

**ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

---

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΔΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ  
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ»**



**ΕΚΠΟΝΗΣΗ: ΓΚΑΡΟ ΑΝΝΙΑ Α.Μ. 14928**  
**ΣΤΑΜΑΤΟΓΙΑΝΝΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ Α.Μ. 14858**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΙΑΦΑΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

**- ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016 -**

## Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά όλους τους ανθρώπους που μας στάθηκαν κατά τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της εργασίας, δηλαδή τους γονείς μας, τους επόπτες της πρακτικής άσκησης και τους συμφοιτητές μας, με τους οποίους γινόταν συστηματική ανταλλαγή απόψεων, και φυσικά την κα Σιαφάκα Βασιλική, η οποία ήταν πρόθυμη να μας βοηθήσει οποιαδήποτε στιγμή χρειαζόταν με χρήσιμες συμβουλές.

## Πρόλογος

Η απόφαση της συγγραφής της πτυχιακής μας εργασίας σχετικά με τον αυτισμό οφείλεται στο ιδιαίτερο προσωπικό ενδιαφέρον μας όσον αφορά τις αναπτυξιακές διαταραχές και κυρίως τον αυτισμό. Η επιλογή αυτή μας βοήθησε αρκετά τόσο στην απόκτηση καινούριων γνώσεων όσο και στην εμβάθυνση αυτών που είχαν ήδη αποκτηθεί. Η έρευνα ήταν συγχρόνως ενδιαφέρουσα και εποικοδομητική. Μάλιστα πολλές φορές καταλήγαμε να επαναπροσδιορίζουμε το περιεχόμενο μερικών κεφαλαίων και να το τροποποιούμε με πιο σημαντικές πληροφορίες που ανακαλύπτονταν.

Είμαστε πολύ χαρούμενοι για το αποτέλεσμα που προέκυψε και ελπίζουμε ότι αυτή η πτυχιακή εργασία καλύπτει σημαντικά κομμάτια που μπορούν να δώσουν απαντήσεις σε κάποια ερωτήματα που αφορούν τον αυτισμό ως προς τον ορισμό, τα αίτια, τα χαρακτηριστικά, την αξιολόγηση, τις θεωρητικές βάσεις του και τις διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε από έγκυρες πηγές και συνδυάστηκε όσο το δυνατόν καλύτερα με σκοπό την αξιόπιστη και μεθοδική ενημέρωση όσων ενδιαφέρονται να μάθουν περισσότερα σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα.

## Περίληψη

Με την παρούσα πτυχιακή εργασία προσπαθήσαμε να αναδείξουμε εμπειριστρωμένα ένα πραγματικά ενδιαφέρον θέμα, τις διαταραχές αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ), το οποίο αυξάνεται με μεγάλη ταχύτητα τα τελευταία χρόνια ως προς τον επιπολασμό του. Γι' αυτό αποτελεί ένα μείζον ζήτημα τόσο για εμάς τους ίδιους, δηλαδή τους λογοθεραπευτές, που ασχολούμαστε και δουλεύουμε με παιδιά και έφηβους που ανήκουν στο φάσμα, όσο και για όλο τον κόσμο που συναναστρέφεται και έρχεται σε επαφή μαζί τους καθημερινά.

Στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο, λοιπόν, γίνεται αναφορά στον ορισμό, τους αιτιολογικούς παράγοντες και τη συχνότητα εμφάνισης του αυτισμού σύμφωνα με τα τωρινά δεδομένα. Επίσης, παραθέτονται τα διαγνωστικά κριτήρια και τα στοιχεία που χρειάζονται για να γίνει διαφοροδιάγνωση με άλλες διαταραχές.

Στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφέρονται τα βήματα αξιολόγησης που πρέπει να ακολουθούνται και τονίζεται η σημασία της διεπιστημονικότητας σ' αυτή τη διαδικασία. Επιπλέον, παρουσιάζονται τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται παγκοσμίως και είναι σταθμισμένα.

Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο δίνεται βάση στα κλινικά χαρακτηριστικά των ατόμων που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού με επίκεντρο την επικοινωνία, την κοινωνική αλληλεπίδραση, τις στερεοτυπίες και τον τρόπο παιχνιδιού.

Στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο κρίθηκε σκόπιμο να αναφερθούν οι 3 θεωρίες που σχετίζονται άμεσα με τον αυτισμό και εξηγούν σε μεγάλο βαθμό την κλινική εικόνα των ατόμων. Αυτές είναι η Θεωρία του Νου, η Θεωρία των Εκτελεστικών Λειτουργιών και η Θεωρία της Κεντρικής Συνοχής.

Στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο, το οποίο αποτελεί το τελευταίο και στο οποίο δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα, παραθέτονται οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται ευρέως στα προγράμματα παρέμβασης των ατόμων με αυτισμό

είτε μεμονωμένα είτε συνδυαστικά ανάλογα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητές τους.

Συμπερασματικά, στόχος της πτυχιακής εργασίας μας είναι να αναλυθεί το θέμα του αυτισμού όσο το δυνατόν πιο ολιστικά γίνεται δίνοντας παράλληλα περισσότερη βάση στα κλινικά χαρακτηριστικά του και στις προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στο σχεδιασμό του εξατομικευμένου θεραπευτικού προγράμματος του κάθε ατόμου.

## **Λέξεις – κλειδιά**

Αυτισμός, επικοινωνία, κοινωνική αλληλεπίδραση, παιχνίδι, αξιολόγηση, θεραπευτικές προσεγγίσεις

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	2
Πρόλογος.....	3
Περίληψη .....	4
Λέξεις – κλειδιά.....	5
Περιεχόμενα .....	6
Εισαγωγή.....	10
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> : Γενικό μέρος.....	12
1.1. Ορισμοί.....	12
1.2. Μύθοι και αλήθειες.....	14
1.2.1. Μύθοι :Τι δεν είναι αυτισμός .....	14
1.2.2. Αλήθειες: Τι είναι αυτισμός .....	14
1.3. Επιδημιολογία.....	15
1.4. Αιτιολογία .....	16
1.5. Διαγνωστικά κριτήρια.....	18
1.5.1. Διαγνωστικά κριτήρια του DSM – IV.....	18
1.5.2. Αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM – 5 .....	21
1.5.3. Κριτική για τις αλλαγές στο DSM – 5.....	22
1.6. Είδη διαταραχών αυτιστικού φάσματος.....	24
1.6.1. Αυτισμός χαμηλής λειτουργικότητας (Kanner).....	25
1.6.2. Αυτισμός υψηλής λειτουργικότητας.....	26
1.7. Διαφοροδιάγνωση .....	26
1.7.1. Σύνδρομο Asperger .....	27
1.7.2. Αυτισμός μη προσδιοριζόμενος αλλιώς .....	28
1.7.3. Σύνδρομο Rett .....	28
1.7.4. Παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή (ΠΑΔ).....	29
1.7.5. Ειδική γλωσσική διαταραχή (ΕΓΔ) .....	29
1.7.6. Σχιζοφρένεια .....	30
1.7.7. Νοητική υστέρηση .....	31

Κεφάλαιο 2ο: Αξιολόγηση .....	32
2.1. Διεπιστημονική αξιολόγηση .....	32
2.2. Βήματα αξιολόγησης .....	34
2.2.1. Αναπτυξιακό και ιατρικό ιστορικό .....	34
2.2.2. Συνέντευξη με τους γονείς / φροντιστές .....	35
2.2.3. Άμεση παρατήρηση .....	35
2.2.4. Γνωστικό επίπεδο .....	36
2.2.5. Συμπεριφορά και προσαρμοστικότητα.....	37
2.2.6. Επικοινωνιακές και γλωσσικές δεξιότητες .....	37
2.2.7. Αισθητηριακή επεξεργασία .....	39
2.2.8. Εκτελεστική λειτουργία και προσοχή .....	39
2.2.9. Δυσπραξικά στοιχεία.....	40
2.2.10. Συνοδά συναισθηματικά προβλήματα .....	41
2.3. Διαγνωστικά εργαλεία .....	41
Κεφάλαιο 3ο: Κλινική εικόνα .....	48
3.1. Επικοινωνία .....	49
3.1.1. Πραγματολογία .....	52
3.2. Κοινωνική αλληλεπίδραση .....	54
3.2.1. Φυσική εγγύτητα.....	55
3.2.2. Βλεμματική επαφή.....	56
3.2.3. Κοινωνική πρωτοβουλία .....	58
3.2.4. Απάντηση σε πρωτοβουλία των άλλων .....	59
3.2.5. Συναισθηματική έκφραση .....	60
3.2.6. Μίμηση .....	61
3.2.7. Εναλλαγή σειράς .....	61
3.2.8. Ενσυναίσθηση .....	62
3.2.9. Στάση του σώματος.....	62
3.3. Στερεοτυπίες – επαναληπτικές συμπεριφορές .....	63
3.4. Παιχνίδι.....	66
3.5. Άλλα χαρακτηριστικά γνωρίσματα.....	69
3.5.1. Σωματικά χαρακτηριστικά.....	69

3.5.2. Νοητική κατάσταση .....	69
3.5.3. Μοναχικότητα .....	70
3.5.4. Γλωσσικά χαρακτηριστικά.....	71
3.5.5. Ηχολαλία .....	73
3.5.6. Σημασιολογία.....	73
3.5.7. Αισθητηριακή ολοκλήρωση.....	74
3.5.8. Αυτοεπιθετικότητα.....	75
3.5.9. Διατροφή.....	75
3.5.10. Σεξουαλικότητα.....	76
<b>Κεφάλαιο 4ο: Θεωρίες για την ερμηνεία του αυτισμού.....</b>	<b>77</b>
4.1. Θεωρία του Νου.....	77
4.1.1. Δοκιμασίες διερεύνησης της Θεωρίας του Νου.....	78
4.2. Θεωρία των Εκτελεστικών Λειτουργιών.....	80
4.3. Θεωρία της Κεντρικής Συνοχής.....	81
4.3.1. Δοκιμασίες διερεύνησης της Κεντρικής Συνοχής.....	82
<b>Κεφάλαιο 5ο: Θεραπευτικές προσεγγίσεις.....</b>	<b>84</b>
5.1. Σημασία της πρώιμης παρέμβασης.....	84
5.2. Βασικές αρχές των θεραπευτικών προσεγγίσεων.....	85
5.3. Συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις.....	88
5.3.1. Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς (ABA).....	88
5.4. Δομημένη προσέγγιση TEACCH.....	92
5.4.1. Αρχές και στόχοι της προσέγγισης TEACCH.....	94
5.4.2. Εφαρμογή της μεθόδου TEACCH.....	95
5.5. Αναπτυξιακές προσεγγίσεις.....	101
5.5.1. Floortime / DIR.....	101
5.5.2. Παρέμβαση ανάπτυξης σχέσεων (RDI).....	103
5.5.3. Μοντέλο SCERTS.....	105
5.5.4. Ενίσχυση του παιχιδιού.....	109
5.6. Προσεγγίσεις ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης.....	110
5.6.1. Εντατική αλληλεπίδραση (Intensive Interaction).....	110
5.6.2. Κοινωνικές ιστορίες (Social Stories).....	113



5.6.3. Κύκλος των φίλων .....	115
5.7. Προσεγγίσεις εναλλακτικής επικοινωνίας .....	118
5.7.1. PECS (Picture Exchange Communication System).....	118
5.7.2. ΜΑΚΑΤΟΝ .....	123
5.8. Αισθητηριακή ολοκλήρωση .....	128
5.9. Φαρμακευτική προσέγγιση .....	132
5.10. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις .....	134
5.11. Λογοθεραπεία .....	135
5.12. Εργοθεραπεία .....	138
5.13. Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις .....	139
5.13.1. Διατροφή χωρίς γλουτένη και χωρίς καζεΐνη (GF/CF) .....	139
5.13.2. Θεραπευτική ιππασία .....	140
5.13.3. Μουσικοθεραπεία .....	142
5.13.4. Οπτική θεραπεία (Vision Therapy) .....	145
5.13.5. Δελφινοθεραπεία .....	146
Επίλογος .....	147
Παράρτημα .....	149
<i>Πίνακας 1. Οι διαφορές ανάμεσα στα συστήματα διάγνωσης με μια ματιά</i>	
.....	149
<i>Πίνακας 2. Δεξιότητες πραγματολογίας για επιτυχή επικοινωνία</i> .....	151
<i>Πίνακας 3. Κοινωνικές δεξιότητες που απαιτούνται για την αλληλεπίδραση</i>	
.....	152
Βιβλιογραφία.....	154
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία .....	154
Ελληνική βιβλιογραφία .....	159
Διαδίκτυο.....	161

## Εισαγωγή

Ο αυτισμός είναι μία σοβαρή διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία, καθώς και από περιορισμένη, επαναλαμβανόμενη και στερεοτυπική συμπεριφορά. Βασικό χαρακτηριστικό αποτελεί επίσης η εμμονή στη ρουτίνα, η οποία απαιτεί την ενσωμάτωση στη ζωή των ατόμων με αυτισμό ενός οπτικού προγράμματος των καθημερινών δραστηριοτήτων τους. Βέβαια κάθε παιδί μπορεί να παρουσιάζει επιπρόσθετα κι άλλες δυσλειτουργίες, όπως, διαταραχές λόγου ή ολική απουσία προφορικού λόγου, δυσκολίες ύπνου, ελάχιστες διατροφικές προτιμήσεις, επιθετικότητα, αισθητηριακά προβλήματα κ.ά. Σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα παρατηρείται συνοσηρότητα με άλλες διαταραχές, όπως νοητική υστέρηση, κώφωση, τύφλωση κ.ά.

Το γεγονός ότι ο αυτισμός ανήκει στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές σημαίνει ότι τα ελλείμματα επηρεάζουν όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής και εμποδίζουν το άτομο στην κοινωνική και μαθησιακή του εξέλιξη. Ο βαθμός σοβαρότητας μπορεί να ποικίλει από άτομο σε άτομο από την ήπια έως τη βαριά μορφή εμφάνισής της. Επομένως, κάποιοι άνθρωποι με αυτισμό ζουν φυσιολογικά χρησιμοποιώντας τις νοητικές τους δυνατότητες, έτσι ώστε να αφομοιωθούν κοινωνικά, και βρίσκουν εργασίες, στις οποίες αξιοποιούν τις ικανότητές τους. Όμως, τα άτομα που εμφανίζουν βαριά συμπτώματα και εξελίσσονται με πολύ αργό ρυθμό μέσα από τη θεραπευτική παρέμβαση συνήθως χρειάζονται συνεχή φροντίδα και επίβλεψη, αφού ορισμένα δεν αποκτούν ποτέ την προφορική ομιλία και δεν χρησιμοποιούν δεξιότητες επικοινωνίας παραμένοντας αποκλεισμένα στο δικό τους κόσμο.

Με βάση όλα τα παραπάνω κρίνεται αναγκαίο σε κάθε παιδί που ανήκει στο φάσμα του αυτισμού να πραγματοποιείται μία ολοκληρωμένη εξατομικευμένη αξιολογητική διαδικασία μέσα από την οποία θα μπορέσουν να διασαφηνιστούν τα κεντρικά ελλείμματα που παρουσιάζονται, αλλά συγχρόνως και οι ικανότητες πάνω

στις οποίες θα βασιστούν οι θεραπευτές. Η ομάδα που εμπλέκεται στη διαδικασία αυτή συνήθως αποτελείται από παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο, εργοθεραπευτή, λογοθεραπευτή, ειδικό παιδαγωγό και φυσικοθεραπευτή.

Με αυτό τον τρόπο σχεδιάζεται ένα θεραπευτικό πλάνο σε συνεννόηση με όλους τους ειδικούς της ομάδας, ο καθένας από τους οποίους θέτει τους δικούς του θεραπευτικούς στόχους τόσο μακροπρόθεσμα όσο και βραχυπρόθεσμα. Ακόμη, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που επιλέγονται στην παρέμβαση εξαρτώνται από τις ανάγκες του κάθε ατόμου, αλλά και από την εξειδίκευση των κλινικών. Ο αυτισμός δεν θεραπεύεται, ωστόσο μέσα από μία σωστά κατευθυνόμενη παρέμβαση μπορούν να βελτιωθούν σε μεγάλο βαθμό πολλές πτυχές της ζωής του κάθε ατόμου.

# Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Γενικό μέρος

## 1.1. Ορισμοί

Ο αυτισμός είναι μια σοβαρή διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία, καθώς και από περιορισμένη, επαναλαμβανόμενη και στερεότυπη συμπεριφορά. Όλες αυτές οι ενδείξεις ξεκινούν πριν το παιδί γίνει 3 ετών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2000). Στην διαταραχή του αυτισμού εμπλέκονται διάφορες εγκεφαλικές δομές με τρόπο που δεν έχει διασαφηνιστεί επαρκώς. Αποτελεί μία σοβαρή νευρο – ψυχολογική διαταραχή, που διαρκεί μία ολόκληρη ζωή και είναι συνήθως παρούσα από τη γέννηση του παιδιού. Ο αυτισμός δεν είναι ψυχιατρική νόσος, αλλά εντάσσεται στην κατηγορία των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (ΔΑΔ). Αυτές οι διαταραχές χαρακτηρίζονται από σοβαρά ελλείμματα σε πολλούς τομείς της ανάπτυξης, γι' αυτό το λόγο ονομάζονται «διάχυτες». Πρόκειται για μια αναπτυξιακή διαταραχή του ατόμου, δηλαδή μια διαταραχή της ψυχολογικής του ανάπτυξης. Στο πλαίσιο αυτής της διαταραχής εμποδίζεται ή δυσκολεύεται η ανάπτυξη ορισμένων ψυχολογικών δεξιοτήτων, που είναι ζωτικές για την ψυχο – κοινωνική λειτουργία και επάρκεια του ανθρώπου. Οι δεξιότητες αυτές σχετίζονται με την κοινωνική συναλλαγή και αμοιβαιότητα, την επικοινωνία και την οργάνωση πρόσφορης και σκόπιμης δραστηριότητας. Στις περιοχές αυτές, τα άτομα με αυτισμό εμφανίζουν σημαντικές δυσκολίες και χαρακτηριστικές αποκλίσεις. Ένα ακόμα στοιχείο που επιδεικνύει τη σημαντικότητα του θέματος είναι ότι πέρα από τη ζωή του παιδιού που επηρεάζεται άμεσα, αλλάζει και αυτή των οικογενειών τους, δηλαδή του ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου (Amaral D.G., Schumann C.M., Nordahl C.W., 2008).

Βέβαια είναι δύσκολο να δοθεί ένας μόνο ορισμός για τον αυτισμό, γιατί παρουσιάζει διαφορές και από το πλήθος των πηγών που προέρχεται και από τους διάφορους επαγγελματίες – ειδικούς που εμπλέκονται αλλά και από τους γονείς των

ατόμων με αυτισμό (Satkiewisz – Gayhardt V. et al., 2001). Θα ήταν λοιπόν πιο ωφέλιμο και ουσιαστικό να παραθέσουμε μερικούς ορισμούς που έχουν διατυπωθεί από ανθρώπους που έχουν διαγνωστεί με αυτισμό.

- «Ο αυτισμός δεν είναι ένα κέλυφος του ατόμου. Είναι διεισδυτικός σε κάθε πτυχή του ατόμου. Είναι ένας τρόπος ύπαρξης.» (Sinclair Jim, άτομο με αυτισμό)
- «Ο αυτισμός είναι απόσπαση από την εξωτερική πραγματικότητα που συνοδεύεται από μια έντονη εσωτερική ζωή.» (Petit Robert, άτομο με αυτισμό)
- «Ο αυτισμός είναι μία αναπτυξιακή διαταραχή. Ένα ελάττωμα στα συστήματα που επεξεργάζονται τις αισθητηριακές πληροφορίες.» (Temple Grandin, άτομο με αυτισμό)

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω γίνεται τουλάχιστον κατανοητό ότι ο αυτισμός είναι αποτέλεσμα μιας νευρολογικής διαταραχής που επηρεάζει τη λειτουργία του εγκεφάλου και εκδηλώνεται με άτυπη μορφή επικοινωνίας, κοινωνικών δεξιοτήτων, ικανοτήτων για παιχνίδι και ανταποκρίσεων στις αισθητηριακές πληροφορίες (Satkiewisz – Gayhardt V. et al., 2001).

Ο Χρ. Αλεξίου, ως πατέρας δύο παιδιών με αυτισμό, ως πρόεδρος της ΕΕΠΑΑ και ως αντιπρόεδρος της World Autism Organization, με την οδυνηρή και πλούσια εμπειρία των 40 χρόνων, ορίζει ότι: *«Ο αυτισμός είναι βέβαια πρόβλημα νευροψυχιατρικής αναπτυξιακής διαταραχής, με άλλα λόγια, είναι ένα πρόβλημα υγείας, αλλά στην αντιμετώπισή του ακόμα και στην επιστημονική αντιμετώπισή του είναι ένα πρόβλημα βαθύτατα κοινωνικό και πολιτικό που η λύση του απαιτεί πολύμορφους, πολύχρονους κι επίμονους αγώνες, πρώτα και κύρια από αυτούς που βιώνουν το πρόβλημα.»* (Αλεξίου Χ., 2004).

## 1.2. Μύθοι και αλήθειες

### 1.2.1. Μύθοι: Τι δεν είναι αυτισμός

- Δεν είναι νόσος, αλλά διαφορετικός τρόπος ερμηνείας του κόσμου (Sinclair Jim).
- Δεν είναι μία συγκεκριμένη «αυτιστική» συμπεριφορά, αλλά ο συνολικός τρόπος εκδήλωσης συμπεριφορών και τα υποκείμενα αίτια της αποτελούν ένδειξη αυτισμού.
- Δεν είναι νοητική υστέρηση. Όμως μπορεί να υπάρχει μόνος του ή σε συνδυασμό με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές (νοητική υστέρηση, αδυναμίες στη μάθηση, επιληψία, κώφωση, τύφλωση κ.ά.)
- Δεν είναι απλά γλωσσική διαταραχή. Η ίδια είναι συνοδό χαρακτηριστικό, αλλά χωρίς να είναι αυτισμός, όταν υπάρχει μόνη της.
- Δεν είναι φταίξιμο των γονέων.
- Δεν είναι απλά ένα «κέλυφος» από το οποίο ένα «φυσιολογικό» παιδί περιμένει να εξέλθει.
- Δεν περιορίζεται στην παιδική ηλικία.
- Δεν γεννιούνται μ' ένα φυσικό τρόπο, για να συντονιστούν. Αναπτύσσουν δικούς τους τρόπους κατανόησης.
- Δεν θεωρείται ψύχωση, ούτε ψυχική ασθένεια.

(Γκονελά Ε. Χ., 2006)

### 1.2.2. Αλήθειες: Τι είναι αυτισμός

- Μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, ισόβια και συνήθως παρούσα από τη γέννα.
- Μια από τις πιο βαριές, πιο περίπλοκες και πιο δυσεξηγήτες ψυχοπνευματικές αναπηρίες.

- Μια νευροαισθητηριακή διαταραχή (δυσλειτουργία αισθητηρίων).
- Μια αναδίπλωση του παιδιού στον εαυτό του. Δεν είναι παθητική, αλλά δυναμική και αντιδραστική.
- Μια ιδιαζόντως ιδιοσυγκρασιακή κατάσταση, με εμβέλεια από το ένα άκρο μέχρι το άλλο.
- Μια σοβαρή διαταραχή επικοινωνίας, κοινωνικοποίησης και δημιουργικής φαντασίας.
- Μια δυσαναλογία κάποιων συγκεκριμένων νευροχημικών ουσιών στον εγκέφαλο.
- Μια ανωμαλία στη λειτουργία της πρόσληψης και της προσοχής.
- Μια γλωσσική δυσλειτουργία που συχνά χαρακτηρίζεται από μια ολοκληρωμένη έλλειψη επιθυμίας για επικοινωνία.
- Μια διαταραχή κοινωνικής κατανόησης.
- Το αποτέλεσμα οργανικής δυσλειτουργίας με βιολογική προέλευση.
- Μια απόρροια ενός συνδυασμού διαφόρων αιτιών.

(Γκονελά Ε. Χ., 2006)

### 1.3. Επιδημιολογία

Ο αριθμός των ατόμων με διαταραχή αυτισμού και των συναφών του καταστάσεων έχει αυξηθεί δραματικά από τη δεκαετία του 1980, εν μέρει λόγω των αλλαγών στις διαγνωστικές μεθόδους. Με την αναγνώριση μιας ποικιλίας μορφών, αρκετές περιπτώσεις εντάσσονται τώρα στις διαταραχές «αυτιστικού φάσματος». Το ερώτημα αν η πραγματική συχνότητα έχει αυξηθεί παραμένει άλυτο (Newschaffer C. J., Croen L. A., Daniels J. et al., 2007). Παρουσιάζεται με συχνότητα 5:10.000 στην κλασική του μορφή (παλαιότερες μελέτες) και περίπου 18:10.000 μέσα στο ευρύτερο φάσμα του αυτισμού, ενώ το ποσοστό των υπόλοιπων διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών αντιστοιχεί σε 45,8/10.000.

Μολονότι η συχνότητα αυτή δεν μπορεί να θεωρηθεί οριστική, γιατί υπάρχουν διαφορετικές μεθοδολογίες στις διάφορες μελέτες, δείχνει όμως ότι οι καταστάσεις αυτές δεν είναι τόσο σπάνιες. Με βάση αυτά τα δεδομένα, υπολογίζεται πως στην Ελλάδα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 4.000 έως 5.000 παιδιά και ενήλικα άτομα με κλασικό αυτισμό και 20.000 έως 30.000 με αυτιστικού τύπου διαταραχές ανάπτυξης. Στο παγκόσμιο συνέδριο της World Autism Organization το 2002, στη Μελβούρνη της Αυστραλίας, η σχετική ανακοίνωση ανέφερε αναλογία 1:500.

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία διαπιστώνουμε ότι το σύνδρομο του αυτισμού παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα από αυτό της τύφλωσης και μικρότερη από τη συχνότητα της κώφωσης. Κατά συνέπεια, δεν πρόκειται για ένα τόσο σπάνιο φαινόμενο αλλά για ένα σχετικά σύνηθες, η διάγνωση του οποίου εγείρει δυσκολίες που συχνά οδηγούν σε λανθασμένες εκτιμήσεις (Schopler E., 1995; Harpe F., 1998; Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων, 2008). Είναι 4 έως 5 φορές πιο συχνός στα αγόρια παρά στα κορίτσια.

#### **1.4. Αιτιολογία**

Μολονότι είναι δύσκολο να κατανοήσουμε καλύτερα τα ακριβή αίτια του αυτισμού, δεν υπάρχει αμφιβολία για το ότι υπάρχει ένα πολυπαραγοντικό γενετικό ή κληρονομικό στοιχείο και ποικίλα οργανικά αίτια, τα οποία σχετίζονται με την καταβολή του και επηρεάζουν κοινούς παθοφυσιολογικούς και νευροψυχολογικούς μηχανισμούς. Οι μηχανισμοί αυτοί επηρεάζονται, με τη σειρά τους, από μια ποικιλία προσωπικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, που καταλήγουν σε μια σειρά από παραλλαγές ως προς τις πυρηνικές κλινικές εκδηλώσεις. Δεδομένου ότι ο αυτισμός είναι ουσιαστικά μια αναπτυξιακή διαταραχή, η ακριβής του εμφάνιση διαφέρει αξιοσημείωτα ανάλογα με την ηλικία και την εμπειρία. Η κλινική διάγνωση θα πρέπει να είναι μάλλον ένας δείκτης για την ανάπτυξη και όχι μια αρνητική ταμπέλα και θα πρέπει να οδηγεί στην αναγνώριση των ιδιαίτερων ικανοτήτων και αναγκών του



κάθε ατόμου (Σταμάτης Γ., 1987; Harpe F., 1998). Σύμφωνα με τα στοιχεία που γνωρίζουμε έως σήμερα ο αυτισμός είναι μία εκ γενετής διαταραχή του εγκεφάλου, στον οποίο παρατηρούνται κάποιες ανωμαλίες, που επηρεάζουν τον τρόπο που επεξεργάζονται οι πληροφορίες. Μέχρι σήμερα ένα ευρύ φάσμα ανωμαλιών που έχουν αναφερθεί ότι εντοπίζονται στον εγκέφαλο είναι η δυσλειτουργία των καθρεφτικών νευρώνων (Dapretto M. et al., 2006), οι αλλοιώσεις των κρανιακών νεύρων (Rodier P. et al., 1996, 2002) και οι φλεγμονές (Vargas D. et al., 2005). Η αιτία βέβαια εξακολουθεί να παραμένει άγνωστη. Κάποιες έρευνες υποδεικνύουν ένα νευρολογικό πρόβλημα που επηρεάζει εκείνα τα τμήματα του εγκεφάλου, τα οποία επεξεργάζονται τη γλώσσα και τις πληροφορίες που δίνουν οι αισθήσεις. Ίσως υπάρχει μια δυσαναλογία κάποιων συγκεκριμένων νευροχημικών ουσιών στον εγκέφαλο. Το αίτιο ή τα αίτια πρέπει ακόμη να διευκρινιστούν. Είναι σαφές ότι δεν υπάρχει μια μεμονωμένη βιολογική αιτία, αλλά ότι η αιτιολογία θα πρέπει να θεωρηθεί ως πολυπαραγοντική.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Rutter M. (1990) μερικοί από τους παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση του αυτισμού είναι:

- το εύθραυστο Χ χρωμόσωμα και τα χρωμοσώματα PKU και NFI
- ιατρικές καταστάσεις που έχουν γενετική βάση (φαιτυλοκετονουρία, ηβώδη σκλήρυνση, νευροϊνωμάτωση)
- διαταραχές του μεταβολισμού του εγκεφαλικού κυττάρου (αύξηση της γλυκόζης)
- βιοχημικές αντιδράσεις σε επίπεδα νευροδιαβιβαστών (ντοπαμίνης και παραγώνων, ιδιαίτερα της σεροτονίνης)
- η μειωμένη κυκλοφορία του αίματος σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου (αριστερά)
- η δυσλειτουργία της παρεγκεφαλίδας, της μετωπιαίας ή προμετωπιαίας περιοχής
- ενδοκρινολογικά αίτια (αύξηση τεστοστερόνης)
- ιοί, όπως η ερυθρά, ο κυτταρομεγαλοϊός και άλλοι

- η παραγωγή τοξικών ουσιών από μύκητες στο έντερο, όπως της καζεΐνης και της γλουτένης

Επομένως, με βάση τα γενετικά χαρακτηριστικά που συνδέονται με την εμφάνιση του αυτισμού είναι πιθανόν σε πολλές οικογένειες που ήδη υπάρχει ένα παιδί με αυτισμό, ο κίνδυνος να γεννηθεί ακόμη ένα παιδί με αυτισμό, να είναι σημαντικά αυξημένος. Υπολογίζεται ότι εάν μια οικογένεια έχει 1 παιδί με αυτισμό, οι πιθανότητες να αποκτήσει ακόμη 1 παιδί με αυτισμό είναι της τάξης του 5% (1 στις 20), που είναι περισσότερες απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό (Wing L., 2002).

## **1.5. Διαγνωστικά κριτήρια**

Για τη διάγνωση του αυτισμού χρησιμοποιούνται παγκοσμίως δύο διαγνωστικά συστήματα, το ICD – 10 (International Classification of Diseases) του Διεθνούς Οργανισμού Υγείας (WTO) και το DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης (APA). Το πρώτο χρησιμοποιείται κυρίως στην Ευρώπη, ενώ το δεύτερο είναι διαδεδομένο στις ΗΠΑ, όμως και τα δύο μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναλλάξ. Με βάση αυτά τα εργαλεία οι αναπτυξιολόγοι και οι παιδοψυχίατροι, μετά από μία λεπτομερέστατη αξιολόγηση και κλινική παρατήρηση παίρνουν την απόφαση για το αν ένα παιδί συμπεριλαμβάνεται στο φάσμα του αυτισμού. Παρόλο που οι δύο λίστες διαγνωστικών κριτηρίων έχουν κάποιες διαφορές η συνολική διαγνωστική προσέγγιση τους είναι παρόμοια.

### **1.5.1. Διαγνωστικά κριτήρια του DSM – IV**

Όπως ορίζεται, λοιπόν, από το DSM – IV (1994), η τριάδα διαγνωστικών συμπτωμάτων για τα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού είναι η εξής:

- Δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση
- Δυσκολίες στην επικοινωνία
- Στερεοτυπικές, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, δραστηριότητες και ενδιαφέροντα

Σύμφωνα με την Γενά Α. (2002) για να διαγνωστεί ο αυτισμός χρειάζεται να συναθροιστεί το σύνολο έξι ή και περισσότερων σημείων από τις κατηγορίες που προαναφέρθηκαν. Πιο συγκεκριμένα, απαιτούνται τουλάχιστον δύο σημεία από την πρώτη κατηγορία και ένα από την δεύτερη και τρίτη κατηγορία ξεχωριστά.

1. Η ποιοτική παρέκκλιση στην κοινωνική αλληλεπίδραση εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα:
  - Έκδηλη παρέκκλιση στη χρήση πολλών μη λεκτικών συμπεριφορών, όπως η βλεμματική επαφή, η έκφραση προσώπου, η στάση του σώματος και οι χειρονομίες για τη ρύθμιση της κοινωνικής συναλλαγής.
  - Αδυναμία στην ανάπτυξη ανάλογων με το αναπτυξιακό επίπεδο σχέσεων με συνομηλίκους.
  - Απουσία αυθόρμητης συμμετοχής σε απολαύσεις, ενδιαφέροντα ή επιτεύγματα με άλλους ανθρώπους (π.χ. με μία αδυναμία να υποδεικνύει, να θέτει ή να τονίζει θέματα ενδιαφέροντος).
  - Έλλειψη κοινωνικής ή συγκινησιακής αμοιβαιότητας.
2. Η ποιοτική παρέκκλιση στην επικοινωνία εκδηλώνεται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:
  - Καθυστέρηση ή πλήρης έλλειψη της ανάπτυξης της ομιλούμενης γλώσσας (η οποία δεν συνοδεύεται από μία προσπάθεια αναπλήρωσης μέσα από εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας, όπως οι χειρονομίες ή η μίμηση).
  - Σε άτομα με επαρκή ομιλία, έκδηλη παρέκκλιση της ικανότητας να αρχίσουν ή να συνεχίσουν μία συζήτηση με άλλους.

- Στερεότυπη και επαναληπτική χρήση της γλώσσας ή χρήση ιδιοσυγκρασιακής γλώσσας.
  - Έλλειψη ποικίλου, αυθόρμητου παιχνιδιού με παίξιμο ρόλων ή κοινωνική μίμηση, ανάλογο με το αναπτυξιακό επίπεδο.
3. Τα περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:
- Περιορισμένη ενασχόληση με έναν ή περισσότερους στερεότυπους και περιορισμένους τύπους ενδιαφερόντων, η οποία είναι μη φυσιολογική είτε σε ένταση είτε σε εστίαση.
  - Εμφανώς άκαμπτη εμμονή σε συγκεκριμένες μη λειτουργικές συνήθειες ή τελετουργίες.
  - Στερεότυποι και επαναληπτικοί κινητικοί μαννερισμοί (π.χ. χτυπήματα ή συστροφές των χεριών ή των δακτύλων ή περίπλοκες κινήσεις ολόκληρου του σώματος).
  - Επίμονη ενασχόληση με μέρη αντικειμένων.

Επιπλέον, πρέπει να έχει παρατηρηθεί καθυστέρηση ή μη φυσιολογική λειτουργία σε τουλάχιστον έναν από τους ακόλουθους τομείς, που ξεκινούν πριν τα τρία πρώτα χρόνια ζωής:

A. Κοινωνική αλληλεπίδραση.

B. Γλώσσα που χρησιμοποιείται σε κοινωνική επικοινωνία.

Γ. Συμβολικό ή εφευρετικό παιχνίδι

Τέλος, η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με τη διαταραχή Rett ή με την παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή (APA, 1994).

### 1.5.2. Αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM – 5

Το Μάιο του 2013 δημοσιεύτηκε η αναθεωρημένη έκδοση του DSM (DSM – 5), η οποία περιλαμβάνει σημαντικές αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια.

Οι αλλαγές αυτές είναι οι εξής:

- Ο γενικός όρος «Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές» (ΔΑΔ) αντικαταστάθηκε από τον όρο «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος» (ΔΑΦ).
- Η ΔΑΦ θεωρείται τώρα ως μία διαγνωστική κατηγορία με μία ομάδα συμπτωμάτων.
- Οι διαγνωστικές υποκατηγορίες (Αυτισμός, Σύνδρομο Asperger και ΔΑΔ – μη αλλιώς προσδιοριζόμενη) απαλείφθηκαν.
- Η βαρύτητα εκδήλωσης των συμπτωμάτων χωρίζεται σε τρεις υποκατηγορίες (μετρούμενες με σχετικούς δείκτες):
  - Επίπεδο 3 – «Ανάγκη ιδιαίτερης ενισχυμένης υποστήριξης» (σοβαρές δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση και την ευελιξία).
  - Επίπεδο 2 – «Ανάγκη ενισχυμένης υποστήριξης» (αξιοσημείωτες δυσκολίες).
  - Επίπεδο 1 – «Ανάγκη υποστήριξης» (δυσκολίες στα παραπάνω).

Όσον αφορά την τριάδα συμπτωμάτων, οι δυσκολίες στην κοινωνική επαφή και στην επικοινωνία ενοποιήθηκαν σε μία ομάδα που τώρα ονομάζεται προβλήματα στην κοινωνική επικοινωνία. Έτσι η τριάδα των συμπτωμάτων που αναφέραμε παραπάνω έχει αντικατασταθεί από 2 ομάδες: κοινωνική επικοινωνία και στερεοτυπικές, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, δραστηριότητες και ενδιαφέροντα.

Άλλες αλλαγές που περιέχονται στο DSM – 5 και πρέπει να ληφθούν εξίσου σοβαρά υπόψη είναι οι εξής:

- Η υπερευαισθησία και η υποευαισθησία σε αισθητηριακά ερεθίσματα αποτελούν τώρα μέρος της ομάδας των επαναλαμβανόμενων και στερεοτυπικών συμπεριφορών.
- Όταν ένα άτομο παρουσιάζει δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία αλλά δεν εμφανίζει στερεοτυπικές και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, δραστηριότητες και ενδιαφέροντα θα λαμβάνει πλέον διάγνωση «Διαταραχή Κοινωνικής Επικοινωνίας».
- Τα συμπτώματα θα πρέπει να έχουν εμφανιστεί μέχρι την ηλικία των 3 ετών και να είναι φανερά κατά την πρώιμη παιδική ηλικία, αλλά οι σχετιζόμενες με αυτά λειτουργικές διαταραχές μπορεί να εμφανιστούν αργότερα.
- Κάθε διάγνωση συνοδεύεται από «επιμέρους δείκτες» για να παρέχεται μια πιο πλήρης εικόνα για τις δυσκολίες και τις ικανότητες του κάθε ατόμου. Τέτοιοι δείκτες για παράδειγμα είναι: εάν το άτομο με αυτισμό έχει και νοητική υστέρηση, επιληψία ή κάποια άλλη ιατρική κατάσταση. Άλλοι δείκτες δηλώνουν πότε εμφανίστηκαν τα αυτιστικά συμπτώματα ή εάν το παιδί φαινόταν να αναπτύσσεται κανονικά και μετά οπισθοχώρησε (Νότας Σ., 2014).

Οι αναγνώστες παραπέμπονται στο παράρτημα στον Πίνακα 1 (σελ. 149), στο οποίο βρίσκονται οι διαφορές ανάμεσα στα διαγνωστικά συστήματα συγκεντρωτικά.

### **1.5.3. Κριτική για τις αλλαγές στο DSM – 5**

Παρόλο που οι αλλαγές έγιναν για να αντιμετωπιστούν προβλήματα του DSM – IV συζητήθηκαν εκτεταμένα τόσο πριν όσο και μετά τη δημοσίευσή τους. Όπως είναι λογικό υπάρχει έντονος προβληματισμός για τον αντίκτυπο που θα έχουν οι αλλαγές αυτές στην εφαρμογή τους. Κυρίως, τα άτομα που έχουν ήδη διαγνωστεί

με σύνδρομο Asperger ή ΔΑΔ – μη αλλιώς προσδιοριζόμενη (PDD – NOS) ανησυχούν ότι θα χάσουν τη διαγνωστική τους ταυτότητα. Παρόλα αυτά πρακτικά απ' ότι φαίνεται όσοι έχουν ήδη διάγνωση, αυτή θα παραμείνει ως έχει. Επίσης, όπως είναι φυσιολογικό οι ειδικοί και οι επαγγελματίες θα συνεχίσουν να χρησιμοποιούν έστω κι ανεπίσημα τους υπάρχοντες όρους (Asperger, Υ.Λ.Α κλπ.).

Άλλες ανησυχίες σχετίζονται με την πιθανότητα διαφοροποίησης στην απόδοση διάγνωσης. Οι πρώτες μελέτες δείχνουν ότι με τα νέα διαγνωστικά κριτήρια δεν υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις, οι έρευνες όμως επί του θέματος συνεχίζονται. Το πιο αμφιλεγόμενο ζήτημα που προκύπτει από αυτές τις αλλαγές αφορά τα άτομα που δεν παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενες και στερεοτυπικές συμπεριφορές, τα οποία πλέον θα λαμβάνουν τη διάγνωση «Διαταραχή Κοινωνικής Επικοινωνίας», η οποία δεν συγκαταλέγεται στο φάσμα του αυτισμού. Όμως, είναι πολύ νωρίς για να διαπιστωθούν οι επιπτώσεις που θα έχει αυτή η αλλαγή στις υπηρεσίες και στην υποστήριξη που θα παρέχονται για τα άτομα με τέτοια διάγνωση (Νότας Σ., 2014).

Από την άλλη μεριά υπάρχουν ειδικοί που θεωρούν αυτή την αλλαγή αρκετά προσοδοφόρα. Ο Αλεξάνδρου Σ. (2013) πολύ εύστοχα επισημαίνει: *«Μία διαφορετική και ουσιαστική αποσαφήνιση και μία διευκόλυνση επιτέλους στη γλώσσα των ειδικών να μιλούν ξεκάθαρα για την πάθηση με το όνομά της και όχι με αυτό τον «αόριστο» για τους γονείς όρο των «Διάχυτων Αναπτυξιακών» που ο ειδικός καλείτο να εξηγήσει – ή και να αποκρύψει πιθανά μερικές φορές για διάφορους λόγους – την ακριβή φύση του όρου. Ένα πιο ξεκάθαρο «συμβόλαιο» της πάθησης, μία πιο ξεκάθαρη τοποθέτηση που θα βοηθήσει σίγουρα την πιο ουσιαστική ψυχο – εκπαίδευση των γονέων επάνω στην πάθηση. Το όνομα έγινε επιτέλους όνομα, παύοντας για πολλούς να είναι λέξη – ταμπού, λέξη – φόβητρο ή λέξη – κώδικας!»*. Επίσης, με αυτό τον τρόπο οι άξονες των δυσκολιών μπορούν να γίνουν πολύ ευκολότερα κατανοητοί σε σχέση με τους ορισμούς των προηγούμενων διαγνωστικών κριτηρίων με αποτέλεσμα οι γονείς να εκπαιδεύονται στις δυσκολίες του παιδιού τους. Επιπροσθέτως, ξεκαθαρίζονται με καλύτερη κωδικοποίηση και

αρκετά παραδείγματα τα ελλείμματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στην κατανόηση των κανόνων που διέπουν τις ανθρώπινες σχέσεις και στην πραγματολογία. Από την άλλη, γίνεται ευκρινής η μη ευελιξία στη σκέψη και οι ρουτίνες, η επαναληπτικότητα, οι αυτοερεθισμοί, ο φόβος στις αλλαγές και για πρώτη φορά οι σοβαρές αισθητηριακές ιδιαιτερότητες, ο οποίος είναι ένας τομέας που αναφερόταν χρόνια, αλλά δεν είχε συμπεριληφθεί στα διαγνωστικά κριτήρια ποτέ στο παρελθόν. Ένα ακόμη θετικό στοιχείο που γίνεται αντιληπτό είναι ότι γίνεται πολύ εμφανής η ανάγκη για πολυπαραγοντική παρέμβαση (εργοθεραπευτική, λογοθεραπευτική και ψυχοπαιδαγωγική), αναδύονται μέθοδοι πραγματολογικής, δομημένης και αισθητηριακής παρέμβασης και αποσαφηνίζονται πολλά δεδομένα σχετικά με τους μηχανισμούς σκέψης και λειτουργίας του παιδιού με διαταραχή αυτιστικού φάσματος (David L. W., Tanguay P., 2013).

Συμπληρωματικά, αξίζει να σημειωθεί ότι το DSM – 5 θα ενημερώνεται τακτικά για τα νέα δεδομένα. Αυτός είναι άλλωστε και ο λόγος για τον οποίο ο λατινικός αριθμός στην προηγούμενη έκδοση, DSM – IV, έχει αντικατασταθεί από τον αραβικό αριθμό 5. Με αυτό τον τρόπο η ενημέρωση του εγχειριδίου θα γίνεται με αναθεωρημένες εκδόσεις, όπως DSM – 5.1, DSM – 5.2 και ούτω καθεξής.

## **1.6. Είδη διαταραχών αυτιστικού φάσματος**

Είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι τα άτομα με διαταραχές αυτιστικού φάσματος δεν παρουσιάζουν στο σύνολό τους την ίδια διακύμανση εκδήλωσης των επιμέρους χαρακτηριστικών σε όλους τους τομείς (Wing L., 1988). Για την ακρίβεια κάθε παιδί με αυτισμό αποτελεί μοναδικό και θα ήταν άδικο αλλά και ανώφελο να το ταυτίσουμε με κάποιο άλλο. Γι' αυτό άλλωστε και ο καταλληλότερος τρόπος αντιμετώπισης έχει αποδειχτεί ότι επιτυγχάνεται μέσω μιας εξατομικευμένης παρέμβασης, η οποία προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες και τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε παιδιού. Ωστόσο, επειδή οι αποκλίσεις των ικανοτήτων



αυτών των παιδιών είναι συχνά αρκετά μεγάλες σε όλους του τομείς (επικοινωνιακές δεξιότητες, γλωσσική και γνωστική ανάπτυξη, πραγματολογία, συχνότητα στερεοτυπικών συμπεριφορών, αισθητηριακά ελλείμματα) έχουν επικρατήσει δύο κατηγοριοποιήσεις, ο αυτισμός χαμηλής λειτουργικότητας και ο αυτισμός υψηλής λειτουργικότητας.

### 1.6.1. Αυτισμός χαμηλής λειτουργικότητας (Kanner)

Ο αυτισμός τύπου Kanner, πήρε το όνομά του από τον παιδοψυχίατρο Kanner L., ο οποίος προσπάθησε από το 1943 να ερμηνεύσει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του αυτιστικού φάσματος. Το σύνδρομο Kanner, λοιπόν, αναφέρεται στο άτομο που συγκεντρώνει τα κλασικά «πυρηνικά» χαρακτηριστικά του αυτισμού, τα οποία σύμφωνα με την Frith U. (1984) είναι:

- Μοναχικότητα και απομόνωση τόσο φυσικοσωματικά όσο και διανοητικά.
- Εμμονή στην ομοιομορφία.
- Περίπλοκες στερεοτυπικές διαδικασίες.
- Διαρκής ενασχόληση με υπερβολικά περιορισμένα θέματα ενδιαφέροντος.
- Εξαιρετική μνήμη και ευκολία απομνημόνευσης.
- Επαναλαμβανόμενες κινήσεις, φράσεις και σκέψεις.
- Υπερευαισθησία στα ερεθίσματα.

Έτσι, το κύριο συμπέρασμα του Kanner L. είναι: *«Τα παιδιά αυτά έρχονται στον κόσμο με μια εγγενή αδυναμία να αναπτύξουν τη συνήθη, βιολογικά καθορισμένη συναισθηματική επαφή με τους ανθρώπους, όπως ακριβώς άλλα παιδιά έρχονται στη ζωή με εγγενείς σωματικές ή διανοητικές μειονεξίες.»*

Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών που αντιμετωπίζουν τόσο μεγάλες δυσκολίες με εμφανή ελλείμματα σε όλους τους τομείς συνήθως δεν αναπτύσσουν τον μηχανισμό ομιλίας τους. Πολύ συχνό φαινόμενο αποτελεί και η

ηχολαλική ομιλία, δηλαδή η επανάληψη κάποιων λέξεων ή φράσεων από το παιδί, τις οποίες έχει ακούσει, χωρίς όμως να έχουν επικοινωνιακό αποτέλεσμα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ενδείκνυται η χρήση εναλλακτικών συστημάτων επικοινωνίας, τα οποία θα συζητηθούν στη συνέχεια.

