στην εκμάθηση της σωστής σειράς των κοινωνικών απαντήσεων στην καθημερινή ζωή. Η βασική αρχή είναι η δημιουργία μιας απλής ιστορίας μετά από τις καθημερινές ασχολίες που έχει να κάνει το παιδί, όπως για παράδειγμα, τι θα κάνει όταν πάει στο σχολείο (μια μέρα στο σχολείο). Η ιστορία θα πρέπει να επαναλαμβάνεται συνεχώς, με το παιδί να επαναλαμβάνει τη σειροθέτηση της ιστορίας (Pring, 2005).

▪ ΠΡΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ

Βασική αρχή για την προώθηση της συζήτησης είναι η κατάλληλα ανεπτυγμένη ικανότητα κατανόησης και έκφρασης του προφορικού λόγου, καθώς επίσης και η ύπαρξη κατάλληλων πληροφοριών για τα θέματα της συζήτησης. Αν αυτό έχει διασφαλιστεί, τότε μπορεί να προχωρήσει κανείς στην εκπαίδευση της συζήτησης. Ορισμένα παραδείγματα που μας βοηθούν να αναπτύξουμε τις ικανότητες των παιδιών για συζήτηση είναι τα παρακάτω:

- Βρείτε θέματα για συζήτηση, που να ενθαρρύνουν το παιδί και για τα οποία έχει τις απαιτούμενες γνώσεις. Σημειώστε τι γνωρίζει το παιδί για το συγκεκριμένο θέμα και του ζητάτε να κάνει ένα μικρό αφήγημα. Στόχος αυτής της δραστηριότητας είναι η ανάκληση πληροφοριών σχετικών με το θέμα της συζήτησης.
- Έχοντας το αφήγημα του παιδιού μπροστά σας και τις πληροφορίες, αρχίστε να κάνετε ερωτήσεις στο παιδί ζητώντας του να σας πει περισσότερα.
- Για να προσελκύσετε το παιδί να σας κάνει αυθόρμητες ερωτήσεις, πείτε μια φράση αφήνοντάς του το περιθώριο να κινητοποιηθεί από το περιεχόμενο των λόγων σας και να ρωτήσει συμπληρωματικά για όσα άκουσε. Μην ξεχνάτε ότι θα πρέπει να το ενδιαφέρει το θέμα της συζήτησης. Π.χ. «Σήμερα αγόρασα ένα ωραίο παιχνίδι», «Ξέρεις πού πήγα σήμερα;». Ξεκινήστε από τις ερωτήσεις του παιδιού και στήστε μια μικρή συζήτηση με αυτόν τον τρόπο.
- Πείτε μια φράση και ζητήστε του να συμπληρώσει κάτι σχετικό με αυτό που είπατε εσείς. Καταγράψτε τις φράσεις και δείξτε του τι σημαίνει να συζητάει κανείς.

Π.χ. Θ: Πήγα στη θάλασσα.

Π: Κι εγώ.

Θ: Μου αρέσει πολύ να κολυμπάω.

Π: Εμένα μου αρέσει να σκάβω στην άμμο.

Θ: Τι παιχνίδια έχεις για την άμμο;

- Παίξτε παιχνίδια ρόλων και χρησιμοποιήστε διαλόγους, που έχετε ετοιμάσει προηγουμένως.

(Βογινδρούκας & Sherratt, 2008)

▪ ΔΕΙΚΤΙΚΕΣ ΛΕΞΕΙΣ

Τα παιδιά με αυτισμό, εξαιτίας της ακαμψίας της σκέψης τους, δυσκολεύονται στην κατανόηση των δεικτικών λέξεων και παρουσιάζουν συμπτώματα, όπως είναι η αντιστροφή των αντωνυμιών και κατ' επέκταση η λανθασμένη χρήση των γραμματικών καταλήξεων στα ρήματα, όταν γίνεται επίδειξη πρότυπων προτάσεων σε διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις (Quill, 2000).

Κάποια παραδείγματα που θα βοηθήσει το παιδί στην κατανόηση των δεικτικών λέξεων είναι τα εξής:

- Ετοιμάστε φωτογραφίες με το παιδί, τον εαυτό σας και κάποιο τρίτο άτομο, ενώ εκτελείτε κάποιες δραστηριότητες. Δώστε τις φωτογραφίες στο παιδί και ζητήστε του να σας πει τι βλέπει. Διδάξτε του το «εγώ» για τον εαυτό του, πιθανόν ακουμπώντας το χέρι στον εαυτό του, κάθε φορά που βλέπει τον εαυτό του στη φωτογραφία.
- Ανακατέψτε τις φωτογραφίες με άλλες που δείχνουν ένα τρίτο πρόσωπο. Ζητήστε από το παιδί να σας περιγράψει τις εικόνες χρησιμοποιώντας το «εγώ» για τον εαυτό του και το όνομα του τρίτου ατόμου σε εκείνες τις φωτογραφίες, όπου το αναγνωρίζει. Το ίδιο κάνει και ο θεραπευτής στο παιδί δείχνοντας και περιγράφοντας δικές του φωτογραφίες.
- Αφού έχει παγιωθεί η γνώση της χρήσης του «εγώ» μπορείτε να περάσετε στο «εσύ». Δείξτε το απέναντι άτομο και ταυτίστε το με το «εσύ».
- Πάρτε εικόνες με ενέργειες. Κόψτε το πρόσωπο του παιδιού και το δικό σας από μια φωτογραφία και προσαρμόστε το στο πρόσωπο του ατόμου που ενεργεί στις εικόνες. Δείξτε του πώς αλλάζουν οι αντωνυμίες και οι καταλήξεις των ρημάτων.
- Οργανώστε καταστάσεις μέσα στην ημέρα, κατά τις οποίες το παιδί θα πρέπει να χρησιμοποιήσει σωστά τις αντωνυμίες: εγώ, εσύ, εμείς, εσείς κλπ.

- Παίξτε παιχνίδια, στα οποία οι παίκτες θα πρέπει να απαντούν σε ερωτήσεις, όπως «Ποιος είναι;», «Ποιος παίζει;» κλπ.

(Βογινδρούκας & Sherratt, 2008)

Με παρόμοιους τρόπους μπορείτε να δουλέψετε έννοιες, όπως «δικό μου, δικό σου, δικό του», «μου, σου, της, του, τους» κλπ. Μοιράστε αντικείμενα σε διάφορα πρόσωπα κάνοντας την ερώτηση: «Ποιανού είναι;» Ζητήστε από τα παιδιά να σας δείξουν τα μέρη του σώματος στον εαυτό τους, σε εσάς, σε μια κούκλα κλπ (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

▪ ΗΧΟΛΑΛΙΑ

Η χρήση της ηχολαλίας δείχνει περιορισμένη ευελιξία της σκέψης και δυσκολία στην ανάπτυξη της γλώσσας, για αυτό και θα πρέπει στις περιπτώσεις των παιδιών με ηχολαλία να ακολουθηθεί λογοθεραπευτική παρέμβαση, που να στοχεύει στην εξέλιξη της γλωσσικής ικανότητας (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Οι στρατηγικές παρέμβασης πρέπει να συμερίζονται τη δυναμική φύση των ηχολαλικών παραγωγών των αυτιστικών παιδιών, στην προσπάθειά τους να μετακινήσουν το παιδί σε πιο συμβατικές και ευέλικτες χρήσεις παραγωγής της γλώσσας (Quill, 2000).

Απαιτείται μια πολυδιάστατη προσέγγιση παρέμβασης για την επικοινωνία των παιδιών που παρουσιάζουν ηχολαλία. Υπάρχουν δυο στρατηγικές παρέμβασης, η Έμμεση και η Άμεση, οι οποίες παρέχουν συστηματικές οδηγίες στον ειδικό για την προσαρμογή και την τέλεια ρύθμιση εξατομικευμένων προγραμμάτων που ικανοποιούν τις μοναδικές ανάγκες επικοινωνίας των παιδιών σε ποικίλα στάδια ηχολαλίας (Quill, 2000).

Συγκεκριμένα, όσον αφορά στην Έμμεση Παρέμβαση προτείνονται τα παρακάτω: τροποποίηση του περιβάλλοντος για την αύξηση της πρόβλεψης και της συνοχής καθώς και μείωση πολύ σύνθετων και διεγερτικών καταστάσεων. Ακόμη, η απλοποίηση του εισαγόμενου δείγματος γλώσσας, για να ταιριάζει με το γλωσσικό επίπεδο του παιδιού και η τροποποίηση του τρόπου γλωσσικής αλληλεπίδρασης του ενήλικου, για να ελαττώσει γνωστικές, κοινωνικές

και επικοινωνιακές απαιτήσεις και να προωθήσει την ποικιλία πραγματολογικών λειτουργιών, αποτελούν σημαντικές στρατηγικές (Quill, 2000).

Επιπρόσθετα, σχετικά με την Άμεση Παρέμβαση, η παροχή προτύπων συμβατικών και κατάλληλων εκφωνήσεων για την προώθηση συγκεκριμένων επικοινωνιακών λειτουργιών καθώς και η παροχή συστηματικών τροποποιήσεων που έχουν σα σκοπό την ελάττωση, την αντικατάσταση ή την επέκταση των συστατικών μερών της ηχολαλικής φράσης, αποτελούν στρατηγικές που προάγουν την αυξανόμενη γλωσσική επεξεργασία και δημιουργικότητα (Quill, 2000).

Τελικά, συνεχής και προσεκτική μελέτη πρέπει να γίνεται για τη λειτουργική χρήση των προτύπων σε επικοινωνιακές αλληλεπιδράσεις και για το πώς αυτά τα πρότυπα πιθανώς να συνεισφέρουν με τον καιρό σε επικοινωνιακή και γλωσσική ανάπτυξη. Μόνο μέσω τέτοιων αναλύσεων μπορούμε να γίνουμε αποτελεσματικοί όσον αφορά στην προώθηση της επικοινωνιακής ικανότητας των αυτιστικών παιδιών. Συνεπώς, σχεδιάζονται στόχοι παρέμβασης για να αντικαταστήσουν την υπάρχουσα λειτουργική ηχολαλία με δημιουργικές και ευέλικτες εκφωνήσεις (Quill, 2000).

▪ **ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ**

Πολλά αυτιστικά παιδιά που δεν μιλούν μπορούν να κατανοήσουν την ομιλία και μερικά είναι ικανά να γράφουν και να διαβάζουν. Συγκεκριμένα, οι δυσκολίες των παιδιών με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) σχετικά με το γραπτό λόγο, μπορούν να χωριστούν σε επιπρόσθετες και συνοδές. Ως επιπρόσθετη διαταραχή θεωρείται η ειδική μαθησιακή δυσκολία της ανάγνωσης και της γραπτής έκφρασης (Δυσλεξία), η οποία μπορεί να συνυπάρχει στα παιδιά και για την οποία δεν ευθύνεται ο αυτισμός. Αντίθετα, τα παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) εμφανίζουν καλή επίδοση στην ορθογραφία και στη γραμματική. Μερικές δραστηριότητες που μπορεί να είναι ωφέλιμες είναι οι παρακάτω:

- Σημειώστε στο κείμενο το όνομα και τις αντωνυμίες που το ακολουθούν με το ίδιο χρώμα.

- Απλοποιήστε τις προτάσεις του κειμένου στο επίπεδο της γλωσσικής κατανόησης του παιδιού.
- Προσθέστε οπτικά σύμβολα στις αφηρημένες έννοιες.
- Οδηγήστε το παιδί να κατανοεί ποιες λέξεις είναι άγνωστες και να σας ρωτά για αυτές.
- Δημιουργήστε ένα λεξικό με έννοιες που δεν γνωρίζει το παιδί και συνδέστε την κάθε έννοια με οικογένειες λέξεων, με συνώνυμα, ομώνυμα, ταυτόσημα με φράσεις και τρόπους που χρησιμοποιείται η έννοια και, όπου χρειαστεί, με οπτικό σύμβολο.
- Οδηγήστε το παιδί να κάνει ερωτήσεις σε εσάς για κάθε παράγραφο ή πρόταση του κειμένου, έτσι ώστε να μπορεί να βρίσκει τη σημαντική πληροφορία.
- Ετοιμάστε ερωτήσεις για το κείμενο.
- Κάντε ένα προσχέδιο του κειμένου, σύμφωνα με τις ερωτήσεις, για να μπορεί να δομηθεί περίληψη από αυτό.
- Χρησιμοποιήστε τις ίδιες ερωτήσεις για να εξετάσετε το παιδί, γιατί πολλά παιδιά, όταν η ερώτηση τεθεί με διαφορετικό τρόπο, μπορεί να μην απαντήσουν. Αν συμβαίνει αυτό, ενημερώστε τους εκπαιδευτικούς και ζητήστε τους να εξετάζουν το παιδί με τις ερωτήσεις, που αυτό θα έχει μαζί του από το σπίτι στο συγκεκριμένο μάθημα.
- Συγκεντρώστε τις πληροφορίες που έχει το παιδί για το θέμα της έκθεσης, που πρέπει να γράψει. Συμπληρώστε τις πληροφορίες με ότι χρειάζεται και συντάξτε μαζί την έκθεση.
- Συνδέστε το λόγο με την επικοινωνία, δώστε γραπτές εντολές, γράψτε μηνύματα, γράμματα, κάρτες, ετοιμάστε λίστες αγορών, προτάσεις για ταύτιση με εικόνες.

(Βογινδρούκας & Sherratt, 2008)

Στα μαθηματικά, οι δυσκολίες αφορούν κυρίως την κατανόηση του χρόνου και την επίλυση αριθμητικών προβλημάτων. Αντίθετα, τα παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) παρουσιάζουν καλές επιδόσεις στην εκτέλεση αριθμητικών πράξεων και όπου αλλού δεν χρειάζεται σκέψη. Ορισμένες, λοιπόν, δραστηριότητες μαθηματικών μπορεί να είναι οι εξής:

- Ζωγραφίστε τα δεδομένα του αριθμητικού προβλήματος, έτσι ώστε να επεξεργαστεί τις πληροφορίες που του δίνονται από το πρόβλημα οπτικά.
- Ζητήστε από το παιδί να φτιάξει αριθμητικά προβλήματα.
- Συνδέστε τα αριθμητικά προβλήματα με την καθημερινότητα του παιδιού. Π.χ. θα έρθουν πέντε φίλοι σου να παίξετε το απόγευμα. Θα παραγγείλουμε πίτσες. Πόσα κομμάτια έχει κάθε πίτσα; Πόσα κομμάτια πρέπει να φάει κάποιος για να χορτάσει; Άρα πόσες πίτσες θα παραγγείλουμε;
- Βρείτε τεχνικές για να βιώσει το χρόνο και την ώρα. Χρονομετρήστε δραστηριότητες, ετοιμάστε ημερήσια προγράμματα με χρονικά περιθώρια.

(Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

3.8. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΓΙΑ ΑΥΤΙΣΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ

Στις περιπτώσεις των παιδιών με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ), όπου λείπει η γνώση του τι σημαίνει επικοινωνία, η παρέμβαση στηρίζεται κυρίως σε εναλλακτικά συστήματα επικοινωνίας. *Εναλλακτικά Συστήματα Επικοινωνίας* είναι αυτά στα οποία χρησιμοποιούνται τρόποι επικοινωνίας πέρα από τους συνηθισμένους (προφορική γλώσσα, νοηματική γλώσσα, γραπτός λόγος), (Καλύβα, 2005).

Τα πιο γνωστά προγράμματα που χρησιμοποιούνται προς αυτήν την κατεύθυνση είναι το γλωσσικό πρόγραμμα ΜΑΚΑΤΟΝ (Walker, 1980), το Picture Exchange Communication System- PECS (Bondy & Frost, 1985) και η Νοηματική Γλώσσα, τα οποία χρησιμοποιούν εικόνες, σύμβολα ή μικροαντικείμενα. Δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε τα συστήματα Rebus και Bliss, τα οποία χρησιμοποιούν σύμβολα για ενίσχυση της επικοινωνίας και εκμάθηση ανάγνωσης και γραφής (Κουρουπέτρογλου & Λιάλιου, 2002).

Και οι πέντε αυτές τεχνικές εναλλακτικής επικοινωνίας-και ιδιαίτερα η νοηματική γλώσσα- δεν αποτελούν επουδενί θεραπεία του αυτισμού, όπως υποστηρίζουν ορισμένοι ειδικοί. Βοηθάνε ορισμένα παιδιά να μάθουν να ζητάνε κάποια πράγματα και να καλύπτουν μερικές βασικές τους ανάγκες (όπως το να πιούν νερό ή να χρησιμοποιήσουν τουαλέτα), αλλά δεν τους διδάσκουν το νόημα και την σημασία της επικοινωνίας που δυσκολεύονται να κατακτήσουν. Δεν μαθαίνουν το παιδί να ξεκινήσει ένα διάλογο, να μοιραστεί τα ενδιαφέροντα, τις σκέψεις, τις εμπειρίες και τα συναισθήματά του με τα άτομα που βρίσκονται γύρω του ή να ερμηνεύει τα μη λεκτικά ερεθίσματα που «ντύνουν» την επικοινωνία (Καλύβα, 2005).

3.8.1.ΜΑΚΑΤΟΝ

Το γλωσσικό πρόγραμμα ΜΑΚΑΤΟΝ αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του 1970 από τη Βρετανίδα Λογοπεδικό Margaret Walker. Αποτελούσε το πρακτικό μέρος ενός προγράμματος έρευνας και στόχευε να εφοδιάσει με κάποιο μέσο επικοινωνίας ενήλικους τροφίμους ενός ιδρύματος, οι οποίοι ήταν κωφοί και με σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες (νοητική υστέρηση). Το ΜΑΚΑΤΟΝ είναι ένα γλωσσικό πρόγραμμα, που παρέχει ένα μέσο επικοινωνίας και ενθαρρύνει την ανάπτυξη των γλωσσικών δεξιοτήτων σε παιδιά και ενήλικες με επικοινωνιακές διαταραχές. Επίσης, χρησιμοποιείται για τη εισαγωγή στη διαδικασία εκμάθησης της γραφής και της ανάγνωσης, αλλά και ως ένας τρόπος εναλλακτικής επικοινωνίας, όπου αυτό κριθεί απαραίτητο (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Πρόκειται για ένα ιδιαίτερα ευέλικτο πρόγραμμα, του οποίου ο στόχος είναι να διασφαλίσει στο άτομο κάποιο βασικό επίπεδο επικοινωνίας, που ενδέχεται να είναι περιορισμένο και το βοηθά να εκφράζει τις καθημερινές ανάγκες και επιθυμίες του (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Συγκεκριμένα, αποτελείται από ένα βασικό λεξιλόγιο που παρέχει 450 έννοιες και το οποίο είναι χωρισμένο σε οκτώ αναπτυξιακά στάδια. Ο διαχωρισμός των σταδίων έγινε σύμφωνα με την εμφάνιση των εννοιών στο λεξιλόγιο των φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών.

Παράλληλα με το βασικό λεξιλόγιο, υπάρχει το λεξιλόγιο-πηγή, το οποίο λειτουργεί συμπληρωματικά ως προς το πρώτο, παρέχοντας τη δυνατότητα διεύρυνσής του, για άτομα που το έχουν ανάγκη. Το λεξιλόγιο-πηγή αποτελείται από 7.000 έννοιες περίπου, οι οποίες είναι ταξινομημένες σε θεματικές ενότητες. Για τη διδασκαλία του χρησιμοποιείται η πολύ-αισθητηριακή προσέγγιση, εφόσον συνδυάζει τη χρήση προφορικής ομιλίας, νοημάτων και γραπτών συμβόλων (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Το μέγεθος του λεξιλογίου είναι εσκεμμένα περιορισμένο, για να μην επιβαρύνει τη μνήμη και ο σχεδιασμός του επιτρέπει στα άτομα να μαθαίνουν προοδευτικά το λεξιλόγιο με το δικό τους προσωπικό ρυθμό και σύμφωνα με τις προσωπικές επικοινωνιακές τους ανάγκες. Οι λέξεις που δεν έχουν σχέση με την εμπειρία του ατόμου παραλείπονται, ενώ άλλες σημαντικές για τις ανάγκες και τις εμπειρίες του -αν και βρίσκονται σε πιο προχωρημένα στάδια του λεξιλογίου- μπορούν να χρησιμοποιούνται και να διδάσκονται από την αρχή ή όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Τα νοήματα που χρησιμοποιούνται από το ΜΑΚΑΤΟΝ-ΕΛΛΑΣ, προέρχονται από την Ελληνική Νοηματική Γλώσσα, όπως συμβαίνει και σε κάθε χώρα, από την οποία νοηματική γλώσσα των κωφών, δανείζεται τα νοήματά του. Το ΜΑΚΑΤΟΝ, όμως, δεν είναι νοηματική γλώσσα, είναι γλωσσικό πρόγραμμα, που έχει στόχο την ανάπτυξη της επικοινωνίας και του λόγου, είτε ακολουθώντας την αναπτυξιακή πορεία του ατόμου, είτε βρίσκοντας εναλλακτικούς τρόπους για την προώθησή τους. Δε διδάσκει νοήματα, αλλά χρησιμοποιεί συμπληρωματικά τα νοήματα σε συνδυασμό με την προφορική ομιλία, με κύριο στόχο την αύξηση της κατανόησης της γλώσσας από το άτομο με δυσκολίες στην επικοινωνία (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Τα σύμβολα του ΜΑΚΑΤΟΝ παρέχουν τη δυνατότητα του άμεσου και απτού χειρισμού της γλώσσας από τα παιδιά και τους ενήλικες με διαταραχές στην επικοινωνία. Βοηθούν ιδιαίτερα στον τομέα της δόμησης της γλώσσας και τους διευκολύνουν να κατανοήσουν τα μέρη του λόγου που την αποτελούν. Επίσης, τα σύμβολα μπορούν να

χρησιμοποιηθούν για τις ανάγκες χρήσης του προγράμματος ως εναλλακτικό μέσο επικοινωνίας (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Επομένως, η πιο συχνή χρήση του προγράμματος ΜΑΚΑΤΟΝ στην ομάδα των παιδιών με αυτισμό περιλαμβάνει την προώθηση της επικοινωνίας με εναλλακτικούς τρόπους μέσω της χρήσης των συμβόλων ή τα βοηθά στην οργάνωση της ήδη υπάρχουσας ομιλίας, υποστηρίζοντας με συγκεκριμένες διδακτικές τεχνικές την ανάπτυξη της προφορικής εκφραστικής ικανότητας και της κατανόησης (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

3.8.2. PECS

Το PECS (Picture Exchange Communication System-Επικοινωνιακό Σύστημα Ανταλλαγής Εικόνων) αναπτύχθηκε το 1994 από τους Bondy & Frost ως ένα συγκεκριμένο πακέτο εκπαίδευσης εναλλακτικής επικοινωνίας που απευθύνεται σε παιδιά και ενήλικες με αυτισμό που δεν έχουν λόγο και άλλες επικοινωνιακές δεξιότητες προκειμένου να εκκινήσουν την επικοινωνία. Το σύστημα εφαρμόζεται αρχικά σε άτομα που είτε δεν χρησιμοποιούν τον προφορικό λόγο, είτε δεν τον χειρίζονται αποτελεσματικά. Επίσης, απευθύνεται σε εκπαιδευτικούς, σε άτομα που φροντίζουν παιδιά με αυτισμό και στους γονείς τους, οπότε μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε πολλά διαφορετικά πλαίσια. Απώτερος σκοπός του προγράμματος είναι να μάθουν τα παιδιά να κάνουν σχόλια και να απαντούν ευθέως σε ερωτήσεις (Καλύβα, 2005).

Το Επικοινωνιακό Σύστημα μέσω της ανταλλαγής εικόνων αναπτύχθηκε το 1985 από τους Andy Bondy και Lori Frost, αρχικά για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Αργότερα επεκτάθηκε και σήμερα χρησιμοποιείται και σε ενήλικες με διαταραχές στην επικοινωνία. Το PECS είναι ένα εναλλακτικό σύστημα επικοινωνίας που στοχεύει να διδάξει τις βασικές αρχές αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας πριν από τη γλώσσα (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

Χρησιμοποιεί κυρίως εικόνες και μαθαίνει στα άτομα που το χρησιμοποιούν, να πλησιάζουν και να δείχνουν την εικόνα του αντικειμένου που επιθυμούν στον «σύντροφο επικοινωνίας», με στόχο

την ανταλλαγή της εικόνας με το αντικείμενο. Με αυτόν τον τρόπο, ξεκινά τη διαδικασία επικοινωνίας με συγκεκριμένα αποτελέσματα μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο (Boivinδρούκας & Sherratt, 2008).

Η χρήση του PECS γίνεται σύμφωνα με συγκεκριμένες στρατηγικές εκπαίδευσης, συστημάτων ενίσχυσης, στρατηγικών διόρθωσης του λάθους και στρατηγικών γενίκευσης για τη διδασκαλία κάθε δεξιότητας. Το πρωτόκολλο εξελίσσεται παράλληλα με την τυπική ανάπτυξη της γλώσσας, με την έννοια ότι πρώτα διδάσκεται στο παιδί «πώς» να αλληλεπιδράσει ή «ποιες είναι οι βασικές αρχές επικοινωνίας» και αργότερα την επικοινωνία μέσω συγκεκριμένων μηνυμάτων, τα οποία εμπλουτίζονται με διάφορες γραμματικές δομές, με σημασιολογικές σχέσεις και λειτουργίες επικοινωνίας (Boivinδρούκας & Sherratt, 2008). Η βασική αρχή είναι να βοηθηθεί το παιδί στο να αναλάβει την πρωτοβουλία να επικοινωνήσει και να προσφέρει μια εικόνα του αντικειμένου που θέλει (Pring, 2005).

Είναι καλό οι εικόνες που χρησιμοποιούμε να απεικονίζουν τα αντικείμενα που συναντάμε -στην πραγματικότητα- στο περιβάλλον του παιδιού (π.χ. το αυτοκίνητο της οικογένειας και όχι η φωτογραφία ενός οποιουδήποτε αυτοκινήτου). Το σύστημα χρησιμοποιεί τις εικόνες με μια συνοδευτική γραπτή λέξη τυπωμένη με μικρά γράμματα. Μπορούμε επίσης, αντί για εικόνες να χρησιμοποιήσουμε τις ετικέτες ή τις συσκευασίες των αντικειμένων που αρέσουν στο παιδί (π.χ. το περιτύλιγμα από τα μπισκότα ή την ετικέτα της σοκολάτας), (Καλύβα, 2005).

Ο θεραπευτής, ακόμα, παρατηρεί και καθορίζει ποια πράγματα ή αντικείμενα απαιτούνται για επικοινωνία στο περιβάλλον του παιδιού. Κατόπιν το παιδί διδάσκεται να συνδυάζει την εικόνα με το κατάλληλο αντικείμενο. Το παιδί απαιτείται να σηκώσει την εικόνα και να τη δώσει στο θεραπευτή, ο οποίος κατόπιν ανταλλάσσει την εικόνα για το αντικείμενο και δίνει το αντικείμενο στο παιδί. Οι εικόνες τοποθετούνται σε ένα αυτοκόλλητο πίνακα επικοινωνίας από όπου το παιδί πρέπει να αφαιρέσει την λέξη πριν τη δώσει στο θεραπευτή. Σύμφωνα με τους Bondy & Frost (in press), η ανταλλαγή ή η παράδοση της εικόνας στο θεραπευτή έκανε την μέθοδό τους πιο επιτυχή από το αν απλά έβαζαν το παιδί να δείχνει την εικόνα, καθώς μαθαίνουν να εκκινούν την

αυθόρμητη επικοινωνία μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο (Frost & Bondy, 1994).

Προκειμένου να εφαρμόσουμε το PECS πρέπει να ανακαλύψουμε πρώτα τους ενισχυτές που θα είναι αρκετά ισχυροί ώστε να κινητοποιήσουν το παιδί να επικοινωνήσει. Οι στρατηγικές διδασκαλίας χρησιμοποιούν μια ποικιλία τεχνικών προτροπής και απόσβεσης προκειμένου να βελτιωθεί και να τροποποιηθεί η μέθοδος με την οποία τα παιδιά χρησιμοποιούν το σύστημα. Τα περισσότερα παιδιά με αυτισμό, ιδιαίτερα πριν από οποιαδήποτε παρέμβαση, δεν δείχνουν να ανταποκρίνονται σε κοινωνικά κίνητρα. Επισημαίνεται ότι είναι πολύ σημαντικό να μάθει το παιδί να προσεγγίζει τον επικοινωνιακό του σύντροφο από την αρχή της εκπαίδευσης, αντί να περιμένει απλώς συγκεκριμένες ενδείξεις από τον σύντροφό του (Καλύβα, 2005).

Αρχικά, η εκπαίδευση ξεκινά με το πώς πρέπει ο ειδικός να διαμορφώσει το περιβάλλον, για να είναι έτοιμο για τη διδασκαλία του PECS και στη συνέχεια γίνεται εκτεταμένη εκπαίδευση για τα έξι στάδια που χρειάζονται για τη χορήγησή του. Κάθε στάδιο παρουσιάζεται βήμα-βήμα και διευκρινίζεται πώς να δημιουργηθεί και να χορηγηθεί ένα οπτικό μέσο επικοινωνίας (εικόνα), για να ενισχυθεί η ολική επικοινωνία του μαθητή. Πρόσφατες έρευνες έχουν ενισχύσει την άποψη ότι το PECS έχει στηρίξει την αυθόρμητη χρήση του λόγου και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμα και την εκφορά του (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

▪ 1^ο Στάδιο:

Το πρώτο μάθημα που υποστηρίζουν οι Bondy & Frost (1994) ότι πρέπει να διδάξουμε στο PECS, είναι πώς να ζητά το παιδί με αυτισμό αυθόρμητα κάποια αντικείμενα ή δραστηριότητες. Επομένως, το πρώτο βήμα είναι να εξακριβώσουμε τι θέλει το παιδί. Γίνεται μια ιεραρχική αξιολόγηση των ενισχυτών, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν, οι οποίοι τοποθετούνται σε μια λίστα ώστε να μπορούμε να ξεκινήσουμε το PECS.

