

Α.Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ:
ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ



Η ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ Η ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΡΕΠΑΝΗ ΕΥΣΤΡΑΤΙΑ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ.:11380

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΗΣ ΠΑΥΛΟΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

§ ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2
§ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο :	
1. ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ.....	5
1.2.: Η Έννοια του Αυτισμού	
§ Τι είναι ο Αυτισμός;.....	5
1.3.: Βασικές μορφές του αυτισμού.....	8
1.3.1: Αυτιστική διαταραχή.....	8
1.3.2.: Σύνδρομο Rett.....	9
1.3.3: Αποδιοργανωτική Διαταραχή.....	10
1.3.4: Άτυπος αυτισμός.....	11
1.3.5: Σύνδρομο του Εύθραυστου Χ.....	12
1.3.6: Σύνδρομο Landau-Kleffner.....	13
1.3.7: Σύνδρομο Williams.....	13
1.3.8: Σύνδρομο Tourette.....	13
1.4.: Σύνδρομο Asperger.....	14
1.4.1: Ορισμός-Διαφοροποίηση από τον Αυτισμό.....	16
1.4.2: Τα χαρακτηριστικά των ατόμων.....	17
1.4.3: Επιδημιολογία.....	18

1.4.4: Αιτιοπαθογένεια.....	19
1.4.5: Οικογενειακό περιβάλλον και σύνδρομο Asperger.....	20
1.5.: Η τυπική κλινική εικόνα του αυτισμού και τα γενικά χαρακτηριστικά του στην παιδική ηλικία.....	21
1.5.1.: Η τυπική κλινική εικόνα του αυτισμού περιλαμβάνει.....	22
1.6.: Παράγοντες.....	22
1.6.1.: Οι εξωτερικές συνθήκες που μπορεί να οδηγήσουν σε αυτισμό.....	22
1.6.2: Αίτια του αυτισμού.....	24
1.7.: Οι βιολογικές καταβολές.....	25
1.7.1.: Σημεία που υποδηλώνουν νευρολογικές βλάβες.....	28
1.7.2: Τι Μπορεί να Συμβαίνει με τον εγκέφαλο.....	30
1.8.: Συμπτωματολογία-χαρακτηριστικά.....	34
1.8.1.: Χαρακτηριστικά βρεφικής ηλικίας.....	34
1.8.2.: Η έλλειψη κοινωνικής ανταπόκρισης.....	35
1.8.3.: Αγχωτική καταθλιπτική επιθυμία για τη διατήρηση της ομοιότητας.....	36
1.8.4.: Ιδιόρρυθμες αισθητηριακές και συναισθηματικές αντιδράσεις.....	36
1.8.5.: Στερεότυπες – Τελετουργικές κινήσεις.....	37
1.8.6.: Ιδιάζουσα σχέση με τα αντικείμενα.....	38

1.8.7.: Το παιχνίδι του αυτιστικού παιδιού.....	38
1.8.8.: Η σεξουαλικότητα του αυτιστικού παιδιού.....	39
1.8.9.: Η γλωσσική ανάπτυξη του αυτιστικού παιδιού.....	39
1.8.10.: Προβλήματα συμπεριφοράς.....	40
1.9.: Συχνότητα Αυτισμού.....	40
1.10.: Προφίλ των Αυτιστικών παιδιών.....	41
1.11.: Διάγνωση.....	43

§ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο :

2. Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ.....	46
2.1.: Η ανάπτυξη του οργανισμού.....	46
2.2.: Σωματική ανάπτυξη.....	47
2.3.: Αρχές της ανάπτυξης.....	48
2.4.: Στάδια ανάπτυξης του ανθρώπου.....	50
2.5.: Διαφορές φύλου στο ρυθμό ανάπτυξης.....	51
2.6.: Νεογνική – Νηπιακή ηλικία.....	52
2.6.1.: Ψυχοκινητική ανάπτυξη.....	52
2.7.: Η Έννοια Της Νοημοσύνης.....	54
2.7.1.: Σημασία Του Δείκτη Νοημοσύνης.....	55
2.8.: Συναισθηματική ανάπτυξη.....	58
2.8.1. Κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού.....	59
2.8.2. Η ακαμψία της σκέψης.....	60
2.9.: Αισθητηριακές λειτουργίες.....	61
2.9.1.: Αντίληψη – Τα τρία στάδια του αντιλαμβάνομαι.....	63
2.10.: Γνωστική και κινητική ανάπτυξη του παιδιού (Piaget).....	72
2.11.: Ανάπτυξη προφοράς, ομιλίας και επικοινωνίας.....	75
2.12.: Η εξέλιξη του παιχνιδιού κατά την ανάπτυξη.....	76
2.12.1.: Η φύση και η σημασία του παιχνιδιού για την ανάπτυξη.....	78
2.12.2.: Το παιχνίδι των παιδιών με αυτισμό.....	82

§ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο :

3. ΨΥΧΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

3.1.:Ψυχοπαιδαγωγικό πρόγραμμα.....	84
3.2.: Αποκατάσταση - Θεραπευτικές Προσέγγισεις.....	87
3.2.1.: Μη φαρμακευτικές θεραπείες.....	91
3.2.2.: Διαχείριση συμπεριφοράς.....	92
3.2.3.: Οικογενειακή θεραπεία	92
3.2.4.: Ψυχοθεραπεία.....	93
3.2.5.: Ιατρικές και φαρμακευτικές θεραπείες.....	93
3.2.6.: “ΑΒΑ-Lovaas” (Αμπα- Λόβας): Πρώιμη παρέμβαση για αυτισμό.....	94
3.2.7.: Θεραπεία Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης (SIT).....	95
· ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	97
· ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	98

§ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο :

4.1.Ιστορικό του ατόμου που υπήρξε το αντικείμενο της παρατήρησης.....	100
4.2. Καταγραφή στοιχείων – Ερμηνεία - Τομείς ανάπτυξης.....	105
· ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	113
· ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	115
· ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	117
· ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	121

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτη – ψυχολόγο του τμήματος Λογοθεραπείας του Α.Τ.Ε.Ι. Ηπείρου κος Χριστοδουλίδης Παύλος, για τη βοήθεια και τις συμβουλές που μου έδωσε ως υπεύθυνος αυτής της πτυχιακής εργασίας. Ακόμα θα ήθελα να ευχαριστήσω πολύ τους φίλους μου Γιώργο και Χρύσα για την πολύτιμη βοήθειά τους και φυσικά την οικογένειά μου που με στηρίζει σε όλες μου τις προσπάθειες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μελετώντας τη βιβλιογραφία είδαμε ότι πάντοτε υπήρχαν αλλά και θα εξακολουθούν να υπάρχουν άτομα με ειδικές ανάγκες. Η αντιμετώπιση τους ήταν ανάλογη με τις επιστημονικές αντιλήψεις της κάθε εποχής. Με το πέρασμα των χρόνων ονομάστηκαν «προβληματικά», «διαφορετικά», «ειδικά», «αποκλίνοντα» και αντιμετωπίστηκαν ως «επικίνδυνα», «επιβλαβή», «άχρηστα» και «άρρωστα». Στη διάρκεια όλων αυτών των χρόνων ήρθαν αντιμετώπιση με την απόρριψη, την εκμετάλλευση, τον οίκτο, την φιλανθρωπία και την απομόνωση στα άσυλα. Στις μέρες μας όμως η κατάσταση αυτή έχει αλλάξει προς το καλύτερο. Το «πρόβλημα» των ειδικών ατόμων αντιμετωπίζεται ως «πρόβλημα» παιδαγωγικό και κοινωνικό (Σταμάτης, 1987). Η ανάπτυξη των επιστημονικών κλάδων όπως είναι οι ιατρικές, κοινωνικές και ανθρωπιστικές επιστήμες, όσο περνάνε τα χρόνια κι η δραστηριοποίηση των επιστημόνων, συλλόγων και κυβερνήσεων συνέβαλλαν στην αλλαγή της στάσης της κοινωνίας προς αυτή τη κατηγορία των ατόμων. Τα περισσότερα κράτη έχουν ήδη αναγνωρίσει τα δικαιώματά των ατόμων με ειδικές ανάγκες και παίρνουν κατάλληλα μέτρα για να βοηθήσουν στην αποκατάσταση και στην ομαλή ένταξη τους μέσα στο κοινωνικό σύνολο.

«Άτομα με ειδικές ανάγκες, ονομάζουμε εκείνα, τα οποία έχουν κάποια εμφανή ψυχο-πνευματική, σωματική ή αισθητηριακή μειονεξία, σε σύγκριση με τα «φυσιολογικά» άτομα. Τα συγκεκριμένα άτομα χρειάζονται ειδική φροντίδα, για να μπορέσουν να ζήσουν και να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο» (Σταμάτης, 1987,3). Κάθε χώρα, ανάλογα με τον πληθυσμό της, έχει ένα ικανό αριθμό ατόμων, τα οποία εμφανίζουν διαφόρων ειδών υστερήσεις. Οι στατιστικές έρευνες ίσως δεν είναι και τόσο αξιόπιστες για το λόγο ότι κάθε χώρα χρησιμοποιεί διαφορετικά κριτήρια για τέτοιου είδους μετρήσεις. «Στη Γαλλία π.χ. υπολογίζονται τα ειδικά άτομα σε ποσοστό 12% του γενικού πληθυσμού της, ενώ στη Γερμανία, το αντίστοιχο ποσοστό κατεβαίνει στο 6%- 8%» (Σταμάτης, 1987,σελ. 3).

Στη χώρα μας δεν υπάρχουν αντίστοιχες έρευνες, οι οποίες να δίνουν στατιστικά δεδομένα για τον αριθμό των ειδικών ατόμων. Στην Ελλάδα πάντως, πρέπει να υπάρχουν πάνω από μισό εκατομμύριο άτομα, όλων των ηλικιών, με ψυχοπνευματικά, σωματικά και αισθητηριακά προβλήματα και σε τέτοιο βαθμό που να απαιτούνται ειδικά μέτρα για την αποκατάστασή τους. Από μία επιτροπή μελέτης η οποία ασχολείται με θέματα ειδικής αγωγής του Υπουργείου Παιδείας,

υπολογίστηκαν σε 150.000 περίπου τα παιδιά κι οι έφηβοι με ειδικές ανάγκες ηλικίας 5-19 ετών (Σταμάτης,1987).

Τα ειδικά άτομα, ανάλογα με το είδος της δυσκολίας την οποία αντιμετωπίζουν, κατατάσσονται σε ορισμένες κατηγορίες, οι οποίες είναι οι εξής:

- Άτομα με διαταραχές στην όραση
- Άτομα με ελαττωματική ακοή
- Άτομα με κινητικά προβλήματα (ημιπληγικοί, τετραπληγικοί κτλ)
- Άτομα με εγκεφαλική παράλυση (σπαστικά κτλ)
- Άτομα με διαταραχές λόγου
- Άτομα με μαθησιακές δυσκολίες
- Άτομα με νοητική υστέρηση
- Άτομα με ψυχικές διαταραχές
- Άτομα με βαριές, εκτεταμένες διαταραχές της ανάπτυξης

Στην κατηγορία των ατόμων με διαταραχές της ανάπτυξης υπάγονται και τα αυτιστικά άτομα. Μέσα στο πλήθος των ατόμων με ειδικές ανάγκες,αποτελούν μια μικρή μειοψηφία. Οι δυσκολίες τους όμως, είναι τόσο ιδιόμορφες και εμφανίζονται με τόσο διαφορετικές μορφές και σε τόσο διαφορετικά επίπεδα, ώστε έχει ιδιαίτερη αξία κάθε προσπάθεια, που στοχεύει να τα βοηθήσει.

Ο όρος «αυτισμός» προέρχεται από τον ελληνικό όρο «αυτός». Ο Bleuer (1911) ονομάζει «αυτιστικά παιδιά» εκείνα που κλείνονται στον εαυτό τους, τα απόμακρα από την πραγματικότητα (Συνοδινού,1999). Ο Freud από την άλλη στην ψυχανάλυση του, χρησιμοποίησε τον όρο του αυτισμού με το παράδειγμα του αβγού, το οποίο ζει αυτοσυντηρούμενο.

Ερευνώντας τον αυτισμό, ανακαλύπτει κανείς ότι είναι μια αναδίπλωση του παιδιού στον εαυτό του. Ο όρος «αυτισμός» αναφέρεται σε μια ομάδα ανθρώπων, οι οποίοι έχουν κοινή άποψη για τα πράγματα, βλέπουν τον κόσμο με τον ίδιο τρόπο, σκέφτονται με τον ίδιο τρόπο.

Για να καταλάβουμε λίγο από τη δυσκολία του αυτιστικού παιδιού, ας προσπαθήσουμε να διαβάσουμε ανάποδα ένα κείμενο. Δεν μπορούμε όμως, ή δυσκολευόμαστε διότι ο εγκέφαλός μας δίνει την έννοια του κειμένου χωρίς όμως να βγαίνει κάποιο νόημα (Γκονέλα, 2006).

Τα κομμάτια του παζλ για τα άτομα χωρίς αυτισμό αποκτούν νόημα, μόνον όταν σχηματίζουν μια ολότητα, αλλά για τα άτομα με αυτισμό, η ολότητα είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Τα ξεχωριστά κομμάτια παραμένουν αυτόνομα. Βιώνουν τις καταστάσεις και τον κόσμο τους αποσπασματικά και εμείς προσπαθούμε μαζί τους να μοιραστούμε την ολότητα. Για να τα κατανοήσουμε λοιπόν και να μας κατανοήσουν χρειάζεται η ανάλογη συναισθηματική ατμόσφαιρα μέσα από μια στοργική σχέση.

Η κοινωνία μας θα πρέπει να διασφαλίσει το μέλλον των αυτιστικών ατόμων.

Οφείλουμε να καταλάβουμε ότι είναι «διαφορετικά» και χρειάζονται ένα «διαφορετικό» περιβάλλον για να ζήσουν αλλά και να μάθουν. Εμείς λοιπόν οι «μη διαφορετικοί» ας δημιουργήσουμε το κατάλληλο περιβάλλον για να έχουμε όσο το δυνατόν καλύτερα αποτελέσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Θεωρητική Προσέγγιση του Αυτισμού

1. ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Ο Αυτισμός είναι μια ισόβια , διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή που επηρεάζει συνολικά τη λειτουργικότητα του ατόμου. Είναι μια διαταραχή που γίνεται εμφανής από τον πρώτο χρόνο ή το πολύ μέσα στο δεύτερο χρόνο της ζωής του βρέφους (Volkmar, 1996), ή μέχρι την ηλικία των 30 μηνών.(Κρουσταλάκης, 1998).

Ο Αυτισμός είναι μια κατάσταση που προκαλεί ερωτήματα και στους γενετιστές, βιολόγους, ψυχολόγους, ψυχαναλυτές αλλά και στους ίδιους τους ασθενείς ή το περιβάλλον τους. Η σύγχρονη εποχή μας ωθεί ακόμη περισσότερο σε τέτοιους προβληματισμούς, αν πάρουμε υπόψη μας την τόση βία που μας περιβάλλει και το ατομικισμό και την ιδιώτευση προς στα οποία κατευθυνόμαστε, αν και ο άνθρωπος είναι φύσει κοινωνικό ον. (Συνοδινού, 2001).

1.2 Η Έννοια του Αυτισμού

· Τι είναι ο Αυτισμός;

«Ένας συγκεκριμένος ορισμός για τον αυτισμό είναι δύσκολο να δοθεί, για το λόγο ότι παρουσιάζει διαφορές και από το πλήθος των πηγών που προέρχεται και από τους διάφορους επαγγελματίες - ειδικούς που εμπλέκονται και από τους γονείς των παιδιών με αυτισμό. Για τον ορισμό του αυτισμού και τη συγγένεια του με διάφορες αναπηρικές καταστάσεις της παιδικής ηλικίας υπήρξαν πολλές διαφωνίες αλλά και απορίες» (Wing, 2000, σελ.5)

Ο όρος «Αυτισμός» προέρχεται από την ελληνική λέξη «εαυτός» και επιλέχθηκε από τον L. Kanner ακριβώς, για να υποδηλώνει ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά των ατόμων, την αδυναμία τους να επικοινωνήσουν.

Ο Αυτισμός είναι μια ισόβια αναπτυξιακή διαταραχή, μια αναπηρία που εμποδίζει τα άτομα να κατανοούν σωστά όσα βλέπουν, όσα ακούν και γενικά αισθάνονται.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στις κοινωνικές τους σχέσεις, την επικοινωνία και τη συμπεριφορά τους.

Τα αυτιστικά άτομα πρέπει να μάθουν με πολύ μεγάλο κόπο, φυσιολογικά πρότυπα λόγου και επικοινωνίας και σωστούς τρόπους, να συνδέονται με ανθρώπους, αντικείμενα και γεγονότα, που είναι περίπου όμοιοι με αυτούς που χρησιμοποιούνται για άτομα που έχουν πάθει εγκεφαλικό επεισόδιο.

Ο Αυτισμός είναι μια από τις πιο οδυνηρές ανάμεσα σε όλες τις μειονεκτικές καταστάσεις. Δεν υπάρχει θεραπεία. «Εμφανίζεται σε ποσοστό 3-4 έως και 6/1.000, είναι δε 4 φορές πιο συχνός στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. Τέσσερα στα πέντε άτομα με αυτισμό είναι αρσενικού φύλου.

Παρουσιάζει διαφορετικού βαθμού σοβαρότητα από άτομο σε άτομο, μπορεί να είναι ήπιος, μέτριος ή σοβαρός.

Συχνά εμφανίζεται μαζί με άλλες ιατρικές καταστάσεις, μεταξύ των οποίων η πιο συχνή είναι η νοητική καθυστέρηση.

Περίπου 10-20% των ατόμων με αυτισμό έχουν νοημοσύνη αντίστοιχη του μέσου όρου ή πάνω από το μέσο όρο, 10% παρουσιάζει ελαφρά νοητική καθυστέρηση, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό 70% περίπου, παρουσιάζει σοβαρή νοητική καθυστέρηση. Είναι γνωστό ότι ο αυτισμός και νοητική καθυστέρηση είναι δυο διαφορετικές αναπτυξιακές διαταραχές.

Είναι επομένως, κατανοητό ότι τα άτομα με αυτισμό διαφέρουν μεταξύ τους τόσο ως προς τη σοβαρότητα της διαταραχής, όσο και ως προς το βαθμό της συνυπάρχουσας νοητικής καθυστέρησης ή ως προς το υψηλό νοητικό δυναμικό.

Ενώ έχουν πολλές ομοιότητες μεταξύ τους, οι οποίες αφορούν τα βασικά χαρακτηριστικά του αυτισμού, έχουν και σημαντικές διαφορές.

Έτσι, υπάρχουν άτομα ικανά που έχουν σπουδάσει, γράφουν βιβλία, δίνουν διαλέξεις, ενώ άλλα μπορεί να μην αναπτύξουν ποτέ λόγο, είναι απομονωμένα, παρουσιάζουν διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς». (ΑΥΤΙΣΜΟΣ, 1999, πρακτικά Ημερίδας, Εκδόσεις Ε.Ε.Π.Α.Α, σελ. 17.)

«Ο αυτισμός εντάσσεται στην κατηγορία των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών. Αυτές οι διαταραχές χαρακτηρίζονται από σοβαρά ελλείμματα σε

πολλούς τομείς της ανάπτυξης ταυτόχρονα, γι' αυτό και ονομάζονται «διάχυτες». Στην κατηγορία των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών εντάσσονται, εκτός από τον αυτισμό, η διαταραχή Asperger, η διαταραχή Rett, η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή και η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Η διαταραχή Asperger περιγράφει τα παιδιά, τα οποία παρουσιάζουν τα ίδια συμπτώματα με τα παιδιά με αυτισμό, αλλά δεν έχουν ελλείμματα στην γλωσσική ανάπτυξη. Η διαταραχή Rett χαρακτηρίζει τα παιδιά που αρχίζουν να εμφανίζουν ειδικά ελλείμματα μετά από μια σύντομη περίοδο ομαλής ανάπτυξης. Η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή χαρακτηρίζει παιδιά που εμφανίζουν μια συνολική παλινδρόμηση σε πολλούς τομείς ανάπτυξης μετά από μια περίοδο ομαλής ανάπτυξης. Η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς χαρακτηρίζει τα παιδιά που παρουσιάζουν σοβαρά ελλείμματα στην ανάπτυξή τους, αλλά δεν πληρούν εξ ολοκλήρου τα κριτήρια για καμία από τις παραπάνω κατηγορίες.» (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005, σελ.320).

Ο όρος Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή (Δ.Α.Δ.) χρησιμοποιείται συνώνυμα με τον όρο Διαταραχή του Φάσματος του Αυτισμού, ενώ στην πραγματικότητα είναι ευρύτερος και περιλαμβάνει, και άλλες διαταραχές εκτός από τον αυτισμό.

Η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού περιλαμβάνει:

- ποιοτικές δυσκολίες στη κοινωνική κατανόηση, συναλλαγή και συναισθηματική αμοιβαιότητα,
- δυσκολίες στον τρόπο επικοινωνίας και στη γλώσσα,
- περιορισμένο, στερεότυπο, επαναλαμβανόμενο ρεπερτόριο δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων, ενώ στη συμπεριφορά επικρατούν ιδιόρρυθμα ενδιαφέροντα και ενασχολήσεις,
- ανομοιογενή ανάπτυξη γνωσιακών λειτουργιών.
- συχνά ανακόλουθη επεξεργασία αισθητηριακών προσλήψεων.

Οι δυσκολίες και οι περιορισμοί αυτοί, που ποικίλουν σε βαρύτητα από άτομο σε άτομο, αποτελούν χαρακτηριστικό που επηρεάζει συνολικά τη λειτουργία του.

1.3 Βασικές μορφές του αυτισμού

Σύμφωνα με το ICD-10 και το DSM-IV, το αυτιστικό φάσμα περιλαμβάνει:

1.3.1.: Αυτιστική διαταραχή (Αυτισμός Kanner ή Παιδικός αυτισμός ή βρεφονηπιακός αυτισμός) Ο αυτισμός της παιδικής ηλικίας, είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή, η οποία εκδηλώνεται πριν από την ηλικία των 3 ετών του παιδιού και έχει το χαρακτηριστικό γνώρισμα της μη φυσιολογικής λειτουργικότητας και τη μη φυσιολογική ή και διαταραγμένη ανάπτυξη. Η συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζεται κυρίως στα αγόρια τρεις έως τέσσερις φορές περισσότερο, σε σχέση με τα κορίτσια (ICD- 10,1992).

Για να τεθεί η διάγνωση, οφείλουν να έχουν παρουσιασθεί ανωμαλίες στην ανάπτυξη πριν από την ηλικία των 3 ετών, αν και το σύνδρομο είναι δυνατόν να διαγνωσθεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Τα διαγνωστικά κριτήρια παρουσιάζονται εκτενώς παρακάτω:

Όπως αναφέραμε και παραπάνω ένα άτομο για να χαρακτηριστεί αυτιστικό οφείλει να έχει ένα σύνολο έξι ή περισσότερων αντικειμένων από το 1, 2 και 3, με τουλάχιστον δύο από το 1 και από ένα από το 2 και 3:

1. «Ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική διαντίδραση, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω

α) έντονη έκπτωση στην χρησιμοποίηση πολλαπλών μη λεκτικών συμπεριφορών όπως βλεμματικής επαφής, έκφρασης προσώπου, στάσεων του σώματος και χειρονομιών για τη ρύθμιση της κοινωνικής διαντίδρασης.

β) αδυναμία να αναπτύξει σχέσεις με συνομήλικους που να ταιριάζουν στο αναπτυξιακό τους επίπεδο.

γ) μία έλλειψη αυθόρμητης αναζήτησης για να μοιραστεί χαρά, ενδιαφέροντα

ή επιδόσεις με άλλα άτομα (πχ. με έλλειψη να επιδεικνύει, να φέρνει στην κουβέντα ή να επισημαίνει αντικείμενα ενδιαφέροντος)

δ) έλλειψη κοινωνικής ή συναισθηματικής αμοιβαιότητας

2. Ποιοτικές εκπτώσεις στην επικοινωνία όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω:

- α) καθυστέρηση ή πλήρης έλλειψη ανάπτυξης της ομιλούμενης γλώσσας (που δεν συνοδεύεται από προσπάθεια αντιστάθμισης μέσα από εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας όπως χειρονομίες ή μίμηση)
- β) σε άτομα με επαρκή ομιλία, έντονη έκπτωση στην ικανότητα να ξεκινήσουν ή να διατηρήσουν μία συζήτηση με άλλους
- γ) στερεότυπη και επαναληπτική χρήση της γλώσσας ή ιδιοσυγκρασιακή χρήση της γλώσσας
- δ) έλλειψη ποικίλου, αυθόρμητου παιγνιδιού φαντασίας ή παιγνιδιού κοινωνικής μίμησης που να ταιριάζει στο αναπτυξιακό του επίπεδο

3.Περιορισμένοι, επαναλαμβανόμενοι και στερεότυποι τύποι συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω:

- α) περικόλειστη απασχόληση με έναν ή περισσότερους στερεότυπους και περιορισμένους τύπους ενδιαφερόντων που είναι μη φυσιολογική είτε σε ένταση είτε σε εστιασμό.
- β) προφανώς άκαμπτη προσκόλληση σε συγκεκριμένες, μη λειτουργικές ρουτίνες ή τελετουργίες
- γ) στερεότυποι και επαναλαμβανόμενοι κινητικοί μαννερισμοί (πχ. "πέταγμα" ή συστροφή των χεριών ή των δακτύλων ή σύμπλοκες κινήσεις όλου του σώματος)
- δ) επίμονη ενασχόληση με μέρη αντικειμένων» (Μάνος, 1997, σελ. 606).

1.3.2 Σύνδρομο Rett

Το συγκεκριμένο σύνδρομο, το οποίο πήρε το όνομα του από τον γιατρό Rett το 1966 θεωρείται μία κατάσταση προκαλούμενη μέχρι τις μέρες μας από άγνωστη αιτιολογία. Έχει αναφερθεί μόνο σε κορίτσια και διαφοροποιείται με βάση την έναρξη, πορεία και συμπτωματολογία. Στη τυπική μορφή του, η φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού ακολουθείται από μερική ή πλήρη απώλεια των επίκτητων ικανοτήτων των χεριών και της ομιλίας, μαζί με επιβράδυνση της ανάπτυξης του

κρανίου. Συνήθως η διαταραχή αυτή αρχίζει μεταξύ 7^{ου} και 24^{ου} μηνός της ηλικίας του παιδιού (ICD-10,1992).

Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV για το σύνδρομο Rett:

A. «Όλα τα παρακάτω:

1. προφανώς φυσιολογική προγεννητική και περιγεννητική ανάπτυξη
2. προφανώς φυσιολογική ψυχοκινητική ανάπτυξη κατά τους πρώτους 5 μήνες μετά τη γέννηση
3. φυσιολογική περίμετρος της κεφαλής κατά τη γέννηση

B. Έναρξη όλων των παρακάτω μετά την περίοδο της φυσιολογικής ανάπτυξης:

1. επιβράδυνση της αύξησης της κεφαλής μεταξύ των ηλικιών 5-48 μηνών
2. απώλεια των σκόπιμων δεξιοτήτων των χεριών που προηγουμένως είχαν αποκτηθεί, μεταξύ των ηλικιών 5-30 μηνών, με ακόλουθη ανάπτυξη στερεότυπων κινήσεων των χεριών (π.χ. τρίψιμο των χεριών μεταξύ τους ή πλύσιμο των χεριών)
3. απώλεια της κοινωνικής εμπλοκής νωρίς στην πορεία (αν και συχνά κοινωνική διαντίδραση αναπτύσσεται αργότερα)
4. εμφάνιση φτωχά συντονισμένου βαδίσματος ή φτωχά συντονισμένων κινήσεων του κορμού
5. σοβαρή έκπτωση στην ανάπτυξη της γλωσσικής αντίληψης και έκφρασης με σοβαρή ψυχοκινητική επιβράδυνση»

(Μάνος,1997,σελ. 610).

1.3.3 Αποδιοργανωτική Διαταραχή της Παιδικής Ηλικίας(Σύνδρομο Heller, Βρεφονηπιακή άνοια ή Αποδιοργανωτική ψύχωση)

Το σύνδρομο Heller, χαρακτηρίζεται από μια περίοδο φυσιολογικής ανάπτυξης ενώ αργότερα παρουσιάζεται απώλεια ικανοτήτων σε μερικούς τομείς της ανάπτυξης του παιδιού, η οποία συνοδεύεται από ανωμαλίες στην κοινωνική λειτουργικότητα, στην επικοινωνία του παιδιού και στη συμπεριφορά του. Αρχικά το παιδί φαίνεται ανήσυχο ενώ στη συνέχεια παρουσιάζονται έντονες δυσκολίες στην έκφραση και στον προφορικό του λόγο με τη συνοδεία μια αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς. Σε κάποιες περιπτώσεις η απώλεια των ικανοτήτων στα παιδιά εξελίσσεται προοδευτικά

αλλά πολύ συχνά αυτή η έκπτωση των ικανοτήτων σταματάει και μετά από μερικούς μήνες ακολουθεί περιορισμένη βελτίωση.

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για το σύνδρομο Heller

A. «Προφανώς φυσιολογική ανάπτυξη για τουλάχιστον 2 χρόνια μετά τη γέννηση, όπως εκδηλώνεται με την παρουσία κατάλληλων για την ηλικία λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, κοινωνικών σχέσεων, παιχνιδιού και προσαρμοστικής Συμπεριφοράς

B. Σημαντική απώλεια δεξιοτήτων που είχαν προηγουμένως αποκτηθεί (πριν την ηλικία των 10 ετών) σε τουλάχιστον 2 από τους παρακάτω τομείς:

1. γλωσσική έκφραση ή αντίληψη
2. κοινωνικές δεξιότητες ή προσαρμοστική συμπεριφορά
3. έλεγχος του εντέρου ή της κύστης
4. παιχνίδι
5. κινητικές δεξιότητες

Γ. Ανωμαλίες στη λειτουργικότητα σε τουλάχιστον 2 από τους παρακάτω τομείς:

1. ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική διαντίδραση (π.χ. έκπτωση σε μη λεκτικές συμπεριφορές, αδυναμία ν' αναπτύξει σχέσεις με συνομηλίκους, έλλειψη κοινωνικής ή συναισθηματικής αμοιβαιότητας)
2. ποιοτικές εκπτώσεις στην επικοινωνία (π.χ. καθυστέρηση ή έλλειψη ομιλούμενης γλώσσας, αδυναμία να ξεκινήσει ή να διατηρήσει μία συζήτηση, στερεότυπη και επαναληπτική χρήση της γλώσσας, έλλειψη ποικιλίας παιχνιδιού με φαντασία)
3. περιορισμένοι ή επαναλαμβανόμενοι και στερεότυποι τύποι συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων συμπεριλαμβανομένων κινητικών στερεοτυπιών και μαννερισμών»(Μάνος,1997,σελ. 614).

1.3.4 Άτυπος αυτισμός

Ο άτυπος αυτισμός είναι μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, όπου η μη φυσιολογική ή και μειονεκτική ανάπτυξη για πρώτη φορά γίνεται εμφανής μόνο μετά την ηλικία των 3 ετών. «Ο άτυπος αυτισμός πιο συχνά προσβάλλει άτομα με εμφανή τη νοητική υστέρηση και με πολύ χαμηλό το επίπεδο λειτουργικότητας, το οποίο δεν επιτρέπει την σαφή εκδήλωση της ειδικής παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς, η οποία είναι απαραίτητη για την διάγνωση του αυτισμού. Επίσης συμβαίνει σε άτομα με

βαριά ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της γλώσσας, αντιληπτικού τύπου. Άρα, ο άτυπος αυτισμός αποτελεί διαφορετική κατάσταση από τον αυτισμό» (ICD- 10,1992, σελ. 322)

Κάποια άλλα σύνδρομα, τα οποία περιλαμβάνονται στο αυτιστικό φάσμα είναι: η διαταραχή υπερδραστηριότητας σχετιζόμενη με νοητική υστέρηση και στερεότυπες κινήσεις, διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, μη καθοριζόμενη αλλιώς και άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.

Σύμφωνα όμως με τη Wing(2000), ο αυτισμός σχετίζεται και με τα εξής σύνδρομα:

1.3.5 Σύνδρομο του Εύθραυστου X

Το σύνδρομο του Εύθραυστου X είναι μια κληρονομική κατάσταση που οφείλεται σε μια ανωμαλία του χρωματοσώματος X και είναι πιο συχνό και πιο εμφανές στα αγόρια.

Εμφανίζονται κάποιες φυσικές ανωμαλίες, όπως είναι τα μεγάλα αυτιά και το μακρουλό πρόσωπο αλλά παρουσιάζονται σε διαφορετικούς βαθμούς σοβαρότητας ανά περίπτωση. Μέρος της συνηθισμένης εικόνας ατόμου με σύνδρομο Εύθραυστου X είναι οι μαθησιακές δυσκολίες ποικίλων επιπέδων, οι κινητικές στερεοτυπίες, η υπερευαίσθησία στους ήχους και στην αφή και οι επαναλαμβανόμενες ρουτίνες και ανωμαλίες στον λόγο. Επίσης μπορεί να εμφανιστεί στο άτομο υπερδραστηριότητα και περιορισμένο εύρος προσοχής. Η κοινωνική συμπεριφορά έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Αποφεύγεται συνήθως η βλεμματική επαφή και τα άτομα αυτά έχουν την τάση να κρατούν αποστάσεις από τους άλλους ανθρώπους.

Όμως, οι κοινωνικές τους δυσκολίες φαίνεται να προέρχονται από τη δειλία, το άγχος και τη δυσαρέσκεια που έχουν στο άγγιγμα μάλλον, παρά από κοινωνική απόσυρση και αδιαφορία. Η ποιότητα είναι διαφορετική από εκείνη της αυτιστικής κατάστασης. Σε λίγες περιπτώσεις παρουσιάζεται ο αυτιστικός τρόπος της κοινωνικής μειονεκτικότητας. «Αυτά δίνουν μια εξήγηση μόνο για μια μικρή αναλογία όλων των ατόμων με αυτιστικές διαταραχές, αλλά η εξέταση για το εύθραυστο χρωμόσωμα X,

είναι τώρα ένα συνηθισμένο μέρος της διερεύνησης της αυτιστικής συμπεριφοράς» (Wing, 2000, σελ.88).

1.3.6 Σύνδρομο Landau-Kleffner

Αυτή η πολύ σπάνια διαταραχή συμβαίνει σε παιδιά, συνήθως μεταξύ τριών και επτά ετών, των οποίων η ανάπτυξη ήταν προηγουμένως κανονική, αν και σε μερικά παρατηρείται καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου. Σαν πρώτη ένδειξη μπορεί να παρουσιαστούν αλλαγές συμπεριφοράς ή προβλήματα που επηρεάζουν το προφορικό λόγο. Πολλά άτομα έχουν αυτιστικού τύπου χαρακτηριστικά όπως φτωχή βλεμματική επαφή, επαναλαμβανόμενες ρουτίνες και αντίσταση στην αλλαγή. Μπορεί να υπάρξουν επιληπτικές κρίσεις, αλλά αυτές δε συμβαίνουν πάντοτε. Στεροειδή φάρμακα μπορούν να δώσουν σημαντική βελτίωση στη συμπεριφορά του παιδιού με αυτό το σύνδρομο. Επίσης χρησιμοποιούνται αντιεπιληπτικά φάρμακα για να καταπολεμηθούν οι επιληπτικές κρίσεις εφόσον εμφανιστούν. «Ένας τύπος χειρουργικής επέμβασης στον εγκέφαλο έχει αναπτυχθεί για να αντιμετωπίσει αυτή την κατάσταση και έχει αναφερθεί ότι έχει καλά αποτελέσματα σε μερικά παιδιά» (Wing, 2000, σελ.89).

1.3.7 Σύνδρομο Williams

Είναι γνωστό ως νηπιακή υπερασβεστιαμία, κατά την οποία η επαναλαμβανόμενη ομιλία με ερωτήσεις και οι ανώριμες, ακατάλληλες κοινωνικές προσεγγίσεις είναι συνηθισμένες.

1.3.8 Σύνδρομο Tourette

«Είναι μια νευρολογική διαταραχή της οποίας τα συμπτώματα περιλαμβάνουν βογκήματα και απότομα τινάγματα, έμμονες ιδέες, αισχρολογίες, έλλειψη συγκέντρωσης προσοχής και υπερδραστηριότητα» (Wing, 2000, σελ.90).

Ο αυτισμός μπορεί επίσης να συνυπάρχει και με τα εξής: την φαινυλκετονουρία, το σύνδρομο του Prader-Wili, το σύνδρομο του Angelman, το σύνδρομο Damp, το σύνδρομο Cornelia de Lange κτλ.

1.4 Σύνδρομο Asperger

«Πρόκειται για μια διαταραχή αβέβαιης νοσολογικής εγκυρότητας, η οποία χαρακτηρίζεται από ποιοτικές ανωμαλίες της αμοιβαίας κοινωνικής συναλλαγής, που είναι τυπικές του αυτισμού, μαζί με περιορισμένο, στερεότυπα επαναλαμβανόμενο ρεπερτόριο ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων.

Η διαταραχή Asperger περιγράφει τα παιδιά, τα οποία δεν παρουσιάζουν ελλείμματα στην γλωσσική ανάπτυξη και στην ανάπτυξη των γνωστικών λειτουργιών.

Τα περισσότερα άτομα διαθέτουν φυσιολογική γενική νοημοσύνη, αλλά συνήθως είναι πολύ αδέξια. Η κατάσταση αυτή αφορά κατ' εξοχήν τα αγόρια (σε αναλογία περίπου 8 αγοριών προς ένα κορίτσι).

Φαίνεται πιθανότατο, ότι πρόκειται για ήπιες παραλλαγές αυτισμού, τουλάχιστον σε μερικές περιπτώσεις, αλλά είναι αβέβαιο κατά πόσο αυτό ισχύει ή δεν ισχύει για όλες.

Υπάρχει ισχυρή τάση αυτές οι ανωμαλίες να επιμένουν και κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή και φαίνεται ότι μάλλον πρόκειται για μεμονωμένα χαρακτηριστικά, τα οποία δεν επηρεάζονται ουσιαστικά από το περιβάλλον. Περιστασιακά, επισυμβαίνουν ψυχωσικά επεισόδια κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή». (ISD-10, Π.Ο.Υ, κεφ. F84.5.)

Πιο αναλυτικά

Το σύνδρομο Asperger συγκαταλέγεται σε μία υπο-ομάδα διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών που αναφέρονται στο φάσμα του αυτισμού των οποίων χαρακτηριστικό είναι οι δυσκολίες στην κοινωνική και συναισθηματική επίδραση, στην επικοινωνία, και οι στερεοτυπίες. Πρόσφατα, το Asperger διαφοροποιήθηκε από τις άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και ταξινομήθηκε ως ξεχωριστή διαταραχή αρχικά στο ICD -10 (World Health Organization, 1992) και στη συνέχεια στο DSM-IV (American Psychiatric Organization, 1994) με γνώμονα τις αποκλειστικές ιδιοτυπίες και ευνοϊκότερες εξελίξεις που εμφανίζει στο γλωσσολογικό και γνωστικό τομέα. Οι αναδρομές στην βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν μπορούν παρά να εστιάζουν σε δύο μεγάλες προσωπικότητες που θεωρούνται σταθμοί στη διερεύνηση των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών. Ο Leo Kanner και ο Hans Asperger γεννήθηκαν αμφότεροι στην Αυστρία και σπούδασαν στην Βιέννη. Ο

Kanner έφυγε το 1924 στην Αμερική και ανέλαβε την κλινική John Hopkins στην Βαλτιμόρη. Έπειτα, το 1943 περιέγραψε για πρώτη φορά τον αυτισμό αναφέροντας πως τα άτομα με αυτισμό έχουν φυσιολογική νοημοσύνη. (Kanner L, 1968;35(4):10–36)

(Διαδικτυακή σελίδα: Σύλλογος Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Λάρισας. http://www.autismthessaly.gr/doc/Q_A_autism.pdf).