### **1.6.2. Αυτισμός υψηλής λειτουργικότητας**

Όσον αφορά τα άτομα υψηλής λειτουργικότητας παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές σε σχέση με αυτά της χαμηλής λειτουργικότητας σε όλους τους τομείς που επηρεάζονται. Αρχικά, τα άτομα υψηλής λειτουργικότητας συνήθως έχουν κατάλληλα ανεπτυγμένη τη γλωσσική ικανότητα, αλλά υστερούν στην πραγματολογία (Young J. et al, 2005). Επιπλέον, αποδίδουν καλά σε δοκιμασίες λεξιλογίου, όπως είναι το Peabody Picture, αλλά δυσκολεύονται σημαντικά στο να οργανώσουν σημασιολογικές κατηγορίες (Quill K., 1995). Ακόμη, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να δημιουργήσουν κατηγορίες εννοιών και να βρουν τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσά τους (Bernstein B., Teigerman E., 1993). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι χρησιμοποιούν διαφορετικές στρατηγικές για να ανακαλέσουν μια έννοια. Το γνωστικό επίπεδο αυτών των παιδιών είναι συνήθως σε φυσιολογικό ή ακόμα και ανεπτυγμένο επίπεδο χωρίς να λείπουν ωστόσο επαναληπτικές συμπεριφορές και αισθητηριακά αλλείμματα. Τέλος, μεγάλη δυσκολία παρατηρείται στο κομμάτι της ενσυναίσθησης και της εξαγωγής συμπερασμάτων.

### **1.7. Διαφοροδιάγνωση**

Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης είναι πολύ σημαντικό να εξαχθούν αποτελέσματα, τα οποία θα μας οδηγήσουν στη διαφοροδιάγνωση του αυτισμού από τις άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (σύνδρομο Rett, σύνδρομο

Asperger, παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή, αυτισμός μη προσδιοριζόμενος αλλιώς) αλλά και από διαταραχές διαφορετικού τύπου που συχνά συγχέονται στην κλινική πρακτική.

### **1.7.1. Σύνδρομο Asperger**

Το σύνδρομο Asperger πήρε το όνομά του από τον παιδίατρο Asperger, ο οποίος το 1944 δημοσίευσε ένα άρθρο στα γερμανικά με τίτλο «Αυτιστικές ψυχοπάθειες της παιδικής ηλικίας». Παρόλο που τότε διαβάστηκε από περιορισμένο αναγνωστικό κοινό και δεν έγινε ευρέως γνωστό, στο τέλος της δεκαετίας του '80 μεταφράστηκε στα αγγλικά και αναφέρθηκε από τη Wing L. στην έρευνά της για τον αυτισμό και τις σχετιζόμενες διαταραχές. Συγκεκριμένα η Wing L. (1981) σε μια προσπάθεια αναγνώρισης κατά τη διάγνωση των πολύ ικανών ατόμων με αυτισμό, στα οποία δεν ταίριαζε το σύνδρομο Kanner, χρησιμοποίησε τον όρο «σύνδρομο Asperger». Το σύνδρομο Asperger, λοιπόν, θεωρείται ως μία μορφή ήπιου αυτισμού με υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας, στο οποίο δεν παύουν να υπάρχουν τα τυπικά χαρακτηριστικά του αυτισμού. Πολύ σημαντικό αποτελεί το γεγονός ότι δεν παρατηρείται γενική καθυστέρηση ή επιβράδυνση των νοητικών λειτουργιών (Γκονελά Ε. Χ., 2006).

Επιπλέον, το σύνδρομο Asperger πολλές φορές στην κλινική καθημερινότητα αναφέρεται και ως αυτισμός υψηλής λειτουργικότητας. Και οι δύο όροι πλέον απευθύνονται σε άτομα με αυτισμό που σύμφωνα με σταθμισμένα tests έχουν φυσιολογικό ή άνω του φυσιολογικού δείκτη νοημοσύνης και τουλάχιστον κάποια λεκτική ικανότητα (Moreno S., 2001). Τα άτομα αυτά μπορούν και χρησιμοποιούν συνήθως ένα μεγάλο κι ευκρινές λεξιλόγιο, το οποίο χειρίζονται με πομπώδες ύφος και σ' εκείνα μερικές φορές αναφέρεται ο όρος «αυτιστική ιδιοφυία», λόγω της εξαιρετικής ικανότητας και του έμμονου ενδιαφέροντος που

έχουν σε κάποιους τομείς. Επιπροσθέτως, σ' αυτά τα άτομα παρατηρούνται με εντυπωσιακό τρόπο τα εξής χαρακτηριστικά:

- Εξαιρετική μνήμη
- Δεξιότητες στη μουσική και τα μαθηματικά
- Οπτικοακουστικές δεξιότητες
- Μνημονική αποστήθιση
- Ανάκληση λέξεων
- Κατασκευαστικές ή χωρικές δεξιότητες κ.ά.

(Γκονελά Ε. Χ., 2006)

### **1.7.2. Αυτισμός μη προσδιοριζόμενος αλλιώς**

Όταν η κλινική εικόνα ενός παιδιού δεν ανταποκρίνεται και στους τρεις τομείς συμπτωμάτων του DSM – IV, που είναι απαραίτητοι για τη διάγνωση του αυτισμού, αλλά συγχρόνως εμφανίζει πολλά κοινά χαρακτηριστικά, τότε χρησιμοποιείται ο όρος «άτυπος αυτισμός» ή «αυτισμός μη προσδιοριζόμενος αλλιώς» (Βοστόνης Π., 1999). Μάλιστα σύμφωνα με τον Peeters T. (2000) ο χαρακτηρισμός «άτυπος» είναι πιο εύκολα αποδεκτός από τους γονείς ως διάγνωση, απ' ότι η «απάνθρωπη» γι' αυτούς διάγνωση «αυτισμός».

### **1.7.3. Σύνδρομο Rett**

Η διαταραχή Rett εμφανίζεται αποκλειστικά σε κορίτσια, ενώ όπως γνωρίζουμε, ο αυτισμός είναι 4 έως 5 φορές πιο συχνός στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια. Επιπλέον, η διαταραχή Rett χαρακτηρίζεται από τις παρακάτω βιολογικές – νευρολογικές επιβαρύνσεις, οι οποίες απουσιάζουν από τον αυτισμό:

- Επιβράδυνση της αύξησης της κεφαλής στις ηλικίες 5 έως 48 μηνών.

- Απώλεια κεκτημένων δεξιοτήτων του χεριού στις ηλικίες 5 έως 30 μηνών.
- Παροδική συρρίκνωση των κοινωνικών συναλλαγών (ενώ στον αυτισμό η κοινωνική συναλλαγή δεν αναπτύσσεται καθόλου χωρίς ειδική αγωγή).
- Κακός συντονισμός στο βάδισμα και στις κινήσεις του κορμού.

(Γενά Α., 2002)

#### **1.7.4. Παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή (ΠΑΔ)**

Η διαφορά μεταξύ αυτισμού και ΠΑΔ είναι ότι πριν την εμφάνιση της δεύτερης το παιδί εξελίσσεται φυσιολογικά για τα πρώτα τουλάχιστον δύο χρόνια μετά τη γέννησή του. Στη συνέχεια, παρατηρείται εμφανής επιβράδυνση και παλινδρόμηση σε ορισμένους τομείς της ανάπτυξης που περιλαμβάνουν όχι μόνο τις γλωσσικές και κοινωνικές ικανότητες, αλλά και στοιχειωδέστερους τομείς, όπως ο έλεγχος του ορθού και της κύστης. Επομένως, εκτός από τη διαφορά στο χρόνο εμφάνισης των συμπτωμάτων, οι δύο διαταραχές διαφέρουν και ως προς την κλινική τους πορεία (Volkmar F. R., Baron – Cohen S., 1989; Γενά Α., 2002).

#### **1.7.5. Ειδική γλωσσική διαταραχή (ΕΓΔ)**

Τα παιδιά με ΕΓΔ έχουν παρόμοιο προφίλ γλωσσικών δυσκολιών με αυτό που παρουσιάζουν τα παιδιά με αυτισμό σε μικρή ηλικία, στην οποία δεν είναι ακόμη πλήρως εμφανή όλα τα αυτιστικά χαρακτηριστικά (De Fosse L. et al, 2004). Βέβαια, η διαφοροδιάγνωση μεταξύ των δύο διαταραχών μπορεί να γίνει εύκολα κατανοητή όταν αξιολογούνται όλοι οι τομείς που πλήττονται στον αυτισμό, ενώ δεν έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά στην ΕΓΔ.

### 1.7.6. Σχιζοφρένεια

Ένα άλλο θέμα το οποίο προκάλεσε μεγάλη συζήτηση είναι η σχέση της σχιζοφρένειας με τον αυτισμό. Ο Kanner L. στην αρχική περιγραφή του αυτισμού, τον διαφοροποιούσε σαφώς από τη σχιζοφρένεια. Ταυτόχρονα όμως ο όρος αυτισμός, δηλαδή ότι είναι κάποιος κλεισμένος στον εαυτό του, αποσυρμένος, υπονοούσε κάποια ομοιότητα με τη σχιζοφρένεια. Το κύριο ζήτημα των συζητήσεων και των διαφωνιών ήταν η ύπαρξη συνέχειας ή ασυνέχειας μεταξύ αυτισμού και σχιζοφρένειας. Υπήρχαν θεωρητικοί που πίστευαν πως αφού ο αυτισμός είναι μια πολύ σοβαρή διαταραχή με πολύ πρώιμη έναρξη, θα μπορούσε να αποτελεί την πρωιμότερη εκδήλωση μιας παρομοίως πολύ σοβαρής διαταραχής των ενηλίκων, δηλαδή της σχιζοφρένειας.

Στη δεκαετία του 1970 άρχισαν να διαφοροποιούνται μέσα στη μεγάλη ομάδα των "ψυχωτικών παιδιών" δύο ξεχωριστές ομάδες, οι οποίες διέφεραν ως προς την ηλικία έναρξης της διαταραχής. Τα παιδιά με πολύ πρώιμη έναρξη εμφάνιζαν δυσκολίες από τα πρώτα χρόνια της ζωής τους και ταίριαζαν στην περιγραφή του Kanner για τον αυτισμό, ενώ η ομάδα με την όψιμη έναρξη, δηλαδή μετά τα 7 χρόνια, εμφάνιζαν παραληρήματα, ψευδαισθήσεις και κλινικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια. Επίσης τα μέλη των οικογενειών της ομάδας με την όψιμη έναρξη είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν σχιζοφρένεια. Οι περισσότεροι ερευνητές υιοθέτησαν αυτή την άποψη, ότι δηλαδή η σχιζοφρένεια και ο αυτισμός δεν σχετίζονται μεταξύ τους.

Η αλλαγή στο ICD – 9 και στο DSM – III αντανάκλούσε την ομοφωνία των ερευνητών ότι ο όρος "παιδική σχιζοφρένεια" του DSM – II είχε χρησιμοποιηθεί με πολύ ευρεία έννοια. Μέχρι τότε για όλα τα παιδιά με ψυχωτικά συμπτώματα αλλά και αυτισμό, η "παιδική σχιζοφρένεια" ήταν η μοναδική επίσημη διάγνωση. Σήμερα οι περισσότεροι συμφωνούν με την άποψη ότι σχιζοφρένεια και αυτισμός αποτελούν δύο ξεχωριστές διαγνώσεις, ενώ πολύ λίγοι χρησιμοποιούν την ευρεία έννοια της "ψύχωσης" για να συμπεριλάβουν και τις δύο ομάδες (Κουμούλα Α., 2012).

### 1.7.7. Νοητική υστέρηση

Ο Kanner L. κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά πρέπει να διατηρούν φυσιολογική νοημοσύνη, έμμεσα, από τις νησίδες δυνατοτήτων που διαπίστωσε ότι διατηρούν ανάμεσα στις δυσκολίες τους, όπως είναι η «εξαιρετική» τους μνήμη. Με πολλές μελέτες αποδείχθηκε στη συνέχεια ότι τα παιδιά με αυτισμό στην πλειοψηφία τους παρουσιάζουν πράγματι και κάποιου βαθμού νοητική καθυστέρηση, που συνήθως δεν είναι βαριά. Αυτή μάλιστα παραμένει και εξακολουθεί να διαπιστώνεται και αργότερα, ακόμη και αν βελτιώνεται η κοινωνική τους απόδοση καθώς μεγαλώνουν. Παρόλο που η νοητική καθυστέρηση και ο αυτισμός συχνά συνυπάρχουν, δεν πρέπει να συγχέονται. Η διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης περιορίζεται στα παιδιά εκείνα των οποίων οι δυσκολίες στις κοινωνικές σχέσεις και στην επικοινωνία είναι ανάλογες με τη νοητική τους καθυστέρηση και όχι δυσανάλογα μεγαλύτερες όπως είναι στον αυτισμό (Γενά Α., 2002).

## Κεφάλαιο 2ο: Αξιολόγηση

### 2.1. Διεπιστημονική αξιολόγηση

Οι πρωταρχικοί στόχοι μιας αξιολόγησης διαταραχών αυτιστικού φάσματος είναι να προσδιοριστούν η παρουσία αλλά και η σοβαρότητά τους, ο σχεδιασμός των αναπτυξιακών παρεμβάσεων και να συλλεχθούν δεδομένα που θα βοηθήσουν στην μελλοντική παρακολούθηση της προόδου (Shriver K., Allen C., Matthews J., 1999). Οι καλύτερες πρακτικές διαδικασίες που συστήνονται είναι οι συνεντεύξεις και τα χρονοδιαγράμματα παρακολούθησης σε συνδυασμό με μία διεπιστημονική αξιολόγηση στους εξής τομείς (National Research Council, 2001; Ozonoff S. et al., 2005):

- Κοινωνική συμπεριφορά
- Γλώσσα και επικοινωνία
- Προσαρμοστικότητα
- Κινητικές ικανότητες
- Αισθητηριακά προβλήματα
- Γνωστική λειτουργία

Υπάρχουν διάφοροι σημαντικοί παράγοντες που πρέπει να έχουμε υπόψη μας κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης. Αρχικά, οφείλουμε να αναδείξουμε μία αναπτυξιακή προοπτική γιατί, ενώ τα βασικά συμπτώματα παρουσιάζονται στην πρώιμη παιδική ηλικία, αυτά συνεχίζουν να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου κατά τη διάρκεια όλης της ζωής του. Δημιουργώντας επομένως έναν αναπτυξιακό σκελετό μέσα από την αξιολόγηση, υπάρχει συγχρόνως ένα μέτρο σύγκρισης για την κατανόηση της σοβαρότητας αλλά και της ποιότητας των καθυστερήσεων και των δυσλειτουργιών (Klin A. et al, 2005; Klin A. and Volkmar F. R., 2005).



Επίσης, επειδή ο αυτισμός επηρεάζει πολλούς αναπτυξιακούς τομείς, η συνεισφορά μιας διεπιστημονικής ομάδας στην αξιολόγηση είναι αδιαμφισβήτητα μία πρακτική λύση. Έτσι, μία ομαδική προσέγγιση είναι κατάλληλη για να προσδιορίσει το αναπτυξιακό και ψυχοκοινωνικό προφίλ του παιδιού με σκοπό την καθοδήγηση του σχεδιασμού της παρέμβασης. Μία διεπιστημονική εξειδικευμένη ομάδα περιλαμβάνει σχολικό ή εκπαιδευτικό ψυχολόγο, ειδικό παιδαγωγό, λογοθεραπευτή, εργοθεραπευτή και παιδοψυχίατρο, οι οποίοι πρέπει να αξιολογήσουν το παιδί και να συνεργαστούν μεταξύ τους με σκοπό να παρουσιάσουν αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα της αναπτυξιακής του κατάστασης. Στη συνέχεια παρατίθενται κάποιες αρχές που πρέπει να ακολουθούνται στην πορεία της αξιολόγησης (Volkmar F. R. et al, 1999; Filipek P. et al, 1999, 2000; Klin A. and Volkmar F. R., 2000; Klin A. et al, 2005):

- ✚ Οι κλινικοί οφείλουν να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή και να καταγράφουν τα συμπτώματα που είναι συνεπή στον αυτισμό, όπως και άλλα που συνυπάρχουν στις παιδικές διαταραχές.
- ✚ Όταν ένα παιδί είναι υποψήφιο να ανήκει στο φάσμα του αυτισμού, ένα σημαντικό πρώτο βήμα είναι η συνέντευξη για την καταγραφή του αναπτυξιακού του ιστορικού όσον αφορά τους τομείς της γλώσσας, της επικοινωνίας, της κοινωνικότητας και του παιχνιδιού.
- ✚ Ένα άλλο σπουδαίο συστατικό της αξιολογητικής διαδικασίας είναι η λήψη οικογενειακού ιατρικού ιστορικού και η ανασκόπηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που μπορεί να έχουν επηρεάσει την ανάπτυξη του παιδιού.
- ✚ Η ενσωμάτωση των πληροφοριών πρέπει να γίνεται από πολλές πηγές έτσι ώστε να αποκτούν μεγαλύτερη αξιοπιστία τα αποτελέσματα της αξιολόγησης.
- ✚ Οι διαδικασίες της αξιολόγησης πρέπει να σχεδιάζονται με τέτοιο τρόπο που να βοηθούν την ανάπτυξη των διδακτικών στόχων και οι στρατηγικές παρέμβασης να βασίζονται στα μοναδικά χαρακτηριστικά του κάθε παιδιού, όπως προκύπτουν από τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες που έχουν.

- ✚ Επειδή η έκπτωση της ποιότητας της επικοινωνίας και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης είναι βασικά χαρακτηριστικά του αυτιστικού συνδρόμου, μία ολοκληρωμένη αξιολόγηση πρέπει να συμπεριλαμβάνει και τους δύο τομείς.

Γίνεται επομένως κατονοητό ότι η αξιολόγηση του αυτισμού αποτελεί μία ιδιαίτερα απαιτητική διαδικασία, η οποία για να ολοκληρωθεί με μεθοδικότητα και για να έχει αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα πρέπει να γίνεται με τη συνεργασία μιας διεπιστημονικής ομάδας, η οποία είναι αρμόδια να συνδυάσει τις επιδόσεις των παιδιών στα tests και την προσωπική της παρατήρηση για να κρίνει εάν ένα άτομο ανήκει στο φάσμα του αυτισμού, αλλά συγχρόνως να εκτιμήσει τις ικανότητές του μέσα σ' αυτό.

## **2.2. Βήματα αξιολόγησης**

Μία ολοκληρωμένη αξιολόγηση απαιτεί τη χρήση πολλών εργαλείων για τον έλεγχο όλων των τομέων που επηρεάζονται σε συνδυασμό με την άμεση παρατήρηση και αλληλεπίδραση του ειδικού με το παιδί και τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού (Filipek P. et al, 1999; Shriver K. et al, 1999). Πρέπει να τονιστεί ότι η αξιολόγηση είναι μία συνεχής διαδικασία και όχι μία σειρά από ξεχωριστές δραστηριότητες. Μάλιστα, ο τρόπος που γίνεται ποικίλει ανάλογα με την ηλικία του παιδιού, το ιστορικό του και τυχόν προηγούμενες αξιολογήσεις που έχει δεχθεί. Τα βήματα που ακολουθούνται περιγράφονται παρακάτω.

### **2.2.1. Αναπτυξιακό και ιατρικό ιστορικό**

Το πρώτο βήμα στην αξιολόγηση του αυτισμού, όπως και σε όλες τις διαταραχές, είναι η λήψη αναπτυξιακού και ιατρικού ιστορικού του παιδιού από τους γονείς ή τους φροντιστές του. Μέσα απ' αυτό η διεπιστημονική ομάδα που έχει

αναλάβει το παιδί θα βοηθηθεί πολύ μαθαίνοντας προηγούμενες συμπεριφορές του παιδιού, προβλήματα πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά τη γέννηση και θα ξεκαθαριστούν οι ανησυχίες των γονιών, οι οποίες θα συζητηθούν στη συνέχεια με περισσότερες λεπτομέρειες. Επίσης, μπορούν να συλλεχθούν δεδομένα από προηγούμενες παρεμβάσεις όσον αφορά τη συμπεριφορά, τις γλωσσικές και τις επικοινωνιακές δεξιότητες του παιδιού (Wilkinson L. A., 2010).

### **2.2.2. Συνέντευξη με τους γονείς / φροντιστές**

Το επόμενο σημαντικό βήμα της αξιολόγησης είναι η συνέντευξη με τους γονείς ή τους φροντιστές του παιδιού. Εδώ μπορούν να συζητηθούν εκτενέστερα πολλές πληροφορίες που συλλέχθηκαν από το ιστορικό που συμπλήρωσαν οι γονείς, αλλά και πολλά ακόμα σημαντικά στοιχεία της προσωπικότητας του παιδιού, ώστε να ληφθούν υπόψη στη συνέχεια της αξιολόγησης αλλά και στο σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος (Lord C. et al, 1995). Σ' αυτό το σημείο μπορούν να εφαρμοστούν διαγνωστικές συνεντεύξεις μέσα από τις οποίες μπορούν να εξαχθούν πολλά αποτελέσματα σχετιζόμενα με κοινωνικές και επικοινωνιακές συμπεριφορές του παιδιού. Ωστόσο πρέπει να είμαστε προσεκτικοί καθώς κανένα αξιολογητικό εργαλείο από μόνο του δεν μπορεί να μας οδηγήσει στην τελική διάγνωση. Αντίθετα, αποτελεί ένα κομμάτι από τις συγκεντρωτικές πληροφορίες που χρειάζονται για να γίνει μία σωστή ταξινόμηση και κατά συνέπεια μία ακριβής διάγνωση.

### **2.2.3. Άμεση παρατήρηση**

Η παρατήρηση του παιδιού μέσα στην αίθουσα, αλλά και σε οποιονδήποτε άλλο χώρο, όπως στο σχολείο ή στο σπίτι, κρίνεται αναγκαία από τον ειδικό και αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι της διεπιστημονικής αξιολόγησης. Με αυτό τον

τρόπο συλλέγονται επιπρόσθετες πληροφορίες για τους βασικούς τομείς αξιολόγησης. Ακόμη, μπορεί να γίνει αντιληπτό αν το παιδί τηρεί βασικές επικοινωνιακές δεξιότητες, όπως εναλλαγή σειράς, μοίρασμα προσοχής μεταξύ δύο προσώπων, βλεμματική επαφή, αυθόρμητο δείξιμο. Επίσης, γίνεται φανερό εάν υπάρχουν επαναληπτικές συμπεριφορές (Schopler E. et al, 1998). Τέλος, πολύ σημαντικό είναι να παρατηρηθεί ο τρόπος παιχνιδιού του παιδιού και να δούμε αν έχει αναπτύξει συμβολικό παιχνίδι, το οποίο μπορεί να μας προδιαθέσει θετικά ως προς την πρόγνωση και την εξέλιξη της πορείας του θεραπευτικού προγράμματος.

#### **2.2.4. Γνωστικό επίπεδο**

Ένα βασικό κομμάτι της αξιολόγησης είναι ο έλεγχος του γνωστικού τομέα των παιδιών. Βρίσκοντας το επίπεδο της νοητικής ικανότητας προγραμματίζεται καλύτερα ο θεραπευτικός σχεδιασμός προσαρμοζόμενος στη λειτουργικότητα του κάθε ατόμου. Επομένως, η σοβαρότητα των αυτιστικών συμπτωμάτων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το νοητικό επίπεδο του παιδιού και αποτελεί ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για τη μελλοντική πορεία της εξέλιξης κυρίως στο γλωσσικό και στον πραγματολογικό τομέα (Venter C., Lord C. and Schopler E., 1992; Stevens M. et al, 2000; Harris S. L. and Handleman J. S., 2000). Επίσης, μεγάλο επίτευγμα του προσδιορισμού της νοητικής κατάστασης μέσα στο φάσμα του αυτισμού είναι η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του κάθε παιδιού με σκοπό τη βελτίωση των αδυναμιών του. Τέλος, γίνονται εμφανείς τόσο οι λεκτικές όσο και οι πρακτικές του ικανότητες, γι αυτό δεν πρέπει να μας απασχολεί ο τελικός βαθμός, αλλά οι επιμέρους δεξιότητες και το επίπεδο σωστής λειτουργίας τους (Filipek P. et al, 1999).

### **2.2.5. Συμπεριφορά και προσαρμοστικότητα**

Τόσο η αξιολόγηση των συμπεριφορών που αποκλίνουν από αυτό που ορίζουν οι κοινωνικές συνθήκες όσο και η κατάλληλη προσαρμογή σε διαφορετικά επικοινωνιακά πλαίσια είναι θεμελιώδες συστατικό στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου προφίλ του παιδιού (Freeman S. et al, 1999; Szatmari P. et al, 2003). Μάλιστα, η μέτρηση της προσαρμοστικότητας είναι μία απόδειξη του κατά πόσο ένα παιδί μπορεί να ανταπεξέλθει στις εναλλασσόμενες περιβαλλοντικές συνθήκες (Klin A., Sparrow S. S. et al, 2000). Παρατηρείται πολύ συχνά σε παιδιά υψηλής λειτουργικότητας, που έχουν φυσιολογική ή και ανώτερη επίδοση στα tests νοημοσύνης, να δυσκολεύονται σε μεγάλο βαθμό να χρησιμοποιήσουν τις γνωστικές τους ικανότητες σε κατάλληλες και αποδεκτές συμπεριφορές (Bolte E. R. and Routska F., 2002). Επομένως, η προσαρμοστικότητα σε διαφορετικές κοινωνικές καταστάσεις με αποδεκτή συμπεριφορά είναι ένας τομέας που πρέπει να αξιολογείται διεξοδικά επειδή αποτελεί βασικό στοιχείο στην αναγνώριση του αυτισμού αλλά και των συνοδών διανοητικών λειτουργιών.

### **2.2.6. Επικοινωνιακές και γλωσσικές δεξιότητες**

Η εκτίμηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι ζωτικής σημασίας σε μία ολοκληρωμένη αξιολόγηση ενός παιδιού με αυτισμό. Επίσης, το επίπεδο της εκφραστικής γλώσσας μαζί με το νοητικό δυναμικό του παιδιού αποτελούν αξιόσημαντους παράγοντες για τη μακροχρόνια βελτίωση σε όλους τους τομείς που υπάρχουν ελλείμματα (Marans W. D., 1997; Twachtman – Cullen D., 1998; Stone J. and Yoder P., 2001). Είναι αναγκαίο, λοιπόν, να συλλεχθούν πληροφορίες για τις επικοινωνιακές δεξιότητες του παιδιού τόσο σε λεκτικό όσο και εξωλεκτικό επίπεδο, οι οποίες όμως δεν πρέπει να περιορίζονται σε τυπικές, δομημένες πλευρές της γλώσσας, όπως άρθρωση, αντιληπτικό και εκφραστικό λεξιλόγιο.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην πραγματολογία, δηλαδή το να λες και να αντιλαμβάνεσαι το σωστό πράγμα με το σωστό τρόπο στον κατάλληλο τόπο και χρόνο, όπως αυτός ορίζεται από τις κοινωνικές συνθήκες (Βογινδρούκας Ι., 2016), και στις λειτουργίες που απαιτούνται για την κοινωνική επικοινωνία, όπως η εναλλαγή σειράς, το αίτιο – αποτέλεσμα, ο μεταφορικός λόγος κ.ά. Αντίστοιχα, είναι αναγκαίο να αξιολογηθούν οι μη λεκτικές ικανότητες που χρειάζονται για να επιτευχθεί η επικοινωνία και η κοινωνική αλληλεπίδραση, όπως η βλεμματική επαφή, οι χειρονομίες, οι εκφράσεις προσώπου και η στάση του σώματος. Αν και τα σταθμισμένα tests προβάλλουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με ειδικές παραμέτρους της ομιλίας και της γλώσσας, όσον αφορά τις πραγματολογικές δεξιότητες παρουσιάζουν περιορισμένες πληροφορίες, ειδικά σε παιδιά που ανήκουν στο υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας (Wetherby A. M., Schuler A. L. and Prizant B. M., 1997).

Επομένως, πρέπει να χρησιμοποιείται μεγάλη ποικιλία στρατηγικών, συμπεριλαμβανομένης της άμεσης παρατήρησης σε διαφορετικά πλαίσια επικοινωνίας, αν είναι δυνατόν, και της λήψης πληροφοριών από όλους όσους εμπλέκονται στην αναπτυξιακή πορεία του παιδιού (Stone J. and Caro – Martinez L. M., 1990; Prizant B. M. and Wetherby A. M., 1993).

Η μεγάλη εμπειρία πολλών ειδικών δείχνει ότι πολλά παιδιά με αυτισμό επιδεικνύουν ηλικιακά κατάλληλες ικανότητες στα tests που τους χορηγούνται στους τομείς της κατανόησης – έκφρασης, άρθρωσης, ροής ομιλίας, λεξιλογίου, σύνταξης και ανάγνωσης (Minshew N., Goldstein S. and Siegel B., 1995). Ωστόσο, τα ελλείμματα στην πραγματολογία και στην κοινωνική επικοινωνία είναι συνήθως πολλά και χρήζουν άμεσης παρέμβασης και πρωταρχικής στοχοθεσίας στο θεραπευτικό πλάνο (Landa R., 2000; Tager – Flusberg H., Paul R. and Lord C., 2005). Το πρόβλημα είναι ότι, όπως προαναφέρθηκε, η αναγνώριση των πραγματολογικών και κοινωνικών δυσλειτουργιών είναι δύσκολα ανιχνεύσιμη μέσα από τα γλωσσικά tests με αποτέλεσμα να αμελείται η παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών σ' αυτά τα παιδιά. Έτσι, αυτά τα ελλείμματα μπορεί να περιορίσουν τη

συμμετοχή σε ακαδημαϊκές δεξιότητες και σε δραστηριότητες που απαιτείται η επικοινωνία (Klin A., Sparrow S. S. et al, 2000). Επιπροσθέτως, οι πραγματολογικές διαταραχές τείνουν να γίνονται πιο εμφανείς και προβληματικές σε κοινωνικές και εκπαιδευτικές απαιτήσεις με το πέρασμα του χρόνου (Paul R. and Wilson K. P., 2009).

### **2.2.7. Αισθητηριακή επεξεργασία**

Πολλά παιδιά παρουσιάζουν ασυνήθιστες αισθητηριακές αντιδράσεις, οι οποίες συνήθως είναι από τους νωρίτερους προγνωστικούς παράγοντες για τη διάγνωση του αυτισμού (O' Neill J. L. and Jones W. R., 1997; Baranek G., 2002; Crane L., Goddard L. and Pring L., 2009). Αν και τα αισθητηριακά προβλήματα δεν συμπεριλαμβάνονται στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM – IV (στο DSM – 5 έχουν συμπεριληφθεί) και συχνά παραβλέπονται, αξίζει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή σ' αυτό το τομέα τόσο στην αξιολόγηση όσο και στην παρέμβαση (Dunn W., 2001; Harrison J. and Hare D. J., 2004). Η εκδήλωση της αισθητηριακής ανωριμότητας μπορεί να παρουσιαστεί είτε με υποευαισθησία είτε με υπερευαισθησία. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να μη γυρνά καθόλου το κεφάλι του προς ένα δυνατό ήχο, ενώ ένα άλλο μπορεί να αναστατώνεται από καθημερινούς ήχους φυσιολογικής έντασης. Τα ελλείμματα μπορούν να εμφανιστούν σε όλες τις αισθήσεις και πολλές φορές επηρεάζουν τη διατροφική προτίμηση των παιδιών με αποτέλεσμα να έχουν περιορισμένο διαιτολόγιο.

### **2.2.8. Εκτελεστική λειτουργία και προσοχή**

Αποδεδειγμένες έρευνες υποδεικνύουν ότι τα ελλείμματα στην εκτελεστική λειτουργία μπορεί να είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό του αυτισμού (Pennington R. C. and Ozonoff S., 1996; Ozonoff S., 1997; Hill E. L., 2004; Ozonoff S., South M.

and Provencal S., 2005). Η εκτελεστική λειτουργία είναι ένας ευρύς όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις γνωστικές διαδικασίες ανώτερης τάξης, όπως η πρωτοβουλία και η επιλογή απάντησης, η μνήμη εργασίας, ο σχεδιασμός ενός πλάνου ή μιας στρατηγικής, η γνωστική ευελιξία. Ακόμη, συμπεριλαμβάνει πολλές δεξιότητες που απαιτούνται για την εκτέλεση περίπλοκων συμπεριφορών, όπως ο σχεδιασμός, η αναχαίτιση, η οργάνωση, ο αυτοέλεγχος. Επιπλέον, εξαιτίας της συσχέτισης της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας με τον αυτισμό λόγω των παρόμοιων συμπτωμάτων που παρουσιάζουν στον τομέα της προσοχής (Goldstein S., Johnson C. R. and Minshew N., 2001; Ghaziuddin M., 2002), πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν την ανάγκη να γίνεται λεπτομερής αξιολόγηση στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ώστε να μην συγχέονται οι δύο διαταραχές.

#### **2.2.9. Δυσπραξικά στοιχεία**

Σε σύγκριση με άλλες αναπτυξιακές δεξιότητες, οι κινητικές επηρεάζονται λιγότερο στα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού. Ωστόσο, πολλά απ' αυτά έχουν προβλήματα στη λεπτή ή/και στην αδρή κινητικότητα και στον οπτικοκινητικό συντονισμό. Παρατηρείται, λοιπόν, μερικές φορές μη τυπική κινητική ανάπτυξη, μειωμένος συντονισμός κινήσεων και πραξιακά ελλείμματα (σε συντονισμό, εκτέλεση και αλληλουχία). Αποτελεί επομένως επιμέρους συστατικό της αξιολογητικής διαδικασίας ο έλεγχος της οπτικοκινητικής επεξεργασίας αλλά και του συντονισμού των κινητικών δεξιοτήτων (Wilkinson L. A., 2010). Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι η δυσπραξία μπορεί να είναι σωματική, δηλαδή σε όλο το σώμα στη λεπτή και την αδρή κινητικότητα, στοματική και λεκτική. Στις δύο τελευταίες επηρεάζεται σημαντικά η καταληπτότητα της ομιλίας και χρειάζεται στοχευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση σε συνδυασμό με τα υπόλοιπα προβλήματα που συνυπάρχουν.



### **2.2.10. Συνοδά συναισθηματικά προβλήματα**

Κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης τα παιδιά με αυτισμό ίσως αναπτύξουν προβλήματα σχετικά με τον ύπνο, το φαγητό, τη διάθεση, το επίπεδο διέγερσης, τον έλεγχο του θυμού και την επιθετικότητα. Οι έρευνες υποδεικνύουν ότι υπάρχει κίνδυνος να εμφανίσουν συνοδά συμπτώματα άλλων διαταραχών, όπως ΔΕΠ – Υ, αποδιοργανωτική διαταραχή της συμπεριφοράς, διαταραχές άγχους και διάθεσης (Ghaziuddin M., Weidmer – Mikhail E., 1998). Η κατάθλιψη είναι ένα από τα πιο συχνά συνοδά σύνδρομα σε άτομα με αυτισμό, κυρίως υψηλής λειτουργικότητας (Lainhart J. E. and Folstein S. E., 1994). Αυτά τα προβλήματα θα πρέπει να αξιολογηθούν όταν θα γίνουν εμφανή τέτοια συμπεριφορικά ελλείμματα ή παρουσιαστούν σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά ενός ατόμου (Koegel L., 1995; Quill K., 1995).

### **2.3. Διαγνωστικά εργαλεία**

Τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται πιο συχνά στην κλινική πρακτική από τη διεπιστημονική ομάδα είναι τα εξής:

- Η αναθεωρημένη διαγνωστική συνέντευξη για τον αυτισμό (ADI – R: Autism Diagnostic Interview – Revised), (Lord C. et al., 1994), η οποία είναι ημιδομημένη και ειδικά σχεδιασμένη για τη διερεύνηση του αυτισμού και τη διαφορική του διάγνωση από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές. Χρησιμοποιείται σε όλες τις ηλικίες και σε όλο το φάσμα των νοητικών δεξιοτήτων. Η συνέντευξη εστιάζεται στη συλλογή πληροφοριών από τους γονείς, κατά την ηλικιακή περίοδο 4 – 5 χρονών και στη παρούσα συμπεριφορά. Μέσα απ' αυτή τη συνέντευξη μπορούν να ταυτοποιηθούν συμπτώματα, τα οποία αναφέρονται στο διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM – IV (Lord C. and Corsello C. M., 2005).
- Η Διαγνωστική Συνέντευξη για Διαταραχές Κοινωνικότητας και Επικοινωνίας (DISCO: Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders), (Wing

L., 1999), εστιάζεται στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με την πρώιμη ανάπτυξη σε διαφορετικούς τομείς, στη συμπεριφορά και στη λειτουργικότητα. Ειδικό μέρος της συνέντευξης αφορά τη διαφοροδιάγνωση των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού από άλλες ψυχικές διαταραχές.

- Η Vineland Adaptive Behavior Scales – II (VABS – II), (Sparrow S. S., Balla D. and Cicchetti D., 2005), παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη λειτουργικότητα του ατόμου στην καθημερινή ζωή, στην κοινωνικότητα και στην επικοινωνία και απευθύνεται σε ηλικίες 0 έως 18 ετών.
- Η κλίμακα Childhood Autism Rating Scale (CARS), (Schopler E., Reichler R. J. and Renner B. R., 1988), στηρίζεται στις πληροφορίες από τους γονείς και στην απ' ευθείας παρατήρηση του ατόμου και παρέχει πληροφορίες για την ύπαρξη και τη σοβαρότητα της διαταραχής μετά την ηλικία των 24 μηνών.
- Η διαγνωστική δοκιμασία Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS), (Lord C. et al., 2000), ειδικά σχεδιασμένη για όλες τις ηλικίες, στηρίζεται στην απευθείας παρατήρηση του ατόμου και στη δημιουργία διαφορετικών καταστάσεων αλληλεπίδρασης μαζί του, ανάλογων της ηλικίας και της παρουσίας ή μη λόγου, με τη βοήθεια ειδικά σχεδιασμένου υλικού.
- Η δοκιμασία Psycho Educational Profile Revised (PEP – R) αξιολογεί το αναπτυξιακό επίπεδο παιδιών με αναπτυξιακή ηλικία έως 12 ετών και είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στη δημιουργία εξατομικευμένου ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος (Schopler E. et al., 1990).
- Η δοκιμασία Adult – Adolescent Psycho Educational Profile (AAPEP) είναι αντίστοιχη της προηγούμενης. Σχεδιάστηκε ειδικά για εφήβους και ενήλικες με αυτισμό, διαφορετικής σοβαρότητας, και αξιολογεί το επίπεδο των προεπαγγελματικών δεξιοτήτων. Τα αποτελέσματα είναι χρήσιμα για τη δημιουργία εκπαιδευτικού προγράμματος, ανάλογου της ηλικίας, των δεξιοτήτων και των αναγκών του ατόμου (Mesibov G. B. et al, 1989).
- Ένα διαγνωστικό εργαλείο που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των παιδιών με αυτισμό είναι το αναπτυξιακό ψυχοεκπαιδευτικό προφίλ. Αυτό εξετάζει τις

ικανότητες των παιδιών σε 10 σφαίρες : κοινωνικότητα, αντίληψη, μίμηση, γλωσσική έκφραση, γλωσσική πρόσληψη, γνωστική σφαίρα, αυτοεξυπηρέτηση, συντονισμός ματιού – χεριού, λεπτή κίνηση και αδρή κίνηση. Κάθε σφαίρα περιλαμβάνει τις σημαντικότερες δεξιότητες – ικανότητες που θα έπρεπε να είχε αναπτύξει ένα φυσιολογικό παιδί σε μια συγκεκριμένη ηλικία. Σημειώνοντας τις κερτημένες και τις αναδυόμενες συμπεριφορές και ικανότητες του παιδιού μπορεί να υπολογιστεί η νοητική του ηλικία. Το αναπτυξιακό προφίλ δεν είναι μόνο διαγνωστικό εργαλείο. Αποτελεί και οδηγό για την ιεράρχηση των στόχων της θεραπευτικής παρέμβασης, η οποία θα ξεκινήσει από τις σοβαρότερες δυσκολίες που επηρεάζουν περισσότερο τη ζωή του παιδιού και της οικογένειάς του.

- Το Wechsler Intelligence Scale for Children, Third Edition (WISC – III), (Wechsler D., 1991), αποτελείται από 13 υποκλίμακες: 6 από αυτές αξιολογούν τη λεκτική νοημοσύνη του παιδιού (πληροφορίες, ομοιότητες, αριθμητική, λεξιλόγιο, κατανόηση, μνήμη αριθμών) , ενώ οι υπόλοιπες 7 υποκλίμακες αξιολογούν την πρακτική νοημοσύνη (συμπλήρωση εικόνων, κωδικοποίηση, σειροθέτηση εικόνων, σχέδια με κύβους, συναρμολόγηση αντικειμένων, σύμβολα, λαβύρινθοι). Το γενικό νοητικό πηλίκο ή αλλιώς ο δείκτης νοημοσύνης υπολογίζεται με βάση το λεκτικό και το πρακτικό πηλίκο. Είναι η μόνη κλίμακα νοημοσύνης που έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό.
- Το Ages and Stages Questionnaire, δεύτερη έκδοση (ASQ). Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιεί τις αναφορές των γονιών για παιδιά ως την ηλικία των 3 ετών. Είναι σημαντικό να αναγνωρισθεί ότι οι ανησυχίες των γονιών για την ανάπτυξη των παιδιών τους είναι συνήθως σωστές. Υπάρχουν εκδόσεις και για άλλες ηλικιακές ομάδες. Παρόλο που είναι καλά σταθμισμένο και έγκυρο, είναι σύντομο και για αυτό χρησιμοποιείται περισσότερο ως προδιαγνωστικό εργαλείο.
- Το Child Development Inventories (CDI) περιλαμβάνει τρεις διαφορετικές μετρήσεις που καλύπτουν την ηλικία από τη γέννηση έως τον 72<sup>ο</sup> μήνα. Συμπληρώνεται από τους γονείς μέσα σε 5 – 10 λεπτά. Το CDI εξετάζει τυχόν

προβλήματα λόγου, κίνησης, γνωστικά, προσχολικά, κοινωνικά, αυτοελέγχου, συμπεριφοράς, υγείας.

- Το Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) βοηθά τους ειδικούς να εκμαιεύσουν και να ερμηνεύσουν τις ανησυχίες των γονιών. Προσδιορίζει κατά προσέγγιση την ύπαρξη καθυστερήσεων και δυσλειτουργιών και παρέχει στους ειδικούς στοιχεία για να πάρουν την απόφασή τους και να συμβουλέψουν τους γονείς. Οι γονείς πρέπει να απαντήσουν σε 10 ερωτήσεις, ενώ ο ειδικός μπορεί να το βαθμολογήσει και να το ερμηνεύσει σε 2 λεπτά. Το PEDS είναι έγκυρο και σταθμισμένο. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι γονείς είναι συνήθως ακριβείς και σωστοί σε αυτά που λένε.
- Η κλίμακα Bayley scales II (BS – II), (Bayley N., 1993), αποτελεί μια επανέκδοση της κλασσικής Bayley scales για τη βρεφική ανάπτυξη για παιδιά από 1 – 42 μηνών. Σε κλινικούς χώρους, η κλίμακα χρησιμοποιείται για να αναγνωρίσει παιδιά με αναπτυξιακή καθυστέρηση ή παιδιά υψηλού κινδύνου. Μπορεί να χορηγηθεί σε μία ή δύο ενότητες και χρειάζονται 45 – 60 λεπτά για να συμπληρωθεί. Οι τρεις κλίμακες που χρησιμοποιεί είναι:
  1. Γνωστική: περιλαμβάνει εκτίμηση αισθητηριακών και αντιληπτικών ικανοτήτων, μνήμης, επίλυσης προβλημάτων, εκφοράς λόγου και επικοινωνιακών δεξιοτήτων
  2. Κίνησης: περιλαμβάνει εκτίμηση του βαθμού ελέγχου του σώματος και της λεπτής κινητικότητας
  3. Συμπεριφοράς: περιλαμβάνει μέτρηση της προσοχής και της διέγερσης, προσανατολισμού και συναισθηματικού ελέγχου
- Η αναθεωρημένη κλίμακα νοημοσύνης Wechsler Pre – School and Primary Scale (WPPSI – R), (Wechsler D., 1989), είναι μια καθιερωμένη κλίμακα αξιολόγησης γνωστικών ικανοτήτων παιδιών 3 – 7 ετών. Η χορήγησή του διαρκεί περίπου 60 λεπτά.
- Το Australian Scale for Asperger's Syndrome (Attwood T., 1998) είναι μια κλίμακα γονέων και δασκάλων για παιδιά υψηλής λειτουργικότητας μεγαλύτερης

ηλικίας που δε διαγνώστηκαν κατά τα πρώτα σχολικά χρόνια. Περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις που αξιολογούνται σε κλίμακα από το 1 έως το 6 και ένα ερωτηματολόγιο με 10 ερωτήσεις χαρακτηριστικών συμπεριφοράς που αξιολογούνται με «ΝΑΙ» ή «ΟΧΙ». Αν η πλειοψηφία των απαντήσεων είναι μεταξύ του 2 και του 6 και «ΝΑΙ», τότε προτείνεται ένα άλλο, πιο ειδικό διαγνωστικό εργαλείο.

- Το Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) είναι ένα χρήσιμο εργαλείο, το οποίο μπορεί να προβλέψει αρκετά έγκυρα τα παιδιά που είναι πιθανόν να εμφανίσουν κάποια διαταραχή αυτιστικού φάσματος (Baird G. et al 2000; Baird G. et al 2001; Baron – Cohen S. et al., 2001). Συγκεκριμένα, το CHAT αξιολογεί τη βλεμματική επαφή ενηλίκου, το συμβολικό παιχνίδι και το προδηλωτικό δείξιμο. Η έλλειψη αυτών των δεξιοτήτων συνδέεται άμεσα με τις διαταραχές αυτιστικού φάσματος.
- Το ερωτηματολόγιο παιδικής ηλικίας συνδρόμου Asperger (CAST) είναι ένα εργαλείο για την εκτίμηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων του φάσματος του αυτισμού στα παιδιά. Απευθύνεται και συμπληρώνεται από τους γονείς και αποτελείται από 39 ερωτήσεις που απαντιούνται με «ΝΑΙ» ή «ΟΧΙ».
- Το Autism Quotient (AQ) είναι ένα ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από το Autism Research Centre at the University of Cambridge και δημοσιεύθηκε το 2001 με σκοπό τη διάγνωση ενηλίκων ατόμων με σύνδρομο Asperger. Αποτελείται από 50 ερωτήσεις που χωρίζονται σε 5 τομείς: 1)κοινωνικές δεξιότητες, 2)επικοινωνία, 3)φαντασία, 4)εμμονή στη λεπτομέρεια, 5)αντίσταση στην αλλαγή. Αυτοσυμπληρώνονται από τα άτομα που αξιολογούνται.
- Η δοκιμασία «Διαβάζοντας το νου με τα μάτια» (Baron – Cohen S., Wheelwright J., Hill E. L., Raste Y, Plumb I., 2001) είναι ένα προηγμένο εργαλείο μέτρησης του νου. Αποτελείται από 28 φωτογραφίες της περιοχής των ματιών ενηλίκων αντρών και γυναικών. Κάθε φωτογραφία συνοδεύεται από 4 πιθανές νοητικές καταστάσεις ή συναισθήματα που ταιριάζουν στη φωτογραφία (1 σωστή και 3 λανθασμένες). Από την οπτική πληροφόρηση και μόνο καλούνται οι

συμμετέχοντες να επιλέξουν ποια είναι η νοητική κατάσταση που ταιριάζει περισσότερο στο άτομο που απεικονίζεται.

