

ΔΑΔ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ



ΜΠΑΛΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΙΑΦΑΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2016

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας
που μας στήριζαν καθ' όλη τη διάρκεια των φοιτητικών μας χρόνων
και ήταν δίπλα μας σε όλες τις προσπάθειές μας.
Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτριά μας Σιαφάκα Βασιλική,
για την καθοδήγησή της,
έτσι ώστε να φέρουμε εις πέρας την συγκεκριμένη εργασία.

Οι άνθρωποι που έχουν αυτισμό είναι,
τα πιο ΕΙΛΙΚΡΙΝΗ και ENTIMA άτομα.

Ας είμαστε, τουλάχιστον,
το ίδιο ΕΙΛΙΚΡΙΝΕΙΣ και ENTΙΜΟΙ απέναντί τους!!!

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ	7
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΤΟ ΜΟΝΟΠΑΤΙ ΤΩΝ ΔΙΑΧΥΤΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	12
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΥΤΙΣΜΟ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	12
1.2. ΟΡΙΣΜΟΙ	15
1.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΥΤΙΣΜΟΥ	15
1.2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ASPERGER	16
1.2.3 ΟΡΙΣΜΟΣ RETT	17
1.2.4 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	17
1.3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	18
1.3.1 ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΟΝ ΑΥΤΙΣΜΟ	18
1.3.2 ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΟ ASPERGER	21
1.4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	23
1.4.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΥΤΙΣΜΟΥ	23
1.4.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ASPERGER	25
1.4.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ RETT	26
1.4.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	26
1.5. ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΑΓΟΡΙΩΝ - ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ	27
1.5.1 ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΑΥΤΙΣΜΟΥ	27
1.5.2 ΑΝΑΛΟΓΙΑ ASPERGER	28
1.6. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	28
1.7. ΠΡΩΙΜΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΔΙΑΧΥΤΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	32
2.1. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	32
2.1.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	32
2.1.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	34
2.1.3 Ο ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ	37
2.2. ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝΑΣΜΟΙ ΣΤΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	39

2.3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΑ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ - ΗΛΙΚΙΑΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	42
2.3.1 ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	42
2.3.2 ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	43
2.3.3 ΠΡΩΤΑ ΣΧΟΛΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ	45
2.3.4 ΕΦΗΒΕΙΑ	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΩΝ ΔΙΑΧΥΤΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	47
3.1. ΑΙΤΙΑ.....	47
3.1.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΜΥΘΟΣ.....	48
3.1.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	51
3.1.3 ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΕΣ.....	51
3.1.4 ΧΡΩΜΟΣΩΜΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ	53
3.1.5 Ο ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ Η ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ	55
3.1.6 ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ ΚΑΙ ΑΥΤΙΣΜΟΣ	56
3.1.7 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	58
3.1.8 ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ.....	59
3.1.9 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	59
3.1.10 ΤΕΛΙΚΗ ΚΟΙΝΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΟΔΟΣ	62
3.2. ΑΙΤΙΑ ASPERGER.....	64
3.3. ΑΙΤΙΑ RETT.....	69
3.4. ΑΙΤΙΑ Π.Α.Δ.....	70
3.5. ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ	71
3.5.1 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΕΥΘΡΑΥΣΤΟΥ Χ.....	72
3.5.2 ΣΥΝΔΡΟΜΟ LANDAU - KLEFFNER	73
3.5.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ WILLIAMS.....	73
3.5.4 ΣΥΝΔΡΟΜΟ TOURETTE	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΧΥΤΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	75
4.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ	75
4.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....	79
4.2.1 DSM-IV.....	81
4.2.2 ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΟΥ DSM-5.....	85
4.2.3 ICD-10.....	87
4.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΝ ΤΟΝ ΑΥΤΙΣΜΟ	87

4.4. ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	91
4.4.1 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ RETT	91
4.4.2 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	92
4.4.3 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	93
4.4.4 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	94
4.4.5 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΩΦΩΣΗ	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΑΧΥΤΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	96
5.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	96
5.2. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ	98
5.2.1 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ - ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (ABA).....	99
5.2.2 ΜΕΘΟΔΟΣ TEACCH	102
5.2.3 ΓΝΩΣΤΙΚΗ/ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	111
5.3. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ	112
5.3.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΙΣΤΟΡΙΕΣ.....	112
5.3.2 ΚΥΚΛΟΣ ΤΩΝ ΦΙΛΩΝ.....	116
5.4. ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.....	118
5.4.1 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	120
5.4.2 PECS	121
5.4.3 ΜΑΚΑΤΟΝ	127
5.5. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΧΝΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	132
5.5.1 ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΤΟΥ ΠΑΙΧΝΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ.....	134
5.5.2 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ.....	135
5.6. ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ - ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ	152
5.6.1 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - MUSIC THERAPY	152
5.6.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ - SENSORY INTEGRATION THERAPY (SIT).....	158
5.6.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ - AUDITORY INTEGRATION THERAPY (AIT).....	163
5.6.4 THE DIR/ FLOORTIME MODEL	166
5.7. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ	170
5.7.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ SON - RISE Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΟΓΩΝ (OPTIONS APPROACH).....	170

5.8. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	173
5.8.1 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	173
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....	177
6.1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	177
6.2. Ο ΕΙΔΙΚΟΣ.....	182
6.3. Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΚΑΙ Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ.....	183
6.4. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ - ΕΠΙΘΥΜΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ.....	185
6.5. ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ, Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ.....	187
6.6. ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ, Ο ΠΑΠΠΟΥΣ ΚΑΙ ΓΙΑΓΙΑ.....	189
6.6.1 ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ.....	189
6.6.2 ΠΑΠΠΟΥΣ ΚΑΙ ΓΙΑΓΙΑ.....	191
6.7. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΧΟΛΕΙΟ.....	193
6.7.1 ΟΙ ΕΠΙΘΥΜΙΕΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	195
6.8. ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ.....	196
6.9. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΟΛΩΝ.....	206
ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ.....	208
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	211
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	211
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	214
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	216
ΣΕΜΙΝΑΡΙΑΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ.....	218
ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....	218
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	221

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο αυτισμός αποτελεί μία αναπτυξιακή και νευροβιολογική διαταραχή και κατατάσσεται στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Πλέον όμως, ο όρος «αυτισμός» έχει αντικατασταθεί με τον όρο «Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού», σύμφωνα με το DSM-5, το πιο πρόσφατο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών. Οι δυσκολίες που προκύπτουν από αυτή τη διαταραχή είναι πολλές και εμφανίζονται σε πολλούς τομείς της καθημερινής ζωής, όπως, στην χρήση της γλώσσας και την επικοινωνία, στις κοινωνικές σχέσεις και την αλληλεπίδραση, στις κοινωνικές δεξιότητες και τη φαντασία. Ο αυτισμός δεν είναι ασθένεια και οι ποικίλες θεραπευτικές προσεγγίσεις που υπάρχουν και έχουν αναπτυχθεί με το πέρασμα των χρόνων δεν αποτελούν θεραπεία. Εντούτοις, οι αξιολογοί ειδικοί που θα δημιουργήσουν μία διεπιστημονική ομάδα με τις κατάλληλες γνώσεις και την άψογη συνεργασία τους με τους γονείς και γενικά, τους φροντιστές του παιδιού, θα προσδώσουν ένα πολύ καλό αποτέλεσμα. Η εκπαίδευση και γενικά οι ευκαιρίες για συμμετοχή στην καθημερινή ζωή αποτελούν δικαίωμα όλων των ανθρώπων. Η διαφορετικότητα είναι χάρισμα και οφείλουμε να τη σεβόμαστε.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

- ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ
- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
- ΑΙΤΙΑ
- ΔΙΑΓΝΩΣΗ
- ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ
- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ
- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία με τον τίτλο «Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, Αξιολόγηση και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις» αφορά τον αυτισμό και τις άλλες Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Αναλύει τις εισαγωγικές τους έννοιες και διεισδύει βαθύτερα στους τομείς της συμπτωματολογίας, των αιτιολογικών παραγόντων και της διάγνωσης. Ακόμη, ασχολείται εκτεταμένα και με τις Θεραπευτικές Προσεγγίσεις.

Εξαιτίας της ιδιαίτερης φύσης του αυτισμού και της πολυπλοκότητας που τον διέπει, όσον αφορά όλα τα πεδία της επιστημονικής έρευνας που έχουν πραγματοποιηθεί γι' αυτόν, το συγκεκριμένο θέμα προσέλκυσε το ενδιαφέρον μας.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας μας, παραθέτουμε τις εισαγωγικές έννοιες του αυτισμού και των άλλων Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών, στις οποίες περιλαμβάνονται οι ορισμοί, το ιστορικό υπόβαθρό τους, καθώς και τα επιδημιολογικά στοιχεία. Επιπλέον, παρουσιάζονται τα γενικά και κλινικά χαρακτηριστικά του αυτισμού και οι πρώιμοι δείκτες εμφάνισής του.

Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζουμε τη συμπτωματολογία των διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, αναφερόμαστε στα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τον αυτισμό και τα κατηγοριοποιούμε σύμφωνα με την ηλικία εμφάνισής τους, καθώς επίσης πραγματοποιείται αναφορά στις ελλείψεις και τα πλεονάσματα, που εμφανίζει η διαταραχή αυτή σε διάφορους τομείς.

Στο τρίτο μέρος, αναλύουμε τα αίτια των διαταραχών, μεταξύ των οποίων εμπλέκονται ψυχοκοινωνικοί, βιολογικοί, γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες και παρουσιάζουμε τις ασθένειες και τα σύνδρομα που συνυπάρχουν με τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές.

Στο τέταρτο μέρος, ασχολούμαστε με τον τομέα της διάγνωσης των διαταραχών και τις διάφορες παραμέτρους της, παρουσιάζουμε τα διαγνωστικά εργαλεία και επεκτεινόμαστε στο ρόλο των διάφορων επιστημόνων στη διάγνωση. Επιπρόσθετα, σε αυτό το κομμάτι της εργασίας μας συμπεριλαμβάνουμε και τη διαφοροδιάγνωση του αυτισμού από τις άλλες Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές.

ΘΩΜΑΣΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

Στο πέμπτο μέρος της εργασίας, παραθέτουμε μία εισαγωγή για τις Θεραπευτικές Προσεγγίσεις και αναλύουμε Συμπεριφορικές και Γνωστικές Προσεγγίσεις, στις οποίες συγκαταλέγονται η Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς - ABA και η Μέθοδος TEACCH, αντίστοιχα. Επιπλέον, παρουσιάζουμε σε αδρές γραμμές την Γνωστική/Αναπτυξιακή Προσέγγιση. Ακόμη, αναλύονται οι Προσεγγίσεις Ενίσχυσης της Κοινωνικής Αλληλεπίδρασης και οι Προσεγγίσεις Ενίσχυσης της Εναλλακτικής Επικοινωνίας, στις οποίες ανήκουν το PECS και το MAKATON. Μέσα σε αυτό το μέρος της εργασίας, προβάλλεται και ο ρόλος της Λογοθεραπείας, ως θεραπευτική προσέγγιση για τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Ακόμη, παρουσιάζονται οι Στρατηγικές Ανάπτυξης του Παιχνιδιού και διάφορες άλλες δραστηριότητες. Έπειτα, παρουσιάζονται οι Αισθητηριακές και Κινητικές Προσεγγίσεις, καθώς και οι Ψυχοθεραπευτικές. Τέλος, γίνεται αναφορά στις Φαρμακευτικές Παρεμβάσεις.

Στο έκτο και τελευταίο μέρος της εργασίας, δίνεται έμφαση στο ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια και η εκπαίδευση στη ζωή των παιδιών με αυτισμό.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για πολλές δεκαετίες, ο αυτισμός και οι λοιπές Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές προσέλκυσαν το παγκόσμιο επιστημονικό και κοινωνικό ενδιαφέρον. Οι διαταραχές αυτές αφορούν νευρο-ψυχιατρικές, χρόνιες και σοβαρές καταστάσεις. Είναι γνωστικής φύσης και έχουν ως αποτέλεσμα, έναν διαφορετικό τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται το άτομο το περιβάλλον, αλλά και τον εαυτό του. Επιπλέον, ως απόρροια αυτών των διαταραχών είναι ο ιδιαίτερος τρόπος με τον οποίο το άτομο προσαρμόζεται στις απαιτήσεις της καθημερινότητας.

Πριν από 60 χρόνια περίπου, ο Leo Kanner περιέγραψε για πρώτη φορά τον αυτισμό, ενώ το 1976 έγινε γνωστή η «Τριάδα των Διαταραχών» από την Lorna Wing, η οποία αναφέρθηκε στα ελλείμματα που εμφανίζουν τα άτομα με αυτισμό στους τομείς της επικοινωνίας, της φαντασίας και της κοινωνικοποίησης. Από το 1943 που περιγράφηκε για πρώτη φορά η διαταραχή, ο επιστημονικός κόσμος άρχισε να ασχολείται εκτενέστερα με τον προσδιορισμό της. Τελικά, κατέστη ευρέως αποδεκτό, ότι ο αυτισμός είναι ένα φάσμα Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών, που αποτελείται από τον τυπικό αυτισμό, το σύνδρομο Rett, το σύνδρομο Asperger και την παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή (σύνδρομο Heller).

Επί του παρόντος, δε γνωρίζουμε την ακριβή αιτία που προκαλεί τον αυτισμό, παρά τις πολυάριθμες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια. Στις μέρες μας, είναι γενικά αποδεκτό, ότι οι παράγοντες που ευθύνονται γι' αυτή τη διαταραχή είναι ποικίλοι και διαφορετικοί, γεγονός που δε βοηθάει στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής προσέγγισης.

Ο αυτισμός μπορεί να διαγνωστεί στη νηπιακή και προσχολική ηλικία και είναι γεγονός, ότι καθίσταται μια σοκαριστική είδηση για το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού.

Δεν έχει καταδειχθεί μέχρι σήμερα καμία θεραπεία για τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Εντούτοις, η ολοένα και αυξανόμενη κατανόηση των προβλημάτων που εκδηλώνονται στον αυτισμό, έχει ως συνεπακόλουθο τη δημιουργία και την εφαρμογή

θεραπευτικών προγραμμάτων, που αποδεικνύονται ιδιαίτερα χρήσιμα, τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για την οικογένειά του (Ε. Καλύβα, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΤΟ ΜΟΝΟΠΑΤΙ ΤΩΝ ΔΙΑΧΥΤΩΝ **ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΥΤΙΣΜΟ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Στις μέρες μας, οι άνθρωποι αποκτούν μία γνώση μέσω αρκετών διαφορετικών τρόπων, σχετικά με τα χαρακτηριστικά των παιδιών με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ).

Κάποιοι έρχονται σε επαφή με αυτά τα παιδιά μέσα από τα βιβλία ή από διαγνωστικά εγχειρίδια, τα οποία απαριθμούν μία σειρά κριτηρίων που πρέπει να πληρούνται από μία λίστα, για να φέρουν τη διάγνωση της διαταραχής. Άλλοι έχουν δει ταινίες, όπως το «Rain Man» (ο Άνθρωπος της Βροχής) και πιστεύουν, ότι έχουν μία ακριβή και επαρκή κατανόηση του τι σημαίνει ΔΑΔ. Πιο πρόσφατα, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης έχουν προωθήσει την άποψη, ότι κάποιοι εγκληματίες υψηλού προφίλ έχουν ΔΑΔ, κάτι που τους οδηγεί στο να επιτεθούν σε άλλους ή να ενεργούν αντικοινωνικά. Ωστόσο, μόνο εκείνοι που ζουν με άτομα με ΔΑΔ, γνωρίζουν ότι υπάρχει κάτι περισσότερο από μία λίστα συμπτωμάτων και ότι οι πολύπλοκες και ιδιοσυγκρασιακές φύσεις τους δεν μπορούν να περιοριστούν στα χαρακτηριστικά ενός ερωτηματολογίου ή στην περίληψη μίας σύντομης συνέντευξης ενός κλινικού γιατρού (R. Chilvers & U. Chowdhury, 2007).

Για μεγάλο διάστημα υπήρχε η εντύπωση, ότι ο αυτισμός ήταν μία νηπιακή ψύχωση, δηλαδή, μία σοβαρή ψυχική διαταραχή λειτουργικού χαρακτήρα που εμφανιζόταν ιδιαίτερα πρώιμα. Ήταν μάλιστα ευρέως διαδεδομένη η άποψη, ότι ο αυτισμός πιθανόν να αποτελεί την πιο πρώιμη μορφή της σχιζοφρένειας (Α. Τσιάλτα, 2014). Ο αυτισμός συγγεόταν και με νοητικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα με τη νοητική καθυστέρηση. Το 1911 ξεκίνησε η σύγχυση με την σχιζοφρένεια, την περίοδο δηλαδή, που παρατηρήθηκε για πρώτη φορά και ο αυτισμός και θεωρήθηκε μία μορφή εκδήλωσής της (Σ. Σταμάτης, 1987).

