



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ**  
**ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ**

Αντωνιάδου Ευδοξία, ΑΜ 18304

Δετσαρίδου Γεωργία, ΑΜ 18314

Παϊσιάδου Βασιλική, ΑΜ 18366

Επιβλέπουσα: Σιαφάκα Βασιλική  
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2021

**AUTISM SPECTRUM DISORDER AND  
SELF-MANAGEMENT TECHNIQUES**

## ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Copyright © Αντωνιάδου Ευδοξία, Δετσαρίδου Γεωργία, Παϊσιάδου Βασιλική, 2021

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της πτυχιακής εργασίας από το Τμήμα Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

**Υπεύθυνη Δήλωση:** Με το παρόν κείμενο βεβαιώνουμε ότι οι είμαστε οι συγγραφείς της παρούσας πτυχιακής εργασίας, η οποία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του προγράμματος σπουδών του Τμήματος Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και η οποία παραδόθηκε, μετά από έγκριση της επιβλέπουσας καθηγήτριας μας. Επίσης δηλώνουμε πως κάθε πηγή που χρησιμοποιήσαμε (βιβλιογραφία, αρθρογραφία, δικτυογραφία), για την υποστήριξη των υποθέσεων της μελέτης μας\ είναι πλήρως συμβατή με τα ακολουθούμενα επιστημονικά πρότυπα και, επιπλέον, αναφέρεται ρητά, υπό μορφή αναφοράς-παραπομπής, σε όλο το φάσμα κειμένων της παρούσης εργασίας

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος και Τεχνικές Αυτοδιαχείρισης» πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας του τμήματος Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων το έτος 2021.

Η παρούσα διπλωματική εργασία είναι το αποτέλεσμα μιας σειράς αλληλεπιδράσεων με διάφορα άτομα, καθένα από τα οποία έπαιξε ένα σημαντικό ρόλο στην εξέλιξή της. Αξίζει λοιπόν, να αφιερώσουμε την παρούσα σελίδα για να ευχαριστήσουμε ειλικρινά τα άτομα αυτά για τη βοήθεια που μας προσέφεραν.

Στο σημείο αυτό αισθανόμαστε την ανάγκη να εκφράσουμε τις ειλικρινείς και θερμές ευχαριστίες μας σε όσους συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας:

Πρώτα απ'όλα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια της πτυχιακής μας εργασίας, Σιαφάκα Βασιλική η οποία μας εμπιστεύθηκε της παρούσα διπλωματική εργασία και μας προσέφερε τη βοήθεια της σε ότι χρειαζόμασταν καθώς επίσης θα θέλαμε να την ευχαριστήσουμε για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της κατά τη διάρκεια της εργασίας μας.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους καθηγητές του τμήματος Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για τις γνώσεις που μας προσέφεραν κατά τη διάρκεια της φοίτησης μας καθώς και τις υποδομές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Βιβλιοθήκη) που μας βοήθησαν να ολοκληρώσουμε επιτυχώς την παρούσα πτυχιακή εργασία.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τα αγαπημένα μας πρόσωπα που αποδέχθηκαν όλες τις επιλογές μας και μας παρείχαν στήριξη όλο αυτό το διάστημα, χωρίς την οποία τίποτα από όσα έχουμε καταφέρει μέχρι σήμερα δε θα ήταν πραγματικότητα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Διαταραχή αυτιστικού φάσματος θεωρείται από τις πιο βαριές αναπτυξιακές διαταραχές. Απ' αυτή επηρεάζονται τρία πεδία:

- Η κοινωνικοποίηση που έχει αντίκτυπο στη σχολική ένταξη, την κοινωνική προσαρμογή, τη σεξουαλικότητα, την επιθετικότητα και τη διαχείριση του πένθους.
- Η επικοινωνία (λεκτική ή μη). Η μη λεκτική επικοινωνία είναι σχεδόν ανύπαρκτη, ενώ η λεκτική είναι ιδιόρρυθμη.
- Η ύπαρξη επαναλαμβανόμενων στερεοτυπικών συμπεριφορών που συχνά μπορεί να είναι ενοχλητικές στα άτομα του περιβάλλοντός τους.

Παρά το μεγάλο αριθμό ερευνών δεν έχει βρεθεί η αιτία των ΔΑΦ.

Ο πρώιμος εντοπισμός της είναι καίριας σημασίας, καθώς όσο πιο νωρίς διαγνωσθεί το παιδί τόσο πιο θετική θα είναι η πρόγνωση για αυτό.

Η διάγνωση γίνεται με τη χρήση επιστημονικών εργαλείων. Με τον ίδιο τρόπο φαίνεται και η καταγραφή των ελλειμμάτων και προκειμένου αυτή να είναι πλήρης, είναι απαραίτητη η αξιολόγηση και η διαφοροδιάγνωση.

Η θεραπευτική προσέγγιση ακολουθεί βασικές κατευθυντήριες γραμμές. Υπάρχει πληθώρα παρεμβάσεων, όπως οι συμπεριφορικές, οι αναπτυξιακές, οι επικοινωνιακές, οι αισθητηριακές οι κινητικές, οι ψυχοθεραπευτικές και οι βιοχημικές και έχουν αναπτυχθεί τεχνικές παρέμβασης.

Για την αντιμετώπιση της ΔΑΦ είναι απαραίτητη η ανάλυση των σχέσεων των μελών της οικογένειας και η συμβολή που μπορούν να προσφέρουν τα μέλη αυτής στο άτομο με αυτισμό.

Τέλος, η εξατομίκευση του πλάνου της θεραπείας είναι ιδιαίτερα κρίσιμη και βασίζεται στα αποτελέσματα της αξιολόγησης, στο αναπτυξιακό προφίλ και τις ανάγκες που έχει το κάθε άτομο.

**Λέξεις-κλειδιά:** Αυτισμός, διάγνωση, πρόγνωση, αντιμετώπιση, αυτοδιαχείριση.

## **ABSTRACT**

Autism Spectrum Disorder is considered one of the most severe neurodevelopmental disorders.

It affects three areas:

- Socialization that has an impact on school inclusion, social adjustment, sexuality, aggression and mourning management.
- Communication (verbal or not). Non-verbal communication is almost non-existent, while verbal communication is idiosyncratic.
- The existence of repetitive stereotypical behaviors that can often be annoying to people around them.

Despite the large number of investigations, the cause of ASD was not found.

Early detection is crucial, as the earlier a child is diagnosed, the more positive the prognosis will be.

Diagnosis is made using scientific tools. Deficit recording is seen in the same way and in order for it to be complete, evaluation and differential diagnosis are necessary.

The therapeutic approach follows basic guidelines. There are a variety of interventions, such as behavioral, developmental, communication, sensory motor, psychotherapeutic and biochemical and intervention techniques have been developed.

In order to deal with ASD, it is necessary to analyze the relationships of family members and the contribution that its members can offer.

Finally, the individualization of the treatment plan is particularly critical and is based on the results of the evaluation on the developmental profile and the needs of each individual

**Keywords:** Autism, diagnosis, prognosis, treatment, autism self-management.

## Περιεχόμενα

<b>1<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ</b> .....	<b>7</b>
1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	7
1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	8
1.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΘΕΩΡΙΕΣ.....	9
1.3.1. ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ/ΠΕΡΙΒΑΝΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ...	9
1.3.2. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ.....	10
1.3.3. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ.....	10
1.4. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ.....	11
1.5. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	10
1.5.1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-5 .....	12
1.5.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ICD 10 .....	13
<b>2<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ</b> .....	<b>16</b>
2.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΑΥΤΙΣΜΟΥ .....	16
2.1.1. ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ .....	16
2.1.2. ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	17
2.1.3. ΜΕΤΑΓΕΝΕΣΤΕΡΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	18
2.1.4. ΕΦΗΒΕΙΑ.....	19
2.2. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.....	20
2.3. ΤΟ ΠΑΙΧΝΙΔΙ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ.....	24
2.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ .....	25
2.5. ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	27
2.5.1. ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ .....	27
2.5.2. ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	28
2.6. ΠΡΟΓΝΩΣΗ .....	28
<b>3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ</b> .....	<b>30</b>
3.1. ΣΧΟΛΙΚΗ ΕΝΤΑΞΗ ΚΑΙ ΑΥΤΙΣΜΟΣ.....	30
3.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ.....	31
3.3. ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ .....	31
3.4. ΤΥΠΟΙ ΠΡΟΚΛΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ .....	33
3.4.1. ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ .....	33
3.4.2. ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ .....	34
3.4.3. ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ .....	35
3.5. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ.....	35
3.6. ΠΕΝΘΟΣ .....	36
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b> .....	<b>37</b>
4.1. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΔΑΦ.....	37

4.2. ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΑ ΑΛΛΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ .....	38
4.3. ΟΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ.....	40
4.4. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ.....	40
4.5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ .....	45
<b>5<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....</b>	<b>49</b>
5.2. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ .....	51
5.3. ΑΥΤΟΚΑΤΑΓΡΑΦΗ.....	55
5.4. ΑΥΤΟΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ.....	56
5.5. ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	58
5.6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ .....	59
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> .....</b>	<b>61</b>
6.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ .....	61
6.2.ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ .....	63
6.3.ΕΣΤΙΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ.....	80
6.3.1. Η ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	81
6.3.2.Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ GESTALT ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	81
6.3.3. ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ.....	81
6.4. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ, ΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	82
6.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ.....	85
6.5.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΔΕΡΦΩΝ .....	87
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>91</b>
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	91
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	96



### 1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ανατρέχοντας στην πρώτη φορά που εισήχθη ο όρος «αυτισμός», τα δυο ονόματα που αναφέρονται είναι ο Leo Kanner και Hans Asperger, καθώς και οι δύο δημοσίευσαν τις πρώτες μελέτες για αυτή την διαταραχή. Στην προσπάθεια να εξηγήσουν τα χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής, οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα πως πρόκειται για μια διαταραχή που ξεκινάει από την γέννηση του ατόμου (Frith, 1994). Ο Hans Asperger έκανε γνωστές τις μελέτες του για τον παιδικό αυτισμό στην διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου στη Βιέννη, αλλά δεν είχαν ιδιαίτερη ανταπόκριση οι απόψεις του (Κρουσταλάκης, 2005).

Αρχικά, τον όρο «Αυτισμό» ανέφερε ο Eugen Bleuler, το 1911, για να περιγράψει μια μορφή σχιζοφρένειας, στην οποία ο ασθενής παρουσιάζει έντονη αποστασιοποίηση από όλους και στρέφεται προς τον ίδιο του τον εαυτό. Υποδηλώνεται, ουσιαστικά, η απόσυρση από την κοινωνική ζωή του κάθε ατόμου και η απομόνωσή του στον ίδιο του τον εαυτό. Έτσι, προέκυψαν και οι όροι «Αυτισμός» και «Αυτιστικός» από την ελληνική λέξη «εαυτός» (Κρουσταλάκης, 2005).

Ο Kanner, 32 χρόνια μετά τον Bleuer, δημοσίευσε την μελέτη του πάνω στον αυτισμό. Τόνισε, πως με τον όρο αυτισμό δεν περιγράφεται η ανικανότητα ενός ατόμου να έχει επαφή με την πραγματικότητα, αλλά η αδυναμία του να διατηρεί επαφή με τον κόσμο. Η μελέτη του αποτελεί μέχρι σήμερα, την βάση για την διεθνή ψυχιατρική βιβλιογραφία. Ο Kanner, ήταν ο πρώτος που έκανε λόγο για τον «πρώιμο παιδικό αυτισμό» (Early Infantile Autism), που σήμερα αυτός ο όρος είναι γνωστός ως «Σύνδρομο Kanner» (Syndrome de Kanner) (Κρουσταλάκης, 2005).

Το πρώτο κοινό χαρακτηριστικό που παρατήρησαν στα παιδιά με την αυτιστική διαταραχή, τόσο ο Kanner όσο και ο Asperger, ήταν η αδυναμία αυτών να αποκτούν δυνατούς συναισθηματικούς δεσμούς με τους άλλους ανθρώπους. (Frith U. , 1994)

Μέχρι και σήμερα οι μελέτες αυτών των δύο ανθρώπων αποτελούν βασικές πηγές πληροφόρησης για το φάσμα του Αυτισμού. Ο ορισμός της «αυτιστικής ψυχοπάθειας» που έδωσε ο Asperger, ήταν πιο εκτεταμένος, καθώς περιελάμβανε, τόσο περιπτώσεις ατόμων που έπασχαν από σοβαρές εγκεφαλικές βλάβες όσο και άλλων με χαρακτηριστικά αντίστοιχα ενός

ατόμου τυπικής ανάπτυξης. Σήμερα, ο όρος «Σύνδρομο του Asperger», χρησιμοποιείται για περιπτώσεις ατόμων που ανήκουν στο αυτιστικό φάσμα αλλά είναι ταυτόχρονα και ιδιαίτερα ευφυή. Τόσο ο Kanner, όσο και ο Asperger , ανέφεραν πως τα άτομα με αυτισμό αντιμετώπισαν προβλήματα στην επικοινωνία και στην κοινωνική προσαρμογή. Επίσης, επισήμαναν, πως τα παιδιά είχαν εξαιρετική διανοητική ικανότητα σε ορισμένες περιπτώσεις (Frith U. , 1994) (Happe, 2003).

## 1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο Αυτισμός είναι μια διαταραχή η οποία ανήκει στο ευρύτερο φάσμα των νευροεξελικτικών διαταραχών, οι οποίες ονομάζονται Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (Δ.Α.Δ). Ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε στο DSM-IV και στο DSM-5 καθιερώθηκε ως Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Με το όρο «διάχυτες», τονίζεται η επιρροή της διαταραχής καθ' όλη την διάρκεια ανάπτυξης του ατόμου, ενώ με τον όρο « αναπτυξιακές», υπογραμμίζεται ότι η διαταραχή, εμφανίζεται καθώς αναπτύσσεται ο άνθρωπο (Πολυχρονοπούλου, 2012). Κοινό γνώρισμα των διαταραχών αυτών είναι ότι έχουν βιολογική βάση.

Αρχικά, ο αυτισμός, πίστευαν πως είναι μια ψύχωση της νηπιακής ηλικίας ή μια πρόωμη εκδήλωση σχιζοφρένειας γι' αυτό πολλές φορές μερικοί άνθρωποι λανθασμένα συγγέουν τον όρο αυτισμό με την νοητική καθυστέρηση ή την παιδική σχιζοφρένεια. (Πολυχρονοπούλου, 2012)

Τα τρία πεδία που επηρεάζονται στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος είναι η κοινωνικοποίηση, η επικοινωνία (λεκτική και μη) και η ύπαρξη επαναλαμβανόμενων στερεοτυπικών συμπεριφορών (Βάρβογλη, 2006) (Πολυχρονοπούλου, 2012).

Υπάρχει ακόμα και ο όρος « Ευρύτερος φαινότυπος του αυτισμού». Πρόκειται για περιπτώσεις ατόμων που έχουν ήπια συμπτώματα αυτισμού, όπως η κοινωνική απόσυρση, η κοινωνική φοβία ή δειλία και οι καταναγκαστικές συμπεριφορές (Πολυχρονοπούλου, 2012).

Στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος ανήκει και το σύνδρομο Asperger όπως και η Διάχυτη Εξελικτική Διαταραχή. Στο σύνδρομο Asperger, τα άτομα έχουν καλές γνωστικές και γλωσσικές ικανότητες, ενώ στην Διάχυτη Εξελικτική Διαταραχή, τα γνωρίσματα των ασθενών μοιάζουν με αυτά των ατόμων με αυτισμό αλλά είναι πιο ελαφριάς μορφής . Ο αυτισμός θεωρείται από τις πιο βαριές εξελικτικές διαταραχές (Βάρβογλη, 2006).

Πλέον, ο όρος που χρησιμοποιείται για την συγκεκριμένη διαταραχή είναι Διαταραχή αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ).

### **1.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΘΕΩΡΙΕΣ**

Η ανεύρεση της αιτίας πρόκλησης της ΔΑΦ, παρόλο που έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως πολλές έρευνες δεν έχει πραγματοποιηθεί.

Σε γενικότερο πλαίσιο, γίνεται λόγος για τους παρακάτω παράγοντες:

- Βιολογικοί – Γενετικοί: Εξαιτίας της ύπαρξης ης διαταραχής από την γέννηση του ανθρώπου γίνεται λόγος για κληρονομικότητα. Έρευνα που διεξήγαγε η Lennard, το 2004, ανέδειξε ότι γονίδια του πρώτου βαθμού συγγένειας, ευθύνεται για την κληρονομικότητα. Το ίδιο παρατήρησε και ο Asperger το 1994, όταν σε έρευνα που πραγματοποίησε, ταυτοποίησε ίδια χαρακτηριστικά συμπτώματα μεταξύ πατεράδων που έπασχαν από ΔΑΦ και των παιδιών τους.
- Νευρολογικοί: Ο Frith, το 2001, ανέδειξαν πιθανότητα βλάβης στο ντοπαμινικό σύστημα του εγκεφάλου. Οι διακλαδώσεις του συγκεκριμένου συστήματος φτάνει στα βασικά γάγγλια, και σε μέρη του κροταφικού και πρόσθιου λοβού, τμήματα του εγκεφάλου που είναι άμεσα συνδεδεμένα με τα συμπτώματα της ΔΑΦ.
- Περιβαλλοντολογικοί: Έχουν αναφερθεί περιβαλλοντολογικές αιτίες, παρόλο αυτά χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

#### **1.3.1. ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ/ΠΕΡΙΒΑΝΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Πρώτος για αυτή την θεωρία μίλησε το 1967 ο Bruno Bettelheim και τόνιζε ιδιαίτερα το καθοριστικό ρόλο της οικογένειας και κυρίως της μητέρας στην διαταραχή της ΔΑΦ. Πιο συγκεκριμένα, στην ψυχοδυναμική θεωρία αναφερόταν πως μεγαλώνοντας το παιδί σε ένα περιβάλλον όπου η μητέρα δεν δείχνει με σωστό τρόπο την αγάπη της και την στοργικότητα της στο παιδί, υπάρχουν πολλές πιθανότητες το παιδί να ανήκει κατά την ανάπτυξη του στο φάσμα. Η μητέρα, σύμφωνα με τους υποστηρικτές αυτής της θεωρίας είναι υπεύθυνη για το αν το παιδί θα απομονωθεί ή αν θα παρουσιάσει συμπεριφορές απογοήτευσης. Για πολλά

χρόνια, πολλοί ήταν αυτοί που συμφωνούσαν με αυτή την θεωρία. Γρήγορα όμως απορρίφθηκε, καθώς συγκρίνοντας τους γονείς των παιδιών με ΔΑΦ και των παιδιών τυπικής ανάπτυξης δεν παρουσιαζόταν καμία διαφορά (Πολυχρονοπούλου, 2012).

Σχεδόν ίδιες απόψεις με την παραπάνω θεωρία έχουν και αυτοί που πιστεύουν ότι η συγκεκριμένη διαταραχή, οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Πρώτος μίλησε για αυτό ο Kanner, υποστηρίζοντας πως το άγχος, η αδιαφορία και η ψυχρότητα που μπορεί να έχουν οι γονείς και συγκεκριμένα η μητέρα απέναντι στο παιδί μπορεί να είναι καθοριστικά για την παρουσία της διαταραχής στην ζωή του παιδιού (Owens, 2016) (Κρουσταλάκης, 2005) (Heward, 2011)

### **1.3.2. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ**

Οι δύο εκπρόσωποι αυτής της θεωρίας ήταν ο Fester και ο De Meyer. Κατά τους συμπεριφοριστές λοιπόν, η ΔΑΦ, είναι αποτέλεσμα μάθησης που αποκτά το παιδί με βάση του νόμους της κοινωνικής μάθησης. Αυτή είναι η βασική του άποψη για κάθε συμπεριφορά που αποκλίνει από την τυπική ανάπτυξη των ατόμων. Και σε αυτή την θεωρία, στο επίκεντρο βρίσκονται οι γονείς. Υποστηριζόταν πως οι γονείς επειδή είναι πιθανό να έχουν προσωπικά προβλήματα, απορρίπτουν το παιδί και δεν κάνουν κάποια προσπάθεια για να επικοινωνούν μαζί του. Δεν γίνεται προσπάθεια ούτε μιλώντας απευθείας με το παιδί αλλά ούτε προσπαθούν να το αποθαρρύνουν από μη φυσιολογικές τυπικές συμπεριφορές. Αυτή λοιπόν, κρίνεται πως είναι η αιτία της διαταραχής σύμφωνα με τους συμπεριφοριστές (Πολυχρονοπούλου, 2012).

Η Εθνική Εταιρεία για τα παιδιά με αυτισμό, το 1977, δήλωσε ότι «Κανένας γνωστός παράγοντας στο ψυχολογικό περιβάλλον ενός παιδιού δεν έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί αυτισμό» (Heward, 2011).

### **1.3.3. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ**

Όλο και περισσότεροι μελετητές της ΔΑΦ, καταλήγουν σε αυτή την θεωρία και υποστηρίζουν πως τα αίτια είναι βιολογικά. Υπάρχουν ωστόσο κάποια σημεία στα οποία δεν υπάρχει ομοφωνία. Αρχικά, δεν συμφωνούν όλοι ότι η βιολογική θεωρία μπορεί να καλύψει όλες τις περιπτώσεις. Υποστηρίζουν πως μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις οι αιτίες να είναι καθαρά

βιολογικές αλλά όχι σε όλες. Επίσης, υπάρχει διαφωνία στο αν η βλάβη είναι μια η περισσότερες ώστε να υπάρξει παθογένεση. Τέλος, ένσταση υπάρχει και στο που ακριβώς εντοπίζεται η εγκεφαλική βλάβη και ποια η αιτιολογία της (Πολυχρονοπούλου, 2012) (Κρουσταλάκης, 2005) (Heward, 2011).

Περίπου το 65% όλων των ατόμων με ΔΑΦ, δεν έχουν τυπική εγκεφαλική δομή. Μια ένδειξη ότι η εγκεφαλική βλάβη βρίσκεται στη ρίζα της ΔΑΦ, είναι η υψηλή συχνότητα επιληψίας σε παιδιά αυτά (Harpe, 2003). Η συχνότητα εμφάνισης μπορεί να είναι αποτέλεσμα προγεννητικών επιπλοκών. Επίσης, παίζει σημαντικό ρόλο αν υπάρχει στην οικογένεια άλλος άνθρωπος που ανήκει στο φάσμα. Άλλες έρευνες έχουν δείξει υψηλά ποσοστά σεροτονίνης που είναι ένας νευροδιαβιβαστής και φυσική ενδορφίνη. Τέλος, παρατηρείται μη ομαλή ανάπτυξη της παρεγκεφαλίδας, η οποία είναι τμήμα του εγκεφάλου που ρυθμίζει τις εισερχόμενες αισθητικές πληροφορίες, διαταραχές στη δομή του εγκεφάλου και βλάβη των νευρικών υποφλοιωδών δομών, η οποία συνοδεύεται από μη ομαλή ανάπτυξη του φλοιού (Owens, 2016).

Αναφέρθηκε προηγουμένως, πως επηρεάζεται η ύπαρξη της ΔΑΦ από το αν υπάρχει στην οικογένεια κάποιος που να ανήκει στο φάσμα, χωρίς αυτό να σημαίνει πως είναι εξολοκλήρου κληρονομική. Η ΔΑΦ, είναι πενήντα φορές συχνότερη στα αδέρφια παρά στον υπόλοιπο πληθυσμό. Οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι συμπίπτουν περισσότερο, παρά οι διζυγωτικοί. Στα μονοζυγωτικά δίδυμα, μπορεί να πάσχει από ΔΑΦ, ένα από τα δύο παιδιά και το άλλο να έχει την προδιάθεση, η οποία όμως εκδηλώνεται μόνο αν ενεργοποιηθεί από προγεννητικές ή περιγεννητικές δυσκολίες. Ο Folstein & Rutter, αναφέρουν πως υπάρχουν μονοζυγωτικά δίδυμα που μόνο το ένα παιδί πάσχει, συνήθως αυτό που βίωσε δύσκολο τοκετό. Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι σε μια έρευνα που έγινε, αποδείχθηκε πως γυναίκα που κυοφορούσε παιδί με ΔΑΦ, είχε πολύ πιο δύσκολη εγκυμοσύνη και τοκετό από μια άλλη που γέννησε παιδί που αργότερα ανέπτυξε σχιζοφρένεια. Όλες αυτές οι θεωρίες και απόψεις, δεν είναι ακόμα πλήρως αποδεκτές, καθώς έχει αποδειχθεί πως όλα αυτά τα προβλήματα πιθανόν αποτελούν τα αποτελέσματα και όχι τα αίτια για πολλές άλλες διαταραχές (Harpe, 2003).

#### **1.4. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ**

Περίπου μέχρι και πριν 40 χρόνια υποστηριζόταν ότι η ΔΑΦ, είναι μια πολύ σπάνια διαταραχή. Πιο συγκεκριμένα μόλις 5/10.000 ήταν πιθανό να ανήκει στο αυτιστικό φάσμα. Σήμερα το ποσοστό έχει αυξηθεί αισθητά, με πιθανότητες 1/100 παιδιά (Πολυχρονοπούλου, 2012).

Σύμφωνα με εθνική έρευνα, το 2012, του Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων των ΗΠΑ , 1/88 άτομα ανήκουν στο φάσμα. Πιο ορθά βέβαια, είναι να καταγραφεί πως η ΔΑΦ, παρουσιάζεται με αναλογία 1:150 γεννήσεις (Owens, 2016). Στην Ευρώπη των 375.000.000 κατοίκων, υπολογίζεται ότι το 1.000.000 περίπου ανήκει στο αυτιστικό φάσμα (Χίτογλου - Αντωνιάδου, Κεκές, & Χίτογλου-Χατζή, 2000). Είναι πιθανόν να αυξήθηκε έντονα ο αριθμός, καθώς με την πάροδο των χρόνων, η πρόσβαση στη γνώση είναι όλο και πιο εύκολη και η οι διαγνώσεις έχουν γίνει πολύ πιο ακριβείς. Το γλωσσικό και νοητικό επίπεδο των παιδιών με ΔΑΦ είναι ωστόσο ολοένα και καλύτερο (Βάρβογλη, 2006).

Η ραγδαία αυτή αύξηση είναι εν μέρει δικαιολογημένη καθώς, πέρα από την πολύ πιο έντονη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση όλων για την διαταραχή αυτή σε σχέση με το παρελθόν, πλέον υπάρχει η κοινή αποδοχή πως με τον όρο «διαταραχές αυτιστικού φάσματος», περιλαμβάνονται διαταραχές που χαρακτηρίζονται από πολύ ήπια έως πολύ έντονα συμπτώματα. Επίσης, είναι βασικό ότι πλέον υπάρχουν πολύ πιο έγκυρα κριτήρια που βοηθάνε και τις οικογένειες αλλά και τους ειδικούς να αντιληφθούν αν ένα παιδί πάσχει από κάποια διαταραχή (Πολυχρονοπούλου, 2012).

Είναι γενικότερα σημαντικό να υπογραμμιστεί η αναλογία ανάμεσα στα αγόρια και στα κορίτσια που ανήκουν στο φάσμα. Τα αγόρια φαίνεται να έχουν τέσσερις φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να έχουν ΔΑΦ σε σχέση με τα κορίτσια (4:1) (Heward, 2011).

## **1.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ**

### **1.5.1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-5**

Η διάγνωση της ΔΑΦ, συνήθως, πραγματοποιείται μετά τα 2 έτη, παρόλα αυτά πρόσφατες έρευνες, κατεβάζουν τον μέσο όρο ηλικίας στους έξι μήνες (Hellas A. -A., 2021).

Για την επίτευξη της διάγνωσης, βασικό εργαλείο αποτελούν τα διαγνωστικά κριτήρια, με βάση το οποία, ένα παιδί, ανήκει στο φάσμα. Η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση, το 2013, με την πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών διαταραχών, αποσαφηνίζει τα διαγνωστικά κριτήρια, τα οποία, είναι απαραίτητα να εμφανίζονται όλα για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση:

#### **1. Επίμονες διαταραχές της κοινωνικής επαφής και αλληλεπίδρασης:**

- Διαταραχές στην κοινωνική-συναισθηματική αλληλεπίδραση
  - Διαταραχές σε εξωλεκτικές συμπεριφορές
  - Διαταραχές στην ανάπτυξη, διατήρηση και κατανόηση σχέσεων
- 2. Περιορισμένα, επαναληπτικά πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων.**
- Στερεότυπες ή επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές
  - Υπερβολική προσκόλληση σε ρουτίνες ή τελετουργικά πρότυπα λεκτικής/εξωλεκτικές συμπεριφοράς ή υπερβολική αντίσταση σε αλλαγές.
  - Ιδιαίτερα περιορισμένα, στερεότυπα ενδιαφέροντα με παθολογική ένταση ή εστίαση.
  - Υπέρ - ή υποαπαντητικότητα σε αισθητηριακά ερεθίσματα ή ασυνήθιστο ενδιαφέρον για αισθητηριακά στοιχεία του περιβάλλοντος.
- 3. Η συμπτωματολογία θα πρέπει να εμφανίζεται από την πρώιμη αναπτυξιακή ηλικία**
- 4. Τα συμπτώματα θα πρέπει να δημιουργούν σημαντική έκπτωση στην λειτουργικότητα**

Όπως, μπορεί να γίνει αντιληπτό, η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, είναι μια κατάσταση με αρκετά σημαντικά ελλείμματα, τα οποία, επηρεάζουν πολλούς τομείς της ζωής του ατόμου που πάσχει. Τα ελλείμματα στον κοινωνικό τομέα, που είναι από τους βασικότερους, έχει αντίκτυπο σε πολλές άλλες καταστάσεις όπως είναι η σχολική ένταξη, η κοινωνική προσαρμογή, η σεξουαλικότητα, η επιθετικότητα και η διαχείριση πένθους.

### **1.5.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ICD 10**

Ακόμη μια διαγνωστική κατηγοριοποίηση για τις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος, είναι αυτή που πρότεινε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, εκδίδοντας την δέκατη έκδοση της Διεθνούς Κατάταξης Ασθενειών (Στεφανής, 2011), η οποία προβλέπει τα εξής:

- 1. Απουσία σημαντικής γενικευμένης καθυστέρησης της γλωσσικής έκφρασης και κατανόησης ή γνωστικών λειτουργιών.**

Προς επιβεβαίωση της διάγνωσης, απαιτείται η ανάπτυξη η ανάπτυξη γλωσσικής χρήσης μεμονωμένων εκφορών από την ηλικία των δύο ετών και η επικοινωνιακή φρασεολογία από την ηλικία των τριών. Αναφορικά με τις δεξιότητες προσαρμογής, αυτοεξυπηρέτησης και συμπεριφοράς, στα πρώτα έτη, αυτές θα πρέπει να συμβαδίζουν με τα τυπικά ορόσημα της νοητικής ανάπτυξης.

**2. Σημαντικά μη αναμενόμενα χαρακτηριστικά αναφορικά με την αμοιβαιότητα στις κοινωνικές συναλλαγές, οι οποίες εμφανίζονται σε τουλάχιστον 2 από τα παρακάτω πεδία:**

- ❖ Ελλειμματική βλεμματική επαφή, περιορισμένη προσωπική έκφραση, λανθασμένη στάση σώματος και άνευ σημασίας ή έλλειψη χειρονομιών.
- ❖ Αδυναμία σύναψης σχέσεων με συνομηλίκους, που διέπονται από μοίρασμα κοινών ενδιαφερόντων, συναισθημάτων και δραστηριοτήτων.
- ❖ Έλλειψη προσαρμοστικής συμπεριφοράς, η οποία βασίζεται σε κοινωνικό – συναισθηματικό – επικοινωνιακές συμπεριφορές.
- ❖ Απουσία αυθορμητισμού αναφορικά με το μοίρασμα ενδιαφέροντος, δραστηριοτήτων ή δείξεων.

**3. Παρουσία, έντονων προτιμήσεων και στερεοτυπικών συμπεριφορικών μοτίβων, οι οποίες εμφανίζονται σε ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω επίπεδα:**

- ❖ Μονοδιάστατη ενασχόληση ή συμπεριφορά, η οποία είναι μη τυπική αναφορικά με το περιεχόμενο.
- ❖ Ύπαρξη ψυχαναγκαστικών εμμονών
- ❖ Κινήσεις στερεοτυπικές και επαναλαμβανόμενες

**4. Η διαταραχή αυτιστικού φάσματος, δεν είναι δυνατόν να «μπερδευτεί» με άλλες διάχυτες διαταραχές (Attwood, 2005).**

Επιπλέον, στον ICD 10, αναφέρονται τα σύνδρομα αυτιστικού φάσματος με συγκεκριμένες ονομασίες, ανάλογα τα χαρακτηριστικά:

- ❖ Αυτισμός παιδικής ηλικίας: σύνδρομο Kanner, βρεφικός αυτισμός,



- ❖ Άτυπος αυτισμός: μη τυπική ψύχωση της παιδικής ηλικίας, νοητική υστέρηση με χαρακτηριστικά αυτισμού
- ❖ Σύνδρομο Rett
- ❖ Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή: βρεφική άνοια, σύνδρομο Heller, αποδιοργανωτική ψύχωση
- ❖ Διαταραχή υπερδραστηριότητας που έγκειται στην νοητική υστέρηση με στερεοτυπική κινητικότητα
- ❖ Σύνδρομο Asperger
- ❖ Άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές

Μη προσδιοριζόμενη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή

---

### 2.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

#### 2.1.1. ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

- Αδιαφορία ή δυσαρέσκεια στην φυσική επαφή (αγκαλιά)
- Απουσία βλεμματικής επαφής, κοινωνικού χαμόγελου και ανταπόκριση
- Απουσία αντίδρασης στην φωνή των γονέων
- Έλλειψη βαβίσματος, δειξέων
- Αποτυχία ομιλίας μέχρι τους 18 μήνες
- Λεξιλογική παλινδρόμηση

Τα τελευταία χρόνια, κρίνεται όλο και πιο αναγκαία, ο πρώιμος εντοπισμός της ΔΑΦ στα βρέφη, καθώς έχει τονιστεί επανειλημμένα πως όσο πιο νωρίς διαγνωσθεί ένα παιδί, τόσο πιο θετική θα είναι η πρόγνωση για αυτό. Από την γέννηση λοιπόν ενός παιδιού μέχρι τα δύο πρώτα έτη της ζωής του, υπάρχουν μερικά βασικά χαρακτηριστικά που μπορούν να βοηθήσουν κυρίως τις μητέρες, που βιώνουν καθημερινά το παιδί, ώστε να αντιληφθούν αν το παιδί τους, δεν ακολουθεί μια τυπική ανάπτυξη για να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό.

Στη Γαλλία, υπάρχουν τρεις ομάδες εργασιών που επισημαίνουν κάποια πολύ σημαντικά στοιχεία που θα ήταν καλό να επικεντρώσουν την προσοχή τους οι γονείς (Αμπατζόγλου, 2000). Τα στοιχεία αυτά, που αναφέρονται και παρακάτω, είναι καθοριστικής σημασίας για την πρώιμη διάγνωση του αυτισμού.