- Το Assessment of Pragmatic Language and Social Communication (APLSC), (Hytter A., Applegate M. D., 2012), είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης της πραγματολογικής εξέλιξης στο φυσικό πλαίσιο. Χρησιμοποιείται σε παιδιά 3 – 8 ετών και αναλύει ποιοτικά τις παρατηρούμενες συμπεριφορές. Αποτελείται από 5 υποδοκιμασίες: 1)Ερωτηματολόγιο γονέα, 2)Ερωτηματολόγιο ειδικού – δασκάλου, 3)Αξιολόγηση ειδικού, 4)Παρατήρηση στην τάξη από τον ειδικό (προσομοιωμένες δραστηριότητες), 5)Αυτοσυμπληρούμενο από παιδιά μεγαλύτερα των 8 ετών. Το APLSC εμπεριέχει: προτιμώμενο επικοινωνιακό συνδιαλασσόμενο, επιθυμητό τρόπο επικοινωνίας, αποτέλεσμα επικοινωνίας, επικοινωνιακές λειτουργίες, ικανότητα για συζήτηση, κοινωνική αναγνώριση, επιτελικές λειτουργίες, αλληλεπίδραση.
- Το Test of Pragmatic Language (TOPL), (Phelps – Terasaki D., Phelps – Gunn T., 1992), είναι ένα αξιολογητικό εργαλείο που χορηγείται ατομικά και έχει ως αποτέλεσμα μια τυπική αξιολόγηση της πραγματολογικής και κοινωνικής διάστασης της γλώσσας. Σκοπός του εργαλείου είναι να παρέχει μια αναλυτική εικόνα της αποτελεσματικότητας και της καταλληλότητας των πραγματολογικών και κοινωνικών γλωσσικών ικανοτήτων του εξεταζόμενου. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ανεξαρτήτως ηλικίας και αποτελείται από 44 διαφορετικές αξιολογητικές καταστάσεις όπου οι περισσότερες συνοδεύονται από εικόνες. Έχει σχεδιαστεί και δομηθεί με βάση ένα σύστημα 3 διαστάσεων για να αξιολογήσει: τις 2 πραγματολογικές δομές της γλώσσας (αντιληπτικός κι εκφραστικός λόγος), τα 2 συστατικά της (πλαίσιο και περιεχόμενο), τις 6 πραγματολογικές μεταβλητές (θέμα και περιεχόμενο, αιτία ή κατεύθυνση, χρήση αφηρημένων εννοιών, οπτικές και κινητικές αναπαραστάσεις / χειρονομίες)
- Το πραγματολογικό προφίλ καθημερινών επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι ένα εργαλείο για τη συλλογή πληροφοριών σε σχέση με τις επικοινωνιακές ικανότητες του παιδιού στην καθημερινότητά του. Αποτελείται από μια δομημένη

συνέντευξη που πραγματοποιείται σε συνεργασία με το γονιό ή το φροντιστή. Παρέχει μια ποιοτική εικόνα των τυπικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων του παιδιού. Οι ερωτήσεις του πραγματολογικού προφίλ αναφέρονται σε συγκεκριμένα περιστατικά και σε καθημερινές εμπειρίες της οικογένειας για να μπορούν να απαντηθούν εύκολα. Αποτελείται από 2 συνεντεύξεις, η μία για παιδιά προσχολικής ηλικίας και η άλλη για παιδιά σχολικής ηλικίας (5 έως 10 ετών). Κάθε ερώτηση έχει και κάποιες πιθανές απαντήσεις, που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να διευκολύνουν τους συνεντευξιαζόμενους μόνο σε περίπτωση που έχουν δυσκολία να απαντήσουν. Κάθε συνέντευξη είναι χωρισμένη σε 4 τομείς και ο 4<sup>ος</sup> τομέας είναι ίδιος και στις δύο. Συγκεκριμένα, οι τομείς είναι: 1)Επικοινωνιακές λειτουργίες, 2)Ανταπόκριση στην επικοινωνία, 3)Αλληλεπίδραση και συζήτηση, 4)Επικοινωνιακό πλαίσιο

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Κλινική εικόνα

Τα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα, τα οποία είναι διάχυτα, δηλαδή επηρεάζουν διαφορετικούς τομείς στην αναπτυξιακή τους πορεία. Ωστόσο, είναι ιδιαίτερα σημαντικό και δεν πρέπει να παραλείπεται το γεγονός ότι κάθε παιδί μπορεί να έχει περισσότερα ή λιγότερα ελλείμματα και σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Γι' αυτό η κλινική εικόνα του καθένα απ' αυτά δεν μπορεί να χαρακτηριστεί πανομοιότυπη παρόλο που μερικές συμπεριφορές ενδέχεται να εκδηλώνονται με παρόμοιο τρόπο και στους ίδιους τομείς. Η αξιολόγηση και ο σχεδιασμός του θεραπευτικού προγράμματος πρέπει να ανταποκρίνεται στο αναπτυξιακό προφίλ του κάθε παιδιού. Στη συνέχεια θα αναφερθούν αναλυτικά τα βασικά χαρακτηριστικά των παιδιών στους τομείς που γίνονται εμφανή τα ελλείμματά τους. Οι τομείς αυτοί σχετίζονται κυρίως με την «τριάδα των διαταραχών», όπως περιγράφονται από την Wing L. (1979), οι οποίοι είναι:

- 1) Απόκλιση στις κοινωνικές σχέσεις χαρακτηριζόμενη από:
  - Απόσυρση και αδιαφορία για τους άλλους.
  - Παθητική αποδοχή των κοινωνικών προσεγγίσεων των άλλων.
  - Μονόπλευρη κοινωνική προσέγγιση, πιθανόν για την ικανοποίηση παράξενων και ασυνήθιστων ενδιαφερόντων.
  - Επιθυμία κοινωνικής επαφής, αλλά ελλιπής κατανόηση των λεπτών κανόνων της κοινωνικής συμπεριφοράς.
- 2) Απόκλιση της κοινωνικής επικοινωνίας που περιλαμβάνει:
  - Απουσία κάθε επιθυμίας για επικοινωνία.
  - Επικοινωνία περιορισμένη στην έκφραση βασικών αναγκών.
  - Σχολιασμό γεγονότων που δεν αποτελούν μέρος μιας κοινωνικής συναλλαγής και συχνά είναι άσχετα με το συναφές κοινωνικό πλαίσιο.
  - Έλλειψη γνώσης των αντιδράσεων των ακροατών και αδυναμία εμπλοκής σε αμοιβαίο διάλογο.



3) Απόκλιση της κοινωνικής κατανόησης και της φαντασίας στην οποία συμπεριλαμβάνονται:

- Απουσία μίμησης παιχνιδιού και αδυναμία ανάπτυξης συμβολικού παιχνιδιού.
- Ικανότητα μίμησης των πράξεων των άλλων, αλλά με ελλιπή κατανόηση του νοήματός τους και του σκοπού τους.
- Ανάληψη ρόλων με επαναλαμβανόμενο και στερεότυπο τρόπο.
- Έλλειψη στρατηγικών για την κατανόηση των σκέψεων και επιθυμιών των άλλων.

### **3.1. Επικοινωνία**

Επικοινωνία είναι η ικανότητα του ανθρώπου να εκφράζει και να μεταδίδει ιδέες και πληροφορίες με στόχο να επηρεάσει τη συμπεριφορά του άλλου (Kiernan C., Reid B., 1987). Για το σκοπό αυτό χρειάζεται ένας πομπός, ο οποίος να κωδικοποιεί το μήνυμα, και ένας δέκτης για την αποκωδικοποίηση ή πρόσληψη του μηνύματος. Ο καθένας από τους συμμετέχοντες στη διαδικασία αυτή πρέπει να έχει επίγνωση των αναγκών του άλλου, ώστε να είναι σίγουρη η αποτελεσματικότητα της μετάδοσης και της πρόσληψης του μηνύματος, και επίσης πρέπει να έχει πρόθεση για επικοινωνία. Η επικοινωνία μπορεί να επιτευχθεί με 3 τρόπους:

- 1) Με την αλληλεπίδραση, η οποία αποτελεί το σύνολο των αμοιβαίων διαπροσωπικών σχέσεων που διαμορφώνονται στη διαδικασία της από κοινού δραστηριότητας των ανθρώπων και η οποία συντελείται σε πλαίσιο συνθηκών που ελέγχονται από κανόνες συμπεριφοράς αποδεκτούς από την κοινωνία.
- 2) Με τις αισθήσεις, οπότε είναι απαραίτητη η αμοιβαία κατανόηση και εκτίμηση των ανθρώπων, για να αξιολογηθούν έτσι οι προοπτικές των κοινών δραστηριοτήτων.
- 3) Με ένα σύστημα επικοινωνίας, το οποίο χρησιμοποιείται για την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ αυτών που συμμετέχουν στην κοινή δραστηριότητα. Για το σκοπό αυτό είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα σύστημα συμβόλων, λεκτικό ή και

μη λεκτικό (Petrovski S., 1990). Τέτοια συστήματα μπορεί να είναι ο προφορικός λόγος, η νοηματική γλώσσα των κωφών, ο γραπτός λόγος ή ένα σύστημα γραφικών συμβόλων, όπως το MAKATON, το PECS (Kiernan C. et al, 1987).

Οι δυσκολίες, λοιπόν, που εμφανίζονται στην επικοινωνία και το λόγο συνθέτουν το σύμπτωμα εκείνο που κάνει αρχικά τους γονείς των παιδιών με αυτισμό να ανησυχήσουν και να ζητήσουν τη γνώμη του ειδικού (Παπαγεωργίου Β., Βογινδρούκας Ι., 1999). Η διαταραγμένη κοινωνική επικοινωνία φαίνεται να συνιστά την αρχική δυσκολία του παιδιού με αυτισμό, η οποία επηρεάζει άμεσα τις επικοινωνιακές δεξιότητες. Πολλοί ερευνητές (Newson E., 1984; Hobson R. B., 1993; Frith U., 1994) υποστηρίζουν ότι η δυσκολία στην κατανόηση των εκφράσεων του προσώπου, στην εγκαθίδρυση οπτικής επαφής, στην εμπλοκή σε συμπεριφορές «εναλλαγής σειράς», η απόκλιση στην ανάπτυξη κοινωνικού συγχρονισμού και η έλλειψη «ενσυναίσθησης» για τις απόψεις και τα συναισθήματα των άλλων, εντάσσονται στις δυσκολίες που δεν επιτρέπουν στα παιδιά με αυτισμό να αναπτύξουν προλεκτικές επικοινωνιακές συμπεριφορές, που θα τις χρησιμοποιήσουν για την ανάπτυξη του λόγου και τη σωστή χρήση του αργότερα. Επίσης, η δυσκολία στην κατάκτηση νέων πληροφοριών, εξαιτίας της δυσκολίας στη λεκτική επεξεργασία, η ακαμψία της σκέψης, η δυσκολία γενίκευσης των γνώσεων και το έλλειμμα μάθησης μέσα από εμπειρίες επηρεάζουν τη γενικότερη λεκτική και επικοινωνιακή ανάπτυξη των παιδιών αυτών, εμποδίζοντας την εγκαθίδρυση και χρήση συμβολισμών και αφηρημένης σκέψης (Jordan R., 1996).

Η ανάπτυξη της επικοινωνίας στα παιδιά με αυτισμό ακολουθεί την ίδια πορεία με αυτή των φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών, αλλά εμποδίζεται σε διαφορετικά αναπτυξιακά στάδια, επηρεαζόμενη από τη νοητική δυνατότητα των παιδιών και το βαθμό της αυτιστικής τους διαταραχής. Αν ακολουθήσουμε το μοντέλο των Bates E., Kamaoni L., Volterra V. (1975), στους πρώτους μήνες της ζωής όλα τα βρέφη, ακόμα και αυτά με αυτισμό, βρίσκονται στο πρώτο στάδιο ανάπτυξής τους, το επονομαζόμενο ως «διαλεκτικό». Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται ως μονομερής επικοινωνία, επειδή το κλάμα λειτουργεί ως

αντανακλαστική αντίδραση και όχι ως επικοινωνιακή συμπεριφορά. Παρόλα αυτά όμως το κλάμα λειτουργεί επικοινωνιακά προς το περιβάλλον, αφού το κάνει να αντιδρά σε αυτή την έμφυτη αντανακλαστική πράξη του βρέφους. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν έρευνες (Ricks D. M., 1975; Wing L., 1976) που υποδεικνύουν ότι τα σημάδια της αυτιστικής διαταραχής είναι εμφανή από την πρώτη βρεφική ηλικία και συσχετίζονται με την ποιότητα του κλάματος, καθώς αυτό τείνει να είναι μονότονο και δυσερμήνευτο, έχει βρεθεί ότι τα βρέφη με αυτισμό εκφράζουν τα ίδια συναισθήματα με αυτά των φυσιολογικά αναπτυσσόμενων βρεφών μέσω του κλάματος (αίτηση, έλλειψη, χαιρετισμό, έκπληξη), παρόλο που το κλάμα παράγεται με ιδιοσυγκρασιακό τρόπο (Ricks D. M., 1975). Η σοβαρή παρέκκλιση στην ανάπτυξη της επικοινωνίας στα βρέφη με αυτισμό αρχίζει κατά το δεύτερο στάδιο του μοντέλου της Bates E. Στο στάδιο αυτό, το οποίο ονομάζεται «εκφωνητικό», μερικά βρέφη με αυτισμό δεν εγκαθιδρύουν την απαιτούμενη βλεμματική επαφή και δε συμμετέχουν στο ηχητικό παιχνίδι «εναλλαγής σειράς» (Newson E., 1979). Επίσης, δε χρησιμοποιούν το δείξιμο ως επικοινωνιακή συμπεριφορά για να προσελκύσουν ή να κατευθύνουν την προσοχή του ενήλικα (συμπεριφορές πρωτοδηλώσεων) ή για να εκφράσουν την επιθυμία τους (πρωτοπροστακτικές συμπεριφορές). Από τα παιδιά με αυτισμό, αυτά που είναι υψηλής λειτουργικότητας ή ανήκουν στο σύνδρομο Asperger μπορεί να εμφανίσουν πρωτοπροστακτικές συμπεριφορές, δηλαδή να δηλώσουν την επιθυμία τους προς τον ενήλικα με σκοπό να ικανοποιήσουν την ανάγκη τους, αλλά δεν αναπτύσσουν συμπεριφορές πρωτοδηλώσεων, δηλαδή να στρέψουν την προσοχή του ενήλικα προς ένα αντικείμενο με στόχο να αλλάξουν τη δική του νοητική κατάσταση. Η συμπεριφορά αυτή προϋποθέτει την ύπαρξη της γνώσης ότι ο άλλος μπορεί να μην γνωρίζει ή να μην έχει προσέξει κάτι, προϋποθέτει δηλαδή την κατανόηση της θεωρίας του νου, σύμφωνα με την οποία ο ομιλητής μπαίνει στη θέση του άλλου, δηλαδή αντιλαμβάνεται ότι ο ακροατής έχει σκέψεις, επιθυμίες, πεποιθήσεις σε μορφές νοητικών αναπαραστάσεων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του περισσότερο από τη φυσική κατάσταση του κόσμου (Premack D., Woodruff G., 1978; Howlin P.,

1999). Ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών με αυτισμό, που κυμαίνεται μεταξύ 50 – 80 % (Jordan R., 1996) περνά στο τρίτο στάδιο του μοντέλου της Bates E. και των συνεργατών της, το επονομαζόμενο «λεκτικό» και αναπτύσσει προφορικό λόγο. Όμως, μην έχοντας περάσει από όλα τα αναπτυξιακά στάδια της επικοινωνίας, ο λόγος τους είναι περιορισμένος και υπολείπεται στη χρήση του. Οι τομείς του λόγου, οι οποίοι επηρεάζονται ιδιαίτερα από την αυτιστική διαταραχή, τόσο στην κατανόηση όσο και στην έκφραση, είναι αυτοί που συσχετίζονται με τα παραλεκτικά στοιχεία του λόγου, δηλαδή με την προσωδία του (χροιά φωνής, ένταση, δύναμη, επιτονισμός) (Andersen – Wood L., Smith B. R., 1997), με τα μη λεκτικά του στοιχεία (στάση σώματος, απόσταση, εκφράσεις προσώπου κλπ.) και με τον πραγματολογικό χαρακτήρα του λόγου, δηλαδή με τη χρήση του στην καθημερινή επικοινωνιακή πρακτική.

### **3.1.1. Πραγματολογία**

Σύμφωνα με τους Mc Tear M. F. & Conti – Ramsden G. (1992), η πραγματολογία εξετάζει τη χρήση της γλώσσας ως κοινωνική πράξη, ως κατάλληλη συμπεριφορά και ως επικοινωνιακή πρόθεση. Η χρήση της γλώσσας ως «κοινωνική πράξη» αναφέρεται στη γνώση των κοινωνικών κανόνων και στην κατανόηση των προθέσεων, των επιθυμιών και των επικοινωνιακών στρατηγικών του ομιλητή. Ως «κατάλληλη συμπεριφορά» σχετίζεται με τον τρόπο που αυτή χρησιμοποιείται, λαμβάνοντας υπόψη το πλαίσιο της επικοινωνίας και ως «επικοινωνιακή πρόθεση» αναφέρεται στη σκοπιμότητα της επικοινωνίας του ατόμου με τους άλλους, δηλαδή στο σημαντικό μήνυμα που ο ομιλητής θεωρεί ότι έχει να μεταβιβάσει στον ακροατή και που πιστεύει ότι τον ενδιαφέρει. Σύμφωνα με τα παραπάνω, με τον όρο πραγματολογία ορίζεται η επιδέξια επικοινωνία μέσω της ικανότητας του ατόμου να μπορεί να λέει το σωστό πράγμα, με το σωστό τρόπο, στο σωστό τόπο και χρόνο, όπως αυτός ορίζεται από την κοινωνική ομάδα. Πολύ συχνά, λοιπόν, εμφανίζονται στην κλινική πρακτική παιδιά με αυτισμό, συνήθως υψηλής λειτουργικότητας ή με

σύνδρομο Asperger, τα οποία έχουν επαρκώς ανεπτυγμένα τα σημασιολογικά δίκτυα, τη μορφοσύνταξη, τη γραμματική και το λεξιλόγιο τους, αποτυγχάνοντας όμως σε μεγάλο βαθμό στον τομέα των πραγματολογικών δεξιοτήτων (O' Brien Towle P., 2013).

Οι δυσκολίες στον πραγματολογικό τομέα αφορούν στην έκφραση της επικοινωνιακής πρόθεσης, στο χειρισμό της συζήτησης, στην προϋποτιθέμενη γνώση και στις κοινωνικές γνώσεις. Συνοδεύονται από εμμονές, ιδιοσυγκρασιακό στυλ, έλλειψη ευγένειας, ντροπαλότητα, μη ευελιξία, έλλειψη συνεργασίας, έλλειψη ενσυναίσθησης, έλλειψη γνώσεων για τη θέση και το ρόλο κάποιου, έλλειψη σεβασμού, αδιαλλαξία, δυσπιστία, επιθετικότητα, δειλία, ροπή στο πείραγμα, ζήλια και υπερβολική εξάρτηση (MacKay G., Anderson C., 2002). Οι πραγματολογικές δυσκολίες μπορεί να συνυπάρχουν με νευρολογικές ασθένειες, ψυχιατρικές καταστάσεις, γνωστικές και γλωσσικές δυσκολίες και ανωριμότητα. Η πρώτη έρευνα, σύμφωνα με τον Eales H. (1993), η οποία έγινε για να διαπιστωθούν οι δυσκολίες της πραγματολογίας στα παιδιά με αυτισμό ήταν της Baltaxe C. (1977). Σύμφωνα με αυτή παρατηρήθηκε ότι υπάρχουν δυσκολίες στην εναλλαγή των ρόλων ακροατή – ομιλητή, στην τήρηση των κοινωνικών κανόνων κατά τη συζήτηση και στη διάκριση παλιάς και νέας πληροφορίας μέσω της χρήσης συγκεκριμένων λέξεων. Επίσης οι Ball J. (1978) και Baron – Cohen S. (1988) παρατήρησαν ότι τα παιδιά με αυτισμό φαίνεται να μην αναγνωρίζουν ότι η γλώσσα εξυπηρετεί την πληροφόρηση των συνδιαλεγόμενων με αποτέλεσμα να τη χρησιμοποιούν για να χειριστούν τους άλλους και όχι για να επικοινωνήσουν μαζί τους. Εκτός από τα παραπάνω, δυσκολίες υπάρχουν ακόμη στην κατανόηση των αντιδράσεων του ακροατή, καθώς επίσης και στην προϋποτιθέμενη γνώση, που αφορά στην εκτίμηση του γνωστικού του επιπέδου. Τα άτομα με αυτισμό έχουν μεγάλες δυσκολίες στην πρόσληψη πληροφοριών από κώδικες της μη λεκτικής επικοινωνίας, για να κρίνουν αν αυτό που λένε ενδιαφέρει ή όχι το συνομιλητή τους και ακόμη να αντιληφθούν, μέσω της αναγνώρισης των μη λεκτικών συμπεριφορών, την πρόθεσή του (Jordan R., 1996). Οι δυσκολίες στη συζήτηση αφορούν την εναλλαγή σειράς, η οποία

προϋποθέτει την κοινωνική γνώση ότι η συζήτηση είναι αμφίδρομη διαδικασία αλληλεπίδρασης με απαραίτητη τη χρήση των μη λεκτικών πληροφοριών και του κοινωνικού συγχρονισμού (Grice H. P., 1975). Επίσης, μεγάλες δυσκολίες παρατηρούνται στη διατήρηση του θέματος, στην κατάθεση γνώσεων και απόψεων κατάλληλων ως προς το θέμα και στη διόρθωση της συζήτησης, αν και όπου αυτό χρειάζεται (Flack A., 1996).

Επειδή ο τομέας της πραγματολογίας παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της επικοινωνίας, στο Παράρτημα στον Πίνακα 2 (σελ. 151) συνοψίζονται όλες οι δεξιότητες που απαιτούνται για την επιτυχή επικοινωνία. Επίσης, στη συνέχεια αναφέρεται η χρονολογική ηλικία στην οποία αναπτύσσονται, αλλά και συνδυάζονται οι ικανότητες αυτές.

### **3.2. Κοινωνική αλληλεπίδραση**

Όσον αφορά την κοινωνική αλληλεπίδραση, αποτελεί έναν τομέα στον οποίο παρατηρούνται ελλείμματα σε όλα τα παιδιά με αυτισμό. Ο καλύτερος τρόπος να καταλάβουμε πώς αλληλεπιδρά ένα παιδί είναι μέσω της άμεσης παρατήρησης σε διαφορετικά επικοινωνιακά πλαίσια. Παρακάτω παρατίθενται συχνές ερωτήσεις που γίνονται σχετικά με τις ικανότητες αλληλεπίδρασης των παιδιών με αυτισμό, χωρισμένες σε 3 τομείς, οι οποίες θα απαντηθούν στη συνέχεια.

#### **1. Κοινωνική συμμετοχή και ενδιαφέρον**

- Πώς το παιδί δείχνει ότι ενδιαφέρεται για τους άλλους και είναι έτοιμο να συμμετέχει;
- Πώς προσαρμόζει τη στάση του σώματός του ώστε να έχει την ευκαιρία να εμπλεχτεί με άλλους;
- Πώς χρησιμοποιεί τη βλεμματική επαφή του για να δείξει ενδιαφέρον για συμμετοχή και πώς παρακολουθεί τα πρόσωπα των άλλων για να εξάγει πληροφορίες σχετικά με την πορεία της αλληλεπίδρασης;

- Πώς συμπεριφέρεται όταν εμπλέκεται σε μία διαδικασία αλληλεπίδρασης και πώς απαντάει όταν οι άλλοι ξεκινούν να αλληλεπιδούν μαζί του;
2. Ενσυναίσθηση
- Πώς το παιδί ανταλλάσσει συναισθηματικές πληροφορίες με άλλους;
  - Πώς κατανοεί τα συναισθήματα των άλλων;
  - Πώς συμπεριφέρεται με βάση τη συναισθηματική κατάσταση των άλλων;
3. Ικανότητα για αλληλεπίδραση
- Πώς το παιδί αλληλεπιδρά σε μία ποικιλία καταστάσεων σε αναμενόμενες και πρωτότυπες ρουτίνες και σε ελεύθερης ροής αμοιβαία κοινωνική ανταλλαγή;
  - Μπορεί να υποστηρίξει μία αλληλεπίδραση που μόλις άρχισε;

(O' Brien Towle P., 2013)

### 3.2.1. Φυσική εγγύτητα

Για να αλληλεπιδράσει ένα παιδί χρειάζεται να είναι αρκετά κοντά στους άλλους ώστε να παρατηρήσει τι κάνουν, να τραβήξει την προσοχή τους, να εμπλεχτεί στη δράση και να παρακολουθήσει τις αντιδράσεις τους. Τα παιδιά με αυτισμό όμως είναι συνηθισμένα στο να κλείνονται στον εαυτό τους και να ασχολούνται με τα δικά τους ενδιαφέροντα μόνο. Είναι σημαντικό επομένως να παρατηρήσουμε αν ένα παιδί ξοδεύει περισσότερο χρόνο μόνο του απ' ότι με άλλους ανθρώπους που βρίσκονται στο οπτικό του πεδίο για πολλή ώρα.

Τα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού ίσως έχουν ασυνήθιστα αισθητηριακά ενδιαφέροντα ή επαναληπτικές συμπεριφορές που τα αναστατώνουν και συμβάλλουν στην εκδήλωση της απομόνωσης. Αντίθετα, τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, εξερευνώντας τη λειτουργία μερικών αντικειμένων ίσως επιλέξουν κι αυτά μοναχικό τρόπο παιχνιδιού, αλλά κατά τη διάρκεια του χρόνου αυτού θα αναζητήσουν τη συμμετοχή και την κοινωνική αλληλεπίδραση έστω και για σύντομο χρονικό διάστημα. Απ' την άλλη πλευρά, τα άτομα με αυτισμό συνήθως θα αποφύγουν ή θα δείξουν αδιαφορία να προσπαθήσουν να αλληλεπιδράσουν με

τους άλλους. Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις συστηματικά αποφεύγουν να βρίσκονται κοντά με άλλους ανθρώπους και σε ενδεχόμενη προσπάθεια προσέγγισής τους απομακρύνονται. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις που είναι ικανά να ανεχτούν τη φυσική εγγύτητα και την παράλληλη δραστηριότητα σε καταστάσεις που είναι οικείες γι' αυτά. Όταν εισαχθούν καινούρια στοιχεία που δεν σχετίζονται με την καθημερινή τους ρουτίνα είναι πολύ πιθανόν να προκληθεί η απόσυρσή τους (O' Brien Towle P., 2013).

### 3.2.2. Βλεμματική επαφή

Η βλεμματική επαφή, ή μάλλον η απουσία της, είναι ένα από τα πιο γνωστά συμπτώματα του αυτισμού. Όμως, η παρουσία ή η απουσία της δεν είναι ο πιο αξιόπιστος τρόπος για να σκεφτούμε σχετικά με αυτή τη συμπεριφορά σε σχέση με τον αυτισμό. Είναι πιο χρήσιμο να σκεφτούμε πώς το παιδί χρησιμοποιεί τη βλεμματική επαφή. Μερικά παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού κοιτούν τα πρόσωπα των άλλων με τακτικότητα χωρίς όμως να χρησιμοποιούν τη βλεμματική επαφή με αποτελεσματικό τρόπο. Για να κριθεί επομένως η δεξιότητα αυτή ως προς την αποτελεσματικότητά της θα πρέπει να παρουσιάζεται σε συνδυασμό με τα εξής χαρακτηριστικά σύμφωνα με τους O' Brien Towle P. (2013):

- *Πρώιμη εμφάνιση πρωτοπροστακτικών και πρωτοδηλωτικών δεξιοτήτων:* Το παιδί ζητάει απ' τον ενήλικα να πάρει κάτι (μέσω ήχων, χειρονομιών, βλεμματικής επαφής ή συνδυασμό τους) και γι' αυτό μοιράζεται την προσοχή του για ένα αντικείμενο ή γεγονός εναλλάσσοντας το βλέμμα του μεταξύ του ανθρώπου και του αντικειμένου.
- *Κοίταγμα ενός ατόμου σε συνδυασμό με άλλες επικοινωνιακές δεξιότητες για να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα ως προς την ερμηνεία του μηνύματος:* Κοιτάζοντας ένα άτομο γίνεται ξεκάθαρο σε ποιον στέλνεται το μήνυμα και εναλλάσσοντας το βλέμμα μεταξύ αυτού και του αντικειμένου δίνεται



περισσότερη έμφαση σ' αυτό που ζητείται. Επίσης, επειδή το συναισθηματικό περιεχόμενο γίνεται κατανοητό μέσω των ματιών και των εκφράσεων του προσώπου, η κατεύθυνση του βλέμματος προσθέτει πληροφορίες σχετικά με τα συναισθήματα του παιδιού κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης. Για παράδειγμα, οι εκφράσεις του προσώπου μπορεί να δείχνουν χαρά, κούραση, ανάγκη, βαρεμάρα, ανησυχία κ.ά. Όταν, λοιπόν, οι πληροφορίες αυτές είναι διαθέσιμες στον παραλήπτη του μηνύματος υπάρχει η δυνατότητα να κατευθυνθεί με σωστό τρόπο η αλληλεπίδραση.

- *Παρακολούθηση των προσώπων και των ματιών για την εξαγωγή κοινωνικών πληροφοριών:* Αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές συμπεριφορές που πρέπει να παρατηρούνται στα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο για να διαγνωστούν με αυτισμό. Μέσα απ' αυτή τη δεξιότητα σηματοδοτείται ένα μέρος της κοινωνικής κατανόησης του παιδιού. Κοιτάζοντας τα μάτια και το πρόσωπο των άλλων μπορούμε να απαντήσουμε σε ερωτήσεις που μας γεννιούνται κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης, όπως «Πάνε όλα καλά;», «Ο συμμετοχος εγκρίνει αυτά που κάνω ή λέω;», «Πρέπει να συνεχίσω να το κάνω αυτό;», «Έκανα το σωστό πράγμα;». Επιπλέον, από το πρόσωπο του συνδιαλεγόμενου μπορούν να αντληθούν πληροφορίες σχετικά με τη συνέχεια της αλληλεπίδρασης. Δηλαδή, μπορεί από τον τρόπο που κοιτάζει να περιμένει να πάρω τη σειρά μου ή να τον μιμηθώ. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά και οι ενήλικες με αυτισμό τείνουν να εστιάζουν την προσοχή τους σε μη κοινωνικές πληροφορίες όταν κοιτούν εικόνες ή ταινίες και αντίστοιχα όταν στρέφουν το βλέμμα τους στα πρόσωπα των ανθρώπων κοιτούν περισσότερο στο στόμα παρά στα μάτια (Falck – Ytter T., von Hofsten C., 2011). Επιπροσθέτως, άτυπες αναφορές από άτομα με αυτισμό έχουν καταστήσει σαφές ότι μερικές φορές το να κάνουν βλεμματική επαφή τα υπερδιεγείρει και άλλες φορές τους αποσπά την προσοχή ή τους προκαλεί ανησυχία. Η αποφυγή της βλεμματικής επαφής είτε προέρχεται από έλλειψη ενδιαφέροντος είτε εξαιτίας της υπερδιέγερσης που προκαλεί, έχει ως

αποτέλεσμα τη μη πρόσληψη των κοινωνικών πληροφοριών που στέλνονται από τα μάτια και το πρόσωπο.

- *Ικανότητα να ακολουθείται το βλέμμα ενός άλλου ανθρώπου:* Ακολουθώντας το βλέμμα του ατόμου με το οποίο διεξάγεται η αλληλεπίδραση μπορούν να εξαχθούν συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με το που να κοιτάζει στη συνέχεια ώστε να συνεχιστεί αποτελεσματικά η αλληλεπίδραση. Μέσα απ' αυτή τη συμπεριφορά τα παιδιά μπορούν να καταλάβουν ότι το άτομο με το οποίο αλληλεπιδρούν μπορεί να τα βοηθήσει να παίξουν μαζί ή να μάθουν πράγματα για τα οποία ενδιαφέρονται.
- *Εξαγωγή κοινωνικών συσχετίσεων από καινούριες πληροφορίες:* Έρευνες έχουν δείξει ότι αν ένα πολύ μικρό παιδί δει κάτι καινούριο για το οποίο αρχίσει να διερωτάται, τότε θα κοιτάξει το γονιό για να δει πώς θα αντιδράσει αυτός και στη συνέχεια θα δράσει με έναν παρόμοιο τρόπο (Striano T., Rochat P., 2000). Σ' ένα πείραμα παρουσιάστηκε σ' ένα παιδί ένα μικρό ρομπότ που έκανε θόρυβο και ζητήθηκε απ' τη μαμά να φαίνεται είτε φοβισμένη είτε χαρούμενη βλέποντας το ρομπότ. Παρατηρήθηκε, λοιπόν, ότι στις περισσότερες περιστάσεις, αφού το παιδί κοίταζε τη μητέρα του, η οποία ήταν φοβισμένη, τότε φοβόταν κι αυτό και απέφευγε το ρομπότ, ενώ όταν η μητέρα του φαινόταν χαρούμενη βλέποντας το ρομπότ, το παιδί χαλάρωνε και ήθελε να παίξει μ' αυτό.

### **3.2.3. Κοινωνική πρωτοβουλία**

Ο πιο συνηθισμένος τρόπος για ένα παιδί (12 – 18 μηνών) να εμπλέξει τον ενήλικα είναι να του δώσει ένα αντικείμενο. Από αναπτυξιακή ματιά αυτή η συμπεριφορά εξυπηρετεί πολλούς σκοπούς. Αρχικά, με αυτό τον τρόπο το παιδί αποκτά γνώση των αντικειμένων παρακολουθώντας τον τρόπο που τα χειρίζεται ο ενήλικας. Επίσης, μαθαίνει το όνομα του αντικειμένου και κάνει απόπειρα να

αλληλεπιδράσει μ' αυτό. Με τον ένα ή τον άλλο τρόπο αυτές οι απόπειρες συχνά οδηγούν σε επιτυχείς κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.

Ωστόσο, η κοινωνική πρωτοβουλία είναι μία συμπεριφορά εμφανώς απύσχα στα παιδιά με αυτισμό. Δεν προσεγγίζουν τους άλλους με σκοπό να έχουν μία αλληλεπίδραση ακόμα και με ενήλικες ή παιδιά που είναι ξεκάθαρα διαθέσιμα τη συγκεκριμένη στιγμή. Βέβαια, πολλά παιδιά, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που είναι λιγότερο λειτουργικά, θα μάθουν να προσεγγίζουν τον ενήλικα με σκοπό ένα επιθυμητό αντικείμενο ή μία πράξη. Η σημαντική διαφορά είναι ότι δεν θα χρησιμοποιήσουν τη βλεμματική επαφή σε συνδυασμό με άλλες επικοινωνιακές δεξιότητες με τον τρόπο που απαιτείται. Πολύ βασικό στοιχείο είναι ότι όταν πάρουν το αντικείμενο που επιθυμούν τότε η αλληλεπίδραση είναι πολύ πιθανόν να σταματήσει (O' Brien Towle P., 2013). Επομένως, γίνεται κατανοητό ότι η πρωτοβουλία στα παιδιά με αυτισμό είναι μία δεξιότητα που απουσιάζει, αλλά και όταν εμφανίζεται αποσκοπεί στην κατάκτηση ενός επιθυμητού αντικειμένου και έχει σύντομο τέλος χωρίς επικοινωνιακό αποτέλεσμα.

#### **3.2.4. Απάντηση σε πρωτοβουλία των άλλων**

Προφανώς, το παιδί που αναπτύσσει δεξιότητες αλληλεπίδρασης χρειάζεται να είναι ικανό να απαντήσει και σε απόπειρες κοινωνικής πρωτοβουλίας των άλλων ανθρώπων. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για να δοθεί μία απάντηση, όπως κοιτάζοντας, μιλώντας, πλησιάζοντας πιο κοντά ή κάνοντας μια συγκεκριμένη πράξη. Αυτού του είδους οι συμπεριφορές είναι εμφανώς απύσχα σε παιδιά με αυτισμό, γεγονός που επιδεινώνει τη δυσκολία στη διαδικασία της αλληλεπίδρασης. Μία από τις πιο γνωστές και συνηθισμένες συμπεριφορές που παρατηρούνται είναι η αδιαφορία στο κάλεσμα του ονόματός τους. Βέβαια αυτός είναι μόνο ένας από τους πολλούς τρόπους με τους οποίους τα παιδιά με αυτισμό δεν αντιδρούν στις προσπάθειες των άλλων να τους προσεγγίσουν (O' Brien Towle P., 2013).

### 3.2.5. Συναισθηματική έκφραση

Έρευνες για την αναπτυξιακή πορεία των παιδιών έχουν δείξει ότι χρησιμοποιώντας τους πολλούς μύες του προσώπου τους (50+) είναι ικανά από τους πρώτους μήνες της ζωής τους να εκφράσουν τα βασικά συναισθήματα (θυμός, αηδία, φόβος, χαρά, λύπη, έκπληξη) (Camras L. A., Fatani S., 2008). Όσο το παιδί αναπτύσσεται είναι ικανό να εκφράσει ανάμεικτα συναισθήματα. Όσον αφορά τα παιδιά με αυτισμό διατηρούν μία ουδέτερη έκφραση χωρίς να αναγνωρίζονται ξεκάθαρα τα συναισθήματά τους τις περισσότερες φορές. Τα περισσότερα θα δείξουν πολύ αναστατωμένα όταν φοβούνται, πονάνε ή απογοητεύονται και με τον ίδιο τρόπο θα δείξουν χαρά και απόλαυση δίνοντάς τους τα αγαπημένα τους παιχνίδια. Η διαφορά που παρατηρείται με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης είναι η έκταση με την οποία εκφράζουν τα περισσότερα συναισθήματα, αφού τα παιδιά χωρίς αυτισμό είναι ικανά να εκφράζουν βασικά, αλλά και σύνθετα συναισθήματα, όπως προφύλαξη, ντροπαλότητα, πρόβλεψη, ανησυχία, χαλάρωση.

Το παιδί με αυτισμό δείχνει ψυχρό και ανέκφραστο στις εκδηλώσεις αγάπης των άλλων. Δεν εκδηλώνει την ευχαρίστησή του για ό,τι του αρέσει. Δέχεται απλώς το αρεστό αντικείμενο με παγερή έκφραση, συνήθως χωρίς να χαμογελάσει. Η δυσαρέσκειά του εκδηλώνεται με κραυγές, χτυπήματα άσκοπες κινήσεις ή και παλινδρόμηση. Η απομάκρυνση αγαπημένων προσώπων, η αλλαγή περιβάλλοντος, η στέρηση αρεστών αντικειμένων, η πιεστική επικοινωνία μαζί του, οι απαιτήσεις που είναι ανώτερες από τις δυνατότητές του, μπορούν να του προκαλέσουν δυσαρέσκεια. Έχει συναισθηματική αστάθεια και συχνές μεταπτώσεις από την ηρεμία στις έντονες εκδηλώσεις και από την ευχαρίστηση στο άγχος και τις φωνές. Μάλιστα μερικές φορές μπορεί να αλλάξει η διάθεσή του από ασήμαντες και απρόβλεπτες αιτίες γκρινιάζοντας χωρίς να υπάρχουν φανεροί λόγοι (Χίτογλου – Αντωνιάδου Μ., Κεκές Γ., Χίτογλου – Χατζή Σ., 2000).

### **3.2.6. Μίμηση**

Η ικανότητα της μίμησης θεωρείται ότι συχνά λείπει στα παιδιά με αυτισμό λόγω της δυσκολίας τους να διατηρήσουν την προσοχή τους στους άλλους, να παρακολουθήσουν τι κάνουν και να βρουν ένα κίνητρο για να είναι σαν αυτούς. Ωστόσο, μερικά παιδιά μπορούν να μιμηθούν τους άλλους εάν ενδιαφέρονται για τα αντικείμενα ή τις δραστηριότητες. Όμως, η μίμηση θα περιοριστεί στα αντικείμενα και όχι στις κοινωνικές συμπεριφορές. Παρόλα αυτά τα παιδιά που μπορούν να μιμηθούν βρίσκονται σ' ένα καλό στάδιο για να αρχίσουν να προσθέτουν όλο και περισσότερες συμπεριφορές μέσω της άμεσης διδασκαλίας, της προτροπής και της ακολούθησης μοντέλου. Όσο για τα παιδιά που δεν έχουν μάθει να μιμούνται πρώτα πρέπει να μάθουν να το κάνουν για να προχωρήσουν στην εκμάθηση δεξιοτήτων.

### **3.2.7. Εναλλαγή σειράς**

Η ικανότητα της εναλλαγής σειράς κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού είναι πολύ σημαντική στην ανάπτυξη του παιδιού και επηρεάζει άμεσα τη διαδικασία της επικοινωνίας. Στα παιδιά με αυτισμό συχνά παρατηρείται ανικανότητα να αλληλεπιδράσουν με τη σωστή σειρά ή απροθυμία στο ομαδικό παιχνίδι προτιμώντας να παίξουν μόνο τους. Είναι πολύ σημαντικό να γενικευτεί η δεξιότητα αυτή από μικρή ηλικία γιατί είναι απαραίτητη για την ομαλή διεξαγωγή της συζήτησης και κατ' επέκταση της επικοινωνίας. Μέσα απ' την εναλλαγή σειράς στις δραστηριότητες γίνεται αντιληπτό απ' τα παιδιά ότι δεν δρουν μόνο τους αλλά αλληλεπιδρούν με τους άλλους ανθρώπους (Varughese T., 2011).

### **3.2.8. Ενσυναίσθηση**

Συχνά τα παιδιά με αυτισμό απορροφούνται από το πώς τα ίδια νιώθουν με αποτέλεσμα να μην επιτρέπουν στον εαυτό τους να σκεφτούν για τους άλλους. Ακόμη, δυσκολεύονται σε μεγάλο βαθμό να κατανοήσουν ότι οι λέξεις και οι πράξεις τους μπορούν να επηρεάσουν τα συναισθήματα και το σκεπτικό των άλλων. Πολλές φορές επίσης εξαιτίας της απουσίας ποιοτικής βλεμματικής επαφής είναι αδύνατον να γίνει κατανοητό από τις εκφράσεις του προσώπου, τις χειρονομίες και τη στάση του σώματος, το πώς νιώθει το άλλο άτομο. Η δεξιότητα της ενσυναίσθησης επηρεάζεται από τη διαταραχή στη θεωρία του νου, σύμφωνα με την οποία επιτυγχάνεται η κατανόηση και η απόδοση της νοητικής κατάστασης του άλλου (Frith U., 1989).

### **3.2.9. Στάση του σώματος**

Σε μία αλληλεπίδραση δύο ή περισσότερων ατόμων η στάση του σώματος μπορεί να μας προδιαθέσει σημαντικά σχετικά με τη θέληση των συνδιαλαγομένων να συμμετέχουν και να διατηρήσουν την προσοχή τους στο παιχνίδι. Τα παιδιά με αυτισμό λόγω της απουσίας κοινωνικής πρωτοβουλίας και ενδιαφέροντος για εμπλοκή σε ομαδικό παιχνίδι συχνά απορροφούνται απ' τα παιχνίδια και ακούσια γυρνούν την πλάτη τους ή παίρνουν ακατάλληλη στάση για την εξυπηρέτηση της επικοινωνίας με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η αλληλεπίδραση. Επιπλέον, μερικά παιδιά τοποθετούνται στο χώρο σε απόσταση από τα άλλα μέλη της ομάδας στην προσπάθειά τους να μειώσουν την ποσότητα των αισθητηριακών πληροφοριών που πρέπει να υπομείνουν. Απ' την άλλη πλευρά, μερικά παιδιά, ίσως εκείνα που επιθυμούν συνεχώς αισθητηριακές πληροφορίες και έχουν έλλειψη επίγνωσης για τη σωστή τοποθέτηση του σώματός τους, πλησιάζουν πολύ κοντά τους άλλους ανθρώπους παραβιάζοντας τον "προσωπικό τους χώρο" και κάνοντάς τους να νιώθουν άβολα (Varughese T., 2011).

Συμπερασματικά, στο παράρτημα στον Πίνακα 3 (σελ. 152) αναφέρονται σύμφωνα με τους Varughese T. (2011) όλες οι κοινωνικές και πραγματολογικές δεξιότητες που πρέπει να αποκτηθούν για την επίτευξη ομαλής και εποικοδομητικής αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας. Ο πίνακας αυτός μπορεί να φανεί αρκετά βοηθητικός χρησιμοποιώντας τον κατά τη διάρκεια της κλινικής παρατήρησης ενός παιδιού με αυτισμό με σκοπό να καθοριστούν οι δεξιότητες που απουσιάζουν, αυτές που αναδύονται και αυτές που ήδη υπάρχουν. Με αυτό τον τρόπο η στοχοθεσία στον τομέα της κοινωνικής επικοινωνίας μπορεί να γίνει με συστηματικό και αξιόπιστο τρόπο.

### **3.3. Στερεοτυπίες – επαναληπτικές συμπεριφορές**

Χαρακτηριστικό γνώρισμα των παιδιών με αυτισμό είναι οι στερεοτυπικές κινήσεις. Και τα φυσιολογικά παιδιά κάνουν κάποια στιγμή αμφιταλαντευτικές κινήσεις, αλλά αυτές κρατούν το πολύ μέχρι το τέλος του πρώτου έτους. Αντιθέτως, στα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού οι στερεοτυπικές κινήσεις είναι σταθερές και επαναλαμβάνονται ακούραστα. Η ιδιομορφία αυτή δημιουργείται είτε από κάποια δυσφορία που προκαλείται είτε από την ανάγκη για αυτοδιέγερση. Με τις κινήσεις αυτές εκπληρώνεται η διέξοδος από την αμηχανία τους, αλλά και η ικανοποίηση της ανάγκης τους να αντιδράσουν όταν το επίπεδο διεγερτικότητάς τους αυξάνεται. Η εμφάνισή τους δεν γίνεται με τον ίδιο τρόπο σε όλα τα παιδιά, αλλά οι μορφές που τις συναντάμε συχνότερα είναι οι εξής:

#### **➤ Αμφιταλαντεύσεις**

Οι αμφιταλαντεύσεις είναι κινήσεις που χαρακτηρίζουν τα περισσότερα παιδιά με αυτισμό. Καθισμένα, κινούν το σώμα τους δεξιά – αριστερά και κυρίως μπρος – πίσω. Όταν είναι ξαπλωμένα στριφογυρίζουν γρήγορα, μερικές φορές βάζουν το χέρι στο πρόσωπό τους ή το κρατάνε προς τα πίσω συνήθως τεντωμένο (Σταμάτης Σ., 1987).

➤ *Κινήσεις Κεφαλιού*

Χαρακτηριστικές και επικίνδυνες είναι οι κινήσεις του κεφαλιού. Αρκετά παιδιά, όρθια ή καθιστά, κινούν το κεφάλι τους σαν εκκρεμές μπρος – πίσω, έχοντας τεντωμένο το σώμα και τα χέρια τους. Είναι συνήθως ακουμπισμένα κάπου, όπως στον τοίχο ή σε έπιπλο, και με την κίνηση αυτή χτυπούν το κεφάλι με δύναμη, με αποτέλεσμα πολλές φορές να αυτοτραυματίζονται επικίνδυνα. Χτυπώντας το κεφάλι τους δείχνουν να μην πονούν και μάλιστα αντιδρούν έντονα στις προσπάθειες των οικείων τους να τα προστατέψουν από τα χτυπήματα (Frith U., Hill E. L., 2003).

➤ *Κινήσεις Χεριών*

Μερικά παιδιά κινούν τα χέρια τους παράξενα με κατεύθυνση προς τα μπροστά ή σε έκταση ή τα κινούν πάνω – κάτω σαν να φτεροκοπούν. Τα περισσότερα αρέσκονται σε κυκλικές κινήσεις και στριφογυρίζουν τα αντικείμενα με μεγάλη ταχύτητα.

➤ *Βάδισμα*

Το βάδισμα πολλές φορές είναι ιδιόμορφο αφού παρατηρείται περπάτημα στις μύτες των ποδιών με μικρή κάμψη του σώματος προς τα μπροστά ασυντόνιστα και υποτονικά δίνοντας την εντύπωση ότι θέλουν να πέσουν μπρούμυτα στο έδαφος έχοντας σε κάμψη τα γόνατά τους.