Στις μέρες μας είναι ξεκάθαρο, ότι αυτή η αντίληψη ήταν λανθασμένη. Τα παιδιά με αυτισμό δεν έχουν αποκοπεί από την πραγματικότητα εξαιτίας κάποιας ψυχικής αρρώστιας, αλλά δεν έχουν καταφέρει να βγουν στην πραγματικότητα, λόγω μίας σοβαρής διαταραχής με μεγάλη έκταση στη διαδικασία της ανάπτυξης.

Συμπερασματικά, ο αυτισμός σήμερα δε θεωρείται ψύχωση, αλλά κατατάσσεται σε μία Διάχυτη Διαταραχή της Ανάπτυξης. Άρα, εντάσσεται περισσότερο μαζί με τις άλλες αναπτυξιακές δυσκολίες, παρά με τις καθαυτού ψυχικές αρρώστιες (Α. Τσιάλτα, 2014).

Ο όρος Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές εμφανίζεται και στα δύο έγκυρα ταξινομητικά εγχειρίδια, δηλαδή στο ICD-10 και στο DSM-IV (Σ. Νότας, 2005). Η έννοια «Διάχυτες» αναφέρεται σε πολλές διαφορετικές περιοχές της ανάπτυξης και όχι μόνο της επικοινωνίας ή της ομιλίας (R. Lathe, 2006). Παράλληλα, ο όρος εμπεριέχει όλο το φάσμα του Αυτισμού (Σ. Νότας, 2005).

Ο αυτισμός κυμαίνεται από ηπιότερες μέχρι βαρύτερες μορφές, κάτι που σημαίνει ότι η κλινική εικόνα του δεν είναι ομοιογενής (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006) και αυτό το γεγονός έχει οδηγήσει στην καθιέρωση του όρου «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος» (Autistic Spectrum Disorder - ASD), που αντικατοπτρίζει ακριβώς αυτή την ποικιλομορφία (R. Lathe, 2006).

Η τυπική μορφή του αυτισμού βρίσκεται στη μία άκρη του φάσματος, γνωστή ως σύνδρομο Kanner· το σύνδρομο Asperger βρίσκεται στα υψηλής λειτουργικότητας σύνδρομα και ενδιάμεσα εμφανίζονται οι άλλες μορφές του αυτισμού (Σ. Νότας, 2005).

Τα σύνδρομα που αναφέρονται παρακάτω, περιλαμβάνονται στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, σύμφωνα με τα ταξινομητικά εγχειρίδια (ICD-10, DSM-IV). Ακόμη, αναφέρονται και οι ονομασίες που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για να τα υποδηλώσουν:

1. Αυτισμός της παιδικής ηλικίας: αυτιστική διαταραχή, βρεφική ψύχωση, βρεφικός αυτισμός, σύνδρομο Kanner.
2. Άτυπος αυτισμός: άτυπη ψύχωση της παιδικής ηλικίας, νοητική καθυστέρηση συνοδευόμενη με αυτιστικά χαρακτηριστικά.

3. Σύνδρομο Rett.
4. Άλλη αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας: βρεφική άνοια, σύνδρομο Heller, αποδιοργανωτική – αποαπαρτιωτική ψύχωση.
5. Διαταραχή υπερδραστηριότητας, που σχετίζεται με στερεότυπες κινήσεις και τη νοητική καθυστέρηση.
6. Σύνδρομο Asperger: σχιζοειδής διαταραχή της παιδικής ηλικίας, αυτιστική ψυχοπαθητική διαταραχή.
7. Άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.
8. Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη καθορισμένη αλλιώς (Σ. Νότας, 2006).

Οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται ως νευρολογικές και παρουσιάζουν παράλληλα, σοβαρά ελλείμματα σε πολυάριθμους τομείς της ανάπτυξης. Εντούτοις, στους τομείς των δεξιοτήτων επικοινωνίας και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης εμφανίζονται τα πιο σοβαρά ελλείμματα. Επιπλέον, σε αυτές τις διαταραχές παρουσιάζονται στερεότυπες μορφές συμπεριφοράς, δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

Στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές τα αποτελέσματα των ερευνών παρουσιάζουν διαφορές. Κάποιοι ερευνητές αναφέρουν περίπου 50 περιστατικά στα 10.000, ενώ κάποιοι άλλοι αυξάνουν τον αριθμό αυτό στα 90 περιστατικά στα 10.000, συμπεριλαμβάνοντας τις μη τυπικές μορφές, καθώς και όλα τα σύνδρομα του φάσματος. Τα αγόρια προσβάλλονται 3 έως 4 φορές περισσότερο από τα κορίτσια.

Στην Ελλάδα, δεν έχει πραγματοποιηθεί ακόμη, επιδημιολογική έρευνα, αλλά πιθανολογείται, ότι ο αριθμός είναι αντίστοιχος και ανάλογος του πληθυσμού της χώρας (Σ. Νότας, 2005).

1.2. ΟΡΙΣΜΟΙ

1.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Στο ερώτημα «Τι είναι αυτισμός» μπορούν να δοθούν ποικίλες διαφορετικές απαντήσεις, αλλά υπάρχουν και μερικές θέσεις που έχουν διαμορφωθεί για το τι δεν είναι αυτισμός και είναι καλό να αναφερθούν.

Σε αυτό το πρώιμο στάδιο και πριν ορίσουμε την αυτιστική διαταραχή, είναι ίσως αναγκαίο να διευκρινιστούν πλήρως ορισμένοι μύθοι σχετικά με τον αυτισμό:

- Ο αυτισμός δεν προέρχεται από το γνωστό «ψυχρό γονεϊκό περιβάλλον».
- Ο αυτισμός προσδιορίζεται ως μία βιολογική διαταραχή.
- Ο αυτισμός προεκτείνεται και πέρα από την παιδική ηλικία.
- Ο αυτισμός διαρκεί σ' όλη τη ζωή και ορίζεται ως μία διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή.
- Ο αυτισμός δεν περιλαμβάνει πάντα «έλλογες» ή ειδικές δεξιότητες.
- Ο αυτισμός συναντάται σε όλα τα επίπεδα δείκτη νοημοσύνης, ωστόσο συνδυάζεται συνήθως, από μαθησιακές δυσκολίες γενικευμένου τύπου (νοητική υστέρηση).
- Ο αυτισμός δεν αποτελεί απλώς ένα «περίβλημα», που από το εσωτερικό του περιμένουμε να βγει ένα «φυσιολογικό» παιδί .
- Ο αυτισμός περιλαμβάνει μία σοβαρή διαταραχή στον τομέα της κοινωνικοποίησης, της επικοινωνίας και της δημιουργικής φαντασίας (F. Happe, 2003).

Μέχρι στιγμής έχουν δείξει ενδιαφέρον πολλοί επιστήμονες για τη διερεύνηση της αυτιστικής διαταραχής. Ο αυτισμός εντάσσεται στο φάσμα των σύνθετων διαταραχών που είναι νευροεξελικτικού χαρακτήρα και οι οποίες ονομάζονται Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Επιπλέον, χαρακτηρίζεται ως από τις πιο σοβαρές μορφές εξελικτικής διαταραχής (Λ. Βάρβογλη, 2007).

Είναι μία διαταραχή, που αναφέρεται σε μία σοβαρή μορφή ψυχοπαθολογίας, εμφανίζεται πρώιμα κατά τη βρεφική ηλικία και παρουσιάζεται πιο συχνά από τις υπόλοιπες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

Συνήθως κάνει την εμφάνιση της στα πρώτα 2,5 χρόνια και συνεχίζεται για όλη την υπόλοιπη ζωή (Α. Τσιάλτα, 2014). Το κλείσιμο του παιδιού στον εαυτό του και η ανάγκη για σταθερότητα στο περιβάλλον που ζει, είναι τα βασικότερα χαρακτηριστικά με τα οποία εκδηλώνεται ο αυτισμός (Σ. Σταμάτης, 1987).

Συχνά, συνυπάρχει με νοητική καθυστέρηση ή και με ιατρικές καταστάσεις και σύνδρομα (Σ. Νότας, 2005). Ο αυτισμός είναι μία διαταραχή που επιδρά σε ολόκληρη τη νοητική ανάπτυξη του παιδιού. Συνεπώς, ο αυτισμός πρέπει να εκλαμβάνεται ως μία κατάσταση που μεταβάλλεται και δεν παραμένει σταθερή (U. Frith, 1999).

Είναι απαραίτητο να χρησιμοποιούνται τα κριτήρια που υπάρχουν στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Νοητικών Διαταραχών, DSM-IV του 2001 προκειμένου να ισχύει ένας ορισμός του αυτισμού, που είναι καθολικά αποδεκτός.

Στο βιβλίο της Καλύβα αναφέρεται ο ορισμός του αυτισμού, όπως ορίζεται από το DSM-IV και πιο συγκεκριμένα αναφέρεται ότι είναι: *«μία διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από μία ή περισσότερες συγκεκριμένες βλάβες. Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρουσιάζουν σε αρκετούς τομείς της ανάπτυξης σοβαρή και διάχυτη βλάβη, όπως στις δεξιότητες επικοινωνίας, στις δεξιότητες που αφορούν την κοινωνική αλληλεπίδραση ή στην παρουσία ενδιαφερόντων, δραστηριοτήτων και συμπεριφοράς χαρακτηριζόμενης από στερεότυπα»* (Ε. Καλύβα, 2005).

1.2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ASPERGER

Η διαταραχή Asperger ορίζεται ως μία σοβαρή διαταραχή της ανάπτυξης, η οποία έχει ως χαρακτηριστικά της τα παράξενα ενδιαφέροντα, τις σημαντικές δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και τις ασυνήθιστες μορφές συμπεριφοράς, παρόμοιες με αυτές που εμφανίζονται στον αυτισμό. Παρόλα αυτά, τα παιδιά με τη διαταραχή αυτή έχουν συνήθως τυπική γλωσσική ανάπτυξη, φυσιολογική νοημοσύνη και αρκετές δεξιότητες προσαρμογής στο περιβάλλον και στην επικοινωνία. Επιπλέον, τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή παρουσιάζουν συχνά, κινητική αδεξιότητα και καθυστέρηση στην κινητική ανάπτυξη (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

Στις μέρες μας, η ονομασία «Σύνδρομο του Asperger» χρησιμοποιείται κυρίως για την σπάνια περίπτωση του παιδιού με αυτισμό που διαθέτει ευφυΐα, είναι γλωσσικά ικανό και σχεδόν «φυσιολογικό». Η χρήση της ειδικής αυτής κατηγορίας έχει καταδειχθεί κλινικά ωφέλιμη (U. Frith, 1999).

1.2.3 ΟΡΙΣΜΟΣ RETT

Το 1966 ανακαλύφθηκε η διαταραχή Rett από τον Andreas Rett στην κλινική του, στη Βιέννη κατόπιν αξιολόγησης και παρακολούθησης 22 ασθενών του, που εμφάνιζαν κοινά συμπτώματα. Η Rett είναι δύσκολο να διαχωριστεί διαγνωστικά από την αυτιστική διαταραχή στα πρώτα στάδιά της. Κατά τα επόμενα στάδια, όμως, όταν πλέον κάνουν την εμφάνιση τους πλήρως τα χαρακτηριστικά και των δύο διαταραχών, έχουμε ξεκάθαρα κριτήρια διαφοροποίησης.

Από το 1944 η διαταραχή Rett εντάσσεται στην τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου (DSM-IV) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (American Psychiatric Association) ως ξεχωριστή διαγνωστική ενότητα (Α. Γενά, 2002). Αφορά μία διαταραχή με νευρολογική βάση, η οποία παρουσιάζεται κατά τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής, μετά από μία περίοδο συνήθως με τη διαπίστωση ότι έχουν προηγηθεί 5 μήνες ομαλής ανάπτυξης του παιδιού.

Η διαταραχή αυτή γενικά έχει παρατηρηθεί μόνο σε κορίτσια, ωστόσο πρόσφατα κάποια από τα συμπτώματά της, περιεγράφηκαν και σε αγόρια (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

1.2.4 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Το 1930 ο Heller, περιέγραψε πρώτος την Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή βασιζόμενος στην κλινική αξιολόγηση 28 περιπτώσεων, την οποία ονόμασε ως «βρεφονηπιακή άνοια». Τα παιδιά που μελέτησε είχαν φυσιολογική εξέλιξη ως την ηλικία των 3-4 ετών, πριν, δηλαδή, κάνουν την εμφάνισή τους τα συμπτώματα άνοιας. Μετά την

ονομασία «βρεφονηπιακή άνοια», προέκυψε ο όρος «σύνδρομο Heller», ενώ το 1967, ο Rutter χρησιμοποίησε τον όρο «αποδιοργανωτική ψύχωση της παιδικής ηλικίας».

Η Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή δεν είχε ταξινομηθεί ως ξεχωριστή διάγνωση στο DSM μέχρι το 1994, γιατί η διαφοροποίησή της από την Αποδιοργανωτική Ψύχωση προκάλεσε ένα διαγνωστικό ζήτημα που δίχασε τον επιστημονικό κόσμο (Α. Γενά, 2002).

1.3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.3.1 ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΟΝ ΑΥΤΙΣΜΟ

Ο όρος «αυτισμός» προέρχεται ετυμολογικά από την ελληνική λέξη «εαυτός» και υποδηλώνει το κλείσιμο ενός ατόμου στον εαυτό του (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

Χρησιμοποιήθηκε αρχικά, στον κλινικό χώρο από τον Ελβετό ψυχίατρο Eugen Bleuler το 1911, ο οποίος εισήγαγε αυτόν τον όρο στην ψυχιατρική γλώσσα. Αναγνωρίζει στον πρόλογο του συγγράμματός του «Dementia praecox», ότι εκείνη την εποχή το έργο του Freud είχε επηρεάσει με σημαντικό τρόπο την σκέψη του. Ο όρος στον Bleuler μπορούμε να υποθέσουμε, ότι προέρχεται από τη συναίρεση της λέξης «αυτοερωτισμός», η οποία χρησιμοποιήθηκε από τον Freud στην ψυχανάλυση.

Ο Bleuler χρησιμοποίησε τη λέξη «αυτισμό» για να καταδείξει ένα σύμπτωμα στη σχιζοφρένεια του ενήλικου ατόμου, που έγκειται στη δυσκολία και την αδυναμία επικοινωνίας με άλλους ανθρώπους, την απομόνωση στον εαυτό του και την απομάκρυνση από την πραγματικότητα.

Αργότερα και άλλοι ψυχίατροι κοινοποίησαν τη δική τους άποψη για τον αυτισμό. Ένας επιστήμονας, επηρεαζόμενος από το έργο του Bleuler, έγραψε σχετικά με τις έννοιες του συμπλέγματος, του περιεχομένου της ψύχωσης και του αυτισμού. Ένας άλλος ψυχίατρος αναφέρει, ότι ο αυτισμός σημαίνει απομόνωση από τον πραγματικό κόσμο και παρουσία μιας έντονης εσωτερικής ζωής (Κ. Συνοδινού, 1999).

ΘΩΜΑΣΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

Το 1943 έγινε η πρώτη δημοσίευση σχετικά με τον αυτισμό, από τον πρωτοπόρο Αμερικάνο ψυχίατρο, Leo Kanner, ο οποίος δημοσίευσε στο κατά σειρά έκτο κυκλοφορίας περιοδικό «Nervous child», την εργασία του με τίτλο «Διαταραχές Συναισθηματικής Επαφής του Αυτιστικού Ατόμου». Πιο συγκεκριμένα, ο Kanner έγραψε, ότι από το 1938, έχει περιέλθει στην αντίληψή του ένα σύνολο παιδιών, τα οποία διαφέρουν από οτιδήποτε έχει εμφανιστεί μέχρι τώρα και ότι απαιτείται για κάθε μία ξεχωριστή περίπτωση, μία λεπτομερειακή εξέταση των εκπληκτικών ιδιαιτεροτήτων της.

Σε ένα σημείο της εργασίας του, παραθέτει με παραστατικό τρόπο, περιγραφές της συμπεριφοράς 11 παιδιών που εξέταζε, τα οποία εμφάνιζαν κάποια ασυνήθιστα χαρακτηριστικά (U. Frith, 1999). Ο Kanner ονόμασε τη διαταραχή αυτή «πρώιμο βρεφικό αυτισμό», γιατί η έναρξή της κατά την πρώιμη βρεφική ηλικία, τον οδήγησε στο συμπέρασμα, ότι η αιτία της διαταραχής αυτής προσδιορίζεται στην εκ γενετής ανικανότητα των ατόμων να συνδεθούν συναισθηματικά με άλλους ανθρώπους (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

Ο Kanner ήταν αντίθετος με το γεγονός, ότι ο αυτισμός αποτελούσε απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα και θεωρούσε τον αυτισμό ως ανικανότητα επαφής, επειδή σε πρώιμο στάδιο της παιδικής ηλικίας δεν έχει δημιουργηθεί πραγματικότητα. Η κύρια διαφορά του Kanner με τους προγενέστερους του είναι ότι, εκείνοι θεωρούσαν τον αυτισμό σαν δευτερογενές σύμπτωμα της σχιζοφρένειας, ενώ ο Kanner τον διαχώριζε από την σχιζοφρένεια, καθώς πίστευε πως ήταν μία εγγενής ανικανότητα (Α. Τσιάλτα, 2014).