Αρχικά, οι εργασίες του Didier Houzel τονίζουν τα ψυχοκινητικά σημεία που θα πρέπει να προσέξουν οι γονείς στο παιδί τους, δηλαδή, θα ήταν καλό να τους προβληματίσει, αν δεν υπάρχει μιμητική ικανότητα και αν υπάρχουν φαινόμενα υπερτονίας ή υποτονίας. Φυσικά, οι διαταραχές στον ύπνο, οι δυσκολίες στην κατανάλωση τροφής και οι ανωμαλίες στο κλάμα, παίζουν καθοριστικό ρόλο, για να επιβεβαιωθεί αν το κάθε παιδί ακολουθεί μια τυπική ανάπτυξη ή όχι. Τέλος, από τα πρώτα στοιχεία αλληλεπίδρασης του μωρού με την μητέρα του, είναι το βλέμμα. Στα παιδιά που έχουν μεγάλες πιθανότητες να ανήκουν στο μέλλον στο φάσμα του αυτισμού, το βλέμμα είναι είτε αφύσικα προσκολλημένο είτε αιωρούμενο με έντονες κινήσεις αποστροφής. Φυσικά, είναι απαραίτητο να σημειωθεί πως τίποτα από τα παραπάνω,

μεμονωμένα, δεν μπορεί να αποτελεί καταλυτικό παράγοντα για την έγκυρη διάγνωση ενός βρέφους. Αποτελούν όμως βασικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να παρακολουθεί συνήθως ο γονιός και να συμβουλευτεί άμεσα ειδικό για να κάνει εκείνος την πιο σωστή διάγνωση (Αμπατζόγλου, 2000) (Πολυχρονοπούλου, 2012).

Οι εργασίες του Dominique Sauvage και των συνεργατών του, στην Tours, αναφέρουν μερικούς τρόπους ανίχνευσης του βρεφικού αυτισμού, τη λεγόμενη «ERC-N», η οποία περιλαμβάνει 33 στοιχεία διαδραστικά και μη. Η φιλοσοφία αυτή της τεχνικής, έχει ως σκοπό να αποθαρρύνει το παιδί που είναι πιθανό να έχει αυτισμό, από τις συμπεριφορές αποφυγής. Καθώς, η συμπεριφορές απομάκρυνσης και απομόνωσης είναι βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα των ατόμων με αυτισμό, μέσα από αυτές τις τεχνικές γίνεται προσπάθεια της όσο το δυνατόν περισσότερο εκγύμνασης της προσοχής του παιδιού (Αμπατζόγλου, 2000).

Η τελευταία μελέτη αφορά ένα διπλό τυφλό σύστημα. Πρόκειται για βίντεο από το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού που έχουν γυριστεί πριν γίνει διάγνωση αυτού. Μέσα από το βίντεο ενδεχομένως να μπορέσουν να δουν κλινικά χαρακτηριστικά που θα μπορούσαν να δώσουν το σήμα κινδύνου (Αμπατζόγλου, 2000).

Πέρα από αυτές τις μελέτες σήμερα, το ερευνητικό έργο των γνωστικών νευροεπιστημόνων προσφέρει, επίσης, ενδείξεις για τα αίτια του αυτισμού. Για παράδειγμα έχουν βρει ότι ο εγκέφαλος των παιδιών με αυτισμό, παρουσιάζει αξιοσημείωτη ανάπτυξη κατά τους πρώτους 12 μήνες της ζωής του ατόμου, καθιστώντας το κεφάλι αυτών μεγαλύτερο σε σχέση με το κεφάλι παιδιών χωρίς διαταραχή (Feldman, 2011).

Πέρα από τις παρατηρήσεις που μπορεί να κάνει η μητέρα καθημερινά και να συμβουλευεται τους ειδικούς, υπάρχουν και τυποποιημένα τεστ που είναι λίγο δύσκολο να ανταποκριθούν τα παιδιά, αλλά και οι εναλλακτικές ολοκληρωμένες λίστες λεξιλογίου γονέων (Owens, 2016).

### **2.1.2. ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Σε αυτές τις ηλικίες, αυτό που επικρατεί στις ζωές των παιδιών είναι φυσικά το παιχνίδι. Τα παιδιά με ΔΑΦ είναι ιδιαίτερα δύσκολο να συνεργαστούν και να παίξουν ομαδικά με παιδιά ακόμα και ίδιας ηλικίας με αυτά. Προτιμούν να απομονώνονται και να παίζουν μόνο τους. Αυτό όμως, επηρεάζει έντονα την ψυχική τους διάθεση και κάνει ακόμα πιο δύσκολη την κοινωνικοποίησή τους (Feldman R. S., 2011).

Τα πιο συχνά χαρακτηριστικά παιδιού με αυτισμό στη πρώιμη παιδική ηλικία είναι:

- Περιορισμένη ή ελλιπής μίμηση πράξεων
- Δεν δείχνουν
- Ελάχιστη έως μηδαμινή ένδειξη κατανόησης συναισθήματος των άλλων
- Αποτυχία κοινωνικού παιχνιδιού
- Ελάχιστη Γλωσσική εξέλιξη
- Ασυνήθιστη χρήση γλώσσας
- Ηχολαλία (επανάληψη λέξεων/φράσεων άνευ σημασίας
- Ελλιπής ανταπόκριση στο άκουσμα του ονόματός του
- Έλλειψη ανταπόκρισης σε γενικότερες νύξεις
- Ελλειμματική μη λεκτική επικοινωνία

### **2.1.3. ΜΕΤΑΓΕΝΕΣΤΕΡΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Τα παιδιά με ΔΑΦ, έχουν ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, καθώς έχουν σημαντική δυσκολία μάθησης και προσαρμογής εξαιτίας της ιδιαιτερότητάς τους (Τσιμπιδάκη, 2013). Σε αυτήν την ηλικία έντονη είναι κυρίως η έλλειψη επικοινωνίας με συνομιλίκους του αλλά και η δυσκολία αλληλεπίδρασης σε κοινωνικό επίπεδο. Βασικά χαρακτηριστικά που εμφανίζονται είναι:

- Αδυναμία συμμετοχής σε παιχνίδι με άλλους
- Απουσία κατανόησης κανόνων όπως της τάξης ή των παιχνιδιών
- Αναστάτωση από ερεθίσματα
- Αποτυχία σύναψης σχέσεων και με ενήλικες και με συνομήλικους
- Διαστρεβλωμένη γλωσσική ανάπτυξη
- Αλαλία
- Ηχολαλία

- Λανθασμένη χρήση γραμματικής
- Ασυνήθιστο λεξιλόγιο
- Εμμονική ενασχόληση με ένα αντικείμενο, η θέμα ή πρόσωπο

#### **2.1.4. ΕΦΗΒΕΙΑ**

Ο έφηβος με αυτισμό δυσκολεύεται πολύ στο κομμάτι των διαπροσωπικών σχέσεων καθώς προτιμά οι φίλιες του να είναι πλατωνικές. Υπάρχει περίπτωση να νιώθει ασφάλεια και να είναι κοινωνικός όταν βρίσκεται με έναν μόνο φίλο του, αλλά μπορεί να αποτραβηχτεί και να απομονωθεί όταν βρεθεί σε ομάδα. Επιπρόσθετα, του είναι πολύ δύσκολο να δημιουργήσει και να διατηρήσει φίλιες που μπορεί να κρατήσουν μια ζωή . Οι έφηβοι με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό μπορεί να εμφανίσουν δυσκολία σε θέματα οργάνωσης και φροντίδας του εαυτού τους. Μια ακόμη δυσκολία που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι έφηβοι με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό είναι η διαφορετικότητα που βιώνουν, η οποία μπορεί να είναι τραυματική. Πιο αναλυτικά τα παιδιά στην εφηβεία εμφανίζουν:

- Σωματική ανάπτυξη
- Αύξηση ανάρμοστων προσαρμοστικών συμπεριφορών
- Συναισθηματικό μπέρδεμα
- Εμφάνιση σεξουαλικών ορμών
- Επικοινωνιακές δυσκολίες
- Δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση
- Απομόνωση
- Εμμονικές – στερεοτυπικές συμπεριφορές
- Έλλειψη ενσυναίσθησης
- Άγχος, επιθετικότητα, αυτοτραυματισμοί
- Μειωμένη αυτοσυγκράτηση

(Littner, Littner, & Shah, 2001)

Παρακάτω θα αναλυθούν κάποια από τα χαρακτηριστικά που συναντώνται τις περισσότερες φορές σε παιδιά που ανήκουν στο φάσμα.

## **2.2. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

Όσον αφορά στην επικοινωνία, τα χαρακτηριστικά ενός παιδιού που ανήκει στο φάσμα γίνονται εμφανή, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, μόλις στην ηλικία των 2 ετών. Μέχρι τότε, τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, πραγματοποιούν βάβισμα, όπως ονομάζεται . Μέχρι την ηλικία του ενός μόλις έτους λένε κάποιες λέξεις, έχουν άμεση βλεμματική επαφή όταν τα φωνάζουν, δείχνουν αυτό που χρειάζονται για να τους το δώσουν και αντιδρούνε, όταν τους δίνουν κάτι που δεν θέλουν, δείχνοντας με ξεκάθαρο τρόπο την άρνησή τους. Στα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα, η επικοινωνία είναι διαφορετική, καθώς ακόμα και αν βαβίζουν σε μικρή ηλικία, υπάρχει το ενδεχόμενο, να σταματήσουν. Σε ορισμένες περιπτώσεις, φαίνεται πως επιδιώκουν την επικοινωνία με το περιβάλλον είτε μέσω εικόνων είτε μέσω χειρονομιών (Βάρβογλη, 2006). (Πολυχρονοπούλου, 2012) (Owens, 2016) (Heward, 2011).

Υπάρχει ωστόσο και μια κατηγορία παιδιών, που έχουν ιδιαίτερα αναπτυγμένο γλωσσικό επίπεδο. Παρόλα αυτά, είναι δύσκολη η επικοινωνία μαζί τους, καθώς δεν υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις για λειτουργική χρήση του λόγου. Ξεκινάνε συνήθως ένα μονόλογο για ένα θέμα που τους ενδιαφέρει και δεν δίνουν την δυνατότητα στο συνομιλητή τους να συμμετέχει. Επίσης, αδυνατούν να κατανοήσουν την γλώσσα του σώματος, την προσωδία της φωνής ή διάφορες εκφράσεις. Μεταφορές και σχήματα λόγου, γίνονται ιδιαίτερα δύσκολα, αντιληπτά από παιδιά που ανήκουν στο φάσμα (Βάρβογλη, 2006) (Frith U. , 1994).

Εκτός του ότι είναι δύσκολο να κατανοήσουν την στάση σώματος και τον τόνο φωνής ενός ομιλούντος ατόμου είναι εξίσου δύσκολο και να το πραγματοποιήσουν τα ίδια τα παιδιά. Πιο συγκεκριμένα , οι εκφράσεις που κάνουν, οι κινήσεις και οι χειρονομίες, σπάνια αντιστοιχούν σε αυτό που θέλουν να πουν. Αυτά που αισθάνονται δεν είναι ανάλογα με τον τόνο της φωνής τους. Επιλέγουν κυρίως υψηλό τόνο στην φωνή τους η πιο μονότονο και ρομποτικό στυλ. Η αδυναμία τους να επικοινωνήσουν με το περιβάλλον, οδηγεί τα παιδιά, στο να φωνάζουν στην ανάγκη εξωτερίκευσης της επιθυμίας τους ή να παίρνουν με απότομο τρόπο αυτό που χρειάζονται. Φυσικά, λόγω της ανεπαρκούς επικοινωνίας να αισθάνονται έντονο άγχος και στεναχώρια (Βάρβογλη, 2006) (Owens, 2016) (Heward, 2011).

- **ΠΡΑΓΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της ιδιόρρυθμης ομιλίας των παιδιών με αυτισμό είναι η ηχολαλία. Η ομιλία των παιδιών με αυτισμό θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ιδιόρρυθμη. Το πιο έντονο πρόβλημα το αντιμετωπίζουν στο τομέα της πραγματολογίας, στην ικανότητα δηλαδή να χρησιμοποιούν το λόγο λειτουργικά, με σκοπό την επικοινωνία (Frith U. , 1994). Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως η μη λεκτική επικοινωνία είναι σχεδόν ανύπαρκτη στα παιδιά με ΔΑΦ. Δεν έχουν αντίστοιχες γνώσεις με τους συνομιλητές τους, δεν γνωρίζουν τον ρόλο των ακροατών και είναι ιδιαίτερα δύσκολο να διατηρήσουν το θέμα σε μία συζήτηση. Όλα αυτά φανερώνουν πως η ύπαρξη διαλόγου με παιδιά που ανήκουν στο φάσμα είναι περίπλοκη και ιδιαίτερα δύσκολη. Δεν επιδιώκουν βλεμματική επαφή με αυτούς που συνομιλούν, δεν ανέχονται αγγίγματα και για αυτό συχνά επιλέγουν να απομονωθούν και να κλειστούν στον εαυτό τους (Shipley & McAfree) (Owens, 2016) (Heward, 2011).

- **ΣΗΜΑΣΙΟΛΟΓΙΑ**

Στον τομέα της σημασιολογίας, υπάρχει κάτι αξιοσημείωτο. Ενώ γενικά, τα παιδιά με ΔΑΦ, έχουν αργή κατάκτηση της ομιλίας και δυσκολία στην ανάκληση λέξεων, παρουσιάζουν γρήγορη εκμάθηση συγκεκριμένων λέξεων σε σχέση με τις αφηρημένες έννοιες, ειδικά αυτών που σχετίζονται με τις ανθρώπινες σχέσεις ή με τα συναισθήματα. Επίσης, παρουσιάζουν δυσκολία στη παραγωγή σωστών ονομάτων άλλων ατόμων και στην σωστή χρήση του νοήματος των λέξεων (υπεργενίκευση). Τέλος, έχουν φτωχή ικανότητα κατηγοριοποίησης και κατανόησης στη σχέση των λέξεων (Shipley & McAfree).

- **ΣΥΝΤΑΞΗ ΚΑΙ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ**

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της ιδιόρρυθμης ομιλίας των παιδιών με αυτισμό είναι η έντονη αντιστροφή των αντωνυμιών «εγώ» και «εσύ» (Shipley & McAfree). Είναι αξιοσημείωτο ότι τα άτομα που ανήκουν στο φάσμα, βρίσκονται σε πολύ καλό επίπεδο όσο αφορά στην ικανότητα τους να διαβάζουν. Πιο συγκεκριμένα η Maggie Snowling και ο Uta Frith ασχολήθηκαν πιο ενδελεχώς με την ιδιαίτερη αυτή επίδοση των παιδιών αυτών καθώς παρατήρησαν πως μπορούσαν να συμπληρώσουν ανολοκλήρωτες προτάσεις με σωστή γραμματικής δομή. Σε ένα σταθμισμένο τεστ γραμματικής ικανότητας λοιπόν, απέδειξαν ότι μπόρεσαν τα παιδιά με αυτισμό να ανταποκριθούν εξίσου καλά με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης που ανήκουν στην ίδια ηλικιακή ομάδα. Ακόμη, κατέληξαν πως έχουν την δυνατότητα τα παιδιά αυτά να κάνουν συντακτικές διακρίσεις (Frith U. , 1994).

Υπάρχει έντονη δυσκολία στο συνδυασμό των λέξεων σε προτάσεις με νόημα . Επιλέγουν τις μονολεκτικές απαντήσεις ή την επανάληψη φράσεις ξανά και ξανά . (Βάρβογλη, 2006). Ακόμα και σε κάποιες περιπτώσεις ατόμων με αυτισμό που μπορεί να έχουν ιδιαίτερη ευχέρεια στον τομέα της σύνταξης και της σημασιολογίας , δηλαδή στην ικανότητα να χειρίζονται τους κανόνες της γραμματικής και στην ικανότητα που τους επιτρέπει να κατανοούν και να σχηματίζουν το νόημα αντίστοιχα , η απόδοσή του στον τομέα της πραγματολογίας είναι αισθητά επηρεασμένη. (Shipley&McAfree) (Frith U. , 1994). Υπάρχει μεγάλο μέρος των παιδιών με αυτισμό που επιλέγουν να μην μιλούν και σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ιδιαίτερα δύσκολο να εκτιμηθεί το επίπεδο τους σε όλους τους τομείς της γλώσσας . Ακόμη όμως και αυτά τα παιδιά πολλές φορές έχει τύχει από μόνα τους σε ανυποψίαστο χρόνο να αρθρώσουν ακόμα και ολόκληρη πρόταση . (Frith U. , 1994). (Shipley & McAfree)

- **ΦΩΝΟΛΟΓΙΑ**

Τέλος, όσον αφορά στην φωνολογία, υπάρχουν κάποια βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα στα παιδιά με αυτισμό. Υπάρχουν έντονες αρθρωτικές διαταραχές δυσκολία στον διαχωρισμό των ήχων και των ορίων των λέξεων. Ακόμη, παρουσιάζεται καθυστερημένη κατάκτηση των ήχων της ομιλίας, αλλά κατάλληλα πρότυπα ομιλίας αναπτύσσονται σε βάθος χρόνου (Shipley & McAfree).

- **ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Ως φυσικό επόμενο της δυσκολίας στην επικοινωνία των ατόμων με αυτισμό προκύπτει και το πρόβλημα στην κοινωνικοποίησή τους .

Αναφέρθηκε και προηγουμένως, ότι τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης από πολύ μικρή ηλικία ανταποκρίνονται στο κάλεσμα, γυρνώντας το βλέμμα τους η χαμογελώντας. Αυτά, αποτελούν και τα πρώτα σημάδια κοινωνικοποίησης των μικρών παιδιών. Σε αντίθεση, στα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα, παρατηρείται μια μοναχικότητα από πολύ νωρίς. Δεν επιδιώκουν βλεμματική επαφή με άλλους ανθρώπους, και προτιμούν να παραμένουν κλεισμένα στον εαυτό τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, δέχονται τις εκδηλώσεις αγάπης όπως φιλιά και αγκαλιές από του γονείς του αλλά δεν αντιδράνε. Αυτή η απόμακρη συμπεριφορά συνεχίζεται ακόμα και όσο μεγαλώνουν. Αν και νιώθουν ιδιαίτερη προσκόλληση στους γονείς τους δεν μπορούν να το δείξουν έμπρακτα (Βάρβογλη, 2006) (Κρουσταλάκης, 2005) (Owens, 2016) (Heward, 2011).



Η δυσκολία τους να αντιληφθούν την εκφραστικότητα των άλλων, όπως ένα χαμόγελο, ή ένα κλείσιμο ματιού και κατ' επέκταση τα συναισθήματα τους αποτελούν αρωγό στην κοινωνικοποίηση τους. Είναι βασικό για την επικοινωνία και την κοινωνικοποίηση με άλλους ανθρώπους να μπορεί κανείς να μπει στη θέση του συνομιλητή, τα παιδιά με ΔΑΦ, δεν μπορούν να ανταποκριθούν σε κάτι τέτοιο, γεγονός που τους δυσκολεύει (Βάρβογλη, 2006) (Owens, 2016) (Heward, 2011).

Η αδυναμία τους τόσο στην κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων όσο και στην εκδήλωση των δικών τους συναισθημάτων τα οδηγεί σε ανεξήγητες συμπεριφορές. Ενδέχεται να ξεκινήσουν να κλαίνε ξαφνικά χωρίς κάποιο λόγο ή να γίνουν ιδιαίτερα επιθετικά, καθώς δεν μπορούν να ελέγξουν αυτά που νιώθουν. Όλα αυτά όμως εμποδίζουν ακόμα περισσότερο το παιδί να δημιουργήσει κοινωνικές σχέσεις. Συχνές είναι και οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Αυτοτραυματισμοί, δαγκωματιές και τράβηγμα των μαλλιών τους είναι μερικές περιπτώσεις που λόγω έντονης απελπισίας και απογοήτευσης θέλουν να τιμωρήσουν τον εαυτό τους (Βάρβογλη, 2006) (Heward, 2011).

Πολλές φορές αποτυγχάνουν να χρησιμοποιούν χειρονομίες, όπως το να δείξουν κάτι, να χαιρετίσουν ή να κουνήσουν το κεφάλι τους. Ορισμένα πάλι κάνουν κάποιες χειρονομίες, όπως τράβηγμα και σπρώξιμο απλά και μόνο για να αποκτήσουν αυτό που θέλουν και όχι ως μέσο κοινωνικής συμπεριφοράς. Ακόμη, μπορεί να κάνουν αυτές τις χειρονομίες καθώς είναι ιδιαίτερα δύσκολο σε αυτά τα παιδιά να εστιάσουν την προσοχή τους. Τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, έχουν από πολύ νωρίς την ικανότητα αυτή της εστίασης και έτσι μπορούν να δείξουν στον ενήλικα αυτό που επιθυμούν να αποκτήσουν. Πιο συγκεκριμένα τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης κοιτούν συνήθως εκεί που κοιτάζει έντονα και η μαμά και έτσι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, έχοντας ο ένας εστιασμένη την προσοχή του στον άλλον. Η από κοινού εστίαση προσοχής αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη των γλωσσικών και κοινωνικών δεξιοτήτων ενός παιδιού (Heward, 2011).

- **ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ**

Τα παιδιά με Δ.Α.Φ, συνήθως, δεν παρουσιάζουν προβλήματα όσον αφορά στην ανάπτυξη του σώματός τους και έχουν καλό μυϊκό έλεγχο. Ωστόσο, παρουσιάζουν έλλειψη ευέλικτης συμπεριφοράς. Εκδηλώνουν στερεοτυπικές συμπεριφορές που συχνά μπορεί να είναι ενοχλητικές στα άτομα του περιβάλλοντός τους, όπως για παράδειγμα το συνεχές χτύπημα των ποδιών στο δάπεδο. Επίσης, παρουσιάζουν συμπεριφορές που βασίζονται σε τελετουργικά και σε αυστηρή ρουτίνα. Αν κάποιος παρεμποδίσει αυτό που κάνουν ή χαλάσει την σειρά την

οποία επιλέγουν, τότε πιθανώς θα εκδηλώσουν μια κακή συμπεριφορά και πιθανό να θυμώσουν έντονα (Βάρβογλη, 2006) (Owens, 2016) (Heward, 2011).

Η δύναμη της ρουτίνας είναι τόσο έντονη στα παιδιά με Δ.Α.Φ που επικρατεί ιδιαίτερη σύγχυση αν αυτή διαταραχθεί για κάποιο λόγο. Η ενδυμασία, η διαδρομή, το γεύμα, τα ωράρια, το ξύπνημα και ο ύπνος, θα πρέπει να ακολουθούν μια συγκεκριμένη καθημερινή ροή που δεν θα ανατρέπεται. Ενδεχομένως να θεωρούν ότι ζουν σε ένα χαοτικό περιβάλλον και αυτή η σταθερότητα και η μονοτονία στη ζωή τους να τους δημιουργεί ένα αίσθημα ασφάλειας (Βάρβογλη, 2006) (Owens, 2016) (Heward, 2011).

Στα πλαίσια της επαναλαμβανόμενης συμπεριφοράς, συχνά παρατηρείται πως τα παιδιά έχουν την ανάγκη για εντατική απασχόληση. Υπάρχει περίπτωση να προσπαθούν να απομνημονεύσουν αριθμούς, σύμβολα και εικόνες που δεν τους είναι καν χρήσιμα (Βάρβογλη, 2006).

Άλλες αξιοσημείωτες συμπεριφορές των παιδιών στο φάσμα, είναι η ευαισθησία τους σε ορισμένες υφές ή σε ήχους. Ένας ήχος, ή για παράδειγμα η ετικέτα στα ρούχα, μπορεί να τους δημιουργήσει έντονη σύγχυση και να μην δείξουν καθόλου ανοχή. Είναι πιθανόν να εκδηλώσουν έντονη δυσαρέσκεια σε ορισμένες τροφές και να αρνούνται πεισματικά την κατανάλωσή τους (Owens, 2016) (Heward, 2011).

### **2.3. ΤΟ ΠΑΙΧΝΙΔΙ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ**

Γνωρίζουμε πως το παιχνίδι, για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς αποτελεί μέσω κοινωνικοποίησης, οξύνει την φαντασία τους και τα βοηθά να δραστηριοποιούνται γενικότερα, κάτι τέτοιο δεν φαίνεται να ισχύει στα παιδιά με αυτισμό. Συνήθως προτιμούν να παίζουν μόνα τους και απέχουν από όλα τα ομαδικά παιχνίδια. Προτιμούν να ασχολούνται με την άμμο, το νερό και το πηλό. Το παιχνίδι τους είναι μονοδιάστατο και έχει στερεοτυπικές και επαναλαμβανόμενες κινήσεις (Πολυχρονοπούλου, 2012). (Κρουσταλάκης, 2005). Είναι σημαντικό όμως, παρόλα αυτά να επιμένουμε στο παιχνίδι στα παιδιά με αυτισμό, καθώς όπως αναφέρουν ο Πολυχρονόπουλος (1990) και ο Σαρρής (2004), το παιχνίδι σε αυτές τις περιπτώσεις παιδιών, διευκολύνει την απόκτηση επιθυμητών συμπεριφορών στην κινητική, γλωσσική, γνωστική ανάπτυξη και κοινωνική προσαρμογή, ενισχύει την εκπαιδευτική πράξη, παρεμποδίζει την εμφάνιση μη κοινωνικά

αποδεκτών συμπεριφορών και παρέχει ευχαρίστηση και ψυχαγωγία. Οι Beyer και Gammeltoft αναφέρουν ότι τα παιδιά με ΔΑΦ, μπορούν να μάθουν να παίζουν (Πολυχρονοπούλου, 2012).

#### **2.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

Προκειμένου να γίνει η πλήρης καταγραφή των ελλειμμάτων, στοχεύοντας στην εύρεση παρέμβασης, απαραίτητη είναι η αξιολόγηση. Πολύ διαδεδομένα και χρήσιμα αξιολογητικά εργαλεία είναι τα εξής:

- **Το ABBLS-R.** Το συγκεκριμένο εργαλείο, (criterion reference), βασίζεται στην παρατήρηση. Σχεδιάστηκε από τον Partington, το 2008. Η ηλικία χορήγησης είναι από 0 – 12 ετών και απαρτίζεται από τέσσερα τμήματα (αξιολόγηση βασικών δεξιοτήτων μάθησης, αξιολόγηση ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, αξιολόγηση δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης και αξιολόγηση κινητικών δεξιοτήτων).
- **Το SCERTS MODEL.** Το SCERTS Model, χρησιμοποιείται για την καταγραφή των δεξιοτήτων του παιδιού είτε αυτές είναι ανεπτυγμένες είτε όχι, μέσω φορμών. Είναι ένα πρωτόκολλο, το οποίο εστιάζει στην κοινωνική επικοινωνία, τη συναισθηματική λειτουργικότητα και την διαπροσωπική στήριξη (Prizant et al 2014). Στο πρωτόκολλο αυτό περιέχεται μια criterion reference αξιολόγηση, η οποία επιτρέπει την καταγραφή των εμποδίων αλλά και των θετικών συμπεριφορών του παιδιού αλλά και την καταγραφή της ανάγκης υποστήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον μέσω των φορμών παρακολούθησης SAP-O και SAP-R (Prizant et al 2003).
- **Η ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΓΛΩΣΣΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΈΚΦΡΑΣΗΣ.** Το αξιολογητικό αυτό εργαλείο έχει ως στόχο την ανεύρεση των υπάρχοντων δυσκολιών σε γλωσσικό και επικοινωνιακό επίπεδο, τόσο εκφραστικά όσο και αντιληπτικά. Η Δοκιμασία Γλωσσικής Αντίληψης και Έκφρασης, αξιολογεί επίσης το παιχνίδι μέσω παρατήρησης αυτού από τον θεραπευτή (Βογινδρούκας & Γρηγοριάδου 2009).
- **ΤΟ PRAGMATIC PROFILE.** Το Pragmatic profile είναι ένα ανιχνευτικό εργαλείο του τομέα της πραγματολογίας. Διεξάγεται μέσω συνεντεύξεων του στενού κοινωνικού περιβάλλοντος του περιστατικού. Επικεντρώνεται στις προσεγγίσεις επικοινωνίας, στην τήρηση των κανόνων διαλόγου και την επικοινωνιακή ικανότητα σε διαφορετικές κοινωνικές περιστάσεις (Lees & Urwin 2005).

- Το ADOS. Το συγκεκριμένο αξιολογητικό εργαλείο, μέσω δραστηριοτήτων (αυστηρά σχεδιασμένων ή μη), εστιάζει στην κοινωνική αλληλεπίδραση, τις στερεοτυπικές συμπεριφορές, τις περιορισμένες προτιμήσεις στα ενδιαφέροντα και δεξιότητες του γλωσσικού τομέα. Σχεδιάστηκε από τον Lord και τους συνεργάτες της, το 1989 και είναι δομημένο με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε ο λογοθεραπευτής να παρέχει ευκαιρίες στον θεραπευόμενο για επικοινωνιακή και κοινωνική πρόθεση. Το ADOS, χωρίζεται σε τέσσερις ενότητες.
- Το ΤΕΣΤ ΣΥΜΒΟΛΙΚΟΥ ΠΑΙΧΝΙΔΙΟΥ. Αξιολογεί τις γλωσσικές, επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες του παιδιού, μέσω παρατήρησης. Αποτελείται από 4 ανεξάρτητες ενότητες και βοηθάνε τον θεραπευτή να καταλήξει σε αντικειμενικά συμπεράσματα αναφορικά με τις ικανότητες συμβολισμού οι οποίες υπό κανονικές συνθήκες αναπτύσσονται παράλληλα με την δεκτική και εκφραστική γλώσσα ( GL Assessment 2021).
- ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ(CARS). Η CARS, είναι μια αξιολογητική λίστα η οποία απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 2 ετών και άνω και αξιολογεί 15 συμπεριφορικές παραμέτρους όπως: ανθρώπινες σχέσεις, λεκτική και κινητική μίμηση, συγκίνηση, σωματογνωσία, οπτική ανταπόκριση, σχέση με άψυχα αντικείμενα, προσαρμοστικότητα, ακουστική ανταπόκριση, δεκτική ανταπόκριση, αντιδράσεις άγχους, μη λεκτική επικοινωνία, επίπεδο δραστηριότητας (Schopler et al 1988).
- ADI-R: Συνέντευξη, ημιδομημένης φύσεως, η οποία αξιολογεί την ΔΑΦ και διαφοροδιαγιγνώσκει. Χορηγείται ανεξαρτήτως ηλικίας και εξετάζει την τωρινή συμπεριφορά όπως και την ηλικία των 4 με 5 ετών (Lord et al 1994)
- DISCO-DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR SOCIAL AND COMMUNICATION DISORDERS: Αντλεί πληροφορίες σχετικά με την πρώιμη ανάπτυξη της συμπεριφοράς και της λειτουργικότητας. Λειτουργεί διαφοροδιαγνωστικά (Wing 1999).
- ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ: Εξετάζει τομείς όπως: την κοινωνικότητα, την γλωσσική έκφραση, την αντίληψη, την μίμηση, την κατανόηση, την αυτοεξυπηρέτηση σύμφωνα με τα αναπτυξιακά ορόσημα. Είναι πολύ χρήσιμο για την δόμηση παρέμβασης.

- CHILD DEVELOPMENT INVENTORIES: Ερωτηματολόγια που συμπληρώνουν οι γονείς σχετικά με προβλήματα λόγου, κινητικά, κοινωνικά, συμπεριφορικά και γνωστικά.
- H ΚΛΙΜΑΚΑ BAYLEY SCALES: Αναγνωρίζει παιδιά με αναπτυξιακή καθυστέρηση και περιλαμβάνει αξιολόγηση τριών τομέων: γνωστικό, κινητικό, συμπεριφορικό (Bayley 1993).

## **2.5. ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η διαφοροδιάγνωση μας βοηθάει ουσιαστικά να ξεχωρίσουμε τον αυτισμό από άλλες διαταραχές. Η πιο μεγάλη σύγχυση γίνεται μεταξύ του αυτισμού και της σχιζοφρένειας ή της νοητικής υστέρησης .

### **2.5.1. ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

Έχουν εντοπιστεί κοινοί γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου για τις διαταραχές αυτιστικού φάσματος και τη σχιζοφρένεια. Η κοινωνική αλληλεπίδραση, η επικοινωνία, η επεξεργασία συναισθημάτων, η αισθητικοκινητική πύλη και η εκτελεστική λειτουργία διαταράσσονται και στα δύο, διεγείροντας τη συζήτηση σχετικά με το αν αυτές είναι σχετικές συνθήκες. Οι μελέτες απεικόνισης εγκεφάλου αποτελούν έναν ενημερωτικό και επεκτεινόμενο πόρο για να προσδιορίσουν εάν ο φαινότυπος του εγκεφαλικού φαινοτύπου αυτών των διαταραχών είναι διακριτός ή αλληλεπικαλυπτόμενος ( Cheung, etal., 2010). Το 1911, χαρακτηρίστηκε ο αυτισμός ως σύμπτωμα της σχιζοφρένειας και από τότε άρχισε να υπάρχει μια σύγχυση μεταξύ των δύο αυτών διαταραχών. Υπάρχουν έντονες διαφοροποιήσεις μεταξύ τους. Αρχικά, σχετικά με το ηλικικό στάδιο στο οποίο εμφανίζονται, η ΔΑΦ εμφανίζεται μέχρι τους 30 μήνες ενώ η σχιζοφρένεια σπάνια πριν από την εφηβεία. Ακόμη, όσον αφορά στην επικοινωνία με την πραγματικότητα, στην ΔΑΦ γίνεται πολύ απότομα τα δύο πρώτα έτη, ενώ στην σχιζοφρένεια γίνεται σταδιακά όσο αναπτύσσεται το άτομο. Τα κύρια συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες δεν λαμβάνουν χώρα. Επίσης, τα άτομο με ΔΑΦ παρουσιάζουν κάποιες σταθερές ικανότητες, αντίθετα, τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, υπάρχουν περίοδοι που διαθέτουν κάποιες ικανότητες και κάποιες άλλες που υπάρχει έκπτωση αυτών. Η κληρονομικότητα παίζει καθοριστικό ρόλο

στην ύπαρξη σχιζοφρένειας σε αντίθεση με την ΔΑΦ. Τέλος, κάποια βασικά χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΑΦ όπως οι στερεοτυπικές συμπεριφορές δεν υπάρχουν σε άτομα με σχιζοφρένεια (Πολυχρονοπούλου, 2012).