➤ *Μορφασμοί*

Οι μορφασμοί (γκριμάτσες) εμφανίζονται σε αρκετά παιδιά με διάφορες μορφές. Μερικές από αυτές είναι οι εξής: Μισοκλείνουν τα μάτια σαν να ενοχλούνται από το φως, ζαρώνουν το μέτωπο, ανοιγοκλείνουν το στόμα ή τα μάτια ή ανασηκώνουν το κεφάλι. Πολλές φορές σταματάει ένας μορφασμός για να αντικατασταθεί από κάποιον άλλο.

(Σταμάτης Σ., 1987)

Οι στερεοτυπίες όμως δεν έχουν να κάνουν μόνο με τις κινήσεις του σώματος, αλλά σε μεγάλο βαθμό και με τα ενδιαφέροντα τους. Για παράδειγμα,



μερικά παιδιά αποκτούν εμμονή με τα αυτοκινητάκια, στα οποία δίνουν ονόματα, τα οποία απομνημονεύουν, λόγω και της εξαιρετικής τους μνήμης, και ασχολούνται μόνο με αυτά και όχι με άλλα παιχνίδια που θα τους προσφερθούν. Άλλα παιδιά δείχνουν αξιοθαύμαστες ικανότητες στην κατά σειρά αρίθμηση, την οποία επαναλαμβάνουν ακατάπαυστα χωρίς λόγο. Μία επαναληπτική συμπεριφορά που παρατηρείται συχνά είναι η παρακολούθηση παιδικών προγραμμάτων ή άλλων βίντεο ξανά και ξανά ακόμα και μέσα στην ίδια μέρα. Γενικά, τα παιχνίδια αλλά και τα καθημερινά αντικείμενα που διεγείρουν τα παιδιά χρησιμοποιούνται με μονότονο και επαναληπτικό τρόπο αποκλείοντας από το ρεπερτόριό τους άλλες δραστηριότητες που είναι πρωτόγνωρες γι' αυτά.

Βασικό χαρακτηριστικό είναι και η ανάγκη για οργάνωση, διατήρηση της σταθερότητας και της καθημερινής ρουτίνας. Όταν αναπτύσσονται καθημερινές συνήθειες καταλήγουν να επαναλαμβάνονται σε τέτοιο βαθμό που μια αλλαγή αυτών τους δημιουργεί άγχος και τα κάνει να αντιδρούν ακατάλληλα (Νότας Σ., 2006). Η επιθυμία για αμεταβλητότητα του περιβάλλοντος υπάρχει και στο «φυσιολογικό» ενήλικα, αλλά ιδιαίτερα στο παιδί, γιατί αναζητά συναισθηματικά στηρίγματα για να μπορέσει να έρθει σε επαφή με την πραγματικότητα που συνεχώς μεταβάλλεται. Ωστόσο, η προσκόλληση των παιδιών με αυτισμό στο μόνιμο, το αμετάβλητο, είναι παθολογική κατάσταση, που ξεπερνάει κάθε όριο και το εμποδίζει να κοινωνικοποιηθεί (Σταμάτης Σ., 1987). Πολύ συχνά γίνονται αντιδραστικά στην κοινωνική αλλαγή ή τη διακοπή των καθημερινών ενασχολήσεων και προτιμούν να μην αλλάζει τίποτα στον κόσμο τους. Ενδέχεται να ενοχλούνται πολύ εύκολα με τις μικρές αλλαγές, όπως την αλλαγή θέσης των επίπλων της τάξης, την οδήγηση στο σχολείο από διαφορετικό δρόμο, ή ακόμη και την αλλαγή του ωραρίου του φαγητού. Αυτές οι αλλαγές τους κάνουν να ανησυχούν τόσο πολύ που ανακαλούν πολύ περισσότερο την ακατάλληλη συμπεριφορά τους ή ακόμη και την αυξάνουν (Quill K., 1995). Στις αλλαγές προσώπων, που ασχολούνται μαζί τους ή των αντικειμένων που τους ανήκουν, αντιδρούν φωνάζοντας ή αυτοτραυματίζοντας. Αν οι αντιδράσεις τους δεν φέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, τότε αναδιπλώνονται στον εαυτό τους

και πολλές φορές παλινδρομούν. Αδιαμφισβήτητα όλα τα παιδιά με αυτισμό νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια και ηρεμία όταν ακολουθούν τη ρουτίνα (Schreibman L., 1990).

Γι' αυτό όταν πρόκειται να εισαχθεί στην καθημερινότητα μία καινούρια εμπειρία, όπως μία επίσκεψη στον οδοντίατρο ή μία εκδρομή, το παιδί πρέπει να προετοιμάζεται από την προηγούμενη μέρα για το τι πρόκειται να ακολουθήσει. Σ' αυτό βοηθούν εξαιρετικά τα οπτικά προγράμματα που δείχνουν τις δραστηριότητες όλης της μέρας και χρησιμοποιούνται ευρέως από τους θεραπευτές και τους γονείς των παιδιών με αυτισμό.

### **3.4. Παιχνίδι**

Ένα από τα πιο βασικά χαρακτηριστικά του αυτισμού, το οποίο είναι αποτέλεσμα της διαταραγμένης γνωστικής επεξεργασίας, είναι η έλλειψη του συμβολικού παιχνιδιού. Τις λίγες φορές που μπορεί να εμφανιστεί, κυρίως σε παιδιά υψηλής λειτουργικότητας, είναι περιορισμένο και σχετίζεται με αισθητηριακά ερεθίσματα. Το λειτουργικό παιχνίδι είναι πιο συχνό, ιδιαίτερα αν αυτό έχει διδαχθεί, αλλά το συμβολικό είναι ιδιαίτερα υποβαθμισμένο και περιορισμένο από άποψη σκοπού και φαντασίας (Jordan R., 1996). Τα παιδιά με αυτισμό χρησιμοποιούν τα παιχνίδια με ακατάλληλο και μη λειτουργικό τρόπο (π.χ. γυρνούν τη μία ρόδα από ένα αυτοκινητάκι πολλές φορές συνεχόμενα) τόσο σε μη δομημένες όσο και σε δομημένες καταστάσεις (Stone W., 1990). Όταν το επίπεδο του παιχνιδιού βρίσκεται σε ακόμα πιο πρώιμο στάδιο, τότε τα αντικείμενα επεξεργάζονται από τα παιδιά μέσω των αισθήσεων (π.χ. βάζουν το αυτοκινητάκι στο στόμα τους). Το στάδιο αυτό ονομάζεται αισθητικοκινητικό και μπορεί να μας προϊδεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό για πιθανή αδυναμία δημιουργίας νοητικών αναπαραστάσεων από το παιδί, δεξιότητα η οποία είναι απαραίτητη για το συμβολικό παιχνίδι. Τα στοιχεία αυτά έχουν προκύψει από τη μελέτη και την κλινική παρατήρηση παιδιών με αυτισμό και

παιδιών με φυσιολογική ανάπτυξη που έχουν την ίδια λεκτική και νοητική ηλικία (Βογιδρούκας Ι., 2002).

Στην προσχολική και πρώτη σχολική ηλικία τα παιδιά με αυτισμό δυσκολεύονται πολύ να εμπλακούν και να συμμετέχουν σε ομαδικά παιχνίδια με άλλα παιδιά της ηλικίας τους. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η μετέπειτα εξέλιξή τους τόσο στον κοινωνικό όσο και στο γνωστικό τομέα (Jordan R., Powell S., 1995). Μέσω της συμμετοχής στο παιχνίδι τα παιδιά αναγνωρίζουν το νόημα της φιλίας και τη σημασία της ανάπτυξης σχέσεων με τους άλλους, ενώ παράλληλα η εμπλοκή τους στο συμβολικό παιχνίδι τα βοηθά στην ανάπτυξη της φαντασίας και της σκέψης, που αποτελούν δύο πολύ σημαντικούς τομείς για τη γνωστική εξέλιξη και ανάπτυξη. Όμως, τα άτομα με αυτισμό αποτυγχάνουν να αντεπεξέλθουν σ' αυτές τις ευκαιρίες για μάθηση, με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η ανάπτυξη σε όλους τους τομείς (Βογιδρούκας Ι., 2002). Η Newson E. (1979) υποστηρίζει ότι η διαδικασία του παιχνιδιού απαιτεί έναν από τους πιο εύκαμπτους τρόπους σκέψης. Αυτή ακριβώς η εγκεφαλική λειτουργία παρουσιάζει σοβαρά ελλείμματα στον αυτισμό, γι' αυτό και το παιχνίδι παρουσιάζεται μ' αυτή τη μορφή. Επίσης, σύμφωνα με τον Leslie A. M. (1987) η αδυναμία των παιδιών με αυτισμό να δημιουργήσουν μετά – αναπαραστάσεις, τα οδηγεί στην απουσία συμβολικού παιχνιδιού και υπόκρισης (παιχνίδι ρόλων). Υποστηρίζει ακόμη ότι οι μετά – αναπαραστάσεις εμπεριέχουν 4 στοιχεία: 1) το φορέα, δηλαδή το άτομο που δρα, 2) τη συσχέτιση της πληροφορίας που αφορά στην ενέργεια που εκτελεί το άτομο, 3) το αναφερόμενο, δηλαδή το αντικείμενο που χρησιμοποιείται και 4) την «έκφραση» που δηλώνει την προσποίηση, η οποία διαφοροποιείται από την πραγματικότητα. Έτσι, όταν η μητέρα κρατάει μια μπανάνα και προσποιείται ότι είναι τηλέφωνο, το παιδί τυπικής ανάπτυξης, ακολουθώντας τα στάδια της μετά – αναπαράστασης του Leslie A. M., κατανοεί αυτό που συμβαίνει και ωθείται σε παρόμοιες διεργασίες. Αντίθετα, το παιδί με αυτισμό αδυνατεί να κατανοήσει αυτό που συμβαίνει και δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τα αντικείμενα με συμβολικό τρόπο. Ωστόσο, πρόσφατες έρευνες (Sherratt D., 1999) υποστηρίζουν

ότι τα παιδιά με αυτισμό ενδέχεται να αναπτύξουν σε κάποιο βαθμό συμβολικό παιχνίδι, το οποίο όμως συσχετίζεται μόνο με τα ενδιαφέροντά τους και χαρακτηρίζεται από έλλειψη αυθορμητισμού και δημιουργικότητας.

Επομένως, από όσα προαναφέρθηκαν μπορεί να γίνει κατανοητό ότι το παιχνίδι των παιδιών με αυτισμό έρχεται σε αντίθεση με την πλούσια φανταστική και κοινωνική φύση του παιχνιδιού σε παιδιά φυσιολογικής ανάπτυξης. Οι διαφορές αυτές στη μορφή και στο περιεχόμενο του παιχνιδιού, επιβεβαιώνονται και από κάποια επιπλέον ποιοτικά χαρακτηριστικά που παρατηρούνται. Γενικά, απουσιάζει ο αυθορμητισμός και η προσαρμοστική ικανότητα κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού και συνήθως τα παιδιά αυτά επιβάλλουν αυστηρές και σταθερές δραστηριότητες – ρουτίνες. Εμπλέκονται στο παιχνίδι μ' ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο, το οποίο μπορεί να συνεχιστεί για μήνες ή ακόμη και για χρόνια. Μάλιστα, όταν καθιερωθεί, αντιστέκονται σημαντικά στη διακοπή του με εμμονικό τρόπο. Προτιμούν χειροπιαστές μορφές παιχνιδιού και όχι διαφορετικές συνδυαζόμενες ενέργειες που περικλείουν αντικείμενα. Ενώ μερικά παιδιά επιδεικνύουν συμβατικότερο παιχνίδι με αντικείμενα, σπάνια προκαλούν αυθόρμητα πλήρως ανεπτυγμένες μορφές συμβολικής προσποίησης (Quill K., 1995).

Μερικά παιδιά με αυτισμό θεσπίζουν ρουτίνες παιχνιδιού που αρχικά μοιάζουν με προχωρημένες μορφές προσποίησης. Όταν όμως απαιτείται ευέλικτη φαντασία και ποικιλία ως προς τις νοητικές αναπαραστάσεις, όπως η απόδοση νοητικών καταστάσεων σε ανθρώπους, χαρακτήρες ή έμψυχα αντικείμενα, αποτυγχάνουν καταφανώς. Άλλα αποφεύγουν την αλληλεπίδραση με συνομηλίκους και δεν ανταποκρίνονται σε κοινωνικές χειρονομίες, ενώ άλλα ενδέχεται να οδηγούνται παθητικά στο παιχνίδι, αλλά σπάνια μπαίνουν στη διαδικασία να το ξεκινήσουν. Τέλος, η αποτυχία των φυσιολογικών παιδιών να εκτιμήσουν την ιδιοσυγκρασία και τη συμπεριφορά των παιδιών με αυτισμό, διευρύνει ακόμα περισσότερο το χάσμα μεταξύ τους (Quill K., 1995).

### **3.5. Άλλα χαρακτηριστικά γνωρίσματα**

Στο σημείο αυτό θα περιγραφούν επιπλέον χαρακτηριστικά που παρατηρούνται σε παιδιά με αυτισμό. Δεν είναι απαραίτητο όμως να υπάρχουν όλα αυτά που θα αναφερθούν για να διαγνωστεί ένα παιδί με αυτισμό, αλλά επίσης, ένα ή μερικά απ' αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να παρουσιαστούν και σε παιδιά που δεν ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού.

#### **3.5.1. Σωματικά χαρακτηριστικά**

Τα παιδιά με αυτισμό όταν γεννιούνται, δεν παρουσιάζουν παθολογικά προβλήματα, δηλαδή δεν έχουν προβλήματα μεταβολισμού, αναπνευστικά ή κυκλοφορικά. Ως προς το βάρος και το ύψος αναπτύσσονται κανονικά και μόνο όταν παρουσιάζουν προβλήματα στη διατροφή, τα οποία μπορεί να οφείλονται στη διαταραχή αισθητηριακής επεξεργασίας στην περιοχή του στόματος, υστερούν κάπως στο βάρος. Βέβαια τα αισθητήρια όργανα δεν παρουσιάζουν ελαττώματα, άσχετα αν δεν γίνεται σωστή επεξεργασία των ερεθισμάτων. Το σώμα των περισσότερων παιδιών παρουσιάζει μια λειτουργική δυσκαμψία και παρατηρούνται προβλήματα στον κινητικό συντονισμό (Σταμάτης Σ., 1987).

#### **3.5.2. Νοητική κατάσταση**

Οι δυσκολίες των παιδιών με αυτισμό στον τομέα της επικοινωνίας εμποδίζουν αρκετά την εκτίμηση των νοητικών τους ικανοτήτων. Έτσι συνήθως αξιολογούνται με χαμηλότερη νοημοσύνη απ' αυτή που πραγματικά διαθέτουν. Υπολογίζεται ότι το 25% των παιδιών που διαγιγνώσκονται με αυτισμό έχουν σχεδόν φυσιολογική νοημοσύνη. Τα περισσότερα παρουσιάζουν ελαφριά ή μέτρια καθυστέρηση και σ' ένα μικρό ποσοστό συνυπάρχει βαριά καθυστέρηση.

Επομένως, γίνεται κατανοητό ότι ο αυτισμός και η νοητική στέρση δεν είναι ταυτόσημες διαταραχές, αλλά μπορεί να συνυπάρχουν σ' ένα παιδί. Μέσα απ' την κλινική εμπειρία έχει αποδειχθεί ότι οι προσπάθειες μέτρησης της νοημοσύνης δείχνουν ότι η πρακτική νόηση των παιδιών με αυτισμό υπερτερεί κατά πολύ από την αφηρημένη. Σχεδόν πάντα παρατηρείται αδυναμία κατανόησης των αφηρημένων εννοιών, ενώ σε δεξιότητες του πρακτικού και του συγκεκριμένου οι επιτυχίες είναι μεγαλύτερες. Ιδιαίτερα δύσκολες είναι οι γενικεύσεις και η κατανόηση των συμβολισμών. Όσον αφορά τη φαντασία είναι αισθητά περιορισμένη, με εμμονικό χαρακτήρα τις περισσότερες φορές, γεγονός που αποκαλύπτεται καλύτερα από τον τρόπο παιχνιδιού των παιδιών. Τέλος, μεγάλη αδυναμία εμφανίζεται και στη συγκέντρωση και την κατεύθυνση της προσοχής στα σκόπιμα ερεθίσματα του περιβάλλοντος (Σταμάτης Σ., 1987).

### **3.5.3. Μοναχικότητα**

Πολλά παιδιά με αυτισμό συμπεριφέρονται σαν να ζουν στο δικό τους κόσμο. Δείχνουν αδιαφορία για τα άλλα πρόσωπα, ακόμη και για τα πιο οικεία, όπως και για τα αντικείμενα του περιβάλλοντός τους. Δείχνουν σαν να αναζητούν τη μοναξιά και εμφανίζουν μοναχικό παιχνίδι. Σε πολλές απόπειρες επικοινωνίας μαζί τους οι αντιδράσεις συνήθως είναι αγχώδεις και έντονες με προσπάθειες αποφυγής. Όσο πιο επίμονες είναι οι προσπάθειες του περιβάλλοντός τους για επικοινωνία τόσο πιο έντονες είναι και οι αντιδράσεις τους (τρέχουν άσκοπα, αυτοτραυματίζονται, φωνάζουν κ.ά.).

Η επικοινωνία με τους ενήλικες τις περισσότερες φορές διευκολύνεται κυρίως μέσω του παιχνιδιού. Αν δεχτούν τον ενήλικα, προσκολλούνται σ' αυτόν και στη συνέχεια είναι πολύ δύσκολο να τον αλλάξουν και να δεχτούν κάποιον άλλο. Όσον αφορά την επικοινωνία με τους συνομηλίκους τους αποκλίνει σε μεγάλο βαθμό απ' το φυσιολογικό αποφεύγοντάς τους, ενώ πολλές φορές γίνονται

επιθετικά και επικίνδυνα (Σταμάτης Σ., 1987). Η στάση αυτή των παιδιών είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που οι γονείς τους αντιμετωπίζουν συναισθήματα κατάθλιψης. Το κλειδί στην περίπτωση αυτή είναι να κατανοήσουν οι γονείς ότι η μοναχικότητα του παιδιού τους οφείλεται στο γεγονός ότι δεν αντιλαμβάνονται την αξία αλλά και τον κατάλληλο τρόπο της επικοινωνίας και όχι σε προσωπικό τους φταίξιμο. Το επόμενο βήμα είναι να γίνουν συμμετέχοντες στο πρόγραμμα της θεραπευτικής αντιμετώπισης μέσα από προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης, στα οποία θα συμμετάσχουν.

#### **3.5.4. Γλωσσικά χαρακτηριστικά**

Η ομιλία των παιδιών με αυτισμό παρουσιάζει μεγάλη δυσκολία και ιδιορρυθμία, η οποία έχει σχέση με την πρόθεση και την ικανότητά τους για επικοινωνία. Η εξέλιξη της γλώσσας είναι καθυστερημένη σε σύγκριση με την κοινωνική εξέλιξη. Τα παιδιά με αυτισμό είναι πολύ ευαίσθητα στον τρόπο με τον οποίο τους απευθύνεται ο λόγος. Δυσανασχετούν στη δυνατή φωνή και αποφεύγουν τον συνομιλητή που τα κοιτάζει στα μάτια. Αντίθετα, προτιμούν τις χαμηλές φωνές και μπορούν να προσέξουν μια συνομιλία που δεν απευθύνεται σε αυτά, όπως και μαγνητοφωνημένες συζητήσεις, παραμύθια ή εντολές. Επειδή είναι ευαίσθητα στη μουσική και το ρυθμό, στο άκουσμά τους στρέφουν την προσοχή τους δείχνοντας ότι τους αρέσει πολύ (Σταμάτης Σ., 1987).

Σύμφωνα με έρευνες το 60% των παιδιών με αυτισμό αναπτύσσουν προφορική γλώσσα σε επίπεδο μεγαλύτερο των 5 λέξεων (Konstantareas M. M., 1996; Wetherby A. M. et al, 1997; Koegel R., 2000). Περίπου το 20% επικοινωνεί με μεμονωμένες λέξεις ή απλές φράσεις (Eaves L. C., Ho H. H., 1996). Το υπόλοιπο 20% δεν αναπτύσσει προφορική ομιλία. Σε πολλά παιδιά έχει αναφερθεί ότι ξεκίνησαν να χρησιμοποιούν κάποιες λέξεις στην περίοδο πριν τα 2 τους χρόνια, οι οποίες όμως εξαφανίστηκαν αργότερα. Η εξήγηση που μπορεί να δοθεί σχετίζεται

με την κατανόηση της επικοινωνιακής δύναμης των λέξεων από το παιδί. Πιθανόν τα παιδιά με αυτισμό σταματούν να χρησιμοποιούν τις λέξεις που είχαν κατακτήσει επειδή δεν κατανοούν το λόγο για τον οποίο πρέπει να συνεχίσουν να χρησιμοποιούν τις λέξεις αυτές εξαιτίας της σοβαρά διαταραγμένης κοινωνικής τους αλληλεπίδρασης (Βογινδρούκας Ι., 2013).

Όσον αφορά τα παιδιά που αναπτύσσουν προφορική ομιλία συνήθως η παραγωγή λέξεων και φράσεων έρχεται πριν την κατανόησή τους, ενώ στην τυπική εξέλιξη της γλώσσας η αντίληψη των λέξεων έρχεται πριν από την παραγωγή τους (Charman T., 2004). Καθυστέρηση παρατηρείται στα βοηθητικά ρήματα «έχω» και «είμαι», λένε ευκολότερα και συχνότερα «όχι» και «ναι» και συχνά κάνουν λάθη στη χρήση των λέξεων με παραπλήσιες έννοιες. Χαρακτηριστικές είναι και οι δυσκολίες στη σωστή χρήση του πρώτου και δεύτερου προσώπου των προσωπικών αντωνυμιών. Στην τυπική εξέλιξη οι αντωνυμίες αποτελούν στάδιο της ανάπτυξης του λόγου, το οποίο κατακτάται σχετικά αργά από τα παιδιά. Είναι ένα σύνθετο σύστημα για την κατάκτηση του οποίου είναι απαραίτητη η κατανόηση του γεγονότος ότι μια λέξη μπορεί να αναφέρεται σε μια ή περισσότερες λέξεις που έχουν αναφερθεί προηγουμένως στη συζήτηση. Η εμφάνιση των αντωνυμιών στα παιδιά γίνεται γύρω στον τρίτο χρόνο της ζωής τους, ενώ μέχρι τότε τείνουν να χρησιμοποιούν τα ονόματα αυτών στους οποίους αναφέρονται συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού τους (Frith U., Hill E. L., 2003). Υποστηρίζεται ότι στα παιδιά με αυτισμό η αντιστροφή των αντωνυμιών οφείλεται στην ηχολαλική συμπεριφορά τους και στην τάση τους να επαναλαμβάνουν τις λέξεις που τονίζονται περισσότερο μέσα στην πρόταση. Οι δυσκολίες στη χρήση των προσωπικών αντωνυμιών οφείλονται στη γενικότερη δυσκολία τους όσον αφορά τη μάθηση, την αντίληψη και την επεξεργασία του περιβάλλοντος αλλά και των σχέσεων που δημιουργούνται σε αυτό. Παρόλο που η δομή των διάφορων γλωσσών είναι διαφορετική, η δυσκολία στη χρήση των προσωπικών αντωνυμιών είναι κοινή σε όλα τα παιδιά με αυτισμό ανεξαρτήτως εθνικότητας και μητρικής γλώσσας (Βογινδρούκας Ι., 2002).



Τέλος, για το παιδί με αυτισμό η λέξη είναι συνάρτηση του πράγματος που ονομάζει και γι' αυτό δύσκολα καταλαβαίνει αφηρημένους όρους, αν και συνήθως τους απομνημονεύει και τους επαναλαμβάνει (Σταμάτης Σ., 1987). Επομένως, οι γλωσσικές δυσκολίες στον αυτισμό μπορεί να μην οφείλονται στη γλωσσική ικανότητα, αλλά στην αδυναμία εξαγωγής συμπερασμάτων (αφηρημένη σκέψη).

### **3.5.5. Ηχολαλία**

Το έλλειμμα στην εμφάνιση του αυθόρμητου λόγου, ως ικανότητας να εκφράζει κανείς την κατάλληλη στιγμή αυτό που έχει ανάγκη, έχει αποτελέσει αιτία ανησυχίας για τους γονείς των παιδιών με αυτισμό. Αντίθετα με τα φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιά, τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν το φαινόμενο της ηχολαλίας, δηλαδή της εμφάνισης αυτούσια επαναλαμβανόμενων φράσεων που ακούστηκαν από κάποιον άλλον την ίδια στιγμή ή παλαιότερα. Το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται στο 75% των παιδιών με αυτισμό που αναπτύσσουν προφορική ομιλία. Η ηχολαλία σε σχέση με το χρόνο εμφάνισής της πραγματοποιείται με 2 τρόπους: 1) η άμεση ηχολαλία, η οποία είναι η αυτόματη επανάληψη μιας φράσης ή λέξης που ακούστηκε την ίδια στιγμή και 2) η καθυστερημένη ηχολαλία, η οποία χαρακτηρίζεται από επανάληψη φράσεων ή λέξεων που ακούστηκαν κάποια στιγμή στο παρελθόν. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ηχολαλία έχει σημασία στην ανάπτυξη της κοινωνικότητας και της επικοινωνίας του παιδιού με αυτισμό, γιατί δηλώνει την πρόθεση του για κοινωνική συναλλαγή με τους άλλους (Σταμάτης Σ., 1987).

### **3.5.6. Σημασιολογία**

Η σημασιολογία αφορά την οργάνωση του λεξιλογίου, την ταξινόμηση των εννοιών σε σημασιολογικές κατηγορίες, την κατονομασία των εννοιών, την

κατανόηση του πολλαπλού μηνύματος των λέξεων, τη γενίκευση των εννοιών, την κατανόηση του λόγου, την κατανόηση ιδιωματικών εκφράσεων, την ανάκληση των εννοιών και την κατανόηση των δεικτικών σχετικών λέξεων. Το παιδί στην πορεία της ανάπτυξής του μαθαίνει όχι μόνο τις λέξεις, αλλά και το νόημα που κρύβεται πίσω απ' αυτές και πίσω απ' τη συγκεκριμένη σύνταξή τους σε προτάσεις μέσα στο κάθε επικοινωνιακό πλαίσιο.

Η δυσκολία των παιδιών με αυτισμό στο σημασιολογικό τομέα δεν βρίσκεται στη συγκράτηση μιας λέξης στη μνήμη, δηλαδή στην εκμάθηση και οργάνωση ενός λεξιλογίου, αλλά στη χρησιμοποίηση του νοήματος της λέξης σε δοκιμασίες ταξινόμησης και ανάκλησης. Οι δυσκολίες, λοιπόν, παρατηρούνται στην οργάνωση σημασιολογικών κατηγοριών (Quill K., 1995), στη δημιουργία εννοιολογικών κατηγοριών και στην εύρεση σχέσεων ανάμεσά τους. Επίσης, τα άτομα με αυτισμό χρησιμοποιούν διαφορετικές στρατηγικές για να ανακαλέσουν μια έννοια. Για παράδειγμα, μπορεί να δίνουν το όνομα μιας σχετικής έννοιας με αυτή που βλέπουν (πινέζα αντί καρφί) ή να χρησιμοποιούν μια πιο διευρυμένη από αυτή που βλέπουν (πουλί αντί κότα) (Bernstein B., Teigerman E., 1993). Βέβαια, ο βαθμός δυσκολίας στο σημασιολογικό τομέα της γλώσσας εξαρτάται και από το βαθμό σοβαρότητας της διαταραχής, καθώς επίσης και από τη νοητική δυνατότητα του κάθε ατόμου.

### **3.5.7. Αισθητηριακή ολοκλήρωση**

Πολλά παιδιά με αυτισμό αντιμετωπίζουν δυσκολίες με την αισθητηριακή επεξεργασία των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος. Παρουσιάζουν δηλαδή ανικανότητα επεξεργασίας των πληροφοριών που αποκτούνται μέσω των αισθήσεων. Έχουν, λοιπόν, δυσκολίες στο να πάρουν πληροφορίες (συχνά λόγω υπερευαισθησίας ή υποευαισθησίας σε μία ή περισσότερες αισθήσεις, όπως αφή, ακοή, όραση), να τις αναλύσουν, να τις οργανώσουν και να απαντήσουν με αποτελεσματικό τρόπο. Αυτές οι δυσκολίες μπορεί να έχουν επίδραση και στην

κινητικότητα του παιδιού με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η λειτουργικότητά του. Επίσης, μια αδέξια και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά τους δημιουργεί ένα αίσθημα αποτυχίας και μεγαλώνει το άγχος τους. Συνήθως δεν μοιράζονται το πρόβλημά τους με τους άλλους εξαιτίας της άγνοιας που έχουν για την ομαλή αισθητηριακή λειτουργία των γύρω τους και άρα εξαιτίας της αδυναμίας σύγκρισης. Οι αντιδράσεις τους έτσι φαίνονται υπερβολικές στους γονείς τους που δεν ξέρουν πώς να αντιδράσουν οι ίδιοι. Το παιδί τους αρνείται να φάει κάποια φαγητά ή να φορέσει κάποια ρούχα, πανικοβάλλεται και κάνει εκρήξεις οργής χωρίς λόγο. Δίνει την εντύπωση ντροπαλού παιδιού γιατί αποφεύγει τον πολύ θόρυβο ή τη σωματική επαφή. Κάθε καινούρια κατάσταση είναι για εκείνο μεγάλη πηγή άγχους και πανικού. Έτσι οι γονείς νιώθουν ότι τους διώχνει, ενώ εκείνο τους χρειάζεται όσο ποτέ άλλοτε (Γκόλτσιου Κ., 2015).

### **3.5.8. Αυτοεπιθετικότητα**

Ένα επικίνδυνο γνώρισμα της συμπεριφοράς μερικών παιδιών με αυτισμό είναι ο αυτοτραυματισμός τους. Εκτός από τα χτυπήματα στο κεφάλι, σε στιγμές κρίσεις μπορεί να κάνουν πληγές στο σώμα τους με τα νύχια, να χτυπήσουν με τα χέρια το πρόσωπό τους ή να ξεριζώσουν τα μαλλιά τους. Η συμπεριφορά αυτή απελπίζει τους γονείς, που πολλές φορές δεν ξέρουν πώς να αντιδράσουν και να διαχειριστούν αυτή την κατάσταση. Πάντως το φαινόμενο αυτό σταδιακά υποχωρεί με τη βελτίωση της όλης κατάστασης του παιδιού (Σταμάτης Σ., 1987).

### **3.5.9. Διατροφή**

Τα περισσότερα παιδιά με αυτισμό έχουν μια παθητική στάση προς την τροφή, που μπορεί να φανεί από τις πρώτες μέρες του θηλασμού. Ενώ θηλάζουν κανονικά και δέχονται ευχάριστα το μητρικό γάλα, δεν αναζητούν τη θηλή όταν τους

ξεφύγει. Το ίδιο συμβαίνει και σε μεγαλύτερη ηλικία. Ο τρόπος που τρώνε διαφέρει σε κάθε περίπτωση. Άλλα είναι πολύ λαίμαργα και τρώνε πολύ γρήγορα καταπίνοντας αμάσητες τις τροφές, ενώ άλλα καθυστερούν υπερβολικά στο φαγητό. Μερικά δυσκολεύονται στη μάσηση και προτιμούν τις υγρές ή αλεσμένες τροφές. Επίσης, πολλά παιδιά έχουν ιδιορρυθμίες κατά τη διάρκεια του φαγητού. Μερικά αρνούνται να πιουν υγρά, ενώ άλλα καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες. Άλλα αρχίζουν το γεύμα ανάποδα, τρώγοντας πρώτα το φρούτο και μετά το φαγητό. Ορισμένα δίνουν σημασία και στη σειρά που θα σερβιριστούν (Howlin P., 1997). Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις οι δυσκολίες στην πρόσληψη τροφής οφείλονται στη διαταραγμένη διαδικασία ως προς την ομαλή επεξεργασία της στην περιοχή του στόματος ή στην απτική αμυντικότητα.

### **3.5.10. Σεξουαλικότητα**

Η έλλειψη επικοινωνίας με ένα παιδί με αυτισμό καθιστά σχεδόν αδύνατη τη διερεύνηση της σεξουαλικής ανάπτυξης. Οι γονείς και οι ψυχοπαιδαγωγοί δεν έχουν τη δυνατότητα να προσεγγίσουν τον κόσμο των ερωτικών επιθυμιών και τάσεων του παιδιού κατά την περίοδο της εφηβείας. Μπορούν όμως να παρατηρούν την απτική παιγνιώδη ενασχόλησή του με την ευερέθιστη περιοχή των γεννητικών οργάνων του (Howlin P., 1997). Τα παιδιά με αυτισμό, κυρίως στην περίοδο της εφηβείας, αρχίζουν να εντοπίζουν και να ενεργοποιούν τη λειτουργία της σεξουαλικής ηδονής. Πολλές φορές μάλιστα αυτοϊκανοποιούνται χωρίς καμία συστολή ενώπιον και άλλων ατόμων. Παρόλη την αδυναμία και τη διστακτικότητα που εκδηλώνει το παιδί στον τομέα της διαπροσωπικής επικοινωνίας, εκφράζει κάποια τάση στη συνάντηση με το άλλο φύλο. Συνήθως, λοιπόν, κατορθώνει να συνάψει κάποιο τρυφερό συναισθηματικό δεσμό, ο οποίος έρχεται να ανατρέψει τη φυσιολογική μειονεξία του (Κρουσταλάκης Γ., 2005).

## Κεφάλαιο 4ο: Θεωρίες για την ερμηνεία του αυτισμού

Η προσπάθεια των ερευνητών να αποκαλύψουν και να ερμηνεύσουν με ακρίβεια τους μηχανισμούς που υποβόσκουν πίσω από τα ελλείμματα των ατόμων με αυτισμό στον κοινωνικό και επικοινωνιακό τομέα τους οδήγησε στη διατύπωση διάφορων θεωριών. Από αυτές 3 γνωστικές θεωρίες έχουν επικρατήσει περισσότερο στην κλινική έρευνα γιατί εξηγούν καλύτερα τις πιθανές αιτίες των συμπεριφορών που παρατηρούνται. Πρόκειται, λοιπόν, για τη Θεωρία του Νου, τη Θεωρία των Εκτελεστικών Λειτουργιών και τη Θεωρία της Κεντρικής Συνοχής. Βέβαια οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα, παρόλο που έχουν οδηγήσει σε σημαντικές γνώσεις, δεν έχουν καταφέρει ακόμη να παράσχουν μια πλήρη περιγραφή της διαταραχής, που να ερμηνεύει και να εξηγεί καθολικά όλα τα κλινικά σημεία και τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου. Χρειάζεται ακόμη πολλή έρευνα προκειμένου να επιτευχθεί αυτό.

### 4.1. Θεωρία του Νου

Μια από τις γνωστικές θεωρίες, η οποία έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα, ως ένα από τα πιθανά χαρακτηριστικά του αυτισμού, είναι η ύπαρξη ή μη, της Θεωρία του Νου στα άτομα με ΔΑΦ. Θεωρείται πως είναι η κύρια αιτία που οδηγεί τα άτομα με ΔΑΦ σε αποτυχία ως προς τις κοινωνικές συνδιαλλαγές και ως προς την κοινωνική επικοινωνία (Rajendran G., Mitchell P., 2007). Η Θεωρία του Νου αποτελεί την ικανότητα του ατόμου να αποδίδει νοητικές καταστάσεις, όπως πεποιθήσεις, προθέσεις, επιθυμίες, προσποίηση, γνώση για τον εαυτό του και για τους άλλους και την ικανότητα να κατανοεί ότι οι άλλοι μπορεί να έχουν διαφορετικές πεποιθήσεις, επιθυμίες και προθέσεις από τον ίδιο (Mitchell P., 1996).

Η ανάπτυξή της έχει ως αποτέλεσμα την αμοιβαία επικοινωνιακή αλληλεπίδραση μεταξύ 2 ή περισσότερων ατόμων και την κατανόηση της

συμπεριφοράς των άλλων. Αποτελεί αναγκαίο εφόδιο σε συζητήσεις, διαπραγματεύσεις, παιχνίδια και φιλίες σε όλα τα πιθανά επικοινωνιακά πλαίσια, όπως στο σχολείο, το σπίτι και την εργασία. Είναι ένας μηχανισμός, λοιπόν, με τη λειτουργία του οποίου επιτυγχάνεται κατανόηση των πεποιθήσεων, προθέσεων και συναισθημάτων των άλλων ανθρώπων. Αντίθετα, η μειωμένη ανάπτυξη του δυσχεραίνει την κατανόηση του κοινωνικού κόσμου και επομένως την επιλογή της κατάλληλης συμπεριφοράς ή στρατηγικής στις κοινωνικές συνδιαλλαγές. Επίσης, η Θεωρία του Νου αποτελεί μία σύνθετη λειτουργία, η οποία προαπαιτεί κι άλλες επιμέρους λειτουργίες, όπως τη μνήμη, την προσοχή, την κατανόηση της γλώσσας και εξαρτάται από την ωρίμανση αρκετών συστημάτων του εγκεφάλου (Korkmaz B., 2011). Ακόμη, η αδυναμία αναγνώρισης των μη λεκτικών ενδείξεων του ακροατή, οι οποίες πληροφορούν για την ακαταλληλότητα της μεταδιδόμενης πληροφορίας (Flack A., 1996), συμβάλλει στην επικοινωνιακή αποτυχία και αποκλείει το άτομο με αυτισμό από τη χρησιμοποίηση τρόπων διόρθωσης της συζήτησης ή επαναπροσδιορισμού της.

#### **4.1.1. Δοκιμασίες διερεύνησης της Θεωρίας του Νου**

Οι δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται περισσότερο στην κλινική πρακτική για τη διερεύνηση της Θεωρίας του Νου είναι οι δοκιμασίες εσφαλμένης πεποίθησης πρώτου επιπέδου, που χρησιμοποιούνται σε παιδιά 4 – 6 ετών, και δεύτερου επιπέδου, που χρησιμοποιούνται σε παιδιά 6 ετών και πάνω, οι οποίες είναι οι εξής:

1. Δοκιμασία εσφαλμένης πεποίθησης πρώτου επιπέδου (I think, he thinks):
  - *Δοκιμασία απροσδόκητης μεταφοράς αντικειμένου:* Ένας χαρακτήρας αφήνει ένα αντικείμενο σε ένα συγκεκριμένο μέρος και φεύγει. Στη συνέχεια ένας άλλος χαρακτήρας μεταφέρει το αντικείμενο σε άλλο μέρος χωρίς να τον βλέπει και να το γνωρίζει ο πρώτος χαρακτήρας. Η ερώτηση εσφαλμένης πεποίθησης που τίθεται στο παιδί είναι «Που θα ψάξει ο πρώτος χαρακτήρας το αντικείμενο;»

- *Δοκιμασία απροσδόκητης αντικατάστασης αντικειμένου:* Ένας χαρακτήρας αφήνει ένα αντικείμενο σε ένα κουτί και φεύγει. Στη συνέχεια ένας άλλος χαρακτήρας αντικαθιστά το αντικείμενο αυτό μ' ένα άλλο, χωρίς να τον βλέπει και να το γνωρίζει ο πρώτος χαρακτήρας. Η ερώτηση εσφαλμένης πεποίθησης που τίθεται στο παιδί είναι «Τι νομίζει ο πρώτος χαρακτήρας ότι περιέχει το κουτί;»
- *Δοκιμασία απροσδόκητου περιεχομένου:* Τα παιδιά θα δουν ένα κουτί από καραμέλες Smarties, που το περιεχόμενό του έχει αντικατασταθεί από μολύβια. Αφού ρωτηθούν τι νομίζουν πως περιέχει το κουτί, θα ανοίξουμε το κουτί και τότε θα δουν τι υπάρχει μέσα πραγματικά. Έπειτα, θα ζητηθεί απ' τα παιδιά να ανακαλέσουν τη δική τους πρώτη εσφαλμένη πεποίθηση και στη συνέχεια θα παρουσιαστεί μπροστά τους μια λούτρινη φιγούρα, η οποία δεν γνωρίζει το περιεχόμενο του κουτιού. Η ερώτηση εσφαλμένης πεποίθησης που τίθεται στα παιδιά είναι «Τι νομίζει το αρκουδάκι, ότι έχει μέσα το κουτί;»

2. Δοκιμασίες εσφαλμένης πεποίθησης δεύτερου επιπέδου (I think, he thinks, she thinks):

- *Δοκιμασία απροσδόκητης μεταφοράς αντικειμένου δεύτερου επιπέδου:* Τα παιδιά βλέπουν 2 χαρακτήρες. Ο πρώτος αφήνει ένα αντικείμενο σ' ένα κουτί και φεύγει. Έπειτα, ο δεύτερος χαρακτήρας μεταφέρει το αντικείμενο αυτό σε άλλο μέρος. Ωστόσο, ο δεύτερος χαρακτήρας δεν γνωρίζει ότι ο πρώτος χαρακτήρας το είδε αυτό. Η ερώτηση εσφαλμένης πεποίθησης που τίθεται στα παιδιά είναι «Που νομίζει ο δεύτερος χαρακτήρας ότι ο πρώτος χαρακτήρας θα ψάξει το αντικείμενο;»
- *Ιστορίες εσφαλμένης πεποίθησης δεύτερου επιπέδου:* Αποτελούνται από αφηγήσεις ιστοριών, στις οποίες το παιδί καλείται να συμπεράνει την εσφαλμένη πεποίθηση ενός πρωταγωνιστή για έναν άλλο.

(Wimmer H., Perner J., 1983; Baron – Cohen S. et al, 1985; Pellicano E. et al, 2006)

## 4.2. Θεωρία των Εκτελεστικών Λειτουργιών

Ο όρος «εκτελεστικές λειτουργίες» περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα γνωστικών διεργασιών και ικανοτήτων συμπεριφοράς. Αναφέρεται, λοιπόν, σε νευροψυχολογικές διαδικασίες χάρη στις οποίες επιτυγχάνεται ο σωματικός, γνωστικός και συναισθηματικός αυτοέλεγχος (Corbett B. A. et al., 2009). Πρόκειται για μια σειρά από λειτουργίες, οι οποίες είναι απαραίτητες για να επιτευχθεί κατάλληλη επικοινωνία και κοινωνική αλληλεπίδραση. Οι λειτουργίες αυτές είναι οι εξής:

- ✚ Σχεδιασμός
- ✚ Αιτιολόγηση
- ✚ Μνήμη
- ✚ Έλεγχος των παρορμήσεων
- ✚ Αναστολή
- ✚ Νοητική / Γνωστική ευελιξία
- ✚ Έναρξη και διατήρηση μιας δράσης
- ✚ Επίλυση προβλήματος
- ✚ Διατήρηση της προσοχής
- ✚ Αντιμετώπιση νέων καταστάσεων

(Elliot J. M., 2003; Hill E. L., 2004; Chan J. M. et al., 2008)

Υποστηρίζεται ότι οι εκτελεστικές λειτουργίες συνδέονται με τους μετωπιαίους λοβούς του εγκεφάλου και συγκεκριμένα με τον προμετωπιαίο λοβό. Δυσλειτουργίες σε αυτές παρατηρούνται σε ασθενείς με επίκτητη βλάβη στους μετωπιαίους λοβούς, καθώς και στις νευρολογικές διαταραχές με εκ γενετής ελλείμματα στους μετωπιαίους λοβούς, όπως η ΔΕΠ – Υ, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, το σύνδρομο Tourette, η φαινυλκετονουρία και η σχιζοφρένεια. Θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι η εκτελεστική δυσλειτουργία είναι δυνατόν να παρατηρηθεί επίσης σε άτομα στα οποία έχει παρουσιαστεί επίκτητη βλάβη και σε άλλες περιοχές του εγκεφάλου (Elliot J. M., 2003; Hill E. L., 2004). Επιπλέον, σε



αρκετές έρευνες εντοπίστηκαν ελλείμματα σε διάφορες εκτελεστικές λειτουργίες σε άτομα με αυτισμό, παρά το γεγονός πως δεν υπάρχει εμφανής βλάβη στον προμετωπιαίο λοβό (Bennetto L. et al., 1996; Corbett B. et al., 2009). Μέσα από αυτά τα ελλείμματα ενδεχομένως να μπορούν να εξηγηθούν πολλά από τα συμπεριφορικά κλινικά χαρακτηριστικά του αυτισμού, όπως η άκαμπτη σκέψη, η εμμονή στην ομοιότητα, η ανάρμοστη συμπεριφορά και η ακατάλληλη ανταπόκριση σε κοινωνικές περιστάσεις.

### 4.3. Θεωρία της Κεντρικής Συνοχής

Η θεωρία για την αδύναμη «κεντρική συνοχή» θα μπορούσε επιπρόσθετα να βοηθήσει στην κατανόηση των πραγματολογικών διαταραχών που παρουσιάζουν τα άτομα με αυτισμό όσον αφορά την επιλογή του θέματος αλλά και την αδυναμία διεύρυνσης των θεματικών ενοτήτων (Frith U., 1989). Επίσης, γίνονται περισσότερο κατανοητά μερικά χαρακτηριστικά, όπως το περιορισμένο ρεπερτόριο ενδιαφερόντων, η εμμονή με αντικείμενα και οι εξαιρετικές ικανότητες κάποιων παιδιών στη μουσική, στα μαθηματικά ή στη ζωγραφική (Frith U., 1989; Frith U., Happe F., 1994).

Περιγραφικά, Κεντρική Συνοχή ονομάζεται η ικανότητα του ατόμου να συλλέγει τις διάφορες πληροφορίες απ' το περιβάλλον προκειμένου να σχηματίσει μία γενική εντύπωση μιας κατάστασης – πληροφορίας, χωρίς να θυμάται τις ακριβείς λεπτομέρειες. Χάρη σε αυτή την ικανότητα επιτυγχάνεται η αναγνώριση της κατάλληλης έννοιας των λέξεων που είναι διφορούμενες (π.χ. τόνος → ψάρι – σημείο στίξης – μονάδα μέτρησης). Κεντρική Συνοχή επομένως είναι η ικανότητα να βλέπει κανείς το «δάσος» και όχι το «δέντρο», δηλαδή να επεξεργάζεται την πληροφορία ολιστικά (Frith U., Happe F., 1994).

Τα άτομα με αυτισμό τείνουν να επεξεργάζονται «κομματιαστά» την πληροφορία, αφού επιτυγχάνουν σε δραστηριότητες που απαιτούν προσοχή στη

λεπτομέρεια, αλλά δυσκολεύονται σε μεγάλο βαθμό να ανταποκριθούν σε δραστηριότητες που απαιτούν να γίνει κατανοητό το γενικό νόημα (Frith U., Happé F., 1994). Σύμφωνα με την Jordan R. (1996), η αδυναμία δημιουργίας ενός νοητικού μοντέλου, η οποία οφείλεται στην αδυναμία επεξεργασίας των πληροφοριών που μεταδίδονται μέσω του προφορικού λόγου και οι οποίες σχετίζονται με το συγκεκριμένο θέμα που εξετάζεται κάθε φορά, περιορίζει την ικανότητα ενεργής συζήτησης και αλληλεπίδρασης. Η ασθενής Κεντρική Συνοχή δεν επιτρέπει στα άτομα με αυτισμό να επεξεργαστούν τις πληροφορίες στα πλαίσια ενός «όλου» και αυτό τα καθιστά ανίκανα να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της συζήτησης. Επομένως, αποτέλεσμα είναι να παρατηρούνται εμμονές σε συγκεκριμένα θέματα, στα οποία τα παιδιά με τις γνώσεις τους ίσως εντυπωσιάζουν αρχικά τους συνομιλητές τους, αλλά στη συνέχεια αποτυγχάνουν στην επικοινωνιακή διαδικασία, αφού δεν μπορούν να διευρύνουν το συγκεκριμένο θέμα με τέτοιο τρόπο ώστε να κρατηθεί το ενδιαφέρον του συνομιλητή τους.