Επειδή ο αρχικός μας στόχος είναι να διδάξουμε στο παιδί τον αυθορμητισμό, πρέπει να αποφύγουμε την τάση που μας διακατέχει να χρησιμοποιούμε άμεσες λεκτικές προτροπές του τύπου: «τι κάνεις; τι θέλεις; Δώσε μου την εικόνα...» (Καλύβα, 2005).

Η πιο αποτελεσματική στρατηγική για να ξεκινήσουμε την εκπαίδευση είναι να χρησιμοποιήσουμε δυο εκπαιδευτές. Ο πρώτος

εκπαιδευτής προκαλεί το παιδί με αυτισμό με τον επιθυμητό ενισχυτή. Ο ρόλος του δεύτερου εκπαιδευτή είναι να κάθεται πίσω από το παιδί, να περιμένει μια κίνηση προς τον ενισχυτή και να βοηθήσει σωματικά το παιδί να σηκώσει τη φωτογραφία και να τη δώσει στον εκπαιδευτή που έχει στην κατοχή του τον ενισχυτή. Η φυσική προτροπή πρέπει να αποσυρθεί και να εξαλειφθεί όσο το δυνατό νωρίτερα. Όταν ο εκπαιδευτής πάρει τη φωτογραφία, ανταμείβει άμεσα το παιδί και κάνει ένα κατάλληλο σχόλιο για το αντικείμενο (π.χ. το αποκαλεί με το όνομά του), (Καλύβα, 2005).

▪ **2^ο Στάδιο:**

Όταν το παιδί είναι σε θέση να διεξάγει μια συναλλαγή φωτογραφιών με αξιοπιστία, η εκπαίδευση μεταβάλλεται για να προάγει τον αυθορμητισμό -την επιμονή και τη γενίκευση. Το παιδί διδάσκεται να διανύει μεγαλύτερες αποστάσεις προκειμένου να φτάσει στο σύντροφό του, να πάει πιο μακριά για να φτάσει τη φωτογραφία και να ζητήσει διαφορετικούς ενισχυτές σε διαφορετικά περιβάλλοντα (π.χ. διάφορα δωμάτια και πλαίσια) με διαφορετικούς ανθρώπους (Καλύβα, 2005).

▪ **3^ο Στάδιο:**

Η τρίτη φάση της εκπαίδευσης αφορά στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τα σύμβολα. Υπάρχουν ορισμένα παιδιά που είναι πάρα πολύ καλά στην οπτική διάκριση και μπορούν να συνταιριάξουν αντικείμενα ή σύμβολα και ορισμένα άλλα παιδιά που πρέπει να μάθουν να κάνουν οπτική διάκριση. Έχει φανεί ότι ακόμα και τα παιδιά που δυσκολεύονται να διακρίνουν ανάμεσα σε διάφορα σύμβολα, έχουν την δυνατότητα να τα χρησιμοποιήσουν μέσα σε ένα δομημένο επικοινωνιακό πλαίσιο (Silverman, 1995). Και πάλι όμως, δεν έχουμε πειστεί ότι ακολουθώντας τις τρεις φάσεις αυτές το παιδί έχει μάθει να επικοινωνεί αυθόρμητα και να ξεκινάει μια αλληλεπίδραση. Συνεχίζει να εξαρτάται είτε από ενισχυτές είτε από ενδείξεις του περιβάλλοντος ότι πρέπει να επικοινωνήσει (Καλύβα, 2005).

▪ 4^ο Στάδιο:

Μετά την κατάκτηση της δυνατότητας διάκρισης ανάμεσα σε σύμβολα, η εκπαίδευση επικεντρώνεται στην ανάπτυξη της δομής μιας πρότασης. Θα χρειαστεί να διδάξουμε στα παιδιά με αυτισμό να ξεκαθαρίσουν εάν δίνουν μια φωτογραφία ως αίτημα ή ως σχόλιο. Πρέπει, επομένως, να τροποποιήσουμε τον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά ζητούν κάτι, διδάσκοντάς τα να χρησιμοποιούν μια απλή πρόταση που αποτελείται από μια εικόνα που αναπαριστά το «θέλω» και μια φωτογραφία του επιθυμητού αντικείμενου. Τοποθετούν και τις δυο εικόνες στη σειρά και τις δίνουν στο άτομο που θα τους ικανοποιήσει το αίτημα. Η εκπαίδευση στην ακολουθία διδάσκει τα παιδιά να ανταποκρίνονται στην απλή ερώτηση «τι θέλεις;». Οι Bondy & Frost (1994) συνιστούν να προσπαθούμε να παρακινούμε τα παιδιά να ζητούν αυθόρμητα το επιθυμητό αντικείμενο, χωρίς ωστόσο να προσδιορίζουν με ποιο τρόπο μπορεί να γίνει αυτό. Ωστόσο, το παιδί μαθαίνει απλώς να εκτελεί μηχανικά μια πράξη για να πάρει ότι επιθυμεί, χωρίς να έχει καταλάβει το νόημα της επικοινωνίας (Καλύβα, 2005).

▪ 5^ο Στάδιο:

Εν συνεχεία το παιδί μαθαίνει να χρίζει πιο περίπλοκες προτάσεις. Σε αυτό το στάδιο της εκπαίδευσης μπορούν να προστεθούν και άλλοι προσδιορισμοί (π.χ. μέγεθος, ποσότητα, τοποθεσία, σχετική θέση κ.α.). Αντί να ζητάμε από το παιδί να αγγίξει κάτι ή να μας δείξει κάτι, π.χ. «δείξε μου το μεγάλο κουτί», μπορούμε να το κινητοποιήσουμε να μας δείξει κάτι που θέλει, π.χ. «θέλω το μεγάλο κομμάτι σοκολάτας», εφόσον στη τελευταία περίπτωση η ανταμοιβή είναι άμεση (Καλύβα, 2005).

▪ 6^ο Στάδιο:

Όταν ο λόγος του παιδιού γίνεται πιο περίπλοκος, ξεκινά η εκπαίδευση στην επικοινωνιακή λειτουργία. Τοποθετούμε μπροστά στο παιδί κάποιο αντικείμενο που είναι ελκυστικό ή ενδιαφέρον και το ρωτάμε τι βλέπει. Προσθέτουμε στο βιβλίο του PECS ένα εικονίδιο που αναπαριστά το ρήμα «βλέπω» και μαθαίνουμε το παιδί να σχηματίσει την πρόταση «βλέπω ένα μπισκότο». Επειδή ο στόχος είναι να αναπτύξει αυθόρμητο λόγο, πρέπει να εξασθενίσουμε σταδιακά την ερώτηση «τι

βλέπεις;» ή άλλες έμμεσες προτροπές (π.χ. «αχ, κοίταξε»), (Καλύβα, 2005).

Επομένως, οι Bondy & Frost (1994) υποστηρίζουν ότι το PECS μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερα αποτελεσματικό εάν συνδυαστεί κατάλληλα με στοιχεία της εφαρμοσμένης ανάλυσης της συμπεριφοράς (ABA), πιστοποιώντας ουσιαστικά ότι δεν αποτελεί θεραπεία του αυτισμού και ότι δεν μπορεί να σταθεί αυτόνομα. Χρησιμοποιείται συνήθως συμπληρωματικά με άλλα εκπαιδευτικά προγράμματα, όπως το TEACCH που χρησιμοποιεί εικόνες εδώ και πάρα πολλά χρόνια για να βοηθήσει τα παιδιά που δεν έχουν λόγο και αποτέλεσε ουσιαστικά το εφαλτήριο για την ανάπτυξη του PECS (Καλύβα, 2005).

Συμπερασματικά, πρόκειται για ένα αποτελεσματικό και εύχρηστο εναλλακτικό σύστημα επικοινωνίας που μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμο σε ειδικούς, που δεν έχουν γνώσεις σχετικές με την ανάπτυξη της προ-λεκτικής επικοινωνίας. Αφού, όμως, αναπτυχθεί η επικοινωνία και η κοινωνική αλληλεπίδραση και εμφανιστεί η προφορική ομιλία, στη συνέχεια, στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί κάποιο γλωσσικό πρόγραμμα για την εξέλιξή της (Βογινδρούκας & Sherratt, 2008).

3.8.3. ΝΟΗΜΑΤΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ

Εκτός από το PECS, ένα ακόμα διαδομένο εναλλακτικό σύστημα επικοινωνίας είναι η νοηματική γλώσσα που χρησιμοποιείται κυρίως για την επικοινωνία ατόμων που δεν έχουν λόγο. Όταν βοηθάμε τα παιδιά με αυτισμό να μάθουν να ζητάνε κάτι με νοήματα δεν τα μαθαίνουμε να επικοινωνούν. Επομένως, η εκπαίδευση στη χρήση μερικών νοημάτων δεν αρκεί για να βελτιωθεί θεαματικά και μόνιμα η συμπεριφορά του παιδιού με αυτισμό, εφόσον δεν έχει μάθει να επικοινωνεί ουσιαστικά και αποτελεσματικά (Καλύβα, 2005).

Η χρήση νευμάτων ως σύστημα επικοινωνίας έχει μερικά δυνατά αλλά και μερικά αδύνατα σημεία. Ένα από τα δυνατά της σημεία είναι το γεγονός ότι, κατά τα πρωταρχικά στάδια επικοινωνίας, τα νοήματα

μπορούν να σχηματίζονται από γονέα ή δάσκαλο και να συνδυάζονται με την κατάλληλη ανταμοιβή (Quill, 2000).

Όμως, η χρήση των νοημάτων μπορεί να τα βοηθήσει να καταλάβουν την σπουδαιότητα της επικοινωνίας. Συνδυάζοντας το νεύμα με το αντικείμενο ή την ενέργεια, το παιδί διδάσκεται ένα πρώτο βήμα επικοινωνίας. Αυτό ερμηνεύεται από το παιδί ως εξής: « Αν κάνω αυτό το νεύμα, τότε θα αποσπάσω αυτό το αντικείμενο ή αυτή την ενέργεια» (Quill, 2000).

Τα νεύματα είναι, επίσης, αρκετά ευέλικτα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε οποιαδήποτε στιγμή. Μπορούν να εκφράσουν ταχύτητα τι θέλει το παιδί και πολύ εύκολα μπορούν να συνδεθούν για να αποτελέσουν πρόταση. Το νεύμα για το ρήμα «πίνω», για παράδειγμα, γίνεται κάνοντας με το χέρι ένα σχήμα σα να κρατάμε κάποιο φλιτζάνι, φέρνοντάς το στα χείλη. Έτσι το νεύμα συνδέεται ακριβώς με το αντικείμενο ή την ενέργεια που επιθυμεί το παιδί. Αυτή η εικονικότητα των νευμάτων φαίνεται ότι βοηθά το παιδί στην επεξεργασία της μάθησης (Konstantareas, Webster & Oxman, 1980).

Το ενδιαφέρον που συνήθως εκφράζεται από γονείς και δασκάλους, όσο αφορά στη χρήση νευμάτων και άλλων επαυξητικών συστημάτων, είναι το κατά πόσο το παιδί τους θα μάθει να μιλάει αν αυτό χρησιμοποιεί νεύματα. Πράγματι έρευνες δείχνουν καθαρά ότι το να μάθει να επικοινωνεί αρχικά με νεύματα οδηγεί στον προφορικό λόγο, εφόσον το παιδί έχει μάθει σχεδόν 200 νεύματα και αρχίζει να συνδέει δυο ή περισσότερα νεύματα μαζί (Konstantareas et al., 1980; Carr & Dores, 1981; Layton & Baker, 1981; Layton, 1988; Yoder & Layton, 1989). Πρέπει όμως να διευκρινιστεί ότι ακόμη και μετά από εντατική εκπαίδευση με νεύματα, σημαντικός αριθμός μη λεκτικών παιδιών συνεχίζουν να μη μιλούν και να εμπεδώνουν ελάχιστα μόνο χρήσιμα νεύματα (Layton, 1983, 1988).

3.8.4. ΣΥΣΤΗΜΑ REBUS

Τα Rebus σύμβολα επινοήθηκαν για πρώτη φορά ως μέρος του προγράμματος Peabody Rebus Reading στη Βόρεια Αμερική την δεκαετία του 1960, ως τεχνικές για την διδασκαλία της ανάγνωσης σε μικρά παιδιά. Κάθε σύμβολο Rebus είναι μια εικόνα που αναπαριστά την έννοια που απεικονίζεται ή μια συλλαβή ή μια λέξη που έχει την ίδια προφορά με την απεικονιζόμενη λέξη (Κουρουπέτρογλου & Λιάλου, 2002).

Επιπρόσθετα, η μέθοδος αυτή εξελίχθηκε και προσαρμόστηκε για την διδασκαλία της ανάγνωσης σε παιδιά με δυσκολίες επικοινωνίας. Τα σύμβολα αριθμούν ένα σύνολο 800-950 ασπρόμαυρων εικόνων που σε συνδυασμό αναπαριστούν πάνω από 2000 λέξεις. Πλήθος αρκετά μεγάλο και κοντά στο καθημερινό λεξιλόγιο των ατόμων χωρίς προβλήματα επικοινωνίας (Κουρουπέτρογλου & Λιάλου, 2002).

Τα σύμβολα άλλοτε αναπαριστούν με σαφήνεια τις λέξεις ή έννοιες και άλλοτε είναι αφηρημένα όταν αναπαριστούν αφηρημένες έννοιες. Δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες δυσκολίες στην εκμάθηση, ειδικά όταν ακολουθείτε σταδιακά γνωριμία με αυτά και σταδιακή αντικατάσταση των εικονικών συμβόλων από γράμματα και συλλαβές (Κουρουπέτρογλου & Λιάλου, 2002).

Αν και για το σύστημα αυτό δεν υπάρχουν σαφείς αναφορές σε συντακτικό ή γραμματική, εν τούτοις εισάγει στο χάρτη τις έννοιες των συλλαβών και γραμμάτων της παραδοσιακής γραφής και αντιστοιχίας της με τον προφορικό λόγο. Για το λόγο αυτό μπορεί να θεωρηθεί ένα ενδιάμεσο στάδιο ανάμεσα σε μη φωνολογικά και φωνολογικά συστήματα (Κουρουπέτρογλου & Λιάλου, 2002).

Τέλος, οι χρήστες μαθαίνουν να συνδυάζουν με τα εικονικά σύμβολα και μετά την απομάκρυνση των εικόνων συμβόλων, μαθαίνουν ανάγνωση αλλά και την ηχητική των λέξεων. Τα σύμβολα Rebus συνδυάστηκαν με το λεξιλόγιο ΜΑΚΑΤΟΝ σε ενιαία συστήματα (Κουρουπέτρογλου & Λιάλου, 2002).

3.8.5. ΣΥΣΤΗΜΑ BLISS

Το σύστημα Bliss δεν κατασκευάστηκε αρχικά με στόχο να παρέχει βοήθεια σε άτομα με προβλήματα επικοινωνίας. Ο δημιουργός του Charles Bliss ονειρευόταν να πραγματοποιήσει το αρχέγονο όνειρο της ανθρωπότητας για μια κοινή, διεθνή παγκόσμια γλώσσα. Ο Bliss δεν φανταζόταν ότι τα σύμβολά του κάποτε θα χρησιμοποιούνταν για την επικοινωνία ανθρώπων με αναπηρία, συμπεριλαμβανομένων και πολλών που είχαν χαμηλό νοητικό επίπεδο. Έπρεπε λοιπόν, να γίνουν προσθήσεις και προσαρμογές στο σύστημα, ώστε να είναι πιο εύχρηστο για τα παιδιά αυτά, για αυτό και δημιουργήθηκαν νέα σύμβολα (Κουρουπέτρογλου, 2000).

Πριν αρχίσει η διδασκαλία του Bliss στο παιδί θα πρέπει να υπάρξει μια εκπαίδευση στα άτομα που έχουν στενή σχέση μαζί του και έρχονται συχνά σε επαφή με αυτό. Πιο συγκεκριμένα, τα σύμβολα Bliss σχηματίζονται από 9 βασικά γεωμετρικά σχήματα γραμμών και ημικυκλίων, τα οποία συνδέονται και μας δίνουν 100 περίπου βασικά σύμβολα. Το μέγεθος και η θέση τους δημιουργούν κάθε φορά και διαφορετικό νόημα και κάθε σύμβολο συνοδεύεται από λεζάντα της λέξης που αναπαριστά (Κουρουπέτρογλου, 2000).

Τα βασικά σύμβολα και οι συνδυασμοί τους δημιουργούν ένα λεξικό τουλάχιστον 2000 εννοιών, στο οποίο ετησίως προστίθενται νέες έννοιες. Με στόχο τα σύμβολα να γίνουν ευκολότερα αναγνωρίσιμα και κατανοητά, επιτρέπεται η «εικαστική παρέμβαση» από το δάσκαλο με γραμμές ή χρώματα, αν αυτό είναι βοηθητικό για το χρήστη (Κουρουπέτρογλου, 2000).

Αρχικά, το σύστημα κατασκευάστηκε για τη χρήση σε παιδιά με φυσικές αναπηρίες για ανικανότητα ομιλίας συνήθως με δυσκολίες εκμάθησης ανάγνωσης και γραφής ή σε παιδιά με εγκεφαλική παράλυση. Η χρήση του πλέον έχει γενικευτεί σε όλες τις κατηγορίες ατόμων με δυσκολίες στην επικοινωνία, όχι όμως πάντα με επιτυχία (Κουρουπέτρογλου, 2000).

Συμπερασματικά, το σύστημα Bliss θεωρείται πλήρες γλωσσικό σύστημα και η παρουσία συντακτικών και γραμματικών κανόνων και στοιχείων το καθιστούν βοήθημα για τη διδασκαλία της ανάγνωσης. Τέλος, το σύστημα αυτό τυχαίνει ευρείας αναγνώρισης και η συστηματοποιημένη διάδοσή του γίνεται από τη Blissymbolics Communication International (BCI), (Κουρουπέτρογλου, 2000).

3.8.6. ΕΠΑΥΞΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ(ΕΕΕ)

Η Αμερικανική Ομοσπονδία Λόγου-Γλώσσας-Ακοής ορίζει την Εναλλακτική Επαυξητική Επικοινωνία-ΕΕΕ (Alternative Augmentative Communication-AAC) ως έναν τομέα κλινικής πρακτικής, που επιχειρεί να αντισταθμίσει (προσωρινά ή μόνιμα) την αναπηρία ατόμων με βαριές εκφραστικές επικοινωνιακές διαταραχές (American Speech-Language-Hearing Association, 1989).

Οι στρατηγικές ΕΕΕ ενδέχεται να παρέχουν μια βιώσιμη ευκαιρία για να βοηθήσουν τα παιδιά που παρουσιάζουν ηχολαλία να επικοινωνούν με πιο συμβατικούς τρόπους. Αρχικά, για τα παιδιά που παράγουν σοβαρές μη συμβατικές λεκτικές συμπεριφορές με μικρή ένδειξη επικοινωνιακού σκοπού (π.χ. μη επικεντρωμένα ή πολύ έμμονα ηχητικά πρότυπα), ενδέχεται οι μη λεκτικές στρατηγικές της ΕΕΕ να εξυπηρετούν σαν επαρκή και συμβατικά εναλλακτικά μέσα επικοινωνίας και ταυτόχρονα να ελαττώνουν αυτά τα ηχητικά πρότυπα και να αντικαθιστούν προκλητικές λεκτικές συμπεριφορές (Quill, 2000).

Οι μη λεκτικές στρατηγικές της ΕΕΕ ενδέχεται να χρησιμοποιούνται, επίσης, σε συνδυασμό με λειτουργική ηχολαλία για να αναπτυχθεί μια πιο κατανοητή, γενικής επικοινωνίας, προσέγγιση, χρησιμοποιώντας συγχρόνως τόσο λεκτικά, όσο και μη λεκτικά μέσα. Τελικά, οι στρατηγικές της ΕΕΕ ενδέχεται να χρησιμεύουν στην απόκτηση προφορικής γλώσσας με το να βοηθούν μικρά παιδιά να μεταβαίνουν από μη λεκτικά σε λεκτικά συστήματα (συμπεριλαμβανομένης της ηχολαλίας), ή με το να βοηθούν μερικά παιδιά στη μετάβασή τους από ηχολαλικά στάδια σε στάδια παραγωγικής

γλώσσας. Αυτό το τελευταίο θέμα είναι πολύ ενδιαφέρον, αλλά δεν έχει ακόμη μελετηθεί (Quill, 2000).

3.8.7. ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ/ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΟΜΕΝΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η υποβοηθούμενη επικοινωνία είναι μια τεχνική μέσω της οποίας ένα αυτιστικό ή νοητικά καθυστερημένο παιδί με κάποιου βαθμού λόγο στηρίζεται στην επικοινωνία του από το δάσκαλο, που το βοηθά να διαλέξει γράμματα σε έναν υπολογιστή ή πίνακα γραμμάτων. Ορισμένοι παράγοντες έχουν καταφέρει να αφυπνίσουν το λόγο των παιδιών για την παραγωγή μηνυμάτων, τα οποία καταδεικνύουν την ικανότητα του παιδιού να διαβάσει και να γράψει, να κάνει μαθηματικούς υπολογισμούς και να εκφράσει συναισθήματα ή ακόμα και να γράψει ποιήματα (Sadock & Sadock, 2009).

Οι εμπνευστές της υποβοηθούμενης επικοινωνίας έκριναν ότι είναι κατάλληλη για εφαρμογή σε άτομα που έχουν ελάχιστο ή ανύπαρκτο λειτουργικό λόγο, δεν διαθέτουν κάποια αποτελεσματική εναλλακτική στρατηγική επικοινωνίας, δεν μπορούν να μάθουν εύκολα νοηματική γλώσσα ή δεξιότητες γραφής, δυσκολεύονται να επιλέξουν ξεκάθαρα και χωρίς δισταγμό ανάμεσα σε αντικείμενα που τους προτείνονται και δεν έχουν άμεση ή έμμεση δυνατότητα πρόσβασης σε άλλα επικοινωνιακά βοηθήματα (Mulick, Jacobson & Kobe, 1993).

Συγκεκριμένα, λοιπόν, η υποβοηθούμενη επικοινωνία είναι μια προσέγγιση που χρησιμοποιεί ένα επικοινωνιακό βοήθημα (συνήθως ένα πληκτρολόγιο) προκειμένου να υποστηρίξει ένα άτομο που έχει ένα σοβαρό πρόβλημα επικοινωνίας (Sadock & Sadock, 2009).

Η εκπαίδευση στη διευκολυνόμενη επικοινωνία είναι μια στρατηγική που επιτρέπει σε άτομα με σοβαρά επικοινωνιακά προβλήματα να χρησιμοποιήσουν επικοινωνιακά βοηθήματα με τα χέρια τους. Στην εκπαίδευση παράσταται και ένας σύντροφος επικοινωνίας που βοηθάει και διευκολύνει το χρήστη να ξεπεράσει νευρολογικά και κινητικά προβλήματα, όπως η παρορμητικότητα και ο ανεπαρκής συντονισμός ματιού-χεριού και να μπορέσει να δείχνει αποτελεσματικά.

Ο άμεσος στόχος είναι να μπορέσει ο χρήστης να κάνει επιλογές και να αρχίσει να επικοινωνεί με ένα πρωτόγνωρο και αποτελεσματικό τρόπο. Ενθαρρύνεται η εξάσκηση σε ένα πίνακα με εικόνες, σε ένα συνθεσάιζερ ήχου ή σε ένα πληκτρολόγιο που μπορεί να αυξήσει τις σωματικές ικανότητες και την αυτοπεποίθηση του χρήστη και να μειώσει την εξάρτησή του από τον υποστηρικτή (Sadock & Sadock, 2009).

Είναι απαραίτητο να διαχωρίσουμε τη υποβοηθούμενη επικοινωνία από άλλες μεθόδους αυξητικής και εναλλακτικής επικοινωνίας- όπου τα άτομα με αναπηρίες χειρίζονται ανεξάρτητα διάφορα πληκτρολόγια για να επικοινωνήσουν και επομένως δεν αμφισβητείται επιστημονικά η αξιοπιστία και η αποτελεσματικότητά τους. Τα άτομα με αυτισμό μοιάζουν να απολαμβάνουν συχνά την αλληλεπίδραση με έναν ηλεκτρονικό υπολογιστή, επειδή τα ερεθίσματα που λαμβάνουν είναι σταθερά και μπορούν να τα ελέγξουν (Jacobson, Mulick & Schwartz, 1995).

Έχουν γίνει πολλές έρευνες για την εξακρίβωση της αποτελεσματικότητας της μεθόδου της διευκολυνόμενης επικοινωνίας και το συμπέρασμα που μπορεί να εξαχθεί είναι ότι αυτή η τεχνική δεν αποτελεί θεραπεία για τον αυτισμό, αλλά μπορεί να είναι μια σημαντική επιλογή επικοινωνίας για ορισμένα παιδιά με αυτισμό (Duchan, 1993).

3.9. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ-ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Προγράμματα όπως η εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς (Applied Behavior Analysis- ABA), η μέθοδος LOVAAS και η μέθοδος TEACCH κάνουν ορισμένες προτάσεις για τον τρόπο με τον οποίο μπορούμε να ενισχύσουμε την επικοινωνία και τη γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών με αυτισμό, καθώς και την τροποποίηση της συμπεριφοράς τους. Ακόμη, η συμπεριφορική-γνωστική προσέγγιση και η μέθοδος Miller αποτελούν επιπρόσθετες τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς των ατόμων με αυτισμό (Καλύβα, 2005).

3.9.1. ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (Applied Behavior Analysis- ABA)

Ο Simpson (2011) επισημαίνει ότι επειδή ο αυτισμός είναι μια μοναδική διαταραχή που εκδηλώνεται με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμοι τρόποι αντιμετώπισης του (Olley & Gutentag, 1999). Η εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς (ABA) βασίζεται στην ακριβή ερμηνεία της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα σε ορισμένα γεγονότα ή καταστάσεις (ερέθισμα) και στις συνέπειες που έχουν για το παιδί με αυτισμό (αντίδραση). Η σχέση αυτή αναλύεται και οι πληροφορίες που συλλέγονται χρησιμοποιούνται για το σχεδιασμό ενός συστηματικού προγράμματος που στοχεύει στην αλλαγή της συμπεριφοράς του παιδιού και στην εκμάθηση νέων χρήσιμων δεξιοτήτων (Alberto & Troutman, 1999).

Στη μεθοδολογία της εφαρμοσμένης ανάλυσης της συμπεριφοράς (ABA) συστήνεται η χρήση της ως εκπαιδευτική βάση για την διδασκαλία παιδιών με αυτισμό. Μια σημαντική συνεισφορά της μεθόδου αυτής είναι ο μεγάλος αριθμός παρεμβάσεων που αντλήθηκαν από τις διαδικασίες της, τα τελευταία 50 χρόνια. Το θεμέλιο των συμπεριφορικών αρχών που τοποθετήθηκε από την μέθοδο ABA περιλαμβάνει τα εξής: συστηματική ανάλυση εργασιών, γενικευμένες τεχνικές για τον χτίσιμο νέων δεξιοτήτων μέσω της προώθησης, σχηματοποίηση, αλυσιδωτή αντίδραση, ξεθώριασμα, καθώς και στρατηγικές διαχείρισης του εαυτού (Schreibman, 2000; Green, 2001).

Στα πλαίσια εφαρμογής της μεθόδου ABA, χρησιμοποιείται το πρόγραμμα STAR (Strategies for Teaching based on Autism Research) που περιλαμβάνει τις παρακάτω τρεις πρωταρχικές εκπαιδευτικές τεχνικές: την Διακριτή Δοκιμασία Εκπαίδευσης (Discrete Trial Training-DTT), το Πρόγραμμα Πιλοτικής Εκπαίδευσης (Pivotal Response Training-PRT) και τις Τακτικές Λειτουργικής Εκπαίδευσης (Teaching Functional Routines-TFR), (Schwartz, 2009).

Το πρόγραμμα STAR (Strategies for Teaching based on Autism Research)

Οι Arick, Loos & Falco (2004) προκειμένου να παρέχουν υπηρεσίες συμβουλευτικής σε πολλά προγράμματα σε παιδιά με αυτισμό, ανέπτυξαν ένα πρόγραμμα κατάλληλο για μικρά παιδιά με αυτισμό, το οποίο ονομάζεται STAR (Strategies for Teaching based on Autism Research). Πολλές από τις εκπαιδευτικές διαδικασίες του προγράμματος, έχουν χρησιμοποιηθεί σε πάνω από 100 παιδιά στο Oregon κάτω από την επίβλεψη των δημιουργών του. Παιδιά που συμμετείχαν στο πρόγραμμα του STAR κατά μέσο όρο επέδειξαν θεαματικές επιδόσεις, καθώς η λειτουργική τους επικοινωνία και οι κοινωνικές τους δεξιότητες αυξήθηκαν.

▪ Διακριτή Δοκιμασία Εκπαίδευσης (Discrete Trial Training- DTT)

Πιο συγκεκριμένα λοιπόν, το DTT αποτελεί προσέγγιση του προγράμματος STAR που χρησιμοποιεί αρχές του ABA. Το DTT ξεκινάει με μια εκτίμηση των παρόντων δεξιοτήτων και αναγκών κάθε εκπαιδευόμενου με την παρατήρησή του σε διάφορες καταστάσεις. Κάθε δεξιότητα που επιλέγεται για διδασκαλία είναι προσδιορισμένη σε ξεκάθαρα πλαίσια και διαιρείται στα μέρη της (Krug, 1981; Arick, Loos, Falco & Krug, 2004). Αυτή η στρατηγική γενικά περιλαμβάνει μια αναλογία εκπαιδευτικών και εκπαιδευόμενων ένα προς ένα, για να εξασφαλίσει την ακρίβεια του προγράμματος και να μεγιστοποιήσει την προσοχή του μαθητή (Arick & Falco, 1989; Krantz et al., 1993).