Πέρα από τις περιγραφές των 11 παιδιών που παρουσίασε, ο Kanner ασχολήθηκε και περαιτέρω με τους γονείς των παιδιών που παρακολούθησε, τους οποίους περιέγραψε ως ιδιαίτερα έξυπνους ανθρώπους, αλλά ήταν ψυχροί στη σχέση τους με το παιδί τους και εμφάνιζαν μία ψυχαναγκαστική προσωπικότητα. Γι' αυτό άλλωστε, τους ονόμασε και «γονείς - ψυγεία». Έτσι, ο Kanner υπήρξε η αφορμή για να ευδοκιμήσει μία νέα θεωρία, η ψυχογενής όπως ονομάστηκε, παρόλο που αυτή ερχόταν σε αντίθεση με την άποψή του, ότι ο αυτισμός ήταν μια εγγενής διαταραχή. Η ψυχογενής θεωρία είχε ως βασικό αιτιολογικό παράγοντα του αυτισμού, την ευχή του γονέα να μην υπήρχε το παιδί του (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

Ένα χρόνο αργότερα μετά τον Kanner, το 1944, ένας παιδίατρος στη Βιέννη, ο Hans Asperger, βασισμένος σε ορισμένες περιπτώσεις παιδιών που εξέταζε, δημοσίευσε κι ο ίδιος διατριβή και έδωσε στη διαταραχή αυτή την ονομασία «αυτιστική ψυχοπάθεια» στην παιδική ηλικία.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, οι δύο επιστήμονες παρόλο που δεν είχαν γνώση ο ένας για το βασικό άρθρο του άλλου, οι περιγραφές τους έμοιαζαν εκπληκτικά από πολλές πλευρές. Επέλεξαν και οι δύο τον όρο «αυτιστικός» για να κατονομάσουν τους ασθενείς τους και αυτό αποτέλεσε μία τρομακτική σύμπτωση. Ο Asperger, όπως και ο Kanner πίστευε ότι στον αυτισμό, το κοινωνικό έλλειμμα είναι ιδιοσυστασιακό - όπως ο ίδιος το ονόμαζε - και ότι εξακολουθεί να υπάρχει και στην ενήλικη ζωή (F. Happe, 2003).

Συνεπώς, και οι δύο επιστήμονες πίστευαν ότι υπήρχε εκ γενετής μία κυρίαρχη ανωμαλία που δημιουργούσε πολύ χαρακτηριστικά προβλήματα (U. Frith, 1999). Τα παιδιά αυτά παρουσίαζαν ιδιόμορφη γλωσσική ανάπτυξη, περιορισμένα στερεότυπα ενδιαφέροντα και ελλείμματα στην κοινωνική ανάπτυξη (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006). Μάλιστα, σ' ένα φυλλάδιο σεμιναρίου του, ο Kanner αναφέρεται στη διάβρωση των διαπροσωπικών σχέσεων των αυτιστικών παιδιών και εξηγεί, ότι από την αρχή της ζωής τους αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν μία υπερβολική αυτιστική μοναξιά· γεννήθηκαν με την έμφυτη «ανικανότητα» να δημιουργήσουν μία φυσιολογική συναισθηματική επαφή με τους άλλους ανθρώπους, με τον ίδιο τρόπο που έχουν γεννηθεί και άλλα παιδιά με έμφυτα ελλείμματα, οργανικά ή διανοητικά (K. Quill, 2005).

Οι Kanner και Asperger υπογράμμισαν επίσης, τα στερεότυπα λέξεων και κινήσεων των παιδιών, την ελλειμματική οπτική επαφή και την απόλυτη έλλειψη ανεκτικότητας στην αλλαγή. Επιπλέον, αναφέρθηκαν στο εύρημα που είχαν από κοινού, σχετικά με τη συχνή απομόνωση αυτών των παιδιών, που αφορά τα ειδικά ενδιαφέροντα για παράδοξα και ιδιοσυγκρασιακά θέματα ή αντικείμενα. Η ελκυστική εμφάνιση των παιδιών που είδαν, φαίνεται να είχε εκπλήξει και τους δύο (F. Happe, 2003). Τόνισαν αμφότεροι, τις δυσκολίες στην κοινωνική προσαρμογή και τις ιδιαιτερότητες της επικοινωνίας των παιδιών με αυτισμό (U. Frith, 1999).

Ο Kanner αναγνώρισε από την αρχή τον πρωταρχικό ρόλο των κοινωνικών δυσκολιών. Ταυτόχρονα, αναφέρθηκε στις σκόπιμες επιδεξιότητες των παιδιών με τη χρήση αντικειμένων, συμπληρώνοντας επιπρόσθετα τη διαφορά που παρουσιάζουν αυτά τα άτομα στις κοινωνικές σχέσεις. Πέρα από το γεγονός ότι περιέγραψε τα σοβαρά κοινωνικά προβλήματα, ο Kanner υπήρξε διορατικός στις περιγραφές του περί ιδιοσυγκρασιακών χαρακτηριστικών της επικοινωνίας και της γλώσσας στον αυτισμό. Το ενδιαφέρον του για τη μη αποτελεσματική χρήση της γλώσσας από τα παιδιά, φαίνεται στις περιγραφές του περί αντιστροφής των αντωνυμιών, την ηχολαλία και τις επαναλήψεις (K. Quill, 2005).

Μεταγενέστεροι του Kanner ασχολήθηκαν με τον αυτισμό και παρά τις διαφορετικές απόψεις, ως προς τα αίτια που τον προκαλούν και ως προς τον τρόπο αντιμετώπισής του, όλοι σχεδόν συμφωνούν στα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται και στο χρόνο με τον οποίο εμφανίζεται (Σ. Σταμάτης, 1987). Ωστόσο, για να αναγνωριστεί επιστημονικά και κλινικά η δουλειά του Kanner, χρειάστηκαν να γίνουν έρευνες διάρκειας μισού αιώνα (K. Quill, 2005).

1.3.2 ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΟ ASRERGER

Το 1944, ο Hans Asperger περιέγραψε πρώτος τη διαταραχή Asperger και την αποκάλεσε «αυτιστική ψυχοπάθεια», όπως αναφέρθηκε και παραπάνω (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

Ο Hans Asperger άξιζε να τιμηθεί για μερικές πολύ εντυπωσιακές παρατηρήσεις, που αφορούσαν τον αυτισμό και έλειπαν από τον Kanner, οπότε χρειάστηκαν πολλά χρόνια έρευνας για την ανακάλυψή τους (F. Happe, 2003). Έχει γίνει σαφές, ότι ο Kanner και ο Asperger αναφέρονταν σε καταστάσεις που ήταν πολύ όμοιες.

Μολαταύτα, ο Asperger πίστευε ότι η «αυτιστική ψυχοπάθεια» ήταν εντελώς διαφορετική από το σύνδρομο που είχε περιγράψει ο Kanner (C. Gillberg, 2011) και ένιωθε βέβαιος, ότι τα παιδιά που μελετούσε ανήκαν σε μία κατηγορία που ήταν διαφορετική από τα παιδιά του Kanner με «πρώιμο νηπιακό αυτισμό», παρόλο που ο ίδιος

επιβεβαίωσε, ότι οι δύο ομάδες των παιδιών είχαν πολλά κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ τους (F. Happe, 2003).

Οι ασθενείς του Asperger σε πολύ μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων είχαν φυσιολογικά ή πολύ υψηλά επίπεδα νοημοσύνης, ενώ οι περιπτώσεις του Kanner ήταν χαμηλού νοητικού δυναμικού συνήθως (αν και εμφάνιζαν περιστασιακά κάποιες νησίδες εξαιρετικής ικανότητας) (C. Gillberg, 2011). Επιπρόσθετα, σε σύγκριση με τα υποκείμενα του Kanner, οι περιπτώσεις του Asperger φαίνεται να είχαν περισσότερες κινητικές δυσκολίες, καλύτερες γλωσσικές ικανότητες και ίσως, περισσότερες δεξιότητες για πρωτότυπες σκέψεις.

Αυτές οι διαφορές των δυο επιστημόνων προσέλκυσαν το ενδιαφέρον των ανθρώπων, αν πραγματικά ο Asperger αναφερόταν σε μια διαφορετική ομάδα παιδιών - μία ειδική υπο-ομάδα που πιθανόν να εντάσσεται στο φάσμα του αυτισμού (F. Happe, 2003). Εντούτοις, οι ερευνητές μόνο τα τελευταία δέκα χρόνια εστίασαν την προσοχή τους στις περιγραφές του Asperger και θεώρησαν ότι αντιπροσωπεύουν μία διαφορετική διαταραχή από τον αυτισμό. Γι' αυτό το λόγο, τα ερευνητικά δεδομένα είναι περιορισμένα σχετικά με τη διαταραχή αυτή και οι περισσότερες έρευνες δε στηρίζονται στη συστηματική χρήση των διαγνωστικών κριτηρίων (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

Πολλοί επαγγελματίες υποστήριζαν ωστόσο, ότι το σύνδρομο Asperger ήταν απλά μία ηπιότερη μορφή του αυτισμού και χρησιμοποίησαν τον όρο «Αυτισμός υψηλής λειτουργικότητας». Επιπλέον, περιγράφεται πως τα άτομα με σύνδρομο Asperger μοιάζουν να έχουν μία σταγόνα από αυτισμό (K. Simmons, 2006).

Ο όρος «σύνδρομο Asperger» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τη Lorna Wing, ένα χρόνο μετά το θάνατο του Asperger (F. Happe, 2003), η οποία διαφοροποιήθηκε από αυτόν και ανέπτυξε μία δική της θεωρία.

Η θεωρία της στηρίχτηκε στη μελέτη 34 περιστατικών (Α. Γενά, 2002). Η Wing με αφορμή την επιθυμία της να ξεχωρίσει τα πολύ ικανά άτομα με αυτισμό, τα οποία διαφοροποιούνταν από το στερεότυπο του Kanner, έθεσε τα θεμέλια της διάγνωσης. Η ίδια συγκέντρωσε σε πίνακα έξι διαγνωστικά κριτήρια που βασίζονταν στις περιγραφές του Asperger, τα οποία τροποποίησε αργότερα, με γνώμονα τη δική της κλινική εμπειρία, εισάγοντας τρεις αλλαγές (F. Happe, 2003).

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

Οι Rutter και Scholper επηρεασμένοι από τη θεωρία της Wing, αμφισβήτησαν κατά πόσο είναι βέβαιο, εάν είναι ενιαία η διαταραχή Asperger ή αν κατατάσσεται ξεχωριστά από τον αυτισμό στη διάγνωση. Αργότερα ωστόσο, οι ίδιοι υποστήριξαν, ότι είναι αναγκαίο να ταξινομηθεί ως ξεχωριστή διαγνωστική οντότητα, προκειμένου να μελετηθούν με συστηματικό τρόπο οι διαφορές και οι ομοιότητές της με τον αυτισμό. Τελικά, ταξινομήθηκε αρχικά στο ICD-10 και στη συνέχεια στο DSM-IV ως ξεχωριστή διαταραχή.

Η κατά πολύ καλύτερη εξέλιξη που έχουν τα άτομα με Διαταραχή Asperger, καθώς και η γενικά φυσιολογική ανάπτυξη λόγου που παρουσιάζουν μέχρι το τρίτο έτος της ηλικίας, αποτελούν τον κύριο λόγο διαφοροποίησης των δύο διαταραχών (Α. Γενά, 2002). Ορισμένοι συγγραφείς δε θεωρούν χρήσιμη την ονομασία «σύνδρομο Asperger» με βασικό επιχείρημα, ότι η ύπαρξη δημιουργίας υπο-ομάδων δε διευκολύνει την αναγνώριση και ότι ο αυτισμός εμφανίζει ποικίλα φαινόμενα εκδήλωσης (F. Happe, 2003). Πολλοί επαγγελματίες εξακολουθούν να θεωρούν το σύνδρομο Asperger ως μία λιγότερο σοβαρή μορφή του αυτισμού (K. Simmons, 2006). Ωστόσο, αυτή την ονομασία έχουν υιοθετήσει κάποιοι επιστήμονες και κατέληξαν στο ότι έχει πρακτική χρησιμότητα, αλλά ίσως όχι θεωρητική (F. Happe, 2003).

1.4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

1.4.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Ο αυτισμός είναι γεγονός, ότι εμφανίζεται πιο συχνά από την κυστική ινωμάτωση, το σύνδρομο Down και τις διάφορες μορφές παιδικού καρκίνου και συνεπώς, δε θεωρείται πλέον μία σπάνια διαταραχή (Ε. Καλύβα, 2005).

Από τον τρόπο με τον οποίο η διαταραχή του αυτισμού αναγνωρίζεται και ορίζεται, εξαρτάται καθοριστικά και η καταγεγραμμένη συχνότητά του. Η συχνότητα του αυτισμού τα τελευταία χρόνια εμφανίζει μία άνοδο (F. Happe, 2003). Την άποψη γι' αυτό το γεγονός υποστήριξε η Wing το 1996, λέγοντας τα εξής: *«ο αυτισμός φαίνεται να βρίσκεται σε αύξηση. Αυτό είναι τουλάχιστον το αίσθημα πολλών επαγγελματιών στον τομέα*

της ανάπτυξης του παιδιού στη Βρετανία, οι οποίοι πιστεύουν ότι τα τελευταία χρόνια έχουν δει περισσότερα παιδιά με διαταραχές αυτιστικού φάσματος, αλλά δεν υπάρχει κανένα στοιχείο υπέρ ή κατά της γενικής αύξησης στον επιπολασμό του «τυπικού αυτισμού» ή άλλων διαταραχών αυτιστικού φάσματος. Η εντύπωση ότι υπάρχει μια αύξηση θα μπορούσε να οφείλεται σε μια αλλαγή στη μορφή του παραπεμπτικού, τη διεύρυνση των διαγνωστικών κριτηρίων για τον τυπικό αυτισμό και την αύξηση της ευαισθητοποίησης των ποικιλόμορφων εκδηλώσεων των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος. Από την άλλη πλευρά, μπορεί να υπάρχουν πραγματικές αλλαγές στον επιπολασμό, σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο, λόγω προσωρινών ή μόνιμων παραγόντων» (R. Lathe, 2006).

Η έρευνα που ολοκληρώθηκε πρόσφατα στην Καλιφόρνια των ΗΠΑ παρουσιάζει ενδιαφέρον, με βάση την οποία από το 1987 - 1998 στον πληθυσμό των ΑΜΕΑ, ο αριθμός των παιδιών που φέρουν τη διάγνωση της αυτιστικής διαταραχής αυξάνεται με συχνότητα 26% ανά έτος. Δεν μπορούμε όμως να ξέρουμε, αν αυτή η αύξηση αποδίδεται σε αύξηση των παιδιών με αυτισμό ή στη βελτίωση των διαγνωστικών εργαλείων που προσφέρουν πιο έγκυρες διαγνώσεις. Επί του παρόντος, όσον αφορά τα αυξημένα ποσοστά εμφάνισης αυτισμού σε συγκεκριμένες περιοχές, δεν υπάρχει κάποια ικανοποιητική ερμηνεία (Α. Γενά, 2002).

Αρχικά, εκτιμήθηκε ότι στο γενικό πληθυσμό, το ποσοστό εκδήλωσης του αυτισμού ήταν 4 στα 10.000 παιδιά, ενώ τα ποσοστά εκδήλωσης ανέρχονται πλέον σε 1 ή 2 στα 1.000 παιδιά με τη χρήση πιο σαφών κριτηρίων. Μία μελέτη που έγινε για τις έρευνες που είχαν πραγματοποιηθεί μέχρι το 1997, κατέδειξε ότι, τα ποσοστά των μελετών παρουσιάζουν αυξομειώσεις από 0,7 έως 15,5 στα 10.000 παιδιά.

Η διακύμανση αυτή μπορεί να αποδίδεται στο γεγονός, ότι ανεξάρτητα από τον ορισμό του αυτισμού που περιέχεται στο DSM-IV, πολλοί ειδικοί που ασχολούνται με τη διάγνωση του αυτισμού χρησιμοποιούν διαφορετικά κριτήρια, μέσα αξιολόγησης και ορισμούς ή δεν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση στη διάγνωση.

Επομένως, το ερώτημα για το αν η συχνότητα του αυτισμού έχει αυξηθεί πραγματικά τα τελευταία χρόνια, είναι αδύνατο να απαντηθεί. Όπως παράλληλα και για το αν μαθαίνουμε καλύτερα τον αυτισμό και αν τα διαγνωστικά μέσα είναι πλέον πιο

εξειδικευμένα ή έχουμε διευρύνει τον ορισμό του αυτισμού, συνυπολογίζοντας όλο το φάσμα των διαταραχών που εντάσσονται σε αυτόν (Ε. Καλύβα, 2005).

