



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή Εργασία

**ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Νικολοπούλου Χρυσούλα

A.M 9191

Επιβλέπων καθηγητής:

Κ. ΣκόνδραΜάρια

Πάτρα, Σεπτέμβριος 2018

Ευχαριστίες

Ο σκοπός αυτή της εργασίας ήταν να αναδείξει τα νέα δεδομένα που αφορούν τον αυτισμό καθώς επίσης και να τονίσει τον πολύ σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει ο νοσηλευτής στη θεραπεία και την εκπαίδευση του αυτιστικού παιδιού και της οικογένειάς του.

Στο πλαίσιο της εκπόνησης αυτής της εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω την υπεύθυνη καθηγήτρια κ. Σκόνδρα Μαρία για την καθοδήγηση και τη βοήθεια που μου προσέφερε, ως το τέλος της.

Επίσης, ευχαριστώ πολύ όλους τους καθηγητές του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας, για τις πολύτιμες γνώσεις και τα εφόδια που μου προσέφεραν σε όλη τη διάρκεια του κύκλου σπουδών μου.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την συνεχή στήριξη αλλά και την υπομονή τους όλα αυτά τα χρόνια.

Περίληψη

Εισαγωγή: Αυτισμός είναι μια αναπτυξιακή δυσκολία, η οποία επηρεάζει σημαντικά τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και τη κοινωνική αλληλεπίδραση, η οποία συχνά εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 3 ετών, και επηρεάζει αρνητικά την εκπαιδευτική παρουσία του παιδιού. Άλλα χαρακτηριστικά που συνυπάρχουν με τον αυτισμό είναι η απασχόληση με σταθερά επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες και στερεοτυπικές κινήσεις, και η αντίσταση στις αλλαγές του περιβάλλοντος ή στις αλλαγές της καθημερινής ρουτίνας και συχνά στις αισθητηριακές εμπειρίες.

Σκοπός: Ο σκοπός αυτή της εργασίας ήταν να αναδείξει τα νέα δεδομένα που αφορούν τον αυτισμό καθώς επίσης και να τονίσει τον πολύ σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει ο νοσηλευτής στη θεραπεία και την εκπαίδευση του αυτιστικού παιδιού και της οικογένειάς του.

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας: Στο γενικό μέρος, η παρούσα εργασία ορίζει την αυτιστική διαταραχή και παρουσιάζει τις βασικές μορφές της, καθώς επίσης και τις πιθανές αιτίες για την εμφάνισή της. Επίσης, μελετώνται η κλινική εικόνα, η διάγνωση και οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που χρησιμεύουν ως εργαλεία για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του αυτιστικού παιδιού και της οικογένειάς του.

Στο ειδικό μέρος, η εργασία ασχολείται με το ρόλο του νοσηλευτή κατά τη νοσηλευτική διεργασία. Παρουσιάζεται η εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού, η συμβολή του νοσηλευτή στη διάγνωση, τη θεραπεία και την εκπαίδευση τόσο των γονιών αλλά και του ίδιου του αυτιστικού παιδιού, ώστε να μπορέσει, ανάλογα με τις δυνατότητές του, να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της καθημερινότητας, όσο πιο ομαλά γίνεται.

Συμπεράσματα: Ο αυτισμός δεν έχει ακόμα συνδεθεί με καμιά αποδεδειγμένη θεραπεία και οι ακριβείς αιτίες που τον προκαλούν δεν είναι ακόμη γνωστές. Ωστόσο, η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση μπορεί να ωφελήσει τα παιδιά με αυτισμό. Ιδιαίτερος, η πρόωμη παρέμβαση με αναπτυξιακά, συμπεριφορικά και εκπαιδευτικά προγράμματα, προσαρμοσμένα φυσικά στις ανάγκες του κάθε παιδιού, συνεισφέρει αποτελεσματικά στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Λέξεις – Κλειδιά

Αυτισμός, φάσμα αυτιστικών διαταραχών, παιδί, νοσηλευτής.

Abstract

Introduction: Autism is a developmental difficulty, which significantly affects verbal and non-verbal communication and social interaction, which often occurs before the age of 3, and negatively affects the educational presence of the child. Other features that coexist with autism are consistently repetitive activities and stereotypical movements and resistance to changes in the environment or changes in daily routine and often in sensory experiences.

Purpose: The aim of this work was to mention the new data on autism as well as to highlight the very important role that the nurse plays in the treatment and education of the autistic child and his / her family.

Bibliography review: In the general section, this paper defines autistic disorder and presents its basic forms, as well as the possible causes for its occurrence. Also, the clinical picture, diagnosis and treatment approaches are used as tools for improving the quality of life of the autistic child and his / her family.

In the specific section, the paper deals with the role of the nurse in the nursing process. It presents the assessment of the child's condition, the nurse's contribution to the diagnosis, treatment and education of both the parents and the autistic child himself, so that he can, depending on his or her abilities, meet the demands of everyday life, as smoothly as possible.

Conclusions: Autism has not yet been associated with any proven treatment and the exact causes that cause it are not yet known. However, early diagnosis and intervention can benefit children with autism. Particularly, early intervention with developmental, behavioral and educational programs, tailored to the needs of each child, contributes effectively to improving its quality of life.

Keywords

Autism, spectrum of autistic disorders, child, nurse.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	ii
Περίληψη	iii
Abstract	iv
Περιεχόμενα.....	v
Κατάλογος Εικόνων.....	vii
Κατάλογος Πινάκων	viii
Εισαγωγή.....	ix
1. Αυτισμός.....	1
1.1. Ορισμός.....	1
1.2. Στατιστικά στοιχεία για τον αυτισμό	2
1.2.1. Επικράτηση	2
1.2.2. Παράγοντες κινδύνου και χαρακτηριστικά	3
1.2.3. Η κατάσταση στην Ελλάδα.....	4
1.3. Αίτια αυτισμού	4
1.4. Κλινική εικόνα αυτισμού.....	7
2. Διάγνωση αυτισμού	10
2.1. Διαγνωστικά όργανα.....	11
2.2. Πρώιμη διάγνωση	12
2.3. Διαφορική διάγνωση	14
2.4. Πρόγνωση.....	17
2.5. Πρόληψη	17
2.6. Πρώιμη παρέμβαση	18
3. Θεραπεία.....	20
3.1. Οι προσεγγίσεις θεραπείας	20
3.1.1. Εκπαίδευση γονέων	20
3.1.2. Εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς.....	21
3.1.3. Θεραπεία και Εκπαίδευση Ατόμων με Αυτισμό και Ειδικές Ανάγκες Επικοινωνίας (Treatment and Education of Autistic and Related Communication- Handicapped Children - TEACCH).....	22
3.1.4. Θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς (Cognitive-behavioral therapy - CBT).....	22
3.2. Φαρμακολογική θεραπεία για στοχευμένα συμπτώματα	22
3.2.1. Επιθετική συμπεριφορά και ευερεθιστότητα	23
3.2.2. Επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά	24
3.2.3. Υπερδραστικότητα, παρορμητικότητα και απροσεξία.....	24
3.2.4. Προβλήματα ύπνου	25
3.2.5. Επιληπτικές κρίσεις.....	25
3.3. Συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες	25
B ΜΕΡΟΣ.....	27
4. Ρόλος του νοσηλευτή.....	27
4.1. Εκτίμηση κατάστασης παιδιού	27
4.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση	29
4.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία.....	33
4.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευση των γονέων	34
5. Εκπαίδευση αυτιστικών παιδιών.....	36
5.1. Επιλογές εκπαίδευσης για αυτιστικά παιδιά	37

5.2. Μέθοδοι διδασκαλίας αυτιστικών παιδιών	38
6.Νοσηλευτική διεργασία.....	41-45
Βιβλιογραφία	47

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1: Συννοσηρότητες με την Αυτιστική Διαταραχή14

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Αναγνωρισμένη επικράτηση φάσματος αυτιστικών διαταραχών.....	3
Πίνακας 2: Ερωτήσεις αρχικής αξιολόγησης σχετικά με το παιδί με αυτισμό	28
Πίνακας 3: Σχέδιο φροντίδας για το παιδί με αυτιστική διαταραχή	30

Εισαγωγή

Ο αυτισμός ή το φάσμα αυτιστικών διαταραχών, αναφέρεται σε μια σειρά από καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από προκλήσεις με κοινωνικές δεξιότητες, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, ομιλία και μη λεκτική επικοινωνία, καθώς και με μοναδικές δυνάμεις και διαφορές. Δεν υπάρχει ένας αυτισμός, αλλά πολλοί τύποι, που προκαλούνται από διαφορετικούς συνδυασμούς γενετικών και περιβαλλοντικών επιρροών. Ο όρος "φάσμα" αντικατοπτρίζει τη μεγάλη ποικιλία στις προκλήσεις και τις δυνάμεις που κατέχει κάθε άτομο με αυτισμό.

Τα πιο εμφανή σημάδια του αυτισμού τείνουν να εμφανίζονται μεταξύ 2 και 3 ετών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να διαγνωσθεί ήδη από τους 18 μήνες. Ορισμένες αναπτυξιακές καθυστερήσεις που συνδέονται με τον αυτισμό μπορούν να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν ακόμη νωρίτερα. Οι ειδικοί προτρέπουν τους γονείς να επιδιώξουν την αξιολόγηση χωρίς καθυστέρηση, καθώς η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα.

Σε αυτό το πλαίσιο, η δομή της πτυχιακής εργασίας διαρθρώνεται ως εξής: Στο κεφάλαιο 1 ορίζεται η έννοια του αυτισμού, παρουσιάζονται κάποια στατιστικά στοιχεία, τα αίτια και η κλινική εικόνα που αυτός προκαλεί. Το κεφάλαιο 2 αναφέρεται στη διάγνωση του αυτισμού, αναλύοντας τα διαγνωστικά όργανα που συνεισφέρουν στην πρόγνωση, την πρόγνωση και την πρόληψη. Το κεφάλαιο 3 παρουσιάζει τις διάφορες προσεγγίσεις θεραπείας, φαρμακολογικής και μη. Στο δεύτερο μέρος της εργασίας και στο κεφάλαιο 4 αναλύεται ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση, τη θεραπεία και την εκπαίδευση των γονέων ενώ στο κεφάλαιο 5 παρουσιάζεται η εκπαίδευση των αυτιστικών παιδιών. Ακολουθούν η βιβλιογραφία και τα Παραρτήματα.

1. Αυτισμός

1.1. Ορισμός

Σε μια προσπάθεια ορισμού της λέξης «αυτισμός», θα ήταν συνετό να γίνει αναφορά στην ετυμολογική προέλευσή της. Ελληνικής καταγωγής, ο «εαυτισμός» υποδηλώνει το κλείσιμο του ατόμου στον εαυτό του και την αδυναμία επικοινωνίας με το περιβάλλον. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον ψυχίατρο Eugen Bleuler (1911) για να χαρακτηρίσει κάποια άτομα με σχιζοφρένεια τα οποία είχαν χάσει επαφή με την πραγματικότητα. Το 1967, άλλος ένας ψυχίατρος, ο Henry Maudsley, εντόπισε μία ομάδα παιδιών μικρής ηλικίας με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που παρουσίαζαν σημαντική απόκλιση και διαστρέβλωση της ανάπτυξης. Ωστόσο, αυτός που κατανόησε ότι η ομάδα των ψυχωσικών παιδιών δεν είναι ομοιογενής, αλλά συμπεριλαμβάνει και μια ξεχωριστή υπό-ομάδα, ήταν ο παιδοψυχίατρος Leo Kanner (1943). Οι παρατηρήσεις του σημείωναν ότι ορισμένα ψυχωσικά παιδιά διέφεραν, με έντονο και μοναδικό τρόπο, από τα άλλα μέλη της ομάδας και παρουσίαζαν προβλήματα από τις πρώτες κιόλας μέρες της ζωής τους. Ένα χρόνο αργότερα, ο παιδίατρος Hans Asperger αντιμετώπισε περισσότερα από 400 περιστατικά παιδιών με τα ίδια χαρακτηριστικά και τους έδωσε την διάγνωση “autism”, προκειμένου να χαρακτηρίσει τα συμπτώματα της συμπεριφοράς τους. Οι δύο επιστήμονες, παρότι ερευνούσαν το ίδιο θέμα, δεν μοιράστηκαν κατευθείαν τις παρατηρήσεις τους με αποτέλεσμα να περάσει αρκετός καιρός μέχρι ο αυτισμός να αποτελέσει μία ξεχωριστή διαταραχή (Βαφιά, 2008; Harper, 1998).

Επιστήμονες και εκπαιδευτικοί προσπάθησαν κατά καιρούς να δώσουν έναν σαφή ορισμό του αυτισμού ωστόσο πρόκυπταν πολλές διαφωνίες και απορίες (Wing, 2000). Ένας ορισμός τυγχάνει ευρύτερης αποδοχής έως σήμερα, είναι αυτός που δίδεται με τον Αμερικάνικο νόμο 105-17 του 1997 και αφορά στα άτομα με εκπαιδευτικές δυσκολίες:

Αυτισμός είναι μια αναπτυξιακή δυσκολία, η οποία επηρεάζει σημαντικά τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και τη κοινωνική αλληλεπίδραση, η οποία συχνά εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 3 ετών, και επηρεάζει αρνητικά την εκπαιδευτική παρουσία του παιδιού. Άλλα χαρακτηριστικά που συνυπάρχουν με τον αυτισμό είναι η απασχόληση με σταθερά επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες και στερεοτυπικές κινήσεις, και η αντίσταση στις αλλαγές του περιβάλλοντος ή στις αλλαγές της καθημερινής ρουτίνας και συχνά στις αισθητηριακές εμπειρίες (Ectacenter, 2018).

Γενικά, οι ειδικοί συμφωνούν στα εξής συμπεράσματα για τον αυτισμό:

- Ο αυτισμός είναι μια διαταραχή μεγάλου φάσματος. Εκδηλώνεται με πολύ ελαφριά έως πολύ βαριά περιστατικά.
- Ο αυτισμός είναι μια εξελικτική διάγνωση, δηλαδή η εκδήλωση του συνδρόμου ποικίλλει με την ηλικία και το εξελικτικό επίπεδο του ατόμου που έχει προσβληθεί.
- Ο αυτισμός είναι μια αναδρομική διάγνωση. Η διάγνωση δε μπορεί να πραγματοποιηθεί αν δεν ληφθεί ένα εξελικτικό ιστορικό από τους γονείς ή τα άτομα που ασχολούνται με το παιδί ή τον έφηβο.
- Ο αυτισμός μπορεί να συνυπάρχει με οποιαδήποτε άλλη κατάσταση. Πιο συχνή είναι η διανοητική καθυστέρηση.

Ο αυτισμός εμπίπτει στη κατηγορία των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών. Χαρακτηριστικό αυτών των διαταραχών είναι οι ταυτόχρονες σημαντικές ελλείψεις σε πολλούς τομείς της ανάπτυξης, εξ' ου και η ονομασία διάχυτες. Στην ίδια κατηγορία

εντάσσονται, εκτός από τον αυτισμό και η διαταραχή Asperger, η διαταραχή Rett, η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή και η διαχυτική αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2005).

Στην διαταραχή Asperger, τα παιδιά, παρόλο που εμφανίζουν τα ίδια συμπτώματα με όσα έχουν αυτισμό, δεν παρουσιάζουν ελλείψεις στη γλωσσική ανάπτυξη. Στη διαταραχή Rett, τα παιδιά παρουσιάζουν συγκεκριμένες ελλείψεις ύστερα από μια μικρή φάση ομαλής ανάπτυξης. Η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή περιγράφει τα παιδιά εκείνα που παρουσιάζουν μια συνολική παλινδρόμηση σε αρκετούς τομείς ανάπτυξης ύστερα από μια φάση ομαλής ανάπτυξης. Τέλος, στη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, τα παιδιά εμφανίζουν μεν σοβαρές ελλείψεις στην ανάπτυξη τους, αλλά δεν πληρούν εξ ολοκλήρου τα κριτήρια για να ενταχθούν σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες (Κάκουρος&Μανιαδάκη, 2005).

Το 1994, η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία, δημοσιεύοντας την 4η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών, DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), έθεσε κάποια κριτήρια για την ύπαρξη του αυτισμού, εντοπίζοντας προβλήματα στις τρεις παρακάτω περιοχές:

1. Ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική συναλλαγή
2. Ποιοτική έκπτωση στην επικοινωνία
3. Περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων (Γκονέλα, 2008).

Σε κάθε μία από αυτές τις περιοχές αντιστοιχεί και μία λίστα χαρακτηριστικών συμπτωμάτων. Ωστόσο απαιτείται προσοχή στη διάγνωση του αυτισμού, καθώς η εμφάνιση κάποιων χαρακτηριστικών σε ένα άτομο δε σημαίνει απαραίτητα πως αυτό είναι αυτιστικό. Για να συμβαίνει αυτό, θα πρέπει το άτομο να παρουσιάζει συνολικά τουλάχιστον έξι από τα δεκαέξι συμπτώματα της λίστας και από τις τρεις παραπάνω περιοχές (Peeters, 2000).

Τέλος, όσον αφορά τον ορισμό του αυτισμού, έχει διατυπωθεί και ένας εκπαιδευτικός, που περιλαμβάνει διδακτικές προσεγγίσεις, εκπαιδευτικό περιβάλλον και εξατομικευμένη εργασία, εφόσον τα παιδιά με αυτισμό χρήζουν στοχευμένης εκπαιδευτικής παρέμβασης και στήριξης. Πρόκειται για μία προσέγγιση που βασίζεται, κυρίως, στην έντονη εξατομικευση, στην οπτική στήριξη, στην προβλεψιμότητα και στην συνέχεια. Η μεγάλη ποικιλία ατομικών μαθησιακών αναγκών δημιουργεί και την ανάγκη πολλών ειδών τέτοιων προσεγγίσεων (Peeters, 2000).

1.2. Στατιστικά στοιχεία για τον αυτισμό

1.2.1. Επικράτηση

Σύμφωνα με το Δίκτυο Παρακολούθησης του Αυτισμού και της Αναπτυξιακής Αναπηρίας (ADDM):

- 1 στα 59 παιδιά έχει διαγνωστεί με διαταραχή αυτιστικού φάσματος.
- Η διαταραχή αυτιστικού φάσματος αναφέρεται ότι εμφανίζεται σε όλες τις φυλετικές, εθνικές και κοινωνικοοικονομικές ομάδες.

- Η διαταραχή αυτιστικού φάσματος είναι περίπου 4 φορές πιο κοινή στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια.
- Μελέτες στην Ασία, την Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική έχουν εντοπίσει άτομα με διαταραχή αυτιστικού φάσματος με μέση επικράτηση μεταξύ 1% και 2%.
- Περίπου 1 στα 6 παιδιά στις Ηνωμένες Πολιτείες είχε αναπτυξιακή αναπηρία κατά την περίοδο 2006-2008, από ελαφρές αναπηρίες όπως ομιλίες και γλωσσικές διαταραχές έως σοβαρές αναπτυξιακές αναπηρίες, όπως διανοητικές αναπηρίες, εγκεφαλική παράλυση και αυτισμό.

Πίνακας 1:Αναγνωρισμένη επικράτηση φάσματος αυτιστικών διαταραχών (Πηγή: ADDM Network, 2000-2014 CombiningDatafromallsites)

Έτος παρατήρησης	Έτος γέννησης	Αριθμός αναφορών ιστοσελίδων	Επικράτηση ανά 1000 παιδιά (Εύρος)	1 στα X παιδιά
2000	1992	6	6.7 (4.5-9.9)	1 in 150
2002	1994	14	6.6 (3.3-10.6)	1 in 150
2004	1996	8	8.0 (4.6-9.8)	1 in 125
2006	1998	11	9.0 (4.2-12.1)	1 in 110
2008	2000	14	11.3 (4.8-21.2)	1 in 88
2010	2002	11	14.7 (5.7-21.9)	1 in 68
2012	2004	11	14.6 (8.2-24.6)	1 in 68
2014	2006	11	16.8 (13.1-29.3)	1 in 59

1.2.2. Παράγοντες κινδύνου και χαρακτηριστικά

- Μελέτες έχουν δείξει ότι μεταξύ πανομοιότυπων διδύμων, εάν το ένα παιδί έχει διαταραχή αυτιστικού φάσματος, τότε το άλλο θα επηρεαστεί περίπου 36-95%. Σε μη πανομοιότυπα δίδυμα, εάν το ένα παιδί έχει διαταραχή αυτιστικού φάσματος, τότε το άλλο επηρεάζεται περίπου το 0-31% (Hallmayeretal., 2011; Rosenbergetal., 2009; Taníaietal., 2008; Ronaldetal., 2006).

- Οι γονείς που έχουν παιδί με διαταραχή αυτιστικού φάσματος έχουν πιθανότητα 2% -18% να έχουν και ένα δεύτερο παιδί που επίσης επηρεάζεται (Ozonoffetal., 2011; Sumietal., 2006).
- Η διαταραχή αυτιστικού φάσματος τείνει να εμφανίζεται πιο συχνά σε άτομα που έχουν ορισμένες γενετικές ή χρωμοσωμικές καταστάσεις. Περίπου το 10% των παιδιών με αυτισμό παρουσιάζει επίσης σύνδρομο Down, εύθραυστο σύνδρομο X, κονδυλώδη σκλήρυνση ή άλλες γενετικές και χρωμοσωμικές διαταραχές (DiGuisepietal., 2011; Zecavatietal., 2009; Halletal., 2008; Cohenetal., 2005)
- Σχεδόν το ήμισυ (44%) των παιδιών που έχουν αναγνωριστεί με διαταραχή αυτιστικού φάσματος έχει μέση έως ανώτερη διανοητική ικανότητα.
- Τα παιδιά που γεννιούνται από ηλικιωμένους γονείς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν διαταραχή αυτιστικού φάσματος.
- Ένα μικρό ποσοστό παιδιών που γεννιούνται πρόωρα ή με χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχής αυτιστικού φάσματος.
- Η διαταραχή αυτιστικού φάσματος συνυπάρχει συχνά με άλλες αναπτυξιακές, ψυχιατρικές, νευρολογικές, χρωμοσωμικές και γενετικές διαγνώσεις. Η συνυπάρχουσα εμφάνιση μιας ή περισσότερων αναπτυξιακών διαγνώσεων που δεν είναι διαταραχή αυτιστικού φάσματος είναι 83%. Η συνυπάρχουσα εμφάνιση μιας ή περισσότερων ψυχιατρικών διαγνώσεων είναι 10%.

1.2.3. Η κατάσταση στην Ελλάδα

Αν και στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημα στατιστικά στοιχεία σε σχέση με την Διαταραχή του Αυτισμού, υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο 700 με 1.000 παιδιά διαγιγνώσκονται με αυτισμό. Τα τελευταία χρόνια, λόγω της ιδιαίτερα αυξημένης συχνότητας του προβλήματος, προτείνεται η καταγραφή των οροσήμεων επικοινωνίας καθώς και των ρυθμιστικών και αισθητηριακών λειτουργιών, για τον έγκαιρο εντοπισμό τυχόν ανησυχητικών σημαδιών. Δυστυχώς, δεν πραγματοποιούνται σε ικανοποιητικό βαθμό δράσεις ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης των γονιών, της κοινής γνώμης και των επαγγελματιών υγείας που να εστιάζουν στη βρεφική και νηπιακή ηλικία, ώστε να λάβει υπόψη της η κοινωνία τις διαστάσεις του προβλήματος και να λυθούν τυχόν απορίες ή και λανθασμένες αντιλήψεις που μπορεί να οδηγήσουν σε άσχημες συμπεριφορές απέναντι στα άτομα που πάσχουν από αυτισμό.

1.3. Αίτια αυτισμού

Ανά περιόδους, πολλοί ερευνητές έχουν αναλωθεί στην εξακρίβωση των αιτίων που οδηγούν στον αυτισμό, χωρίς ωστόσο ξεκάθαρα αποτελέσματα. Ο Kanner (1943) είχε προσανατολιστεί στο γεγονός ότι ο αυτισμός των παιδιών που μελέτησε ίσως οφειλόταν στα ψυχωσικά προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι γονείς τους, όντας ψυχροί στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Ακόμα, θεωρούσε ότι η κακή σχέση του παιδιού με το γονέα του του προκαλούσε ψυχιατρικές διαταραχές που οδηγούσαν στον αυτισμό (Γκονέλα, 2008). Ωστόσο, τα επιστημονικά δεδομένα έχουν αποδείξει ότι ο αυτισμός ουδέποτε προκαλείται από την προσωπικότητα των γονέων ή τον τρόπο ανατροφής των παιδιών καθώς σε μια τέτοια περίπτωση τα περισσότερα παραμελημένα παιδιά θα ήταν αυτιστικά (Γκονέλα, 2008). Στις μέρες μας, οι ερευνητές έχουν καταλήξει ότι ο αυτισμός

προκαλείται από έναν συνδυασμό αιτιών, γενετικών, ανοσολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Οι σημαντικότεροι τομείς έρευνας για τα αίτια του αυτισμού παρατίθενται παρακάτω.