Οι διαδικασίες του εξατομικευμένου DTT που έχουν αναπτυχθεί με τα χρόνια, έχουν αποδειχθεί εξαιρετικά αποτελεσματικές με τα παιδιά με αυτισμό. Το DTT είναι αποτελεσματικό για την διδασκαλία πολλών δεξιοτήτων και πιθανότατα είναι η καλύτερη τρέχουσα μέθοδος για την διδασκαλία ακαδημαϊκών και αντιληπτικών γλωσσικών δεξιοτήτων (Arick & Falco, 1989; Krantz et al., 1993).

▪ Πρόγραμμα Πιλοτικής Εκπαίδευσης (Pivotal Response Training- PRT)

Η Πιλοτική Εκπαίδευση Ανταπόκρισης είναι μια συμπεριφορική μέθοδος που χρησιμοποιείται στο πρόγραμμα «STAR» και επιδεικνύει

την ανάγκη για το παιδί να μάθει να απαντά με έναν πιο φυσικό τρόπο με επίκεντρο το ίδιο. Οι συγκεκριμένες πιλοτικές απαντήσεις που τίθενται ως στόχοι είναι τα κίνητρα και η ανταπόκριση σε πολλαπλά πλαίσια. Μερικοί υποστηρίζουν πως αυτή η τεχνική είναι αποτελεσματική στην αύξηση και βελτίωση της αυθόρμητης εκφραστικής γλώσσας και βοηθάει στην διατήρηση αυτής της δεξιότητας (Koegel et al., 1987; Laski, Charlop & Schreibman, 1988).

Οι δοκιμασίες που περιλαμβάνει το PRT κατευθύνονται από το παιδί και οι δάσκαλοι δουλεύουν με τις δραστηριότητες που έχει εκείνο, καθώς επίσης ενθαρρύνονται και οι αυθόρμητες πράξεις. Επιπλέον, η μέθοδος αυτή έχει αποδειχθεί αποτελεσματική για τη διδασκαλία λειτουργικών και συμβολικών δεξιοτήτων παιχνιδιού (Thorpe, Stahmer & Schreibman, 1995). Επομένως, το PRT αναπαριστά μια εξαιρετικά δυναμική προσέγγιση στη διδασκαλία κοινωνικών δεξιοτήτων σε άτομα με αυτισμό (Koegel et al., 1989).

- **Διδασκαλία μέσα σε λειτουργικές τακτικές (Teaching within Functional Routines-TFR)**

Οι λειτουργικές τεχνικές μπορούν να διαμοιραστούν μέσα στην ημέρα για κάθε παιδί σε όλα τα επίπεδα. Οι τακτικές ενδεχομένως να περιλαμβάνουν την επιστροφή, την μεταφορά, την ώρα του φαγητού, την χρήση της τουαλέτας και ρουτίνες όπως, η παιδική χαρά ή οι βόλτες. Κάθε ρουτίνα-τακτική θα πρέπει να την χωρίσουμε σε μικρά βήματα, το καθένα από τα οποία μπορεί να διδαχτεί χρησιμοποιώντας την καταλληλότερη συμπεριφορική μέθοδο. Καθεμία από αυτές τις ρουτίνες θα διδαχτεί μέσα από το πλαίσιο της αναπαράστασης της ρουτίνας, βοηθώντας τα παιδιά να στηριχτούν τελικά σε φυσικά συνθήματα και ενισχυτές, για να διατηρήσουν την συμπεριφορά τους (Schwartz, 2009).

Πολλοί επιστήμονες και θεραπευτές που έχουν ασχοληθεί και εφαρμόσει την μέθοδο αυτή σε παιδιά με αυτισμό, πιστεύουν ότι είναι αποτελεσματική όταν εφαρμόζεται σωστά και προσαρμόζεται στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες κάθε παιδιού, αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα τις ανεπάρκειές της. Δεν αποτελεί, ωστόσο, τη μοναδική θεραπευτική προσέγγιση του αυτισμού, εφόσον δεν μπορεί να αντιμετωπίσει

αποτελεσματικά όλα τα συμπτώματα που εκδηλώνουν τα παιδιά με αυτισμό (Schwartz, 2009).

Επιπλέον, πρέπει να επισημάνουμε ότι όταν τα παιδιά με αυτισμό είναι μικρά και ξεκινάνε μια θεραπεία βασισμένη στο μοντέλο της εφαρμοσμένης ανάλυσης της συμπεριφοράς (ABA), τότε έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν σημαντική και ευρύτερη βελτίωση σε πολλούς τομείς που προσεγγίζει τη φυσιολογική λειτουργικότητα (Schreibman, 2000). Η βελτίωση οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι παρακολουθούν μια παρέμβαση σε καθημερινή περίπου βάση και ότι υπάρχει ένας ενήλικας που ασχολείται αποκλειστικά μαζί τους (Καλύβα, 2005).

Η εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς (ABA) έχει αποδειχτεί μέσα από πολυάριθμες επιστημονικά αποδεκτές μελέτες ότι μπορεί να αντιμετωπίσει με επιτυχία ορισμένα από τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα παιδιά με αυτισμό. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν και ορισμένες αδυναμίες που έχουν επισημανθεί και πρέπει να ξεπεραστούν για να βελτιωθεί ακόμα περισσότερο η εν λόγω μέθοδος. Οι έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα της εφαρμοσμένης ανάλυσης της συμπεριφοράς (ABA) είναι εκτεταμένες και έχουν συνεισφέρει σημαντικά στην ανάπτυξη πολλών εκπαιδευτικών τεχνικών, που έχουν χρησιμοποιηθεί σε άτομα με αυτισμό, είτε στο σπίτι, είτε στο σχολείο. Η πιο σημαντική συνεισφορά της προσέγγισης αυτής είναι η συνειδητοποίηση ότι, όσο νωρίτερα αρχίσει το παιδί με αυτισμό να παρακολουθεί μια παρέμβαση, τόσες περισσότερες πιθανότητες έχει να αναπληρώσει ορισμένα αναπτυξιακά κενά και να μπορέσει να ενταχθεί στο οικογενειακό, σχολικό και ευρύτερο κοινωνικό του πλαίσιο (Καλύβα, 2005).

3.9.1.1. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΩΙΜΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ LOVAAS

Το πιο δημοφιλές πρόγραμμα εφαρμοσμένης ανάλυσης της συμπεριφοράς (ABA) ξεκίνησε από τον Lovaas (1970) με στόχο τη βελτίωση της λειτουργικότητας μικρών παιδιών με αυτισμό μέσω της χρήσης ενός εντατικού και εξαιρετικά δομημένου προγράμματος

συμπεριφοράς, που εφαρμόζεται από ένα εκπαιδευμένο και κατάλληλα καταρτισμένο άτομο (Καλύβα, 2005).

Στα τέλη της δεκαετίας του 1960 και του 1970, ο Lovaas (1977) δούλεψε με ιδρυματοποιημένα παιδιά που είχαν αυτισμό. Επιχείρησε λοιπόν να βελτιώσει τη λεκτική τους επικοινωνία, χρησιμοποιώντας τις στρατηγικές της εφαρμοσμένης ανάλυσης της συμπεριφοράς (ΑΒΑ). Παρατήρησε, ωστόσο, ότι τα παιδιά που γύρισαν στις οικογένειές τους είχαν καλύτερη εξέλιξη, επειδή οι οικογένειές τους ενδιαφέρθηκαν να εφαρμόσουν το πρόγραμμα στο σπίτι, για να βοηθήσουν τα παιδιά τους. Κατάλαβε λοιπόν ότι η συμβολή των γονέων στην εκπαιδευτική διαδικασία είναι ζωτικής σημασίας (Καλύβα, 2005).

Πιο συγκεκριμένα, λοιπόν, η επιτυχία του προγράμματος του Lovaas ερμηνεύεται με βάση τις αρχές, στις οποίες στηρίχθηκε:

- ✓ Διάγνωση στο 1^ο ή στις αρχές του 2^{ου} έτους (όχι αργότερα).
- ✓ Έναρξη της θεραπείας ΑΜΕΣΩΣ μετά από επιτυχή διάγνωση.
- ✓ Συστηματική χρήση τεχνικών και μεθόδων θεραπείας συμπεριφοράς.
- ✓ Άσκηση γονέων: μετάδοση σε αυτούς βασικών γνώσεων για τον αυτισμό, ενημέρωση πάνω στις ίδιες μεθόδους (οι τρόποι εργασίας των γονέων να είναι συμβατοί με αυτούς που εφαρμόζουν οι θεραπευτές).
- ✓ Θεραπεία στο φυσικό περιβάλλον του παιδιού.
- ✓ Εντατική θεραπεία (όσο το δυνατό περισσότερο χρόνο, όσο χρόνο δεν κοιμάται το παιδί).
- ✓ Συζήτηση γύρω από τους στόχους, καθορισμός θεραπειών, επίβλεψη, κανονική εξέταση της θεραπευτικής πορείας από ομάδα ειδικών.

(Κυπριωτάκης, 2003)

Ειδικότερα, η βασική αρχή της μεθόδου Lovaas είναι ότι το παιδί διδάσκεται, με συνεχή επανάληψη για να μιμηθεί μια πράξη (π.χ. να βάλει ένα τουβλάκι στο κουτί), έπειτα από εντολή: «Κάνε αυτό». Η μίμηση τότε επεκτείνεται σε άλλες δεξιότητες και στη συμπεριφορά, συμπεριλαμβανομένης και της γλώσσας (Lovaas, 1987). Η στρατηγική

της μίμησης θα είναι αποτελεσματική μόνο όταν ο ειδικός έχει ήδη κερδίσει την προσοχή του παιδιού και φυσικά αν δεν υπάρχουν άλλα στοιχεία που να αποσπούν την προσοχή του (Pring, 2005).

Το πρόγραμμα παρέμβασης ξεκινάει από τη διδασκαλία βασικών δεξιοτήτων λόγου και αυτό-εξυπηρέτησης και προχωράει σταδιακά στη διδασκαλία μη λεκτικών και λεκτικών δεξιοτήτων μίμησης και στην εδραίωση της απαρχής της ενασχόλησης με παιχνίδια. Μόλις το παιδί κατακτήσει τις βασικές δεξιότητες, περνάει στο δεύτερο στάδιο, όπου μαθαίνει να εκφράζεται είτε λεκτικά, είτε μέσα από κάρτες και εικόνες, ανάλογα με το επίπεδό του και να παίζει αλληλεπιδρώντας με τους συνομηλίκους του. Τα πρώτα μαθήματα γίνονται πάντα στο ίδιο πλαίσιο, επειδή τα παιδιά με αυτισμό αντιμετωπίζουν προβλήματα γενίκευσης, αλλά καθώς προχωράει η παρέμβαση μπορούν να διδαχτούν και στο σπίτι και στο σχολείο (Καλύβα, 2005).

Η τροποποίηση της συμπεριφοράς βασίζεται στη πεποίθηση ότι η ανταμοιβή αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης μιας θετικής συμπεριφοράς, ενώ η τιμωρία και η στέρηση δικαιωμάτων μειώνουν την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς που δεν είναι αποδεκτή. Το μοντέλο Lovaas δίνει μεγαλύτερη έμφαση στις διαδικασίες θετικής ενίσχυσης της συμπεριφοράς (Καλύβα, 2005).

Ο Lovaas και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν ότι ακόμα και όταν μερικά παιδιά δεν ανακτούν την φυσιολογική τους λειτουργικότητα, μειώνεται συνήθως η ανάρμοστη συμπεριφορά και επιτυγχάνεται η απόκτηση του βασικού λόγου. Το πρόγραμμα έχει σχεδιαστεί για να εφαρμόζεται όλες τις ώρες κατά τις οποίες το παιδί είναι ξύπνιο (κάτι που μπορεί να είναι σωματικά, ψυχολογικά και οικονομικά δυσβάσταχτο) και η ανάμιξη της οικογένειας θεωρείται κρίσιμη. Η θεραπεία εφαρμόζεται αρχικά στο σπίτι του παιδιού και εν συνεχεία επεκτείνεται στην κοινότητα και στο πλαίσιο του σχολείου (Καλύβα, 2005). Κάθε βδομάδα γίνεται απολογισμός στην ομάδα των ειδικών για τις επιτυχίες, δυσκολίες και αποτυχίες μάθησης και προγραμματίζεται η θεραπευτική εργασία της άλλης βδομάδας. Η θεραπεία διαρκεί τουλάχιστον 2 χρόνια με 40 ώρες την εβδομάδα (Κυπριωτάκης, 2003). Ωστόσο, αν και οι οδηγίες για την εφαρμογή του προγράμματος στο σπίτι είναι αρκετά σαφείς, δεν

παρέχονται επαρκείς οδηγίες για την δυνατότητα ένταξης του παιδιού, αρχικά στο σχολείο και εν συνεχεία στην ευρύτερη κοινότητα (Καλύβα, 2005).

Τέλος, στο πρόγραμμα θεραπείας LOVAAS γίνονται δεκτά μόνο παιδιά με αυτισμό ηλικίας 1-2 ετών. Η κατάσταση που βρίσκονται διαπιστώνεται με διάφορα τεστ πριν από την έναρξη της θεραπείας. Η θεραπεία οργανώνεται ξεχωριστά για κάθε παιδί (εξατομικευμένη θεραπεία) από ομάδα ειδικών για τον αυτισμό με συμμετοχή και των γονέων (Κυπριωτάκης, 2003).

3.9.2. TEACCH

Μια άλλη θεραπευτική προσέγγιση που είναι εξίσου αποτελεσματική με την εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς (ABA) είναι το πρόγραμμα TEACCH. Ένα πρόγραμμα που δημιουργήθηκε από τον Eric Schopler στο Πανεπιστήμιο της Βόρειας Καρολίνας (Schopler & Reicher, 1971) και έχει χρησιμοποιηθεί και εξαπλωθεί σε πολλές χώρες ανά τον κόσμο (Schopler & Mesibov, 2000).

Το TEACCH είναι ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα που ασχολείται με την διάγνωση, την αντιμετώπιση, την επαγγελματική κατάρτιση και τη διαβίωση των ατόμων με αυτισμό (Καλύβα, 2005). Αποτελεί εξαιρετικά διαδεδομένη μέθοδο παρέμβασης σε παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) και είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν στοιχεία από το πρόγραμμα αυτό, που να είναι απαραίτητα μόνο για ένα συγκεκριμένο άτομο (υπάρχει η δυνατότητα εξατομίκευσης). Ίσως για αυτόν τον λόγο να είναι πιο προσαρμοζόμενο και ευέλικτο και για παιδιά με τύφλωση/προβλήματα όρασης (Pring, 2005).

Ο θεμέλιος λίθος του TEACCH είναι η δομημένη διδασκαλία που χρησιμοποιείται συστηματικά για να καταστήσει το περιβάλλον προβλέψιμο και να βοηθήσει το παιδί να το κατανοήσει, καθώς και να λειτουργήσει με περισσότερη ασφάλεια, να αξιοποιήσει και να εξασκήσει τις ικανότητές του. Το πρόγραμμα έχει σχεδιαστεί για να παρέχει δομημένα πλαίσια, όπου τα παιδιά με αυτισμό θα είναι σε θέση να αναπτύξουν τις δεξιότητές τους (Gresham, Beebe-Franknberger & McMillan, 1999).

Το TEACCH έχει σχεδιαστεί όπως αποκαλύπτει και η ονομασία του, για τη διδασκαλία και την εκπαίδευση παιδιών με αυτισμό και άλλες διαταραχές και οι αρχές που το προσδιορίζουν μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Αποσκοπεί στη βελτίωση της προσαρμογής του παιδιού στο κοινωνικό του περίγυρο με την εκπαίδευση και την τροποποίηση του περιβάλλοντος.
- Εδραιώνεται μια σχέση συνεργασίας ανάμεσα στους επαγγελματίες ή τους δασκάλους και τους γονείς.
- Γίνεται μια λεπτομερής αξιολόγηση των δεξιοτήτων του παιδιού με σκοπό να δημιουργηθεί ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα διδασκαλίας.
- Προωθείται η έννοια της δομημένης διδασκαλίας, καθώς τα παιδιά με αυτισμό επωφελούνται περισσότερο από ένα δομημένο εκπαιδευτικό πλαίσιο, επειδή έχουν ανάγκη από προβλεψιμότητα που τους προκαλεί μια αίσθηση ασφάλειας.
- Απώτερος σκοπός είναι η βελτίωση των δεξιοτήτων που έχει ήδη το παιδί, οι οποίες πρέπει να βελτιωθούν και να γίνουν πιο λειτουργικές και κοινωνικά αποδεκτές.
- Χρησιμοποιείται ως βάση η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία: οι εκπαιδευτικές διαδικασίες καθοδηγούνται από τις θεωρίες του γνωστικού και της συμπεριφοράς, που υποστηρίζουν ότι η δύσκολη συμπεριφορά μπορεί να προκύπτει από υποκειμενικά προβλήματα στην αντίληψη και την κατανόηση.
- Εκπαιδεύονται οι επαγγελματίες για να αντιμετωπίσουν ένα εύρος συμπεριφορών: εκπαιδεύονται δηλαδή, για να κατανοούν όλες τις πτυχές της συμπεριφοράς του παιδιού και δεν εξειδικεύονται ως ψυχολόγοι, λογοθεραπευτές κ.α.

(Καλύβα, 2005)

Η βασική φιλοσοφία του TEACCH είναι ότι ο αυτισμός συνιστά μια αναπτυξιακή διαταραχή που μπορεί να αντιμετωπιστεί καλύτερα με μια ψυχο-εκπαιδευτική προσέγγιση που δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη λεπτομερή αξιολόγηση όλων των πτυχών του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Υποστηρίζει επίσης το άτομο με αυτισμό σε όλες τις φάσεις της ανάπτυξής του -από τη νηπιακή ως την ενήλικη ζωή (Καλύβα, 2005).

Σύμφωνα με το TEACCH προτείνονται μερικές δραστηριότητες για να κινητοποιηθεί το παιδί με αυτισμό να επικοινωνήσει, οι οποίες είναι οι εξής:

- Ο θεραπευτής μπορεί να ξεκινήσει μια διασκεδαστική και ευχάριστη δραστηριότητα για το παιδί, την οποία θα επαναλάβει αρκετές φορές. Στη συνέχεια θα σταματήσει να την εκτελεί και θα περιμένει να την ξεκινήσει το παιδί.
- Ο θεραπευτής εμποδίζει το παιδί να πλησιάσει αντικείμενα που επιθυμεί ή να εκτελέσει μια αρεστή δραστηριότητα. Το παιδί στη προσπάθειά του να κάνει αυτό που θέλει, θα επιχειρήσει να επικοινωνήσει την επιθυμία του.
- Ο θεραπευτής δημιουργεί τεχνικές καταστάσεις που ζητούν επίλυση. Μπορεί να τοποθετήσει σχετικά ψηλά το αντικείμενο που θέλει το παιδί για να παίξει. Έτσι εκείνο πρέπει να βρει έναν τρόπο για να το φτάσει ζητώντας και τη συνδρομή του θεραπευτή.
- Ο θεραπευτής παρατηρεί ποιες καταστάσεις δυσαρεστούν το παιδί και το μαθαίνει να εκφράζει το συναίσθημά του, ζητώντας του να σταματήσει τη δυσάρεστη δραστηριότητα. Πρέπει να προσέξει, ωστόσο, να μην προκαλέσει υπερβολικό άγχος στο παιδί και να διαταράξει τη συμπεριφορά του.
- Ο θεραπευτής πρέπει να βεβαιωθεί ότι τα αγαπημένα αντικείμενα του παιδιού βρίσκονται σε κοινή θέα – όπου είναι δυνατό- σε όλη τη διάρκεια της ημέρας. Έτσι όταν θέλει να πάρει κάτι είναι πολύ πιθανό να ζητήσει τη βοήθεια του θεραπευτή για να το αποκτήσει. (Καλύβα, 2005).

Ακόμη, για τη διδασκαλία των παιδιών με αυτισμό παρέχουμε τις εξής σημαντικές συμβουλές:

- Χρησιμοποιούν και ερμηνεύουν το λόγο κυριολεκτικά, οπότε πρέπει να αποφεύγουμε τους ιδιοματισμούς, τα διττά νοήματα, το σαρκασμό, τα παρατσούκλια και τα ψευδώνυμα.
- Όταν ο μαθητής δυσκολεύεται να μάθει μια δοκιμασία πρέπει να την χωρίσουμε σε μικρότερα μέρη ή να την παρουσιάσουμε με διαφορετικούς τρόπους.
- Οφείλουμε να χρησιμοποιούμε σαφείς και σύντομες προτάσεις όταν αντιλαμβανόμαστε ότι ο μαθητής δεν κατανοεί.

- Προετοιμάζουμε ένα γραπτό ή οπτικό ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα για να βοηθήσουμε το μαθητή να αντιμετωπίσει τυχόν αλλαγές στο περιβάλλον ή την καθημερινότητα.
- Η διαχείριση της συμπεριφοράς είναι αποτελεσματική, αλλά εάν δεν εφαρμόζεται σωστά μπορεί να ενθαρρύνει τη μηχανική συμπεριφορά, να προσφέρει μια βραχυπρόθεσμη συμπεριφορική αλλαγή ή να καταλήξει σε κάποια μορφή επιθετικότητας.
- Επειδή οι μαθητές μπορεί να μη σημειώσουν μια σημαντική πληροφορία και να ξεχάσουν να τη μεταφέρουν στους γονείς τους, πρέπει να τους εκπαιδύσουμε συστηματικά στα πλαίσια μιας παρέμβασης. Αυτό μπορεί να αποτελέσει και αφορμή για να υπάρχει μια πιο στενή επαφή και επικοινωνία ανάμεσα στον εκπαιδευτικό και το γονέα, που είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης προσέγγισης (Schopler & Mesibov, 1984).

(Καλύβα, 2005)

Οι Panerai, Ferrante & Zingale (2002) αναφέρουν ότι πολλές μελέτες έχουν καταδείξει την αποτελεσματικότητα του TEACCH σε παιδιά με αυτισμό και σοβαρή νοητική αναπηρία, στη μείωση των συμπεριφορών αυτοτραυματισμού, σε υψηλά λειτουργικά παιδιά με σύνδρομο Asperger και σε άτομα που μπαίνουν στην αγορά εργασίας μέσω υποστηρικτικών προγραμμάτων. Αυτό που φαίνεται σημαντικό είναι ότι οι γονείς που μαθαίνουν να εφαρμόζουν σωστά το TEACCH, μπορούν να χειριστούν πιο αποτελεσματικά την συμπεριφορά των παιδιών τους και αυτό είναι πολύ ωφέλιμο για την αυτοπεποίθησή τους και την λειτουργικότητα της οικογένειας (Καλύβα, 2005).

3.9.3. Μέθοδος MILLER

Η μέθοδος Miller απευθύνεται σε παιδιά με αυτισμό που αντιμετωπίζουν προβλήματα σωματικής οργάνωσης, κοινωνικής αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας στο σχολείο, στο κλινικό πλαίσιο και στο σπίτι. Κάθε άτομο που δουλεύει με το παιδί επικεντρώνεται σε μια μόνο πτυχή της λειτουργικότητάς του, αλλά ασχολείται και με άλλες περιοχές που το δυσκολεύουν. Η μέθοδος εστιάζει στη στενή επαφή με τους γονείς και με άλλους επαγγελματίες που δουλεύουν με το

συγκεκριμένο παιδί. Μια βασική αρχή της μεθόδου είναι πως το παιδί μαθαίνει καλύτερα όταν κινείται και έρχεται σε άμεση φυσική επαφή με αντικείμενα και ανθρώπους (Καλύβα, 2005).

Η μέθοδος αυτή λοιπόν, είναι μια γνωστική προσέγγιση επειδή ασχολείται με τον τρόπο, με τον οποίο τα παιδιά οργανώνουν τη συμπεριφορά τους, αναπτύσσουν την έννοια του χώρου και του χρόνου, επιλύουν προβλήματα και συνάπτουν σχέσεις με ανθρώπους. Είναι αναπτυξιακή επειδή ασχολείται με την ικανότητα των παιδιών να μεταβαίνουν από τη λειτουργικότητα στην επικοινωνία και την αναπαράσταση της πραγματικότητας μέσω συμβολικών μορφών. Είναι συστημική προσέγγιση επειδή θεωρεί ότι ο σχηματισμός και η χρήση των συστημάτων είναι απαραίτητα συστατικά στοιχεία για κάθε μορφή ανθρώπινης συμπεριφοράς (Καλύβα, 2005).

Ειδικότερα, οι στόχοι της μεθόδου Miller είναι οι εξής:

- Αξιολόγηση της ικανότητας του παιδιού να αλληλεπιδρά με ανθρώπους και αντικείμενα, να προσαρμόζεται στην αλλαγή και να μαθαίνει από την εμπειρία.
- Η προώθηση της επίγνωσης του παιδιού για το σώμα του σε σχέση με αντικείμενα και ανθρώπους.
- Η καθοδήγηση του παιδιού σε λειτουργικές, κοινωνικές και επικοινωνιακές συναλλαγές.
- Η προσφορά των απαραίτητων μεταβάσεων από τη συγκεκριμένη στην πιο αφηρημένη συμβολική λειτουργικότητα.

(Καλύβα, 2005)

Συμπερασματικά, η φιλοσοφία της μεθόδου Miller είναι ότι κάθε παιδί, όσο αποτραβηγμένο ή αποδιοργανωμένο και αν είναι, προσπαθεί να βρει ένα τρόπο για να αντιμετωπίσει τον κόσμο. Η δουλειά του θεραπευτή είναι να το βοηθήσει να χρησιμοποιήσει κάθε ικανότητα που έχει για να το πετύχει και έτσι αξιολογεί και παρατηρεί τον τρόπο με τον οποίο το παιδί αντιδρά ή δεν κατορθώνει να αντιδράσει σε κάποιες πτυχές μιας κατάστασης (Καλύβα, 2005).

3.9.4. ΓΝΩΣΤΙΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι θεραπείες συμπεριφοράς, και ιδιαίτερα εκπαιδευτικά συστήματα με διορατικούς και αφοσιωμένους στο ρόλο τους εκπαιδευτικούς, μπορεί να έχουν μια τεράστια επίδραση στα άτομα με αυτισμό- μειώνοντας προβληματικές συμπεριφορές, διδάσκοντας δεξιότητες αντιμετώπισης καταστάσεων και μεγιστοποιώντας δυνατότητες με την επικέντρωση της θεραπευτικής τους παρέμβασης σε προσόντα και ταλέντα του ατόμου (Καλύβα, 2005).

Ο αυτισμός συνοδεύεται συχνά από συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, ιδιαίτερα στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή. Αυτά τα προβλήματα εκδηλώνονται συνήθως στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα με αυτισμό αντιδρούν, όταν βιώνουν δυσκολίες. Οι γνωστικοί-συμπεριφορικοί θεραπευτές πιστεύουν ότι εάν ένα άτομο αλλάξει τον τρόπο σκέψης του για τον εαυτό του και τους άλλους, τότε θα είναι σε θέση να λειτουργήσει καλύτερα στην καθημερινότητά του (Καλύβα, 2005).

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, όπως έχει σχεδιαστεί, είναι αποτελεσματική στην αλλαγή του τρόπου με τον οποίο σκέφτεται το άτομο με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας και αντιδρά σε συναισθήματα, όπως το άγχος, η λύπη και ο θυμός. Η θεραπεία απευθύνεται στη γνωστική ανεπάρκεια, την ανωριμότητα, την πολυπλοκότητα και την αποτελεσματικότητα της σκέψης και στη γνωστική διαστρέβλωση, τη δυσλειτουργική σκέψη και τις λανθασμένες υποθέσεις (Καλύβα, 2005).

Αν και η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία θα μπορούσε να είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για τις συναισθηματικές διαταραχές των ατόμων με σύνδρομο Asperger, μέχρι στιγμής δεν έχουν διεξαχθεί επαρκείς έρευνες, που να επαληθεύουν την αποτελεσματικότητα της εν λόγω μεθόδου, επειδή δεν έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές περιπτώσεις. Το TEACCH έχει ενσωματώσει τη γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση στη παρέμβασή του και έχει υποστηρίξει ότι είναι πολύ αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των συναισθηματικών διαταραχών, όταν εφαρμόζεται σωστά από κατάλληλα εκπαιδευμένους και ευαισθητοποιημένους θεραπευτές (Καλύβα, 2005).

3.10. ΑΛΛΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Για τη θεραπεία του αυτισμού χρησιμοποιούνται ακόμη και άλλες μέθοδοι θεραπείας με τις οποίες αναπτύσσονται συγχρόνως η αισθητηριακή ολοκλήρωση και διάφορες άλλες ικανότητες (απόκτηση γνώσεων και εμπειριών), που με την πάροδο του χρόνου ομαλοποιούν τις συμπεριφορές των αυτιστικών παιδιών, όπως είναι η αισθητηριακή ολοκλήρωση, η θεραπεία με σφιχταγκάλιασμα, η SHIATSU θεραπεία, τα ζώα στην ψυχοθεραπεία των αυτιστικών παιδιών και η μουσικοθεραπεία (Κυπριωτάκης, 2003).

3.10.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ (Α.Ο.)

Σήμερα γίνεται ολοένα και περισσότερο αποδεκτή η άποψη ότι ο αυτισμός και πολλές διαταραχές μάθησης και συμπεριφοράς οφείλονται σε διαταραχές στο συντονισμό των αισθητηρίων οργάνων, στην επεξεργασία των προϊόντων τους και στην έλλειψη αισθητηριακής ολοκλήρωσης (Augustin, 1986). Στον ευρωπαϊκό χώρο η μέθοδος της Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης (Α.Ο.) αναπτύχθηκε από μια ομάδα ειδικών Dzikowski, Arens, Cordes στο πλαίσιο λειτουργίας του ιδρύματος «Βοήθεια για το αυτιστικό παιδί» (Dzikowski & Arens, 1990; Cordes & Dzikowski, 1991; Dzikowski & Vogel, 1993).