### **2.5.2. ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ**

Αρχικά, και σε αυτή την σύγκριση τονίζεται πως χαρακτηριστικά συμπεριφορών σε άτομα που ανήκουν στο φάσμα, δεν υπάρχουν σε άτομα με νοητική υστέρηση. Η επαφή με την πραγματικότητα είναι σπουδαία για το παιδί με νοητική υστέρηση ενώ το παιδί με αυτισμό δείχνει να αδιαφορεί. Επίσης, η επεξεργασία των ερεθισμάτων που προσλαμβάνουν με τις αισθήσεις είναι κάτι που συναντάται μόνο στα άτομα με ΔΑΦ. Τέλος, τα παιδιά με νοητική υστέρηση έχουν περισσότερες πιθανότητες να ενταχθούν ομαλά στο κοινωνικό σύνολο, ενώ τα πράγματα φαίνεται να είναι περισσότερο απαισιόδοξα για τα άτομα με αυτισμό (Πολυχρονοπούλου, 2012).

## **2.6. ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που προκαθορίζουν πόσο μεγάλη θα είναι η εξέλιξη και η πρόοδος σε άτομα με αυτισμό κατά την ανάπτυξή τους. Φυσικά πολύ σημαντική είναι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η ικανότητα για μάθηση, ο δείκτης νοημοσύνης, οι κοινωνικές δεξιότητες, η ανάπτυξη της γλώσσας, ο βαθμός εγκεφαλικής δυσλειτουργίας, η καταλληλότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος, καθώς και από το χρόνο που θα αντιμετωπιστεί το πρόβλημα (Πολυχρονοπούλου, 2012). Είναι πιθανόν να φτάσουν σε ένα τόσο καλό επίπεδο που θα έχουν την δυνατότητα να αναπτύξουν την κοινωνικότητα τους και να βελτιώσουν αισθητά το γλωσσικό τους επίπεδο. Παρά το πολύ καλό επίπεδο που θα έχουν φτάσει είναι πιθανόν να νιώθουν την ανάγκη να τους καλύψει η οικογένεια τους τις καθημερινές τους ανάγκες, γεγονός που αποδεικνύει ότι δεν μπορούν να είναι πλήρως αυτόνομοι. Σε όλη την διάρκεια ανάπτυξής τους, κρίνεται απαραίτητα η ύπαρξη και η υποστήριξη από ψυχολόγο και ειδικό παιδαγωγό (Κρουσταλάκης, 2005). Γενικότερα όμως, η πρόβλεψη είναι πτωχή, όταν ο μη λεκτικός δείκτης νοημοσύνης είναι κάτω από 50 και όταν δεν έχουν αναπτυχθεί καλές γλωσσικές δεξιότητες μέχρι την ηλικία των πέντε ετών (Πολυχρονοπούλου, 2012) (Rutter, 1990).

Στις διαταραχές αυτιστικού φάσματος, έρευνες που έχουν διεξαχθεί, επιβεβαιώνουν την συχνότητα συνοσηρότητας και την ύπαρξη συνοδών ψυχικών διαταραχών. Παρακάτω αναφέρονται οι συχνότερες από αυτές (Καράντανος, 2021)

- ΔΕΠ-Υ: Συμπτώματα απροσεξίας, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας. Η έρευνα του Gilchrist και των συνεργατών του, το 2001, ανέδειξε την ΔΕΠ -Υ, σαν την πιο συχνή διαταραχή που συνυπάρχει με την διαταραχή αυτιστικού φάσματος. (Gilchrist, et al., 2001)
- ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Πιστεύεται ότι είναι η συχνότερη ψυχιατρική διαταραχή που συνυπάρχει
- ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: Πηγάζουν από την διαταραχή αυτιστικού φάσματος

### 3.1. ΣΧΟΛΙΚΗ ΕΝΤΑΞΗ ΚΑΙ ΑΥΤΙΣΜΟΣ

Τα παιδιά με ΔΑΦ, αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες προκλήσεις στην κοινωνική τους ένταξη, αλλά και στο σχολικό περιβάλλον, μιας και το σχολικό περιβάλλον αποτελεί την πρώτη οργανωμένη κοινωνία στην οποία εντάσσεται ένα παιδί. Τα συμπτώματα, αρχίζουν και γίνονται διακριτά, από την πρώτη τάξη του νηπιαγωγείου μιας και δεν δύνανται να πραγματοποιήσουν συνεργατικό παιχνίδι, είναι αποτραβηγμένα, όπως λέγεται στον «δικό τους κόσμο» και σε περίπτωση που μπουν στη διαδικασία αλληλεπίδρασης με συνομήλικους, δεν ενδιαφέρονται για την ομαδικότητα αλλά για να καλύψουν δικές τους ανάγκες και στόχους (Ashley2006).

Στις τάξεις του δημοτικού, τα συμπτώματα γίνονται πιο έντονα. Ο μαθητής με ΔΑΦ, διακατέχεται από άγχος, προς εκπλήρωση των απαιτήσεων, των οπτικοακουστικών ερεθισμάτων και πολλές φορές γίνονται δέκτες εκφοβισμού από τους συμμαθητές του.

Μεγαλώνοντας και αντιλαμβανόμενοι την διαφορετικότητά τους γίνονται υπερευαίσθητοι με αποτέλεσμα τα συμπεριφορικά προβλήματα όπως η επιθετικότητα, αρνητισμό. Αυτό έχει ως συνέπεια την κοινωνική απομόνωση (Γενά, 2002)

Η πολυπλοκότητα αυτής της διαταραχής, αποτελεί έναυσμα για μια μεγάλη αναζήτηση αναφορικά με το καταλληλότερο εκπαιδευτικό πλαίσιο. Στο παρελθόν, μαθητές με ιδιαίτερες εκπαιδευτικές ανάγκες, όπως τα άτομα με ΔΑΦ, εκπαιδεύονταν στα λεγόμενα ειδικά εκπαιδευτικά σχολεία (Καραγιάννης et al, 1996). Πλέον, εδώ και αρκετά χρόνια, οι μαθητές αυτοί, εντάσσονται στα σχολεία γενικής παιδείας και εκπαιδεύονται με τους τυπικής ανάπτυξης μαθητές (McDonnell, 1998). Έτσι, πλέον εισηχθη ο όρος «συνεκπαίδευση», ο οποίος διατυπώθηκε για πρώτη φορά, το 1985, από την Διεθνή Σύνοδο για την ειδική αγωγή στη Σαλαμάνκα. Η διακήρυξη αυτή, γνωστή ως Διακήρυξη της Σαλαμάνκας, υπογράφηκε από 92 χώρες και από 25 διεθνείς οργανισμούς και επικυρώνει το δικαίωμα κάθε παιδιού στην εκπαίδευση με ίσες ευκαιρίες και την μετατροπή των σχολείων σε «σχολείο για όλους» (Αβραμίδης, 2013).

Παράγοντες που επηρεάζουν την σχολική ένταξη του παιδιού με ΔΑΦ, είναι: η πρόωμη παρέμβαση, η ενημέρωση και ετοιμότητα του εκπαιδευτικού να ανταπεξέλθει στις ιδιαίτερες εκπαιδευτικές ανάγκες του παιδιού και τέλος, η στάση, η διάθεση και τα συναισθήματα των υπόλοιπων μαθητών.



Στην ένταξη των μαθητών στο σχολικό περιβάλλον, καίριο ρόλο, παίζουν οι ειδικοί επιστήμονες, οι οποίοι έχουν χρέος να διαμορφώσουν και να υλοποιήσουν τους ενταξιακούς στόχους έτσι ώστε να στεφθεί επιτυχώς η ένταξη (Peck et al, 1989).

### **3.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ**

Η κοινωνική προσαρμογή, αποτελεί μια επίπονη διαδικασία για τους ανθρώπους με ΔΑΦ. Τα άτομα με ΔΑΦ, έχοντας βασικά ελλείμματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση, την τήρηση κανόνων (κυρίως πραγματολογικών), την έλλειψη ενσυναίσθησης, την κρίση και την ελλειμματική γνωστική ικανότητα δυσκολεύονται ιδιαίτερα να αναπτύξουν την κοινωνικότητά τους. Το γεγονός αυτό, έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική περιθωριοποίηση, άγχος και κατάθλιψη (Bauminger & Kasari, 2000).

Σε μεγαλύτερες ηλικίες, η κοινωνική προσαρμογή απαιτεί την εύρεση εργασίας, η οποία λόγω των στερεοτύπων και προκαταλήψεων των εργοδοτών είναι δύσκολο να βρεθεί. Αυτό το γεγονός οδηγεί τον άνθρωπο με ΔΑΦ, σε συναισθήματα άγχους για την επιβίωσή του, απογοήτευσης, χαμηλής αυτοεκτίμησης και εικόνας, αφού θεωρεί ότι δεν είναι ικανός να εκπληρώσει τις απαιτήσεις που χρειάζονται για να ανταπεξέλθει. Το αίσθημα ματαίωσης κυριαρχεί (Eyant, 2014).

### **3.3. ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Αναφορικά με την επιθετικότητα, αυτή, σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί από ψυχολόγους, πραγματοποιείται ασυνείδητα, χωρίς δηλαδή να υπάρχει επίγνωση (Farmer & Aman 2011). Η επιθετικότητα που εμφανίζουν τα άτομα με ΔΑΦ, διακρίνεται σε 2 κατηγορίες: την προδραστική και την αντιδραστική. Η προδραστική, έγκειται στην επιθυμία επίτευξης ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος, έχοντας ως στόχο το όφελος του ατόμου που δρα, ενώ η αντιδραστική λειτουργεί ως απάντηση σε κάποιο ερέθισμα που πιθανός ενοχλεί (Matlock & Aman 2011). Ορισμένες από τις αιτίες επιθετικότητας των ατόμων με ΔΑΦ, είναι η παρερμηνευση των προθέσεων των τρίτων ανθρώπων, η ανασφάλεια, το άγχος, το αίσθημα αποτυχίας και η αδυναμία να επικοινωνήσουν τις ανάγκες τους. Η επιθετική αντίδραση, δικαιολογείται από την έλλειψη ενσυναίσθησης ή την αδυναμία ορθής αποκωδικοποίησης των λεκτικών και μη μηνυμάτων της λεκτικής και μη επικοινωνίας (Bjorkly 2009).

Η δυναμική της ανάπτυξης του παιδιού περιλαμβάνει και τον τρόπο που εκφράζεται είτε είναι επιθετικό είτε όχι. Συνήθως τα παιδιά μικρότερης ηλικίας δείχνουν έναν επιθετικό χαρακτήρα στο τρόπο εκδήλωσης των επιθυμιών και των αναγκών τους. Η επιθετικότητα τους αυτή ονομάζεται «καλοήθης» και συμπεριλαμβάνεται στην ανώριμη ανάπτυξη των μηχανισμών αυτοελέγχου καθώς και στο περιορισμένο εύρος των στρατηγικών διεκδίκησης και ικανοποίησης των αναγκών και επιθυμιών σε αυτή την ηλικία.(Tremblay&Cote, 2005). Όσο όμως το παιδί μεγαλώνει και αναπτύσσει τις γνωστικές και ψυχοσυναισθηματικές δομές , έτσι και μπορεί να αυξηθούν οι πιθανότητες για συχνότερη εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς.

Η πολυπλοκότητα των συναισθηματικών συνδιαλλαγών και αλληλεπιδράσεων με το περιβάλλον καθιστά σχεδόν αναπόφευκτη την αποφυγή εκδήλωσης επιθετικών ενεργειών στην παιδική ηλικία (Campbell, 2002). Τόσο στο οικογενειακό περιβάλλον όσο και στο σχολείο, μεγάλο μέρος της αγωγής αφιερώνεται στον έλεγχο των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς. Η μετατροπή της επιθετικότητας και των μη επιτρεπτών τρόπων επικοινωνίας σε κοινωνικοποιημένες συμπεριφορές επιτυγχάνεται μέσα από την ανάπτυξη των γνωστικών δομών, και την απόκτηση μεγαλύτερου αυτοελέγχου (Σρουφ, 2001). Μηχανισμοί όπως η μίμηση, η αφομοίωση, η ταύτιση, η εσωτερίκευση και η αναπαραγωγή προτύπων συμπεριφοράς μπορούν να βοηθήσουν στον έλεγχο επιθετικότητας και ανεπιθύμητων συμπεριφορών (Σρουφ, 2001).

Μια σύγχρονη θεωρία της συμπεριφοράς, εξετάζει την επιθετικότητα ως αναπόσπαστο στοιχείο των προσαρμοστικών μηχανισμών, μέρος της δυναμικής ανάπτυξης του παιδιού σε πλαίσια με διαφορετικές απαιτήσεις, η οποία πρέπει όμως να μετατραπεί και να οργανωθεί σε μία κοινωνικά αποδεκτή μορφή (Rutter, 2001).

Η επιθετικότητα, θεωρείται επιπλέον στοιχείο ενός ευρύτερου φάσματος δυσλειτουργιών και ψυχολογικών διαταραχών, καθώς και έκφραση δυσλειτουργικών αλληλεπιδράσεων ενδογενών μηχανισμών και εξωτερικών ερεθισμάτων (Gendreau&Archer, 2005).

Το παιδί, ως σύνθετος ψυχικός οργανισμός, είναι ενταγμένο σε ένα πολύπλοκο σύστημα διαχρονικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων (οικογένεια, σχολείο κλπ.), το οποίο βρίσκεται σε συνεχή εξέλιξη και η παθολογία αποτελεί μία από τις πιθανές εκβάσεις της εξέλιξης. Η προβληματική συμπεριφορά δε μπορεί πλέον να αντιμετωπίζεται ως μια αυτόνομη διαταραχή, χωρίς να γίνεται αναφορά στη γενικότερη ψυχική οργάνωση και λειτουργία του παιδιού στις συνθήκες εκδήλωσής της (Κουρκούτας, 2011).

### 3.4. ΤΥΠΟΙ ΠΡΟΚΛΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

«Προκλητικές συμπεριφορές» ονομάζονται εκείνες οι «δύσκολες» συμπεριφορές οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής τόσο του ίδιου του ατόμου που τις εκφράζει όσο και των ανθρώπων γύρω του. Είναι ενέργειες μη φυσιολογικές, μη αποδεκτές που διαχειρίζονται δύσκολα και πρέπει να αλλάξουν (π.χ. σωματική ή λεκτική βία, επιθετικότητα, καταστροφικές ενέργειες, η ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά, οι φοβίες κλπ. ) (Emerson, 2001).

Οι προκλητικές συμπεριφορές χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: α) της προσανατολισμένες στο ίδιο άτομο που τις εκδηλώνει (π.χ. αυτοτραυματισμός), και β) σε αυτές που απευθύνονται στο περιβάλλον (επιθετικότητα, παραβατικότητα).

Σύμφωνα με τους Qureshi και Alborz (1992), κριτήρια που συμπεραίνουν εάν η συμπεριφορά αυτή είναι επικίνδυνη:

- Τα άτομα αυτά έχουν προκαλέσει τραυματισμό σε κάποιο τρίτο πρόσωπο ή και στον εαυτό τους
- Έχουν προκαλέσει ζημιές και καταστροφή του χώρου που μένουν ή εργάζονται
- Οι συμπεριφορές αυτές επαναλαμβάνονται τρεις φορές την εβδομάδα και περιλαμβάνουν κίνδυνο σωματικής ακεραιότητας παρέμβαση από περισσότερα από ένα μέλη του προσωπικού και προκαλούν αναστάτωση τουλάχιστον για μία ώρα.

Οι τύποι προκλητικής συμπεριφοράς είναι: α) στερεοτυπική, β) αυτοτραυματική, και γ) επιθετική.

#### 3.4.1. ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Ως στερεοτυπική συμπεριφορά ορίζεται η επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά που δεν εξυπηρετεί κάποιον προφανή σκοπό και πραγματοποιείται με έναν τελετουργικό τρόπο και αποτελεί ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά του αυτισμού.

Οι πιο συχνές μορφές στερεοτυπικής συμπεριφοράς είναι οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις του σώματος όπως φτερούγισμα χεριών, περίπλοκες κινήσεις δακτύλων, περπάτημα στις μύτες των

δακτύλων, φωνές, περιστροφή αντικειμένων, άμεση και καθυστερημένη ηχολαλία (Αλευριάδου, Γκιαούρη, & Παυλίδου, 2016).

Οι στερεοτυπίες εμπλέκονται στη διαδικασία απόκτησης δεξιοτήτων, στη μάθηση και στη κοινωνική αλληλεπίδραση λειτουργώντας πολλές φορές ανασταλτικά. Όμως μερικές φορές μπορούν να βοηθήσουν σε συγκεκριμένες τεχνικές, στη μάθηση ιδιαίτερα η χρήση της ηχολαλίας.

Δυστυχώς οι στερεοτυπίες αποτελούν μια εμφανή απόδειξη διαφορετικότητας και στιγματίζουν το άτομο που τις παρουσιάζει. Η συμπεριφορά αυτή συνήθως θεωρείται ανάρμοστη για την ηλικία του ατόμου που την εκδηλώνει ως προ τη μορφή, το περιεχόμενο, τη διάρκεια και την έντασή της. Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απόσυρση, σε αδυναμία επικοινωνίας με τους συνομηλίκους αλλά και δυσκολία προσαρμογής σε ένα τυπικό εκπαιδευτικό σύστημα (Cunningham&Schreibman, 2008).

### **3.4.2. ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**

Ως αυτοτραυματική συμπεριφορά, χαρακτηρίζεται κάθε συμπεριφορά που ξεκινά και καταλήγει στο ίδιο άτομο και οδηγεί σε σωματικές βλάβες (π.χ. μώλωπες, ρήξεις, αιμορραγίες, κατάγματα κλπ.) (Murphy&Wilson, 1885).

Η αυτοτραυματική συμπεριφορά έχει σωματικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Στις σωματικές περιλαμβάνονται οι δευτερογενείς μολύνσεις, παραμόρφωση προσώπου, μερική ή ολική απώλεια όρασης ή ακοής, νευρολογικές κακώσεις ακόμη και ο θάνατος. Στις κοινωνικές επιπτώσεις περιλαμβάνονται η κοινωνική απομόνωση, η παραμέληση και η κακοποίηση (Αλευριάδου, Γκιαούρη, & Παυλίδου, 2016). Οι περισσότεροι που εμφανίζουν τέτοιου είδους συμπεριφορά, εμφανίζουν επίσης και επιθετικότητα και τάση καταστροφής.

Η αυτοτραυματική συμπεριφορά συνδέεται με εσωτερικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως ο βαθμός της νοητικής έκπτωσης (Crocker, etal., 2006), ο αυτισμός, κάποια ειδικά σύνδρομα, η ηλικία, το περιοριστικό περιβάλλον και οι διαταραχές της κινητικότητας, της αισθητικότητας και της επικοινωνίας. Οι προκλητικές αυτές συμπεριφορές αυτού του τύπου μπορεί να έχουν διάρκεια στο χρόνο και στην ένταση και ότι μπορούν να ασκήσουν μεγαλύτερο έλεγχο στις αντιδράσεις του προσωπικού μέσω αρνητικής ενίσχυσης (Αλευριάδου, Γκιαούρη, & Παυλίδου, 2016).

### **3.4.3. ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**

Ως επιθετική συμπεριφορά, χαρακτηρίζεται η συμπεριφορά που περιλαμβάνει πράξεις από δαγκώματα, κλοτσιές, γδαρσίματα κλπ, που οδηγούν σε σωματικό τραυματισμό του άλλου, καθώς επίσης πράξεις όπως φωνές και ουρλιαχτά προς τρίτους ή καταστροφική βία απέναντι σε αντικείμενα, που δεν είναι απαραίτητο ότι καταλήγουν σε τραυματισμό κάποιου, αλλά που απαιτούν σοβαρή διαχείριση και έλεγχο από το προσωπικό για την αποτροπή σωματικής βλάβης.

Η κυρίαρχη μορφή επιθετική συμπεριφοράς είναι η λεκτική και η μικρότερη σε συχνότητα η σεξουαλική. Μικρό ποσοστό προκαλεί καταστροφή περιουσίας, σωματική βία και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Η επιθετική συμπεριφορά είτε σωματική είτε λεκτική, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία ενσωμάτωσης ενός ατόμου με νοητική αναπηρία σε μία κοινωνική δομή (Causby&York, 1991).

### **3.5. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ**

Ένας ακόμα τομέας, που ερευνάται από την επιστημονική κοινότητα, είναι η σεξουαλικότητα στα άτομα με ΔΑΦ. Η σεξουαλικότητα, αποτελεί έναν ευαίσθητο τομέα για την συγκεκριμένη κατηγορία ανθρώπων. Οι υπάρχουσες αποκλίσεις που υπάρχουν σχετικά με την κοινωνική συνδιαλλαγή, την επικοινωνία και την συμπεριφορά, αποτελούν εμπόδιο για την σύναψη οποιασδήποτε στενότερης σχέσης. Παρόλα αυτά, τα άτομα με ΔΑΦ, δεν διαφέρουν σε τίποτα με τους ανθρώπους τυπικής ανάπτυξης, μιας και αυτοί, έχουν την ανάγκη, να βιώσουν τρυφερότητα, να εκπαιδευτούν στην σεξουαλική αγωγή, να παντρευτούν και να αποκτήσουν οικογένεια (Aunos et al. 2002).

Γεγονός αποτελεί, το ότι η απόκλιση σε επίπεδο κατανόησης κοινωνικών κανόνων και σχέσεων αποτελεί το κυριότερο εμπόδιο.

Η σεξουαλικότητα, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το νευρικό σύστημα του ανθρώπου, το μεταβολικό του σύστημα και τις ορμόνες. Εξελίσσεται μέσα από την αλληλεπίδραση, την σωματική επαφή, την επικοινωνία και τους κοινωνικούς κανόνες. Χρειάζεται αντίληψη, κατανόηση, αποκωδικοποίηση των εξερχόμενων μηνυμάτων (λεκτικών και μη) και έκφραση συναισθήματος. Στην εφηβεία, πραγματοποιούνται οι πρώτες αλλαγές του σώματος, με κυρίαρχη την έντονη σεξουαλική ορμή, η οποία μπορεί να προκαλέσει έντονο άγχος στο άτομο

με ΔΑΦ. Η απουσία ενσυναίσθησης και τήρησης των κοινωνικών κανόνων, μπορούν να οδηγήσουν σε μη επιτρεπτές πράξεις. Παρόλο που υπάρχει έλλειψη των σχετικών δεξιοτήτων, η επιθυμία για σύναψη σχέσεων είναι υπαρκτή και έντονη, με αποτέλεσμα πολλές φορές να μετατραπεί σε εμμονή.

Η αποτυχία δημιουργίας μιας σεξουαλικής σχέσης, πολλές φορές, κάνει τα άτομα με ΔΑΦ, να βιώνουν συναισθήματα απόρριψης, απογοήτευση, επιθετικότητα και απομόνωση (Holmes et al 2005).

### **3.6. ΠΕΝΘΟΣ**

Αναφορικά με την απώλεια – πένθος, αυτή επηρεάζει τον κάθε άνθρωπο με διαφορετικό τρόπο. Η αποδοχή του γεγονότος αυτού είναι σύνθετη και απαιτεί χρόνο και ορθή υποστήριξη. Οι άνθρωποι που πάσχουν από ΔΑΦ, και κυρίως τα παιδιά, λόγω των ελλειμμάτων που αντιμετωπίζουν σε γνωστικό, συναισθηματικό και επικοινωνιακό επίπεδο, επηρεάζονται, παρόλα αυτά θρηθούν με διαφορετικό τρόπο και συνεπώς διαφέρει και ο τρόπος υποστήριξης τους. Τα άτομα με ΔΑΦ, βιώνουν έντονα συναισθήματα όταν ένα τέτοιο γεγονός συντελείται, αλλά δεν είναι σε θέση να τα επικοινωνήσουν και ένας λόγος που συμβαίνει αυτό είναι η αδυναμία που έχουν να αναγνωρίσουν αυτά τα συναισθήματα και να τα ονοματίσουν. Ο κυριότερος λόγος που δυσκολεύονται να κατανοήσουν την απώλεια, είναι γιατί ο θάνατος, αποτελεί μια αφηρημένη έννοια. Είναι δύσκολο να κατανοήσουν ότι το άτομο που έχει αποβιώσει δεν θα γυρίσει πίσω όπως και το τον λόγο που δεν μπορεί να επιστρέψει. Επιπλέον, λόγω της αδυναμίας κατανόησης των συναισθημάτων, δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν τα συναισθήματα των άλλων. Έτσι το πένθος και ο θρήνος, είναι για αυτά τα άτομα μια διαδικασία που προκαλεί σύγχυση, άγχος και ανάρμοστη συμπεριφορά.

Για αυτό τον λόγο προτείνεται, η επεξήγηση να πραγματοποιείται χρησιμοποιώντας γλώσσα απλή και καθαρή, χωρίς μεταφορές (Νότας, 2008)

### 4.1. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΔΑΦ

Η συμβολή της οικογένειας στην ανάπτυξη του ατόμου και στη δημιουργία της κοινωνικής ζωής είναι πολύ σημαντική είναι πολύ σημαντική. Γι' αυτό είναι εξίσου σημαντική η συζήτηση για τα θέματα της οικογένειας σε τέτοιου είδους ζητήματα.

Για την αντιμετώπιση της ΔΑΦ απαραίτητη δεν είναι μόνο η συμβολή που μπορούν να προσφέρουν τα μέλη αλλά και η ανάλυση των σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας. Στόχος λοιπόν είναι να αναλύσουμε όχι το πώς λειτουργεί το κάθε μέλος της οικογένειας, ξεχωριστά, «ανεξάρτητα» από τα υπόλοιπα, αλλά στο πώς έχουν σχέση μεταξύ τους, γιατί αυτό που προσδιορίζει το οικογενειακό περιβάλλον αποτυπώνεται στις σχέσεις τους. Οι ικανοποιητικές σχέσεις εντός οικογενειακού πλαισίου συνάδουν με το ευ ζην του κάθε μέλους της οικογένειας, ενώ οι μη ικανοποιητικές σχέσεις συνεπάγονται πλήθος δυσκολιών και προβλημάτων για κάθε μέλος της οικογένειας.

Εκτός από τη ψυχολογική ή σχεσιακή εμπλοκή των γονέων στην πορεία της ανάπτυξης του παιδιού, ο γονέας είναι, επίσης «ο βασικός βοηθός, επιμελητής, συντονιστής, παρατηρητής, αξιολογητής, υποστηρικτής και αυτός που λαμβάνει τις αποφάσεις» για το παιδί του.

Παλαιότερα, η συμμετοχή των γονέων στην εκπαίδευση και θεραπεία των παιδιών αποκλειόταν από τη θεραπευτική διαδικασία, είτε διότι δεν αναγνωρίζονταν η θετική συμβολή της, είτε γιατί οι γονείς, και ιδιαίτερα η μητέρα. Η ανατροπή αυτής της στάσης επήλθε σταδιακά και αφού είχε λειτουργήσει ιδιαίτερα αρνητικά τόσο για τους γονείς όσο και για το παιδί.

Η κορύφωση της συμμετοχής της οικογένειας και της ανάδειξης των γονέων σε συνθεραπευτές οφείλεται στη διάδοση της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση της ΔΑΦ. Σύμφωνα με τη συμπεριφοριστική προσέγγιση, η οικογενειακή συμμετοχή στη θεραπεία και την εκπαίδευση του παιδιού με ΔΑΦ αποτελεί παράγοντα καθοριστικής σημασίας για τη θεραπευτική έκβαση. Ούτως ή άλλως, οι γονείς και τα αδέρφια παρέχουν τις πρώτες ευκαιρίες για κοινωνικοποίηση, ενώ ταυτόχρονα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην επίτευξη της γενίκευσης των δεξιοτήτων που κατακτά το παιδί.

Η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική πράξη δεν ωφελεί μόνο το παιδί αλλά και την ίδια την οικογένεια που συνήθως βιώνει συναισθήματα θλίψης και άγχους, συνειδητοποιώντας τη σοβαρότητα των επιπτώσεων που ακολουθεί στη διάγνωση της ΔΑΦ, χρειάζεται και συμβουλευτική υποστήριξη, για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που συχνά προκύπτουν από την ύπαρξη ενός παιδιού με τη διάγνωση στην οικογένεια.

Στόχος του κεφαλαίου είναι να εξεταστούν οι επιπτώσεις που έχει η ύπαρξη του παιδιού με ΔΑΦ στην οικογένεια και συγκεκριμένα, να αναλυθεί πώς μπορεί η συμβίωση με το παιδί με ΔΑΦ να επηρεάζει τους γονείς και τα αδέρφια, καθώς και τις μεταξύ τους σχέσεις. Επίσης, θα εξεταστούν οι τρόποι αντιμετώπισης των αναγκών της οικογένειας, και τέλος, θα αναλυθεί ο ρόλος της στην εκπαίδευση και θεραπεία του παιδιού.

## **4.2. ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΑ ΑΛΛΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ**

Οι οικογένειες των παιδιών με ΔΑΦ, προέρχονται από όλες τις φυλές και όλα τα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα. Εδώ δεν παρατηρείται καμιά διαφορά και διάκριση. Διαφέρουν η προσωπικότητα των μελών της οικογένειας και οι οικογενειακές συνθήκες και επομένως διαφέρουν τα προβλήματα καθώς και οι ανάγκες. Επίσης οι ανάγκες αλλάζουν με το πέρασμα του χρόνου. Μέχρι την δεκαετία του '80 θεωρείτο δεδομένο ότι σχεδόν όλες οι οικογένειες βίωναν ισχυρές ψυχολογικές πιέσεις οι οποίες αναπόφευκτα προκαλούσαν σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα σε ένα ή περισσότερα μέλη τους. Σήμερα μελέτες δείχνουν ότι αυτό δεν συμβαίνει πάντοτε και ότι συχνά άλλοι παράγοντες είναι σημαντικότεροι. Στην προσπάθεια να ερμηνευθούν και κατανοηθούν οι ψυχολογικές πιέσεις και επιπτώσεις που υφίστανται τα μέλη της οικογένειας που μεγαλώνει ένα παιδί με διαταραχή και μειονεξία διακρίνουμε τρεις προσεγγίσεις ως επικρατέστερες (Νότας, 2008)

1η. Προσέγγιση που δέχεται ότι οι σοβαρές επιπτώσεις είναι αναπόφευκτες. Η ύπαρξη στην οικογένεια ατόμου με αυτισμό είναι πηγή πολλών προβλημάτων. Επικεντρώνεται στην επιρρέπεια των μελών στο στρες και στην σοβαρότητα των ψυχολογικών προβλημάτων που θα έχουν κάποια από τα μέλη της οικογένειας. Αυτή η προσέγγιση είναι η συνέχεια της άποψης που επικρατούσε τις προηγούμενες δεκαετίες.

2η. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η ύπαρξη του παιδιού με αυτισμό είναι ένα γεγονός που αναστατώνει την οικογένεια αλλά από μόνο του δεν θα προκαλέσει προβλήματα εάν υπάρχουν



μηχανισμοί που υποστηρίζουν την οικογένεια. Ο κοινωνικός παράγοντας είναι ο πλέον καθοριστικός. Τα προβλήματα στις περιπτώσεις που οικογένεια στηρίζεται από το άμεσο και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και της παρέχονται υπηρεσίες που καλύπτουν μεγάλο μέρος των αναγκών των μελών της δεν είναι τόσο πολλά και οι επιπτώσεις ελαχιστοποιούνται.

3η. Σύμφωνα με την τρίτη προσέγγιση, η έλευση ενός παιδιού με αυτισμό αναμφισβήτητα συμπαράσχει πολλά συναισθήματα και προκαλεί έντονο άγχος. Αυτό βέβαια μπορεί να συμβεί και σε άλλα έντονα γεγονότα και καταστάσεις. Σημαντικό λοιπόν είναι, χωρίς να παραβλέπουμε το γεγονός, να προσπαθήσουμε να δούμε τον τρόπο με τον οποίο βιώνουν τα μέλη της οικογένειας την κατάσταση, τους τρόπους που χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν το άγχος, τα αρνητικά συναισθήματα και την προσαρμογή τους στην κατάσταση. Δεν υπάρχει ένα και μόνο στοιχείο που διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη αύξηση του άγχους και των ψυχολογικών πιέσεων που μπορεί να προκαλέσουν ψυχολογικά προβλήματα στα μέλη της οικογένειας.

Εκτός από την προσωπικότητα, την ιδιοσυγκρασία και την ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας σημαντικά κρίνονται:

- οι σχέσεις των μελών, ο τρόπος επικοινωνίας, η δυναμική της οικογένειας
- οι στάσεις, οι πεποιθήσεις, τα στερεότυπα της οικογένειας και των μελών της απέναντι στο θέμα διαταραχή, μειονεξία γενικά και αυτισμός ειδικότερα.
- οι στρατηγικές αντιμετώπισης των καταστάσεων και προβλημάτων
- η κοινωνική και οικονομική υποστήριξη
- ο βαθμός χρήσης των υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης και διεκδίκησης των δικαιωμάτων.

Η καθολική διαταραχή στη ζωή του παιδιού, που συνεπάγεται η διάγνωση της ΔΑΦ, είναι φυσικό να έχει επιπτώσεις σε όλο το εύρος της οικογενειακής ζωής. Πολύ συχνά, λόγω των άμεσων αναγκών του παιδιού με ΔΑΦ, παραμελούνται οι εξίσου σημαντικές, αλλά λιγότερο αντιληπτές, ανάγκες των αδελφών του (Macks&Reeve, 2007). Η σφαιρική αντιμετώπιση των αναγκών της οικογένειας του παιδιού με ΔΑΦ πρέπει να περιλαμβάνει και τα συχνά παραμελημένα αδέλφια και να αξιοποιεί το δυναμικό τους, όπως και κάθε άλλου μέλους της οικογένειας, για την σταθερή πορεία της οικογενειακής ζωής (Barak- Levy, Goldstein, &Weinstock) (Macks&Reeve, 2007).

Γι' αυτό και θεωρείται απαραίτητη μια πολυδιάστατη αξιολόγηση, που θα περιλαμβάνει ανάλυση των αναγκών του παιδιού των γονέων. Επίσης, πρέπει να περιλαμβάνει αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ώστε να αναζητηθεί η κατάλληλη και σφαιρική ανταπόκριση στις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας. Θα πρέπει να λάβουμε υπόψη, τα ακόλουθα για τη δυναμική της οικογένειας του παιδιού με ΔΑΦ (Angell, Meadan, & Stoner, 2012) : α) τα χαρακτηριστικά της οικογένειας αλλά και κάθε μέλους ξεχωριστά θα πρέπει να τα αντιλαμβανόμαστε ως αλληλοεπιδρώντα και αλληλοεπηρεάζομαι, β) τα όρια μεταξύ των μελών της οικογένειας, αλλά και του κάθε μέλους ξεχωριστά έτσι ώστε να κατανοήσουμε την οικογένεια, τις ενδοοικογενειακές σχέσεις αλλά και τις σχέσεις με το κοινωνικό σύνολο, γ) η συνοχή της οικογένειας και η προσαρμοστικότητα συνιστούν τους δύο σημαντικότερους παράγοντες για τη λειτουργία της οικογένειας.