Ωστόσο, αργότερα παρατηρήθηκε πως ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών με αυτισμό έχει «νοητική υστέρηση» και σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες όπως επίσης και διαταραχές στην γλώσσα και συχνά στον λόγο. Αρχικά, μίλησε για «γονείς ψυγεία», κάτι που αργότερα το αναίρεσε ο ίδιος και φυσικά ξέρουμε σήμερα πως δεν ισχύει. (Neumärker KJ. Leo Kanner, 2003). Ο παιδίατρος Hans Asperger, χωρίς να γνωρίζει ο ίδιος την εργασία του Kanner περιέγραψε το 1944 μια κατηγορία παιδιών που παρουσίαζαν σημαντική έκπτωση στη μη λεκτική τους συμπεριφορά, στην κοινωνική και συναισθηματική αλληλεπίδραση με τους άλλους, την οποία ονόμασε «αυτιστική ψυχοπάθεια» και αργότερα πήρε την ονομασία *σύνδρομο Asperger*. (Autism and Asperger syndrome. Frith U (Eds).Cambridge) Σε αυτή την εργασία του ο Asperger γράφει: «*Είμαστε πεπεισμένοι πως τα άτομα με αυτισμό έχουν τη δική τους θέση στον οργανισμό της δημόσιας κοινότητας. Πληρούν το ρόλο τους αρκετά καλά, ίσως καλύτερα από οποιοδήποτε άλλο και μπορούμε να πούμε πως αναφερόμαστε σε ανθρώπους που είχαν τις μεγαλύτερες δυσκολίες ως παιδιά και προκάλεσαν ανείπωτες ανησυχίες στους κηδεμόνες τους*». Σήμερα τα διαγνωστικά συστήματα και οι ταξινομήσεις που αναφέρονται στο σύνδρομο Asperger περιγράφουν άτομα με αυτιστικού τύπου διαταραχές αλλά υψηλής λειτουργικότητας και με δείκτη νοημοσύνης οριακό έως φυσιολογικό και καλές γλωσσικές δεξιότητες. (Διαδικτυακή σελίδα: Σύλλογος Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Λάρισας. http://www.autismthessaly.gr/doc/Q_A_autism.pdf)

Το σύνδρομο Asperger απέκτησε τα δικά του διαγνωστικά κριτήρια το 1992, όπου συμπεριλήφθηκε στη δέκατη έκδοση του διαγνωστικού εγχειριδίου *International Classification of Diseases* του World Health Organization. Εν συνεχεία, σχεδόν μία δεκαετία από το 2012 που διανύουμε προστέθηκε στην τέταρτη έκδοση του *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. (DSM-IV-TRTM.,2004)

Η καλύτερη πληροφόρηση και διερεύνηση αυτού του συνδρόμου πιθανολογείται ότι θα δώσει όλο και μεγαλύτερη έμφαση στην κάλυψη των αναγκών των ατόμων με σύνδρομο Asperger και της οικογένειάς τους, καθότι οι υπάρχουσες εξειδικευμένες, δημόσιες υπηρεσίες για παιδιά/εφήβους με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή δεν είναι σε θέση να καλύψουν όλο το εύρος των ιδιαίτερων αναγκών.

1.4.1 Ορισμός-Διαφοροποίηση από τον Αυτισμό

Ο αυτισμός ή αυτιστική διαταραχή και το σύνδρομο Asperger, ανήκουν στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και χαρακτηρίζονται από τις ίδιες βασικές δυσκολίες στους τομείς της αμοιβαίας κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της επικοινωνίας και της στερεοτυπικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, οι δυσκολίες αυτές είναι πιο ήπιες στα άτομα με σύνδρομο Asperger, τα οποία έχουν φυσιολογικές ή υψηλές νοητικές δεξιότητες. Η σημαντική διαφορά, μεταξύ των δυο διαταραχών θεωρείται η απουσία καθυστέρησης στην ανάπτυξη του λόγου στα άτομα με σύνδρομο Asperger. Εντούτοις, κάποια παιδιά με τυπική αυτιστική διαταραχή σε μικρή ηλικία, αναπτύσσουν λόγο και άλλες δεξιότητες αργότερα και στην εφηβεία παρουσιάζουν χαρακτηριστικά συνδρόμου Asperger. (Διαδικτυακή σελίδα: Σύλλογος Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Λάρισας. http://www.autismthessaly.gr/doc/Q_A_autism.pdf)

Ειδικότερα, το σύνδρομο Asperger διακρίνεται από μία ομάδα συμπτωμάτων που αφορούν την χαμηλή απόδοση στην κοινωνική αλληλεπίδραση και τις επικοινωνιακές δεξιότητες, καθώς και την αυξημένη στερεοτυπική συμπεριφορά σε διάφορες δραστηριότητες και ενδιαφέροντα. Παρότι το σύνδρομο Asperger παρουσιάζει κοινά συμπτώματα με τον αυτισμό, διακρίνεται από αποκλειστικές ιδιοτυπίες κυρίως στον γλωσσικό και τον κοινωνικό τομέα.

1.4.2 Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με το εν λόγω σύνδρομο σύμφωνα με το DSM-IV είναι τα ακόλουθα: 2,8,9. (Γενά Α., 2002. σελ. 56-58)

(Gillberg C. Asperger Syndrome in 23 Swedish children. 1989a; 31:520-531)

Γλωσσικός τομέας

- Δεν εμφανίζουν σημαντική καθυστέρηση στον λόγο έως τα 3 πρώτα έτη
- Χρησιμοποιούν λόγο με ιδιοτυπίες και επαναλήψεις
- Καταφεύγουν σε συζητήσεις μη παραγωγικές και στείρες (κακός ρυθμός, τόνος και συναίσθημα στον προφορικό λόγο)
- Έχουν την τάση προς φλυαρία ή αποφεύγουν εντελώς να μιλήσουν
- Έχουν εμμονή σε ορισμένα θέματα συζήτησης

Κοινωνικός και συναισθηματικός τομέας

- δείχνουν ενδιαφέρον για να συνάψουν σχέση
- εκφράζουν επιθυμία για συζήτηση
- αποφεύγουν συναλλαγές με συνομήλικα ή μικρότερα παιδιά
- δυσκολεύονται να κάνουν βαθύτερες κοινωνικές σχέσεις
- δεν εκδηλώνουν τα συναισθήματά τους
- δεν κατανοούν τα συναισθήματα των άλλων

Γνωστικές λειτουργίες

- δεν παρουσιάζουν νοητική καθυστέρηση

Κινητικές λειτουργίες

- εκδηλώνουν δυσκολίες στον γραφοκινητικό τομέα
- αδεξιότητα κινήσεων σώματος

Γενική συμπεριφορά

- παρουσιάζουν διαταραχές ύπνου
- εκδηλώνουν αυξημένο άγχος
- έχουν περιορισμένα ενδιαφέροντα
- δεν προσαρμόζονται εύκολα σε αλλαγές.

Τα άτομα με σύνδρομο Asperger έχουν φυσιολογικές νοητικές δεξιότητες ή υψηλές και αντιλαμβάνονται τις σημαντικές κοινωνικές-επικοινωνιακές δυσκολίες τους, αλλά δεν ξέρουν πώς να τις αντιμετωπίσουν.

Έχει παρατηρηθεί μέσα από μία μελέτη των Pedro M. Vital et al(2009) πως τα άτομα αυτά, παρουσιάζουν ειδικές ικανότητες οι οποίες συνδέονται με τα γνωρίσματα του συνδρόμου όπως άριστη ικανότητα απομνημόνευσης(π.χ.

αριθμομνήμονες), ιδιαίτερη επιδεξιότητα σε κατασκευές και στη χρήση υπολογιστών. (Vital PM., Ronald A., Wallace GL.,Happé F. 2009)

1.4.3 Επιδημιολογία

Η διαταραχή Asperger εμφανίζεται ή εντοπίζεται σε σχετικά μεγαλύτερη ηλικία απ' ό, τι η αυτιστική διαταραχή. Οι ιδιαιτερότητες των παιδιών αυτών γίνονται αντιληπτές στο πλαίσιο του σχολείου, καθότι συνήθως παραβλέπονται από το οικογενειακό περιβάλλον. Η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου είναι μεγαλύτερη στο αρσενικό φύλο σε σύγκριση με το θηλυκό σε αναλογία 9 προς 1. Μία ανασκόπηση επιδημιολογικών ερευνών το 2003 κατέδειξε, ότι η συχνότητα εμφάνισης ποικίλλει από 0.03 έως 4,84 ανά 1000 γεννήσεις, ενώ η αναλογία της εμφάνισης αυτισμού προς την εμφάνιση Asperger είναι 1,5:1 προς 16:1.(Fombonne E., Tidmarsh L, 2003) Σύμφωνα με πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα, η επικράτηση του συνδρόμου Asperger υπολογίζεται γύρω στο 0,26 ανά 1000 γεννήσεις.(Fombonne E. 2007) Σύγχρονες έρευνες στην Αγγλία έδειξαν ότι ο ρυθμός εμφάνισης για όλες τις μορφές αναπτυξιακών διαταραχών είναι περίπου 30 ανά 10.000 γεννήσεις αλλά τελευταίες έρευνες τεκμηριώνουν πως ο αριθμός αυτός μπορεί να είναι μεγαλύτερος στο βαθμό των 60 ανά 10.000 γεννήσεις. Ωστόσο, η συχνότητα εμφάνισης για το σύνδρομο Asperger δεν είναι πλήρως ξεκάθαρη και προς το παρόν μπορούμε να κάνουμε λόγο για 2,5 ανά 10.000 γεννήσεις. (Fombonne E. 2003) Τα αποτελέσματα μίας έρευνας που διεξήχθη στην Αμερική και συγκεκριμένα στην Καλιφορνία το 2009 καταδεικνύουν, ότι η εμφάνιση αυτισμού αυξήθηκε τα τελευταία χρόνια. Μεταξύ των παιδιών των οποίων η διάγνωση γίνεται στα 5 τους πρώτα χρόνια βρέθηκε πως η συχνότητα εμφάνισης αυξήθηκε από 6,2 το 1990 στο 42,5 για τις γεννήσεις μέσα στο 2001. Ο παράγοντας της ηλικίας κατά τη διάγνωση, οι αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια και η ενσωμάτωση και πιο ήπιων περιπτώσεων στον υπό εξέταση πληθυσμό καθιστούν αναγκαία την περαιτέρω επιδημιολογική έρευνα, ώστε να διερευνηθούν διεξοδικά οι λόγοι της αυξημένης εμφάνισης του συνδρόμου.(Hertz-Picciotto I.,Delwiche L, 2009) Δυστυχώς, στην Ελλάδα δεν έχει διενεργηθεί ακόμη κάποια επιδημιολογική μελέτη ως προς το ρυθμό εμφάνισης του συνδρόμου Asperger με αποτέλεσμα η χώρα μας να μην διαθέτει απαραίτητα δεδομένα, ώστε να πραγματοποιηθούν συγκριτικές μελέτες με τα άλλες χώρες.

1.4.4 Αιτιοπαθογένεια

Ο Hans Asperger μέσα από τις έρευνές που διεξήγαγε υποστηρίζει πως το σύνδρομο Asperger οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες. Απόδειξη της θεώρησης του για τη γενετική βάση του συνδρόμου αποτελεί το γεγονός ότι εκτός από τα παιδιά που το εμφανίζουν, παρόμοια αλλά ηπιότερα συμπτώματα έχουν και οι γονείς τους ή άλλοι συγγενείς του κοντινού οικογενειακού περιβάλλοντος (π.χ. μικρές δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση). (National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) <http://www.ninds.nih.gov/>)

Εντούτοις, δεν έχει ακόμη βρεθεί κάποιο συγκεκριμένο γονίδιο που να ευθύνεται για την εκδήλωσή του. Οι περισσότερες έρευνες υποστηρίζουν πως οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές οφείλονται κυρίως σε γενετικούς μηχανισμούς, ενώ πιθανόν για το σύνδρομο Asperger ο γενετικός παράγοντας να διαδραματίζει πιο κυρίαρχο ρόλο για την εκδήλωσή του. (McPartland J, Klin A. *Asperger's syndrome 2006*, Wing, L. *Asperger's syndrome, 1981*)

Μετά τον Asperger, υπάρχουν αναφορές για οικογενειακή εμφάνιση της διαταραχής. (Foster B, King BH. *Asperger, 2003*) Η ένδειξη για τη συμβολή γενετικών παραγόντων αποτελεί η εμφάνιση της νόσου σε τρίδυμα αδέρφια .(Burgoine E, Wing L. *1983*, Γενά Α, *2002*) Εκτός από τους γενετικούς παράγοντες υπεύθυνοι για την εκδήλωσή του συνδρόμου θεωρούνται και οι νευροφυσιολογικοί και νευροανατομικοί παράγοντες, καθότι 6 από 21 παιδιά που εξετάστηκαν στην μελέτη των Gillberg v& Steffenburg (1987), παρουσίαζαν ανωμαλίες στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ενώ 3 στα 18 παιδιά παρουσίαζαν ελαφρά ή μέτρια εγκεφαλική ατροφία. Συνεπώς, είναι αναγκαίο να διενεργηθούν πολλές ακόμη έρευνες, βασιζόμενες σε κλινικές μελέτες σχετικά με την αιτιοπαθογένεια του συνδρόμου Asperger, αφού οι ήδη υπάρχουσες εργασίες δεν μπορούν να μας οδηγήσουν με βεβαιότητα σε ένα σαφές συμπέρασμα.

1.4.5 Οικογενειακό Περιβάλλον και Σύνδρομο Asperger

Η παρουσία του συνδρόμου Asperger μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται να επηρεάζει συναισθηματικά άμεσα όλα τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και ιδιαίτερος εκείνα που αναλαμβάνουν την φροντίδα του παιδιού αυτού. Η δυσκολία προσαρμογής της οικογένειας σε αυτή την αναπτυξιακή διαταραχή που εμφανίζει το παιδί της οικογένειας μπορεί να αποτελέσει τον κεντρικό πυρήνα ενός μακροχρόνιου συναισθηματικού στρες. Μία μακροχρόνια έρευνα των Benson & Karlof (2009) έδειξε πως ο θυμός και η συνεχής αύξηση του στρες στους γονείς των παιδιών με σύνδρομο Asperger συνυπάρχει με την αναπτυξιακή διαταραχή του παιδιού τους και κλιμακώνεται ανάλογα με την εξέλιξη του. Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν πως έστω και η άτυπη κοινωνική υποστήριξη σε αυτούς τους ανθρώπους που αναλαμβάνουν την φροντίδα των παιδιών με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή φαίνεται να βοηθάει πολύ στην μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Paul R., Benson Z Kristie L., Karlof A., 2009)

Αξιοσημείωτα είναι τα αποτελέσματα μίας άλλης ερευνητικής μελέτης των Kyoko Mori & al. (2009) για το γονεϊκό άγχος που διεξήχθη στην Ιαπωνία σε ένα δείγμα 193 οικογενειών το οποίο είχε χωριστεί σε δύο ομάδες: οι οικογένειες με παιδιά με σύνδρομο Asperger και οι οικογένειες με παιδιά με αυτισμό. Η έρευνα αυτή, όπου τα αποτελέσματα της επιβεβαιώνονται και από παρόμοιες μελέτες (Allik H., Larsson JO., Smedje H, 2006), επισημαίνει πως οι γονείς των παιδιών με σύνδρομο Asperger παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό άγχους και συναισθηματικής έντασης. (Kyoko M., Takeshi U., Smith A., Howlin P. 2009) Ως προς τις συνέπειες στον τρόπο ζωής της υπόλοιπης οικογένειας, φαίνεται πως τα αδέλφια των παιδιών που έχουν εμφανίσει σύνδρομο Asperger ή κάποια άλλη αυτιστική διαταραχή αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς στις σχέσεις που κάνουν σε σχέση με τα παιδιά που ζουν μέσα σε μία οικογένεια χωρίς τέτοιου είδους αναπτυξιακές διαταραχές. Ωστόσο, λίγα γνωρίζουμε σχετικά με το τι ακριβώς ευθύνεται γι' αυτό το φαινόμενο. (Dorris L., Espie CA., Knott F., Salt J. Mind 2004)

Τέλος, τα ίδια τα παιδιά που έχουν το σύνδρομο σημειώνουν υψηλά επίπεδα κοινωνικού άγχους και ανησυχίας, όπως επίσης και μικρότερη ευχαρίστηση και συναγωνισμό κατά τη διάρκεια των διαπροσωπικών τους σχέσεων. Τα παιδιά αυτά πολύ συχνά γίνονται στόχος σχολιασμών και πειραγμάτων από τους συνομήλικούς

τους, γι αυτό και είναι απαραίτητη η συνεχής ψυχολογική τους υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής αλλά και ενήλικης ζωής τους. (Meyer J., Mundy P., Van Hecke A., Durocher S., 2006)

Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν μπορούμε να μιλάμε για πλήρη θεραπεία του συνδρόμου Asperger και των αναπτυξιακών διαταραχών που παρατηρούνται στα παιδιά, αλλά μόνο για λειτουργική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τους. Στην ενήλικη ζωή τους, τα άτομα με Asperger μπορούν να αντιμετωπίζουν τη διαφορετικότητά τους, αλλά φαίνεται να χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη κι ενθάρρυνση, ώστε να μπορέσουν να διατηρήσουν μία περισσότερο ανεξάρτητη ζωή. (www.ninds.nih.gov)

1.5 Η τυπική κλινική εικόνα του αυτισμού και τα χαρακτηριστικά του στην παιδική και εφηβική ηλικία

Η διάγνωση του αυτισμού δεν μπορεί να χαρακτηριστεί μια εύκολη διαδικασία, για το λόγο ότι δεν έχει πραγματοποιηθεί έως σήμερα, με εργαστηριακές και αιματολογικές εξετάσεις. Ακόμα και έμπειροι επαγγελματίες δυσκολεύονται στη διάγνωση, ειδικά όταν υπάρχει πιθανότητα συνύπαρξης του αυτισμού με άλλες διαταραχές. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι απόψεις των ειδικών δίστανται. Υπάρχουν διαφωνίες και ως προς τη διάγνωση τόσο μεμονωμένων παιδιών όσο και ενηλίκων.

«Οι ειδικοί παρατηρούν, ακολουθούν ψυχολογικές διαδικασίες, συντάσσουν πλήρες ιστορικό, για να υπάρξει υπεύθυνη διάγνωση. Ο πιο σπουδαίος κλινικός στόχος είναι οι ειδικοί να καταλήξουν εάν το άτομο έχει διαταραχές του φάσματος του αυτισμού και μετά να εκτιμήσουν τις ικανότητες του» (Γκονέλα, 2006, σελ. 45). Υπάρχει κάποια τυπική κλινική εικόνα και κάποια χαρακτηριστικά, τα οποία μπορούν να μας «μαρτυρήσουν» την ύπαρξη του αυτισμού.

1.5.1 Η τυπική κλινική εικόνα του αυτισμού περιλαμβάνει:

1. Αυτιστική απομόνωση: Το παιδί δείχνει την εικόνα ότι είναι κλεισμένο στον εαυτό του, σαν να μην ακούει ή να μη βλέπει τα αντικείμενα αλλά και τα πρόσωπα. Το βλέμμα του μοιάζει να κοιτάζει τον ορίζοντα χωρίς η ματιά του να σταματά κάπου. Αδιαφορεί τόσο απέναντι στους ενήλικους όσο και στα άλλα παιδιά σαν να μην υπάρχουν. Αρνείται την επαφή και σε περίπτωση, που θα νιώσει να πιέζεται αντιδρά με εκρήξεις θυμού. Μια πιο λεπτομερής παρατήρηση μας δείχνει ότι ενδιαφέρεται για ορισμένους ήχους, ειδικά μουσικούς. Επίσης, είναι απαθής τόσο στον πόνο όσο και στην ευχαρίστηση, είτε χτυπήσει το κεφάλι του, είτε καίγεται, είτε πληγώνεται δεν κλαίει και δεν δείχνει να νιώθει την αίσθηση του πόνου. Δεν εκφράζει όμως και την ικανοποίησή του αλλά και δεν γελά.

2. Ανάγκη του σταθερού-αμετακίνητου: Το αυτιστικό παιδί ασχολείται ιδιαίτερα με τα υλικά αντικείμενα και θέλει να τα περιεργαστεί, να τα αγγίξει, να τα μυρίσει, να τα βάλει στο στόμα του. Αν και δείχνει μεγάλη προτίμηση στα αντικείμενα που μετακινούνται, έχει έντονη την ανάγκη να διατηρούνται τα υλικά αντικείμενα αμετακίνητα. Για κάθε αντικείμενο που σπάει ή που αλλάζει θέση το παιδί βιώνει μια κατάσταση μεγάλης απελπισίας και

εκδηλώνεται με τον έντονο θυμό του. Παρουσιάζει επίσης, αντίσταση στην αλλαγή των συνθηκών του περιβάλλοντος όπου ζει. Τα περισσότερα αυτιστικά παιδιά ακολουθούν πάντα την ίδια διαδρομή, κάθονται στην ίδια θέση στο τραπέζι, προτιμούν ακόμα και το ίδιο φαγητό.

1.6 Παράγοντες

16.1 Οι εξωτερικές συνθήκες που μπορεί να οδηγήσουν σε αυτισμό είναι:

- Ø Διάφορα τραύματα κατά τη γέννηση.

- Ø Η Οζώδης σκλήρυνση, μπορεί να χαρακτηριστεί σαν νευρολογικό νόσημα, είναι μια κληρονομική κατάσταση που δημιουργεί μπαλώματα μη φυσιολογικού φλοιού στον εγκέφαλο, στο δέρμα και σε άλλα όργανα.

- Ø Αθεράπευτη φαινυλκετονουρία, μια κληρονομική κατάσταση που προκαλεί μια βιοχημική ανωμαλία, μια διαταραχή στο μεταβολισμό. Μπορεί να θεραπευτεί με μια ειδική διαίτα, εάν διαγνωστεί στη νηπιακή ηλικία.
- Ø Μερικές ιώσεις και άλλου είδους μολύνσεις της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη, ιδιαίτερα η ιλαρά.
- Ø Νηπιακοί, βρεφικοί σπασμοί, ένας σπάνιος και σοβαρός τύπος επιληψίας που συμβαίνει στο πρώτο έτος της ηλικίας.
- Ø Μαθησιακές δυσκολίες.
- Ø Αύξηση οπιοειδών πεπτιδίων στον οργανισμό. Τα οπιοειδή πεπτίδια προέρχονται κυρίως από τη γλουτένη και την καζεΐνη.
- Ø Έλλειψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων που χρειάζονται για τη λειτουργία των ενζύμων.
- Ø Λοιμώξεις του αυτιού, κατά τη βρεφική και πρώιμη νηπιακή ηλικία.
- Ø Συχνή χρήση αντιβιοτικών, οδηγεί στην αύξηση μικροοργανισμών στο έντερο. Π.χ Candida (μονίλια ή ωίδιο).
- Ø Τροφές και φάρμακα πλούσια σε φαινόλες. Έτσι φάρμακα όπως η παρακεταμόλη, τροφές όπως η σοκολάτα, ποτά από μήλα ή εσπεριδοειδή, κατά κάποιο τρόπο ενθαρρύνουν το πρόβλημα.
- Ø Τα νέα εμβόλια του 1998, ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς.

- Ø Εμβόλια που περιέχουν ιώδιο όπως: το τριπλό κατά της διφθερίτιδας, του τετάνου, του κοκίτη, της μηνιγγίτιδας.
- Ø Επεισόδιο εγκεφαλίτιδας ή μηνιγγίτιδας.
- Ø Χαμηλά επίπεδα θειϊκού μαγνησίου.
- Ø Σοβαρές βλάβες ακοής και όρασης, μπορεί να εμφανίσουν περιστασιακά αυτιστικές διαταραχές.
- Ø Στέρηση φροντίδας από το παιδί στη νηπιακή ηλικία δημιουργεί αυτιστικά στοιχεία, τα οποία αποβάλλονται όταν το παιδί ενταχθεί σε περιβάλλον φροντίδας και αγάπης.
- Ø Η μέντα, ο δυόσμος, η καφεΐνη, το χαμομήλι δρουν σαν αντίδοτο όταν χορηγούνται στο παιδί βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.

1.6.2 Αίτια του Αυτισμού

Η αιτία του αυτισμού είναι οργανική και αφορά τον εγκέφαλο. Επομένως το πρόβλημα το δημιουργεί μια εγκεφαλική δυσλειτουργία.

«Με τη πάροδο των ετών έχουν διατυπωθεί ποικίλες θεωρίες όσον αφορά την περιοχή του εγκεφάλου που επηρεάζεται. Η πρόσφατη έρευνα προτείνει ότι τα μέρη του εγκεφάλου που περιλαμβάνονται ονομάζονται σύστημα υπερμεσολόβιου έλικα και παρεγκεφαλίδα.

Η Margaret Bauman και ο Thomas Kemper από τις Η.Π.Α μελέτησαν τους εγκεφάλους έξι νεκρών ατόμων που είχαν αυτισμό του είδους που περιέγραψε ο Kanner. Η μελέτη τους, που τα συμπεράσματά της αναπτύσσονται στο βιβλίο τους «

Η Νευροβιολογία του Αυτισμού» (The Neurobiology of Autism), έδειξε ανωμαλίες σ' αυτές τις περιοχές σε μικροσκοπικό επίπεδο οι οποίες πιθανόν να χρονολογούνται πριν από τη γέννηση.

Προγεννητικές οργανικές βλάβες σε αυτές τις περιοχές είναι πιθανόν να παρεμβάλλονται στις διαδικασίες διεκπεραίωσης όλων των ειδών των πληροφοριών που εισέρχονται διαμέσου των αισθήσεων και έχουν αξιοσημείωτες επιρροές στη μάθηση, τις συναισθηματικές ανταποκρίσεις και τη συμπεριφορά γενικά.

Τα ευρήματα μπορούν να συνδεθούν με το γεγονός ότι η μηχανική μνήμη στον αυτισμό είναι συχνά καλή, ενώ η μνήμη που απαιτεί τη σύνδεση και την επεξεργασία των στοιχείων των πληροφοριών είναι φτωχή.

Η έρευνα επίσης συνεχίζεται για τα νευροχημικά, τα οποία εξυπηρετούν τη μετάδοση των μηνυμάτων στον εγκέφαλο και τις φυσιολογικές μετρήσεις των διεργασιών του εγκεφάλου.

Τα αποτελέσματα είναι προς το παρόν μεταβαλλόμενα, αλλά βελτίωση των τεχνικών, που περιλαμβάνουν νέες μεθόδους απεικόνισης του εγκεφάλου, ελπίζεται ότι θα παράγουν ευρήματα για καλύτερα συμπεράσματα στο μέλλον.

Τώρα υπάρχει ενδιαφέρον για τις ορμόνες, όπως η οξυτοσίνη, η οποία επηρεάζει την πρόιμη ανάπτυξη του εγκεφάλου». (Lorna Wing, 2000. Μτφ: Παντελής Πρώιος, σελ. 103.)

1.7 Οι Βιολογικές Καταβολές

«Τι προκαλεί τον Αυτισμό και τι μπορούμε να κάνουμε για αυτό;».

«Κανένα άλλο ερώτημα δεν τίθεται πιο συχνά από όλους εκείνους που ασχολούνται με την αινιγματική αυτή διαταραχή. Ιδανικά, θα έπρεπε να υπάρχει μια απάντηση που να εξηγεί και να προλαμβάνει την εκδήλωση του Αυτισμού υποδεικνύοντας ταυτόχρονα και την κατάλληλη θεραπεία.

Στην πραγματικότητα κάτι τέτοιο δεν υπάρχει. Η πλήρης εικόνα των αιτιών και συνεπειών, η διαπλοκή του βιολογικού και του ψυχολογικού, τελικά θα αποκαλυφθεί, αλλά το τεράστιο αυτό ψηφιδωτό χρειάζεται ακόμη πολλή δουλειά και χρόνο.

Εν τω μεταξύ, μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ακόμη ότι υπάρχει μια απλή απάντηση που μπορεί να εξηγήσει, να θεραπεύσει και να προλάβει τον Αυτισμό: ότι δηλαδή, ο Αυτισμός προκαλείται από ψυχοδυναμικές συγκρούσεις μεταξύ της μητέρας και του παιδιού ή από κάποιο έντονο υπαρξιακό άγχος που βιώνεται από το παιδί και θεραπεύεται με την επίλυση της πρωταρχικής σύγκρουσης. Παρά την έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων, η λανθασμένη αυτή πεποίθηση υπάρχει, όπως και η άλλη που υποστηρίζει ότι κάποιος μπορεί να πεθάνει από «ερωτική απογοήτευση» ή από «κακό μάτι».

Στην πραγματικότητα, είναι αδύνατον να γίνει ένα παιδί αυτιστικό επειδή η μητέρα του δεν του προσέφερε επαρκή αγάπη ή επειδή αισθάνεται ότι απειλείται η ζωή του και η ταυτότητά του.

Αναμφίβολα, ο Αυτισμός είναι το αποτέλεσμα οργανικής δυσλειτουργίας και έχει βιολογική προέλευση. Ποια είναι η φύση της δυσλειτουργίας και σε τι οφείλεται η ανωμαλία, αποτελούν τα ερωτήματα που θα μας απασχολήσουν στο παρόν κεφάλαιο. Οι έρευνες όμως βρίσκονται ακόμη στο αρχικό στάδιο». (Frith, Uta, 1999, Μτφ: Γιώργος Καλομοίρης, σελ. 83)

«Τα αποδεικτικά στοιχεία υπέρ της οργανικής αιτιολογίας είναι ακόμη λιγοστά, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι η απόρριψη των ψυχοδυναμικών αιτιών γίνεται πρόωρα. Τα ψυχοδυναμικά αίτια απορρίπτονται επειδή δεν έχουν νόημα.

Σήμερα, είμαστε σε θέση να απορρίπτουμε τις προσπάθειες επεξήγησης του συνδρόμου Down σύμφωνα με την ψυχοδυναμική θεωρία, ερμηνείες που έκαναν την εμφάνισή τους λίγο πριν την ανακάλυψη της χρωμοσωματικής προέλευσης του συνδρόμου. Αλλά θα μπορούσαν να τα είχαν καταφέρει καλύτερα ακόμα και τότε.

Στον Αυτισμό, όπως και στην περίπτωση του συνδρόμου Down, υπάρχουν πολλά στοιχεία που, πολύ απλά, είναι ασυμβίβαστα με την ψυχοδυναμική θεωρία.

Για παράδειγμα, ο Αυτισμός εκδηλώνεται σε όλων των ειδών τις οικογένειες και τα πολιτιστικά πλαίσια και όχι αποκλειστικά στις προβληματικές οικογένειες με ανεπίλυτες συναισθηματικές συγκρούσεις.

Οι προβληματικές οικογένειες μπορεί να παράγουν προβληματικά παιδιά, αλλά υπάρχει τεράστια διαφορά μεταξύ ενός συναισθηματικά διαταραγμένου και ενός αυτιστικού παιδιού. Δεν υπάρχει λόγος να πιστεύουμε ότι οι γονείς των αυτιστικών παιδιών αγαπούν λιγότερο τα παιδιά τους ή καταβάλλουν λιγότερες προσπάθειες για την ανατροφή και την εκπαίδευσή τους.

Η κοινή πεποίθηση είναι ότι πολλοί προσπαθούν εντονότερα και με μεγάλη αυταπάρνηση. Ένας λόγος που αυτός ο μύθος για τον Αυτισμό έχει αποδειχθεί τόσο ανθεκτικός είναι ότι τον υιοθέτησε ο ίδιος ο Kanner.

Ο Kanner, εντυπωσιάστηκε από τα αυτιστικά στοιχεία που διαπίστωσε σε μερικούς γονείς. Θα μπορούσε όμως να είχε εξετάσει και την πιθανότητα του γενετικού παράγοντα, όπως έκανε ο Asperger. Τον προσέλκυσε όμως η ιδέα ότι τα αυτιστικά στοιχεία των γονέων θα μπορούσαν να επιδράσουν αρνητικά στη διαδικασία ανατροφής των παιδιών και αυτό από μόνο του ίσως να προκαλούσε Αυτισμό. Εάν ήταν έτσι, οποιοδήποτε παιδί βιώνει κακές συνθήκες ανατροφής εκ μέρους των γονέων του, θα έπρεπε να είναι αυτιστικό. Αλλά αυτό δεν συμβαίνει σε καμιά περίπτωση.

Ο θρίαμβος που συντελείται επί των δυσμενών περιβαλλοντικών συνθηκών, όταν οι τελευταίες εξαλείφονται, καταδεικνύει την ικανότητα προσαρμογής των ανθρώπων. Αυτό όμως ισχύει μόνο, όταν δεν έχει επέλθει οργανική βλάβη.

Όπως και με κάθε άλλη αναπτυξιακή διαταραχή είναι απολύτως αναγκαίο να λάβουμε υπόψη μας τους οργανικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Πρέπει να υπάρχει αλληλεπίδραση ή αμοιβαία επιρροή μεταξύ των δύο αυτών παραγόντων, αλλιώς δεν μπορεί να υπάρξει ανάπτυξη.

Όσον αφορά στην ανατροφή των παιδιών, οι καλοί γονείς και η ειδική εκπαίδευση δεν θα επαναφέρουν στο φυσιολογικό ένα παιδί με οργανική βλάβη, αλλά θα το βοηθήσουν να αξιοποιήσει στο έπακρο το υπάρχον δυναμικό του.

Δεν απαιτείται ιδιαίτερη φαντασία για να καταλάβουμε ότι ένα πενιχρό εκπαιδευτικό και ψυχολογικό περιβάλλον δεν επιτρέπει την ανάλογη αξιοποίηση. Η διαπίστωση αυτή όμως δεν βοηθάει στην κατανόηση του Αυτισμού γιατί ισχύει για όλα τα παιδιά». (Frith, Uta. (1999). Μτφ: Γιώργος Καλομοίρης, σελ. 84.)

1.7.1 Σημεία που υποδηλώνουν Νευρολογικές Βλάβες

«Κάποτε, πολλοί ειδικοί πίστευαν ότι ο Αυτισμός ήταν μια λειτουργική, και όχι οργανική διαταραχή, εφόσον δεν υπήρχαν τότε απτές ενδείξεις εγκεφαλικής παθολογίας.

Ένα από τα πρώτα γεγονότα που συνέτριψαν την πεποίθηση αυτή ήταν το εύρημα ότι το ένα τρίτο περίπου των αυτιστικών εφήβων παρουσιάζουν επιληπτικές κρίσεις εντελώς ξαφνικά.

Στην περίπτωση του Paul, όταν εξετάστηκε για πρώτη φορά στην ηλικία των 3 ετών, δεν βρέθηκε καμιά νευρολογική ανωμαλία. Η διάγνωση του κλασικού αυτισμού έγινε βάσει των συμπεριφορικών συμπτωμάτων του. Δέκα χρόνια αργότερα, ο Paul ήταν ακόμη αυτιστικός, αλλά άρχισε να έχει επιληπτικές κρίσεις, ένα αναμφίβολο σημείο οργανικότητας. Φυσικά, γεννήθηκε η υποψία ότι ο Paul είχε από την αρχή νευρολογικές ανωμαλίες που όμως δεν είχαν εντοπιστεί.

Οι επιληπτικές κρίσεις είναι ένα μόνο παράδειγμα των πολλών οργανικών σημείων που βρέθηκαν – μόλις άρχισαν να τα αναζητούν- σε αφθονία στα αυτιστικά παιδιά. Ο κατάλογος είναι μεγάλος και μοιάζει με αυτόν άλλων αναπτυξιακών διαταραχών που έχουν νευρολογική προέλευση.

Από την άποψη της συμπεριφοράς, η νοητική καθυστέρηση είναι το πιο σημαντικό και αδιαμφισβήτητο διαγνωστικό σημείο πρώιμης εγκεφαλικής ανωμαλίας. Ακόμη και στα αυτιστικά παιδιά, που η επίδοσή τους στα τεστ νοημοσύνης βρίσκεται πάνω από την κλίμακα της νοητικής καθυστέρησης, διαπιστώθηκε πολύ υψηλό ποσοστό νευρολογικών σημείων.

Τα σημεία νευρολογικής δυσλειτουργίας που εντοπίζονται συχνά στα αυτιστικά παιδιά περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, ανωμαλίες του εγκεφαλογραφήματος, ανώμαλο νυσταγμό, ανώμαλη διατήρηση ορισμένων νηπιακών αντανακλαστικών και στερεότυπες κινήσεις.

Οι ενδείξεις για την ύπαρξη του οργανικού παράγοντα στον Αυτισμό δεν είναι αποσπασματικές αλλά συντριπτικές. Οι ενδείξεις αυτές όμως απλά επιβεβαιώνουν την ύπαρξη εγκεφαλικής ανωμαλίας, όχι και τη φύση της. Βρισκόμαστε αντιμέτωποι με ένα πολύ δύσκολο πρόβλημα. Εάν υπάρχει ένα ολόκληρο φάσμα νευρολογικών ανωμαλιών, ποιες είναι ζωτικής σημασίας για τον Αυτισμό και ποιες είναι απλά συνωδά του στοιχεία;

Στο σημείο αυτό οι ψυχολογικές έρευνες παίζουν σημαντικό ρόλο. Εάν κάποιος μπορούσε να προσδιορίσει τη φύση των ουσιωδών ψυχολογικών μειονεξιών του Αυτισμού, τότε θα είχαμε έναν οδηγό στην αναζήτηση συγκεκριμένων εγκεφαλικών ανωμαλιών. Δυστυχώς, ο οδηγός αυτός δεν είναι διαθέσιμος προς το παρόν. Η αναζήτηση γίνεται σχεδόν στα τυφλά.

Η κλινική περιγραφή των συμπεριφορικών συμπτωμάτων των αυτιστικών παιδιών διαφορετικών ηλικιών και ικανοτήτων θα μπορούσε να μας κάνει να περιμένουμε νευρολογικές βλάβες σχεδόν οπουδήποτε. Αυτό σημαίνει ότι δεν έχουμε ακόμη ξεχωρίσει τα «πρόβατα από τα ερίφια».

Στη συνέχεια θα προσπαθήσουμε να διαχωρίσουμε τα ζωτικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της αυτιστικής συμπεριφοράς από τα απλά συνωδά στοιχεία. Αυτό όμως δεν επαρκεί.

Στο τέλος, θέλουμε να ξέρουμε ποια είναι η βιολογική ανωμαλία και με ποιο τρόπο καταλήγει στην εκδήλωση ενός χαρακτηριστικού μοντέλου συμπτωμάτων.

Τη γνώση αυτή προσδοκούμε να κατακτήσουμε, καθώς το «ψηφιδωτό» των επιστημονικών προσπαθειών συμπληρώνεται.

Η πρόκληση της αναζήτησης της βιολογικής βάσης του Αυτισμού έχει γίνει αποδεκτή με ενθουσιασμό. Το παρόν κεφάλαιο μπορεί να δώσει μόνο μια ιδέα του τεράστιου χώρου που καταλαμβάνουν οι συναφείς παράγοντες». (Frith, Uta., 1999, Μτφ: Γιώργος, Καλομοίρης, σελ. 85.)

1.7.2 Τι μπορεί να συμβαίνει με τον Εγκέφαλο;

«Εάν ο Αυτισμός είναι μια οργανική διαταραχή, τότε θα περίμενε κανείς η ανωμαλία να εντοπίζεται αμέσως κατά την εξέταση του εγκεφάλου. Η μέθοδος αυτή δεν είναι καθόλου απλή και κρυστάλλινη.

Αντιθέτως, εμπεριέχει μεγάλο ρίσκο. Υπάρχουν πολλές πιθανότητες ότι θα βρεθεί κάποια δομική βλάβη, και η βλάβη αυτή μπορεί να είναι οτιδήποτε- από μικροσκοπική μέχρι εκτεταμένη, από ατέλειες των νευρώνων μέχρι ελλιπή ανάπτυξη ολόκληρων κυτταρικών συστημάτων.