1.4.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ASPERGER

Για το ποσοστό με το οποίο εμφανίζεται στο γενικό πληθυσμό το σύνδρομο Asperger έχουν ασχοληθεί ελάχιστες μόνο μελέτες, η πλειοψηφία των οποίων αφορά παιδιά σχολικής ηλικίας, που έχουν πραγματοποιηθεί στις βόρειες χώρες. Επομένως, σε αυτό το στάδιο δεν μπορεί κανείς να εξάγει καθολικά συμπεράσματα σχετικά με τα ποσοστά εμφάνισης του συνδρόμου. Δεν μπορούμε να καθορίσουμε αν το σύνδρομο Asperger εμφανίζεται σε όλες τις χώρες και αν η συχνότητα εμφάνισής του είναι η ίδια σε όλο τον κόσμο (C. Gillberg, 2011).

Δύο μετέπειτα μελέτες πληθυσμού κατέδειξαν αξιόπιστες εκτιμήσεις για τη διαταραχή, ειδικά προορισμένες για να εκτιμήσουν τα ποσοστά εμφάνισης του συνδρόμου σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Goteborg το 1922, σε παιδιά σχολικής ηλικίας (7 - 16 ετών), το ποσοστό του «τυπικού» συνδρόμου Asperger,= υπολογίστηκε στα 36/10.000 παιδιά. Άλλα 36/10.000 παιδιά εμφάνιζαν διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, που έμοιαζαν με αυτές του συνδρόμου Asperger, αλλά δεν έβρισκαν πλήρη ανταπόκριση στα ερευνητικά κριτήρια της διαταραχής ή του τυπικού αυτισμού. Τα παιδιά που πληρούσαν τα κριτήρια των Gillberg, θα πληρούσαν και εκείνα του ICD-10 για το σύνδρομο Asperger, μόνο εάν δεν υπολογιζόταν το κριτήριο της φυσιολογικής ανάπτυξης στα τρία πρώτα χρόνια της ζωής. Ωστόσο, τα δεδομένα αυτά για τον επιπολασμό στον πληθυσμό προέρχονται από μία σε γενικές γραμμές εκτίμηση που χρήζει της επιβεβαίωσης άλλων ομάδων.

Σε μία Σουηδική μελέτη, μικρής κλίμακας, που έγινε το 1998, το ποσοστό του συνδρόμου Asperger σε εντεκάχρονα παιδιά ήταν 48 στα 10.000 παιδιά. Μία άλλη μελέτη στις αρχές της δεκαετίας του 1980 από την Ισλανδία, κατέγραψε ένα ποσοστό περίπου 35 ανά 10.000 άτομα σχολικής ηλικίας και υπήρξε σύμφωνη με τα ευρήματα των Σουηδικών μελετών. Πρόσφατα, από μία ομάδα στη Βαλτική, δημοσιεύτηκαν κάπως υψηλότερες

εκτιμήσεις. Δύο πρόσφατες Βρετανικές μελέτες συμφωνούν με τα ευρήματα των Σκανδιναβικών μελετών, καταγράφοντας αντίστοιχα ποσοστά για τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Το ποσοστό του συνδρόμου Asperger σε κλινικές μελέτες τείνει να είναι πολύ υψηλότερο. Περίπου 5% των περιπτώσεων εμφανίζουν σύνδρομο Asperger από το σύνολο των ασθενών, που παρακολουθούνται σε παιδοψυχιατρικές κλινικές.

Συμπερασματικά, πριν την ηλικία των 10 ετών, περίπου 3 - 4 στα 1.000 παιδιά εμφανίζουν την πλήρη κλινική εικόνα του συνδρόμου Asperger. Σε ανάλογο ποσοστό εμφανίζονται και άλλες διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, χωρίς όμως να καταφέρουν τα άτομα να πληρούν τα κριτήρια για το σύνδρομο Asperger. Είναι βέβαιο, ότι δεν μπορούμε να γνωρίζουμε το επακριβές ποσοστό του συνδρόμου, γιατί αυτό εξαρτάται σε μεγάλο και σημαντικό βαθμό από τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται. Από τη στιγμή λοιπόν, που δεν υπάρχει μία γενική συμφωνία ως προς αυτά τα ποσοστά που αναφέρονται στις διάφορες μελέτες, είναι αδύνατο να είναι όμοια. Αυτό συμβαίνει, γιατί ορισμένοι συγγραφείς αποδίδουν διαφορετικούς όρους γι' αυτές τις διαταραχές (C. Gillberg, 2011).

1.4.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ RETT

Δεν έχει εκτιμηθεί ακριβώς ο επιπολασμός της διαταραχής, αλλά γνωρίζουμε με σιγουριά, ότι κυμαίνεται σε πολύ χαμηλότερα ποσοστά σε σχέση με την αυτιστική διαταραχή. Η συχνότητά της εκτιμάται με τους συντηρητικότερους υπολογισμούς, σε τουλάχιστον ένα περιστατικό ανά 10.000 - 15.000 άτομα. Η κατανομή της δεν εξαρτάται από την κοινωνικοοικονομική διαστρωμάτωση και την εθνότητα (Α. Γενά, 2002).

1.4.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Δεν μπορούμε να προσδιορίσουμε ακόμα επακριβώς τα ποσοστά εμφάνισης της ΠΑΔ, εφόσον δεν έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα επιδημιολογικές έρευνες μεγάλης έκτασης. Υπολογίζεται ότι, η διαταραχή αυτή εμφανίζεται πιο σπάνια από τον αυτισμό και

ότι δεν ξεπερνά το 6% των περιπτώσεων που φέρουν ως διάγνωση την αυτιστική διαταραχή.

Όπως προκύπτει από δύο σχετικές έρευνες, τα 18 από τα 20 άτομα που εντοπίστηκαν ότι είχαν ΠΑΔ ήταν αγόρια και συνεπώς, είναι πιο συχνή στα άρρενα άτομα. Η ΠΑΔ είναι επίσης ανεξάρτητη, όσον αφορά την κοινωνική και οικονομική διαστρωμάτωση (Α. Γενά, 2002).

1.5. ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΑΓΟΡΙΩΝ - ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ

1.5.1 ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Ο αυτισμός εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια. Η αναλογία που μας δίνεται συνήθως είναι περίπου 3 ή 4:1, αλλά τα στοιχεία από πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες υποδηλώνουν ότι η επικράτηση των αγοριών είναι πάρα πολύ μεγάλη στην περίπτωση του αυτισμού, ο οποίος δε συνοδεύεται από σοβαρή νοητική υστέρηση.

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός πως το αρσενικό εμφανίζεται επικρατέστερο στις περισσότερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές, όπως είναι η δυσλεξία, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα και οι αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές (G. Bock & J. Goode, 2003). Το γεγονός ότι ο αυτισμός εμφανίζεται πολύ πιο συχνά στα αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια, δηλώνει ότι πιθανόν ο αυτισμός σχετίζεται και με διαταραχές των φυλετικών χρωμοσωμάτων (Α. Γενά, 2002).

Τα περισσότερα κορίτσια με αυτισμό βρίσκονται στα χαμηλότερα ποσοστά διακύμανσης της ικανότητας, ενώ στα ανώτερα («σύνδρομο του Asperger») εμφανίζονται τα αγόρια που μπορεί να υπερτερούν με αναλογία 5:1.

Συνεπώς, η αναλογία φύλου μοιάζει να διαφοροποιείται σύμφωνα με την οικεία ικανότητα. Κάποιοι επιστήμονες υποδεικνύουν ορισμένους υποψήφιους λόγους, σχετικά με τον κατώτερο δείκτη νοημοσύνης των θηλυκών ατόμων με αυτισμό. Για παράδειγμα, οι

γυναίκες μπορεί να επηρεάζονται με ισχυρότερο τρόπο από το γονίδιο του αυτισμού ή μπορεί να εμφανίζουν μία γενετική ετερογένεια (χρωμόσωμα X) (F. Harpe, 2003).

1.5.2 ΑΝΑΛΟΓΙΑ ASPERGER

Οι περισσότερες μελέτες αναφέρονται σε ένα ποσοστό αναλογίας 3 - 6 άρρενες για κάθε θήλυ που έχει το σύνδρομο.

Το θηλυκό γένος με σύνδρομο Asperger παρουσιάζει μερικές φορές, ελάχιστα διαφορετικά συμπτώματα συγκριτικά με εκείνα που χαρακτηρίζουν τα αρσενικά άτομα. Σίγουρα είναι πιθανό, ότι τέτοιες περιπτώσεις δεν υπολογίζονται στις επιδημιολογικές μελέτες. Αυτό το γεγονός, μας κάνει να συμπεράνουμε, ότι τα μεγέθη επιπολασμού που έχουμε στα χέρια μας μέχρι τώρα, είναι υποτιμημένα και ότι η αναλογία των θηλυκών ατόμων είναι μεγαλύτερη απ' όση καταγράφεται συνήθως (C. Gillberg, 2011).

1.6. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Περισσότερα από πενήντα χρόνια έχουν περάσει από τότε που ο Leo Kanner περιέγραψε για πρώτη φορά τις επικοινωνιακές και κοινωνικές διαφορές που εμφανίζονται στον αυτισμό. Εντούτοις, μόνο τα τελευταία χρόνια αναγνωρίστηκε η διορατικότητά του και η σπουδαιότητα των πληροφοριών που είχε συγκεντρώσει (K. Quill, 2005).

Τα χαρακτηριστικά στα οποία αναφέρθηκε ο Kanner, δηλαδή η μοναχικότητα που συναντάται στον αυτισμό, η επιθυμία για ομοιομορφία και οι νησίδες δεξιοτήτων, χρησιμεύουν στην αναγνώριση των πλέων σημαντικών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων του αυτισμού. Επιπλέον, παρά την παρουσία επιμέρους διαφορών και τη συνύπαρξη άλλων προβλημάτων, τα χαρακτηριστικά αυτά εντοπίζονται σε όλα τα άτομα με αυτισμό (U. Frith, 1999).

Ακόμη, πέρα από την πολύτιμη συμβολή του Kanper στην αναγνώριση των χαρακτηριστικών του αυτισμού, σήμερα, η ολοένα επεκτεινόμενη γνώση της πρώιμης επικοινωνιακής, γνωστικής και κοινωνικής ανάπτυξης και η εμπλοκή της με το συναισθηματικό τομέα, μας βοηθούν επιπρόσθετα να κατανοήσουμε τα ασυνήθιστα αναπτυξιακά προφίλ που αφορούν τον αυτισμό (K. Quill, 2005).

Σταδιακά και με την πάροδο του χρόνου, τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το παιδί με αυτισμό είναι ιδιαίτερα εμφανή. Κατά τη γέννησή τους, συνήθως, δεν παρουσιάζουν κάποιο ανησυχητικό στοιχείο. Ωστόσο, μετά από λίγους μήνες και ιδιαίτερα, όταν υπάρχει μεγαλύτερο παιδί, οι γονείς συνειδητοποιούν, ότι κάτι δεν πηγαίνει καλά. Το παιδί μένει αδιάφορο στο πλησίασμα της μητέρας, δεν απλώνει τα χέρια του, δεν αναζητά το θήλαστρο, δεν κοιτάζει, δε χαμογελά κ.λπ. και έτσι, δίνει την εντύπωση κωφού (Σ. Σταμάτης, 1987).

Σε γενικές γραμμές, οι άνθρωποι που εντάσσονται στο φάσμα του αυτισμού έχουν μεγάλη δυσκολία να δημιουργήσουν φίλους και να κατανοήσουν τους κοινωνικούς κανόνες. Έχουν συνήθως ένα ή μερικά ενδιαφέροντα, σωματικές κινήσεις ή δραστηριότητες, τις οποίες ασκούν επαναλαμβανόμενα. Μπορεί να έχουν ή να μην έχουν νοητική καθυστέρηση ή/και μία αξιοσημείωτη καθυστέρηση στη γλώσσα, ακόμη και αν χρησιμοποιούν επιφανειακά την τυπική γλώσσα, θα εμφανίζουν δυσκολίες στο να την χρησιμοποιήσουν ευχερώς κοινωνικά και με τον ενδεδειγμένο τρόπο (K. Simmons, 2006).

Είναι μία διαταραχή, που οδηγεί σε απομόνωση του ατόμου και αδυνατεί να αναπτύξει κοινωνικούς δεσμούς και συνεπώς, δε δύναται να αλληλοεπιδράσει με το περιβάλλον του. Τα παιδιά με αυτισμό κλείνονται σε ένα δικό τους κόσμο, όπου δεν αφήνουν κανέναν άλλο να εισέλθει και στον οποίο δε δέχονται αλλαγές και παρεμβάσεις. Προτιμούν να μένουν μόνα τους και να ασχολούνται με διάφορα αντικείμενα, με έναν δικό τους ασυνήθιστο τρόπο, αδιαφορώντας για τους άλλους, ακόμα και όταν πρόκειται για συγγενικά τους πρόσωπα.

Ένας άλλος τομέας ο οποίος παρουσιάζει σοβαρά ελλείμματα είναι η γλωσσική τους ανάπτυξη. Περίπου τα μισά παιδιά με αυτισμό δεν αναπτύσσουν λόγο, ενώ τα άλλα μισά, παρουσιάζουν έναν ιδιόρρυθμο λόγο με κύριο χαρακτηριστικό το μη λειτουργικό

χαρακτήρα του. Ο λόγος, ακόμα και όταν εμφανίζεται σε κάποιες περιπτώσεις, δεν έχει στόχο την επικοινωνία, γιατί συνήθως, αυτά τα παιδιά δεν επιθυμούν να επικοινωνήσουν.

Επιπλέον, τα παιδιά αυτά εκδηλώνουν ποικίλες μορφές στερεότυπης συμπεριφοράς και κινήσεων που επαναλαμβάνονται με έντονη εμμονή και σε καθημερινή βάση. Αυτές οι μορφές συμπεριφοράς επικεντρώνουν όλη την προσοχή των παιδιών αυτών για αρκετή ώρα μέσα στη μέρα. Αν κανείς προσπαθήσει να επέμβει κατά τη διάρκεια της εκτέλεσης αυτών των δραστηριοτήτων, συνήθως έχει να αντιμετωπίσει την έκρηξη θυμού και εκνευρισμού.

Το νοητικό επίπεδο των παιδιών με αυτισμό ποικίλει και έτσι, μπορούν να είναι ιδιαίτερα ευφυή, αλλά υπάρχει και το ενδεχόμενο να παρουσιάζουν και σοβαρή νοητική υστέρηση. Ένα γεγονός που εκπλήσσει, τόσο το κοντινό περιβάλλον, όσο και τους επιστήμονες, αποτελεί το ότι, ορισμένα από αυτά τα παιδιά πιθανόν να εμφανίζουν κάποιες ιδιαίτερες ικανότητες, παραδείγματος χάριν, στα μαθηματικά ή στη μουσική. Ωστόσο, ακόμα και αυτά τα ταλέντα δεν μπορούν να ισοσταθμίσουν τα συναισθήματα που νιώθουν συχνά, όλων όσων φροντίζουν ένα παιδί με αυτισμό και τα οποία προέρχονται από το ελλιπές ενδιαφέρον του παιδιού για επικοινωνία και από την αδυναμία δημιουργίας ενός συναισθηματικού δεσμού (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

1.7. ΠΡΩΙΜΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Η εμφάνιση της διαταραχής γίνεται κατά την ηλικία των 3 ετών. Πολλοί από τους ερευνητές έχουν ενδιαφερθεί για τον εντοπισμό των πρώιμων δεικτών του αυτισμού και για τους τομείς τους, όσον αφορά την επικοινωνία, την κοινωνικότητα και τη συμπεριφορά. Όμως οι ενδείξεις ή οι ιδιαίτερες συμπεριφορές κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου στους γονείς από νωρίς και πριν από αυτή την ηλικία. Όλα αυτά τα σημάδια έχουν το αποτέλεσμα να δημιουργούν ανησυχία και να τους προβληματίζουν, σχετικά με κάποια πιθανή ύπαρξη διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής, όπως είναι ο αυτισμός (Ε. Γκονέλα, 2006).

Κάποια από τα σημάδια που ανησυχούν τους γονείς σχετικά με την επικοινωνία, είναι η έλλειψη αντίδρασης στο άκουσμα του ονόματός του ακόμα και από την ίδια του τη μητέρα, η έλλειψη έκφρασης των επιθυμιών του και η απομόνωσή του. Η μεγάλη καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου με απουσία συλλαβών (μπα, μα) παρουσιάζεται στην ηλικία του 1^{ου} χρόνου και των κινήσεων με τα χέρια στην ηλικία 16 - 18 μηνών, ενώ στην ηλικία των 2 ετών κάνουν την εμφάνιση τους οι αυθόρμητες φράσεις των 2 λέξεων. Ακόμη, υπάρχει η ηχολαλία και απουσιάζει μερικώς ή πλήρως η κοινωνική δεξιότητα. Τα παιδιά αυτά μοιάζουν σα να είναι βαρήκοα ή και κωφά. Παράλληλα, δεν ακολουθούν οδηγίες, αλλά ούτε και το βλέμμα κάποιου άλλου, ακόμη, και της ίδιας της μητέρας του, καθώς το παιδί προσκολλά το βλέμμα του σε κάποιο αντικείμενο.