1. Γενετική προδιάθεση και γενετικοί παράγοντες

Μελέτες έχουν δείξει ότι ο αυτισμός εμφανίζεται με αυξημένο ποσοστό στα άτομα με κοντινή συγγένεια, συνεπώς είναι πιθανόν να υπάρχει κληρονομικότητα. Παραδείγματος χάριν, ένα ζευγάρι που έχει ήδη ένα αυτιστικό παιδί, έχει πιθανότητα 5-10% να αποκτήσει και ένα δεύτερο αυτιστικό παιδί. Εάν το ζευγάρι έχει δύο αυτιστικά παιδιά, η πιθανότητα να παρουσιάσει και το τρίτο παιδί αυτισμό ανέρχεται σε 35-40% (Γκονέλα, 2008). Ακόμα και το συγγενικό περιβάλλον των αυτιστικών παιδιών έχει πιθανότητες να εμφανίσει δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και την επικοινωνία, επαναληπτικές συμπεριφορές αλλά και συναισθηματικές διαταραχές.

Μελέτες έχουν υποδείξει αρκετά γονίδια που είναι πιθανόν να σχετίζονται με τον αυτισμό. Οι ανωμαλίες που παρουσιάζουν εμποδίζουν τη σωστή ανάπτυξη του εγκεφάλου και τον τρόπο επικοινωνίας των νευρικών κυττάρων. Τα γονίδια αυτά μπορεί να είναι από 3 έως 20 διαφορετικά, τα οποία είτε αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους, είτε το καθένα επηρεάζει και κάποια άλλη πτυχή της διαταραχής (Muhleetal., 2004). Στην ουσία, οι ερευνητές καταλήγουν ότι οι γενετικοί παράγοντες προδιαθέτουν την εμφάνιση του αυτισμού σε ένα άτομο όμως απαιτείται και η συμβολή κάποιων επιβαρυντικών περιβαλλοντικών παραγόντων για να πραγματοποιηθεί εκδήλωση του προβλήματος. Αυτό δεν ισχύει μόνο για την περίπτωση του συνδρόμου Rett, όπου τα αίτια της διαταραχής είναι εξακριβωμένα και κυρίως γενετικά με τη διαταραχή να εμφανίζεται εξαιτίας της μετάλλαξης του γονιδίου MeCP2 (Methyl-CpG-BindingProtein 2) που υπάρχει στη χρωματοσωμακική ζώνη Xq28 (Γεωργακόπουλος, 2008).

2. Εγκεφαλική βλάβη

Ανάμεσα στους ερευνητές, υπάρχει και η άποψη ότι ο αυτισμός οφείλεται σε προβληματική ανάπτυξη του εγκεφάλου, λόγω διαφοροποιήσεων στη δομή του ή δυσαναλογίας κάποιων συγκεκριμένων νευροχημικών ουσιών. Πράγματι, ο εγκέφαλος των αυτιστικών ατόμων, για λόγους που μέχρι τώρα θεωρούνται άγνωστοι, αναπτύσσεται ταχέως και μεγαλώνει πολύ κατά τους 12 πρώτους μήνες της ζωής τους (Γκονέλα, 2008). Οι αμυγδαλές του εγκεφάλου αυτών των ατόμων, δηλαδή οι περιοχές που επηρεάζουν τη συναισθηματική ζωή, τη μνήμη και την κοινωνικότητα, έχουν πολύ λιγότερους νευρώνες σε σύγκριση με αυτές των φυσιολογικών ατόμων (Schumann&Amaral, 2006). Άλλες μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα με αυτισμό αντιμετωπίζουν πρόβλημα με το πολύ χαμηλό επίπεδο διαφόρων νευροδιαβιβαστών (π.χ. σεροτονίνη) με αποτέλεσμα να προκαλούνται αλλοιώσεις στην ανάπτυξη των νευρωνικών λειτουργικών δομών και στην επικοινωνία μεταξύ των νευρώνων στα πρώτα στάδια της εμβρυικής ανάπτυξης.

3. Ανοσοποιητική δυσλειτουργία

Τα άτομα με αυτισμό εμφανίζουν διάφορα οργανικά προβλήματα λόγω σημαντικών ανεπαρκειών του ανοσοποιητικού τους συστήματος. Αυτό το γεγονός προκάλεσε τους ερευνητές να υποθέσουν ότι ο αυτισμός θα μπορούσε να οφείλεται σε αυτή τη δυσλειτουργία. Προκειμένου να αποδειχθεί αυτή η υπόθεση, έγιναν αρκετές μελέτες οι οποίες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα αυτιστικά παιδιά παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα των χημικών ουσιών που προωθούν τα ανοσοποιητικά κύτταρα να εισέλθουν στον εγκέφαλο, προκαλώντας προβλήματα στη λειτουργία του. Ωστόσο, δεν έχει εξακριβωθεί εντελώς η συμβολή του ανοσοποιητικού συστήματος στην εμφάνιση και εξέλιξη του αυτισμού (Baileyetal., 1998).

4. Ιογενείς μολύνσεις

Αυτισμός μπορεί να προκληθεί αν το έμβρυο μολυνθεί από κάποιον ιό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αν η μητέρα μολυνθεί από τον ιό της ανεμοβλογιάς, της ερυθράς και του κυτταρομεγαλοϊού, ιδίως κατά τους πρώτους μήνες της κύησης, υπάρχει άμεσος κίνδυνος του εμβρύου να εμφανίσει αυτισμό (Κυπριωτάκης, 2003). Ο κίνδυνος αυτός ακολουθεί και μετά από τη γέννηση, αν το παιδί μολυνθεί από κάποιους ιούς (π.χ. έρπης).

5. Ελλείψεις σε βιταμίνες, ένζυμα και πρωτεΐνες

Αντικείμενο έρευνας αιτίων του αυτισμού υπήρξαν επίσης, ο υποσιτισμός στην παιδική ηλικία και η έλλειψη συγκεκριμένων βασικών βιταμινών, ενζύμων και πρωτεϊνών που είναι απαραίτητες για τις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού και τη σωστή λειτουργία του (Jamesetal., 2004). Εντοπίστηκε ότι κοινό χαρακτηριστικό των αυτιστικών παιδιών ήταν τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D στην περίοδο της κύησης αλλά και στα πρώτα χρόνια της ζωής τους. Αυτή η ανεπάρκεια έχει συνδεθεί με πιθανές μεταλλάξεις στο DNA του οργανισμού και συνεπώς ο αυτισμός θα μπορούσε να οφείλεται σ' αυτό, οπότε στα αυτιστικά άτομα προτείνεται η περιορισμένη έκθεσή τους στον ήλιο (Jamesetal., 2004).

Όσον αφορά τα ένζυμα, έχει εντοπιστεί ότι το ένζυμο Cdk5 μπορεί να είναι υπεύθυνο, με την έλλειψη ή τη λανθασμένη λειτουργία του, για την κατάρρευση του σχηματισμού των νευρικών συνάψεων που μεταφέρουν τις πληροφορίες στον εγκέφαλο και τον διευκολύνουν να μαθαίνει και να θυμάται. Ο αυτισμός μπορεί να οφείλεται σε αυτή τη δυσλειτουργία των συνάψεων (Jamesetal., 2004).

Σχετικά με τις πρωτεΐνες, έρευνες έχουν επισημάνει ότι τα άτομα με αυτισμό παρουσιάζουν ελλείψεις ή βλάβες σε μια ομάδα πρωτεϊνών που προστατεύει τον οργανισμό από διάφορα τοξικά και βαρέα μέταλλα. Ο ρόλος αυτών των πρωτεϊνών είναι ο σχηματισμός φυσικών δαχτυλιδιών μεταλλικών ιόντων για την ουδετεροποίηση μετάλλων, όπως ο ψευδάργυρος και ο χαλκός. Όταν υπάρχει ανισορροπία αυτών των μετάλλων στον οργανισμό, προκαλείται συναισθηματική αστάθεια, υπερδραστηριότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, ανισορροπίες νευροδιαβιβαστών και άλλου είδους προβλήματα που έχουν σχέση με τον αυτισμό (Jamesetal., 2004).

6. Τροφικές αλλεργίες

Υπάρχουν μελέτες που προτείνουν ότι υπάρχει συσχέτιση του αυτισμού με τις τροφικές αλλεργίες. Αναλυτικότερα, σε κάποια άτομα με αυτισμό, χειροτερεύουν τα νευρολογικά συμπτώματα, όταν καταναλώσουν δημητριακά και γαλακτοκομικά προϊόντα, λόγω αλλεργίας στη γλουτένη και την καζεΐνη. Επειδή το πεπτικό σύστημα των ατόμων αυτών επεξεργάζεται διαφορετικά τις πρωτεΐνες στις τροφές που περιέχουν γλουτένη ή καζεΐνη, αυτές οι δύο ουσίες λειτουργούν στον οργανισμό ως ψευδο-οπιούχα και προκαλούν προβλήματα συγκέντρωσης και επιθετικότητας (Lucarelliet al., 1995).

7. Αντιβιώσεις και εμβόλια

Το τριπλό εμβόλιο κατά της ερυθράς, της ιλαράς και των μαγουλάδων θεωρήθηκε ότι προκαλεί σοβαρά εντερικά προβλήματα στον παιδικό οργανισμό, που οδηγούν σε υπεραπορρόφηση θρεπτικών ουσιών με αποτέλεσμα την εμφάνιση του αυτισμού. Ωστόσο, πιο πρόσφατες μελέτες απέρριψαν το συσχετισμό του εμβολίου με τον αυτισμό, θεωρώντας απλή σύμπτωση το γεγονός ότι ο αυτισμός εμφανίζεται περίπου την ίδια χρονική περίοδο με τον εμβολιασμό (15 μηνών – 2 ετών) (Hertz-Picciottoetal., 2006).

Ένα άλλο πολλαπλό εμβόλιο κατηγορήθηκε επίσης για την εμφάνιση του αυτισμού, εξαιτίας του συντηρητικού θιμεροσάλ (thimerosal), που χρησιμοποιείται για τη

σταθεροποίηση του νεκρού ιού και περιέχει 50% αιθυλικό υδράργυρο. Το συντηρητικό αυτό αφαιρέθηκε από το εμβόλιο (Hertz-Picciottoetal., 2006).

Γενικότερα, οι επιστήμονες έχουν κατηγορήσει τη χρήση αντιβιοτικών φαρμάκων σε υπερβολικό βαθμό, για την εμφάνιση του αυτισμού λόγω της διατάραξης της ισορροπίας του οργανισμού (Hertz-Picciottoetal., 2006).

8. Προγεννητικές και περιγεννητικές επιπλοκές

Η μεγάλη ηλικία των γονέων, ο διαβήτης και τα προβλήματα του θυρεοειδή της μητέρας, η έκθεση σε τοξικά και τερατογόνα, οι αιμορραγίες στη μήτρα, τον ομφάλιο λώρο και τον πλακούντα και η κατανάλωση αλκοόλ, ψυχοφαρμάκων και άλλων φαρμάκων από τη μητέρα κατά την εγκυμοσύνη είναι μερικοί παράγοντες της προγεννητικής περιόδου που πιστεύεται ότι συνεισφέρουν στην εμφάνιση του αυτισμού. Ωστόσο, ο αυτισμός δεν φαίνεται να επιβαρύνεται από το άγχος και την κακή ψυχολογική κατάσταση της μητέρας κατά την κύηση (Κυπριωτάκης, 2003).

Ο πρόωρος τοκετός, τα τραύματα στον εγκέφαλο κατά τη γέννηση και η έλλειψη οξυγόνου πριν και κατά τη διάρκεια του τοκετού έχουν μελετηθεί ως περιγεννητικές επιπλοκές που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αυτισμό (Κυπριωτάκης, 2003).

Συγκεντρωτικά, ο αυτισμός για να εκδηλωθεί απαιτεί μια γενετική προδιάθεση παράλληλα με την επίδραση διαφόρων άλλων επιβαρυντικών παραγόντων που ενεργούν σε συγκεκριμένο χρόνο και συνθήκες. Η ερευνητική κοινότητα θα πρέπει να συνεχίσει τις προσπάθειές της για να προσδιορίσει επακριβώς τις αιτίες που προκαλούν τον αυτισμό, καθώς με αυτόν τον τρόπο θα κατανοηθεί καλύτερα αυτή η διαταραχή και θα είναι πιο εύκολο να βρεθούν νέοι τύποι θεραπειάς και πρόληψης.

1.4. Κλινική εικόνα αυτισμού

Ένα αυτιστικό παιδί συνήθως παρουσιάζει τα εξής χαρακτηριστικά: (Αμπατζόγλου&Ζηλίκης, 2007)

1. Αυτιστική απομόνωση

Ένα αυτιστικό παιδί κλείνεται στον εαυτό του, σαν να μην ακούει ή να μη βλέπει ανθρώπους και αντικείμενα. Αυτή η συμπεριφορά ξεχωρίζει από την απλή αδιαφορία ή έλλειψη ενδιαφέροντος, ενώ κάποιες φορές το παιδί μπορεί να εστιάσει σε ένα μέρος του σώματος του άλλου ή σε μια λεπτομέρεια των ρούχων του. Η μητέρα είναι από τους πρώτους που μπορούν να εντοπίσουν ότι κάτι δεν πάει καλά στην οπτική επαφή, όταν το παιδί, κατά τη διάρκεια του θηλασμού, αρνείται να την κοιτάξει και αντιδρά στην πίεση με εκρήξεις θυμού ποικίλης συμπτωματολογίας.

2. Αισθητηριακά ζητήματα

Ένα αυτιστικό παιδί μπορεί να μην αντιδρά καθόλου στους δυνατούς ήχους, με κίνδυνο λανθασμένης διάγνωσης κώφωσης και ταυτόχρονα, να λαμβάνει και να ενδιαφέρεται για κάποιον ήχο χαμηλής έντασης. Η απουσία επικοινωνίας ίσως προσπαθεί να καλυφτεί με τη δημιουργία αισθήσεων από ουσίες του σώματος του (π.χ., κόπρανα, σάλια), το άγγιγμα όλων των αντικειμένων, την όσφρηση ή ακόμα και τη γεύση τους. Εντοπίζονται μεγάλες αντοχές στον πόνο και τη θερμότητα.

3. Διαταραχή της επικοινωνίας

Το αυτιστικό παιδί εμφανίζει προβλήματα κατανόησης και χρήσης κάθε μορφής επικοινωνίας, λεκτικής και μη-λεκτικής, και δε δείχνει να την απολαμβάνει. Κατανοεί μόνο τα πράγματα που το ενδιαφέρουν, κυριολεκτικά και συγκεκριμένα. Το γεγονός αυτό, του δημιουργεί δυσκολία στην κατανόηση των πληροφοριών που μεταδίδονται με χειρονομίες, έκφραση του προσώπου, στάση του σώματος ή τόνο της φωνής και δεν μπορεί να καταλάβει τι σκέφτονται ή νοιώθουν οι άλλοι.

4. Διαταραχές του λόγου

Το αυτιστικό παιδί, δεν έχει ενδιαφέρον να επικοινωνήσει, λόγω μεγάλης δυσκολίας στην κυριολεκτική κατανόηση και χρήση της γλώσσας, γι' αυτό και ο λόγος απουσιάζει. Σε περίπτωση που εμφανιστεί, έρχεται μετά τα δύο πρώτα χρόνια ζωής και αποτελείται από απομονωμένες ή αλλοιωμένες λέξεις ή μπορεί να περιλαμβάνει σύντομες φράσεις που το περιβάλλον του δε μπορεί να κατανοήσει πλήρως. Σε κάποιες περιπτώσεις, το λεξιλόγιο εμπλουτίζεται και η σύνταξη βελτιώνεται αλλά οι προσωπικές ανωνυμίες (π.χ., χρήση του «εσύ» αντί για «εγώ»), οι προθέσεις και τα πρόσωπα (π.χ., χρήση τρίτου προσώπου όταν αναφέρονται στον εαυτό τους), εξακολουθούν να δυσκολεύουν ένα αυτιστικό παιδί. Επιπροσθέτως, εμπόδιο αποτελεί και η λειτουργική χρήση του λόγου σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις (Tager-Flusberg, 1999). Οι κανόνες εναλλαγής σειράς δεν τηρούνται και το παιδί πηδάει από το ένα θέμα στο άλλο χωρίς να λαμβάνει υπόψιν τη συζήτηση, αλλά εμμένοντας στις εμφανείς και επιφανειακές ενδείξεις της, εφόσον δεν είναι σε θέση να καταλάβει τις επικοινωνιακές προθέσεις του συνομιλητή του (Eales, 1993).

Το αυτιστικό παιδί, στην προσπάθειά του να επικοινωνήσει, μπορεί να επαναδιατυπώνει φράσεις του ενηλίκου (ηχολαλία) (Prizant, 1996). Λέξεις που έχουν παρόμοιο ήχο ή νόημα, έχει παρατηρηθεί ότι του δημιουργούν σύγχυση και η γενίκευση των εννοιών και η πραγματολογία του λόγου γίνονται με πολλή δυσκολία. Μερικές φορές, υπάρχει δυσκολία στην άρθρωση των λέξεων που εμποδίζει την ομιλία τους. Η χρήση της γλώσσας είναι στερεοτυπική και επαναλαμβανόμενη, ενώ συχνά το παιδί κατασκευάζει νέες λέξεις με άγνωστη όμως ερμηνεία για τον συνομιλητή. Τέλος, ο ήχος της φωνής των παιδιών με αυτισμό μπορεί να θεωρηθεί μονότονος και στερεότυπος και η ομιλία τους δε χρωματίζεται, με υψηλό τόνο φωνής, λόγω ανωμαλιών στη προσωδία, στο ρυθμό, στο ύψος, στην ένταση και τη συχνότητα της φωνής.

5. Ακινησία, υπερβολική ανάγκη για σταθερότητα

Το αυτιστικό παιδί έχει ανάγκη να διατηρεί σταθερά τα σημεία αναφοράς του περιβάλλοντος, γι' αυτό και πολλές φορές επιλέγει την ακινησία (Αμπατζόγλου&Ζηλίκης, 2007). Προτιμάει την ίδια γωνία απομόνωσης, την ίδια διαδρομή, ακόμα και το ίδιο φαγητό. Η οποιαδήποτε αλλαγή στο περιβάλλον του μπορεί να το αναστατώσει πάρα πολύ και να προκαλέσει το θυμό του ως αντίδραση.

6. Στερεοτυπίες και τελετουργίες

Όλα τα προαναφερθέντα κλινικά χαρακτηριστικά συνοδεύονται από στερεοτυπίες. Χειρονομίες, τικ, επαναληπτικές κινήσεις, ρυθμικές κινήσεις του σώματος μπρος-πίσω ή επιθετικές πράξεις προς τον εαυτό τους ή προς τους άλλους είναι πιθανόν να εμφανίζονται στα αυτιστικά παιδιά και να διαφέρουν από το ένα παιδί στο άλλο.

7. Νοητική ανάπτυξη

Μελέτες έχουν δείξει ότι περίπου το 76-89% των παιδιών με αυτιστική διαταραχή εμφανίζει νοητική υστέρηση (Brysonetal., 1988). Τα παιδιά αυτά σταθεροποιούν τον

δείκτη νοημοσύνης τους κοντά στα πέντε τους χρόνια και αυτός ο δείκτης μπορεί να προβλέψει τις μετέπειτα ακαδημαϊκές και επαγγελματικές τους επιδόσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις, μόνο τα αυτιστικά άτομα με φυσιολογική νοημοσύνη πετυχαίνουν αυτονομία στην ενήλικη ζωή (DeMyeretal., 1974). 30% των περιπτώσεων αντιμετωπίζει ελαφριά έως μέτρια νοητικής υστέρησης και 45 με 50% περίπου των περιπτώσεων αντιμετωπίζουν σοβαρή καθυστέρηση. Έρευνες τονίζουν ότι όσο ο δείκτης νοημοσύνης μειώνεται, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος για αυτιστική διαταραχή.

8. Επιδόσεις

Κάποια αυτιστικά παιδιά σημειώνουν πολύ καλές επιδόσεις σε συγκεκριμένες δραστηριότητες, ωστόσο συνεχίζουν να δίνουν εντύπωση δυσαρμονίας (Γκονέλα, 2008; Wing, 1993).

2. Διάγνωση αυτισμού

Οι μελέτες έχουν δείξει ότι οι γονείς των παιδιών με διαταραχή αυτιστικού φάσματος παρατηρούν ένα αναπτυξιακό πρόβλημα πριν από τα πρώτα γενέθλια του παιδιού τους. Οι ανησυχίες σχετικά με την όραση και την ακοή αναφέρθηκαν συχνότερα κατά το πρώτο έτος και οι διαφορές στις κοινωνικές, επικοινωνιακές και λεπτές κινητικές δεξιότητες ήταν εμφανείς από την ηλικία των 6 μηνών.

Για μια εμπειρισταωμένη και υπεύθυνη διάγνωση χρειάζεται να διεξαχθεί μια πλήρης και αναλυτική αξιολόγηση. Αυτή η αξιολόγηση πραγματοποιείται από μια ομάδα ειδικών η οποία είναι απαραίτητο να περιλαμβάνει έναν παιδοψυχίατρο, έναν αναπτυξιακό παιδίατρο ή έναν παιδονευρολόγο. Ο βασικός κλινικός στόχος των ειδικών είναι ο εντοπισμός χαρακτηριστικών διαταραχών που εντάσσονται στο αυτιστικό φάσμα και που αναφέρονται στα διαγνωστικά κριτήρια των ταξινομητικών εγχειριδίων. Για τη διάγνωση του αυτισμού θα πρέπει να εμφανίζονται τα παρακάτω:

- Διαταραχή της κοινωνικής αλληλεπίδρασης
- Διαταραχή της επικοινωνίας
- Διαταραχή της φαντασίας
- Επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές δραστηριότητες που μπορεί να είναι απλές ή πιο σύνθετες. στριφογύρισμα (Γκονέλα, 2008)

Η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία, τον Μάιο του 2013, έδωσε στη δημοσιότητα την πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5). Αυτή η έκδοση περιέχει τροποποιημένα διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή του φάσματος του αυτισμού, εφόσον οι έρευνες σ' αυτή τη θεματική περιοχή ανανεώνονται συνεχώς.

Οι αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια είναι οι εξής:

1. Η αυτιστική διαταραχή, το σύνδρομο Asperger ή Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, υπάγονται πλέον στη διάγνωση της Διαταραχής του αυτιστικού φάσματος (ASD).

2. Στην τέταρτη έκδοση του εγχειριδίου, τα συμπτώματα ήταν χωρισμένα σε τρεις κατηγορίες (κοινωνική αμοιβαιότητα, επικοινωνιακή πρόθεση και επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά). Τα νέα διαγνωστικά κριτήρια είναι χωρισμένα σε δύο κατηγορίες:

- 1) Ελλείψεις στην κοινωνική επικοινωνία/αλληλεπίδραση και
- 2) Περιορισμένη και επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά.

Η διάγνωση πρέπει να βασίζεται στα συμπτώματα που παρατηρούνται την δεδομένη στιγμή ή από το ιστορικό, σε αυτούς τους δύο τομείς.

Η διάγνωση του αυτισμού μπορεί να γίνει από την ηλικία των 18 μηνών. Η προσέγγιση για τη διάγνωση συνδρόμου αυτιστικής διαταραχής περιλαμβάνει την ανίχνευση συγκεκριμένων συμπτωμάτων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ή γενικής περίθαλψης (Επίπεδο 1). Αυτές οι προσεγγίσεις ανίχνευσης μπορούν να πραγματοποιηθούν με τη συμπλήρωση καλά επικυρωμένων λιστών ελέγχου, όπως η Αναπτυξιακή Λίστα Ελέγχου Συμπεριφοράς-Γονέα (DBC-P) (Gray&Tonge, 2005), το Τροποποιημένο Τεστ Αυτισμού (M-CHAT) (Robinsetal., 2001), η Λίστα Ελέγχου Συμπεριφοράς Αυτισμού (ABC) (Krugetal., 1980) ή το Ερωτηματολόγιο Ελέγχου Αυτισμού (ASQ) (Berumentetal., 1999).