Υπάρχουν επίσης πολλές πιθανότητες να βρεθεί δυσλειτουργία σε επίπεδο φυσιολογίας. Λόγου χάρη, πιθανόν να υπάρχει σχετική έλλειψη ή πλεονασμός νευρομεταβιβαστικών ουσιών ή να λείπει ένα ένζυμο, όπως πράγματι συμβαίνει με ορισμένες σπάνιες αναπτυξιακές διαταραχές. Η ασαφής αυτή κατάσταση θέτει ένα συγκεκριμένο πρόβλημα. Όσο περισσότερες πλευρές διερευνώνται, τόσο πιθανότερο είναι να εντοπιστούν μη σχετικές ελλείψεις και ατέλειες που δεν έχουν καμιά ζωτική σχέση με τον Αυτισμό.

Ένα σημαντικό σημείο που πρέπει να θυμόμαστε, όταν αξιολογούμε μελέτες ανατομίας και φυσιολογίας, είναι ότι ο Αυτισμός είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή. Ενδεχομένως αυτό σημαίνει ότι πρόκειται για μια διάχυτη ανωμαλία της ανάπτυξης.

Η διάκριση μεταξύ μιας αναπτυξιακής διαταραχής και μιας βλάβης που εμφανίζεται αργότερα είναι πολύ σημαντική υπόθεση. Για παράδειγμα, η εκ γενετής κώφωση επηρεάζει άμεσα τη γλωσσική κατάκτηση αλλά δεν συμβαίνει το ίδιο με την απώλεια ακοής σε μεγάλη ηλικία.

Συμπεριφορά αυτιστικού τύπου μπορεί να παρατηρηθεί και σε ενήλικες με εγκεφαλική βλάβη ή ψύχωση που δεν είχαν επιδείξει ποτέ παρόμοια συμπεριφορά στο παρελθόν, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι πρόκειται για Αυτισμό.

Η φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν κάνουμε υποθέσεις για το είδος της βλάβης που θα μπορούσε να προκαλέσει τον Αυτισμό. Είναι πλέον γνωστό ότι τα εγκεφαλικά κύτταρα αρχικά πολλαπλασιάζονται και μετά «φυλλορροούν» κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής ανάπτυξης. Ο

αναπτυσσόμενος, και όχι ο πλήρως ανεπτυγμένος, εγκέφαλος είναι αυτός που έχει τη μεγαλύτερη πυκνότητα κυττάρων και τις περισσότερες συνάψεις ανά κύτταρο, σε αντίθεση προς την ιδέα ότι ανάπτυξη σημαίνει αύξηση και όσο περισσότερα τόσο καλύτερα. Η ανακοπή της ανάπτυξης επομένως ίσως να υποδηλώνει την αποτυχία διακοπής αυτής της λειτουργίας παρά τη συνέχισή της. Η αύξηση των νευρώνων ακολουθεί τις οδηγίες των γονιδίων. Εάν ο προγραμματισμός του γονιδίου είναι ελαττωματικός, τότε εμφανίζονται ανωμαλίες. Π.χ., η διακοπή της λειτουργίας της αύξησης μπορεί να συμβεί με μεγάλη καθυστέρηση. Σε αυτή την περίπτωση, θα περίμενε κανείς αυξημένη κυτταρική πυκνότητα που πράγματι βρέθηκε στις μετά θάνατο εξετάσεις αρκετών αυτιστικών ασθενών». (Frith, Uta, 1999 Μτφ: Γιώργος Καλομοίρη, σελ. 86.)

«Θα ήταν ωφέλιμο να διακρίνουμε τις ανωμαλίες σύμφωνα με την χρονική τους προέλευση και τις συνέπειές τους στην ανάπτυξη. Ένας ύποπτος και παράξενος σωματικός δείκτης ανωμαλιών κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη παρατηρείται στις έλικες και τις σπείρες των άνω και κάτω άκρων.

Χαρακτηριστικά ανώμαλα δείγματα έχουν αναφερθεί σε μερικά αυτιστικά παιδιά. Εάν η εμφάνισή τους μπορούσε να συνδεθεί με κάποιο ζωτικό χρονικό σημείο της προγεννητικής ανάπτυξης, θα είχαμε ίσως ένα στοιχείο σχετικά με την βιολογική έναρξη του Αυτισμού. Παρομοίως, τα ανώμαλα πρότυπα πλευρίωσης, τα οποία έχουν παρατηρηθεί σε πληθυσμιακές μελέτες αυτιστικών παιδιών, υποδηλώνουν πρόωμη προγεννητική βλάβη.

Οι αυτοψίες εγκεφάλων αυτιστικών ανθρώπων είναι ακόμη λιγοστές και αποσπασματικές. Αυξάνονται όμως οι μελέτες «ζώντων» εγκεφάλων με τη χρήση, π.χ. της αξονικής τομογραφίας (CT scan). Η μέθοδος αυτή παρέχει χονδρικές μετρήσεις οι οποίες αξιολογούν τη σχέση μεταξύ περιοχών του εγκεφάλου που καλύπτονται από κύτταρα και υγρό. Εάν υπάρχει κυτταρική ατροφία ή πίεση, τότε οι περιοχές που καλύπτονται από υγρό εμφανίζονται σχετικά μεγαλύτερες. Εάν ο Αυτισμός συνδέεται με την καταστροφή-παρά με τον πολλαπλασιασμό-των κυττάρων, τότε θα έπρεπε οι περιοχές που καλύπτονται από υγρό να είναι μεγενθυμένες. Μια μελέτη που κατέδειξε μια τέτοια μεγένθυση το 1978 προκάλεσε αρκετό ενδιαφέρον. Η μεγένθυση ήταν περισσότερο αισθητή στο αριστερό ημισφαίριο. Η υπαινισσόμενη συσχέτιση ταίριαζε πολύ καλά με τις νευροψυχολογικές έννοιες, οι οποίες συνέδεαν τη βλάβη στο αριστερό ημισφαίριο με

γλωσσική δυσλειτουργία που εδώ και καιρό θεωρείται το κατ' εξοχήν χαρακτηριστικό γνώρισμα του Αυτισμού. Η υπόθεση αυτή έδειξε να επιβεβαιώνεται από μεγάλο αριθμό νευροψυχολογικών μελετών που προκάλεσαν έντονες συζητήσεις. Τελικά, δεν στάθηκε δυνατό να αποδειχθεί ότι μια συγκεκριμένη βλάβη στο αριστερό ημισφαίριο ήταν, κατά οποιονδήποτε τρόπο, ζωτικής σημασίας για την εκδήλωση του Αυτισμού. Αντιθέτως, είναι πιθανόν ότι μια τέτοια βλάβη αποτελεί μια πρόσθετη εγκεφαλική μειονεξία για τα αυτιστικά παιδιά». (Frith, Uta, 1999, Μτφ: Γιώργος Καλομοίρης, σελ. 87.)

«Από τότε έχουν γίνει πολλών ειδών εγκεφαλικές ανιχνεύσεις-όπως το PET-scan (τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων που καταμετρά το ρυθμό απορρόφησης της γλυκόζης σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου), και το M.R.I. (μαγνητική συνηχητική απεικόνιση, που καθιστά ορατό το νευρικό ιστό και εντοπίζει βλάβες). Αν και οι μελέτες αυτές συνεχίζουν να παρέχουν απτές ενδείξεις εγκεφαλικής παθολογίας σε πολλά αυτιστικά άτομα, ωστόσο δεν προσφέρουν μια σαφή λογική εξήγηση που θα μας επέτρεπε να εστιάσουμε την προσοχή μας σε μια συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου. Μια πρόσφατη μελέτη, που έγινε με τη βοήθεια της μαγνητικής συνηχητικής απεικόνισης, από τον Courchesne και τους συνεργάτες του παρουσίασε ένα καινούργιο, ενθαρρυντικό στοιχείο. Οι ερευνητές αυτοί εντόπισαν μια ασυνήθιστη δυσπλασία ενός μικρού μέρους της παρεγκεφαλίδας σε ένα μεγάλο αριθμό αυτιστικών ανθρώπων, μερικοί εκ των οποίων είχαν και νοητική καθυστέρηση. Είναι πιθανόν ότι αυτή η ανωμαλία συνδέεται με ανωμαλίες σε άλλα μέρη του εγκεφάλου τα οποία ακόμη δεν έχουν διερευνηθεί. Προς το παρόν, δεν έχει αποσαφηνιστεί ο τρόπος με τον οποίο η ανωμαλία αυτή σχετίζεται με τα συμπεριφορικά συμπτώματα.

Εκτός από την τελευταία αυτή μελέτη το κύριο πρόβλημα των ανατομικών ερευνών έγκειται στο ότι δεν έχουν καταφέρει ακόμη να παρουσιάσουν αποδείξεις που θα απέκλειαν τη γενικευμένη παθολογία ή θα καταδείκνυαν τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης παθολογίας, τα οποία πιθανώς θα επαρκούσαν για την επεξήγηση της γενικής μειονεξίας.

Όπως θα διαπιστώσουμε, η εγγενής αυτή δυσκολία των ερευνών σχετικά με τις μη φυσιολογικές νοητικές λειτουργίες έχει μερικώς μόνο ξεπεραστεί στον τομέα των ψυχολογικών ερευνών. Η αντίρρηση προς τα στοιχεία που υποδηλώνουν γενική

ανεπάρκεια οφείλεται στο ότι προβάλλουν υπερβολικά πολλές αιτίες για την παρουσία επί μέρους ελλείψεων.

Είναι προφανές ότι η κυτταρική απογύμνωση του εγκεφαλικού φλοιού (όπως αποδεικνύεται, π.χ., από τις καλυπτόμενες με υγρό μεγενθυμένες περιοχές) ή ο πολλαπλασιασμός των κυττάρων (όπως υποδηλώνεται από την ανώμαλη ανάπτυξη των νευρώνων) είναι κάτι κακό.

Δεν θα μας εξέπληττε το γεγονός ότι τέτοιες καταφανείς βιολογικές ανωμαλίες προκαλούν την εκδήλωση αναπτυξιακών διαταραχών ή συμπεριφορικών προβλημάτων. Αλλά γιατί θα έπρεπε να προκαλούν Αυτισμό; Και γιατί μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις;

Τα ίδια ερωτήματα ισχύουν και όταν αξιολογούμε βιοχημικές μελέτες. Μελέτες τέτοιου είδους έχουν γίνει πολλές αλλά προς το παρόν δεν παρουσιάζουν μια συγκροτημένη και συνεκτική εικόνα. Ένα παράδειγμα ανεξήγητου αλλά έγκυρου ευρήματος είναι η σημαντική αύξηση της σεροτονίνης στο αίμα πολλών αυτιστικών παιδιών, τη στιγμή που η στάθμη της στο νωτιαίο υγρό και σε άλλα όργανα του σώματος κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Η ανωμαλία αυτή αποδόθηκε σε μια μεταβολή της απορρόφησης ή αποθήκευσης της σεροτονίνης στα αιμοπετάλια.

Εδώ, λοιπόν, έχουμε ένα συγκεκριμένο παράγοντα που εμπεριέχει πιθανά στοιχεία για τη βιολογική βάση του Αυτισμού. Αλλά τι σημαίνει; Οποιαδήποτε συσχέτιση ενός τέτοιου ευρήματος με τα συμπεριφορικά συμπτώματα του Αυτισμού θα ήταν εξαιρετικά δυσδιάκριτη.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι η ελπίδα για μια φαρμακολογική θεραπεία του Αυτισμού αποτελεί ισχυρό κίνητρο για τη διερεύνηση παρακινδυνευμένων επιστημονικών υποθέσεων. Διάφορες νευρομεταβιβαστικές ουσίες, ένζυμα, βιταμίνες και τρόποι διατροφής έχουν δοκιμαστεί και συνεχίζουν να δοκιμάζονται με αξιόλογα μερικές φορές αποτελέσματα. Πολλοί θα υποστήριζαν ότι η αντίληψη «γιατί να μη δοκιμάσουμε και αυτό;» είναι καλύτερη από το «να μη δοκιμάσουμε τίποτα». Χωρίς αμφιβολία, ορισμένα συμπτώματα του Αυτισμού αντιμετωπίζονται θετικά με φαρμακευτικές ουσίες. Ωστόσο, φαίνεται μάλλον απίθανο ότι θα βρεθεί μια φαρμακευτική θεραπεία που θα προλαμβάνει ή θα

αντιστρέφει την πορεία της αναπτυξιακής εγκεφαλικής παθολογίας». (Frith, Uta, 1999, Μτφ: Γιώργος Καλομοίρης, σελ. 88.)

1.8 Συμπτωματολογία-χαρακτηριστικά

«Το αυτιστικό παιδί αμέσως μετά τη γέννηση συνήθως δεν παρουσιάζει κάποιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα που να προξενεί ανησυχία στους γονείς. Από απόψεως Οργανικής-Βιολογικής αναπτύσσεται κανονικά και ως προς το μήκος και ως προς το βάρος του σώματος.

Οι αισθητηριακές επίσης λειτουργίες είναι φυσιολογικές. Λίγο αργότερα όμως, συνήθως τους πρώτους μήνες μετά τη γέννηση, μέχρι σχεδόν την ηλικία των 30 μηνών, το παιδί αρχίζει να εκδηλώνει κάποια ανησυχητικά για τους γονείς συμπτώματα». (Κρουσταλάκης, Γ, 1998, σ.221.)

Αυτά αναφέρονται πιο κάτω σαν χαρακτηριστικά βρεφικής ηλικίας.

1.8.1 Χαρακτηριστικά Βρεφικής ηλικίας

«Πιο συγκεκριμένα έχουμε να παρουσιάσουμε τα εξής:

1. «Φτωχός θηλασμός τις πρώτες εβδομάδες της ζωής.
2. Ασυνήθιστα καλή και ήρεμη συμπεριφορά, ή αντίθετα, συνεχές κλάμα και ουρλιαχτό, το οποίο και δεν σταματά.
3. Αδιαφορία ή δυσφορία στο χνάιδεμα.
4. Δυσφορία στο άλλαγμα των памper, στο χτένισμα κ.λπ.
5. Αδιαφορία στη μητέρα ή σε όποιον το φροντίζει, προτιμά να είναι μόνο, ή προσκόλληση σε ένα άτομο μόνο, σε ασυνήθιστο βαθμό.
6. Φτωχή βλεμματική επαφή, π.χ. κατά το τάισμα.
7. Δεν αναζητά την κοινωνική επαφή με αυτόν που το φροντίζει.

8. Δεν απλώνει τα χέρια να το πάρουν αγκαλιά.
9. Έλλειψη αμοιβαιότητας στα παιχνίδια, έλλειψη μίμησης της έκφρασης ή των κινήσεων του ατόμου που το φροντίζει.
10. Περιορισμένο ψέλλισμα σε ποσότητα και ποιότητα.
11. Δε συμμετέχει σε «προγλωσσική συζήτηση» με το άτομο που το φροντίζει.
12. Δε δείχνει ή δείχνει περιορισμένη προσοχή, προκειμένου να επικοινωνήσει.
13. Δεν τραβά την προσοχή του ατόμου που το φροντίζει σε αντικείμενα που το ενδιαφέρουν με σκοπό το μοίρασμα της ευχαρίστησης.
14. Δεν αντιδρά στις προσπάθειες του ατόμου που το φροντίζει, να του τραβήξει δηλαδή την προσοχή σε αντικείμενα ή γεγονότα.
15. Δε χαιρετά αυθόρμητα, δεν κάνει «γεια» σε γνωστά άτομα.
16. Δείχνει υπερβολικό ενθουσιασμό με, π.χ. ειδικά αντικείμενα, φώτα, σχέδια ταπετσαρίας κ.λπ.
17. Γενικότερο αίσθημα ότι το βρέφος ήταν παράξενο και διαφορετικό από άλλα βρέφη». (Lorna Wing. (1993). Μτφ: Σοφία Μαυροπούλου-Βάγια Παπαγεωργίου, σελ. 18, 19.)

1.8.2 Η έλλειψη Κοινωνικής ανταπόκρισης

«Το αυτιστικό άτομο φαίνεται ότι αδιαφορεί για το φυσικό-υλικό αλλά και το ανθρώπινο περιβάλλον. Κλείνεται στον εαυτό του, δεν το απασχολεί η δράση, η δημιουργία, η επιτυχία και το μέλλον του. Αποφεύγει να επικοινωνεί με τους συνομηλίκους του αλλά και τους ενήλικους. Πολλές φορές γίνεται επιθετικό, χτυπά, καταστρέφει». (Κρουσταλάκης Γ, 1998, σελ. 224.)

1.8.3 Αγχωτική Καταθλιπτική επιθυμία για τη διατήρηση ομοιότητας

Μια διαφορετική ρουτίνα του σχολείου, μια αναδιάταξη των επίπλων, θα μπορούσε να είναι η αιτία μιας έκρηξης, και το παιδί να μη μπορεί να ηρεμήσει μέχρις ότου η γνώριμη τάξη αποκατασταθεί.

1.8.4 Ιδιόρρυθμες αισθητηριακές και συναισθηματικές αντιδράσεις

Το αυτιστικό παιδί όταν του απευθύνουν το λόγο, δίνει την εντύπωση του κωφού, γιατί συνήθως αρνείται να ανταποκριθεί.

Κλείνει τα αυτιά στους θορύβους, στις ομιλίες. Κλείνει τα μάτια του σε έντονα φωτεινά ερεθίσματα. Στην πραγματικότητα όμως εσωτερικεύει και αντιλαμβάνεται τα πάντα έχει τη δυνατότητα να συλλαμβάνει λεπτούς και ανεπαίσθητους ήχους π.χ. τους ψιθύρους των ανθρώπων, το θρόισμα των φύλλων στα δέντρα κ.ά. Συνήθως διασκεδάζει με τη μουσική και τις τηλεοπτικές διαφημίσεις.

Διερευνά το περιβάλλον του ως επί το πλείστον με την αφή, με την όσφρηση και με τη γεύση.

Τις περισσότερες φορές οι οπτικές αντιδράσεις του αυτιστικού παιδιού είναι ιδιόρρυθμες:

- Ø Καθηλώνει το βλέμμα του για αρκετό χρόνο σε αντικείμενα, ανθρώπους,
- Ø Κοιτάζει ερευνητικά τα χέρια του,
- Ø Περιεργάζεται τα αντικείμενα.

«Το βλέμμα είναι ανέκφραστο, άδειο, πέτρινο. Μοιάζει συνήθως σα να μας κοιτάζει και να μη μας αντιλαμβάνεται, σα να κοιτάζει στο αχανές. Όμως παρακολουθεί τα πάντα με ένα προσωπικό ιδιόμορφο πλάγιο τρόπο παρατήρησης, με το περιφερειακό βλέμμα». (Κρουσταλάκης Γ, 1998 σελ. 226)

«Ορισμένα αυτιστικά παιδιά παρατηρούν επί ώρα τον εαυτό τους μέσα στον καθρέπτη και δείχνουν σα να μην τον αναγνωρίζουν. Άλλα πάλι αποστρέφουν το πρόσωπό τους έντρομα, μόλις συναντήσουν το εξεταστικό τους βλέμμα.

Κυρίαρχο γνώρισμα της αυτιστικής συμπεριφοράς είναι οι συνεχείς συγκινησιακές μεταπτώσεις: την ηρεμία και απάθεια διαδέχονται οι θυμικές εκρήξεις, οι κραυγές, τα χτυπήματα, οι άσκοπες κινήσεις, οι αντιδράσεις άγχους.

Χαρακτηριστικό σύμπτωμα της συμπεριφοράς είναι η *αυτοεπιθετικότητα*. Σε στιγμές κρίσεις το παιδί μπορεί να αυτοτραυματιστεί, χτυπώντας το κεφάλι του στον τοίχο, σε έπιπλα, ξεσχίζοντας το σώμα του με τα νύχια, τραβώντας τα μαλλιά του. Η αντίδραση αυτή του παιδιού προκαλείται πιθανόν από κάποια ενόχληση:

- Ø από δυσάρεστα συναισθήματα,
- Ø άστοχη παιδαγωγική φόρτιση των γονέων,
- Ø έντονες αισθητηριακές ενοχλήσεις (ήχοι, φώτα, στενά ενδύματα),
- Ø επώδυνα αισθήματα, εντερικές διαταραχές κ.ά.

Γενικά το αυτιστικό παιδί παρουσιάζει μια ιδιόρρυθμη συναισθηματική ανταπόκριση: παραμένει συνήθως ανέκφραστο και αμέτοχο στη συναισθηματική κατάσταση των άλλων, ακόμη και αυτών των ίδιων των γονέων του». (Κρουσταλάκης Γ, 1998, σελ. 226)

1.8.5. Στερεότυπες –Τελετουργικές κινήσεις

«Ορισμένες ιδιόμορφες στάσεις του σώματος, αλλά και χαρακτηριστικές κινήσεις επαναλαμβάνονται με ένα στερεότυπο-τελετουργικό τρόπο, αποτελούν τα πιο εμφανή συμπτώματα της συμπεριφοράς του αυτιστικού παιδιού. Οι στερεότυπες αυτές κινήσεις διαμορφώνονται ως εξής:

- Ø **Κινήσεις της κεφαλής.** Το παιδί όρθιο ή καθιστό, με την πλάτη στον τοίχο ή σε κάποιο έπιπλο, κινεί την κεφαλή σαν εκκρεμές, μπρος-πίσω, έχοντας το σώμα και τα χέρια τεντωμένα.

- Ø *Αμφιταλαντεύσεις*. Το παιδί, καθισμένο, κινείται μπρος-πίσω και σπάνια δεξιά –αριστερά.
- Ø *Κινήσεις των χεριών*. Κρατάει τα χέρια του προτεταμένα και τα κινεί πάνω-κάτω σα να φτεροκοπά.
- Ø *Χαρακτηριστικό βάδισμα*. Περπατά στις μύτες των ποδιών, ασυντόνιστα και υποτονικά, με κάμψη του σώματος προς τα μπρος.
- Ø *Μορφασμοί*. Κάνει γκριμάτσες, ανοιγοκλείνει το στόμα του, συνοφρυώνεται, μισοκλείνει τα μάτια». (Κρουσταλάκης Γ, 1998, σελ. 227.)

1.8.6 Ιδιάζουσα σχέση με τα αντικείμενα

Το αυτιστικό παιδί συνδέεται με έναν πρωτόγονο «Φετιχιστικό» τρόπο με ορισμένα αντικείμενα, τις περισσότερες φορές ασήμαντα (π.χ. ένα αυτοκινητάκι, μια κούκλα, το εξάρτημα ενός παιχνιδιού κ.ά.), τα οποία χρησιμοποιεί με έναν μη λειτουργικό τρόπο. Αν επιχειρήσουμε να του τα πάρουμε, θα διαπιστώσουμε πως τα αναζητεί επίμονα.

1.8.7 Το παιχνίδι του αυτιστικού παιδιού

«Οι παιγνιώδεις δραστηριότητες του αυτιστικού παιδιού συνήθως δεν ξεπερνούν το πλαίσιο της αυτενασχόλησης.

Τα παιχνίδια των άλλων παιδιών, και ιδιαίτερα τα ομαδικά, το αφήνουν αδιάφορο. Αδυνατεί και αρνείται να παίζει θεατρικούς ρόλους.

Το αυτιστικό παιδί παίζει σχεδόν πάντα μόνο του. Κρατάει απλά τα παιχνίδια και τα μετακινεί άσκοπα και τυχαία.

Ασχολείται επίσης με απλές κατασκευές, δημιουργεί σχήματα με πηλό, παίζει ακόμη με την άμμο και το νερό.

Δεν μπορεί να κάνει φανταστικό παιχνίδι με αντικείμενα ή παιχνίδια ή με άλλα παιδιά ή ενήλικες». (Κρουσταλάκης Γ, 1998, σελ. 229).

1.8.8 Η σεξουαλικότητα του αυτιστικού παιδιού

Οι γονείς και οι ψυχοπαιδαγωγοί παρατηρούν κατά την περίοδο της εφηβείας, απτική παιγνιώδη ενασχόληση του παιδιού με τα γεννητικά του όργανα.

Πολλές φορές μάλιστα αυτοϊκανοποιείται χωρίς καμιά συστολή ενώπιον και άλλων ατόμων.

Παρ' όλη την αδυναμία και την διστακτικότητα που εκδηλώνει το παιδί στον τομέα της διαπροσωπικής επικοινωνίας, εκφράζει κάποια τάση για συνάντηση με το άλλο φύλο.

Συνήθως λοιπόν κατορθώνει να συνάψει κάποιο τρυφερό συναισθηματικό δεσμό, ο οποίος έρχεται να ανατρέψει τη φυσιολογική μειονεξία του.

1.8.9 Η γλωσσική ανάπτυξη του αυτιστικού παιδιού

«Οι γλωσσικές αδυναμίες εκδηλώνονται σε επίπεδο φωνητικής σύνταξης. Ο λόγος του χαρακτηρίζεται τις περισσότερες φορές από αυτοματικές φράσεις, φωνές χωρίς κανένα νοηματικό περιεχόμενο, συλλαβές επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικά. Καθώς το παιδί κοινωνικοποιείται το λεξιλόγιό του εμπλουτίζεται σταδιακά.

Η ομιλία του αυτιστικού παιδιού είναι μονότονη, άρρυθμη, στερείται της κανονικής φωνητικής μελωδίας. Διακρίνεται συνήθως για την τηλεγραφική της μορφή και παρουσιάζει, εκτός των άλλων, και φαινόμενα ηχολαλίας, δηλαδή παθητικές επαναλήψεις λέξεων ή φράσεων χωρίς νόημα, που άκουσε το παιδί από ανθρώπους του περιβάλλοντός του.

Στην ιδιόμορφη γλωσσική πορεία, προφέρει κατ' αρχήν τα ουσιαστικά και λίγο αργότερα τα ρήματα. Με δυσκολία κατανοεί αφηρημένες έννοιες. Αντίθετα αναφέρεται συνεχώς σε συγκεκριμένα αντικείμενα. Δεν χρησιμοποιεί την αντωνυμία «εγώ». Οι αναφορές στον εαυτό του γίνονται σε δεύτερο και τρίτο πρόσωπο: λέει π.χ. «Ο Χρήστος θέλει νερό» ή «θέλεις νερό», ενώ στην πραγματικότητα εκείνο θέλει το νερό.

Το αυτιστικό παιδί δημιουργεί και χρησιμοποιεί λέξεις χωρίς νόημα, που δεν υπάρχουν στη γλώσσα που μιλάμε, περικλείουν όμως κάποια ιδιαίτερη σημασία για το παιδί». (Κρουσταλάκης Γ, 1998 σελ. 234.)

1.8.10 Προβλήματα Συμπεριφοράς

Η Συμπεριφορά του αυτιστικού παιδιού είναι κοινωνικά ανώριμη και δύσκολη. «Οι δυσκολίες αρχίζουν όταν έχει ξεσπάσματα νεύρων, όταν έχει τάσεις φυγής, όταν δημόσια φωνάζει δυνατά, όταν δαγκώνει ή χτυπά τους άλλους ανθρώπους, όταν αρπάζει πράγματα από τα καταστήματα, όταν κάνει αφελείς και αμήχανες παρατηρήσεις, όταν δεν κάνει σωστή χρήση τουαλέτας, όταν δε συνεργάζεται, όταν αυτοτραυματίζεται, όταν χτυπάει το κεφάλι του, δαγκώνει το χέρι του, όταν τρώει πράγματα που δεν τρώγονται». (Lorna Wing, 1993, Μτφ: Σοφία Μαυροπούλου-Βάγια Παπαγεωργίου, σελ.18.)

1.9 Συχνότητα Αυτισμού

Η συχνότητα του αυτισμού και γενικά των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών στο σύνολο του πληθυσμού, είναι σήμερα μεγαλύτερη από την τύφλωση και το σύνδρομο Down. Ο αυτισμό συναντάται σε ανθρώπους όλων των εθνοτήτων, φυλών και κοινωνικών ομάδων.

«Ο Αυτισμός είναι μία από τις μείζονες αναπτυξιακές διαταραχές. Παρουσιάζεται σε ένα με δύο παιδιά σε κάθε χίλια που γεννιούνται.

Σύμφωνα με παλαιότερες επιδημιολογικές έρευνες, περίπου 4 έως 5 άτομα σε κάθε 10.000 έχουν κλασικό (ή τυπικό) Αυτισμό και περίπου 20 άτομα σε κάθε 10.000 παρουσιάζουν αυτιστικές τάσεις.

Σύμφωνα με τις τελευταίες επιδημιολογικές έρευνες, στην Ευρώπη (L. Wing 1979, C. Gillberg 1991), τα ποσοστά των ατόμων που εμφανίζουν αναπτυξιακές διαταραχές του φάσματος του αυτισμού ανέρχονται σε 58 σε κάθε 10.000.

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 άτομα με αυτιστικού τύπου διαταραχές ανάπτυξης». (Ε.Ε.Π.Α.Α. ,Εισαγωγή στον Αυτισμό, Αθήνα, σελ. 4.)

1.10 Προφίλ των Αυτιστικών Παιδιών

Όταν λέμε **Προφίλ**, εννοούμε την εικόνα που μας δείχνει ένα αυτιστικό παιδί.

- Ø Είναι απόμακρο ή αγνοεί τι κάνει ο ενήλικας.
- Ø Η σχέση του με τους ανθρώπους είναι διαταραγμένη.
- Ø Εκφράζει αποδοκιμασία σε περίπτωση που επιδιώκεται αλληλεπίδραση.
- Ø Προσκολλάται στους γονείς.
- Ø Κάνει γκριμάτσες.
- Ø Γελάει ή γίνεται σκληρό χωρίς λόγο.
- Ø Έχει επίμονο κοίταγμα.
- Ø Εκφράζει επιθετικότητα προς τον ίδιο τον εαυτό του.
- Ø Επιμένει σε κούνημα μπρος-πίσω, στριφογύρισμα, κούνημα πέρα-δώθε των δακτύλων.
- Ø Προτιμά το περπάτημα στις μύτες των ποδιών.
- Ø Μπορεί να κτυπάει ή να πιπιλάει ένα παιχνίδι.
- Ø Μπορεί να επικεντρώνεται σε κάποιο ασήμαντο τμήμα του παιχνιδιού, να το συναρπάξει η αντανάκλαση του φωτός στο αντικείμενο, να κινεί με επαναληπτικό τρόπο κάποιο τμήμα του παιχνιδιού, να παίζει αποκλειστικά με ένα αντικείμενο.
- Ø Συνεχίζει την ίδια δραστηριότητα όταν ένας ενήλικας προσπαθεί να αλλάξει δραστηριότητες.

- Ø Θυμώνει ή γίνεται δυστυχισμένο όταν μία καθιερωμένη ρουτίνα αλλάξει.
- Ø Αν του επιβληθεί μια αλλαγή, εκδηλώνει απροθυμία για συνεργασία.
- Ø Ενδιαφέρεται περισσότερο να κοιτάζει καθρέπτες ή φώτα παρά τους συνομηλίκους του.
- Ø Κάποιες φορές το βλέμμα του χάνεται στο κενό, αποφεύγει να κοιτάζει τους ανθρώπους στα μάτια, κοιτάζει αντικείμενα από ασυνήθιστες οπτικές γωνίες, κρατά αντικείμενα πολύ κοντά στα μάτια του.
- Ø Αντιδρά στους ήχους με καθυστέρηση.
- Ø Αποσπάται από εξωτερικούς ήχους. Συχνά αγνοεί έναν ήχο τις πρώτες φορές που ακούγεται, μπορεί να εκπλαγεί ή να καλύψει τα αυτιά του σε καθημερινούς (γνώριμους) ήχους.
- Ø Βάζει αντικείμενα στο στόμα του, μυρίζει ή γεύεται μη φαγώσιμα αντικείμενα.
- Ø Μπορεί να αγνοεί ή να αντιδρά έντονα σε ήπιο πόνο.
- Ø Δείχνει υπερβολικά πολύ ή υπερβολικά λίγο φόβο ή νευρικότητα.
- Ø Δεν χρησιμοποιεί λόγο με νόημα. Στη λεκτική του επικοινωνία χρησιμοποιεί ασυναρτησίες, ηχολαλία, αναστροφή αντωνυμιών, ερωτήσεις σε υπέρμετρο βαθμό ή ενασχόληση σε συγκεκριμένα θέματα.
- Ø Βγάζει βρεφικές κραυγές, αλλόκοτους ήχους ή ήχους ζώων. Μπορεί να βγάζει σύνθετους ήχους, οι οποίοι να μοιάζουν με λόγο, ή να κάνει κατ' επανάληψη περιέργη χρήση κάποιων αναγνωρίσιμων λέξεων ή φράσεων.
- Ø Δείχνει αόριστα, απλώνει το χέρι για να φτάσει αυτό που θέλει χωρίς να δηλώνει τι θέλει. Δεν εκφράζει τις ανάγκες ή τις επιθυμίες του με μη λεκτικό τρόπο. Δεν μπορεί να καταλάβει τη μη λεκτική επικοινωνία των άλλων, δηλ. δείχνει να μην αντιλαμβάνεται τα νοήματα που συνδέονται με τις χειρονομίες ή τις εκφράσεις του προσώπου των άλλων.
- Ø Το παιδί μπορεί να είναι κάπως ανήσυχο ή «τεμπέλικο» και αργοκίνητο κάποιες φορές.
- Ø Μπορεί να έχει απεριόριστη ενέργεια και να μην κοιμάται εύκολα το βράδυ.
- Ø Δεν είναι τόσο έξυπνο όσο ένα φυσιολογικό παιδί της ίδιας ηλικίας.
- Ø Εμφανίζει ικανότητες το ίδιο καθυστερημένες σε όλες τις σφαίρες, π.χ. επικοινωνία, νόηση, γλώσσα, φαντασία, κοινωνικότητα, λόγο κ.λπ.

Ø Μπορεί να λειτουργεί περίπου φυσιολογικά ή και καλύτερα από ένα φυσιολογικό παιδί της ίδιας ηλικίας σε μια ή περισσότερες από τις παραπάνω σφαίρες.

1.11 Διάγνωση

Η διάγνωση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών στηρίζεται στο λεπτομερές αναπτυξιακό ιστορικό, στην παρατήρηση της συμπεριφοράς και τις μετρήσεις των διαγνωστικών ψυχομετρικών εργαλείων. Στα τρία αυτά στάδια δίνεται έμφαση στους τομείς της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της επικοινωνίας και της δημιουργικής σκέψης. Σήμερα, η εγκυρότητα της διάγνωσης του συνδρόμου Asperger διασφαλίζεται μόνο μέσα από την κλινική εμπειρία και την εξειδίκευση των αρμοδίων θεραπευτών υγείας σε σημαντικές διαγνωστικές δοκιμασίες. (http://www.autismthessaly.gr/doc/Q_A_autism.pdf) Στην Αμερική, η δοκιμασία «Denver II (DDST)» και το «Autism Screening Questionnaire (ASQ)» χρησιμοποιούνται για την έγκυρη αναπτυξιακή εξέταση και διάγνωση μέχρι την ηλικία των 6 χρόνων ενώ το R-DPDQ χρησιμοποιείται για μία περαιτέρω διερεύνηση. Η μέτρηση Australian Scale for Syndrome είναι μια κλίμακα γονέων και δασκάλων με παιδιά υψηλής λειτουργικότητας αυτισμού ή με σύνδρομο Asperger που είναι μεγαλύτερης ηλικίας και δεν είχαν διάγνωση κατά τα πρώτα σχολικά χρόνια ενώ η κλίμακα Childhood Autism Rating Scale (CARS) βοηθά να καθοριστεί η σοβαρότητα της συμπτωματολογίας του που παρουσιάζει το παιδί στους εξεταζόμενους τομείς. (Mesibov G.B., Shea V., Adams L.W, 2001)

Παράλληλα, ως ψυχομετρικά εργαλεία χορηγούνται το Brigance Screens και το Child Development Inventories (Pruett JR, 2008) τα οποία διερευνούν τους τομείς του λόγου, των κινητικών δεξιοτήτων, του αυτοελέγχου και της συμπεριφοράς. Η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης είναι πολύ καθοριστική καθώς αυτή προδιαγράφει την πορεία της πρώιμης παρέμβασης που έχει ως απώτερο στόχο το σχεδιασμό ενός εξατομικευμένου προγράμματος παρέμβασης που αποσκοπεί στην καλύτερη εξέλιξη και πρόοδο του παιδιού. Αν από νωρίς εντοπισθούν οι δυσκολίες, τότε το παιδί έχει περισσότερες πιθανότητες να ενσωματώσει όλο και λιγότερες ανεπιθύμητες συμπεριφορές που θα του δυσχεραίνουν την επικοινωνία, την κοινωνική

αλληλεπίδραση και τη σχολική επίδοση. Οι ειδικοί αναφέρουν ότι για το σύνδρομο Asperger δεν μπορεί να υπάρξει ξεκάθαρη διάγνωση πριν από την ηλικία των 3 πρώτων χρόνων ζωής, γιατί δεν έχει πραγματοποιηθεί η απαραίτητη αναπτυξιακή εξέλιξη. Αντίθετα η μελέτη των Mars, Mauk και Dowrick (1998) αναφέρουν ότι η κακή βλεμματική επαφή και η έλλειψη καλού προσανατολισμού και ανταπόκρισης κατά την εκφώνηση του ονόματος μπορούν να προδώσουν μία πιθανή εμφάνιση διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών ακόμη και από τη βρεφική ηλικία. Οι διαφορετικές απόψεις ως προς τη διάγνωση μεταξύ των ειδικών θα μπορούσαν να αποδοθούν στο διαφορετικό θεωρητικό-επιστημονικό υπόβαθρο, στην εξειδίκευση και στην κλινική εμπειρία. Η ενδελεχής και λεπτομερής αξιολόγηση γίνεται κατά κύριο λόγο σε εξειδικευμένα κρατικά ή ιδιωτικά κέντρα από διεπιστημονική ομάδα (αναπτυξιολόγο, παιδίατρο, παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό), προκειμένου να υπάρξει μια ολιστική προσέγγιση και κατά συνέπεια μία αξιόπιστη διάγνωση των αναπτυξιακών διαταραχών από τη σκοπιά κάθε επιστήμης που τις διερευνά. Η εκτίμηση μπορεί να πραγματοποιηθεί κυρίως στα παρακάτω κέντρα:

(http://www.autismthessaly.gr/doc/Q_A_autism.pdf.)

- α. Διαγνωστικά Κέντρα Φυσικών ή Ν.Π.Ι.Δ., ιδιώτες επαγγελματίες και τα Κέντρα Διάγνωσης Αξιολόγησης και Υποστήριξης του Υπουργείου Παιδείας (ΚΔΑΥ)
- β. Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- γ. Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα και Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
- δ. Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία: Εξειδικευμένα Ιατρεία.

Τελειώνοντας το πρώτο κεφάλαιο αξίζει να τονίσουμε ότι η έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση σε μικρή ηλικία είναι χρήσιμη διότι:

**ΕΓΚΑΙΡΗ = ΔΙΑΓΝΩΣΗ = ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ = ΙΣΧΥΡΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ
ΕΠΙΔΡΑΣΗ**

Η έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση είναι ωφέλιμη όχι μόνο για το παιδί αλλά και για την οικογένεια και τους επαγγελματίες ειδικούς, οι οποίοι συναναστρέφονται με το παιδί και την οικογένεια. Η συνεχόμενη και πρόωρη παρέμβαση στο κατάλληλο εκπαιδευτικό πλαίσιο και με τους κατάλληλους ειδικούς, έχει ως αποτέλεσμα τα παιδιά, να βελτιώσουν τις επιδόσεις τους στο προφορικό λόγο (έως 75%), στην

αναπτυξιακή τους πρόοδο, γνωστικές ικανότητες και στη διαχείριση συμπεριφοράς (Γκονέλα,2006).

Σκοπός λοιπόν, της διάγνωσης είναι να βοηθηθεί η οικογένεια στο να κατανοήσει τις δυσκολίες του παιδιού, να παρέχει τις κατάλληλες κατευθυντήριες οδηγίες στους άμεσα εμπλεκόμενους με το παιδί, για να υπάρξει ένα επιθυμητό αποτέλεσμα τόσο για τους ίδιους όσο και για το παιδί και τέλος, να προτείνει τρόπους για κατάλληλες και αποτελεσματικές μεθόδους.