Η *Αισθητηριακή Ολοκλήρωση (Α.Ο.)* είναι μια φυσιολογική νευρολογική διαδικασία, με την οποία ο εγκέφαλος οργανώνει αισθητηριακές πληροφορίες από το περιβάλλον και το ίδιο το σώμα, έτσι ώστε να καθίσταται εφικτή η λειτουργική συμπεριφορά του ατόμου. Η λειτουργική συμπεριφορά προσδιορίζεται ως η νοηματοδοτημένη, ενδιάθετη και κατάλληλη απόκριση του ατόμου στα ενδογενή και εξωγενή ερεθίσματα -που δέχεται συνεχώς- και σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Η αισθητηριακή ολοκλήρωση είναι επεξεργασία πληροφοριών από το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), (Κυπριωτάκης, 2003).

Η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει στην επιτυχία της Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης (Α.Ο.) ξεκινώντας από τα χαμηλότερα αισθητηριακά επίπεδα και φτάνοντας μέχρι την απαρτίωση των λειτουργιών των ανώτερων επιπέδων. Με τη θεραπεία προσφέρονται στο

παιδί απλά δομημένα και ελεγχόμενα ερεθίσματα στα οποία το παιδί μαθαίνει να αντιδρά. Η θεραπεία ξεκινά από το επίπεδο ολοκλήρωσης που κατέχει επαρκώς το παιδί και προχωράει σταδιακά στα επόμενα επίπεδα μέχρις ότου επιτευχθεί, όσο φυσικά γίνεται, η κανονική ολοκλήρωση (Κυπριωτάκης, 2003).

Η παρέμβαση-θεραπεία προσαρμόζεται πάντοτε στις ιδιαιτερότητες και ανεπάρκειες κάθε παιδιού. Οργανώνεται ατομικά και ξεκινά με βάση το αισθητηριακό εξελικτικό επίπεδο. Επίσης, η αξιολόγηση και θεραπεία της Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης (Α.Ο.) απαιτεί ειδική θεωρητική και κλινική εκπαίδευση θεραπευτών και εφαρμόζεται κυρίως από εργοθεραπευτές, αλλά επίσης και από φυσιοθεραπευτές και λογοπεδικούς (Κυπριωτάκης, 2003).

Έτσι με την θεραπεία επιδιώκεται:

- Η ανάπτυξη ικανοτήτων ορθής αντίληψης της θέσης και της ισορροπίας του σώματος και των μελών με συντονισμένο οπτικό έλεγχο.
- Η ανάπτυξη των εγκεφαλικών ημισφαιρίων (όσο πιο νωρίς η έναρξη της θεραπείας, τόσο μεγαλύτερη η επιτυχία) και η αισθητηριακή ολοκλήρωση και των δυο ημίσεων του σώματος.
- Οι ικανότητες σχεδιασμού κινήσεων και η συντονισμένη εκτέλεσή τους.
- Η ανάπτυξη της αντίληψης του χώρου και της μορφής των αντικειμένων.
- Η διαφοροποίηση της αίσθησης της αφής (να μη «βλέπει» ερεθίσματα αφής σαν απειλή).
- Ο προσανατολισμός στο περιβάλλον να γίνεται περισσότερο με τις ανώτερες αισθήσεις, την όραση και την ακοή.

(Κυπριωτάκης, 2003)

Τέλος, τα τελευταία χρόνια, το μοντέλο της Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης (Α.Ο.) έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους, όπως τη μέθοδο ABA (Applied Behavior Analysis), TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children), (Grandin, 2005), PECS (The Picture Exchange Communication System), με το να σχεδιάζεται μια

«αισθητηριακή δίαιτα» για κάθε παιδί, ώστε να διατηρεί την εγρήγορσή του, τη συγκέντρωση και την αυτό-οργάνωσή του σε τέτοιο επίπεδο, ώστε να οφείλεται το μέγιστο από τις αναφερόμενες μεθόδους (Κυπριωτάκης, 2003).

3.10.2. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΣΦΙΧΤΑΓΚΑΛΙΑΣΜΑ-ΚΡΑΤΗΜΑΤΟΣ ΑΓΚΑΛΙΑΣ (HOLDING THERAPY)

Στα τέλη του 1970, η θεραπεία κρατήματος- αγκαλιάς διαδόθηκε ευρέως όταν μια παιδοψυχίατρος, η Dr.Martha Welch από τη Νέα Υόρκη ξεκίνησε να τη χρησιμοποιεί σε παιδιά με αυτισμό. Η θεραπεία περιλαμβάνει το κράτημα- αγκαλιά ενός αυτιστικού παιδιού, η οποία αναφέρεται στο δεσμό που δεν αναπτύχθηκε μεταξύ του αυτιστικού βρέφους και της μητέρας του (Coleman, 2005).

Με βάση την άποψη ότι ο αυτισμός προέρχεται από διαταραγμένο δεσμό μεταξύ μητέρας-παιδιού που ξεκινά νωρίς από τη ενδομήτρια ζωή, αναπτύχθηκε, αφού πέρασε από διάφορα στάδια εξέλιξης, η μέθοδος θεραπείας του σφιχταγκαλιάσματος για αυτιστικά παιδιά (Tinbergen & Tinbergen, 1984).

Με τη μέθοδο του σφιχταγκαλιάσματος σύμφωνα με τη Welch (1983):

- Η μητέρα παροτρύνεται να κρατήσει κοντά στο σώμα της το παιδί.
- Τα αυτιστικά παιδιά αντιδρούν και αντιστέκονται κατά του σφιχταγκαλιάσματος.
- Η μητέρα δεν επιτρέπεται να παραιτηθεί και να σταματήσει. Αυτή οφείλει να πιέσει με δύναμη στο σώμα της το παιδί και να προσπαθήσει να έχει βλεμματική επαφή με αυτό.
- Εξαιτίας της κατάστασης αυτής δημιουργείται ίσως μια σφοδρή αντιπαλότητα. Το παιδί θα φωνάζει συχνά από θυμό και φόβο, θα δαγκώνει, θα φτύνει και θα κτυπά.
- Η μητέρα δεν επιτρέπεται να υποχωρήσει, μέχρις ότου το παιδί χαλαρώσει. Προσαρμόζει το σώμα της στο δικό του, το

σταθεροποιεί, το κοιτάζει στα μάτια, χαϊδεύει το πρόσωπό του με τα χέρια και κάπου-κάπου του μιλάει.

- Αυτό πρέπει να γίνεται επίσης στο σπίτι, τουλάχιστον μια φορά την ημέρα και κάθε φορά, όταν το παιδί φαίνεται να είναι δυστυχισμένο. Η διάρκεια του σφιχταγκαλιάσματος να είναι το λιγότερο μια ώρα.

Η θεραπεία με το σφιχταγκάλιασμα της μητέρας ή και του πατέρα είναι συχνά αποτελεσματική. Το παιδί γίνεται πιο ήρεμο, λιγότερο επιθετικό και δείχνει αυθόρμητα διάθεση να εκφραστεί γλωσσικά. Τα αυτιστικά συμπτώματα υποχωρούν, αναπτύσσεται η κοινωνική επικοινωνία, αυξάνεται η ερευνητική συμπεριφορά και πολλές μητέρες πιστεύουν ότι τα παιδιά τους γίνονται δημιουργικά. Το παιδί αλλά και η μητέρα αποκτούν εμπειρίες ο ένας για τον άλλον, το κενό που υπήρχε ανάμεσά τους εξαφανίζεται σταδιακά και αλλάζουν με το χρόνο στάσεις και διαθέσεις. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της μεθόδου αποτελεί η ύπαρξη απεριόριστης υπομονής και επιμονής (Κυπριωτάκης, 2003).

Συμπερασματικά, η θεραπεία με σφιχταγκάλιασμα ήταν πολύ δημοφιλής στη δεκαετία του 1980, αλλά χρησιμοποιείται σπάνια τώρα και εφαρμόζεται πιο συχνά από τους γονείς και όχι από τους θεραπευτές. Οι υποστηρικτές εκτιμούν πως τα παιδιά με αυτισμό επιλέγουν να αντιστέκονται στη στοργή, στο λόγο κτλ και ότι είναι απαραίτητο να ενισχυθεί ο δεσμός σε αυτά (Pring, 2005).

3.10.3. SHIATSU ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Shiatsu-θεραπεία (στα ιαπωνικά Shiatsu=πίεση με δάχτυλα, schi=δάχτυλα, atsu=πίεση) αποτελεί μια μέθοδο μασάζ στα σημεία πίεσης που εφαρμόζεται ήδη από αιώνες στην Άπω Ανατολή. Η μέθοδος αυτή άρχισε τελευταία να χρησιμοποιείται σαν βοηθητική μέθοδος στη θεραπεία του αυτισμού (Κυπριωτάκης, 2003).

Ειδικότερα, ο θεραπευτής πιέζει με τα δάχτυλά του ή με όλη του τη παλάμη τα διάφορα σημεία του σώματος. Η πίεση που ασκείται πάνω στο σώμα του αυτιστικού παιδιού δυναμώνει σταδιακά κατά την εκπνοή του παιδιού. Ο θεραπευτής σκύβει προς τα εμπρός και χρησιμοποιεί το βάρος του σώματος και πιέζει με δύναμη και διάρκεια ανάλογα με τη

κατάσταση του θεραπευόμενου (ένταση -χαλάρωση). Κατά την εισπνοή ο θεραπευτής κινείται προς την αρχική του θέση (πίσω). Με τις κινήσεις εμπρός-πίσω μεταφέρεται ένας κανονικός ρυθμός στο θεραπευόμενο που τον διευκολύνει για να χαλαρώσει και να αναμένει την επόμενη πίεση. Η εφαρμογή της μεθόδου στα αυτιστικά άτομα ενδείκνυται κατά την πρώιμη και παιδική ηλικία (Κυπριωτάκης, 2003).

3.10.4. ΤΑ ΖΩΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Οι ψυχοθεραπευτές γνωρίζουν πολύ καλά το θεραπευτικό ρόλο και την τεράστια σημασία που έχει η χρήση των ζώων στη θεραπεία ψυχικών προβλημάτων και διαταραχών συμπεριφοράς στον άνθρωπο (Dopp-Weseler, 1981; Lungershausen, 1981). Κατά τη παιδική ηλικία ένα ήρεμο και έξυπνο ζώο είναι δυνατόν να ασκήσει ευεργετικό ρόλο στη γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική εξέλιξη του παιδιού. Οι υπηρεσίες του στην ψυχική ισορροπία και ομαλοποίηση είναι τεράστιες (Κυπριωτάκης, 2003).

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται τα ζώα, πιο πολύ τα δελφίνια και τα άλογα, στη θεραπεία του αυτισμού. Σε κατάλληλες διαμορφωμένες πισίνες στα γνωστά ως κέντρα ανθρώπινης θεραπείας με δελφίνια (Dolphin Assisted Therapy- DAT) ειδικά εκπαιδευμένα -με την καθοδήγηση ειδικών εκπαιδευτών- τα αυτιστικά παιδιά μαθαίνουν να προφέρουν τις πρώτες λέξεις, να συγκεντρώνουν την προσοχή τους, να αποκτούν επικοινωνία και να γίνονται λιγότερα επιθετικά. Με την δελφινο-θεραπεία μαθαίνουν πολύ γρήγορα, σε σχέσεις με άλλες θεραπευτικές μεθόδους και συγκρατούν για περισσότερο χρόνο τις πληροφορίες που διδάσκονται. Φυσικά, κάθε στάδιο θεραπείας γίνεται με την καθοδήγηση και τη συνοδεία του θεραπευτή (Κυπριωτάκης, 2003).

Η υποβοηθούμενη θεραπεία με δελφίνια αποτελεί μια θεραπευτική προσέγγιση που υποστηρίζει πως βελτιώνει το λόγο και τις κινητικές δεξιότητες σε παιδιά και ενήλικες που έχουν διαγνωστεί με αναπτυξιακές, σωματικές και/ή συναισθηματικές διαταραχές, όπως είναι οι Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Η θεωρία πίσω από αυτή τη

θεραπεία είναι ότι, όταν το παιδί με ειδικές ανάγκες αλληλεπιδρά με ένα δελφίνι, αυξάνεται η προσοχή του. Τέλος, οι θεραπευτές υποστηρίζουν πως βελτιώνεται στο παιδί η αυτοεκτίμηση και η αυτοπεποίθηση, σε πολλούς τομείς στη ζωή του (Κυπριωτάκης, 2003).

Επίσης σχετικά με τη θεραπευτική ιππασία, η επικοινωνία με ένα χαριτωμένο άλογο μπορεί να συντελέσει, εκτός από τις δεξιότητες ιππασίας, στην απόκτηση γνώσεων και πληροφοριών. Πιο πολύ όμως συμβάλλει στην αισθητηριακή ολοκλήρωση. Διαπιστώνεται ότι παιδιά με διαταραχές στην αντίληψη, όπως είναι τα αυτιστικά παιδιά, πλησιάζουν τα άλογα, για να αισθανθούν τη ζεστασιά και τη μυρωδιά τους. Τα παιδιά που χρησιμοποιούσαν μέχρι τώρα τα χέρια μόνο για να κινούν στερεοτυπικά ή να πιάνουν παράξενα τα αντικείμενα, κρατούνται γερά από τη χαίτη του αλόγου, που τους δίνει «απτή» σιγουριά, όταν αυτά κάθονται πάνω στο άλογο (Κυπριωτάκης, 2003).

Τα αγχώδη παιδιά αποκτούν θάρρος, τα απομονωμένα αναζητούν συντροφιά και τα ανήσυχα γίνονται ήσυχα. Η επικοινωνία με το άλογο οδηγεί σε χαλάρωση, μαθαίνει στο παιδί να ξεπερνά την επιθετικότητα, δημιουργεί κατάσταση ευφορίας και κάνει το παιδί ξαφνικά να γελά. Εκτός από το θεραπευτικό ρόλο που ασκεί η ιππασία, αποτελεί παράλληλα ένα μέσο ψυχαγωγίας και επικοινωνίας με το περιβάλλον (Κυπριωτάκης, 2003).

Γερμανοί επιστήμονες ανέπτυξαν ένα μοντέλο τριών τομέων, πολύ σχετικών μεταξύ τους, με επίκεντρο το άλογο: ιατρική, εκπαίδευση και αθλητισμός. Το μοντέλο αυτό προσυπογράφεται ανεπιφύλακτα από την παγκόσμια ομοσπονδία ιππασίας για άτομα με ειδικές ανάγκες (FRDI, 2001). Κάθε τομέας είναι ξεχωριστός και συμπληρωματικός με τους άλλους: Ιπποθεραπεία, Θεραπευτική ιππασία και Αθλητισμός και Ιππασία (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Επισημαίνεται ότι η δυσκολία των ατόμων με αυτισμό να επικοινωνήσουν με το περιβάλλον τους μετριάζεται κατά πολύ με τη βοήθεια του αλόγου και γενικά επηρεάζεται θετικά η συμπεριφορά (Kreenborg, 1986; Heipert-Hengst, 1987; Englisch, 1992; Janetzke, 1993). Αναφέρεται επίσης, ότι η θεραπευτική ιππασία επιδρά θετικά

στους τομείς των στερεοτυπιών, της επικοινωνίας, της κινητοποίησης, της αλληλεπίδρασης και της αντιληπτικότητας (Seyfried, 1984).

Ειδικότερα, τα οφέλη ενός τέτοιου προγράμματος όσον αφορά την επικοινωνία των ατόμων με αυτισμό είναι ποικίλα. Δουλεύοντας με το άλογο, τα παιδιά παρακινούνται να μιλήσουν (δίνοντας παραδείγματα παραγγέλματα στο άλογο). Η καλύτερη στιγμή για ομιλία είναι αυτή του τροχασμού (trot), καθώς ο ρυθμός είναι πιο έντονος και προτρέπει το παιδί να αρθρώσει λέξεις. Αυξάνονται οι φράσεις, οι λέξεις και τα φωνήεντα, ενώ την ίδια στιγμή παρατηρήθηκε σε κάποιες περιπτώσεις μείωση των δομημένων προτάσεων. Εκφράζονται ευκολότερα και ζητούν βοήθεια είτε λεκτικά, είτε με τη γλώσσα του σώματος (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Επομένως, το ζώο μπορεί λοιπόν να χρησιμοποιηθεί ποικιλότροπα στη θεραπεία των αυτιστικών παιδιών. Αυτό επιδρά ως βοηθητικό μέσο σε μια μεγάλη αντίληψη παρέμβασης (Κυπριωτάκης, 2003). Η θεραπευτική ιππασία πρέπει να λειτουργεί συμπληρωματικά ή ενισχύοντας τα αποτελέσματα και τα οφέλη του σχολείου και του προγράμματος παρέμβασης, που λαμβάνει κάθε παιδί. Πρέπει να είναι προσαρμοσμένη, στις διαφορετικές ανάγκες, χαρακτήρες και δυνατότητες του κάθε παιδιού, εξασφαλίζοντας, όσο το δυνατόν, καλύτερο αποτέλεσμα. Η μέθοδος της ιπποθεραπείας σε συνδυασμό και με άλλες θεραπευτικές μεθόδους μπορεί να συντελέσει στον περιορισμό ή ακόμη και στην εξάλειψη ανεπαρκειών (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Καταλήγοντας, το άλογο είναι πηγή ευχαρίστησης και κίνητρο για να χτίσουν σχέσεις και φιλίες. Βοηθάει στο να μετατραπεί μια ανθρώπινη ύπαρξη (το παιδί με αυτισμό) σε μια άλλη, συναισθηματικά πιο ώριμη και ενσωματωμένη κοινωνικά. Το παιδί κάνει βουτιά μέσα στα συναισθήματά του και προσπαθεί να κολυμπήσει. Οι θεραπευτές είναι εκεί βοηθοί και συμπαραστάτες. Γιατί με την ιππασία εναρμονίζονται σώμα, ψυχή και μυαλό (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

3.10.5. ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Από τα πρώτα κιόλας στάδια εξέλιξης της ανθρωπότητας ο άνθρωπος χρησιμοποίησε τη μουσική για θεραπευτικούς σκοπούς. Η μουσικοθεραπεία στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών ως θεραπευτικό μέσο κατέχει μια ξεχωριστή θέση ανάμεσα στις σύγχρονες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους. Πρόκειται για μια ειδική μέθοδο ψυχοθεραπείας που με τα στοιχεία και τα είδη μουσικής που έχει στη διάθεσή της προσπαθεί να ασκήσει θεραπευτική επίδραση, τόσο στην υποκειμενική διάθεση του ασθενούς, όσο και στις διάφορες φυσιολογικές λειτουργίες και τα οργανικά συστήματά του.

Η μουσικοθεραπεία έγινε αποδεκτή ως χρήσιμη υποστηρικτική παρέμβαση για άτομα με αυτισμό με την εισαγωγή της στο Ηνωμένο Βασίλειο τις δεκαετίες το 1950 και του 1960 από θεραπευτές όπως οι Alvin J., Nordoff P. & Robbins C.. Είναι μια ολιστική προσέγγιση που αποσκοπεί στην ενίσχυση της ισορροπίας ανάμεσα στην συναισθηματική, σωματική, νοητική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού (Christie & Wimpory, 1986; Freundlich, Pike & Schwartz, 1989; Daveson & Edwards, 1998).

Οι στόχοι της μουσικής εκπαίδευσης και της μουσικοθεραπείας θεωρούνται συμπληρωματικοί. Η μουσική εκπαίδευση εξειδικεύεται στην απόκτηση μουσικής γνώσης, δεξιοτήτων και εκτίμησης της μουσικής, ενώ η μουσικοθεραπεία χρησιμοποιείται για την επίτευξη στόχων που δεν σχετίζονται άμεσα με τη μουσική (Christie & Wimpory, 1986; Freundlich, Pike & Schwartz, 1989; Daveson & Edwards, 1998).

Η μουσικοθεραπεία δεν διδάσκει μια καθορισμένη ομάδα συμπεριφορών, αλλά συμπεριλαμβάνει πολλά βασικά στοιχεία της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, βελτιώνει την ανάπτυξη των κοινωνικών σχέσεων, καθώς ο θεραπευτής στοχεύει να βοηθήσει το παιδί να αποκτήσει επίγνωση του εαυτού του και της αλληλεπίδρασής του με άλλα μέλη της οικογενείας. Ο θεραπευτής το κατορθώνει αυτό αντιγράφοντας τις κινήσεις, τη μουσική, τις εκφορές λόγου, τις φωνές και τις πράξεις του (Aldridge, 1996).

Η θεραπεία διεγείρει και αναπτύσσει την επικοινωνιακή χρήση της φωνής και του προ-λεκτικού διαλόγου με κάποιο άλλο άτομο, ενώ εδραιώνει ταυτόχρονα το νόημα της γλωσσικής ανάπτυξης. Το παιδί με αυτισμό μπορεί να επωφεληθεί και από την αυξανόμενη ανοχή στον ήχο, τη δυαδική αλληλεπίδραση και την εξάσκηση στη συνδυαστική προσοχή (Aldridge, 1996).

Τα αυτιστικά παιδιά φαίνεται να έχουν πρώιμο ενδιαφέρον στον ήχο, στις μελωδίες και στο ρυθμό και μάλιστα πολλές φορές ιδιαίτερες κλίσεις και μουσικές ικανότητες. Θα μπορούσε να λεχθεί ότι η μουσική αποτελεί το ερέθισμα που προτιμούν τα αυτιστικά παιδιά και που ικανοποιεί την αίσθηση της ακοής τους (Κυπριωτάκης, 2003).

Πολλά αυτιστικά άτομα λατρεύουν τη μουσική καθώς ανταποκρίνονται σε αυτήν άμεσα, με κατάλληλο τρόπο και με πολλή ευχαρίστηση. Έτσι, θα μπορούσε να υποστηριχθεί το γεγονός ότι η μουσικοθεραπεία μπορεί να είναι εξαιρετικά αποτελεσματική στη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, του κινητικού συντονισμού, των συμπεριφορικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, της διατήρησης της προσοχής και των αισθητικών ζητημάτων (Κυπριωτάκης, 2003).

Επιπλέον, υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις μουσικοθεραπείας, ενώ η πλέον διαδεδομένη είναι η μουσική αυτοσχεδιασμού που επιτρέπει στο παιδί με αυτισμό να αναλάβει τον έλεγχο. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί κρουστά και έγχορδα μουσικά όργανα ή τη φωνή του προκειμένου να ανταποκριθεί δημιουργικά στους θορύβους που παράγει το παιδί, ενθαρρύνοντάς το έτσι να κατασκευάσει τη δική του μουσική γλώσσα. Μια δεύτερη μορφή μουσικοθεραπείας χρησιμοποιεί τροποποιημένη μουσική. Τα παιδιά ακούνε μουσική και καταγράφονται οι αντιδράσεις τους. Εν συνεχεία, τροποποιείται η μουσική και διατηρούνται μόνο οι ήχοι στους οποίους ανταποκρίνονται θετικά. Ο σκοπός της συνεδρίας είναι να καταστήσει τη μουσικοθεραπεία ευχάριστη για το παιδί και επομένως περισσότερο αποτελεσματική (Darnley-Smith & Patey, 2003).

Επιπλέον, η μουσικοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για την ανάπτυξη και την αποκατάσταση του λόγου (Bruscia, 1982). Οι τεχνικές μουσικοθεραπείας στη περιοχή της επικοινωνίας στρέφονται στις διαδικασίες παραγωγής λόγου και απευθύνονται στις νοητικές διεργασίες της αντίληψης, του συμβολισμού και της κατανόησης. Ο μουσικοθεραπευτής προσπαθεί να διευκολύνει και να υποστηρίξει την επιθυμία ή την αναγκαιότητα για επικοινωνία. Τα παιδιά με αυτισμό μπορεί να αντιλαμβάνονται τους ήχους πιο εύκολα από τις λεκτικές προσεγγίσεις και η επίγνωση της μουσικής και της σχέσης ανάμεσα στη μουσική και τις πράξεις των παιδιών μπορεί να κινητοποιήσει την επικοινωνία (Thaut, 1984). Η μουσικοθεραπεία δίνει την δυνατότητα σε όσους δεν χρησιμοποιούν το λόγο επικοινωνιακά να συμμετάσχουν σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, να εκφραστούν με μη λεκτικό τρόπο και να προωθηθεί η λεκτική επικοινωνία και οι γλωσσικές δεξιότητες. Έτσι τα παιδιά μαθαίνουν να αλλάζουν και να προσαρμόζουν τον τρόπο με τον οποίο επικοινωνούν (Buday, 1995).

Ακόμη το τραγούδι φαίνεται να έχει στενή σχέση με τη γλώσσα και κατά συνέπεια να αποτελεί ένα αποτελεσματικό μέσο για την ανάπτυξή της. Ο λόγος του παιδιού με αυτισμό μπορεί να υποβοηθηθεί μέσω τραγουδιών με απλές λέξεις, επαναλαμβανόμενων φράσεων ή ακόμα και επαναλαμβανόμενων συλλαβών χωρίς νόημα. Οι προτάσεις και τα τραγούδια που έχουν κάποιο νόημα παρουσιάζονται σε συνδυασμό με οπτικά ή απτικά ερεθίσματα για να διευκολυνθεί η περαιτέρω όλη διαδικασία (Clarkson, 1994).

Σε περίπτωση που το παιδί αρχίζει να εκδηλώνει επικοινωνιακές προθέσεις και ανταποκρίσεις-είτε λεκτικές είτε μη λεκτικές- η μουσική μπορεί να ενισχύσει το λόγο και τις εκφορές ήχου. Μπορεί επίσης, να ενισχύσει την επίγνωση και τη λειτουργική χρήση των χειλιών, της γλώσσας, του σαγονιού και των δοντιών, τα οποία χρησιμοποιούνται και για την παραγωγή ήχων (Κυπριωτάκης, 2003).

Ακόμη, οι μουσικοθεραπευτές μπορεί να έχουν είτε αμιγώς θεραπευτικό, είτε συμβουλευτικό ρόλο. Δουλεύουν είτε ατομικά είτε σε μικρές ομάδες χρησιμοποιώντας ποικίλα είδη μουσικής και τεχνικές προκειμένου να κινητοποιήσουν τα παιδιά με αυτισμό να εμπλακούν στα

δρώμενα. Οι μουσικοθεραπευτές που δουλεύουν με αυτιστικά παιδιά, συχνά συνεργάζονται και με άλλους ειδικούς όπως τους φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και τους λογοθεραπευτές (Coleman,2005).

Η μουσικοθεραπεία λοιπόν συνθέτει ένα δραστικό μέσο για την αντιμετώπιση των διαταραχών αντίληψης και επεξεργασίας των πληροφοριών, για την έξοδο από τη απομόνωση και το κλείσιμο στον εαυτό, για την ανάπτυξη σχέσεων και επικοινωνίας με άλλους ανθρώπους και για την κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση. Έτσι, μέσω των δραστηριοτήτων του προγράμματος της μουσικοθεραπείας, το αυτιστικό παιδί προωθείται για δημιουργική ενασχόληση, προωθείται για να δοκιμάσει, να επιλέξει, να συνθέσει, να ανακαλύψει και να γνωρίσει τον κόσμο μέσα από την μουσική, το ρυθμό και την κίνηση (Nelson, Anderson & Gonzales, 1984; Monti, 1985; Decuir, 1991).

3.10.6. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ-ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ

Δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε τον σημαντικό ρόλο της γυμναστικής και της σωματικής άσκησης για την βελτίωση της φυσικής κατάστασης και της μείωσης της συχνότητας και της σοβαρότητας των προβληματικών συμπεριφορών στα άτομα με αυτισμό και άλλες Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ). Υποστηρίζεται ότι η άσκηση μπορεί να μειώσει την αυτό-διεγερτική συμπεριφορά μεταξύ των παιδιών με αυτισμό (Koegel & Koegel, 1989) της επιθετικής συμπεριφοράς και των στερεοτυπιών μεταξύ ενηλίκων με αυτισμό και νοητική καθυστέρηση (Allison, Basile & MacDonald, 1991; Elliott, Dobbin, Rose & Soper, 1994).

3.10.7. VIDEO MODELING

Χρήση του βίντεο μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους και με παιδιά κάθε ηλικίας. Ιδιαίτερα αποτελεσματική είναι για τα πιο λεκτικά παιδιά, λόγω του ότι μπορούν και να βλέπουν και να έχουν σαν πρότυπο την προφορική συμπεριφορά που παρουσιάζεται στη διάρκεια της βιντεοταινίας. Σε πολλές έρευνες ανακάλυψαν ότι η μέθοδος αυτή ήταν

αποτελεσματική και ότι αυξήθηκαν οι επικοινωνιακές δεξιότητες των παιδιών αυτών. Επίσης, ανακάλυψαν ότι γενικεύθηκαν οι ικανότητες για καινούρια θέματα συζήτησης και ότι τα οφέλη αυτά διατηρήθηκαν για μια περίοδο δεκαπέντε μηνών. Υπάρχουν δυο ουσιώδεις τρόποι για να χρησιμοποιηθούν βιντεοταινίες σε αυτιστικά παιδιά: αυτό-παρακολούθηση και παρακολούθηση συνομηλίκων. Η τελευταία μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στο να επιδεικνύει την κατάλληλη χρήση της γλώσσας, της επικοινωνίας και των κοινωνικών δεξιοτήτων σε επιλεγμένες περιστάσεις (Quill, 2000).

3.11. ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η καλύτερη παρέμβαση για την αντιμετώπιση των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (ΔΑΔ) είναι η πρόληψη, που επιτυγχάνεται με κατάλληλα εξατομικευμένα εκπαιδευτικά προγράμματα. Η χρήση των φαρμάκων συνίσταται μόνο όταν κάποιες συμπεριφορές δεν ελέγχονται με άλλο τρόπο (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

ΟΔΗΓΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

- Η καλύτερη παρέμβαση για τις ανεπιθύμητες συμπεριφορές είναι η πρόληψη, που επιτυγχάνεται με κατάλληλα εκπαιδευτικά-θεραπευτικά προγράμματα. Η χρήση φαρμάκων συνίσταται μόνο όταν κάποιες συμπεριφορές δεν ελέγχονται με άλλο τρόπο.
- Λεπτομερής διερεύνηση οικογενειακού, παρόντος και αναπτυξιακού ιστορικού, ώστε να οδηγηθούμε σε σωστή ψυχιατρική διάγνωση.
- Αποκλεισμός οποιουδήποτε ιατρικού προβλήματος.
- Παρατήρηση των ατόμων με αυτισμό σε όλα τα περιβάλλοντα ώστε να διερευνηθούν όλες οι πιθανές επιδράσεις.
- Όταν αποφασισθεί η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, οφείλουμε να ενημερώσουμε τους γονείς γιατί προτείνουμε το φάρμακο, τις δυνατότητες, τις πιθανές παρενέργειες του και τις προσδοκίες μας.
- Συνεχής παρακολούθηση των αποτελεσμάτων του φαρμάκου.