### **4.3. ΟΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ**

Κάθε άνθρωπος αντιδρά και αντιμετωπίζει διαφορετικά τις καταστάσεις που έχει να αντιμετωπίσει στην ζωή του, έτσι και τα μέλη της οικογένειας αντιμετωπίζουν το γεγονός της έλευσης ενός παιδιού με αυτισμό διαφορετικά (Νότας, 2008). Το σύνθετο πλέγμα των γονεϊκών αντιδράσεων στην παρουσία ενός παιδιού με ΔΑΦ στην οικογένεια μπορεί να αναλυθεί μόνο πολύ παραγοντικά, δηλαδή βάσει πολλών ποικίλων παραμέτρων. Οι γονείς των παιδιών με ΔΑΦ δεν διαφέρουν πολύ σε σχέση με τους γονείς των τυπικών παιδιών. Υπάρχουν κάποιες αυξημένες πιθανότητες οι γονείς των παιδιών με ΔΑΦ να εμφανίζουν ορισμένα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά, αλλά αυτά δεν συνιστούν ψυχοπαθολογία, ούτε και εξηγούν τη παθογένεση της ΔΑΦ (Γενά Α. , Οι διαταραχές αυτιστικού φάσματος στο DSM-5, 2013).

### **4.4. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ**

Τα κύρια συναισθήματα της οικογένειας και τα βασικά στάδια που διέρχεται μετά την διάγνωση έχουν καταγραφεί ως εξής:

**Σοκ και κατάθλιψη:** Η οικογένεια περιμένει ένα όμορφο, υγιές παιδί για το οποίο ονειρεύεται και κάνει σχέδια για το μέλλον. Στο άκουσμα της λέξης «αυτισμός», προβάλλει στο μυαλό η εικόνα μιας πολύ σοβαρής διαταραχής. Η αποδοχή της διάγνωσης είναι ένα πολύ οδυνηρό «χτύπημα» που εκτός από σοκ προκαλεί και θλίψη. Ο τρόπος αντίδρασης είναι διαφορετικός

για κάθε γονέα αλλά σεβαστός. Τα μέλη της οικογένειας δεν πρέπει να κλείσουν τα κανάλια της επικοινωνίας. Η απόδοση ευθυνών μεταξύ των συζύγων δεν προσφέρει τίποτα περισσότερο από την απομάκρυνση τους και την διόγκωση των συνεπειών του προβλήματος. Είναι σημαντικό μετά το θρήνο να αναζητήσουν τρόπους ενημέρωσης και γνώσης. Το πένθος, η θλίψη, η απογοήτευση και η απόγνωση είναι παρεμφερή συναισθήματα και αποδίδονται σε ποικίλους παράγοντες, όπως η ματαίωση των προσδοκιών για το παιδί τους, η έλλειψη αποδοχής της διαταραχής του παιδιού, παρουσία περισσότερων του ενός παιδιών με ΔΑΦ στην ίδια οικογένεια, η έλλειψη παροχών από το κράτος, η έλλειψη ευαισθησίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που θα ανακοινώσουν στους γονείς τη διάγνωση χωρίς καν να τους παρέχουν λύση για τη θεραπεία και την εκπαίδευση του παιδιού (Cohrs&Leslie, 2017). Οι γονείς συχνά βιώνουν ανασφάλεια για το άμεσο μέλλον, αλλά και για τη μακροπρόθεσμη αποκατάσταση του παιδιού τους. Δεν γνωρίζουν πως πρέπει να συμπεριφέρονται και να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες του παιδιού τους. Αν και αρχικά κυριαρχούν τα συναισθήματα της θλίψης, αργότερα προσαρμόζονται συναισθηματικά με ποικίλους τρόπους. Υπάρχουν τρεις μορφές αντιδράσεων σύμφωνα με τον Wilker, ως προς το συναίσθημα της θλίψης που βιώνουν οι γονείς των παιδιών με ιδιαίτερες ανάγκες (Wilker, Wasow, &Hatfield, 1981):

1. Με το πέρασμα του χρόνου, μειούμενη θλίψη και τελικά πλήρης υπέρβαση του πένθους.
2. Χρόνια θλίψη και συναισθήματα απογοήτευσης.
3. Συναισθηματικές αλλαγές με αυξημένη θλίψη, κατά περιόδους, όταν σηματοδοτούνται σοβαρές εξελίξεις στη ζωή του παιδιού.

Δεν είναι εύκολο να προβλέψουμε ποια θα είναι η συναισθηματική πορεία της κάθε οικογένειας, γιατί εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, αλλά είναι σημαντικό να στοχεύουμε στην κατάλληλη στήριξη και συμβουλευτική της, ώστε να αποφευχθεί η πιθανή καθήλωση σε χρόνια συναισθήματα θλίψης και απογοήτευσης. Γνωρίζουμε, επίσης ότι οι μητέρες των παιδιών με ΔΑΦ, οι οποίες βιώνουν θετικά συναισθήματα και χαρά στη καθημερινότητά τους, βιώνουν ταυτόχρονα και λιγότερο άγχος (Ekas&Whitman, 2011)**Άρνηση:** Πολλοί γονείς προσπαθούν να πείσουν τον εαυτό τους αρχικά ότι δεν συμβαίνει τίποτα κι ότι το παιδί τους είναι φυσιολογικό. Συχνά αντιδρούν λέγοντας: «Δεν μπορεί σε καμιά περίπτωση να συμβαίνει αυτό. Πρόκειται για κάποιο λάθος!». Από την στιγμή που αποδέχονται την διάγνωση, πολλοί γονείς αναζητούν περισσότερες πληροφορίες για το θέμα. Είναι σημαντικό οι πληροφορίες

που θα δοθούν από τους ειδικούς να είναι έγκυρες και να μην προκαλούν σύγχυση στους γονείς.

**Θυμός, οργή, αγανάκτηση, πανικός:** Τα παραπάνω συναισθήματα διακατέχουν τους γονείς του παιδιού με αυτισμό με το άκουσμα της διάγνωσης. «Γιατί έτυχε σε μας αυτό το κακό;» «σε τι φταίξαμε Θεέ μου και μας τιμωρείς;» «όλοι θα μας κοιτούν όταν πάμε κάπου, θα πρέπει να εξηγούμε συνεχώς;». Είναι συναισθήματα που στρέφονται εναντίον της κοινωνίας, των ειδικών, του φιλικού περιβάλλοντος, καθώς και του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος της οικογένειας. Τα συναισθήματα θυμού είναι πολύ συνηθισμένα στους πατέρες, οι οποίοι τείνουν να συγκαλύπτουν τη θλίψη και την αγωνία τους, συναισθήματα τα οποία αργότερα μετατρέπονται σε θυμό (Gray, 2003). Οι πατέρες αγωνιούν επίσης για τη θλίψη, την κούραση, ψυχική και σωματική, και το άγχος που βιώνουν οι μητέρες, οι οποίες συνήθως αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό φροντίδας του παιδιού.

Επιπλέον, ο θυμός των γονέων μπορεί να στραφεί και προς το ίδιο το παιδί και τότε συνήθως εκφράζεται μέσω της απορριπτικής στάσης που αυτοί υιοθετούν προς αυτό και η οποία μπορεί να εκδηλώνεται άμεσα και έμμεσα. Πιο συχνός τρόπος απόρριψης που χρησιμοποιείται είναι χαρακτηρισμοί εκείνοι των γονέων για το παιδί που μπορεί να είναι σκληροί και άδικοι και χειρισμοί που μπορεί να είναι τιμωρητικοί και όχι ενισχυτικοί. Τέτοιες καταστάσεις είναι η παραμέληση των αναγκών του παιδιού, όπως η έλλειψη συχνής καθαριότητας και φροντισμένης εμφάνισης, αποτελούν έμμεσες εκδηλώσεις της απορριπτικής στάσης του γονέα. Όταν οι γονείς αρχίσουν να αποδέχονται το παιδί τους, με τις οποίες ιδιαιτερότητες του, η στάση τους βελτιώνεται, όπως και η φροντίδα τους (Γενά Α. , 2017). **Φόβος, αγωνία, άγχος:** Η ύπαρξη του άγχους και η αντιμετώπιση του είναι ένα θέμα που χρήζει ιδιαίτερης διερεύνησης και προσοχής σε περιπτώσεις γονέων με παιδί ή παιδιά με ΔΑΦ εάν αυτοί συνιστούν ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση αυξημένου άγχους. Σύμφωνα με μία έρευνα, οι γονείς παιδιών με ΔΑΦ εμφανίζουν τέσσερις φορές περισσότερο άγχος σε σχέση με τους γονείς παιδιών με άλλες μορφές αναπτυξιακής καθυστέρησης (Silva&Schalock, 2012).

Οι μητέρες ανέφεραν ότι «ήταν πολύ πιο δύσκολο να φροντίσουν το παιδί τους από ότι τα περισσότερα παιδιά της ηλικίας του» και ότι «είχαν παραιτηθεί περισσότερο από τη ζωή τους από ό, τι ανέμεναν» (Montes&Haltermann, 2008). Εμφάνιζαν έντονα συμπτώματα όπως άγχος, καταθλιπτικά συναισθήματα, αίσθηση απώλειας ελέγχου και επηρεαζόταν όχι μόνο η οικογένειά τους αλλά και η επαγγελματική τους ζωή (Benderix, Nordstrom, & Sivberg, 2007). Οι δυσκολίες στη φροντίδα ενός παιδιού με αυτισμό σχετίζονται με τις δυσκολίες του παιδιού

στην επικοινωνία, τις δύσκολες συμπεριφορές, την κοινωνική απομόνωση, τις δυσκολίες στην αυτοεξυπηρέτηση και την έλλειψη κατανόησης από την κοινότητα.

Οι ερευνητές Dykens και Hodapp (2001), θεωρούν ότι το άγχος των γονέων διαφοροποιείται ανάλογα με τη συγκεκριμένη διάγνωση της αναπηρίας του παιδιού, λόγω του συναφούς φαινοτύπου συμπεριφοράς, που είναι οι εκφράσεις συμπεριφορών που σχετίζονται με μια διαγνωστική ετικέτα (π.χ., νοημοσύνη, κοινωνικές δεξιότητες). Επίσης, συγκριτικές μελέτες επιβεβαιώνουν το εύρημα ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΑΦ αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα στρες, κατάθλιψη, άγχους και συναισθηματικής εξάντλησης από τους γονείς παιδιών με σύνδρομο Down ή άλλων μορφών νοητικής καθυστέρησης (Olsson&Hwang, 2001, Weiss, 2002). Αξίζει να σημειωθεί ότι η διαφορά στα επίπεδα του στρες δεν ήταν μόνο ποσοτική αλλά και ποιοτική μεταξύ των κλινικών ομάδων που εξετάστηκαν, δεδομένου ότι η συναισθηματική απόσταση του παιδιού με αυτισμό θα μπορούσε να οδηγήσει σε συναισθήματα απελπισίας και απόγνωσης (Bouma & Schweitzer, 1990).

Ο φόβος, η αγωνία και το άγχος μπορεί επιπλέον να πηγάζουν από τη αβεβαιότητα για το μέλλον του παιδιού με ΔΑΦ, για το πως θα εξελιχθεί, ποια θα είναι η πορεία και η πρόγνωση του, αλλά και για το αν θα υπάρξουν οι κατάλληλες υπηρεσίες στήριξης για το παιδί και την οικογένεια, αν θα μπορέσει κάποτε το παιδί να λειτουργήσει αυτόνομα, για τη τύχη του σε περίπτωση ασθένειας ή θανάτου των γονέων.

Τέλος, η τάση των γονέων να υπερπροστατεύουν το παιδί τους με ΔΑΦ είναι ξεκάθαρο ότι προκαλείται από τους φόβους και την αγωνία τους για την εξέλιξη του, από την έλλειψη εμπιστοσύνης στις ικανότητές του, καθώς και από τον φόβο έκθεσής του σε άγνωστα πρόσωπα και καταστάσεις. Συχνά, προσπαθώντας να προστατεύσουν το παιδί τους, το αποκλείουν από πολύτιμες κοινωνικές και συναισθηματικές εμπειρίες, οι οποίες είναι απαραίτητη για την ωρίμανση και την προσαρμογή στο σχολικό αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Η εξοικείωση του παιδιού με τέτοιου είδους δραστηριότητες συμβάλλουν στο να αυξηθεί η εμπιστοσύνη των γονέων τους και τους αποδεσμεύει από την υπερπροστατευτικότητα που μπορεί τελικά να οδηγήσει το παιδί σε κοινωνικό αποκλεισμό, αλλά και τους ίδιους σε αδιέξοδο (Γενά Α. , 2017).

Συμπεραίνοντας, το άγχος στις οικογένειες των παιδιών με ΔΑΦ έναντι των οικογενειών των παιδιών τυπικής ανάπτυξης ήταν ακόμη μεγαλύτερο. Οι συγκρίσεις μεταξύ οικογενειών τυπικής ανάπτυξης, οικογενειών παιδιών με ΔΑΦ και οικογενειών με άλλες αναπηρίες (Σύνδρομο Down) είχαν επίσης μεγάλο βαθμό απόκλισης (Hayes, 2013). Θα πρέπει επίσης να

τονίσουμε ότι οι γονείς συνήθως εμφανίζουν πολύ υψηλά επίπεδα άγχους, χωρίς όμως, να εμφανίζουν ένα συγκεκριμένο προφίλ αντίδρασης στο άγχος. Αντίθετα, το άγχος που βιώνουν είναι «αντιδραστικό», σχετίζεται με τον μεγάλο αριθμό και την οξύτητα των δυσκολιών που μπορεί να εμφανίζει ένα παιδί με ΔΑΦ (Hayes&Watson, 2013), οι οποίες, όταν συσσωρευτούν, μπορεί να προκαλέσουν κόπωση, εξουθένωση, κατάθλιψη όπως και άλλα ψυχολογικά προβλήματα.

**Ενοχή:** Τα συναισθήματα των γονέων των παιδιών με αυτισμό είναι πολλά. Οι γονείς, και κυρίως οι μητέρες, νιώθουν ενοχή και βυθίζονται σε μεγάλη στεναχώρια κατηγορώντας τον εαυτό τους γι' αυτό που συμβαίνει στο παιδί τους. Συνήθως, η μητέρα αισθάνεται ότι έκανε κάτι λάθος, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, που προκάλεσε στο παιδί αυτισμό. Ντρέπονται πάρα πολύ και αντιμετωπίζουν την κατάσταση σαν κάτι άσχημο. Και οι δύο γονείς κατηγορούν τον εαυτό τους και αρνούνται το πρόβλημα ή δε θέλουν να το πιστέψουν. Η ενοχή που περιστρέφει το ζευγάρι, είναι αυτή που δημιουργεί προβλήματα και επιδεινώνει την κατάσταση των μεταξύ τους σχέσεων (Γκονέλα, 2008).

Οι ενοχές που νιώθουν οι γονείς έχουν αποδοθεί σε ποικίλα αίτια, όπως η αίσθηση ανεπάρκειας τους να ανταποκριθούν στις σύνθετες ανάγκες που εμφανίζει το παιδί τους με ΔΑΦ ή η αποστροφή που μπορεί να νιώθουν γι' αυτή καθ' αυτή την αναπηρία ενώ ταυτόχρονα κάνουν το καλύτερο δυνατό να προστατεύσουν το παιδί τους (Kuhn&Carter, 2006). Τέλος, συχνά επιρρίπτουν τις ευθύνες στον ίδιο τους τον εαυτό διότι δεν κατάφεραν να εντοπίσουν έγκαιρα την απαραίτητη παρέμβαση, που θα χρειαζόταν το παιδί τους, έτσι ώστε να φτάσει σύντομα σ' ένα βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα. **Ψευδής προσαρμογή:** Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται να δοθεί στις οικογένειες εκείνες που δίνουν την εντύπωση άριστης αποδοχής του προβλήματος, χωρίς όμως, η εικόνα αυτή να ανταποκρίνεται στη πραγματικότητα. Οι γονείς, υιοθετώντας τον ρόλο του μάρτυρα, ενδέχεται να αδρανήσουν ενώπιον των πρακτικών αναγκών του παιδιού, να εφησυχάσουν και να μην αναλάβουν ενεργό ρόλο στην ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση κατά την οποία κρίνεται απαραίτητη η συμβολή τους.

Παρά τις δυσκολίες που συναντούν οι γονείς στην αντιμετώπιση μιας τόσο σοβαρής διαταραχής, σε πολλές περιπτώσεις καταφέρνουν να συγχρονίσουν τις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας και προσαρμόζεται ικανοποιητικά στις αντίξοες συνθήκες που συνεπάγεται η συμβίωση με το παιδί με ΔΑΦ. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι η αρμονική προσαρμογή της οικογένειας προϋποθέτει την παροχή συστηματικής και κατάλληλης

βοήθειας. Χωρίς συστηματική βοήθεια, οι γονείς συνήθως αρχίζουν σταδιακά να κάμπτονται στη προσπάθειά τους να βοηθήσουν ένα παιδί με πολλές ανάγκες, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις των παιδιών εκείνων που σημειώνουν αργή πρόοδο οι γονείς καθίστανται ευάλωτοι και καταφεύγουν σε βραχυπρόθεσμες και αποτελεσματικές θεραπευτικές επιλογές που εξουθενώνουν τις ψυχικές και οικονομικές αντοχές της οικογένειας.

**Προσαρμογή:** Τελικά, οι περισσότερες οικογένειες δέχονται τη διαταραχή σαν να είναι ένα μέρος του παιδιού και μαθαίνουν να εκτιμούν στο παιδί τι μπορεί να κάνει και όχι τι δεν μπορεί να κάνει. Ωστόσο, καθώς το παιδί εκτείνεται σε διάφορα ορόσημα στη ζωή του (έναρξη του σχολείου, έναρξη της εφηβείας, και ούτω καθεξής), οι οικογένειες μπορούν να επανεξετάσουν ένα τμήμα του κύκλου. Ανεξάρτητα από το πως οι γονείς λειτουργούν στο πλαίσιο του κύκλου της θλίψης και της ενοχής, οι εκπαιδευτικοί εξακολουθούν να χρειάζονται τη βοήθειά τους για το παιδί έχοντας μία θετική εμπειρία στην τάξη (Willis, 2006).

#### **4.5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ**

Τα άτομα που έρχονται περισσότερο σε επαφή με το παιδί με αυτισμό είναι οι γονείς, τα αδέρφια, οι παππούδες, οι εκπαιδευτές, οι θεραπευτές, οι δάσκαλοι. Οι γονείς των παιδιών με αυτισμό αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα. Μόλις μαθαίνουν την αλήθεια για τον αυτισμό, περνούν την πιο δύσκολη περίοδο και χάνουν την ψυχική τους δύναμη, νιώθοντας ένοχοι. Η διάθεση τους συνεχώς αμφιταλαντεύεται και στιγματίζονται από την κοινωνία λόγω των κοινωνικών στερεοτύπων που υπάρχουν. Είναι πολύ δύσκολο γι' αυτούς να το αποδεχθούν και το μόνο πράγμα που τους καθησυχάζει, είναι το γεγονός ότι και άλλοι γονείς αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα. Όμως, με την υπερβολική αυτή ασχολία με το ένα μέλος της οικογένειας, παραμελούνται τα υπόλοιπα αδέρφια αλλά και οι ίδιοι μπορεί να παραμελήσουν τον εαυτό τους. Ένας άλλος παράγοντας που τους αγχώνει είναι τα οικονομικά έξοδα και αυτός είναι και ένας λόγος που είναι διστακτικοί στη γέννηση ενός νέου παιδιού. Κάποιες φορές, η οικογένεια υποστηρίζει σε μεγάλο βαθμό τους γονείς των παιδιών που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού, όμως, κάποιες άλλες νιώθουν την απόρριψη της, ενώ είναι πολύ σημαντικό για τους γονείς η βοήθεια, η ψυχραιμία, η γαλήνη και η αξιοπρέπεια. Είναι απαραίτητο να αποδεχθούν την πραγματικότητα της κατάστασης και να βρουν έναν τρόπο ζωής που θα μπορούν να

ζήσουν όλοι με αξιοπρέπεια. Οι γονείς νιώθουν φόβο για το τι θα γίνει το παιδί τους όταν αυτοί φύγουν από τη ζωή και ζητούν από όλη την οικογένεια να ενωθεί για να αντιμετωπίσουν επιτυχώς αυτές τις δυσκολίες. Η σοβαρότητα του προβλήματος προκαλεί στους γονείς, καθώς και σε όλη την οικογένεια, ψυχολογικά προβλήματα, αποδιοργάνωση, απομόνωση χωρίς ενδιαφέροντα πια και κοινωνική και επαγγελματική παραμέληση, με αποτέλεσμα να ρίχνουν το φταίξιμο ένας στον άλλον. Υπάρχουν, όμως και περιπτώσεις που ένα παιδί με αυτισμό μπορεί να ενώσει την οικογένεια (Γκονέλα, 2008).

Το γεγονός αυτό, μπορεί να επηρεάσει τα παιδιά, έτσι ώστε να συγκρούονται με τα αδέρφια τους, να επιδεικνύουν διαφορετικές ικανότητες, να μοιράζονται και να συμμετέχουν, να ακούν τους άλλους και να χρειάζονται περισσότερη προσοχή από ό, τι τους δίνεται. Οι συνέπειες του να είσαι μέρος μίας θετικής οικογένειας μπορεί επίσης να επηρεάσουν ένα μικρό παιδί. Η μητέρα του μπορεί ξαφνικά να μοιράζεται το χρόνο και την προσοχή της μεταξύ περισσότερων παιδιών, με αποτέλεσμα να προκύψουν συναισθήματα δυσαρέσκειας. Οι μέθοδοι αντιμετώπισης μίας οικογένειας με τέτοιες συμπεριφορές, διαφέρουν μεταξύ των οικογενειών, των ρουτινών και των κανόνων στο πλαίσιο της παρέμβασης. Τα πρώτα χρόνια, όμως, μπορεί να είναι δύσκολο για κάποια παιδιά να προσαρμοστούν στο νέο ξεκίνημα. Συνήθως, μαθαίνουν ότι τα πλαίσια της κατάστασης είναι διαφορετικά και στη συνέχεια, απαντούν κατάλληλα και σύμφωνα με τις προσδοκίες του περιβάλλοντος. Ωστόσο, οι επαγγελματίες πρέπει να γνωρίζουν ότι αυτά τα παιδιά αντιστέκονται στη ρουτίνα και στους κανόνες του περιβάλλοντος. Αυτά τα παιδιά χρειάζονται σαφώς την υποστήριξη και την καθοδήγηση για την αντιμετώπιση τυχόν δυσχερειών που μπορεί να προκύψουν (Wall, 2010).

Δραστηριότητες έξω από το σπίτι, ακόμη και στο σούπερ μάρκετ, μπορεί να γίνουν τραυματική εμπειρία, διότι το παιδί χρειάζεται προσοχή και μπορεί ακόμα και κρατώντας το από το χέρι να αντισταθεί. Για τον καλύτερο και πιο ασφαλή έλεγχο του παιδιού, καλή ιδέα είναι η χρήση ενός καροτσιού. Δυστυχώς, τέτοιες εμπειρίες μπορεί να επιδεινώνονται περαιτέρω από την έλλειψη ευαισθητοποίησης του κοινού και της κατανόησης. Μέλη του κοινού είναι πιθανό να κοιτάζουν ή να αποφεύγουν την οικογένειά του και μπορεί να κάνουν άσκοπα και βλαβερά σχόλια, συχνά υποθέτοντας ότι το παιδί είναι άτακτο και ο γονέας δε μπορεί να το ελέγξει. Τέτοιες συμπεριφορές μπορεί να έχουν σημαντικές επιπτώσεις για όλα τα μέλη της οικογένειας, που μπορεί να νιώθει άβολα και ένοχα για το περιστατικό αλλά και για την κοινωνία, αφού πιστεύουμε πως πλέον έχουν αλλάξει η εποχές και σιγά σιγά γίνεται αποδεκτή η διαφορετικότητα, υπάρχουν ακόμη τα βλέμματα και τα καυστικά σχόλια από τη κοινωνία. Αν αυτές οι συμπεριφορές επιδεινώνονται περισσότερο μέσω του ουρλιαχτού, του χτυπήματος



των χειριών και των έντονων κινήσεων του σώματος του παιδιού, το κοινό μπορεί να αντιδράσει αρνητικά, μέσα από την άγνοιά του. Οι γονείς μπορούν να επιλέξουν να αποφευχθούν τέτοιου είδους δραστηριότητες, αφήνοντας έναν ενήλικα στο σπίτι με το παιδί, ενώ η υπόλοιπη οικογένεια μπορεί να πραγματοποιήσει τη βόλτα της.

Τα αδέρφια μπορεί να αισθάνονται αμήχανα και άβολα και να μην επιθυμούν να ακολουθήσουν την υπόλοιπη οικογένεια σε οποιαδήποτε δραστηριότητα, κάποια άλλα όμως, μπορεί να εμφανίσουν ώριμα επίπεδα κατανόησης, υποστήριξης και προστατευτικές ιδιότητες απέναντι όχι μόνο στα αδέρφια τους, αλλά και στο γονέα που φέρει το κύριο βάρος των προβλημάτων. Όποιο και αν είναι το αποτέλεσμα, είναι πιθανό όλα τα μέλη της οικογένειας να επηρεαστούν σημαντικά. Κοινές δραστηριότητες της οικογένειας, όπως τα ψώνια, είναι πολύτιμες ευκαιρίες, έτσι ώστε να αποφεύγεται η δυσαρέσκεια που ίσως να δημιουργεί το παιδί με αυτισμό. Έτσι, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι τα αδέρφια και οι γονείς επωφελούνται από την «ομαλότητα» τέτοιων περιπτώσεων, όταν δηλαδή, το παιδί με στο φάσμα παραμένει στο σπίτι και το άλλο παιδί της οικογένειας πάρει την προσοχή που θέλει και χρειάζεται (Wall, 2010).

Οι γονείς επιθυμούν να κάνουν οτιδήποτε μπορούν για να βοηθήσουν το παιδί τους, αρχίζοντας να αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα.. Οι γονείς, όμως, ζουν πάντα με την ελπίδα ότι το παιδί τους θα μπορέσει να ξεπεράσει αυτό το περίεργο και άλυτο φαινόμενο του αυτισμού (Γκονέλα Ε., 2008). Μέσα σε κάθε δομή της οικογένειας οι γονείς, και ως εκ τούτου τα παιδιά, επηρεάζονται από παράγοντες όπως η θλίψη, η απώλεια, οι οικονομικές δυσκολίες, η ανεργία, οι κακές συνθήκες στέγασης, η περιορισμένη υποστήριξη δικτύων και η πρόσβαση στις μεταφορές. Σε περιπτώσεις όπως η απόλυση, τα αποτελέσματα που θα προκύψουν για τους ενήλικες μπορεί να δημιουργήσουν άγχος και ένταση και, ενώ μπορεί να υπάρξουν προσπάθειες να κρατηθούν τα παιδιά μακριά από την έκταση των δυσκολιών, ακόμη και τα μικρά παιδιά μπορεί να επηρεαστούν σοβαρά, είτε βραχυπρόθεσμα είτε μακροπρόθεσμα (Wall, 2010).

Οι συζυγικές συγκρούσεις είναι το χειρότερο αποτέλεσμα για τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά. Παραδείγματος χάριν, τα παιδιά που εκτίθενται σε συζυγικές συγκρούσεις μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές, κοινωνικά και διαπροσωπικά προβλήματα και φτωχότερη ακαδημαϊκή επίδοση. Ένας μικρός αριθμός μελετών, δείχνει ότι οι γονείς με ένα παιδί με διαταραχή αυτιστικού φάσματος παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα οικογενειακής ευτυχίας και η οικογενειακή οικειότητα του παιδιού με

τους γονείς του δε συμπίπτει ούτε με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά ούτε με τα παιδιά με σύνδρομο Down. Οι γονείς των παιδιών με τη διαταραχή αυτή μπορεί να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για οικογενειακή διχόνοια. Η ύπαρξη ενός παιδιού με αυτισμό είναι η αιτία των αρνητικών επιπτώσεων που επιφέρει οικογενειακή δυστυχία (Amaral D., et al., 2011).

Σε μια μονογονεϊκή οικογένεια, η κατάσταση για τον γονέα είναι ακόμη πιο σοβαρή και πιεστική, αφού θα πρέπει να φροντίσει και να αντιμετωπίσει το παιδί μόνος του χωρίς βοήθεια, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει ακόμη μεγαλύτερη πίεση, άγχος, κούραση, ψυχολογική και σωματική, και στεναχώρια (Wall, 2010).

## 5<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

---

### 5.1. ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΑΥΤΟΝΟΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΑΦ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Η δυνατότητα των ατόμων με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες να φτάνουν στο μέγιστο δυνατό βαθμό αυτόνομης λειτουργικότητας είναι απόλυτο δικαίωμά τους. Τα παιδιά με ΔΑΦ, χαρακτηρίζονται από περιορισμένες δυνατότητες αυτονομίας σε διάφορους τομείς,

Τα παιδιά με ΔΑΦ έχουν δυσκολίες στη λήψη πρωτοβουλιών, και αυτό είναι ένας λόγος που τους περιορίζει τη δυνατότητα της αυτονομίας τους. Συγκεκριμένα, δυσκολεύονται να αναλάβουν, χωρίς την προτροπή κάποιου ενήλικου, πρωτοβουλία να αρχίσουν μία δραστηριότητα, πρωτοβουλίες κοινωνικού και επικοινωνιακού χαρακτήρα και γενικότερα δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν καταστάσεις που απαιτούν αυτενέργεια. Επίσης, έχουν δυσκολία στην εκτέλεση σύνθετων αλυσιδωτών αντιδράσεων στις οποίες απαιτείται μετάβαση από τη μία δραστηριότητα στην άλλη. Ο συνδυασμός αυτών των δυσκολιών με το είδος των θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες προϋποθέτουν αναλογία ενός θεραπευτή με ένα παιδί με ΔΑΦ, με μεγάλο χρονικό διάστημα, δίνοντάς έμφαση σε αυστηρά οργανωμένες συνθήκες διδασκαλίας, προκειμένου να διατηρηθούν τα κίνητρα του παιδιού για μάθηση, απαραίτητη είναι η συνεργασία και η παρουσία οικείων ενηλίκων με κάποια διακριτικότητα (Hume, Loftin, &Lantz, 2009).

Ο θεραπευτής θα πρέπει να στοχεύει στη χρήση μεσολαβητικών ερεθισμάτων που διευκολύνουν αυτή τη μετάβαση και συνεπώς και την αυτορρύθμιση του μαθητή με ΔΑΦ (Gena, Papadopoulou, Loukrezi, & Galanis, 2007). Η αυτορρύθμιση είναι πολύ σημαντική γιατί μπορεί να βοηθήσει στην δημιουργία αυτονομίας, συμβάλλει στην απόκτηση δεξιοτήτων για λήψη αποφάσεων βελτιώνει την αυτοπεποίθηση και συνεπώς βοηθάει στην αυτοπραγμάτωση του παιδιού.

Ως αυτοδιαχείριση ορίζεται η σκόπιμη και συστηματική εφαρμογή, από το ίδιο το άτομο, των αρχών και τεχνικών τροποποίησης μιας συμπεριφοράς του, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την επιθυμητή αλλαγή ή διατήρηση αυτής της συμπεριφοράς (Cooper, Heron, & Heward, 2007). Τα προγράμματα αυτοδιαχείρισης μπορεί να σχεδιάζονται και να εφαρμόζονται εξ ολοκλήρου από το ίδιο το άτομο ή να προϋποθέτουν τουλάχιστον ένα μικρό βαθμό

εμπλοκής του ίδιου του ατόμου. Στην πρώτη περίπτωση, θα θεωρούσαμε ότι το άτομο έχει κατακτήσει έναν ιδανικό βαθμό αυτοελέγχου, ενώ στη δεύτερη ότι το άτομο αυτοδιαχειρίζεται μέρος της συμπεριφοράς του ή ότι εφαρμόζει συγκεκριμένες τεχνικές, όπως αυτές της αυτοκαταγραφής, αυτοαξιολόγησης, αυτοκαθοδήγησης (Γαλάνης, 2009).

Το παιδί, μέσω την αυτοδιαχείρισης, αποκτά επίγνωση για τα αίτια και επακόλουθα της συμπεριφοράς του. Οι παραπάνω διαδικασίες λειτουργούν ως μέσα βοήθειας που σηματοδοτούν και καθιστούν ξεκάθαρη στο άτομο συσχέτιση της συμπεριφοράς του με ενισχυτικά επακόλουθα, οπότε και η εκδήλωση επιθυμητών αντιδράσεων είναι πιο πιθανή (Nelson&Hayes, 1981).

Ο όρος «αυτοέλεγχος», περιγράφει τη διαδικασία κατά την οποία τα ίδια τα άτομα αναγνωρίζουν το πρόβλημα, ορίζουν τη συμπεριφορά που πρέπει να τροποποιήσουν, εντοπίζουν ενισχυτικά ή τιμωρητικά επακόλουθα, ανα-διευθετούν το περιβάλλον με άμεσους και έμμεσους τρόπους, έτσι ώστε τα επακόλουθα να στηρίζουν την τροποποίηση της συμπεριφοράς και τέλος, καταγράφουν ολόκληρη τη διαδικασία (BaerD. M., 1984). Η «αυτοδιαχείριση» περιγράφει τις εφαρμογές των τεχνικών αυτοελέγχου και αναλύει τις ενέργειες ενός ατόμου, που αφορούν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του. Με τη βοήθεια της αυτοδιαχείρισης επιτυγχάνεται η απόκτηση καλύτερου δυνατού αυτοελέγχου.

Στην ουσία, ο αυτοέλεγχος και ο εξωτερικός έλεγχος αποτελούν τα δύο άκρα και όχι δύο ασύνδετες μεταξύ τους διαδικασίες. Ο εξωτερικός έλεγχος συχνά είναι το μέσο για να αποκτήσει το άτομο αυτοέλεγχο. Τα προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς διαφέρουν ως προς το βαθμό, στον οποίο παρέχουν τη δυνατότητα στα άτομα να μετέχουν σε αυτή τη διαδικασία, ενώ οι τεχνικές αυτοελέγχου στοχεύουν στη βέλτιστη μεγιστοποίηση του ελέγχου που κάθε άτομο ασκεί κατά τη διαδικασία τροποποίησης της συμπεριφοράς του (Kazdin, 1984). Αυτό δηλαδή, που ενώνει αυτά τα δύο άκρα, είναι η αυτοδιαχείριση η οποία, όσο πλησιάζει στο άκρο του αυτοελέγχου, δηλώνει ότι το άτομο αυτοδιαχειρίζεται όλο και περισσότερα στοιχεία που αφορούν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του, ενώ όσο πλησιάζει προς το άκρο του εξωτερικού ελέγχου, αποκαλύπτει ότι η τροποποίηση της συμπεριφοράς βασίζεται περισσότερο στους χειρισμούς του εκπαιδευτή.