Η έγκαιρη διάγνωση έχει ως στόχο

α)τη μείωση του οικογενειακού άγχους

β)την παροχή υποστήριξης στην οικογένεια

γ)κατάλληλη ιατρική και εκπαιδευτική φροντίδα στο παιδί. Διότι, η σωστή και έγκαιρη διάγνωση οδηγεί στην κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση (Peeters,2000).

Οι διαγνώσεις παιδιών με σύνδρομο Asperger συνεχώς αυξάνονται ανά τον κόσμο. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι μερικές φορές η διάγνωση καθυστερεί να γίνει ή ακόμη και να μη γίνει ποτέ. Συνεπώς, είναι επιτακτική η ανάγκη για συνεχή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση όλων των επαγγελματιών υγείας αλλά και του ευρύτερου κοινού, απέναντι σε αυτό το «νέο» σύνδρομο, με στόχο Σελίδα τη βέλτιστη αντιμετώπισή του. Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι στις 9 Μαΐου του 1996, τα μέλη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, ανάμεσά τους και οι Έλληνες ευρωβουλευτές, υπέγραψαν την Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Αυτισμό, η οποία τονίζει ότι τα άτομα με αυτισμό πρέπει να έχουν τα ίδια δικαιώματα που φέρουν όλοι οι υπόλοιποι πολίτες των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (Ταγκούλη Ε, 2006) Ωστόσο, τα δικαιώματα αυτά, συνίστανται να επιβάλλονται με κατάλληλη νομοθεσία σε κάθε κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης ξεχωριστά, με στόχο την κατά το δυνατό καλύτερη και πιστότερη εφαρμογή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2. Η Φυσιολογική Πορεία της ανάπτυξης

2.1 Η ανάπτυξη του οργανισμού

Ο νεαρός οργανισμός του ανθρώπου δεν αποτελεί μικρογραφία ενηλίκου. Το παιδί είναι ένας μικρός «ενήλικος». Διαφέρει από τον ενήλικο ανατομικά και λειτουργικά (Γεωργιάδου 2004). Τον νεαρό οργανισμό χαρακτηρίζει κυρίως η αύξηση. Η ανθρώπινη αύξηση και ανάπτυξη συμπεριλαμβάνει όλο το φάσμα της ζωής από τη σύλληψη μέχρι τη γεροντική ηλικία και το θάνατο. Αδρά η διαδικασία της ανάπτυξης συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της ζωής, αν και πολλά κείμενα ισχυρίζονται ότι η ανάπτυξη περιορίζεται στην περίοδο από τη σύλληψη μέχρι την ωριμότητα. Η αύξηση του οργανισμού επιτυγχάνεται με τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων (υπερπλασία) και του όγκου των κυττάρων (υπετροφία) ή και των δύο. Ο ρυθμός αύξησης του οργανισμού εξαρτάται από το γενετικό δυναμικό και τους παράγοντες του περιβάλλοντος.

Κατά την αύξηση ο οργανισμός δεν αυξάνεται μόνο σε όγκο αλλά με το χρόνο διαφοροποιείται, εξειδικεύεται και τελειοποιείται η λειτουργία αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία. Όσο νεότερος είναι ο οργανισμός τόσο γρηγορότερη είναι η αύξηση του, με εξαίρεση την εφηβική ηλικία, όπου παρατηρείται ακόμα πιο γρήγορη αύξηση. Η μέχρι τώρα έρευνα για τις αναπτυξιακές τάσεις, μετά την ωριμότητα, έχουν αγνοηθεί σημαντικά, αν και υπάρχουν κάποιες εξαιρέσεις όσον αφορά στον τομέα της κίνησης. (Ρόσμπογλου 2002)

Πολλά από τα χαρακτηριστικά που έχει ο άνθρωπος, όπως το ύψος, η συμπεριφορά του αλλά και οι δυνατότητές του για εξέλιξη και ανάπτυξη, καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό τη στιγμή της σύλληψης (Δράκος – Μπινιάς 2006).

Η γενετική κληρονομιά ενός ατόμου θα καθορίσει τον τύπο του σώματος, που θα έχει σαν ώριμο άτομο. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν ν' αλλάξουν αυτό το δυναμικό, όπως φαίνεται σε παιδιά που πάσχουν από πρώιμα οξεία εγκεφαλική δυσλειτουργία (Ρόσμπογλου 2002).

Ο όρος ανάπτυξη αναφέρεται στη συνεχή διαδικασία διαμόρφωσης της συμπεριφοράς, που είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ του ανθρώπινου οργανισμού και του περιβάλλοντος κατά τη διάρκεια της ζωής (Ρόσμπογλου 2002).

Διαφορετικά μέρη του σώματος αναπτύσσονται με διαφορετικούς ρυθμούς. Ο εγκέφαλος του οποίου η αύξηση και η ωρίμανση είναι στενά συνδεδεμένες με την ανάπτυξη της ανθρώπινης συμπεριφοράς, αυξάνεται πιο γρήγορα κατά την εμβρυϊκή περίοδο, από οποιαδήποτε άλλη περίοδο της ζωής. Η αύξηση σαν γενικό φαινόμενο δεν σταματά όταν φτάσουμε στην ωρίμανση, αν συνέβαινε αυτό δεν θα υπήρχε αποκατάσταση ενός οστού μετά το κάταγμα. Σχεδόν σε κάθε ιστό και όργανο, υπάρχει ένας κύκλος αύξησης, θανάτου και αντικατάστασης. Μια σημαντική εξαίρεση σ' αυτό το κύκλο των γεγονότων αποτελούν οι νευρώνες. Από τη στιγμή που θα δημιουργηθούν, στα πρώτα στάδια της ζωής, δεν μπορούν να αντικατασταθούν εάν καταστραφούν.

2.2 Σωματική ανάπτυξη

α. Προγεννητική σωματική ανάπτυξη

Γενικά: Το βάρος του σώματος στη γέννηση (ΒΓ) κυμαίνεται από 2500-4000gr. Η μέση τιμή είναι περίπου 3.500gr. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν το ΒΓ αρνητικά ή θετικά (διαβητική μητέρα).

Μητρικοί παράγοντες

- α) Κάπνισμα – Φάρμακα – Αλκοόλ
- β) Τοξιναιμία – Ανεπάρκεια πλακούντα – Χρόνια νοσήματα
- γ) Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες
- δ) Πολύδυμη κύηση

Εμβρυϊκοί παράγοντες

- α) Γενετικοί
- β) Λοιμώξεις
- γ) Συγγενείς ανωμαλίες

β. **Διάρκεια εγκυμοσύνης:** Με βάση μόνο τη διάρκεια της κύησης το νεογέννητο θεωρείται τελειόμηνο, όταν η κύηση διαρκέσει 38-42 εβδομάδες, πρόωρο, όταν η κύηση διαρκέσει λιγότερο και παρατασιακό, όταν το νεογνό γεννήθηκε στην αρχή της 42ης εβδομάδας ή αργότερα.

γ. **Ενδομήτρια ανάπτυξη:** Η διάκριση του νεογέννητου σε πρόωρο, τελειόμηνο και παρατασιακό βασίζεται αποκλειστικά στη χρονολογική διάρκεια της εγκυμοσύνης δηλαδή την ενδομήτρια ηλικία. Η διάρκεια της εγκυμοσύνης υπολογίζεται από την τελευταία εμμηνόπαυση, την εμφάνιση των καρδιακών χτύπων, την έναρξη των κινήσεων του εμβρύου και το ύψος της μήτρας. Σύμφωνα με το βάρος γέννησης τα νεογνά διακρίνονται:

A) Μικρού σωματικού βάρους (MIB)

(ΒΓ < 2500gr) Μπορεί να είναι πρόωρο- τελειόμηνο- παρατασιακό.

B) Μεγάλου σωματικού βάρους (MEB)

(ΒΓ > 4500gr) Μπορεί να είναι πρόωρο- τελειόμηνο- παρατασιακό. Εκτίμηση ενδομήτριας ανάπτυξης, βασίζεται στην περίμετρο της κεφαλής και στη νευρολογική ενδομήτρια ανάπτυξή του.

2.3 Αρχές της ανάπτυξης

Υπάρχει ένας αριθμός βασικών αρχών πάνω στις οποίες βασίζονται οι αλλαγές που παρατηρούνται στη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής. Η ακόλουθη ταξινόμηση αναπτυξιακών αρχών είναι προσαρμοσμένη από τον R.S. Illingworth (1979).

1. Η ανάπτυξη είναι μια συνεχής διαδικασία. Υπάρχει συνέχεια της ανάπτυξης καθώς το βρέφος από το ένα στάδιο, ετοιμάζεται για το επόμενο.
2. Η ανάπτυξη εξαρτάται πρώτιστα από την ωρίμανση του νευρικού συστήματος. Η ωρίμανση εδώ, αναφέρεται στην βαθμιαία τελειοποίηση της δομής και λειτουργίας του νευρικού συστήματος, καθώς πλησιάζει την ολοκλήρωσή του.
3. Η αλληλουχία της ανάπτυξης μοιάζει πολύ για όλα τα παιδιά, αλλά ο ρυθμός ποικίλλει από παιδί σε παιδί. Η ηλικία στην οποία μερικά παιδιά πρωτοεμφανίζουν την ζητούμενη ικανότητα ονομάζεται «αρχική ηλικία». Η ηλικία στην οποία η πλειοψηφία των παιδιών μπορεί να τελειώσει ένα έργο καλείται «οριακή ηλικία».

4. Η κατεύθυνση της ανάπτυξης είναι από το κεφάλι προς τα πόδια (κεφαλονωτιαία). Το βρέφος αποκτά έλεγχο του κεφαλιού πριν κατορθώσει να καθίσει. Μπορεί να χρησιμοποιήσει τα χέρια του με χάρη, πριν καταφέρει να σταθεί και να περπατήσει.

5. Κάθε παιδί είναι διαφορετικό, θα πρέπει να γίνεται διάκριση μεταξύ του φυσιολογικού και του μέσου όρου. Ένα παιδί μπορεί να είναι από το φυσιολογικό μέσο όρο σε μερικά πεδία της ανάπτυξης, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως η ανάπτυξη του είναι παθολογική.

Το κάθε παιδί μπορεί ν' ακολουθεί ένα από τα ακόλουθα πρότυπα ανάπτυξης:

A. Το μέσο όρο σε όλα τα πεδία της ανάπτυξης (σπάνια).

B Αρχικά το μέσο όρο και μετά να τον υπερβαίνει.

Γ. Υπερβαίνει το μέσο όρο σε μερικά πεδία της ανάπτυξης.

Δ. Υπερβαίνει το μέσο όρο σε όλα τα πεδία της ανάπτυξης (πνευματική υπεροχή- εξυπνάδα).

E. Αρχικά το μέσο όρο ή περισσότερο και μετά καθυστερημένη ανάπτυξη (παρατηρείται σε εκφυλιστικές παθήσεις του Κ.Ν.Σ., μετά από τραύμα εγκεφάλου, εγκεφαλίτιδα ή μηνιγγίτιδα, σοβαρή υπογλυκαιμία, υποθυρεοειδισμό, υπερασβεσταμία, γονική στέρηση).

Στ. Καθυστερημένη ανάπτυξη σε ορισμένα πεδία. Δυνατόν να οφείλεται σε καθυστερημένη ωρίμανση του Κ.Ν.Σ. (π.χ. Καθυστερημένος έλεγχος σφικτήρα, καθυστερημένη ομιλία, καθυστερημένο περπάτημα, καθυστερημένη χρήση των ματιών και των αυτιών) ή σε κάποια φυσική ανωμαλία (π.χ. υποτονία ή υπέρτονια καθυστερούν τη βάδιση, κώφωση καθυστερεί την ομιλία).

Z. Ομοιόμορφη καθυστέρηση σε όλα τα πεδία (νοητική καθυστέρηση).

H. Καθυστέρηση σε όλα τα πεδία που αργότερα επιτυγχάνεται ο μέσος όρος ή και η υπέρβαση του (καθυστερημένη ωρίμανση, βραδεία εκκίνηση).

1.4 Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της ανάπτυξης είναι:

α. Η έμφυτη εξυπνάδα. Ένα παιδί που υστερεί πνευματικά είναι καθυστερημένο σε όλα τα πεδία εκτός από αυτά που έχουν σχέση με την κίνηση. (κάθισμα – περπάτημα)

Δεν έχει μεγάλο εύρος προσοχής. Το παιδί που υπερτερεί νοητικά ομιλεί πιο σύντομα και πιθανώς υπερτερεί σε όλα τα πεδία της ανάπτυξης. Σε πολλές περιπτώσεις, το

παιδί αυτό δεν διακρίνεται από τα άλλα παιδιά εκτός κάτω από ορισμένες καταστάσεις που του προκαλούν το ενδιαφέρον. Πρόοδος σε οποιοδήποτε πεδίο της ανάπτυξης, εκτός της ομιλίας, δεν υποδηλώνει νοητική υπεροχή. Καθυστέρηση σε ένα ή δύο πεδία της ανάπτυξης δεν εισηγείται καθυστέρηση.

β. Συναισθηματική αποστέρηση, ιδρυματική ζωή και γονική αμέλεια, μπορούν σοβαρά να καθυστερήσουν την ανάπτυξη.

γ. Μηχανικοί και φυσικοί παράγοντες. Υποτονία ή υπέρτονία, όπως στην εγκεφαλική παράλυση, καθυστερούν την κινητική ανάπτυξη και αρκετά συχνά την ομιλία.

δ. Η ανάπτυξη εμπεριέχει τη διαφοροποίηση στη συμπεριφορά. Υπάρχει μια σταδιακή αλλαγή της συμπεριφοράς από σχετικά επαναληπτικές και στερεότυπες μορφές σε πιο τελειοποιημένες.

Στη γέννηση, οι κινήσεις του μωρού είναι περιορισμένες, στα πρώτα γενέθλια του όμως, μπορεί να γυρίζει, να κάθεται, να στέκεται, να περπατά και να παίζει με παιχνίδια.

ε. Η γενικευμένη συνολική δραστηριότητα δίνει διέξοδο σε ειδικές ατομικές αντιδράσεις. Ένα νεογνό αντιδρά με ένα ακατέργαστο συλληπτικό αντανακλαστικό σε ερεθισμό της παλάμης του (graspreflex). Αυτό συμβαίνει όταν τα δάκτυλα και ο αντίχειρας κινηθούν ταυτόχρονα.

2.4 Στάδια ανάπτυξης του ανθρώπου

- Ενδομήτρια ή εμβρυϊκή ηλικία.
- Νεογνική ηλικία (0-30 ημέρες).
- Βρεφική ηλικία (0-12 μήνες)
- Νηπιακή ηλικία (> 1-3 χρόνια)
- Παιδική ηλικία (> 3-12 χρόνια για αγόρια και > 4-10 χρόνια για κορίτσια)
- Προεφηβική ηλικία (> 12-14 χρόνια για αγόρια και > 10-12 για κορίτσια)
- Εφηβική ηλικία (> 14-20 χρόνια για αγόρια και > 12-18 για κορίτσια)
- Ενήλικη ηλικία (μετά τα 20 ή 18 χρόνια για αγόρια και κορίτσια)

2.5 Διαφορές φύλου στο ρυθμό ανάπτυξης

Οι έρευνες επιβεβαιώνουν την κοινή πεποίθηση ότι τα κορίτσια ωριμάζουν πιο γρήγορα από τ' αγόρια (Cole 2002).

Η διαφορά στο ρυθμό της ανάπτυξης μεταξύ των δύο φύλων αρχίζει ήδη πριν από τη γέννηση. Στη μέση της εμβρυϊκής περιόδου, ο σκελετός των θηλυκών εμβρύων είναι κατά τρεις εβδομάδες περίπου πιο προηγμένες από το σκελετό των αρσενικών εμβρύων. Ακτινογραφίες των κέντρων ανάπτυξης (επιφύσεων) στις απολήξεις των οστών, δείχνουν ότι στη γέννηση ο σκελετός των κοριτσιών είναι κατά 4-6 εβδομάδες πιο ώριμος από το σκελετό των αγοριών και ότι μέχρι την εφηβεία είναι κατά 2 χρόνια πιο ανεπτυγμένος. Τα κορίτσια προηγούνται ακόμα και στην ανάπτυξη άλλων οργανικών συστημάτων αποκτούν τα μόνιμα δόντια τους, περνούν την εφηβεία και το σώμα τους αποκτά το πλήρες μέγεθος του νωρίτερα από τα αγόρια. Η ταχύτερη ωρίμανση των κοριτσιών είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό πολλών θηλαστικών.



2.6 ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ – ΝΗΠΙΑΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.6.1. Ψυχοκινητική ανάπτυξη

Η γνώση της ψυχοκινητικής ανάπτυξης και εξέλιξης του παιδιού από την νεογνική ως τη σχολική ηλικία είναι απαραίτητη για την παρακολούθηση και έγκαιρη διάγνωση μιας καθυστέρησης (Γεωργιάδου, 2004).

Το σύνολο των γονιδίων του ανθρώπινου οργανισμού προσδιορίζει και τη σωματική του ανάπτυξη. Στην περίπτωση της φυσιολογικής ανάπτυξης τα γονίδια είναι μεταξύ άλλων υπεύθυνα για την εκδήλωση από τον άνθρωπο συγκεκριμένων κινητικών συμπεριφορών την ίδια χρονική στιγμή. Το νευρικό σύστημα ωριμάζει με την πάροδο του χρόνου. Η περίοδος της γρήγορης ανάπτυξης του εγκεφάλου αρχίζει στα μέσα περίπου της κύησης. Παρόλα αυτά, 85% της ανάπτυξης του εγκεφάλου συμβαίνει μετεβρυϊκά. Η σειρά ωρίμανσης των διαφόρων τμημάτων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος αντιστοιχεί με τη φυλογενετική ανάπτυξή τους, δηλαδή ωριμάζουν με τη σειρά ο νωτιαίος μυελός, ο προμήκης, τα βασικά γάγγλια, ο διεγκέφαλος, ο μεσεγκέφαλος και τέλος ο τελικός εγκέφαλος. Ο εγκέφαλος ολοκληρώνει τη βασική ανάπτυξη του με τη συμπλήρωση της κυτταρικής διαίρεσης και αποπεράτωση της αγγείωσης και της μυελίνωσης στη νεογνική και βρεφική ηλικία.

Η μυελίνωση συμπληρώνεται μετά το 2ο χρόνο της ζωής. Σε ορισμένα μάλιστα τμήματα του εγκεφάλου η μυελίνωση τελειοποιείται μέχρι την ενηλικίωση. Ο εγκεφαλικός φλοιός ενός τελειόμηνου είναι ο μισός σε πάχος σε σχέση με εκείνο του ενήλικα. Η αύξηση θα προέλθει από την αύξηση του μεγέθους των νευρικών κυττάρων και του πολλαπλασιασμού τους. Τα τμήματα του εγκεφάλου αναπτύσσονται χωριστά και η διαδικασία πλήρους ωρίμανσης όλων των εγκεφαλικών δομών ολοκληρώνεται στο 6^ο έτος.

Στην ενδομήτριο ζωή ο εγκέφαλος παρουσιάζει τη μεγαλύτερη σχετικά αύξηση από άποψη όγκου. Οι διάφορες μέθοδοι εκτίμησης της ανάπτυξης δείχνουν ότι το πρόωρο υστερεί νοητικά από το τελειόμηνο, διότι υπολείπεται σε εγκεφαλική ωρίμανση.

Η εξέλιξη των διαφόρων λειτουργιών του εγκεφάλου συντελείται προοδευτικά ως εξής:

Α. Φυτικές λειτουργίες: Πλήρης ανάπτυξη του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος παρατηρείται κατά τη γέννηση.

Β. Αισθήσεις: Κατά σειρά ωρίμανσης: αφή, γεύση, όραση, ακοή και όσφρηση.

Γ. Κινήσεις: Οι κινήσεις είναι αρχικά αντανακλαστικές αθετωσικές, ενώ αργότερα χορειακές (αντανακλαστικές, ασύντακτες, αυτόματος).

Δ. Αρχέγονα αντανακλαστικά.

Ε. Εξαρτημένα Αντανακλαστικά: Αντιδράσεις μέσω αυτών ο εγκέφαλος επεμβαίνει στην έκλυση ή όχι των αυτόματων αντανακλαστικών. Στη συνέχεια τα εξαρτημένα αντανακλαστικά γίνονται πάμπολλα και υιοθετούνται διαδραματίζοντας καταλυτικό ρόλο στη διαμόρφωση του ανθρώπινου χαρακτήρα.

Στ. Συναισθημα –Ψυχή -πνεύμα

Ζ. Προσωπικότητα



2.7 Η Έννοια της Νοημοσύνης

Νοημοσύνη είναι το αποτέλεσμα πολλών λειτουργιών όπως είναι η αντίληψη, η μάθηση, η αξιοποίηση πολλών εξωτερικών ερεθισμάτων, η κρίση, η μνήμη, η λογική, η πείρα, η αντίληψη του χρόνου και η έκφραση.

Κατά τον Piaget, (1949) νοημοσύνη είναι η ανώτατη μορφή της πνευματικής προσαρμογής στο περιβάλλον, είναι το όργανο σύνδεσης υποκειμένου και κόσμου.

Κατά τον Hebb, (1949) υπάρχει η νοημοσύνη Α και η νοημοσύνη Β. Η νοημοσύνη Α είναι η ικανότητα της ανθρώπινης διάνοιας για μάθηση και έχει σχέση με την κληρονομικότητα. Η νοημοσύνη Β είναι οι διάφορες γνώσεις και ιδιότητες του ανθρώπου. Δεν υπάρχει νοημοσύνη Β χωρίς τη νοημοσύνη Α.

Κατά τον Εξαρχόπουλο, η νοημοσύνη είναι κατάσταση γενική και ιδιόρρυθμη, που εμφανίζεται σε όλες τις πνευματικές λειτουργίες του ατόμου, επιδρά σε αυτές και προσδίδει με τη συμμετοχή της ιδιαίτερο αποτύπωμα. (Α. Τσιλγκίρογλου-Φαχαντίδου 1991)

Γενικά, η έννοια της νοημοσύνης σύμφωνα με τους εγκυρότερους ψυχολόγους, δεν μπορεί να οριστεί ικανοποιητικά διότι δεν μπορεί να θεωρηθεί σαν κάτι το ενιαίο και το συγκεκριμένο, αφού, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, είναι το αποτέλεσμα πολλών λειτουργιών του εγκεφάλου. Για αυτό το λόγο είναι κοινά παραδεκτό ότι υπάρχουν επτά είδη νοημοσύνης: το λεκτικό, το μαθηματικό, το χωρικό, της μουσικότητας, της επιδεξιότητας στις σχέσεις με τους άλλους, των σωματικών ικανοτήτων και της αυτοσυναίσθησης. Το κάθε ένα από αυτά μπορεί να καταστραφεί ή να υπολειφτεί σε σχέση με τα υπόλοιπα, αν υποστεί βλάβη το αντίστοιχο σημείο του εγκεφάλου.

Ο επικρατέστερος σήμερα ορισμός της νοημοσύνης είναι αυτός που δόθηκε από τους Stern και Piaget σύμφωνα με τους οποίους νοημοσύνη είναι η γενική ικανότητα ενός ατόμου να κατευθύνει ενσυνείδητα τη σκέψη του σε νέες απαιτήσεις. Είναι μια γενική πνευματική ικανότητα προσαρμογής σε νέες καταστάσεις και όρους ζωής και είναι το αποτέλεσμα της συνεπίδρασης και της συναίρεσης όλων των ψυχικών λειτουργιών του ατόμου.

Συνεπώς η νοημοσύνη ταυτίζεται σχεδόν με την προσωπικότητα και διαρκώς εξελίσσεται κατά τη διαρκή αλληλεπίδραση κληρονομικότητας και περιβάλλοντος ιδίως κατά την πρώτη παιδική ηλικία. Δηλαδή η νοημοσύνη ή η προσωπικότητα με την ευρύτερη έννοια, το ενιαίο αυτό όργανο προσαρμογής δεν δίνεται στον άνθρωπο

σαν κάτι εφάπαξ και τελειωμένο αλλά εξελίσσεται. Στον άνθρωπο δίνονται οι καταβολές, το γενετικό υπόστρωμα, αλλά η σημασία του περιβάλλοντος είναι τεράστια για την ανάπτυξη της νοημοσύνης. (Ι. Τσίκουλας 2004)

2.7.1 Σημασία του Δείκτη Νοημοσύνης

Η μέτρηση της νοημοσύνης ενός ατόμου γίνεται με ειδικά τεστ που ονομάζονται τεστ νοημοσύνης. Ανάλογα με τις ικανότητες που θα δείξει το παιδί στο τεστ νοημοσύνης, τοποθετείται σε μια ηλικία η οποία ονομάζεται νοητική ηλικία. Αν η νοητική αυτή ηλικία του παιδιού διαιρεθεί με τη χρονολογική ηλικία και το πηλίκο πολλαπλασιαστεί με το 100 προκύπτει ένας αριθμός ο οποίος ονομάζεται πνευματικό πηλίκο ή δείκτης νοημοσύνης (Δ.Ν., Intelligence Quotient, IQ) :

Δείκτης νοημοσύνης = Νοητική ηλικία * 100/ χρονολογική ηλικία.

Αναφερόμενοι λοιπόν στην έννοια της νοημοσύνης, δεν θα μπορούσαμε να μην αναφερθούμε στο δείκτη νοημοσύνης (Δ.Ν.) ο οποίος εκτιμάει ένα μέρος των ψυχοπνευματικών δυνατοτήτων του ατόμου αλλά όχι τη νοημοσύνη σε όλη της την έκταση καθώς είναι συνηθισμένη σε πολλά άτομα, η ύπαρξη πολλών φυσιολογικών λειτουργιών παράλληλα με τις παθολογικές ιδίως στα άτομα με ελαφρά Ν.Υ.). Αυτό συμβαίνει κυρίως λόγω της ύπαρξης «νησίδων» φυσιολογικής νοημοσύνης σε μια παθολογική γενικά νοημοσύνη αλλά και λόγω της ύπαρξης «πολλών ειδών» νοημοσύνης.

Επομένως ο Δ.Ν. είναι περισσότερο μια στατική και αριθμητική εκτίμηση των πραγμάτων που ωστόσο καθιστά δυνατή μια κατά κάποιο τρόπο αντικειμενική έκφραση της πνευματικότητας του ατόμου ιδιαίτερος όταν πρόκειται για παιδιά της προσχολικής και της σχολικής ηλικίας για τα οποία προορίζονται τα περισσότερα από τα τεστ.

Γενικά ο Δ.Ν. είναι χρήσιμος στις εξής περιπτώσεις:

1. Όταν πρέπει να γνωρίζουμε αν ένα παιδί με κάποια μαθησιακή δυσκολία (πχ δυσλεξία) ή με κάποια διαταραχή της συμπεριφοράς (πχ υπερκινητικό σύνδρομο) έχει φυσιολογική νοημοσύνη ή είναι νοητικά στερημένο, που είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να καθοριστεί ο τρόπος της εκπαίδευσής του.

2. Στην περίπτωση των παιδιών που πάσχουν από κάποια μεταβολική (πχ φαινυλκετονουρία), ενδοκρινολογική (πχ υποθυρεοειδισμό) ή άλλη διαταραχή και πρέπει να γνωρίζουμε αν έχουν ή όχι φυσιολογική νοημοσύνη, για τον καθορισμό του τρόπου εκπαίδευσης και για την παρακολούθηση της επίδρασης της θεραπείας.

3. Για ερευνητικούς σκοπούς, όταν δηλαδή γίνεται κάποια μελέτη και απαιτείται κάποιος συγκρίσιμος ποσοτικός προσδιορισμός.

Φυσικά θα πρέπει να τονιστεί ότι ο Δ.Ν. σε καμιά περίπτωση δεν αποτελεί αδιαμφισβήτητο κριτήριο της μελλοντικής επιτυχίας ενός παιδιού στον επαγγελματικό τομέα και γενικά στη ζωή, δεδομένου ότι υπάρχουν άτομα με υψηλό Δ.Ν. που αποτυγχάνουν στη ζωή και άλλα με χαμηλό που επιτυγχάνουν. Μάλιστα στα σύγχρονα συγγράμματα της αναπτυξιακής παιδιατρικής αναφέρονται σαν παθολογικές οι δυο ακραίες καταστάσεις της νοημοσύνης, τα νοητικά στερημένα παιδιά με Δ.Ν. κάτω του 70 και τα πολύ προικισμένα νοητικά παιδιά με Δ.Ν. πάνω από 170. Και οι δυο καταστάσεις ξεφεύγουν από αυτό που θεωρείται φυσιολογικό και χρειάζονται ιδιαίτερη αντιμετώπιση.

Αλλωστε πρέπει να ξέρουμε ότι ο μετρηθείς Δ.Ν. ισχύει για την εποχή που μετρήθηκε. Από κει και πέρα μπορεί να υπάρξουν μεταβολές λόγω ηλικίας, εκπαίδευσης, εμπειρίας και συνθηκών ζωής. Ο γενικός Δ.Ν. πέφτει με το πέρασμα των ετών (κατά 3-4 βαθμούς κάθε δεκαετία μετά τα 20) αλλά οι νοητικές λειτουργίες αναπτύσσονται καθώς το άτομο μεγαλώνει. Η μια νοητική λειτουργία είναι αυτή που ονομάζεται «αποκρυσταλλωμένη νοημοσύνη» και είναι αυτή που περιέχει τη συνολική γνώση και εμπειρία του κάθε ανθρώπου. Η άλλη είναι αυτή που ονομάζεται «μακροπρόθεσμη καταχώρηση και ανάσυρση» και είναι η ικανότητα να ανακαλεί κανείς δεδομένα και εμπειρίες της μνήμης του από το μακρινό παρελθόν. Οι δυο αυτές λειτουργίες μαζί θεωρείται ότι συνιστούν τη σοφία.

Βέβαια σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθούν και κάποιοι παράγοντες που επηρεάζουν τη νοητική ικανότητα. Έτσι η έλλειψη κινήτρων, η αδυναμία να επιμένει κανείς σε κάτι, η ανεξέλεγκτη παρορμητικότητα και η αδυναμία επίγνωσης των ορίων που έχει κάθε άτομο μπορούν να υπονομεύσουν τη νοητική ικανότητα όσο υψηλή και αν είναι. Οι άνθρωποι που εμφανίζουν αυτούς τους παράγοντες δεν έχουν τη λεγόμενη «άρρητη γνώση» ή αλλιώς την «συναισθηματική νοημοσύνη», αυτή την πρακτική νοημοσύνη, την κοινή λογική, που δεν διδάσκεται αλλά που από αυτήν εξαρτάται η επιτυχία στη ζωή. Το μυστικό της νοημοσύνης, συνίσταται στο να αξιοποιεί κανείς τις καλύτερες δυνατότητές του. Αρα ένας υψηλός Δ.Ν. δε σημαίνει

τίποτα μόνος του σαν μέτρηση ούτε σημαίνει τίποτα για αυτόν που τον έχει όταν δεν τον αξιοποιεί όπως πρέπει.

Συμπερασματικά θα μπορούσε να λεχθεί ότι για να ολοκληρωθεί η ψυχοπνευματική εκτίμηση ενός παιδιού, για να δοθεί υπεύθυνα ένα «προφίλ» των ικανοτήτων του και των δυσχερειών του και για να μπορούμε να προβλέψουμε με αρκετά μεγάλη προσέγγιση τη μελλοντική του ζωή πρέπει εκτός από το Δ.Ν., που εκτιμάται με τα τεστ νοημοσύνης, να εκτιμηθούν και με τα διάφορα άλλα ψυχολογικά τεστ και άλλες ικανότητες όπως η ανάγνωση, η γραφή, η αριθμητική, οι κινητικές λειτουργίες, η επιδεξιότητα, ο συναισθηματικός κόσμος, η ικανότητα δημιουργίας σχέσεων και προσαρμογής στις εκάστοτε συνθήκες του περιβάλλοντος και ιδίως να εκτιμηθεί αυτό που δε μετριέται με κανένα τεστ, αλλά έχει τεράστια αξία, κι αυτό είναι το «alertness» όπως λέγεται διεθνώς και που σημαίνει την ετοιμότητα ενός ατόμου, την ύπαρξη μιας ποιότητας στην όλη του παρουσία.

Όλα αυτά πρέπει να συνεκτιμούνται με το περιβάλλον του παιδιού καθώς και με το ατομικό του και το κληρονομικό του ιστορικό. (Ι. Τσίκουλας 2004)

Γενικά, ένα παιδί που έχει βεβαρημένο ιστορικό ή κακό τοκετό πρέπει να εξετάζεται και να παρακολουθείται με ιδιαίτερη προσοχή, όταν κανείς γνωρίζει τα ορόσημα της ανάπτυξης. Δεν είναι ανάγκη να είναι απαραίτητα κάποιος αναπτυξιολόγος παιδίατρος για να δει κάποια ύποπτα σημεία ή κάποιες ενδείξεις ότι το παιδί υστερεί σε κάποιους τομείς (δεξιότητες) ή δεν έχει ομαλή ψυχοκινητική εξέλιξη. Παρόλο που είναι αδύνατο να διατυπωθεί η φυσιολογική σειρά ανάπτυξης, μπορεί ωστόσο να διαπιστωθεί η απόκλιση από το μέσο όρο. Όσο πιο μεγάλη απόκλιση υπάρχει από το μέσο όρο σε κάθε μέτρηση του παιδιού τόσο πιο απίθανο είναι να είναι φυσιολογικό.

Υπάρχουν πάντως ευρέα περιθώρια για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων που θα αναφερθούν λεπτομερώς σε επόμενο κεφάλαιο. (Α. Τσιλγκίρογλου- Φαχαντίδου 1991)

2.8 Συναισθηματική ανάπτυξη

Συναίσθημα

Συναίσθημα μπορεί να ορισθεί ο συγκινησιακός τόνος ή η ψυχική κατάσταση ή το αίσθημα με το οποίο οι άνθρωποι αντιδρούν στις συνθήκες της ζωής τους (Cole 2002).

Τα αισθήματα που προκαλεί μια εμπειρία είναι μια μόνο πτυχή του συναισθήματος. Τα συναισθήματα έχουν μια φυσική αντιστοιχία. Συνοδεύονται από εντοπίσιμες σωματικές αντιδράσεις όπως η αλλαγή του ρυθμού των καρδιακών παλμών ή της αναπνοής. Επίσης, τα συναισθήματα δείχνουν στους άλλους της εσωτερική συγκινησιακή μας κατάσταση μέσω των εκφράσεων του προσώπου και σαφών μορφών της συμπεριφοράς.

Η συναισθηματική ανάπτυξη είναι ραγδαία ως αποτέλεσμα της προοδευτικής ωρίμανσης του ΚΝΣ σε συνδυασμό με τα ποικίλα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα παρατηρείται η ακόλουθη σταδιακή ανάπτυξη του συναισθήματος:

- A. το συναίσθημα, δηλαδή η ευχάριστη, δυσάρεστη ή άλλη ψυχική κατάσταση αναπτύσσεται από την αρχή.
- B. οι διάφορες πιο εκλεπτυσμένες εκδηλώσεις του συναισθήματος όπως η δυσφορία, το γέλιο, η αγάπη, η δειλία, η συμπάθεια καθώς και οι πιο σύνθετες συναισθηματικές καταστάσεις όπως η κοινωνικότητα, η εχθρικότητα, οι αρετές, οι κακίες από τα οποία, συντίθενται ο ψυχικός μας κόσμος αναπτύσσονται με τη σειρά. Οι «αρετές» και οι «κακίες» αποτελούν αποχρώσεις των ψυχικών αντιδράσεων του ατόμου και εξαρτώνται από το γενετικό υπόστρωμα, που τροποποιείται και διαμορφώνεται ακόμη περισσότερο με την επίδραση του περιβάλλοντος (Γεωργιάδου 2004).

Η ψυχική εξέλιξη του παιδιού μπορεί παραστατικά να διαιρεθεί στις παρακάτω περιόδους:

- ο της ψυχικής ενότητας με τη μητέρα (0-6 μήνες).
- ο της αναζήτησης (> 6-18 μηνών).
- ο των ερωτημάτων, των απαιτήσεων και του αρνητισμού (> 18 μηνών – 4 χρόνων).
- ο τη προσχολική (> 4-6 χρόνων).
- ο τη σχολική (> 6-12 χρόνων)

2.8.1 Κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού

Κοινωνικοποίηση

Ως κοινωνικοποίηση ορίζεται «η διαδικασία απόκτησης και ανάπτυξης προσωπικών τύπων συμπεριφοράς, αξιών, μέτρων, ικανοτήτων και προτύπων από το άτομο, χαρακτηριστικά που προκύπτουν από την επαφή του ατόμου με το κοινωνικό σύνολο μιας ορισμένης κοινωνίας» (Cole 2002).

Στη διαδικασία της κοινωνικοποίησης εμπλέκονται πολλά άτομα, όπως οι γονείς, τα αδέρφια, οι φίλοι. Αλλά και θεσμοί, όπως η εκκλησία, το σχολείο καθοδηγούν το άτομο σε όλη τη διαδικασία της κοινωνικοποίησής του μέσα από την εκπαίδευση, την αποδοχή ή την απόρριψη.

Η κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού ξεκινάει από τη στιγμή που αναπτύσσεται μια στενή συναισθηματική σχέση ανάμεσα στο παιδί και τη μητέρα ή κάποιο άλλο πρόσωπο. Το παιδί για να καλλιεργήσει, να συντηρήσει και να διατηρήσει αυτό το συναισθηματικό δεσμό με τη μητέρα του πρέπει να αναπτύξει τόσο τις αισθητηριακές του ικανότητες όσο και ένα σύνολο συμπεριφορών, ανάλογων κάθε φορά με την ηλικία του.

Ιδιαίτερα καθοριστικό για τη θεμελίωση του δεσμού μητέρας παιδιού είναι το πρώτο έτος της ζωής του. Ο BRACKBILL (1979) διακρίνει με βάση τη συμπεριφορά τα ακόλουθα στάδια ανάπτυξης του δεσμού μητέρας-παιδιού.

- Το παιδί ψάχνει να βρεθεί κοντά στη μητέρα ή στο πρόσωπο που του είναι σημαντικό.
- Αντιστέκεται στο χωρισμό.
- Χρησιμοποιεί τη μητέρα ως σημείο αναφοράς και ασφάλειας, όταν βρεθεί σε συνθήκες που τον προκαλούν ανασφάλεια.
- «Γαντζώνεται» επάνω της όταν φοβάται.
- Το παιδί προσπαθεί να έχει την προσοχή και την αναγνώριση της μητέρας η των σημαντικών γι' αυτό προσώπων.

Η συμπεριφορά που εκδηλώνει το άτομο στην προσπάθειά του να προσαρμοστεί στον κοινωνικό του περίγυρο δηλώνει εσωτερικές διεργασίες και εξωτερικές σχηματοποιημένες συμπεριφορές (αυτές που έχουν άμεση σχέση με την προσωπικότητα του ατόμου). Υπάρχουν εξωτερικές – φανερές στην παρατήρηση

συμπεριφορές, και εσωτερικές- κρυφές συμπεριφορές με την έννοια των εμπειριών, των συναισθημάτων και της σκέψης.

Έτσι εκτός των παραπάνω παρατηρούμε ότι το παιδί από τη φύση του εκδηλώνει συμπεριφορές που εξαρτώνται άμεσα από το ψυχικό και συναισθηματικό του κόσμο, όπως π.χ. ψάχνει, ερευνά, αποφεύγει, εύχεται, συγκρατείται, θέλει να είναι αξιαγάπητο, είναι χαρούμενο, φοβισμένο, επιθετικό.

2.8.2 Η άκαμψία της σκέψης είναι ένα από τα τρία διαγνωστικά κριτήρια που συναντούνται στην αυτιστική διαταραχή.

Σύμφωνα με τους Jordan & Powell (1995a) η άκαμπτη, κυριολεκτική και μη ευέλικτη σκέψη των ατόμων με αυτισμό είναι αποτέλεσμα δυσλειτουργίας της αλληλεπίδρασης τεσσάρων βασικών παραγόντων: της πρόσληψης των ερεθισμάτων, της κατηγοριοποίησης-επεξεργασίας τους, της αποθήκευσής τους και της ανάκλησής τους υπό μορφή πληροφοριών.