- Χρήση ενός μόνο φαρμάκου για το συγκεκριμένο πρόβλημα συμπεριφοράς.
- Αποφυγή χρήσης δυο φαρμάκων, πριν ολοκληρωθεί η εφαρμογή του πρώτου.
- Αρχικά, χαμηλές δόσεις με προοδευτική αύξηση.
- Χρήση κάθε φαρμάκου για τόσο χρονικό διάστημα, όσο αρκεί για να εξακριβώσουμε την αποτελεσματικότητά του.
- Συνυπολογισμός παρενεργειών και ευκολίας χορήγησης.
- Επανεκτίμηση αποτελεσματικότητας.
- Προσωρινή σταδιακή διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής.
- Επανακαθορισμός των στόχων της αγωγής και της έκβασης.

(Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007)

Ο αυτισμός συνδεόταν μέχρι πρόσφατα με τη χρήση μεγάλων δόσεων φαρμάκων, κυρίως αντιψυχωσικών. Αν και η σύνδεση αυτή μειώνεται συνεχώς, ο αυτισμός εξακολουθεί να παραμένει μια διαταραχή, όπου η πλειοψηφία των πασχόντων λαμβάνει αντιψυχωσικά (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Ειδικότερα, υπογραμμίζεται ότι δεν υπάρχουν φάρμακα που θεραπεύουν τον αυτισμό, αλλά αρκετά ψυχοτρόπα φάρμακα έχουν επιδείξει αποτελεσματικότητα σε επιλεγμένα συμπτώματα, που συνοδεύουν συχνά τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ). Τα φάρμακα που είναι επιστημονικά αποδεκτά και αποτελεσματικά στον αυτισμό, καθώς και άλλες βιοχημικές προσεγγίσεις, οι οποίες βοηθούν στην βελτίωση της συμπεριφοράς, είναι τα εξής:

ΨΥΧΟΤΡΟΠΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	ΜΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΑ ΦΑΡΜΑΚΑ
Αντιψυχωσικά-νευροληπτικά-μείζονα ηρεμιστικά	B-αναστολείς
Αντικαταθλιπτικά	Αναστολείς H ₂
Ψυχοδιεγερτικά	Αναστολείς οπιοειδών
Αγχολυτικά-απλά ηρεμιστικά	Αδρενεργικοί αγωνιστές
Αντιμανιακά-σταθεροποιητές	-
Αντιισταμινικά	-

(Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007)

▪ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΝΤΟΠΑΜΙΝΗ

Οι ανταγωνιστές υποδοχέων της ντοπαμίνης αποτελούν την μεγαλύτερη ομάδα φαρμάκων, που είναι γνωστά ως αντιψυχωσικά. Τα πλέον μελετημένα φάρμακα στον αυτισμό είναι τα τυπικά αντιψυχωσικά, κυρίως η αλοπεριδόλη, τα οποία καταπολεμούν την επιθετικότητα, την διεγερσιμότητα, την υπερδραστηριότητα και τις στερεοτυπίες, αλλά συνδέονται με σημαντικές παρενέργειες, όπως τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα και οι όψιμες δυσκινησίες. Εξαιτίας αυτών των παρενεργειών, η έρευνα οδηγήθηκε στα νεώτερα άτυπα αντιψυχωσικά, όπως η ολανζαπίνη, ρισπεριδόλη, κουετιαπίνη, ζιπραζιδόλη, αριπιπραζόλη και άλλα (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Τα διεγερτικά, συμπεριλαμβανόμενης της δεξτροαμφεταμίνης και της μεθυλφαινυδάτης, έχουν ισχυρές επιδράσεις στις ντοπαμινεργικές συνάψεις. Χρησιμοποιούνται συχνά και αποτελεσματικά στη θεραπεία των συμπτωμάτων του υπερκινητικού συνδρόμου. Τα διεγερτικά φάρμακα συνταγογραφούνται συχνά εξαιτίας της υψηλής συχνότητας των δυσκολιών προσοχής και της κινητικής υπερδραστηριότητας σε άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ). Συχνά, όμως, αναφέρονται παρενέργειες των φαρμάκων αυτών, όπως έξαρση της ευερεθιστότητας και της επιθετικής συμπεριφοράς, αϋπνία, υπομανία, στερεοτυπίες και τικ (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

▪ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΔΡΟΥΝ ΣΤΗ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗ

Φαίνεται ότι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και τα άτυπα αντιψυχωσικά σε χαμηλές δόσεις είναι τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα και αποτελεσματικά φάρμακα για παιδιά, εφήβους και ενήλικες με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Παλαιότερες ενδείξεις σχετικά με αυξημένα επίπεδα σεροτονίνης στο αίμα των αυτιστικών οδήγησαν στη χρήση, από την δεκαετία του 1970, των αναστολέων της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (αντικαταθλιπτικά, που δρουν στη σεροτονίνη). Η κλομιπραμίνη, φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη, παροξετίνη και η σερτραλίνη είναι αντικαταθλιπτικά που έχουν μελετηθεί και χρησιμοποιηθεί σε άτομα με

Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ), (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Είναι γνωστό ότι η συγκέντρωση νευροδιαβιβαστών (π.χ. σεροτονίνης) στον εγκέφαλο επηρεάζει τις θυμικές καταστάσεις, το επίπεδο εγρήγορσης, επιθετικότητας κ.α. Με τη χορήγηση φενφλουραμίνης επιτυγχάνεται η πτώση της σεροτονίνης και ακολουθεί βελτίωση της αυτιστικής συμπεριφοράς. Η χορήγηση φενφλουραμίνης μπορεί να οδηγήσει και σε ανεπιθύμητες ενέργειες (Geller, Ritvo, Freeman & Yuwiler, 1982; Verglas, Banks & Guryer, 1988; Kehrer, 1989; Dzikowski & Arens, 1990).

Η βουσπιρόνη, που δρα ως μερικός αγωνιστής στους υποδοχείς σεροτονίνης, ανήκει στην κατηγορία των αγχολυτικών. Εξαιτίας της μη αποτελεσματικότητας, αλλά και της παράδοξης αύξησης της επιθετικότητας, που εμφανίζουν συχνά τα άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ), μετά από λήψη βενζοδιαζεπινών, για τον έλεγχο του άγχους προτιμώνται η βουσπιρόνη και η κλοναζεπάμη (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου πρέπει να είναι προσεκτική και η δόση του να ρυθμίζεται σταδιακά, αφού ληφθούν υπόψη οι σοβαρές παρενέργειες τους, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις χρόνιας χορήγησης:

- Ένα συνηθισμένο λάθος που κάνουμε με πολλά φάρμακα είναι ότι συνεχίζουμε να αυξάνουμε τη δόση κάθε φορά που βλέπουμε να χειροτερεύει η συμπεριφορά. Αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή θεωρείται αυτή που συντείνει θετικά στην αλλαγή συμπεριφοράς και όχι αυτή που προκαλεί νάρκωση.
- Αν και οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων, όπως η όψιμη δυσκινησία απόσυρσης και το κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο, μπορούν να συμβούν με τη χρήση οποιουδήποτε αντιψυχωσικού φαρμάκου, τα νεότερα, ασφαλέστερα, άτυπα αντιψυχωσικά έχουν σε γενικές γραμμές αντικαταστήσει τους παλαιότερους τυπικούς αντιψυχωσικούς

παράγοντες (δηλαδή τους ανταγωνιστές των υποδοχέων ντοπαμίνης).

(Sadock & Sadock, 2009).

3.11.1. ΠΡΩΤΕΪΝΗ FGF2

Η FGF2 αποτελεί μέλος μιας μεγάλης οικογένειας πρωτεϊνών που μετατονίζουν τη λειτουργία των κυττάρων, ειδικότερα στα πλαίσια της ανάπτυξης, της επιβίωσης και της διέγερσης (Coleman, 2005). Επίσης, έχει αποδειχθεί πως επιφέρει νευροτροφικές συνέπειες σε πολλές πτυχές του εμβρυικού, βρεφικού και ενήλικου εγκεφάλου (Morrison et al, 1986; Walicke et al, 1986; Eckenstein et al, 1990; Matsuda et al, 1990; Deloulme et al, 1991; Weise et al, 1993).

Η θεραπεία συντελείται με την έκχυση FGF2 υποδορίως κάθε δύο εβδομάδες για 1 χρόνο στο άτομο με αυτισμό. Η θεραπεία αυτή έχει συνδεθεί με τη βελτίωση στη γλώσσα, στην οπτική ωρίμανση και στην κοινωνική συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζεται πως η πρωτεΐνη αυτή διαθέτει τουλάχιστον τέσσερις δραστηριότητες σχετικές με τον αυτισμό: 1) διέγερση βλαστικών κυττάρων, 2) αναγέννηση των αιμοφόρων αγγείων, 3) λειτουργία του μυελού των οστών, 4) εντερική επούλωση. Μερικοί γονείς αυτιστικών παιδιών έχουν χρησιμοποιήσει τη θεραπεία με FGF2, με είτε θετικές αναφορές, είτε με αναφορές ότι το παιδί είχε γίνει υπερκινητικό και είχε εμφανίσει σημάδια παλινδρόμησης (Coleman, 2005).

3.11.2. ΜΥΚΗΤΑΣ «CANDIDA ALBICANS» ΚΑΙ Η ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΑΥΤΙΣΜΟ

Υπάρχει μεγάλη συζήτηση σχετικά με τη σύνδεση της χρόνιας καντιντίασης και του αυτισμού. Ο τυπικός αυτισμός περιλαμβάνει μη τυπικές συμπεριφορές και επικοινωνιακές δυσκολίες, ειδικότερα στις μικρές ηλικίες, καθώς πολλά αυτιστικά παιδιά λαμβάνουν θεραπεία με αντιβιοτικά λόγω μολύνσεων του μέσου ωτός. Τέτοια αντιβιοτικά μπορεί να θεωρηθούν υπεύθυνα για τη διατάραξη της φυσιολογικής και ισορροπημένης συνύπαρξης μεταξύ των βακτηρίων του εντέρου, της

λειτουργίας του καθώς και να επιδεινώσει τη μόλυνση από μύκητες (Coleman, 2005).

Το υγιές έντερο περιλαμβάνει ωφέλιμα και μη ωφέλιμα βακτήρια, τα οποία βρίσκονται σε ισορροπία μεταξύ τους. Τα βακτήρια αυτά συνυπάρχουν μαζί με τους μύκητες, όπως η *Candida Albicans*, στον εντερικό σωλήνα. Μια διατροφή υψηλή σε ζάχαρη και υδατάνθρακες προκαλεί την ανάπτυξη των μυκήτων, για αυτό όταν χαθεί η ισορροπία, τα βακτήρια πληθαίνουν και η υπέρ-ανάπτυξή τους προκαλεί προβλήματα στο άτομο. Τέτοια προβλήματα ενδεικτικά μπορεί να είναι: υπερδραστηριότητα, υπερδιέγερση και επιθετικότητα (Coleman, 2005).

Η θεραπεία είναι φαρμακευτική και βασίζεται σε μια ισορροπημένη διατροφή με χαμηλούς υδατάνθρακες και μείωση της ζάχαρης, η οποία είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη της *Candida* (Coleman, 2005).

Εάν η θεραπεία που θα λάβουν τα παιδιά με αυτισμό είναι επιτυχής, τότε συνήθως βελτιώνεται η βλεμματική επαφή και το παιδί μοιάζει πιο συγκεντρωμένο. Επιπλέον, στερεοτυπικές συμπεριφορές όπως το δάγκωμα, η υπερκινητικότητα και η επιθετικότητα μειώνονται. Υποστηρίζεται πως εάν η θεραπεία της μόλυνσης από *Candida* ήταν περισσότερο επιτυχής στις μέρες μας, τότε τα συμπτώματα του αυτισμού θα είχαν εμφανίσει δραματική βελτίωση (Coleman, 2005).

Συνοψίζοντας, η Φαρμακευτική αγωγή επηρεάζει μέσω του σώματος τη λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) με συνέπεια την πρόκληση ψυχικών αλλαγών. Φυσικό είναι η χορήγηση φαρμάκων και ο έλεγχος της δράσης τους να εμπίπτει αποκλειστικά και μόνο στην αρμοδιότητα του ειδικού γιατρού (Coleman, 2005).

3.12. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Οι γονείς γνωρίζουν το αυτιστικό τους παιδί και τις παθολογικές ιδιαιτερότητές του από τη νεογνική περίοδο. Έχουν από την αρχή, επαφή μαζί του και είναι ασφαλώς, ύστερα από μια πλήρη και λεπτομερή ενημέρωση, οι πιο κατάλληλοι για την περίθαλψη των παιδιών τους. Το πρόβλημα όμως που ανακύπτει είναι αν μπορεί κανείς να τους εμπιστευθεί και να τους αναθέσει ένα τόσο δύσκολο έργο, χωρίς να ζημιωθούν τα ίδια τα παιδιά στην εξέλιξή τους (Κυπριωτάκης, 2003).

Η δουλειά του ειδικού δεν μπορεί να έχει ως στόχο την αποκατάσταση, αλλά την προσαρμογή του περιβάλλοντος στο παιδί και την προσαρμογή του παιδιού στο περιβάλλον. Η συνεργασία του ειδικού με τους γονείς που έχουν παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) θεωρείται απαραίτητη, αφού οι δυσκολίες παραμένουν δια βίου και οι γονείς θα πρέπει να γνωρίζουν τους τρόπους αντιμετώπισης των δυσκολιών αυτών. Ένα μοντέλο δουλειάς με τη συνεργασία των γονέων οριοθετεί τη δουλειά του ειδικού, διευκρινίζει τον ρόλο του στους γονείς, τον βοηθά να κατανοήσει το συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον και να προσαρμόσει την παρέμβασή του σε αυτό, ανταποκρινόμενος στις ανάγκες τους παιδιού (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2013).

Η ιδιαιτερότητα αυτή, καθιστά αναγκαία την εμπλοκή των γονέων στο θεραπευτικό πρόγραμμα και στον θεραπευτικό σχεδιασμό, γεγονός που δικαιολογεί τον όρο «γονείς συν-θεραπευτές» (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2013).

Συγκεκριμένα, λοιπόν, η σημασία της ψυχοεκπαίδευσης των γονέων που έχουν παιδιά στο φάσμα του αυτισμού, έχει υποστηριχθεί ιδιαίτερος τα τελευταία χρόνια. Ήδη σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν δημιουργηθεί μια σειρά προγραμμάτων, που αφορούν στην εκπαίδευση των γονέων, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση της διαταραχής και την εκμάθηση διαβίωσης με τα άτομα με αυτισμό (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2013).

Οι γονείς, προκειμένου να αξιοποιήσουν τις δυνατότητές τους και να είναι αποτελεσματικοί στον ρόλο τους, έχουν ανάγκη από σαφείς πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του παιδιού και τον τρόπο αντιμετώπισης των δυσκολιών. Έχουν ανάγκη από τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης, στα πλαίσια της οποίας μπορούν να συνεργαστούν με τους επαγγελματίες για την προώθηση της εξέλιξης του παιδιού (Παπαγεωργίου, 2004).

Η συμβουλευτική προς τους γονείς ξεκινά από τη φάση επεξεργασίας του προβλήματος που βρίσκονται. Ξεκινά από εκείνες τις ερωτήσεις και τα προβλήματα που κατέχουν τότε κεντρική θέση. Πρώτος στόχος της συμβουλευτικής είναι να βοηθήσει τους γονείς, όσο γρηγορότερα γίνεται, να δουν αντικειμενικά το πρόβλημα, να το αποδεχθούν, να το συνειδητοποιήσουν και να ετοιμασθούν επιπρόσθετα να ασκήσουν το ρόλο του γονιού ενός παιδιού με το σύνδρομο του αυτισμού. Όλα αυτά πρέπει να συμβούν γιατί η έγκαιρη παρέμβαση στο βρέφος και στο μικρό παιδί εξαρτάται από τον τρόπο βίωσης, αντίληψης και επεξεργασίας του προβλήματος από τους γονείς (Μπουσκάλια, 1993).

Η ζωή και το μέλλον αυτών των παιδιών θα εξαρτηθεί φυσικά σε μεγάλο βαθμό από τα ίδια, όμως επηρεάζεται αποφασιστικά «από την ευαισθησία, τη στάση, τη γνώση και τη γενική προσωπικότητα των γονιών και των οικογενειών τους». Μάλιστα η στάση της μητέρας ασκεί τη μεγαλύτερη επίδραση πάνω στο αν το παιδί με ειδικές ανάγκες θα γίνει αποδεκτό ή θα απορριφθεί από την κοινωνία (Μπουσκάλια, 1993).

Επίσης, οι γονείς πρέπει εξ αρχής να γνωρίζουν ότι είναι ασύνηθες, παρά τις τεχνικές και τις προσπάθειές τους, να εξαλείψουν παντελώς παράξενες συνήθειες και ανεπιθύμητες συμπεριφορές. Μπορούν σίγουρα να τις βελτιώσουν και να τις περιορίσουν, αν ακολουθήσουν την κατάλληλη συμβουλευτική (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2013).

Οι γονείς μπορούν και ασκούν θεραπευτικό ρόλο στη διαμόρφωση συμπεριφορών στα παιδιά τους, αν δεχτούν ειδική για αυτό βοήθεια. Γονείς που ασκήθηκαν σε τεχνικές αποκατάστασης και αλλαγές προβληματικών συμπεριφορών μπόρεσαν χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες να χρησιμοποιήσουν εποικοδομητικά και με επιτυχία τις γνώσεις και δεξιότητές τους (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2013).

Με βάση τα αποτελέσματα ερευνών, η συμμετοχή της οικογένειας στις διαδικασίες θεραπείας συντελεί αποφασιστικά στη βελτίωση ή/και στην αποκατάσταση της ανεπάρκειας, γιατί εκτός από όλα τα παραπάνω διαθέτουν σε μεγάλο βαθμό την αγάπη προς το παιδί τους, που είναι πιο πάνω από γνώσεις και από μεθόδους (Egg, 1972; Schreibmann, 1987; Μπουσκάλια, 1993).

Μια κατανοητή και δικαιολογημένη κατάθλιψη στους γονείς συχνά συμβαίνει όταν γίνεται η αρχική διάγνωση. Για αυτό, λοιπόν, είναι απαραίτητη η κατάλληλη χρήση φαρμακευτικής αγωγής και φροντίδας του οικογενειακού περιβάλλοντος και πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στη διαχείριση της συμπεριφοράς των γονέων σχετικά με τη διάγνωση. Ο τρόπος με τον οποίο θα μοιραστεί ο ειδικός τη διάγνωση με τους γονείς, ίσως συνεισφέρει στο να ανακουφίσει τον πόνο και την ανησυχία τους, ξεκινώντας με μια κατάλληλη θεραπεία και εκπαίδευση για το παιδί. Δυστυχώς, οι γονείς έρχονται πολλές φορές αντιμέτωποι με πολλές μεθόδους θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων πολλών ακατάλληλων και πολύ ακριβών στρατηγικών, πρόσφατων ή και παλαιότερων (Herbert et al., 2002; Coleman, 2005).

Πρέπει ακόμη να υπάρξει παροχή φροντίδας στα αδέρφια των παιδιών με αυτισμό. Η γνώση και η διαφορική διάγνωση σε αυτόν τον τομέα μαζί με τα στοιχεία της συστηματικής θεραπείας, επιτρέπουν στον θεραπευτή να διαγνώσει και να θεραπεύσει διαταραχές άγχους και διάθεσης, να φροντίσει για την ψυχολογία των γονέων, να εμποδίσει τη βία μεταξύ από ή προς τα παιδιά με αυτισμό και να εντοπίσει μια κατάλληλη λύση για τις περίπλοκες οικογενειακές αλληλεπιδράσεις (Coleman, 2005).

Σχετικά με την εκπαίδευση του παιδιού με αυτισμό, ο ειδικός οφείλει να στοχεύσει στα παρακάτω: α) στην πρόταση και εφαρμογή ενός σχολαστικού προγράμματος που θα επεκτείνει τις ικανότητες του παιδιού και β) στην συμβουλευτική της οικογένειας, ανάλογα με τις ανάγκες της, ώστε να επιτευχθεί η επιθυμητή επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας και του παιδιού με αυτισμό (Coleman, 2005).

Οι ειδικοί που συνεργάζονται με τα αυτιστικά παιδιά και τις οικογένειές τους, τυπικά εφαρμόζουν τις τεχνικές τους σε ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω πλαίσια:

- Θεραπεία στο ειδικό κέντρο (κλινική), (Schopler et al., 1984; Ozonoff & Cathcart, 1998; Sheinkopf & Siegel, 1998).
- Θεραπεία στο σπίτι (Howlin, 1989; Bibby et al., 2001).
- Θεραπεία στο σχολείο.
- Ομαδική θεραπεία (Micheli, 1999; Sofronoff & Farbotko, 2001; Tonge et al., 2004).

3.13. ΣΥΝΟΨΗ

Σήμερα, δεν υπάρχει γνωστή θεραπεία, με την έννοια της πλήρους αποκατάστασης των χαρακτηριστικών ποιοτικών αποκλίσεων του αυτισμού και των συναφών διαταραχών. Ωστόσο, πολλά μπορούν να επιτευχθούν με την εξατομικευμένη εφαρμογή έγκυρων θεραπευτικών και εκπαιδευτικών προσεγγίσεων, στα πλαίσια δικτύου εξειδικευμένων υπηρεσιών. Οι επαγγελματίες και οι ερευνητές αδυνατούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά, όταν δεν υπάρχει δίκτυο υπηρεσιών, ικανό να ανταποκριθεί στις δια βίου ανάγκες των ατόμων με αυτισμό (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Οι θεραπευτικές δυνατότητες που προσφέρονται σήμερα στα αυτιστικά παιδιά είναι τεράστια αναπτυγμένες, ώστε να μπορούν, αν φυσικά βοηθηθούν, να διάγουν μια κανονική, ανεξάρτητη ζωή. Το αυτιστικό παιδί πρέπει να μάθει να κατανοεί το περιβάλλον του και να αντεπεξέρχεται στη ζωή με τις νοητικές-ψυχικές ικανότητες που έχει. Ως εκ τούτου η Πολιτεία οφείλει να δώσει προτεραιότητα στην εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές ανάγκες και να μην περιορίζεται στην περίθαλψη και στην παροχή βοηθημάτων.

Επίσης, όλοι όσοι ασχολούνται με την αγωγή και θεραπεία των παιδιών με αυτισμό, επιθυμούν να έχουν επιτυχία σε αυτό που κάνουν. Βασική προϋπόθεση αποτελεί η έγκαιρη διάγνωση και η έγκαιρη υποστηρικτική παρέμβαση. Η πρόωπη παρέμβαση οδηγεί σε καταπληκτικές προόδους. Από τα πρώτα κιόλας χρόνια της ζωής των

αυτιστικών παιδιών, τότε που εμφανίζεται η ανακοπή, το σταμάτημα της εξέλιξης, οι γονείς αισθάνονται άγχος, ανασφάλεια και ενοχές. Τότε οι γονείς χρειάζονται κοινωνική υποστήριξη.

Η έγκαιρη υποστηρικτική παρέμβαση, η επικοινωνία, η αλληλεπίδραση και ο συγχρωτισμός με φυσιολογικά παιδιά, οι αφοσιωμένοι παιδαγωγοί-θεραπευτές, οι κατάλληλες θεραπευτικές μέθοδοι σε συνδυασμό με ένα δομημένο περιβάλλον αποτελούν τις καλύτερες προϋποθέσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Κάθε παιδί που βρίσκεται στο φάσμα του αυτισμού απαιτεί ένα ατομικό πρόγραμμα που θα επικεντρώνεται στις δυνατότητες και τις ανάγκες του. Οι δυσκολίες στη κατανόηση μπορεί να βοηθηθούν με σαφείς λεκτικές οδηγίες ή προτροπές και σαφείς οπτικές υπενθυμίσεις, χρησιμοποιώντας κάρτες οργάνωσης και οργανώνοντας το φυσικό χώρο. Τα παιδιά πρέπει να είναι ήρεμα και όχι αγχωμένα, απογοητευμένα, θυμωμένα ή αναστατωμένα από τα γεγονότα της ημέρας, γιατί έτσι είναι αδύνατο να μάθουν αποτελεσματικά. Η χρήση των ενδιαφερόντων του παιδιού είναι η πιο χρήσιμη στρατηγική για να αναπτυχθεί το ενδιαφέρον και για τους άλλους στόχους του εκπαιδευτικού προγράμματος. Η διδασκαλία των παιδιών με αυτισμό απαιτεί χρόνο, προσπάθεια, προσοχή στη λεπτομέρεια και μια εις βάθος γνώση του παιδιού.

Ακόμη, η πλέον αποτελεσματική αντιμετώπιση παραμένει η εκπαιδευτική παρέμβαση, που περιλαμβάνει παιδαγωγικά προγράμματα, λογοθεραπεία και θεραπεία συμπεριφοράς. Ακόμη, οι γονείς πρέπει να κατανοήσουν και να αποδεχθούν την ιδιαιτερότητα και τις δυσκολίες του παιδιού τους, προκειμένου να συμμετάσχουν ενεργά και αυτοί στην εκπαίδευσή του.

Ειδικότερα, όσοι ποικιλότροπα παρεμβαίνουν, πολύ περισσότερο ασχολούνται με τη συμβουλευτική σε προβλήματα αυτισμού, οφείλουν να είναι πλήρως ενημερωμένοι και να διαθέτουν πολύχρονη εμπειρία. Στη χώρα μας βέβαια, δεν έχουν γίνει αντίστοιχες έρευνες, αλλά βασιζόμενοι στη διεθνή βιβλιογραφία μπορούμε να διαπραγματευτούμε ερευνητικά και θεραπευτικά τα θέματα των αναγκών και της

συνεργασίας της οικογένειας του παιδιού με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ).

Οι σχεδιασμένες παρεμβάσεις μπορούν σημαντικά να αλλάξουν τις ευκαιρίες του παιδιού να επικοινωνήσει και να μάθει. Όταν γίνεται παρέμβαση στα παιδιά με γλωσσικές και επικοινωνιακές διαταραχές, εξαρτάται η αποτελεσματικότητά της από τις συνέπειες στις γλωσσικές δεξιότητες, στην αυτοεκτίμηση και στην κοινωνική συμπεριφορά του παιδιού.

Συγκεκριμένα, με τα σημερινά δεδομένα, οι πιο αποτελεσματικές προσεγγίσεις στον τομέα του αυτισμού και των συναφών διαταραχών είναι η εξειδικευμένη εκπαιδευτική παρέμβαση, οι γνωστικές-συμπεριφορικές τεχνικές, με έμφαση στην προώθηση της επικοινωνίας και της κοινωνικής κατανόησης, η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας και η φαρμακοθεραπεία, σε ορισμένες περιπτώσεις, για την αντιμετώπιση των προκλητικών συμπεριφορών και άλλων διαταραχών, που μπορεί να συνυπάρχουν.

Σήμερα παρατηρείται πληθώρα θεραπευτικών/εκπαιδευτικών προγραμμάτων, κάποια από αυτά έχουν σχεδιαστεί ειδικά για τον αυτισμό, ενώ άλλα, αν και έχουν σχεδιαστεί για άλλες διαταραχές, έχουν κάνει ειδικές προσαρμογές για τον αυτισμό. Κάθε πρόγραμμα βασίζεται σε μια θεωρητική προσέγγιση, που προσπαθεί να εξηγήσει τη φύση και τις αιτίες του αυτισμού και στοχεύει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών αυτής της διαταραχής.

Για την θεραπεία του αυτιστικού συνδρόμου έχει αναπτυχθεί ένας μεγάλος αριθμός θεραπευτικών μεθόδων, που χωρίζονται βασικά σε δυο κυρίως ομάδες. Αρχικά, στις μεθόδους που στοχεύουν στην αποκατάσταση διαταραχών αντίληψης και επεξεργασίας των πληροφοριών και σε εκείνες που σκοπό έχουν να αναπτύξουν στα αυτιστικά παιδιά ικανότητες και γνώσεις, ώστε να καθίστανται ικανά να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος και να προσαρμόζονται σε αυτό.

Τις δυο τελευταίες δεκαετίες είμαστε πιο τυχεροί γιατί οι γνώσεις μας περί αυτισμού έχουν επεκταθεί. Στο τομέα της παρέμβασης, μόνο, οι Λογοπεδικοί, που είναι σε θέση να καλύψουν τον αυτισμό σφαιρικά- και

όχι απλά τα γλωσσικά ελλείμματα, τα οποία απορρέουν από αυτόν- μπορεί να είναι αποτελεσματικοί. Από την πλευρά του, ο Λογοπεδικός μπορεί να συμβάλει με την εξειδικευμένη του γνώση πάνω στην επικοινωνία τόσο στην φάση της διάγνωσης, όσο και στο σχεδιασμό και υλοποίηση του θεραπευτικού προγράμματος.

Σήμερα κατανοούμε καλύτερα τα προβλήματα που συνδέονται με τον αυτισμό, ιδίως στο τομέα της επικοινωνίας. Με την χρήση των επαυξητικών και εναλλακτικών συστημάτων επικοινωνίας- νοήματα, ανταλλαγή εικόνων (PECS), MAKATON, νοηματική γλώσσα και των συστημάτων Rebus και Bliss που χρησιμοποιούν σύμβολα, πολλά από αυτά τα παιδιά βοηθηθήκαν, ώστε να εκφράσουν τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους.