#### **4.3.1. Δοκιμασίες διερεύνησης της Κεντρικής Συνοχής**

Τα πιο συχνά εργαλεία, ή παραλλαγές αυτών, που χρησιμοποιούνται για να διερευνήσουν τη Θεωρία της Κεντρικής Συνοχής είναι τα εξής:

- *Visual search task (Δοκιμασία οπτικής αναζήτησης)*: Η δοκιμασία αυτή επιμερίζεται σε 2 συνθήκες, την αναζήτηση χαρακτηριστικού (feature search task) και τη συνδυαστική αναζήτηση (conjunctive search task). Στην πρώτη συνθήκη τα παιδιά καλούνται να εντοπίσουν ένα γράμμα στόχο (κόκκινο S) ανάμεσα σε άλλα γράμματα που έχουν το ίδιο χρώμα (κόκκινο T) και που έχουν διαφορετικό χρώμα (πράσινο X). Στη δεύτερη συνθήκη τα παιδιά πρέπει να εντοπίσουν το γράμμα στόχο (κόκκινο X) ανάμεσα σε άλλα ίδια γράμματα με διαφορετικό χρώμα (πράσινο X) και σε άλλα γράμματα με διαφορετικό χρώμα. Και στις 2 συνθήκες υπάρχουν 3 επίπεδα δυσκολίας, με 5 γράμματα, με 15

γράμματα και με 25 γράμματα, μέσα στα οποία πρέπει να εντοπιστούν τα γράμματα – στόχοι. Στο τέλος αξιολογείται η ακρίβεια και ο χρόνος απόκρισης (Plaisted K. et al., 1998).

- *Hooper Visual Organisation Test (HVOT)*: Αποτελείται από 30 ζωγραφίες, που απεικονίζουν αντικείμενα, κομμένες σε κομμάτια σαν παζλ. Τα παιδιά καλούνται να αναγνωρίσουν ποιο αντικείμενο απεικονίζεται, αν ενωθούν όλα τα κομμάτια. Στην πρώτη δοκιμασία (οι μισές εικόνες) τα παιδιά πρέπει να δουν όλα τα κομμάτια προκειμένου να αναγνωρίσουν το εικονιζόμενο αντικείμενο και στη δεύτερη δοκιμασία (οι άλλες μισές εικόνες) τα παιδιά πρέπει να δουν ένα μόνο κομμάτι μιας εικόνας ώστε να καταλάβουν ποιο είναι το εικονιζόμενο αντικείμενο. Στο τέλος αξιολογείται η ακρίβεια και ο χρόνος απόκρισης (Jolliffe T., Baron – Cohen S., 2001).
- *Children's Embedded Figures Test (CEFT)*: Τα παιδιά βλέπουν ένα γεωμετρικό σχήμα και στη δυνέχεια τους ζητείται να το εντοπίσουν σε μία περίπλοκη εικόνα, μέσα στην οποία είναι ενσωματωμένο.

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>: Θεραπευτικές προσεγγίσεις

### 5.1. Σημασία της πρώιμης παρέμβασης

Ο αυτισμός είναι μια χρόνια σοβαρή νευροαναπτυξιακή κατάσταση για την οποία κατά καιρούς έχουν δοθεί διαφορετικές εξηγήσεις από πολλούς ερευνητές. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από προβλήματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στην επικοινωνία καθώς επίσης και από περιορισμένα ενδιαφέροντα και συμπεριφορές. Εκδηλώνεται νωρίς στη ζωή και επηρεάζει βαθιά τη νόηση του ατόμου για τον εαυτό του και τον κόσμο, τη σκέψη και την προσαρμογή του στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση αποτελεί ένα πολυσυζητημένο θέμα και έχει κατά καιρούς προσελκύσει το ενδιαφέρον πολλών επιστημόνων και ειδικών. Ενώ έχει ερευνηθεί ο ρόλος των γενετικών και κληρονομικών παραγόντων στην εμφάνισή του, δεν έχει βρεθεί συγκεκριμένη θεραπεία, η εφαρμογή της οποίας να επιφέρει την πλήρη αποκατάσταση του ατόμου. Ο αυτισμός, λοιπόν, δεν θεραπεύεται ούτε ξεπερνιέται, αλλά υπάρχουν πολλές διαφορετικές τεχνικές, οι οποίες συμβάλλουν στην επιβίωση των ατόμων και στην αντιμετώπιση κάποιων ζητημάτων της καθημερινότητας (Ayres A. J., 1978). Το εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα επιλέγεται για το κάθε παιδί ανάλογα με τις ανάγκες του με σκοπό τη βελτίωση της ανάπτυξης και της συμπεριφοράς του με τη χρήση διάφορων τεχνικών σε συνδυασμό με τις ικανότητες του κλινικού. Όλα αυτά τα στοιχεία επικεντρώνουν στα σημεία αναπτυξιακής ισχύος και αδυναμίας και έχουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα με την προϋπόθεση ότι θα υπάρξει πρώιμη παρέμβαση. Για να εξασφαλίσουμε ότι σε κάθε περίπτωση το άτομο λαμβάνει την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση, το συνολικό πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης πρέπει να διαμορφωθεί από τον παροχέα φροντίδας μαζί με επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας και ειδικούς στην εκπαίδευση και τη συμπεριφορά (Vogelely K., 2001).

Μερικοί ερευνητές έχουν ισχυριστεί ότι είναι πολύ σημαντικό να ξεκινάει η παρέμβαση σε πρώιμη ηλικία, δηλαδή από 2 – 3 ετών, γιατί η συγκεκριμένη περίοδος είναι ιδιαίτερα κρίσιμη για την αναπτυξιακή πορεία του παιδιού για διάφορους λόγους. Αρχικά, την περίοδο αυτή συντελείται η ανάπτυξη του εγκεφάλου, κατά τη διάρκεια της οποίας γίνονται οι μη τυπικές εγκεφαλικές συνάψεις, που στη συνέχεια επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τις ικανότητες των παιδιών με αυτισμό. Ταυτόχρονα διαμορφώνεται η ουσιώδης νευρική πλαστικότητα, η οποία επηρεάζει την εξελικτική αναπτυξιακή πορεία. Επίσης, στην ηλικία αυτή αντιμετωπίζονται οι αναπτυξιακές αλληλουχίες, που συμβάλλουν στην προοδευτική εμφάνιση των συμπτωμάτων του αυτισμού, πιο εύκολα επειδή δεν έχουν ακόμα εδραιωθεί πλήρως. Επομένως, δίνεται περισσότερη προσοχή στην εδραίωση βασικών πρώιμων επικοινωνιακών δεξιοτήτων και στη συμμετοχή σε όλο και πιο υψηλού επιπέδου παιχνίδια (Zwaigenbaum L., 2015).

Η πρώιμη παρέμβαση που εστιάζεται στην ψυχοεκπαίδευση του παιδιού και στην υποστήριξη των γονέων, είναι σημαντική στην εξέλιξη όλων των παιδιών με αυτισμό (Shield A., 2001). Ωστόσο, λόγω της ανομοιογένειας των μεθόδων πρώιμης παρέμβασης και εκτίμησης του αποτελέσματος συχνά καθίσταται δύσκολη η έγκυρη αξιολόγηση και σύγκριση της αποτελεσματικότητας μεταξύ διαφορετικών προγραμμάτων. Σύμφωνα με τους Dawson G. & Osterling J. (2000) όλα τα προγράμματα επηρεάζουν θετικά την ανάπτυξη και την ένταξη σε περιβάλλον εκπαίδευσης, ανεξάρτητα από τις μεθόδους, τη φιλοσοφία και τα χαρακτηριστικά των παιδιών (Παπαγεωργίου Β., 2007).

## **5.2. Βασικές αρχές των θεραπευτικών προσεγγίσεων**

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις με σκοπό την αντιμετώπιση των χαρακτηριστικών δυσκολιών του αυτισμού, οι οποίες στηρίζονται στις θεωρίες της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας.

Μέσα από αυτές τις προσεγγίσεις αξιοποιούνται οι δυνατότητες του ατόμου, ώστε να εκπαιδευτεί στην εκμάθηση κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων, καθώς και στην ενίσχυση του κινήτρου για τη μείωση των δυσλειτουργικών συμπεριφορών. Επίσης, σκοπός είναι η εξατομικευμένη υποστήριξη και η ενίσχυση των προσαρμοστικών δεξιοτήτων στον υψηλότερο δυνατό βαθμό για την προώθηση της ανεξαρτησίας (AACAP, 1999).

Αν και οι ανάγκες ποικίλουν από άτομο σε άτομο και από οικογένεια σε οικογένεια, η θεραπευτική προσέγγιση στηρίζεται στις ίδιες βασικές αρχές για όλα τα άτομα με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού:

- Η θεραπευτική αντιμετώπιση των χαρακτηριστικών δυσκολιών απαιτεί βαθιά γνώση των ποιοτικών αποκλίσεων, εξειδίκευση και κλινική εμπειρία.
- Στηρίζεται στην αντικειμενική αξιολόγηση του επιπέδου λειτουργικότητας και των προσαρμοστικών δεξιοτήτων του παιδιού ή του ενήλικα, στην εξατομικευμένη ανάλυση των δυνατοτήτων και δυσκολιών και σε ρεαλιστικές υποθέσεις και προγραμματισμό για τη μακροχρόνια εξέλιξη.
- Εστιάζεται σε όλο το φάσμα των δυσκολιών, στην αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών και αξιοποιεί ο,τιδήποτε είναι χρήσιμο για την προώθηση της ανάπτυξης και της προσαρμογής, όπως τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα του ατόμου.
- Επειδή οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι χρόνιες, η θεραπευτική προσέγγιση απαιτεί σεβασμό και προσαρμογή στη χρονολογική ηλικία. Ένα πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευσης και κοινωνικοποίησης κατάλληλο για ένα παιδί 5 ετών, είναι ακατάλληλο για έναν ενήλικα ακόμη κι αν το αναπτυξιακό του επίπεδο είναι αντίστοιχο μ' εκείνο του πεντάχρονου παιδιού.

(Παπαγεωργίου Β., 2007)

Με τα σημερινά δεδομένα, οι πιο αποτελεσματικές προσεγγίσεις στον τομέα του αυτισμού είναι η εξειδικευμένη εκπαιδευτική παρέμβαση, οι γνωστικές – συμπεριφορικές τεχνικές με έμφαση στην προώθηση της επικοινωνίας και της κοινωνικής κατανόησης, η ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας και η φαρμακοθεραπεία

(McDougle C. J. et al., 1996), σε ορισμένες περιπτώσεις για την αντιμετώπιση των προκλητικών συμπεριφορών και άλλων διαταραχών, που μπορεί να συνυπάρχουν (Παπαγεωργίου Β., 2005).

Οι γονείς είναι σημαντικοί σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Γι' αυτό πρέπει να υιοθετείται από όλους τους κλινικούς η ρεαλιστική και φιλοσοφική στάση ότι οι γονείς των παιδιών με αυτισμό μπορούν και πρέπει να συνεργάζονται στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή των θεραπευτικών και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων και στην παροχή υπηρεσιών προς το παιδί τους (Rutter M. et al., 1987; Schopler E. et al., 2000). Επομένως, οι επιτυχείς θεραπευτικές παρεμβάσεις στηρίζονται κυρίως στη συνεργασία μεταξύ γονέων και επαγγελματιών και αντανakλούν τις αξίες και τους σκοπούς της οικογένειας. Η υποστήριξη των γονέων, ώστε να αποδεχθούν την κατάσταση, να προσαρμοστούν, να εκφράσουν τις απόψεις, τις επιθυμίες και τις ανάγκες τους και να επιλέξουν το καλύτερο για το παιδί τους, είναι πολύ σημαντική και επηρεάζει ουσιαστικά την πορεία της παρέμβασης (Hastings C. et al., 2005).

Είναι υποχρέωση και ένδειξη σεβασμού προς κάθε άτομο με οποιαδήποτε διαταραχή, η εφαρμογή επιστημονικά τεκμηριωμένων θεραπευτικών μεθόδων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να ενημερώσουν τους γονείς ότι, προκειμένου να εφαρμοστεί μια θεραπευτική προσέγγιση, απαιτούνται επιστημονικές, αντικειμενικές αποδείξεις, σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους (Shea V., 2004). Ρεαλιστικές προσδοκίες γονέων και επαγγελματιών, με βάση τα επιστημονικά δεδομένα για τις διαθέσιμες θεραπευτικές μεθόδους, σε συνδυασμό με λογικές ελπίδες για το μέλλον, μπορεί να υποστηρίξουν ουσιαστικά τις προσπάθειες για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ατόμου με αυτισμό και της οικογένειάς του (Παπαγεωργίου Β., 2007).

## **5.3. Συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις**

### **5.3.1. Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς (ABA)**

Η ανάλυση της συμπεριφοράς είναι μία φυσική επιστήμη της συμπεριφοράς που αρχικώς περιγράφηκε από τον Skinner F. B. τη δεκαετία του 1930. Οι αρχές και οι μέθοδοι της ανάλυσης της συμπεριφοράς έχουν εφαρμοστεί επιτυχώς σε πολλούς τομείς. Για παράδειγμα, οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν την αρχή της θετικής ενίσχυσης για να ενδυναμώσουν μία συμπεριφορά, κανονίζοντας αυτή να ακολουθείται από κάτι με αξία, έχουν χρησιμοποιηθεί για να αναπτυχθεί ένα μεγάλο εύρος δεξιοτήτων στους μαθητευόμενους, με ή χωρίς δυσλειτουργίες.

Από τις αρχές του 1960, εκατοντάδες αναλυτές συμπεριφοράς έχουν χρησιμοποιήσει τη θετική ενίσχυση και άλλες αρχές για να δομήσουν την επικοινωνία, το παιχνίδι και δεξιότητες κοινωνικές, ακαδημαϊκές, αυτό – φροντίδας και επαγγελματικές. Επίσης, θετικά αποτελέσματα έχουν στο να μειώσουν τα προβλήματα συμπεριφοράς στους εκπαιδευόμενους με αυτισμό όλων των ηλικιών. Ορισμένες τεχνικές του ABA περιλαμβάνουν οδηγίες που δίνονται από ενήλικες με αυστηρά δομημένη σειρά, ενώ άλλοι χρησιμοποιούν τα φυσικά ενδιαφέροντα των παιδιών και ακολουθούν τη δική τους έναρξη (initiation). Επιπλέον, διδάσκονται δεξιότητες, οι οποίες χωρίζονται σε επιμέρους βήματα ή στοιχεία, έτσι ώστε να δίνονται στα παιδιά πολλές επαναλαμβανόμενες ευκαιρίες να τις μάθουν και να τις εξασκήσουν σε μία πληθώρα καταστάσεων (settings) με άφθονη θετική ενίσχυση.

Οι στόχοι της παρέμβασης καθώς και ο τύπος των οδηγιών και των ενισχύσεων που χρησιμοποιούνται προσαρμόζονται στις δυνατότητες και τις ανάγκες του εκάστοτε παιδιού. Η απόδοση μετριέται συνεχώς μέσω της άμεσης παρατήρησης και η παρέμβαση τροποποιείται αν τα δεδομένα δείξουν ότι το παιδί δεν σημειώνει ικανοποιητική πρόοδο. Άσχετα από την ηλικία του, στόχος της



μεθόδου ABA είναι να καταστήσει το παιδί με αυτισμό ικανό να λειτουργεί όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητα και με επιτυχία σε ποικίλα περιβάλλοντα (Happé F., 1998).

Στην επιστήμη της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης Συμπεριφοράς (ABA) η ανθρώπινη συμπεριφορά παρατηρείται, εντοπίζεται η αιτία που την προκαλεί και ανάλογα ενισχύεται ή εξαλείφεται. Όσον αφορά τις επιθυμητές συμπεριφορές που χρειάζεται να ενισχυθούν, εφαρμόζεται στρατηγική μάθησης νέων δεξιοτήτων. Η εκπαιδευτική παρέμβαση περιλαμβάνει:

- *Shaping*: Μια διαδικασία κατά την οποία καταγράφεται η δεδομένη συμπεριφορά του παιδιού και διαμορφώνεται ανάλογα με τον επιθυμητό στόχο. Πριν επιβραβευθεί η συμπεριφορά ο θεραπευτής αυξάνει τις απαιτήσεις. Οι νέοι στόχοι ορίζονται με βάση τις υπάρχουσες κατεκτημένες δεξιότητες.
- *Prompting*: Δίνεται βοήθεια ώστε να αυξηθούν οι σωστές αποκρίσεις. Ο θεραπευτής κατευθύνει το παιδί προκειμένου να κατακτήσει το στόχο σωματικά, λεκτικά, με οπτικά ερεθίσματα και με συνολική παρουσίαση έργου.
- *Fading*: Πρόκειται για ένα σημαντικό μέρος της εκπαιδευτικής διαδικασίας, ώστε να μην υπάρχει εξάρτηση από τη συστηματική βοήθεια. Σταδιακά οι βοήθειες μειώνονται μέχρι την κατάκτηση του στόχου χωρίς καμία βοήθεια.
- *Chaining and task analysis*: Οι δραστηριότητες μοιράζονται σε επιμέρους μικρότερα θέματα και διδάσκονται βήμα – βήμα. Όλα τα μικρότερα θέματα συνδέονται αντίστοιχα μεταξύ τους και αποτελούν τον κρίκο της αλυσίδας για την κατάκτηση του κάθε στόχου.
- *Reinforcement*: Αποτελεί το θετικό ενισχυτή που μπορεί να διαφέρει από παιδί σε παιδί και από στόχο σε στόχο προκειμένου να αλλάξουμε μία συμπεριφορά και να διδαχθούν νέες δεξιότητες.
- *Incidental teaching*: Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται για τη χρήση της γλώσσας μέσα από την αναμονή του θεραπευτή να ξεκινήσει το παιδί τη διάδραση. Ο θεραπευτής μέσα από την αντίδρασή του θα πρέπει να απαιτεί περαιτέρω λεκτική επικοινωνία με το παιδί. Απαιτεί περιβάλλον που περιέχει υλικά

ενδιαφέροντα για το παιδί, αναμονή του θεραπευτή να ξεκινήσει το παιδί συζήτηση για το αντικείμενο που του προκάλεσε ενδιαφέρον και προσκόλληση για περαιτέρω επικοινωνία.

- *Token economy systems*: Αποτελούν πίνακες επιβράβευσης, οι οποίοι χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Μπορούν να συμπληρωθούν πολλές φορές μέσα σε μία συνεδρία. Κάθε φορά που ολοκληρώνονται δίνεται στο παιδί ο ενισχυτής που έχει επιλέξει. Στη συνέχεια μπορεί να επαναληφθεί η ίδια διαδικασία. Για παράδειγμα, ένα σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών θα μπορούσε να είναι η συμπλήρωση 6 αυτοκόλλητων μετά από αντίστοιχες 6 σωστές απαντήσεις.

(Γενά Α. , 2002)

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση της συμπεριφοράς από τους θεραπευτές είναι:

- *Τιμωρία*: Η τιμωρία είναι μία πολύ παλιά τεχνική , την οποία χρησιμοποιούν και οι ίδιοι οι γονείς. Στόχος της τιμωρίας είναι να μειώσει ή να σταματήσει μία ανεπιθύμητη συμπεριφορά. Αποτελεί την αρνητική συνέπεια των πράξεων του ατόμου και με αυτό τον τρόπο μειώνει την πιθανότητα να επανεμφανιστεί η ίδια η συμπεριφορά. Αν χρησιμοποιηθεί λανθασμένα μπορεί να αποτελέσει αρνητική ενίσχυση, δηλαδή να αυξήσει την πιθανότητα να επανεμφανιστεί η συμπεριφορά. Η σωματική τιμωρία και η χρήση του «όχι» έχει αμφισβητηθεί από σύγχρονες έρευνες τονίζοντας ότι αυξάνει το άγχος των παιδιών. Επιπλέον, μπορεί προσωρινά να μειώνει την ανεπιθύμητη συμπεριφορά, από το φόβο των συνεπειών, αλλά μακροπρόθεσμα η ίδια συμπεριφορά επανέρχεται.
- *Time out*: Αυτή η τεχνική αποτελεί στην ουσία την απομάκρυνση του παιδιού από οποιοδήποτε θετικό ή αρνητικό ερέθισμα. Όταν το παιδί εκδηλώνει μία ανεπιθύμητη συμπεριφορά, τότε ο ενήλικας αποστρέφει το πρόσωπό του από αυτό ή σε ακόμα πιο ακραία μορφή τοποθετεί το παιδί σε μία γωνία του δωματίου ή και σε δωμάτιο απομόνωσης. Το παιδί τοποθετείται εκεί για 3 – 5 λεπτά εκ των οποίων τα τελευταία 30 δευτερόλεπτα θα πρέπει να είναι ήσυχο έτσι ώστε να

λήξει η τιμωρία. Δεν πρέπει όμως να κρατηθεί παραπάνω ώρα. Επιπλέον, σε αυτό το διάστημα οι ενήλικοι μένουν σιωπηλοί, δεν φωνάζουν ούτε επιπλήττουν, γιατί ακόμη και αυτό μπορεί να λειτουργεί ενισχυτικά. Η τεχνική αυτή παρουσιάζει ορισμένα προβλήματα, όπως έχουν τονίσει οι έρευνες. Βασικό πρόβλημα είναι ότι μερικά παιδιά δεν το βρίσκουν τιμωρητικό καθώς προτιμούν την απομόνωση. Επίσης, κάποια παιδιά μπορεί να οδηγηθούν σε έξαρση των συμπτωμάτων τους. Γι' αυτό το λόγο η τεχνική δεν ενδείκνυται σε ιδιαίτερα βίαια παιδιά γιατί μπορεί να είναι επικίνδυνο για τη σωματική τους ακεραιότητα. Τέλος, κάθε φορά που πραγματοποιείται αυτή η τεχνική μειώνεται κατά πολύ και ο χρόνος της παρέμβασης, άρα και η πιθανότητα για μάθηση.

- *Modeling*: Η τεχνική αυτή αφορά τον ίδιο το θεραπευτή ή κάποιο τρίτο πρόσωπο, το οποίο αποτελεί το μοντέλο – πρότυπο του παιδιού. Το θεωρητικό της υπόβαθρο έγκειται στη μίμηση προτύπου (Bandura). Γι' αυτό το σκοπό το παιδί θα πρέπει να έχει κατακτήσει τη δεξιότητα της μίμησης σε ένα επαρκές επίπεδο. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο ο θεραπευτής δείχνει τη σωστή αντίδραση – συμπεριφορά στο παιδί. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε όλα τα προγράμματα παρέμβασης και ιδιαίτερα της αντίληψης εντολών.
- *Απόσβεση*: Η τεχνική της απόσβεσης είναι πολύ αποτελεσματική σε ήπια διασπαστικές συμπεριφορές. Στην ουσία ο ενήλικας αγνοεί τη συμπεριφορά του παιδιού σαν να μην συμβαίνει καθόλου, χωρίς να το κοιτάει και να δίνει σημασία. Είναι πολύ βοηθητική ιδιαίτερα όταν έχουμε αξιολογήσει ότι η συμπεριφορά προκύπτει για την απόκτηση προσοχής. Η αγνόηση της συμπεριφοράς σταδιακά θα κάνει το παιδί να συνειδητοποιήσει ότι δεν του προσφέρει τίποτα και θα τη σταματήσει.

(Austin M., 2000)

Τέλος, είναι απαραίτητο σε κάθε εκπαιδευτικό πρόγραμμα οι κατακτημένες γνώσεις και δεξιότητες να γενικεύονται και να πλαισιώνονται σε διαφορετικές συνθήκες. Πολλά παιδιά με αυτισμό έχουν ιδιαίτερη δυσκολία γενίκευσης των δεξιοτήτων και γνώσεων που διδάχτηκαν με συγκεκριμένο τρόπο. Μια

συμπεριφορά που συμβαίνει σε μια συνθήκη, μπορεί να μη συμβαίνει σε μια άλλη. Μια δραστηριότητα είναι καλό να γενικεύεται σε διαφορετικά πλαίσια, με διαφορετικά πρόσωπα και καταστάσεις. Με αυτό τον τρόπο το παιδί μαθαίνει να ανταποκρίνεται με περισσότερο φυσικό τρόπο στα διάφορα πλαίσια. Επομένως, στη γενίκευση βοηθάει ιδιαίτερα το πέρασμα των διδαχθέντων δεξιοτήτων στην καθημερινή ρουτίνα του παιδιού. Έτσι, τα παιδιά κατανοούν την αξία που έχουν οι λέξεις στο να ζητήσουν αυτό που θέλουν και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους, δηλαδή να αντιληφθούν τη λειτουργική σημασία της γλώσσας (Γενά Α., 2002).

#### **5.4. Δομημένη προσέγγιση TEACCH**

Το πρόγραμμα TEACCH ιδρύθηκε την δεκαετία του '70 από τον καθηγητή ψυχιατρικής Eric Schopler, τον οποίο διαδέχθηκε ο καθηγητής Mesibon G. Σύμφωνα με τη δομημένη προσέγγιση TEACCH, ο αυτισμός θεωρείται ως μία διαταραχή της ανάπτυξης με ιδιαίτερα γνωστικά χαρακτηριστικά. Παρατηρείται ένας ξεχωριστός τρόπος σκέψης, ο οποίος βεβαίως είναι αποδεκτός και σεβαστός. Επίσης, ο αυτισμός χαρακτηρίζεται ως μια διαφορετική «κουλτούρα», με την έννοια ότι υπάρχουν κοινά γνωστικά χαρακτηριστικά και παρόμοιες συμπεριφορές μεταξύ των ατόμων αυτών (Mesibon G., Shea V., Schopler E., 2005). Επομένως, απαραίτητη προϋπόθεση της κατάλληλης ειδικής αγωγής, η οποία θα έχει αποτελέσματα, είναι η κατανόηση των ιδιαίτερων γνωστικών χαρακτηριστικών και η προσαρμογή του περιβάλλοντος, ώστε να είναι κατανοητό. Γίνεται, λοιπόν, εμφανές ότι ο στόχος της ειδικής εκπαίδευσης δεν είναι η κανονικοποίηση των παιδιών με αυτισμό αλλά η υποστήριξή τους με κατάλληλες προσαρμογές του φυσικού περιβάλλοντος. Η εκπαιδευτική στήριξη παρέχεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής και προσαρμόζεται στο επίπεδο των δυσκολιών που έχει το κάθε άτομο εξατομικευμένα (Μαυροπούλου Σ., 2006).

Μέσα από τη μέθοδο TEACCH αξιοποιούνται τα ευρήματα της ψυχολογικής και εκπαιδευτικής έρευνας με απώτερο σκοπό τη βελτίωση του επιπέδου της αυτόνομης διαβίωσης και τη διευκόλυνση σε καθημερινές ενέργειες. Στοχεύεται δηλαδή η αξιοποίηση της καλής οπτικής αντίληψης και του τρόπου σκέψης των ατόμων με αυτισμό (Schuler A. L., 1995; Quill K., 1997). Πολλά ελλείμματα που παρατηρούνται στα περισσότερα παιδιά με αυτισμό μπορούν να βελτιωθούν σημαντικά μέσω της δομημένης εκπαίδευσης. Μερικά από αυτά είναι τα εξής:

- ✚ Αδυνατούν να συνδέσουν την αιτία με το αποτέλεσμα μιας ενέργειας και συνεπώς να κατανοήσουν το νόημα πολλών δραστηριοτήτων.
- ✚ Έχουν δυσκολίες στην αντίληψη της ακολουθίας και της οργάνωσης των ενεργειών τους (Ozonoff S., 1995). Αυτό φαίνεται ιδιαίτερα όταν θα πρέπει να εκτελέσουν μία δραστηριότητα με πολλά βήματα, στην οποία αν και έχουν κατακτήσει κάποια βήματα, ωστόσο δεν ακολουθούν τη σωστή σειρά για να ολοκληρωθεί η δραστηριότητα.
- ✚ Αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κατανόηση του χρόνου, δηλαδή να αντιληφθούν πότε αρχίζει και πότε τελειώνει μία δραστηριότητα.

Ο ειδικός κατανοώντας τον ιδιαίτερο τρόπο αντίληψης και σκέψης των ατόμων με αυτισμό θα τροποποιήσει το περιβάλλον μάθησής τους, ώστε να το κατανοούν και να είναι σε θέση να ανταποκριθούν πιο αυτόνομα σε αυτό. Η διδασκαλία με τη χρήση οπτικοποιημένου υλικού έχει αναδειχθεί ως ιδιαίτερα επιτυχημένη μέθοδος για την κατάκτηση της αυτονομίας σε μαθητές με αυτισμό. Η δομημένη προσέγγιση προσφέρει τις κατάλληλες μεθόδους για την επίτευξη αυτού του στόχου (MacDuff G. S., Krantz P. J., McClannachan L. E., 1993; Pierce K. C., Schreibman L., 1994).

#### 5.4.1. Αρχές και στόχοι της προσέγγισης TEACCH

Η εφαρμογή της δομημένης προσέγγισης βασίζεται σε μία συνεχή και συστηματική αξιολόγηση που εστιάζεται στις ικανότητες, τα ενδιαφέροντα και τις αναδυόμενες δεξιότητες των παιδιών με αυτισμό. Αξίζει να τονιστεί ιδιαίτερα ότι ο κύριος στόχος της αξιολόγησης δεν είναι να εντοπιστούν οι αδυναμίες των παιδιών με αυτισμό, αλλά οι δεξιότητες που μπορούν να κατακτήσουν με λίγη βοήθεια, οι οποίες λέγονται αναδυόμενες.

Οι πληροφορίες που συλλέγονται για τα ενδιαφέροντα και τις εμμονές των παιδιών αξιοποιούνται για το σχεδιασμό και την ανάπτυξη εκπαιδευτικού υλικού. Για παράδειγμα, αν ένα παιδί έχει εμμονή με τα τρένα, το εκπαιδευτικό υλικό για να διδαχθεί έννοιες, όπως τα χρώματα, τα σχήματα, οι αριθμοί, τα γράμματα ή λέξεις μπορεί να συνδέεται με το θέμα των τρένων. Ακόμη, καταγράφονται οι τρόποι με τους οποίους ένα παιδί ανταποκρίνεται σε μία δραστηριότητα (Mesibov G., Shea V., Adams J., 2001), όπως οι συμπεριφορές του στην έναρξη και κατά τη διάρκεια μιας δραστηριότητας, πότε και πώς ζητάει βοήθεια, οι αντιδράσεις του σε διορθώσεις της εργασίας του από τον εκπαιδευτικό. Μία άλλη σημαντική παιδαγωγική αρχή που διέπει τη δομημένη προσέγγιση είναι η συνεργασία με τους γονείς (Marcus L. M., Kuncle L., Schopler E., 1997), οι οποίοι θεωρούνται ως συν – θεραπευτές, δηλαδή καλούνται να έχουν ενεργή συμμετοχή στην εκπαίδευση του παιδιού τους, ώστε να είναι εφικτή η γενίκευση των δεξιοτήτων του στο περιβάλλον του σπιτιού και της ευρύτερης κοινότητας. Οι γονείς συμμετέχουν ως εκπαιδευόμενοι για την εφαρμογή μεθόδων της δομημένης προσέγγισης στο σπίτι και λαμβάνουν πλήρη καθοδήγηση και στήριξη από τους θεραπευτές.

Ο πρώτος στόχος της δομημένης προσέγγισης είναι η κατανόηση του περιβάλλοντος από τα άτομα με αυτισμό (Shulman L., 2004). Το δομημένο περιβάλλον ανταποκρίνεται καλύτερα στον ιδιαίτερο τρόπο σκέψης τους. Όταν οι λειτουργίες του κάθε χώρου στο περιβάλλον είναι σαφείς, τότε οι απαιτήσεις είναι κατανοητές από τα άτομα που καλούνται να ανταποκριθούν σε αυτό. Επιπλέον, το

οργανωμένο περιβάλλον είναι προβλέψιμο και διευκολύνει την προσαρμογή των παιδιών σε αυτό. Η Jolliffe T., άτομο με σύνδρομο Asperger, χαρακτηριστικά εξηγεί: *«Επειδή η ζωή είναι μια τόσο αποδιοργανωτική μάζα ήχων και εικόνων, είναι πραγματικά βοηθητικό για ένα άτομο με αυτισμό να μπορεί να βάλει μια τάξη στη ζωή του. Η ανάγκη για σταθερότητα είναι σημαντικό να διατηρείται κατά τη διάρκεια της ημέρας με τον ίδιο τρόπο κάθε μέρα. Αυτό μπορεί να είναι βαρετό για τους περισσότερους ανθρώπους αλλά είναι ένα από τα λίγα πράγματα που μπορούν να ανακουφίσουν για λίγο. Για μένα είναι απαραίτητο να έχω καθορισμένους χρόνους και χώρους για το καθετί.»* Ο δεύτερος στόχος της δόμησης του περιβάλλοντος είναι η αυθόρμητη επικοινωνία των παιδιών. Όταν ένα παιδί με αυτισμό γνωρίζει και είναι εξοικειωμένο με το περιβάλλον του, μπορεί και να εκφράσει καλύτερα τις ανάγκες του μέσα σε αυτό. Ακόμη, σε ένα οργανωμένο περιβάλλον, σηματοδοτείται με μεγαλύτερη ευκολία και σαφήνεια η ολοκλήρωση μιας δραστηριότητας. Επιπλέον, οι ρουτίνες ενσωματώνονται πιο εύκολα και τα παιδιά μπορούν να τις ακολουθήσουν πιο ομαλά. Τέλος, όταν γνωρίζουν τις απαιτήσεις και τις δραστηριότητες που συνδέονται με διαφορετικούς χώρους και μάθουν να ακολουθούν ρουτίνες, είναι σε θέση να συμμετέχουν σε περισσότερες δραστηριότητες με μεγαλύτερη αυτονομία, χωρίς προτροπές και οδηγίες από τους άλλους (Μαυροπούλου Σ., 2006).

#### **5.4.2. Εφαρμογή της μεθόδου TEACCH**

##### *✓ Δόμηση του περιβάλλοντος της τάξης*

Η περιγραφή που ακολουθεί περιορίζεται στους χώρους μιας τάξης για παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Κάθε περιοχή διδασκαλίας θα πρέπει να είναι οριοθετημένη με οπτική σαφήνεια. Η φυσική οριοθέτηση επιτυγχάνεται με διάφορα μέσα, όπως έπιπλα (τραπέζι, θρανία, καρέκλες, ντουλάπες), λωρίδες από χαρτί κολλημένες στη μέση ενός θρανίου ή στο πάτωμα. Με αυτόν τον τρόπο, ο χώρος για κάθε δραστηριότητα είναι οπτικά οριοθετημένος και βοηθά τα παιδιά να

συνδέσουν τον κάθε χώρο της τάξης τους με συγκεκριμένες δραστηριότητες. Έτσι, μέσα σε μία τάξη είναι σημαντικό να διαμορφωθούν διάφορες περιοχές διδασκαλίας. Αυτές αναφέρονται παρακάτω αναλυτικότερα:

1. Στην περιοχή της μετάβασης βρίσκονται τα εξατομικευμένα ημερήσια προγράμματα των παιδιών της τάξης μέσω των οποίων ενημερώνονται για τις δραστηριότητες που θα κάνουν και με ποια σειρά. Ο εκπαιδευτικός προτρέπει (λεκτικά ή με σωματική καθοδήγηση) το κάθε παιδί να πάει στο πρόγραμμα όταν τελειώνει μία δραστηριότητα και να δει αυτήν που ακολουθεί. Για τα παιδιά που δε μπορούν ή δεν θέλουν να πάνε στο χώρο μετάβασης, ο εκπαιδευτικός μεταφέρει ένα μέρος του προγράμματος στο παιδί, ώστε να γνωρίζει την επόμενη δραστηριότητα.
2. Η δεύτερη περιοχή διδασκαλίας είναι ο χώρος για την αυτόνομη εργασία, που θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός στη δομημένη διδασκαλία. Σε αυτή την περιοχή το παιδί μαθαίνει να δουλεύει μόνο του, αλλά μπορεί να έχει υποστήριξη από τον εκπαιδευτικό, ο οποίος είναι συνήθως πίσω από το μαθητή ή σε κάποια απόσταση, ώστε σταδιακά η βοήθεια που προσφέρει να μειώνεται. Η θέση του δασκάλου σε αυτή την περιοχή δείχνει πώς αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο εκπαιδευτικός τον δικό του ρόλο και τη λειτουργία του χώρου για την εκπαίδευση του παιδιού. Με αυτό τον τρόπο, αναγνωρίζεται η ανάγκη των ατόμων με αυτισμό να έχουν το δικό τους χώρο μέσα στην τάξη.
3. Η τρίτη περιοχή διδασκαλίας είναι ο χώρος για τις ομαδικές δραστηριότητες, που οριοθετείται με ένα στρογγυλό τραπέζι και καρέκλες. Συνηθισμένες ομαδικές δραστηριότητες είναι το φαγητό, η μουσική, η κουβεντούλα, το επιτραπέζιο παιχνίδι και η ομαδική χειροτεχνία. Σε αυτό το χώρο μπορούν να διδαχθούν οι κοινωνικές δεξιότητες και δημιουργούνται περισσότερες απαιτήσεις για τα παιδιά με αυτισμό λόγω των κοινωνικών ερεθισμάτων και απαιτήσεων.
4. Η τέταρτη περιοχή διδασκαλίας είναι ο χώρος του παιχνιδιού, της χαλάρωσης και της ψυχαγωγίας. Σε μία ευρύχωρη τάξη, προσφέρεται η δυνατότητα για επαρκή χώρο για κινητικό παιχνίδι. Σε μία μικρή τάξη, τα υλικά για το παιχνίδι



μπορούν να μεταφέρονται στο χώρο της αυτόνομης εργασίας του παιδιού, στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Αξίζει να τονιστεί ότι είναι απαραίτητη η καλή οργάνωση των παιχνιδιών στο χώρο αυτό, ώστε τα παιδιά να γνωρίζουν και να μάθουν να τα τοποθετούν στη συγκεκριμένη θέση μετά τη χρήση τους.

5. Η πέμπτη περιοχή είναι ο χώρος της διδασκαλίας ένας προς ένα. Η πιο αντιπροσωπευτική διευθέτηση των επίπλων σε αυτό το χώρο συνίσταται σε ένα τραπέζι και δύο καρέκλες σε αντικριστή θέση. Εδώ ο εκπαιδευτικός διδάσκει δεξιότητες μίμησης, κατανόησης και έκφρασης προφορικού λόγου, καθώς και κοινωνικές δεξιότητες (π.χ. παιχνίδια εναλλαγής σειράς). Ακόμη, αυτή η περιοχή χρησιμοποιείται για ένα μέρος της εκπαιδευτικής αξιολόγησης, ώστε ο εκπαιδευτικός να καταγράψει τις συμπεριφορές και τις δεξιότητες σε ανάλογες διδακτικές συνθήκες.

(Μαυροπούλου Σ., 2006)

✓ *Το ημερήσιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων της τάξης*

Στη δομημένη προσέγγιση TEACCH το πρόγραμμα δραστηριοτήτων της τάξης είναι εξατομικευμένο και ημερήσιο (Collia – Faherty C., 1999; Mesibov G., Browder D. M., Kirkland C., 2002). Ένα απλό πρόγραμμα περιλαμβάνει δύο δραστηριότητες: «πρώτα δουλειά και μετά παιχνίδι» και όχι το αντίστροφο. Με ένα τέτοιο πρόγραμμα δίνονται πληροφορίες στα παιδιά για ό,τι προηγείται και ό,τι ακολουθεί. Όταν το παιδί μάθει να ακολουθεί αυτή τη σειρά δραστηριοτήτων, τότε το πρόγραμμα εμπλουτίζεται βήμα – βήμα με άλλες δραστηριότητες. Αξίζει να τονιστεί ότι το κάθε παιδί με αυτισμό χρειάζεται να μάθει να ακολουθεί μία ρουτίνα και να κάνει δραστηριότητες ακόμη και μικρής διάρκειας σε κάθε χώρο της τάξης. Είναι σκόπιμο να υπάρχει καλή κατανομή του διδακτικού χρόνου σε κάθε περιοχή διδασκαλίας. Η μετάβαση από τον ένα χώρο σε έναν άλλο θα πρέπει να γίνεται πάντα από το χώρο του προγράμματος και όχι τυχαία ή όποτε θέλει το παιδί. Συχνά η διδασκαλία ξεκινά από τη χρήση του προγράμματος, ώστε να εδραιωθεί ως ρουτίνα. Αυτή η σταθερότητα δημιουργεί ασφάλεια και ηρεμία με αποτέλεσμα το

παιδί να νοιώθει εμπιστοσύνη στο περιβάλλον του. Με αυτό τον τρόπο συνεργάζεται περισσότερο και μαθαίνει πιο γρήγορα.

Η μορφή της οπτικής σηματοδότησης κάθε δραστηριότητας στο πρόγραμμα μπορεί να ποικίλει ανάλογα με το γνωστικό επίπεδο του κάθε ατόμου. Συνήθως, η πρώτη μορφή σηματοδότησης είναι τα αντικείμενα της δραστηριότητας που θα ασχοληθεί το παιδί. Για το σκοπό αυτό επιλέγουμε αντικείμενα που να έχουν νόημα για το παιδί. Για παράδειγμα, ένα τουβλάκι lego μπορεί να σηματοδοτεί μία δραστηριότητα με κατασκευαστικό παιχνίδι. Σε πιο προχωρημένα επίπεδα οπτικής αναπαράστασης μιας δραστηριότητας μπορούν να χρησιμοποιηθούν φωτογραφίες ή εικόνες, εικόνες και λέξεις, μόνο λέξεις ή προτάσεις. Για τα άτομα με σύνδρομο Asperger το πρόγραμμα μπορεί να είναι γραπτό, με τη μορφή ενός πίνακα με στήλες για να σημειώνονται οι δραστηριότητες που θα γίνουν. Αυτό που έχει σημασία είναι η μορφή σηματοδότησης της δραστηριότητας να είναι σαφής για το παιδί. Όταν η οπτική σαφήνεια είναι επαρκής, ο εκπαιδευτικός δεν χρειάζεται να προσφέρει λεκτική καθοδήγηση για την εκτέλεση μιας δραστηριότητας (Μαυροπούλου Σ., 2006).

#### ✓ *Το σύστημα εργασίας*

Το τρίτο στοιχείο της δομημένης διδασκαλίας είναι το εξατομικευμένο σύστημα εργασίας. Σε ένα πλήρες σύστημα εργασίας περιέχονται οι εξής πληροφορίες για το κάθε παιδί: α) ποια δουλειά θα κάνει, β) πόση δουλειά θα κάνει, γ) πώς γνωρίζει ότι τελείωσε, δ) τι θα κάνει αφού τελειώσει αυτή τη δραστηριότητα. Το σύστημα εργασίας παρουσιάζεται στο παιδί είτε σε κάθετη είτε σε οριζόντια διάταξη σε κάθε περιοχή διδασκαλίας. Για παράδειγμα, ένας μαθητής βλέπει μπροστά στο θρανίο του, στο χώρο της αυτόνομης εργασίας, 4 καρτελάκια σε κάθετη ή οριζόντια διάταξη που έχουν το ίδιο σχήμα (στρογγυλό), αλλά σε 4 διαφορετικά χρώματα. Κάθε καρτελάκι σηματοδοτεί μία δραστηριότητα. Ο μαθητής πριν ξεκινήσει μία δραστηριότητα παίρνει το πρώτο καρτελάκι και το ταυτίζει με το όμοιο καρτελάκι που είναι κολλημένο σε μία δραστηριότητα που βρίσκεται σε μία θέση στη δεξιά μεριά του. Το σύστημα εργασίας ενός πιο ικανού παιδιού με αυτισμό

θα μπορούσε να είναι μία γραπτή λίστα με τις δραστηριότητες που θα κάνει και μία διπλανή στήλη για να σημειώνεται η ολοκλήρωση της κάθε δραστηριότητας (Μαυροπούλου Σ., 2006).

✓ *Το δομημένο εκπαιδευτικό υλικό*

Η δομημένη προσέγγιση περιλαμβάνει το σχεδιασμό και την ανάπτυξη εκπαιδευτικού υλικού με οπτική οργάνωση και οπτικές οδηγίες για τη χρήση του, οι οποίες θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα σαφείς, ώστε το παιδί να κατανοεί τις απαιτήσεις της κάθε δραστηριότητας. Με το οπτικοποιημένο υλικό αξιοποιούνται οι εξαιρετικές ικανότητες των ατόμων με αυτισμό στην οπτική αντίληψη και σκέψη και δημιουργούνται κίνητρα για την ενασχόλησή τους με μία δραστηριότητα. Οι δραστηριότητες που βασίζονται μόνο σε προφορικές οδηγίες είναι πολύ πιθανό να έχουν λιγότερα μαθησιακά οφέλη ακόμη και σε παιδιά υψηλής λειτουργικότητας. Ο ρόλος του εκπαιδευτικού στη δομημένη διδασκαλία συνίσταται στο σχεδιασμό και την παραγωγή εξατομικευμένου εκπαιδευτικού υλικού που θα στηρίζεται στις αρχές της δόμησης και της οπτικοποίησης. Σύμφωνα με τη δομημένη προσέγγιση, οι παράμετροι για την ανάπτυξη του εκπαιδευτικού υλικού για τα παιδιά με αυτισμό είναι: α) οι οπτικές οδηγίες, β) η οπτική οργάνωση και γ) η οπτική σαφήνεια.

Οι οπτικές οδηγίες δίνουν πληροφορίες για τον τρόπο εκτέλεσης μιας δραστηριότητας. Υπάρχουν 4 μορφές οπτικών οδηγιών: α) τα υλικά της δραστηριότητας (π.χ. ένα κορδόνι και χάντρες τοποθετημένες σε ένα μικρό κουτί), β) τα προσχέδια που σηματοδοτούν τα σημεία που θα πρέπει να τοποθετηθεί ένα αντικείμενο (π.χ. ένα χαρτόνι που έχει κοπεί σε σχήμα κύκλου ώστε το παιδί να οδηγηθεί να τοποθετήσει το αντικείμενο στη θέση αυτή), γ) ένα ολοκληρωμένο δείγμα σε τρισδιάστατη μορφή με τα υλικά της δραστηριότητας, δ) φωτογραφίες ή εικόνες με το τελικό αποτέλεσμα της χρήσης των υλικών της δραστηριότητας (π.χ. μία κάρτα ή μία φωτογραφία που απεικονίζει το κορδόνι με τις χάντρες που έχουν περαστεί). Ανεξάρτητα από τη μορφή των οπτικών οδηγιών, το παιδί μαθαίνοντας

να ακολουθεί τις οπτικές οδηγίες των δραστηριοτήτων, τροποποιεί τις αντιδράσεις του σε μια δραστηριότητα και έτσι καλλιεργεί έναν ευέλικτο τρόπο σκέψης, που αποτελεί σημαντικό εφόδιο για την κατάκτηση της αυτονομίας του στο βαθμό που είναι εφικτό.

Με την οπτική οργάνωση περιορίζονται τα αισθητηριακά ερεθίσματα που περιλαμβάνονται στα υλικά της δραστηριότητας. Με την τοποθέτηση των υλικών σε χωριστά κουτιά, καλαθάκια, μπολάκια ή φακέλους, το παιδί διευκολύνεται να εστιάσει την προσοχή του μόνο στις πληροφορίες που συνδέονται με την εκτέλεση της δραστηριότητας. Επίσης, η σταθεροποίηση των υλικών (με τη χρήση velcro) διευκολύνει την οργάνωση των δραστηριοτήτων.

Η οπτική σαφήνεια αναφέρεται στη σηματοδότηση των αντικειμένων ή μερών της δραστηριότητας, έτσι ώστε το παιδί να είναι σε θέση να κατανοήσει καλύτερα το νόημα της δραστηριότητας. Η οπτική σαφήνεια επιτυγχάνεται με διάφορους τρόπους, όπως τη χρήση χρωμάτων, την υπογράμμιση λέξεων ή προτάσεων, τη μορφοποίηση κειμένου (έντονα ή κεφαλαία γράμματα), τη χρήση αριθμών. Για παράδειγμα, σε μία δραστηριότητα ταύτισης των αρχικών γραμμάτων λέξεων, το αρχικό γράμμα κάθε λέξης είναι υπογραμμισμένο και σε κεφαλαία μορφή ώστε το παιδί να εστιάσει σε αυτό το μέρος της δραστηριότητας και να την ολοκληρώσει με επιτυχία.

Η δομημένη προσέγγιση προσφέρει ένα οργανωμένο μαθησιακό περιβάλλον αξιοποιώντας τις οπτικές ικανότητες των παιδιών με αυτισμό. Ο Dietman Zoller (1995), ένας νεαρός άνδρας με αυτισμό, λέει χαρακτηριστικά: *«Μέχρι το 3<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας μου μου ήταν δύσκολο να αντιληφθώ κάτι κοιτάζοντάς το με τα μάτια μου και εντοπίζοντας τις διαφορές μεταξύ των πραγμάτων, επειδή δεν κατάφερα να βάλω μία τάξη. Τα χαρακτήριζα σαν χαοτικές εντυπώσεις, στις οποίες σιγά σιγά επήλθε μία τάξη, μέσω μιας δομημένης εκπαίδευσης»*. Συμπερασματικά, η δομημένη προσέγγιση TEACCH βοηθάει τα παιδιά με αυτισμό να έχουν μία πιο οργανωμένη συμπεριφορά και να ενεργούν με μεγαλύτερη επιτυχία και αυτονομία

σε σχέση με πιο παραδοσιακές συνθήκες διδασκαλίας που βασίζονται κυρίως στη χρήση του προφορικού λόγου.