Αποτέλεσμα των περισσότερων δυσκολιών, είναι η αδυναμία εξαγωγής του νοήματος από τις προσλαμβανόμενες περιστάσεις και ιδιαίτερα από αυτές που σχετίζονται με την κοινωνικότητα (Frith 1989). Τα άτομα με αυτισμό μπορούν να αλληλεπιδρούν με τους άλλους ανθρώπους και τα αντικείμενα σε ένα πρώτο επίπεδο το οποίο αφορά τα αισθητηριακά ερεθίσματα. Όμως, επειδή δεν προσλαμβάνουν το ευρύτερο κοινωνικό και γνωστικό μήνυμα των βιωμένων καταστάσεων, έχουν χαμηλή ικανότητα να αλλάξουν τις ρουτίνες και τις συμπεριφορές. Γι' αυτό προσπαθούν να κρατήσουν τη ζωή τους προβλέψιμη εμμένοντας στα ίδια. Αποτέλεσμα αυτής της ανάγκης είναι η ανάπτυξη εμμονών, η εμφάνιση άσχημων συμπεριφορών στις αλλαγές και οι στερεοτυπικές δραστηριότητες.

Το φάσμα των εμμονών διαφέρει από άτομο σε άτομο και μπορεί να αφορά, για παράδειγμα, τη συλλογή κάποιων συγκεκριμένων ασήμαντων αντικειμένων ή την εμμονή σε ιδιαίτερες φόρμες ή μοντέλα, όπως τεμνόμενες γραμμές ή σπирάλ (Jordan 1996). Εκείνα τα άτομα με αυτισμό που αναπτύσσουν προφορική ομιλία μπορεί να συμπεριλαμβάνουν στις εμμονές τους και τον προφορικό λόγο, μιλώντας συνέχεια για το ίδιο πράγμα ή κάνοντας συνεχώς στερεότυπες ερωτήσεις στους άλλους. Στις στερεοτυπικές και επαναληπτικές δραστηριότητες συμπεριλαμβάνονται οι στάσεις

των δακτύλων του χεριού, το ανεβοκατέβασμα των χεριών, οι κινήσεις του σώματος και η παράξενη χρήση αντικειμένων και παιχνιδιών. Η Newson (1979a) υποστηρίζει ότι αυτές οι στερεοτυπικές συμπεριφορές μπορεί να παρατηρηθούν στα περισσότερα παιδιά με αυτισμό ανεξάρτητα από το νοητικό τους δυναμικό, ενώ ο Rutter (1978) αντίθετα θεωρεί ότι συναντώνται περισσότερο σε παιδιά με χαμηλό νοητικό δυναμικό. Σύμφωνα με τη Wing (1996, 2000) οι στερεοτυπίες είναι περισσότερο εμφανείς όταν το παιδί με αυτισμό είναι σε έξαρση ή όταν βλέπει κάτι το οποίο το ενδιαφέρει, ενώ η Newson (1979) τις ταυτίζει με την εμφάνιση του παιχνιδιού στα φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιά, υποστηρίζοντας ότι αυτό είναι το μόνο είδος παιχνιδιού που μπορούν να αναπτύξουν, εξαιτίας των γνωστικών τους δυσκολιών, για να απασχολήσουν τους εαυτούς τους.

2.9 Αισθητηριακές λειτουργίες

Τα αισθητηριακά συστήματα ενός οργανισμού είναι οι κύριοι μηχανισμοί με τους οποίους δέχεται πληροφορίες από το περιβάλλον. Τα φυσιολογικά τελειώμνα βρέφη έρχονται στον κόσμο με όλα τους τα αισθητηριακά συστήματα να λειτουργούν, αλλά τα συστήματα αυτά δεν βρίσκονται όλα στο ίδιο επίπεδο ωρίμανσης. Τα όργανα των διάφορων συστημάτων αναπτύσσονται με διαφορετικούς ρυθμούς (ετερόχρονα) σε όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης του παιδιού.

✓ Ακοή

Βρέφη ηλικίας μόλις λίγων λεπτών μπορεί να τιναχτούν ή ακόμη και να βάλουν τα κλάματα με ένα δυνατό θόρυβο. Μπορεί επίσης να γυρίσουν το κεφάλι προς τη πηγή του θορύβου, ένδειξη ότι μπορούν να εντοπίσουν αδρά του ήχο μέσα στο χώρο (Weiss, Zelazo & Swinn, 1988). Η ευαισθησία στον ήχο βελτιώνεται θεαματικά στη βρεφική ηλικία, με βραδύτερους ρυθμούς αργότερα, και φτάνει στο επίπεδο των ενηλίκων στην ηλικία των 10 ετών.

✓ Όραση

Τα βασικά ανατομικά στοιχεία του οπτικού συστήματος υπάρχουν κατά τη γέννηση, αλλά δεν έχουν αναπτυχθεί πλήρως και δεν έχουν καλό συντονισμό (Aslin, 1987). Ο φακός του ματιού είναι κάπως ανώριμος. Εστιάζει τις εικόνες αρκετά χιλιοστά πίσω από τον αμφιβληστροειδή και, έτσι, οι εικόνες στον αμφιβληστροειδή

είναι θολές. Επίσης, οι κινήσεις των ματιών του βρέφους δεν είναι αρκετά συντονισμένες ώστε τα συμπληρωματικά είδωλα στους δύο αμφιβληστροειδής να σχηματίζουν μια σαφή σύνθετη εικόνα.

Παρόλ' αυτά ξεχωρίζει από τις πρώτες εβδομάδες το φως από το σκοτάδι και κλείνει τα βλέφαρα, όταν ρίχνουμε στα μάτια του φως. Η ανωριμότητα ορισμένων νευρικών δίοδων που μεταφέρουν πληροφορίες από τον αμφιβληστροειδή στον εγκέφαλο, περιορίζει ακόμη περισσότερο τις οπτικές ικανότητες των νεογέννητων. (Atkinson & Braddick, 1982)

✓ Γεύση και όσφρηση

Τα νεογέννητα έχουν ανεπτυγμένη την αίσθηση της όσφρησης και της γεύσης. Προτιμούν τις γλυκές από τις ξινές γεύσεις. Τα νεογέννητα ακόμα χρησιμοποιούν εκφράσεις του προσώπου που συνοδεύουν τις διάφορες γεύσεις μοιάζουν εντυπωσιακά με εκείνες των ενηλίκων όταν αντιμετωπίζουν τις ίδιες γεύσεις, απόδειξη ότι οι εκφράσεις αυτές είναι εγγενείς.

✓ Αφή, θερμοκρασία και θέση

Η ικανότητα αντίληψης του αγγίγματος στο δέρμα, των αλλαγών της θερμοκρασίας και των αλλαγών στη θέση του σώματος, αναπτύσσεται πολύ στην προγενετική περίοδο. Αν και στις αισθητηριακές αυτές ικανότητες δεν έχει δοθεί η ίδια προσοχή που έχει δοθεί στην όραση και στην ακοή, αυτό δεν σημαίνει ότι είναι λιγότερο σημαντικές για την επιβίωση του βρέφους. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ευαισθησία στο άγγιγμα αυξάνει κατά τις πρώτες ημέρες μετά τη γέννηση. Δεν ξέρουμε κατά πόσο τα νεογέννητα μπορούν να ξεχωρίσουν τα διάφορα ερεθίσματα της αφής ή να καθορίσουν πιο μέρος του σώματος δέχθηκε το άγγιγμα και γνωρίζουμε ελάχιστα για τον τρόπο που αναπτύσσονται αυτές οι ικανότητες.

Τα νεογέννητα είναι ευαίσθητα στις αλλαγές της θερμοκρασίας γιατί η απότομη πτώση της τα κάνει να εμφανίζουν μεγαλύτερη ενεργητικότητα. Αντιδρούν επίσης στην απότομη αλλαγή της θέσης του σώματος με σαφείς κινήσεις αντανακλαστικού τύπου.

2.9.1 Αντίληψη

Τα τρία στάδια του αντιλαμβανόμενου

Όταν λέμε ότι «αντιλαμβανόμαστε», εννοούμε κάτι πολύ περισσότερο από αυτό που βλέπουμε, ακούμε, ψηλαφούμε, μυρίζουμε, γευόμαστε, αισθανόμαστε. Στην περίπτωση της αντίληψης πρόκειται για τη διαδικασία κατά την οποία μετατρέπουμε σε πληροφορίες τα φυσικά ερεθίσματα που προσλαμβάνουμε χάρη στα αισθητήρια όργανα και το περιβάλλον.

Χάρη στην αντιληπτική μας ικανότητα μετατρέπουμε σε σταθερές, ταξινομημένες εμπειρίες, και οργανώνουμε όλα τα ερεθίσματα από το περιβάλλον. Τα ερεθίσματα αυτά είναι τις περισσότερες φορές ανάμεικτα και διαρκώς μεταβαλλόμενα.

Μια ταξινομημένη πλέον εμπειρία μας αποτελεί αυτό που έχουμε αντιληφθεί. Πρόκειται δηλαδή για την απεικόνιση των πληροφοριών του φυσικού ερεθίσματος που δεχθήκαμε, στον εγκέφαλό μας. Είναι ένα φαινομενικό σύνολο που αποτελείται από διαφορετικά ψυχικά δρώμενα, όπως η κρίση, η υπόθεση, η ανάμνηση, η σύγκριση και τέλος, η υιοθέτηση του ερεθίσματος.

Ø Για πρακτικούς λόγους κατανόησης διακρίνουμε στη διαδικασία της αντίληψης τα εξής τρία στάδια:

1. την αίσθηση.
2. την αντίληψη με τη στενή έννοια και
3. την κατηγοριοποίηση.

«Η Αίσθηση» είναι η πρόσληψη του ερεθίσματος του περιβάλλοντος μέσω των αισθητήριων οργάνων. Σ' αυτό το πρώτο στάδιο μετατρέπεται η φυσική ενέργεια του ερεθίσματος όπως τα ακουστικά κύματα ή η δέσμη του φωτός, σε δραστηριότητα των εγκεφαλικών κυττάρων με τη βοήθεια του νευρικού συστήματος. Η ποιότητα των μεταφερόμενων πληροφοριών εξαρτάται από την ποιότητα και από τις ικανότητες των αισθητήριων οργάνων.

«Η αντίληψη με τη στενή έννοια», ο οργανισμός κατασκευάζει μια εσωτερική απεικόνιση του αντικειμένου ή του γεγονότος που αποτελούσε το ερέθισμα, την «πρώτη εμπειρία». Αυτή την εσωτερική απεικόνιση, την πληροφορία, επεξεργάζεται ο οργανισμός σε αυτό το στάδιο.

Την συγκρίνει και την οργανώνει μέσα από ανώτερες εγκεφαλικές διεργασίες, έτσι ώστε να μετατρέψει τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά της σε αναγνωρίσιμα από αυτόν σχήματα και εμπειρίες.

«Η κατηγοριοποίηση», ο ανθρώπινος εγκέφαλος τοποθετεί τις νέες εμπειρίες του (αυτό που έχει αντιληφθεί) σε γνωστές σε αυτόν κατηγορίες. Αυτό σημαίνει ότι η κατηγοριοποιημένη πλέον εμπειρία είναι στη διάθεσή του όποτε αυτός τη χρειαστεί, εύκολα, γρήγορα και οικονομικά. Ανάμεσα στο δεύτερο και το τρίτο στάδιο της αντίληψης δεν υπάρχει ουσιαστικός ή χρονικός διαχωρισμός, μας και τα δύο στάδια βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση και εκδηλώνονται σχεδόν ταυτόχρονα.

Η κατηγοριοποίηση αναφέρεται κυρίως σε υψηλής σημασίας και ποιότητας διεργασίες που κάνει ο εγκέφαλος. Ο εγκέφαλος συγκρίνει πάντα τη νέα του εμπειρία με την προηγηθείσα γνώση, τις επιθυμίες και τις προσδοκίες του ατόμου, τις συνέπειες που μπορεί αυτή να έχει, και κατόπιν την τοποθετεί στην αντίστοιχη κατηγορία.

Καθώς το παιδί ωριμάζει η αντίληψη εξαρτάται από τη λειτουργία του ΚΝΣ, και η ανάπτυξή της φαίνεται από την αύξηση της ταχύτητας και της πολυπλοκότητας των πληροφοριών του περιβάλλοντος που πρέπει να επεξεργαστεί.

Η επιδέξια κινητική δραστηριότητα (προσαρμοστική απάντηση) απαιτεί συνέργια του ελέγχου στάσης, ισορροπίας, προσανατολισμού έναρξης κίνησης και ελέγχου της κίνησης, για τα οποία είναι ουσιώδης η φυσιολογική ιδιοδεκτικότητα. Κάποιες αισθητικές λειτουργίες όπως η συνέργια ματιού-χεριού, η επίγνωση του σώματος, η αντίληψη της ετεροπλευρικότητας, της απόστασης, χώρου και χρόνου (κιναισθησία) επηρεάζουν την κινητική ανάπτυξη και επηρεάζονται από αυτήν.

6.1.1 Διαταραχές της ικανότητας αντίληψης – μορφές εμφάνισης - συνέπειες

Οι κυριότερες διαταραχές της ικανότητας αντίληψης είναι:

- ✓ διαταραχές οπτικής αντίληψης.
- ✓ διαταραχές ακουστικής αντίληψης.
- ✓ διαταραχές της αντίληψης μέσω της αφής.
- ✓ διαταραχές της αντίληψης της κίνησης.

Οποιαδήποτε μορφή διαταραχής στην αντιληπτική ικανότητα του ατόμου επιδρά αρνητικά στην ανάπτυξή του. Σε άτομα με διαταραγμένη ικανότητα αντίληψης παρατηρούμε:

- 1) μαθησιακές δυσκολίες.
- 2) Καθυστέρηση νοητικής ανάπτυξης.
- 3) Αποκλίσεις στη διαδικασία σκέψης.
- 4) Αποκλίσεις στη συμπεριφορά.
- 5) Κινητικές δυσκολίες.

Η οπτική αντίληψη (οπτικό σύστημα αντίληψης)

Το οπτικό σύστημα αντίληψης χωρίζεται στους παρακάτω τομείς:

- Αντίληψη των βασικών σχημάτων: Η ικανότητα οπτικής αντίληψης σημαντικών και μη σημαντικών σχημάτων.
- Οπτικοκινητικός συντονισμός: Η ικανότητα να αντιλαμβανόμαστε χάρη στην οπτική αντίληψη και ανάλογα να συντονίζουμε τις κινήσεις των μερών του σώματος.
- Αντίληψη των ομοιοτήτων: Η ικανότητα να αναγνωρίζουμε τα όμοια ανεξάρτητα από την οπτική γωνία από την οποία τα βλέπουμε.
- Θέση στον χώρο: Η ικανότητα ν' αντιλαμβανόμαστε τη θέση αντικειμένων και προσώπων στο χώρο καθώς και τη θέση του σώματός μας σε σχέση με αυτά.
- Αντίληψη του σχήματος: Η ικανότητα να αντιλαμβανόμαστε οπτικά το σχήμα αντικειμένων και προσώπων που μας περιβάλλουν.
- Αντίληψη του χρώματος: Η ικανότητα να αντιλαμβανόμαστε τη διαφορετικότητα των χρωμάτων των αντικειμένων και των προσώπων του περιβάλλοντός μας.
- Οπτική μνήμη: Η ικανότητα της ανάμνησης αντικειμένων και προσώπων που τα έχουμε ξαναδεί.

Το όργανο της οπτικής αντίληψης είναι το μάτι και έχει διαφορετικούς ρόλους και ικανότητες διάκρισης, όπως του διαχωρισμού της φωτεινότητας της προσαρμογής

στο σκοτάδι, της διάκρισης των χρωμάτων και του διαχωρισμού και της αναγνώρισης των σχημάτων.

Τα ερεθίσματα που δέχεται το μάτι, οφθαλμός, χαρακτηρίζονται κόμματα φωτός τα οποία συλλαμβάνονται και διαβιβάζονται μέσω του αμφιβληστροειδή χιτώνα στον εγκέφαλο για ν' αναγνωριστεί η οπτική εμπειρία.

Η ανάπτυξη της ικανότητας της οπτικής αντίληψης ξεκινά αμέσως μετά τη γέννηση του παιδιού. Παρατηρούμε ότι το παιδί ακολουθεί με τη ματιά του αντικείμενα που κινούνται αργά στο χώρο.

Όπως είδαμε προηγουμένως η αντίληψη είναι η διαδικασία της πρόσληψης των πληροφοριών από το περιβάλλον, η προώθησή τους στον εγκέφαλο με τελική συνέπεια την επεξεργασία και ταξινόμησή τους.

Τη διαδικασία της αντίληψης στη ψυχοκινητική τη διακρίνουμε σε εσωτερική και εξωτερική, ανάλογα με το αν το ερέθισμα είναι εσωτερικό (προέρχεται από το ψυχικό κόσμο) ή εξωτερικό (προέρχεται από το περιβάλλον).

Η αντίληψη είναι μια ατομική διαδικασία που αποκτά σημασία μόνο όταν συνοδεύεται από συγκεκριμένη αντίδραση του ατόμου, δηλαδή από την εκδήλωση κάποιας δράσης, κάποιας ενέργειας.

Τη στιγμή που το άτομο δέχεται ένα ερέθισμα από το περιβάλλον, ακολουθεί το λεγόμενο «κύκλο της αντίληψης», η εκδήλωση του οποίου εξαρτάται τόσο από το γνωστικό και αναπτυξιακό του επίπεδο, όσο και από τις συνθήκες του περιβάλλοντος που ζει.

Τα ακόλουθα μέρη αποτελούν τον κύκλο της αντίληψης:

1. Ο εντοπισμός του ερεθίσματος –δηλαδή η συγκέντρωση σε συγκεκριμένα ερεθίσματα.
2. Η εκδήλωση δράσης από το άτομο με στόχο τη γνωριμία του με το ερέθισμα.
3. Η αναγνώριση και η περιγραφή της σημασίας του ερεθίσματος.
4. Η αφομοίωση του ερεθίσματος στο υπάρχον ρεπερτόριο που διαθέτει το άτομο από προηγούμενα ερεθίσματα.
5. Η διατύπωση των προσδοκιών του ατόμου.
6. Η δημιουργία και η διαφοροποίηση των σχεδίων δράσης του.
7. Η διασύνδεση με ανώτερα διαβαθμισμένες δομές.

Στον παραπάνω κύκλο συμμετέχουν συγχρόνως τόσο τα νέα όσο και παλαιά ερεθίσματα. Ο Gibson (1982) διακρίνει πέντε «συστήματα» αντίληψης όπως και τα ονομάζει.

1. Το βασικό σύστημα προσανατολισμού.
2. Το ακουστικό σύστημα προσανατολισμού.
3. Το σύστημα της αφής.
4. Το σύστημα της όσφρησης και της γεύσης.
5. Το οπτικό σύστημα.

Η ακουστική αντίληψη

Στην ικανότητα ακουστικής αντίληψης του ανθρώπου μπορούμε να διακρίνουμε τα ακόλουθα μέρη:

- Την ακουστική προσοχή: Η ικανότητα να συγκεντρωνόμαστε και να προσλαμβάνουμε τα ακουστικά ερεθίσματα.
- Την αντίληψη βασικών ακουστικών «σημμάτων»: Η ικανότητα που έχουμε ότι αποσυνθέτουμε- να διαχωρίζουμε τα σημαντικά από τα μη σημαντικά για εμάς ακουστικά ερεθίσματα.
- Την τοπικιστική ακουστική αντίληψη: Είναι η ικανότητά μας να προσδιορίζουμε στο χώρο τη θέση της πηγής από όπου παράγεται ο ήχος τον οποίο ακούμε.
- Τη διαχωριστική ακουστική αντίληψη: Η ικανότητα να βρίσκουμε και να ταξινομούμε διαφορές και ομοιότητες ανάμεσα σε διαφορετικά ακουστικά ερεθίσματα.
- Την ακουστική σημαντικότητα: Η ικανότητα μας να αποθηκεύουμε και να ξαναχρησιμοποιούμε όταν κριθεί αναγκαίο αυτό που ακούσαμε.
- Την ακουστική κατανόηση: Η ικανότητά μας να κατανοούμε αυτό που ακούμε και να το διαβαθμίζουμε από πλευράς του περιεχομένου του.

Η ανάπτυξη της ικανότητας της ακουστικής αντίληψης του ανθρώπου ξεκινά κιόλας από τον 5ο μήνα της κύησης. Τα πρώτα ακουστικά ερεθίσματα που αντιλαμβάνεται το έμβρυο είναι ο χτύπος της καρδιάς και η φωνή της μητέρας, οι ήχοι που

αναπτύσσονται από το αναπνευστικό και πεπτικό σύστημα της μητέρας, καθώς και θόρυβοι από το περιβάλλον, όπως π.χ. μουσική.

Το αυτί αντιλαμβάνεται τα ηχητικά κύματα σαν ερεθίσματα που ερεθίζουν τα τριχοειδή κύτταρα του οργάνου Conti και μεταβιβάζουν το ερέθισμα στον εγκέφαλο.

Η αντίληψη της κίνησης

Την ικανότητα του ανθρώπου να έχει αίσθηση της κίνησης του σώματος του δηλαδή να αντιλαμβάνεται την κίνηση (κιναισθήση), συνθέτουν οι ακόλουθες επιμέρους αντιληπτικές ικανότητες:

- Η αντίληψη της στάσης: Η ικανότητα αυτή μας δίνει τη δυνατότητα να αναγνωρίζουμε τη στάση μεμονωμένων μερών του σώματος χωρίς οπτικό έλεγχο, δηλαδή χωρίς να υπάρχει οπτική επαφή μας με τα μέρη αυτά του σώματος.
- Η αντίληψη της κίνησης: είναι η ικανότητα να αντιλαμβανόμαστε την κατεύθυνση και την ταχύτητα που έχει η κίνησή μας μέσα στο χώρο, εξαιτίας των μεταβολών της θέσης μας.
- Η αντίληψη της απαιτούμενης δύναμης: είναι η ικανότητα να υπολογίζουμε την ποσότητα της μυϊκής δύναμης που απαιτεί η εκτέλεση μιας κίνησης.
- Η αντίληψη της μυϊκής σύσπασης: η ικανότητα να πληροφορούμαστε το βαθμό της μυϊκής σύσπασης που απαιτεί η εκτέλεση μιας κίνησης.

Πληροφορίες για την θέση, στάση και κίνηση του σώματος δέχεται ο εγκέφαλος μέσω των απολήξεων των νεύρων που υπάρχουν στους μύες, τις αρθρώσεις και τους τένοντες. Τα ερεθίσματα που μεταβιβάζονται είναι αποτέλεσμα της μηχανικής ενέργειας που ασκείται στα ανατομικά αυτά στοιχεία.

Η μηχανική αυτή ενέργεια μπορεί να είναι η επίδρασή της βαρύτητας ή η κίνηση του μέλους στο χώρο κτλ.

Η αντίληψη της αφής

Στην ικανότητα αντίληψης του ανθρώπου μέσω της αφής μπορούμε να διακρίνουμε τα ακόλουθα μέρη:

- Την αντίληψη μέσα από την επαφή: εννοούμε την παθητική επαφή μας με αντικείμενα ή πρόσωπα.
- Την αντίληψη μέσα από επεξεργασία: η ενεργητική επαφή μας με σκοπό τη συλλογή πληροφοριών για ένα αντικείμενο ή πρόσωπο.
- Την αντίληψη μέσα από τη θερμοκρασία: πρόκειται για την υποκειμενική αντίληψη, η οποία εξαρτάται απόλυτα από τη θερμοκρασία της επιδερμίδας.
- Την αντίληψη μέσα από τον πόνο: το σύστημα προειδοποίησης του οργανισμού σε περιπτώσεις τραυματισμού.

Το όργανο για την αντίληψη μέσα από την αφή είναι η επιδερμίδα. Η επιδερμίδα είναι ο μηχανισμός της προστασίας από τους τραυματισμούς, ο ρυθμιστής της θερμοκρασίας του σώματος αλλά συγχρόνως αναπνευστικό και αισθητήριο όργανο. Από την 8η κιάλας εβδομάδα της κύησης έχουν σχηματιστεί τα απαραίτητα αντιληπτικά κέντρα στην επιδερμίδα του προσώπου του εμβρύου. Η επιδερμίδα αποτελεί τέλος και το μέσο της επικοινωνίας μητέρας-παιδιού τον πρώτο καιρό μετά τη γέννηση.



Η αντίληψη της ισορροπίας

Το σύστημα αντίληψης της ισορροπίας του σώματος χωρίζεται ως ακολούθως:

1. Στο σύστημα της στατικής ισορροπίας, το οποίο είναι υπεύθυνο για να μπορούμε να ισορροπούμε σε στάση.
2. Στο σύστημα της δυναμικής ισορροπίας, το οποίο είναι υπεύθυνο για να μπορούμε να ισορροπούμε όταν βρισκόμαστε σε κίνηση.
3. Στο σύστημα της ισορροπίας των αντικειμένων, το οποίο βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τη στατική ή τη δυναμική ισορροπία του ατόμου.

Υπεύθυνο όργανο για την αντίληψη της ισορροπίας είναι το αιθουσιαίο που βρίσκεται στο εσωτερικό του αυτιού, μεταβιβάζει πληροφορίες μέσω των τριχοειδών κυττάρων στον εγκέφαλο.

Αντιδράσεις ισορροπίας

Οι αντιδράσεις ισορροπίας είναι αυτόματες σύνθετες αντιδράσεις, οι οποίες σκοπό έχουν την διατήρηση της ισορροπίας κατά την διάρκεια οποιασδήποτε στάσης και κίνησης καθώς και την αποκατάσταση της, σε αλλαγές των στάσεων και κινήσεων.

Υπάρχουν είτε με μικρές αλλαγές του μυϊκού τόνου, είτε με ορατές αυτόματες κινήσεις που αποκαθιστούν τη διαταραγμένη ισορροπία. Ο τύπος και η έκταση της αντίδρασης ισορροπίας εξαρτάται από την ταχύτητα και την φορά της εξωτερικής δύναμης καθώς και από την θέση του ατόμου.

Ο αντανακλαστικός μηχανισμός στάσης στον άνθρωπο αγγίζει ένα βαθμό τελειότητας που του επιτρέπει να διατηρεί την στάση και ισορροπία του κεφαλιού, κορμού και κάτω άκρων σε όλες τις συνήθεις καταστάσεις, ενώ τα χέρια του παραμένουν ελεύθερα για άλλες δραστηριότητες. Για να το πετύχει αυτό οι αντιδράσεις ισορροπίας είναι στενά συνδεδεμένες με τις αντιδράσεις προσανατολισμού κάνοντας δυνατή τη διατήρηση της φυσιολογικής θέσης του κεφαλιού στο χώρο και χρησιμοποιώντας την ικανότητα στροφής στις δραστηριότητες που απαιτούν την ισορροπία. Είναι λοιπόν αυτονόητο πως για ν'

αναπτυχθούν φυσιολογικές αντιδράσεις ισορροπίας είναι απαραίτητη η ύπαρξη φυσιολογικών αντιδράσεων προσανατολισμού.

Ο άνθρωπος έχει δυο αμυντικούς μηχανισμούς στις δυνάμεις της βαρύτητας.

1. Αν σταδιακά χάσει την ισορροπία του το κεφάλι του θα επανέλθει στην φυσιολογική θέση στον χώρο και ο κορμός και τα άκρα θα διατηρήσουν την ισορροπία.

2. Αν η ισορροπία διαταραχθεί ξαφνικά ο άνθρωπος θα χρησιμοποιήσει τις αντιδράσεις προστατευτικής έκτασης και στήριξης των χεριών σαν ένα δεύτερο μηχανισμό άμυνας.

Οι αυτόματες αντιδράσεις στήριξης των χεριών εμφανίζονται:

περίπου τον 6ο μήνα μπροστά.

περίπου τον 8ο μήνα πλάι.

περίπου τον 10ο μήνα πίσω.

Οι ισορροπιστικές αντιδράσεις εμφανίζονται στην πρηνή θέση περίπου τον 6ο μήνα μετά την γέννηση, ύπτια θέση περίπου τον 7ο μήνα, τετραποδική θέση περίπου τον 9ο μήνα, καθιστή θέση περίπου τον 8ο μήνα, όρθια θέση περίπου τον 120 με 150 μήνα.

Η αντίληψη μέσω της όσφρησης

Οι βασικές οσμές που αντιλαμβανόμαστε χάρη στην ικανότητα αντίληψης μέσω της όσφρησης είναι των λουλουδιών, οι αιθέριες, η βρόμα, το αλλοιωμένο ή χαλασμένο και το αρωματικό. Όλες οι υπόλοιπες οσμές που αντιλαμβανόμαστε είναι απόρροια ή ο συνδυασμός των παραπάνω οσμών.

Η πρώτη μυρωδιά που αντιλαμβάνεται και αναγνωρίζει αμέσως μετά τη γέννησή του το βρέφος είναι η μυρωδιά της μητέρας του. Από αυτήν την ηλικία είναι ήδη σε θέση να διαχωρίζει τις ευχάριστες από τις δυσάρεστες οσμές.

Η αντίληψη μέσω της γεύσης

Ομοίως με την όσφρηση έτσι και στη γεύση οι βασικές γεύσεις που αντιλαμβανόμαστε είναι τέσσερις: το πικρό, το ξινό, το αλμυρό και το γλυκό. Όλες οι υπόλοιπες γεύσεις που γεύομαστε αποτελούν συνδυασμό ή απόρροια των παραπάνω βασικών.

Από τον 3ο κιόλας μήνα της κύησης το έμβρυο είναι ήδη σε θέση να αντιλαμβάνεται μέσω της γεύσης. Παρατηρήθηκε ότι το έμβρυο καταπίνει με ευχαρίστηση γλυκά και αλμυρά υγρά κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ απωθεί εκείνα που έχουν πικρή ή ξινή γεύση.

2.10 Γνωστική και κινητική ανάπτυξη του παιδιού (PIAGET)

Ως γνωστική ικανότητα του παιδιού ορίζεται η ικανότητά του να αναγνωρίζει πρόσωπα, πράγματα και καταστάσεις. Η ανάπτυξη και η εξέλιξή της εξαρτάται από το αν το παιδί είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται, να σκέφτεται, και να έχει συγκεκριμένη άποψη και στρατηγική τόσο για το χειρισμό καταστάσεων όσο και για την επίλυση προβλημάτων. Έτσι όταν μιλάμε για γνωστική ανάπτυξη εννοούμε θέματα όπως οι στρατηγικές και τα περιεχόμενα της παιδικής μνήμης, η διαδικασία ανάπτυξης προσδοκιών από τα παιδιά, η ικανότητα διαχωρισμού μεταξύ πραγματικότητας και φαντασίας και η ικανότητα του παιδιού να κατηγοριοποιεί και να απομνημονεύει τις εμπειρίες από τη παιδική του ηλικία.

Μεγάλο μέρος της Ψυχοκινητικής Επιστήμης και της έρευνας σχετικά με τη γνωστική ανάπτυξη του παιδιού βασίζεται στις απόψεις και αναπτυξιακές θεωρίες του Ελβετού ψυχολόγου Jean Piaget (1896-1980).

Ο Jean Piaget, ο κατ' εξοχήν υποστηρικτής της κονστρουκτιβιστικής προσέγγισης, προσπάθησε να καταλάβει πως τα παιδιά γνωρίζουν τον κόσμο και λειτουργούν αποτελεσματικά μέσα σε αυτόν. Ενδιαφερόταν κυρίως για τη φύση των αλλαγών που συμβαίνουν στο παιδί καθώς μεγαλώνει, και οι οποίες συμβάλλουν στην ανάπτυξη της σκέψης και της γνώσης. Ενδιαφερόταν να μάθει τον τρόπο που το παιδί χειρίζεται συγκεκριμένες και διαφορετικές μεταξύ τους πληροφορίες που

προσλαμβάνει μέσα από τα αισθητήρια όργανα και που διαφέρουν από τις ήδη γνωστές.

Κατέκρινε τις βιολογικές ερμηνείες γιατί δεν μπόρεσαν να εξηγήσουν πώς το περιβάλλον των ανθρώπινων βρεφών επενεργεί στις βιολογικές τους ικανότητες για να προκαλέσει αναπτυξιακή αλλαγή. Συγχρόνως επέκρινε τις ερμηνείες περιβάλλοντος- μάθησης γιατί θεωρούσαν δεδομένο ότι το περιβάλλον προκαλεί την αναπτυξιακή αλλαγή, γιατί έδιναν ελάχιστη έμφαση στο ρόλο που παίζουν οι ενέργειες του ίδιου του παιδιού στην ανάπτυξη γιατί αρνούσαν την ύπαρξη ποιοτικών αλλαγών, δίκην σταδίων, στην ανάπτυξη.

Σύμφωνα με τον Piaget στη γνωστική ανάπτυξη συμμετέχουν δύο διαδικασίες η αφομοίωση και η συμμόρφωση. Και στις δύο περιπτώσεις πρόκειται για την προσαρμογή (Adaptation) του οργανισμού στο περιβάλλον του.

Οι γνωστικές δομές που αναπτύσσει ο άνθρωπος είναι συγχρόνως το αποτέλεσμα αλλά και οι προϋποθέσεις της ικανότητας προσαρμογής του στο περιβάλλον. Προσαρμογή στη θεωρία του Piaget χαρακτηρίζεται η διττή διεργασία της συμμόρφωσης και της αφομοίωσης, ενώ Αφομοίωση χαρακτηρίζεται η διεργασία με την οποία τα παιδιά ενσωματώνουν νέες εμπειρίες στα υπάρχοντα σχήματα. Ως σχήμα περιγράφεται μια νοητική δομή που παρέχει στον οργανισμό ένα μοντέλο δράσης σε παρόμοιες συνθήκες. Κατά την αφομοίωση, διάφορες εμπειρίες απορροφούνται από τον οργανισμό και μεταμορφώνονται για να ταιριάξουν με τα υπάρχοντα σχήματα, ενισχύοντας τα σχήματα αυτά και κάνοντάς τα να λειτουργούν πιο αποτελεσματικά. Με τη συμμόρφωση τα παιδιά τροποποιούν τα υπάρχοντα σχήματα για να τα προσαρμόσουν στις νέες εμπειρίες. Τις διαδικασίες της αφομοίωσης και της συμμόρφωσης μπορεί κανείς να τις παρατηρήσει στα βρέφη όπου στην αρχή πίνουν το γάλα από το στήθος της μητέρας τους, στη συνέχεια από το μπουκάλι και στο τέλος από το ποτήρι. Στην περίπτωση του θηλασμού πρόκειται για εκ γενετής «ρεφλέξ». Στη συνέχεια το βρέφος «αφομοιώνει» το μπουκάλι. Παράλληλα όμως του είναι απαραίτητο να θηλάζει με πιπίλα, και μαθαίνει να συμμορφώνεται στο να κρατάει το μπουκάλι στη σωστή γωνία πόσης. Το τελευταίο βήμα από το μπουκάλι στο ποτήρι, απαιτεί από το παιδί ακόμη μεγαλύτερη «προσαρμογή», η οποία βασίζεται στις προηγούμενες ικανότητές του, να θηλάζει και να καταπίνει το υγρό.

«Ως προς τα αντανakλαστικά του βρέφους από τα παραπάνω προκύπτει, ότι όσα από αυτά παρουσιάζουν μια ιδιαίτερη σπουδαιότητα για το μέλλον γίνονται αφορμή

γι' αυτό που ονομάζεται «αντανακλαστική άσκηση», δηλαδή για μια σταθεροποίηση ενέργειας με άσκηση (Qράκος- Μπινιάς 2006). Σύμφωνα με τον Piaget η γνωστική ανάπτυξη δεν είναι στην ουσία τίποτε άλλο από το συνεχώς εναλλασσόμενο παιχνίδι μεταξύ της αφομοίωσης και της συμμόρφωσης. «Μια συνεχής διαμόρφωση νοητικών δομών και νοητικών σχημάτων», που μετασχηματίζονται με βάση της κυριότερες ψυχοπνευματικές λειτουργίες και ιδίως τη λειτουργία της οργάνωσης και της προσαρμογής.

Συμπερασματικά η αφομοίωση φροντίζει να διευρύνει «το υπάρχον» και συνδέει το παρόν με το παρελθόν, ενώ η συμμόρφωση προκύπτει από τις νέες περιβαλλοντικές απαιτήσεις, από την ικανότητα αντίληψης του ατόμου, ώστε να αλλάζει τις προηγούμενες γνωστικές δομές και να προσαρμοστεί ανάλογα. Όσον αφορά τη στιγμιαία γνωστική ανάπτυξη, αυτή λαμβάνει χώρα λόγω της διαφοράς που υπάρχει ανάμεσα στο ερέθισμα, δηλαδή σε αυτό που αντιλαμβάνεται το άτομο και σε αυτό που σκέφτεται. Το παιδί πιέζεται να αναπτύξει ανάλογες εσωτερικές δομές και διεργασίες, ώστε να αντιδράσει και να συμπεριφερθεί στις καινούριες απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Όσο περισσότερο αφομοιώνει και προσαρμόζεται, τόσο πιο πολύ καταφέρνει να αποδεσμεύεται από τις διαδικασίες της αντίληψης και της σκέψης. Σύμφωνα με αυτά «η γνωστική ανάπτυξη» σηματοδοτεί το πέρασμα από την εμπιστοσύνη του ατόμου σε σχέση με αυτό που αντιλαμβάνεται, στην εμπιστοσύνη και την αποδοχή των κανόνων.

Ο Piaget διέκρινε ποιοτικά τέσσερα διαφορετικά στάδια της γνωστικής ανάπτυξης. Πίστευε ότι όλα τα παιδιά κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής τους διανύουν με την ίδια σειρά τα στάδια αυτά αλλά με διαφορετικό ρυθμό.

Σύμφωνα με τη θεωρία του στα στάδια είναι τα ακόλουθα:

1. Το αισθητικοκινητικό στάδιο (βρεφική ηλικία).
2. Το στάδιο της προενεργητικής σκέψης ή προσυλλογιστική περίοδος (νηπιακή προσχολική ηλικία).
3. Το στάδιο των συγκεκριμένων νοητικών ενεργειών ή συλλογιστική περίοδος (ηλικία του δημοτικού σχολείου).
4. Το στάδιο της αφαιρετικής σκέψης (από την εφηβεία και μετέπειτα).

Σύμφωνα με την παραπάνω θεωρία του Piaget, για τα στάδια της γνωστικής ανάπτυξης του ανθρώπου, ο Schilling (1976) διαχώρισε σε ανάλογα στάδια την

ψυχοκινητική ανάπτυξη του ατόμου, δηλαδή σε κινητικότητα του νευρικού συστήματος, σε κινητικότητα των αισθήσεων, σε ψυχοκινητικότητα και σε κοινωνική κινητικότητα.

2.11 Ανάπτυξη προφοράς, ομιλίας και επικοινωνίας

Η ομιλία δεν αναπτύσσεται σαν ξεχωριστή ενότητα, αλλά σαν τμήμα της προφορικής λειτουργίας, που απαιτεί φυσιολογικό τόνο σε ολόκληρο το σώμα, ανάπτυξη του ελέγχου του κεφαλιού και ευκαιρίες επικοινωνίας με κάποιον που το παιδί αισθάνεται κοντά. Ένα μωρό μαθαίνει να φλυαρεί και έπειτα να μιλά με αυτούς που βρίσκονται κοντά του. Αυτός είναι ένας από τους λόγους που βρίσκουμε φτωχή ανάπτυξη ομιλίας στα δίδυμα, καθώς τον περισσότερο χρόνο μιλούν μεταξύ τους. Τα μωρά των ιδρυμάτων, είναι γνωστό ότι παρουσιάζουν καθυστέρηση ομιλίας ή κάποια ανάσχεση, σε σχέση με άλλα που επικοινωνούν με οικείους.

Το κλάμα ως γνωστόν, βελτιώνει την λειτουργία των πνευμόνων, τις πρώτες μέρες της ζωής. Είναι επίσης η πρώτη μορφή φωνητικής επικοινωνίας, αν και εκδηλώνεται από βασικά αισθήματα, όπως είναι η πείνα, το κρύο ή ο πόνος. Στο νεογνό, το κλάμα πυροδοτείται σαν αντίδραση τρόμου ή φόβου, που πολύ εύκολα αποσπάται σ' αυτό το στάδιο.