## 5.2. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Η αυτοδιαχείριση είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι το οποίο συμβάλει στη καλύτερη εκπαίδευση του παιδιού και στόχος κάθε προγράμματος τροποποίησης συμπεριφοράς είναι να μάθουν τα παιδιά να ελέγχουν τη συμπεριφορά τους. Τα οφέλη της αυτοδιαχείρισης είναι πολλά:

Οι τεχνικές αυτοδιαχείρισης μπορούν να ελέγξουν μορφές συμπεριφοράς που δεν επηρεάζονται από επακόλουθα με χαμηλή ισχύ. Τα επακόλουθα με χαμηλή ισχύ είναι εκείνα, τα οποία δεν επηρεάζουν σημαντικά την συμπεριφορά του ατόμου. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στο ότι τα επακόλουθα αυτά παρέχονται με σημαντική χρονική καθυστέρηση, σε σχέση με την εκδήλωση της συμπεριφοράς, είτε στο ότι είναι μικρής ισχύος, οπότε απαιτείται η εκδήλωση ενός μεγάλου αριθμού αντιδράσεων, προκειμένου, να αυξηθεί η ισχύς τους και να επιδράσουν αποτελεσματικά στη συμπεριφορά.

Ταυτόχρονα με τα άμεσα ενισχυτικά επακόλουθα της συμπεριφοράς είναι πιθανό να λειτουργούν και κάποια τιμωρητικά με μεγαλύτερη ισχύ από τους ενισχυτές. Επίσης, ορισμένες ανεπιθύμητες αντιδράσεις «παγιδεύονται» από αντιφατικές συνάψεις με άμεσα ενισχυτικά επακόλουθα που συσχετίζονται με μακροπρόθεσμα τιμωρητικά, των οποίων οι αρνητικές επιπτώσεις λειτουργούν συσσωρευτικά. Ωστόσο, η συμπεριφορά του ατόμου πιο εύκολα ελέγχεται από τα επακόλουθα κάθε μεμονωμένη αντίδρασης μεγάλη ισχύ παρά από την επίδρασή τους σε ένα μεγάλο αριθμό αντιδράσεων. Οι διαδικασίες αυτοδιαχείρισης αναδεικνύουν ισχυρά επακόλουθα, τα οποία έπονται άμεσα της συμπεριφοράς.

Η αυτοδιαχείριση μπορεί να επηρεάσει αντιδράσεις στις οποίες ο θεραπευτής δεν έχει τη δυνατότητα πρόσβασης ή δεν μπορεί να παρατηρήσει με άμεσο τρόπο. Πρόκειται για συμπεριφορές, τις οποίες δεν μπορεί να παρατηρήσει απευθείας κάποιο άλλο άτομο ή εκδηλώνονται σε πλαίσια, συνθήκες και χρονικές στιγμές, κατά τις οποίες ο θεραπευτής δεν είναι παρών (π.χ. διαδραματίζονται στο σπίτι του παιδιού (Cooper, Heron, & Heward, Applied Behavior Analysis, 2nd Edition, 2007). Ωστόσο, ακόμα και αντιδράσεις που μπαίνουν σε διαδικασία παρατήρησης μπορεί να μη γίνουν αντιληπτές από το θεραπευτή. Το γεγονός αυτό συνήθως επικρατεί σε ομαδικά πλαίσια, όπως για παράδειγμα στη σχολική τάξη, εξαιτίας του φόρτου εργασίας και του αριθμού των παιδιών που ο δάσκαλος εποπτεύει. Όταν το παιδί έχει μάθει να αυτοδιαχειρίζεται τη συμπεριφορά του, την τροποποιεί ακόμα και αν δεν ελέγχεται από έναν θεραπευτή.

Η αυτοδιαχείριση διευκολύνει τη μείωση της συχνότητας της ενίσχυσης και τη μετάβαση σε δευτερογενείς ενισχυτές. Στόχος του προγράμματος τροποποίησης της συμπεριφοράς είναι η μείωση στη συχνότητα παροχής ενίσχυσης, ώστε σταδιακά να πλησιάζει τη συχνότητα με την οποία η ενίσχυση παρέχεται στο φυσικό περιβάλλον. Χάρη στο μεσολαβητικό ρόλο των τεχνικών αυτοδιαχείρισης, αλλά και λόγω των αλληπάλληλων συνδέσεων του τελικού ενισχυτή με τις καταγραφές, οι αυτοκαταγραφές του παιδιού αποκτούν ρόλο δευτερογενούς ενισχυτή, περιορίζοντας την ανάγκη για διαρκή πρωτογενή ενίσχυση.

Οι τεχνικές αυτοδιαχείρισης μειώνουν την ανάγκη για συνεχή καθοδήγηση και παρουσία του θεραπευτή. Το ίδιο το άτομο μπορεί να καθοδηγεί σε σημαντικό βαθμό τη συμπεριφορά του και να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Οι τεχνικές αυτοδιαχείρισης επιτρέπουν στο άτομο να ελέγχει μόνος του τη συμπεριφορά του χωρίς τη βοήθεια κάποιου θεραπευτή. Κάποιες έρευνες έδειξαν πως είναι εφικτή η πλήρης χωρική απόσυρση του εκπαιδευτή, υπό προϋποθέσεις. Δηλαδή, απέδειξαν κατ' αυτόν τον τρόπο πως είναι εφικτή η μεταφορά μέρους του ελέγχου της συμπεριφοράς από το θεραπευτή στο σύστημα αυτοδιαχείρισης και, κατ' επέκταση, στο ίδιο το άτομο.

Η αυτοδιαχείριση προάγει τη γενίκευση και τη διατήρηση της συμπεριφοράς. Μορφές συμπεριφοράς που δεν ενισχύονται στο φυσικό πλαίσιο, δύσκολα γενικεύονται ή διατηρούνται. Μάλιστα, συχνά το ίδιο ισχύει και όταν το άτομο καλείται να εκδηλώσει μια συμπεριφορά σε διαφορετικές συνθήκες και πλαίσια από αυτά που τη διδάχθηκε, χωρίς τα διακριτικά ερεθίσματα που τη σηματοδοτούσαν στο χώρο εκπαίδευσης (συμπεριλαμβανομένων σε αυτά και των θεραπειών του). Αντιδράσεις που το άτομο δεν καταφέρνει να γενικεύσει σε νέες συνθήκες και πλαίσια, χρήζουν συνεχούς υποστήριξης, γεγονός που μειώνει την αυτονομία του ατόμου (Cooper, Heron, & Heward, *Applied Behavior Analysis*, 2nd Edition, 2007). Από την ώρα που κάποιος είναι σε θέση να ασκεί αυτοδιαχείριση, σηματοδοτώντας, καθοδηγώντας και ενισχύοντας ο ίδιος τις κάθε μορφής αντιδράσεις του, σε όλα τα σχετικά πλαίσια και τις συνθήκες και σε κάθε χρονική στιγμή, τότε είναι πλέον εξασφαλισμένη η γενίκευση, αλλά και η διατήρηση της (Cooper, Heron, & Heward, *Applied Behavior Analysis*, 2nd Edition, 2007). Σύμφωνα με τον Baer (1984), το μοναδικό άτομο που μπορεί να ακολουθήσει έναν άνθρωπο σε κάθε πλαίσιο, όλη την ώρα ώστε να καθοδηγεί και να ενισχύει κάθε εκδήλωση της επιθυμητής συμπεριφοράς, είναι ο ίδιος του ο εαυτός.

Η αυτοδιαχείριση προάγει την αυτονομία. Οι τεχνικές αυτοδιαχείρισης αυξάνουν την ικανότητα του ατόμου να βασίζεται στον εαυτό του και να μη βασίζεται σε άλλους. Από τη στιγμή που οι τεχνικές αυτοδιαχείρισης βοηθούν στη μείωση της ενίσχυσης, της ανάγκης για καθοδήγηση, ακόμα και της παρουσίας του θεραπευτή και επιπλέον, εφόσον βοηθούν το ίδιο το άτομο τις αρμοδιότητες αξιολόγησης, καταγραφής και ενίσχυσης της συμπεριφοράς, συμβάλλουν καθοριστικά στην αυτονόμησή του. Ο μαθητής που αυτοδιαχειρίζεται τη συμπεριφορά του, δρα συχνότερα με ανεξαρτησία, έχοντας ανάγκη μικρότερης και περιστασιακής μόνο εποπτείας από το δάσκαλο αντί της συνεχούς βοήθειας και στήριξης.

Οι τεχνικές αυτοδιαχείρισης είναι ευέλικτες και εύχρηστες. Οι τεχνικές αυτοδιαχείρισης προσαρμόζονται εύκολα στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες κάθε ατόμου, με αποτέλεσμα να μπορούν, χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία, να τις εφαρμόσουν άτομα από όλες τις ηλικίες, μαθητές όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης, διαφορετικού νοητικού δυναμικού και με διαφορετικές διαταραχές (Cooper, Heron, & Heward, Applied Behavior Analysis, 2007).

Μαθητές με καλές δεξιότητες αυτοδιαχείρισης συμβάλλουν στην εξοικονόμηση διδακτικού χρόνου και στην ομαλή λειτουργία της σχολικής τάξης. Στη σχολική τάξη ο δάσκαλος έχει την αρμοδιότητα μεταξύ άλλων, να θέτει μαθησιακούς στόχους, να αξιολογεί την επίδοση του μαθητή, να παρέχει ανατροφοδότηση και να χειρίζεται την προκλητική συμπεριφορά των μαθητών του. Όταν αυτές οι αρμοδιότητες μεταβιβαστούν στους ίδιους τους μαθητές μειώνεται ο χρόνος που χρειάζεται να αφιερώσει ο εκπαιδευτής, τα παιδιά ελέγχουν πιο εύκολα τη συμπεριφορά τους και έτσι εξοικονομείται πολύτιμος χρόνος (Cooper, Heron, & Heward, Applied Behavior Analysis, 2007).

Η αυτοδιαχείριση αποτελεί βέλτιστη παρέμβαση για την ένταξη ατόμων με ειδικές ανάγκες στο γενικό σχολείο. Η αυτοδιαχείριση, όπως προαναφέραμε, συμβάλλει: (α) στην αυτονόμηση του ατόμου σε όλα τα επίπεδα, (β) στη γενίκευση και τη διατήρηση των δεξιοτήτων που αποκτά σε νέες συνθήκες, (γ) στην εξοικονόμηση διδακτικού χρόνου, τον οποίον κάλλιστα μπορεί ο δάσκαλος να χρησιμοποιήσει, έτσι ώστε να παρέχει εξατομικευμένη διδασκαλία σε μαθητές που τη χρειάζονται, (δ) στην κατάκτηση σημαντικών για την ένταξη δεξιοτήτων, όπως της εποικοδομητικής συμμετοχής και σχολικών δεξιοτήτων, αλλά και στον περιορισμό της προκλητικής συμπεριφοράς. Παράλληλα, η αυτοδιαχείριση μπορεί να εφαρμοστεί και από άτομα με σοβαρές διαταραχές, όπως η ΔΑΦ. Ως εκ τούτου, καθίσταται πολύτιμο εργαλείο για την ένταξη ατόμων με ειδικές ανάγκες στο γενικό σχολείο.

Μέσα από την εκπαίδευση του μαθητή στις δεξιότητες αυτοδιαχείρισης γίνεται εξάσκηση και σε άλλους τομείς του αναλυτικού προγράμματος. Εκπαιδύοντας το παιδί να ορίζει, να μετρά, να καταγράφει και να αξιολογεί τη συμπεριφορά του, είναι σαν να εκπαιδεύουμε έναν «μικρό επιστήμονα», αφού επιτυγχάνεται σημαντική εξάσκηση στη χρήση της λογικής, καθώς και σε μαθηματικές μεθόδους (Cooper, Heron, & Heward, *Applied Behavior Analysis*, 2nd Edition, 2007).

Η αυτοδιαχείριση συμβάλλει στη μεγιστοποίηση της επίδοσης. Συχνά οι άνθρωποι προτιμούν να μετέχουν σε καταστάσεις, τις οποίες ελέγχουν, γεγονός που αυξάνει τη συμμετοχή, τα κίνητρα, την ικανοποίηση και την επίδοσή τους, ενώ ταυτόχρονα μειώνει τα προβλήματα συμπεριφοράς.

Η αυτοδιαχείριση συμβάλλει στον αυτοέλεγχο και τον αυτοπροσδιορισμό του ατόμου. Η αυτοδιαχείριση, ως τεχνική τροποποίησης της συμπεριφοράς, συμβάλλει στην επίτευξη καλύτερου. Ο Skinner θεωρεί τον αυτοέλεγχο και τον αυτοπροσδιορισμό ως έννοιες ισότιμες, με το σκεπτικό ότι η εξάσκηση του αυτοελέγχου έχει σημαντικό θετικό αντίκτυπο στη ζωή του ατόμου (Epstein, 1997). Παράλληλα, ο Wehmeyer και οι συνεργάτες του (Wehmeyer, Agran, & Hughes, 2003), κατατάσσουν τις τεχνικές αυτοδιαχείρισης στην κατηγορία των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, λήψης αποφάσεων, επιλογών, στοχοθέτησης κ.ά., στις δεξιότητες, δηλαδή, εκείνες που συγκροτούν την έννοια του αυτοπροσδιορισμού.

Η αυτοδιαχείριση βελτιώνει την καθημερινή ζωή του ανθρώπου. Ο άνθρωπος, κάνοντας χρήση τεχνικών αυτοδιαχείρισης, καθίσταται αποτελεσματικός και ενεργός, ανταποκρίνεται συνεπέστερα στις υποχρεώσεις του και επιτυγχάνει στόχους σημαντικούς για τον ίδιο. Παράλληλα, βιώνει θετικά συναισθήματα, όπως το συναίσθημα ότι έχει τον έλεγχο της συμπεριφοράς του (Epstein, 1997), και αποφεύγει τα ενοχικά συναισθήματα, τα οποία εγείρει η εκδήλωση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς (Skinner, 1953).

Οι άνθρωποι με καλές δεξιότητες αυτοδιαχείρισης προσφέρουν περισσότερο στο κοινωνικό σύνολο. Η αυτοδιαχείριση δημιουργεί πολίτες που συνεισφέρουν στο κοινωνικό σύνολο κατά το μέγιστο των δυνατοτήτων τους, ενώ παράλληλα δρουν με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζουν τα μακροπρόθεσμα συμφέροντα της κοινωνίας, αποποιούμενοι άμεσους ενισχυτές που σχετίζονται με οδυνηρά επακόλουθα, έστω μακροπρόθεσμα, τα οποία μόνο οι μελλοντικές γενιές θα βιώσουν, όπως την εξάντληση των φυσικών πόρων και τη μόλυνση του περιβάλλοντος (Epstein, 1997).



### **5.3. ΑΥΤΟΚΑΤΑΓΡΑΦΗ**

Ως αυτοκαταγραφή ορίζεται η διαδικασία κατά την οποία το ίδιο το άτομο παρατηρεί τη συμπεριφορά του συστηματικά, διακρίνει και τελικά, καταγράφει την εκδήλωση ή τη μη εκδήλωση συγκεκριμένων αντιδράσεων (Cooper, Heron, & Heward, Applied behavior analysis, 2007). Η αυτό καταγραφή συμβάλλει και στην τροποποίηση της συμπεριφοράς, όπως συμβαίνει με όλες τις διαδικασίες αξιολόγησης, εφόσον αυτές θα γίνουν αντιληπτές από τον αυτοκαταγράφοντα (Gena, Papadopoulou, Loukrezis, & Galanis, 2007). Η αυτοκαταγραφή δεν έχει σχέση με την εκδήλωση νέων μορφών συμπεριφοράς, αλλά έχει επιρροή στη συχνότητα, στη γενίκευση και τη διατήρηση αντιδράσεων που υπάρχουν ήδη στο πλάνο του παιδιού. Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητη η εκπαίδευση μιας νέας δεξιότητας έτσι ώστε να προηγηθεί η εισαγωγή ενός συστήματος αυτοκαταγραφής.

Οι διαδικασίες της αυτοκαταγραφής πρέπει να είναι εξατομικευμένες και σωστά οργανωμένες σχετικά με το πλαίσιο, τη συμπεριφορά, με την ηλικία και τις δυνατότητες του κάθε παιδιού. Ο παιδαγωγός θα πρέπει να καθορίσει σύμφωνα με το παιδί:

Το είδος της συμπεριφοράς που θα καταγράφεται: Το παιδί μπορεί να καταγράφει είτε αντιδράσεις που συνέβησαν μεμονωμένα (π.χ. πόσες φορές απάντησε στο δάσκαλο), είτε αντιδράσεις που παράγουν συγκεκριμένο και σταθερό προϊόν (π.χ. πόσες λέξεις έγραψε σωστά) αλλά και αντιδράσεις σε μία μεγάλη διάρκεια (π.χ. σε μία συζήτηση, σωστή στάση στη καρέκλα).

#### **5.3.1. ΜΕΣΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ**

Τα μέσα που πρέπει να χρησιμοποιούνται για τη καταγραφή της συμπεριφοράς του παιδιού πρέπει να είναι μικρά αντικείμενα (βόλοι, συνδετήρες και τα τοποθετεί σε ένα κουτί κάθε φορά που επιτυγχάνει τη σωστή συμπεριφορά) ή διαφορετικά φύλλα καταγραφής, ή ηλεκτρονικά μέσα (κινητά, tablets). Σημαντική προϋπόθεση για την καταγραφή είναι το μικρό και σύντομο χρονικό διάστημα που πρέπει να πραγματοποιηθούν.

#### **5.3.2. ΧΡΟΝΙΚΗ ΣΤΙΓΜΗ ΚΑΙ ΣΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ**

Η αυτοκαταγραφή μπορεί να γίνει είτε κατά τη διάρκεια μιας δραστηριότητας, είτε μετά την ολοκλήρωση αυτής. Η αυτοκαταγραφή σηματοδοτείται, από αυτήν καθαυτή την εκδήλωση

της συμπεριφοράς- στόχος. Όμως, μερικές φορές, μπορεί να είναι απαραίτητη η σηματοδότηση, όπως λεκτικές, ακουστικές, η οπτικές υπενθυμίσεις (από τον εκπαιδευτή, ήχοι του υπολογιστή ή τηλεφώνου) όταν τα φυσικά ερεθίσματα δεν είναι τόσο αποτελεσματικά για την όσο το δυνατό πιο αξιόπιστη καταγραφή της επιδιωκόμενης συμπεριφοράς. Τέλος, οι υπενθυμίσεις του δασκάλου κατά τη διάρκεια του μαθήματος μπορεί επίσης να είναι βοηθητικός παράγοντας για την αυτοκαταγραφή.

Ενίσχυση σε συνάρτηση με την επιδιωκόμενη συμπεριφορά και τη σωστή καταγραφή της: Τα προγράμματα αυτοκαταγραφής, συνήθως, ακολουθούνται από ενισχυτικά επακόλουθα, τα οποία δημιουργούνται είτε από το ίδιο το άτομο, είτε από τον εκπαιδευτικό ή τον θεραπευτή. Τα επακόλουθα αυτά, αρχικά παρουσιάζονται με τη μορφή προγραμμάτων συνεχούς ενίσχυσης έτσι ώστε να προαχθεί η διατήρηση της επιδιωκόμενης συμπεριφοράς σε βάθος χρόνου. Η συχνότητα της παρεχόμενης ενίσχυσης που μειώνεται σταδιακά είναι απλή διαδικασία αφού τα υλικά της αυτοκαταγραφής αποκτούν ενισχυτικές ιδιότητες, λόγω της συνεχόμενης σύζευξης τους με τον τελικό ενισχυτή (Hughes, Korinek, & Gorman, 1991).

#### **5.4. ΑΥΤΟΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ**

Ως αυτοκαθοδήγηση (self-instruction) ορίζεται η διαδικασία, όπου το ίδιο το άτομο παράγει λεκτικές αντιδράσεις (π.χ. δίνει οδηγίες ή κάνει δηλώσεις), φανερές ή κρυφές, που σηματοδοτούν και βοηθούν την εκδήλωση της επιθυμητής συμπεριφοράς (Cooper, Heron, & Heward, Applied Behavior Analysis, 2nd Edition, 2007). Πρόκειται, ουσιαστικά, για αυτοδιαχειριζόμενα λεκτικά ερεθίσματα, τα οποία, προάγουν τη γενίκευση της συμπεριφοράς σε νέα πλαίσια και συνθήκες, πιθανώς λόγω των φυσικών ενισχυτών που ακολουθούν την εκδήλωση της βελτιωμένης συμπεριφοράς (Cooper, Heron, & Heward, Applied Behavior Analysis, 2007)

Τα βασικά βήματα της αυτοκαθοδήγησης περιλαμβάνουν: (α) τη διατύπωση του προβλήματος, (β) τη διατύπωση μιας πιθανής λύσης (της ζητούμενης συμπεριφοράς), (γ) την αξιολόγηση της αντίδρασης και (δ) τη λεκτική αυτοενίσχυση (Meichenbaum & Goodman, 1971). Για παράδειγμα, η Hughes και οι συνεργάτες της (Hughes, Harmer, Killian, & Niarhos, 1995), δίδαξαν την τεχνική της αυτοκαθοδήγησης σε παιδιά με νοητική υστέρηση, με σκοπό να αυξήσουν τις πρωτοβουλίες τους για αλληλεπίδραση, τις ανταποκρίσεις και τη βλεμματική επαφή με το συνομιλητή τους. Συγκεκριμένα, τα παιδιά έμαθαν να ονομάζουν το πρόβλημα («θέλω να μιλήσω»), να ονομάζουν τη

συμπεριφορά-στόχο («πρέπει να κοιτάξω τον άλλον και να μιλήσω»), να αξιολογούν την αντίδρασή τους («το έκανα») και να παρέχουν λεκτική αυτοενίσχυση («έκανα καλή δουλειά»).

Οι αντιδράσεις που εμπεριέχονται στην αυτοκαθοδήγηση λειτουργούν ως προγενόμενα ερεθίσματα, τα οποία σηματοδοτούν την εκδήλωση της επιθυμητής συμπεριφοράς, αυξάνοντας την πιθανότητα εκδήλωσής της. Συγκεκριμένα, η διατύπωση του προβλήματος και της συμπεριφοράς-στόχου λειτουργεί ως διακριτικό ερέθισμα, ενώ η αυτοενίσχυση, ως αποτέλεσμα της αυτοαξιολόγησης, αυξάνει την πιθανότητα μελλοντικής επανεκδήλωσης της συμπεριφοράς (Hughes, 1997). Για την εκπαίδευση και την εσωτερίκευση των βημάτων της αυτοκαθοδήγησης, εφαρμόζεται συνήθως η τεχνική της σταδιακής διαμόρφωσης της συμπεριφοράς, με ταυτόχρονη σταδιακή αποφυγή βοήθειας από τον εκπαιδευτή.

Τα κατάλληλα βήματα για την πιο σαφή και ακριβή διαδικασία της αυτοκαθοδήγησης σε παιδιά με ειδικές ανάγκες είναι (HughesC., 1997):

1. Ο παιδαγωγός/θεραπευτής, λειτουργώντας ως πρότυπο προς μίμηση, παρουσιάζει την συμπεριφορά-στόχο και ταυτόχρονα αυτοκαθοδηγείται, ενώ το παιδί παρακολουθεί.
2. Το παιδί εκδηλώνει τη συμπεριφορά του ενώ ο εκπαιδευτής χρησιμοποιεί λεκτική καθοδήγηση.
3. Το παιδί εκδηλώνει την επιθυμητή συμπεριφορά και ταυτόχρονα αυτοκαθοδηγείται. Ο παιδαγωγός παρέχει την απαραίτητη βοήθεια και υπενθύμιση λεκτικών αντιδράσεων στο παιδί, τις οποίες σταδιακά μειώνει όσο βελτιώνεται η επίδοση του παιδιού.
4. Το παιδί εκδηλώνει την επιθυμητή συμπεριφορά και ταυτόχρονα αυτοκαθοδηγείται διακριτικά έτσι ώστε ο εκπαιδευτής να μπορεί να ελέγχει την εκδήλωση των λεκτικών αντιδράσεων που παράγονται με στόχο να λειτουργεί ως υπενθύμιση της επιθυμητής συμπεριφοράς.

Τα άτομα που εφαρμόζουν την αυτοκαθοδήγηση, αποκτούν πληρέστερο έλεγχο της συμπεριφοράς τους, αφού ελέγχουν μέρος των διακριτικών ερεθισμάτων, ενώ επιπλέον, μέσω της προσθήκης αυτοενισχυτικών δηλώσεων, ελέγχουν και τα επακόλουθα της συμπεριφοράς αυτής (Agran et al., 2003).

## 5.5. ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η αυτοαξιολόγηση, (self-evaluation, self-assessment) αναφέρεται στη διαδικασία, κατά την οποία το ίδιο το άτομο συγκρίνει την επίδοσή του με ένα στόχο ή με ένα επίπεδο επίδοσης προκαθορισμένο, είτε από το ίδιο είτε από άλλο άτομο (Cooper, Heron, & Heward, Applied Behavior Analysis, 2nd Edition, 2007). Η αυτοαξιολόγηση, αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της αυτοδιαχείρισης αφού συναρτάται με την επίτευξη πολλαπλών στόχων, επειδή βοηθάει το παιδί α) να προσδιορίζει κατά πόσο έχει εκδηλώσει την επιδιωκόμενη συμπεριφορά, β) να επιτύχει αξιόπιστη και ορθή αυτοκαταγραφή και γ) να κρίνει κατά πόσο πληροί τα κριτήρια επίτευξης της συμπεριφοράς- στόχου και συνεπώς αν δικαιούται πρόσβαση σε ενισχυτικά επακόλουθα (Agran, King-Sears, Wehmeyer, & Copeland, 2003).

Με τις ίδιες τεχνικές που χρησιμοποιούνται και για την εκπαίδευση στην αυτοκαταγραφή, το άτομο εκπαιδύεται να αξιολογεί την επίδοσή του, συνήθως κάνοντας χρήση μιας 3/θμιας ή 5/θμιας κλίμακας τύπου «Likert» (Ninnesetal., 1991). Ο Rhode και οι συνεργάτες του (Rhodeetal., 1983), κατάφεραν να αυξήσουν την υπακοή στους κανόνες της τάξης, εκπαιδύοντας παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς. Εφάρμοζαν ένα σύστημα αυτοαξιολόγησης, όπου οι μαθητές αξιολογούσαν με μια 5/θμια κλίμακα την ποιότητα της συμπεριφοράς τους, συνέκριναν την αξιολόγησή τους με εκείνη του δασκάλου και λάμβαναν έναν επιπλέον βαθμό, όταν οι δύο αξιολογήσεις ταυτίζονταν απόλυτα. Μάλιστα, οι προαναφερθέντες ερευνητές, εφαρμόζοντας ένα πρόγραμμα σταδιακής απόσυρσης της αυτοαξιολόγησης, πέτυχαν να αποσύρουν πλήρως το σύστημα αυτοαξιολόγησης της εποικοδομητικής συμπεριφοράς στους τέσσερις από τους έξι μαθητές που μετείχαν στην έρευνά τους.

Η αυτοαξιολόγηση δεν αποτελεί ιδιαίτερα διαδεδομένη τεχνική στην εκπαίδευση ατόμων με ειδικές ανάγκες, αφού προϋποθέτει ένα καλό επίπεδο δεξιοτήτων και, συγκεκριμένα, δεξιότητες μνήμης και σύγκρισης της συμπεριφοράς με ένα προκαθορισμένο κριτήριο. Γι' αυτό άλλωστε, συνήθως εφαρμόζεται σε άτομα με ελαφρές διαταραχές υψηλής λειτουργικότητας (Hughes et al., 1991). Η εφαρμογή της διευκολύνεται από τη θέσπιση ενός συστήματος αναφοράς, με το οποίο γίνεται η σύγκριση, καθώς και ενός μόνιμου παραγώγου της συμπεριφοράς (Hughes et al., 1991). Συχνά, η αυτοαξιολόγηση της σχολικής εργασίας ακολουθείται από τη διαδικασία της αυτοδιόρθωσης (Shapiro&Cole, 1994).

Η αυτοαξιολόγηση σπανίως εφαρμόζεται ως αποκλειστική παρέμβαση τροποποίησης της συμπεριφοράς, όμως συνήθως συνδυάζεται με άλλες τεχνικές αυτοδιαχείρισης (Shapiro & Cole, 1994), όπως με διαδικασίες, κατά τις οποίες το ίδιο το άτομο όχι μόνο θέτει το στόχο της παρέμβασης και το κριτήριο επιτυχίας, αλλά επίσης, αναπαριστά γραφικά την επίδοσή του (self-graphing) (Delano, 2007, Stevenson & Fantuzzo, 1984). Η γραφική αναπαράσταση της επίδοσης, συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί ως ιδιαίτερα αποτελεσματική τεχνική για την τροποποίηση της, αφού επιτρέπει την οπτική απεικόνιση της απόστασης ανάμεσα στο επίπεδο επίδοσης του ατόμου, από το επίπεδο επίδοσης που αποτελεί το στόχο της παρέμβασης (Agran, King-Sears, Wehmeyer, & Copeland, 2003).

## **5.6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Παρόλο που τα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν, την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων παρέμβασης που εμπεριέχουν έστω και ένα μόνο στοιχείο αυτοδιαχείρισης, οι μεθοδολογικοί περιορισμοί των ερευνών που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα, μας εμποδίζουν να αξιολογήσουμε την επίδραση κάθε μιας από τις μεθόδους αυτοδιαχείρισης ξεχωριστά (Hughes, Korinek, & Gorman, 1991). Αυτό οφείλεται, κυρίως στο ότι οι τεχνικές αυτοδιαχείρισης δεν εξετάζονται μεμονωμένα, αλλά ως μέρος των προγραμμάτων παρέμβασης, τα οποία περιλαμβάνουν και άλλες τεχνικές αυτοδιαχείρισης καθώς και τεχνικές εξωτερικού ελέγχου, όπως είναι η ενίσχυση που δίνει ο θεραπευτής.

Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, μέσω ποιοτικών μετα-αναλύσεων των ευρημάτων που προέκυψαν από τις έρευνες αυτοδιαχείρισης, καταβάλλονται προσπάθειες να απαντηθούν ερωτήματα αναφορικά με τους παράγοντες που επιδρούν στην αποτελεσματικότητά της (Lee et al., 2007. Ma, 2008). Τα ευρήματα των εν λόγω αναλύσεων καταδεικνύουν πως οι στρατηγικές αυτοδιαχείρισης είναι αποτελεσματικές στο σύνολό τους, αλλά οι στρατηγικές αυτοπαροχής ενισχυτικών επακόλουθων και αυτοκαταγραφής είναι οι πιο αποτελεσματικές (Lee et al., 2007. Ma, 2008). Η αυτοδιαχείριση είναι αποτελεσματικότερη ως προς τη βελτίωση της επιθυμητής συμπεριφοράς, παρά για την ελάττωση της ανεπιθύμητης. Η συμπεριφορά των παιδιών ηλικίας μικρότερης των 7 ετών σημειώνει τη μεγαλύτερη βελτίωση, ενώ τα παιδιά με αυτισμό ή διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα, ωφελούνται περισσότερο από την αυτοδιαχείριση (Ma, 2008). Ο Baer (1984) θέτει τρία

καίρια ζητήματα που αφορούν την έρευνα της αυτοδιαχείρισης, τα οποία παραμένουν έως σήμερα επίκαιρα.

Ο Baer καλεί τους ερευνητές να απαντήσουν στα ακόλουθα ερωτήματα: α) η βελτίωση της επίδοσης οφείλεται στην επίδραση της αυτοδιαχείρισης ή στην περαιτέρω εξάσκηση στη συμπεριφορά-στόχο, κατά τη διδασκαλία των τεχνικών αυτοδιαχείρισης; β) η γενίκευση των αποτελεσμάτων οφείλεται στη δράση της αυτοδιαχείρισης ως μεσολαβητικού ή ως κοινού ερεθίσματος μεταξύ δύο συνθηκών; γ) η διατήρηση της συμπεριφοράς οφείλεται στις τεχνικές της αυτοδιαχείρισης ή στην αντίσταση στην απόσβεση;

### 6.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Η θεραπευτική προσέγγιση στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος, είναι ένα σημαντικό θέμα. Για αυτό τον σκοπό, έχουν δομηθεί πάρα πολλά προγράμματα, τα οποία έχουν ως σκοπό να εξάγουν τα καλύτερα αποτελέσματα. Θεμέλια αρχή, της διδασκαλία των παιδιών με ΔΑΦ, είναι η δημιουργία ενός ασφαλούς και φιλικού περιβάλλοντος, με πληθώρα ερεθισμάτων κατάλληλων και υλικό δομημένο με τέτοιο τρόπο που να εξυπηρετεί το άτομο με ΔΑΦ (Μαστρογιάννης & Ξανθοπούλου 2015). Βασικές κατευθυντήριες γραμμές, που έδωσαν οι Boucenna και συνεργάτες, το 2014, αναφορικά με την παρέμβαση είναι:

- Η συντομότερη έναρξη ενός προγράμματος παρέμβασης
- Η μείωση του ποσοστού των ελλειμμάτων της αξιολόγησης
- Καθημερινή ολιγόωρη παρέμβαση
- Συμμετοχή του οικογενειακού περιβάλλοντος
- Συχνή επαναξιολόγηση
- Επιλογή παρέμβασης με βάση την ανταπόκριση του ατόμου με ΔΑΦ
- Ενθάρρυνση του αυθόρμητου λόγου
- Καθοδήγηση προς καλλιέργεια νέων δεξιοτήτων και παγίωση των παλαιότερων
- Επιβράβευση θετικών συμπεριφορών
- Έμφαση στην σοβαρότητα της διαταραχής, τα δυνατά και αδύναμα χαρακτηριστικά του ατόμου

Η εξατομίκευση του πλάνου θεραπείας, αποδεικνύεται κρίσιμης σημασίας και βασίζεται στα αποτελέσματα της αξιολόγησης, στο αναπτυξιακό προφίλ και τις ανάγκες που έχει το κάθε άτομο. Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει η εμπλοκή των γονέων στη θεραπευτική διαδικασία. Οι ειδικοί επιστήμονες, έχουν χρέος να ενημερώνουν και να εκπαιδεύουν τους γονείς – φροντιστές, στοχεύοντας στην συνεχή εκπαίδευση, σε διάφορα χωρικά, κοινωνικά και επικοινωνιακά πλαίσια.

Υπάρχει πληθώρα παρεμβάσεων, όπως είναι οι συμπεριφορικές, οι αναπτυξιακές, οι επικοινωνιακές, αισθητηριακές -κινητικές, ψυχοθεραπευτικές και βιοχημικές.

Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις, έχουν ως στόχο την εκπαίδευση και βελτίωση των ηθελημένων θετικών συμπεριφορών και την εξάλειψη των αρνητικών.