Μπορούν, επίσης, να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με τα παραπάνω εναλλακτικά συστήματα για την ενίσχυση της επικοινωνίας και τροποποίηση της συμπεριφοράς, η μέθοδος TEACCH, η εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς, η μέθοδος Lovaas, η μέθοδος Miller και η συμπεριφορική-γνωστική προσέγγιση.

Τέλος, η Wendy Brown από το Broomhayes School στο Devon επέλεξε τις κατάλληλες λέξεις που χαρακτηρίζουν τον ιδανικό γονέα και δάσκαλο: «Είναι απαραίτητο να αγαπάς το παιδί επειδή είναι αυτιστικό και όχι παρά το γεγονός ότι είναι αυτιστικό».

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο αυτισμός, η σοβαρότερη διαταραχή επικοινωνίας, που αποκλείει το παιδί από το περιβάλλον του και το καθιστά «κωφό» και «τυφλό» στα γύρω του ερεθίσματα, ανήκει στις βαρύτερες διαταραχές της εξέλιξης και θεωρείται σύνδρομο. Τα άτομα με αυτισμό διαφέρουν μεταξύ τους και δεν παρουσιάζουν την ίδια συμπτωματολογία, για το λόγο αυτό αναφερόμαστε σε ένα φάσμα διαταραχών.

Οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) ή αλλιώς Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) αποτελούν μια κατηγορία διαταραχών, των οποίων χαρακτηριστικό αποτελεί η διάχυτη έκπτωση σε όλα τα επίπεδα ανάπτυξης. Πιο συγκεκριμένα, ενδεικτικά παρατηρούνται τα εξής: διαταραχή στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στερεότυπες συμπεριφορές, απουσία βλεμματικής επαφής και σοβαρές διαταραχές ή και απουσία ομιλίας.

Οι Leo Kanner και Hans Asperger μίλησαν πρώτη φορά για τον Αυτισμό αφού έκαναν αρχικά ορισμένες παρατηρήσεις σε παιδιά με την εν λόγω διαταραχή. Μεγαλύτερη συχνότητα του συνδρόμου παρατηρείται σε αγόρια και η ακριβής αιτιολογία του παραμένει άγνωστη μέχρι σήμερα.

Ο αυτισμός εκδηλώνεται συνήθως τους 30 πρώτους μήνες ζωής, για αυτό και κρίνεται απαραίτητο να στηριζόμαστε στην παρατήρηση τυχόν διαταραχών της συμπεριφοράς και της επικοινωνίας, σύμφωνα με τις διεθνείς κλίμακες διαγνωστικών κριτηρίων (DSM-IV/V). Την παρατήρηση των αυτιστικών ατόμων, καθώς και την κατάλληλη στήριξη τους αναλαμβάνει μια Διεπιστημονική Ομάδα ,που απαρτίζεται από πληθώρα ειδικών, στους οποίους εντάσσεται και ο Λογοθεραπευτής.

Με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια που παρέχονται από τις διεθνείς κλίμακες, είμαστε σε θέση να παρατηρήσουμε τα κοινά και διαφορικά συμπτώματα του ατόμου. Ειδικότερα, μπορούμε να δούμε αν υπάρχει συννοσηρότητα (συνδυασμός του αυτισμού με μια άλλη διαταραχή) και

διαφορική διάγνωση (διαχωρισμός του αυτισμού από μια άλλη διαταραχή).

Το κύριο χαρακτηριστικό και διαγνωστικό κριτήριο της αυτιστικής διαταραχής είναι η διαταραγμένη επικοινωνία και όχι μόνο οι διαταραχές λόγου. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούνται βασικά ελλείμματα στους τομείς της γλώσσας, της ομιλίας και της επικοινωνίας που στερούν στο άτομο μια φυσιολογική κοινωνική αλληλεπίδραση.

Η εξέλιξη του αυτισμού είναι καλύτερη, όσο η διάγνωση γίνεται έγκαιρα και η παρέμβαση πρώιμα. Βέβαια, δεν υπάρχει θεραπεία για τον αυτισμό αλλά μέσα από εκπαιδευτικές παρεμβάσεις των διαταραχών επικοινωνίας και συμπεριφοράς και με τη συμμετοχή των γονέων, το άτομο με αυτισμό βελτιώνεται.

Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι όλα τα προγράμματα που χρησιμοποιούνται για τον αυτισμό πρέπει να έχουν εξατομικευμένο στόχο για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Τέλος, όταν κάποιες έντονες συμπεριφορές που προκαλούν προβλήματα στο άτομο δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς, τότε προβαίνουμε στη φαρμακευτική αγωγή αλλά με επιφύλαξη για τυχόν παρενέργειες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Αντωνιάδου- Χιτολού Μ., (2003). *Ο κοινωνικός εγκέφαλος: Διαταραχές της επικοινωνίας και της εξέλιξης του λόγου στο παιδί*. Εκδόσεις: University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
2. Βάρβογλη Λ., (2007). *Η διάγνωση του αυτισμού*. Εκδόσεις: Καστανιώτη.
3. Βογινδρούκας Ι. & Sherratt D., (2008). *Οδηγός εκπαίδευσης παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές*. Εκδόσεις: Ταξιδευτής. Αθήνα.
4. Γενά Α., (2002). *Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές*. Αθήνα.
5. Συριοπούλου-Δελλή Χ., (2011). *Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές*. Εκδόσεις: Γρηγόρη. Αθήνα.
6. Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV,2011). 4^η έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις: Λίτσας.
7. Ιεροδιακόνου Σ. Χ. & Ζηλίκη Ν., (2005). *Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά*, Β' έκδοση. Εκδόσεις: Μαστορίδη. Θεσσαλονίκη.
8. Καλύβα Ε., (2005). *Αυτισμός, Εκπαιδευτικές και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις*. Εκδόσεις: Παπαζήση. Αθήνα.
9. Καμπούρογλου Μ., (2003). *Ανάπτυξη και Διαταραχές λόγου στα παιδιά*. Ιούνιος.
- 10.Καφετζής Α. Δ., Κουκουτσάκης Μ.Π., Μυριοκεφαλιτάκης ΕΜ. Ν. & Γουριώτης Ι.Δ, (2011). *Επίτομη Παιδιατρική*, Ιατρικές Εκδόσεις: Λίτσας. Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών.
- 11.Κουρουπέτρογλου Γ., (2000). *Σύστημα Εναλλακτικής Επικοινωνίας Bliss*. Εγχειρίδιο Χρήσης. Αθήνα: Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- 12.Κουρουπέτρογλου Γ. & Λιάλιου Σ., (2002). *Εναλλακτική και Επαγγελματική Διαπροσωπική Επικοινωνία Ατόμων με Αναπηρία*. Αθήνα: Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- 13.Κυπριωτάκης Α., (2003). *Τα αυτιστικά παιδιά και η αγωγή τους*. 3^η έκδοση. Ηράκλειο.
- 14.Μπουσκάλια Λ., (1993). *Άτομα με ειδικές ανάγκες και οι γονείς τους*. Εκδόσεις: ΓΛΑΡΟΣ. Αθήνα.

15. Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, (2007). *Αυτισμός, Θέσεις και Προσεγγίσεις*. Εκδόσεις: Ταξιδευτής. Αθήνα.
16. Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών-Λογοθεραπευτών, Βλασσοπούλου Μ. & Μύρκος Β., (2013). *Λογοθεραπεία, Διεπιστημονική θεώρηση*. Εκδόσεις: ΒΗΤΑ.
17. Παπαγεωργίου Β., (2004). *Ο ρόλος της οικογένειας στις διαταραχές μάθησης*. Περιοδική έκδοση των καθηγητών Γαλλικής Β. Ελλάδας.
18. Περιτογιάννης Β.Κ. & Ζακοπούλου Β.Σ., (2010). *Διαταραχές της επικοινωνίας σε ψυχιατρικές παθήσεις*. Επιστημονικές Εκδόσεις: Παρισιάνου.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

19. Anderson N.B. & Shames G.H., (2013). *Εισαγωγή στις Διαταραχές Επικοινωνίας*, Εκδόσεις: Πασχαλίδης. μεταφρασμένο από Λινάρδου Γ.
20. Γεώργας Δ., Παρασκευόπουλος Ι., Μπεζεβέγκης Η. & Γιαννίτσας Ν., (1997). Μετάφραση/προσαρμογή στα Ελληνικά του Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition (WISC-III): The Psychological Corporation. U.S.A. (1992). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
21. Delion P., et al., (2000). *Τα βρέφη σε αυτιστικό κίνδυνο*. University Studio Press. Θεσσαλονίκη.
22. Egg M., (1972). *Η αγωγή του καθυστερημένου παιδιού*. μετάφραση: Παπαγεωργίου Γ. & Κρασανάκη Γ.. Ηράκλειο.
23. Frith U., (1994), *Αυτισμός*. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.
24. Frith U., (1999). *Αυτισμός*. 3^η έκδοση. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.
25. Harpe F., (2003). *Αυτισμός*. σειρά: Ψυχολογία 116. Αθήνα.
26. Quill K.A., (2000). *Διδάσκοντας Αυτιστικά Παιδιά*. Μετάφραση: Παγίδα Ρ.. Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ.
27. Rutter M., (1987). *Νηπιακός Αυτισμός*. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.
28. Sadock J.B. & Sadock A.V., (2009). *Επίτομη Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων*. Ιατρικές Εκδόσεις: Λίτσας. Μετάφραση: Αμβρόσιος Ν. & Στασινοπούλου Σ., (2009).

29.Sadock J. B. & Sadock A. V., (2009). *Επίτομη Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων*. Ιατρικές Εκδόσεις: Λίτσας.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 30.Adams C., (2002). *Practitioner review: The assessment of language pragmatics*. Journal of Child Psychology and Psychiatry.
- 31.Adams C., Baxendale J., Lloyd J., & Aldredge C., (2005). *Pragmatic language impairment: Case studies of social and pragmatic language therapy*. Child Language Teaching & Therapy.
- 32.Alberto P. & Troutman A.C., (1999). *Applied behavior analysis for teachers (5th ed.)*. Saddle River. NJ:Merrill.
- 33.Aldridge D., (1996). *Music therapy research and practice in medicine: From out of the silence*. London: Jessica Kingsley.
- 34.Allison D.B., Basile V.C. & MacDonald R.B., (1991). *Brief report: Comparative effects of antecedent exercise and lorazepan on the aggressive behavior of an autistic man*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
- 35.American Speech-Language-Hearing Association (1989). *Competencies for speech-language pathologists providing services in augmentative communication*. ASHA.
- 36.American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed.. Washington D.C.
- 37.American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. Washington. DC: Author.
- 38.Anderson A.E., (2002). *Augmentative communication and autism*. A comparison of sign language and the picture exchange communication system. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering.
- 39.Anderson S.R., Avery D.L., Dipietro E.K., Edwards G.L. & Christian W.P., (1987). *Intensive home-based early intervention with autistic children*. Education and Treatment of Children.

40. Arick J.R., Loos L., Falco R. & Krug D.A., (2004). *Strategies for teaching based on autism research: STAR*. Austin, TX: ProEd.
41. Augustin A., (1986). *Sensorische Integration & Sensorische Integrationsstörungen*. Der Kinderarzt.
42. Baltaxe C., (1977). *Pragmatic deficits in the language of autistic adolescents*. Journal of Pediatric Psychology.
43. Baltaxe C., (1984). *Use of contrastive stress in normal, aphasic and autistic children*. Journal of Speech and Hearing Research.
44. Baltaxe C. & D' Angiola N., (1996). *Referencing skills in children with autism and specific language impairment*. European Journal of Disorders of Communication.
45. Baltaxe C.A.M. & Simmons J.Q., III, (1992). *A comparison of language issues in high-functioning autism and related disorders with onset in childhood and adolescence*. Ed.: Schopler E. & Mesibov G. B.. High functioning individuals with autism. New York: Plenum Press.
46. Baron-Cohen S., (1988). *An assessment of violence in a young man with Asperger's syndrome*. Journal of Child Psychology and Psychiatry.
47. Baron-Cohen S., (1989). *Do autistic children have obsessions and compulsions?* British Journal of Child Psychology.
48. Baron-Cohen S., Allen J. & Gillberg C., (1992). *The needle, the haystack and the CHAT*. Can autism be detected at 18 months? British Journal of Psychiatry.
49. Baron-Cohen S., (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
50. Bartak L. & Rutter M.L., (1974). *The use of personal pronouns by autistic children*. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia.
51. Bartak L., Rutter M. & Cox A., (1975). *A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder: I. The children*, British Journal of Psychiatry.
52. Bartolucci G. & Albers R.J., (1974). *Deictic categories in the language of autistic children*. J. of Autism and Childhood Schizophrenia.
53. Bartolucci G., Pierce S.J. & Streiner D., (1980). *Cross-sectional studies of grammatical morphemes in autistic and mentally*

- retarded children.* Journal of Autism and Developmental Disorders.
54. Bartolucci G., Pierce S. & Tolkin-Eppel P., (1976). *Phonological investigation of verbal autistic and mentally retarded subjects.* Journal of Autism and Childhood Schizophrenia.
 55. Benda U., (1983). *von: Untersuchungen zur Intonation autistischer. sprachentwicklungs-gestorter und sprachunauffalliger Kinder. Dissertation. Munchen.*
 56. Berument S., Rutter M., Lord C., Pickles A. & Bailey A., (1999). *Autism screening questionnaire: Diagnostic validity.* British Journal of Psychiatry
 - Brown, L., Sherbenou, R. J. & Johnsen, S. K. (1990). *Test of nonverbal intelligence—2 (TONI-2),* Austin, TX: Pro-Ed.
 57. Betterheim B., (1990). *Ein Leben fur Kinder.* dtv.
 58. Bettelheim B., (1977). *Die Geburt des Selbst. Erfolgreiche Therapie autistischer Kinder.* Munchen, Kindler Verlag.
 59. Bibby P., Eikeseth S., Martin N.T., Mudford O.C. & Reeves D., (2001). *Progress and outcomes for children with autism receiving parent-managed intensive interventions.* Research in Developmental Disabilities.
 60. Bishop D. & Adams C., (1989). *Conversational characteristics of children with semantic-pragmatic disorder: II. What features lead to a judgment of inappropriacy?* British Journal of Disorders of Communication.
 61. Bishop D., (2003). *The Children's Communication Checklist—Second Edition: CCC-2 Manual.* London: The Psychological Corporation.
 62. Bloom L. & Lahey M., (1978). *Language development and language disorders.* New York: Wiley.
 63. Botting, N., & Conti-Ramsden, G., (2003). *Autism, primary pragmatic difficulties and specific language impairment: Can we distinguish them using psycholinguistic markers?* Developmental Medicine and Child Neurology.
 64. Bolte S. & Poustka F., (2002). *Child Psychiatry and Human Development.* The relation between general cognitive level and adaptive behavior domains in individuals with autism with and without co-morbid mental retardation.

65. Bondy A. & Frost L., (in press). *Educational approaches in preschool*. Behavior techniques in a public school setting. In E. Schopler & G. Mesibov (Eds.). *Learning and cognition in autism*. New York: Plenum.
66. Bondy A. & Frost L., (1994). *The Picture Exchange Communication System*. Focus on Autistic Behavior.
67. Bondy A. & Frost L., (1994). *Pre-School Education Programs for Children with Autism*. Austin, TX: Pro-ed.
68. Botting N., (2004). *Children's Communication Checklist (CCC) scores in 11-year-old children with communication impairments*. *International Journal of Language & Communication Disorders*.
69. Brask B.H., (1970). *A prevalence investigation of childhood psychosis*. the 16th Scandinavian Congress of Psychiatry.
70. Brown L., Sherbenou R.J. & Johnsen S.K., (1990). *Test of nonverbal intelligence—2 (TONI-2)*. Austin, TX: Pro-Ed.
71. Brownell R., (2000). *Expressive One Word Picture Vocabulary Test*, Novato, CA: Academic Therapy Publications.
72. Bruscia K.E., (1982). *Music in the assessment of echolalia*. *Music Therapy*.
73. Bryson S.E. & Smith I.M., (1998). *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. Epidemiology of autism: Prevalence, associated characteristics, and implications for research and service delivery.
74. Buday E.M., (1995). *The effects of signed and spoken words taught with music on sign and speech imitation of children with autism*. *Journal of Music Therapy*.
75. Burack J.A., Root R. & Zigler E., (1997). *Inclusive education for children with autism: reviewing ideological, empirical and community considerations*. 2nd ed. In: *Handbook of Autism and Developmental Disorders* (eds D. Cohen & F. Volkmar).
76. Burgoine E. & Wing L., (1983). *Identical triplets with Asperger's syndrome*. *British Journal of Psychiatry*.
77. Byrd R., (2002). *Report to the Legislature on the principle findings from the epidemiology of autism in California: A comprehensive pilot study*. University of California Davis. MIND Institute.
78. Cacace, A. T., & McFarland, D. J., (1998). *Central auditory processing disorder in school aged children: A critical review*. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*.

79. Cantwell D.P. & Baker L., (1989). *Infantile autism and developmental receptive dysphasia: A comparative follow-up into middle childhood*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
80. Cantwell, D., Baker, L., & Rutter, M., (1978). *A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder—IV: Analysis of syntax and language function*. Journal of Child Psychology and Psychiatry.
81. Caplan R., Guthrie D., Shields W.D. & Yudovin S., (1994). *Communication deficits in pediatric complex partial seizure disorders and schizophrenia*. Development and Psychopathology.
82. Capps L., Kasari C., Yirmiya N. & Sigman M., (1993). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Parental perception of emotional expressiveness in children with autism.
83. Capps L., Kehres J. & Sigman M., (1998). *Autism*, Conversational abilities among children with autism and children with developmental delays.
84. Carr E.G., Binkoff J.A., Kologinsky E. & Eddy M., (1978). *Acquisition of sign language by autistic children: I, Expressive labeling*. Journal of Applied Behavior Analysis.
85. Carr E. & Dores P., (1981). *Pattern of language acquisition following simultaneous communication with autistic children*. Analysis and Intervention in Developmental Disabilities.
86. Carter A.S., Volkmar F.R., Sparrow S.S., Wang J.J., Lord C., Dawson G., et al., (1998). *The Vineland Adaptive Behavior Scales: Supplementary norms for individuals with autism*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
87. Chandler S., Christie P., Newson E. & Prevezer W., (2002). *Autism*. Developing a diagnostic and intervention package for 2- to 3-year-olds with autism.
88. Christie P. & Wimpory D., (1986). *Recent research into the development of communicative competence and its implications for the teaching of autistic children*. Communication.
89. Clarkson G., (1994). *Creative music therapy and facilitated communication: New ways of reaching students with autism*. Preventing School failure.
90. Coleman M., (2005). *The Neurology of Autism*, University Press Oxford.

91. Cordes H. & Dzikowski S., (1991). *Fruforderung autistischer Kinder*. Hilfe für das autistische Kind Bremen, e.V.
92. Craig J. & Baron-Cohen S., (2000). *Story-telling ability in children with autism or Asperger syndrome: A window into the imagination*. Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences.
93. Cruttenden A., (1997). *Intonation*. 2nd ed.. Cambridge. England: Cambridge University Press.
94. Cunningham M.A. & Dixon D., (1961). *A study of the language of an autistic child*. J. of Child Psychology and Psychiatry.
95. Cunningham M.A., (1966). *A five year study of the language of an autistic child*. J. of Child Psychology and Psychiatry.
96. Cunningham M.A., (1968). *A comparison of the language of psychotic and nonpsychotic children who are mentally retarded*. J. of Child Psychology and Psychiatry.
97. Curcio F., (1978). *Sensorimotor functioning and communication in mute autistic children*. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia.
98. Curcio F. & Paccia J., (1987). *Conversations with autistic children: Contingent relationships between features of adult input and children's response adequacy*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
99. Dahlgren S.O. & Gillberg C., (1989). *Symptoms in the first two years of life: A preliminary population study of infantile autism*. European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences.
100. Dale P., (1972). *Language Development*. Illinois. Dryden Press.
101. Darnley-Smith R. & Patey H.M., (2003). *Music therapy*. London: Sage.
102. Daveson B. & Edwards J., (1998). *A role for music therapy in special education*. International Journal of Disability. Development and Education.
103. Decuir A., (1991). *Trends in music and family therapy*. Special Issue: The creative arts therapies and the family. Arts in Psychotherapy.
104. De Giacomo A. & Fombonne E., (1998). *Parental recognition of developmental abnormalities in autism*. European Child and Adolescent Psychiatry.

105. Deloulme J.C., Baudier J., Sensenbrenner M., (1991). *Establishment of pure neuronal cultures from fetal rat spinal cord and proliferation of the neuronal precursor cells in the presence of fibroblast growth factor.* J Neurosci.
106. DeMyer M. K., (1979). *Parents and children in autism.* Washington, DC: Winston and Sons.
107. DeMyer M. K., Barton S., DeMyer W.E., Norton J.A., Allen J. & Steele R., (1973). *Prognosis in autism: A follow-up study.* Journal of Autism and Childhood Schizophrenia.
108. DeMyer M.K., Barton S. & Norton J.A., (1972). *A comparison of adaptive, verbal and motor profiles of psychotic and non-psychotic subnormal children.* Journal of Autism and Childhood Schizophrenia.
109. Dewey M. & Everard, M., (1974). *The near-normal autistic adolescent: Nonreciprocal speech.* Journal of Autism & Childhood Schizophrenia.
110. Dopp-Weseler A., (1981). *Analyse des kindlichen Fehlverhaltens beim Umgang mit Hund und Katze.* Sozialpädiatrie.
111. Doss S. & Reichle J., (1991). *Replacing excessive behavior with an initial communicative repertoire.* In J. Reichle, J. York & J. Sigafos (Eds.). *Implementing augmentative and alternative communication: Strategies.*
112. Downey D. et al., (2002). *Diagnosis and evaluation of children who are not talking.* Infants and Young Children.
113. Duchan J.F., (1993). *Issues raised by facilitated communication for theorizing and research on autism.* Journal of Speech and Hearing Research.
114. Dunn L. M. & Dunn L. M., (1997). *Peabody Picture Vocabulary Test* (3rd ed.). Circle Pines, MN: American Guidance Service.
115. Dzikowski S. & Arens Chr., (1990). *Autismus heute. Band 2.* Verlag moderns Lernen Dortmund.
116. Dzikowski S. & Vogel G., (1993). *Störungen der sensorischen Integration bei autistischen Kindern.* Deutscher Studienverlag. Weinheim.

117. Edwards S., Fletcher P., Garmen M., Hughes A., Letts C., & Sinkha I., (1997). *Reynell Developmental Language Scales III*. Windsor, England: Nfer-Nelson.
118. Eales, M., (1993). *Pragmatic impairments in adults with childhood diagnoses of autism or developmental receptive language disorder*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
119. Eaves L.C. & Ho H.H., (1997). *Journal of Development and Physical Disabilities*. School placement and academic achievement in children with autistic spectrum disorders.
120. Eckenstein F.P., Esch F., Holbert T., Blacher R.W., Nishi R., (1990). *Purification and characterisation of a trophic factor for embryonic peripheral neurons: comparison with fibroblast growth factors*. Neuron, Apr.
121. Eisenberg L., (1956). *The autistic child in adolescence*. American Journal of Psychiatry.
122. Elkonin D.B., (1973). *U.S.S.R. In I. Downing (Ed.). Comparative Reading*. New York: Macmillan.
123. Elliott C. D., (1990). *Differential Ability Scales: Introductory and technical handbook*. New York: The Psychological Corporation.
124. Elliott R.O., Jr., Dobbin A.R., Rose G.D. & Soper H.V., (1994). *Vigorous, aerobic exercise versus general motor training activities: Effects on maladaptive and stereotypic behaviors of adults with both autism and mental retardation*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
125. Fay W., (1967b). *Mitigated echolalia of children*. Journal of Speech and Hearing Research.
126. Fay W., (1969). *On the basis of autistic echolalia*. Journal of Communication Disorders.
127. Fay W., (1979). *Personal pronouns and the autistic child*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
128. Fay W. & Schuler A.L., (1980). *Emerging language in autistic children*. Baltimore: University Park Press.
129. Fein D. & Waterhouse L., (1979). *Autism is not a disorder of language*. Paper presented at the meeting of the New England Child Language Association, Boston.

130. Fenson L., Dale P., Reznick J., Bates E., Thal D. & Pethick S., (1994). *Variability in early communicative development*. Monographs of the Society for Research in Child Development.
131. Fey M., (1986). *Language Intervention with young children*. San Diego, CA: College Hill Press.
132. Finestack I. H., Fey M. E. & Catts H. W., (2006). *Pronominal reference skills of second and fourth grade children with language impairment: An experimental evaluation*. Journal of Speech & Hearing Research.
133. Fong L., Wilgosh L. & Sobsey D., (1993). *The experience of parenting an adolescent with autism*. International Journal of Disability. Development and Education.
134. Freeman B.J., Rahbar B., Ritvo E.R., Bice T.L., Yokota A. & Ritvo R., (1991). *The stability of cognitive and behavioral parameters in autism: A twelve-year prospective study*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
135. Freeman, L., & Dake, S., (1996). *Teach me language: A language manual for children with autism, Asperger's syndrome and related developmental disorders*. Langley. British Columbia. Canada: SFK.
136. Freitag G., (1970). *An experimental study of the social responsiveness of children with autistic behaviors*. Journal of Experimental Child Psychology.
137. Freundlich B.M., Pike L. & Schwartz V., (1989). *Dance and music for children with autism*. Journal of Music Therapy.
138. Geller E., Ritvo E.R., Freeman B. & Yuwiler A., (1982). *Preliminary observations on the effect of fenfluramin on blood serotonin and symptoms in three autistic boys*. New England J. Med.
139. Geraldine D. & Walting R., (2000). *Interventions to facilitate auditory, visual and motor integration in autism: A review of the evidence*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
140. German D. J., (1986). *Test of Word Finding*. Allen. TX: DLM Teaching Resources.

141. Ghaziuddin M., Ghaziuddin N. & Greden J., (2002). *Depression in persons with autism: Implications for research and clinical care.* Journal of Autism and Developmental Disorders.
142. Ghaziuddin M., Tsai L. & Ghaziuddin N., (1992). *Brief report: A comparison of the diagnostic criteria for Asperger's syndrome.* Journal of Autism and Developmental Disorders.
143. Ghaziuddin M., Weidmer-Mikhail E. & Ghaziuddin N., (1998). *Comorbidity of Asperger syndrome: A preliminary report.* Journal of Intellectual Disability Research.
144. Gilchrist A., Green J., Cox A., Burton D., Rutter M. & Le Couteur A., (2001). *Development and current functioning in adolescents with Asperger syndrome: A comparative study.* Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines.
145. Gillberg C. & Steffenberg 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.
146. Gillott A., Eurniss F. & Walter A., (2001). *Autism: International Journal of Research and Practice.* Anxiety in high-functioning children with autism.
147. Goldstein G., Johnson C.R. & Minshew N.J., (2001). *Journal of Autism and Developmental Disorders.* Attentional processes in autism.
148. Goldstein J.A., Naglieri A. & Ozonoff S., (2009). *Assessment of Autism Spectrum Disorders.* The Guilford Press. New York, London.
149. Gray D.E., (2002). *Ten years on: A longitudinal study of families of children with autism.* Journal of Intellectual and Developmental Disability.
150. Gray C. & Gerard J.D., (1993). *Social stories: Improving responses of students with autism with accurate social information.* Focus on Autistic Behavior.
151. Gray B. B. & Ryan B. P., (1973). *A language program for the nonlanguage child.* Champaign, IL: Research Press.
152. Gray K.M. & Tonge B.J., (2001). *Journal of Pediatrics and Child Health.* Are there early features of autism in infants and preschool children?

153. Green J., Gilchrist A., Burton D. & Cox A., (2000). *Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger syndrome compared with conduct disorder*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
154. Green G., (2001). *Behavior analytic instruction for learners with autism: Advances in stimulus control technology*. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities.
155. Gresham F.M., Beebe-Franknberger M.E. & McMillan D.L., (1999). *A selective review of treatments for children with autism: Description and methodological considerations*. School Psychology Review.
156. Halliday M.A.K., (1975). *Learning how to mean: Exploration in the development of language*, London: Edward Arnold.
157. Hancock T. B. & Kaiser A. P., (2006). *Enhanced milieu teaching*. In R.J. Mc Cauley & M. E. Fey (Eds). Treatment of language disorders in children, Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
158. Happe F., (1995). *The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism*. Child Development.
159. Happé, F., & Frith, U., (1996). *The neuropsychology of autism*. Brain: A Journal of Neurology.
160. Hart B. & Risley T. R., (1980). *In vivo language Intervention*. Journal of Applied Behavioral Analysis.
161. Hedrick D., Prather E., & Tobin A., (1984). *Sequenced Inventory of Communication Development. Revised Edition*. Seattle: University of Washington Press.
162. Hemphill L., Picardi N. & Tager-Flusberg H., (1991). *Narrative as an index of communicative competence in mildly mentally retarded children*. Applied Psycholinguistics.
163. Herbert M.R., Harris G.J. & Adrien K.T., (2002). *Abnormal asymmetry language association in autism*, Annals of Neurology.
164. Hobson R.P., (1993). *Autism and the development of mind*. England: Erlbaum.
165. Hobson R.P., (1984). *Early childhood autism and the question of egocentrism*. Journal of Autism and Developmental Disorders.