Τα στάδια προρηματικής και ρηματικής επικοινωνίας, περιγράφονται με λεπτομέρεια από το Sheridan (1964) και περιλαμβάνουν το κλάμα, το γέλιο το κατσούφιασμα, το φώλιασμα και το σπρώξιμο (Ρόσμπογλου 2002).

Στις πρώτες εβδομάδες, το κλάμα ακολουθεί μια κυκλική μορφή και είναι μάλλον δύσκολο να ησυχάσει το παιδί με τους συνηθισμένους τρόπους. Στο στάδιο αυτό οι γονείς ανησυχούν, μήπως το κλάμα αντιπροσωπεύει κάποια αποτυχία τους να αναθρέψουν το μωρό, χωρίς να καταλαβαίνουν ότι είναι συνήθως αυτοελεγχόμενο και αναπόφευκτο. Η ένταση και η ανησυχία τους, φαίνεται να περνά στο μωρό, το οποίο είναι έτσι δυνατόν να κλαίει για μεγαλύτερες περιόδους. Ένα μωρό μπορεί να φωνάζει, από τις πρώτες 4 ή 6 εβδομάδες, κάνοντας μικρούς λαρυγγισμούς, που αντανakλούν σε κάποια έκταση την ψυχολογική του κατάσταση. Στις 12 εβδομάδες, χρησιμοποιεί αυτούς τους ήχους, σαν μέσα επικοινωνίας, με το πιο κοντινό άτομο, προφανώς για να κερδίσει

ευχαρίστηση από αυτό. Το μωρό γελά δυνατά, γύρω στον 3ο με 4ο μήνα. Στον 8ο μήνα περίπου κάνει επαναληπτικούς ήχους, όπως «ντα-ντα», αλλά σε άσχετες στιγμές. Στους 12 μήνες γνωρίζει μια-δύο λέξεις, αν και ένα έξυπνο μωρό, που έχει ερεθίσματα από το περιβάλλον του θα γνωρίζει περισσότερες.

Η ανάπτυξη της φυσιολογικής κίνησης της γλώσσας, της φυσιολογικής κατάποσης και του φυσιολογικού συνδυασμού μεταξύ αναπνοής και προφορικής λειτουργίας, είναι όλα βασικά στοιχεία για την ανάπτυξη της ομιλίας. Έχει λεχθεί, ότι η μυϊκή ενέργεια που απαιτείται για το τάισμα είναι βασική προετοιμασία για την ομιλία. Είναι σημαντικό να σκεφτούμε τη σχέση μεταξύ φωνητικότητας και κίνησης. Στο μωρό, η φωνητικότητα τείνει να συνεργαστεί με την κίνηση και το παιδί μπορεί να φτάσει σε ένα μουσικό τόνο φωνής με εκτινασσόμενες πηδηχτές κινήσεις των άκρων και του κορμού, με την ομιλία και την κίνηση να ενισχύουν η μια την άλλη. Στο μεγαλύτερο παιδί, η ομιλία χρησιμοποιείται στο παιχνίδι για να ενισχύσει την ενέργεια και μπορεί να ακούσουμε το παιδί να περιγράφει στον εαυτό του φωναχτά την ιστορία που το παιχνίδι επιβάλλει.

2.12 Η εξέλιξη του παιχνιδιού κατά την ανάπτυξη

Το παιδί παίζει ακολουθώντας την εξέλιξη των διαφόρων τύπων ανάπτυξης (αισθητικοκινητικής και πνευματικής) και σε αυτήν την εξελικτική πορεία πρέπει να αντιστοιχούν και τα παιχνίδια που χρησιμοποιεί. Οι αισθήσεις είναι το βασικό εργαλείο, μαθαίνει βλέποντας, ακούγοντας, μυρίζοντας καθώς και μέσω της γεύσης και της κίνησης.

Από την πρώτη μέρα ακολουθεί με τα μάτια του ένα ζωηρόχρωμο παιχνίδι και ηρεμεί με απαλούς ήχους. Ερεθίσματα για την όραση και την ακοή προσφέρονται από τα παιχνίδια που κρέμονται από την κούνια ή από μια ελαφριά ξύλινη κουδουνίστρα ευχάριστης αφής.

Παίζει με τη μητέρα του ενώ θηλάζει και γελά. Αργότερα προσπαθεί να φτάσει τα αντικείμενα που βλέπει και παίζει με αυτά βάζοντας τα στο στόμα του, παίρνοντας με αυτόν τον τρόπο πληροφορίες για το σχήμα και την υφή τους. Στο πρώτο χρόνο, έχει κατορθώσει να χειρίζεται, να αισθάνεται και να εξερευνά αντικείμενα όπως κύβους από ξύλο ή χοντρό χαρτόνι, κρίκους, μεγάλα ζάρια, ξύλινα ή πλαστικά καρφιά και σφήνες. Υπάρχουν αμφιβολίες όμως εάν τα παιδιά μπορούν να χειριστούν

αντικείμενα σε σχήμα σφυριού.

Στη περίοδο μεταξύ 12 και 30 μηνών, η συμπεριφορά που φαίνεται να αντικατοπτρίζει νέες νοητικές ικανότητες μπορεί να παρατηρηθεί στις νέες μορφές παιχνιδιού (Bretherton & Bates, 1985; Piaget, 1962; Zukow, 1986). Στην ηλικία των 12 με 13 μηνών, τα βρέφη χρησιμοποιούν αντικείμενα στο παιχνίδι με τον ίδιο τρόπο που οι ενήλικες θα τα χρησιμοποιούσαν στην πραγματικότητα. Όπως το να βάζουν κουτάλια στο σώμα τους.

Η πρωτόγονη ικανότητα για μάθηση τελειοποιείται με αργό ρυθμό και μετά τον 1ο χρόνο έχοντας κατανοήσει την μονιμότητα των αντικειμένων εξερευνά τα πάντα, χρησιμοποιεί τη διασκεδαστική ασχολία «κρύβω- βρίσκω» και προτιμά παιχνίδια συναρμολόγησης (κύβους, στεφάνια, γεωμετρικά σχήματα και αυτοκινητάκια) που βοηθούν στην ανάπτυξη λεπτών κινητικών δεξιοτήτων. Παράλληλα, εξαιτίας του ότι το παιδί έχει αρχίσει να μετακινείται μόνο του, οι μπάλες, κάποιο ζωάκι ή μετακινούμενο όχημα θα διευκολύνουν την απόκτηση καλού συντονισμού των κινήσεων, την αίσθηση του χώρου και την ανάπτυξη της αδρής κινητικότητας.

Κάποια στιγμή τα βρέφη αρχίζουν ν' αντιμετωπίζουν ένα αντικείμενο σαν να ήταν κάτι άλλο. Ανακατεύουν τον «καφέ» τους με ένα κλαράκι και χτενίζουν την κούκλα τους με μια ειδική τσουγκράνα. Αυτού του είδους η συμπεριφορά ονομάζεται συμβολικό παιχνίδι, το παιδί δηλαδή μιμείται τη χρήση των αντικειμένων, τη συμπεριφορά των ενηλίκων καθώς και το παιχνίδι με τις κούκλες. Μελέτες έδειξαν ότι στις αρχές του 2ου έτους της ζωής το συμβολικό παιχνίδι γίνεται όλο και πιο σύνθετο. (Howes et al, 1989; Hughes, 1995).

Στις απλούστερες περιπτώσεις, τα παιδιά κατευθύνουν τις συνέπειες του παιχνιδιού στον εαυτό τους. Στις πιο σύνθετες περιπτώσεις που δεν εμφανίζονται συνήθως πριν από την ηλικία των 3ο μηνών, ένα παιχνίδι εκτελεί διάφορες πράξεις που αρμόζουν σε κάποιον κοινωνικό ρόλο.

Ορισμένοι ψυχολόγοι υποστηρίζουν πως ήδη από τη γέννηση υπάρχει κάποια υποτυπώδης μίμηση και σε ηλικία 9 μηνών, τα βρέφη είναι ικανά για διαφοροποιημένη μίμηση: δηλαδή έχουν την ικανότητα να μιμηθούν κάτι που άκουσαν ή είδαν πολλές ώρες νωρίτερα.

Ο Piaget πίστευε ότι η διαφοροποιημένη μίμηση εμφανίζεται την ίδια περίοδο που αρχίζει το συμβολικό παιχνίδι. Πίστευε ότι οι δύο διεργασίες συνδέονται και υποδηλώνουν την ίδια υποκείμενη αλλαγή των γνωστικών ικανοτήτων αποτελώντας, ουσιαστικά, δύο πλευρές του ίδιου αναπτυξιακού νομίσματος. Ακόμα πίστευε ότι η

μίμηση είναι στενά συνδεδεμένη με την αφομοίωση γιατί προσαρμόζει τη συμπεριφορά σε ότι βρίσκεται στο περιβάλλον και δεν διαμορφώνει τον κόσμο σύμφωνα με ήδη υπάρχοντα εσωτερικά σχήματα, όπως κάνει το παιχνίδι.

Μετά τα 3 χρόνια το παιδί από το συμβολικό και το μιμητικό παιχνίδι περνά στο παραστατικό (κουζινικά, σπιτάκια, εργαλεία κτλ.) μέσω του οποίου ξαναζεί τις χαρές και τις λύπες του, αντισταθμίζοντας και συμπληρώνοντας την πραγματικότητα μέσω της φαντασίας. Σε αυτόν τον τύπο ανήκουν και οι μεταμφιέσεις, οι μαριονέτες και το κουκλοθέατρο. Το παραστατικό –φανταστικό παιχνίδι παράγει τη συμβολική επικοινωνία ενώ παίζοντας με τις λέξεις και την ομοιοκαταληξία επεκτείνεται το λεξιλόγιο, η γραμματική και η ταύτιση αντικειμένων- εννοιών. Στην ηλικία των τριών- τεσσάρων χρόνων αγαπά να ζωγραφίζει με τα δάκτυλα, να παίζει με το νερό, τη λάσπη, την άμμο (οπτικό ερέθισμα), να παλεύει με τα άλλα παιδιά, να κάνει ποδήλατο και να το σπρώχνουν δυνατά όταν κάνει κούνια (ιδιοδεκτικό ερέθισμα αιθουσαίου). Διαπιστώνεται ότι συγκεκριμένα παιχνίδια βοηθούν στην ολοκλήρωση ανάλογων αισθήσεων.

Με το πέρασμα του χρόνου, το παιχνίδι γίνεται περισσότερο ρεαλιστικό. Με την έναρξη της λογικής σκέψης στα έξι του χρόνια περνάει στο τελευταίο τύπο παιχνιδιού, το παιχνίδι με κανόνες. Μέσω αυτού αναπτύσσονται οι ικανότητες συγκέντρωσης και προσοχής και εξελίσσεται σε ομαδικό παιχνίδι που διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωση της κοινωνικότητας του χαρακτήρα- συμπεριφοράς και του ψυχισμού του.

2.12.1 Η φύση και η σημασία του παιχνιδιού για την ανάπτυξη

Οι γυναίκες, οι άντρες και τα παιδιά καταναλώνουν περισσότερη ώρα στο παιχνίδι από κάθε άλλη καθημερινή δραστηριότητα (Singer, 1973). Παρόλο το χρόνο που καταναλώνουμε στο παιχνίδι, η φύση του δεν είναι εύκολα κατανοητή (Yawkey, Evenson, 1977).

Θεωρίες που αφορούν το παιχνίδι αναπτύχθηκαν ανά τους αιώνες και φαίνεται πως δεν υπάρχει κάποιος ορισμός που να εξηγεί την ουσία του παιχνιδιού, αλλά πολλοί:

1. Το παιχνίδι συχνά ορίζεται σαν το επάγγελμα των παιδιών.

2. Το παιχνίδι προετοιμάζει τα παιδιά για την ενηλικίωση.
3. Είναι μια εκπαιδευμένη συμπεριφορά, όχι αυθόρμητη.
4. Είναι μέσω ανάπτυξης.
5. Μπορεί να θεωρηθεί μέσο αφομοίωσης των γνώσεων- εμπειριών (Piaget, 1960).
6. Μέσο γνώσης (Vygotsky, 1981).
7. Τρόπος έκφρασης συναισθημάτων και εμπειριών (Winnicott, 1981).

Το κοινό στοιχείο όλων αυτών των ορισμών είναι ότι υποστηρίζουν έντονα την σημασία της κοινωνικής αλληλεπίδρασης που είναι η διαδικασία παιχνιδιού και ο αναπτυξιακός προσανατολισμός.



Ο ουσιαστικός χαρακτήρας του παιχνιδιού είναι ότι εξελίσσεται ελεύθερα προς μια δημιουργική δραστηριότητα και προχωρεί πολύ μακριά προς αυτήν την κατεύθυνση. Το παιχνίδι είναι ελεύθερο και αυθόρμητο. Το παιδί δεν έχει υποχρεώσεις όταν παίζει. Είναι διασκεδαστική και ευχάριστη ενασχόληση, είναι ελκυστικό και προσφέρει χαρά. Τα χαρακτηριστικά αυτά υποδηλώνουν πως το παιχνίδι είναι προσωπικό, αυτοδύναμο και εμπεριέχει υψηλά ποσοστά κινήτρου και ευχαρίστησης, όταν επιτυγχάνεται ο στόχος.

Ανασταλτικοί παράγοντες για το παιχνίδι αποτελεί ο περιορισμένος χώρος, χρόνος και τα διαθέσιμα μέσα. (Huizinga, 1968). Παρά τα ψυχικά οφέλη του παιχνιδιού, δεν παρουσιάζει κανένα υλικό ενδιαφέρον. Δεν μπορεί το παιδί να πλουτίσει παίζοντας ούτε να παράγει αγαθά. Το παιχνίδι παράγει γνώσεις και

εμπειρίες που θα βοηθήσουν στη νοητική ανάπτυξη του παιδιού και σωματική δραστηριότητα που θα βοηθήσει τη σωματική ανάπτυξη.

Το παιχνίδι παραγωγικά εμπεριέχει την επανάληψη. Τα παιδιά επαναλαμβάνουν τις ίδιες δραστηριότητες καθώς παίζουν. Η επανάληψη βοηθά το παιδί να επιβεβαιώσει τα ερεθίσματά του περιβάλλοντος (Yawkey, Evens, 1977). Τα παιδιά χρησιμοποιούν τις γνώσεις προηγούμενων εμπειριών και τις συνδυάζουν με τις νέες εμπειρίες και τις χρησιμοποιούν σαν βάση για τη μελλοντική γνώση. (Yawkey, Evenson, 1977)

Όλες οι αυθόρμητες δραστηριότητες του μικρού παιδιού παίρνουν τη μορφή παιχνιδιού, έτσι το παιδί, πριν αποκτήσει παιχνίδια παίζει με το πόδι του. Οι πρώτες φωνούλες και συλλαβές καθώς και τα πρώτα του μουντζουρώματα στο χαρτί είναι παιγνιώδεις ενέργειες. Λόγω του αυθόρμητου χαρακτήρα και της απουσίας ενήλικης παρέμβασης, το παιχνίδι τείνει να χαρακτηριστεί δραστηριότητα δευτερεύουσας σημασίας (Wellen, 2003).

Ο Riddle (1990) όμως θεωρώντας την ελευθερία του παιχνιδιού σαν ένα από τα ομορφότερα χαρακτηριστικά της φύσης του παιχνιδιού υποστηρίζει πως τα παιδιά θα πρέπει να παίζουν, ακόμα και σήμερα με την εκβιομηχάνηση των πάντων, την τηλεόραση, τα ηλεκτρονικά παιχνίδια, τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές και τα γιγαντιαία πολυκαταστήματα παιχνιδιών. Ενώ είναι σίγουρος πως το παιχνίδι είναι μια τόσο φυσική και αυθόρμητη δραστηριότητα γραμμένη στον ανθρώπινο γονιδίωμα, που τα παιδιά θα πετύχουν να παίζουν ακόμα και χωρίς να έχουν παιχνίδια.

Η φύση του παιχνιδιού έχει πολλούς προσδιορισμούς και μερικές φορές οι διαφορές μεταξύ του τι θεωρείται παιχνίδι και τι όχι δεν είναι σαφείς (Haiat et al, 2003).

Η διαδικασία του παιχνιδιού και η ιδιότητά να παίζουν τους επιτρέπει αργότερα στη ζωή να αναπτύσσουν πρωτοβουλίες και να είναι δεκτικοί σε νέες εμπειρίες και ιδεολογίες (Haiat et al, 2003). Το παιχνίδι είναι αυτοσκοπός που προκαλεί ευχαρίστηση. Είναι επίσης και ένα μη συνειδητό μέσο με το οποίο το παιδί μαθαίνει να ξεχωρίζει τον εαυτό του από τους άλλους, να αυτοεπιβεβαιώνεται και να γνωρίζει ταυτόχρονα τον κόσμο. Δίνει στο παιδί συναισθηματική σταθερότητα στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Το παιδί που παίζει διασκεδάζει, αναπτύσσει κουράγια, φαντασία, επινοητικότητα, εφευρετικότητα, τόλμη μαθαίνοντας να παίζει, να κερδίζει και να χάνει.

Με το παιχνίδι το παιδί αποζητά σιγά-σιγά επικοινωνία με το περιβάλλον του. Η κοινωνικοποίησή του, που στην αρχή είναι μια ανάγκη, που αισθάνεται για επαφή με τον άλλο, εμφανίζεται δειλά με το παιχνίδι. Τα παιχνίδια που χρησιμοποιεί στην αρχή το παιδί αποτελούν ένα πρόσχημα, μια ευκαιρία για άσκηση. Το παιχνίδι βρίσκεται στο επίκεντρο της παιδικής ηλικίας και μέσω αυτού, το παιδί μεγαλώνει, ξεπερνά τις δυσκολίες του και αναπτύσσεται προς την εφηβεία και την ωριμότητα.

Το παιχνίδι είναι μείζον τρόπος συναισθηματικής ρύθμισης. Αυτός ο ρυθμιστικός ρόλος του παιχνιδιού είναι προφανής σε πολύ νεαρά βρέφη που μέσω της κοινωνικής συμπεριφοράς παιχνιδιού, επηρεάζουν τη σχέση μεταξύ γονέα, παιδιού και τη συναισθηματική τους κατάσταση (Trevarthen & Aitken, 2001). Το παιχνίδι είναι ένα από τα πιο ισχυρά και αποτελεσματικά μέσα ελέγχου και μείωσης του θυμού, της εντασης, της απογοήτευσης, του αποπροσανατολισμού και της ανησυχίας που σχετίζονται με την έλλειψη ελέγχου και αυτοεκτίμησης. Αυτό ισχύει για όλα τα παιδιά και ειδικά γι' αυτά που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο. (Haiat, Bor Mor & Shochat, 2003). Υπάρχουν παιχνίδια που σχετίζονται με την παιδική ανάπτυξη καθώς και με την προσωπική του εμπειρία που τα βοηθά να εκφράσουν τη φαντασία, την ανησυχία, το φόβο, το θυμό, την απογοήτευση. Τέτοια παιχνίδια είναι ο πηλός, ο δακτυλομπογιές, η επαφή με διάφορα υλικά, η ακατάστατη και χαώδης δραστηριότητα όπως να ζωγραφίζει με σύριγγα κτλ. (Haiat, Bor- Mor & Shochat, 2003).

Ο βαθμός ωρίμανσης του εγκεφάλου επηρεάζει το παιχνίδι. Για παράδειγμα, όσο πολυπλοκότερο και αυτόνομο είναι το συμβολικό παιχνίδι των μεγαλύτερων προσχολικών παιδιών, τόσο πιο φυσιολογική ανάπτυξη της ομιλίας απαιτείται για την καλύτερη επίτευξή του. Το παιδί ακόμα χρειάζεται εκτός από μεγάλη επιδεξιότητα για το παιχνίδι επιδεξιότητα και στη συναισθηματική αυτορύθμιση, για να μπορέσει να παίξει με τους συνομηλίκους του. Απαραίτητη είναι ακόμα η ικανότητα να σκέφτεται πριν ενεργήσει και να υπολογίζει τις απόψεις των συνομηλίκων του.

Το παιχνίδι διέπεται από κανόνες, οι οποίοι όμως δημιουργούνται από παιδιά και όχι του ενήλικες, τη κοινωνία ή τη κυβέρνηση. Τα παιδιά καθώς παίζουν, δημιουργούν νέους κανονισμούς μετά από συνεννόηση μεταξύ τους και αναιρούν τους συνηθισμένους κανόνες (Yawkey & Evenson, 1977).

Έρευνες σε ζώα απέδειξαν πως απολαμβάνουν το παιχνίδι εξίσου με τους ανθρώπους (Mc Ardle, 2001).

2.12.2 Το παιχνίδι των παιδιών με αυτισμό

Τα αυτιστικά και επικοινωνιακά μειονεκτούντα παιδιά, φαίνεται να προτιμούν σκληρά αντικείμενα για να παίξουν ενώ τα παιδιά που δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες επιλέγουν μαλακά παιχνίδια (Brodin, 1991).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε, παρατηρήθηκε πως τα αγαπημένα αντικείμενα των παιδιών με πολλαπλές αναπηρίες ποικίλουν από καθημερινά αντικείμενα, μπάλες, καθρέπτες, αντικείμενα από σκληρό πλαστικό, άδεια σπιρτόκουτα κ.ά. Συχνά αυτά τα παιδιά προτιμούν τα σκληρά αντικείμενα. Μία εξήγηση γι' αυτή τη προτίμηση είναι πως τα αντικείμενα αυτά έχουν σταθερή επιφάνεια και προκαλούν θορύβους εάν το παιδί τα χτυπήσει στο πάτωμα ή το τραπέζι (Brodin, 2005). Τα παιδιά δέχονται με αυτό τον τρόπο ένα πιο ξεκάθαρο ερέθισμα.

Το έλλειμμα παιχνιδιού στ' αυτιστικά παιδιά είναι αποτέλεσμα κυρίως της συμπεριφορικής απόκλισης αυτών των παιδιών (Demeyer, Mann, Tilton & Loew, 1967; Reundle- Short & Clancy, 1971; Rutter, 1978; Webster, Konstantareas, Oxman & Mack, 1980). Η συμπεριφορά των παιδιών αυτών στο παιχνίδι δεν είναι απλά καθυστερημένη αλλά διαφέρει σε περιπλοκότητα από την ανάπτυξη των φυσιολογικών παιδιών (Buron- Cohen, 1987) ο πληθυσμός δεν χρησιμοποιεί το παιχνίδι κυρίως σε φυσιολογικά παιδιά (Wulff, 1985). Υπάρχει έλλειψη συμβολισμού στο παιχνίδι των παιδιών με αυτισμό.

Άλλες έρευνες διερεύνησαν τύπους εκπαίδευσης παιχνιδιού με αυτιστικά παιδιά. Η εκπαίδευση μέσω παιχνιδιού με αυτά τα παιδιά έδειξε να μειώνει την αποκλίνουσα συμπεριφορά (Quinn & Rubin, 1984; Stahmer & Schreibman, 1992), και ανέπτυξε πολλούς τύπους παιχνιδιού, ανάμεσα στους οποίους είναι και το συμβολικό παιχνίδι (Rogers, Herbison, Lewis, Pantone & Reis, 1986; Stahmer, 1995). Τα αυτιστικά παιδιά μπορούν ακόμα να διδαχθούν να συμμετέχουν σε παιχνίδι με συνομηλίκους (Oke & Schreibman, 1990), μια ιδιότητα απαραίτητη ώστε να προσαρμοστούν και να συμμετέχουν στο κοινωνιοδραματικό παιχνίδι. Ο Stahmer (1995) απέδειξε πως τα αυτιστικά παιδιά μπορούν να μάθουν νέα, εξακολουθητικά και συμβολικά παιχνίδια προαπαιτούμενα για το κοινωνιοδραματικό παιχνίδι.

Αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποίησαν ο Thorp et al 1995 φανερώνουν πως το κοινωνιοδραματικό παιχνίδι με αυτιστικά παιδιά κατάλληλου αναπτυξιακού επιπέδου μπορεί να επιδράσει αποτελεσματικά στην: α) αύξηση του

κοινωνιοδραματικού παιχνιδιού, β) ανάπτυξη των λεκτικών ικανοτήτων, γ) βελτίωση της κοινωνικής συμπεριφοράς. Οι αλλαγές που παρατηρούνται σ' αυτή την έρευνα γενικεύονται σε παιχνίδια, εγκαταστάσεις και άτομα. Θετικές ακόμα αλλαγές παρατηρήθηκαν στη συμπεριφορά κατά την παρατήρηση του κάθε παιδιού στο σπίτι και στο σχολείο. Οι έρευνες έδειξαν πως τα αυτιστικά παιδιά μαθαίνουν να συμμετέχουν στο κοινωνιοδραματικό παιχνίδι, αλλά ο κύριος τύπος παιχνιδιού τους διαφέρει ποιοτικά από τα παιδιά με άλλες αναπτυξιακές δυσκολίες και εξαρτάται από την σοβαρότητα της αναπηρίας.

Μετά την εκπαίδευση – θεραπευτικό παιχνίδι, οι λεκτικές ικανότητες βελτιώθηκαν (Thorp, Stahmer & Schreibman, 1995).

Ωστόσο η βελτίωση σε αυθόρμητο λόγο επιδείχθηκε από τα παιδιά μετά την θεραπευτική παρέμβαση και μπορεί να μην οφείλονται στην θεραπευτική παρέμβαση. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν πως το κοινωνιοδραματικό παιχνίδι μπορεί να είναι αποτελεσματικό σαν πακέτο θεραπείας για βελτίωση του παιχνιδιού, ανάπτυξη του λόγου και της κοινωνικότητας των αυτιστικών παιδιών σε συνδυασμό με τα κατάλληλα αναπτυξιακά προαπαιτούμενα (Thorp, Stahmer & Schreibman, 1995).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

· ΨΥΧΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

3.1 ΨΥΧΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Το Ψυχοπαιδαγωγικό πρόγραμμα αποσκοπεί σε δύο παράγοντες:

(α) στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων κοινωνικής συμπεριφοράς και ικανότητας προσαρμογής του παιδιού σε κοινωνικές καταστάσεις, την μείωση συναισθηματικών παραγόντων που επιβαρύνουν το παιδί (επιθετικότητα, άγχος, απόσυρση κλπ), την ανάπτυξη δεξιοτήτων παιχνιδιού και την επιβοήθηση του παιδιού να εκμεταλλευτεί τις δυνατότητές του και να τις γενικεύσει και

(β) στην ανάπτυξη των γνωστικών του δεξιοτήτων.

Εφαρμόζεται σε παιδιά τόσο προσχολικής όσο και Σχολικής Ηλικίας. Χρησιμοποιεί από το ένα σκέλος αρχές παρέμβασης της Ψυχολογικής υποστήριξης και αρχές του Ειδικού Μαθησιακού.

Όπως όλες οι επιστημονικές Ειδικότητες έτσι και το ΨΥΧΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ στηρίζεται για την αξιολόγηση τόσο στην παρατήρηση (“Clinical Observations”) όσο και στην χρήση σταθμισμένων τεστ (“Screening Tests”).

Όλοι οι γονείς θα πρέπει λοιπόν να ζητούν από τον ΨΥΧΟΠΑΙΔΑΓΩΓΟ να τους δείξει τα εξερχόμενα αποτελέσματα από τα screening tests, που αιτιολογούν την διάγνωσή τους και ορίζουν το αναπτυξιακό ηλικίο επίδοσης του παιδιού τους.

ΤΙ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙ – ΠΟΥ ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΕΙ

ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

-ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

-ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ – ΠΡΟΦΟΡΙΚΟΣ ΛΟΓΟΣ

Βλεμματική επαφή, Άρθρωση – Καθαρότητα λόγου, Κατανόηση, Ειδικές δυσκολίες λόγου, Κατανόηση εντολών, Αφήγηση ιστορίας – παραμυθιού, Αυθόρμητος λόγος
Λεξιλόγιο

-ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ

(κάθισμα, παιχνίδι, οργάνωση, επίπεδο διέγερσης – υποτονικό / υπερκινητικό)

-ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ – ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ

-ΓΝΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

(μέλη οικογένειας, διεύθυνση, σχολείο, τηλέφωνο κ.τ.λ.)

-ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΚΦΡΑΣΗ

-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Συμβολικό παιχνίδι – Ποικιλία θεμάτων, Επιθυμία συμμετοχής του άλλου, Έκφραση και διάκριση συναισθημάτων, Αυθόρμητη ανταπόκριση σε χαιρετισμό, Συμμετοχή σε ελεύθερη συζήτηση, Ανάλυση πρωτοβουλίας (παιχνίδι – δραστηριότητες), Ικανότητα προσαρμογής σε νέα δεδομένα, Κριτική σκέψη, Μίμηση, Γνώση αιτίας-αποτελέσματος

-ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΧΡΟΝΟ

Μέρες, Σήμερα, Μήνες, Αύριο, Εποχές, Χθες, Ώρα , Προχθές ,

-ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ

-ΠΛΕΥΡΙΩΣΗ

-ΜΝΗΜΟΝΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

Ακουστική, Οπτική, Βραχυπρόθεσμη, Μακροπρόθεσμη

-ΦΑΝΤΑΣΙΑ – ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

Παραγωγή μεγάλου αριθμού ιδεών για ένα θέμα, Πρωτοτυπία στις ιδέες, στο παιχνίδι ή στη ζωγραφική του:

ΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ (ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ)

Ταυτίσεις, Γραφοκινητικές δεξιότητες, Σχήματα, Γνώση συμβόλων γραμμάτων,

Χρώματα, Γνώση συμβόλων αριθμών, Οπτική διάκριση, Φωνολογική ενημερότητα, Κατηγοριοποίηση, Ενημερότητα γραπτού λόγου, Σχέδιο ανθρώπου, Αλληλουχία γεγονότων/ εξελίξεις, Αντίθετα, Επίλυση πρακτικών προβλημάτων., Αντίληψη μεγεθών, Αντίληψη ποσοτήτων

ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

-ΦΩΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΟΤΗΤΑ

Ανάλυση λέξης σε φωνήματα, Ανάλυση λέξης σε συλλαβές, Σύνθεση λέξης από φωνήματα, Διάκριση 1ης συλλαβής σε λέξη, Διάκριση 1ου φωνήματος σε λέξη, Διάκριση τελευταίας συλλαβής σε λέξη, Διάκριση τελευταίου φωνήματος σε λέξη, Διάκριση αριθμού λέξεων σε μια πρόταση, Διάκριση ενδιάμεσου φωνήματος σε λέξη, Ικανότητα ομοιοκαταληξίας

-ΓΡΑΦΗ

Δυσγραφία, Αντικαταστάσεις, Γνώση φθόγγων, Αντιμεταθέσεις, Ορθογραφία θεματική, Τονισμός, Ορθογραφία καταληκτική, Σημεία στίξης, Καθρεπτική γραφή, Περιθώρια μεταξύ λέξεων, Προσθήκες, Κόπωση, Παραλείψεις

-ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΓΡΑΠΤΗ ΈΚΦΡΑΣΗ

Σχεδιασμός και οργάνωση σκέψεων, Γραφοσυμβολικά συστατικά (σημεία στίξης...), Κατανόηση θέματος, Γραμματικές έννοιες, Σύνταξη, Φαντασία, Δομή λόγου, Κίνητρα, Σημασιολογία – Λεξιλόγιο, Κόπωση, Χρονική σειρά γεγονότων, Αυτοδιόρθωση – Επανάλεγχος

-ΑΝΑΓΝΩΣΗ

Συλλαβισμός, Χρωματισμός φωνής, Παρατονισμός, Χρήση σημείων στίξης, Μάντεμα λέξης, Κόμπιασμα – δισταγμός, Παραλείψεις, Ρυθμός ανάγνωσης, Προσθήκες, Αφήγηση – περίληψη, Επαναλήψεις, Κατανόηση & απαντήσεις σε σχετικές ερωτήσεις, Χάσιμο σειράς, Κόπωση

-ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ

Κατανόηση μεγεθών – ποσοτήτων, Πολλαπλασιασμός , Συμβολική έννοια αριθμού, Διαίρεση, Μέτρηση 1 – 10, Επίλυση προβλημάτων, Κατανόηση μεγαλύτερο – μικρότερο, Χρήματα, Πρόσθεση , Αφαίρεση

-ΜΕΤΑΓΝΩΣΗ

(Επίγνωση του τι μαθαίνει και πώς το μαθαίνει, ικανότητα αυτοδιόρθωσης και ανεξάρτητης οργάνωσης, οργάνωση και διευθέτηση χρόνου)

(<http://www.proseggisi.gr/?p=360>)

3.2 Αποκατάσταση - Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Αποκατάσταση ατόμων με αυτισμό

«Με τον όρο *αποκατάσταση* εννοούμε τη λήψη των οικονομικών, παιδαγωγικών, ιατρικών και κοινωνικών μέτρων, τα οποία έχουν ως σκοπό να μετριάσουν τις συνέπειες της «αναπηρίας». Με άλλα λόγια το ειδικό άτομο αποκαθίσταται, όταν ικανοποιηθούν οι ανάγκες του σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μπορεί, στα πλαίσια των δυνατοτήτων του, να ζήσει με αξιοπρέπεια και να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο» (Σταμάτης, 1987, σελ.179).

Ο αυτισμός είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί παρ' όλα αυτά υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις, οι οποίες μπορούν να επιφέρουν βελτίωση στη συνολική λειτουργία και να βοηθήσουν την ενσωμάτωση του παιδιού στο κοινωνικό σύνολο. Για να πετύχουν οι ειδικοί αυτό το σκοπό χρησιμοποιούνται οι ακόλουθες στρατηγικές:

- ✓ Προώθηση της ανάπτυξης των επικοινωνιακών, κοινωνικών, προσαρμοστικών, συμπεριφορικών και σχολικών δεξιοτήτων του παιδιού.
- ✓ Βελτίωση των προβληματικών και επαναληπτικών συμπεριφορών του παιδιού.
- ✓ Η παροχή βοήθειας στην οικογένεια να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το στρες που προκαλείται από τη συνεχή συναναστροφή του με αυτιστικό παιδί του (Hornby, 1995;Κυπριωτάκης,2003).

Υπάρχουν ποικίλες ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις και εκπαιδευτικές προσεγγίσεις που έχουν ως στόχο την ενδυνάμωση της λειτουργικότητας και την

εκμάθηση κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων για τα παιδιά με σύνδρομο Asperger ή άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Το πρόγραμμα Θεραπείας και Εκπαίδευσης των παιδιών με Αυτισμό και σχετικές Διαταραχές επικοινωνίας TEACCH (Treatment and Education of Autistic Communication Handicapped Children) είναι ένα κρατικό πρόγραμμα με έδρα την Βόρεια Καρολίνα που ιδρύθηκε από τον Eric Schopler και τον Robert Riechler και διευθύνεται έως σήμερα από τον Dr. Gary Mesibov. Το πρόγραμμα αυτό είναι αφιερωμένο στη βελτίωση της αυτονόμησης και της συμπεριφοράς παιδιών με διαταραχές επικοινωνίας. (Faherty C, Μφρ: Βάσια Παπαγεωργίου, Αθήνα, 2000.)

Το TEACCH είναι ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα που περιλαμβάνει κλινικές υπηρεσίες, συμβουλευτική, έρευνα, διάγνωση και εκπαιδευτικά προγράμματα για γονείς και επαγγελματίες υγείας. Οι εκπαιδευτικές στρατηγικές πάνω στις οποίες είναι δομημένο στηρίζονται σε σημαντικά ψυχοεκπαιδευτικά εργαλεία αξιολόγησης για παιδιά και ενήλικες. Συγκεκριμένα, η χρήση του ψυχοεκπαιδευτικού εργαλείου PEP (Psycho Educational Profile) βοηθά στον εντοπισμό των δυσκολιών που εμφανίζει το παιδί σε διάφορους τομείς ανάπτυξης, όπως επίσης και τις δυνατότητες του κάθε παιδιού. Κατόπιν, ακολουθεί ο σχεδιασμός ενός εξατομικευμένου προγράμματος παρέμβασης που βασίζεται στις εκάστοτε ανάγκες και τις δυσκολίες. Κάθε εξατομικευμένο πρόγραμμα στηρίζεται στην ιδέα της αποδοχής της διαφορετικότητας και ιδιαιτερότητας των παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και στην βελτίωση της λειτουργικότητάς τους.

Οι πέντε διαφορετικούς τομείς της εκπαίδευσης του TEACCH είναι: η δόμηση και οργάνωση του φυσικού περιβάλλοντος, το ημερήσιο ατομικό πρόγραμμα, το σύστημα εργασίας, οι ρουτίνες και η οπτική δόμηση. (Mesibov GB., Shea V., Schopler E. 2004) Η πλέον κοινώς αποδεκτή θεραπευτική προσέγγιση που βοηθά πολύ στα θέματα των αναπτυξιακών διαταραχών είναι η συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία (Behavioural approaches, applied behavior analysis (A.B.A.)

Σύμφωνα με την Αγγελική Γενά (2006), «η Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς (ΕΑΣ) είναι η προσέγγιση εκείνη που παρέχει μια ολοκληρωμένη θεραπευτική πρόταση για όλα τα παιδιά με αυτισμό, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της διαταραχής τους...δεν υπόσχεται θαύματα και ταχεία εξέλιξη όπως άλλες

επιστημοφανεείς προσεγγίσεις αλλά αντιθέτως προτείνει πολύωρη, αυστηρά δομημένη και πρώιμη ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση, που δεν περιορίζεται στη συμβολή έμπειρων ειδικών, αλλά προϋποθέτει και την ενεργό συμβολή της οικογένειας.» Η Θεωρία Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς και συγκεκριμένα η συντελεστική μορφή μάθησης στηρίζεται στις αρχές του συμπεριφορισμού και ο πυρήνας της εν συντομία επικεντρώνεται στην αρνητική και θετική ενίσχυση συμπεριφοράς με στόχο την μείωση ή την αύξηση εμφάνισης μιας συμπεριφοράς αντίστοιχα. (Cooper JO., Heron TE., Heward WL, 1987)

Επίσης, οι κοινωνικές ιστορίες προσαρμογής της αποτελούν ένα θεραπευτικό εργαλείο για τα παιδιά με σύνδρομο Asperger, καθότι βελτιώνει την ανάπτυξη των κοινωνικών τους δεξιοτήτων. Η Carol Gray που έχει ασχοληθεί επί σειρά ετών με τα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και διδάσκει στο Jenison Public School στο Michigan των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, υποστηρίζει ότι *«οι ιστορίες καθημερινής πρακτικής και κοινωνικής διαβίωσης περιγράφουν αυτά που εμείς οι υπόλοιποι παραλείπουμε ως αυτονόητα και παρατηρούν τον κόσμο μέσα από τα μάτια ενός παιδιού με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή. Μια τέτοια ιστορία μπορεί να πληροφορήσει, να καθησυχάσει, να καθοδηγήσει, να παρηγορήσει, να υποστηρίξει και να υποδείξει τρόπους διόρθωσης της συμπεριφοράς τόσο στα παιδιά με Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή, όσο και στους επαγγελματίες που εργάζονται με αυτά»* (Gray C., Leigh White A, 2003).

Η διδακτική αυτή στρατηγική των κοινωνικών ιστοριών είναι δομημένη σε τρεις τομείς:

- «Μαθαίνω να φροντίζω τον εαυτό μου» όπου περιγράφονται δραστηριότητες όπως η χρήση της τουαλέτας, το πλύσιμο των χεριών κ.,
- «Στο σπίτι» όπου περιγράφονται και εξηγούνται διάφορες καταστάσεις που μπορεί να είναι αγχογόνες για το παιδί όπως οι ξαφνικοί θόρυβοι, το γάβγισμα ενός σκύλου κ.α.
- «Πηγαίνοντας σε διάφορα μέρη» όπου περιγράφονται δραστηριότητες που συμβαίνουν εκτός σπιτιού ώστε το παιδί να κατακτήσει τη γνώση του κόσμου γύρω του.