## **5.5. Αναπτυξιακές προσεγγίσεις**

### **5.5.1. Floortime / DIR**

Αναπτυγμένο από τον παιδοψυχίατρο Greenspan Stanley, το Floortime / DIR είναι μία μέθοδος θεραπείας που βασίζεται στην αναπτυξιακή ψυχολογία για αλληλεπίδραση με τα παιδιά με αυτισμό. Βασίζεται στην έννοια / γεγονός (premise) ότι το παιδί μπορεί να αναπτύξει και να δομήσει ένα μεγαλύτερο κύκλο αλληλεπίδρασης με έναν ενήλικα που «συναντά» στο παρόν αναπτυξιακό του επίπεδο (Dale N., 1996).

Η μέθοδος αυτή είναι σχεδιασμένη με σκοπό να διευκολυνθεί η κοινωνική, συναισθηματική και νοητική ανάπτυξη των παιδιών μέσα από 6 βασικά αναπτυξιακά ορόσημα στάδια. Τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης συνήθως αποκτούν αυθόρμητα αυτά τα αναπτυξιακά ορόσημα από την ηλικία των 4 ή 5 ετών, σε αντίθεση με τα παιδιά με αυτισμό, στα οποία παρατηρείται μεγάλη καθυστέρηση. Στο θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνονται αναπτυξιακά κατάλληλες, προσαρμοσμένες στο παιδί δραστηριότητες, οι οποίες σχεδιάζονται με σκοπό να βοηθηθεί να “σκαφαλώσει” στα υψηλότερα αναπτυξιακά στάδια. Σε παιδιά με πιο σοβαρά ελλείμματα αναμένεται πιο αργή πρόοδος σε σύγκριση με παιδιά υψηλότερου επιπέδου λειτουργικότητας. Στη συνέχεια περιγράφονται τα 6 αναπτυξιακά στάδια και οι αντίστοιχοι θεραπευτικοί στόχοι σύμφωνα με τον Greenspan:

- 1. Αυτορρύθμιση και συνδυαστική προσοχή: Σ' αυτό το επίπεδο ο θεραπευτής βοηθάει το παιδί να μάθει να παραμένει ήρεμο και να εστιάζει στην προσοχή του στο περιβάλλον.*

2. *Οικειότητα και εμπλοκή στις ανθρώπινες σχέσεις:* Ο θεραπευτής ενθαρρύνει το παιδί να αποκτήσει οικειότητα ακολουθώντας μοντέλο (γέλιο, λεκτική προτροπή κ.ά.). Αυτές οι συμπεριφορές βοηθούν τους φροντιστές του παιδιού να δημιουργήσουν μία οικειότητα μαζί του ενσωματώνοντας συναισθήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις.
3. *Αμφίδρομη επικοινωνία με πρόθεση:* Στο στάδιο αυτό χτίζονται συνεχείς αλληλεπιδράσεις μεταξύ του θεραπευτή και του παιδιού μέσα από “κύκλους” που καθοδηγεί το παιδί. Για παράδειγμα, το παιδί ξεκινάει μία συμπεριφορά (κοιτάζει ένα παιχνίδι), ο γονιός ή ο θεραπευτής ακολουθεί την καθοδήγηση του παιδιού (φέρει το παιχνίδι) και ο κύκλος κλείνει όταν το παιδί αναγνωρίσει τη συμπεριφορά του γονιού (παίρνοντας το παιχνίδι ή χαμογελώντας).
4. *Σκόπιμη, περίπλοκη επικοινωνία για επίλυση προβλημάτων:* Ο θεραπευτής βασισμένος στην αμφίδρομη επικοινωνία, η οποία έχει αποκτηθεί απ’ το προηγούμενο επίπεδο, θέτει ως θεραπευτικό στόχο το παιδί να μπορεί να αντεπεξέρχεται σε καταστάσεις επικοινωνίας που να απαιτούν επίλυση προβλημάτων.
5. *Δημιουργία και επεξεργασία συμβόλων με σκοπό την ανταλλαγή συναισθηματικών ιδεών:* Χρησιμοποιώντας σύμβολα και συμβολικό παιχνίδι, ο θεραπευτικός στόχος είναι να μετακινηθεί το παιδί πέρα από τις ανάγκες της επικοινωνίας σε ανταλλαγή ιδεών.
6. *Έκφραση σκέψεων και αντιπαράθεση ιδεών:* Για να φτάσει ένα παιδί σ’ αυτό το επίπεδο πρέπει να έχει αποκτηθεί ένα υψηλό επίπεδο επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης. Οι θεραπευτικές δραστηριότητες που συμπεριλαμβάνονται είναι: αναζήτηση της γνώμης του παιδιού, συζήτηση μαζί του και διαπραγμάτευση με σκοπό ένα επικοινωνιακό αποτέλεσμα.

Το Floortime / DIR είναι μία ειδική θεραπευτική τεχνική που εμπεριέχει αναπτυξιακά κατάλληλες και βασισμένες στο παιχνίδι δραστηριότητες. Ένα ξεχωριστό χαρακτηριστικό αυτής της μεθόδου είναι ότι επιτρέπει στο παιδί να

καθοδηγεί την αλληλεπίδραση, ενώ παράλληλα όλο αυτό το διάστημα κινείται προς τα καθορισμένα αναπτυξιακά ορόσημα και τους θεραπευτικούς στόχους. Εάν για παράδειγμα ο θεραπευτικός στόχος είναι να προωθηθεί η αμφίδρομη επικοινωνία εκ προθέσεως, ο θεραπευτής κάθεται στο πάτωμα με το παιδί, το οποίο έχει διαλέξει παιχνίδια του ενδιαφέροντός του. Βέβαια κάθε θεραπευτικό πρόγραμμα είναι διαφορετικό και εξαρτάται απ' το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού, τα ενδιαφέροντά του και την ικανότητά του για πρόοδο (Sandberg E. H., Spritz B. L., 2012).

Τα παιδιά προκαλούνται να κινηθούν φυσικά μέσα από τα αναπτυξιακά ορόσημα ως αποτέλεσμα αισθητηριακών υπέρ ή υπό αντιδράσεων και διεργασίας των δυσκολιών. Στο Floortime, ο γονέας δεσμεύει το παιδί σε ένα επίπεδο που προς το παρόν απολαμβάνει, εμπλέκεται στις δραστηριότητες του παιδιού, και ακολουθεί την καθοδήγησή του. Από μία κοινώς μοιραζόμενη δέσμευση, ο γονέας εκπαιδεύεται στο πώς να οδηγεί το παιδί μέσα από αυξανόμενα πιο σύνθετες αλληλεπιδράσεις, μία διαδικασία γνωστή ως «άνοιγμα και κλείσιμο κύκλων επικοινωνίας». Το Floortime δεν ξεχωρίζει και δεν εστιάζει στην ομιλία, την κίνηση ή τις γνωστικές δεξιότητες, αλλά απευθύνεται κυρίως σε αυτούς τους τομείς μέσω της σύνθετης έμφασης στη συναισθηματική ανάπτυξη. Η παρέμβαση ονομάζεται Floortime επειδή ο γονιός κάθεται στο πάτωμα με το παιδί για να δεσμευτεί στο δικό του επίπεδο (Dale N., 1996).

### **5.5.2. Παρέμβαση ανάπτυξης σχέσεων (RDI)**

Η παρέμβαση ανάπτυξης σχέσεων (RDI) βασίζεται στη δουλειά του ψυχολόγου Gutstein Steven και εστιάζει στη βελτίωση της μακροπρόθεσμης ποιότητας ζωής για όλα τα άτομα που υπάγονται στο φάσμα του αυτισμού. Το πρόγραμμα RDI είναι μία θεραπεία που βασίζεται στους γονείς και εστιάζει στα κεντρικά ελλείμματα των παιδιών με αυτισμό βελτιώνοντας τους τομείς των κοινωνικών σχέσεων, της συναισθηματικής ρύθμισης, της επικοινωνίας, της

ευελιξίας της σκέψης και της ταυτόχρονης επεξεργασίας οπτικών και ακουστικών πληροφοριών (Sandberg E. H., Spritz B. L., 2012).

Το RDI λέγεται ότι βασίζεται σε εκτενή έρευνα στην τυπική ανάπτυξη και μεταφράζει τα ερευνητικά ευρήματα σε μία συστηματική κλινική προσέγγιση. Η έρευνά του έδειξε ότι τα άτομα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού φαίνονταν να υστερούν σε συγκεκριμένες δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την επιτυχία στη διαχείριση των καταστάσεων της πραγματικής ζωής, οι οποίες είναι δυναμικές και αλλάζουν. Αποκαλεί αυτές τις ικανότητες δυναμική νοημοσύνη και περιγράφει τους 6 τομείς που ακολουθούν:

1. *Συναισθηματικές Αναφορές*: Η ικανότητα να χρησιμοποιούμε ένα σύστημα συναισθηματικής επανατροφοδότησης για να μάθουμε από τις υποκειμενικές εμπειρίες των άλλων.
2. *Κοινωνικός Συντονισμός*: Η ικανότητα να παρατηρούμε και να ρυθμίζουμε την συμπεριφορά κάποιου με σκοπό να συμμετέχουμε σε αυθόρμητες σχέσεις, όπως η συνεργασία και η ανταλλαγή συναισθημάτων.
3. *Δηλωτική Γλώσσα*: Η χρήση γλώσσας και μη λεκτικής επικοινωνίας για να εκφράσουμε την περιέργεια, να καλέσουμε τους άλλους σε αλληλεπίδραση, να μοιραστούμε αντιλήψεις και συναισθήματα και να συντονίσουμε τις πράξεις μας με τους άλλους.
4. *Ευέλικτη σκέψη*: Η ικανότητα της γρήγορης προσαρμογής, αλλαγής στρατηγικών και μεταποίησης σχεδίων που βασίζεται στην αλλαγή των καταστάσεων.
5. *Επεξεργασία Σχεσιακών Πληροφοριών*: Η ικανότητα να διατηρούμε μία έννοια σε ένα ευρύτερο πλαίσιο. Η επίλυση προβλημάτων που δεν έχουν μόνο «σωστή και λάθος» λύση.
6. *Πρόβλεψη και γνώση εκ των υστέρων*: Η ικανότητα να συλλογίζομαστε παρελθοντικές εμπειρίες και να προβλέπουμε πιθανά μελλοντικά σενάρια με παραγωγικό τρόπο.

(Baird G.; Charman T.; Cox A.; Baron – Cohen S.; Swettenham J. et al., 2001)



Ο Gutstein S., που μαζί με την dr. Sheely Rachele, σχημάτισαν το Connections Center for Family and Personal Development στο Houston του Texas (1995), επισημαίνει χαρακτηριστικά: «Προκαλούμε τις οικογένειες και τους ειδικούς να σκεφτούν πέρα από την επίτευξη της απλής λειτουργικότητας ως επιτυχές αποτέλεσμα για τα άτομα με αυτισμό. Το σημείο αναφοράς για την επιτυχία στο πρόγραμμα RDI είναι η ποιότητα ζωής». Στόχος είναι η κοινωνική επεξεργασία και η ανάπτυξη του εαυτού. Το πρόγραμμα προσφέρει εργαστήρια εκπαίδευσης για τους γονείς καθώς και πολλά βιβλία που προσφέρουν ασκήσεις βήμα προς βήμα για τη δόμηση κινήτρου, ώστε οι δεξιότητες να χρησιμοποιούνται και να γενικεύονται. Μπορεί να ξεκινήσει εύκολα και να εφαρμοστεί στις κανονικές, καθημερινές δραστηριότητες που εμπλουτίζουν την οικογενειακή ζωή (Harpe F., 1998).

### **5.5.3. Μοντέλο SCERTS**

Το SCERTS είναι ένα ολοκληρωμένο, βασισμένο σε ομάδα, πολυεπιστημονικό μοντέλο με σκοπό τη βελτίωση των ικανοτήτων σε 3 τομείς:

- 1) την κοινωνική επικοινωνία (αυθόρμητη επικοινωνία και ανάπτυξη σχέσεων)
- 2) τη συναισθηματική ρύθμιση (ρύθμιση συναισθηματικής διέγερσης και υποστήριξη μάθησης και συμμετοχής)
- 3) τη συναλλακτική υποστήριξη (στοιχεία που βοηθούν την ατομική πρόοδο και την κατάκτηση θεραπευτικών στόχων)

(Prizant B. M.; Wetherby A. M.; Rubin E.; Laurent A. C.; Rydell P. J., 2005)

Το SCERTS δεν είναι μία αποκλειστική προσέγγιση, εννοώντας ότι παρέχει ένα πλαίσιο στο οποίο πρακτικές και στρατηγικές από άλλες προσεγγίσεις μπορούν να ενοποιηθούν. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί με άτομα ενός μεγάλου εύρους ηλικιών και αναπτυξιακών ικανοτήτων. Αναπτύχθηκε από τους Prizant Barry, Wetherby

Amy, Rubin Emily, Laurent Amy και Rydell Patrick, μία πολυεπιστημονική ομάδα κλινικών, ερευνητών και εκπαιδευτικών που έχει πάνω από 100 χρόνια εμπειρίας, και έχει εκτενείς δημοσιεύσεις στο πεδίο του αυτισμού.

Η επικέντρωση στην κοινωνική επικοινωνία περιλαμβάνει την ανάπτυξη αυθόρμητης, λειτουργικής επικοινωνίας και ασφαλείς, έμπιστες σχέσεις με ενήλικες και παιδιά. Η συναισθηματική ρύθμιση περιλαμβάνει την αύξηση της ικανότητας να διατηρείται μία κατάσταση σε καλό συναισθηματικό επίπεδο, ώστε να είναι ωφέλιμη στη μάθηση και στην αλληλεπίδραση. Η συναλλακτική υποστήριξη περιλαμβάνει την υποστήριξη των παιδιών, των οικογενειών τους και ειδικούς που μεγιστοποιούν τη μάθηση, τις θετικές σχέσεις και τις επιτυχείς κοινωνικές εμπειρίες στα πλαίσια του σπιτιού, του σχολείου και της κοινότητας. Επίσης, το μοντέλο SCERTS, δίνει έμφαση στην έναρξη επικοινωνίας του παιδιού τόσο στις φυσικές όσο και στις ημιδομημένες δραστηριότητες για ένα μεγάλο εύρος σκοπών, όπως το να ζητάς κάτι, να χαιρετάς, να εκφράζεις συναισθήματα και να διαμαρτύρεσαι ή να διαφωνείς. Τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα είναι αναπτυξιακά κατάλληλα και μπορεί να αποσκοπούν και στις λεκτικές και στις μη λεκτικές μορφές επικοινωνίας. Το SCERTS είναι ένα συνεργατικό εκπαιδευτικό μοντέλο, στο οποίο οι οικογένειες και οι εκπαιδευτές δουλεύουν μαζί για να προσδιορίσουν και να αναπτύξουν στρατηγικές που θα δεσμεύσουν το παιδί σε σημαντικές καθημερινές δραστηριότητες (Baron – Cohen S., Tager – Flusberg H., Cohen D.J, 2000).

#### Αρχές και στόχοι του μοντέλου SCERTS

Το μοντέλο SCERTS αποσκοπεί κυρίως στο να βοηθήσει τα άτομα με αυτισμό να επιτύχουν «αυθεντική πρόοδο», η οποία προσδιορίζεται ως η ικανότητα να μαθαίνεις και να εφαρμόζεις λειτουργικές δεξιότητες σε μία ποικιλία καταστάσεων και με διαφορετικά άτομα. Όλοι οι συνεργάτες ενός παιδιού, συμπεριλαμβανομένων των εκπαιδευτικών, των θεραπειών, των γονέων, των αδελφών και των φίλων, δυναμικά παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στο πρόγραμμα του SCERTS, επειδή οι δραστηριότητες στις οποίες επισημαίνονται στόχοι και επιδιωκόμενα αποτελέσματα

περιλαμβάνουν καθημερινές ρουτίνες στο σπίτι και στο σχολείο, καθώς και ειδικές θεραπείες και δραστηριότητες που αποσκοπούν στην ενίσχυση των ικανοτήτων στις δεξιότητες ανεξαρτησίας και αυτοβοήθειας, με ιδιαίτερη έμφαση στην κοινωνική επικοινωνία και στη συναισθηματική ρύθμιση. Για παράδειγμα, οι ώρες φαγητού στα πλαίσια του σπιτιού και του σχολείου μπορεί να έχουν το ίδιο επιδιωκόμενο ζητούμενο, που περιλαμβάνει τη χρήση εικόνων, λέξεων ή χειρονομιών, για να συγκεντρώσει κομμάτια φαγητού, να παρατηρήσει και να μιμηθεί τους συνεργάτες με σκοπό να επωφεληθεί από τα κοινωνικά τους μοντέλα και να ανταποκριθεί στην προσπάθεια κάποιου συνεργάτη να υποστηρίξει μία καλή συναισθηματική κατάσταση που οδηγεί σε διαρκή προσοχή και ενεργή συμμετοχή. Οι στόχοι στο παιχνίδι και τις κοινωνικές δεξιότητες μπορούν επίσης να προσδιοριστούν και να εντοπιστούν στο σχολείο με τους συμμαθητές, καθώς και στο σπίτι με τα αδέρφια ή τα ξαδέλφια. Ένα σχέδιο υποστήριξης της συναισθηματικής ρύθμισης ενός παιδιού κατά τη διάρκεια κάθε ημέρας και πάλι βασίζεται στις ατομικές ανάγκες του παιδιού. Το πλάνο ίσως να περιλαμβάνει τακτικά προγραμματισμένη εξάσκηση και ρυθμιζόμενα διαλείμματα, ευκαιρίες για αισθητηριακές και κινητικές δραστηριότητες και ένα πλάνο που χρησιμοποιείται από όλους τους συνεργάτες για να τροποποιούν τα μαθησιακά περιβάλλοντα. Οι συνεργάτες επίσης γίνονται ειδικοί στο να αναγνωρίζουν τα σημάδια συναισθηματικής δυσλειτουργίας του παιδιού και να αντιδρούν με ανάλογη υποστήριξη, όπως χρειάζεται για να μεγιστοποιήσουν την προσοχή και τη μάθηση και κατ' επέκταση να εμποδίσουν την κλιμάκωση σε περισσότερες προβληματικές συμπεριφορές (Prizant B. M., Wetherby A. M., Rubin A., Laurent A. C., 2003)

Όταν εφαρμόζεται το μοντέλο SCERTS όλοι οι θεραπευτές που εμπλέκονται σ' αυτό θα πρέπει να τηρούν τα παρακάτω:

1. Τα παιδιά να εισάγουν και να αντιδρούν στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία του ενήλικα.

2. Τα παιδιά να συμμετέχουν ενεργά σε δραστηριότητες με συνομιλήκους και ενήλικες με έμφαση στη χαρούμενη εμπειρία που προκαλεί θετικά συναισθήματα και στην ανάπτυξη έμπιστων σχέσεων.
3. Οι ενήλικες να εφαρμόζουν μία ποικιλία διαπροσωπικής και μαθησιακής υποστήριξης για να βοηθήσουν το παιδί να είναι πιο διαθέσιμο για μάθηση και δέσμευση.
4. Οι ενήλικες να είναι ιδιαίτερα υποστηρικτικοί και να αντιδρούν άμεσα και με ευέλικτο τρόπο στις πρωτοβουλίες των παιδιών βασιζόμενοι στη συναισθηματική τους κατάσταση με σκοπό την επιτυχία στις δραστηριότητες δίνοντας κατάλληλα επίπεδα υποστήριξης για να συμμετέχουν ενεργά.

### Σύγκριση με άλλες τεχνικές

Στο SCERTS δίνεται έντονη έμφαση στην πρωτοβουλία του παιδιού για ένα μεγάλο εύρος επικοινωνιακών λειτουργιών (όπως το χαιρέτισμα, η αναζήτηση παρηγοριάς, η διαμαρτυρία / άρνηση, το κάλεσμα κάποιου κ.ά). Οι στόχοι που θέτονται έχουν μία αναπτυξιακή σειρά, περιλαμβάνοντας τη μη λεκτική (π.χ. χειρονομίες) καθώς και τη λεκτική επικοινωνία, και έχουν επιλεγεί με βάση τις λειτουργικές ανάγκες του παιδιού. Έτσι, η εστίαση του μοντέλου SCERTS στην προώθηση της επικοινωνίας που προέρχεται από το παιδί στις καθημερινές δραστηριότητες διαφέρει από την εστίαση του «παραδοσιακού» ABA, που τυπικώς αποσκοπεί στην αντίδραση των παιδιών σε διακριτικές δοκιμασίες που καθοδηγούνται από ενήλικες με τη χρήση συμπεριφοριστικών τεχνικών για την εκμάθηση της γλώσσας. Σε φιλοσοφία αλλά και σε πράξη, το SCERTS είναι πιο κοντά στις «σύγχρονες» πρακτικές του ABA, όπως η εκπαίδευση της κρίσιμης αντίδρασης (pivotal response training), που χρησιμοποιεί φυσικές δραστηριότητες σε ένα πλήθος κοινωνικών καταστάσεων και με πλήθος συνεργατών (φίλοι και διάφοροι ενήλικες), καθώς και ημιδομημένη διδασκαλία στις κοινωνικές ρουτίνες. Το SCERTS επίσης βασίζεται στην οπτική ενίσχυση (π.χ. φωτογραφίες, σύμβολα εικόνων) για να ενισχύσει την κοινωνική επικοινωνία και τη συναισθηματική ρύθμιση

σε μεγαλύτερο βαθμό από το ABA και βασίζεται στην έρευνα της παιδικής ανάπτυξης και των κεντρικών προκλήσεων για τον αυτισμό, κατά κάποιο τρόπο παρόμοια με το Floortime και το RDI (Baron – Cohen S., Tager – Flusberg H., Cohen D. J., 2000).

#### **5.5.4. Ενίσχυση του παιχνιδιού**

Το παιχνίδι θεωρείται ως ένα βασικό χαρακτηριστικό της παιδικής ηλικίας επειδή δίνει στα παιδιά την ευκαιρία να αναπτύξουν τη φαντασία τους και να κατανοήσουν μέσα από ένα συμβολικό τρόπο τον “κόσμο των ενηλίκων” (Landreth D., 1982). Προοδευτικά η προηγμένη συμπεριφορά στο παιχνίδι έχει συνδεθεί με τη γνωστική, γλωσσική και κοινωνική ανάπτυξη (Wolfberg P., 1999). Επομένως, η ανάπτυξη του επιπέδου του παιχνιδιού αποτελεί θεραπευτικό στόχο σε παιδιά με αυτισμό.

Για την ενίσχυση του παιχνιδιού, λοιπόν, είναι απαραίτητο να αναπτυχθεί μία ειδική θεραπευτική σχέση μεταξύ του παιδιού και του ειδικού. Με συμβολικό τρόπο ο θεραπευτής αρχίζει να προωθεί τη συναισθηματική κατανόηση και την κοινωνική επικοινωνία (Landreth D., 1982). Επίσης, μπορούν να δημιουργηθούν ολοκληρωμένες ομάδες παιχνιδιού, βασιζόμενες στην έννοια της καθοδηγούμενης συμμετοχής. Σ’ αυτές τις ομάδες τα παιδιά με αυτισμό συμμετέχουν σε δραστηριότητες με τη στήριξη και την ενθάρρυνση ικανών και έμπειρων συνομιλήκων τους, οι οποίοι μπορεί να μην ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού. Η ομάδα υποστηρίζεται από το θεραπευτή, ο οποίος καθοδηγεί τις δραστηριότητες. Ο στόχος είναι να διευκολυνθεί η αμοιβαία διασκέδαση επεκτείνοντας παράλληλα το ρεπερτόριο του κοινωνικού και συμβολικού παιχνιδιού των παιδιών με αυτισμό (Wolfberg B., 1999).

Μάλιστα, σε μία έρευνά της η Wolfberg B. (1999) αναφέρει ότι από τα 3 παιδιά που συμμετείχαν σε μία ομάδα παιχνιδιού, τα 2 κατέκτησαν την ικανότητα να

κάνουν ικανοποιητικό παιχνίδι ρόλων όπως και να συμμετέχουν σε υψηλό επίπεδο συμβολικού παιχνιδιού. Ακόμη, επισημαίνει ότι και τα 3 παιδιά άρχισαν να εμφανίζουν στις ζωγραφιές τους έστω και μικρό ποσοστό συμβολικής αναπαράστασης. Επιπροσθέτως, στη συνέχεια τα 2 απ' τα παιδιά ανέπτυξαν φιλικές σχέσεις με συνομηλίκους τους και συμμετείχαν σε παραδοσιακά παιχνίδια και αθλήματα.

## **5.6. Προσεγγίσεις ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης**

### **5.6.1. Εντατική αλληλεπίδραση (Intensive Interaction)**

Η εντατική αλληλεπίδραση είναι μία μέθοδος που απευθύνεται σε άτομα, τα οποία έχουν ως κοινό σημείο τις μειωμένες ικανότητες επικοινωνίας και κοινωνικοποίησης συνοδευόμενες παράλληλα από δυσκολίες στη μάθηση, κίνηση και συμπεριφορά. Τέτοια άτομα είναι κι αυτά που ανήκουν στις διαταραχές αυτιστικού φάσματος, ιδιαίτερα εκείνα με καθυστέρηση της ανάπτυξης (Nind M., 2003).

Χρησιμοποιώντας την εντατική αλληλεπίδραση προσπαθούμε να βοηθήσουμε το άτομο να μάθει τις βασικές αρχές επικοινωνίας, όπως χρήση και κατανόηση της βλεμματικής επαφής, των εκφράσεων του προσώπου, της σωματικής επαφής, των χειρονομιών, της εναλλαγής σειράς κ.ά. Ο καθένας θα εξελιχθεί με διαφορετικό τρόπο. Για ορισμένους ακόμα και η ελάχιστη πρόοδος στην επικοινωνία μπορεί να επιφέρει πολύ σημαντική αλλαγή στον τρόπο ζωής τους. Κατά τη διάρκεια της εφαρμογής της μεθόδου πρέπει να τηρούνται κάποιες αρχές, οι οποίες όμως είναι σημαντικό να χρησιμοποιούνται δημιουργικά. Αναλυτικά, δεν πρέπει:

- ✓ Να κυριαρχούμε και να κατευθύνουμε.

- ✓ Να μιλάμε με ολοκληρωμένες προτάσεις που συχνά χρησιμοποιούν οι ενήλικες.
- ✓ Να δίνουμε οδηγίες και να απαιτούμε.
- ✓ Να θέτουμε ένα στόχο για συζήτηση και να καταστρώνουμε πλάνα.

Αντίθετα, κατά τη διάρκεια της εντατικής αλληλεπίδρασης πρέπει:

- ✓ Να έχουμε διάθεση να κάνουμε συζήτηση στο επίπεδο κατανόησης του παιδιού.
- ✓ Να παρακολουθούμε προσεκτικά το παιδί για οποιαδήποτε ένδειξη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.
- ✓ Να ανταποκρινόμαστε στις αντιδράσεις του παιδιού και να του αφήνουμε την πρωτοβουλία.
- ✓ Να επιδοκιμάζουμε εκφράσεις προσώπου και ήχους με το να συμμετέχουμε ή να τις μιμούμαστε.
- ✓ Να πηγαίνουμε με το ρυθμό του παιδιού κάνοντας παύσεις.

(Nind M., Hewett D., 2010)

Είναι πολύ σημαντικό ο θεραπευτής να προσαρμόζεται στις ανάγκες του παιδιού και να είναι διαθέσιμος απέναντί του συνέχεια. Επίσης, πρέπει να ανταποκρίνεται σε οποιαδήποτε σκόπιμη προσπάθεια επικοινωνίας, όπως:

- Ήχοι: γρυλίσματα, μουρμουρητά, ψίθυροι, γέλια και γενικά κάθε είδους ήχο που παράγει η φωνή
- Άλλοι θόρυβοι που παράγονται απ' το στόμα: πλατάγιασμα της γλώσσας ή των χειλιών, ήχοι από το σάλιο, φύσημα με το στόμα, κούνημα της γλώσσας πάνω – κάτω κ.λπ.
- Κινήσεις: κινήσεις των χεριών, της παλάμης, κούνημα μπρος – πίσω, τρέκλισμα ή άλλες κινήσεις των ποδιών, κίνηση του κεφαλιού πάνω – κάτω κ.λπ.
- Εκφράσεις του προσώπου: χαμόγελα, γκριμάτσες, άνοιγμα και κλείσιμο του στόματος, κινήσεις των φρυδιών, κλείσιμο των ματιών, στροφή του κεφαλιού προς το θεραπευτή κ.λπ.
- Σωματική επαφή: ελαφρά χτυπήματα, αγγίγματα κ.λπ.

- Στερεότυπη συμπεριφορά: επειδή πολλά άτομα με αυτισμό συνηθίζουν να εκφράζονται με επαναλαμβανόμενο και ρυθμικό τρόπο, θα ήταν καλό ο θεραπευτής να ακολουθήσει αυτή τη συμπεριφορά.

Όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνεται ο θεραπευτής, μπορεί να είναι όσο περισσότερο ευφάνταστος και δημιουργικός γίνεται:

- Με τη μίμηση: προσπαθεί να μιμηθεί ό,τι κάνει το άλλο άτομο δείχνοντας ταυτόχρονα ότι το απολαμβάνει
- Με τη συμμετοχή: αυτό σημαίνει παρατεταμένη αντίδραση, όπως κούνημα μπρος – πίσω ή παλαμάκια, χωρίς να ξεχνάει να δείχνει ευχαρίστηση γι' αυτό που κάνει
- Με το να πει κάτι: ένας καλός τρόπος να επιδοκιμάσει αυτό που κάνει το άλλο άτομο είναι να πει κάτι σαν «ναι», «εντάξει», «ναι, ωραία» κ.λπ.
- Με το να έχει θεατρικότητα στις εκφράσεις του: μπορεί να επιδοκιμάσει μια στιγμιαία αντίδραση του άλλου ατόμου με μια έντονη κίνηση, όπως μια ξαφνική κίνηση του κεφαλιού προς τα πάνω, ένα ξαφνικό τίναγμα προς τα πίσω με μια έκφραση ψεύτικου φόβου, ένα δυνατό «αααα!»
- Με μη λεκτικές αντιδράσεις: χαμόγελο, ορθάνοιχτα μάτια, κίνηση του κεφαλιού και γενικά με τη χρήση της γλώσσας του σώματος

(Nind M., Hewett D., 2010)

Αυτό που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της εντατικής αλληλεπίδρασης μπορεί να θεωρηθεί ως διαδραστικό παιχνίδι. Τα παιχνίδια, λοιπόν, έχουν πολύ σημαντικές ιδιότητες, όπως κοινή δραστηριότητα, αμοιβαία συμμετοχή, επανάληψη, εναλλάξ επικοινωνία, παρότρυνση και δυνατότητα για αντιμετώπιση προβλημάτων χωρίς άγχος. Τα αποτελεσματικά παιχνίδια προκαλούν το ενδιαφέρον, προέρχονται από την ανταπόκριση και περιλαμβάνουν ρυθμό, προσμονή, επανάληψη και εναλλαγή ρόλων.



Τέλος, η εντατική αλληλεπίδραση είναι μία χρήσιμη μέθοδος που μαθαίνει στα άτομα με αυτισμό την ευχαρίστηση της επικοινωνίας με τους άλλους και θέτει τις βάσεις για την κοινωνική και επικοινωνιακή εξέλιξη του ατόμου. Αφού δημιουργηθούν οι βάσεις για την εξέλιξη του ατόμου, μπορούμε να προχωρήσουμε σε άλλα στάδια διευρύνοντας τη διαδικασία και κάνοντας την πιο σύνθετη. Αυτό σημαίνει πως θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν πιο σύνθετες συμπεριφορές στην επικοινωνία με τα άτομα με αυτισμό, οι οποίες θα γενικευτούν σε καινούρια παιχνίδια, σε διαφορετικό περιβάλλον και ανθρώπους. Πολύ σημαντικό είναι να αναζητηθεί μεγαλύτερη σε διάρκεια επικοινωνία, μεγαλύτερη συμμετοχή, διαφοροποίηση στις δραστηριότητες και αυξημένη κοινωνική επαφή (Nind M., Hewett D., 2010).

### **5.6.2. Κοινωνικές ιστορίες (Social Stories)**

Οι κοινωνικές ιστορίες χρησιμοποιούνται πολύ συχνά στα παιδιά με αυτισμό με επιτυχή αποτελέσματα τις περισσότερες φορές. Οι στόχοι που μπορούμε να πετύχουμε μέσα από αυτές είναι οι εξής:

- Αλλαγή συμπεριφοράς
- Διδασκαλία κοινωνικών κανόνων
- Προετοιμασία για δύσκολες καταστάσεις
- Διδασκαλία νέων δεξιοτήτων
- Πρόληψη αντιδράσεων, ξεσπάσματα
- Επιβεβαίωση επιτυχίας

Οι κοινωνικές ιστορίες, λοιπόν είναι μικρές ιστορίες που είναι γραμμένες μ' ένα συγκεκριμένο τρόπο. Έχουν δηλαδή μια ειδική δομή και περιγράφουν μια μεμονωμένη κοινωνική περίπτωση. Αρχικά, αναφέρεται “τι κάνουν οι άνθρωποι”, στη συνέχεια “γιατί το κάνουν” και “τι συμβαίνει συνήθως” και στο τέλος “τι

περιμένουμε να γίνει”. Σκοπός είναι να διδαχτεί η κατανόηση κοινωνικών καταστάσεων και όχι η τήρηση κανόνων κατά γράμμα.

Οι τύποι των προτάσεων που χρησιμοποιούνται στις κοινωνικές ιστορίες είναι οι εξής:

- Εκφράζουν αλήθειες, γεγονότα (π.χ. Μερικές φορές οι άνθρωποι χρειάζονται βοήθεια.)
- Εκφράζουν γνώσεις, σκέψεις, πιστεύω, γνώμες (π.χ. Η αδερφή μου πιστεύει στον Άη Βασίλη.)
- Ορίζουν μια συμπεριφορά (π.χ. Θα προσπαθήσω να περιμένω τη σειρά μου.)
- Βεβαιώνουν μια κοινωνική αξία, συμπεριφορά (π.χ. Είναι πολύ καλό να βοηθάς τους άλλους.)
- Δηλώνουν προσωπικό έλεγχο (π.χ. Όταν ο δάσκαλός μου μου λέει να κάνω ησυχία, πρέπει να το κάνω.)
- Ορίζουν τι θα κάνουν οι άλλοι για να τον υποστηρίξουν (π.χ. Ο μπαμπάς, η μαμά και ο δάσκαλός μου θα με βοηθήσουν να φτιάξω το πρόγραμμα της ημέρας μου.)

(Gray C., 1994)

Η δομή και ο τρόπος δημιουργίας μιας κοινωνικής ιστορίας βασίζεται στα παρακάτω πολύ σημαντικά χαρακτηριστικά, τα οποία προκύπτουν απ’ τον τρόπο μάθησης των παιδιών με αυτισμό:

1. Μοιράζεται κοινωνικές πληροφορίες με σημαντικό, υπομονετικό και καθησυχαστικό τρόπο και τουλάχιστον το 50% όλων των κοινωνικών ιστοριών επικροτούν τα επιτεύγματά τους.
2. Έχει μία εισαγωγή, η οποία ξεκάθαρα ορίζει το θέμα, ένα κεντρικό κορμό, ο οποίος προσθέτει λεπτομέρειες, και ένα συμπέρασμα, το οποίο ενισχύει και συνοψίζει την πληροφορία.
3. Απαντάει σε ερωτήσεις μερικής άγνοιας, όπως “που;”, “ποιος;”, “πότε”, “τι συμβαίνει;”
4. Γράφεται απ’ την οπτική του πρώτου ή του τρίτου προσώπου.

5. Χρησιμοποιεί θετική γλώσσα.
6. Περιέχει περιγραφικές προτάσεις με την επιλογή να συμπεριληφθούν ένας ή περισσότεροι τύποι προτάσεων, όπως:
  - προτάσεις προοπτικής, οι οποίες είναι δηλώσεις που αναφέρονται ή περιγράφουν την εσωτερική κατάσταση ενός ατόμου, τις γνώσεις του, τις σκέψεις, τα αισθήματα, τις πεποιθήσεις, τις απόψεις, τα κίνητρα, τη φυσική κατάσταση ή την υγεία
  - καθοδηγητικές προτάσεις, οι οποίες προσδιορίζουν προτεινόμενες συμπεριφορές για τα άτομα με αυτισμό
  - τμηματικές προτάσεις, οι οποίες απαιτούν τα παιδιά να συμπληρώνουν το κενό
  - καταφατικές προτάσεις, οι οποίες ενισχύουν το νόημα των τριγύρω καταστάσεων και συχνά εκφράζουν μία κοινώς αποδεκτή αξία ή άποψη
7. Περιγράφει περισσότερο απ' ότι επιτάσσει (πρέπει να υπάρχουν διπλάσιες περιγραφικές από καθοδηγητικές προτάσεις).
8. Συνδυάζει τις ικανότητες και τα ενδιαφέροντα του αναγνώστη και είναι κυριολεκτικά ακριβής.
9. Ίσως περιλαμβάνει προσαρμοσμένες εικόνες, οι οποίες ενισχύουν το νόημα του κειμένου.
10. Ο τίτλος συναντά όλα τα εφαρμοσμένα κριτήρια της κοινωνικής ιστορίας που αναφέρθηκαν.

(Faherty C., 2014)

### **5.6.3. Κύκλος των φίλων**

«Ο κύκλος των φίλων» χαρακτηρίζεται ως προσέγγιση ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, σύμφωνα με την οποία η δύναμη της ομάδας των συνομηλίκων μπορεί να ασκήσει θετική ή αρνητική επίδραση στην ατομική συμπεριφορά. Χρησιμοποιεί συστηματικά τα κοινωνικά δίκτυα, τα οποία λειτουργούν στην τάξη και έτσι διαμορφώνεται ένα περιβάλλον, το οποίο βοηθάει τα

παιδιά με αυτισμό να αντιμετωπίσουν τις κοινωνικές ανεπάρκειες, οι οποίες τα εμποδίζουν να ενταχθούν στο γενικό σχολείο (Newton C., Taylor G., Wilson D., 1996). Σκοπός της παρέμβασης αυτής είναι η ανάπτυξη και βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας των παιδιών με αυτισμό και όχι η δημιουργία φιλικών σχέσεων, οι οποίες βέβαια μπορούν να προκύψουν αργότερα (Barratt P. et al., 1998).

Ο «κύκλος των φίλων» εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στη Βόρεια Αμερική ως μια σειρά στρατηγικών για την προώθηση της ένταξης των παιδιών με αυτισμό σε κανονικά σχολεία (Newton C. et al., 1996). Κύκλοι έχουν χρησιμοποιηθεί για τη στήριξη των παιδιών με ένα ευρύ φάσμα αναπηρίας, αλλά και άλλων προβλημάτων συμπεριφοράς, όπως το bullying, και έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί όχι μόνο σε σχολικά περιβάλλοντα, αλλά και σε επίπεδο γειτονιάς ή κοινότητας (Barratt P. et al., 1998). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης βασίστηκε στην περιγραφή και τις οδηγίες των Barratt Penny, Joy Helen, Potter Mo, Thomas George & Whitaker Philip (1998), όπως το πραγματοποίησαν οι ίδιοι στο project τους στο Leicestershire. Η εφαρμογή έδειξε ότι ένα τέτοιο πρόγραμμα παρέμβασης θα ήταν απολύτως δυνατόν να εφαρμοστεί σε οποιοδήποτε παιδί με ή χωρίς τη διαγνωστική «ετικέτα». Ένας κύκλος αποτελείται συνήθως από 6 – 8 εθελοντές (πιο συχνά από την ίδια τάξη ή από μια ομάδα συνομηλίκων) που συναντιούνται τακτικά (συνήθως μια φορά την εβδομάδα) με το «παιδί εστίασης» και έναν ενήλικα για 8 – 15 συνεδρίες.

Οι στόχοι του κύκλου των φίλων είναι οι εξής:

- Να δημιουργήσει ένα δίκτυο υποστήριξης για το παιδί με αυτισμό.
- Να εντοπίσει τις δυσκολίες, να χαράξει τους στόχους και τις στρατηγικές για την επίτευξή τους.
- Να προσφέρει ενθάρρυνση και αναγνώριση για τις επιτυχίες και την πρόοδο του παιδιού με αυτισμό.
- Να βοηθήσει να εφαρμοστούν αυτές οι ιδέες και οι στρατηγικές στην πράξη.

(Barratt P. et al., 1998)

Σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος κάθε συνεδρία ξεκινάει με μια συγκεκριμένη δραστηριότητα προθέρμανσης που διατηρείται σταθερή για να σηματοδοτεί την έναρξη. Με αυτό τον τρόπο τα παιδιά αποκτούν μια αίσθηση ασφάλειας, σταθερότητας και ελέγχου στη διαδικασία της παρέμβασης. Κάθε μία από τις συνεδρίες διαρκεί 30 λεπτά και η συχνότητα είναι 1 φορά την εβδομάδα. Ο εκπαιδευτικός επιλέγει ορισμένα παιδιά από την τάξη, τα οποία θεωρεί ότι θα είναι τα κατάλληλα για να συμμετάσχουν στον κύκλο. Τα κριτήρια με τα οποία κάνει την επιλογή είναι η ευαισθησία των παιδιών και το είδος της επαφής που είχαν με το παιδί με αυτισμό, όπως βέβαια και η συγκατάθεση των γονέων τους. Στη συνέχεια ενημερώνει τα παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη για το σκοπό του κύκλου και τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να βοηθήσουν το παιδί με αυτισμό να αλληλεπιδράσει μαζί τους. Έτσι, η επιτυχία του προγράμματος έχει μεγαλύτερες πιθανότητες, αφού στην ομάδα θα συμμετέχουν όλα τα παιδιά με τη συγκατάθεσή τους και θα είναι όσο πιο κατάλληλα γίνεται (Καλύβα Ε., 2005).

Κατά τη διάρκεια των συνεδριών όλα τα παιδιά κάθονται σε κύκλο και έχουν μπροστά τους παρόμοια αντικείμενα με τα οποία κάνουν κάποιες δραστηριότητες ή λαμβάνουν μέρος σε λεκτικά παιχνίδια. Επίσης, υπάρχει η δυνατότητα να βρίσκεται στην τάξη και ένας άλλος θεραπευτής ή εκπαιδευτικός, ο οποίος θα κάθεται πίσω από το παιδί ή κοντά του και θα επεμβαίνει μόνο όταν δημιουργείται κάποιο σοβαρό θέμα (π.χ. όταν το παιδί με αυτισμό στερεοτυπεί ακατάπαυστα και δε δίνει προσοχή στον κύκλο). Τα παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη επαινούνται λεκτικά για τη συμβολή τους στην παρέμβαση. Επιπλέον, εφόσον ο σκοπός της παρέμβασης δεν είναι η εκμάθηση και η εξάσκηση του λόγου, αλλά η βελτίωση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, μπορούν να συμμετάσχουν και παιδιά με αυτισμό, τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγου. Σ' αυτή την περίπτωση είναι πιθανόν οι δραστηριότητες να πρέπει να επικεντρώνονται περισσότερο στην ενασχόληση με αντικείμενα ή σε κινητικά δρώμενα (Καλύβα Ε., 2005).

Ένα θέμα που χρήζει ιδιαίτερης σημασίας είναι ότι τα παιδιά με αυτισμό δυσκολεύονται να ξεκινήσουν αλληλεπιδράσεις με συνομηλίκους. Συγκεκριμένα,

αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην ανάληψη πρωτοβουλίας, αλλά και στη διατήρηση της αλληλεπίδρασης. Επομένως, είναι πιθανό ο «κύκλος των φίλων» να αποτελεί για αυτά τα παιδιά το πλαίσιο που χρειάζονται για να αναλάβουν την πρωτοβουλία και να επικοινωνήσουν με κάποιο άλλο άτομο. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά η Καλύβα Ε. (2005) «η δομή του κύκλου μπορεί να σηματοδοτεί ένα σαφές και προβλέψιμο περιβάλλον, όπου τα παιδιά με αυτισμό έχουν τη δυνατότητα να παρατηρήσουν και να μιμηθούν τη συμπεριφορά των συνομηλίκων τους που λειτουργούν ως πρότυπα συμπεριφοράς».

## **5.7. Προσεγγίσεις εναλλακτικής επικοινωνίας**

### **5.7.1. PECS (Picture Exchange Communication System)**

Η επικοινωνία είναι μια καθημερινή δραστηριότητα. Κάθε στιγμή της ημέρας, όλοι έχουμε την ευκαιρία να επικοινωνήσουμε αρκεί να βρούμε κάποιον να μας ακούσει. Θεωρούμε δεδομένη στη ζωή μας την ικανότητα που έχουμε να αλληλεπιδρούμε αυθόρμητα με τους συνανθρώπους μας προκειμένου να επιτύχουμε συγκεκριμένα αποτελέσματα. Ωστόσο, η έλλειψη αυτής της ικανότητας είναι ίσως το πιο σοβαρό εμπόδιο για την αυτόνομη διαβίωση των ατόμων με ειδικές δυσκολίες.

Το PECS (Σύστημα Επικοινωνίας μέσω Ανταλλαγής Εικόνων) είναι ένα πρόγραμμα επικοινωνίας, που επιτρέπει σε παιδιά και ενήλικες με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού και άλλες διαταραχές επικοινωνίας χωρίς λειτουργικό ή κοινωνικά αποδεκτό λόγο, να αρχίσουν να επικοινωνούν. Αναπτύχθηκε το 1985 από τους Frost Lori και Bondy Andy. Αρχικά χρησιμοποιήθηκε μόνο με παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, που δεν είχαν καθόλου λόγο, ως ο μοναδικός τρόπος επικοινωνίας τους, αλλά στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε και με ενήλικες και

αποδείχτηκε ότι είχε επίσης απήχηση. Η διαφοροποίησή του από τα άλλα συστήματα επικοινωνίας είναι ότι χρησιμοποιεί την εικόνα ως μέσο επικοινωνίας, ώστε ο μαθητής να μπορεί να επικοινωνήσει με τον καθένα χωρίς να χρειάζεται και ο συνομιλητής να έχει κάποια ιδιαίτερη εκπαίδευση.

Όσοι χρησιμοποιούν το PECS αρχικά μαθαίνουν να πλησιάζουν και να δείχνουν την εικόνα του αντικειμένου που επιθυμούν στο «σύντροφο επικοινωνίας» (communicative partner) και να την ανταλλάσσουν με το επιθυμητό αντικείμενο. Με αυτό τον τρόπο, ο χρήστης ξεκινάει τη διαδικασία της επικοινωνίας. Στόχος λοιπόν είναι η ακόλουθη αλυσίδα ενεργειών :

*«Παίρνει την εικόνα – Κατευθύνεται προς το σύντροφο επικοινωνίας – Δίνει την εικόνα – Παίρνει το επιθυμητό αντικείμενο»*

Στα πρώτα στάδια, η επικοινωνία επιτυγχάνεται χρησιμοποιώντας και ανταλλάσσοντας μόνο μία εικόνα. Στη συνέχεια όμως, τα παιδιά μαθαίνουν να συνδυάζουν εικόνες, ώστε να μάθουν διάφορες γραμματικές δομές, σημασιολογικές σχέσεις, να αναπτύξουν κάποιες από τις διαστάσεις της μορφολογίας του λόγου, αυξάνοντας έτσι το μέσο μήκος πρότασής τους και εμπλουτίζοντας το επικοινωνιακό τους μήνυμα .

Το υλικό το οποίο χρειάζεται για την πραγματοποίηση αυτού του συστήματος δεν είναι ακριβό. Δημιουργείται και κατασκευάζεται ακόμα και από τους ίδιους τους γονείς ακολουθώντας πιστά τις οδηγίες από το θεραπευτή. Απαιτεί ένα ντοσιέ επικοινωνίας, πάνω στο οποίο θα τοποθετούνται με velcro οι εξατομικευμένες εικόνες PECS του παιδιού και μια βάση επικοινωνίας, πάνω στην οποία το παιδί θα δημιουργεί την πρότασή του.