Άλλα στοιχεία σχετικά με την κοινωνικότητά του είναι: η έλλειψη κοινωνικού χαμόγελου, το μοναχικό παιχνίδι, η έλλειψη προσοχής. Μοιάζουν να βρίσκονται στο δικό τους κόσμο και να αδιαφορούν για τους άλλους. Η συμπεριφορά τους παρουσιάζει ένα ιδιαίτερο προφίλ, με ξεσπάσματα θυμού και επιθετική συμπεριφορά, μίμηση, υπερκινητικότητα, έλλειψη συνεργασίας και φανταστικού παιχνιδιού, με εμμονή σε συγκεκριμένο τμήμα - λεπτομέρεια ενός παιχνιδιού. Επίσης, υπάρχει ευαισθησία σε υφές και υφάνσεις, δυσαρέσκεια σε τροφές και έντονες αντιδράσεις σε ήχους και μυρωδιές. Τέλος, τα παιδιά έχουν μία φυσιολογική ή και ανεπτυγμένη ικανότητα σε τομείς, όπως είναι η ζωγραφική, η μουσική, ακόμη και σε ημερομηνίες ή αριθμητικά σύνολα (Λ. Βάρβογλη, 2007).

Με βάση τα στοιχεία, η διερεύνηση στα μικρότερα παιδιά των τριών ετών είναι: η βλεμματική επαφή, το συμβολικό παιχνίδι, η κινητική ανάπτυξη και το δείξιμο. Αν δεν εμφανίζεται ακόμη και ένα από τα παραπάνω συμπτώματα στο παιδί, τότε είναι απαραίτητη η επιπρόσθετη διερεύνησή του.

Η πρώιμη και έγκαιρη παρέμβαση είναι αποτέλεσμα της πρώιμης διάγνωσης σε μικρή ηλικία, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε καλύτερη επίδραση της θεραπείας, όπου γίνεται βελτίωση στην επίδοση του λόγου του και τη μείωση του οικογενειακού άγχους (Ε. Γκονέλα, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΔΙΑΧΥΤΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

2.1. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Στον αυτισμό υπάρχει μία σοβαρή και συνεχής μείωση σε τρεις βασικούς τομείς ανάπτυξης. Όταν επηρεάζονται και οι τρεις τομείς, που αναφέρονται παρακάτω, τότε τους ονομάζουμε «τριάδα της Lorna Wing». Η Lorna Wing κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70 ανακάλυψε, ότι ο συγκεκριμένος συνδυασμός των τριών συμπτωμάτων εμφανίζεται σε όλα τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με αυτισμό κατά την παιδική ηλικία. Αυτός ο συνδυασμός αποτελεί:

1. την κοινωνική αλληλεπίδραση
2. τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία
3. τον τρόπο συμπεριφοράς, αλλά και τα ενδιαφέροντα (Β. Μαυρέας κ.α., 1997).

2.1.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι διαταραχές εκδηλώνονται με διαφορετικούς τρόπους αν και δεν υπάρχει ξεκάθαρη διαχωριστική γραμμή μεταξύ τους. Θα μπορούσαμε όμως, να κάνουμε έναν υποτυπώδη διαχωρισμό σε τέσσερις διαφορετικούς τύπους, έτσι ώστε να τους περιγράψουμε ευκολότερα:

1. Τα αποτραβηγμένα παιδιά: ως γνωστό σε όλους το «γυάλινο κλουβί», στο οποίο τα παιδιά έχουν πλήρη αποστασιοποίηση. Είναι κοινωνικά αποτραβηγμένα και συμπεριφέρονται σα να μην υπάρχουν άλλοι άνθρωποι γύρω τους. Δεν ανταποκρίνονται στο κάλεσμα της μητέρας, αλλά ούτε και στο κάλεσμα του ονόματός τους. Το μόνο που κάνουν, είναι να ρίχνουν μία πλάγια ματιά που και που (Ε. Γκονέλα, 2006). Έχουν ανέκφραστα πρόσωπα, εκτός εάν βιώνουν κάποιο υπερβολικό συναίσθημα, όπως είναι η λύπη, ο θυμός, η χαρά. Μπορεί να αποσυρθούν και να αισθανθούν έντονο πόνο, ακόμη και με ένα άγγιγμα, ενώ στην

αγκαλιά δεν θα βάλουν τα χέρια τους γύρω από τους άλλους, για να ολοκληρωθεί η αγκαλιά. Εάν θέλουν να πιάσουν κάτι, αλλά δεν μπορούν, τότε αρπάζουν το πίσω μέρος του χεριού και όχι το μπράτσο, δίχως να κοιτάνε. Δε χρησιμοποιούν το χέρι του άλλου για να φτάσουν το αντικείμενο που επιθυμούν. Τέλος, αφού πάρει το επιθυμητό αντικείμενο παύουν να αγγίζουν. Δε δείχνουν ενδιαφέρον για το εάν κάποιος που βρίσκεται στον ίδιο χώρο πονάει ή εάν συμβαίνει κάτι γύρω του. Φαίνεται να ζουν εντελώς απορροφημένα με τις δικές τους δραστηριότητες.

Η εκδήλωση αυτής της κοινωνικής μειονεξίας γίνεται μόνο, όταν συγκριθούν με τους συνομήλικούς τους και παραμένει και στην ενήλικη ζωή. Τα παιδιά με αυτισμό πανικοβάλλονται από την παρουσία άλλων παιδιών και τα μόνα άτομα που αποδέχονται είναι από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Όμως και αυτό, γίνεται με μεγάλη δυσκολία.

2. Παθητικός: ασυνήθιστος τύπος μειονεξίας. Τα παιδιά ή οι ενήλικες αυτού του τύπου δεν είναι εντελώς αποκομμένοι από τους άλλους. Δέχονται τις κοινωνικές προσεγγίσεις, αλλά δεν απομακρύνονται και δεν παίρνουν πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση. Έχουν φτωχή βλεμματική επαφή, αλλά θέλουν υπενθύμιση για να κοιτάξουν τους άλλους στα μάτια. Γενικότερα όμως, αυτά τα άτομα έχουν τα λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς (L. Wing, 2000).
3. Ενεργητική: θα χαρακτηριζόταν και ως ιδιόρρυθμη ομάδα. Σε αυτά άτομα αρέσει να κάνουν παρέα με άλλους, να τους πλησιάζουν, να τους αγγίζουν και να τους ρωτάνε (Ε. Γκονέλα, 2006). Όμως, τα άτομα με αυτόν τον τύπο μειονεξίας, προσεγγίζουν τους άλλους ανθρώπους με έναν ιδιόρρυθμο τρόπο, ώστε να απαιτήσουν αυτό που θέλουν. Συγχρόνως, δεν κατανοούν τα συναισθήματα ή τις ανάγκες των ανθρώπων με τους οποίους μιλάνε, έχοντας φτωχή βλεμματική επαφή, αλλά για αρκετή ώρα και επίμονα με τους συνομιλητές τους. Οι τρόποι που προσεγγίζουν κάποιον, συμπεριλαμβάνουν το αγκάλιασμα και τη σωματική επαφή, ενώ εάν κάποιος δεν είναι προσεκτικός, μπορεί να γίνουν επιθετικά.
4. Ο τύπος της εξεζητημένης και τυπικής συμπεριφοράς: τα στοιχεία αυτής της συμπεριφοράς εκδηλώνονται στην εφηβεία, αλλά μπορεί να εμφανιστούν και στην ενήλικη ζωή του ατόμου. Το προφίλ αυτών των ανθρώπων περιλαμβάνει την τυπικότητα και την ευγένεια. Παράλληλα, το γλωσσικό τους επίπεδο είναι πολύ καλό. Επιπλέον, κάνουν μεγάλη προσπάθεια, έτσι ώστε να συνεργαστούν και να

συμπεριφερθούν καλά, καθώς επίσης και να τηρήσουν αυστηρά τους κανόνες συμπεριφοράς. Στην πραγματικότητα όμως, δεν κατανοούν αυτούς τους κανόνες και προσαρμόζονται με αρκετή δυσκολία κάνοντας πολλά λάθη. Ακόμη, αδυνατούν να κατανοήσουν τις σκέψεις και τα αισθήματα των άλλων, όσο κι αν προσπαθούν (L. Wing, 2000).

2.1.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η επικοινωνία των ανθρώπων με αυτισμό μπορεί να είναι δύσκολη και ο λόγος να επηρεάζεται. Η δυσκολία βρίσκεται στον τρόπο με τον οποίο επικοινωνεί, δηλαδή εάν υπάρχει λεκτική ή μη λεκτική επικοινωνία.

- Χρήση του λόγου: πολύ συνηθισμένες είναι οι διαταραχές στην ανάπτυξη του λόγου. Ο βαθμός σοβαρότητας ποικίλει: καθυστέρηση ή ιδιομορφία του λόγου, ανάλογα και με την ηλικία τους και τους συνομήλικούς τους. Η μίμηση φωνών και διάφορων ήχων βοηθάει μερικά παιδιά με αυτισμό στο να μιλήσουν, ενώ δεν θα τα κατάφερναν ποτέ. Όσον αφορά τη μίμηση, οι ήχοι που μπορεί να μιμηθούν τα παιδιά με αυτισμό είναι ήχοι κάποιων ζώων ή μηχανημάτων και σπανιότερα μεμονωμένων λέξεων ή ακόμα και φράσεων. Κάποια αλλά παιδιά αναπτύσσουν λόγο. Αρχίζουν όμως, πολύ αργότερα από τα φυσιολογικά επίπεδα ανάπτυξης. Επαναλαμβάνουν τις λέξεις που ακούν από τους άλλους και συνήθως, την τελευταία λέξη ή μικρή φράση των άλλων και μιμούνται με ακρίβεια τον τονισμό, ακόμη και την προφορά. Αυτή η επανάληψη της άχρωμης και ανούσιας ηχώ για τα παιδιά, την ονομάζουμε ηχολαλία. Η καθυστέρηση στην ηχολαλία αφορά λέξεις ή φράσεις, τις οποίες το παιδί έχει ακούσει στο παρελθόν και τις επαναλαμβάνει στο παρόν. Υπάρχουν περιπτώσεις που μπορεί να κάνουν σωστή χρήση των φράσεων, αλλά και όχι, δηλαδή, να χρησιμοποιήσουν κατάλληλα τις φράσεις που έχουν αποστηθεί, έτσι ώστε να ζητήσουν αυτό που θέλουν ή και να αντιστρέψουν τις αντωνυμίες, με αποτέλεσμα να μπερδέψουν τον συνομιλητή τους. Παρ' όλ' αυτά, πρέπει να αναφέρουμε πως, τα παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, κάνουν αρκετά καλή χρήση του λόγου του ομιλητή τον οποίον και μιμήθηκαν. Για

παράδειγμα, όταν το παιδί θέλει να ζητήσει ή να πει κάτι, τότε θα πει: «Θα φας φαγητό;» και όχι: «Θα φάω φαγητό». Αυτό συμβαίνει, γιατί, έτσι το έχει ακούσει τις περισσότερες φορές από τη μητέρα του. Κάποια από αυτά τα παιδιά θα ξεκινήσουν να λένε λέξεις και φράσεις, γιατί θα έχουν προχωρήσει από το στάδιο της ηχολαλίας, ενώ κάποια άλλα δεν θα το καταφέρουν ποτέ αυτό. Συχνά είναι τα γραμματικά και σημασιολογικά λάθη, ενώ οι αυθόρμητες φράσεις θα παραχθούν εν καιρώ, ξεκινώντας από την απλή ονομασία των αντικειμένων που επιθυμούν. Μία καλή παρομοίωση, που θα μπορούσαμε να κάνουμε για τα παιδιά με αυτισμό είναι αυτή, με τα παιδιά των πρώτων σχολικών χρόνων, που προσπαθούν να μάθουν παράλληλα και μία νέα ξένη γλώσσα, ενώ ακόμη δεν έχουν κατακτήσει την πρώτη γλώσσα. Παραλείπουν τελείως ή και χρησιμοποιούν λανθασμένα τις συνδετικές λέξεις (και, συν, μέσα, πριν, διότι). Επιπλέον, κάνουν λάθη σε δύο λέξεις που έχουν αντίθετη έννοια. Ιδιομορφίες της ομιλίας σαν κι αυτές, μπορούν να παραμείνουν έως και την ενήλικη ζωή. Υπάρχουν άλλα άτομα που βελτιώνουν το λόγο, το λεξιλόγιο και τη γραμματική τους. Ακόμη, υπάρχουν και περιπτώσεις παιδιών, χωρίς καθυστέρηση στο λόγο και κανονική ομιλία (όπως στο σύνδρομο Asperger) ή και με κανονικό λόγο, αλλά με μικρές δυσκολίες. Σε μερικά παιδιά αρέσουν τα λεξικά και οι εγκυκλοπαίδειες και αυτό γίνεται φανερό από την ομιλία τους.

- Κατανόηση του λόγου: Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στο επίπεδο της κατανόησης στα άτομα με αυτισμό. Ίσως κάποια παιδιά ή ακόμη και ενήλικες, να μην κατανοούν το λόγο, με αποτέλεσμα όταν τους μιλούν να μην ανταποκρίνονται. Άλλα παιδιά, δίνουν την εντύπωση πως καταλαβαίνουν περισσότερα απ' όσα νομίζουμε, αλλά στην πραγματικότητα δεν ισχύει κάτι τέτοιο, καθώς αυτό συμβαίνει, γιατί κάνουν χρήση της βλεμματικής επαφής. Ο μέσο όρος έχει κάποια υποτυπώδη αντίληψη και αυτό μπορεί να βασίζεται στην ονομασία γνωστών αντικειμένων ή και στην ανταπόκριση απλών οδηγιών, όπου το νόημα δημιουργείται από τα συμφραζόμενα. Για παράδειγμα, μπορούμε να πούμε «δώσε μου το φλυτζάνι σου» και αυτό να δώσει ένα οποιοδήποτε ποτήρι και όχι το φλυτζάνι.

Αυτό που προκαλεί σύγχυση είναι η έλλειψη ελαστικότητας στην οποία και βασίζεται το προηγούμενο παράδειγμα, δηλαδή την ύπαρξη διπλής έννοιας των λέξεων ή

όταν ένα αντικείμενο έχει δύο ή περισσότερα ονόματα. Επιπλέον, μία ακόμη δυσκολία συναντάται, όταν οι λέξεις ακούγονται το ίδιο αλλά έχουν διαφορετική σημασία π.χ. «σήκω (πάνω)» - «σύκο (το φρούτο)». Κάποιες άλλες φορές, μπορεί να ανταποκριθούν σε μία ή δύο λέξεις από όλη την πρόταση και να παρερμηνεύουν τα λόγια του συνομιλητή τους. Για παράδειγμα, εάν τους πει κάποιος να φέρουν τα παπούτσια, που είναι κάτω από την καρέκλα, τότε αυτά μπορεί να φέρουν την καρέκλα.

Σημαντικό χαρακτηριστικό των ΔΑΔ είναι η ερμηνεία τις κυριολεξίας. Συνεπώς είναι απαραίτητο, να προσέχει κανείς όταν κάνει χρήση των μεταφορικών εννοιών, γιατί τα παιδιά αυτά μπορεί να τις ερμηνεύσουν μόνο κυριολεκτικά και να οδηγηθούν σε αναστάτωση και ματαίωση, ακόμη και σε θυμό. Επιπλέον, αντιδρούν άσχημα στα προφορικά πειράγματα και δεν κατανοούν τα αστεία που βασίζονται σε λεκτικές διαφορούμενες εκφράσεις. Τέλος, τα πιο ικανά άτομα με ΔΑΔ που μπορούν να κατανοούν μεγάλες και δυσνόητες λέξεις, ενδέχεται να δυσκολεύονται στο απλό καθημερινό λεξιλόγιο.