Για εκείνα τα παιδιά που χαρακτηρίζονται ως υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη φάσματος αυτιστικής διαταραχής, λόγω θετικού αρχικού προ συμπτωματικού ελέγχου, χρειάζονται πιο εμπεριστατωμένες αξιολογήσεις (Επίπεδο 2). Αυτές είναι:

- 1) Η κλίμακα αξιολόγησης αυτισμού παιδικής ηλικίας (CARS) (Schopleretal., 1980)
- 2) Ο καθορισμός κοινωνικών ικανοτήτων και προσαρμοστικών δεξιοτήτων. Η κλίμακα κοινωνικής ευαισθητοποίησης (SRS) (Constantinoetal., 2003) που συμπληρώνεται από έναν γονέα, μπορεί να παρέχει πληροφορίες σχετικά με τις κοινωνικές ικανότητες του παιδιού. Οι κλίμακες προσαρμογής συμπεριφοράς Vineland (Vineland-II, 2η έκδοση) (Sparrowetal., 1984) μπορούν να συμπληρωθούν από έναν κλινικό ιατρό ή από τους γονείς για να αξιολογήσουν τις προσαρμοστικές δεξιότητες του παιδιού.
- 3) Η εξέταση για δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές και συνυπάρχοντα προβλήματα (π.χ. υπερκινητικότητα, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, διαταραχές ιδιοσυγκρασίας, αυτοτραυματισμός, διάθεση, συμπτώματα άγχους) μπορεί να αξιολογηθεί από τον γονέα ή τον φροντιστή με τη συμπλήρωση της κοινοτικής έκδοσης της λίστας ελέγχου της ανώμαλης συμπεριφοράς (ABV-CV) (Amanetal., 1985).
- 4) Η εξέταση για ιατρικές συννοσηρότητες (ιστορικό διαταραχών εξάλειψης, επιληπτικές κρίσεις, γαστρεντερικά προβλήματα, ανωμαλίες ανάπτυξης). Ο ρόλος των ιατρικών τεστ στην αξιολόγηση του αυτισμού αυξάνεται, αν και δεν υπάρχει πλήρης συναίνεση παρόλο που θεωρούνται καθολικά κατάλληλα. Ένα παράδειγμα τέτοιων τεστ είναι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, δεδομένου ότι ο ρυθμός της συνυπάρχουσας επιληψίας στον αυτισμό κυμαίνεται μεταξύ 15-30%. Όταν υπάρχει επιληψία, είναι απαραίτητη μια εκτίμηση νευρολόγου.
- 5) Ο έλεγχος για δείκτες γενετικών συνδρόμων που σχετίζονται με τον αυτισμό (οικογενειακό ιστορικό, δυσμορφικά χαρακτηριστικά, μέγεθος κεφαλιού, καφέ κηλίδες, κληρονομικές μεταβολικές διαταραχές). Προς το παρόν, συνιστάται να προτείνεται γενετική αξιολόγηση, εάν παρουσιαστεί ασθενής με διανοητική καθυστέρηση, μικρές σωματικές ανωμαλίες, σύνδρομα ή οικογενειακό ιστορικό. Οι ενδείξεις για μοριακές γενετικές εξετάσεις επεκτείνονται ταχέως, με πολλούς ειδικούς που τώρα συστήνουν συγκριτικό έλεγχο γονιδιωματικής υβριδοποίησης ή πλήρους αλληλουχίας για άτομα με επιβεβαιωμένη διάγνωση αυτισμού (Gurrieri, 2012).

2.1. Διαγνωστικά όργανα

Οι αποδεκτές διαγνωστικές αξιολογήσεις χρυσού προτύπου για μια διάγνωση αυτισμού είναι το Πρόγραμμα Διαγνωστικής Παρακολούθησης Αυτισμού (ADOS) (Lordetal., 1999) και η Διαγνωστική Συνέντευξη Αυτισμού, Αναθεωρημένη (ADI-R) (Lordetal., 1994), λόγω της εκτεταμένης λεπτομέρειας του συμπεριφορικού και αναπτυξιακού χαρακτηρισμού τους και της αξιοπιστίας στη διαχείρισή τους από τους εκπαιδευτές. Η αρχική διαγνωστική συνέντευξη αυτισμού καθιερώθηκε για έρευνα και χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογήσει τη συμπεριφορά ατόμων ηλικίας άνω των 5 ετών, των οποίων η χρονολογική και η νοητική ηλικία ήταν τουλάχιστον 2 χρόνων, βάσει διαγνωστικών κριτηρίων που προτάθηκαν από το ICD-10 και το DSM-IV. Στη συνέχεια, η ADI-R αναθεωρήθηκε και τροποποιήθηκε ώστε να είναι κατάλληλη για τα παιδιά από την νοητική ηλικία των 18 μηνών έως την ενηλικίωση.

Το ADOS είναι μια ημι-δομημένη συνέντευξη απο ιατρούς που αξιολογεί ένα ευρύ φάσμα χαρακτηριστικών που σχετίζονται με τον αυτισμό, συμπεριλαμβανομένης της λεκτικής

και της μη λεκτικής επικοινωνίας, της αμοιβαίας αλληλεπίδρασης και της ικανότητας συζήτησης. Απαιτεί περίπου 45 λεπτά. Υπάρχουν ξεχωριστές ενότητες ADOS βασισμένες στην ηλικία, τη γλώσσα και το αναπτυξιακό επίπεδο, όπως το ADOS-T για τα μικρά παιδιά και οι Ενότητες 1-4 που έχουν επικυρωθεί για παιδιά, εφήβους και ενήλικες. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τόσο η ADI-R όσο και η ADOS χρειάζονται εξειδικευμένη εκπαίδευση για τη διαχείριση τους.

Οι ειδικές κλίμακες που υπάρχουν στα διαγνωστικά όργανα, συμβάλλουν στην μέτρηση της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος ως προς την ένταση ή τη σοβαρότητα έτσι ώστε χαρακτηριστεί ως σοβαρή, μέτρια ή ήπια. Ακόμα, η κάθε περίπτωση μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής στην κοινωνική αλληλεπίδραση, όπου υπάρχει η κατηγοριοποίηση του αποτραβηγμένου, του παθητικού και του ιδιόρρυθμου αυτιστικού ατόμου (Wing, 2000).

Η διάγνωση είναι πολύ σημαντικό να μην περιορίζεται σε μια απλή περιγραφή της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής που παρουσιάζει το άτομο, αλλά εμπλουτίζεται με περαιτέρω διερεύνηση των ικανοτήτων και των αδυναμιών του ατόμου σε αντιληπτικό, γνωστικό, μνήμης, αισθητηριακό και συναισθηματικό επίπεδο. Με αυτόν τον τρόπο, δημιουργείται μια πληρέστερη εικόνα της κάθε περίπτωσης. Ειδικά οι περιπτώσεις που βρίσκονται στα άκρα του αυτιστικού φάσματος χρειάζονται αναλυτική διερεύνηση καθώς η διάγνωση είναι δύσκολη και ελλοχεύει ο κίνδυνος να μη είναι σωστή, με αποτέλεσμα το +άτομο να μη δεχτεί την κατάλληλη θεραπευτική και εκπαιδευτική παρέμβαση (Νότας, 2004).

Όταν πρόκειται για μικρά παιδιά, μια σωστή διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε μια καλά στοχευμένη παρέμβαση, η οποία είναι ικανή να βελτιώσει τόσο την αναπτυξιακή τους πρόοδο, όσο και τις γνωστικές τους ικανότητες. Σημαντικό ποσοστό βελτίωσης της τάξης του 75% παρουσιάζει και η λεκτική τους ικανότητα. Όταν πρόκειται για ενήλικες, η διάγνωση εξηγεί κάποιες περίεργες συμπεριφορές τους που τους διαφοροποιούν από τους υπόλοιπους συνανθρώπους τους και λύνει κάποια υπαρξιακά θέματα (Νότας, 2004).

Επομένως, χωρίς μία σωστή και έγκαιρη διάγνωση, το αυτιστικό άτομο δε θα μπορέσει ποτέ να λάβει τη φροντίδα που χρειάζεται για τις ειδικές του ανάγκες και οι οικείοι του δε θα είναι σε θέση να του προσφέρουν βοήθεια και υποστήριξη.

2.2. Πρώιμη διάγνωση

Υπάρχει γενική συμφωνία ότι τα σύνδρομα αυτιστικών διαταραχών πρέπει να εντοπίζονται όσο το δυνατόν νωρίτερα, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι η επέμβαση μπορεί να ξεκινήσει το συντομότερο δυνατό. Επί του παρόντος, καταβάλλονται προσπάθειες για την εξεύρεση μεθόδων για την έγκαιρη αναγνώριση της μειωμένης κοινής προσοχής και υπάρχουν συνεχιζόμενες μελέτες που ακολουθούν τα «νέα» αδέλφια των παιδιών με αυτισμό (Barbaro&Dissanayake, 2009). Ωστόσο, λόγω της εξαιρετικά ετερογενούς αιτιολογίας του αυτισμού, με ποικίλους βαθμούς συσχετιζόμενης εγκεφαλικής διαταραχής, ο χρόνος ταυτοποίησης ποικίλει.

Σε ορισμένα παιδιά με αυτισμό υπάρχει μια πρόωρη εκδήλωση ρυθμιστικών προβλημάτων όπως ο ύπνος (Richdale&Schreck, 2009), το κλάμα (VanTongerloo&etal., 2012) και το τάισμα (Keen, 2008). Άλλα πρώιμα συμπτώματα που θα πρέπει να ανησυχίσουν τους γονείς του παιδιού ώστε να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό είναι τα εξής:

- Συνεχείς κολικοί
- Έλλειψη οπτικής επαφής
- Περίεργη αντίδραση σε αγκαλιές και χάρδια
- Καθυστέρηση της ομιλίας
- Χρησιμοποίηση ακατάληπτων λέξεων
- Μη ανταπόκριση στο όνομά του
- Επιλεκτική ακοή
- Περίεργη ενασχόληση με διάφορα αντικείμενα τα οποία δε θέλει να τα αποχωρίζεται για κανένα λόγο
- Αδυναμία εναρμόνισης στην αγκαλιά της μητέρας του
- Τάση απομόνωσης από τους άλλους
- Αδυναμία επαφής με το περιβάλλον
- Έλλειψη αμοιβαίας αλληλεπίδρασης με τους γονείς στα πρώτα του παιχνίδια
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για παιχνίδι με τους συνομηλίκους του
- Περίεργο παιχνίδι με τοποθέτηση αντικειμένων στη σειρά
- Αδυναμία προσποίησης και μίμησης τόσο κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού όσο και γενικότερα
- Μη ανταπόδοση του χαμόγελου
- Έλλειψη των χειρονομιών δειξίματος
- Μη χρησιμοποίηση του χαιρετισμού ακόμα και σε πολύ οικεία του πρόσωπα
- Περίεργο περπάτημα στα δάχτυλα των ποδιών του
- Παράξενη και ασυνήθιστη για την ηλικία του κίνηση
- Εμφάνιση υπερκινητικότητας
- Δυσκολία στην επεξεργασία των ερεθισμάτων
- Ευαισθησία σε σιγανούς και αδιάφορους για τους υπόλοιπους ανθρώπους ήχους και

αγνότητα των δυνατών θορύβων (Γκονέλα, 2008)

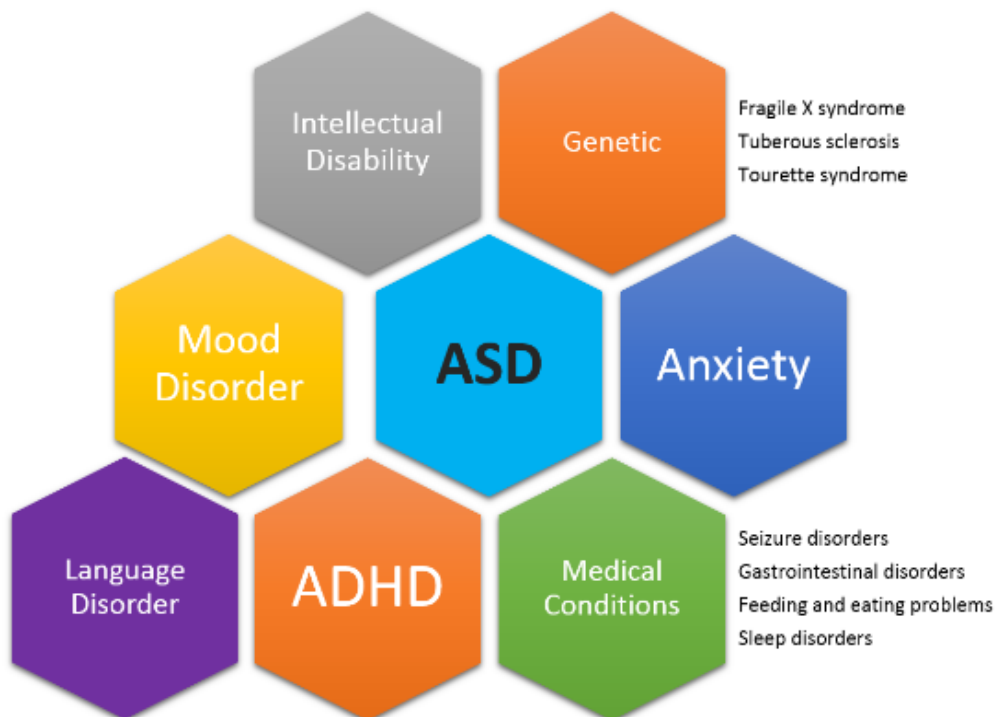
Η έγκαιρη ταυτοποίηση των αυτιστικών διαταραχών επιτρέπει την έγκαιρη έναρξη προσαρμοσμένων συμπεριφορικών και εκπαιδευτικών μέτρων και ενημέρωσης στους γονείς και το προσχολικό προσωπικό σχετικά με τα υποκείμενα γνωστικά προβλήματα του παιδιού. Ωστόσο, όταν συζητάμε για τα πλεονεκτήματα της έγκαιρης διάγνωσης και της έγκαιρης έναρξης της παρέμβασης σε σχέση με το αποτέλεσμα, πρέπει επίσης να εξεταστεί το αναπτυξιακό προφίλ του παιδιού, οι συννοσηρότητες και οι ιατρικές διαταραχές. Σε μια φυσιολογική μελέτη παρακολούθησης παιδιών προσχολικής ηλικίας με αυτισμό που έλαβαν πρώιμη παρέμβαση, όσα είχαν διαγνωσθεί πολύ νωρίς (και επομένως είχαν λάβει πρώιμη έναρξη της παρέμβασης) δεν εμφάνισαν καλύτερο αποτέλεσμα από τα παιδιά με αργότερη διάγνωση (και συνεπώς αργότερη έναρξη παρέμβασης κατά την περίοδο της προσχολικής ηλικίας). Διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά που είχαν διαγνωσθεί με αυτισμό σε πολύ νεαρή ηλικία εμφάνισαν περισσότερες ιατρικές

διαταραχές και, με τη σειρά τους, τα παιδιά αυτά είχαν συχνότερα διανοητικές διαταραχές (Erikssonetal., 2013).

2.3. Διαφορική διάγνωση

Τα συμπτώματα που συνάδουν με τη διάγνωση της διαταραχής του φάσματος του αυτισμού αλληλεπικαλύπτονται σημαντικά με ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών καταστάσεων. Η διάγνωση της αυτιστικής διαταραχής γίνεται συχνά δύσκολη λόγω της υπεροχής των διαφορικών διαγνώσεων που πρέπει να εξεταστούν σε ένα άτομο που παρουσιάζει τα γνωστικά και συμπεριφορικά συμπτώματα της αυτιστικής διαταραχής. Μια συστηματική προσέγγιση της διαφορικής διάγνωσης της αυτιστικής διαταραχής συνεπάγεται συνεπώς τη διεξοδική εξέταση όλων των υποψηφίων διαγνώσεων ώστε να αποδίδεται η ακριβέστερη ταξινόμηση. Ο ειδικός πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει την αυτιστική διαταραχή από:

- την αναπτυξιακή καθυστέρηση / διανοητική αναπηρία
- την κατάθλιψη
- την Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ)
- τις γλωσσικές διαταραχές
- την επιλεκτική κώφωση
- τη σχιζοφρένεια



Εικόνα 1: Συννοσηρότητες με την Αυτιστική Διαταραχή

(https://www.ihs.gov/telebehavioral/includes/themes/newihstheme/display_objects/documents/slides/othertopics/differentialdiagnosisasd0616.pdf)

Η εικόνα 1 παρουσιάζει τις συννοσηρότητες που μπορεί να έχουν άλλα σύνδρομα με την αυτιστική διαταραχή. Αναλύοντας τα βασικά χαρακτηριστικά καθεμιάς από αυτές προκύπτουν τα παρακάτω (Acosta&Butcher, 2016):

Διανοητική αναπηρία

Τα βασικά χαρακτηριστικά της διανοητικής αναπηρίας η οποία ξεκινά κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου, είναι η έλλειψη πνευματικών λειτουργιών και η έλλειψη προσαρμοστικής λειτουργίας. Τα χαρακτηριστικά που μπορεί να μοιάζουν με αυτά της αυτιστικής διαταραχής είναι οι δυσκολίες στην επικοινωνία, η κοινωνική απομόνωση και οι επαναλαμβανόμενες, επιθετικές ή αυτό-βλαβερές συμπεριφορές. Μελέτες έχουν δείξει ότι μεταξύ των ατόμων που διαγνώστηκαν με αυτιστική διαταραχή, το 32% έχει διανοητική αναπηρία και το 24% έχει οριακή πνευματική λειτουργία. Είναι λοιπόν σημαντικό να γίνει αξιολόγηση των ικανοτήτων κοινωνικής επικοινωνίας (σε σχέση με την αναπτυξιακή ηλικία).

Γλωσσική διαταραχή

Το βασικό χαρακτηριστικό της γλωσσικής διαταραχής είναι οι δυσκολίες στην απόκτηση και χρήση της γλώσσας. Οι γλωσσικές ικανότητες είναι ουσιαστικά κάτω από τις προσδοκίες της ηλικίας, επηρεάζοντας τη λειτουργικότητα του ατόμου. Η γλωσσική διαταραχή ξεκινάει και αυτή κατά τη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης. Τα χαρακτηριστικά που μπορεί να μοιάζουν με αυτά της αυτιστικής διαταραχής είναι οι δυσκολίες στις κοινωνικές συναναστροφές και η επαναδιατύπωση φράσεων (ηχολαλία). Είναι λοιπόν σκόπιμο να μελετηθεί πώς και γιατί το άτομο δεν επικοινωνεί λεκτικά, γιατί έχει περιορισμένα ενδιαφέροντα και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές. Είναι πιθανόν να διαγνώσει αυτιστική και γλωσσική διαταραχή ταυτόχρονα εάν η διαταραχή της γλώσσας είναι σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από ότι θα περίμενε κανείς για την αυτιστική διαταραχή.

Γενετικές διαταραχές

Οι γενετικές αιτίες της αυτιστικής διαταραχής αντιπροσωπεύουν το 20-25% των περιπτώσεων.

Το εύθραστο X σύνδρομο είναι πιθανώς η πιο κοινή αιτία ενιαίου γονιδίου στην αυτιστική διαταραχή, καθώς το 10% των παιδιών με αυτιστική διαταραχή έχουν εύθραστο X σύνδρομο. Το ίδιο ισχύει και για το σύνδρομο Angelman. Το σύνδρομο Rett δεν ταξινομείται πλέον στις αυτιστικές διαταραχές λόγω προσδιορισμένης αιτίας από γενετικές μεταλλάξεις.

Διαταραχές επιληπτικής κρίσης

Τα άτομα με αυτιστική διαταραχή έχουν 10-30% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν επιληπτικές κρίσεις από τον γενικό πληθυσμό. Αυξημένη είναι η πιθανότητα σε εκείνους με συνυφασμένη διανοητική αναπηρία. Οι διαταραχές αυτές είναι πιθανόν να συνδέονται με γενετικές μεταλλάξεις ή / και εγκεφαλικές ανωμαλίες και υπάρχουν πρωτόκολλα θεραπείας.

Διαταραχή ύπνου

Σημαντικά υψηλότερη είναι η επικράτηση της διαταραχής του ύπνου, εφόσον το 40-80% των παιδιών με αυτιστική διαταραχή εμφανίζει ποικιλία τύπων διαταραχών του ύπνου.

Αυτές οι διαταραχές έχουν επιπτώσεις στη λειτουργικότητα με αυξημένη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της αυτιστικής διαταραχής και δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές.

Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος

Τα παιδιά με αυτιστικές διαταραχές έχουν υψηλότερο επιπολασμό των προβλημάτων που προκαλούν οι διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος, εμφανίζοντας κοιλιακό άλγος, δυσκοιλιότητα και διάρροια. Οι εκτιμήσεις αυτές κυμαίνονται από 9 έως 70%. Επίσης, αυτά τα παιδιά είναι 5 φορές πιο πιθανό να έχουν προβλήματα με τη σίτιση, ωστόσο δεν έχει γίνει έρευνα για συγκεκριμένες δίαιτες.

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ)

Τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ είναι η απροσεξία (αδυναμία παρακολούθησης των λεπτομερειών, δυσκολία στη διατήρηση της προσοχής, δυσκολία στην οργάνωση) και / ή υπερκινητικότητα / παρορμητικότητα (συχνή κίνηση, υπερβολική συζήτηση, παρέμβαση). Τα συμπτώματα που υπάρχουν πριν την ηλικία των 12 ετών εμφανίζονται σε δύο τουλάχιστον ρυθμίσεις και δεν εξηγούνται καλύτερα από κάποια άλλη διάγνωση. Τα χαρακτηριστικά που μπορεί να μοιάζουν με αυτά της αυτιστικής διαταραχής είναι οι δυσκολίες με τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, η απροσεξία, η υπερδραστηριότητα και η παρορμητικότητα. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η διάγνωση λεκτικών και μη λεκτικών ικανοτήτων επικοινωνίας τα περιορισμένα ενδιαφέροντα και οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και ο εντοπισμός δημιουργικότητας στο παιχνίδι.

Κατάθλιψη

Τα βασικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι η κακή ή ευερέθιστη διάθεση, η ακεφία και οι σωματικές και γνωστικές αλλαγές (π.χ. μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση για δραστηριότητες, αλλαγές βάρους, αλλαγές στον ύπνο, κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων, συναισθήματα ευτέλειας). Τα χαρακτηριστικά που μπορεί να μοιάζουν με αυτά της αυτιστικής διαταραχής είναι η κοινωνική αποφυγή, οι δυσκολίες στη διαπραγμάτευση συγκρούσεων και οι λίγοι φίλοι. Για μια σίγουρη διάγνωση θα πρέπει να μελετηθούν το χρονοδιάγραμμα των συμπτωμάτων, οι λεκτικές και μη λεκτικές ικανότητες επικοινωνίας, τα περιορισμένα ενδιαφέροντα και οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές.

Άγχος

Τα βασικά χαρακτηριστικά του άγχους είναι τα υπερβολικά συναισθήματα ανησυχίας, φόβου και / ή αποφυγής. Μπορεί να υπάρχουν συγκεκριμένοι φόβοι, όπως κοινωνικές καταστάσεις ή φοβίες ή γενικά συναισθήματα άγχους, περιλαμβάνοντας ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές. Τα χαρακτηριστικά που μπορεί να μοιάζουν με αυτά της αυτιστικής διαταραχής είναι η εμφάνιση άγχους σε κοινωνικές καταστάσεις που εμποδίζουν τη λειτουργικότητα, οι τελετουργικές συμπεριφορές που μπορούν να γίνουν ψυχαναγκαστικές και η αποφυγή ορισμένων καταστάσεων λόγω αισθητικών ανησυχιών. Οι δεξιότητες κοινωνικής επικοινωνίας, ιδιαίτερα οι μη λεκτικές δεξιότητες είναι παρούσες σε άτομα με άγχος.