Το πρωτόκολλο του PECS είναι βασισμένο στην έρευνα και πρακτική εφαρμογή των αρχών της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης Συμπεριφοράς (Applied Behavioral Analysis). Δίνει έμφαση στην ανάπτυξη λειτουργικών δεξιοτήτων επικοινωνίας, στη χρήση κατάλληλων ενισχυτών και στη δημιουργία προγραμμάτων

συμπεριφοριστικής παρέμβασης. Πρέπει να τονιστεί, λοιπόν, ότι είναι απαραίτητη η χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών εκπαίδευσης, συστημάτων ενίσχυσης, στρατηγικών διόρθωσης του λάθους και στρατηγικών γενίκευσης για τη διδασκαλία κάθε δεξιότητας. Για το λόγο αυτό το σύστημα επικοινωνίας PECS μπορεί να εφαρμοστεί μόνο από θεραπευτές οι οποίοι έχουν εξειδικευτεί στη χορήγησή του (Κοκμοτός Π., 2010).

Το πιο σημαντικό στοιχείο για την επιτυχή εφαρμογή του PECS είναι να γίνεται αρχικά αξιολόγηση των ισχυρών ενισχυτών. Όταν προσδιορίζονται εξαρχής οι ισχυροί ενισχυτές, τα πρώτα 2 στάδια μπορούν να διδαχτούν πιο εύκολα, αλλά και το ίδιο το άτομο θα μπορεί να μάθει με μεγαλύτερη ευκολία. Στη συνέχεια χρειάζεται προσεκτικός έλεγχος, ώστε το παιδί να μην έχει ελεύθερη πρόσβαση σε αυτά τα ενισχυτικά αντικείμενα. Εάν οι ενισχυτές είναι διαθέσιμοι όλες τις ώρες της ημέρας, αυτό θα έχει ως συνέπεια τη μείωση της επιθυμίας γι' αυτά στα πρώτα μαθήματα του PECS. Παράλληλα, οι εικόνες θα πρέπει να είναι έτοιμες πριν το πρώτο μάθημα του PECS. Στην αρχή δεν μας απασχολεί το σετ συμβόλων που θα χρησιμοποιηθεί. Βέβαια, καλό θα ήταν να χρησιμοποιείται μια συγκεκριμένη ομάδα συμβόλων, που θα μπορεί να αναπαραχθεί και να διατηρηθεί. Αν χρειαστούν αλλαγές στη συγκεκριμένη ομάδα συμβόλων, αυτές μπορούν να γίνουν στο στάδιο 3.

Το PECS ξεκινά διδάσκοντας τις σημαντικές δεξιότητες επικοινωνίας, όπως «πώς επικοινωνούμε» και «πώς να επιμένουμε στην επικοινωνία». Ξεκινάμε χρησιμοποιώντας μόνο μια εικόνα στα πρώτα 2 στάδια του PECS. Αυτές οι σημαντικές δεξιότητες διδάσκονται χρησιμοποιώντας μία εικόνα κάθε φορά και αυτό βασίζεται στην τυπική ανάπτυξη της γλώσσας. Πολλά παιδιά είναι ικανά να επικοινωνούν πολύ πριν αναπτύξουν τις πρώτες τους λέξεις. Παρομοίως, πρώτα διδάσκεται η «τέχνη της επικοινωνίας» διαμέσου του PECS και στη συνέχεια θέτεται ως στόχος το να χτιστεί το λεξιλόγιο στο στάδιο 3. Γι' αυτό, οι δεξιότητες ταύτισης δεν είναι αναγκαίες πριν ξεκινήσει η εφαρμογή του PECS. Επίσης, στο στάδιο 3 χρησιμοποιούνται συγκεκριμένες στρατηγικές διδασκαλίας με σκοπό τη διάκριση



των εικόνων. Αυτές οι στρατηγικές είναι αποτελεσματικές σε παιδιά που προηγουμένως δεν κατάφεραν να κατακτήσουν την ταύτιση εικόνα με αντικείμενο (2D – 3D) και αντίστροφα (3D – 2D) μέσα από έναν αριθμό μαθημάτων.

Όσον αφορά τη μίμηση είναι μια εξαιρετικά σημαντική δεξιότητα. Πολλοί μαθητές με αυτισμό και συναφείς δυσκολίες παρουσιάζουν συνήθως ελλείψεις στην δεξιότητα της μίμησης, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει κινήσεις σώματος (παλαμάκια), χειρισμό αντικειμένων (χτύπημα της μπάλας) ή φωνητικές πράξεις (ήχους λέξεων ή φράσεις). Εάν ένα παιδί δεν μιμείται κάποιες από αυτές τις συμπεριφορές, είναι πολύ σημαντικό να διδαχθούν αυτές οι δεξιότητες. Πρωταρχική φιλοσοφία είναι ότι δεν είναι απαραίτητο κάποιος να μπορεί να μιμείται μια λέξη για να επικοινωνεί αποτελεσματικά. Πολλά από τα παιδιά έχουν αποκτήσει σημαντικές δεξιότητες λειτουργικής επικοινωνίας μέσω του PECS και έχουν βελτιώσει τις δεξιότητες μίμησης (όπως λεκτική μίμηση). Μάλιστα, αρκετά παιδιά, όταν η δεξιότητα λεκτικής μίμησης βελτιώθηκε σημαντικά, μπόρεσαν να μιμηθούν τις λέξεις που αντιστοιχούσαν στις φράσεις, που είχαν χρησιμοποιήσει στη βάση της πρότασης. Γι' αυτό προτείνεται, οι γονείς και οι θεραπευτές να δίνουν έμφαση στην παράλληλη διδασκαλία δεξιοτήτων μίμησης. Η λεκτική μίμηση μπορεί να διδαχθεί μέσα από δραστηριότητες κατά τις οποίες η επικοινωνία δεν είναι πάντα απαραίτητη (π.χ. κατά τη διάρκεια ελεύθερου παιχνιδιού, στο οποίο ο μαθητής έχει απεριόριστη πρόσβαση στα παιχνίδια). Συνήθως οργανώνεται μια ρουτίνα πρωινού κύκλου για την προώθηση της μίμησης λέξεων και ήχων, άλλοτε μέσω ενός τραγουδιού κι άλλοτε μέσω μιας ήδη εδραιωμένης ρουτίνας. Επομένως, δεν υπάρχει ασυμφωνία ανάμεσα στο PECS και την εκπαίδευση στη μίμηση, ούτε υπάρχει θέμα επιλογής ενός από τα δύο (Frost L., Bondy A., 2002).

### Στάδια PECS

- *Στάδιο 1: «Πώς να επικοινωνούμε»*

Στόχος: Βλέποντας ένα ιδιαίτερα επιθυμητό αντικείμενο το παιδί παίρνει την εικόνα – σύμβολο του αντικειμένου, πηγαίνει προς το σύντροφο επικοινωνίας και αφήνει την εικόνα στο χέρι του.

- *Στάδιο 2: «Απόσταση και επιμονή»*

Στόχος: Το παιδί πηγαίνει στο βιβλίο – ντοσιέ επικοινωνίας του, παίρνει την εικόνα, πηγαίνει προς τον εκπαιδευτή, ζητάει την προσοχή του και αφήνει την εικόνα στο χέρι του.

- *Στάδιο 3: «Διάκριση μεταξύ των εικόνων»*

Στόχος: Το παιδί εκφράζει τις επιθυμίες του πηγαίνοντας προς τον πίνακα επικοινωνίας του, επιλέγοντας τη συγκεκριμένη εικόνα που θέλει μέσα από ένα δείγμα εικόνων πηγαίνοντας προς τον εκπαιδευτή και αφήνοντας την εικόνα στο χέρι του.

- *Στάδιο 4: «Δημιουργία και δομή προτάσεων»*

Στόχος: Το παιδί ζητάει αντικείμενα εντός ή εκτός του οπτικού του πεδίου, χρησιμοποιώντας φράσεις με πολλές εικόνες – λέξεις. Πηγαίνει στο βιβλίο επικοινωνίας του, επιλέγει το σύμβολο «θέλω», το τοποθετεί στο ενδεδειγμένο σημείο του πίνακα επικοινωνίας, επιλέγει την εικόνα ενός επιθυμητού αντικειμένου μέσα από ένα δείγμα εικόνων, την τοποθετεί στη βάση δίπλα στο σύμβολο «θέλω», βγάζει τη βάση προτάσεων από τον πίνακα επικοινωνίας, πηγαίνει προς τον εκπαιδευτή και του δίνει την πρόταση.

- *Στάδιο 5: Ανταπόκριση στην ερώτηση «Τι θέλεις;» (Αίτημα Ανταπόκρισης)*

Στόχος: Το παιδί ζητάει αυθόρμητα μια ποικιλία από επιθυμητά αντικείμενα στην ερώτηση «Τι θέλεις;».

- *Στάδιο 6: «Σχολιασμός»*

Στόχος: Το παιδί απαντάει στις ερωτήσεις «Τι θέλεις;», «Τι βλέπεις;», «Τι έχεις;», «Τι ακούς;», «Τι είναι αυτό;» και μπορεί αυθόρμητα να ζητάει και να σχολιάζει αντικείμενα και δραστηριότητες.

Μέσα από το PECS το παιδί εκπαιδεύεται σε σημαντικές δεξιότητες επικοινωνίας (μέσω εικόνων):

1. Ζητάει ενισχυτές (φαγώσιμα, παιχνίδια, δραστηριότητες).
2. Ζητάει βοήθεια.
3. Ζητάει διάλειμμα.
4. Ανταποκρίνεται στο «περίμενε».
5. Απόρριψη «όχι».
6. Συγκατάθεση – δήλωση «ναι».
7. Ανταποκρίνεται σε οπτικές – προφορικές οδηγίες:
  - Όταν φωνάζουν στο όνομά του
  - «Έλα εδώ»
  - «Σταμάτα»
  - «Κάθισε κάτω»
  - «Δώσε μου»
  - «Άφησέ το»
  - «Πάμε – έλα μαζί μου»
  - «Πήγαινε πάρε...»
8. Μετάβαση σε δραστηριότητες.

(Frost L., Bondy A., 2002)

### 5.7.2. ΜΑΚΑΤΟΝ

Το ΜΑΚΑΤΟΝ είναι ένα γλωσσικό πρόγραμμα, το οποίο παρέχει ένα μέσο επικοινωνίας και ενθαρρύνει την ανάπτυξη γλωσσικών δεξιοτήτων σε παιδιά και ενήλικους με επικοινωνιακές διαταραχές. Χρησιμοποιείται επίσης για την εισαγωγή στη διαδικασία εκμάθησης της γραφής και της ανάγνωσης ή της κατανόησης γραπτών κειμένων, αλλά και ως ένας τρόπος εναλλακτικής επικοινωνίας. Είναι κατάλληλο για άτομα με βαριές, σοβαρές, μέτριες ή ελαφριές μαθησιακές δυσκολίες

(νοητική υστέρηση), αυτισμό, σωματικές, αισθητηριακές ή πολυαισθητηριακές αναπηρίες. Σημαντική βοήθεια παρέχει όμως και σε παιδιά με ειδική γλωσσική διαταραχή ή άλλες αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές, όπως αφασίες, δυσαρθρίες, διαταραχές της φωνής κ.ά. (Walker M., 1980).

Πρόκειται για ένα ιδιαίτερα ευέλικτο πρόγραμμα, στόχος του οποίου είναι να διασφαλίσει, ακόμα και όταν η ανεπαρκής μαθησιακή ικανότητα του ατόμου το εμποδίζει να προχωρήσει πέρα από τα αρχικά στάδια, κάποιο περιορισμένο αλλά συγχρόνως λειτουργικό επίπεδο επικοινωνίας, έτσι ώστε να μπορεί να εκφράζει τις καθημερινές ανάγκες και επιθυμίες του (Walker M., 1980). Το MAKATON μπορεί να χρησιμοποιηθεί από γονείς, εκπαιδευτικούς, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ψυχολόγους και οποιονδήποτε άλλο έρχεται σε επαφή με άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα επικοινωνίας.

Αποτελείται από ένα βασικό λεξιλόγιο που εμπεριέχει 450 έννοιες και είναι χωρισμένο σε 8 αναπτυξιακά στάδια, τα οποία είναι σύστοιχα με την εμφάνιση των εννοιών στο λεξιλόγιο των φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών. Για παράδειγμα, το πρώτο στάδιο του λεξιλογίου περιλαμβάνει έννοιες της οικογένειας (μαμά, μπαμπάς, αδερφός), βασικά καθημερινά ρήματα (τρώω, πίνω), βασικά αντικείμενα καθημερινής χρήσης (κουτάλι, μπάλα, κρεβάτι) κ.λπ. Παράλληλα με αυτό, υπάρχει το λεξιλόγιο – πηγή, το οποίο λειτουργεί συμπληρωματικά στο βασικό λεξιλόγιο και χαρακτηρίζεται από τη δυνατότητα διεύρυνσής του για τα άτομα που το έχουν ανάγκη. Το λεξιλόγιο – πηγή αποτελείται από 7000 έννοιες, οι οποίες είναι ταξινομημένες σε θεματικές ενότητες. Το μέγεθος του λεξιλογίου είναι εσκεμμένα περιορισμένο για να μην επιβαρύνει τη μνήμη. Ο σχεδιασμός του επιτρέπει στα άτομα να μαθαίνουν προοδευτικά το λεξιλόγιο με το δικό τους εξατομικευμένο ρυθμό. Οι έννοιες που δεν έχουν σχέση με τις εμπειρίες του ατόμου παραλείπονται, ενώ άλλες σημαντικές για τις ανάγκες και τα βιώματά του, παρόλο που μπορεί να βρίσκονται σε μετέπειτα στάδιο του λεξιλογίου, χρησιμοποιούνται και διδάσκονται (Walker M. et al., 1984).

Για τη διδασκαλία του εφαρμόζεται η πολυαισθητηριακή προσέγγιση, που συνδυάζει τη χρήση προφορικής ομιλίας, νοημάτων και γραπτών συμβόλων. Τα νοήματα που χρησιμοποιούνται από το ΜΑΚΑΤΟΝ ΕΛΛΑΣ προέρχονται από την ελληνική νοηματική γλώσσα, όπως ακριβώς συμβαίνει και σε οποιαδήποτε χώρα εφαρμόζεται το πρόγραμμα, στην οποία χρησιμοποιούνται τα νοήματα της αντίστοιχης νοηματικής γλώσσας. Στο ΜΑΚΑΤΟΝ σηματοδοτούνται με νοήματα μόνο οι λέξεις – κλειδιά, δηλαδή οι σημαντικές λέξεις της πρότασης, ακολουθώντας πάντα το συντακτικό και τη γραμματική της προφορικής ομιλίας (Καραμήτσου Χ., Βογινδρούκας Ι., 1998).

Σύμφωνα με το πνεύμα της πολυαισθητηριακής προσέγγισης του προγράμματος (νοήματα, σύμβολα και επικοινωνία), τα σύμβολα χρησιμοποιούνται για παιδιά και ενήλικους με ή χωρίς σωματική αναπηρία, για την ανάπτυξη της δομής της γλώσσας αλλά και για την ανάπτυξη των προαναγνωστικών δεξιοτήτων ως γέφυρα για την επίτευξη της κλασικής μεθόδου ανάγνωσης, όπου αυτή είναι δυνατή. Εξαιτίας της μονιμότητάς τους, τα σύμβολα δίνουν στο παιδί ή στον ενήλικο τη δυνατότητα να χειριστεί τη γλώσσα του (Grove N., Walker M., 1990). Η δυνατότητα αυτή, την οποία παρέχουν τα σύμβολα του ΜΑΚΑΤΟΝ στον από χειρισμό της γλώσσας από τα παιδιά και τους ενήλικους με διαταραχές στην επικοινωνία, βοηθά ιδιαίτερα στη δόμηση της γλώσσας και διευκολύνει την κατανόηση των μερών που την αποτελούν. Τα σύμβολα αποτελούν και το κύριο εργαλείο χρήσης του προγράμματος ως εναλλακτικού συστήματος επικοινωνίας. Τα άτομα που έχουν ανάγκη από τη χρήση ενός εναλλακτικού συστήματος εκπαιδεύονται να χρησιμοποιούν τα σύμβολα με στόχο την εξυπηρέτηση των αναγκών τους. Μετά από τη βασική εκπαίδευση στην κοινωνική αλληλεπίδραση, ο θεραπευτής αναλαμβάνει την καταγραφή των ενδιαφερόντων και των αναγκών του ατόμου, καταρτίζει μία λίστα με τις απαραίτητες έννοιες που το άτομο θα πρέπει να αναγνωρίζει και κατασκευάζει το υλικό που θα αποτελέσει το εναλλακτικό σύστημα επικοινωνίας. Το σύστημα αυτό μπορεί να αποτελείται από απεικονίσεις των αναγκών του ατόμου με τη χρήση των συμβόλων του ΜΑΚΑΤΟΝ. Το άτομο

εκπαιδεύεται να συνδέει την επιθυμία του με την παράδοση του αντίστοιχου συμβόλου στο θεραπευτή και με αυτό τον τρόπο αντιλαμβάνεται την επικοινωνιακή δύναμη του εναλλακτικού συστήματος, γεγονός που το καθιστά απαραίτητο για την καθημερινή του επικοινωνία.

Η κριτική που δέχεται το ΜΑΚΑΤΟΝ έχει να κάνει με τη χρήση του σε άτομα με αυτισμό εξαιτίας της ύπαρξης και χρήσης των νοημάτων στην εφαρμογή του προγράμματος. Λόγω της αποτυχίας της νοηματικής γλώσσας στην εκπαίδευση των παιδιών με αυτισμό κατά τη δεκαετία του 1980, η χρήση οποιασδήποτε μορφής κινηματικής γλώσσας για την ανάπτυξη της επικοινωνίας εξακολουθεί να θεωρείται ακατάλληλη. Το ΜΑΚΑΤΟΝ όμως δεν είναι νοηματική γλώσσα, αλλά γλωσσικό πρόγραμμα που έχει στόχο την ανάπτυξη της επικοινωνίας και της γλώσσας είτε ακολουθώντας την αναπτυξιακή πορεία του ατόμου είτε παρέχοντας εναλλακτικούς τρόπους για την προώθησή τους. Δεν διδάσκει νοήματα, αλλά χρησιμοποιεί συμπληρωματικά τα νοήματα σε συνδυασμό με την προφορική ομιλία, με κύριο στόχο την αύξηση της γλωσσικής αντίληψης από το άτομο με δυσκολίες στην επικοινωνία. Αν το ίδιο το άτομο βρει βοηθητική και αποτελεσματική τη χρήση των νοημάτων και τα χρησιμοποιεί κατάλληλα εξυπηρετώντας τις επικοινωνιακές του ανάγκες, τότε αυτά μπορούν να παραμείνουν ως τρόπος εναλλακτικής επικοινωνίας. Αν δεν συμβεί αυτό, τα νοήματα συνεχίζουν να χρησιμοποιούνται από τους επικοινωνιακούς συνεργάτες για να υποστηρίξουν την καλύτερη κατανόηση του προφορικού λόγου (Βογινδρούκας Ι., 2005).

Στη συνέχεια παρουσιάζεται ένα παράδειγμα χρήσης των συμβόλων του προγράμματος ΜΑΚΑΤΟΝ:



Συμπερασματικά, το πρόγραμμα ΜΑΚΑΤΟΝ είναι ένα ευέλικτο και πολυαισθητηριακό πρόγραμμα, με το οποίο οι χρήστες αποκτούν σημαντικά πλεονεκτήματα γιατί μπορούν:

- ✓ Να επικοινωνήσουν βασικές ανάγκες.
- ✓ Να μεταδώσουν συναισθήματα.
- ✓ Να κατανοήσουν τα αιτήματα των άλλων.
- ✓ Να μοιραστούν σκέψεις και εμπειρίες.
- ✓ Να κατονομάζουν αντικείμενα και ενέργειες.
- ✓ Να δομούν το πρόγραμμά τους.
- ✓ Να κάνουν επιλογές.
- ✓ Να λαμβάνουν μέρος σε κοινωνικές περιστάσεις.
- ✓ Να κατανοούν, να περιγράφουν και να δομούν κείμενα.
- ✓ Να συμμετέχουν σε διάλογο.

(Βογινδρούκας Ι., 2015)

## 5.8. Αισθητηριακή ολοκλήρωση

Η αισθητηριακή ολοκλήρωση (όρος που αρχικά χρησιμοποιήθηκε από την Ayres A. J., 1979) είναι μία φυσιολογική νευρολογική διαδικασία, η βασική και κορυφαία ανθρώπινη λειτουργία της οργάνωσης του αισθητηριακού ερεθίσματος. Μέσω της αισθητηριακής ολοκλήρωσης τα μέρη του νευρικού συστήματος εργάζονται μαζί, ώστε το άτομο να γίνει ικανό να αντιδράσει μέσα στο περιβάλλον του. Οι αισθήσεις, λοιπόν, εργάζονται μαζί ώστε να καταγράψουν, να συγκρίνουν και να οργανώσουν τα αισθητηριακά εισερχόμενα και να δώσουν λογική αντίδραση. Χάρη στην αισθητηριακή ολοκλήρωση μπορούμε να δράσουμε και να αντιδράσουμε αποτελεσματικά σε καταστάσεις, να παίξουμε, να μάθουμε, να κάνουμε φίλους και να μείνουμε μακριά από επικίνδυνες καταστάσεις.

Εκδηλώνεται στο Κ.Ν.Σ. (νεύρα, σπονδυλική στήλη και εγκέφαλος – φλοιός και υποφλοιός) σε μία καλά ισορροπημένη αμοιβαία προώθηση, επεξεργασία και ρύθμιση. Χρησιμεύει στο να κάνει ικανό το άτομο μέσω του συντονισμού των αισθήσεων να επιβιώνει, να αποκτήσει την αίσθηση και το νόημα του κόσμου και να αντιδρά με το περιβάλλον με σκόπιμους τρόπους. Συμβαίνει αυτόματα καθώς το άτομο προσλαμβάνει αισθήσεις μέσω των αισθητηριακών υποδοχέων, μία διαδικασία, η οποία ξεκινά από την ενδομήτριο ζωή και συνεχίζει να αναπτύσσεται κατά την παιδική ηλικία με τις περισσότερες λειτουργίες να έχουν εγκατασταθεί μέχρι την εφηβεία. Γίνεται κατανοητό επομένως ότι στην ουσία η αισθητηριακή ολοκλήρωση είναι η βάση και οι πυλώνες πάνω στους οποίους θα στηριχτεί όλο το οικοδόμημα της επιβίωσης αρχικά, της οργανωμένης λειτουργίας και κατόπιν της ουσιαστικής και οργανωμένης φλοιώδους λειτουργίας (Oetter P., 2003).

Οι 3 βασικές αισθήσεις είναι οι εξής:

Αφή: Οι αππικοί υποδοχείς βρίσκονται στο δέρμα. Το αππικό σύστημα έχει διπλή λειτουργία: 1) λειτουργία προστασίας (π.χ. προστατευτικό συστατικό που μας οδηγεί να τραβήξουμε το χέρι μας μακριά από μια καυτή σόμπα) και 2) δράση



διάκρισης (π.χ. να πιάσουμε ένα κέρμα αντί χαρτονομίσματος στην τσέπη μας, να βρούμε τα κλειδιά αντί του κινητού στην τσάντα μας). Η ολοκλήρωση της αφής είναι σημαντική για την ανάπτυξη της συνειδητότητας του σώματος, τις λεπτές δεξιότητες, το σχεδιασμό της κίνησης και την αίσθηση της άνεσης με τα χάρδια και τα αγγίγματα. Είναι βασικό σύστημα τόσο στη συναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου όσο και στις αλλαγές διέγερσης, αλλά ταυτόχρονα και στον κινητικό συντονισμό και την ανάπτυξη του αντιληπτικού και του γνωστικού τομέα.

*Αιθουσαίο σύστημα:* Το αιθουσαίο σύστημα περιλαμβάνει τους αισθητηριακούς υποδοχείς του εσωτερικού αυτιού, τα προσληπτικά συστήματα του εγκεφαλικού στελέχους και της παρεγκεφαλίδας και την επίδραση αυτών των συστημάτων μέσα στον εγκέφαλο (Ayres A. J., 1979). Μας βοηθά να κινούμαστε στον χώρο και παρέχει πληροφορίες σχετικές με τη μετακίνηση και τη θέση του κεφαλιού. Ακόμη, προωθεί πληροφορίες για την ταχύτητα και κατεύθυνση των κινήσεων του κεφαλιού και τις αντιδράσεις στη βαρύτητα. Περιλαμβάνει το μυϊκό τόνο, κρατά το κεφάλι όρθιο ενάντια στη βαρύτητα και συντονίζει την κίνηση των ματιών, του κεφαλιού, του λαιμού και του σώματος. Η αιθουσαία αίσθηση βοηθά επίσης στην ισορροπημένη διατήρηση του επίπεδου διέγερσης του νευρικού συστήματος. Ένα άτομο με δυσκολίες στο αιθουσαίο σύστημα μπορεί συχνά να είναι υπερκινητικό και αποσυντονισμένο ή να αναζητάει να διεγείρει το αιθουσαίο σύστημά του με κατρακυλίσματα, περιστροφές, αιωρήσεις, ασκήσεις ταχύτητας, τρέξιμο σε διάφορες διευθύνσεις κ.λπ. Άτομα με αμυντικότητα στο αιθουσαίο σύστημα συχνά αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια με το να κάθονται στο πάτωμα απ' ότι στην καρέκλα ή να είναι ξαπλωμένα (Reisman J., Hanchu B., 1992). Επιπροσθέτως, το σύστημα αυτό συμβάλλει στη συναισθηματική ασφάλεια και ηρεμία του ατόμου και στην ανάπτυξη του λόγου, της ομιλίας και των νοητικών ικανοτήτων.

*Ιδιοδεκτικό σύστημα:* Οι αισθητηριακοί υποδοχείς για το ιδιοδεκτικό σύστημα βρίσκονται στους μυς και τις αρθρώσεις. Το σύστημα αυτό παίρνει πληροφορίες από τους μυς, τους τένοντες και τους συνδέσμους και μας δίνει μια αίσθηση για το που βρίσκεται το σώμα μας στον χώρο και τα όρια του. Μέσω αυτής της αίσθησης

μας δίνεται η δυνατότητα να γνωρίζουμε που είναι οι μύες και οι αρθρώσεις μας στον χώρο και πώς κινούνται (πολύ σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη της συνειδητότητας του σώματος). Η ιδιοδεκτική αίσθηση δεν μπορεί να λειτουργήσει από μόνη της, αλλά απαιτεί τη συνεχή εισαγωγή από το απτικό και το αιθουσαίο σύστημα. Αυτό είναι που μας βοηθά να κάμψουμε το γόνατο στη σωστή γωνία για να σηκωθούμε από την καρέκλα, κατεβαίνοντας γλυκά από το πεζοδρόμιο και να χειριστούμε μολύβια, κουμπιά, κουτάλια και κόμπους (Reisman J., Hanschu B., 1992; Anderson L. M., Emmons P. G., 1996). Το ιδιοδεκτικό σύστημα ερεθίζεται με τη βαριά δουλειά, τη δουλειά με αντίσταση ή τις εκτάσεις στις αρθρώσεις. Όταν τραβούμε ή σπρώχνουμε κάτι βαρύ, οι αρθρώσεις απομακρύνονται λίγο ή συμπιέζονται, στέλνοντας πληροφορία στον εγκέφαλο για τη δύναμη και το εύρος της κίνησης. Ο ερεθισμός του ιδιοδεκτικού συστήματος πιστεύεται ότι έχει ηρεμιστική επίδραση στους ανθρώπους εάν είναι υπερδιεγερμένοι και διεγερτική επίδραση στους υποδιεγερμένους. Το ιδιοδεκτικό σύστημα εργάζεται με το αιθουσαίο για να «χτίσει» το μυϊκό τόνο. Το αιθουσαίο σύστημα βοηθά να σχεδιάσουμε μια κίνηση και το ιδιοδεκτικό να την εκτελέσουμε (Ayres A. J., 1979).

Τα υπόλοιπα συστήματα των αισθήσεων είναι τα εξής:

Οπτικό σύστημα: Προωθεί πληροφορίες σχετικά με αντικείμενα και άτομα. Μας βοηθά να εντοπίζουμε δεδομένα κατά την κίνησή μας στο χώρο και στο χρόνο.

Ακουστικό σύστημα: Διεγείρεται στους ήχους, ετοιμάζει το σώμα για να δείξει προσοχή και ενισχύει την επικοινωνία. Συνδέεται νευροανατομικά με την αιθουσαία αίσθηση.

Γευστικό σύστημα: Το γευστικό σύστημα με αισθητηριακούς υποδοχείς τοποθετημένους στο στόμα και την πεπτική περιοχή, είναι υπεύθυνο για την διατροφή και προωθεί επανατροφοδοτήσεις από τη γεύση (γλυκό, πικρό, αλμυρό, πικάντικο κ.λπ). Συμβάλλει στη στοματοκινητική δραστηριότητα και επιδρά σημαντικά στα επίπεδα διέγερσης.

Οσφρητικό σύστημα: Περιλαμβάνει τη διάκριση ή αλλιώς πρόσληψη πληροφοριών (π.χ. ευχάριστη όσμηση) και συναγεμμού που μας προστατεύει (π.χ. η όσμηση του καπνού μας ξυπνά την αίσθηση αυτοπροστασίας ότι μπορεί να έχει πιάσει φωτιά). Επίσης είναι απαραίτητο για την αναζήτηση του ίχνους και τον εντοπισμό της τροφής (Ayres A. J., 1979).

Πριν φυσικά γίνει η παρέμβαση θα πρέπει να γίνει η αξιολόγηση του παιδιού. Η αξιολόγηση συνήθως στηρίζεται σε εξειδικευμένα αξιολογητικά tests επιμέρους παραγόντων, καθώς και στην κλινική παρατήρηση στις αντιδράσεις αισθητηριακού ερεθισμού, αππικής ανοχής, στάσης σώματος, ισορροπίας, κινητικού συντονισμού και κινήσεων των ματιών και του στόματος. Επίσης, χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια γονέων με καλύτερο εργαλείο το «Sensory Profile» (Dunn W., 1999) και παρατηρήσεις του παιδιού στο φυσικό του περιβάλλον. Σε πολύ μεγάλο βαθμό βασιζόμαστε στην παρατήρηση (clinical observations), αφού πολύ συχνά τα παιδιά με ΔΑΦ δεν έχουν την προσοχή, κατανόηση και κινητοποίηση για να ακολουθήσουν οδηγίες (Yack E., 2004). Η βασική αρχή για την ερμηνεία των δυσλειτουργιών είναι η εξής: «Βλέπω κίνηση, σκέφτομαι αίσθηση» (Ayres A. J., 1979).

Το παιδί, λοιπόν, μέσα από ειδικά κατευθυνόμενες δραστηριότητες αναπτύσσει και ρυθμίζει τις ικανότητές του στο να αντιδρά σωστά στους αισθητηριακούς ερεθισμούς δίνοντας μία οργανωμένη και επιτυχημένη προσαρμοστική αντίδραση. Βασική αρχή της παρέμβασης είναι οι δραστηριότητες αυτές να είναι ευχάριστες για το παιδί, κατευθυνόμενες από το ίδιο και ταυτόχρονα να έχουν σαφή στοχοκατευθυνόμενο προσανατολισμό (όσον αφορά το ρυθμό, την κατεύθυνση και την ένταση του παρεχόμενου ερεθίσματος) στις δυσκολίες του. Το πρόγραμμα αρχικά είναι απόλυτα εξατομικευμένο, ενώ στην πορεία για την επίτευξη της γενίκευσης των δεξιοτήτων μπορεί να χρησιμοποιηθεί και προσεχτικά σχεδιασμένο ομαδικό πρόγραμμα. Σαν πρώτη αρχή της παρέμβασης είναι ότι πρώτα πραγματοποιείται παρέμβαση στο σύστημα αξιολόγησης του παιδιού (μείωση ευαισθησίας) και μετά στο σύστημα διάκρισης (σύστημα καταγραφής).

Ο στόχος δεν είναι η εκπαίδευση σε μία συγκεκριμένη δραστηριότητα, αλλά η δυναμική προσέγγιση στα αίτια που προκαλούν τη δυσκολία στο να επιτευχθεί αυτή η δραστηριότητα. Η θεραπεία της κίνησης, της συγκέντρωσης, η γυμναστική και το παιχνίδι είναι απλά κάποια αποσπασματικά παραδείγματα αντιμετώπισης και όχι η ουσία της θεραπείας μέσω της μεθόδου της αισθητηριακής ολοκλήρωσης. Στόχος είναι η δημιουργία περιβαλλόντων και η χρήση παιχνιδιών και τεχνικών από το θεραπευτή και την οικογένεια, ώστε να βοηθηθεί το παιδί να ξεπεράσει τις δυσκολίες του στην αισθητηριακή ολοκλήρωση και να προχωρήσει πιο ήρεμα και λειτουργικά στην κατάλληλη για την περίπτωση προσαρμοστική αντίδραση. Τα υλικά που χρησιμοποιούνται συνήθως ποικίλουν και απευθύνονται σε όλο το φάσμα του αισθητηριακού ερεθισμού (πολυαισθητηριακά παιχνίδια, μπάλες, στρώματα, αιώρες, πλατφόρμες, ρολό, ακουστικά, βαράκια, υλικά δόνησης, παιχνίδια υφών, λίκρες κ.λπ.) (Ayres A. J., 1982).

## **5.9. Φαρμακευτική προσέγγιση**

Μέχρι πρόσφατα, παρά τη ραγδαία εξέλιξη της γνώσης, ο αυτισμός συνδεόταν άμεσα με χρήση μεγάλων δόσεων φαρμάκων και μάλιστα αντιψυχωσικών. Αυτή η σύνδεση συνεχώς μειώνεται, αλλά ακόμα εξακολουθούν πολλοί πάσχοντες να λαμβάνουν αντιψυχωσικά. Συχνό διαγνωστικό λάθος είναι να συγχέονται οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και συνήθως υψηλότερης λειτουργικότητας με μια άλλη ψυχιατρική διαταραχή και συχνότερα με σχιζοφρένεια και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Ένα δεύτερο λάθος που γίνεται είναι μια σωστή διάγνωση μιας ψυχιατρικής διαταραχής και αποτυχία διάγνωσης συνυπάρχουσας αυτιστικής διαταραχής. Για παράδειγμα, συχνά διαγιγνώσκεται κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, μαθησιακές δυσκολίες ή δυσλεξία, αλλά παραβλέπεται η συνύπαρξη του αυτισμού ή του συνδρόμου Asperger. Το πλέον κοινό όμως διαγνωστικό λάθος είναι να γίνεται σωστή διάγνωση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, αλλά να διαφεύγει μια συνυπάρχουσα διαταραχή,

εξαιτίας μιας αυθαίρετης τάσης να αποδίδεται οποιαδήποτε συμπτωματολογία στην αναπτυξιακή διαταραχή του ατόμου με αυτισμό και όχι σε κάτι άλλο. Θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι δεν υπάρχουν φάρμακα που θεραπεύουν τον αυτισμό, αλλά αρκετά ψυχοτρόπα φάρμακα έχουν επιδείξει αποτελεσματικότητα σε επιλεγμένα συμπτώματα – στόχους που συνοδεύουν συχνά τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Καμπάκος Χ., 2006).

Η φαρμακευτική αγωγή επηρεάζει μέσω του σώματος τη λειτουργία του Κ.Ν.Σ. Η χορήγηση των φαρμάκων, καθώς και ο έλεγχος της δράσης τους εμπίπτουν αποκλειστικά στην αρμοδιότητα του γιατρού. Δεν αποκλείονται άλλες θεραπευτικές μέθοδοι για τα άτομα αυτά. Για τη θεραπεία του αυτισμού χορηγούνται και διάφορες βιταμίνες, τα αποτελέσματα από τη χρήση τους όμως αλληλοσυγκρούονται (Κυπριωτάκης Α., 1995). Τα νευροληπτικά πρώτης γενιάς δεν είναι ιδιαίτερα βοηθητικά. Η χρήση τους περιορίζεται σημαντικά από τον κίνδυνο εκδήλωσης όψιμης δυσκινησίας. Το ενδιαφέρον εστιάζεται στα άτυπα νευροληπτικά, όπως η ρισπεριδόνη, που μειώνει την υπερκινητικότητα – παρορμητικότητα, τις στερεότυπες και αυτοτραυματικές συμπεριφορές και την επιθετικότητα. Η μέση δόση σε παιδιά ανέρχεται σε 2mg ημερησίως και η πιο σημαντική παρενέργεια είναι η αύξηση βάρους. Άλλες παρενέργειες, όπως υπνηλία, κούραση, τρόμος και σιελόρροια είναι συνήθως παροδικές (Παπαγεωργίου Β., 2005). Οι αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των επαναληπτικών, στερεότυπων συμπεριφορών και του άγχους στις αλλαγές. Μελέτες εστιασμένες στην αποτελεσματικότητα της φλουβοξαμίνης σε παιδιά έδειξαν βελτίωση της επιθετικής συμπεριφοράς. Οι παρενέργειες είναι λιγότερες με χαμηλή αρχικά δόση και σταδιακή αύξησή της (Rutter M., 1990; Παπαγεωργίου Β., 2005). Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπιστεί η συναισθηματική αστάθεια, οι ακατάλληλες συναισθηματικές αντιδράσεις, το άγχος και η κατάθλιψη που παρατηρούνται συχνά στα παιδιά με αυτισμό. Η ιμιπραμίνη ήταν δημοφιλές αντικαταθλιπτικό, χρησιμοποιούταν ευρέως στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, της

επιθετικότητας και της ευερεθιστότητας σε άτομα με αυτισμό, αλλά η χρήση της περιορίστηκε λόγω παρενεργειών από το καρδιαγγειακό σύστημα. Τη θέση της αντικατέστησε η χλωριμπραμίνη, η οποία είναι αποτελεσματικότερη στους παραπάνω τομείς (Παπαγεωργίου Β., 2005). Οι σταθεροποιητές της διάθεσης έχουν περιορισμένο ρόλο στη φαρμακευτική θεραπεία του αυτισμού. Όσον αφορά την ανταπόκριση των παιδιών στη θεραπεία με λίθιο δεν είναι ιδιαίτερα σημαντική. Ωστόσο, παιδιά με ιστορικό διπολικής διαταραχής στην οικογένειά τους θα ανταποκριθούν καλύτερα. Είναι γνωστό ότι η συγκέντρωση νευροδιαβιβαστών (σεροτονίνης) στον εγκέφαλο επηρεάζει τις χημικές καταστάσεις, το επίπεδο εγρήγορσης και επιθετικότητας. Με τη χορήγηση φενφλουραμίνης επιτυγχάνεται η πτώση της σεροτονίνης και ακολουθεί βελτίωση της αυτιστικής συμπεριφοράς. Η χορήγηση όμως φενφλουραμίνης μπορεί να οδηγήσει και σε ανεπιθύμητες ενέργειες. Η ελάττωση ή το μπλοκάρισμα της δυνορφίνης μειώνει επίσης τα συμπτώματα του αυτισμού (Παπαγεωργίου Β., 2005).

## **5.10. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις**

Η ψυχοθεραπεία δεν είναι η πλέον ενδεδειγμένη επιλογή για την αντιμετώπιση του αυτισμού για πολλούς λόγους. Δύο βασικοί απ' αυτούς είναι οι εξής: 1) η θεραπεία είναι χρονοβόρα και ο χρόνος είναι παράγοντας που πιέζει τα παιδιά που πρέπει να προλάβουν να ξεπεράσουν προβλήματα που θα τους εμποδίσουν να μπουν στο σχολείο και 2) στηρίζεται στην επικοινωνία, ένας τομέας που τα παιδιά με αυτισμό αποδεδειγμένα παρουσιάζουν μεγάλο πρόβλημα. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετοί γονείς και ειδικοί που επιλέγουν την ψυχοθεραπεία για να αντιμετωπίσουν τον αυτισμό δείχνοντας εμπιστοσύνη στις διακηρύξεις των υποστηρικτών της (Dale N., 1996).

Η πρώτη βασική προσέγγιση είναι η κλασική Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία, η οποία υποστηρίζει ότι η μητρική απόρριψη ευθύνεται για τα προβλήματα που

αντιμετωπίζει το παιδί με αυτισμό και γίνεται προσπάθεια μιας διόρθωσης αυτής της σχέσης. Είναι ευνόητο, λοιπόν, ότι η πρόταση αυτή οδηγεί σε μια εσφαλμένη εναπόθεση σφάλματος στους γονείς, οι οποίοι βιώνουν ενοχές με αποτέλεσμα να μην μπορούν να λειτουργήσουν εξίσου αποτελεσματικά ως γονείς. Η δεύτερη προσέγγιση ονομάζεται Θεραπεία Κρατήματος, η οποία πρεσβεύει ότι ο αυτισμός οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης δεσμού μεταξύ του γονέα και του παιδιού (Dale N., 1996).

### **5.11. Λογοθεραπεία**

Ένας λογοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με αυτισμό σε κάθε τομέα της επικοινωνίας, όπως σε δεξιότητες παιχνιδιού, στην πραγματολογική χρήση της γλώσσας ή σε ζητήματα αυτοοργάνωσης. Η παρέμβαση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη νοητική και κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου. Γι' αυτό το λόγο το πρώτο βήμα που απαιτείται είναι μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του παιδιού. Αμέσως μόλις ο θεραπευτής έχει κατανοήσει λεπτομερώς τα ελλείμματα, αλλά και τις ικανότητες του παιδιού, μπορεί να αποφασίσει ποιο θα είναι το πιο κατάλληλο πρόγραμμα που θα ακολουθήσει. Αυτό μπορεί να διαφέρει αρκετά από άτομο σε άτομο και να μην εστιάζει μόνο στις θεραπευτικές συνεδρίες, αλλά και στην εκπαίδευση των ανθρώπων που αλληλεπιδρούν με το άτομο με αυτισμό, κυρίως με τους γονείς του.

Πριν αναπτυχθεί η ομιλία ή σε περιπτώσεις που δεν αναπτύσσεται καθόλου η παρέμβαση μπορεί να εστιάσει στα εξής:

- *Κατανόηση της αξίας της επικοινωνίας:* Σε παιδιά που παρουσιάζουν πιο σοβαρά συμπτώματα, ο πρώτος στόχος του λογοθεραπευτή είναι να τα βοηθήσει να κατανοήσουν την αξία της επικοινωνίας. Αυτό είναι σημαντικό τόσο για ν' αρχίσουν να ζητάνε αυτά που θέλουν να πάρουν όσο και για να σχηματίσουν θετικές, διασκεδαστικές κοινωνικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους.

- *Ανάπτυξη των βασικών αρχών της επικοινωνίας:* Τέτοιες δεξιότητες είναι η κατανόηση και η χρήση των εκφράσεων του προσώπου, η βλεμματική επαφή και οι χειρονομίες, η εναλλαγή σειράς με τους άλλους και η ευχαρίστηση της συναναστροφής με άλλα άτομα. Τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ξεκινούν να μαθαίνουν αυτές τις δεξιότητες από πολύ μικρή ηλικία σε καταστάσεις αλληλεπίδρασης πρόσωπο με πρόσωπο με τους γονείς τους και άλλους ενηλίκους. Επομένως, ο λογοθεραπευτής θα χρησιμοποιήσει αυτές τις αρχές για να βοηθήσει τα άτομα με αυτισμό να μάθουν αυτές τις δεξιότητες μέσα από προσεγγίσεις, όπως η Εντατική Αλληλεπίδραση (Intensive Interaction).
- *Ανάπτυξη δεξιοτήτων παιχνιδιού:* Μέσα από το παιχνίδι τα παιδιά μαθαίνουν να μοιράζονται εμπειρίες και αντικείμενα μεταξύ τους (απαραίτητη δεξιότητα μάθησης). Το φανταστικό παιχνίδι είναι επίσης στενά συνδεδεμένο με την ανάπτυξη της συμβολικής κατανόησης, η οποία μας επιτρέπει να δημιουργούμε αναπαραστάσεις στο μυαλό μας και να συνδέουμε τις έννοιες μεταξύ τους. Έτσι, μέσα από τη λογοθεραπεία τα παιδιά βοηθούνται, ώστε να αναπτύξουν τις αλληλεπιδραστικές και συμβολικές δεξιότητες παιχνιδιού.
- *Εναλλακτικές λύσεις για την επικοινωνία:* Πολλές φορές ένας λογοθεραπευτής προτείνει την εφαρμογή ενός συστήματος επικοινωνίας βασισμένο στη χρήση εικόνων ή συμβόλων, όπως το PECS ή το MAKATON, σε περιπτώσεις που δεν αναπτύσσεται καθόλου η ομιλία. Είναι πολύ σημαντικό να αποφασιστεί ποιο σύστημα θα χρησιμοποιηθεί ανάλογα με τις ανάγκες του παιδιού σε συνεννόηση με τους γονείς του.

Πολύ συχνά παρατηρείται τα παιδιά με αυτισμό να εμφανίζουν ιδιοσυγκρασιακό τρόπο μάθησης και ασυνήθιστη επεξεργασία της ομιλίας. Ως αποτέλεσμα παρουσιάζουν προβλήματα στην ανάπτυξη της προφορικής ομιλίας. Μαθαίνουν επίσης την ομιλούμενη γλώσσα σε κομμάτια χωρίς να χωρίζουν αυτά που ακούνε σε λέξεις ή ήχους. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να επαναλαμβάνουν αυτά που ακούνε στις αγαπημένες τους σειρές αυτολεξί χωρίς να καταλαβαίνουν πραγματικά αυτά που λένε (ηχολαλία) και χωρίς να έχουν τη δυνατότητα να τα



χρησιμοποιήσουν ανεξάρτητα. Μέσα από τη λογοθεραπεία τα παιδιά θα βοηθηθούν στην ανάπτυξη της ομιλίας στους εξής τομείς:

- Άρθρωση λέξεων, ώστε να μπορέσει να επιτευχθεί κατανόηση από τους άλλους.
- Μάθηση και υπενθύμιση λεξιλογίου.
- Τοποθέτηση των λέξεων μαζί, ώστε να δημιουργούνται φράσεις και προτάσεις.
- Τοποθέτηση προτάσεων μαζί σε ιστορίες (αφήγηση), ώστε να εκφραστούν εμπειρίες σε άλλους.
- Κατανόηση των λέξεων και των προτάσεων.
- Κατανόηση συγκεκριμένων ομάδων λεξιλογίου, επειδή πολλά παιδιά με αυτισμό δυσκολεύονται ιδιαίτερα με τις έννοιες του χρόνου, την αφηρημένη γλώσσα και το λεξιλόγιο που εξαρτάται απ' την κατανόηση του κειμένου.
- Κατανόηση της γλώσσας που σχετίζεται με δεξιότητες κριτικής σκέψης.
- Κατανόηση μεταφορικής χρήσης της γλώσσας, όπως ιδιωματισμοί, υποδείξεων και έμμεσων συμβουλών.

Για πολλά παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού, η κοινωνική αλληλεπίδραση αποτελεί μία τεράστια πρόκληση. Οι λογοθεραπευτές παρέχουν μεγάλη βοήθεια και υποστήριξη σ' αυτό τον τομέα με τους παρακάτω τρόπους:

- Αυτογνωσία (ποιες είναι οι ικανότητες και οι αδυναμίες των ίδιων των παιδιών).
- Συνειδητοποίηση των ικανοτήτων, των αδυναμιών και των ενδιαφερόντων των άλλων.
- Ανάπτυξη και διατήρηση φιλικών σχέσεων.
- Κατανόηση των συναισθημάτων, των εκφράσεων του προσώπου και της γλώσσας του σώματος.
- Δεξιότητες συζήτησης (ξεκίνημα συζήτησης, εναλλαγή σειράς, σταθερότητα στο θέμα, τρόπος αλλαγής θέματος, ενεργητική συμμετοχή, ομαλή λήξη συζήτησης).
- Αυτοπεποίθηση στην επικοινωνία (χρήση «όχι», το να ζητάς βοήθεια).
- Ανάπτυξη αυτοεκτίμησης.

- Κατανόηση και ερμηνεία των κοινωνικών καταστάσεων.