166. Hough M.S., (1990). *Narrative comprehension in adults with right and left hemisphere brain damage: Theme organization*. Brain and Language.
167. Howlin P., (1997). *Autism: Preparing for adulthood*. London: Rutledge.
168. Howlin P., (1989). *Help for the family*. In C. Gillberg (Ed.). *Diagnosis and treatment of autism*. New York: Plenum Press.
169. Howlin P. & Goode S., (1998). *Autism and pervasive developmental disorders: Cambridge monographs in child and adolescent psychiatry*. Outcome in adult life for people with autism and Asperger's syndrome. Ed: Volkmar F.R.. New York: Cambridge University Press.
170. Howlin P., (2000). *Autism*. Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome.
171. Howlin P., (2003). *Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: Implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
172. Howlin P., Goode S., Hutton J. & Rutter M., (2004). *Adult outcome for children with autism*. Journal of Child Psychology and Psychiatry.
173. Innerhofer P. & Klicpera Ch., (1988). *Die Welt des fruhkindlichen Autismus*. Ernst Reinhardt Verlag. Munchen/Basel.
174. Jacobson J.W., Mulick J.A. & Schwartz A.A., (1995). *A history of facilitated communication: Science, pseudoscience and antisience: Science working group on facilitated communication*. American Psychologist.
175. Janzen E. J., (1999). *Autism Facts and Strategies for Parents*. Publications: Therapy Skill Builders.
176. Jarbrink K. & Knapp M., (2001). *Autism*. The economic impact of autism in Britain.
177. Jarrold C., Boucher J. & Rusell J., (1977). *Language profiles in children with autism: Theoretical and methodological implications*. Autism: Journal of Research and Practice.
178. Joannette Y., Goulet P. & Hannequinn D., (1990). *Right hemisphere and verbal communication*. New York: Springer-Verlag.

179. Johnson B. & Fey M., (2006). *Interaction of lexical and grammatical aspect in toddlers language*. Journal of Child Language.
180. Johnson B. & Morris S., (2007). *Clinical implications of the effects of lexical aspect and phonology on children's production of the regular past tense*. Child Language Teaching and Therapy.
181. Joseph R.M. & Tager-Flusberg H., (1997). *Journal of Autism and Developmental Disorders*. An investigation of attention and affect in children with autism and Down syndrome.
182. Kanner L., (1943). *Autistic disturbances of affective contact*. Nervous Child.
183. Kanner L., (1944). *Early infantile autism*. Journal of Pediatrics.
184. Kanner L., (1946). *Irrelevant and metaphorical language*. American Journal of Psychiatry.
185. Kanner L. & Eisenberg L., (1956). *Early Infantile Autism 1943-1955*. American Journal of Orthopsychiatry.
186. Kanner L., (1957). *Child Psychiatry*, Oxford.
187. Kanner L., (1973). *Childhood psychosis: Initial studies and new insights*. Washington, D.C.. Winston.
188. Katz, J., Johnson, C. D., Brandner, S., Delagange, T., Ferre, J., King, J., et al., (2002). *Clinical and research concerns regarding the 2000 APD consensus report and recommendations*. Audiology Today.
189. Kehrer H.E., (1989). *Autismus*. Roland Asanger Verlag, Heidelberg.
190. Keith R., (1986). *SCAN: A Screening Test for Auditory Processing Disorders*. San Diego. CA: The Psychological Corporation.
191. Keith R., (1994). *SCAN-A: Test for Auditory Processing Disorders in Adolescents and Adults*. San Antonio. TX: The Psychological Corporation.
192. Keith R., (2000a). *Development and standardization of SCAN-C Test for Auditory Processing Disorders in Children*. Journal of the American Academy of Audiology.
193. Keith R., (2000b). *SCAN-C: Test for Auditory Processing Disorders in Children-Revised*. San Antonio. TX: The Psychological Corporation.

194. Kjelgaard M. & Tager-Flusberg H., (2001). *Language and Cognitive Processes*. An investigation of language impairment in autism: Implications for genetic subgroups.
195. Kim J.A., Szatmari P., Bryson S.E., Streiner D.L. & Wilson F.J., (2000). *Autism: International Journal of Research and Practice*. The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome.
196. Kobayashi R. & Murata T., (1998). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Setback phenomenon in autism and long-term prognosis.
197. Koegel R.L., Dyer K. & Bell L.K., (1987). *The influence of child preferred activities on autistic children's social behavior*, Journal of Applied Behavior Analysis.
198. Koegel et al., (1989). *How to teach pivotal behaviors to children with autism: A training manual*. Santa Barbara: University of California, Graduate School of Education. Counseling/Clinical/School Psychology Program.
199. Koegel R.L. & Koegel L.K., (1989). *Community referenced research on self-stimulation*. In E. Cipani (Ed.). The treatment of severe behavior disorders: Behavior analysis approaches. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
200. Konstantareas M., Webster C. & Oxman J., (1980). *An alternative to speech training: Simultaneous communication*. In C. Webster, M. Konstantareas, J. Oxman & J. Mack (Eds.). Autism: New Directions in research and education. New York: Pergamon.
201. Krantz P. J. & McClannahan L.E., (1993). *Teaching children with autism to initiate to peers: Effects of a script-fading procedure*. Journal of Applied Behavior Analysis.
202. Kurita H., (1985). *Infantile autism with speech loss before the age of thirty months*. Academy of Child Psychiatry.
203. Lainhart J.E., (1999). *International Review of Psychiatry*. Psychiatric problems in individuals with autism. their parents and siblings.
204. Lainhart J.E. & Folstein S.E., (1994). *Journal of Autism and Developmental Disabilities*. Affective disorders in people with autism: A review of published cases.
205. Landa R., (2000). *Social language use in Asperger syndrome and high-functioning autism*. In A. Klin, F. Volkmar & S. Sparrow (Eds.). Asperger's syndrome. New York: Guilford Press.

206. Laski K., Charlop M. & Schreibman L., (1988). *Training parents to use the natural language paradigm to increase their autistic children's speech*. Journal of Applied Behavior Analysis.
207. Layton T. & Baker P., (1981). *Description of semantic-syntactic relations in an autistic child*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
208. Layton T., (1983). *The acquisition of language and communicative skills in infantile autism*. Final report. National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke, University of North Carolina at Chapel Hill.
209. Layton T., (1988). *Language training with autistic children using four different modes of presentations*. Journal of Communication Disorders.
210. Le Couteur A., Bailey A., Rutter M. & Gottesman I., (1989). *Epidemiologically based twin study of autism*. Paper presented at the First World Congress on Psychiatric Genetics. Churchill College. Cambridge. England.
211. Lee A., Hobson R.P. & Chiat S., (1994). *I, you, me and autism: An experimental study*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
212. Lempp R., (1973). *Psychosen in Kindes-und Jugendalter-eine Realitätsbezugsstörung*. Bern/Stuttgart.
213. Leonard L. B., (1975). *Modeling as a clinical procedure in language training*. Language, Speech & Hearing Services in Schools.
214. Lifter K., (2000). *Linking assessment to intervention for children with developmental disabilities or at-risk for developmental delay: The developmental play assessment (DPA) instrument*. In K. Gitlin-Weiner, A. Sandgrund, & C. Schafer (Eds.). Play diagnosis and assessment. New York: Wiley.
215. Lockyer L. & Rutter M., (1969). *British Journal of Psychiatry*. A five- to fifteen-year follow-up study of infantile psychosis: III. Psychological aspects.
216. Lord C., Rutter M. & LeCouteur A., (1994). *Autism Diagnostic Interview—Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders*. Journal of Autism and Developmental Disorders.

217. Lord C., (1995). *Follow-up of two-year-olds referred for possible autism*. Journal of Child Psychology and Psychiatry.
218. Lord, C., & Paul, R. (1997). *Language and communication in autism*. In D. Cohen & F. Volkmar (Eds.). Handbook of autism and pervasive developmental disorders. New York. NY: Wiley.
219. Lord C., Risi S., Lambrecht L., Cook E. H., Lenventhal B. L., DiLavore P. S., et al. (2000). *The Autism Diagnostic Observation Schedule—Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
220. Lord C., Rutter M., DiLavore P. & Risi S., (2002). *Autism Diagnostic Observation Schedule—WPS Edition*. Los Angeles: Western Psychological Services.
221. Lord C., Shulman C. & DiLavore P., (2004). *Regression and word loss in autistic spectrum disorders*. Journal of Child Psychology and Psychiatry.
222. Lotter V., (1966). *Epidemiologie of autistic conditions in young children: I. Prevalence*. Social Psychiatry.
223. Lotter V., (1974). *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*. Factors related to outcome in autistic children.
224. Lovaas O.I., (1977). *The autistic children*. New York: Irvington.
225. Lovaas O.I., (1977). *The autistic child: Language development through behavior modification*. New York: Irvington Publishers.
226. Lovaas O.I., (1987). *Behavioral Treatment and Normal Education and Intellectual Functioning in Young Autistic Children*. J. of Clinical Consulting Psychology.
227. Lovaas O.I. & Smith T., (1988). *Intensive behavioural treatment for young autistic children*. In B.B. Lahey and A.E. Kazdin (Eds.). Advances in clinical child psychology. Volume 11. New York: Plenum.
228. Lovaas O.I., (2000). *Autism: Clinical and research issues, Experimental design and cumulative research in early behavioral intervention*. Ed: Accardo P.J., Magnusen C. & Capute A.J.. Baltimore: York Press.

229. Loveland K., Tunali-Kotoski B., McEvoy R.E. & Kelley M., (1989). *Referential communication and response adequacy in autism and Down syndrome*. Applied Psycholinguistics.
230. Loveland K.A., McEvoy R.E., Tunali B. & Kelly M., (1990). *Narrative story-telling in autism and Down syndrome*. British Journal of Developmental Psychology.
231. Loveland K.A., (1991). *Social affordances and interaction: II. Autism and the affordances of the human environment*. Ecological Psychology.
232. Loveland K.A. & Landry S.H., (1986). *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Joint attention and language in autism and developmental language delay.
233. Loveland K. & Tunali-Kotoski B., (1997). *The school-age child with autism*. In: D. Cohen & F. Volkmar (Eds.). Handbook of autism and pervasive developmental disorders. New York: Wiley.
234. Lucas E., (1980). *A Response to Prutting*. Journal of Speech and Hearing disorders.
235. Lungershausen E., (1981). *Erfahrungen mit einem Tierpark in einem psychiatrischen Krankenhaus*. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde.
236. MacKay G. & Anderson C., (2002). *Pragmatic Difficulties of Communication*. London: David Fulton Publishers.
237. Mahler M., (1985). *Studien uber die ersten drei Lebensjahre*. Stuttgart. Klett-Cotta Verlag.
238. Martin I. & McDonald S., (2003). *Weak coherence, no theory of mind or executive dysfunction: Solving the puzzle of pragmatic language disorders*. Brain and Language.
239. Matsuda, S., Saito, H. & Nishiyama, N., (1990). *Effect of basic growth factor on neurons cultured from various regions of postnatal rat brain*. Brain.
240. Mawhood L. & Howlin P., (1999). *Autism*. The outcome of a supported employment scheme for high-functioning adults with autism or Asperger syndrome.
241. Mawhood L., Howlin P. & Rutter M., (2000). *Autism and developmental receptive language disorder: a comparative follow-*

- up in early adult life. I. Cognitive and language outcomes. Journal of Child Psychology and Psychiatry.*
242. McCaleb P. & Prizant B., (1985). *Encoding of new vs. old information by autistic children.* Journal of Speech and Hearing Disorders.
 243. McHale S., Simeonsson R.J., Marcus L.M. & Olley J.G., (1980). *The social and symbolic quality of autistic children's communication.* Journal of Autism and Developmental Disorders.
 244. Meltzoff A. & Moore M.K., (1977). *Imitation of facial and manual gestures by human neonates.* Science.
 245. Mendez M.F., (2002). *Prominent echolalia from isolation of the speech area.* Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences.
 246. Micheli E., (1999). *A training group for parents of autistic children.* International Journal of Mental Health.
 247. Militerni R., Bravaccio C., Falco C., Fico C. & Palermo M.T., (2002). *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry.* Repetitive behaviors in autistic disorder.
 248. Miranda P., (2003). *"He's not really a reader": Perspectives on supporting literacy development in individuals with autism.* Topics in Language Disorders.
 249. Monti R., (1985). *Music therapy in a therapeutic nursery.* J. Music therapy.
 250. Morrison, R.S., Sharma A., de Vellis, J. & Bradshaw R.A., (1986). *Basic fibroblast growth factor supports the survival of cerebral cortical neurons in primary culture.* Proc. Natl. Acad. Sci. USA.
 251. Mulick J.A., Jacobson J.W. & Kobe F., (1993). *Anguished silence and helping hands: Autism and facilitated communication.* Sceptical Inquirer.
 252. Mullen E. M., (1992). *Mullen Scales of Early Learning.* Los Angeles: Western Psychological.
 253. Mullen E., (1995). *Mullen Scales of Early Learning: AGS Edition.* Circle Pines. MN: AGS.
 254. Mundy P., Sigman M. & Kasari C., (1990). *A longitudinal study of joint attention and language disorders in autistic children.* Journal of Autism and Developmental Disorders.

255. Myles B., Hilgenfeld T., Barnhill G., Griswold D., Hagiwara T. & Simpson R., (2002). *Analysis of reading skills in individuals with Asperger syndrome*. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities.
256. Nation K., (1999). *Reading skills in hyperlexia: A developmental perspective*. Psychological Bulletin.
257. National Research Council, (2001). *Education children with autism*. Washington, DC: National Academy Press.
258. Nelson D.-L., Anderson V.-G. & Gonzales A.-D., (1984). *Music activities as therapy for children with autism and other pervasive developmental disorders*. J. of Music Therapy.
259. Newcomer P. & Hammill D., (1988). *Test of Language Development—Primary*. Second Edition. Austin. TX: Pro-Ed.
260. Nordin V. & Gillberg C., (1998). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. The long-term course of autistic disorders: Update on follow-up studies.
261. Olley J. G. & Gutentag S.S., (1999). *Autism: Historical overview, definitions and characteristics*. In D.B. Zager (Ed.), *Autism: Identification, education and treatment*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
262. O’Neill D.K. & Happe F.G.E., (2000). *Developmental science*. Noticing and commenting on what’s new: Differences and similarities among 22-months-old typically developing children. children with Down syndrome and children with autism.
263. Ozonoff S. & Cathcart K., (1998). *Effectiveness of a home program intervention for young children with autism*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
264. Ozonoff S. & Miller J.N., (1996). *An exploration of right hemisphere contributions to the pragmatic impairments of autism*. Brain and Language.
265. Ozonoff S., Pennington B. & Rogers S., (1990). *Executive function deficits in high functioning autistic children: Relationship to theory of mind*. Journal of Child Psychology and Psychiatry.
266. Panerai S., Ferrante L. & Zingale M., (2002). *Benefits of the Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH) programme as compared with a non-specific approach*. Journal of Intellectual Disability Research.

267. Papageorgiou V., (2005). *International Perspectives-Greece*. In Fr. Volkmar, R. Paul, A. Klein & D. Cohen (Eds). *Handbook of Autism and Developmental Disorders* 3rd edition. Hoboken New Jersey: John Wiley & Sons INC.
268. Paul R., Chawarska K., Klin A. & Volkmar F., (2007). *Dissociations in development of early communication in ASD*. In R. Paul (Ed.). *Language disorders from a developmental perspective: Essays in honor of Robin Chapman*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
269. Paul R. & Cohen D.J., (1984). *Outcome of severe disorders of language acquisition*. *J. of Autism and Developmental Disorders*.
270. Peterson, S. L., Bondy, A. S., Vincent, Y., & Finnegan, C. S. (1995). *Augmentative and Alternative Communication*. Effects of altering communicative input for students with autism and no speech: Two case studies.
271. Piaget J., (1968). *Language and Thought from the genetic point of view*. In J. Piaget, *Six Psychological Studies*. London. University London Press.
272. Pierce S. & Bartolucci G., (1977). *A syntactic investigation of verbal autistic, mentally retarded and normal children*. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*.
273. Piven J., Harper J., Palmer P. & Arndt S., (1996). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Course of behavioral change in autism: A retrospective study of high-IQ adolescents and adults.
274. Prizant B. & Duchan J., (1981). *The functions of immediate echolalia in autistic children*. *Journal of Speech and Hearing Disorders*.
275. Prizant B., (1983). *Echolalia in autism: Assessment and intervention*. *Seminars in Speech and Language*.
276. Prizant, B., & Rydell, P. (1984). *Analysis of functions of delayed echolalia in autistic children*. *Journal of Speech and Hearing Research*.
277. Prizant B.M. & Wetherby A.M., (1988). *Providing services to children with autism (ages 0 to 2 years) and their families*. *Topics in Language Disorders*, 9, 1–23.
278. Pronovost W., Wakstein M. & Wakstein D., (1966). *A longitudinal study of speech behavior and language*

- comprehension in fourteen children diagnosed as atypical or autistic.* Exceptional Children.
279. Roach P., (2000). *English phonetics and phonology.* Cambridge, England: CUP.
280. Rogers S.J. & Pennington B.F., (1991). *A theoretical approach to the deficits in infantile autism.* Development and Psychopathology.
281. Rutter M., (1965). *Speech disorders in a series of autistic children.* In A. Franklin (Ed.). Children with communication problems. London, England: Pitman Medical.
282. Rutter M., Maywood L. & Howlin P., (1992). *Language delay and social development.* In P. Fletcher & D. Hall (Eds.). Specific speech and language disorders in children: Correlates, characteristics, and outcomes. London: Whurr.
283. Rydell P.J. & Mirenda P., (1994). *Effects of high and low constraint utterances on the production of immediate and delayed echolalia in young children with autism.* Journal of the Autism and Developmental Disorders.
284. Pring L., (2005). *Autism and Blindness-Research and Reflection.* University of London.
285. Prizant B. M. & Wetherby A. M., (1990). *Incorporating socioemotional perspectives in early communication assessment, Zero to Three.* Williams.
286. Rapin T. & Allen D. (1983). *Developmental Language Disorders: Nosological Considerations.* In Kirk U., Neuropsychology of Language, Reading and Spelling. New York: Academic Press.
287. Rogers S. J. & DiLalla D.L., (1990). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* Age of symptom onset in young children with pervasive developmental disorders.
288. Rosner J. & Simon D. P., (1971). *The Auditory Analysis Test: An initial report.* Journal of Learning Disabilities.
289. Rumsey J.M., Rapoport J.L. & Sceery W.R., (1985). *Autistic children as adults: Psychiatric, social, and behavioral outcomes.* Journal of the American Academy of Child Psychiatry.
290. Rutter M., (1970). *Autistic children: Infancy to adulthood.* Seminars in Psychiatry.

291. Rutter M., (1973). *Charakteristische Verhaltensweisen und cognitive Funktionen autistischer Kinder*. Wing. J.K.: Fruhkindlicher Autismus, Weinheim.
292. Rutter M.L., (1978). *Autism: A reappraisal of concepts and treatment*. Diagnosis and definition. Ed.: Rutter M. & Schopler E.. New York: Plenum Press.
293. Rutter M.L., (1985). *Child and Adolescent psychiatry: Modern approaches*. Infantile autism and other pervasive developmental disorders. Ed.: Rutter M. & Hersov L.. Oxford. England: Blackwell Scientific Publications.
294. Rutter M., LeCouteur A. & Lord C., (2003). *Autism Diagnostic Interview*. Los Angeles. CA:Western Psychological Services.
295. Rydell P.J. & Mirenda P., (1991). *The effects of two levels of linguistic constraint on echolalia and generative language production in children with autism*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
296. Sabbagh M., (1999). *Communicative intentions and language: Evidence from right-hemisphere damage and autism*, Brain and Language.
297. Sanfort A.R. & Zelman J.G., (1981). *The Learning Accomplishment Profile*. Winston-Salem, NC: Kaplan.
298. Schopler E. & Mesibov G., (1984). *The effects of autism on the family*. New York: Plenum.
299. Schopler E. & Mesibov G.B., (2000). *Cross-cultural priorities in developing autism services*. International Journal of Mental Health.
300. Schopler E. & Reicher R.J., (1971). *Parents as cotherapists in the treatment of psychotic children*. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia.
301. Schopler E., Reichler R. & Renner B., (1999). *Childhood Autism Rating Scale*. Los Angeles: Western Psychological Services.
302. Schreibmann L., (1987). *Eltern als Therapeuten ihrer autistischen Kinder*. in Speck O., Peterander F., Innerhofer P.: Kindertherapie, Ernst Reinhardt Verlag, Munchen & Basel.

303. Schreibman L.J.W., (1994). *In Atypical cognitive deficits in developmental disorders: Implications for brain function*. Ed. Broman S.H., Grafman J., Hillsdale NJ, Erlbaum L., A new finding: Impairment in shifting attention in autistic and cerebral patients.
304. Schreibman L., (2000). *Intensive behavioral & psychoeducational treatments for autism: Research needs and future directions*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
305. Schuler A. & Prizant B., (1985). *Echolalia*. In E. Schopler & G. Mesibov (Eds.). *Communication problems in autism*. New York Plenum Press.
306. Schwartz R.G., (2009). *Handbook of Child Language Disorders*. Published in: Psychology Press. New York.
307. Seltzer M.M., Krauss M.W., Shattuck P.T., Orsmond G., Swe A. & Lord C., (2003). *Journal of Autism and Developmental Disorders*. The symptoms of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood.
308. Semel E., Wiig E. H. & Secord W., (1987). *Clinical Evaluation of Language Fundamentals—Revised*. New York: The Psychological Corporation. Harcourt Brace Jovanovitch.
309. Semel E., Wiig E. H. & Secord W., (1995). *Clinical Evaluation of Language Fundamentals—3rd edition*. New York: The Psychological Corporation. Harcourt Brace Jovanovitch.
310. Semel E., Wiig E. & Secord W., (2003). *Clinical Evaluation of Language Fundamentals. Fourth Edition*. San Antonio. TX: Harcourt.
311. Semel E., Wiig E. & Secord W., (2004). *Clinical Evaluation of Language Fundamentals Preschool—Second Edition*. San Antonio. TX: Pearson.
312. Sheinkopf S. & Siegel B., (1998). *Home-based behavioral treatment of young children with autism*. Journal of Autism and Developmental Disabilities.
313. Short A.B. & Schopler E., (1988). *Factors relating to age of onset in autism*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
314. Shriberg L.D., Paul R., McSweeney J.L., Klin A., Cohen D.J. & Volkmar F.R., (2001). *Speech and prosody characteristics of*

- adolescents and adults with high-functioning autism and Asperger syndrome.* Journal of Speech, Language and Hearing Research.
315. Siegel B., (1996). *The world of the autistic child.* New York: Oxford University Press.
316. Silverman F., (1995). *Communication for the speechless (3rd ed.).* Boston: Allyn & Bacon.
317. Sigman M., Mundy P., Sherman T. & Ungerer J., (1986). *Social interactions of autistic, mentally retarded and normal children and their caregivers.* Journal of Child Psychology and Psychiatry.
318. Simpson R.L., (2011). *ABA and students with autism spectrum disorders: Issues and considerations for effective practice.* Focus on Autism & Other Developmental Disabilities.
319. Smith A., (2006). *Speech motor development: Integrating muscles, movement and linguistic units.* Journal of Communication Disorders.
320. Smith M.D., Belcher R.G. & Juhrs P.D., (1995). *A guide to successful employment for individuals with autism.* Baltimore: Paul H. Brookes.
321. Sofronoff K. & Farbotko M., (2001). *The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome.* Autism: Journal of Research and Practice.
322. Sparrow S. S., Balla D. A. & Cicchetti D., (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales.* Circle Pines, MN: AGS.
323. Sparrow S., Cicchetti D. & Balla D. A., (2005). *Vineland-II: Vineland Adaptive Behavior Scales—Second Edition.* Circle Pines. MN: AGS.
324. St. James P.J. & Tager-Flusberg H., (1994). *An observational study of humor in autism and Down syndrome.* Journal of Autism and Developmental Disorders.
325. Stone W., Coonrod E. & Ousley O., (2000). *Brief report: Screening Tool for Autism in Two Year Olds (STAT): Development and preliminary data.* Journal of Autism and Developmental Disorders.

326. Stone W., Coonrod E., Turner L. & Pozdol S., (2004). *Psychometric properties of the STAT for early autism screening*. Journal of Autism and Developmental Disorder.
327. Stone W., Ousley O. & Littleford C., (1997). *Motor imitation in young children with autism: What's the object?* Journal of Abnormal Child Psychology.
328. Strain P.S., (1983) *Generalization of autistic children's social behavior change: Effects of developmentally integrated and segregated settings*. Analysis and Intervention in Developmental Disabilities.
329. Szatmari P., Bartolucci G. & Bremner R., (1989). *Asperger's syndrome and autism: Comparison of early history and outcome*. Developmental Medicine and Child Neurology.
330. Szatmari P., Bartolucci G., Bremner R., Bond S. & Rich S., (1989). *Journal of Autism and Developmental Disorders*. A follow-up study of high-functioning autistic children.
331. Tager-Flusberg (in press). «*A psycholinguistic perspective on language development in the autistic child*». In G.Dawson (ed.), *Autism: New Directions on Diagnosis. Nature and Treatment*. New York: Guilford Press.
332. Tager-Flusberg H., (1981). *On the nature of linguistic functioning in early infantile autism*. J. of Autism and Developmental Disorders.
333. Tager-Flusberg H., (1989). *An analysis of discourse ability and internal state lexicons in a longitudinal study of autistic children*. Society for Research in Child Development. Kansas City. Missouri.
334. Tager-Flusberg H. & Anderson M., (1991). *The development of contingent discourse ability in autistic children*. Journal of Child Psychology and Psychiatry.
335. Tager-Flusberg H., (1991). *Semantic processing in the free recall of autistic children: Further evidence for a cognitive deficit*. British Journal of Developmental Psychology.
336. Tager-Flusberg H., (1993). *What language reveals about the understanding of minds in children with autism*. In S. Baron-Cohen. H. Tager-Flusberg & D.J. Cohen (Eds.). *Understanding*

- other minds: Perspectives from autism. Oxford. England: Oxford University Press.
337. Tager-Flusberg H., (1994). *Dissociations in form and function in the acquisition of language by autistic children*. In H. Tager-Flusberg (Ed.). *Constraints on language acquisition: Studies of atypical children*. Hillsdale. NJ: Erlbaum.
338. Tager-Flusberg H., (1996). *Brief report: Current theory and research in language and communication in autism*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
339. Tager-Flusberg H., (2001). *Autism*. Understanding the language and communicative impairments in autism. Ed.: Glidden L.M.. *International review of research in mental retardation*. San Diego. CA: Academic Press.
340. Tager-Flusberg, (2004). *Do Autism and specific language impairments represent overlapping language disorders?* In M. Rice & S. Warren (Eds.). *Developmental Language Disorders: From phenotypes to etiologies*. Mahwah. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
341. Tager-Flusberg H., Paul R. & Lord C., (2005). *Language and communication in autism*. In F.R. Volkmar R., R. Paul, A. Klin & D. Cohen (Eds.). *Handbook of aytism and pervasive developmental disorders (3rd ed.)*. Hoboken, NJ: Wiley.
342. Tager-Flusberg H. & Quill K., (1987). *Story-telling and narrative skills in verbal autistic children*. Society for Research in Child Development. Baltimore. Maryland.
343. Tantam D., (1991). *Autism and Asperger syndrome*. Asperger syndrome in adulthood. Ed.: Frith U.. New York: Cambridge University Press.
344. Tattershall S., (2002). *Adolescents with Language and Learning Needs*. A shoulder to shoulder Collaboration. Singular Thomson Learning. Canada.
345. Thaut M.H., (1984). *A music therapy treatment model for autistic children*. *Music Therapy Perspectives*.
346. Tinbergen N., (1984). *Autismus bei Kindern*, Parey. Berlin/Hamburg.
347. Tinbergen N. & Tinbergen E.A., (1984). *Autismus bei Kindern*, Parey. Berlin & Hamburg.

348. Tirosh E. & Canby J., (1993). *Autism with Hyperlexia: A distinct syndrome*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
349. Tonge B., Brereton A. & King N., (2004, March). *A parent education and skills training early intervention for children with autism*. Paper presented at the Gatlinburg Conference on Research and Theory in Intellectual and Developmental Disabilities. San Diego, CA.
350. Toth K., Munson J., Meltzoff A.N. & Dawson G., (2006). *Early predictors of communication development in young children with autism spectrum disorder: Joint attention, imitation, and toy play*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
351. Trad P.V., Bernstein D., Shapiro T. & Hertzig M., (1993). *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Assessing the relationship between affective responsivity and social interaction in children with pervasive developmental disorder.
352. Turner M., (1999). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Annotation: Repetitive behavior in autism: a review of psychological research.
353. Tustin F., (1989). *Autistische Zustände bei Kindern*. Klett-Cotta, Stuttgart.
354. Twachtman-Cullen D., (1998). *Asperger syndrome or high functioning autism*. Language and communication in high functioning autism and Asperger syndrome. Ed.: Schopler E., Mesibov G.B. & Kunce L.J. New York: Plenum Press.
355. Uzgiris I.C., (1999). *Imitation as activity: Its developmental aspects*. In J. Nadel & C. Butterworth (Eds.). *Imitation in infancy*. Cambridge. England: Cambridge University Press.
356. Van Riper C., (1947). *Speech Correction: Principles and Methods (2nd edition)*. Oxford. UK: Prentice Hall.
357. Venter A., Lord C. & Schopler E., (1992). *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. A follow-up study of study of high-functioning autistic children.
358. Verglas G., Banks S.R. & Guryer K.E., (1988). *Clinical effects of fenfluramine on children with autism*. A review of the research. J. Autism Dev. Dis.