- Τονισμός και έλεγχος της φωνής: τα άτομα με ΔΑΔ έχουν ιδιαίτερο τονισμό στην ομιλία τους. Μπορεί να είναι μονότονος, ακατάληπτος, χωρίς χρωματισμούς στη φωνή, χαρακτηρίζοντάς την ρομποτική. Ακόμη, δυσκολεύονται να ελέγξουν την ένταση της φωνής τους, η οποία είναι συνήθως πολύ δυνατή. Οι έκδηλες αυτές συμπεριφορές εμφανίζονται κυρίως στον αυθόρμητο λόγο και όχι τόσο στο λόγο που χαρακτηρίζεται από ηχολαλίες. Κάποιες φορές, τα παιδιά χρησιμοποιούν μία «χαρακτηριστική φωνή», όχι όμως τη συνηθισμένη και αυτό συμβαίνει, γιατί μιμούνται έναν ήχο, με τον τρόπο που τον έχουν ακούσει.
- Η χρήση και η κατανόηση της μη λεκτικής επικοινωνίας: κατά τη διάρκεια της ομιλίας μας η χρήση των χειρονομιών, οι κινήσεις του σώματος, ακόμα και οι εκφράσεις του προσώπου είναι μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια. Αντίθετα, τα άτομα με αυτισμό δεν κάνουν χρήση των μεθόδων εναλλακτικής επικοινωνίας. Τα παιδιά με αυτισμό, πριν αναπτύξουν το λόγο τους δείχνουν τις ανάγκες τους με διαφορετικούς τρόπους, όπως το να αρπάζουν κάποιον από το χέρι, να τον καθοδηγούν στο σημείο που βρίσκεται το αντικείμενο και να βάζουν το χέρι του άλλου σ' εκείνο το σημείο που πρέπει, ώστε να πάρουν το αντικείμενο που επιθυμούν, χωρίς όμως να το αγγίζουν τα ίδια. Ένα μειονέκτημα των παιδιών με

αυτισμό είναι πως το στάδιο του δειξίματος αργεί να επέλθει και όταν αυτό συμβεί, αρχίζει να δείχνει με ολόκληρο το χέρι και όχι με το δάχτυλο. Όσο πιο σύντομες οι ενέργειες, τόσο πιο γρήγορη η προσπάθεια στο να δείξουν τις ανάγκες τους μέσω της μίμησης των κινήσεων. Άλλα παιδιά αναπτύσσουν χειρονομίες, όπως για παράδειγμα το κούνημα του κεφαλιού προς τα κάτω για το «ναι» και προς τα πάνω για το «όχι», ενώ οι πιο δύσκολες χειρονομίες είναι και πιο σπάνιες. Κάποιοι ενήλικες μπορούν να φτάνουν σε επίπεδο να κινούν τα χέρια τους ελεύθερα όταν μιλούν, αλλά οι κινήσεις αυτές δε συμπίπτουν με το λόγο τους εκείνη την στιγμή. Το Makaton είναι συνήθως ένα από τα εναλλακτικά συστήματα επικοινωνίας με κινήσεις. Κάποιες φορές τα παιδιά με αυτισμό καταφέρνουν να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά αυτή τη μέθοδο επικοινωνίας και όσο τα χρόνια περνούν, αρχίζουν να καταλαβαίνουν τις απλές χειρονομίες και εκφράσεις (L. Wing, 2000).

2.1.3 Ο ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ

Ελλείμματα στη φαντασία του παιδιού με ΔΔΔ

Αρκετά από τα παιδιά με αυτισμό δεν χρησιμοποιούν τη φαντασία σε δραστηριότητες, αλλά και στο προσποιητό παιχνίδι, σε αντίθεση με τους συνομήλικούς τους.

Το συμβολικό παιχνίδι μπορεί να είναι ανύπαρκτο για κάποια παιδιά, ενώ τα παιχνίδια τα χρησιμοποιούν μόνο ως αντικείμενα και για τα αισθητηριακά τους ερεθίσματα. Άλλα, μπορεί να τα χρησιμοποιούν για τον σκοπό που είναι φτιαγμένα. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να παίζει με την σκούπα και το παιχνίδι του να είναι το σκούπισμα (με την κυριολεκτική έννοια). Μπορούν να εκτελέσουν αρκετά δύσκολα και πολύπλοκα παιχνίδια αυτού του είδους, αλλά δεν κατανοούν καθόλου τις φανταστικές ιστορίες. Τα πιο ικανά παιδιά έχουν τη δυνατότητα να δραματοποιούν μία σειρά από αυτά τα γεγονότα, αλλά στην ουσία δεν τα έχουν επινοήσει τα ίδια. Γι' αυτό, το παιδί ακολουθεί μόνο την ίδια σειρά συνεχόμενα, χωρίς να υπάρχει καμία άλλη αλλαγή.

Ένα μεγάλο ποσοστό αυτών των παιδιών δε θέλουν να παίξουν με τους συνομήλικούς τους, αλλά ακόμη και αν αυτό γίνει, τότε θέλουν οι συνομήλικοι να

ΘΩΜΑΙΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

συμμετέχουν στις ίδιες επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες. Επιπλέον, δεν μπορούν να μετέχουν στα παιχνίδια φαντασίας των άλλων παιδιών, αλλά ακόμη και αν το κάνουν, δεν γνωρίζουν τον τρόπο. Επιπρόσθετα, ενδέχεται να υποδύονται πιστά κάποιον χαρακτήρα που έχουν δει στην τηλεόραση, με επαναλαμβανόμενες πράξεις και χωρίς καμία ευρηματικότητα, ώστε να βιώσουν τον χαρακτήρα. Τέλος, αυτά τα παιδιά δεν έχουν την ευχαρίστηση της δημιουργικής φαντασίας, ούτε στην παιδική ηλικία, αλλά ούτε και στην ενήλικη ζωή (L. Wing, 2000).

Το Δείξιμο

Ακόμη ένα χαρακτηριστικό της επικοινωνίας, στο οποίο μειονεκτεί το παιδί με αυτισμό, είναι το δείξιμο και η εκπαίδευση αυτού είναι απαραίτητη. Το παιδί πρέπει να εκπαιδευτεί και να ανταποκρίνεται στην εντολή «δείξε μου» από τους εκπαιδευτές, τους γονείς και τους κηδεμόνες του.

Η διδασκαλία του δειξίματος αποτελείται από τα παρακάτω βήματα:

1. Στην αρχή, γίνεται η αναγνώριση του δείκτη ως ξεχωριστό δάχτυλο του χεριού, το οποίο και χρησιμοποιούμε για να δείξουμε.
2. Στη συνέχεια, πραγματοποιείται η ενασχόληση με το δείξιμο της επαφής, μέσω του αγγίγματος του αντικειμένου, αλλά και το δείξιμο από απόσταση.
3. Έπειτα, αφήνουμε το παιδί να διαλέξει ανάμεσα σε δύο αντικείμενα, ώστε να πραγματοποιηθεί το δείξιμο της επιλογής του.
4. Στο τέλος, γίνεται η αυτοματοποίηση και η εκτέλεση του δειξίματος.

Σημαντικό είναι, το δείξιμο να συνοδεύεται και με τη βλεμματική επαφή. Τα παιδιά με αυτισμό πρέπει να κάνουν χρήση της δεξιότητας αυτής, έτσι ώστε να μπορούν εύκολα να κατανοήσουν τη γλώσσα του σώματος, να δείξουν αυτό που επιθυμούν και να εμπλουτίσουν το λεξιλόγιό τους (Ε. Γκονέλα, 2006).

2.2. ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝΑΣΜΟΙ ΣΤΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Στο παρακάτω κομμάτι, παρουσιάζονται αναλυτικότερα η ερμηνεία των ελλείψεων στους βασικότερους τομείς της ανάπτυξης (Gillberg, 2011):

Προσοχή

Στην προσοχή βρίσκεται:

- Η βλεμματική επαφή
- Η διάσπαση της προσοχής
- Η ελάχιστη ή υπερβολική ενασχόληση με ορισμένα αντικείμενα
- Η εκδήλωση ανησυχίας (Α. Γενά, 2002).

Προφορικός λόγος

Στην κατηγορία του προφορικού λόγου συμπεριλαμβάνονται:

- Η ηχολαλία
- Η ακατάληπτη άρθρωση
- Οι ακατάληπτοι κυματισμοί της φωνής
- Η ακατάληπτη ένταση της φωνής
- Ο ασυνάρτητος λόγος
- Οι επαναλήψεις στο λόγο (Α. Γενά, 2002).

Κοινωνικές και συναισθηματικές εκδηλώσεις

Οι εκδηλώσεις αυτές μπορεί να είναι:

- Η αποφυγή ή άρνηση στην επαφή, είτε αυτή είναι σωματική, είτε κοινωνική.
- Η έλλειψη γενικού ενδιαφέροντος προς τους ανθρώπους, αλλά και προς τους συνομήλικούς τους.
- Η απώλεια πρωτοβουλίας.
- Η μη ύπαρξη της ανταπόκρισης στις κοινωνικές συναλλαγές.

- Η λανθάνουσα αντίδραση σε ερεθίσματα φόβου, αλλά και σε μη - φοβικά ερεθίσματα με υπερβολικές αντιδράσεις.
- Η αλλόκοτη συμπεριφορά στον αποχαιρετισμό της μητέρας.
- Η σοβαρή έλλειψη ενσυναίσθησης.
- Η απάθεια ή υπερβολική αντίδραση συναισθηματικών εκφράσεων σε σχέση με το περιβάλλον (Α. Γενά, 2002).

Παιχνίδι

Στο παιχνίδι θα συναντήσουμε:

- Την ιδιόρρυθμη χρήση των παιχνιδιών (τα οποία μπορεί να είναι από μία κορδέλα, μέχρι και ένα κουτάλι σούπας).
- Την αποχή από το συμβολικό παιχνίδι και τους συνομήλικούς τους.
- Το υπερβολικό δέσιμο με συγκεκριμένα αντικείμενα.
- Το μικρό ενδιαφέρον στην ποικιλία παιχνιδιών (Α. Γενά, 2002).

Αισθητηριακή επεξεργασία

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει ό,τι αφορά τις αισθήσεις, δηλαδή:

- Το ιδιόρρυθμο και απλανές βλέμμα.
- Την έντονη αντίδραση σε συνεχείς και «λευκούς» ήχους της καθημερινότητας όπως είναι το πιστολάκι μαλλιών, ενώ υπερβολική αδιαφορία υπάρχει σε διάφορους εντόνους ήχους, όπως ένας κρότος.
- Τη λανθασμένη αντίδραση και στα απτικά ερεθίσματα, για παράδειγμα το απλό χάδι μπορεί να είναι υπερβολικά επώδυνο.
- Την ιδιαίτερη ευαισθησία σε ορισμένες γεύσεις και οσμές.

Υπάρχει επιλεκτική προσοχή σε ορισμένα χαρακτηριστικά των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος ή ακόμη και υπερεπιλεκτικότητα, δηλαδή η εστίαση της προσοχής σε μεμονωμένα χαρακτηριστικά των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος, όπως το χρώμα το σχήμα ή υφή. Όλο αυτό έχει ως αποτέλεσμα στο να μην τα επεξεργάζεται σφαιρικά, αλλά μεμονωμένα και αποσπασματικά. Ένα παράδειγμα που θα μπορούσαμε να παραθέσουμε είναι, όταν το παιδί με αυτισμό δει ένα πρόσωπο σε μία συγκεκριμένη φωτογραφία και το

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

αναγνωρίσει, αυτό θα μπορεί να το κάνει μόνο στη συγκεκριμένη φωτογραφία. Ακόμη και αν δει, το ίδιο πρόσωπο σε κάποια άλλη φωτογραφία, δε θα έχει τη δυνατότητα να το αναγνωρίσει (Α. Γενά, 2002).

Γνωστικές λειτουργίες

Υπάρχουν κάποιες ιδιαιτερότητες σε ό,τι αφορά τα νοητικά επίπεδα του παιδιού με αυτισμό, σε σχέση με τα φυσιολογικά παιδιά. Ακόμη, εμφανίζει αστάθεια στη μάθηση και παρουσιάζει παλινδρομήσεις στο μαθησιακό κομμάτι. Επιπλέον, σημειώνει χάσμα στους γνωσιακούς και αναπτυξιακούς τομείς (Α. Γενά, 2002).

Η ερμηνεία του πλεονασμού στους βασικότερους τομείς της ανάπτυξης στα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι:

Διασπαστική συμπεριφορά

Μπορεί να υπάρχουν διάφορες εναλλαγές στη συμπεριφορά και τα συναισθήματα των ατόμων με αυτισμό, όπως είναι οι κρίσεις θυμού. Η ανυπακοή σε συνδυασμό με την επιθετικότητα μπορεί να δυσκολέψει την κατάσταση. Επιπλέον, είναι πιθανός ο αυτοτραυματισμός του ατόμου (Α. Γενά, 2002).

Στερεοτυπικές αντιδράσεις

Είναι απαραίτητο να αναφερθούν οι επίμονες αντιδράσεις που παρατηρούνται στα παιδιά με αυτισμό. Ας αναφέρουμε κάποιες απ' αυτές:

- Η όρασή τους (οπτικά ερεθίσματα) μπορεί να είναι σα να βλέπει με μισόκλειστα μάτια.
- Η ομιλία τους ενδέχεται να είναι πολλές μικρές ή μεγάλες φράσεις κατ' εξακολούθηση ή ακόμα ασυνάρτητοι και μεμονωμένοι ήχοι.
- Η όσφρησή τους συνήθως είναι έντονη και επίμονη ως προς τα αντικείμενα και τους ανθρώπους.

- Όσον αφορά τη γεύση και τη μάσηση μπορούν να κρατούν το βλωμό στο στόμα για πολλές ώρες, δίχως να τον καταπίνουν, ακόμη και για να διατηρήσουν τη γεύση.
- Τα άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές μπορούν να τρίβουν τα δάχτυλα μεταξύ τους (αφή) για πολύ ώρα.
- Η κίνηση μπορεί να είναι μεγάλη από το κούνημα των δακτύλων έως και ολόκληρο το πόδι ή χέρι, με μεγάλης διαρκείας σφίξιμο των μυών.
- Οι τελετουργίες, δηλαδή η τοποθέτηση αντικειμένων στη σειρά και η δημιουργία μίας ευθείας ή ενός κύκλου, μπορεί να διαρκέσει πολύ ώρα (Α. Γενά, 2002).

Ιδιαίτερες ικανότητες

Οι ιδιαιτερότητες του παιδιού με αυτισμό μπορεί να είναι η ικανότητα στην απομνημόνευση και η παπαγαλία. Επιπλέον, παρουσιάζει ιδιαίτερη δεξιότητα σε πάζλ, παιχνίδια με περίπλοκους μηχανισμούς και αριθμούς και υπερλεξία (Α. Γενά, 2002).

2.3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΑ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ - ΗΛΙΚΙΑΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

2.3.1 ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Παρακάτω αναφέρονται τα συμπτώματα που δύσκολο κανείς θα εντοπίσει σε αυτό το ηλικιακό στάδιο:

- Η έλλειψη της βλεμματικής επαφής.
- Οι δυσκολίες στην κινητική ανάπτυξη.
- Η μείωση χειρονομιών.
- Η έλλειψη δειξίματος.
- Η διαταραχή στον νυχτερινό ύπνο.
- Η διαταραχή στην θρέψη.
- Η έλλειψη των φωνητικών εκπομπών.
- Ένα υπερβολικά ήρεμο βρέφος ή και το αντίθετο.
- Η αμέλεια προς τους ήχους, μοιάζει με κωφό.

- Η μη ύπαρξη ηρεμίας στην αγκαλιά της μητέρας του (A. Beucher et al., 2000).

Αν οι γονείς παρατηρήσουν οποιαδήποτε από τα παραπάνω χαρακτηριστικά στην βρεφική του συμπεριφορά πρέπει να επισκεφτούν κάποιον ειδικό και να μη διστάσουν.

2.3.2 ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Στο στάδιο αυτό, αρκετά δύσκολη είναι η ανίχνευση των συμπτωμάτων, καθώς μονάχα αν υπάρχει κάποιο επιβαρυνμένο ιστορικό, οι γονείς παρατηρούνε αυτά τα σημάδια.

Τα ιδιαίτερα σημαντικά χαρακτηριστικά που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία δημιουργούν μία πιο αποκλίνουσα συμπεριφορά από τα φυσιολογικά πλαίσια, δίνοντας την υποψία των χαρακτηριστικών του αυτισμού. Η εμφάνιση αυτών των στοιχείων γίνεται σε αρκετά μικρή ηλικία, κάποια από τα οποία μπορεί να είναι η αποφυγή της βλεμματικής επαφής, η φτωχή προσοχή, ο πανικός και οι καταστάσεις που προκαλούν σύγχυση, αλλά και η γενική καθυστέρηση σε όλους τους κοινωνικούς τομείς. Λίγο νωρίτερα δίνει σημεία πρώιμης ανάπτυξης, όπου μπορούν να μας μπερδέψουν με άλλες διαταραχές, όπως με τις συμπεριφορές των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (τα οποία έχουν το ίδιο ηλικιακό επίπεδο, αλλά μπορεί και νοητικό). Αυτά τα χαρακτηριστικά μας υποκινούν ως προς το ότι, μπορεί να αναφερόμαστε σε κάποιο σύνδρομο των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών όπως το σύνδρομο Asperger κι όχι μόνο σε ξεκάθαρο αυτισμό (C. Gillberg, 2011).

Στα δύο έτη της ζωής του

Στα δύο χρόνια της ζωής δεν έχουμε ικανά συμπτώματα, που μπορούν να μας προειδοποιήσουν για το αν υπάρχουν κάποια ειδικά ή γενικά στοιχεία ή ακόμη και κάποιο κλινικό γονίδιο σχετικά με την πιθανή εκδήλωση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών. Επίσης, δεν είναι σχετικά γνωστά τα πρώιμα συμπτώματα της διαταραχής σε αυτήν την τόσο μικρή ηλικία. Κάποια όμως, βασικά και κλασικά συμπτώματα μπορεί να γίνονται εμφανή από πολύ νωρίς, αλλά δεν είναι εύκολο να διαπιστωθούν σε τόσο πρώιμο στάδιο ανάπτυξης ειδικά εάν ο αυτισμός ή το σύνδρομο είναι χαμηλής λειτουργικότητας.

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

Ακόμη και αν η λειτουργικότητα είναι μέση ή υψηλή, πάλι είναι πολύ δύσκολη η παρατήρηση κάποιας αποκλίνουσας συμπεριφοράς από τα φυσιολογικά πλαίσια. Κάποιες από τις ενδείξεις που μπορεί να μας δημιουργήσουν υποψίες είναι μία νευροαναπτυξιακή ή νευροψυχιατρική διαταραχή (C. Gillberg, 2011).