Άλλες διαταραχές

Τα συμπτώματα τραύματος όπως η κοινωνική απόσυρση, οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή οι αναπτυξιακές καθυστερήσεις / παλινδρόμηση μπορούν να μιμηθούν τα συμπτώματα της αυτιστικής διαταραχής και γι' αυτό είναι απαραίτητη η ακριβής αξιολόγηση της έναρξης, της χρονικής στιγμής και της παρουσίασης των συμπτωμάτων. Η διπολική διαταραχή, μια διαταραχή της διάθεσης που χαρακτηρίζεται από καταστάσεις μανίας και κατάθλιψης έχει και αυτή μέχρι 27% συννοσηρότητα με την αυτιστική

διαταραχή και η σχιζοφρένεια, μια ψυχωτική διαταραχή που συνοδεύεται από παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, διαταραχή σκέψης και σημαντική έκπτωση στη λειτουργική και προσαρμοστική συμπεριφορά του ατόμου εμφανίζει πολύ κοντινά κλινικά χαρακτηριστικά.

2.4. Πρόγνωση

Δεδομένου ότι κάθε περίπτωση αυτισμού είναι μοναδική και ο αυτισμός περιλαμβάνει πολλά διαφορετικά επίπεδα βλάβης, μια πρόγνωση είναι δύσκολο να προβλεφθεί κατά την αρχική διάγνωση του αυτισμού. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση του αυτισμού. Σύμφωνα με ορισμένους ειδικούς, οι παρακάτω παράγοντες υποδηλώνουν μια καλύτερη πρόγνωση:

- Δείκτης νοημοσύνης πάνω από 50
- Ικανότητα να μιλήσει πριν από την ηλικία των έξι χρονών
- Έχοντας μια χρήσιμη δεξιότητα

Παρόλο που ο αυτισμός εξακολουθεί να είναι μια δύσκολη διαταραχή για τα παιδιά και τις οικογένειές τους, η σημερινή πρόγνωση είναι αρκετά βελτιωμένη σε σχέση με αυτό που ήταν πριν από 30 χρόνια. Εκείνη την εποχή, δεν ήταν ασυνήθιστο τα άτομα με αυτισμό να τοποθετούνται σε ιδρύματα. Σήμερα, με τη σωστή διάγνωση και την έγκαιρη έναρξη της θεραπείας, πολλά από τα συμπτώματα του αυτισμού μπορούν να μειωθούν - αν και η πλειοψηφία των ανθρώπων δεν θα είναι ποτέ πλήρως απαλλαγμένη από συμπτώματα. Το πόσο καλά λειτουργεί το άτομο εξαρτάται από το βαθμό της διαταραχής καθώς και από το χρόνο και το επίπεδο της θεραπείας (Γκονέλα, 2008).

Μερικοί ενήλικες με αυτισμό, ειδικά εκείνοι που είναι υψηλά λειτουργικοί ή έχουν σύνδρομο Asperger, είναι σε θέση να εργαστούν με επιτυχία σε κανονικές θέσεις εργασίας. Ωστόσο, η επικοινωνία και τα κοινωνικά προβλήματα συχνά προκαλούν δυσκολίες σε πολλούς τομείς της ζωής. Αυτοί οι άνθρωποι θα συνεχίσουν να χρειάζονται ενθάρρυνση και ηθική υποστήριξη στον αγώνα τους για μια ανεξάρτητη ζωή.

Πολλοί άλλοι με αυτισμό είναι σε θέση να εργαστούν σε ειδικά περιβάλλοντα, ειδικά αν επιβλέπονται από διαχειριστές εκπαιδευμένους στην εργασία για άτομα με αναπηρίες. Ένα περιβάλλον φροντίδας στο σπίτι, στο σχολείο και αργότερα στην επαγγελματική εκπαίδευση και στην εργασία, βοηθά τα άτομα με αυτισμό να συνεχίσουν να μαθαίνουν και να αναπτύσσονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

2.5. Πρόληψη

Οι γρήγορες εξελίξεις στους τομείς της γνωστικής και συναισθηματικής νευροεπιστήμης, της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας, της νευροβιολογίας, της γενετικής και της ανάλυσης της εφαρμοσμένης συμπεριφοράς έχουν συμβάλει σε ένα πιο αισιόδοξο αποτέλεσμα για τα άτομα με αυτιστικές διαταραχές. Αυτές οι πρόοδοι έχουν οδηγήσει σε νέες μεθόδους για έγκαιρη ανίχνευση και πιο αποτελεσματικές θεραπείες. Για πρώτη φορά, η πρόληψη του αυτισμού είναι εύλογη. Η πρόληψη θα συνεπάγεται ανίχνευση των βρεφών που βρίσκονται σε κίνδυνο πριν από την εμφάνιση του πλήρους συνδρόμου και εφαρμογή

θεραπειών που έχουν σχεδιαστεί για να μεταβάλλουν την πορεία της πρόωρης συμπεριφοράς και της ανάπτυξης του εγκεφάλου.

Ωστόσο, παρά τις ερευνητικές προσπάθειες που έχουν γίνει, μέχρι και σήμερα δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί κάποιος προγεννητικός έλεγχος μέσω ιατρικών εξετάσεων για τη διαπίστωση του αυτισμού πριν ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος εμφάνισής του στο έμβρυο ή να διακοπεί η συγκεκριμένη εγκυμοσύνη (Καλύβα, 2005).

Είναι σημαντικό να αποφεύγεται η λήψη οποιωνδήποτε φαρμάκων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εκτός εάν ο γιατρός τα συνταγογραφήσει. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για ορισμένα φάρμακα επιληπτικών κρίσεων όπως το βαλπροϊκό οξύ - ένα φάρμακο που συνταγογραφείται για τη θεραπεία των σπασμών, των επιληπτικών κρίσεων, της ημικρανίας και των διπολικών διαταραχών. Είναι επίσης σημαντικό να αποφεύγονται τα αλκοολούχα ποτά οποιουδήποτε είδους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η ανοσοποίηση έναντι ερυθράς πριν την εγκυμοσύνη μπορεί να αποτρέψει τον αυτισμό που σχετίζεται με αυτή την ασθένεια. Γενικότερα, οι διατροφικές συνήθειες πρέπει να αποτελούνται από υγιεινές επιλογές και κάποιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες (όπως ακτινοβολίες από κινητά τηλέφωνα και ασύρματα δίκτυα αλλά και κάπνισμα) πρέπει να αποφεύγονται.

Μετά την εγκυμοσύνη, υπάρχουν ορισμένα μέτρα που μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη του αυτισμού. Ένα από αυτά είναι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της φαινυλοκετονουρίας (PKU). Αυτή είναι μια κληρονομική ασθένεια που προκαλείται από την έλλειψη ενζύμου ήπατος που απαιτείται για την πέψη του ενζύμου φαινυλαλανίνη. Παρομοίως, η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία της κοιλιοκάκης μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο ενός παιδιού που έχει αυτισμό.

2.6. Πρώιμη παρέμβαση

Η πρώιμη παρέμβαση ξεκινάει από την ώρα που το παιδί θα διαγνωστεί με αυτισμό και συνεχίζεται μέχρι να ξεκινήσει την υποχρεωτική σχολική εκπαίδευση. Για να έχει πετυχημένη πορεία, είναι απαραίτητο να συμμετέχουν σ' αυτήν οι γονείς, η οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον του παιδιού. Ο βασικός στόχος της είναι να βοηθήσει τα άτομα στην ανάπτυξη των επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων και στην κοινωνική τους αλληλεπίδραση, στη βελτίωση του παιχνιδιού τους και στην απόκτηση μιας πιο ευέλικτης συμπεριφοράς. Υπάρχουν διάφορα προγράμματα που γίνονται με τη συνεργασία πολλών ειδικών και κάποια από αυτά είναι τα παρακάτω:

Πρόγραμμα WaldenToddler

Το πρόγραμμα WaldenToddler (McGeetal., 2001) είναι ένα πρόγραμμα σχεδιασμένο ειδικά για μικρά παιδιά με αυτισμό. Το πρόγραμμα βασίζεται σε ένα τυπικό μοντέλο ημερήσιας φροντίδας, με έμφαση στη χρήση της περιστασιακής διδασκαλίας και της κοινωνικής ένταξης. Η περιστασιακή διδασκαλία είναι μια μέθοδος ανάλυσης εφαρμοσμένης συμπεριφοράς (ABA) που χρησιμοποιεί αρχές συμπεριφοράς μέσα στα φυσικά πλαίσια μάθησης. Το περιβάλλον περιλαμβάνει παιχνίδια και δραστηριότητες που απευθύνονται σε μικρά παιδιά και ο ενήλικας επεκτείνεται κατόπιν αιτημάτων και δραστηριοτήτων που ξεκινά το παιδί. Το πρόγραμμα είναι πολύ δομημένο και λειτουργεί σε μεμονωμένους στόχους εντός των προγραμματισμένων δραστηριοτήτων. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει τυπικά νήπια και νήπια με αυτισμό, ηλικίας μεταξύ 15 και 36 μηνών. Δεν υπάρχουν ελεγχόμενες εμπειρικές μελέτες για αυτό το πρόγραμμα, αλλά τα

δεδομένα αξιολόγησης του προγράμματος διαπίστωσαν ότι το 82% των μικρών παιδιών χρησιμοποίησε σημαντικές λέξεις όταν εγκατέλειψαν το πρόγραμμα και το 71% των παιδιών εμφάνισαν βελτιώσεις στην εγγύτητά τους με άλλα παιδιά.

Κοινωνική ρεαλιστική επικοινωνιακή προσέγγιση

Η Amy Wetherby (Wetherby&Prizant, 1999) έχει επίσης αναπτύξει στρατηγικές για τη διδασκαλία της επικοινωνίας σε μικρά παιδιά με αυτιστικές διαταραχές, βασισμένη σε μια ρεαλιστική επικοινωνιακή αναπτυξιακή προσέγγιση. Δεν έχει αναπτύξει ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα παρέμβασης, ωστόσο, έχει επικεντρώσει τις στρατηγικές παρέμβασής της στην κοινωνική ρεαλιστική επικοινωνιακή ανάπτυξη για παιδιά ηλικίας κάτω των 3 ετών. Στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης, δίνεται έμφαση στη σημασία της διδασκαλίας σε φυσιοκρατικά πλαίσια, χρησιμοποιώντας ένα στυλ διευκόλυνσης και όχι ένα διευθυντικό στυλ, παρέχοντας ευκαιρίες επικοινωνίας και ενισχύοντας τις προσπάθειες επικοινωνίας με συνέπεια και αντικειμενικότητα (Wetherby&Prizant, 1999). Άλλες στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για τη διδασκαλία της επικοινωνίας σε μικρά παιδιά περιλαμβάνουν την ενσωμάτωση περιβαλλοντικών υποστηρικτών για τη δημιουργία ενός προβλέψιμου περιβάλλοντος και τη διδασκαλία των συνομηλίκων ώστε να ξεκινήσουν και να ανταποκριθούν σε παιδιά με αυτιστικές διαταραχές.

3. Θεραπεία

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών, με τον αυξημένο αριθμό νηπίων που έχουν διαγνωστεί με αυτιστικές διαταραχές, υπάρχει ανάγκη για αποτελεσματικές και κατάλληλες παρεμβάσεις (Volkmar&Chawarska, 2008). Προτεραιότητα στην διδασκαλία θα πρέπει να είναι α) η λειτουργική, αυθόρμητη επικοινωνία, β) η κοινωνική διδασκαλία σε όλες τις συνθήκες, γ) οι δεξιότητες παιχνιδιού, με έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ ίσων, δ) η συντήρηση και γενίκευση νέων δεξιοτήτων σε φυσικά περιβάλλοντα, και ε) η υποστήριξη θετικής συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση προβληματικών συμπεριφορών. Τα αποτελέσματα παρέμβασης θα πρέπει να αξιολογούνται τακτικά σε διαστήματα 3-6 μηνών, εστιάζοντας στα εξής: α) κοινωνικές δεξιότητες, β) δεξιότητες επικοινωνίας, γ) προσαρμοστικές δεξιότητες, δ) οργανωτικές δεξιότητες. Η έλλειψη σημαντικής προόδου σε οποιονδήποτε τομέα σε περίοδο 3-6 μηνών θα πρέπει να επιφέρει τροποποίηση της προσέγγισης ή της έντασης της θεραπείας.

3.1. Οι προσεγγίσειςθεραπείας

3.1.1. Εκπαίδευση γονέων

Η συμμετοχή των γονέων και των οικογενειών θεωρείται βασικό στοιχείο των προγραμμάτων παρέμβασης για παιδιά με αυτισμό. Η βασική υπόθεση της συμπεριφορικής γονικής εκπαίδευσης είναι ότι η παιδική συμπεριφορά μαθαίνεται και διατηρείται μέσω έκτακτων περιστάσεων στο οικογενειακό πλαίσιο και ότι οι γονείς μπορούν να διδαχθούν να αλλάξουν αυτές τις περιστάσεις προκειμένου να προωθήσουν και να ενισχύσουν την κατάλληλη συμπεριφορά (Cocoran, 2000).

Τα στοιχεία που αφορούν τα μικρά παιδιά υποστηρίζουν τη σύσταση της εκπαίδευσης των γονέων ως αποτελεσματική μέθοδο για την αύξηση των κοινωνικών δεξιοτήτων. Ωστόσο, ο τρόπος ενσωμάτωσης των γονέων στη διαδικασία παρέμβασης είναι σημαντικός καθώς και η εξατομίκευση του προγράμματος εκπαίδευσης των γονέων ώστε να λαμβάνονται υπόψη διαφορετικές οικογενειακές ανάγκες και περιστάσεις. Δεν επωφελείται κάθε γονέας από τα παραδοσιακά συμπεριφορικά προγράμματα γονικής εκπαίδευσης. Η εκπαίδευση των γονέων φαίνεται να λειτουργεί καλύτερα με τους ενήλικες που έχουν μεγάλη κινητοποίηση και καλή λειτουργικότητα και δεν αντιμετωπίζουν πρόσθετους ψυχολογικούς στρεσογόνους παράγοντες, γεγονός που παρεμβαίνει στην απόκτηση και εφαρμογή θετικών στρατηγικών γονικής μέριμνας (Forehand&Kotchick, 2002). Η βιβλιογραφία καταδεικνύει την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων γονικής εκπαίδευσης και την έλλειψη συντήρησης των συμπεριφορικών κερδών όταν οι γονείς δεν συμμετέχουν στα προγράμματα παρεμβάσεων των παιδιών τους (Wood et al., 2009).

3.1.2. Εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς

Η ανάλυση της εφαρμοσμένης συμπεριφοράς (Applied Behavioral Analysis - ABA) είναι η επιστήμη της τροποποίησης της συμπεριφοράς στην οποία εφαρμόζονται οι διαδικασίες που προκύπτουν από τις αρχές της λειτουργικής μάθησης και εφαρμόζονται για να βελτιώσουν την κοινωνικά προσαρμοστική συμπεριφορά και την απόκτηση νέων δεξιοτήτων μέσω εντατικής πρακτικής και στοχευμένης ενίσχυσης (Cooper et al., 2007). Η ABA χρησιμοποιεί μια διαδικασία που αρχίζει με την ανάπτυξη των σχεδίων θεραπείας που περιγράφουν το σκοπό και τη λειτουργία των υπερβολών ή ελλειμμάτων συμπεριφοράς, την επιλογή κατάλληλων τεχνικών και τη συνεχή αξιολόγηση και τροποποίηση της θεραπείας μέσω συστηματικής συλλογής δεδομένων. Οι λειτουργικές αξιολογήσεις της συμπεριφοράς είναι ένα σχετικό σύνολο στρατηγικών αξιολόγησης που παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις μεταβλητές που σχετίζονται με μια συγκεκριμένη συμπεριφορά (Soorya et al., 2011).

Οι τεχνικές λειτουργικής μάθησης που χρησιμοποιούνται στην παρέμβαση της ABA για τα παιδιά με αυτιστικές διαταραχές είναι:

- Θετική ενίσχυση: χρήση επαίνου, σνακ, τρόφιμα, παιχνίδια για την αύξηση επιθυμητών συμπεριφορών.
- Διαμόρφωση: ανταμείβοντας τις προσεγγίσεις ή τα συστατικά μιας επιθυμητής συμπεριφοράς μέχρι να εμφανιστεί η συμπεριφορά του στόχου.
- Εξασθένιση: μείωση των προτροπών για την αύξηση της ανεξαρτησίας.
- Εξάλειψη: αφαίρεση της ενίσχυσης διατηρώντας μια προβληματική συμπεριφορά.
- Τιμωρία: εφαρμογή ανεπιθύμητων κινήτρων για τη μείωση των προβληματικών συμπεριφορών.
- Διαφορική ενίσχυση: ενίσχυση ενός κοινωνικά αποδεκτού εναλλακτικού ή της απουσίας συμπεριφοράς.

Τα προγράμματα παρέμβασης που βασίζονται στην ABA θεωρούνται επί του παρόντος ως θεραπεία πρώτης γραμμής για την αυτιστική διαταραχή στην πρώιμη παιδική ηλικία (Vismara & Rogers, 2010). Τόσο το μοντέλο UCLA / Lovaas όσο και το μοντέλο πρώιμης έναρξης Denver (Early Start Denver Model - ESDM), τα οποία αποτελούν ολοκληρωμένα προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης και βασίζονται στο πλαίσιο της ABA, έχουν υψηλής ποιότητας εκθέσεις έρευνας που τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητά τους, ιδίως για τη βελτίωση των γνωστικών επιδόσεων, των γλωσσικών δεξιοτήτων και της προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, στη βασική μελέτη που αξιολόγησε τα οφέλη του ESDM, ακόμη και μετά από 2 χρόνια εντατικής επέμβασης (πάνω από 20 ώρες/εβδομάδα), όλα τα παιδιά στην ομάδα ενεργού θεραπείας εξακολουθούσαν να πληρούν τα κριτήρια για αυτιστική διαταραχή, τεκμηριώνοντας την πρόκληση της βελτίωσης των κοινωνικών ελλείψεων (Dawson et al., 2010).

Η πρώιμη εντατική συμπεριφορική παρέμβαση (Early Intensive Behavioral Intervention - EIBI) είναι μια στρατηγική συμπεριφοράς που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη Lovaas (Lovaas, 1987) και είναι το μοντέλο ABA με την ισχυρότερη εμπειρική υποστήριξη μέχρι σήμερα (Soorya et al., 2011). Η EIBI χρησιμοποιεί λειτουργικές προσεγγίσεις μάθησης για τη μείωση προβληματικών συμπεριφορών και διακεκριμένη δοκιμαστική εκπαίδευση για την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων όπως η προσοχή, η απομίμηση, οι δεκτικές / εκφραστικές ομιλίες και οι δεξιότητες ζωής. Κύρια χαρακτηριστικά της είναι:

- 1) Έμφαση στην πρώιμη ανάπτυξη (παιδιά κάτω των 5 ετών).

- 2) Ένταση (οδηγίες για έναν προς ένα και για μικρή ομάδα, 20-40 ώρες / εβδομάδα).
- 3) Μέθοδοι που απευθύνονται σε ενήλικες.
- 4) Συστηματική προσέγγιση (κατανομή των δεξιοτήτων σε βασικά συστατικά).
- 5) Κατανοητική φύση (π.χ. οι στόχοι περιλαμβάνουν την επικοινωνία, την κοινωνικοποίηση, τις προσαρμοστικές και προβληματικές συμπεριφορές).

3.1.3. Θεραπεία και Εκπαίδευση Ατόμων με Αυτισμό και Ειδικές Ανάγκες Επικοινωνίας (Treatment and Education of Autistic and Related Communication-Handicapped Children - TEACCH)

Το TEACCH είναι ένα επαγγελματικό πρόγραμμα κατάρτισης που βασίζεται στην τάξη και στην κλινική υπηρεσία, που αναπτύχθηκε στο Πανεπιστήμιο της Βόρειας Καρολίνας στο Chapel Hill και ξεκίνησε το 1972 από τον Eric Schopler (Schopler et al., 1986). Αυτό το πρόγραμμα ενσωματώθηκε ευρέως στα εκπαιδευτικά περιβάλλοντα της Βόρειας Αμερικής και συνέβαλε σημαντικά στη βάση τεκμηρίωσης των παρεμβάσεων στον αυτισμό. Η προσέγγιση του TEACCH ονομάζεται δομημένη διδασκαλία επειδή βασίζεται σε στοιχεία και παρατήρηση ότι τα άτομα με αυτισμό μοιράζονται ένα πρότυπο συμπεριφορών, όπως είναι οι τρόποι με τους οποίους τα άτομα σκέφτονται, τρώνε, ντύνονται, καταλαβαίνουν τον κόσμο τους και επικοινωνούν. Οι βασικοί μηχανισμοί δομημένης διδασκαλίας συνίστανται στην οργάνωση του περιβάλλοντος και των δραστηριοτήτων κατά τρόπους που μπορούν να κατανοηθούν από τα άτομα: χρησιμοποιώντας τις σχετικές δυνάμεις των ατόμων στις οπτικές δεξιότητες και το ενδιαφέρον για οπτικές λεπτομέρειες για να συμπληρώσουν τις σχετικά πιο αδύναμες δεξιότητες, χρησιμοποιώντας τα ειδικά συμφέροντα των ατόμων για να τους εμπλέξουν στη μάθηση και υποστηρίζοντας την αυθόρμητη χρήση ουσιαστικής επικοινωνίας.

3.1.4. Θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς (Cognitive-behavioral therapy - CBT)

Ένας αυξανόμενος αριθμός αναφορών έχει αρχίσει να παρέχει μετριοπαθή στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των προσεγγίσεων CBT για τη σχολική ηλικία και τους εφήβους με αυτιστικές διαταραχές (Reaven et al., 2012). Αναφέρθηκαν βελτιώσεις στο άγχος, την αυτοβοήθεια και τις δεξιότητες καθημερινής ζωής, με 78% των ατόμων ηλικίας 7-11 ετών στην ομάδα που έλαβε θεραπεία με CBT να βαθμολογούνται ως θετικά ανταποκρινόμενα σε μία δοκιμή. Τέτοια ευρήματα ενθαρρύνουν την εξέταση τροποποιημένων προσεγγίσεων CBT για την αντιμετώπιση του άγχους στα υψηλά λειτουργικά παιδιά με αυτισμό, γεγονός το οποίο είναι σημαντικό δεδομένου ότι τα 30-40 % των παιδιών με αυτισμό αναφέρουν υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων που σχετίζονται με το άγχος.

3.2. Φαρμακολογική θεραπεία για στοχευμένα συμπτώματα

Η φαρμακολογική θεραπεία στις αυτιστικές διαταραχές χρησιμοποιείται ευρέως ως προσέγγιση συμπληρωματικής θεραπείας στην πλειοψηφία των ατόμων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Esbensen et al., 2009). Οι βασικοί στόχοι της φαρμακοθεραπείας είναι ο έλεγχος των συχνά συσχετισμένων συμπτωμάτων-στόχων, όπως η αϋπνία, η υπερδραστηριότητα, η παρορμητικότητα, η ευερεθιστότητα, αυτό και έτερο - επιθετικότητα, η έλλειψη προσοχής, το άγχος, η κατάθλιψη, τα συμπτώματα ιδεοληψίας,

τα νεύρα, οι προσπάθειες θυμού και οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή τελετουργίες. Αρκετές μελέτες έχουν αναφέρει μια αυξημένη επικράτηση ψυχιατρικών συννοσηροτήτων σε αυτόν τον πληθυσμό (Simonoffetal., 2008). Διαπιστώθηκε ότι το 70% των ατόμων με αυτιστικές διαταραχές είχαν τουλάχιστον μια συνωστωμένη ψυχιατρική διαταραχή και το 41% είχαν δύο ή περισσότερες ασθένειες. Τα σύνυπάρχοντα συμπτώματα συχνά συνθέτουν τις λειτουργικές βλάβες στους ασθενείς με αυτιστική διαταραχή και μπορούν να περιορίσουν την αποτελεσματικότητα των μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων. Προς το παρόν, δεν υπάρχουν διαθέσιμα φάρμακα για να αντιμετωπίσουν τα βασικά κοινωνικά και επικοινωνιακά ελλείμματα του αυτισμού, αν και αυτό αποτελεί αντικείμενο εντατικών ερευνητικών προσπαθειών με παράγοντες όπως το arbaclofen, η ωκυτοκίνη και οι mGluR5 ανταγωνιστές ως παραδείγματα υπό μελέτη δυννητικής τροποποίησης της διαταραχής.

Παρά το διαφορετικό επίπεδο εμπειρικής υποστήριξης για ορισμένες στοχευμένες επιλογές φαρμάκων, η φαρμακευτική αγωγή παιδιών και ενηλίκων με αυτισμό είναι κοινή κλινική πρακτική. Περίπου το 45-75% των παιδιών με αυτισμό θεραπεύονται με ψυχοτρόπα φάρμακα (Esbensenetal., 2009). Τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα φάρμακα, κατά σειρά συχνότητας, είναι αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωσικά, αντισπασμωδικά και διεγερτικά, πολλά από τα οποία χωρίς καθοριστικές μελέτες που καθοδηγούν τη χρήση τους.