Τέλος, οι λογοθεραπευτές μπορούν να παρέχουν συμβουλές και υποστήριξη στα παιδιά και τις οικογένειές τους να μάθουν να χρησιμοποιούν οπτικά προγράμματα με σκοπό την οργάνωση και το σχεδιασμό της καθημερινής ρουτίνας τους. Υπάρχει, λοιπόν, ένα τεράστιο φάσμα υποστήριξης και παροχής βοήθειας από έναν λογοθεραπευτή σε άτομα με αυτισμό (Blethers I., 2012).

## **5.12. Εργοθεραπεία**

Η εργοθεραπεία αποτελεί μια επιστήμη αποκατάστασης που προωθεί και ενισχύει την υγεία ενδυναμώνοντας τη δυνατότητα εκτέλεσης ουσιαστικών και σκόπιμων δραστηριοτήτων. Οι εργοθεραπευτές προσπαθούν να ανακτήσουν ή και να διατηρήσουν τις δραστηριότητες καθημερινής ζωής των ατόμων, ενώ μέσω της συγκεκριμένης θεραπευτικής μεθόδου τα άτομα όχι μόνο βελτιώνουν τις βασικές κινητικές λειτουργίες και τις ικανότητες συλλογιστικής τους, αλλά κατορθώνουν να εξισορροπούν τη μόνιμη απώλεια της εκάστοτε λειτουργίας (Dale N., 1996). Ο απώτερος σκοπός της εργοθεραπείας είναι να ενισχύσει τα άτομα, ώστε να έχουν ανεξαρτησία, παραγωγικότητα και ταυτόχρονα καλή ποιότητα ζωής. Οι εργοθεραπευτές αναλύουν προσεκτικά όλους τους παράγοντες πάσης φύσεως που ενισχύουν τον αυτισμό και τις συνέπειές του. Ουσιαστικά αποτελεί τη θεραπεία μιας διαταραχής μέσω σωματικού έργου. Η ανάκτηση της λειτουργικότητας και η δραστηριοποίηση του ατόμου γίνεται μέσω ευχάριστων δραστηριοτήτων, όπως η ζωγραφική, το παιχνίδι, το τραμπολίνο, το τρέξιμο κ.λπ.

Σκοπός της εργοθεραπείας είναι να διατηρήσει, να βελτιώσει ή να εισάγει δεξιότητες που επιτρέπουν στο άτομο να συμμετέχει όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητα σε δραστηριότητες της ζωής που έχουν νόημα. Οι δεξιότητες αντιμετώπισης καταστάσεων, λεπτών κινητικών κινήσεων, παιχνιδιού, αυτοεξυπηρέτησης και

κοινωνικοποίησης είναι στοχευόμενοι τομείς που πρέπει να διευθετηθούν. Μέσω των εργοθεραπευτικών μεθόδων, ένα άτομο με αυτισμό μπορεί να βοηθηθεί και στο σπίτι και στο σχολικό πλαίσιο διδάσκοντάς του δραστηριότητες, όπως το ντύσιμο, η σίτιση, η εκπαίδευση τουαλέτας, η διαμονή σε σπίτι, οι κοινωνικές δεξιότητες, οι λεπτές κινητικές και οπτικές δεξιότητες που βοηθούν στο γράψιμο και στη χρήση ψαλιδιού, ο αδρός συντονισμός κινήσεων για να βοηθήσει το άτομο να κάνει ποδήλατο ή να μάθει να περπατάει σωστά, και δεξιότητες οπτικής αντίληψης που είναι απαραίτητες για την ανάγνωση και τη γραφή. Επίσης, η εργοθεραπεία συνήθως αποτελεί μέρος μίας συνεργατικής προσπάθειας ειδικών της ιατρικής και της εκπαίδευσης, καθώς και των γονέων και των άλλων μελών της οικογένειας. Μέσα από μία τέτοια συνεργασία το άτομο με αυτισμό μπορεί να αναπτύξει τις κατάλληλες κοινωνικές, μαθησιακές και δεξιότητες του παιχνιδιού, που χρειάζονται για να λειτουργήσει επιτυχώς στην καθημερινή ζωή (Dale N., 1996).

## **5.13. Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις**

### **5.13.1. Διατροφή χωρίς γλουτένη και χωρίς καζεΐνη (GFCF)**

Πολλές οικογένειες παιδιών με διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού ενδιαφέρονται για τη διαίτα και τις διατροφικές παρεμβάσεις που ίσως να βοηθήσουν στην εξομάλυνση ορισμένων απ' τα συμπτώματα των παιδιών τους. Συγκεκριμένα, η αφαίρεση της γλουτένης (μία πρωτεΐνη που βρίσκεται στο κριθάρι, στη σίκαλη, στη βρώμη και στο σιτάρι) και της καζεΐνης (μία πρωτεΐνη που βρίσκεται στα γαλακτοκομικά προϊόντα), γνωστή ως διαίτα χωρίς γλουτένη και χωρίς καζεΐνη (GFCF), είναι μία δημοφιλής διατροφική θεραπεία για τα συμπτώματα του αυτισμού. Βασίζεται στην υπόθεση ότι αυτές οι πρωτεΐνες απορροφούνται διαφορετικά σ' ένα παιδί με αυτισμό και δρουν σαν ψευδοοπιούχα φάρμακα στον εγκέφαλο. Αυτή η διατροφική παρέμβαση δεν βασίζεται σε αλλεργική αντίδραση ούτε η

αποτελεσματικότητα της έχει αποδειχθεί σε επιστημονικές μελέτες που μπορούν να αναφερθούν. Παρόλα αυτά, πολλές οικογένειες αναφέρουν ότι η εξάλειψη της γλουτένης και της καζεΐνης από τη διατροφή των παιδιών τους έχει βοηθήσει αρκετά στη ρύθμιση των εντερικών συνηθειών, του ύπνου, της υπερδραστηριότητας, των συνηθισμένων συμπεριφορών τους και συνολικά στην ανάπτυξή τους. Έτσι, πολλές οικογένειες επιλέγουν την έναρξη μιας δοκιμής διατροφικού περιορισμού με στενή παρακολούθηση από την οικογένεια και την ομάδα παρατήρησης.

Η δοκιμή του διατροφικού περιορισμού απαιτεί προσοχή στις βασικές διατροφικές οδηγίες που δίνονται. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα είναι η πιο κοινή πηγή ασβεστίου και βιταμίνης D για τα μικρά παιδιά. Άλλωστε, η ισορροπημένη πρόσληψη πρωτεΐνης επιτυγχάνεται σε πολλά παιδιά μέσα από την κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων. Οι εναλλακτικές πηγές πρόσληψης αυτών των θρεπτικών ουσιών απαιτούν την υποκατάσταση άλλων τροφών και ροφημάτων με προσοχή στο θρεπτικό τους περιεχόμενο και όχι απλά ως υποκατάστατα του γάλακτος. Η υποκατάσταση των προϊόντων χωρίς γλουτένη απαιτεί προσοχή στο συνολικό ποσοστό ινών και βιταμινών της διατροφής του παιδιού. Η χρήση βιταμινών και υποκατάστατων μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα αλλά και παρενέργειες. Επομένως, απαραίτητη θεωρείται η συνάντηση της οικογένειας με διαιτολόγο ή κάποιον γιατρό με σκοπό τον προσδιορισμό μιας υγιούς εφαρμογής της διατροφής χωρίς γλουτένη και χωρίς καζεΐνη (Dale N., 1996).

### **5.13.2. Θεραπευτική ιππασία**

Η θεραπευτική ιππασία έχει ωφελήσει ανθρώπους με διαφορετικές αναπηρίες όλων των ηλικιών. Σε πολλά επιστημονικά περιοδικά επισημαίνεται ότι η δυσκολία των ατόμων με αυτισμό να επικοινωνήσουν και να αλληλεπιδράσουν με τους άλλους μετριάζεται κατά πολύ με τη βοήθεια του αλόγου και γενικά επηρεάζεται θετικά η συμπεριφορά. Επίσης, αναφέρεται ότι η θεραπευτική ιππασία επιδρά

θετικά στον περιορισμό των στερεοτυπιών και στην ανάπτυξη της κινητοποίησης και της αντιληπτικότητας.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, προσαρμόζονται απλές ασκήσεις ιππασίας σύμφωνα με τις ανάγκες του παιδιού, οι οποίες συμβάλλουν θετικά στη διατήρηση καλής ψυχικής κατάστασης και στην ανάπτυξη επιθυμητών συμπεριφορών. Ως μέσο για την ίππευση χρησιμοποιείται μία ξύλινη σκάλα. Επειδή πολλά παιδιά με αυτισμό αποφεύγουν τη σωματική επαφή με τους άλλους, η σκάλα τους επιτρέπει να νιώθουν ανεξάρτητα. Επιπλέον, χρησιμοποιούνται διάφορα άλλα υλικά, όπως μπάλες σε διάφορα χρώματα και μεγέθη, υφάσματα διαφόρων χρωμάτων, κρίκοι και ένα κομμάτι αφρολέξ σε σχήμα κύβου. Ειδικά στην αρχή αυτά τα υλικά βοηθούν τα παιδιά να κινήσουν το ενδιαφέρον τους προς το άλογο. Για παράδειγμα, ένα παιδί με αυτισμό δείχνει μεγαλύτερο ενδιαφέρον όταν βρίσκεται πάνω στο άλογο και κρατιέται μέσω ενός κρίκου από την ειδική ζώνη. Τα παιδιά, οι έφηβοι, οι ενήλικες μπορούν να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες μέσω αυτού του προγράμματος. Μέσα από τη θεραπευτική ιππασία μπορούν να εκπληρωθούν ορισμένες προϋποθέσεις μάθησης, όπως η ύπαρξη κινήτρου (για το ίδιο το άλογο), η αποδοχή ή ανοχή μιας αποτυχίας, η αυξημένη προσοχή, η συγκέντρωση και γενικά η οργάνωση και ο σχεδιασμός των ενεργειών. Όταν καταφέρει το παιδί να κατακτήσει τέτοιου είδους στόχους, τότε προτείνεται μεταφορά αυτών των εμπειριών και σε άλλες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής του.

Αποδεικνύεται έτσι ότι το άλογο αποτελεί έναν πολύ καλό ρυθμιστή και διαχειριστή της συμπεριφοράς του παιδιού. Όσον αφορά την κοινωνική αλληλεπίδραση είναι πολύ σημαντική η ιδέα του ισχυρού δεσμού που δημιουργείται μεταξύ θεραπευτή, παιδιού και αλόγου. Επιπροσθέτως, επιτυγχάνεται σταθερός και μόνιμος συντονισμός, όταν το βήμα του θεραπευτή συντονιστεί με αυτό του αλόγου. Δημιουργείται, λοιπόν, ένα ολοκληρωμένο και αρμονικό σύνολο. Η θεραπευτική ιππασία θα πρέπει να είναι ενσωματωμένη σε δομημένα εκπαιδευτικά πλαίσια, δρώντας συμπληρωματικά και ενδυναμώνοντας ή ενισχύοντας τα αποτελέσματα και τα οφέλη του σχολείου και του προγράμματος των παιδιών. Θεωρούνται

προτιμότερες οι μικρές ομάδες των 2 – 3 παιδιών με τους γονείς ή τους δασκάλους τους, σε μια όσο το δυνατόν μόνιμη συντροφιά, η οποία είναι συντονισμένη με τις διάφορες εκπαιδευτικές δομές. Μόνο έτσι θα δομηθεί αυτή η θεραπευτική παρέμβαση, η οποία απαιτεί προσαρμογές στις διαφορετικές ανάγκες, στο χαρακτήρα και τις δυνατότητες του κάθε παιδιού, ώστε να εξασφαλιστεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Βογινδρούκας Ι., Καλομοίρης Γ., Παπαγεωργίου Β., 2007).

Τα κυριότερα αποτελέσματα της θεραπευτικής ιππασίας είναι:

- 1) η νορμαλοποίηση του μυϊκού τόνου
- 2) η μουσική ενδυνάμωση
- 3) η αύξηση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων
- 4) ο συντονισμός των κινήσεων
- 5) η βελτίωση της ισορροπίας
- 6) η δημιουργία δεσμών φιλίας ανάμεσα στο άλογο και τον αναβάτη
- 7) το αίσθημα σεβασμού και αγάπης προς τα ζώα
- 8) το αίσθημα αυτοπεποίθησης και αυτάρκειας
- 9) ο αυτοέλεγχος, η υπομονή και η επιμονή

(Βογινδρούκας Ι., Καλομοίρης Γ., Παπαγεωργίου Β., 2007)

### **5.13.3. Μουσικοθεραπεία**

Στις μέρες μας η μουσικοθεραπεία αποτελεί μία αναγνωρισμένη και συγχρόνως αποτελεσματική παρέμβαση για τα άτομα με αυτισμό. Η Alvin Juliette και οι Nordoff Paul & Robbins Clive υπέδειξαν με την πρακτική τους την ευεργετικότητα της μουσικοθεραπείας στα άτομα με αυτισμό. Είναι αλήθεια ότι συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση βασικών δεξιοτήτων της διαταραχής. Μάλιστα,

έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα με αυτισμό συχνά παρουσιάζουν έντονο ενδιαφέρον και ανταπόκριση στη μουσική, γι' αυτό είναι ένα πολύ καλό εργαλείο για να ενσωματωθεί στο πρόγραμμα της παρέμβασης. Άλλωστε η ικανότητα του ανθρώπου να ανταποκρίνεται στη μουσική είναι έμφυτη και τα παιδιά με αυτισμό δεν αποτελούν εξαίρεση σ' αυτό. Η μουσικοθεραπεία προσφέρει κίνητρο και αποτελεί μια φυσική ενίσχυση, καθώς τα παιδιά με αυτισμό ανταποκρίνονται σε αυτή μ' έναν πολύ φυσικό τρόπο. Επίσης, δεν χρειάζεται να έχουν ανεπτυγμένες κοινωνικές ή διανοητικές δεξιότητες για να ανταποκριθούν σωματικά ή πνευματικά στη μουσική.

Η μουσικοθεραπεία ενεργοποιεί και αναπτύσσει πολλές αναπτυξιακές δυσκολίες την ίδια στιγμή. Για παράδειγμα, την ίδια στιγμή μέσα από μια δραστηριότητα μπορεί να οξύνεται η λεκτική ανταπόκριση ταυτόχρονα με τη βλεμματική επαφή, το σωματικό συντονισμό, τη λεπτή κινητικότητα και τη συναισθηματική έκφραση. Έτσι, αποτελεί μία ολιστική παρέμβαση, καθώς μπορεί να αγγίξει διάφορους τομείς της ανθρώπινης ανάπτυξης την ίδια στιγμή.

Κατά τη διάρκεια της μουσικής δημιουργίας εμπλέκονται πολλές από τις βασικές λειτουργίες της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της επίγνωσης του εαυτού καθώς και της σχέσης του με τους άλλους. Συχνά χρησιμοποιούνται δεξιότητες, όπως η εναλλαγή σειράς, η μίμηση, το καθρέφτισμα, η ακρόαση, η αμοιβαιότητα και γενικά η ανταπόκριση σε ένα άλλο άτομο. Τα βασικά αυτά στοιχεία της θεραπευτικής διαδικασίας αποτελούν και τη βάση των κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων όλων των ανθρώπων.

Επιπλέον, μέσω της μουσικοθεραπείας δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην αμφίδρομη επικοινωνία. Στην καθημερινότητά τους τα άτομα με αυτισμό είναι αρκετά απορροφημένα στον εαυτό τους. Παρόλα αυτά, οι ρυθμοί και οι μελωδίες δημιουργούν αυθόρμητα ευκαιρίες ανάπτυξης των δεξιοτήτων που απαιτούνται για μία εποικοδομητική επικοινωνία. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στους μη λεκτικούς τρόπους επικοινωνίας, αφού ο θεραπευτής αντλεί πολλές πληροφορίες από τη μη

λεκτική συμπεριφορά του παιδιού και έχοντας τη μουσική ως εργαλείο χρησιμοποιεί τα μη λεκτικά αυτά στοιχεία για να χτίσει μια πιο επικοινωνιακή και αμφίδρομη σχέση με το παιδί. Για παράδειγμα, η μουσική μπορεί να προσδώσει νόημα σε μια συμπεριφορά, η οποία δεν είναι καθόλου επικοινωνιακή, αλλά αντιθέτως προσφέρει περισσότερη απομόνωση στο άτομο, όπως μια επαναλαμβανόμενη κίνηση των χεριών. Καθρεφτίζοντας αυτή τη συμπεριφορά και ταυτίζοντας τη μουσική μαζί της, ο θεραπευτής μπορεί να πλησιάσει περισσότερο τον κόσμο του παιδιού. Με τη σειρά του το παιδί, νιώθοντας αυτή την ταύτιση και το πλησίασμα, αισθάνεται ότι κάποιος τον ακούει, τον κατανοεί και θέλει να τον «φτάσει». Αυτό είναι φυσικά ένα πολύ γενικό, υπεραπλουστευμένο και μεμονωμένο παράδειγμα. Λόγω της έμφασης που δίνεται στους μη λεκτικούς τρόπους επικοινωνίας, η μουσικοθεραπεία διευκολύνει τη δημιουργία μιας ασφαλούς σχέσης μεταξύ θεραπευτή και παιδιού και αυτό είναι μια πολύτιμη δυνατότητα και εμπειρία για τα άτομα αυτά. Χρησιμοποιώντας τη μουσική ως μέσο επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης, διεγείρονται επικοινωνιακές συμπεριφορές σαν τις πρώτες συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ μητέρας και παιδιού, οι οποίες είναι πολύ σημαντικές για τη μετέπειτα ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων.

Οι περισσότερες προσεγγίσεις στηρίζονται στην αυθόρμητη δημιουργία μουσικής, δηλαδή στο μουσικό αυτοσχεδιασμό. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ο θεραπευτής χρησιμοποιεί διάφορα είδη κρουστών οργάνων, πιάνο, κιθάρα και τη φωνή του, ώστε το παιδί να ανταποκριθεί δημιουργικά στους ήχους που παράγονται. Τον ενθαρρύνει να δημιουργήσει και να βρει τη δική του μουσική γλώσσα, δηλαδή το δικό του τρόπο να εκφράζεται μέσα από τους ήχους και τη μουσική. Στόχος είναι να δημιουργηθεί ένα ασφαλές πλαίσιο με μουσικά όργανα και ήχους με τα οποία το παιδί νιώθει άνετα να εκφραστεί, να βιώσει μια μεγαλύτερη ποικιλία συναισθημάτων και να ανακαλύψει πώς είναι να βρίσκεται κανείς σε μια αμφίδρομη σχέση και επικοινωνία. Απλά τραγούδια, μουσικά κομμάτια και διαφορετικά στυλ μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ελαστικότητα έτσι ώστε να



συμβαδίζουν με τη διάθεση αλλά και τις κλινικές και αναπτυξιακές ανάγκες του θεραπευόμενου.

Συμπερασματικά, η μουσικοθεραπεία, ως ολιστική παρέμβαση, στοχεύει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και βελτίωση λειτουργιών που σχετίζονται με το σώμα, αλλά και το πνεύμα. Όσο πιο νωρίς γίνει η διάγνωση και η παρέμβαση ενός παιδιού με αυτισμό, τόσο το καλύτερο για τη μετέπειτα ανάπτυξή του. Τα παιδιά με αυτισμό αντιμετωπίζουν ιδιαίτερη δυσκολία στις επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες που έχουν προαναφερθεί. Η μουσικοθεραπεία έχει τη δυνατότητα να αφυπνίσει και να επαναπροσδιορίσει αυτές τις λειτουργίες μέσα από το παιχνίδι, τη δημιουργία, τη δραματικότητα και την έκφραση (Χατζηευτυχίου Α., 2015).

#### **5.13.4. Οπτική θεραπεία (Vision Therapy)**

Η μέθοδος Vision Therapy ή Visual Training (VT) αποτελείται από εξατομικευμένα προγράμματα οπτικών δραστηριοτήτων – ασκήσεων με σκοπό τη διόρθωση, ενίσχυση ή αποκατάσταση της όρασης. Η όραση σαν αίσθηση αναπτύσσεται, αλλάζει και διαμορφώνεται σταδιακά μέσα από τις κινητικές και αντιληπτικές εμπειρίες του ατόμου από την ενδομήτρια φάση μέχρι το τέλος της ζωής του. Η όραση μαθαίνεται και ως εκ τούτου είναι εφικτό να εμπλουτιστεί ή να επανεκπαιδευτεί με τη βοήθεια των κατάλληλων ερεθισμάτων και προσαρμογών.

Στα άτομα με νευροκινητικές διαταραχές με ή χωρίς νοητική στέρωση (εγκεφαλική παράλυση, σύνδρομο Down, σύνδρομο Prader – Willi, κ.ά.) το VT μπορεί να προσφέρει ώθηση στη λειτουργικότητά τους και να υποστηρίξει παράλληλα τις υπόλοιπες θεραπευτικές προσεγγίσεις (εργοθεραπεία, φυσιοθεραπεία, λογοθεραπεία, ειδική αγωγή, κ.λπ.). Η ίδια λογική διακατέχει και την προσέγγιση του VT απέναντι στο φάσμα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών (αυτισμός, Asperger, PDD, κ.λπ.) (Brune M., Brune – Cohrs U., 2006).

### 5.13.5. Δελφινοθεραπεία

Η δελφινοθεραπεία άρχισε τη δεκαετία του 1950. Σημαντικό ρόλο έπαιξε το έργο του Dr. Lilly John, ο οποίος ερεύνησε τις επιδράσεις των δελφινιών σε άτομα με αναπηρίες. Από το 1978 όμως και μετά, η θεραπευτική βοήθεια των δελφινιών πέρασε σε άλλο επίπεδο, ιδιαίτερα μετά τις επιτυχίες του Dr. Nathanson David σε παιδιά με σύνδρομο Down και της Dr. Lukina Ludmila, η οποία ανέπτυξε πολλές θεραπευτικές μεθόδους. Η θεραπευτική μέθοδος βασίζεται στο ερέθισμα υπερήχων που εκπέμπει το σόναρ που διαθέτουν τα δελφίνια (ισχυρό όργανο στο ραχιαίο τμήμα της κεφαλής, που τα βοηθά στην παραγωγή και στον εντοπισμό ήχων) προς το κεντρικό νευρικό σύστημα του ανθρώπου, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται μια περίοδος συγχρονισμού των ημισφαιρίων του εγκεφάλου (τα κύματα του εγκεφάλου εναρμονίζονται και στα δύο ημισφαίρια στην ίδια συχνότητα και στην ίδια φάση), κάτι που θεωρείται νευρολογικά ασυνήθιστο.

Η μέχρι σήμερα επιστημονική εμπειρία των συμπληρωματικών θεραπευτικών προσεγγίσεων με τη χρήση δελφινιών ενισχύει τις κλασικές ιατρικές θεραπείες σε πολλές περιπτώσεις, όπως αυτισμός, σύνδρομο Rett, σύνδρομο Down, νοητική καθυστέρηση, εγκεφαλική παράλυση, κατάθλιψη, γνωσιακές δυσκολίες, σύνδρομο ελλειμματικής διαταραχής (υπερκινητικότητα). Θεραπευτικά κέντρα, όπως το Dolphin Assisted Therapy, εφαρμόζουν ποικίλα θεραπευτικά προγράμματα, διαφορετικής χρονικής διάρκειας, με στόχο τη βοήθεια ανθρώπων με μεγάλο εύρος προβλημάτων. Αποτελέσματα από ερευνητικές εργασίες ανέδειξαν ότι τα δελφίνια επηρεάζουν την εκφορά του λόγου κατά την αλληλεπίδραση με τους ανθρώπους, μειώνουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και ανακουφίζουν τον πόνο σε ανθρώπους που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας (Γκούβα Ε., Εργολάβου Α., Πάσχος Ι., Περδικάρης Κ., Ναθαναηλίδης Κ., Δαμίγου Ν., Αθανασοπούλου Φ.).

## Επίλογος

Συμπερασματικά, ο αυτισμός είναι μία αναπτυξιακή διαταραχή, η οποία είναι διάχυτη, δηλαδή επηρεάζει πολλούς διαφορετικούς τομείς στην εξελικτική πορεία των παιδιών. Αξιοσημείωτο είναι ότι η σοβαρότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων διαφέρει σε κάθε παιδί, γι' αυτό πάντα πρέπει να τονίζεται η ανάγκη τόσο για λεπτομερή αξιολόγηση με μεγάλη έμφαση στην παρατήρηση όσο και για σχεδιασμό ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού προγράμματος. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και απ' τη συχνή συνοσηρότητα με άλλες διαταραχές που οφείλουν να συνυπολογίζονται στην παρέμβαση.

Επιπλέον, η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες της οικογένειας που περιβάλλει το άτομο. Όταν όλα τα μέλη της οικογένειας συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία της παρέμβασης, οποιαδήποτε προσπάθεια βασίζεται στη συνεργασία με τους θεραπευτές και φυσικά στην εμπιστοσύνη και στην ασφάλεια που νοιώθει το παιδί. Με αυτό τον τρόπο οι δεξιότητες που αναπτύσσονται γενικεύονται ευκολότερα σε περισσότερα επικοινωνιακά πλαίσια.

Παρόλο που ο αυτισμός δεν θεραπεύεται, εφαρμόζονται πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις, οι οποίες μπορούν να επιφέρουν σημαντική βελτίωση στη συνολική λειτουργία του παιδιού και να βοηθήσουν την ενσωμάτωσή του στο κοινωνικό σύνολο. Οι συχνότεροι μακροπρόθεσμοι στόχοι αφορούν την ανάπτυξη των επικοινωνιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων μέσω των οποίων επέρχεται μεταβολή των προβληματικών και επαναληπτικών συμπεριφορών του παιδιού.

Η καθημερινή συναναστροφή με παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού αποτελεί πραγματικά μία πρόκληση για τους ειδικούς, που πολλές φορές έρχονται αντιμέτωποι με πρωτόγνωρες καταστάσεις, τις οποίες καλούνται να διαχειριστούν. Όλα τα άτομα πρέπει να αντιμετωπίζονται με σεβασμό στην

προσωπικότητά τους και κύριο μέλημα της διεπιστημονικής ομάδας να είναι η μελλοντική λειτουργική επικοινωνία τους και ανεξάρτητη διαβίωσή τους.

## Παράρτημα

**Πίνακας 1. Οι διαφορές ανάμεσα στα συστήματα διάγνωσης με μια ματιά**

	<b>ICD – 10</b>	<b>DSM – IV</b>	<b>DSM – 5</b>
<b>Γενικός όρος</b>	Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (ΔΑΔ)	Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (ΔΑΔ)	Διαταραχή αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ)
<b>Διάγνωση</b>	Παιδικός αυτισμός, σύνδρομο Asperger, ΔΑΔ – μη άλλως Προσδιοριζόμενη	Αυτισμός, Σύνδρομο Asperger, ΔΑΔ-μη άλλως Προσδιοριζόμενη	Διαταραχή αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ)
<b>Συμπτώματα</b>	Δυσκολίες στην επικοινωνία, στην κοινωνική επαφή, επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές συμπεριφορές	Δυσκολίες στην επικοινωνία, στην κοινωνική επαφή, επαναλαμβανόμενες, στερεοτυπικές συμπεριφορές	Δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία, επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές συμπεριφορές και ενδιαφέροντα
<b>Ηλικία εμφάνισης των συμπτωμάτων</b>	Μέχρι 3 ετών (όχι για το σύνδρομο Asperger)	Μέχρι 3 ετών (όχι για το σύνδρομο Asperger)	Πρώιμη παιδική ηλικία αν και τα λειτουργικά προβλήματα μπορεί να εμφανιστούν Αργότερα
<b>Αισθητηριακά Προβλήματα</b>	Δεν υπάρχουν στα διαγνωστικά κριτήρια	Δεν υπάρχουν στα διαγνωστικά κριτήρια	Περιλαμβάνονται στα διαγνωστικά κριτήρια (υπερευαισθησία / υποευαισθησία στην ομάδα των επαναλαμβανόμενων στερεοτυπικών συμπεριφορών)

<b>Τι συμβαίνει όταν ένα άτομο εμφανίζει κάποια αλλά όχι όλα τα συμπτώματα</b>	Λαμβάνει διάγνωση ΔΑΔ – μη άλλως καθοριζόμενης	Λαμβάνει διάγνωση ΔΑΔ – μη άλλως καθοριζόμενης	Όσοι εμφανίζουν συμπτώματα κοινωνικής επικοινωνίας αλλά όχι επαναλαμβανόμενες, στερεοτυπικές συμπεριφορές λαμβάνουν διάγνωση Διαταραχής Κοινωνικής Επικοινωνίας
<b>Πώς φαίνονται οι διαφορές στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων</b>	Μέσω των διαγνωστικών Υποκατηγοριών	Μέσω των διαγνωστικών Υποκατηγοριών	Μέσω εκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων (επίπεδο 1,2,3)

(Νότας Σ., 2006)

**Πίνακας 2. Δεξιότητες πραγματολογίας για επιτυχή επικοινωνία**

Συγχρονισμός επικοινωνιακών τρόπων	Χρήση ποικίλων επικοινωνιακών προθέσεων	Επικοινωνιακή επιδιόρθωση	Δεξιότητες συζήτησης
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Λεκτική/φωνητική χρήση (λέξεις ή ήχοι με σημασία, ποικίλλοι και ερμηνεύσιμοι επιτονισμοί)</li> <li>• Βλεμματική επαφή και εκφράσεις προσώπου</li> <li>• Χειρονομίες και γλώσσα του σώματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επιδιώκει την προσοχή</li> <li>• Ζητάει αντικείμενο ή ενέργεια</li> <li>• Σχολιάζει αντικείμενο ή ενέργεια</li> <li>• Διαμαρτύρεται</li> <li>• Αρνείται</li> <li>• Ζητάει πληροφορίες</li> <li>• Χαιρετάει</li> </ul>	<p>Όταν ένα παιδί δεν παίρνει ικανοποιητική απάντηση, προσπαθεί ξανά με διάφορους τρόπους:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Επαναλαμβάνει το μήνυμα</li> <li>• Μιλάει πιο δυνατά</li> <li>• Αλλάζει επιτονισμό</li> <li>• Συνδυάζει ήχους, χειρονομίες και βλεμματική επαφή</li> <li>• Αλλάζει τις λέξεις ή τη σειρά των λέξεων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ξέρει πότε να πάρει σειρά στη συζήτηση</li> <li>• Διατηρεί το θέμα</li> <li>• Επεκτείνει το θέμα</li> <li>• Καταλαβαίνει το ρόλο του άλλου στη συζήτηση</li> </ul>
<p><u>8 – 12 μηνών</u> Κάθε δεξιότητα αναπτύσσεται και μπορούν να συνδυαστούν 2 μαζί <u>12 – 13 μηνών</u> Ξεκινάει να συνδυάζει και τις 3 δεξιότητες <u>15 – 18 μηνών</u> Συνδυάζει και τις 3 δεξιότητες συχνά με ομαλό τρόπο</p>	<p><u>8 – 12 μηνών</u> Ζητάει, διαμαρτύρεται <u>12 – 18 μηνών</u> Χρησιμοποιεί περισσότερες επικοινωνιακές προθέσεις <u>24 μηνών</u> Χρησιμοποιεί όλες τις επικοινωνιακές προθέσεις</p>	<p>Οι δεξιότητες αναδύονται με τον ίδιο τρόπο όπως και οι επικοινωνιακές προθέσεις ως προς τις χρονολογικές ηλικίες</p>	<p>Οι δεξιότητες εμφανίζονται μετά την ηλικία των <u>12 μηνών</u></p>

**Πίνακας 3. Κοινωνικές δεξιότητες που απαιτούνται για την αλληλεπίδραση**

<p><b>1. Πρωτοβουλία για κοινωνική αλληλεπίδραση</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χαιρετάει τους άλλους</li> <li>• Έχει κοινή προσοχή</li> <li>• Ζητάει βοήθεια</li> <li>• Απαντάει σε σχόλια</li> <li>• Μοιράζεται ιδέες</li> <li>• Κάνει ερωτήσεις</li> <li>• Διευκρινίζει</li> <li>• Μπαίνει στο παιχνίδι</li> <li>• Αρχίζει συζήτηση</li> <li>• Διορθώνει παρεξηγήσεις</li> </ul>
<p><b>2. Διατήρηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κάνει μικρές μεταβάσεις</li> <li>• Κάνει μεγάλες μεταβάσεις</li> <li>• Παραμένει στο παιχνίδι</li> <li>• Τηρεί την εναλλαγή σειράς</li> <li>• Παίζει με οργανωτικό τρόπο</li> <li>• Διαπραγματεύεται με τους συνομιλήκους</li> </ul>
<p><b>3. Θέση του σώματος</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διατηρείται στο παιχνίδι</li> <li>• Φεύγει απ' το παιχνίδι με κατάλληλο τρόπο</li> <li>• Το σώμα του «κοιτάζει» αυτόν με τον οποίο αλληλεπιδρά</li> <li>• Ρωτάει και περιμένει την απάντηση</li> <li>• Σέβεται τον «προσωπικό χώρο» του άλλου</li> </ul>
<p><b>4. Ενσυναίσθηση</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες των άλλων</li> <li>• Τοποθετεί τα αντικείμενα σε προσιπή θέση για όλους</li> <li>• Αντιλαμβάνεται ότι επηρεάζει τα συναισθήματα των άλλων</li> <li>• Δέχεται τα σχόλια των άλλων</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Διαβάζει» τη γλώσσα του σώματος των άλλων</li> </ul>
<b>5. Βλεμματική επαφή</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χρησιμοποιεί κατάλληλη βλεμματική επαφή όταν ακούει</li> <li>• Χρησιμοποιεί κατάλληλη βλεμματική επαφή όταν μιλάει</li> <li>• Εναλλάσσει το βλέμμα σε μία ομάδα</li> <li>• Εναλλάσσει το βλέμμα στο αντικείμενο που ζητάει και στο άτομο</li> <li>• Ακολουθεί το βλέμμα του άλλου</li> <li>• Συνδυάζει τη βλεμματική επαφή με χειρονομίες και εκφράσεις προσώπου</li> </ul>
<b>6. Συναισθηματική ρύθμιση</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χρησιμοποιεί κατάλληλο επιτονισμό</li> <li>• Καταλαβαίνει τα συναισθήματά του</li> <li>• Κατανοεί τα συναισθήματα των άλλων</li> <li>• Κατανοεί τα συναισθήματα μέσα από εκφράσεις προσώπου και στάση σώματος</li> <li>• Απαντάει κατάλληλα σε καταστάσεις με συναισθηματικό περιεχόμενο</li> <li>• Αντιμετωπίζει την αμηχανία κατάλληλα</li> </ul>
<b>7. Χιούμορ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καταλαβαίνει τη διαφορά κυριολεκτικής – μεταφορικής γλώσσας</li> <li>• Πειραματίζεται με το χιούμορ</li> <li>• Κατανοεί ότι το χιούμορ μπορεί να επηρεάσει τους άλλους</li> <li>• Παρακολουθεί τις εκφράσεις των άλλων για να καταλάβει αν κάνουν χιούμορ</li> </ul>

(O' Brien Towle P., 2013)

## Βιβλιογραφία

### Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

1. Amaral D. G., Schumann C. M., Nordahl C. W. Neuroanatomy of autism. Volume 31, Issue 3, 137 – 145, 2008
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition (DMS – IV). DC: American Psychiatric Association. Washigton, 1994
3. Ayres A. J. Sensory integration and the child. Western Psychological Services, 1982
4. Baird G., Charman T., Cox A., Baron – Cohen S., Swettenham J. et al. Current topic: Screening and surveillance for autism and pervasive developmental disorders. Arch of Disease in Childhood. 84, 468 – 475, 2001
5. Baron – Cohen, S., Tager – Flusberg H., Cohen D.J. Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience. Oxford University Press. New York, 2000
6. Baron – Cohen, S., Leslie A. M., Frith U. Does The Autistic Child Have a «Theory of Mind»? Cognition. 21, 37 – 46, 1985
7. Barratt P. et. al. Children with autism and peer group support using «circle of friends». British Journal of Special Education. Volume 25, No 2, p. 68 – 76, 1998
8. Prizant B. M., Wetherby A. M., Rubin E., Laurent A. C. The SCERTS Model A Transactional, Family – Centered Approach to Enhancing Communication and Socioemotional Abilities of Children With Autism Spectrum Disorder. Infants & Young Children. Volume 16, Issue 4, 296 – 316, 2003
9. Brune M., Brune – Cohrs U. Theory of mind – evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 2006
10. Corbett B. A., Constantine L. J., Hendren R., Rocke D., Ozonoff S. Examining executive functioning in children with autism spectrum disorder, attention deficit

- hyperactivity disorder and typical development. *Psychiatry research*, 166 (2), 210 – 222, 2009
11. Dale N. *Working with families of children with Special Needs: Partnership and Practice*. Routledge. London, 1996
  12. Elliott R. Executive functions and their disorders. *Imaging in clinical neuroscience. British Medical Bulletin*, 65 (1), 49 – 59, 2003
  13. Filipek P. A., Accardo P. J., Baranek G. T., Cook E. H. et al. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 29, 439 – 494, 1999
  14. Frith U., Happe F. Autism: Beyond “theory of mind”. *Cognition*, 50 (1), 115 – 132, 1994
  15. Frith U. A new look at Language and communication in Autism. *British Journal of Disorders of Communication*, 24, 123 – 150, 1989
  16. Giordano A., Lombardi V. *Causes and Risks for Autism*. Nova Science Publishers. New York, 2009
  17. Gray A. C. *The Social Story Book*. TX Future Horizons. Arlington, 1994
  18. Roth I., Hoekstra R., Pasco G. and Barson C. *The Autism Spectrum in the 21st Century: Exploring Psychology, Biology and Practice*. Jessica Kingsley Publishers. London, 2010
  19. Austin J. & Carr J. E. *Handbook of Applied Behavior Analysis*. Context Press, 2000
  20. Korkmaz B. Theory of mind and neurodevelopmental disorders of childhood. *Pediatric research*, 69, 101R – 108R, 2011
  21. Landreth G. L. *Play therapy* Springfield, IL: Charles C Thomas, 1982
  22. Zwaigenbaum L. Early Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research. *Journal of the American Academy of Pediatrics*, 136 (1), 860 – 881, 2015

23. Lord C. Diagnosis of Autism Spectrum Disorder of Young Children, In A. Wetherby and B. Prizant (eds.) *Autism, a Transactional, Developmental Perspective*. Paul H. Brookers Publishing. Baltimore, 2000
24. MacDuff G. S., Krantz P.J. & McClannachan L. E. Teaching children with autism to use photographic activity schedules: Maintenance and generalization of complex response chains. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 89 – 97, 1993
25. Marcus L., Kunce L. J., Schopler E. Workign with families. In D.J. Cohen & F.R. Volkmar (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York: John Wiley & Sons (pp. 631 – 649), 1997
26. Nind M. Intensive interaction and autism: a useful approach? *British Journal of Special Education*. Volume 26, Issue 2, p. 96 – 102, 2003
27. Mesibov G. B., Shea V., Schopler E. *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. Kluwer Academic / Plenum Pubishers. New York, 2000
28. Mitchell P. *Acquiring a conception of mind: A review of psychological research and theory*. Psychology Press, 1996
29. Newschaffer C. J., Croen L. A., Daniels J. et al. The epidemiology of autism spectrum disorder. *Annu Rev Public Health* 28: 235 – 258, 2007
30. Newton C., Taylor G. & Wilson D. Circles of friends: An inclusive approach to meeting emotional and behavioural needs, *Educational Psychology in Practice*, 11: 4, 1996
31. O' Brien Towle P. *The Early Identification of Autism Spectrum Disorders. A Visual Guide*. Jessica Kingsley Publishers. London, 2013
32. Oetter P., Richter E., Frick S. *M.O.R.E.* PDP Press, 1995
33. Ozonoff S., Goodlin – Jones B. L. and Salomon M. Evidence – based assessment of autism spectrum disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 34, 523 – 540, 2005

34. Prizant B. M., Wetherby A. M., Rubin E., Laurent A. C., Rydell P. J. The SCERTS Model: A Comprehensive Educational Approach for Children with Autism Spectrum Disorders. Brookes Publishing Company. Baltimore, 2005
35. Prizant B. M. and Wetherby A. M. Communication assessment of young children, *Infants and Young Children* 5, 20 – 34, 1993
36. Quill K. Teaching Children with Autism. Delmar Publishers, 1995
37. Rajendran G. & Mitchell P. Cognitive theories of autism. *Developmental Review*, 27 (2), 224 – 260, 2007
38. Sandberg E. H., Spritz B. L. A Brief Guide to Autism Treatments. Jessica Kingsley Publishers. London, 2012
39. Shriver M., Allen K. D. and Mathews. Effective assessment of the shared and unique characteristics of children with autism. *School Psychology Review*, 28, 538 – 558, 1999
40. Varugese T. Social Communication Cues for Young Children with Autism Spectrum Disorders and Related Conditions: How to Give Great Greetings, Pay Cool Compliments and Have Fun with Friends. Jessica Kingsley Publishers. London, 2011
41. Vogeley K., Bussfeld P., Newen A. et al. Mind reading: Neural mechanisms of Theory of Mind and self- perspective. *NeuroImage*, 14, 170 – 181, 2001
42. Volkmar F., Cook E. H., Pomeroy J., Realmuto G. and Tanguay P. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with autism and other pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38 (Suppl), 32S – 54S, 1999
43. Lohr W. D., Tanguay P. DSM – 5 and Proposed Changes to the Diagnosis of Autism. *Pediatric Annals* April – Volume 42 Issue 4: 161 – 166, 2013
44. Wilkinson L. A. A Best Practice Guide to Assessment and Intervention for Autism and Asperger Syndrome in Schools. Jessica Kingsley Publishers. London, 2010

45. Wing L. The Continuum of Autistic Characteristics, In E. Schopler and G. Mesibov (eds.), *Diagnosis and Assessment in Autism*. Plenum Press. New York, 1988
46. Wing L. & Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders; is the prevalence rising? *Mental Retard Develop Disabilities Research Reviews*. 8, 151 – 161, 2002
47. Wolfberg P. J. *Play and imagination in children with autism*. Teachers College Press. New York, 1999

## Ελληνική βιβλιογραφία

1. Βογινδούκας Ι. Η ανάπτυξη του λόγου σε παιδιά με αυτισμό και βαριές διαταραχές στην επικοινωνία. Ιωάννινα, 2002
2. Βογινδρούκας Ι. Πραγματολογικές δεξιότητες σε παιδιά με αυτισμό. Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Βόρειας Ελλάδας, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Δημοσιεύθηκε στο Περιοδικό Ψυχολογία της ΕΛΨΕ. Τόμος 12, τεύχος 2, σελ.276 – 292, 2005
3. Βογινδρούκας Ι., Μαρίνης Θ., Νικολόπουλος Δ., Νικολόπουλος Θ. Π., Οκαλίδου Α., Πρώιου Χ., Πρωτόπαπας Α. Χ., Σίμος Π. Γλωσσική ανάπτυξη και διαταραχές. Αθήνα. Εκδόσεις Τόπος, 2008
4. Βογινδρούκας Ι., Καλομοίρης Γ., Παπαγεωργίου Β. Αυτισμός Θέσεις και Προσεγγίσεις. Αθήνα. Ταξιδευτής, 2007
5. Γενά Α. Θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεραπείας. Τόμος Γ΄, σ.71, 1996
6. Γενά Α. Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Αθήνα, 2002
7. Γκονελά Ε. Χ. Αυτισμός: Αίνιγμα και πραγματικότητα. Αθήνα. Εκδόσεις Οδυσσέας, 2006
8. Γκούβα Ε., Εργολάβου Α., Πάσχος Ι., Περδικάρης Κ., Ναθαναηλίδης Κ., Δαμίγου Ν., Αθανασοπούλου Φ. Η δελφινοθεραπεία. Περιοδικό της Ελληνικής Κτηνιατρικής Εταιρείας. 60 (2). Σελ. 154 – 160, 2009
9. Καλύβα Ε. Αυτισμός – Εκπαιδευτικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Αθήνα. Παπαζήσης, 2005
10. Νότας Σ., Κουσουρή Μ., Καμπάκος Χ., Γενά Α., Μαυροπούλου Σ. Αυτισμός – Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, Ολιστική Διεπιστημονική προσέγγιση. Εκδόσεις Βήτα. Από τα πρακτικά διημερίδας, 2006
11. Σταμάτης Σ. Οχυρωμένη Σιωπή. Εκδόσεις Γλάρος, 1987
12. Χίτογλου – Αντωνιάδου Μ. Κεκές Γ., Χίτογλου – Χατζή Σ. Αυτισμός – Ελπίδα. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 2000

13. Haussler A. Η μέθοδος TEACCH για την εκπαίδευση ανθρώπων με αυτισμό. Εκδόσεις Ρόδων. Θεσσαλονίκη, 2012
14. Collia – Faherty C. Κατανόηση του αυτισμού. Στο Collia – Faherty C., Παπαγεωργίου Β. & Παπαδοπούλου Ν. Αυτισμός. Ένας ύμνος στην επικοινωνία. Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων. Αθήνα. σελ. 15 – 25, 1999
15. Frost L., Bondy A. Pecs, Σύστημα Επικοινωνίας Μέσω Ανταλλαγής Εικόνων (2η έκδοση). Pyramid Educational Products. United States, 2002
16. Nind M., Hewett D. Εντατική αλληλεπίδραση, ένας πρακτικός οδηγός για άτομα με επικοινωνιακές διαταραχές. Εκδόσεις Ταξιδευτή. Αθήνα, 2010
17. Frith U. Αυτισμός, Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, 1994



## Διαδίκτυο

1. Αυτισμός (Ημερομηνία ανάρτησης → 24 – 1 – 2016). Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CF%85%CF%84%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82> (Ανακτήθηκε στις 4 – 4 – 2016)
2. Διαγνωστικά κριτήρια για τις Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο [http://www.autismhellas.gr/files/el/DSM-V\\_%CE%91%CE%9B%CE%9B%CE%91%CE%93%CE%95%CE%A3.pdf](http://www.autismhellas.gr/files/el/DSM-V_%CE%91%CE%9B%CE%9B%CE%91%CE%93%CE%95%CE%A3.pdf) (Ανακτήθηκε στις 11 – 4 – 2016)
3. Διαταραχή αισθητηριακής ολοκλήρωσης. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο [http://www.gkoltsiou.gr/el/article\\_groups/5/articles/69-diatarakhe-aistheteriakhes-olokleroses](http://www.gkoltsiou.gr/el/article_groups/5/articles/69-diatarakhe-aistheteriakhes-olokleroses) (Ανακτήθηκε στις 30 – 4 – 2016)
4. Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος. Ο νέος ορισμός του DSM – 5. Σκέψεις και θέσεις των ειδικών παρέμβασης (Ημερομηνία ανάρτησης → 18 – 11 – 2013). Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.proseggisi.gr/?s=%CE%B1%CE%BB%CE%BB%CE%B1%CE%B3%CE%B5%CF%82+DSM> (Ανακτήθηκε στις 11 – 4 – 2016)
5. Η κληρονομικότητα, η οικογενειακή προδιάθεση και τα γονίδια στον αυτισμό (Ημερομηνία ανάρτησης → 5 – 5 – 2014). Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.newsitamea.gr/> (Ανακτήθηκε στις 4 – 4 – 2016)
6. ΜΑΚΑΤΟΝ (Συχνές ερωτήσεις – Σε ποιους απευθύνεται). Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://makatonhellas.gr/syxnes-erothseis/> (Ανακτήθηκε στις 15 – 5 – 2016)
7. Μουσικοθεραπεία για παιδιά με αυτισμό. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.paidiatros.com/paidi/psychologia/music-therapy-autism> (Ανακτήθηκε στις 17 – 5 – 2016)
8. Σχιζοφρένεια με έναρξη στην παιδική ηλικία: χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.encephalos.gr/full/44-2-07g.htm> (Ανακτήθηκε στις 18 – 4 – 2016)

9. How do speech & language therapists help people with autism? (Ημερομηνία ανάρτησης → 21 – 3 – 2012) Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://edinburgh-lothian-mobile-speech-therapy.co.uk/faq/how-do-speech-language-therapists-help-people-with-autism/%E2%80%9D> (Ανακτήθηκε στις 16 – 5 – 2016)
10. PECS (Picture Exchange Communicatinon System) (Ημερομηνία ανάρτησης → 13 – 9 – 2010). Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.proseggisi.gr/pecs/> (Ανακτήθηκε στις 15 – 5 – 2016)