Μη ειδικά συμπτώματα

Κάποια από τα άτυπα συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει είναι: οι ανωμαλίες στη δομή του ύπνου, η φτωχή προσοχή και συγκεκριμένα, η έλλειψη ακουστικής προσοχής, η υπερδραστηριότητα ή η εξαιρετικά παθητική στάση. Ένα από τα πιο ισχυρά άτυπα στοιχεία μπορεί να είναι το έντονο και επίμονο βλέμμα, που προσκολλάται σε αρκετά μικρές λεπτομέρειες και μας καθοδηγεί στην υποψία για ύπαρξη αυτισμού. Ίσως ένα ακόμη σύμπτωμα μπορεί να είναι το βάδισμα σε ηλικία 10 - 14 μηνών.

Κάποια από αυτά τα παιδιά περιγράφονται από τους γονείς και τον περίγυρό τους ως ασυνήθιστα ήσυχα, καλά, εύκολα με μία ελαφριά καθυστέρηση στην κλινική τους ανάπτυξη, όμως μας δίνει καλά στοιχεία για την γλωσσική του ανάπτυξη, τη φωνολογία και τις δεξιότητες της μίμησης. Δίνουν την εικόνα ενός μοναχικού παιδιού, χωρίς να το ενδιαφέρει εάν οι άλλοι άνθρωποι θέτουν απαίτηση για προσοχή. Κουράζονται πολύ εύκολα, παρηγορούνται δύσκολα και μοιάζουν να πονούν. Επιπλέον, εμφανίζουν προβλήματα στον ύπνο (C. Gillberg, 2011).

Κλασικά συμπτώματα αυτισμού

Κάποια κλασικά πρώιμα συμπτώματα αυτισμού, τα συναντάμε ορισμένες φορές σε παιδιά που αργότερα θα πληρούν τις προϋποθέσεις και τα διαγνωστικά κριτήρια για το σύνδρομο Asperger και πρόκειται για ασυνήθιστες αντιδράσεις στον τομέα των αισθητηριακών ερεθισμάτων (βλέμμα καρφωμένο, λιγότερο ζωντανό αλλά απλανές και όψη γέρικη και σοφή) (C. Gillberg, 2011).

Κατά τον 3^ο - 5^ο χρόνο της ζωής του

Η πρώτη ανίχνευση του αυτισμού γίνεται στα πρώτα προσχολικά χρόνια του ατόμου με βάση την αλληλεπίδραση του παιδιού σε σχέση με τους συνομιλητές του.

Οι γονείς που ανησυχούν σε αυτά τα σημαντικά στάδια ανάπτυξης καθησυχάζονται λανθασμένα από τους ειδικούς ή και τα συγγενικά πρόσωπα. Μία άλλη δυσκολία που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι γονείς είναι η ελλιπής ενημέρωση από τους ειδικούς σε σχέση με τις ΔΑΔ, με αποτέλεσμα να κινδυνεύουν από λάθος διάγνωση (C. Gillberg, 2011).

2.3.3 ΠΡΩΤΑ ΣΧΟΛΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ

Αρκετά παιδιά ξεκινούν το σχολείο, χωρίς όμως να υπογράψει κανείς κάτι και να σκεφτεί πόσο σοβαρά μπορεί να είναι ή να γίνουν τα πράγματα. Απ' την ηλικία των έξι και μέχρι την προ-εφηβεία, τα συμπτώματα και η κλινική εικόνα είναι σε πολύ έντονο βαθμό. Κατά τα πρώτα χρόνια της σχολικής ηλικίας εμφανίζονται κάποια χαρακτηριστικά τα οποία και προϋδεάζουν τις ΔΑΔ:

- Τα στενά πρότυπα ενδιαφερόντων.
- Οι επαναλαμβανόμενες σκέψεις.
- Οι επαναλαμβανόμενες πράξεις.
- Οι επαναλαμβανόμενες τελετουργίες.
- Η εξάρτηση από τη ρουτίνα.
- Τα σοβαρά προβλήματα στην επικοινωνία.
- Οι δυσκολίες στον κινητικό έλεγχο.
- Η γενική όχι και τόσο καλή κλινική εικόνα (C. Gillberg, 2011).

2.3.4 ΕΦΗΒΕΙΑ

Πιο δύσκολη είναι η αναγνώριση, αλλά και η διάγνωση κατά τα εφηβικά χρόνια. Δεν είναι καθόλου ασυνήθιστο όμως τα χαρακτηριστικά να εκδηλώνονται στην

καθημερινότητά τους: στην προσωπική υγιεινή, στο ντύσιμο, στον ύπνο και τη διατροφή, στις σχολικές δραστηριότητες και στις εργασίες που δίνονται για το σπίτι. Επιπλέον, συνηθισμένο φαινόμενο είναι η κρίση ταυτότητας και η ευερεθιστότητα στα συναισθήματα με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται στοιχεία κατάθλιψης.

Ένα μεγάλο ποσοστό από τα άτομα που διανύουν την εφηβική ηλικία έχει σοβαρές δυσκολίες με την υγιεινή. Αρνούνται να πλύνουν το πρόσωπό τους, να λούσουν τα μαλλιά τους. Η αντίδραση είναι μεγάλη, με κύρια παράπονα που αφορούν την άσχημη αίσθηση του νερού, που έρχεται σε επαφή με το σώμα τους, την έντονη μυρωδιά από το σαπούνι ή το σαμπουάν. Η οικογένεια το μόνο που μπορεί να κάνει από ένα σημείο και μετά είναι να αποδέχεται την άποψη του εφήβου και να αρκείται στο τοπικό και όχι στο γενικό μπάνιο 1-2 φορές την εβδομάδα ή ακόμη και σπανιότερα, σε κάποιες εξατομικευμένες περιπτώσεις.

Ακόμη ένα μεγάλο και εξαιρετικά σοβαρό θέμα είναι το πλύσιμο των δοντιών. Οι έφηβοι αισθάνονται, πως όταν βουρτσίζουν το δόντι τους είναι σαν να βουρτσίζουν τις ρίζες των δοντιών τους, ένα καθόλου ευχάριστο συναίσθημα γι' αυτούς. Επιπλέον, φοβούνται να επισκεφθούν τον οδοντίατρο, γιατί θεωρούν ότι θα τους προξενήσει πολύ δυνατό πόνο. Παράλληλα, κάτι που τους προκαλεί απειλή είναι το κόψιμο των μαλλιών και των νυχιών.

Σε έναν έφηβο με ΔΑΔ θα είναι αρκετά δυσάρεστο, όταν δει τα συρτάρια του γραφείου και γενικά την ακαταστασία και το χάος στο δωμάτιό του, γιατί θα τον εμποδίσει στην πραγμάτωση μίας οποιασδήποτε δραστηριότητας.

Οι επιδόσεις τους στο σχολείο δεν είναι και τόσο καλές, καταλογίζοντας όλες τις ευθύνες στους εκπαιδευτές και τους δασκάλους και όχι στους ίδιους. Μία διαφοροποίηση ανάμεσα στα κορίτσια και τα αγόρια, στα αδιάγνωστα άτομα, είναι η δημιουργία νευρικής ανορεξίας σε μεγαλύτερα ποσοστά στα κορίτσια. Αυτά τα προβλήματα δυσκολεύουν την αναγνώριση της αυτιστικής διαταραχής και την συνδέουν με τη νευρική ανορεξία (C. Gillberg, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΩΝ **ΔΙΑΧΥΤΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

3.1. ΑΙΤΙΑ

«Τι προκαλεί τον αυτισμό;». Αυτό το ερώτημα είναι το πιο συχνό, που τίθεται από όλους όσους ασχολούνται με αυτήν τη γεμάτη αινίγματα διαταραχή (U. Frith, 1999).

Μέχρι και στις μέρες μας, τα αίτια του αυτισμού είναι στην ουσία άγνωστα. Οι ερευνητές κατέστησαν γνωστές, διάφορες θεωρίες, που κάθε μία ενοχοποιεί διαφορετικούς παράγοντες για τη δημιουργία της διαταραχής του αυτισμού (Σ. Σταμάτης, 1987). Παρόλα αυτά, είναι γενικά αποδεκτό ότι ο αυτισμός είναι μία διαταραχή με οργανική αιτιολογία και αποδίδεται σε ποικίλους παράγοντες (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

Ο αυτισμός μπορεί να περιγραφεί καλύτερα σαν ένα σύνθετο σύνολο υποσυνδρόμων, που εκδηλώνει σοβαρά προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις και τις αναπτυξιακές ασυγχρονίες (Κ. Quill, 2005). Είναι βέβαιο ότι, μπορούμε να αποκλείσουμε τις παρακάτω αιτιολογίες, λόγω αβάσιμων υποθέσεων, όπως είναι: οι μολύνσεις από το μύκητα γένους «candida» σε τυχαία περιστατικά που συμπίπτουν με τους εμβολιασμούς των παιδιών και την εμφάνιση των συμπτωμάτων του αυτισμού (Ε. Καλύβα, 2005). Ακόμα, ξέρουμε ότι δεν μπορούμε να δούμε ως αιτιολογικούς παράγοντες για τον αυτισμό, τη σχέση πατέρας - παιδιού, μητέρας - παιδιού ή γονέων μεταξύ τους. Ωστόσο καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική για την μετέπειτα πορεία του παιδιού αυτές οι σχέσεις, καθώς και η σχέση με τα υπόλοιπα οικογενειακά μέλη, κάτι που ισχύει καθολικά για όλα τα παιδιά του κόσμου (Σ. Νότας, 2005).

Παρόλο που η ακριβής αιτιολογία δεν έχει ανακαλυφθεί, τα τελευταία δέκα χρόνια έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στα ευρήματα της επιστήμης (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006). Οι τομείς της έρευνας για την αιτιολογία του αυτισμού περιλαμβάνουν :

1. Γενετική προδιάθεση και γενετικούς παράγοντες
2. Ανωμαλίες στη δομή του εγκεφάλου

3. Ελλείψεις σε ένζυμα
4. Ελλείψεις σε βιταμίνες ή/και μέταλλα
5. Ανοσοποιήσεις, εμβόλια
6. Ουσίες που είναι υπεύθυνες για μολύνσεις
7. Μολύνσεις του αυτιού
8. Ιογενείς μολύνσεις
9. Περιβαλλοντικοί παράγοντες
10. Αλλεργίες από την τροφή
11. Αφρώδεις μολύνσεις
12. Αντιβιώσεις

Οι έρευνες δεν περιορίζονται όμως μόνο σε αυτές, αλλά σε μεγάλο βαθμό επικεντρώνονται στη γενετική βάση (Σ. Νότας, 2006).

3.1.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΜΥΘΟΣ

Η ψυχογενής θεωρία ώθησε τους γονείς να εμπλακούν στην αιτιολογία του αυτισμού. Το αποτέλεσμα αυτής της θεωρίας, η οποία προωθήθηκε έντονα από τους ειδικούς και τους επαγγελματίες ήταν η πικρία, ο θυμός, η απελπισία και η ενοχή εκ μέρους των γονέων. Εντούτοις, όταν η συγκεκριμένη θεωρία υποβλήθηκε σε κριτική, οι υποστηρικτές της απέτυχαν να την υπερασπιστούν. Τελικά η θεωρία αυτή, που ήταν δημοφιλής από το 1940 έως το 1960, απέτυχε να στηριχτεί σε εμπειρικές μελέτες και σήμερα έχει λίγους υποστηρικτές (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011).

Την ιδέα αυτή υιοθέτησε πρώτος ο Kanner, ο οποίος πίστεψε ότι διέκρινε κάποια στοιχεία του αυτισμού στους γονείς των παιδιών που ο ίδιος παρακολουθούσε (F. Harpe, 2003). Περιέγραψε τους γονείς αυτούς ως ψυχρούς, απόμακρους και εγκεφαλικούς, που απεχθάνονταν την επιπολαιότητα. Ήταν άνθρωποι με εμμονές, κλειστοί κοινωνικά, σοβαροί και συναισθηματικά αδιάφοροι. Επίσης, περιγράφονταν, ως αποτυχημένοι να δείξουν ζεστασιά και αγάπη στην αλληλεπίδρασή τους με τα παιδιά, καθώς και καταναγκαστικοί, σε σημείο μηχανιστικό στην ανατροφή των παιδιών τους. Μέσα σε ένα

τέτοιο κοινωνικό περιβάλλον, δε θα μπορούσε να ευδοκιμήσει μία κανονική σχέση γονέα - παιδιού.

Με δεδομένο ότι θεωρείται εξαιρετικά σημαντική η πολύ πρώιμη σχέση για τη μετέπειτα λειτουργία και ανάπτυξη του παιδιού σε ένα ευρύ φάσμα περιοχών, δεν εκπλήσσεται κανείς, ότι η σχέση αυτή θεωρήθηκε ως αιτία για τα συμπτώματα του αυτισμού. Παρόλα αυτά, ο ίδιος ο Kanner δε θεώρησε αποκλειστικά τους γονείς υπαίτιους για τη διαταραχή (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011). Αρχικά, είχε αποδώσει τα χαρακτηριστικά του αυτισμού ως σημεία μίας γενετικής σύστασης, (F. Happe, 2003).

Προσδιόρισε την αιτιολογία ως πιθανό αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μίας γενετικής προδιάθεσης, βιολογικά προσδιορισμένης, η οποία συνδέθηκε με την ύπαρξη δυσμενών κοινωνικών παραγόντων, παρεχόμενων από τους γονείς (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011). Τελικά, αυτή η πρώιμη αντίληψη αποδείχθηκε σωστή, ενώ οι ψυχογενείς ερμηνείες του αυτισμού δεν μπόρεσαν να επιβεβαιωθούν και να στηριχθούν (F. Happe, 2003).

Ψυχαναλυτές και ψυχίατροι δυστυχώς εξακολουθούσαν να εμπλέκουν τους γονείς στην αιτιολογία του αυτισμού. Βασίστηκαν στην περιγραφή του Kanner σχετικά με την προσωπικότητα των γονέων και τη συσχέτισαν άμεσα με την εμφάνιση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών στα παιδιά τους. Ως επακόλουθο, διάφορες θεωρίες προέκυψαν με αυτόν τον τρόπο, οι οποίες συσχέτιζαν τον αυτισμό με το περιβάλλον της οικογένειας.

Ο βασικός υποστηρικτής της ψυχογενούς θεωρίας ήταν ο Βιεννέζος ψυχαναλυτής Bruno Bettelheim, ο οποίος θεώρησε εξολοκλήρου, υπαίτιους τους γονείς ως αιτία της αυτιστικής διαταραχής (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011).

Ο Bettelheim χρησιμοποίησε τον όρο «ψυχρή μητέρα» (F. Happe, 2003) επηρεασμένος από τον όρο που χρησιμοποίησε ο Kanner «μητέρες ψυγεία» (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011), η ιδέα δηλαδή, ότι τα παιδιά αποκτούν αυτισμό ως συνέπεια μίας απροσάρμοστης αντίδρασης σ' ένα περιβάλλον γεμάτο φόβο και χωρίς στοργή (F. Happe, 2003).

Πιο συγκεκριμένα, υποστήριζε ότι επειδή οι γονείς αδυνατούσαν να δεθούν συναισθηματικά με το παιδί τους, εκείνο παρέμενε σε μία «νοσηρή κατάσταση» αυτισμού.

Ως τα πυρηνικά αίτια πρόκλησης της αυτιστικής διαταραχής κρίθηκαν η μη επαρκής μητρική παρουσία κατά τη βρεφική ηλικία, σε συνδυασμό με την αποτυχία ανάπτυξης του αναγκαίου δεσμού μητέρας - παιδιού. Από την άλλη, τα συμπτώματα του αυτισμού ερμηνεύτηκαν ως έκφραση της εχθρότητας, της απόρριψης και της συναισθηματικής απομόνωσης του παιδιού από τους γονείς του, ως η αναγκαστική προσαρμογή του σε ένα οικογενειακό περιβάλλον γεμάτο ψυχρότητα και σκληρότητα. Αυτός ακριβώς ο τρόπος προσαρμογής του παιδιού θεωρήθηκε ως η εκδήλωση της νοσηρής κατάστασης του αυτισμού ή ως ο τρόπος αντιμετώπισης των δυσμενών οικογενειακών συνθηκών (Α. Γενά, 2002).

Αυτή η θεωρία κυριάρχησε σε μία συγκεκριμένη περίοδο και αυτό, γιατί συμφωνούσε με την αντίληψη της εποχής· την ψυχοδυναμική αντίληψη. Εντούτοις, η θεωρία αυτή δεν μπορεί να στηριχθεί, όταν υποβάλλεται σε κριτικό έλεγχο (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011).

Ενάντια στις ψυχογενείς θεωρίες είναι το γεγονός, ότι παιδιά που έχουν υποστεί κακομεταχείριση σε τρομακτικό βαθμό και σχεδόν εξολοκλήρου παραμέληση δε μας δείχνουν το δρόμο για τον αυτισμό. Ένα κορίτσι για παράδειγμα, που είχε αφεθεί σε πραγματική απομόνωση από τους γονείς της (για τα 13 πρώτα χρόνια της ζωής της ήταν δεμένη σε μία καρέκλα), μετά την διάσωσή της γρήγορα ανέπτυξε κοινωνικούς δεσμούς (F.Happe, 2003).