Οι αναπτυξιακές παρεμβάσεις, στηρίζονται στα ορόσημα ανάπτυξης του παιδιού ανά ηλικία και επικεντρώνονται στην έκφραση συναισθήματος και την κοινωνική προσαρμογή σε όλα τα περιβάλλοντα (Geretsegger et al., 2015).

Οι επικοινωνιακές παρεμβάσεις, εστιάζουν στην εκμάθηση της χρήσης της γλώσσας (προφορικό ή γραπτό) με λειτουργικό τρόπο. Με βάση τα ελλείμματα, αυτές οι παρεμβάσεις ασχολούνται με όλους τους τομείς της γλώσσας, οι οποίοι είναι: η φωνολογία, η σημασιολογία, η μορφολογία και η πραγματολογία. Επιπλέον, δημιουργήθηκαν τα λεγόμενα συστήματα Εναλλακτικής και Επαυξημένης επικοινωνίας. Η Εναλλακτική και Επαυξημένη επικοινωνία (AAC), είναι μια θεραπευτική προσέγγιση που απευθύνεται στις ανάγκες των ασθενών με σοβαρές επικοινωνιακές διαταραχές όπως η ελλειμματική παραγωγή ομιλίας λόγου και κατανόησης τόσο σε προφορικό όσο και σε γραπτό επίπεδο. Η AAC, χρησιμοποιεί τεχνικές και εργαλεία, περιλαμβανομένων επικοινωνιακών πινάκων, απτικών αντικειμένων, χειρωνακτικών σημάτων, γραμμικών σχεδίων και συσκευών δημιουργίας ομιλίας, με σκοπό την ανεξάρτητη έκφραση. Η AAC, θεωρείται επαυξημένη διότι λειτουργεί συμπληρωματικά με την εναπομείνουσα ομιλία, και εναλλακτική, όταν χρησιμοποιείται σε πεδία που απουσιάζουν ή είναι δυσλειτουργικά (ASHA 2020).

Τα κριτήρια επιλογής θεραπευτικής προσέγγισης είναι τα εξής:

- Τα χαρακτηριστικά του ατόμου με ΔΑΦ
- Ο βαθμός της ΔΑΦ
- Τα επίπεδα των δεξιοτήτων
- Οι στόχοι που πρέπει να επιτευχθούν



## 6.2.ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

**RAGMATIC ORGANIZATION DYNAMIC DISPLAY (PODD):** Το Podd, σχεδιασμένο από την λογοπαθολόγο Gayle Porter, αποτελεί έναν τρόπο οργάνωσης όλου του λεκτικού και συμβολικού λεξιλογίου (βιβλία επικοινωνίας) με σκοπό να παράσχει βελτίωση της έκφρασης και της κατανόησης, σε μια ποικιλία μηνυμάτων ανά περιβάλλον, απευθυνόμενο σε ανθρώπους με περίπλοκες επικοινωνιακές ανάγκες (ACCI 2020). Έρευνα που διεξήχθη από τον Sennott και τους συνεργάτες του το 2016, αποδεικνύει την εγκυρότητα του Podd, ως μια άκρως αποτελεσματική τεχνική, σε επίπεδο πραγματολογίας (βελτίωση στην εναλλαγή σειράς στη συζήτηση), τη σημασιολογία (αύξηση του αντιληπτικού και εκφραστικού λεξιλογίου), τη σύνταξη (χρήση σύνθετων συντακτικών δομών) και τη μορφολογία (χρήση πολύπλοκων μορφολογικών δομών).

**ΜΑΚΑΤΟΝ:** Το ΜΑΚΑΤΟΝ, σχεδιασμένο από την Walker, συνδυάζει ομιλία, νοήματα και συμβολισμούς. Καλύπτει ένα μεγάλο φάσμα αναπτυξιακών διαταραχών, είναι εφαρμόσιμο σε όλο το ηλικιακό εύρος και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλα τα περιβάλλοντα όπως στην οικογένεια, στο σπίτι και στο σχολείο (ΜΑΚΑΤΟΝ HELLAS 2021). Σε αρχικό στάδιο, το ΜΑΚΑΤΟΝ, χρησιμοποιείται για την μετάδοση και κατανόηση ενός καθαρού και απλού μηνύματος και μεταγενέστερα στην ανάπτυξη γλωσσικών δεξιοτήτων παρέχοντας ο εκπαιδευόμενος περισσότερες πληροφορίες (Dodd 2005).

Η εκπαιδευτική μέθοδος του ΜΑΚΑΤΟΝ, είναι βασισμένη στην πολυαισθητηριακή προσέγγιση και είναι κατάλληλη για άτομα που έχουν μικρό εύρος επικοινωνίας.

Βασικός σκοπός του ΜΑΚΑΤΟΝ, είναι η ανάπτυξη με λειτουργική τρόπο ομιλίας, των χειρονομιών και των συμβόλων. Το ΜΑΚΑΤΟΝ, περιλαμβάνει ένα βασικό λεξιλόγιο (πυρήνα) 450 λέξεων το οποίο εξυπηρετεί βασικές ανάγκες και το λεξιλόγιο πηγή αποτελούμενο από πάνω από 7000 λέξεις το οποίο δημιουργεί ο εκπαιδευτής βάσει αναγκών του εκπαιδευόμενου. Κάθε χειρονομία ή σύμβολο συνοδεύεται από την λεκτική του εκφορά (ΜΑΚΑΤΟΝ HELLAS 2021) .

Το ΜΑΚΑΤΟΝ, αποτελεί είναι εύκολα προσαρμόσιμο πρόγραμμα, το οποίο μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες, ακόμα και ανθρώπων που η επικοινωνιακή τους δεξιότητα, είναι πολύ περιορισμένη (Walker 1980).

Στα θετικά του ΜΑΚΑΤΟΝ, είναι το ότι το συγκεκριμένο πρόγραμμα, ως εναλλακτικό και επαυξημένο σύστημα επικοινωνίας, βοηθά τους ανθρώπους να επικοινωνήσουν τις ανάγκες τους, να εκφράσουν επιθυμίες, να αντιληφθούν τις αποκρίσεις των τρίτων, να εξελίξουν την ικανότητα κατονομασίας, να επιλέγουν, να εξασκούν τις περιγραφικές τους ικανότητες, να συμμετέχουν διαλογικά και να είναι σε θέση να κοινωνικοποιούνται (Dodd 2005).

**PECS:** Το PECS η αλλιώς Σύστημα Επικοινωνίας Μέσω Ανταλλαγής Εικόνων, σχεδιάστηκε το 1985, έχει τα θεμέλιά του στο βιβλίο Verbal Behavior (1957), γραμμένο από τον Skinner. Η πρώτη χορήγηση του PECS, πραγματοποιήθηκε σε προσχολικής ηλικίας πληθυσμό με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, όπως είναι και το περιστατικό. Το PECS, εστιάζει στην επικοινωνιακή έναρξη και μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες τις ηλικίες και σε όλα τα περιβάλλοντα. Έρευνες που έχουν διεξαχθεί, έχουν αναδείξει το γεγονός ότι παιδιά προσχολικής ηλικίας, έχουν αναπτύξει λόγο μέσω της εφαρμογής του PECS (PECS 2021). Το PECS, αποτελείται από τα εξής έξι στάδια:

- Πρώτο στάδιο – Πως επικοινωνούμε: Το άτομο εκπαιδεύεται στην πραγμάτωση ανταλλαγής εικόνων που απεικονίζει μια επιθυμητή ενέργεια ή αντικείμενο
- Δεύτερο στάδιο – Απόσταση και Επιμονή: Το άτομο εκπαιδεύεται στην γενίκευση της ανταλλαγής εικόνων σε διαφορετικά πλαίσια και με διαφορετικούς επικοινωνιακούς συντρόφους.
- Τρίτο στάδιο - Διάκριση Εικόνων: Ο θεραπευτής, δημιουργεί το λεγόμενο τετράδιο – βιβλίο επικοινωνίας, όπου εκεί τοποθετεί εικόνες που απεικονίζουν πράγματα της αρεσκείας του θεραπευόμενου και με αυτό τον τρόπο, μαθαίνει να επιλέγει μεταξύ δύο ή τριών εικόνων την επιθυμητή.
- Τέταρτο στάδιο – Δόμηση Πρότασης: Το άτομο, αρχίζει και δομεί πρόταση απλή συντακτικά, μέσω χρήσης της εικόνας που αντιπροσωπεύει το ρήμα «θέλω» συνδυαστικά με την εικόνα που απεικονίζει το επιθυμητό αντικείμενο.

Στο μεσοδιάστημα μεταξύ τέταρτου και πέμπτου σταδίου συντελείται η λεγόμενη επέκταση λεξιλογίου, όπου το άτομο διανθίζει την πρόταση, χρησιμοποιώντας επίθετα, επιρρήματα και άλλους προσδιορισμούς.

- Πέμπτο στάδιο – Αίτημα σε Απόκριση: Το άτομο εκπαιδεύεται να απαντάει σε ερωτήσεις μορφής «Τι θέλεις;»
- Έκτο στάδιο – Σχολιασμός: Το άτομο εκπαιδεύεται στο να συνθέτει πολυπλοκότερες προτάσεις συντακτικά, απατώντας σε ερωτήσεις και διδάσκονται να συνθέτουν προτάσεις με λέξεις όπως «Ακούω», «Νιώθω (Pyramid Educational Consultants, 2021).

Η λεκτική βοήθεια από τον επικοινωνιακό σύντροφο δεν επιτρέπεται. Με αυτό τον τρόπο δομείται έτσι η πρωτοβουλία του εκπαιδευόμενου για αυτόνομη λεκτική επικοινωνία (Pyramid Educational Consultants, 2021).

**ABA:** Η ABA, έχει τα θεμέλια της στον συμπεριφορισμό (Behavior Analysis 2020), κατά τον οποίο, για να αντιληφθεί ένας άνθρωπος την αναπτυξιακή πορεία ενός άλλου ανθρώπου, θα πρέπει να εστιάσει στην συμπεριφορά του συνδυαστικά με τα εξωτερικά ερεθίσματα που δέχεται (Feldman, 2011). Σκοπός της συγκεκριμένης προσέγγισης, είναι η βελτίωση των διαταραγμένων κοινωνικών συμπεριφορών, την επικοινωνία και την προσαρμοστικότητα. Η συγκεκριμένη προσέγγιση, έχει τρεις θεμελιώδεις αρχές:

1. Την θετική συμπεριφορική υποστήριξη: Στόχο έχει την διευκόλυνση των περιστατικών, στην απόκτηση συμπεριφορών προσαρμογής και κοινωνικής αποδοχής.
2. Την λειτουργική αξιολόγηση: Αναφέρεται στην διαδικασία συλλογής δεδομένων προς χρήση για καλύτερα αποτελέσματα της παρέμβασης.
3. Την εκπαίδευση στη λειτουργική επικοινωνία: Εκπαιδεύει το άτομο στην ορθή χρήση επικοινωνίας

Τεχνικές της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι (Μαλεγιαννάκη, Μεσσήνης & Παπαθανασόπουλο,ς 2012):

- ❖ Η ενίσχυση συμπεριφοράς
- ❖ Η συντήρηση σωστών συμπεριφορών,
- ❖ Η διδαχή νέων συμπεριφορών
- ❖ Η γενίκευση αυτών σε διαφορετικά πλαίσια
- ❖ Ο περιορισμός συνθηκών που προκαλούν μη επιθυμητές συμπεριφορές.

Οι Lei & Ventola, το 2017, κάνουν λόγο για θεαματικά αποτελέσματα, ειδικά στον τομέα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, σε ηλικίες τριών με τεσσάρων ετών. Σημαντικό μέρος της συγκεκριμένης προσέγγισης, είναι η θετική ενίσχυση για παρότρυνση επανάληψης ορθών συμπεριφορών, η οποία θα πρέπει να είναι συνεπής και άμεση (Φρανσίς, 2007).

Χρήσιμα στοιχεία της συγκεκριμένης τεχνικής είναι:

- ❖ Η έμφαση στην εμφάνιση της επιθυμητής συμπεριφοράς μέσω ενισχυτών
- ❖ Η συμμετοχή της οικογένειας στην παρέμβαση
- ❖ Η έναρξη της θεραπείας πρέπει να γίνεται εξατομικευμένα και μεταγενέστερα ομαδικά
- ❖ Απαραίτητη κρίνεται η αλληλεπίδραση του παιδιού με παιδιά τυπικής ανάπτυξης, έτσι ώστε να παρέχεται πρότυπο
- ❖ Ο προσδιορισμός της έντασης και διάρκειας των θεραπειών

**LOVAAS PROGRAM:** Το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης, εφαρμόζει κατευθυνόμενη εκπαίδευση μέσω οδηγίων. Τα άτομα με ΔΑΦ, εκπαιδεύονται στην παρακολούθηση ενηλίκων, οι οποίοι λειτουργούν ως πρότυπα, και αποκρίνονται σε απλές εντολές, μιμούνται, κινήσεις κυρίως στοματικές και μετέπειτα μιμούνται ομιλία. Μεταγενέστερα, η δυσκολία κλιμακώνεται και καταλήγει σε πιο σύνθετες γλωσσικές δεξιότητες. Σημαντικό ρόλο παίζουν οι ενισχυτές που λειτουργούν ως κίνητρο (Rogers et al., 2006).

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ TEACCH:** Το TEACCH, σχεδιάστηκε από τον Eric Schopler το 1972 και αποτελεί ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα παρέμβασης για τις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος.

**ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΡΧΕΣ TEACCH** (Orellana et al., 2014).

1. Στόχος είναι η βελτίωση της προσαρμοστικότητας των ατόμων με ΔΑΦ στο κοινωνικό περιβάλλον του, μέσα από στρατηγικές βελτίωσης των ήδη υπάρχοντων δεξιοτήτων και την εκμάθηση νέων
2. Εδραίωση σχέσης εμπιστοσύνης και συνεργασίας μεταξύ θεραπευτή και γονέων - φροντιστών, στοχεύοντας στην εκπαίδευση τους, αφού αποτελούν σημαντικό κομμάτι της θεραπείας.

3. Δημιουργία εξατομικευμένου πλάνου, βασισμένο σε αξιολογήσεις των δεξιοτήτων
4. Προώθηση της «δομημένης διδασκαλίας»
5. Εφαρμογή της γνωστικής -συμπεριφορικής παρέμβασης

Το TEACCH, περιλαμβάνει τις εξής στρατηγικές: (Καλύβα Ε. , 2005)

- Δόμηση και οργάνωση του φυσικού περιβάλλοντος
- Οργάνωση του χώρου όπου τα άτομα με ΔΑΦ, καλούνται να δραστηριοποιηθούν, είτε αυτό είναι σπίτι η τάξη.
- Ατομικό Ημερήσιο Πρόγραμμα

Στόχος είναι, το άτομο να δημιουργήσει μια ρουτίνα και να είναι ενημερωμένο για το πρόγραμμα της ημέρας. Με αυτό τον τρόπο, προωθείται η ανεξαρτησία του ατόμου, η διαχείριση του χρόνου

- Σύστημα Ατομικής εργασίας (Καλύβα Ε. , 2005)
- Εξυπηρετεί την γνώση του ατόμου με ΔΑΦ, αναφορικά με τους χρόνους και το προϊόν δράσης του, τον τρόπο με τον οποίο θα λειτουργήσει και το τι έπεται. Ο χώρος τέλεσης του συστήματος ατομικής εργασίας, είναι ο προσωπικός χώρος εργασίας του ατόμου, υπό την επίβλεψη του εκπαιδευτή. Το άτομο εκπαιδεύεται στην λεπτή και αδρή κινητικότητα μέσω γνωστικών έργων με υλικά καθημερινότητας όπως χάντρες, τουβλάκια, γράμματα, χρώματα, αριθμούς και σκίτσα.
- Εκπαίδευση στην επικοινωνία (Καλύβα Ε. , 2005)

Στόχος είναι η λειτουργική επικοινωνία, χωρίς βοηθήματα. Πρώτο βασικό πράγμα, είναι η κατανόηση της έννοιας της επικοινωνίας. Έπεται η εκπαίδευση σε αιτήματα και μεταγενέστερα η έκφραση συναισθημάτων και σκέψεων.

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΙΣΤΟΡΙΕΣ:** Οι κοινωνικές ιστορίες, αναπτύχθηκαν από την Carol Gray το 1990 (Beyer & Gammeltoft 2000). Είναι ιστορίες καθημερινής πρακτικής και κοινωνικής φύσεως και απευθύνονται σε παιδιά, που βρίσκονται στο φάσμα της αυτιστικής διαταραχής (Gray & White, 2003). Αποτελούν μικρές ιστορίες που περιγράφουν κάποια κοινωνική κατάσταση και σκιαγραφούν τις συνηθισμένες αντιδράσεις, που συνδέονται με αυτήν τη

δραστηριότητα. Στοχεύουν στην βελτίωση της αντίληψης και τήρησης των κοινωνικών κανόνων. Οι κοινωνικές ιστορίες παρέχουν στο παιδί ένα πλαίσιο, όσο το δυνατόν πιο φυσικό, ένα θεωρητικό υπόβαθρο σε μια κοινωνική κατάσταση και ένα πλάνο, ώστε να γνωρίζει πώς να συμπεριφερθεί σε μία δεδομένη κατάσταση, σύμφωνα με τη λογική της αιτίας και του αποτελέσματος. Έτσι, το αόρατο και υπαινικτικό που διέπει τις κοινωνικές συναλλαγές γίνεται σαφές για το παιδί με αυτισμό. Στις κοινωνικές ιστορίες, ο κύριος χαρακτήρας είναι ένα παιδί, γεγονός που συνήθως αυξάνει το ενδιαφέρον και το κίνητρο των παιδιών με αυτισμό να μιμηθούν τις αντιδράσεις του. Το παιδί με αυτισμό, στη συνέχεια, μπορεί να δραματοποιήσει το περιεχόμενο κάθε κοινωνικής ιστορίας με τα ανάλογα παιχνίδια.

Οι κοινωνικές ιστορίες, σχεδιάζονται από δύο ως 5 προτάσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν πληροφορίες περιγραφής (περιβάλλον, δράστες), κατεύθυνσης (πρότυπο ορθής συμπεριφοράς), πληροφορίες συναισθημάτων και αντιδράσεων τρίτων ανθρώπων (στόχος η ενσυναίσθηση) (Simpson&Regan 1998).

**ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ:** Η Εντατική Αλληλεπίδραση, αποτελεί μια τεχνική που στοχεύει στην εκπαίδευση των θεμελιωδών αρχών προ-λεκτικής επικοινωνίας.

Η τεχνική αυτή, αναπτύχθηκε τη δεκαετία του 1980, από την ομάδα του προσωπικού του Νοσοκομείου Harperbury School Hertfordshire. Το Harperbury ήταν ένα σχολείο για ανθρώπους που είχαν σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες. Οι βασικές αρχές της επικοινωνίας μπορούν να χαρακτηριστούν από διάφορες δεξιότητες όπως (Mourière & Hewett, 2021) :

- Η συνοπτική προσοχή σε ένα άλλο πρόσωπο.
- Η μίμηση
- Το μοίρασμα της προσοχής με ένα άλλο πρόσωπο.
- Η επέκταση της προσοχής και η επικέντρωση σε ένα άλλο πρόσωπο.
- Η ανάπτυξη της κοινής προσοχής σε δραστηριότητες.
- Η εναλλαγή σειράς σε ανταλλαγές συμπεριφορών.
- Η διασκέδαση και η επικοινωνία.
- Η χρήση και η κατανόηση βλεμματικής επαφής.

- Η χρήση και κατανόηση των εκφράσεων του προσώπου.
- Η χρήση και κατανόηση της μη-λεκτικής επικοινωνίας όπως χειρονομίες και γλώσσα του σώματος.
- Η χρήση και κατανόηση των φυσικών επαφών.
- Η χρήση και κατανόηση της παραγωγής φωνημάτων.
- Η λειτουργική ηχολαλία
- Η σωματική επαφή

Η Εντατική Αλληλεπίδραση μπορεί να εφαρμοστεί σε όλα τα πλαίσια και οποιαδήποτε ώρα. Είναι σημαντικό ο εκπαιδευόμενος να έχει τον έλεγχο και να καθοδηγεί την θεραπεία. Ο θεραπευτής αρχικά παρατηρεί το παιδί και έρχεται στο ίδιο επίπεδο μαζί του. Στη συνέχεια συμβαίνουν ακολουθίες αλληλεπιδράσεων μέσα σε ένα χαλαρωτικό, διασκεδαστικό και ευχάριστο πλαίσιο, οι οποίες περιπλέκονται με το πέρασμα των συνεδριών. Ο ενήλικας κατευνάζει τις δικές του συμπεριφορές ώστε να αντιδρά σε αυτό που κάνει το παιδί τη δεδομένη στιγμή. Όταν ο θεραπευτής είναι έτοιμος μπορεί να αρχίσει να αλληλεπιδρά με το παιδί με το να πάρει μέρος στη δραστηριότητα ή να επαναλάβει κάτι που το παιδί λέει ή κάνει. Εάν αυτό κερδίσει την προσοχή του τότε ο ενήλικας μπορεί να επαναλάβει το ίδιο μοτίβο. Εάν όμως το παιδί αποτραβηχτεί ή γυρίσει το κεφάλι του τότε ο ειδικός/γονιός μπορεί να ανταποδώσει με ένα χαμόγελο αναγνωρίζοντας τα συναισθήματα του παιδιού (Nind & Hewett, 2010).

**Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΩΝ ΦΙΛΩΝ:** Μία ακόμη προσέγγιση που στοχεύει στην ένταξη των ατόμων με διαταραχές της συμπεριφοράς και συναισθήματος στο χώρο του σχολείου είναι ο «κύκλος των φίλων». Είναι μια συστημική προσέγγιση η οποία έχει ως βασική αρχή ότι η δύναμη της ομάδας των συνομηλίκων μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ατομική συμπεριφορά. Οι στόχοι του κύκλου είναι:

- α) Η δημιουργία ενός χώρου όπου το παιδί μπορεί να έρθει σε τακτική και υποστηρικτική επαφή με περισσότερο κοινωνικά ικανούς συνομηλίκους,
- β) η παροχή ενός πλαισίου που επιτρέπει την εξ ολοκλήρου αντιμετώπιση της διαταραχής της κοινωνικής επαφής,

γ) η παραδοχή ότι η κοινωνική διαταραχή των ατόμων με αυτισμό αποτελεί μια θεμελιώδη και διάχυτη δυσκολία,

δ) η αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων μέσω της καλλιέργειας της δημιουργικότητας των μελών του κύκλου και της κατανόησης της κουλτούρας των συνομηλίκων σε συγκεκριμένα σχολεία (Whitaker et al, 1998).

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΙΠΠΑΣΙΑ:** Η ιπποθεραπεία, είναι μια προσέγγιση, η οποία, με τη βοήθεια του αλόγου, βελτιώνει νευρολογικές και αισθητηριακές διαταραχές. Τα περιστατικά με ΔΑΦ, μέσω της θεραπευτικής ιππασίας, μπορούν να ομαλοποιήσουν τον μυϊκό τους τόνο, να αποκτήσουν τον έλεγχο του κεφαλιού τους, του σώματος τους, της λεκάνης τους, να βελτιώσουν τον οπτικοχωρικό τους και κινητικό συντονισμό, την ισορροπία τους, να βελτιώσουν τον λόγο τους και την βάδιση τους. Επίσης, βοηθάει σε γενικότερο πλαίσιο το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, το οποίο ευθύνεται για τις κινητικές, αισθητηριακές και γνωστικές δεξιότητες . (NARHA, 2021).

Εκπαιδευτικά, έχει εξακριβωθεί πρόοδος, αναφορικά με την εκμάθηση αντικειμένων, μεγεθών, χρωμάτων, γραμμάτων. Επίσης έχει καταγραφεί βελτίωση της ποιότητας του λόγου, ομαλότητα της σκέψης, ενίσχυση της προσοχής και της οπτικοκινητικής αντίληψης (Violette & Wilmarth, 2009).

Ψυχολογικά, εντοπίστηκε βελτίωση των επιπέδων αυτοεκτίμησης και βελτίωση της αυτοεικόνας σε γενικότερο πλαίσιο, μείωση των επιπέδων φόβου και άγχους, βελτίωση της πειθαρχίας, του αυτοελέγχου. Τέλος, παρατηρήθηκε ανάπτυξη δεσμού μεταξύ θεραπευόμενου και του ζώου (NCPAD2021).

Κοινωνικά, παρατηρήθηκε, δημιουργία ομαδικού πνεύματος, συνεργασίας, και κοινωνικότητας και πρόοδος μη λεκτικών και λεκτικών αποκρίσεων.

**ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:** Η μουσικοθεραπεία, είναι μια προσέγγιση, που χρησιμοποιεί όλα τα στοιχεία της μουσικής (ένταση, τονικότητα, ρυθμό), για να βοηθήσει τα άτομα που έχουν μια διαταραχή, να βελτιώσουν τις δυσλειτουργικές ή απύσες συμπεριφορές τους σε επίπεδο κινητικό, κοινωνικό, επικοινωνίας και γνωστικό. Πιο συγκεκριμένα, η μουσική, σε ένα άτομο



με ΔΑΦ, προκαλεί εγρήγορση του εγκεφάλου, ενισχύει την μνήμη, την κατανόηση των εξωτερικών ερεθισμάτων και προωθεί την επικοινωνία (Walworth 2007).

Πολλές είναι οι έρευνες που επικυρώνουν την θέση της μουσικοθεραπείας, σαν μια προσέγγιση αποτελεσματική. Για παράδειγμα, έρευνα και μετα-ανάλυση των Geretsegger και συνεργατών, το 2015, πιστοποιεί την ανάπτυξη των λεκτικών και μη δεξιοτήτων, την βελτίωση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και του παιχνιδιού, ενώ μελέτη των Iseri και των συνεργατών, το 2014, ανέδειξαν σταδιακή εξάλειψη της υπερκινητικότητας, των στερεοτυπικών μοτιβικών κινήσεων και την ενίσχυση της συναισθηματικής έκφρασης.

Τέλος, ο Hoskins, το 1988, διετέλεσε έρευνα σχετικά με τη επίδραση που έχει το τραγούδι, σαν θεραπευτικό μέσο, για την ανάπτυξη ομιλίας σε παιδιά με ΔΑΦ και παρατήρησε σημαντική διαφορά.

**ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ:** Ο ειδικός επιστήμονας, μέσω δομημένων δραστηριοτήτων, καθοδηγεί το άτομο με ΔΑΦ, να αντιδρά με ορθό τρόπο, σε αισθητηριακά ερεθίσματα, παρέχοντας οργανωμένο, προσαρμοστικό πρότυπο. Το πρόγραμμα, αρχικά είναι εξατομικευμένο και μεταγενέστερα μπορεί να γίνει ομαδικό. Χρησιμοποιούνται ευχάριστες δραστηριότητες προς τους εκπαιδευόμενους. Βασικός στόχος της συγκεκριμένης παρέμβασης, είναι η δημιουργία περιβάλλοντος και η εφαρμογή δραστηριοτήτων που θα δημιουργήσουν και παρακινήσουν το άτομο σε προσαρμοστικές και λειτουργικές αντιδράσεις. Τα υλικά που χρησιμοποιούνται καλύπτουν όλα τα είδη αισθητηριακής ευερεθιστότητας.

1. Βελτίωση της ασφάλειας του περιβάλλοντος μέσω της οργάνωσης αυτού, η οποία θα επιφέρει το θετικό αποτέλεσμα αναφορικά με την ρύθμιση του ατόμου προς εκπαίδευση.
2. Εξάλειψη των αιτίων που προκαλούν στρες και διάσπαση
3. Έλεγχος των διεγερτικών επιπέδων στοχεύοντας σε ευκαιρίες μάθησης
4. Παροχή ασφαλών, ευχάριστων αισθητηριακών βιωμάτων
5. Βελτίωση της συγκέντρωσης
6. Εξάλειψη στερεοτυπιών
7. Βελτίωση ανεξαρτησίας

**ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ:** Η Παρέμβαση βασικής ανταπόκρισης, ανήκει στις συμπεριφορικές παρεμβάσεις, έχει τα θεμέλιά της στην ανάλυση της συμπεριφοράς και έχει ως στόχο την βελτίωση της κοινωνικής επικοινωνίας. Η εστίασή της, είναι χρήση στρατηγικών που βοηθάνε στην μεγιστοποίηση των κινήτρων του ατόμου με ΔΑΦ. Βασικός στόχος, είναι η εκπαίδευση προς ανταπόκριση σε ευκαιρίες μάθησης και κοινωνικοποίησης, μέσω της χρήσης ενισχυτών (Duifhuis et al 2017).

Η λέξη βασική, αναφέρεται στα οφέλη που μπορεί να αποκτήσει το άτομο προς εκπαίδευση, σε ένα γενικότερο πλαίσιο όπως είναι τα κίνητρα και η αυτοδιαχείριση.

**SCERTS MODEL:** Το SCERTS, είναι ένα πρωτόκολλο βελτίωσης και ανάπτυξης της κοινωνικής επικοινωνίας και της συναισθηματικής έκφρασης. Σχεδιάστηκε από τον Prizant και τους συνεργάτες του και περιλαμβάνει τεχνικές όπως η θετική ενίσχυση. Ο στόχος του πρωτοκόλλου αυτού, κρύβεται στο ακρωνύμιό του:

- SC: Κοινωνική επικοινωνία: Ανάπτυξη και βελτίωση της επικοινωνίας με λειτουργικό τρόπο, έκφραση συναισθήματος και σύναψη σχέσεων.
- ER: Συναισθηματική ρύθμιση: Ανάπτυξη της δεξιότητας διατήρησης ορθής ρυθμισμένης συναισθηματικής κατάστασης έτσι ώστε να μπορεί το άτομο με ΔΑΦ, να διαχειρίζεται το καθημερινό στρες έτσι ώστε να μπορεί να εκτίθεται στην μάθηση και την κοινωνικοποίηση.
- TS: Συναλλακτική Υποστήριξη: Σχεδιασμός και εφαρμογή μέσω υποστήριξης, τα οποία βοηθούν γονείς, φροντιστές, θεραπευτές να μεταβάλλουν και να προσαρμόζουν περιβάλλον και υλικό, με σκοπό την μάθηση.

**ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΔΡΑΜΑ:** Το εκπαιδευτικό δράμα, αποτελεί, μια κοινωνικοεκπαιδευτική προσέγγιση, η οποία μέσω του παιχνιδιού δίνει έμφαση στην παιδοκεντρική τεχνική εκπαίδευσης και προωθεί την ενεργό βιωματική μάθηση, την αυθόρμητη έκφραση συναισθήματος, την δημιουργικότητα και την φαντασία. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται, αποτελούν δομημένες δραστηριότητες. Πολλές είναι οι έρευνες που πιστοποιούν την αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού δράματος σε περιπτώσεις ΔΑΦ. Οι στόχοι του εκπαιδευτικού δράματος, σε αυτό τον πληθυσμό είναι οι εξής:

- Η ανάπτυξη και βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων όπως είναι η ενσυναίσθηση, η έναρξη διαλογικής συζήτησης και άλλων πραγματολογικών ελλειμμάτων που παρατηρούνται στην συγκεκριμένη διαταραχή.
- Η αποδοχή και υιοθέτηση ποικίλων ρόλων σε διαφορετικές καταστάσεις
- Εκμάθηση ορθών αντιδράσεων σε διάφορες καταστάσεις
- Παρακίνηση για ομιλία

Κατά τους Beaumont & Sofronoff (2008), παρατηρήθηκε βελτίωση στην σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων, μείωση της κοινωνικής αποξένωσης και του φόβου.

Επίσης, σε έρευνά τους οι Carradocia & Weiss (2011), ανέδειξαν σύναψη φιλικών σχέσεων, έναρξη λεκτικής και μη επικοινωνίας, αύξηση των επιπέδων συγκέντρωσης και μείωση των στερεοτυπικών και επαναλαμβανόμενων κινήσεων.

**ΚΙΝΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΧΟΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:** Τα οφέλη της κινησιοθεραπείας – χοροθεραπείας σε άτομα με ΔΑΦ, από έρευνες που έχουν διεξαχθεί είναι τα εξής: (Koch et al 2013).

- Βελτίωση αυτοεκτίμησης
- Βελτίωση προσωπικής αυτονομίας
- Βελτίωση προσαρμοστικότητας
- Βελτίωση έκφρασης
- Βελτίωση διαχείρισης σκέψεων
- Ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης
- Ανάπτυξη κοινωνικής αλληλεπίδρασης
- Καλλιέργεια σωματογνωσίας
- Βελτίωση αδρής και λεπτής κινητικότητας
- Βελτίωση συνεργασίας
- Δεξιότητες μίμησης
- Βελτίωση αισθήματος κοινωνικής αποδοχής

**Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ «FLOORTIME»:** Η Floortime, είναι μια προσέγγιση, που βασίζεται στο παιχνίδι, τις εμμονές και τα ενδιαφέροντα των παιδιών με ΔΑΦ και έχει ως στόχο την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και επικοινωνιακών ικανοτήτων.

Ο στόχος της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι να διανύσει το παιδί, τα 6 βασικά ορόσημα ανάπτυξης τα οποία οδηγούν στην συναισθηματική και νοητική ωρίμανση. Κατά τον Greenspan (2021), αυτά είναι:

- Η διπλή δυνατότητα ενός παιδιού να ενδιαφέρεται για θέαμα, ήχους και αισθητηριακά ερεθίσματα και παράλληλα να ηρεμεί μέσα από αυτά.
- Η κοινωνική εμπλοκή
- Η δυνατότητα επικοινωνίας με χειρονομίες
- Η δημιουργία και ο συνδυασμός πράξεων για επίλυση προβλημάτων
- Η σύλληψη και δημιουργία ιδεών

Η συνεδρία διαρκεί 20 με 30 λεπτά και πρόκειται ουσιαστικά για παιχνίδι μεταξύ εκπαιδευτή και εκπαιδευόμενου. Οι δυο συμμετέχοντες κάθονται στο πάτωμα και το παιδί καθοδηγεί την διαδικασία με τον θεραπευτή να ακολουθεί τις οδηγίες που δίνονται από το παιδί. Η προσέγγιση αυτή, προσφέρει δυνατότητα ανάπτυξης φαντασίας, δημιουργικότητας και άμεσης επικοινωνίας.

**ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ:** Η Πρώιμη παρέμβαση, θεωρείται, ένα από τα πιο σύγχρονα μοντέλα παρέμβασης κα εφαρμογής στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι έχει ως στόχο, διαδικασίες που πραγματοποιούνται σε πολύ μικρή ηλικία και έχει ως στόχο την εξάλειψη των παραγόντων εκείνων που οδηγούν στην εκδήλωσή τους (Sonuga-Barke & Halperin, 2010).