Άλλες ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται σχετικά με το κινησιολογικό κομμάτι είναι η εργοθεραπεία και η χοροθεραπεία. Αυτές οι

παρεμβάσεις είναι απαραίτητες ώστε να μπορέσουμε να περιορίσουμε την κινητική αδεξιότητα των παιδιών με σύνδρομο Asperger και να ελέγξουμε την ισορροπία τους αλλά και τη σωματική τους ορμή. Παράλληλα, προτείνεται η λογοθεραπεία για τα παιδιά εκείνα που παρουσιάζουν από μικρές έως και μεγάλες δυσκολίες στην προφορική τους έκφραση και επικοινωνία. Η λογοθεραπεία βοηθά τα παιδιά με σύνδρομο Asperger να αναπτύξουν καθημερινές, απλές επικοινωνιακές δεξιότητες. (Campbell M., Schopler E., Gueva., Hallin A., 1996)

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες υποβοηθούνται παράλληλα και με ειδικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις όπως τα συστήματα PECS (Picture Exchange Communication System) και MAKATON. Αρχικά, το PECS αποτελεί ένα πρόγραμμα επικοινωνίας μέσω ανταλλαγής εικόνων. Το πρωτόκολλο εκπαίδευσης βασίζεται στο βιβλίο του B.F. Skinner «Κατανόηση της Λεκτικής Συμπεριφοράς» (Verbal Behavior), με στόχο την ανάπτυξη της αυτόνομης. Ειδικότερα, ο μαθητής μαθαίνει να ανταλλάσσει μια εικόνα με τον εκπαιδευτή του για να αποκτήσει κάποιο επιθυμητό αντικείμενο και στη συνέχεια άμεσα ο εκπαιδευτής απαντάει μέσω πάλι μιας εικόνας. Η διδασκαλία του συστήματος συνεχίζεται με τη διάκριση των εικόνων και στη συνέχεια με τη σωστή τοποθέτηση των εικόνων για τη δημιουργία προτάσεων. Τελικός στόχος είναι η δημιουργία αυθόρμητου λόγου και η ανταπόκριση του παιδιού σε διάφορες ερωτήσεις του εκπαιδευτή (Bondy A.S. PECS, 2001; 2:127-132.) (www.Pecs-greece.com/WhatsPECS.htm.) Εκτός από το PECS, πολυαισθητηριακό, εναλλακτικό πρόγραμμα ανάπτυξης της επικοινωνίας είναι και το MAKATON το οποίο εφαρμόζεται ευρέως και στην Ελλάδα από το 1992. Το MAKATON είναι κατάλληλο για άτομα που εμφανίζουν διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές καθώς βασίζεται στη χρήση νοημάτων ή και γραφικών συμβόλων που συνοδεύουν τον προφορικό λόγο. Η διδακτική του προσέγγιση εστιάζεται, σε πρώτο επίπεδο, στην απόκτηση βασικών δεξιοτήτων επικοινωνίας και σε μακροπρόθεσμο επίπεδο, στην κατάκτηση της ανάγνωσης και της γραφής. (<http://www.makaton.org>.)

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του αυτισμού έχει ως βασικό στόχο τη βελτίωση της ανάπτυξης και της συμπεριφοράς του παιδιού με τη χρήση προσαρμοσμένων προγραμμάτων θεραπευτικής αντιμετώπισης, τα οποία έχουν και τα καλύτερα αποτελέσματα, στην περίπτωση που έχουμε πρώιμη παρέμβαση. Για το λόγο του ότι δεν υπάρχει κάποια μοναδική προσέγγιση στην αντιμετώπιση των ατόμων με αυτισμό, η θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να αποτελείται από αναπτυξιακά,

εκπαιδευτικά ή προγράμματα για διαχείριση συμπεριφοράς που συμπληρώνονται με φαρμακευτική αγωγή. Για να εξασφαλίσουμε ότι το παιδί λαμβάνει την κατάλληλη θεραπεία, το συνολικό πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης πρέπει να διαμορφωθεί από τους γονείς σε συνεργασία με τους επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας και ειδικούς στην εκπαίδευση και την συμπεριφορά (Κυπριωτάκης,2003, Γκονέλα,2006).

Όταν γίνεται συζήτηση για την θεραπευτική αντιμετώπιση, η οποία πρόκειται να εφαρμοστεί σε ένα παιδί, θα πρέπει να ελεγχθεί το πρόγραμμα λεπτομερώς, ώστε να μπορούν να καλυφθούν οι ανάγκες του από αυτό. Η κατάλληλη θεραπεία, ίσως βοηθήσει το άτομο για την μετέπειτα αποκατάσταση του. Κάποιες θεραπείες είναι οι εξής:

3.2.1 Μη φαρμακευτικές θεραπείες

Τα αναπτυξιακά, εκπαιδευτικά και τα προβλήματα συμπεριφοράς που σχετίζονται με τον αυτισμό απαιτούν τη συνεισφορά από ειδικούς με διαφορετικές ειδικότητες. Αυτοί οι ειδικοί παρέχουν μη ιατρικές και μη φαρμακευτικές θεραπείες όπως: ειδική εκπαίδευση, λογοθεραπείες, θεραπείες επικοινωνίας, εργοθεραπεία και θεραπείες με στόχο τη βελτίωση της συμπεριφοράς (Γκονέλα,2006).

Τα πιο αποτελεσματικά προγράμματα φροντίδας περιλαμβάνουν: πρόωμη παρέμβαση, εξατομικευμένα προγράμματα που αφορούν την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά του παιδιού, συστηματική δομημένη διδασκαλία που στηρίζεται σε ειδικά μαθησιακά υλικά και εντατικά εκπαιδευτικά προγράμματα που εμπλέκουν τους γονείς και τους συγγενείς (Κυπριωτάκης,2003). Καθώς ο αυτισμός ακόμη δεν έχει αναγνωριστεί σε όλο τον κόσμο ως μια πολλή σημαντική διαταραχή, πολλοί γονείς και άτομα τα οποία συναναστρέφονται με τα αυτιστικά έχουν αναπτύξει τα δικά τους προγράμματα. Με το πέρασμα των ετών, ορισμένα από αυτά τα προγράμματα χρησιμοποιούνται ευρέως.

3.2.2 Διαχείριση συμπεριφοράς

Η εκπαίδευση για τη διαχείριση συμπεριφοράς είναι απαραίτητη για τη θεραπευτική αντιμετώπιση (Jordan,2000). Τα συγκεκριμένα προγράμματα χρησιμοποιούν μια ποικιλία από διδακτικές μεθόδους, ενισχύοντας τις θετικές συμπεριφορές και τροποποιώντας τις βασικές προβληματικές συμπεριφορές του παιδιού. Οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι η διαχείριση συμπεριφοράς θα πρέπει να συμπληρώνεται με τη δομημένη διδασκαλία δεξιοτήτων, έτσι ώστε να διευκολύνεται η κατάκτηση των γλωσσικών, επικοινωνιακών, κοινωνικών και άλλων δεξιοτήτων συμπεριφοράς. Τα αποτελεσματικά προγράμματα διαχείρισης της συμπεριφοράς περιλαμβάνουν:

- ✓ Ένταξη των παιδιών με αυτισμό σε χώρους που βρίσκονται «φυσιολογικά» παιδιά όπως είναι οι σχολικές τάξεις, έτσι ώστε τα άλλα παιδιά να λειτουργούν ως πρότυπα για τα αυτιστικά.
- ✓ Εκπαίδευση όλων των ανθρώπων που έρχονται σε επαφή με το αυτιστικό παιδί για να εξασφαλιστεί μια συνεκτική προσέγγιση στην διαχείριση συμπεριφοράς που γίνεται με το παιδί.
- ✓ Οι κοινωνικές δεξιότητες που έχουν διδαχθεί να χρησιμοποιούνται σε όλες τις περιστάσεις και τα περιβάλλοντα

(<http://www.encephalos.gr/full/44-2-06g.htm>).

3.2.3 Οικογενειακή θεραπεία

Οι γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιτυχία της διαδικασίας θεραπευτικής αντιμετώπισης. Οι γονείς, οι επαγγελματίες ειδικοί αλλά και τα αδέρφια οφείλουν να συμμετέχουν στο πρόγραμμα το οποίο ακολουθεί το παιδί, το οποίο θα τους βοηθήσει να χτίσουν τα θεμέλια για ένα πιο επιτυχές αποτέλεσμα για όλη την οικογένεια. Τα οφέλη από μια τέτοια προσέγγιση στη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι:

- ο Ενίσχυση της οικογένειας να υποστηρίξει το παιδί της ή τον/ την αδελφό μέσα από την οικογενειακή εκπαίδευση.
- ο Η ικανότητα του γονέα να συνεχίσει να διδάσκει το παιδί του στο σπίτι αυξάνεται.

- ο Βελτιωμένη συμμόρφωση με τις θεραπευτικές πρακτικές μέσα από την εκπαίδευση των γονέων και της οικογένειας.
- ο Μείωση του stress στο σπίτι (<http://www.encephalos.gr/full/44-2-06g.htm>).

3.2.4 Ψυχοθεραπεία

Τα παιδιά με αυτισμό διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ψυχιατρικών συμπτωμάτων και διαταραχών συμπεριφοράς που σχετίζονται με τον αυτισμό. Οι πιο κοινές διαταραχές σε παιδιά με αυτισμό είναι: διαταραχές της διάθεσης, άγχος, κατάθλιψη, διαταραχή υπερκινητικότητας και ελαττωματικής προσοχής και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Επίσης, διαταραχές του ύπνου, επιθετικότητα και αυτοτραυματισμοί παρατηρούνται σε παιδιά με διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Σε σοβαρές περιπτώσεις επιθετικότητας ή συμπεριφοράς αυτοτραυματισμών τα παιδιά μπορεί να χρειάζονται να δεχτούν φροντίδα εκτός σπιτιού και να φορούν προστατευτική ενδυμασία.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών χρειάζεται ψυχοθεραπεία, όμως συχνά χρησιμοποιείται παράλληλα και φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα. Αυτά τα προγράμματα θεραπείας χορηγούνται με ιατρική συνταγή και επιβλέπονται από επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας. Τα σχετικά ψυχολογικά προβλήματα και οι διαταραχές αποτελούν ένα επιπλέον βάρος για το παιδί και την οικογένεια. Είναι, επομένως, σημαντικό οι γονείς και όλοι οι ειδικοί, οι οποίοι ασχολούνται με το παιδί να συνεργαστούν για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του παιδιού (<http://www.encephalos.gr/full/44-2-06g.htm>).

3.2.5 Ιατρικές και φαρμακευτικές θεραπείες

Η ιατρική ή φαρμακευτική θεραπευτική αντιμετώπιση τείνει να επικεντρώνει σε συγκεκριμένα συμπτώματα του αυτισμού(Grandin,1995). Με το να χορηγούν συνταγές για φάρμακα οι γιατροί επιδιώκουν να:

- Û Περιορίσουν τα βασικά συμπτώματα των διαταραχών αυτιστικού φάσματος.
- Û Προλάβουν επιβλαβείς συμπεριφορές όπως η επιθετικότητα προς άλλους και οι αυτοτραυματισμοί.

- Û Διευκολύνουν και να βελτιώσουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες με τις οποίες συνεργάζονται με σκοπό να φέρουν το παιδί σε μια φυσιολογική σχολική τάξη εάν αυτό είναι δυνατό.
- Û Αυξήσουν τα ευεργετικά αποτελέσματα των μη ιατρικών παρεμβάσεων και να μειωθούν τα συμπτώματα.
- Û Βελτιώσουν την ποιότητα ζωής για το παιδί, την οικογένεια και το περιβάλλον τους (<http://www.encephalos.gr/full/44-2-06g.htm>).

Ο αυτισμός, όπως γνωρίζουμε είναι φάσμα και διαφορετικά παιδιά έχουν διαφορετικά συμπτώματα. Επομένως, κανένα φάρμακο δεν θα ευεργετήσει τους πάντες και καθώς πολλά παιδιά έχουν περισσότερα από ένα συμπτώματα ή περίπλοκα συμπτώματα, γι' αυτό το λόγο, περισσότερα από ένα φάρμακα πρέπει να χορηγηθούν. Όταν ο γιατρός δώσει στο γονέα μια συνταγή για φάρμακα, είναι σημαντικό αυτό να γίνεται στο πλαίσιο ενός συνολικού προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης για το παιδί. Το πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης για τις εκπαιδευτικές, συμπεριφορικές, λειτουργικές και επικοινωνιακές δεξιότητες του παιδιού θα πρέπει να γίνει αντικείμενο λεπτομερούς συζήτησης και θα πρέπει να κατανοηθούν πλήρως οι πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων, πριν ξεκινήσει το παιδί με αυτισμό τη φαρμακευτική αγωγή (<http://www.encephalos.gr/full/44-2-06g.htm>)

3.2.6 "ABA-Lovaas" (Άμπα-Λόβας): Πρώιμη παρέμβαση για αυτισμό

Το πρόγραμμα ABA-Lovaas (Lovaas' Applied Behavioural Analysis) υλοποιήθηκε από τον ρ. Ivar Lovaas στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια στο Λος Άντζελες (UCLA) των ΗΠΑ (http://www.dikepsy.gr/paid_autismos2.shtml).

Το πρόγραμμα ABA-Lovaas (μεταφράζεται "Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς" του Καθηγητή Lovaas) αποτελεί μία ευρέως διαδεδομένη πρώιμη εντατική παρέμβαση σε παιδιά με αυτισμό. Από αυστηρά ατομικό, αρχικά, το πρόγραμμα στοχεύει στη γενίκευση των γνώσεων με τη βοήθεια των γονέων ενώ αργότερα το πρόγραμμα μπορεί να συνεχιστεί και στο σχολείο (http://www.dikepsy.gr/paid_autismos2.shtml).

Πολύ συχνά η αρχική εκπαίδευση στο πρόγραμμα γίνεται σε κάποιον χώρο κοντά στο φυσικό περιβάλλον του παιδιού (πιθανώς στο δωμάτιό του παιδιού) με διάρκεια από 10 έως 40 ώρες την εβδομάδα. Γενικότεροι στόχοι του προγράμματος

είναι η ανάπτυξη ικανοτήτων των παιδιών, με τη χρησιμοποίηση κατάλληλων παιχνιδιών, η εξάλειψη των στερεοτυπιών και η μείωση της επιθετικής συμπεριφοράς.

Στη συνέχεια, ακολουθεί λογοθεραπεία και παιχνίδια, τα οποία αναπτύσσουν την κοινωνική συμπεριφορά του παιδιού (Κυπριωτάκης,2003). Η πρόιμη εντατική παρέμβαση στα αυτιστικά παιδιά είναι μία θεραπευτική προσέγγιση του αυτισμού, που έχει παρουσιάσει θεαματικά αποτελέσματα.

Μελέτες των τελευταίων 20 ετών μας τονίζουν ότι το συγκεκριμένο πρόγραμμα έχει επιφέρει πολύ σημαντικά αποτελέσματα στην επικοινωνία, λεκτική και μη, στην ομαλή ένταξη των παιδιών στο σχολείο και γενικότερα στο κοινωνικό σύνολο καθώς και στην καθημερινότητα τους.

Η εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς βασίζεται στις γενικές αρχές του συμπεριφορισμού, όπου θεωρεί ότι η συμπεριφορά μας οφείλεται στη μάθηση και γι' αυτό χρησιμοποιεί την επιβράβευση και όχι την τιμωρία αλλά την αγνόηση, για τη μη επιθυμητή συμπεριφορά. Έχει αναλύσει τα στάδια ανάπτυξης των παιδιών χωρίς κάποια μορφή αυτισμού και τα τεμαχίζει σε μικρότερα στάδια για να διδάξει το παιδί με αυτισμό, προσαρμοσμένο πάντοτε στις ανάγκες του κάθε παιδιού (http://www.dikepsy.gr/paid_autismos2.shtml).

3.2.7 Θεραπεία Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης (SIT)

Η Αισθητηριακή Ολοκλήρωση είναι μία διαδικασία μέσω της οποίας ο εγκέφαλος οργανώνει και ερμηνεύει τα εξωτερικά ερεθίσματα όπως η κίνηση, η αφή, η οσμή, η όραση και ο ήχος. Τα αυτιστικά παιδιά συχνά παρουσιάζουν συμπτώματα Δυσλειτουργίας Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης (SID) που καθιστά δύσκολο για αυτά να επεξεργαστούν τις πληροφορίες που λαμβάνουν μέσω των αισθήσεων. Τα παιδιά μπορεί να έχουν ήπια, μέτρια ή βαριά ελλείμματα SID που φανερώνονται μέσω αυξημένης (υπαιρευαισθησία) ή μειωμένης (υποευαισθησία) ευαισθησίας στο άγγιγμα, τον ήχο, την κίνηση κ.α. για παράδειγμα, ένα υπερευαίσθητο παιδί μπορεί να αποφεύγει να το αγγίζουν ενώ ένα υποευαίσθητο παιδί να αποζητά το ερέθισμα του να αγγίζει αντικείμενα ή να απολαμβάνει να βρίσκεται σε μέρη με πολύ κόσμο.

Στόχος της θεραπείας αισθητηριακής ολοκλήρωσης είναι να διευκολύνει την ανάπτυξη της ικανότητας του νευρικού συστήματος να επεξεργάζεται τα

αισθητηριακά ερεθίσματα με ένα πιο τυπικό τρόπο. Μέσω της ολοκλήρωσης ο εγκέφαλος συνδέει μεταξύ τους τα αισθητηριακά μηνύματα και διαμορφώνει συναφείς πληροφορίες με βάση τις οποίες δρα. Η SIT χρησιμοποιεί νευροαισθητηριακές και νευροκινητικές ασκήσεις για να βελτιώσει την ικανότητα του εγκεφάλου να αυτοδιορθωθεί (repair itself). Όταν είναι επιτυχής, μπορεί να βελτιώσει την προσοχή, την συγκέντρωση, την ακοή, την κατανόηση, την ισορροπία, τον συντονισμό και τον έλεγχο της παρορμητικότητας σε ορισμένα παιδιά. Η αξιολόγηση και η θεραπεία των βασικών διαδικασιών αισθητηριακής ολοκλήρωσης στο αυτιστικό παιδί συνήθως γίνονται από εργοθεραπευτή και/ ή φυσιοθεραπευτή. Ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα θα σχεδιαστεί για να παρέχει αισθητηριακή διέγερση στο παιδί, συχνά σε συνδυασμό με σκόπιμες μυϊκές δραστηριότητες, για να βελτιώσει το πώς ο εγκέφαλος επεξεργάζεται και οργανώνει τις αισθητηριακές πληροφορίες. Η θεραπεία συχνά απαιτεί δραστηριότητες που αποτελούνται από κινήσεις ολόκληρου του σώματος χρησιμοποιώντας διαφορετικά είδη εξοπλισμού. Πιστεύεται ότι η SIT δεν διδάσκει δεξιότητες υψηλού επιπέδου, αλλά βελτιώνει τις ικανότητες αισθητηριακής επεξεργασίας και επομένως επιτρέπει στο παιδί να τις αποκτήσει.

http://www.autismhellas.gr/files/el/be_informed.pdf

Τελειώνοντας και το τελευταίο κεφάλαιο οφείλουμε να τονίσουμε ότι η αποκατάσταση των αυτιστικών ατόμων είναι πολλή δύσκολη και βασικό εμπόδιο αποτελεί η νοοτροπία της σύγχρονης κοινωνίας, η οποία μετράει την αξία του ατόμου ανάλογα με τη λειτουργικότητα του και την παραγωγικότητα του. Όποιος έχει την ικανότητα να εργαστεί και να παράγει γίνεται αποδεκτός. Εκείνος που δεν έχει αυτή την ικανότητα μένει στο περιθώριο (Σταμάτης, 1987).

Η αποκατάσταση των ειδικών ατόμων απαιτεί ειδικά προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, εκπαίδευσης και επαγγελματικής ένταξης. Τα προγράμματα όμως αυτά, χρειάζονται υψηλά κονδύλια, τα οποία είναι δύσκολο να υλοποιήσουν ειδικά, τα οικονομικά ασθενέστερα κράτη, κυρίως, προτιμούν να τα διαθέσουν για την ικανοποίηση των «υγιών» ατόμων παρά για την κάλυψη βασικών αναγκών των ειδικών ατόμων, τα οποία, όπως πιστεύεται, δεν μπορούν να συμβάλλουν πολύ στην οικονομική ανάπτυξη και στην παραγωγή και αφετέρου, δεν είναι σε θέση να ασκήσουν πιέσεις, είτε επειδή είναι λίγοι, είτε δεν έχουν την ικανότητα να οργανωθούν.

«Είναι γνωστό ότι οι πιέσεις παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ικανοποίηση των αιτημάτων. Πολλά αιτήματα ειδικών ατόμων που έχουν μόνο αισθητηριακά ή

σωματικά προβλήματα έχουν ικανοποιηθεί επειδή μπόρεσαν να οργανωθούν και να τα διεκδικήσουν. Στα μέτρα που παίρνονται για τα διανοητικά υστερημένα άτομα σπουδαίο ρόλο έπαιξε το ότι είναι η πολυπληθέστερη κατηγορία των ειδικών ατόμων και η πίεση ασκείται από τους γονείς τους, οι οποίοι βέβαια οργανώθηκαν» (Σταμάτης, 1987, σελ182).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ένας γονιός είπε «... οι γονείς είναι ειδικοί στο παιδί τους. Η συνεργασία αρχίζει με την κατανόηση των πεποιθήσεων, των προσδοκιών και των αναγκών τους, που αποτελεί τη βάση όλων των προσπαθειών βοήθειας προς το παιδί τους ...αν οι επαγγελματίες άκουγαν τους γονείς και εμπιστεύονταν ότι είναι ικανοί, αντί να τους δίνουν συνεχώς οδηγίες, τότε, οι γονείς, θα ήταν πιο χρήσιμοι και πιο αποτελεσματικοί ... γιατί είναι πιο εύκολο να δέχεσαι όταν δίνεις ...» (Παπαγεωργίου,2004).

Η διάγνωση του αυτισμού μπορεί να είναι μια ανακούφιση για τους γονείς, γιατί έμαθαν μετά από πολύ αγώνα τι τελικά συμβαίνει στο παιδί τους. Όμως, η ανακούφιση δεν κρατάει και πολύ διότι ακολουθούν συναισθήματα θλίψης, σοκ, άρνησης και ενοχής. Η ψυχική επίπτωση του αυτισμού στην οικογένεια είναι σοβαρή και οι μηχανισμοί άμυνας πρέπει να ενεργοποιηθούν γιατί ο ρόλος τους είναι δύσκολος. Ελπίδα για αυτούς είναι μια καλή συνεργασία με τους επαγγελματίες ειδικούς, οι οποίοι με προσοχή και υπομονή θα καταστούν βοηθοί και υποστηρικτές του ίδιου του παιδιού αλλά και της οικογένειας του.

Η ενεργός συμμετοχή των γονέων στη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία των παιδιών με διαφορετικές αναπτυξιακές διαταραχές θεωρείται σήμερα σημαντικός παράγοντας στη μακροχρόνια έκβαση των βασικών δυσκολιών.

Από την πλευρά τους, οι επαγγελματίες κάνουν ότι είναι δυνατόν για να βοηθήσουν τα αυτιστικά παιδιά αλλά οι δυσκολίες στην ευελιξία της σκέψης και της μάθησης επιδρούν σοβαρά στη μόρφωση του παιδιού και αυτό οφείλεται περισσότερο στο διαφορετικό τρόπο σκέψης και κατανόησης και λιγότερο στην έλλειψη δεξιοτήτων του παιδιού με αυτισμό στο να κατανοεί τα πράγματα που το περιβάλλουν.

Η διαχείριση της συμπεριφοράς τους αποτελεί πρόβλημα τόσο για τους επαγγελματίες όσο και για τους γονείς. Επίσης, ένα σημαντικό πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζουν είναι η επικοινωνία. Υπάρχουν αυτιστικά παιδιά, τα οποία δεν μιλούν καθόλου, ούτε χρησιμοποιούν χειρονομίες, υπάρχουν άλλα τα οποία παπαγαλίζουν, εκείνα που χρησιμοποιούν απλές λέξεις και φράσεις, μέχρι και τα παιδιά τα οποία μιλούν με ευχέρεια αλλά παράδοξα και κάπως περίεργα. Οι εκπαιδευτές οφείλουν να βοηθήσουν αυτά τα παιδιά ανάλογα με την περίπτωση τους με διάφορους εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όσον αφορά τους γονείς:

- Να αποδεχθούν τα συναισθήματα τους που προέρχονται από την απώλεια ενός «φυσιολογικού παιδιού» και την απόκτηση ενός αυτιστικού παιδιού καθώς και οτιδήποτε συνεπάγεται την παρουσία αυτού του παιδιού στην καθημερινή του ζωή. Επίσης, να κατανοήσουν τις ιδιαιτερότητες του και τις δυσκολίες του.
- Να γνωρίζουν τις υπηρεσίες, οι οποίες υπάρχουν και τους διαθέσιμους πόρους οι οποίοι θα βοηθήσουν στην θεραπευτική διαδικασία του παιδιού τους και όχι μόνο.
- Να είναι πρόθυμοι για συνεργασία με τους επαγγελματίες- ειδικούς ώστε οι υπηρεσίες να παρέχονται σωστά στο παιδί τους.
- Να συμμετέχουν στη θεραπευτική διαδικασία του παιδιού τους, με τα θεραπευτικά μέσα που τους συμβουλεύουν οι επαγγελματίες.

Όσον αφορά το κράτος:

- Να παρέχει χρηματικά επιδόματα και υπηρεσίες, οι οποίες θα διευκολύνουν την φροντίδα των παιδιών.
- Αναβάθμιση του έργου των εκπαιδευτικών σχολείων και αύξηση των υπηρεσιών για άτομα με ειδικές ανάγκες.
- Στέγαση- φροντίδα: Για τα αυτιστικά παιδιά και γενικότερα για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, το πρόβλημα στέγασης υπάρχει μόνο όταν οι γονείς δεν είναι σε θέση να το φροντίσουν ή όταν εκείνοι φύγουν από τη ζωή.

Το πρόβλημα της στέγασης και της φροντίδας, οφείλει να το λύσει η πολιτεία με τη δημιουργία ακόμα περισσότερων ξενώνων και οικοτροφείων. Οι ξενώνες, οφείλουν να πληρούν τους όρους υγιεινής, διαβίωσης και εξυπηρέτησης των ατόμων. Οφείλουν

να είναι σε κατοικημένη περιοχή και να διαθέτουν όλους τους χώρους π.χ για περίπατο, για ψυχαγωγία κτλ.

- Εξυπηρέτηση κατά προτεραιότητα σε νοσοκομεία και ιατρεία, γενικότερα σε χώρους υγείας.
- Η πρόβλεψη θέσεων εργασίας και απασχόληση των αυτιστικών ατόμων(όσα τουλάχιστον είναι σε θέση να εργαστούν).
- Η δωρεάν ψυχολογική-ψυχιατρική υποστήριξη των οικογενειών
- Μόνιμο και πιο εξειδικευμένο προσωπικό στις υπηρεσίες, οι οποίες απασχολούν άτομα με αυτισμό.

Τέλος, οι φορείς σε συνεργασία με τις οικογένειες θα πρέπει να λάβουν πρωτοβουλία όσον αφορά την προσπάθεια ενημέρωσης και αγωγής της κοινότητας, της εκπαίδευσης της κοινωνίας, προβάλλοντας την πραγματική εικόνα αυτών των παιδιών, καταρρίπτοντας τους μύθους και τις διαστρεβλωμένες απόψεις. Οι προσπάθειες που θα γίνουν με την υποστήριξη του κράτους στοχεύουν στο να μπορέσουν να διώξουν τις προκαταλήψεις και τις διακρίσεις, τις οποίες έχουν φτιάξει οι κοινωνίες λόγω του φόβου και της άγνοιας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Παρατήρηση | | |----| | 1η | |----|

Ημερομηνία παρατήρησης: 29/11/2011

Μέθοδος: Η παρατήρηση του συγκεκριμένου παιδιού γίνεται με παρακολούθηση του σε κάθε συνεδρία.

Χρόνος: 45λεπτά

Αριθμός παιδιών: 1 παιδί

Αριθμός ενηλίκων: ο λογοθεραπευτής - επόπτης

Ζητήθηκε άδεια από: Γονέα

Πλαίσιο: κέντρο πραγματοποίησης πρακτικής άσκησης

Άμεσο περιβάλλον: Το αγόρι βρίσκεται σε χώρους του κέντρου (χώρο αναμονής, αίθουσα συνεδρίας λόγου, αίθουσα ψυχοπαιδαγωγικού προγράμματος αποκατάστασης παιδιών με Διάχυτες Διαταραχές της Ανάπτυξης (φάσμα του αυτισμού), αίθουσα παιδοψυχιατρική παρακολούθηση από παιδοψυχίατρο-αναπτυξιολόγο.

Όνομα παιδιού: Φίλιππος

Ηλικία (ημερομηνία γέννησης): 6 χρονών

Φύλο: αγόρι

Προφίλ του παιδιού: Ο Φίλιππος είναι το δεύτερο παιδί της οικογένειας. Προηγείται μια αδελφή 11,5 ετών. Ο πατέρας είναι ναυτικός και η μητέρα δεν εργάζεται. Στο ιστορικό αναφέρθηκε ότι ο Φίλιππος περπάτησε 11 μηνών, άρχισε να λέει τις πρώτες λέξεις 7 μηνών, έκανε απλές προτάσεις 18-24 μηνών. Μετά τα 2,5 έτη άρχισε να απομακρύνεται και να απομονώνεται .

Απόκτησε έλεγχο σφικκτῆρων 4 ετών κατά τη διάρκεια της μέρας, ενώ φοράει ακόμη πάνα το βράδυ. Επίσης ο Φίλιππος περιγράφηκε ως τρυφερό και χαδιάρικο μωρό, που είχε χαρακτηριστικό <<τσιριχτό>> γέλιο. Δεν αντέχει τους δυνατούς θορύβους και σκαρφαλώνει επιδέξια χωρίς να χτυπά. Του αρέσουν πολύ τα παιχνίδια με κουμπιά και πρίζες.

Από τις αξιολογήσεις , τον Απρίλιο του 2011 , προέκυψε ότι ο Φίλιππος παρουσιάζει Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή .

Στόχος της παρατήρησης: Η αντικειμενική παρατήρηση και καταγραφή της συμπεριφοράς του παιδιού, η κατανόηση του τρόπου που αλληλεπιδρά με τους γύρω του είτε αφορά στην επικοινωνία είτε στην επίλυση προβλήματος και του τρόπου με τον οποίο χειρίζεται διάφορα αντικείμενα και εν συνεχεία η αξιολόγηση της ανάπτυξής του στους διάφορους τομείς με βάση τα φυσιολογικά αναπτυξιακά ορόσημα.

Συστάσεις-προτάσεις:

Μετά την προσπάθεια ερμηνείας και τους τομείς ανάπτυξης δεν ακολουθούν συστάσεις- προτάσεις διότι το περιστατικό με βοήθησε στην καταγραφή στοιχείων - δεδομένων της συμμετοχικής παρατήρησής μου με το άτομο, άρα δε συντρέχει λόγος προτάσεων-συστάσεων.

Παρατήρηση 2^η – Περιγραφή

Αναλυτικά ο Φίλιππος κάνει φευγαλέα βλεμματική επαφή και παρουσιάζει άμεση ή καθυστερημένη ηχολαλία τις περισσότερες φορές ψιθυριστά. Φαίνεται να αποσπάται η προσοχή του από αυτά που ηχολαλεί και μοιάζει να κολλάει και να παίζει με τις λέξεις και τις συλλαβές, ενώ το βλέμμα του περιφέρεται στο χώρο. Δοκιμάζει αρκετές φορές να εκφέρει αρθρωτικά σωστά τη λέξη που άκουσε ή με την οποία απαντά. Ελάχιστες λέξεις τις λέει δυνατά

Εκτελεί απλές εντολές (πάρε, δώσε, βάλε κ.λ.π.) , αλλά κάποιες φορές χρειάζεται επανάληψη της εντολής ή υπόδειξη της.

Ο Φίλιππος έχει καλό οπτικοκινητικό συντονισμό και τα καταφέρνει καλά σε δραστηριότητες λεπτής και αδρής κίνησης. Κάνει ταύτιση μικροαντικειμένων ανά 3. Δείχνει, με εντολή, μέρη του κεφαλιού και του σώματος του και τα ονοματίζει δυνατά. Μετρά ως το 10 κύβους , χωρίς να του ζητηθεί.

Ονοματίζει και αναγνωρίζει ελάχιστα αντικείμενα καθημερινής χρήσης, ζώα, φρούτα, μεταφορικά μέσα σε μινιατούρες ή κάρτες και δεν τα κατηγοριοποιεί. Επίσης, δεν αναγνωρίζει σχήματα και χρώματα.

Δεν μιμείται σωματικές κινήσεις ή κινήσεις με αντικείμενα.

Στο ελεύθερο παιχνίδι του αρέσει να ασχολείται να ασχολείται κυρίως με παιχνίδια που έχουν μηχανισμό. Παρακολουθεί με το βλέμμα παιχνίδια που τον ενδιαφέρουν, δεν τα διεκδικεί όμως και δεν τα αποζητά .

Επίσης , ανταποκρίνεται θετικά σε παιχνίδια με αλληλεπίδραση και σωματική επαφή (π.χ. γαργαλητό) . Ασχολείται με την υφή των αντικειμένων . Του αρέσει να ανοιγοκλείνει τους διακόπτες.

Συμπερασματικά ο Φίλιππος είναι ένα συμπαθητικό αγόρι με σοβαρές δυσκολίες στην επικοινωνία , την κοινωνική συνδιαλλαγή και τη συμπεριφορά , το οποίο φάνηκε ότι μπορεί να μάθει νέες δεξιότητες μέσα από οπτικοποιημένες δραστηριότητες με παροχή μοντέλου συμπεριφοράς

Στους γονείς προτάθηκε η έναρξη ψυχοπαιδαγωγικού προγράμματος αποκατάστασης και λογοθεραπείας, παιδοψυχιατρική παρακολούθηση και συμβουλευτική γονέων. Επίσης, συνεργασία με το νηπιαγωγείο του Φίλιππου και τη μουσικοθεραπεύτρια.

ΛΟΓΟΠΕΔΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ 10/10/12

(Στοιχεία από τον φάκελο του παιδιού)

Φίλιππος 6χρονών.

Προσήλθε στο κέντρο συνοδεία της μητέρας και της αδερφής. Περιμένοντας στο χώρο αναμονής ανοιγόκλεινε για αρκετή ώρα τις πόρτες του χώρου, καθώς η μητέρα διάβαζε δυνατά στην κόρη ένα άρθρο από τον πίνακα ανακοινώσεων. Η αδερφή κάποια στιγμή έκανε παρατήρηση στο Γιώργο ενοχλημένη από τον θόρυβο ενώ η μητέρα συνέχιζε να διαβάζει (άχρωμα) το άρθρο.

Ο Φίλιππος κάνει φευγαλέα βλεμματική επαφή προσεγγίζοντας τον, όμως μου δίνει το χέρι του και με ακολουθεί στην αίθουσα. Εκτελεί απλές εντολές (πάρε, δώσε, βάλε, δείξε, κάθισε) αλλά δεν εκτελεί διπλές εντολές (βγάλε το μπουφάν και άφησε το στην καρέκλα – κάνει μόνο το πρώτο). Κάποιες φορές βέβαια χρειάζεται να επαναλάβω πολλές φορές την εντολή για να την εκτελέσει ή και να του υποδείξω τι πρέπει να κάνει (του πιάνω τα δάχτυλα ώστε να δείξει). Επίσης αρκετά συχνά δείχνει εντελώς μηχανικά.

Σχεδόν μόνιμα ηχολαλεί επαναλαμβάνοντας πολλές φορές είτε ακατάληπτες συλλαβές (τα-τα-ου...τα-τά-ταου) είτε αυτό που μόλις έχει ακούσει από εμένα (ηχολαλεί συνήθως την τελευταία λέξη ή λέξη που θεωρεί ως απάντηση) είτε τη λέξη με την οποία μου απαντά (κουτί, κουτί, τικου). Φαίνεται την προσοχή του να αποσπούν αυτές οι ηχολαλίες και μοιάζει να κολλάει και να παίζει με τις λέξεις και τις συλλαβές ενώ το βλέμμα του περιφέρεται διαρκώς στο χώρο.

Το εύρος της προσοχής του είναι ελάχιστο, ασχολείται ελάχιστα ή και καθόλου με τα πράγματα που του προτείνω (πρέπει να επιμένω αν και συχνά δεν δείχνει κανένα ενδιαφέρον) και δεν τα διεκδικεί όταν του τα πάρω.

Απαντά μονολεκτικά και σε ελάχιστα και συγκεκριμένα πράγματα : - πως σε λένε και τι είναι αυτό – και δεν απαντάει πάντα. Όταν απαντά αλλά και όταν ηχολαλεί , το κάνει ψιθυρίζοντας. Δοκιμάζει αρκετές φορές να πει αρθρωτικά σωστά τη λέξη που άκουσε ή τη λέξη με την οποία απαντά (κλειζα...κλειζα...κλειζαριά) ελάχιστες λέξεις τις λέει δυνατά, πιθανόν γιατί για αυτές είναι σίγουρος ότι τις λέει καθαρά αλλά και εκεί που πρέπει. Ζητώντας του να ονομάσει ζώα και φρούτα : ονομάζει κάποια από αυτά ψιθυριστά – αλλά δεν τα ονομάζει καθόλου – δεν αναγνωρίζει και ονομάζει το ίδιο ζώο αν έχει άλλη μορφή ή κατασκευή). Αυτά που μπορεί να τα πει καθαρά και είναι σίγουρος ότι τα ανακαλεί σωστά τα φωνάζει κανονικά (αχλάδι , άλογο).

Εκμεταλλεύτηκα την αδυναμία του για τα κουμπιά και του έδωσα ένα παιχνίδι με φιγούρες που πετάγονται αν χειριστείς ανάλογα το αντίστοιχο κουμπί. Αφού το δοκίμασε μερικές φορές, το πήρα και του είπα <<τι θέλεις;>> . Απάντησε <<παταρίες>> συνεχίζοντας να λέει ότι έλεγε στο προηγούμενο παιχνίδι. Όταν είπα και εγώ την ίδια λέξη τότε την επανέλαβε δυνατά (μάλλον θεώρησε ότι ήταν σωστή απάντηση). << Να πατήσω το κουμπί>> είπα και το επανέλαβε. Επαναλάβαμε την όλη διαδικασία και φάνηκε να χρειάζεται να του θυμίζω την αρχή της απάντησης για να απαντήσει (<<να...>>) . Σταδιακά καθώς επαναλήφθηκε η διαδικασία αρκετές φορές , ο Φίλιππος επαναλάμβανε την απαιτούμενη φράση όλο και πιο δυνατά και άμεσα.

Είπα στη μητέρα του για την εικόνα που αποκόμισα από την συνεργασία μου με το Φίλιππο (-απαντά μόνο σε απλά και συγκεκριμένα πράγματα και μονολεκτικά- φαίνεται να υπάρχουν γνωστικά κενά και ο Φίλιππος το αντιλαμβάνεται για αυτό και μιλά χαμηλόφωνα και όταν δεν τα καταφέρνει αρθρωτικά – δείχνει να διασπάται και ν' αφαιρείται επαναλαμβάνοντας πράγματα). Της είπα ότι θα χρειαστεί δουλειά. Αναφέρθηκε στον πόλεμο που της κάνουν άλλες θεραπεύτριες του παιδιού και ότι της λένε ότι θα κάνουμε την ίδια δουλειά και ότι θα ξοδέψει περισσότερα χρήματα. Είπε ότι για το καλό των παιδιών της θα τα πουλήσει όλα. Έχει παράπονο από την εργοθεραπεία γιατί το παιδί δεν πιάνει σταθερά το μολύβι με τριποδιαία λαβή αλλά

χρησιμοποιεί και παλαμιαία σύλληψη . Είπε ότι η θεραπεύτρια της είπε ότι <<είναι για τα καθυστερημένα>> και με ρώτησε αν είναι έτσι. Της είπα ότι έχει αναπτύξει λόγο και αυτός είναι πολύ θετικός παράγοντας ωστόσο δεν μπορώ να αξιολογήσω το επίπεδο του νοητικού του δυναμικού. Επίσης είπε ότι δεν πιστεύει ότι είναι αυτισμός γιατί ο αυτισμός είναι κάτι πάρα πολύ βαρύ.