Με βάση τις γονικές αναφορές, οι πιο δύσκολες συμπεριφορές των παιδιών με αυτιστική διαταραχή περιλαμβάνουν το χαμηλό όριο απογοήτευσης, η απόσπαση της προσοχής, η ευερεθιστότητα, η έλλειψη προσοχής, η υπερκινητικότητα, η καταναγκαστική επανάληψη, η απομόνωση, η αστάθεια διάθεσης και οι στερεότυπες κινήσεις χεριών (Lecavalier, 2006).

3.2.1. Επιθετική συμπεριφορά και ευερεθιστότητα

Περισσότερο από το 50% των παιδιών με αυτισμό παρουσιάζουν αυτό-επιθετικότητα και το 14,6% μπορεί να οδηγηθεί σε νοσηλεία, εγκλεισμό σε ίδρυμα, απομάκρυνση από λιγότερο περιοριστικά σχολικά περιβάλλοντα και χειρότερη πρόγνωση (Nazzer, 2011). Τα αίτια της ευερεθιστότητας και της επιθετικότητας είναι πολυπαραγοντικά: δυσκολίες κατανόησης, μειωμένη ικανότητα επικοινωνίας και έκφρασης των αναγκών και επιθυμιών τους, μειωμένες δεξιότητες αντιπαράθεσης, συγκρούσεις με συναδέλφους και πρόσωπα εξουσίας, ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία, μη διαγνωσμένος πόνος και διαταραχές της διάθεσης και του άγχους (Nazzer, 2011). Το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση της επιθετικής συμπεριφοράς είναι να εντοπιστεί η αιτία και στη συνέχεια να βρεθεί η καταλληλότερη θεραπευτική προσέγγιση (διαχείριση και / ή φαρμακευτική αγωγή). Τα αντιψυχωσικά πρώτης και δεύτερης γενιάς εμφάνισαν μέτρια έως μεγάλα οφέλη στον έλεγχο των επιθετικών συμπτωμάτων του αυτισμού (Nazzer, 2011). Το 2002, έρευνες αναφέρθηκαν σε μια πολυκεντρική κλινική δοκιμή που αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα της βραχυπρόθεσμης και μακροπρόθεσμης ρισπεριδόνης σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 5-17 ετών με αυτισμό που συνοδεύεται από νεύρα, επιθετικότητα, αυτό-τραυματική συμπεριφορά (McCrackenetal., 2002). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η βραχυπρόθεσμη θεραπεία με ρισπεριδόνη ήταν σημαντικά ανώτερη από το εικονικό φάρμακο σε αυτές τις περιπτώσεις (θετική ανταπόκριση 75% έναντι 12%, αντίστοιχα), μειώνοντας ευρέως τις δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένης της μειωμένης ευερεθιστότητας (επιθετικότητα, διέγερση, σοβαρές διαταραχές ιδιοσυγκρασίας), της μειωμένης υπερδραστηριότητας και τις μειώσεις των στερεοτύπων. Η θεραπεία με ρισπεριδόνη ήταν καλά ανεκτή για έως και 6 μήνες. Οι παρενέργειες που

είχαν βρεθεί σε προηγούμενες μελέτες με αλοπεριδόλη ήταν συγκριτικά χαμηλότερες με τη ρισπεριδόνη. Η νωθρότητα και η αύξηση του βάρους ήταν οι συχνότερα αναφερόμενες παρενέργειες. Πρόσφατα, εγκρίθηκε και η αριπιπραζόλη για θεραπεία ευερεθιστότητας σε παιδιά με αυτισμό ηλικίας 6 έως 17 ετών με σοβαρή ευερεθιστότητα. Δύο διπλά τυφλές, ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές με εικονικό φάρμακο έδειξαν ότι η αριπιπραζόλη είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της ευερεθιστικότητας, της υπερδραστηριότητας και των στερεοτύπων στην αυτιστική διαταραχή (Siegel&Beaulieu, 2012).

3.2.2. Επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά

Οι περισσότερες μελέτες με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψηςσεροτονίνης (selectiveserotoninreuptakeinhibitors - SSRIs) έδειξαν έλλειψη κλινικά σημαντικής αποτελεσματικότητας στη θεραπεία επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών και περιορισμένων ενδιαφερόντων ασθενών με αυτιστικό φάσμα (Sooryaetal., 2008). Μόνο μία μεθοδολογικά σχετική μελέτη έδειξε ορισμένα θετικά αποτελέσματα μιας SSRI (φλουοξετίνης) σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (Hollanderetal., 2005) αλλά οι βελτιώσεις ήταν μικρές. Στη μεγαλύτερη μελέτη της θεραπείας επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών στον αυτισμό που συγκρίνει την σιταλοπράμη με το εικονικό φάρμακο, δεν βρέθηκαν οφέλη για την σιταλοπράμη και παρενέργειες, όπως η υπερδραστηριότητα, η αϋπνία και η επιδείνωση της συμπεριφοράς, ήταν κοινές (Kingetal., 2009). Είναι ενδιαφέρον ότι, σε αντίθεση με τις μελέτες σε παιδιά, δύο μελέτες αυστηρές, ελεγχόμενες, με εικονικό φάρμακο έδειξαν οφέλη για τη φλουβοξαμίνη και τη φλουοξετίνη σε μέτρα επαναλαμβανόμενης συμπεριφοράς για ενήλικες (Hollanderetal., 2012) ωστόσο τα οφέλη ήταν και πάλι μικρά σε σχέση με το εικονικό φάρμακο. Συνολικά, υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία που υποστηρίζουν τη χρήση των SSRIs ως θεραπεία για επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές στις αυτιστικές διαταραχές.

3.2.3. Υπερδραστικότητα, παρορμητικότητα και απροσεξία

Τα συμπτώματα της διαταραχής υπερκινητικότητας έλλειψης προσοχής (attentiondeficithyperactivitydisorder - ADHD) είναι πολύ συνηθισμένα σε άτομα με αυτισμό, επηρεάζοντας το 28-74% των παιδιών (Goldstein&Schewebach, 2004). Παρατηρείται μικρή διάρκεια προσοχής στο 50% των παιδιών με αυτισμό και υπερκινητικότητα σε 49 και 21% σύμφωνα με τους γονείς και τους δασκάλους, αντίστοιχα (Amanetal., 2008). Τα παιδιά με αυτισμό και ADHD έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν δυσμενείς επιδράσεις από διεγερτική θεραπεία από ότι τα παιδιά που αναπτύσσουν μόνο ADHD, παρουσιάζοντας χαμηλότερα ποσοστά θετικών ανταποκρίσεων και λιγότερη συμπτωματική βελτίωση (Nikolovetal., 2006). Μέχρι σήμερα έχουν διεξαχθεί μόνο κλινικές δοκιμές με μεθυλοφαινιδάτη και ατομοξετίνη, με το 49% των ατόμων να έχει αξιολογηθεί ως θετικοί ανταποκριτές. Εντούτοις, το 18% απορρίφθηκε από τη δοκιμή λόγω αδυναμίας να ανεχθεί το φάρμακο (Siegel&Beaulieu, 2012). Μια πρόσφατη ευρωπαϊκή δοκιμή βρήκε στοιχεία για την υπεροχή της ατομοξετίνης έναντι του εικονικού φαρμάκου σε μέτρα συμπτωμάτων ADHD, αλλά καμία διαφορά στα ποσοστά απόκρισης, τα οποία ήταν χαμηλά (21 έναντι 9% αντίστοιχα) (Harfterkampetal., 2012).

3.2.4. Προβλήματα ύπνου

Οι διαταραχές αϋπνίας και κύκλου ύπνου είναι συνήθεις στις αυτιστικές διαταραχές. Τα συμπτώματα αυτά προκαλούν λειτουργική δυσλειτουργία και αυξημένη ευερεθιστότητα επηρεάζοντας την έκβαση του ασθενούς και μειώνοντας την ποιότητα ζωής της οικογένειας. Πολλά φάρμακα χρησιμοποιούνται λόγω του ηρεμιστικού τους προφίλ για τη θεραπεία των διαταραχών του ύπνου: αντιψυχωτικά δεύτερης γενιάς, αντισταμινικά, βενζοδιαζεπίνες, άλφα-αγωνιστές. Ωστόσο, κανένα από αυτά δεν έχει αξιολογηθεί με ελεγχόμενη κλινική δοκιμή. Η συμπληρωματική μελατονίνη έχει δείξει υποσχέσεις στη θεραπεία της αρχικής αϋπνίας σε παιδιά με αυτισμό, με αρκετές μελέτες που αντιγράφουν τη βελτίωση στην επαγωγή του ύπνου (Malowetal., 2012). Επιπλέον, αυτός ο παράγοντας είναι καλά ανεκτός από τους ασθενείς.

3.2.5. Επιληπτικές κρίσεις

Αν και τα περισσότερα παιδιά με αυτισμό δεν έχουν επιληπτικές κρίσεις, ο κίνδυνος εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων εξακολουθεί να είναι πολύ υψηλότερος σε σχέση με τα τυπικά παιδιά. Μεταξύ των ασθενών με αυτισμό, το 20-25% θα έχει επιληπτικές κρίσεις, οι οποίες στην πλειοψηφία τους ξεκινούν μετά από την ηλικία των δέκα χρονών. Η επιληψία συνδέεται με το φύλο (θηλυκό), την πνευματική αναπηρία και τις μειωμένες λεκτικές ικανότητες. Όταν υπάρχουν σπασμοί, μια νευρολογική αξιολόγηση είναι πολύ σημαντική. Η αποτελεσματική και ασφαλής χρήση πολλών αντισπασμωδικών απαιτεί τακτικές ανάγκες παρακολούθησης της στάθμης του φαρμάκου στο αίμα. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το βαλπροϊκό οξύ, το πιο χρησιμοποιούμενο φάρμακο (Fryeetal., 2011) μπορεί να χρειαστεί αρκετές εβδομάδες για να φέρει αποτελέσματα. Η τοπιραμάτη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μια σειρά τύπων επιληπτικών κρίσεων και μπορεί να δοκιμαστεί όταν είτε το βαλπροϊκό οξύ είτε η καρβαμαζεπίνη δεν κατάφερε να σταματήσει τις κρίσεις ή σε περιπτώσεις όπου αυτά τα φάρμακα αντενδείκνυνται. Η χρήση τοπιραμάτης μπορεί να είναι σημαντική επιλογή, δεδομένης της πρότασης ότι η συνδυασμένη χρήση με ρισπεριδόνη μπορεί να αυξήσει τα οφέλη της ευερεθιστότητας στα παιδιά με αυτισμό. Η τοπιραμάτη μπορεί επίσης να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη μείωση της όρεξης που προκαλείται από αντιψυχωσικά και στην αύξηση του σωματικού βάρους (Fiedorowiczetal., 2012).

3.3. Συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες

Σύμφωνα με τον ορισμό της Συνεργασίας Cochrane, η συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική (complementaryalternativemedicine - CAM) είναι ένας ευρύς τομέας θεραπευτικών πόρων που περιλαμβάνει όλα τα συστήματα υγείας, τις μεθόδους, τις πρακτικές και τις συνοδευτικές θεωρίες και πεποιθήσεις τους, εκτός εκείνων που είναι εγγενείς στο κυρίαρχο σύστημα υγείας μιας συγκεκριμένης κοινωνίας ή ενός πολιτισμού σε μια δεδομένη χρονική περίοδο. Η CAM περιλαμβάνει όλες αυτές τις πρακτικές και ιδέες που αυτοπροσδιορίζονται από τους χρήστες τους ως παρεμπόδιση ασθένειας ή θεραπεία ή προώθηση της υγείας και της ευημερίας. Τα τελευταία χρόνια, οι θεραπείες CAM έχουν προσελκύσει την προσοχή της επιστημονικής κοινότητας: έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες για να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια των CAM στις αυτιστικές διαταραχές (Brondinoetal., 2015).

Από τις βιολογικά βασιζόμενες θεραπείες CAM, η διατροφή χωρίς γλουτένη /καζεΐνη, η λήψη ωμέγα 3 και βιταμινών (vitB6, vitB12 και τετραϋδροβιοπτερίνη) και η υπερβαρική

οξυγονοθεραπεία έχουν μελετηθεί εκτενέστερα. Όλες οι άλλες βιολογικές θεραπείες (L-καρνοσίνη, φλαβονοειδή, προβιοτικά, πεπτικά ένζυμα, βοτανοθεραπεία, χηλίωση) δοκιμάστηκαν μεμονωμένα και επομένως δεν παρείχαν επαρκή δεδομένα προκειμένου να προσδιοριστεί η χρησιμότητά τους στην κλινική πρακτική. Η δίαιτα αποκλεισμού δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματική για τη θεραπεία των βασικών συμπτωμάτων του αυτισμού: το γεγονός ότι μεμονωμένοι ασθενείς μπορεί να επωφεληθούν από ειδικές διαιτητικές παρεμβάσεις θα μπορούσε να υποτεθεί ως αποτέλεσμα της υποκλινικής δυσανεξίας σε συγκεκριμένο αλλεργιογόνο διατροφής (Jyonouchi, 2010). Η συμπλήρωση της διατροφής με ωμέγα 3 δεν παρείχε αποδείξεις για θετική επίδραση στις αυτιστικές διαταραχές: τα μόνα θετικά αποτελέσματα προέρχονται από μια ενιαία ανοικτή δοκιμή (Politietal., 2008). Δοκιμές που αξιολογούν τη συμπλήρωση βιταμινών παρουσίαζαν θετικά μηνύματα αλλά πρέπει να ληφθούν περισσότερα δεδομένα πριν από το οριστικό συμπέρασμα (Fryeetal., 2013). Η υπερβαρική θεραπεία με οξυγόνο έχει ελπιδοφόρα μηνύματα, αλλά θα χρειαστούν και εκεί μελλοντικές μελέτες με μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος και καλή σχεδίαση των δοκιμών.

Από τις μη βιολογικά βασιζόμενες θεραπείες CAM, αυτές που εξετάζονται εκτενέστερα είναι η μουσικοθεραπεία, η Ακουστική Ενσωμάτωση, η Αισθητική Ολοκληρωτική Θεραπεία, ο βελονισμός και το μασάζ. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα επαρκή δεδομένα για αρκετές παρεμβάσεις, όπως η θεραπεία χορού, η θεατρική θεραπεία ή η θεραπεία με κατοικίδια ζώα. Πρέπει να σημειωθεί ότι η μουσικοθεραπεία δεν θεωρείται πάντοτε ως θεραπεία CAM αλλά ως μέρος της συμπεριφορικής παρέμβασης (Levyetal., 2003). Τα υποσχόμενα αποδεικτικά στοιχεία υποστηρίζουν τη χρήση μουσικής σε παιδιά με αυτιστικές διαταραχές, η οποία φαίνεται να επηρεάζει αρκετούς τομείς συμπτωμάτων όπως η επικοινωνία, η κοινωνική αμοιβαιότητα και το συναίσθημα. Επιπλέον, η μουσικοθεραπεία και όλες οι μη βιολογικές θεραπείες CAM φαίνονται εξαιρετικά ασφαλείς χωρίς παρενέργειες. Τα αποτελέσματα από τις μελέτες για την Ακουστική Ένταξη είναι αντιφατικά: πρέπει να σχεδιαστούν περισσότερες δοκιμές για να διασαφηνιστούν καλύτερα τα ευρήματα. Τέλος, τα αποδεικτικά στοιχεία από τη θεραπεία αισθητικής ενσωμάτωσης, το βελονισμό και το μασάζ υποστηρίζουν προσεκτικά τη χρήση αυτών των θεραπειών στην κλινική περίθαλψη (Brondinoetal., 2015).

B ΜΕΡΟΣ

4. Ρόλος του νοσηλευτή

4.1. Εκτίμηση κατάστασης παιδιού

Η εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού από το νοσηλευτή θα πρέπει να περιλαμβάνει μια συνέντευξη με τους γονείς και μια φυσική δοκιμασία. Αυτό επιτρέπει στον νοσηλευτή να αποκτήσει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για το αυτιστικό παιδί και να πιστοποιήσει τα ευρήματα. Οι βασικοί τομείς εκτίμησης περιλαμβάνουν κοινωνικές ικανότητες, επικοινωνία, ποικιλία συμπεριφοράς, επηρεασμό από το περιβάλλον, φυσική λειτουργικότητα και κινητικές ικανότητες, δεξιότητες παιχνιδιού, εκπαιδευτικές δεξιότητες, ικανότητες αυτοεξυπηρέτησης και γενική/ εκφραστική συμπεριφορά (Johnson & Myers, 2007).

Η αξιολόγηση των μοναδικών αναγκών του παιδιού μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την αποτελεσματικότητα του σχεδίου θεραπείας του και να διατηρήσει την ευημερία και την ασφάλεια όλων. Κατά τη συζήτηση με τους γονείς, είναι χρήσιμο να προσδιοριστούν οι επιτυχημένες στρατηγικές που χρησιμοποιούνται σε άλλες καταστάσεις (π.χ. σχολείο) ειδικά όταν το παιδί συναντά μια νέα εμπειρία.

Ένα από τα πιο σημαντικά κλινικά ερωτήματα είναι εάν το παιδί έχει αναπτυξιακή καθυστέρηση. Κατά τη διεξαγωγή μιας περιεκτικής αξιολόγησης, είναι σημαντικό να αναγνωριστούν τα ερωτήματα που είναι σκόπιμο να ζητηθούν πέρα από μια παραδοσιακή εκτίμηση της υγείας του παιδιού. Ο νοσηλευτής δεν αναμένεται να θυμάται όλα τα κριτήρια που οδηγούν στη διάγνωση του αυτισμού. Ωστόσο, η συνειδητοποίηση των βασικών χαρακτηριστικών του αυτισμού και η στενή συνεργασία με τους γονείς θα βοηθήσουν στην προσαρμογή ενός συγκεκριμένου σχεδίου φροντίδας του παιδιού. Ορισμένα γενικά σημεία αξιολόγησης παρατίθενται παρακάτω, με πιο συγκεκριμένες ερωτήσεις που αναφέρονται λεπτομερώς στον Πίνακα 2. Ο νοσηλευτής θα πρέπει:

- να προσδιορίσει το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού και να λάβει υπόψιν του τις σχολικές επιδόσεις
- να προσδιορίσει το επίπεδο των σωματοαισθητικών διαταραχών (υπερευαισθησία στους ήχους, τις μυρωδιές, την αφή, τις υφές)
- να προσδιορίσει τις συναισθηματικές διαταραχές (εύκολη απογοήτευση, εύκολη υπερδιέγερση)
- να προσδιορίσει τις παρεμβάσεις που έχουν γίνει στο παιδί στο παρελθόν

- να συζητήσει αποτελεσματικές τεχνικές επικοινωνίας. Για παράδειγμα, μπορεί να χρειαστεί να χρησιμοποιηθούν εικόνες αντί για λέξεις που να δείχνουν στο παιδί τι πρόκειται να συμβεί.(Scarpinatoetal., 2010)

Επιπροσθέτως, ο νοσηλευτής θα πρέπει να συμπεριλάβει στη συνέντευξη συγκεκριμένες ερωτήσεις σχετικά με τα φάρμακα που παίρνει το παιδί και τον τρόπο με τον οποίο αυτά χορηγούνται με ασφάλεια στο σπίτι, καθώς το 62% των γονέων ανέφερε δυσκολία στην παροχή φαρμάκων στα παιδιά τους με αυτιστικές διαταραχές(Williamsetal., 2000). Διαιτητικές ρυθμίσεις μπορεί επίσης να χρειαστούν, καθώς οι υφές, οι μυρωδιές, το χρώμα και ο τύπος τροφής μπορεί να παρουσιάσουν πρόβλημα στο παιδί (Peregrin, 2007; Fieldetal., 2003).

Η διαδικασία της εκτίμησης της κατάστασης του αυτιστικού παιδιού βρίσκεται σε εξέλιξη καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, ιδίως επειδή μπορεί να προκύψουν νέες καταστάσεις και προκλήσεις με βάση την κλινική του κατάσταση. Επομένως, η επικοινωνία των γονέων με τον νοσηλευτή που είναι εξοικειωμένος με το παιδί, είναι απαραίτητη.

Πίνακας 2: Ερωτήσεις αρχικής αξιολόγησης σχετικά με το παιδί με αυτισμό (Scarpinatoetal., 2010)

<p><u>Μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Πώς το παιδί αυτό ανέχεται νέα πρόσωπα;• Πώς αντιδρά αυτό το παιδί σε άλλα παιδιά της ηλικίας του; Σε ενήλικες;• Είναι αυτό το παιδί ευαίσθητο στην αφή; Ευαίσθησία στο θόρυβο;• Τι είναι η άνεση του παιδιού με τον προσωπικό χώρο;• Ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος προσέγγισης αυτού του παιδιού (π.χ. άγγιγμα ή διατήρηση απόστασης);
<p><u>Βλάβη στην επικοινωνία</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Πώς επικοινωνεί αυτό το παιδί; Προφορικά; Μη λεκτικά;• Απαιτεί χρήση καρτών, εικόνων, γραφής ή σχεδίασης;• Είναι άβολο με την επαφή με τα μάτια και προτιμά να επικοινωνεί μέσω εναλλακτικών μέσων;• Είναι σε θέση να κατανοήσει συναισθηματικά συνθήματα;• Πώς αυτό το παιδί αναφέρει ή δείχνει πόνο;
<p><u>Περιορισμένα συμφέροντα / στερεότυπες συμπεριφορές</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Υπάρχουν κάποια στοιχεία σταθεροποίησης για αυτό το παιδί; Εάν ναι, πώς τα χειρίζεται η οικογένεια;• Ποια είναι μερικά πράγματα που μπορεί να ενοχλήσουν αυτό το παιδί;• Τι σημάδια έγκαιρης προειδοποίησης μπορεί να υποδεικνύουν ότι το παιδί αυτό αναστατώνεται;• Όταν αυτό το παιδί αναταράσσεται ή υπερδιεγείρεται, ποιες είναι οι παρεμβάσεις που λειτουργούν καλύτερα;
<p><u>Έλλειψη ευελιξίας / προσήλωση στη ρουτίνα</u></p>

- Ποιο είναι το πρόγραμμα του παιδιού στο σπίτι;
- Πώς μπορώ καλύτερα να προετοιμάσω αυτό το παιδί για τυχόν επερχόμενες μεταβάσεις;
- Τι έχει κάνει η οικογένεια ή το σχολείο που βοηθά στη μετάβαση;

4.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση

Μετά από την εκτίμηση της κατάστασης του αυτιστικού παιδιού, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναλύσει προσεχτικά όλα τα στοιχεία που συγκέντρωσε, ώστε να εντοπίσει ποια προβλήματα αντιμετωπίζει το παιδί αλλά και ποιες παρεμβάσεις είναι οι κατάλληλες για να καλύψουν τις οργανικές, ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές του ανάγκες. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται νοσηλευτική διάγνωση (Giarelli&Gardner, 2012).

Η νοσηλευτική διάγνωση είναι μια πάρα πολύ σημαντική διαδικασία για το αυτιστικό παιδί και την οικογένειά του, καθώς οποιοδήποτε λάθος του νοσηλευτή θα θέσει σε κίνδυνο την εφαρμογή της σωστής θεραπείας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει την κατάλληλη εκπαίδευση και γνώση, ώστε να κατανοήσει πλήρως την αυτιστική διαταραχή και να μπορέσει να προσφέρει βοήθεια, τόσο στο παιδί, μέσω εξατομικευμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης, όσο και στην οικογένεια, μέσω συμβουλευτικών υπηρεσιών και υποστήριξης. Ακόμα, η νοσηλευτική διάγνωση οφείλει να συμφωνεί με τα ήδη αποδεκτά διεθνή συστήματα αξιολόγησης που υπάρχουν, όπως για παράδειγμα το ICD-10 (International Classification Diseases) και το DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) και η διεθνής ταξινόμηση των νοσηλευτικών διαγνώσεων (Townsend, 2011).