Ένας άλλος λόγος που θεωρείται καίριας σημασίας η πρώιμη παρέμβαση είναι ότι σε αυτή την ηλικία εφαρμογής, δεν έχουν εμφανιστεί ακόμη όλα τα πιθανά συμπτώματα της ΔΑΦ, τα οποία, στην πλειοψηφία τους δυσχεραίνουν την θεραπευτική διαδικασία. Πολύ σημαντικό, είναι και το γεγονός ότι στην ηλικία αυτή, δεν έχουν μονιμοποιηθεί τα συμπεριφοριστικά

μοτίβα τόσο των παιδιών αλλά και των γονέων που αποτελούν κρίσιμο κομμάτι της θεραπείας (Maniadaki et al., 2006).

Η πρόιμη παρέμβαση, αφορά σε προγράμματα δραστηριοτήτων εκπαίδευσης του ίδιου του παιδιού αλλά και των γονέων – φροντιστών. Αναφορικά με το παιδί, μπορεί να βοηθήσει στην πιθανότητα ανατροπής των παραγόντων επικινδυνότητας εμφάνισης της διαταραχής ενώ σχετικά με τους γονείς, δίνει την ευκαιρία να αποενοχοποιηθούν, να αντιληφθούν την διαταραχή, να αναπτύξουν καλύτερη σχέση με το παιδί, να συμμετάσχουν με ενεργό τρόπο στην θεραπεία και να αποδεχτούν την κατάσταση. Επίσης, η πρόιμη παρέμβαση μπορεί να αντισταθμίσει χαμένες ή ανεπαρκείς για το παιδί δεξιότητες με άλλες, να επιφέρει θεαματικά αποτελέσματα αναφορικά με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος και να βελτιώσει ήδη υπάρχουσες δεξιότητες (Χρηστάκης, 2011).

Παρακάτω αναφέρονται ενδεικτικά ορισμένα προγράμματα πρόιμης παρέμβασης:

- **New Forest Parenting Programme:** Οι γονείς με το παιδί, πραγματοποιούν δραστηριότητες από κοινού κατ' οίκον, που απαιτούν συγκέντρωση, προσοχή, μνήμη, κοινωνικής αλληλεπίδρασης, παρακίνησης πρωτοβουλίας, δραστηριότητες ενίσχυσης λεκτικής και μη επικοινωνίας. Επιπλέον, οι γονείς εκπαιδεύονται στην αξιοποίηση πλαισίων και αντικειμένων, άμεσα προσβάσιμων, έχοντας ως στόχο την χρήση αυτών για την ενσωμάτωσή τους στην διαδικασία παρέμβασης (Sonuga-Barke, Thompson, Abikoff, Klein & Brotman, 2006). Έρευνες που διεξήχθησαν για το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης, το 2018 από τον Sonuga-Barke και τους συνεργάτες του, ανέδειξαν θετικά αποτελέσματα, με διάρκεια ανά έτη και σημαντική ελάττωση των στερεοτυπικών κινήσεων, της ηχολαλίας και ισχυρότερο συναισθηματικό δέσιμο με τους γονείς.
- **Training Executive, Attention and Motor Skills:** Το 2013, ο Halperin με την ομάδα του, σχεδίασαν το συγκεκριμένο πρόγραμμα πρόιμης παρέμβασης, το οποίο στοχεύει στην βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών (προσοχή, μνήμη, προσανατολισμό, επίλυση προβλημάτων, διαχείριση ανάρμοστης συμπεριφοράς). Ο γονείς, εκπαιδεύονται και αυτοί, έτσι ώστε να εντάξουν στην ρουτίνα του παιδιού, αυτές τις δραστηριότητες.
- **Executive Training of Attention and Metacognition:** Το 2014, ο Tamm και οι συνεργάτες του, σχεδίασαν ένα πρόγραμμα που απευθύνεται σε ηλικίες από 3 έως 7

ετών με δραστηριότητες εκτελεστικού ελέγχου και μεταγνωστικών στρατηγικών. Έχει ως στόχο την εμφάνιση σκεπτόμενων συμπεριφορών και τον αυτοέλεγχο του συναισθήματος. Έρευνα που διεξήχθη 3 χρόνια μετά από τον σχεδιασμό και την εφαρμογή του προγράμματος, ανέδειξε θετικά αποτελέσματα (Tamm et al., 2017).

- **Enhancing the Neurocognitive Growth with the Aid of Games and Exercise:** Το 2015, ο Healey & Halperin, δημιούργησαν ένα πρόγραμμα βασισμένο στην ενίσχυση των γνωστικών λειτουργιών, του αυτοελέγχου σε συναισθηματικό αλλά και συμπεριφορικό επίπεδο.

**ΜΕΘΟΔΟΣ MONTESSORI:** Η μέθοδος Montessori, έχει την βάση της στην γνωστική – αναπτυξιακή κατεύθυνση, βοηθάει στην νοητική ανάπτυξη και περιλαμβάνει τις ακόλουθες κατηγορίες: (M.Montessori, 2010)

- Πρακτικές δραστηριότητες ζωής: Αφορά στην εκπαίδευση του παιδιού για αυτοεξυπηρέτηση και την ορθή κοινωνική συμπεριφορά
- Εκγύμναση: Ανάπτυξη και βελτίωση κινητικών δεξιοτήτων προς επιτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων
- Φροντίδα φυτών και ζώων: Στόχος είναι η παρατήρηση του φυσικού περιβάλλοντος
- Χειρωνακτικά έργα: Αναφέρεται κυρίως στην τέχνη, η οποία προωθεί στην ελεύθερη δημιουργία
- Την αγωγή των αισθήσεων: Στόχος είναι ευαισθητοποίηση και η καλλιέργεια της αίσθησης.
- Γλώσσα – Γραφή – Ανάγνωση: Ανάπτυξη γλωσσικών δεξιοτήτων
- Αριθμητική: Βελτίωση της έννοιας της ποσότητας, των αριθμών και των υπολογιστών
- Μουσική: Ανάπτυξη της συναισθηματικής έκφρασης

Τα γνωστικά οφέλη εφαρμογής της Μοντεσσοριανής μεθόδου στις ΔΑΦ είναι: (Κρουσταλάκης 1993)

- Εξατομικευμένο πρόγραμμα, βασισμένο στις ανάγκες του περιστατικού
- Απουσία περιορισμού κινήσεων
- Δυνατότητα αυτό -ελέγχου δραστηριοτήτων
- Βελτίωση δεξιοτήτων κοινωνικής αλληλεπίδρασης
- Πολυαισθητηριακή παρέμβαση
- Ανεξαρτητοποίηση
- Προώθηση δυνατότητας επιλογής
- Παροχή αίσθησης ασφάλειας

**SPELL:** Το πρωτόκολλο SPELL, αποτελεί, έναν τρόπο αναγνώρισης των ιδιαίτερων αναγκών των ατόμων που πάσχουν από ΔΑΦ. Επικεντρώνεται σε πέντε αρχές που έχουν αναγνωρισθεί ως ζωτικά στοιχεία βέλτιστων πρακτικών και υπογραμμίζει τρόπους για να αλλάξει το περιβάλλον και τις προσεγγίσεις για την κάλυψη των ειδικών αναγκών κάθε ατόμου με ΔΑΦ. Το πλαίσιο SPELL αναγνωρίζει τις ατομικές και μοναδικές ανάγκες κάθε παιδιού και ενήλικου και τονίζει ότι ο προγραμματισμός και η παρέμβαση οργανώνονται σε αυτή τη βάση. Το πλαίσιο SPELL μπορεί να χρησιμοποιηθεί με όλα τα αυτιστικά άτομα, ανεξάρτητα από την ηλικία ή το επίπεδο των αναγκών υποστήριξης. (Stevens, 2020)

Το αρκτικόλεξο για αυτό το πλαίσιο είναι SPELL από τις λέξεις Structure (δομή), Positive (επικοινωνιακό), Empathy (ενσυναίσθηση), Low arousal (ήπιος ερεθισμός), Links (σύνδεσμοι):

- Δομή: Η δομή, κάνει τον κόσμο πιο προβλέψιμο, προσβάσιμο και πιο ασφαλή. Η δομή υποστηρίζει την αυτονομία και ανεξαρτησία μειώνοντας την εξάρτηση από άλλους. Τα περιβάλλοντα και οι διαδικασίες μπορούν να τροποποιηθούν για να διασφαλιστεί ότι κάθε άτομο γνωρίζει τι πρόκειται να συμβεί και τι αναμένεται από αυτά, μειώνοντας έτσι το άγχος.
- Επικοινωνιακό (προσεγγίσεις και προσδοκίες): Είναι σημαντικό ότι ένα πρόγραμμα ευαίσθητης αλλά επίμονης παρέμβασης, είναι σε θέση να δεσμεύσει το μεμονωμένο παιδί ή τον ενήλικο, να μειώσει την παλινδρόμηση, να ανακαλύψει και να αναπτύξει μια δυνατότητα. Από αυτή την άποψη είναι σημαντικό ότι οι προσδοκίες είναι υψηλές αλλά ρεαλιστικές και βασισμένες στην προσεκτική αξιολόγηση. Αυτή, θα μετρήσει τις

δυνάμεις και τις ιδιαίτερες ανάγκες του προσώπου, το επίπεδο λειτουργίας τους και μια αξιολόγηση της υποστήριξης θα χρειαστούν.

Βασική αρχή του προγράμματος είναι η επιδίωξη καθιέρωσης και ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης και της στήριξης φυσικές δυνάμεις, το ενδιαφέρον και τις δυνατότητες των περιστατικών. Είναι ζωτικής σημασίας αυτές οι αξιολογήσεις να γίνονται από μια όσο το δυνατόν ευρύτερη προοπτική και οι υποθέσεις να γίνονται βάσει προσοχής παρά επιφανειακής έρευνας.

- **Ενσυναίσθηση:** Είναι ουσιαστικό να φανεί ο κόσμος από τη σκοπιά του παιδιού ή του ενηλίκου με διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού. Αυτό είναι το κλειδί στην ανάπτυξη της συνεργασίας με τα παιδιά και τους ενηλίκους με αυτισμό. Πρέπει να αρχίσουμε από τη θέση ή την προοπτική του ατόμου και να συλλέξουμε τις ιδέες για το πώς βλέπουν και δοκιμάζουν τον κόσμο τους, γνωρίζοντας τι είναι αυτό που τους παρακινεί ή τους ενδιαφέρει αλλά σημαντικά τι μπορεί επίσης να τους εκφοβίσει, ανησυχήσει ή να τους στενοχωρήσει. Κοιτώντας εσωτερικά και σεβόμενοι της εμπειρίας του προσώπου με τον αυτισμό θα υποστηρίξει οποιαδήποτε επιτυχή προσέγγιση με σκοπό να υποστηρίξει και να αναπτύξει την επικοινωνία και να μειώσει την ανησυχία. Σε αυτό, η ποιότητα της σχέσης μεταξύ του προσώπου και του υποστηρικτή είναι ζωτικής σημασίας. Οι άνθρωποι με μια διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού ίσως να έχουν ιδιαίτερες δυσκολίες στην κατανόηση των σκέψεων και των συμπεριφορών των άλλων.
- **Ήπια διέγερση:** Οι προσεγγίσεις και το περιβάλλον πρέπει να είναι ήρεμες και διαταγμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να μειωθεί η συγκέντρωση ανησυχίας και ενίσχυσης. Πρέπει να υπάρξουν ως όσο το δυνατόν λιγότερες αποσπάσεις της προσοχής.

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στα ενδεχομένως απωθητικά ή που αποσπών την προσοχή ερεθίσματα, παραδείγματος χάριν επίπεδα θορύβου, χρώματα σχεδίου, μυρωδιές, φωτισμός και ακαταστασία. Οι πληροφορίες δίνονται με σαφήνεια στο μέσο καταλληλότερο βαθμό, στο άτομο με την προσοχή που λαμβάνεται για να μην υπερφορτώνεται ή να μην βομβαρδίζεται.

Η ήπια διέγερση δεν πρέπει να συγχέεται με "καμία διέγερση". Είναι φυσικά επιθυμητό ότι τα άτομα πρέπει να εκτίθενται σε ένα ευρύ φάσμα της εμπειρίας αλλά αυτό πρέπει γίνεται με έναν προγραμματισμένο και ευαίσθητο τρόπο. Αναγνωρίζεται ότι ως επί τνπλείστων το άτομο μπορεί να ωφεληθεί εκ των περισσότερων σε μια ρύθμιση όπου το αισθητήριο και άλλη υποκίνηση μπορούν να μειωθούν ή να ελεγχθούν. Επιπλέον, συμπληρωματικές, χαλαρωτικές



και μείωσης διέγερσης θεραπείες, το snoezelen (ένα πολυαισθητηριακό περιβάλλον), η μουσική και το μασάζ μπορούν να είναι χρήσιμες στην προώθηση της ήρεμης και γενικής ευημερίας και στη μείωση της ανησυχίας.

- Σύνδεσμοι: Οι ισχυροί δεσμοί μεταξύ των διάφορων συστατικών της ζωής του προσώπου ή του θεραπευτικού προγράμματος θα προωθήσουν και θα στηρίξουν την ουσιαστική συνέπεια.

Ανοικτές διασυνδέσεις και επικοινωνία μεταξύ των ανθρώπων (π.χ. γονείς και δάσκαλοι) θα παράσχει μια ολιστική προσέγγιση και θα μειώσει τη δυνατότητα της άχρηστης παρανόησης ή σύγχυσης ή η υιοθέτηση των τμηματικών, αποσπασματικών προσεγγίσεων.

Οι άνθρωποι με αυτισμό, οι γονείς ή οι προασπιστές τους θεωρούνται συνεργάτες στη θεραπευτική διαδικασία. Οι συνδέσεις με την επικρατούσα τάση, μέσω του προγράμματος και άλλης εμπειρίας, επιτρέπουν στο άτομο να συμμετέχει με έναν σημαντικό τρόπο στη ζωή της ευρύτερης κοινότητας.

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΙΜΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ:** Η συγκεκριμένη τεχνική, στηρίζεται στις αρχές της ΑΒΑ (Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς). Τομείς που στοχεύει είναι κίνητρα, η αντίδραση σε πολλαπλά ερεθίσματα, η αυτοδιαχείριση και η κοινωνική μύηση· αποσκοπεί σε ευρείες βελτιώσεις σε τομείς που δεν είναι σαφώς στοχευόμενοι. Το παιδί καθορίζει τις δραστηριότητες και τα αντικείμενα που θα χρησιμοποιηθούν σε μία συναλλαγή στα πλαίσια της θεραπείας της κρίσιμης αντίδρασης. Οι σκόπιμες προσπάθειες προς τη συμπεριφορά - στόχο ανταμείβονται με ένα φυσικό ενισχυτή.

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΜΟΙΒΑΙΑΣ ΜΙΜΗΣΗΣ (ΘΑΜ):** Σχεδιάστηκε από τους Ingersol & Lalonde (2010), στοχεύοντας στην εκπαίδευση των δεξιοτήτων του παιχνιδιού. Σκοπός είναι η διδασκαλία αυτόματης και ανεξάρτητης μίμησης (χωρίς αίτημα). Ο θεραπευτής, αντιγράφει κινήσεις και προφορικές εκφορές, στοχεύοντας, το περιστατικό να μπει και αυτό σε διαδικασία αντιγραφής (Roth et al., 2016).

**ΜΕΘΟΔΟΣ MILLER:** Η παρέμβαση αυτή, είναι κατάλληλη για παιδιά που πάσχουν από ΔΑΦ, με ελλείμματα σωματικής οργάνωσης, κοινωνικοποίησης και επικοινωνίας. Η στοχοθεσία του προγράμματος είναι: (Miller & Eller-Miller, 2000)

- Η εκτίμηση των ικανοτήτων αλληλεπίδρασης των παιδιών
- Η ικανότητα προσαρμογής στην αλλαγή
- Η ενίσχυση της σωματογνωσίας
- Η υποστήριξη του παιδιού για την εκμάθηση κοινωνικών, επικοινωνιακών και λειτουργικών δεξιοτήτων.

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί η συγκεκριμένη μέθοδος, είναι η απομόνωση των ελλειμμάτων του παιδιού και η συστηματική εισαγωγή νέων δεξιοτήτων

**ΜΗ- ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΟ ΠΑΙΧΝΙΔΙ:** Το μη κατευθυνόμενο παιχνίδι, έχει ως στόχο την αλληλεπίδραση και την αντίληψη και παραγωγή προφορικού λόγου. Το παιδί, είναι ο καθοδηγητής της συγκεκριμένης διαδικασίας και έχει σκοπό να τροφοδοτήσει το παιδί με στρατηγικές για ανάπτυξη λόγου. Θεμελιώδης αρχή, είναι η ύπαρξη περιβάλλοντος με τέτοιο τρόπο, που το παιδί να δέχεται κίνητρα και ευκαιρίες. (Ε.Καλυβα, 2005)

➤ ΧΑΡΑΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΟΥ ΠΑΙΧΝΙΔΙΟΥ

- Απαιτείται συνδυαστική προσοχή από τον θεραπευτή, για να ακολουθεί το παιδί
- Ο θεραπευτής, αφού ακολουθεί το παιδί, παρέχει μοντέλα τροποποίησης και προέκτασης των πράξεων που μιμείται
- Απαιτείται συνέπεια και προσαρμοστικότητα στις αποκρίσεις του θεραπευτή αναφορικά με τις προσπάθειες επικοινωνιακής πρόθεσης του παιδιού
- Δημιουργία ευκαιριών για επικοινωνία
- Σχολιασμός του θεραπευτή στα ενδιαφέροντα και τις δράσεις του παιδιού

### **6.3.ΕΣΤΙΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ**

Μια άλλη προσέγγιση είναι η παροχή συμβουλών εστιασμένη στην επίλυση πρακτικών προβλημάτων. Η τεχνική επικεντρώνεται σε λύσεις για το άμεσο μέλλον και έχει ως στόχο οι συμβουλές να είναι συνοπτικές, σαφείς και πρακτικές.

### **6.3.1. Η ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

Οι σύμβουλοι μπορούν επίσης να χρησιμοποιούν την ανθρωπιστική προσέγγιση. Η προσέγγιση αυτή ενθαρρύνει τον άτομο να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματά του, τους φόβους τις ανησυχίες, σε ένα πλαίσιο υποστήριξης και εμπιστοσύνης. Το άτομο καλείται να σκεφτεί τα πάνω στον εαυτό και τους άλλους και να συνειδητοποιήσει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του. Οι έφηβοι του ΑΦ συχνά δεν συνειδητοποιούν τα άγχη ή έχουν δυσκολίες στην αναγνώριση των συναισθημάτων τους και εκεί έγκειται η δυσκολία και η έμφαση που πρέπει να δοθεί στην ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων. Μια παρόμοια προσέγγιση μπορεί να περιγραφεί ως «ολιστική» εστιάζει και εξετάζει το άτομο ως σύνολο συναισθημάτων και προσωπικών /κοινωνικών δράσεων.

### **6.3.2. Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ GESTALT ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Η τεχνική Gestalt εστιάζει στην εμπειρία του πελάτη, συμπεριλαμβανομένων των συναισθημάτων, σκέψεων, δράσεων/στάσεων και συμπεριφορών. Η έμφαση δίνεται στην ανάλυση της συμπεριφοράς και στη γλώσσα του σώματος, και στα συναισθήματα που εκφράζονται μέσω αυτού. Με τη χρήση διαφόρων τεχνικών και δράσεων η διαδικασία της Gestalt συμβουλευτικής έχει ως στόχο να αυξήσει την αυτογνωσία του πελάτη. Στην περίπτωση των μαθητών του ΑΦ στόχος είναι μέσα από τις διάφορες τεχνικές τα παιδιά αυτά να μάθουν να εκφράζουν καλύτερα τις σκέψεις, αλλά και αν καλλιεργούν και αν εμβαθύνουν στα συναισθήματα τους και κυρίως να αναπτύξουν δεξιότητες κοινωνικής επικοινωνίας και επαφής με τον άλλον.

### **6.3.3. ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ**

Η εστίαση αυτής της τεχνικής είναι και πάλι το άτομο να ενθαρρύνεται να κοινοποιεί όλα τα συναισθήματα και τις δυσκολίες που βιώνουν στην καθημερινότητα.. Ο στόχος είναι για τον άτομο είναι να ξεπεράσει τα αρνητικά συναισθήματα και να αναπτύξει τις προσωπικές τους δεξιότητες. Ο απώτερος στόχος είναι για να αποκτήσει ο έφηβος με ΔΑΦ, τον 'έλεγχο του εαυτού τους και να αισθανθεί ότι είναι σε θέση να αλλάξει και να χειρίζεται πιο αποφασιστικά τις σχέσεις και την επαφή με τους άλλους, αλλά και τις δυσκολίες που συναντά στην καθημερινότητα. Αυτή η τεχνική εστιάζει περισσότερο στα συναισθήματα από ό, τι η γνωστική συμπεριφορική συμβουλευτική. Ως εκ τούτου, τα άτομα με ΑΔ, που δεν μιλούν τόσο

άνετα και αδυνατούν να περιγράψουν για το πώς αισθάνονται ή το πώς σκέφτονται μπορεί να βρουν αυτή την προσέγγιση λιγότερο χρήσιμη ή δύσκολη –μια προσέγγιση που ταιριάζει σε πολλούς εφήβους με «κλασσικά/τυπικά» προβλήματα εφηβείας. Ο σύμβουλος πρέπει να είναι ενεργητικός και η συμβουλευτική να έχει ένα πιο «διδασκτικό» χαρακτήρα.

#### **6.4. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ, ΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

Η χρήση συμβουλευτικής από ειδικό, στην οικογένεια είναι πολύ σημαντική και δύσκολη διότι καλείται να εξηγήσει μια διαταραχή τα ακριβή αίτια της οποίας δεν είναι γνωστά, αλλά ούτε και η πρόγνωσή της. Είναι πολύ δύσκολο να προδιαγράψει κανείς τη θεραπευτική πορεία και εξέλιξη ενός παιδιού με ΔΑΦ στο ξεκίνημα της θεραπευτικής παρέμβασης.

Η δυσκολία της αντιμετώπισης των σύνθετων αναγκών των οικογενειών με παιδί με ΔΑΦ δεν περιορίζεται μόνο στη φύση της διαταραχής, αλλά σχετίζεται και με άλλες παραμέτρους, όπως και ο αυξανόμενος επιπολασμός της ΔΑΦ.

Ως έκτακτη φροντίδα ορίζεται η βοήθεια που παρέχεται σε γονείς, για μικρά χρονικά διαστήματα, με τη μορφή πλήρους φροντίδας του παιδιού με ΔΑΦ. Τα προγράμματα έκτακτης φροντίδας οργανώνονται για μερικές μέρες κατά τις οποίες το παιδί με ΔΑΦ διαμένει σε ειδικό χώρο υπό την εποπτεία ειδικών, ώστε αφενός το παιδί να ψυχαγωγηθεί και να καταφέρει να αυτονομηθεί από τους γονείς του και αφετέρου οι γονείς να εξοικονομήσουν χρόνο για να καλύψουν δικές τους ανάγκες.

Οι ειδικοί είναι σημαντικό να γνωρίζουν αρκετά καλά τον πάσχοντα, προκειμένου να έχουν την ευχέρεια να ανταποκριθούν στο σύνθετο ρόλο που έχουν. Είναι, επίσης, εξαιρετικά καθοριστικό να σέβονται τις ιδιαιτερότητες της οικογενείας, αλλά και του κοινωνικού τους περιβάλλοντος. Ο ίδιος ως επαγγελματίας είναι σημαντικό να φροντίζει τη δική του εκπαίδευση σε τεχνικές και να είναι ευρηματικός και ευέλικτος, με κυριότερο στόχο να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες απαιτήσεις και ικανότητες που έχει το εν λόγω άτομο. Επίσης, είναι καθοριστικός ο ρόλος του στο να προετοιμάζει κατάλληλα την οικογένεια, το σχολείο, καθώς επίσης και την κοινότητα για την ισότιμη ένταξη του ατόμου (Βασιλική και Καλοκαιρινού–Αναγνωστοπούλου, 2010).

Οι Διαταραχές αυτιστικού φάσματος είναι μια ομπρέλα αναπτυξιακών διαταραχών που προκαλεί σημαντικές ελλείψεις σε συγκεκριμένους τομείς. Ένας από αυτούς αποτελεί και η

συναισθηματική και σωματική αλληλεπίδραση. Η θεραπεία μέσω της αγκαλιάς είναι μια μέθοδος η οποία αναπτύχθηκε από την παιδοψυχίατρο Dr Martha Welch με στόχο το παιδί με αυτισμό να μάθει να συναναστρέφεται και να αλληλοεπιδράμε τους ανθρώπους γύρω του.

Η θεραπεία περιλαμβάνει ένα άτομο, συνήθως τη μητέρα ή τον θεραπευτή όπου κρατά στην αγκαλιά του το παιδί διατηρώντας οπτική επαφή μαζί του και αποτελείται από 3 βασικά στάδια:

➤ Στο πρώτο στάδιο, γνωστό ως και "σύγκρουση", η μητέρα και το παιδί καλούνται να βρίσκονται αρκετά κοντά σωματικά και να διατηρούν βλεμματική επαφή, ακόμη και αν χρειαστεί πίεση.

➤ Στο δεύτερο στάδιο της «απόρριψης» το παιδί έρχεται σε εναντίωση συνήθως άλλη μητέρα είναι απαραίτητο να συνεχίσει να το κρατά αγκαλιά. Ύστερα από ώρα και αφού το παιδί κουραστεί να αντιδρά θα σταματήσει να εναντιώνεται.

➤ Στο τρίτο και τελικό στάδιο της διαδικασίας (επίλυση), το παιδί αποδέχεται την αγκαλιά και αναγνωρίζει τη δημιουργία ενός δυνατού δεσμού μεταξύ τους.

Στόχος είναι το παιδί να μην απομακρύνεται από τη μητέρα ή το θεραπευτή και να νιώθει ικανοποίηση και ανακούφιση από την αγκαλιά δημιουργώντας έτσι μια νέα δυνατή συναισθηματική σχέση ανάμεσά τους.

Η συμβουλευτική που παρέχεται εξαρτάται και από τη θεωρητική κατάρτιση και τη γενική στάση του συμβούλου της οικογένειας. Μπορούμε να διακρίνουμε δύο βασικές κατευθύνσεις στη συμβουλευτική παρέμβαση. Η πρώτη χαρακτηρίζεται ως συμβουλευτική αντικατοπτρισμού και έχει ως στόχο την ανάλυση των συναισθημάτων του παιδιού και των γονέων. Η αναγνώριση και η αποδοχή των ποικίλων συναισθημάτων που προκαλούνται από την αλληλεπίδραση γονέων και παιδιού με ιδιαίτερες ανάγκες, θα βοηθήσει τους γονείς να αντιμετωπίσουν καλύτερα τα προβλήματα του παιδιού, αλλά και τα προσωπικά τους προβλήματα. Η δεύτερη και επικρατέστερη πλέον προσέγγιση βασίζεται στο συμπεριφοριστικό μοντέλο συμβουλευτικής και στοχεύει στη παροχή ενεργού αρωγής προς την οικογένεια, με τη μορφή της εκπαίδευσης των γονέων, ώστε οι γονείς, όπως και οι ειδικοί, να μπορούν να εκπαιδεύσουν, αλλά και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού με ιδιαίτερες ανάγκες (Bennett, Butler, Hunsaker, Cook, & Leland, 2012).

Οι γονείς θα πρέπει να έχουν συχνές και προγραμματισμένες επαφές με τους ειδικούς και όλους όσους ασχολούνται με το παιδί τους. Από τους ειδικούς θα μάθουν να αντιμετωπίζουν

τα παιδιά τους και να βάζουν στόχους ανάλογα με τις ιδιορρυθμίες και τις ικανότητές τους. Συνεργαζόμενοι με αυτούς θα μπορούν να συνεχίσουν τη θετική επίδραση στο σπίτι, εφαρμόζοντας τις ίδιες μεθόδους αγωγής με αυτές των ειδικών (Σταμάτη, 1987).

Όταν εφαρμόζετε ένα πρόγραμμα βοήθειας και εκπαίδευσης του παιδιού, με την πάροδο του χρόνου βελτιώνεται σημαντικά η συμπεριφορά του παιδιού. Πολλές φορές όμως, αν διακοπεί το πρόγραμμα, οι βελτιώσεις χάνονται. Επομένως είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουν οι γονείς το πρόγραμμα βοήθειας και εκπαίδευσης που προσφέρεται στο παιδί για να μπορέσουν να το συνεχίσουν στο σπίτι.

Οι παιδαγωγοί και οι άλλοι ειδικοί, που ασχολούνται με παιδιά στο φάσμα του αυτισμού, θα πρέπει να αντιμετωπίζουν με κατανόηση τους γονείς γιατί είναι οι μόνοι που ζουν από κοντά και καθημερινά το παιδί και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει και οι οποίοι πολλές φορές βρίσκονται σε συνεχή αγωνία και ένταση. Για να είναι συντονισμένη και σωστή η επίδραση προς το παιδί, θα πρέπει να υπάρχει αλληλοκατανόηση, εμπιστοσύνη και πλήρης συνεργασία μεταξύ των γονέων και των ειδικών 90 παιδαγωγών που εκπαιδεύουν το παιδί. Το αντίθετο είναι άσκοπη και επιβλαβής σπατάλη δυνάμεων που μάλλον αρνητικά ή και καθόλου αποτελέσματα θα έχει απέναντι στο παιδί (Σταμάτη, 1987).

Επιπλέον, είναι σημαντικό για τον σύμβουλο της οικογένειας να γνωρίζει τα βασικά χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΑΦ, ώστε να βοηθήσει τους γονείς να εξομαλύνουν τα προβλήματα συμπεριφοράς τους και τις δυσκολίες τους στη κοινωνική συμπεριφορά, να κατανοούν καλύτερα τις ανάγκες τους, αλλά και να γεφυρώσουν, χρησιμοποιώντας ειδικούς χειρισμούς, το χάσμα στην επικοινωνία που συνεπάγεται η από πλευράς τους έλλειψη ικανοποιητικών δεξιοτήτων λόγου και επικοινωνίας (Helps, 2016).

Πολύ συχνά, οι γονείς των παιδιών με ΔΑΦ μπορεί να χρειαστούν και γενετική συμβουλευτική για τον οικογενειακό τους προγραμματισμό. Στόχος της γενετικής συμβουλευτικής είναι ενημέρωση της οικογένειας για το αν και σε ποιον βαθμό ενοχοποιούνται γενετικοί παράγοντες για την πάθηση του παιδιού τους και ποιες είναι οι πιθανότητες γέννησης και δεύτερου παιδιού στην οικογένεια με την ίδια ή κάποια άλλη διαταραχή.

Απαραίτητα χαρακτηριστικά για έναν σύμβουλο γονέων με παιδί με αυτισμό είναι:

- Πολύ καλή επικοινωνία με τον γονιό
- Πολύ καλή ενημέρωση σε θέματα που αφορούν την ΔΑΦ

- Ενσυναίσθηση για την κατάσταση και τα συναισθήματα των γονιών
- Σεβασμός για τις απόψεις των γονέων
- Ενσυναίσθηση ευθύνης για την συμβολή του στη στήριξη της οικογένειας
- Σωστή συνεργασία και ικανότητα να συντονίζει τις προσπάθειες του στο πλαίσιο διεπιστημονικής ομάδας, τα μέλη της οποίας συναποφασίζουν τα πρόγραμμα της θεραπευτικής παρέμβασης
- Ενθουσιασμός, υπομονή και με υψηλό κίνητρο για επαγγελματική εξέλιξη

## 6.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Ένα άτομο με αυτισμό δεν μπορεί να αντιπροσωπεύσει μόνο του τον εαυτό του. Υπεύθυνοι για τη φροντίδα, την προστασία και τη διασφάλιση της ζωής του, νομικά και ηθικά, είναι οι γονείς του. Από το ενδιαφέρον και τον αγώνα που κάνουν οι γονείς εξαρτάται η ζωή των παιδιών. Ένας από τους κύριους ρόλους που αναλαμβάνουν οι γονείς, είναι ο ρόλος του υποστηρικτή. Μόλις ανακαλύψουν ότι έχουν ένα παιδί με διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού μπορούν να αφιερώσουν όλο τους το χρόνο σε αυτό συνδυάζοντας το με άλλες δεσμεύσεις και υποχρεώσεις. Οι γονείς είναι σημαντικό να ακολουθούν κάποιες κατευθυντήριες γραμμές, ώστε να υπάρχει μία εξισορρόπηση, όπως: Οι γονείς πρέπει να εκπαιδεύσουν τον εαυτό τους σχετικά με τον αυτισμό και τους ειδικούς εκπαιδευτικούς νόμους. Αυτό είναι το πρώτο και το πιο σημαντικό μέρος για να ξεκινήσουν. Ανάλογα με τις προτιμήσεις του γονέα, η αναζήτηση μπορεί να αρχίσει από την τοπική βιβλιοθήκη, το βιβλιοπωλείο ή το διαδίκτυο. Ξεκινούν την αναζήτηση με τα βιβλία, που καλύπτουν τα βασικά ζητήματα για την κατανόηση του φάσματος του αυτισμού, καθώς και πληροφορίες σχετικά με τα οικονομικά.

Οι γονείς πρέπει να ζητήσουν βοήθεια από έναν επαγγελματία σύμβουλο-κάποιον με τον οποίο να αισθάνονται άνετα. Αυτοί μπορούν να τους παρέχουν πληροφορίες που θα τους καθοδηγήσουν πιο εύκολα. Πρέπει πρώτα να δουν αν καταλαβαίνουν την έννοια του αυτισμού και τις ποικίλες ανάγκες αυτής της ομάδας παιδιών. Αυτό το άτομο θα μπορούσε να συμμετέχει στην έγκαιρη παρέμβαση, στο σχολικό πρόγραμμα ή να συνδέεται με ένα κέντρο αξιολόγησης.

Είναι σημαντικό να κάνουν ερωτήσεις και να μην φοβούνται να διακόψουν μία συνεδρίαση για να ζητήσουν διευκρινίσεις. Οι γονείς έχουν την ανάγκη και το δικαίωμα να κατανοήσουν όλες τις πτυχές των αναγκών του παιδιού τους, εάν θέλουν να είναι αποτελεσματικοί υποστηρικτές.

Είναι πολύ σημαντικό, επίσης, να βρουν μία ομάδα γονέων υποστήριξης για συναισθηματική υποστήριξη και ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τον αυτισμό και τις υπηρεσίες του. Πρέπει να είναι προσεκτικοί, γιατί τα παιδιά δε χρειάζονται την ίδια ακριβώς στρατηγική ή τα ίδια προγράμματα παρέμβασης.

Οι γονείς θα πρέπει να φροντίσουν τον εαυτό τους και την οικογένειά τους. Οι μεγαλύτερες ανάγκες ενός παιδιού είναι μία συναισθηματικά και σωματικά υγιή οικογένεια. Άλλα μέλη της οικογένειας θα μπορούσαν να φαίνονται, φοβισμένα, ακόμα και λίγο χαμένα, διότι η γονική ενέργεια πρέπει να επικεντρώνεται πάρα πολύ στο παιδί με αυτισμό. Ένα μέρος αυτής της γονικής ενέργειας ξοδεύεται στη διαδικασία του θρήνου.