359. Volden J. & Lord C., (1991). *Neologisms and idiosyncratic language in autistic speakers*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
360. Volden, J., (2002). *Features leading to judgments of inappropriacy in the language of speakers with autism: A preliminary study*. Journal of Speech-Language Pathology and Audiology.
361. Volkmar F.R. & Nelson D.S., (1990). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Seizure disorders in autism.
362. Volkmar R.F., Paul R., Klin A. & Cohen D., (2005). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. 3rd edition. John Wiley & Sons, INC.
363. Von Knorring A.L. & Haeggloef B., (1993). *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*. Autism in northern Sweden: A population based follow-up study: Psychopathology. Abstract obtained from PsychINFO database (2003).
364. Walicke, P., Cowan, W.M., Ueno, N., Baird, A. & Guillemain R., (1986). *Fibroblast growth factor promotes survival of dissociated hippocampal neurons and enhances neurite extension*. Proc. Natl. Acad. Sci. USA.
365. Watson C., Kidd G., Horner D., Connell P., Lowther A., Eddins D., et al., (2003). *Sensory, cognitive, and linguistic factors in the early academic performance of elementary school children: The Benton-IU Project*. Journal of Learning Disabilities.
366. Wechsler D., (2003). *The Wechsler Intelligence Scales for Children—Fourth Edition*. San Antonio. TX: The Psychological Corporation.
367. Weise B., Janet T., Grothe C., (1993). *Localization of bFGF and FGF-receptor in the developing nervous system of the embryonic and newborn rat*. J Neurosci.
368. Werner E., Dawson G., Osterling J. & Dinno N., (2000). *Brief report: Recognition of autism spectrum disorder before one year of age—A retrospective study based on home videotapes*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
369. Wetherby A.M. & Prutting C.A., (1984). *Profiles of communicative and cognitive-social abilities in autistic children*. Journal of Speech and Hearing Research.

370. Wetherby A.M., (1986). *Ontogeny of communicative functions in autism*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
371. Wetherby A.M. & Yonclas D.G. & Bryan A.A., (1989). *Communicative profiles of preschool children with handicaps: Implications for early identification*. Journal of Speech and Hearing Disorders.
372. Wetherby A. & Woods J., (2002). *Systematic Observation of red flags for autism spectrum disorders in young children*. Unpublished manual, Florida State University.
373. Windsor J., Doyle S. & Siegel G., (1994). *Language acquisition after autism: A longitudinal case study of autism*. Journal of Speech and Hearing Research.
374. Wiig E. H., Secord W. & Semel E., (1992). *Clinical Evaluation of Language Fundamentals–Preschool*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation/Harcourt Brace.
375. Williams K. T., (1997). *Expressive Vocabulary Test*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
376. Wing L., (1981). *Asperger's syndrome: A clinical account*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
377. Wing L. & Attwood A., (1987). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. Symptoms of autism and atypical developmental. Ed.: Cohen D., Donellan A. & Paul R., New York: Wiley.
378. Wing L. & Gould J., (1979). *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
379. Wolf L. & Goldberg B., (1986). *Canadian Journal of Psychiatry*. Autistic children grow up: An eight to twenty-four year follow-up study.
380. Wolk L. & Edwards M.L., (1993). *The emerging phonological system of an autistic child*. Journal of Communication Disorders.
381. Yirmiya N., Kasari C., Sigman M. & Mundy P., (1989). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Facial expressions of affect in autistic, mentally retarded and normal children.

382. Yoder P.J., Kaiser A.P., Alpert C. & Fischer R., (1993). *Following the child's lead when teaching nouns to preschoolers with mental retardation*. Journal of Speech and Hearing Research.
383. Yoder P. & Layton T., (1989). *Speech following sign language training in autistic children with minimal verbal language*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
384. Zimmerman I., Pond R. & Steiner V. (1992). *Preschool Language Scale, Third Edition*, San Antonio. TX: The Psychological Corporation.
385. Zimmerman I., Steiner V. & Pond R. (2002). *Preschool Language Scale, Fourth Edition*. San Antonio. TX: The Psychological Corporation.

ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ

386. <http://www.edelfo.org/site/index.php/es/the-fibroblast-growth-factor-2-fgf2-improves-veps-in-autistic-children>
387. <http://www.tacanow.org/family-resources/what-is-yeast-overgrowth/>
388. <http://www.healing-arts.org/children/antifungal.htm>
389. <http://www.blissymbolics.org/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΤΕΣΤ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΗΤ

Όνοματεπώνυμο του παιδιού: _____
Ημερομηνία Γέννησης: _____ Ηλικία: _____
Διεύθυνση κατοικίας παιδιού: _____ Τηλέφωνο: _____

ΜΕΡΟΣ Α: ΡΩΤΗΣΤΕ ΤΟ ΓΟΝΙΟ:

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

ΜΕΡΟΣ Β: ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΕΞΕΤΑΣΤΗ:

- | | | |
|--|-----|-----|
| i. Στη διάρκεια αυτής της εξέτασης, το παιδί κάνει βλεμματική επαφή μαζί σας; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| ii. Τραβήξτε την προσοχή του παιδιού και στη συνέχεια δείξτε με το δάχτυλο προς ένα ενδιαφέρον αντικείμενο στην άλλη άκρη του δωματίου λέγοντας: «κοίτα, να ένα (το όνομα του παιχνιδιού)!». Παρατηρήστε το πρόσωπο του παιδιού. Κοιτάζει το παιδί στην άλλη άκρη του δωματίου για να δει το αντικείμενο που του δείχνετε; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |

- | | |
|---|---------|
| iii. Τραβήξτε την προσοχή του παιδιού και στη συνέχεια δώστε του ένα σερβίτσιο παιχνίδι, με φλιτζανάκια και τσαγιέρα, λέγοντάς του: «Μπορείς να φτιάξεις ένα φλιτζάνι τσάι;» Προσποιείται το παιδί ότι φτιάχνει το τσάι και το βάζει στο φλιτζάνι ή παριστάνει ότι το πίνει;» | NAI OXI |
| iv. Πείτε στο παιδί: «Πού είναι το φώς; » ή «Δείξε μου το φως». Σας ΔΕΙΧΝΕΙ το παιδί με το δείκτη του το φώς; | NAI OXI |
| v. Μπορεί να φτιάξει το παιδί έναν πύργο με κύβους; (πόσους κύβους μπορεί να βάλει τον έναν πάνω στον άλλο;)
(Νούμερο κύβων: _____)
(Βάρβογλη, 2007) | NAI OXI |

2.CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE (C.A.R.S.)

Οδηγίες: Για κάθε μια κατηγορία εκτιμήστε τις συμπεριφορές που σχετίζονται με το κάθε κομμάτι της κλίμακας. Για κάθε κομμάτι κυκλώστε τον αριθμό ο οποίος αντιστοιχεί στη δήλωση που περιγράφει καλύτερα το παιδί σας. Μπορείτε να σημειώσετε ότι το παιδί βρίσκεται μεταξύ δυο περιγραφών κυκλώνοντας τους αριθμούς 1.5, 2.5, ή 3.5. Βραχύνσεις για βαθμολογικά κριτήρια προβλέπονται για κάθε κατηγορία.

Ι Σχέση με τους ανθρώπους:

- 1** Καμία ένδειξη δυσκολίας ή μη φυσιολογικής σχέσης προς τους ανθρώπους. Η συμπεριφορά του παιδιού είναι η κατάλληλη για την ηλικία του. Κάποια ντροπαλότητα ή ενόχληση όταν του λένε τι να κάνει μπορεί να παρατηρηθεί, όχι όμως σε ασυνήθιστο βαθμό.
- 1.5**
- 2** Ελαφρά μη φυσιολογικές σχέσεις. Το παιδί μπορεί να αποφεύγει να κοιτάξει στα μάτια τον ενήλικα, να αποφεύγει τον ενήλικα ή να αναστατώνεται όταν η αλληλεπίδραση είναι επιβαλλόμενη. Μπορεί να είναι υπερβολικά ντροπαλό, να μην ανταποκρίνεται στον ενήλικα ως είθισται ή μπορεί να είναι προσκολλημένο στους γονείς κάπως περισσότερο απ' ότι τα πιο πολλά παιδιά στην ηλικία του.
- 2.5**
- 3.** Μέτρια μη φυσιολογικές σχέσεις. Το παιδί κάποιες φορές δείχνει απόμακρο (φαίνεται αδιάφορο προς τους ενήλικες). Ορισμένες

φορές είναι αναγκαίες επίμονες και έντονες προσπάθειες για να τραβήξεις την προσοχή του παιδιού.

.....

II Μίμηση:

1 Κατάλληλη μίμηση. Το παιδί μπορεί να μιμηθεί ήχους, λέξεις και κινήσεις που αρμόζουν στο επίπεδο των ικανοτήτων του.

.....

3 Μέτρια μη φυσιολογική μίμηση. Το παιδί μιμείται ορισμένες χρονικές στιγμές και χρειάζεται μεγάλη επιμονή και βοήθεια από τον ενήλικα. Συχνά μιμείται μόνο μετά από χρονική καθυστέρηση.

3.5

4 Σοβαρή μη φυσιολογική μίμηση. Το παιδί σπάνια ή ποτέ δε μιμείται ήχους, λέξεις ή κινήσεις ακόμα και με παρακίνηση ή βοήθεια.

III Συναισθηματική Ανταπόκριση:

1 Ανταπόκριση κατάλληλη για την ηλικία του και την περίσταση. Το παιδί δείχνει τον κατάλληλο τύπο και βαθμό συναισθηματικής ανταπόκρισης, όπως αυτή φαίνεται από αλλαγή στην έκφραση του προσώπου, τη στάση και τον τρόπο συμπεριφοράς.

1.5

2 Ελαφρά μη φυσιολογική συναισθηματική ανταπόκριση. Το παιδί περιστασιακά επιδεικνύει έναν κάπως ακατάλληλο τύπο ή βαθμό συναισθηματικής ανταπόκρισης. Οι αντιδράσεις του μερικές φορές δε σχετίζεται με τα αντικείμενα ή τα γεγονότα γύρω του.

2.5

3 Μέτρια μη φυσιολογική συναισθηματική ανταπόκριση. Το παιδί δείχνει σαφή σημάδια ακατάλληλου τύπου ή/και βαθμού συναισθηματικής ανταπόκρισης. Οι αντιδράσεις μπορεί να είναι αρκετά υπερβολικές ή να μην εκδηλώνονται και να μη σχετίζονται με την περίσταση. Το παιδί μπορεί να κάνει μορφασμούς, να γελάει ή να θυμώσει ακόμα κι αν δεν υπάρχει κανένας φανερός λόγος ή γεγονός.

.....

IV Χρήση του Σώματος:

1 Κατάλληλη για την ηλικία του. Το παιδί κινείται με την ίδια ευκολία, ευκινησία και συντονισμό με ένα φυσιολογικό παιδί της ηλικία του.

1.5

2 Ελαφρά μη φυσιολογική χρήση του σώματος. Η τάση για συχνές κινήσεις όπως αυτές που περιγράφονται παραπάνω είναι ένδειξη

σοβαρής μη φυσιολογικής χρήσης του σώματος. Οι συμπεριφορές μπορεί να είναι επίμονες, παρά τις προσπάθειες αποθάρρυνσής τους ή απασχόλησης του παιδιού με άλλες δραστηριότητες.

V Χρήση των Αντικειμένων:

1 Κατάλληλη χρήση και ενδιαφέρον για παιχνίδια και άλλα αντικείμενα. Το παιδί δείχνει φυσιολογικό ενδιαφέρον για παιχνίδια και άλλα αντικείμενα που είναι κατάλληλα για το επίπεδο των δεξιοτήτων του και χρησιμοποιεί αυτά τα παιχνίδια με τον κατάλληλο τρόπο.

1.5

2 Ελαφρά μη κατάλληλη χρήση και ενδιαφέρον για παιχνίδια και άλλα αντικείμενα. Το παιδί μπορεί να δείξει ασυνήθιστο ενδιαφέρον για ένα παιχνίδι ή να παίζει μαζί του με μη αρμόζοντα ή παιδαριώδη τρόπο (π.χ. να το χτυπάει ή να το βάζει στο στόμα του).

.....

4 Σοβαρά μη κατάλληλη χρήση και ενδιαφέρον για παιχνίδια και άλλα αντικείμενα. Το παιδί μπορεί να ασχολείται περισσότερο συχνά και εντατικά με την ίδια συμπεριφορά που περιγράφεται παραπάνω. Είναι δύσκολο να αποσπαστεί η προσοχή του παιδιού όταν ασχολείται με αυτές τις μη αρμόζουσες δραστηριότητες.

VI Προσαρμογή στην Αλλαγή:

1 Κατάλληλη, για την ηλικία του, απόκριση στην αλλαγή. Καθώς το παιδί αντιλαμβάνεται ή σχολιάζει μια αλλαγή που συμβαίνει σε συνήθειες, τη δέχεται χωρίς υπερβολικό άγχος.

.....

3 Μέτρια μη φυσιολογική, για την ηλικία του, απόκριση στην αλλαγή. Το παιδί αντιστέκεται ενεργητικά στην αλλαγή συνηθειών, προσπαθεί να συνεχίσει την παλιά δραστηριότητα και είναι δύσκολο να το αποσπάσεις. Όταν μια καθιερωμένη συνήθεια μεταβάλλεται, μπορεί να θυμώσει ή να λυπηθεί.

3.5

4 Σοβαρή μη φυσιολογική, για την ηλικία του, απόκριση στην αλλαγή. Το παιδί δείχνει έντονες αντιδράσεις στην αλλαγή. Αν οι αλλαγές είναι επιβαλλόμενες, μπορεί να θυμώσει και να μη συνεργαστεί.

VII Οπτική Αντίδραση:

1 Η οπτική συμπεριφορά του παιδιού είναι φυσιολογική και κατάλληλη για την ηλικία του. Η όραση χρησιμοποιείται μαζί με τις άλλες αισθήσεις σαν ένας τρόπος για την εξερεύνηση ενός νέου αντικειμένου.

1.5

2 Ελαφρά μη φυσιολογική οπτική αντίδραση. Πρέπει να υπενθυμίζει περιστασιακά στο παιδί να κοιτάζει τα αντικείμενα. Μπορεί να το ενδιαφέρει περισσότερο να κοιτάζει τον καθρέφτη ή το φως απ' ότι τους ανθρώπους. Μπορεί περιστασιακά να κοιτάζει το κενό ή να αποφεύγει να κοιτάζει τους ανθρώπους στα μάτια.

2.5

3 Μέτρια μη φυσιολογική οπτική αντίδραση. Πρέπει να υπενθυμίζει συχνά στο παιδί να κοιτάζει αυτό που κάνει. Μπορεί να κοιτάζει το κενό, να αποφεύγει να κοιτάζει τους ανθρώπους στα μάτια, να παρατηρεί αντικείμενα από μια ασυνήθιστη οπτική, ή να κρατά τα αντικείμενα πολύ κοντά στα μάτια του.

3.5

4 Σοβαρή μη φυσιολογική οπτική αντίδραση. Το παιδί διαρκώς αποφεύγει να κοιτάζει τους ανθρώπους ή ορισμένα αντικείμενα και μπορεί να εμφανίσει ακραίες μορφές οπτικών ιδιομορφιών που περιγράφονται παραπάνω.

VIII Ακουστική Αντίδραση:

1 Κατάλληλη, για την ηλικία του, ακουστική αντίδραση. Η ακουστική συμπεριφορά του παιδιού είναι φυσιολογική και κατάλληλη για την ηλικία του. Η ακοή χρησιμοποιείται μαζί με τις άλλες αισθήσεις.

1.5

2 Ελαφρά μη φυσιολογική ακουστική αντίδραση. Μπορεί να υπάρχει κάποια έλλειψη αντίδρασης ή μια ήπια υπεραντιδραστικότητα σε ορισμένους ήχους. Οι αντιδράσεις στους ήχους μπορεί να είναι καθυστερημένες και οι ήχοι μπορεί να χρειαστεί να επαναληφθούν για να τραβήξουν την προσοχή του παιδιού. Το παιδί μπορεί να αποσπαστεί από άσχετους θορύβους.

2.5

3 Μέτρια: Οι αντιδράσεις του παιδιού στους ήχους ποικίλλουν. Συχνά αγνοεί έναν ήχο που ακούγεται για πρώτη φορά και μπορεί να τρομάξει ή να κλείσει τα αυτιά του στο άκουσμα κάποιων καθημερινών ήχων.

.....

ΙΧ Γευστική, Οσφρητική και Απτική Αντίδραση:

- 1** Φυσιολογική χρήση και αντίδραση στη γεύση, στην όραση και την αφή. Το παιδί εξερευνά νέα αντικείμενα με έναν κατάλληλο για την ηλικία του τρόπο, συνήθως νιώθοντας ή αγγίζοντας. Η γεύση ή η όσφρηση χρησιμοποιούνται όταν χρειάζεται. Στο μικρό καθημερινό πόνο το παιδί αντιδρά εκφράζοντας ανησυχία, χωρίς όμως να υπερβάλλει.
- 1.5**
- 2** Ελαφρά μη φυσιολογική χρήση και αντίδραση στη γεύση στην όραση και την αφή. Το παιδί ακόμη μπορεί να επιμένει να βάζει αντικείμενα στο στόμα του. Ακόμα μπορεί να μυρίζει ή να δοκιμάζει μη φαγώσιμα αντικείμενα, να αγνοεί ή να αντιδρά υπερβολικά στον ήπιο πόνο για τον οποίο ένα φυσιολογικό παιδί θα εξέφραζε μόνο δυσαρέσκεια.
- 2.5**
- 3** Μέτρια μη φυσιολογική χρήση και αντίδραση στη γεύση, στην όραση και την αφή. Το παιδί μπορεί να ασχολείται σε μέτριο βαθμό με το να αγγίζει, να μυρίζει ή να γεύεται αντικείμενα ή ανθρώπους. Το παιδί μπορεί να αντιδρά πάρα πολύ ή πάρα πολύ λίγο.
- 3.5**
- 4** Σοβαρή μη φυσιολογική χρήση και αντίδραση στη γεύση, την όραση και την αφή. Το παιδί ασχολείται με το να μυρίζει, να γεύεται και να αγγίζει τα αντικείμενα περισσότερο για να τα αισθανθεί παρά για να τα εξερευνήσει ή να τα χρησιμοποιήσει. Μπορεί να αγνοεί εντελώς τον πόνο ή να αντιδρά πολύ έντονα σε ασήμαντες ταλαιπωρίες.

Χ Φόβος ή Νευρικότητα:

- 1** Φυσιολογικός φόβος ή νευρικότητα. Η συμπεριφορά του παιδιού είναι κατάλληλη για την ηλικία του και για την περίσταση.
- 1.5**
- 2** Ελαφρά μη φυσιολογικός φόβος ή νευρικότητα. Το παιδί περιστασιακά εμφανίζει πάρα πολύ ή πάρα πολύ λίγο φόβο ή νευρικότητα σε σχέση με τις αντιδράσεις ενός φυσιολογικού παιδιού της ηλικίας του σε παρόμοια περίσταση.
- 2.5**
- 3** Μέτρια μη φυσιολογικός φόβος ή νευρικότητα. Το παιδί εμφανίζει είτε αρκετά περισσότερο είτε αρκετά λιγότερο φόβο από αυτόν που είναι χαρακτηριστικός ακόμα και για ένα μικρότερο ή μεγαλύτερο παιδί σε μια παρόμοια κατάσταση.
- 3.5**
- 4** Σοβαρός μη φυσιολογικός φόβος ή νευρικότητα. Οι φόβοι παραμένουν ακόμα από επαναλαμβανόμενη εμπειρία αβλαβών γεγονότων ή αντικειμένων. Το παιδί είναι πολύ δύσκολο να ηρεμήσει ή να παρηγορηθεί. Μπορεί, αντίθετα, να μη δείξει την κατάλληλη

προσοχή για κινδύνους που άλλα παιδιά της ηλικίας του θα απέφευγαν.

XI Λεκτική Επικοινωνία:

1 Φυσιολογική λεκτική επικοινωνία, όπως αρμόζει στην ηλικία του παιδιού και την περίσταση.

1.5

2 Ελαφρά μη φυσιολογική λεκτική επικοινωνία. Ο λόγος παρουσιάζει ολική καθυστέρηση. Τα περισσότερα από αυτά που λέει, έχουν νόημα. Όμως μπορεί να εμφανιστεί ηχολαλία ή αντιστροφή αντωνυμιών. Περιστασιακά μπορεί να χρησιμοποιηθούν κάποιες περίεργες λέξεις ή ακατάληπτος λόγος.

2.5

3 Μέτρια μη φυσιολογική λεκτική επικοινωνία. Ο λόγος μπορεί να απουσιάζει. Όταν υπάρχει, η λεκτική επικοινωνία μπορεί να είναι μια ανάμειξη από λόγο με νόημα και ιδιόμορφο λόγο όπως ηχολαλία, αντιστροφή αντωνυμίας ή ακατάληπτη γλώσσα. Οι ιδιομορφίες στο λόγο μπορεί να περιλαμβάνουν υπερβολικές ερωτήσεις ή ασχολία με συγκεκριμένα θέματα.

3.5

4 Σοβαρή μη φυσιολογική λεκτική επικοινωνία. Λόγος με νόημα δε χρησιμοποιείται. Το παιδί μπορεί να κάνει παιδικά στριγκλίσματα, παράξενους ήχους ή ήχους ζώων, περίπλοκους θορύβους που προσεγγίζουν το λόγο ή μπορεί να εμφανίσει επίμονη και παράξενη χρήση ορισμένων ευδιάκριτων λέξεων ή φράσεων.

XII Μη Λεκτική Επικοινωνία:

1 Φυσιολογική χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας, όπως αρμόζει στην ηλικία και την περίσταση.

.....

3 Μέτρια μη φυσιολογική χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας. Το παιδί είναι γενικά ανίκανο να εκφράσει ανάγκες ή τις επιθυμίες του μη λεκτικά και δεν μπορεί να κατανοήσει τη μη λεκτική επικοινωνία των άλλων.

3.5

4 Σοβαρή μη φυσιολογική χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας. Το παιδί χρησιμοποιεί μόνο παράξενες ή ιδιόμορφες χειρονομίες οι οποίες δε φαίνονται να έχουν κάποιο νόημα και δεν δείχνει να αντιλαμβάνεται τα νοήματα που σχετίζονται με τις χειρονομίες ή τις εκφράσεις του προσώπου των άλλων.

XIII Επίπεδο Δραστηριότητας:

1 Φυσιολογικό, για την ηλικία και την περίσταση, επίπεδο δραστηριότητας, Το παιδί δεν είναι ούτε περισσότερο ούτε λιγότερο δραστήριο από ένα φυσιολογικό παιδί της ηλικίας του σε μια παρόμοια περίσταση.

1.5

2 Ελαφρά μη φυσιολογικό επίπεδο δραστηριότητας. Το παιδί μερικές φορές μπορεί να είναι είτε ήπια αεικίνητο είτε κάπως «τεμπέλικο» και να κινείται αργά. Το επίπεδο δραστηριότητας του παιδιού σχετίζεται μόνο ελαφρώς με την απόδοσή του.

2.5

3 Μέτριο μη φυσιολογικό επίπεδο δραστηριότητας. Το παιδί μπορεί να είναι αρκετά δραστήριο και δύσκολα να συγκρατείται. Μπορεί να έχει απεριόριστη ενέργεια ή να μην πηγαίνει εύκολα για ύπνο τη νύχτα. Αντίθετα, το παιδί μπορεί να είναι αρκετά ληθαργικό και να χρειάζεται μεγάλη παρακίνηση για να κινηθεί.

.....

XIV Επίπεδο και Συνοχή Διανοητικής Ανταπόκρισης:

1 Η ευφυΐα είναι φυσιολογική και με λογική συνοχή διαμέσου των διαφόρων τομέων. Το παιδί είναι τόσο έξυπνο όσο και τα παιδιά της ηλικίας του και δεν έχει καμιά ασυνήθιστη διανοητική δεξιότητα ή πρόβλημα.

1.5

2 Ελαφρά μη φυσιολογική πνευματική λειτουργία. Το παιδί δεν είναι τόσο έξυπνο όσο τα παιδιά της ηλικίας του. Οι δεξιότητες είναι αρκετά ομαλές σε όλους τους τομείς.

2.5

3 Μέτρια μη φυσιολογική πνευματική λειτουργία. Το παιδί δεν είναι τόσο έξυπνο όσο τα παιδιά της ηλικίας του. Όμως μπορεί να λειτουργήσει σχεδόν φυσιολογικά σε έναν ή περισσότερους πνευματικούς τομείς.

3.5

4 Σοβαρή μη φυσιολογική πνευματική λειτουργία, Ενώ το παιδί γενικά δεν είναι τόσο έξυπνο όσο τα παιδιά της ηλικίας του, μπορεί να λειτουργήσει καλύτερα ακόμα κι από ένα παιδί της ηλικίας του σε έναν ή περισσότερους πνευματικούς τομείς.

XV Γενικές Εντυπώσεις:

- 1** Όχι αυτισμός. Το παιδί δεν εμφανίζει κανένα από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του αυτισμού.
- 1.5**
- 2** Ήπιος αυτισμός. Το παιδί εμφανίζει μόνο λίγα συμπτώματα ή μόνο έναν ήπιο βαθμό αυτισμού.
- 2.5**
- 3** Μέτριος αυτισμός. Το παιδί εμφανίζει έναν αριθμό συμπτωμάτων ή ένα μέτριο βαθμό αυτισμού.
- 3.5**
- 4** Σοβαρός αυτισμός. Το παιδί εμφανίζει πολλά συμπτώματα ή έναν ακραίο βαθμό αυτισμού.

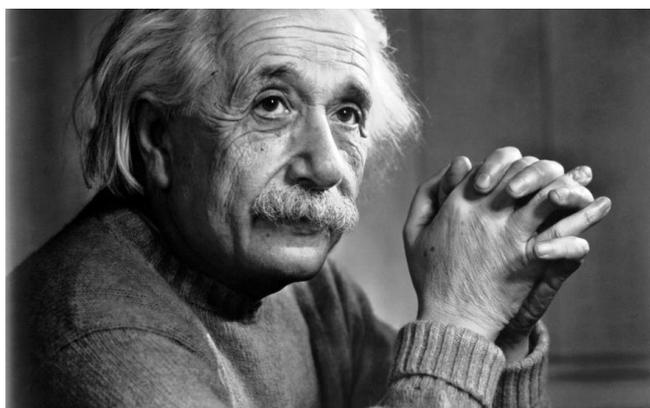
(Βάρβογλη, 2007)

ΧΑΡΙΣΜΑΤΙΚΑ ΑΥΤΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ

Γενικότερα, διανοητική χαρισματικότητα συναντάται συχνά σε οικογενειακά ιστορικά πολλών αυτιστικών ατόμων. Η οπτική σκέψη σχετίζεται με διανοητική χαρισματικότητα.

1. Albert Einstein

Ο Albert Einstein, ήταν ένας οπτικά διαλογιζόμενος, που απέτυχε στις γλωσσικές προδιαγραφές του γυμνασίου του και επαναπαύταν σε οπτικές μεθόδους μελέτης (Holton, 1971-72). Η θεωρία του περί σχετικότητας βασιζόταν σε οπτικά σχήματα λόγου κινούμενων βαγονιών που έτρεχαν σε δέσμες φωτός. Το οικογενειακό ιστορικό του Einstein περιλαμβάνει πολλά συμπτώματα αυτισμού, δυσλεξίας, αλλεργίας σε φαγητά, χαρισματικότητας, μουσικού ταλέντου κι αυτός ο ίδιος είχε πολλά αυτιστικά γνωρίσματα. (Quill, 2000).

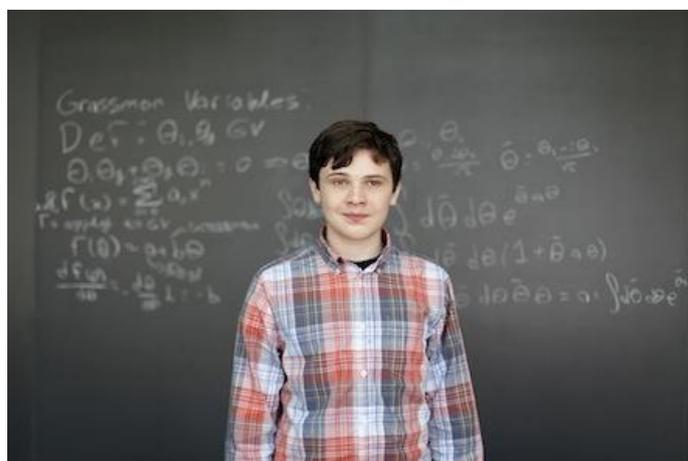


2. Jacob Barnett

Στα δύο του χρόνια, ο Jacob Barnett διαγνώστηκε με Σύνδρομο Asperger. Οι γιατροί είχαν ανακοινώσει ότι δεν θα μπορεί να δέσει ούτε τα κορδόνια των παπουτσιών του μόνος του. Και έπεσαν πέρα για πέρα έξω. Πριν δύο χρόνια, ο Jacob που διαθέτει δείκτη ευφυΐας υψηλότερο του Αϊνστάιν (170), έγινε μεταπτυχιακός φοιτητής στην κβαντική φυσική όπου και τελείωσε με επιτυχία φέτος στα 16 του χρόνια. Έχει ήδη προταθεί για το βραβείο Νόμπελ.

Ο 16χρονος, είχε φτάσει ένα βήμα πριν καταρρίψει τη θεωρία της σχετικότητας του Αϊνστάιν, ενώ έχει αποκτήσει και έμμισθη θέση ερευνητή στο πανεπιστήμιο που φοιτά. Σύμφωνα με τον ίδιο, βρίσκεται πλέον μερικές μαθηματικές εξισώσεις μακριά από το να αποδείξει ως λαθεμένη τη θεωρία της σχετικότητας, ενώ πρόκειται να επιχειρήσει να αντικρούσει και τη θεωρία του Big Bang.

Ο ίδιος δηλώνει πως είναι πολύ περήφανος για τον αυτισμό του. «Αυτός πιστεύω ότι είναι ο λόγος που τελείωσα το κολλέγιο και είμαι τόσο πετυχημένος. Είναι η αγάπη μου για τα μαθηματικά, τη φυσική, την αστρονομία, είναι ο λόγος για τον οποίο νοιάζομαι. Αλλιώς δεν θα είχα φτάσει τόσο μακριά.»



3. Ντάριλ Χάννα

Φημισμένη ηθοποιός, που έχει πρωταγωνιστήσει σε πάνω από 40 ταινίες. Το Σεπτέμβριο του 2013 η Ντάριλ μοιράστηκε τη διάγνωση του αυτισμού της με το κοινό. Παρά την ντροπαλότητά της που την καταβάλλει, η Ντάριλ κατάφερε να γίνει αξιόλογη και πετυχημένη ηθοποιός.