Στη συνέχεια παρατίθενται μερικές πιθανές διαταραχές που μπορεί να εμφανιστούν στη νοσηλευτική διάγνωση ενός αυτιστικού ατόμου, από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν κατά την εκτίμηση της κατάστασής του:

1. Βλάβη στην κοινωνική αλληλεπίδραση

Τα παιδιά με αυτιστική διαταραχή δεν σχηματίζουν διαπροσωπικές σχέσεις με άλλους. Δεν ανταποκρίνονται ή δεν δείχνουν ενδιαφέρον για τους ανθρώπους. Ως βρέφη μπορεί να έχουν μια αποστροφή στην αγάπη και την φυσική επαφή. Ως παιδιά, η προσκόλληση σε έναν σημαντικό ενήλικα μπορεί είτε να απουσιάζει είτε να εκδηλώνεται ως υπερβολική συμπεριφορά προσκόλλησης. Στην παιδική ηλικία, δεν μπορούν να παίξουν ομαδικά και να αναπτύξουν φιλίες.

2. Βλάβη στην επικοινωνία και στην ευφάνταστη δραστηριότητα

Τόσο οι λεκτικές όσο και οι μη λεκτικές δεξιότητες επηρεάζονται. Η γλώσσα μπορεί να απουσιάζει εντελώς ή να χαρακτηρίζεται από ανώριμη δομή ή ιδιοσυγκρασιακές δηλώσεις των οποίων η σημασία είναι σαφής μόνο σε εκείνους που είναι εξοικειωμένοι με τις προηγούμενες εμπειρίες του παιδιού. Η μη λεκτική επικοινωνία, όπως η έκφραση του προσώπου ή οι χειρονομίες, είναι συχνά απύσχα ή κοινωνικά ακατάλληλη. Το πρότυπο του φανταστικού παιχνιδιού είναι συχνά περιορισμένο και στερεότυπο.

3. Περιορισμένες δραστηριότητες και ενδιαφέροντα

Ακόμα και μικρές αλλαγές στο περιβάλλον συχνά αντιμετωπίζονται με αντίσταση ή μερικές φορές με υστερία. Η προσκόλληση ή η ακραία γοητεία με αντικείμενα που κινούνται ή περιστρέφονται (π.χ. ανεμιστήρες) είναι κοινή. Η ρουτίνα μπορεί να γίνει

εμμονή και οι μικρές αλλαγές οδηγούν σε έντονη δυσφορία. Είναι χαρακτηριστικές οι στερεότυπες κινήσεις σώματος (χειροκρότημα, ταλάντευση, ταλάντευση ολόκληρου του σώματος) και οι λεξικογραφίες (επανάληψη λέξεων ή φράσεων). Οι διατροφικές ανωμαλίες μπορεί να περιλαμβάνουν την κατανάλωση μόνο μερικών συγκεκριμένων τροφών ή την κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας υγρών. Οι συμπεριφορές που προκαλούν αυτοτραυματισμό, όπως το χτύπημα του κεφαλιού ή το δάγκωμα των χεριών μπορεί να είναι εμφανείς (Townsend, 2011).

Με βάση τα δεδομένα που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της εκτίμησης της κατάστασης του παιδιού, οι πιθανές νοσηλευτικές διαγνώσεις περιλαμβάνουν:

- Κίνδυνο για αυτο-ακρωτηριασμό που σχετίζεται με νευρολογικές αλλοιώσεις
- Μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση που σχετίζεται με την αδυναμία εμπιστοσύνης
- Βλάβη της λεκτικής επικοινωνίας, ανεπαρκή αισθητηριακή διέγερση
- Διαταραχή της προσωπικής ταυτότητας που σχετίζεται με ανεπαρκή αισθητηριακή διέγερση (Townsend, 2011)

Στο επόμενο στάδιο της νοσηλευτικής διάγνωσης, θα πρέπει να προσδιοριστούν οι βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι στόχοι, σύμφωνα με τις ανάγκες του παιδιού. Η κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή και συνεπώς το χρονοδιάγραμμα των στόχων καθορίζεται ανάλογα και μεμονωμένα (Giarelli & Gardner, 2012).

Η μέτρηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας του παιδιού με αυτιστική διαταραχή γίνεται με βάση τα παρακάτω κριτήρια:

- Δεν παρουσιάζει καμία ένδειξη αυτοτραυματισμού
- Αλληλεπιδρά με τουλάχιστον ένα πρόσωπο
- Αποδεικνύει εμπιστοσύνη σε τουλάχιστον ένα πρόσωπο
- Είναι σε θέση να επικοινωνήσει ώστε να μπορεί να γίνει κατανοητό από τουλάχιστον ένα πρόσωπο
- Αποδεικνύει συμπεριφορές που υποδεικνύουν ότι έχει ξεκινήσει τη διαδικασία διαχωρισμού / εξατομίκευσης (Townsend, 2011)

Στον πίνακα 3 φαίνεται ενδεικτικά ένα σχέδιο φροντίδας για το παιδί με αυτιστική διαταραχή, συμπεριλαμβανομένων επιλεγμένων νοσηλευτικών διαγνώσεων, κριτηρίων αποτελεσμάτων και κατάλληλων νοσηλευτικών επεμβάσεων.

Πίνακας 3: Σχέδιο φροντίδας για το παιδί με αυτιστική διαταραχή (Townsend, 2011)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΑΥΤΟ – ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟ		
Σχετίζεται με: Νευρολογικές μεταβολές		
Κριτήρια αποτελεσμάτων	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αιτιολογία
Βραχυπρόθεσμος στόχος Το παιδί θα επιδείξει εναλλακτική συμπεριφορά (π.χ. εκκίνηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ εαυτού και νοσηλευτή) σε απόκριση του άγχους εντός	1. Εργαστείτε με το παιδί ένας προς ένα. 2. Προσπαθήστε να προσδιορίσετε εάν η συμπεριφορά που προκαλεί αυτοτραυματισμό συμβαίνει ως απάντηση στο αυξανόμενο άγχος και εάν ναι, σε ποιο	1. Η αλληλεπίδραση ενός προς έναν διευκολύνει την εμπιστοσύνη. 2. Μπορεί να αποφευχθεί η ακούσια συμπεριφορά εάν η αιτία μπορεί να προσδιοριστεί και να μετριαστεί.

<p>καθορισμένου χρόνου. (Το χρονικό διάστημα που απαιτείται για το σκοπό αυτό θα εξαρτηθεί από τη σοβαρότητα και τη χρονικότητα της διαταραχής.)</p> <p><u>Μακροπρόθεσμος στόχος</u></p> <p>Το παιδί δεν θα βλάψει τον εαυτό του.</p>	<p>άγχος μπορεί να αποδίδεται.</p> <p>3. Προσπαθήστε να παρέμβετε με δραστηριότητες εκτροπής ή αντικατάστασης και να προσφέρετε τον εαυτό σας στο παιδί καθώς το επίπεδο ανησυχίας αρχίζει να αυξάνεται.</p> <p>4. Προστατέψτε το παιδί όταν εμφανίζονται αυτο-ακρωτηριαστικές συμπεριφορές. Συσκευές όπως κράνος, μαξιλαροθήκες ή καλύμματα βραχιόνων μπορεί να παρέχουν προστασία όταν υπάρχει κίνδυνος αυτοτραυματισμού.</p>	<p>3. Οι δραστηριότητες εκτροπής και αντικατάστασης μπορεί να παρέχουν τα απαιτούμενα συναισθήματα ασφάλειας και να υποκαθιστούν τις συμπεριφορές που προκαλούν αυτοκτονία.</p> <p>4. Η ασφάλεια του παιδιού αποτελεί προτεραιότητα της νοσηλευτικής παρέμβασης.</p>
---	---	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ

Σχετίζεται με: Αδυναμία εμπιστοσύνης, νευρολογικές μεταβολές

Κριτήρια αποτελεσμάτων	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αιτιολογία
<p><u>Βραχυπρόθεσμος στόχος</u></p> <p>Το παιδί θα δείξει εμπιστοσύνη σε έναν φροντιστή (όπως αποδεικνύεται από την ανταπόκριση του προσώπου και την επαφή με τα μάτια) μέσα σε καθορισμένο χρόνο (ανάλογα με τη σοβαρότητα και τη χρονικότητα της διαταραχής).</p> <p><u>Μακροπρόθεσμος στόχος</u></p> <p>Το παιδί θα ξεκινήσει κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (φυσικές, λεκτικές, μη λεκτικές) με τον φροντιστή</p>	<p>1. Δώστε στο παιδί έναν περιορισμένο αριθμό φροντιστών. Βεβαιωθείτε ότι μεταφέρονται η ζεστασιά, η αποδοχή και η διαθεσιμότητα.</p> <p>2. Παρέχετε στο παιδί οικεία αντικείμενα, όπως γνωστά παιχνίδια ή μια κουβέρτα. Υποστηρίξτε τις προσπάθειες του παιδιού να αλληλεπιδράσει με άλλους.</p> <p>3. Δώστε θετική ενίσχυση για την επαφή με τα μάτια με κάτι που είναι αποδεκτό από το παιδί (π.χ. τροφή, οικείο αντικείμενο). Σταδιακά αντικαταστήστε με κοινωνική ενίσχυση (π.χ. επαφή, χαμόγελο, αγκάλισμα).</p>	<p>1. Η θερμότητα, η αποδοχή και η διαθεσιμότητα, μαζί με τη συνέπεια της ανάθεσης, ενισχύουν τη δημιουργία και τη διατήρηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης.</p> <p>2. Τα γνωστά αντικείμενα και η παρουσία ενός αξιόπιστου ατόμου παρέχουν ασφάλεια σε περιόδους κινδύνου.</p> <p>3. Η ικανότητα επαφής με τα μάτια είναι απαραίτητη για την ικανότητα του παιδιού να σχηματίζει ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις.</p>

μέχρι να τελειώσει τη θεραπεία.		
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ Σχετίζεται με: Κλείσιμο στον εαυτό του, ανεπαρκή αισθητηριακή διέγερση, νευρολογικές μεταβολές		
Κριτήρια αποτελεσμάτων	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αιτιολογία
<p><u>Βραχυπρόθεσμος στόχος</u></p> <p>Το παιδί θα δημιουργήσει εμπιστοσύνη με έναν υπεύθυνο φροντίδας (όπως αποδεικνύεται από την ανταπόκριση του προσώπου και την επαφή με τα μάτια) κατά καθορισμένο χρόνο (ανάλογα με τη σοβαρότητα και τη χρονικότητα της διαταραχής).</p> <p><u>Μακροπρόθεσμος στόχος</u></p> <p>Το παιδί θα δημιουργήσει ένα μέσο επικοινωνίας των αναγκών και επιθυμιών με άλλους.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Διατηρήστε συνέπεια στην ανάθεση των φροντιστών. 2. Προβλέψτε και εκπληρώστε τις ανάγκες του παιδιού μέχρι να μπορέσετε να επικοινωνήσετε. 3. Ζητήστε αποσαφήνιση και επικύρωση. 4. Δώστε θετική ενίσχυση όταν η επαφή με τα μάτια χρησιμοποιείται για τη μετάδοση μη λεκτικών εκφράσεων. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η συνοχή διευκολύνει την εμπιστοσύνη και ενισχύει την ικανότητα του φροντιστή να κατανοεί τις προσπάθειες επικοινωνίας του παιδιού. 2. Η πρόβλεψη των αναγκών συμβάλλει στην ελαχιστοποίηση της απογοήτευσης ενώ το παιδί μαθαίνει δεξιότητες επικοινωνίας. 3. Η επικύρωση διασφαλίζει ότι το επιθυμητό μήνυμα έχει μεταφερθεί. 4. Η θετική ενίσχυση αυξάνει την αυτοεκτίμηση και ενθαρρύνει την επανάληψη.
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Σχετίζεται με: Ανεπαρκή αισθητηριακή διέγερση, νευρολογικές μεταβολές		
Κριτήρια αποτελεσμάτων	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αιτιολογία
<p><u>Βραχυπρόθεσμος στόχος</u></p> <p>Το παιδί θα ονομάσει τα μέρη του σώματός του ως ξεχωριστά και ατομικά από αυτά των άλλων.</p> <p><u>Μακροπρόθεσμος στόχος</u></p> <p>Το παιδί θα αναπτύξει την ταυτότητα του εγώ (που αποδεικνύεται από την ικανότητα να αναγνωρίζει τον φυσικό και</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Βοηθήστε το παιδί να αναγνωρίσει ξεχωριστό χαρακτήρα κατά τις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης, όπως το ντύσιμο και η σίτιση. 2. Βοηθήστε το παιδί να μάθει να ονομάζει τα μέρη του σώματος. Αυτό μπορεί να διευκολυνθεί με τη χρήση καθρεπτών, σχεδίων και εικόνων του παιδιού. Ενθαρρύνετε την κατάλληλη επαφή και το άγγιγμα από τους 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η αναγνώριση των τμημάτων του σώματος κατά την περιποίηση και τη διατροφή αυξάνει την ευαισθητοποίηση του παιδιού για τον εαυτό του ως ξεχωριστό. 2. Όλες αυτές οι δραστηριότητες μπορούν να συμβάλλουν στην αύξηση της συνειδητοποίησης του παιδιού για τον εαυτό του ως ξεχωριστού από τους

συναισθηματικό εαυτό ως ξεχωριστό από τους άλλους) μέχρι να τελειώσει τη θεραπεία.	άλλους.	άλλους.
--	---------	---------

Η αξιολόγηση της φροντίδας του παιδιού με αυτιστική διαταραχή αντικατοπτρίζει εάν οι νοσηλευτικές ενέργειες ήταν αποτελεσματικές για την επίτευξη των καθιερωμένων στόχων. Η νοσηλευτική διαδικασία απαιτεί την επανεξέταση του σχεδίου. Μερικές από τις ερωτήσεις που χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής για τη συλλογή δεδομένων επαναξιολόγησης είναι οι παρακάτω:

- Το παιδί έχει κατορθώσει να δημιουργήσει εμπιστοσύνη με τουλάχιστον έναν φροντιστή;
- Είναι αποτελεσματικές οι νοσηλευτικές ενέργειες που αποσκοπούν στην αποτροπή των ακρωτηριασμών συμπεριφοράς στην προστασία του παιδιού από αυτοτραυματισμό;
- Το παιδί προσπάθησε να αλληλεπιδράσει με άλλους; Έχει λάβει θετική ενίσχυση για αυτές τις προσπάθειες;
- Έχει βελτιωθεί η επαφή με τα μάτια;
- Έχει δημιουργήσει το παιδί ένα μέσο επικοινωνίας των αναγκών και των επιθυμιών του με άλλους; Έχουν εκπληρωθεί όλες οι ανάγκες αυτοεξυπηρέτησης;
- Το παιδί καταδεικνύει ότι ο εαυτός είναι ξεχωριστός από τους άλλους; Μπορεί αυτός ή αυτή να κατονομάσει τα μέρη του σώματος και τα μέρη του σώματος του φροντιστή;
- Μπορεί το παιδί να αποδεχθεί την αφή από άλλους; Μήπως αυτός ή αυτή αγγίζει πρόθυμα και κατάλληλα τους άλλους; (Townsend, 2011)

4.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία

Κάθε παιδί με αυτισμό χρειάζεται εξατομικευμένη αξιολόγηση και θεραπεία, καθώς δεν είναι όλες οι περιπτώσεις ίδιες μεταξύ τους. Ο στόχος της παρέμβασης του νοσηλευτή είναι η βελτίωση της κοινωνικής επικοινωνίας και άλλων γλωσσικών προβλημάτων και η τροποποίηση των συμπεριφορών για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του παιδιού και την αύξηση της κοινωνικής του αποδοχής. Τα βασικά αποτελέσματα επικεντρώνονται στις βελτιώσεις της κοινωνικής επικοινωνίας που επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να αναπτύσσει σχέσεις, να λειτουργεί αποτελεσματικά και να συμμετέχει ενεργά στην καθημερινή ζωή.

Πρωταρχικό μέλημα του νοσηλευτή είναι να διδάξει στα μέλη της οικογένειας τα σημάδια και τα συμπτώματα που εμφανίζει ένα άτομο με αυτιστική διαταραχή. Θα πρέπει να βοηθήσει ιδιαίτερα τους γονείς να καταλάβουν ότι ο αυτισμός του παιδιού τους δεν είναι αποτέλεσμα κακής γονικής μέριμνας. Σε συνέχεια της οικογενειακής υποστήριξης και εφαρμόζοντας προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς του παιδιού, ο νοσηλευτής θα πρέπει να προωθήσει θετική ενίσχυση, να αυξήσει την κοινωνική ευαισθητοποίηση του παιδιού, να το διδάξει προφορικές δεξιότητες επικοινωνίας και να μειώσει όσο το δυνατόν γίνεται την απαράδεκτη συμπεριφορά του. Η παροχή μιας δομημένης ρουτίνας για το παιδί είναι κρίσιμη για τη διαχείριση της αυτιστικής διαταραχής.

Εκτός από τα φάρμακα, η θεραπεία για παιδιά με αυτιστική διαταραχή συνήθως περιλαμβάνει:

- τον καθορισμό των στόχων με βάση τα δεδομένα αξιολόγησης που στοχεύουν στα βασικά ελλείμματα και επικεντρώνονται στην εκκίνηση της αυθόρμητης επικοινωνίας σε λειτουργικές δραστηριότητες, στην εμπλοκή σε αμοιβαίες επικοινωνιακές αλληλεπιδράσεις και στη γενίκευση οφέλους από δραστηριότητες, περιβάλλοντα και επικοινωνία με άλλους.
- τη χρήση ενός πολυτροπικού συστήματος επικοινωνίας (π.χ. ομιλούμενη γλώσσα, χειρονομίες, νοηματική γλώσσα, επικοινωνία εικόνας, συσκευές παραγωγής ομιλίας ή / και γραπτή γλώσσα) που εξατομικεύεται ανάλογα με τις ικανότητες του ατόμου και τα συμφραζόμενα της επικοινωνίας.
- τις οικογενειακές προτεραιότητες κατά την επιλογή των στόχων παρέμβασης - τα ουσιαστικά αποτελέσματα συνδέονται στενά με την ικανότητα επικοινωνίας σε λειτουργικά κοινωνικά πλαίσια (π.χ. οικιακά, σχολικά, επαγγελματικά και κοινοτικά περιβάλλοντα).
- την ενσωμάτωση των πολιτισμικών, γλωσσικών και προσωπικών αξιών και ιδιοτήτων μοναδικών για κάθε άτομο σε θεραπευτικές δραστηριότητες.
- μια σειρά από προσεγγίσεις για την ενίσχυση των δεξιοτήτων επικοινωνίας
- αναπτυξιακές ακολουθίες και διαδικασίες γλωσσικής ανάπτυξης για να παράσχουν ένα πλαίσιο για τον καθορισμό των βασικών γραμμών και των επιπτώσεων για τους στόχους παρέμβασης.
- Μέτρηση της προόδου χρησιμοποιώντας συστηματικές μεθόδους προσδιορισμού του οφέλους του αυτιστικού παιδιού από ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα ή στρατηγική θεραπείας (ASHA, 2018)

Ο νοσηλευτής έχει ως υποχρέωση να δουλέψει με το παιδί ως ένας προς ένα. Πρέπει να προσπαθήσει να προσδιορίσει από που προέρχεται μια απaráδεκτη συμπεριφορά του παιδιού και να παρέμβει στη συνέχεια με δραστηριότητες εκτροπής ή αντικατάστασης αυτής της συμπεριφοράς. Μέλημά του είναι να προστατέψει το παιδί όταν εμφανίζονται αυτο-ακρωτηριαστικές συμπεριφορές και να του μεταφέρει ζεστασιά, αποδοχή και διαθεσιμότητα. Επιβάλλεται η υποστήριξη των προσπαθειών του παιδιού να αλληλεπιδράσει με άλλους και η θετική ενίσχυση με την οπτική επαφή. Επίσης, ο νοσηλευτής, στο πλαίσιο της θεραπείας, θα πρέπει να μπορεί να προβλέψει και να εκπληρώσει τις ανάγκες του παιδιού μέχρι αυτό να μπορέσει να επικοινωνήσει. Το παιδί θα πρέπει να αναπτύξει την προσωπική του ταυτότητα και να δεχτεί την κατάλληλη επαφή και το άγγιγμα από τους άλλους (Townsend, 2011).

4.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευση των γονέων

Η εκπαίδευση των γονέων ορίζεται ως μια εκπαιδευτική προσπάθεια που προσπαθεί να ενισχύσει ή να διευκολύνει τις γονικές συμπεριφορές που με τη σειρά τους θα επηρεάσουν τα θετικά αναπτυξιακά αποτελέσματα των συμμετεχόντων και των παιδιών τους (Smithetal., 2002). Προηγούμενες μελέτες επιβεβαίωσαν ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων που περιλαμβάνουν συστατικά συμβουλευτικής ή επικεντρώνονται σε πτυχές συμβουλευτικής (διαχείριση συναισθημάτων, γνωστικών και συμπεριφοριστικών) είναι χρήσιμα για τους γονείς των παιδιών με αυτισμό (Bitsika&Sharpley, 2000). Μια ανασκόπηση των προγραμμάτων γονικής εκπαίδευσης για τους γονείς των παιδιών με αυτισμό (Schultzetal., 2013) έδειξε ότι η εκπαίδευση των γονέων μπορεί να αυξήσει τις γνώσεις και τις δεξιότητες για τη φροντίδα

των παιδιών με αυτιστική διαταραχή, με δύο πιθανά οφέλη: μειώνοντας το άγχος και αυξάνοντας την αίσθηση της ικανότητας των γονέων.

Κάποια από τα γνωστότερα κέντρα συμβουλευτικής και εκπαίδευσης γονέων στις ΗΠΑ είναι το Ινστιτούτο May, το Δημόσιο Σύστημα για Παιδιά Προσχολικής Ηλικίας με Αυτισμό της Επαρχίας Montgomery και το TEACCH για Παιδιά Προσχολικής Ηλικίας. Για περισσότερα από 60 χρόνια, το Ινστιτούτο May έχει καθοδηγηθεί από την αποστολή του να παρέχει παρηγορητική φροντίδα και να βοηθά τις οικογένειες να κατευθύνουν τις προκλήσεις - και να γιορτάσουν τις επιτυχίες - των ταξιδιών των παιδιών τους μέσω του σύνθετου κόσμου του αυτισμού και των συναφών αναπηριών. Το Ινστιτούτο May είναι ένας από τους μεγαλύτερους παρόχους ιδιωτικών σχολείων που εξυπηρετούν ειδικά τα παιδιά με αυτισμό. Οι τέσσερις σχολές του Ινστιτούτου στη Μασαχουσέτη και την Καλιφόρνια προσφέρουν εκπαιδευτικές υπηρεσίες όλο το εικοσιτετράωρο σε παιδιά και εφήβους. Εστιάζουν στην οικοδόμηση επικοινωνιακών, κοινωνικών, συμπεριφορικών, επαγγελματικών και ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, βασισμένοι στην ανάλυση εφαρμοσμένης συμπεριφοράς (ABA). Οι θεραπευτικές συνεδρίες του γονέα πραγματοποιούνται κατ' οίκον, 15 ώρες τη βδομάδα και όταν αυτή η εκπαίδευση ολοκληρωθεί, ο γονέας αναλαμβάνει τη διαχείριση της θεραπείας του παιδιού, τουλάχιστον 10 ώρες τη βδομάδα. Ο νοσηλευτής είναι παρών για την παροχή οποιασδήποτε βοήθειας, αποσύροντας σταδιακά τις υπηρεσίες του, ανάλογα πάντα και με τις ανάγκες της κάθε οικογένειας. Συνεργαζόμενος με τις οικογένειες για να προετοιμαστούν για τη μετάβαση στην ενηλικίωση και αξιοποιώντας τους πόρους που έχει στη διάθεσή του, ο νοσηλευτής βοηθά κάθε παιδί να φτάσει στα υψηλότερα δυνατά του (MayInstitute, 2018).