Οι γονείς χρειάζεται να οργανώσουν τη ζωή του παιδιού τους. Αυτοί που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού είναι πιο χαλαροί, πιο συγκροτημένοι, πιο ευτυχισμένοι αφού η ζωή τους έχει σκοπό - αφού γνωρίζουν τι πρόκειται να συμβεί στη συνέχεια, αφού κάθε μέρα έχουν μια αρκετά αξιόπιστη δομή. Οι γονείς μπορούν να εργαστούν με το δάσκαλο του παιδιού τους για να αναπτύξουν τρόπους με τους οποίους θα παρέχουν τη δομή που αυτά τα παιδιά χρειάζονται, τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο.

Είναι αναγκαίο να θέσουν προτεραιότητες και να ψάξουν για βοήθεια. Η πιο πρώιμη παιδική ηλικία και τα δημόσια εκπαιδευτικά προγράμματα απαιτούν μία ομαδική προσέγγιση για τη λήψη αποφάσεων και την επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει κάθε παιδί. Μία από τις σημαντικότερες προτεραιότητες τους είναι να αναπτύξουν μία σχέση εμπιστοσύνης με αυτή την ομάδα. Όταν οι γονείς εμπιστεύονται την ομάδα, μπορούν σε σύντομο χρονικό διάστημα να εστιάσουν σε άλλες σοβαρές οικογενειακές προτεραιότητες. Πρέπει να θυμούνται ότι κάθε οικογένεια πρέπει να θέσει προτεραιότητες και να δώσει διαφορετική ποσότητα ενέργειας στα πιο κρίσιμα ζητήματα σε κάθε δεδομένη στιγμή.

Ο γονέας πρέπει να σταθμίσει πολλούς ρόλους: γονέας, βοηθός, διερμηνέας, και υπεύθυνος πληροφοριών. Οι γονείς πρέπει να φυλάσσουν αρχεία των αξιολογήσεων, ανέκδοτες πληροφορίες σχετικά με τα αναπτυξιακά ορόσημα, τα προβλήματα και τα σχέδια θεραπείας. Οι πληροφορίες αυτές πρέπει να είναι σαφείς, με ημερομηνία, και πάνω απ' όλα, να



διατηρούνται με κάποια σειρά. Αυτές οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν πολλές φορές με τα χρόνια. Ίσως, η πιο σημαντική στιγμή για να έχουν αυτά τα αρχεία είναι σε μεταβατικές περιόδους, κατά τη μετακίνηση σε ένα νέο σχολείο ή σχολικό σύστημα, αλλά κυρίως κατά τη μετακίνηση από εκπαιδευτικές σε ενήλικες υπηρεσίες.

Κάθε οικογένεια κάνει το καλύτερο για το παιδί της. Το άγχος κατά πάσα πιθανότητα θα είναι σταθερό, και μερικές φορές, οι γονείς θα κάνουν λάθη. Θα πρέπει να θυμούνται, όμως, ότι είναι κάτι ανθρώπινο και οι άνθρωποι δεν είναι τέλειοι. Τα λάθη, είναι απίθανο να κάνουν μόνιμη ζημιά σε ένα παιδί. Οι γονείς πρέπει να πάρουν μία βαθιά ανάσα και να προχωρήσουν, μαθαίνοντας από τα λάθη τους, αλλά διατηρώντας την αισιοδοξία τους. Κάποια στιγμή στο μέλλον, οι περισσότεροι γονείς βρίσκουν χιούμορ σε ορισμένες από αυτές τις καταστάσεις (Janzen J.E., 2003).

Ως γονείς, και ως εκ τούτου, οι πιο σημαντικοί στη ζωή του παιδιού, αποτελούν ένα γονικό αντίκτυπο, που μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στο παιδί και συνέπειες στο περιβάλλον. Η γνώση των συστημάτων του πολιτισμού και η αξία μίας οικογένειας είναι αναγκαία για να διασφαλιστεί η καταλληλότητα των καθηκόντων που προσφέρονται για το παιδί και των συζητήσεων που μπορεί να συμβούν με όλα τα παιδιά που παρακολουθούν το πρόγραμμα. Ως παραδείγματα, οι διαφορές μπορεί να παρατηρηθούν στις γιορτές που γιορτάζονται από την οικογένεια, τις γλώσσες που ομιλούνται στο σπίτι, τις στάσεις και τις αντιδράσεις στη συμπεριφορά, το ντύσιμο, τα τρόφιμα και τα γεύματα.

### **6.5.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΔΕΡΦΩΝ**

Πολλές φορές, όχι μόνο οι γονείς, αλλά ακόμη και οι ειδικοί που αναλαμβάνουν τη θεραπεία του παιδιού με ΔΑΦ επικεντρώνονται στις ανάγκες του, με αποτέλεσμα να αγνοούν τις ανάγκες των υπόλοιπων παιδιών της οικογένειας. Το εύλογο ερώτημα που τίθενται είναι «τελικά ποια επίδραση ασκεί στα αδέλφια του παιδιού με ΔΑΦ η παρουσία του στην οικογένεια;». Όπως και στους γονείς, έτσι και στα αδέλφια, μπορεί να υπάρξουν και θετικές και δυσμενείς επιπτώσεις.

Όπως ακριβώς ισχύει και για τους γονείς των παιδιών με ΔΑΦ, έχουν καταγραφεί και θετικές και αρνητικές επιπτώσεις από τη συνύπαρξη με τα παιδιά αυτά, και επίσης φαίνεται ότι τα

αδέλφια των παιδιών με ΔΑΦ, όπως και οι γονείς, εμφανίζουν περισσότερες δυσκολίες προσαρμογής και ψυχολογικές δυσλειτουργίες απ' ό,τι τα αδέλφια παιδιών με άλλες αναπηρίες (Olson, 2011). Συγκεκριμένα, εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς και δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής, ανησυχίες για τα προβλήματα συμπεριφοράς του/ της αδελφού/ ής τους με ΔΑΦ. Επιπλέον, τα αδέλφια δηλώνουν ότι επιβαρύνονται από μια αίσθηση ευθύνης απέναντι στα αδέλφια τους με ΔΑΦ, ότι νιώθουν φόβο για τις ακραίες μορφές αποκλίνουσας συμπεριφοράς που αυτά εκδηλώνουν και ότι η παρουσία τους επιδρά αρνητικά στις φιλικές σχέσεις με τους ομηλικούς τους.

Σε μία οικογένεια, όταν το πρώτο παιδί είναι φυσιολογικό και το δεύτερο με αυτισμό, ο ερχομός του δεύτερου ενέχει συνήθως προβλήματα για το πρώτο. Με τον καιρό, νιώθει πως ευθύνεται το ίδιο για την κατάσταση του αδερφού του και βγάζει επιθετικότητα εναντίον του. Τα πράγματα γίνονται σοβαρότερα, όταν οι γονείς δε μιλάνε στο παιδί για την πραγματικότητα της κατάστασης και κρύβονται πίσω από τον πόνο τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα αδέλφια να αισθάνονται αγανακτισμένα και παραμελημένα από την πλήρη προσοχή του γονέα στο παιδί με αυτισμό, πράγμα που μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις. Είναι πολύ σημαντικό, μία οικογένεια να μοιράζεται τα προβλήματα της και γι' αυτό το λόγο οι γονείς πρέπει να ενημερώνουν το παιδί για το πρόβλημα που υπάρχει στην οικογένεια και να μην κρύβουν την αλήθεια. Πρέπει να συζητάνε ήρεμα και ψύχραιμα με τα παιδιά τους, με σκοπό να αποδεχτούν τον/την αδερφό/αδερφή τους και να τον/την αντιμετωπίζουν φυσιολογικά. Πρέπει να τους υπενθυμίζεται ότι έχουν και τη δική τους ζωή, αλλά να μην είναι καταπιεστικοί με τα αδέλφια τους και να δέχονται τις ιδιοτροπίες τους. Και το πιο σημαντικό είναι να γίνονται παραδείγματα μίμησης για τα αδέλφια τους με αυτισμό (Γκονέλα, 2008).

Συγκαλύπτοντας την αλήθεια, το παιδί μπορεί να γίνει καλύτερο απέναντι στο δεύτερο. Μπορεί, όμως, να δράσει αρνητικά απέναντι στους γονείς του. Τις περισσότερες φορές τα αδέλφια των παιδιών με αυτισμό είναι έξυπνα και καλοί μαθητές στο σχολείο. Όταν όμως οι γονείς προάγουν στο παιδί αρνητικά συναισθήματα, το παιδί γεμίζει από αρνητισμό, γεγονός που μπορεί να το οδηγήσει σε κατάθλιψη. Αυτός είναι ένας λόγος, που το παιδί δεν πρέπει να παραμεληθεί από τους γονείς του. Παρόλο που κάποιες φορές, μπορούν να κατανοήσουν την ανάγκη του γονέα να ασχοληθεί με το παιδί με αυτισμό, συνήθως το πρώτο παιδί ζει με το παράπονο και τη ζήλια και ίσως στο μέλλον παρουσιάσει σωματικά ή μαθησιακά προβλήματα. Κι όλα αυτά, είναι πιθανό να γίνονται για την προσοχή των γονέων προς αυτό και όχι προς το παιδί με αυτισμό (Γκονέλα, 2008)

Όταν, όμως, το πρώτο παιδί γεννιέται με αυτισμό και το δεύτερο φυσιολογικό, το δεύτερο παιδί μιμείται το πρώτο, πράγμα το οποίο είναι πολύ επικίνδυνο. Τα δευτερότοκα παιδιά δεν αποκτούν δυαδική σχέση με τη μητέρα, όπως τα πρωτότοκα, κι έτσι το δεύτερο παιδί έχει ως πρότυπο το αδερφάκι του. Συνεπώς, ο ρόλος του δεύτερου αδερφού στην οικογένεια θα είναι πολύ σημαντικός αλλά δεν πρέπει να αποκτήσει το ρόλο του συνθεραπευτή. Πρέπει να σταθεί δίπλα στο αδερφάκι του ως αδερφός, και μέσω καλών σχέσεων και στήριξης του, να τον βοηθήσει δίνοντας του χαρά και ευχαρίστηση (Γκονέλα Ε., 2008).

Εάν οι γονείς λειτουργούν με συγκεκριμένες στρατηγικές, η θετική ενίσχυση για το παιδί με αυτισμό ανταμείβει συνεχώς το παιδί λεκτικά ή μη λεκτικά. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει τα αδέρφια να αισθάνονται ότι δεν μπορούν να λάβουν τέτοιες συχνές και τακτικές θετικές απαντήσεις και έτσι θα μπορούσαν να θεωρούν, ότι τα επιτεύγματά τους είναι λιγότερο σημαντικά. Παρά την αγάπη τους για όλα τα παιδιά τους, οι γονείς μπορεί να αγνοούν αυτά τα συναισθήματα στα υπόλοιπα παιδιά τους και ως εκ τούτου δεν μπορούν να είναι σε θέση να ανταποκριθούν κατάλληλα στην αποκατάσταση της ανισορροπίας αυτής (Wall, 2010).

Από την άλλη μεριά, όπως και οι γονείς, έτσι και τα αδέρφια των παιδιών με ΔΑΦ έχουν ανάγκη να μάθουν, να κατανοήσουν και να αποδεχτούν τις δυσκολίες, τα προβλήματα, την ιδιοσυγκρασιακή συμπεριφορά που συνδέονται με τη διάγνωση της ΔΑΦ. Η απόκρυψη της αλήθειας και τα αναπάντητα ερωτήματα, ειδικά στα αδέρφια νεότερης ηλικίας, ενδέχεται να τα οδηγήσουν σε ερμηνείες που μπορεί να προκαλέσουν ενοχές και θυμό. Τα παιδιά που δεν κατανοούν ότι η στάση αυτή οφείλεται στη διαταραχή του αδελφού/ής με ΔΑΦ, είναι πιθανό να πιστέψουν ότι ευθύνονται τα ίδια, ότι δεν προσπαθούν αρκετά και ότι η δική τους συμπεριφορά αποξενώνει τον αδελφό ή την αδελφή τους.

Τα αδέρφια, όπως και οι γονείς, επιθυμούν να βοηθήσουν το παιδί με ΔΑΦ, όπως προαναφέραμε, και αισθάνονται ικανοποίηση μαθαίνοντας τρόπους με τους οποίους μπορούν να το προσεγγίσουν καλύτερα και να το βοηθήσουν στην επικοινωνία και την κοινωνικοποίηση. Συχνά όμως, τα αδέρφια βιώνουν έντονο άγχος και πίεση λόγω της φροντίδας που καλούνται να παρέχουν στον αδελφό με ΔΑΦ από πολύ νεαρή ηλικία, καθώς και λόγω του ότι καλούνται να ωριμάσουν πρόωρα. Οι γονείς λοιπόν, θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί, ώστε να μην μεταθέτουν δικές τους ευθύνες στα αδέρφια, αλλά να ικανοποιούν τις ανάγκες και των άλλων τους παιδιών, αναγνωρίζοντας ότι έχουν και αυτά δικαίωμα στη φροντίδα και στον χρόνο των γονέων.

Επιπλέον, η αδελφική σχέση είναι πάρα πολύ σημαντική, όχι μόνο για τους ενδοοικογενειακούς δεσμούς, αλλά και γιατί αποτελεί την πρώτη σημαντική σχέση του ανθρώπου με τους ομηλικούς του. Συνεπώς, είναι ατυχές το ότι μέχρι σήμερα δεν έχουμε αρκετές έρευνες να μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε τις ανάγκες που έχουν τα τυπικής ανάπτυξης αδέλφια στις οικογένειες με παιδιά με ΔΑΦ, αλλά και τρόπους με τους οποίους να μπορούμε να τα βοηθήσουμε να υπερβούν τις όποιες δυσκολίες τους και να αξιοποιήσουν το πλούσιο δυναμικό τους εντός και εκτός του οικογενειακού πλαισίου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Agran, M., King-Sears, M. E., Wehmeyer, M. L., & Copeland, S. R. (2003). *Teachers; guides to inclusion: Student- directed learning*. Baltimore: Paulh Brookes Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* Washington: American Psychiatric Association.
- Ashley, S. (2006). *275 απαντήσεις για το σύνδρομο Άσπεργκερ*. Αθήνα: Πατάκης.
- Association, A. P. (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from Dsm-5*. Ανάκτηση από What are the DSM-5 diagnostic criteria for autism?: <https://www.autismspeaks.org/autism-diagnosis-criteria-dsm-5>
- Attwood, T. (2005). *Παιδιά με ιδιαιτερότητες στη γλωσσική ανάπτυξη και την κοινωνική αλληλεπίδραση*. Αθήνα: Σαββάλας.
- Aunos, M., & Feldman, A. (2002). *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. Στο M. F. Aunos, *Attitudes towards sexuality, sterilization and parenting rights of persons with intellectual disabilities*. (σσ. 15,285-296.). United Kingdom: Wiley.
- Autism-Asperger Hellas (2021). *Τι είναι αυτισμός*. Ανάκτηση από <https://autismhellas.gr/autism-aspergers>.
- Bauminger, N., & Kasari, C. (2000, March/April). Loneliness and friendship in high – functioning children with autism. *Child development*, σσ. 447-456.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development Manual, 2nd edition*. San Antonio: Psychological Corporation,.
- Beaumont, R., & Sofronoff, K. (2008). *A multi-component social skills intervention for children with Asperger syndrome: The Junior Detective Training Program*.
- Beyer, J., & Gammeltoft, L. (2000). *Autism and play*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Bjorkly, S. (2009). Aggression and Violent Behavior. Στο S. Bjorkly, *Risk and dynamics of violence in Asperger's syndrome: A systematic review of the literature*. (σσ. 14, 306-312.).
- Black, D., & Grant, J. (2013). *The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Autism Spectrum Disorder*. Στο D. Black, & J. Grant, *DSM-5TM Guidebook*. American Psychiatric Publishing.
- Bondy, A., & Frost, L. (2021). *Τι είναι το PECS;*. Ανάκτηση από Pyramid Educational Consultants: <https://pecs-greece.com/%CF%83%CF%85%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1-%CE%B5%CF%80%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%B1%CF%82-%CE%BC%CE%B5%CF%83%CF%89-%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%B1%CE%BB%CE%BB%CE%B1%CE%B3%CE%B7/>
- Cappadokia, C., & Weiss, J. (2011). Review of Social Skills Training Groups for Youth with Asperger Syndrome and High Functioning Autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, σσ. 70-78.

- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied Behavior Analysis*. New Jersey: Pearson Merrill Prentice Hall.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied Behavior Analysis, 2nd Edition*. New Jersey: Pearson Merrill Prentice Hall.
- Dynavox, T. (2021). *Podd with compass*. Ανάκτηση από Augmentative Communication Consultants, Inc. (ACCI): <https://www.acciinc.com/podd-with-compass/>
- Elsahar, Y., Hu, S., Bouazza-Marouf, K., Kerr, D., & Mansor, A. (2019). Augmentative and alternative communication (AAC) advances : A review of configurations for individuals with a speech disability. *Sensors* , σσ. 19(8), 1911.
- Farmer, C., & Aman, M. (2011). Research in Autism Spectrum Disorders. Στο C. Farmer, & M. Aman, *Aggressive behavior in a sample of children with autism spectrum disorders*. (σσ. 5, 317-323.).
- Feldman, R. (2011). *Εξελικτική ψυχολογία. Δια βίου ανάπτυξη*. Αθήνα: Gutenberg.
- Feldman, R. S. (2011). *Εξελικτική Ψυχολογία* . Αθήνα: Gutenberg.
- Frith, U. (1991). *Autistic psychopathy in childhood*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Frith, U. (1994). *Αυτισμός. Εξηγώντας το αίνιγμα*. Αθήνα :Ελληνικά Γράμματα.
- Frost, L., & Bondy, A. (2020). *Το Σύστημα Επικοινωνίας Μέσω Ανταλλαγής Εικόνων*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Gal, E. (2014). *Research in Autism Spectrum Disorders*. California : California State University.
- Gena, A., Papadopoulou , E., Loukrezi, S., & Galanis, P. (2007). *The play of children with autism: Theory, assessment, and research on treatment*. New York: Nova Science.
- Geretsegger, M., Carpentre, J., Holck, U., Elefant, C., Kim, J., & Gold, C. (2015). Developing treatment guidelines. *Journal of Music Therapy*, σσ. 52(2),58-281.
- Geretsegger, M., Holck, U., Carpentre, J., Elefant, C., Kim, J., & Gold, C. (2015). Στο J. ο. Developing treatment guidelines, *C.2015.Common characteristics of improvisational approaches in music therapy for children with autism spectrum disorder* (σσ. 52, 258-281).
- Gibbs, V., Aldridge, F., Chandler, F., Witzlsperger, E., & Smith, K. (2019). Brief Report: An Exploratory Study Comparing Diagnostic Outcomes for Autism Spectrum Disorders Under DSM-IV-TR with the Proposed DSM-5 Revision. *Comparing Rates of Diagnosis Using DSM-IV-TR Versus DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder*, σσ. 1750–1756.
- Gilchrist, A., Cox, A., Rutter, M., Green, J., Burton, D., & Le Couteur, A. (2001). Development and current functioning in adolescents with Asperger syndrome: a comparative study. Στο *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines* (σσ. 42, 227-240.).
- Gray, C., & White, L. A. (2003). *Κοινωνική Προσαρμογή*. Αθήνα: Σαββάλας.
- Greenspan, S. (2021). *The Greenspan Floortime Approach*. Ανάκτηση από The Greenspan Floortime Approach Certification Program: <https://www.stanleygreenspan.com/>

- Halperin, M. J., Marks, J. D., Bedard, C. A., Chacko, A., Curchack, T. J., Yoon, A. C., & Healey, D. (2013). Training executive, attention, and motor skills: A proof-of-concept study in preschool children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, σσ. 17(8):711-21.
- Happe, F. (2003). *Αυτισμός :Σύγχρονη Ψυχολογική Θεώρηση*. Αθήνα:Gutenberg.
- Healey, D., & Halperin, M. J. (2015). Child Neuropsychology. *Enhancing Neurobehavioral Gains with the Aid of Games and Exercise (ENGAGE): Initial open trial of a novel early intervention fostering the development of preschoolers' self-regulation*, σσ. 21(4):465-80.
- Heward, W. L. (2011). *ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ Μια εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση*. Τόπος.
- Holmes, D., Isler, V., Bott, C., & Markowitz, C. (2005). Autism Spectrum Quarterly, Winter. Στο D. Holmes, V. Isler, C. Bott, & C. Markowitz, *Sexuality and individuals with autism and developmental disabilities-part 1*. (σσ. 30-33).
- Hopkins, Z., Yuill, N., & Keller, B. (2016). Children with autism align syntax in natural conversation. *Applied Psycholinguistics*, σσ. 37, 347-370.
- Hughes, C. A., Korinek, L., & Gorman, J. (1991). Self-management for students with mental retardation in public school settings. *Education and Training on Mental Retardation*, (σσ. 271-291).
- Iseri, E., Guney, E., Guvenc, O. R., Guvenc, A., Ceylan, F. M., Cirak, E., & Sener, S. (2014). Music Therapy and Hormonal Responses in Autism. Στο *Gazi Medical Journal* (σ. 25(2)). Gazi University.
- Koch, S., Kunz, T., Lykou, S., & Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, σσ. 41(1), 46–64.
- Lees, J., & Urwin, S. (2005). *Children with Language disorders*. London,: Whurr.
- Lei, J., & Ventola, P. (2017). *Pivotal response treatment for autism spectrum disorder: current perspectives, Neuropsychiatric disease and treatment*.
- Lippincott, W., & Wilkins,. (2003). A Transactional, Family-Centered Approach to Enhancing Communication and Socioemotional Abilities of Children with Autism Spectrum Disorder, Infants and Young Children,. Στο B. Prizant, A. Wetherby, E. Rubin, & A. Laurent, *The SCERTS Model*. (σσ. 296–316,).
- Littner, M., Littner, L., & Shah, M. (2001). SIECUS Report. Στο *Sexuality issues for the disabled: Development of a unified school policy*. (σσ. 28-29).
- Lord, C., Risi, S., & Lambrecht, L. (2000). Journal of Autism and Developmental Disorders. Στο *The Autism Diagnostic Observation Schedule Generic a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism*. (σσ. 30(3):205-23.).
- Lowe, M., & Costello, A. J. (1988). *Symbolic Play test*. United Kingdom: GL Assessment.
- Maddox, B., Brodtkin, E., Calkins, M., Shea, K., Mullan, K., Hostager, J., . . . Miller, J. (2017). Journal of Autism and Developmental Disorders. Στο B. Maddox, E. Brodtkin, M. Calkins, K. Shea, K. Mullan, J. Hostager, . . . J. Miller, *The Accuracy of the ADOS-2 in Identifying Autism among Adults with Complex Psychiatric Conditions* (σσ. 2703-2709).
- Makaton Hellas. (2021). *Πρόγραμμα Ανάπτυξης επικοινωνίας & Λόγου*.

- Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., Kakouros, E., & Karaba, R. (2006). Child:Care, Health and Development. Στο *Parental beliefs about the nature of AD/HD behaviours and their relationship to referral intentions in preschool children*. (σσ. 33(2):188-95).
- Matlock, S., & Aman, M. (2011). American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities,. Στο S. Matlock, & M. Aman, *Development of the Adult Scale of Hostility and Aggression: Reactive-Proactive (A-SHARP)*. (σσ. 116,130-141.).
- McDonnell, J. (1998). Instruction for Students with Severe Disabilities in General Education Settings. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, σσ. 199-215.
- Miller, A., & Eller-Miller, E. (2000). Clinical Practices Guidelines: Revising the standards of practice for infants, toddlers and children with developmental challenges. *The Miller Method,: A Cognitive-Developmental Systems Approach for Children with Body Organization, Social and Communication Issues.*, σσ. 489-516.
- Montessori, M. (2010). *Η ανακάλυψη του παιδιού*. Αθήνα:Γιαννού.
- Mourière, A., & Hewett, D. (2021). Autism, Intensive Interaction and the development of non-verbal communication in a teenager diagnosed with PDD-NOS: a case study. *Support For Learning*, σσ. 400-420.
- National Center on Health, Physical Activity and Disability (NCHPAD) (2021). *Horseback Riding*. Ανάκτηση από Building Healthy Inclusive Communities through the National Center on Health, Physical Activity and Disability (NCHPAD): <https://www.nchpad.org/21/233/Horseback~Riding>
- Nind, M., & Hewett, D. (2010). *Ένας πρακτικός οδηγός για άτομα με επικοινωνιακές διαταραχές*. Αθήνα: Ταξιδευτής.
- North American Riding for the Handicapped Association (NARHA) (2021). *Building Healthy Inclusive Communities through the National Center on Health, Physical Activity and Disability (NCHPAD)*. Ανάκτηση από North American Riding for the Handicapped Association, Inc. (NARHA): <https://www.nchpad.org/Directories/Organizations/2107/North~American~Riding~for~the~Handicapped~Association~Inc~~~NARHA~>
- Owens, R. E. (2016). *Γλωσσικές Διαταραχές : Μια πρακτική προσέγγιση στην Αξιολόγηση και την Παρέμβαση*. Αθήνα:Gotsis.
- Partington, J. (2008). *The assessment of basic language and learning skills revised. An assessment curriculum guide and skills tracking system for children with autism or other developmental disabilities. Version 3.,.* California: Western Psychological Services.
- Peck, A., Killen, C., & Baumgart, D. (1989). Journal of applied behavior analysis. Στο A. Peck, C. Killen, & D. Baumgart, *Increasing implementation of special education instruction in mainstream preschools: Direct and generalized effects of nondirective consultation*. (σ. 22).
- Prizant, B., Wetherby, A., Rubin, E., & Laurent, A. (2003). A Transactional, Family-Centered Approach to Enhancing Communication and Socioemotional Abilities of Children with Autism Spectrum Disorder, Infants and Young Children. Στο *The SCERTS Model*. (σσ. 296–316,).
- Prizant, Wetherby, A. M., Rubin, E. M., Laurent, A. C., & Rydell, P. J. (2014). *The SCERTS Model*. Baltimore: Brookes.



- Rogers, S. J., Hayden, D., Hepburn, S., Smith, R., Hall, T., & Hayes, A. (2006). Teaching young nonverbal children with autism useful speech: A pilot study of the Denver model and PROMPT interventions. *Journal of autism and developmental disorders*, σσ. 36(8):1007-24.
- Roth, F., & Worthington, C. (2016). *Εγχειρίδιο λογοθεραπείας*. Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Rutter, M. (1990). Νηπιακός αυτισμός σύγχρονες αντιλήψεις και αντιμετώπιση. Αθήνα :Ελληνικά Γράμματα.
- Schopler, E., Reichler, R., Rochen, & Renner, B. (1988). *The childhood autism rating scale*. Western Psychological Services.
- Shipley, K., & McAfree, J. G. (n.d.). (2013) *Διαγνωστικές Προσεγγίσεις στη Λογοπαθολογία*. GOTSIS.
- Silverman, C. (2008). Fieldwork on Another Planet: Social Science Perspectives on the Autism Spectrum. *BioSciences*, σσ. 325–341.
- Simpson, R., & Smith, B. (2001). Understanding the Hidden Curriculum An Essential Social Skill for Children and Youth with Asperger Syndrome. *Intervention in School and Clinic* , σσ. 36(5):279-286.
- Skinner, B. (1957). *Verbal behavior*. United States: Copley Publishing Group.
- Sonuga-Barke, E., S. J., & Halperin, J. (2010). Journal of Child Psychology and Psychiatry. Στο Sonuga-Barke, S. J. E., & J. Halperin, *Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: potential targets for early intervention?* (σσ. 51, 368-389).
- Sonuga-Barke, E., S. J., Thompson, M., Abikoff, H., Klein, R., & Brotman. (2006). Infants & Young Children. Στο Sonuga-Barke, S. J. E., M. Thompson, H. Abikoff, R. Klein, & Brotman, *Nonpharmacological interventions for preschoolers with ADHD: The case for Specialized Parent Training*. (σσ. 19, 142-153.).
- Sroufe, A. (2001). *Συναισθηματική Ανάπτυξη. Η οργάνωση της Συναισθηματικής Ζωής στα Πρώιμα Χρόνια*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Stainback, S., & Stainback, W. (1996). *Historical overview of inclusion: A guide for educators*. Baltimore: Paul.H. Brookes.
- Stevens, C. (2020). *Autistic Society*. Ανάκτηση από Strategies and interventions : <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/strategies-and-interventions/strategies-and-interventions/spell>
- Szatmari, P., Jones, M., Zwaigenbaum, L., & Maclean, J. (2021). *Genetics of Autism: Overview and New Directionw* , *Journal of Autism and Development Disorders*. Ανάκτηση από <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1026096203946>: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1026096203946>
- Tamm, L., Nakonezny, A. P., & Hughes, W. C. (2014). Journal of Attention Disorders,. Στο L. Tamm, A. P. Nakonezny, & W. C. Hughes, *An open trial of a metacognitive executive function training for young children with ADHD*. (σσ. 18, 551-559).
- Tamm, L., Epstein, N. J., Loren, E. R., Becker, P. S., Brenner, B. S., Bamberger, E. M., . . . Halperin, M. J. (2017). Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. Στο L. Tamm, N. J. Epstein, E. R. Loren, P. S. Becker, B. S. Brenner, E. M. Bamberger, . . . M. J. Halperin, *Generating attention*,

*inhibition, and memory: A pilot randomized trial for preschoolers with executive functioning deficits.* (σσ. 7, 183-190.).

Violette, K., & Wilmarth, A. (2009). *Hippotherapy: A Therapeutic Treatment Strategy*. Ανάκτηση από <https://studylib.net/doc/5824462/hippotherapy--a-therapeutic-treatment-strategy>

Wall, K. (2010). *Autism and Early Years Practice*. London: Sage.

Walworth, D. D. (2007). *Journal of Music Therapy*. Στο *The use of music therapy within the SCERTS Model for children with autism spectrum disorder* (σσ. 44 , 2-22.).

Whitaker, P., Barrat, P., Joy, H., Potter, M., & Thomas, G. (1998). *British Journal of Speech Education*. Στο *Children with autism and peer group support: Using 'circle of friends'*. (σσ. 25, 60-64.).

Wing, L., Leekam, S., Libby, S., Gould, J., & Locombe, M. (2002). The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: background, inter-rater reliability and clinical use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, σσ. 43(3):307-25.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδης, Η. (2013). *Από την ειδική αγωγή στη συμπεριληπτική εκπαίδευση. Από το σχολείο σε μια κοινωνία για όλους*. Θεσσαλονίκη.: Γράφημα.
- Αλευριάδου, Α., Γκιαούρη, Σ., & Παυλίδου, Κ. (2016). *Προβλήματα συμπεριφοράς σε άτομα με νοητική αναπηρία: Διαχείριση στο πλαίσιο της συμπεριληπτικής εκπαίδευσης*. Αθήνα: Πεδίο.
- Αμπατζόγλου, Γ. (2000). *Τα βρέφη σε αυτιστικό κίνδυνο*. Θεσσαλονίκη: University studio press.
- Βάρβογλη, Λ. (2006). *Η διάγνωση του αυτισμός: Πρακτικός Οδηγός*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Βογινδρούκας, Ι., & Γρηγοριάδου, Ε. (2009). *Δοκιμασία Γλωσσικής Αντίληψης και Έκφρασης*. Αθήνα.
- Γαλάνης, Π. (2009). *Εκπαίδευση παιδιών με αυτισμό στην αυτοδιαχείριση: Μια συμπεριφοριοαναλυτική παρέμβαση για την ένταξή τους στο σχολείο*. Αθήνα.
- Γενά, Α. (2002). *Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Γενά, Α. (2013). *Οι διαταραχές αυτιστικού φάσματος στο DSM-5. 14ο Συνέδριο Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας*. Αλεξανδρούπολη.
- Γενά, Α. (2017). *Συστημική Συμπεριφορική Αναλυτική Προσέγγιση*.
- Γκονέλα, Χ. Ε. (2008). *Αυτισμός: Αίνιγμα και Πραγματικότητα. Από τη θεωρητική προσέγγιση στην εκπαιδευτική παρέμβαση*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Καλυβα, Ε. (2005). *Αυτισμός: Εκπαιδευτικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Καμπανάρου, Μ. (2007). *Διαγνωστικά θέματα Λογοθεραπείας*. Αθήνα: Ελλην.
- Καράντανος, Γ. (2021). *Αναπτυξιακή πορεία-έκβαση: Συνέχεια και αλλαγές στη κλινική κατάσταση και ψυχοκοινωνική λειτουργία ατόμων με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, Εγκέφαλος – αρχεία νευρολογίας και ψυχιατρικής*.
- Κουρκούτας, Η. Ε. (2011). *Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά: Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου*. Αθήνα: Τόπος.
- Κρουσταλλάκης, Γ. (2005). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες*. Αθήνα.
- Μαλεγγιανάκη, Α., Μεσσήνης, Λ., & Παπαθανασόπουλος, Π. (2012). *Κλινική Παιδονευροψυχολογία*. Αθήνα: Gotsis.
- Μαστρογιάννης, Α., & Ξανθοπούλου, Ε. (2015). *Διαχείριση και αντιμετώπιση του αυτισμού μέσα από διαδικασίες παράλληλης στήριξης*. Αθήνα.
- Μηνιάδου, Δ. (2015). *Πρώιμα Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά Αυτισμού*.
- Νότας, Σ. (2008). *Οι οικογένειες των παιδιών με αυτισμό - Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές*.
- Νότας, Σ. (2021). *Το φάσμα του αυτισμού διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές ένας οδηγός για την οικογένεια*. Ανάκτηση από  
<http://1kesy.ach.sch.gr/autosch/joomla15/images/PDF/autismos1.pdf>  
<http://1kesy.ach.sch.gr/autosch/joomla15/images/PDF/autismos1.pdf>
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2012). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες*. Αθήνα.

- Στεφανής, Κ. (2011). *Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς: Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για την διάγνωση*. Αθήνα: Βήτα.
- Τσιμπιδάκη, Α. (2013). *Παιδί με ειδικές ανάγκες : Οικογένεια και σχολείο μια σχέση σε αλληλεπίδραση* . Αθήνα :Παπαζήση
- Φρασίς, Κ. (2007). *Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές ή Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος. Διαναπηρικός Οδηγός Εξειδίκευσης*. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.
- Φρανσίς, Κ. (2007). *Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές ή Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος. Διαναπηρικός Οδηγός Εξειδίκευσης*. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.
- Χίτογλου -Αντωνιάδου, Μ., Κεκές, Γ., & Χίτογλου-Χατζή, Γ. (2000). *Αυτισμό-Ελπίδα*. Θεσσαλονίκη.
- Χρηστάκης.Κ. (2011). *Η εκπαίδευση των παιδιών με δυσκολίες. Εισαγωγή στην Ειδική Αγωγή*. Αθήνα: Διάδραση.