4.2 Ερμηνεία

Τομείς ανάπτυξης

- **Αδρή κινητική ανάπτυξη:**

Η αδρή κινητικότητα του Φιλίππου ήταν φυσιολογική, όπως φάνηκε από την κινήσεις του: βάδιζε, καθόταν, σηκωνόταν, έστρεφε και κουνούσε το κεφάλι και τον κορμό του. Είχε μεγάλη ευστοχία όταν πέταγε τα μπαλάκια στον αυτοκόλλητο πίνακα του Γουίνυ. Διέθετε καλό πέταγμα της μπάλας και καλό οπτικοκινητικό συντονισμό. Δεν ήταν δυνατόν βέβαια στη διάρκεια της συνεδρίας να παρατηρηθούν κινήσεις όπως στροφές, πηδηματάκια, κουτσό, ισορροπία στο ένα πόδι κ.α.

Η λογοθεραπεύτρια όμως μου είπε πως οι γονείς ανέφεραν πως ξέρει να κάνει ποδήλατο αρκετά καλά, άρα διαθέτει ισορροπία. (Διαθέσιμα αναπτυξιακά ορόσημα στα www.childdevelopmentinfo.com)

(Child Development Institute) www.ldonline.org (Speech and Language Milestone Chart)

ο **Λεπτή κίνηση:**

Ζωγράφισε, κόλλησε και πέταξε τις μπαλίτσες χρησιμοποιώντας μόνο το δεξί του χέρι, πράγμα το οποίο μας δείχνει πιθανή δεξιά πλευρίωση. (Σταύρου, 2003:18-23)

Προτιμά να βάζει σε στοίβες τα αντικείμενα (κύβους, χάνδρες), ανταποκρίνεται όμως άμεσα στην εκτέλεση της δραστηριότητας μετά από μοντέλο.

Οι κινήσεις των χεριών του ήταν αρκετά καλά συντονισμένες, ήρεμες και στοχοθετημένες προς την ολοκλήρωση κάθε δραστηριότητας. Η γρήγορη και πετυχημένη μίμηση της λαβής του «πιστολιού» καθώς και ο τρόπος που πετούσε εύστοχα τις μπαλίτσες δείχνει καλό οπτικοκινητικό συντονισμό. Όταν του ζητήθηκε να σχεδιάσει κάτι, ζωγράφισε ένα πρόσωπο με μάτια (και κόρες), μαλλιά, μύτη και στόμα. Όταν του δόθηκε άλλο χρώμα μαρκαδόρος ζωγράφισε ακριβώς το ίδιο σχέδιο στερεοτυπικά πάνω στο προηγούμενο. Η λαβή του μαρκαδόρου δεν ήταν καλή και μερικές φορές παλαμική. Φαίνεται να έχει δεξιά διαφοροποιημένη πλευρίωση, όπως αναφέραμε και πιο πάνω. Ακόμη, δείχνει να έχει καλή λαβή του ψαλιδιού, αλλά δεν μπορεί να κόψει σωστά ένα σχέδιο (μη σύλληψης της εικόνας) με αποτέλεσμα να κόβει λωρίδες το χαρτί. Δυσκολεύεται επίσης στη ζωγραφική σε πλαίσιο (εστιάζει τη ζωγραφική του στην εικόνα αλλά δεν μένει μέσα στο πλαίσιο).

Ο τρόπος που έβγαζε και έβαζε τα πράγματά του στην τσάντα, που έπιανε την κόλλα, τις σφραγιδούλες και τα αυτοκόλλητα έδειχνε φυσιολογική ψυχοκινητική ανάπτυξη. (Δράκος, Μπίνιας, 2005)

Φαίνεται να αναγνωρίζει τα σημεία του προσώπου του (μάτια, αυτιά, μύτη, στόμα) αλλά δείχνει να έχει δυσκολία ως τον προσανατολισμό Μπορεί να ενώνει τελείες (αφού πρώτα όμως πατάει μία-μία τελίτσα από πάνω στο ήδη τυπωμένο χαρτί). Αξιοσημείωτο είναι ότι αφού ένωσε με αυτόν τον τρόπο διάφορα σχήματα από τελίτσες μετά προσπάθησε να φτιάξει πάλι ένα πρόσωπο βάζοντας σε ένα κύκλο και τα τρία σχήματα, όπως το πρόσωπο που ζωγράφισε με διαφορετικό στυλό.

· **Αυτοεξυπηρέτηση:**

ΣΙΤΙΣΗ

- Τρώει ανεξάρτητο..... ναι
- Επιθυμεί να επιλέγει τις τροφές και τον συνδυασμό τους..... ναι (Τρώει επιλεκτικά, έχει διαιτολόγιο, η διατροφή του είναι ανεπαρκής.)
- Σπανίως σηκώνεται από το τραπέζι πριν τελειώσει το γεύμα..... όχι

ΕΝΔΥΣΗ- ΑΠΟΔΥΣΗ

- Αφαιρεί μπλούζα τελείως ανεξάρτητοόχι
- Γνωρίζει με ακρίβεια το εμπρός μέρος των ρούχωνόχι
- Τοποθετεί κάλτσες σωστά..... όχι
- Φορά παπούτσια με την ελάχιστη βοήθειαναι
- Περνά κορδόνια στα παπούτσιαναι

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

- Πλένει και σκουπίζει το πρόσωπό του..... ναι
- Βουρτσίζει τα δόντια του..... όχι

· **Γνωστική ανάπτυξη:**

Ο Φίλιππος μέσω των παιχνιδιών του αναπαριστά την πραγματικότητα, πειραματιζόμενος με αυτά, επιδιώκοντας με αυτόν τον τρόπο τη μάθηση και έχοντας ως στόχο να ασκήσει έλεγχο σε συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες. Έτσι, τον βλέπουμε να επενεργεί στα παιχνίδια του, να αλληλεπιδρά με τον περιβάλλοντα χώρο και να εξασκείται, χωρίς αυτό να καταντά μονότονο ή κουραστικό για τον ίδιο αλλά, όπως φαίνεται από τις αντιδράσεις του, διατηρεί το ενδιαφέρον του αμείωτο και το βρίσκει άκρως ψυχαγωγικό. Διαμέσου του συντονισμού των αισθητηρίων και της κίνησης, το παιδί οικοδομεί ένα σύστημα

πνευματικών σχημάτων και καταλήγει σε δύο κύριες δομές: τις χωροχρονικές δομές και τις δομές σχέσεων αιτίας- αποτελέσματος (Σταύρου, 2002:46,47)

Αυτά που θέλει ο ίδιος τα ζητά ξεκάθαρα (ζελεδάκι, καραμελάκι, γαργαλητό, παιχνίδι, τηλέφωνο, νερό)

Ζητά να παίζει με παιχνίδια της ηλικίας του αλλά όχι επιτραπέζια (πιο πολύ μηχανικά παιχνίδια). Πολύ καλός σε παιχνίδια σωματικά αλληλεπίδρασης (γαργαλητό :με γαργαλάει όταν το ζητήσω, καλός στη μίμηση με γκριμάτσες και πειράγματα π.χ. Ζουλάω τη μύτη του και μου κάνει το ίδιο.

Προτιμά να βάζει σε στοίβες τα αντικείμενα (κύβους, χάνδρες), ανταποκρίνεται όμως άμεσα στην εκτέλεση της δραστηριότητας μετά από μοντέλο. Επίσης, ανταποκρίνεται θετικά σε παιχνίδια με αλληλεπίδραση και σωματική επαφή (π.χ. γαργαλητό). Ασχολείται με την υφή των αντικειμένων. Του αρέσει ανοιγοκλείνει τους διακόπτες. Οι πειραματισμοί του πάνω στα αντικείμενα τον οδηγούν σε υιοθέτηση ή απόρριψη συμπεριφορών-συνηθειών.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η επαναλαμβανόμενη προσπάθεια να τοποθετήσει το καρότο στο φούρνο, από την οποία ωστόσο παραιτήθηκε όταν διαπίστωσε ότι κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό. Η αδυναμία του Φίλιππου είναι τα κουμπιά. Του έδωσα ένα παιχνίδι με φιγούρες που πετάγονται αν χειριστείς ανάλογα το αντίστοιχο κουμπί. Αφού το δοκίμασε μερικές φορές, το πήρα και του είπα <<τι θέλεις;>> . Απάντησε <<παταρίες>> συνεχίζοντας να λέει ότι έλεγε στο προηγούμενο παιχνίδι. Όταν είπα και εγώ την ίδια λέξη τότε την επανέλαβε δυνατά (μάλλον θεώρησε ότι ήταν σωστή απάντηση). << Να πατήσω το κουμπί>> είπα και το επανέλαβε. Επαναλάβαμε την όλη διαδικασία και φάνηκε να χρειάζεται να του θυμίζω την αρχή της απάντησης για να απαντήσει (<<να...>>) . Σταδιακά καθώς επαναλήφθηκε η διαδικασία αρκετές φορές , ο Φίλιππος επαναλάμβανε την απαιτούμενη φράση όλο και πιο δυνατά και άμεσα.

· Γλωσσική ανάπτυξη

Ηχολαλεί περισσότερο με λέξεις και φράσεις και όχι τόσο με μελωδίες. Δυσκολεύεται πολύ στην ανάκληση λέξεων και πολύ συχνά μπερδεύει λέξεις που περιέχουν 1 ή περισσότερα ίδια φωνήματα. Αντιδρά καλύτερα και γρηγορότερα όταν χρειάζεται να επαναλάβει την πληροφορία που του λες.

Σε κάποιες συνεδρίες χρησιμοποιεί περισσότερο το λόγο και το κάνει αυθόρμητα. Το κάνει κυρίως για τις δικές του ανάγκες και όχι στα πλαίσια των δραστηριοτήτων (σιώπα, κλείσε, σφιχτά, αγκαλιά, κακά κ.τ.λ.).

Δουλεύουμε λεξιλόγιο (αυτό είναι, δείξε) μέσα από θεματικές κάρτες και αντικείμενα. Επίσης εκτέλεση εντολών στο χώρο (δείξε, πήγαινε, φέρε το, άνοιξε, βάλε κ.τ.λ.) και διπλές εντολές (βγάλε γλώσσα και χαιρέτισε). Μπορεί και τα κάνει αλλά όχι σε κάθε συνεδρία

15/12/2011

Είναι αρκετά βελτιωμένος. Ονομάζει σχετικά άνετα ζώα, φρούτα, έπιπλα, μεταφορικά μέσα (αυτό είναι...χωρίς βοήθεια). Αναγνωρίζει κάποιες από τις εικόνες και αναφέρεται στις ενέργειες/ ρήματα με πλήρη σύνταξη (π.χ. Ο άντρας μιλάει στο τηλέφωνο). Κάποιες φορές θέλει βοήθεια (έναρξη). Κάνει πολλά και μικρά κενά σαν αφαιρέσεις και διάσπαση. Επανέρχεται σχετικά εύκολα. Έχει αρχίσει και έχει άμεση ηχολαλία στην δουλειά. Επαναλαμβάνει ολόκληρες φράσεις που ακούει. Στις μεγάλες φράσεις είναι συνήθως καθαρή η αρχή ενώ οι υπόλοιπες λέξεις λέγονται μουρμουριστά.

20/1/2012

Στις συνεδρίες έχει ξεκινήσει και μπαίνει η μητέρα. Η συνεργασία του Φιλίππου δεν είναι η επιθυμητή και όπως πριν : αργός ρυθμός ανταπόκρισης, μεγάλα κενά και αφαιρέσεις, διάσπαση. Μιλά χαμηλόφωνα χωρίς ευκρινή άρθρωση (δεν ανοιγοκλείνει καθόλου το στόμα). Βάζοντας τον σε εντολές κάνει τα δικά του : π.χ. Κάθεται χωρίς να του πω, εκτελεί λάθος τις εντολές, μουρμουρίζει και συνήθως δεν καταλαβαίνω τι λέει (τραγουδά φράσεις που έχει ακούσει π.χ. "άνοιξε το ντουλάπι" ή "πάει ο λαγός"). Όταν 1 φορά η μητέρα δεν μπήκε λόγω αρρώστιας της Μαρίας, ο Φίλιππος ήταν πιο καλός : πιο γρήγορος ρυθμός, μιλούσε πιο καθαρά, χρειαζόταν λίγες εντολές για να επανέλθει. Έχει αρχίσει να συνδυάζει χρώμα με αντικείμενο π.χ. (κόκκινο τρίγωνο) αλλά όχι πάντα. Πάντως αποδίδει καλύτερα όταν του δίνεις κάτι για πρώτη φορά και όχι πάντα το ίδιο.

- **Επικοινωνιακές δεξιότητες:**

Ο Φίλιππος είναι ένα συμπαθητικό αγόρι με σοβαρές δυσκολίες στην επικοινωνία. Κάποιες φορές χρειάζεται να επαναλάβω πολλές φορές την εντολή για να την εκτελέσει ή και να του υποδείξω τι πρέπει να κάνει (του πιάνω τα δάχτυλα ώστε να δείξει). Επίσης αρκετά συχνά δείχνει εντελώς μηχανικά.

Το εύρος της προσοχής του είναι ελάχιστο, ασχολείται ελάχιστα ή και καθόλου με τα πράγματα που του προτείνω (πρέπει να επιμένω αν και συχνά δεν δείχνει κανένα ενδιαφέρον) και δεν τα διεκδικεί όταν του τα πάρω. Φαίνεται να αποσπάται η προσοχή του από αυτά που ηχολαλεί και μοιάζει να κολλάει και να παίζει με τις λέξεις και τις συλλαβές, ενώ το βλέμμα του περιφέρεται στο χώρο.

Σημείωση

Η μητέρα πάνω σε συζήτηση είπε/ρώτησε "αν θα του μείνει-δεν νομίζει ότι του μείνει δυσκολία μεγαλώνοντας" . Της είπα ότι η δυσκολία του στην επικοινωνία είναι αρκετά σοβαρή και ότι θα χρειαστεί να δουλεύεται με συνέπεια.

Επίσης έφερε μετά από συνεννόηση μαζί μου ένα παιχνίδι που είχε αγοράσει και δεν μπορούσε να παίξει μαζί του. Ήταν ένα UNO :κάρτες και ένα ρομποτάκι που μιλούσε και είχε κουμπιά με χρώματα. Φυσικά ο Φίλιππος πατούσε επίμονα τα κουμπιά για να βλέπει τα χρώματα. Της είπα να αφαιρέσει το ρομποτάκι και να δοκιμάσει να παίξουν μόνο με τις κάρτες και όχι μόνο με την 1 ιδιότητα τους(το χρώμα). Μάλλον θεώρησε ότι ήταν κατάλληλο επειδή έδινε εντολές.

- **Συναισθηματική ανάπτυξη:**

Στην πλειοψηφία των R/V βγάζει θυμό. Θυμό είτε για κάτι που έγινε στο σπίτι είτε γιατί μπορεί να πιέζεται με τη δουλειά μας. Στην τελευταία συνεδρία ο Φίλιππος ήταν πολύ διαχυτικός απέναντι στη μαμά και σε εμένα (ήθελε αγκαλιές και φιλιά). Δείχνοντας του το παράθυρο, κρύφτηκε πίσω από την κουρτίνα οπότε το εκμεταλλεύτηκα και κάναμε παιχνίδι κρυψίματος . Ο Φίλιππος συμμετείχε

απολαμβάνοντας το. Η μαμά όμως του ζήτησε να γυρίσει πίσω για να ‘‘πει λέξεις’’. Της είπα ότι είναι προτιμότερο να επικοινωνεί με το παιχνίδι από το να επαναλαμβάνει πράγματα.

Υπάρχουν συνεδρίες που είναι πολύ συνεργάσιμος και άλλες (πλειοψηφία) που η συνεργασία δεν είναι σταθερή καθ όλη τη διάρκεια. Πιθανόν να έρχεται από το σπίτι με αυτή τη διάθεση π.χ. Ο πατέρας μου είπε ότι τον έπιασε από το χέρι γιατί έβαλε το χέρι στην πρίζα. (Ο Φ. Σε όλη τη συνεδρία μούγκριζε θυμωμένα και χτυπούσε το πόδι του δίνοντας ξυλιές). Πολύ συχνά αφαιρείται και δεν επανέρχεται εύκολα (τραγουδά ή επαναλαμβάνει λέξεις από τη συνεδρία ή από το σπίτι).

· Συμπεριφορά: προσοχή / συγκέντρωση

Φαίνεται να είναι αγόρι με σοβαρή διάσπαση προσοχής. Κοιτάζει σχεδόν σε όλες τις συνεδρίες τον χώρο, γυρνάει το πρόσωπο του στο άκουσμα κάποιου ήχου (για παράδειγμα του κλιματιστικού) και μένει το βλέμμα του εκεί για αρκετή ώρα παρ’ όλη την προσπάθεια μας να του επαναφέρουμε την προσοχή. Η βλεμματική του επαφή ήταν πολύ περιορισμένης. Το εύρος της προσοχής του είναι ελάχιστο, ασχολείται ελάχιστα ή και καθόλου με τα πράγματα που του προτείνω (πρέπει να επιμένω αν και συχνά δεν δείχνει κανένα ενδιαφέρον) και δεν τα διεκδικεί όταν του τα πάρω.

· Αντιληπτική ανάπτυξη:

Ο Φίλιππος αντιδρούσε άμεσα στα ακουστικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος χώρου είτε αυτά προέρχονται από τη μητέρα και τους γύρω του, είτε τα προκαλούσε ο ίδιος στα πλαίσια κάποιας ενέργειας (π.χ. ήχος από τα πλήκτρα του κινητού, χτύπημα κουταλιού στα πλαστικά φλιτζάνια και πιατάκια κ.α.). Επίσης, χρησιμοποιούσε σωστά τις πληροφορίες από το οπτικό του πεδίο για τον οπτικοκινητικό του συντονισμό.

· Συμβολική ανάπτυξη:

Ορισμένες φορές φάνηκε πως ο Φίλιππος έχει αναπτύξει συμβολικό παιχνίδι. Χρησιμοποιεί τα διάφορα αντικείμενα για να μιμηθεί καθημερινές συνήθειες συμπεριφορές. Χαρακτηριστικά, φάνηκε να ξέρει πολύ καλά τη λειτουργική χρήση των αντικειμένων, όπως τα πλαστικά ποτήρια, φλιτζάνια και πιάτα. Γι' αυτό κάποια στιγμή ο Φίλιππος προσποιήθηκε ότι πίνει από το φλιτζάνι στο οποίο προηγουμένως υποτίθεται ότι είχε σερβίρει ή ότι καλεί αριθμό στο κινητό τηλέφωνο και συνομιλεί ψιθυριστά (συμβολικό παιχνίδι).

Άλλες φορές, παρουσίασε χρήση αντικειμένων διαφορετική από τη συμβατική (π.χ. η πλαστική κουζίνα δε χρησιμοποιήθηκε κανονικά αλλά ως αποθηκευτικός χώρος). Σε αυτήν την περίπτωση, το παιχνίδι δε χαρακτηρίζεται ως συμβολικό αλλά ως λειτουργικό, οπότε πρωτεύουσα σημασία αποκτούν οι ιδιότητες των αντικειμένων, οι ήχοι, τα χρώματα και οι τρόποι με τους οποίους μπορούν να συσχετιστούν μεταξύ τους (π.χ. πώς μπορεί να τοποθετηθεί το σταφύλι μέσα στο ποτήρι, η μπανάνα στο φούρνο κ.α.)

Γνωρίζει κάποιες δυνατότητες των αντικειμένων-παιχνιδιών και προσπαθεί να ανακαλύψει νέες, πιθανές χρήσεις. Σκορπίζει γύρω του, στο πάτωμα τα παιχνίδια και μιμείται με αυτά καθημερινές δραστηριότητες, τα πιάνει, τα ρίχνει, τα τοποθετεί το ένα μέσα στο άλλο, ανακαλύπτοντας τις τοποχωρικές τους ιδιότητες και τις σχέσεις αίτιου-αποτελέσματος. Μέσα από το παιχνίδι με τα αντικείμενα, το παιδί θα συγκροτήσει σταδιακά το σωματικό του σχήμα. Ο Φίλιππος βρίσκεται στο 1^ο στάδιο, αυτό του «βιωμένου σώματος», όπου συνδιαλέγεται το σώμα του με το περιβάλλον μέσω των κινήσεών του. Χάρη σε αυτό, ο Φίλιππος θα κατανοήσει και θα συγκροτήσει τις λογικομαθηματικές έννοιες (έννοια αντικειμένου, χωροχρονικός προσανατολισμός, αιτιότητα). Χάρη στη μίμηση, θα μπορέσει να αναπαραστήσει το σώμα του αναλογικά με το σώμα του άλλου και θα εδραιώσει την αντίληψη του σώματός του ως σταθερό σημείο αναφοράς μέσα στον κόσμο. (Σταύρου, 2003:1-4; Sheridan, 1975:40,44).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα στοιχεία, τα οποία βρήκαμε κατά την βιβλιογραφική μας έρευνα και τα οποία καταγράφονται στο πρώτο κεφάλαιο, η ηλικία διάγνωσης που αναφέρουν οι γονείς συμπίπτει με την ηλικία διάγνωσης που καταγράφεται βιβλιογραφικά, δηλ. πριν το 3ο έτος του παιδιού.

Οι απαντήσεις των γονέων όσον αφορά τα πρώτα συμπτώματα που παρουσίασαν τα αυτιστικά παιδιά τους έρχονται σε άμεση συνάρτηση με τα συμπτώματα τα οποία έχουμε περιγράψει στο πρώτο κεφάλαιο του θεωρητικού μας μέρους. Αυτά τα οποία περιέγραψαν οι γονείς είναι ένα μέρος των συμπτωμάτων που συνήθως παρατηρούνται στα αυτιστικά άτομα, αλλά είναι κατανοητό ότι οι γονείς δεν είναι πάντα σε θέση να αναγνωρίσουν όλα τα συμπτώματα που εμφανίζονται στο αυτιστικό φάσμα.

Συμπερασματικά, από την έρευνα μας προκύπτει ότι όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας, η πλειοψηφία έχει προηγούμενες εμπειρίες με άτομα με ειδικές ανάγκες και συγκεκριμένα, όσον αφορά τον αυτισμό, θεωρούν πιο αποτελεσματικές μεθόδους επικοινωνίας πρώτη την TEACCH και στη συνέχεια ακολουθούν οι PECS και MAKATON. Ο προφορικός λόγος προτιμάται σε άτομα με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι οι γονείς χρησιμοποιούν κυρίως τον προφορικό λόγο και λίγοι έχουν εκπαιδευτεί και χρησιμοποιούν εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας περισσότερο σε συνδυασμό όμως με τον προφορικό λόγο ή βοηθητικά, όπως τη MAKATON και την PECS, ενώ κανένας γονιός δεν αναφέρθηκε στην TEACCH.

Όσον αφορά τα θεραπευτικά μέσα, τα οποία χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες, παρατηρούμε ότι χρησιμοποιούν μία πληθώρα από αυτά, τα οποία έχουν ως στόχο: α)την επικοινωνία του παιδιού, β)την έκφραση των συναισθημάτων του και γ)τη βελτίωση της κοινωνικής συμπεριφοράς του. Ενώ παρουσιάζεται μεγαλύτερη βελτίωση όταν γίνεται σωστή αξιολόγηση των δυνατοτήτων των παιδιών και χρησιμοποιούνται δραστηριότητες οι οποίες ενδιαφέρουν τα παιδιά αλλά και όταν οι γονείς συμμετέχουν στη θεραπευτική διαδικασία του παιδιού. Το τελευταίο βέβαια, τονίστηκε από τους επαγγελματίες ότι δεν συμβαίνει συχνά και ότι οι γονείς δεν είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν με τα θεραπευτικά μέσα που τους συστήνουν. Σύμφωνα και με τις απαντήσεις των γονιών αυτό επιβεβαιώνεται. Παρατηρήθηκε λοιπόν, ότι λίγοι είναι οι γονείς, οι οποίοι χρησιμοποιούν θεραπευτικά μέσα τα οποία τους συστήνουν

οι επαγγελματίες, ενώ οι υπόλοιποι «επαναπαύονται» στη θεραπευτική διαδικασία που ακολουθούν οι επαγγελματίες στο εκάστοτε πλαίσιο.

Σαν μεγαλύτερη δυσκολία, την οποία αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες, στην συνεργασία με τα αυτιστικά άτομα αναφέρεται η προσπάθεια κοινωνικοποίησης των ατόμων αυτών. Επιπλέον, ένα γεγονός που δυσχεραίνει την παρέμβαση των ειδικών είναι απρόσμενα γεγονότα, όπως κάποιες μέρες να μην θέλουν να συνεργαστούν τα αυτιστικά άτομα ή όταν υπάρχει λάθος χειρισμός ή υπερεκτίμηση των δυνατοτήτων τους από τους γονείς.

Από την πλευρά των γονέων οι δυσκολίες που παρατηρούνται έρχονται σε άμεση συνάρτηση με αυτές των επαγγελματιών. Παρατηρείται ότι οι δυσκολίες της οικογένειας επικεντρώνονται κυρίως στην αδυναμία των κοινωνικών συναναστροφών λόγω της κατάστασης του παιδιού τους (αδυναμία κίνησης, αντικοινωνική συμπεριφορά). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πολλές φορές οι γονείς αποφεύγουν τις κοινωνικές συναναστροφές και για το λόγο ότι το παιδί τους περιορίζει αλλά και διότι έχει παρατηρηθεί από τους ίδιους ότι το κοινωνικό περιβάλλον τους αντιμετωπίζει με αδιακρισία και ρατσισμό.

Κλείνοντας, οι περισσότεροι γονείς παρατηρούν βελτίωση κυρίως όσον αφορά την επικοινωνία με το αυτιστικό παιδί τους. Ενώ, ένα αισιόδοξο μήνυμα είναι ότι οι εννιά στους δέκα γονείς, σύμφωνα με την έρευνα, είναι ενημερωμένοι και χρησιμοποιούν πάνω από μια υπηρεσίες οι οποίες βοηθούν στην εκπαιδευτική και θεραπευτική διαδικασία του παιδιού τους.

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Cole, M & Cole S. R. (2001). Η ανάπτυξη των παιδιών (γνωστική και ψυχοκινητική ανάπτυξη κατά τη νηπιακή και μέση παιδική ηλικία), Μτφρ: Μαρία Σολμαν. Εκδόσεις Γιώργος Δαρδανος. Τόμοι Α και Β
2. Γεννά Α (2002) *Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές*. Αθήνα Εκδ. ιδίας.
3. Γενά Α. Εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση του αυτισμού *Εγκέφαλος*, 2006; 42 0(2):18-2.
4. Γεωργιάδου, Α. (2004). Θέματα Παιδιατρικής Φυσιοθεραπείας. Εκπαιδευτικές Σημειώσεις. Μέρος Α΄ και Β΄ Θεσσαλονίκη.
5. Γκονέλα, Ε., (2006). *Αυτισμός, αίνιγμα και πραγματικότητα. Από τη θεωρητική προσέγγιση στην εκπαιδευτική παρέμβαση*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας
6. Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV-TRTM. Εκδ. Λίτσας, Αθήνα, 2004.
7. Δράκος Γ. & Μπίνιας Ν. (2005). *Ψυχοκινητική αγωγή*. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.
8. Δράκος, Γ. & Μπίνιας, Ν. (2006) (δεύτερη εκτύπωση). *Ψυχοκινητική αγωγή*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
9. Ε.Ε.Π.Α.Α. (1997). *Εισαγωγή στον αυτισμό. Είκοσι ερωτήσεις και απαντήσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.
10. Ε.Ε.Π.Α.Α. (1999). *Ένας Ύμνος για την Επικοινωνία κατανόηση του Αυτισμού και των Εκπαιδευτικών Στρατηγικών. Πρακτικά Ημερίδας*. Θεσσαλονίκη- Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.
11. Faherty C. (2000). Τι σημαίνει για μένα; Εκδ. Ελληνικά Γράμματα Μετάφραση: Βάσια Παπαγεωργίου, Αθήνα
12. Frith, Uta. (1999). *Αυτισμός-Εξηγώντας το αίνιγμα*. Μετάφραση: Γιώργος, Καλομοίρης. Αθήνα: Γ΄ Έκδοση. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
13. Gray C., Leigh White A. (2003) *Κοινωνική Προσαρμογή – Πρακτικός Οδηγός για αυτιστικά παιδιά και παιδιά με σύνδρομο Asperger*. Εκδ. Σαββάλα, Αθήνα,
14. ICD-10.(1992). *Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς*, Αθήνα: Βήτα
15. ISD-10. «Ψυχικές Διαταραχές και Διαταραχές Συμπεριφοράς», Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας
16. Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ., (2005). «Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση», Τυπωθήτω Γιώργος Δάρδανος, Αθήνα.

17. Κρουσταλάκης, Γ. (1998). «Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο –Ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση». Γ΄ Έκδοση, Αθήνα: Έκδοση ιδίου
18. Κρουσταλάκης Γ (2000) Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες. Αθήνα
19. Κυπριωτάκης Β. Α (1997) *Τα αυτιστικά παιδιά και η αγωγή τους*. Ηράκλειο
20. Κυπριωτάκης, Α.(2003). *Τα αυτιστικά παιδιά και η αγωγή τους*. Ηράκλειο: Παπαγεωργίου
21. Μάνος, Ν.(1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη:university studio press American Psychiatric Organization,1994 World Health Organization, 1992
22. Σταμάτης, Σ. (1987). *Οχρωμένη σιωπή, γέφυρες επικοινωνίας με το αυτιστικό παιδί, εικόνα- αντιμετώπιση- αποκατάσταση*. Αθήνα: Γλάρος
23. Σταύρου, Λ. (2003). *Εικόνα σώματος και σωματικό σχήμα*, Αθήνα: Άνθρωπος.
24. Συνοδινού, Κ. (1999). *Ο παιδικός αυτισμός. Θεραπευτική προσέγγιση*. Αθήνα: Καστανιώτης
25. Συνοδινού, Κ., (2001). *Ο Παιδικός Αυτισμός. Θεωρητική προσέγγιση*. (3^η έκδοση). Αθήνα: Καστανιώτη.
26. Ρόσμπογλου Σ.Κ. (2002). *Φυσικοθεραπεία σε παθήσεις-κακώσεις Κεντρικού Νευρικού Συστήματος*. Εκπαιδευτικές σημειώσεις. Μέρος Α΄ και Β΄ Θεσσαλονίκη.
27. Ταγκούλη Ε. (2006). *Τα δικαιώματα των ατόμων με αυτισμό*, Εγκέφαλος
28. Τσίκουλας Ι. (2004) *Μαθήματα Αναπτυξιακής Παιδιατρικής*. Εκδόσεις Υπηρεσίας Δημοσιευμάτων της Ιατρικής Σχολής του ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη.
29. Τσιλγκίρογλου-Φαχαντίδου Α. (1991) *Παιδική Ανάπτυξη και Υγεία*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
30. Τσιλγκίρογλου-Φαχαντίδου Α. (1991) *Φυσιολογία Ανάπτυξης και Παιδική Υγεία*. Τμήμα Νηπιαγωγών του ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
31. **Wing**, Lorna. (1993). *Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού – Οι Αναπηρίες των Αυτιστικών Παιδιών*. Μετάφραση: Σοφία, Μαυροπούλου – Βάγια, Παπαγεωργίου. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.
32. **Wing**, Lorna. (2000). *Το Αυτιστικό Φάσμα*. Μετάφραση: Παντελής, Πρώιος. (2000). Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association, Publishing Inc.; 2000.
2. Allik H., Larsson JO., Smedje H. Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. *Health Qual Life outcomes* 2006; 4(4):1.
3. Aslin, R. N., (1987) Visual and auditory development in infancy. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant Development* (2nd E.). New York: Wiley.
4. Asperger H. 'Autistic psychopathy' in childhood". In: *Autism and Asperger syndrome*. Frith U (Eds). Cambridge: University Press. 1991, pp. 37–92.7.
5. Atkinson, J & Bruddick, O, (1982). Sensory and perceptual capacities in the neonate. In P. Stratton (Ed.), *Psychology of the human new born*. Chichester England: Wiley.
6. Bondy A.S. PECS: Potential benefits and risks. *The Behavior Analyst Today*, 2001; 2:127-132.
7. Boron - Cohen (1987). Autism and symbolic play. *British journal of Develomental Psychology S.*, 139-148.
8. Brackbill, Y. (1979), «Developmental Psychology», στο ME. Meyer (Επίμ.) *Foundation of Contemporaty Psychology*, Oxford University Press, Νέα Υόρκη.
9. Bretherton, I. & Bates, E. (1985). The development of representation from 10 to 28 months: Differential Stability of language and Symbolic play. In R.
10. Burgoine E., Wing L. Identical triplets with Asperger's syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 1983; 143: 261-265.
11. Campbell M., Schopler E., Gueva., Hallin A. Treatment of autism. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1996; 35(2): 134-143.
12. Cooper JO., Heron TE., Heward WL. *Applied Behavior Analysis*. New York: Macmillan, 1987.
13. Demeyer, M.K., Mounn, N.A., Tilton, J. R. & Loew, L.H. (1967). Toy-play behavior and use of body by autistic and normal children as reported by mothers. *Psychological Reports* 21, 975-981.
14. Dorris L., Espie CA., Knott F., Salt J. Mind –reading difficulties in the siblings of people with Asperger's Syndrome: evidence for a genetic influence in the

abnormal development of a specific cognitive domain *J Child Psychol t.*
(4.Psychiary2004;452)

15. Fombonne E. Tidmarsh L. Epidemiologic data on Asperger Syndrome. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2003; 12 (1): 15–21.
16. Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2003; 33 (4): 365-382.
17. Fombonne E. Epidemiological studies of pervasive developmental disorders. In: *Handbook of autism and pervasive developmental disorders.* Volkmar F., Paul R., Klin A., Cohen D. (Eds).New York: Wiley, 2005: 42-69.
18. Fombonne E. Epidemiological surveys of pervasive developmental disorders, in: *Autism and Pervasive Developmental Disorders.* Volkmar FR (Eds).Cambridge: University Press, 2007: 33–68.
19. Foster B, King BH. Asperger syndrome: to be or not to be?. *Curr Opin Pediatr* , 5 2003;15 (): 491–4.
20. Gillberg C.Asperger Syndrome in 23 Swedish children. *Developments in Medical Child Neurology.* 1989; 31:520-531.
21. Gillberg I.C.,Steffenburg S.Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions : a population-based study of 46 cases followed through puberty. *Journal of Autism and developmental disorders*, 1987;17:273-287.
22. Hertz-Picciotto I.,Delwiche L. The Rise in Autism and the Role of Age at Diagnosis, *Epidemiology*, 2009; 20 (1): 84-90
23. Haiat, H. Bar – Mor, G., Shochat, M. (2003), the world of the child: a world of play even in the Hospital *Journal of pediatric*
24. Hughes, F.P. (1995). *Children, play & development* (2nd Ed.) Boston Allyn and Bacon.
25. Huizing A., J. *Homo ludens*Q A study of the play element in culture. New York: Beacon Press, 1968.
26. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Acta Paedopsychiatr* 1968;35(4):10–36
27. Kyoko M., Takeshi U., Smith A., Howlin P. Parental stress associated with caring for children with Asperger's syndrome or autism. *Pediatrics International* 2009;51(3):364 – 370.

28. Mars A., Mauk J., Dowrick P. Symptoms of pervasive developmental disorders as observed in prediagnostic home videos of infants and toddlers. *Journal of Pediatrics*, 1998; 132: 500-504.
29. Mc Ardle, P. (2001). Children's play, child: care, health and development, 27, 6, 509-514.
30. McPartland J, Klin A. Asperger's syndrome. *Adolesc Med Clin*, 2006; 17 (3): 771-88.
31. Mesibov G.B., Shea V., Adams L.W. *Understanding Asperger syndrome and highfunctioning autism*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Press, 2001.
32. Mesibov GB., Shea V., Schopler E. *The TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders* USA: Springer. 2004.
33. Meyer J., Mundy P., Van Hecke A., Durocher S. Social attributions processes and co morbid psychiatric symptoms in children with Asperger. *Autism Syndrome*, 2006;10(4): 383-402.
34. Neumärker KJ. Leo Kanner: his years in Berlin, 1906-24. The roots of autistic disorder. *Hist Psychiatry*. 2003; 14 (54 –. Pt 2): 2
35. Paul R., Benson Z Kristie L., Karlof A. Stress Proliferation, and Depressed Mood Among Parents of Children with ASD: A Longitudinal Replication *Autism Dev Disorder*, 2009; 39:350-362.
36. Piaget, J. (1962) *Play, dreams and imitation in childhood* (New York, Norton).
37. Pruet JR. Autism spectrum disorders in infants and toddlers Diagnosis, Assessment and treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2008; 47 (11):1352-1354.
38. Quinn, J. M. and Rubin, J. H. (1984). The play of handicapped Children in T. D. Yawkey and D. Pelligrini (Eds.), *Child's play: Development and applied* (pp. 63-79). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
39. Rutter. M. (1978), Diagnosis and definition of childhood autism. *Journal of Autism and childhood Schizophrenia*, 8, 139-161.
40. Rogers, S. J., Gerbison, J. M., Lewis, H.C., Pantone, J. and Reis, K. (1986), An approach fore enchancing the symbolic, communicative, and interpersonal functioning of young children with autism or severe emotional handicaps. *Journal of the Divisions for Early Childhood*, 10, 135-148.

41. Stahmer, A.C., and Schrebman L. (1992). Teaching children with autism appropriate play in unsupervised environments using a self-management treatment package- *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 447-459.
42. Stahmer, A. C. (1995). Teaching symbolic play to children with autism using pivotal response training. *Journal of autism and developmental disorders*, 25, 123-141
43. Trevathen, C. & Aitken, K. (2001) Infant intersubjectivity research theory and clinical implications, *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 42, 2- 48.
44. Thorp, M.D., Stahmer, A.C., Schreibman, L. Effects of Sociodramatic play training on Children with autism. *Journal of Autism and developmental disorders*, 25, 3, 265-282.
45. Vital PM., Ronald A., Wallace GL.,Happé F. Relationship between special abilities and autistic-like traits in a large population-based sample of 8-year-olds. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009; Mar 28.
46. Webster, C. D., Konstantareas, M.M. Oxman, J., Mack, J. E. (1980). *Autism: New directions in research and education*. New York: Pergamon.
47. Weiss, M.J., Zelazo, P.R., & Swain, I. U. (1988) Newborn response to auditory stimulus discrepancy. *Child Development*, 59, 1530-1541.
48. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 1981; 11:115-130.
49. World Health Organisation. *ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Clinical Description and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO, 1992.
50. Wulff, B. (1985). The symbolic and object play of children with autism: A review. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 15, 139-148.
51. Yawkey, T.D., Bakawa – Evenson, L, (1977), planning for play in programs for young children. *Child care quarterly*, 6(4), 259-268.
52. Zukow, P.G., (1986). The relationship between interaction with the caregivers and the emergence of play activities during the one-word period, *British Journal of Developmental Psychology*, 4, 223-234.

Ηλεκτρονικές Πηγές

1. Διαδικτυακή σελίδα: Σύλλογος Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Λάρισας. http://www.autismthessaly.gr/doc/Q_A_autism.pdf
Πρόσβαση: 13-05-2012.
2. Πασπάλη-Παντελίδη, Α. (2007). *Παιδιά και Έφηβοι*. On line doc: http://www.dikepsy.gr/paid_autismos2.shtml
3. Διαδικτυακή σελίδα: National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). www.ninds.nih.gov Πρόσβαση: 04-04-2012.
4. Διαδικτυακή σελίδα: Pyramid Educational Consultants (pecs) <http://www.pecs-greece.com/> Πρόσβαση: 21-05-2012.
5. Διαδικτυακή σελίδα: Makaton. <http://www.makaton.org/> Πρόσβαση: 21-05-2012. Διαδικτυακή σελίδα : <http://www.encephalos.gr/full/44-2-06g.htm> Πρόσβαση: 21-01-2012.
6. Διαδικτυακή σελίδα : <http://www.proseggisi.gr/?p=360> Πρόσβαση: 21-01-2012.