Το Δημόσιο Σύστημα για Παιδιά Προσχολικής Ηλικίας με Αυτισμό της Επαρχίας Montgomery παρέχει υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης για να βοηθήσει τις οικογένειες με τις προσπάθειές τους να αντιμετωπίσουν τις αναπτυξιακές και ειδικές ανάγκες των παιδιών τους. Εξυπηρετεί οικογένειες με αυτιστικά παιδιά, από τη γέννησή τους μέχρι και την έναρξη του σχολικού έτους μετά τα τέταρτα γενέθλια. Η οικογένεια και ο νοσηλευτής εργάζονται ως ομάδα για να καθορίσουν τις προτεραιότητες, να μάθουν για τους διαθέσιμους πόρους και να συζητήσουν τα δυνατά σημεία και τις ανάγκες του παιδιού. Αρχικά, πραγματοποιείται το εντατικό μηνιαίο πρόγραμμα εκπαίδευσης για τους γονείς, για να αποκτήσουν εξοικείωση με την κοινωνικο-συμπεριφοριστική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των αναγκών των αυτιστικών παιδιών τους. Στη συνέχεια, οι υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης παρέχονται στο φυσικό περιβάλλον του παιδιού. Ο νοσηλευτής επισκέπτεται ωριαία την οικία της οικογένειας, για να εκπαιδεύσει τους γονείς να εφαρμόσουν φυσικούς τρόπους παρέμβασης στο παιδί. Καθήκον του είναι να μάθει στους γονείς τους τρόπους που θα κινητοποιήσουν το παιδί να αναλάβει πρωτοβουλίες σε σχέση με την επικοινωνία του. Μπορεί να συνεισφέρει στα ακόλουθα με βάση τις ανάγκες κάθε παιδιού και οικογένειας:

- Οικογενειακή συμβουλευτική
- Οικογενειακή υποστήριξη
- Οικογενειακή εκπαίδευση
- Διατροφική συμβουλευτική
- Εργοθεραπεία
- Φυσική θεραπεία
- Θεραπεία λόγου / γλώσσας (Montgomery County Public Schools, 2018)

Το Πρόγραμμα TEACCH για τον αυτισμό του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνας είναι ένα πανεπιστημιακό σύστημα κοινοτικών περιφερειακών κέντρων που προσφέρει ένα σύνολο βασικών υπηρεσιών μαζί με μοναδικά προγράμματα επίδειξης που

ικανοποιούν τις κλινικές, εκπαιδευτικές και ερευνητικές ανάγκες των ατόμων με Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος και των οικογενειών τους. Το πρόγραμμα ιδρύθηκε από τον Dr. Eric Schopler το 1972 και αποτελεί πρότυπο για άλλα προγράμματα σε όλο τον κόσμο. Παρέχει κλινικές υπηρεσίες όπως αρχική παραπομπή και συμβουλευτική, διαγνωστικές αξιολογήσεις, συνεδρίες οικογενειακής συμβουλευτικής και ομάδες υποστήριξης γονέων, ομάδες κοινωνικής ψυχαγωγίας, ατομική συμβουλευτική για υψηλότερης λειτουργικότητας ασθενείς και υποστηριζόμενη απασχόληση. Σχετικά με την εκπαίδευση των γονέων, ο νοσηλευτής παρέχει εκπαίδευση τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο του παιδιού, μέσω της διεξαγωγής θεραπευτικών συνεδριών με το παιδί, για τη βελτίωση της συμπεριφοράς του και των μαθησιακών του δεξιοτήτων (TEACCH, 2018).

5. Εκπαίδευση αυτιστικών παιδιών

Η έναρξη του σχολείου είναι ένα σημαντικό γεγονός στη ζωή κάθε παιδιού πόσο μάλλον για τα παιδιά με αυτιστική διαταραχή (Quintero & McIntyre, 2011). Οι μοναδικές κοινωνικές, επικοινωνιακές και συμπεριφορικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με αυτισμό μπορεί να παρουσιάσουν επιπλέον εμπόδια για μια θετική αρχή στο σχολείο (Denkyirah & MAgbeke, 2010). Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς οι εκπαιδευτικοί θεωρούν τις κοινωνικές δεξιότητες πιο σημαντικές από τις ακαδημαϊκές δεξιότητες για την επιτυχή προσαρμογή στο νηπιαγωγείο (Fontil & Petrakos, 2015). Ένα αυξανόμενο σύνολο αποδεικτικών στοιχείων υποστηρίζει την αντίληψη ότι τα παιδιά που έχουν θετική έναρξη στο σχολείο είναι πιθανό να εμπλακούν καλά και να βιώσουν ακαδημαϊκή και κοινωνική επιτυχία (Denkyirah & MAgbeke, 2010). Τα παιδιά με αυτισμό διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κακών σχολικών αποτελεσμάτων, συμπεριλαμβανομένων συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων (Fleury et al., 2015) και εκφοβισμού (Sterzing et al., 2015) που οδηγούν σε σχολικό αποκλεισμό (Donno et al., 2010) ή απόρριψη από ομοτίμους (Rotheram-Fuller et al., 2010). Είναι επομένως κρίσιμο να εντοπίζονται και να γίνονται κατανοητοί οι προστατευτικοί παράγοντες, καθώς και τα εμπόδια στη θετική μετάβαση στο σχολείο σε παιδιά με αυτισμό (Denkyirah & MAgbeke, 2010).

Η διαδικασία μετάβασης αρχίζει στην προσχολική ηλικία, όπου το παιδί ετοιμάζεται για το σχολείο, ενώ ταυτόχρονα αξιολογείται εάν είναι έτοιμο, δηλαδή αν έχει αποκτήσει ικανότητες σε διάφορους τομείς: συναισθηματικό, συμπεριφορικό, κοινωνικό και ακαδημαϊκό. Ωστόσο, είναι εξίσου σημαντικό οι γονείς, τα σχολεία και οι εκπαιδευτικοί να είναι προετοιμασμένοι για τις ειδικές ανάγκες των παιδιών με αυτισμό. Είναι σημαντικό να εντοπιστούν τα πλεονεκτήματα και τα ελλείμματα αυτών των παιδιών πριν ξεκινήσουν το σχολείο. Για να είναι επιτυχής αυτή η διαδικασία μετάβασης, η παρέμβαση και η υποστήριξη πρέπει να υπερβούν το στάδιο προετοιμασίας και να συνεχιστούν μετά την έναρξη του σχολείου. Δεκαετίες έρευνας έχουν αποδείξει τις θετικές επιπτώσεις των προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης για παιδιά με αυτισμό καθώς και την επιτυχία των προγραμμάτων μεταγενέστερης παρέμβασης για παιδιά στη σχολική ηλικία. Τέλος, για τα αυτιστικά παιδιά, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στις δεξιότητες κοινωνικοποίησης και επικοινωνίας είναι κρίσιμες. Προκειμένου να δοθεί μια επιτυχημένη έναρξη στο σχολείο

για αυτά τα παιδιά, είναι σημαντικό να αναπτυχθούν σχολικά προγράμματα που στοχεύουν σε μια σειρά εξειδίκευσης σε διάφορους τομείς συμπεριφοράς, κοινωνικής και ακαδημαϊκής. Ωστόσο, για να αναπτυχθούν προγράμματα που βασίζονται σε τεκμήρια, είναι σημαντικό να καθοριστούν πρώτα ποιες πτυχές των σημερινών σχολικών παρεμβάσεων ήταν επιτυχείς στο να στοχεύσουν ένα ευρύ φάσμα δεξιοτήτων και συμπεριφορών.

5.1. Επιλογές εκπαίδευσης για αυτιστικά παιδιά

Ενσωμάτωση και αυτισμός

Όταν χρησιμοποιείται ο όρος ενσωμάτωση περιγράφει γενικά μια ρύθμιση στην οποία το αυτιστικό παιδί είναι μέρος μιας τυπικής τάξης με ελάχιστη επιπλέον υποστήριξη. Ορισμένα σχολεία μπορεί να είναι σε θέση να το αντιμετωπίσουν, αλλά γενικά το παιδί αναμένεται να συμπεριφέρεται κατάλληλα σε μια μεγάλη ομάδα, να παρακολουθεί τον καθηγητή και να βρίσκεται κοντά στο επίπεδο της τάξης. Η ενσωμάτωση γενικά είναι καλύτερη για τα αυτιστικά παιδιά υψηλής λειτουργικότητας και τουλάχιστον μέτριας κοινωνικότητας. Μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη για τα παιδιά που δεν είναι λεκτικά και έχουν πολύ άγχος (JoRudy, 2017).

Ένταξη και Αυτισμός

Η ένταξη είναι ο νέος όρος για την ενσωμάτωση με υποστήριξη. Τα αυτιστικά παιδιά συμπεριλαμβάνονται στις τάξεις με τα τυπικά παιδιά αλλά μπορεί να έχουν σημαντικές υποστηρίξεις για να είναι επιτυχημένα. Ορισμένες επιλογές υποστήριξης περιλαμβάνουν έναν βοηθό ένας προς ένα, προσαρμοσμένο πρόγραμμα σπουδών, ειδικές κοινωνικές ομάδες και πολλά άλλα. Πολλοί γονείς προτιμούν την ένταξη ως συμβιβασμό μεταξύ μιας τάξης ειδικών αναγκών και της μη υποστηριζόμενης ενσωμάτωσης. Και, πράγματι, η ένταξη μπορεί να είναι μια καταπληκτική επιλογή στο σωστό πλαίσιο.

Υπάρχουν, ωστόσο, λίγα δυνητικά μειονεκτήματα στην ένταξη. Για παράδειγμα, τα αυτιστικά παιδιά σε μια τυπική τάξη μπορεί να υποφέρουν από εκφοβισμό και πειράγματα. Εάν το παιδί έχει βοηθό ένας προς ένα, ο δάσκαλος μπορεί να δει το αυτιστικό παιδί ως "φροντισμένο" και να εστιάσει την προσοχή του σε άλλους μαθητές. Αν το παιδί έχει προσαρμοσμένο πρόγραμμα σπουδών, μπορεί να πέσει στην παγίδα να του διδαχθεί από τον βοηθό και όχι από τον εκπαιδευμένο εκπαιδευτή (JoRudy, 2017).

Η τάξη ειδικών αναγκών

Συχνά, τα αυτιστικά παιδιά τοποθετούνται σε μια γενική τάξη ειδικών αναγκών στο τοπικό δημόσιο σχολείο. Αυτή η επιλογή μπορεί να λειτουργήσει καλά εάν ο εκπαιδευτικός είναι άρτια εκπαιδευμένος και έμπειρος στη διδασκαλία αυτιστικών παιδιών. Οι ομάδες είναι συνήθως μικρότερες, υπάρχουν περισσότερες ευκαιρίες για να εξασκήσουν κοινωνικές δεξιότητες, ενώ οι κατηγορίες ειδικών αναγκών συμπεριλαμβάνονται γενικά σε όλες τις σχολικές δραστηριότητες και εκδηλώσεις.

Οι αίθουσες ειδικών αναγκών ωστόσο, προορίζονται γενικά για παιδιά με τυπική κοινωνική ανάπτυξη που δεν συνεργάζονται καλά με τους ακαδημαϊκούς. Τα αυτιστικά παιδιά συχνά όμως, έχουν ακριβώς το αντίθετο πρόβλημα: είναι σχετικά άνετα με τους ακαδημαϊκούς, αλλά δεν τα πάνε καλά με τις κοινωνικές δεξιότητες. Ως αποτέλεσμα, το πρόγραμμα που προσφέρεται στην τάξη ειδικών αναγκών μπορεί να είναι εντελώς λάθος για το παιδί (JoRudy, 2017).

Αυτιστικές αίθουσες υποστήριξης στις δημόσιες σχολές

Ορισμένες μεγαλύτερες συνοικίες και περιφερειακά εκπαιδευτικά ιδρύματα προσφέρουν εξειδικευμένες αίθουσες αυτιστικής υποστήριξης σε τυπικά δημόσια σχολεία. Αυτές οι αίθουσες διδασκαλίας δημιουργούνται για να καλύψουν τις ειδικές ανάγκες των αυτιστικών παιδιών και στελεχώνονται από καθηγητές και βοηθούς που εκπαιδεύονται στον αυτισμό και τη διδασκαλία.

Οι αίθουσες αυτιστικής υποστήριξης έχουν πολλά μεγάλα πλεονεκτήματα: συνήθως είναι πολύ μικρές. Προσφέρουν υποστήριξη με εργαλεία οπτικής διδασκαλίας, τα οποία επιλέγονται ειδικά για φοιτητές με αυτισμό. Και μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν εντατική εκπαίδευση λόγου και κοινωνικών δεξιοτήτων στα προγράμματα σπουδών τους. Επιπλέον, τα παιδιά που φοιτούν σε τάξεις αυτιστικής υποστήριξης, όπως και εκείνα που φοιτούν σε ειδικές αίθουσες διδασκαλίας, περιλαμβάνονται συνήθως σε γενικές σχολικές δραστηριότητες.

Οι αίθουσες αυτιστικής υποστήριξης, ωστόσο, τείνουν να είναι αρκετά διαχωρισμένες από το υπόλοιπο σχολείο. Τα παιδιά σε αυτές τις τάξεις ξοδεύουν συχνά όλη ή τμήμα της ημέρας με άλλα αυτιστικά παιδιά. Επιπλέον, με τόσο μεγάλη προσοχή στην οικοδόμηση κοινωνικών δεξιοτήτων, αυτές οι αίθουσες διδασκαλίας μπορεί να παραμελούν τις ακαδημαϊκές ικανότητες του παιδιού (JoRudy, 2017).

"Ειδικά" ιδιωτικά σχολεία και αυτισμός

Τα σχολεία που δημιουργούνται ειδικά για αυτιστικά παιδιά έχουν το μεγάλο πλεονέκτημα ότι όλοι στο προσωπικό γνωρίζουν και κατανοούν τον αυτισμό. Μπορούν επίσης να διαθέτουν ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών πόρων διαθέσιμων στο χώρο του σχολείου, όλοι τους ενδεχομένως κατάλληλοι για το παιδί. Από την άλλη πλευρά, φυσικά, αυτά τα σχολεία δέχονται μόνο αυτιστικά παιδιά, πράγμα που σημαίνει ότι το 100% των παιδιών που συναντά το παιδί θα είναι αυτιστικά. Δηλαδή το παιδί δεν θα συναντάει τυπικά πρότυπα και τυπικές δραστηριότητες. Τα σχολεία για αυτιστικά παιδιά είναι συνήθως κατάλληλα αν το παιδί είναι είτε βαθιά αυτιστικό - και κατά συνέπεια είναι απίθανο να λειτουργήσει καλά σε ένα λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον - ή βαθιά δυστυχημένο σε ένα τυπικό περιβάλλον (JoRudy, 2017).

Εκπαίδευση στο σπίτι και αυτισμός

Επειδή οι επιλογές για την εκπαίδευση ενός αυτιστικού παιδιού είναι περιορισμένες - και σε πολλές περιοχές σχεδόν ανύπαρκτες - αυξάνεται ο αριθμός των γονέων που στρέφονται στην οικιακή εκπαίδευση. Η κατ' οίκον εκπαίδευση είναι μια σκληρή διαδικασία για πολλές οικογένειες δεδομένου ότι απαιτεί τη σχεδόν πλήρη απασχόληση και συμμετοχή ενός ή και των δύο γονέων και μπορεί επίσης να απαιτήσει μια σημαντική οικονομική θυσία όταν ένας γονέας εγκαταλείπει το σπίτι. Για πολλές οικογένειες, όμως, η επιλογή έχει νόημα, ιδιαίτερα αν η σχέση με την τοπική σχολική συνοικία έχει γίνει πολύ τεταμένη. Το πλεονέκτημα στην οικιακή εκπαίδευση είναι η απόλυτη ευελιξία της σε σχέση με το κάθε παιδί. Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα όμως που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες στην κατ' οίκον εκπαίδευση είναι η αντίδραση του στενού περιβάλλοντος, που μπορεί να κάνει δύσκολο να διατηρηθεί η εμπιστοσύνη και η ενέργεια (JoRudy, 2017).

5.2. Μέθοδοι διδασκαλίας αυτιστικών παιδιών

Πολλοί άνθρωποι θεωρούν τη διδασκαλία των αυτιστικών παιδιών ως επιπλέον πρόκληση, καθώς δεν μαθαίνουν με συμβατικούς τρόπους. Ωστόσο, η διδασκαλία ενός

αυτιστικού παιδιού απλά απαιτεί διδασκαλία με διαφορετικό τρόπο. Παρακάτω υπάρχουν μερικές μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι εκπαιδευτικοί όταν διδάσκουν ένα παιδί, που θα το βοηθήσει να αξιοποιήσει στο έπακρο την εκπαίδευσή του. Η δημιουργία αναφοράς και η συμμετοχή του παιδιού είναι το κλειδί.

Αξιοποίηση στο έπακρο των ενδιαφερόντων του παιδιού

Πολλά αυτιστικά παιδιά μπορούν να αναπτύξουν σταθεροποιήσεις σε πράγματα που τους ενδιαφέρουν. Ένα παιδί στο οποίο δίνεται υλικό διδασκαλίας που ταιριάζει με τα ενδιαφέροντά του θα είναι πολύ πιο πιθανό να εμπλακεί.

Ανάπτυξη των μυών τους

Το γράψιμο μπορεί να αποτελέσει ιδιαίτερη πρόκληση για τα αυτιστικά παιδιά, καθώς χρειάζεται να αναπτύξουν τις λεπτές κινητικές δεξιότητές τους. Καθώς συμβαίνει αυτό, μπορεί να είναι καλή ιδέα να αναπτύξει αυτές τις δεξιότητες πρώτα, προτού προχωρήσει στη συγγραφή. Η συμπίεση κάποιου μαλακού υλικού ή πλαστελίνης βοηθάει στην ανάπτυξη των μυών και όσο περισσότερο αυτοί αναπτύσσονται, τόσο πιο εύκολα θα μπορούν να χειριστούν σκληρότερα αντικείμενα.

Έλεγχος για αισθητηριακή υπερφόρτωση

Η οποιαδήποτε εκμάθηση μπορεί να οδηγήσει σε αισθητηριακή υπερφόρτωση στα αυτιστικά παιδιά. Νέα αξιοθέατα, ήχοι και υφές μπορεί μερικές φορές να είναι συντριπτικά. Οι εκπαιδευτικοί μερικές φορές διαπιστώνουν ότι το παιδί είναι ανθεκτικό στη νέα μάθηση, αλλά μπορεί να μην καταλάβει ότι το περιβάλλον του παιδιού είναι κρίσιμο.

Διδασκαλία με οπτικά βοηθήματα

Για πολλά αυτιστικά παιδιά, είναι ευκολότερο να μάθουν αν τους δίνεται η δυνατότητα να μάθουν οπτικά. Ορισμένα παιδιά με αυτισμό σκέφτονται σε εικόνες και όχι σε λέξεις, έτσι ώστε η μοντελοποίηση να τους βοηθάει να επεξεργάζονται πληροφορίες.

Προσφορά εναλλακτικών μέσων επικοινωνίας

Πολλά αυτιστικά παιδιά δεν μπορούν να εκφραστούν με τους ίδιους τρόπους με τους τυπικούς συνομηλίκους τους. Το 1/3 των αυτιστικών παιδιών είναι μη λεκτικά, οπότε μπορεί να αισθάνονται ότι η διδασκαλία τους είναι πιο δύσκολη. Ευτυχώς, με κάποια δημιουργικότητα και τεχνολογία, αυτό δεν χρειάζεται να συμβαίνει. Με την ανάπτυξη των τάμπλετ τα τελευταία χρόνια, μπορεί να είναι ευκολότερο από ποτέ να επικοινωνεί κανείς με ένα παιδί. Υπάρχουν πολλές εφαρμογές και λογισμικό που μπορούν να τα βοηθήσουν στην επικοινωνία και στην έκφραση των αναγκών τους. Οι κάρτες με εικόνες αποτελεί μια εναλλακτική λύση που μπορεί να τους βοηθήσει να κατανοήσουν τα συναισθήματα και να ζητήσουν βοήθεια.

Δημιουργικότητα

Είναι αλήθεια για όλους τους μαθητές ότι μια αλλαγή στα κανονικά πρότυπα διδασκαλίας μπορεί να βοηθήσει τεράστια, αλλά αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τα αυτιστικά παιδιά. Όταν οι τακτικές διδακτικές μεθοδολογίες δεν λειτουργούν, η αλλαγή των πραγμάτων μπορεί να κάνει τη διαφορά. Για παράδειγμα, η χρήση της μουσικής για διδασκαλία μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά να καταλάβουν μια έννοια.

Διδασκαλία στο ρυθμό του παιδιού

Τέλος, είναι πολύ σημαντικό να ρυθμίζεται ο ρυθμός της μάθησης, ανάλογα με την ανταπόκριση του παιδιού. Αν υπάρχουν σημάδια απογοήτευσης και κόπωσης, πρέπει να

χαμηλώσει ο ρυθμός της διαδασκαλίας. Το παιδί θα είναι πιο δεκτικό στον δάσκαλο αν αυτός συμβαδίζει με την ταχύτητά του (Summers, 2018).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1

Αγοράκι 2,5 ετών εισήλθε στα Ε.Ι του Καραμανδανείου με τα συμπτώματα: έλλειψη οπτικής επαφής, περίεργη αντίδραση σε αγκαλιές και χάρδια ακόμα και της μητέρας του. Επιπλέον έχει καθυστέρηση της ομιλίας και τάση απομόνωσης από τα άλλα παιδιά.

Ανάγκες- Προβλήματα

- Έλλειψη οπτικής επαφής
- Καθυστέρηση ομιλίας
- Περίεργη αντίδραση σε αγκαλιά και χάρδια
- Τάση απομόνωσης από τα άλλα παιδιά

1.Αξιολόγηση ασθενούς,ανάγκες-προβλήματα,νοσηλευτική διάγνωση	2.Αντικειμενικός σκοπός	3.Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4.Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	5.Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Έλλειψη οπτικής επαφής 	<p>Το παιδί να βελτιώσει την έλλειψη οπτικής επαφής</p>	<p>Προκαλούμε την προδοχή του παιδιού με κάποιον ενισχυτή (π.χπαιχνίδι,σοκολάτα)</p>	<p>Κεντρίζου με την προσοχή του παιδιού με το παιχνίδι και το επιβραβεύουμε</p>	<p>Το παιδί βελτίωσε κατά πολύ την έλλειψη οπτικής επαφής</p>
<ul style="list-style-type: none"> Καθυστέρηση ομιλίας 	<p>Το παιδί να μπορέσει να επικοινωνήσει με τους άλλους</p>	<ul style="list-style-type: none"> Προσπαθούμε να επικοινωνήσουμε με ερωτήσεις κλειστού τύπου (ναι η όχι) και με χειρονομίες Προτείνουμε στους γονείς να αρχίσει το παιδί μαθήματα λογοθεραπείας 	<p>Καταφέραμε το παιδί να απαντήσει στις ερωτήσεις με ένα ναι η όχι</p>	<p>Το παιδί κατάφερε να μιλήσει καλύτερα και να μπορεί να επικοινωνήσει όχι μόνο με ναι η όχι</p>
<ul style="list-style-type: none"> Περίεργη αντίδραση σε αγκαλιές και χάρδια ακόμα και της μητέρας του 	<p>Το παιδί να μην αντιδρά περίεργα όταν το χαιδεύουν ή όταν το αγγίζουν</p>	<p>Αποφεύγουμε συμπεριφορές που του προκαλούν άγχος και φόβο και προσπαθούμε να το κάνουμε να μας έχει εμπιστοσύνη</p>	<p>Αποφύγαμε συμπεριφορές που καταλάβαμε ο,τι δεν του άρεσαν όπως απότομες κινήσεις</p>	<p>Πετύχαμε τον σκοπό το παιδί να μας έχει εμπιστοσύνη και έτσι δεν αντιδρά περίεργα στις αγκαλιές και στα χάρδια</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Τάση απομόνωσης από τα άλλα παιδιά 	<p>Το παιδι να μπορέσει να κάνει φίλιες και να παίζει με τα άλλα παιδιά</p>	<p>Αν είναι δυνατόν</p> <ul style="list-style-type: none"> • Φτιάχνουμε ομάδες παιδιών και μέσα από το παιχνίδι ιστοριούλες και roleplaying • Παράγουμε και προωθούμε την μοναδικότητα και τις ιδιαιτερότητες κάθε παιδιού αλλά ταυτόχρονα και τα άλλα σημεία που συγκλίνουν π.χ. ενδιαφέροντα, χόμπι • Προτρέπουμε τα παιδιά να συνεργαστούν μέσα από το παιχνίδι • Παρατηρούμε λάθη και συμπεριφορές και δουλεύουμε πάνω σε αυτά 	<p>Φτιάξουμε ομάδα παιδιών και τους βάλουμε να παίζουν παιχνίδια με ιστορίες και roleplaying</p>	<p>Το παιδι κατάφερε να μπορεί να συνεργάζεται και να παίζει με άλλα παιδιά</p>
--	---	--	--	---

Νοσηλευτική Διεργασία 2

Κοριτσάκι 10 ετών με χαρακτηριστικά τυπικού αυτισμού και ελαφριά νοητική στέρηση με συμπτώματα: απομόνωση (σαν να μην ακούει και να βλέπει αντικείμενα και πρόσωπα) ,υπερβολικός φόβος στην συναναστροφή, δυσκολία στον ύπνο και εμμονές σε πράγματα.

Ανάγκες- προβλήματα

- Απομόνωση (σαν να μην ακούει και να βλέπει αντικείμενα και πρόσωπα)
- Υπερβολικός φόβος στην συναναστροφή
- Δυσκολία στον ύπνο
- Εμμονές σε πράγματα

1.Αξιολόγηση ασθενούς,ανάγκες,προβλήματα, Νοσηλευτική διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4.Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	5.Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Απομόνωση (σαν να μην ακούει,βλέπει αντικείμενα και πρόσωπα) 	<p>Το παιδί να μην απομονώνεται από τους άλλους</p>	<ul style="list-style-type: none"> Προσπαθούμε να τραβήξουμε την προσοχή του με κάποιο αντικείμενο και να το επιβραβεύσουμε. Επιπλέον δεν πρέπει να κάνουμε απότομες κινήσεις προκειμένου να μην το φοβίσουμε 	<p>Κεντρίσαμε το ενδιαφέρον του παιδιού με ένα παιχνίδι και το φέραμε πιο κοντά μας μιλώντας του ήρεμα</p>	<p>Το παιδί άκουγε όταν το φωνάζαμε και δεν αδιαφορούσε. Όταν είχαμε κάποιο αντικείμενο έστρεφε το ενδιαφέρον του εκεί</p>
<ul style="list-style-type: none"> Δυσκολία στον ύπνο 	<p>Το παιδί να μπορεί να κοιμάται φυσιολογικά</p>	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος Διάβασμα ενός βιβλίου Χορήγηση μυοχαλαρωτικών χαπιών με βάση την εντολή γιατρού 	<p>Εξασφάλισα με ήρεμο περιβάλλον στο παιδί και του διαβάσαμε το αγαπημένο του παραμύθι. Χορηγήσαμε μυοχαλαρωτικά χάπια σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού</p>	<p>Το παιδί κατάφερε να κοιμάται φυσιολογικά</p>
<ul style="list-style-type: none"> Υπερβολικός φόβος στην συναναστροφή 	<p>Το παιδί πρέπει να μάθει να συναναστρέφεται χωρίς φόβο</p>	<p>Πρέπει να φτιάξουμε ομάδες παιδιών και να τα βάλουμε να</p>	<p>Φτιάξαμε ομάδες παιδιών και τους βάλουμε να</p>	<p>Το παιδί ξεπέρασε τους φόβους και άρχισε να</p>

	και άγχος	παίζουν με roleplaying και να βρούμε τι κοινό τους αρέσει	να παίζουν παιχνίδια	συναναστρέφεται
<ul style="list-style-type: none"> • Εμμονές σε πράγματα 	Το παιδί θα πρέπει να μην εστιάζει μόνο σε ένα πράγμα που κεντρίζει το ενδιαφέρον και αυτό να γίνεται εμμονή	Προσπαθούμε να του τραβήξουμε το ενδιαφέρον με κάτι που του αρέσει πολύ όπως με μουσική αλλά πάντα σε χαμηλή ενταση ή με ένα πολύχρωμο αντικείμενο π.χ ζωγραφιά	Τραβήξαμε την προσοχή του παιδιού βάζοντας χαμηλή μουσική	Το παιδί κατάφερε να εστιάζει το ενδιαφέρον του και σε άλλα πράγματα

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αμπατζόγλου, Γ., Ζηλίκης, Ν. (2006-2007).
Θέματα ψυχιατρικής παιδιού και εφήβου. Θεσσαλονίκη: Επιτροπή δημοσιευμάτων Α.Π.Θ.
- Βαφιά, Β. (2008). *Διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (ένας οδηγός για τη διάγνωση)- Οι αναπηρίες των αυτιστικών παιδιών (ένας βοηθός για τη διάγνωση)*. Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.
- Γεωργακόπουλος, Π. (2008). Το σύνδρομο Rett. *Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας*, 2, σσ. 138-142.
- Γκονέλα, Ε. (2008). *Αυτισμός αίτιγμα και πραγματικότητα. Από τη θεωρητική προσέγγιση στην εκπαιδευτική παρέμβαση – Για γονείς, εκπαιδευτικούς Γενικής και Ειδικής Αγωγής και νηπιαγωγούς*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ. (2005). *Ψυχοπαθολογία παιδών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: Γ. Δάρδανος.
- Καλύβα, Ε. (2005). *Αυτισμός: Εκπαιδευτικές και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Κυπριωτάκης, Α. (2003). *Τα αυτιστικά παιδιά και η αγωγή τους*. Ηράκλειο: Παπαγεωργίου.
- Νότας, Στ. (2004). *Το παζλ του αυτισμού*. Πρακτικά Διεθνούς Συμποσίου 9 -11 Μαΐου 2003. Λάρισα: Σύλλογος Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Ν. Λάρισας.
- Harpe, F. (1998). *Αυτισμός. Εξηγώντας Το Αίτιγμα*. 3η εκδ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Peeters, T. (2000). *Αυτισμός. Από τη θεωρητική κατανόηση στην εκπαιδευτική παρέμβαση*. Αθήνα: ΕΕΠΑΑ.
- Wing, L. (2000). *Το Αυτιστικό Φάσμα. Ένας οδηγός για τους γονείς και επαγγελματίες*. μτφρ. Παντελής Πρώιος. Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.

Ξένη Βιβλιογραφία

- Aman, M.G., Farmer, C.A., Hollway, J., Arnold, L.E. (2008). Treatment of inattention, overactivity, and impulsiveness in autism spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 17, pp. 713-738.
- Aman, M.G., Singh, N.N., Stewart, A.W., Field, C.J. (1985). The aberrant behavior checklist: a behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *Am J Ment Defic*, 89, pp. 485-491.
- Bailey, A., Luthert, P., Dean, A., et al. (1998). A Clinopathological Study of Autism. *Brain*, 121, pp. 889-905.
- Barbaro, J., Dissanayake, C. (2009). Autism spectrum disorders in infancy and toddlerhood: a review of the evidence on early signs, early identification tools, and early diagnosis. *J Dev Behav Pediatr*, 30(5), pp. 447-459.

- Berument, S.K., Rutter, M., Lord, C., Pickles, A., Bailey, A. (1999). Autism screening questionnaire: diagnostic validity. *Br J Psychiatry*, 175, pp. 444-451.
- Bitsika, V., Sharpley, C. (2000). Development and testing of the effects of support groups on the well-being of parents of children with autism. *Journal of Applied Health Behavior*, 2, pp. 8-15.
- Brondino, N., Fusar-Poli, L., Rocchetti, M., Provenzani, U., Barale, F., Politi, P. (2015). Complementary and Alternative Therapies for Autism Spectrum Disorder. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine :eCAM*, 2015, 258589.
- Bryson, S.E., Clark, B.S., Smith, I.M. (1988). First report of a Canadian epidemiological study of autistic syndromes. *J Child Psychol Psychiatry*, 29(4), pp. 433-445.
- Cohen, D., Pichard, N., Tordjman, S., Baumann, C., Burglen, L., Excoffier, E., Lazar, G., Mazet, P., Pinquier, C., Verloes, A., Heron, D. (2005). Specific genetic disorders and autism: Clinical contribution towards their identification. *J Autism Dev Disord*, 35(1), pp. 103-116.
- Constantino, J.N., Davis, S.A., Todd, R.D., Schindler, M.K., Gross, M.M., Brophy, S.L., et al. (2003). Validation of a brief quantitative measure of autistic traits: comparison of the social responsiveness scale with the autism diagnostic interview-revised. *J Autism Dev Disord*, 33, pp. 427-433.
- Cooper, J.O., Heron, T.E., Heward, W.L. (2007). *Applied behavior analysis*. 2nd ed. Upper Saddle River: Pearson Education.
- Corcoran, J. (2000). Family treatment of preschool behavior problems. *Res Soc Work Pract*, 10, pp. 547-588.
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., et al. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125, pp. 17-23.
- DeMyer, M.K., Barton, S., Alpern, G.D., Kimberlin, C., Allen, J., Yang, E., Steele, R. (1974). The measured intelligence of autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 4, pp. 42-60.
- Denkyirah, A., MAgbeke, W.K. (2010). Strategies for transitioning preschoolers with autism spectrum disorders to kindergarten. *Early Childhood Educ J*, 38, pp. 265-270.
- DiGuseppi, C., Hepburn, S., Davis, J.M., Fidler, D.J., Hartway, S., Lee, N.R., Miller, L., Rutenber, M., Robinson, C. (2010). Screening for autism spectrum disorders in children with Down syndrome. *J Dev Behav Pediatr*, 31, pp. 181-191.
- Donno, R., Parker, G., Gilmour, J., Skuse, D.H. (2010). Social communication deficits in disruptive primary-school children. *Br J Psychiatry*, 196, pp. 282-289.
- Eales, M.J. (1993). Pragmatic impairments in adults with childhood diagnoses of autism or developmental receptive language disorder. *J Autism Dev Disord*, 23(4), pp. 593-617.
- Eriksson, M.A., Westerlund, J., Hedvall, A., Amark, P., Gillberg, C., Fernell, E. (2013). Medical conditions affect the outcome of early intervention in preschool children with autism spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22(1), pp. 23-33.
- Esbensen, A.J., Greenberg, J.S., Seltzer, M.M., Aman, M.G. (2009). A longitudinal investigation of psychotropic and non-psychotropic use among adolescents and young adults with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 39, pp. 1339-1349.

- Fiedorowicz, J.G., Miller, D.D., Bishop, J.R., Calarge, C.A., Ellingrod, V.L., Haynes, W.G. (2012). Systematic review and meta-analysis of pharmacological interventions for weight gain from antipsychotics and mood stabilizers. *Curr Psychiatry Rev*, 8, pp. 25-36.
- Field, D., Garland, M., Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Pediatric Child Health*, 39, pp. 299–304.
- Fleury, V.P., Thompson, J.L., Wong, C. (2015). Learning how to be a student: an overview of instructional practices targeting school readiness skills for preschoolers with autism spectrum disorder. *BehavModif*, 39, pp. 69–97.
- Fontil, L., Petrakos, H.H. (2015). Transition to school: The experiences of Canadian and immigrant families of children with autism spectrum disorders. *Psychol Sch*, 52, pp. 773–788.
- Forehand, R., Kotchick, B.A. (2002). Behavioral parent training: current challenges and potential solutions. *J Child Fam Stud*, 11, pp. 377-384.
- Frye, R. E., Melnyk, S., Fuchs, G., et al. (2013). Effectiveness of methylcobalamin and folic acid treatment on adaptive behavior in children with autistic disorder is related to glutathione redox status. *Autism Research and Treatment*, 2013, 609705.
- Frye, R.E., Sreenivasula, S., Adams, J.B. (2011). Traditional and non - traditional treatments for autism spectrum disorder with seizures: an on-line survey. *BMC Pediatr*, 11, pp. 37.
- Giarelli, E., Gardner, M. (2012). *Nursing of Autism Spectrum Disorder: Evidence – Based Intergrated Care across the Lifespan*. New York: Springer Publishing Company.
- Goldstein, S., Schewebach, A.J. (2004). The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention disorder: results of a retrospective chart review. *J Autism Dev Disord*, 34, pp. 329-339.
- Gray, K.M., Tonge, B.J. (2005). Screening for autism in infants and preschool children with developmental delay. *Aust N Z J Psychiatry*, 39, pp. 378-386.
- Gurrieri, F. (2012). Working up autism: the practical role of medical genetics. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 160C, pp. 104-110.
- Hall, S.S., Lightbody, A.A., Reiss, A.L. (2008). Compulsive, self-injurious, and autistic behavior in children and adolescents with fragile X syndrome. *Am J Ment Retard*, 113(1), pp. 44-53.
- Hallmayer, J., Cleveland, S., Torres, A., Phillips, J., Cohen, B., Torigoe, T., Miller, J., Fedele, A., Collins, J., Smith, K., Lotspeich, L., Croen, L.A., Ozonoff, S., Lajonchere, C., Grether, J.K., Risch, N. (2011). Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Arch Gen Psychiatry*, 68(11), pp. 1095-1102.
- Harfterkamp, M., van de Loo-Neus, G., Minderaa, R.B., van der Gaag, R.J., Escobar, R., Schacht, A., et al. (2012). A randomized double-blind study of atomoxetine versus placebo for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children with autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51, pp. 733-741.
- Hertz – Picciotto, I., Croen, L., Hansen, R., Jones, C., Van De Water, J., Pessah, I. (2006). The CHARGE Study: An Epidemiologic Investigation of Genetic and Environmental Factors Contributing to Autism. *Environment Health Perspectives Journal*, 114, pp. 1119-1125.

- Hollander, E., Phillips, A., Chaplin, W., Zagursky, K., Novotny, S., Wasseman, S., et al. (2005). A placebo controlled crossover trial of liquid fluoxetine on repetitive behaviors in childhood and adolescent autism. *Neuropharmacology*, 30, pp. 582-589.
- Hollander, E., Soorya, L., Chaplin, W., Anagnostou, E., Taylor, B.P., Ferretti, C.J., et al. (2012). A double-blind placebo-controlled trial of fluoxetine for repetitive behaviors and global severity in adult autism spectrum disorders. *Am J Psychiatry*, 169, pp. 292-299.
- James, S., Cutler, P., Melnyk, S., Jernigan, S., Janak, L., Gaylor, D., Neubrandner, J. (2004). Metabolic Biomarkers of Increased Oxidative Stress and Impaired Methylation Capacity in Children with Autism. *American Journal of Clinical Nutrition*, 80, pp. 1611-1617.
- Johnson, C., Myers, S. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 10, pp. 1183-1215.
- Jyonouchi, H. (2010). Autism spectrum disorders and allergy: observation from a pediatric allergy/immunology clinic. *Expert Review of Clinical Immunology*, 6(3), pp. 397-411.
- Keen, D.V. (2008). Childhood autism, feeding problems and failure to thrive in early infancy: seven case studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17(4), pp. 209-216.
- King, B.H., Hollander, E., Sikich, L., McCracken, J.T., Scahill, L., Bregman, J.D., et al. (2009). Lack of efficacy of citalopram in children with autism spectrum disorders and high levels of repetitive behavior: citalopram ineffective in children with autism. *Arch Gen Psychiatry*, 66, pp. 583-590.
- Krug, D.A., Arick, J., Almond, P. (1980). Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior. *J Child Psychol Psychiatry*, 21, pp. 221-229.
- Lecavalier, L. (2006). Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. *J Autism Dev Disord*, 36, pp. 1101-1104.
- Levy, S.E., Mandell, D.S., Merhar, S., Ittenbach, R.F., Pinto-Martin, J.A. (2003). Use of complementary and alternative medicine among children recently diagnosed with autistic spectrum disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24(6), pp. 418-423.
- Lord, C., Rutter, M., Dilavore, P., Risi, S. (1999). *The autism diagnostic observation schedule: manual*. Los Angeles: Western Psychological Corporation.
- Lord, C., Rutter, M.L., Le Couteur, A. (1994). Autism diagnostic interview revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*, 24, pp. 659-685.
- Lovaas, O.I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *J Consult Clin Psychol*, 55, pp. 3-9.
- Lucarelli, S., Frediani, T., Zingoni, M., Ferruzzi, F., Giardini, O., Quintieri, F., Barbato, M., D'Eufemia, P., Cardi, E. (1995). Food allergy and infantile autism. *Panminerva Medica Journal*, 37(3), pp. 137-141.
- Malow, B.A., Byars, K., Johnson, K., Weiss, S., Bernal, P., Goldman, S.E., et al. (2012). A practice pathway for the identification, evaluation, and management of insomnia in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 130, pp. 106-124.

- McCracken, J.T., McGough, J., Shah, B., Cronin, P., Hong, D., Aman, M.G., et al. (2002). Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *N Engl J Med*, 347, pp. 314-321.
- McGee, G.G., Morrier, M.J., Daly, T. (2001). The Walden Early Childhood Programs. In J. Handleman & S. L. Harris, Eds., *Preschool education programs for children with autism*, 2nd ed., Autism:Pro-ed, pp. 157–190.
- Muhle, R., Trentacoste, S., Rapin, I. (2004). The Genetics of Autism. *Pediatrics*, 113, pp. 472-486.
- Nazzer, A. (2011). Psychopharmacology of autistic spectrum disorders in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*, 58, pp. 85-97.
- Nikolov, R., Jonker, J., Scahill, L. (2006). Autistic disorder: current psychopharmacological treatments and areas of interest for future developments. *Rev Bras Psiquiatr*, 28, pp. 39-46.
- Ozonoff, S., Young, G.S., Carter, A., Messinger, D., Yirmiya, N., Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Carver, L.J., Constantino, J.N., Dobkins, K., Hutman, T., Iverson, J.M., Landa, R., Rogers, S.J., Sigman, M., Stone, W.L. (2011). Recurrence risk for autism spectrum disorders: A Baby Siblings Research Consortium study. *Pediatrics*, 128, pp. 488-495.
- Peregrin, T. (2007). Registered dietitians' insights in treating autistic children. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(5), pp. 727–730.
- Politi, P., Cena, H., Comelli, M., et al. (2008). Behavioral effects of omega-3 fatty acid supplementation in young adults with severe autism: an open label study. *Archives of Medical Research*, 39(7), pp. 682–685.
- Prizant, B.M. (1996). Brief report: communication, language, social, and emotional development. *J Autism Dev Disord*, 26(2), pp. 173-178.
- Quintero, N., McIntyre, L.L. (2011). Kindergarten transition preparation: A comparison of teacher and parent practices for children with autism and other developmental disabilities. *Early Childhood Educ J*, 38, pp. 411–420.
- Reaven, J., Blakely-Smith, A., Culhane-Shelburne, K., Hepburn, S. (2012). Group cognitive behavior therapy for children with high-functioning autism spectrum disorders and anxiety: a randomized trial. *J Child Psychol Psychiatry*, 53, pp. 410-419.
- Richdale, A.L., Schreck, K.A. (2009). Sleep problems in autism spectrum disorders: prevalence, nature, and possible biopsychosocial aetiologies. *Sleep Med Rev*, 13(6), pp. 403–411.
- Robins, D.L., Fein, D., Barton, M.L., Green, J.A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*, 31, pp. 131-144.
- Ronald, A., Happe, F., Bolton, P., Butcher, L.M., Price, T.S., Wheelwright, S., Baron-Cohen, S., Plomin, R. (2006). Genetic heterogeneity between the three components of the autism spectrum: A twin study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 45(6), pp. 691-699.
- Rosenberg, R.E., Law, J.K., Yenokyan, G., McGready, J., Kaufmann, W.E., Law, P.A. (2009). Characteristics and concordance of autism spectrum disorders among 277 twin pairs. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 163(10), pp. 907-914.

- Rotheram-Fuller, E., Kasari, C., Chamberlain, B., Locke, J. (2010). Social involvement of children with autism spectrum disorders in elementary school classrooms. *J Child Psychol Psychiatry*, 51, pp. 1227–1234.
- Scarpinato, N., Bradley, J., Kurbjun, K., Bateman, X., Holtzer, B., Ely, B. (2010). Caring for the child with an autism spectrum disorder in the acute care setting. *J Spec PediatrNurs*, 15(3), pp. 244-54.
- Schopler, E., Reichler, R.J., DeVellis, R.F., Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *J Autism Dev Disord*, 10, pp. 91-103.
- Schopler, E., Reichler, R.J., Renner, B.R. (1986). *The Childhood Autism Rating Scale (CARS): for diagnostic screening and classification of autism*. New York: Irvington Publishers.
- Schultz, T.R., Schmidt, C.T., Sticher, J.P. (2013). A review of parent education programs for parents of children with autism spectrum disorders. *Focus of Autism and Other developmental Disabilities*, 26, pp.96–104.
- Schumann, C., Amaral, D. (2006). Stereological Analysis of Amygdala Neuron Number in Autism. *The Journal of Neuroscience*, 26, pp.7674-7679.
- Siegel, M., Beaulieu, A.A. (2012). Psychotropic medications in children with autism spectrum disorders: a systematic review and synthesis for evidence - based practice. *J Autism Dev Disord*, 42, pp. 1592-1605.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47, pp. 921-929.
- Smith, C., Perou, R., Lesesne, C. (2002). Parent education. In: M.H. Bornstein, Ed., *Handbook of parenting. Biology and ecology of parenting. Vol 2*. NJ: Erlbaum, Mahwah.
- Soorya, L.V., Carpenter, L.A., Romanczyk, R.G. (2011). Applied behavior analysis. In: E. Hollander, A. Kolevzon, J.T. Coyle, eds., *Textbook of autism spectrum disorders*, Arlington: American Psychiatric Publishing, pp. 525-536.
- Soorya, L., Kiarashi, J., Hollander, E. (2008). Psychopharmacologic interventions for repetitive behaviors in autism spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*, 17, pp. 753-771.
- Sparrow, S.S., Balla, D.A., Cicchetti, D.V. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines: American Guidance Service, Inc.
- Sterzing, P.R., Shattuck, P.T., Narendorf, S.C., Wagner, M., Coope,r B.P. (2012). Bullying involvement and autism spectrum disorders: prevalence and correlates of bullying involvement among adolescents with an autism spectrum disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 166, pp. 1058–1064.
- Sumi, S., Taniai, H., Miyachi, T., Tanemura, M. (2006). Sibling risk of pervasive developmental disorder estimated by means of an epidemiologic survey in Nagoya, Japan. *J Hum Genet*, 51, pp. 518-522.
- Tager-Flusberg, H. (1999). A Psychological Approach to Understanding the Social and Language Impairments in Autism. *International Review of Psychiatry*, 11(4), pp. 325–334.

- Taniai, H., Nishiyama, T., Miyahci, T., Imaeda, M., Sumi, S. (2008). Genetic influences on the board spectrum of autism: Study of proband-ascertained twins. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 147B(6), pp. 844-849.
- Townsend, M. (2011). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing – Concepts of care in evidence-based practice*, Fifth edition, Philadelphia: Dais Company.
- Van Tongerloo, M.A., Bor, H.H., Lagro-Janssen, A.L. (2012). Detecting autism spectrum disorders in the general practitioner's practice. *J Autism Dev Disord*, 42(8), pp. 1531–1538.
- Vismara, L.A., Rogers, S.J. (2010). Behavioral treatments in autism spectrum disorder: what do we know? *Annu Rev Clin Psychol*, 6, pp. 447-468.
- Volkmar, F.R., Chawarska, K. (2008). Autism in infants: an update. *World Psychiatry*, 7, pp. 19-21.
- Wetherby, A.M., Prizant, B.M. (1999). Enhancing language and communication development in autism: Assessment and intervention guidelines. In D. B. Zager, Ed., *Autism: Identification, education, and treatment*, 2nd ed. Mahwah, NJ: Erlbaum, pp. 141–174.
- Williams, G. P., Dalrymple, N., Neal, J. (2000). Eating habits of children with autism. *Pediatric Nursing*, 26(3), pp. 259–264.
- Wing, L. (1993). The definition and prevalence of autism: A review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2(1), pp. 61-74.
- Wood, J.J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., Langer, D.A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry*, 50, pp. 224-234.
- Zecavati, N., Spence, S.J. (2009). Neurometabolic disorders and dysfunction in autism spectrum disorders. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 9(2), pp. 129-136.

Διαδικτυακοί τόποι

- Asha.org, (2018). Autism. [online] Available at: <https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935303§ion=Treatment> [Accessed 16 Aug. 2018].
- Ectacenter.com, (2018). *Early childhood technical assistance center*. [online] Available at: <http://ectacenter.org/> [Accessed 17 Aug. 2018].
- Jo Rudy, L. (2017). *Educational Options for Children with Autism*. [online] Very well health. Available at: <https://www.verywellhealth.com/educational-options-for-children-with-autism-260393> [Accessed 16 Aug. 2018].
- Mayinstitute.org, (2018). *May Institute*. [online] Available at: <https://www.mayinstitute.org/autism-schools/index.html> [Accessed 16 Aug. 2018].
- Montgomeryschoolsmd.org, (2018). *Montgomery County Public Schools*. [online] Available at: <https://www.montgomeryschoolsmd.org/departments/special-education/programs-services/infants-and-toddlers.aspx> [Accessed 16 Aug. 2018].
- Summers, R. (2018). *Tips to teach autistic children*. [online] The art of autism. Available at: <https://the-art-of-autism.com/tips-to-teach-autistic-children/> [Accessed 16 Aug. 2018].

Teacch.com, (2018). *TEACCH Autism Program*. [online] Available at: <https://teacch.com/about-us/> [Accessed 16 Aug. 2018].