Ένα αποτέλεσμα της ψυχογενούς θεωρίας είναι ότι πρόσφερε την ώθηση στους γονείς να οργανωθούν και να αντικρούσουν τη θεωρία, οπλισμένοι με δύναμη. Η National Society for Autistic Children (τόρα αποκαλούμενη Autism Society of America) αποτελείται από γονείς και επαγγελματίες που βοηθούν, δίνοντας πληροφορίες στις οικογένειες, υποστηρίζουν την έρευνα των αιτιών και την αποτελεσματική θεραπεία της διαταραχής, ενώ παράλληλα προσπαθούν να διασφαλίσουν οικονομικούς πόρους για την εκπαίδευση των παιδιών και την επιστημονική έρευνα (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011).

Ωστόσο, ενώ η ψυχογενής ερμηνεία του αυτισμού αμφισβητείται έντονα, υπάρχουν μητέρες που νιώθουν ένοχες για τις δυσκολίες του παιδιού τους, επηρεασμένες από συγγραφείς και παραπληροφορημένους γιατρούς. Σε διάφορες χώρες της Ευρώπης στο

χώρο της διάγνωσης και της αντιμετώπισης των παιδιών με αυτισμό, εξακολουθεί ωστόσο να υπάρχει ακόμα αυτή η άποψη (F. Harpe, 2003).

3.1.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η ιδέα, ότι οι γενετικοί παράγοντες μπορεί να είναι υπεύθυνοι για τον αυτισμό, παρατηρήθηκε για πρώτη φορά από τον Kanner στην αρχική περιγραφή του για τη διαταραχή.

Ακόμα και αν ο ίδιος εμπλέκει ξεκάθαρα τους γονείς στο σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν, άφησε να εννοηθεί, ότι ο αυτισμός μπορεί τελικά να είναι το αποτέλεσμα των «εκ γενετής» φυσιολογικών ελαττωμάτων. Παρ' όλ' αυτά, χρειάστηκαν πολλά χρόνια πριν να εξεταστούν σοβαρά, οι γενετικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον αυτισμό. Αυτή η καθυστέρηση οφείλεται αναμφίβολα, τόσο στην επικρατούσα ψυχοδυναμική ιδέα, που επικεντρώθηκε στους γονείς ως αιτιολογικούς παράγοντες, όσο και στην έλλειψη κατανόησης ή την τεχνολογία για να διερευνήσει πλήρως το ρόλο της γενετικής. Επιπλέον, οι πρώιμοι γενετιστές απέρριψαν την ιδέα της γενετικής μετάδοσης του αυτισμού, επειδή τα άτομα με αυτισμό, σπάνια έχουν γονείς με αυτισμό. Αυτό δεν αποτελεί έκπληξη, δεδομένου ότι, μερικά άτομα με αυτισμό δημιουργούν σχέσεις αγάπης, παντρεύονται, αποκτούν απογόνους. Εντούτοις, πιο πρόσφατες θεωρητικές και τεχνικές εξελίξεις έχουν παράσχει σαφή και πειστικά στοιχεία για τη γενετική συμμετοχή στην αιτιολογία πολλών περιπτώσεων του αυτισμού (L. Schreibman, 2005).

3.1.3 ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΕΣ

Είναι γεγονός ότι, τα αδέλφια των παιδιών με αυτισμό έχουν 3% περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν και τα ίδια τη διαταραχή και 50 φορές περισσότερες από τα παιδιά που δεν έχουν αδέλφια με αυτισμό.

Έρευνες ακόμη που πραγματοποιήθηκαν σε μονοζυγωτικά δίδυμα δείχνουν ότι, η συχνότητα εμφάνισης του αυτισμού βρίσκεται κάπου μεταξύ 40 - 90% και στα δύο αδέλφια (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006). Εφόσον το ένα παιδί έχει αυτισμό, το

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

άλλο παιδί έχει επικινδυνότητα με ποσοστό 36% για να διαγνωστεί με αυτισμό και 82% πιθανότητες να εκδηλώσει κάποια χαρακτηριστικά του αυτισμού (Ε. Καλύβα, 2005).

Το 1977 έγινε μία πρωτοπόρα μελέτη διδύμων. Οι επιστήμονες συγκέντρωσαν 21 ζεύγη διδύμων, όπου το ένα τουλάχιστον μέλος του ζεύγους είχε χωρίς αμφιβολία αυτισμό. Στόχος τους ήταν να υπολογιστεί το ποσοστό συμφωνίας. Πρέπει να σημειωθεί σε αυτό το σημείο ότι, δεν μπορούμε να αναμένουμε ποσοστά συμφωνίας 100%, ούτε καν στις επιβεβαιωμένες γενετικές καταστάσεις. Η ποικίλου βαθμού διαφορετικότητα των γονιδίων αποτελεί ένα λόγο. Στις περιπτώσεις κλασικού αυτισμού, συμφωνία βρέθηκε στα 4 από τα 11 μονοζυγωτικά ζεύγη, αλλά στα ετεροζυγωτικά δεν βρέθηκε συμφωνία σε κανένα. Αυτό θεωρείται ισχυρό στοιχείο για την ύπαρξη γενετικού αιτίου.

Η μελέτη ωστόσο προεκτάθηκε: στα ζεύγη διδύμων που δεν παρουσιάστηκε συμφωνία, το μέλος που δεν είχε αυτισμό δεν ήταν αναγκαία φυσιολογικό. Τα μέλη που δεν παρουσιάζουν αυτισμό των μονοζυγωτικών διδύμων σε ποσοστό 80% εμφάνιζαν γλωσσική διαταραχή και νοητική καθυστέρηση, ενώ στα ετεροζυγωτικά δίδυμα το ποσοστό ήταν 10%. Το εύρημα αυτό αποτελεί ένδειξη, ότι υπάρχει ένα γενετικό αίτιο για μία γενικότερη διαταραχή της γνωστικής ανάπτυξης. Αν θεωρηθεί δεδομένη μία γενετική προδιάθεση για τη διαταραχή αυτή, ο κλασικός αυτισμός θα μπορούσε να είναι μία μορφή εκδήλωσής της (U. Frith, 1999).

Οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι εμφανίζουν αυτισμό περισσότερο απ' ό,τι οι διζυγωτικοί δίδυμοι. Συμπέραναν ακόμη, ότι όπου υπήρχαν μονοζυγωτικοί δίδυμοι που είχαν συμπτώματα αυτισμού (δηλαδή μόνο ένας δίδυμος έχει τη διαταραχή αυτή), ο δίδυμος που είχε αυτισμό ήταν αυτός που είχε βιώσει ένα δύσκολο τοκετό. Μητέρες παιδιών με αυτισμό αναφέρουν, ότι είχαν να αντιμετωπίσουν περισσότερα προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού σε σύγκριση με μητέρες, για παράδειγμα, παιδιών που στην πορεία εμφάνισαν σχιζοφρένεια. Ωστόσο, είναι ακόμα απροσδιόριστος ο ακριβής ρόλος που παίζουν τέτοια προαναφερθέντα προβλήματα (F. Harpe, 2003).

Μία διαπίστωση αποτελεί η συχνή ύπαρξη χαρακτηριστικών του αυτισμού, ακόμα και σε μέλη του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος των παιδιών με αυτισμό. Στην

πλειονότητα των περιπτώσεων, αυτά τα στοιχεία υποδεικνύουν ένα τρόπο γενετικής μετάδοσης του αυτισμού (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

Συμπερασματικά, θεωρείται πλέον σχεδόν αναμφισβήτητη η ύπαρξη μίας γενετικής συνιστώσας στον αυτισμό. Δεν είμαστε ενήμεροι ωστόσο, για τις λεπτομέρειες ως προς το πού δηλαδή βρίσκονται τα γονίδια που ευθύνονται για τη διαταραχή και ως προς το πώς συντελείται η γενετική επίδραση. Για μερικές περιπτώσεις αυτισμού, αν και είναι πιθανό να υπάρχει η μετάδοση ενός γονιδίου, η ιδέα αυτή δεν έχει υποστηριχθεί με σθένος.

Σήμερα, υποστηρίζεται ευρέως η άποψη, ότι η μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων χαρακτηρίζεται από μία σύνθετη αλληλεπίδραση ενός αριθμού διαφορετικών γονιδίων (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011). Τα γονίδια που αλληλοεπιδρούν για την εμφάνιση της αυτιστικής διαταραχής μπορεί να είναι από δύο έως δέκα. Εξάλλου, η υψηλή συχνότητα εμφάνισης ειδικών γνωστικών ελλειμμάτων και νοητικής υστέρησης στα αδέλφια των παιδιών με αυτισμό, ενισχύει περισσότερο την πεποίθηση, ότι αυτό που μεταδίδεται κληρονομικά είναι ένα σύνολο από «ελαττωματικά» γονίδια, τα οποία αυξάνουν την πιθανότητα να παρουσιαστεί κάποια γνωστική διαταραχή, αλλά και την εμφάνιση του αυτισμού (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006). Παραμένει ωστόσο ακόμα, απροσδιόριστο το πώς ακριβώς η γενετική κληρονομιά αποδίδεται στα συμπτώματα της διαταραχής, δηλαδή το πώς, ουσιαστικά, τα γονίδια ελέγχουν την εκδήλωση της διαταραχής (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011).

3.1.4 ΧΡΩΜΟΣΩΜΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

Για μεγάλο διάστημα, είχε δοθεί βαρύνουσα σημασία στην πιθανή σχέση του αυτισμού με το σύνδρομο του «εύθραυστου Χ», αφότου εντοπίστηκε η ανωμαλία αυτή σε κάποια άτομα με αυτισμό (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

Αυτή η χρωμοσωμική ανωμαλία είναι γνωστή σαν «εύθραυστο - Χ σύνδρομο» και προκαλεί συχνά τη νοητική καθυστέρηση. Μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζει μόνο το

σύνδρομο Down, που οφείλεται σε διαφορετικού τύπου χρωμοσωμική ανωμαλία. Το σύνδρομο του εύθραυστου - X παρατηρείται πιο συχνά στα αγόρια (U. Frith, 1999).

Ένα τμήμα του χρωμοσώματος X έχει ένα ελαττωματικό κομμάτι που μοιάζει να είναι εύθραυστο (fragile) στο μικροσκόπιο, γι' αυτό πήρε και αυτή την ονομασία (Λ. Βάρβογλη, 2007). Καμία επιδημιολογική μελέτη δεν έχει γίνει ακόμη, οπότε τα πραγματικά ποσοστά εμφάνισης της ανωμαλίας του συνδρόμου του εύθραυστου X στο γενικό πληθυσμό και η αντιστοίχιση του αυτισμού, μεταξύ των ατόμων που προσβάλλονται, παραμένει άγνωστη (U. Frith, 1999). Το σύνδρομο του εύθραυστου X προσβάλλει περίπου το 2 - 5% των ανθρώπων με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού (Λ. Βάρβογλη, 2007).

Τα προσβεβλημένα από αυτό το σύνδρομο άτομα εμφανίζουν γλωσσικές ανωμαλίες, από τις οποίες πολλές θυμίζουν τον αυτισμό. Οι υπάρχουσες ανωμαλίες, που από μόνες τους δεν είναι επαρκείς για τη διάγνωση του αυτισμού, περιλαμβάνουν την ηχολαλία, την περίεργη ποιότητα φωνής, την καθυστέρηση της κατάκτησης του λόγου και την ανικανότητα τήρησης των κανόνων της πραγματολογίας, που αφορούν τις ανθρώπινες συνομιλίες. Η έντονη αποφυγή της βλεμματικής επαφής και η αποφυγή της ανθρώπινης επαφής είναι δύο άλλα συχνά συμπτώματα των ατόμων που εμφανίζουν εύθραυστο - X σύνδρομο. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι αυτά τα συμπτώματα μπορούν να εντοπιστούν, ασχέτως αν δεν υπάρχει σοβαρή διαταραχή στις συναισθηματικές και κοινωνικές σχέσεις (U. Frith, 1999).

Άλλες χρωμοσωμικές ανωμαλίες που σχετίζονται με τον αυτισμό έχουν τεκμηριωθεί από πολυάριθμες αναφορές στη βιβλιογραφία, όπως είναι οι ανωμαλίες του χρωμοσώματος 15, οι δομικές, καθώς και οι αριθμητικές ανωμαλίες των φυλετικών χρωμοσωμάτων που αναφέρονται πιο συχνά.

Οι πιο διαδεδομένες ανωμαλίες στο χρωμόσωμα 15 είναι η πλεονάζουσα μερική τετρασωμία του χρωμοσώματος 15 και προέρχεται από το διπλασιασμό της διαμέσου της μητέρας στην περιοχή του 15q11-q13, ιδιαίτερα σε άτομα με νοητική υστέρηση και επιληπτικές κρίσεις. Ενδιαφέρον παρουσιάζει, η διπλασιασμένη περιοχή 15q11-q13, που

είναι η κρίσιμη περιοχή για το σύνδρομο Angelman, μία νευρολογική διαταραχή στην οποία ορισμένα από τα κλινικά συμπτώματα μοιάζουν με τις συμπεριφορές του αυτισμού.

Οι αναφορές της σύνδεσης του αυτισμού με το χρωμόσωμα 7 έχουν οδηγήσει σε περαιτέρω εκθέσεις για κυτταρογενετικές ανωμαλίες σ' αυτή την χρωμοσωμική περιοχή. Επιστήμονες περιέγραψαν μία οικογένεια με παρακεντρική αναστροφή του μακρού βραχίονα του χρωμοσώματος 7, το οποίο μεταδίδεται ανεπηρέαστο από τη μητέρα στα παιδιά της. Δυο από τα τρία αδέλφια στην οικογένεια επηρεάστηκαν από αυτισμό και το τρίτο παρουσίασε μία σοβαρή διαταραχή στην εκφραστική γλώσσα. Άλλοι ειδικοί περιέγραψαν δύο άσχετες περιπτώσεις, μία με αυτισμό και μία δεύτερη με σοβαρή ανεπάρκεια στην εκφραστική γλώσσα, όπου και οι δυο από αυτές εμφάνισαν από την αρχή ανωμαλίες, που αφορούν τα οριακά σημεία για το χρωμόσωμα 7q31 και t.

Αρκετές άλλες χρωμοσωμικές ανωμαλίες έχουν αναφερθεί σε άτομα με αυτισμό. Αυτές περιλαμβάνουν απαισιόφες στην περιοχή της σύνδεσης στο χρωμόσωμα 2 και στις χρωμοσωμικές περιοχές 2q37 και 22q13. Διαγραφές που κυμαίνονται από 5,9 kb έως 1,2 Mb έχουν επίσης περιγραφθεί στο χρωμόσωμα 8, στο δείκτη D8S624. Ωστόσο, η λειτουργική σημασία αυτών των ανωμαλιών σε σχέση με τις διαταραχές αυτιστικού φάσματος παραμένει ασαφής (S. Moldin & J. Rubenstein, 2006).

3.1.5 Ο ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ Η ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Έχει διαπιστωθεί, ότι το 25% των παιδιών με σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζει και αυτισμό, ενώ το 3 - 9% των παιδιών με αυτισμό παρουσιάζει επίσης σκλήρυνση κατά πλάκας. Λόγω των παραπάνω, έχει γίνει αυτή η σύνδεση.

Όταν οι δύο διαταραχές συνυπάρχουν, συνήθως εμφανίζεται επιπλέον, νοητική υστέρηση και επιληψία (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006). Τα φυσικά χαρακτηριστικά στη σκλήρυνση κατά πλάκας ποικίλουν, όπως και στον αυτισμό, ο οποίος παρουσιάζει μία μεταβλητότητα υψηλού βαθμού στους συμπεριφορικούς τομείς, όπως

είναι ο κοινωνικός, οι επαναλαμβανόμενες τελετουργικές πράξεις και η γλώσσα (N. Bauman & T. Kemper, 2005).

Συμπερασματικά, σε αυτές τις περιπτώσεις, φαίνεται ότι ο αυτισμός συνδέεται με κάποια δυσλειτουργία του εγκεφάλου, που συνοδεύει την σκλήρυνση κατά πλάκας και όχι με τα γονίδια που είναι υπαίτια για την εκδήλωση αυτής της ασθένειας (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

3.1.6 ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ ΚΑΙ ΑΥΤΙΣΜΟΣ

Οι δυο κυρίαρχες ανατομικές ανωμαλίες έχουν εντοπιστεί στον ιππόκαμπο/αμυγδαλή και την παρεγκεφαλίδα (G. Bock & J. Goode, 2003).

Μία παιδίατρος - νευρολόγος πιστεύει, ότι τα δομικά προβλήματα του εγκεφάλου ενός ατόμου με αυτισμό είναι κυρίως στο μεταχιμακό σύστημα, το οποίο περιλαμβάνει την αμυγδαλή (το κέντρο του συναισθήματος) και την παρεγκεφαλίδα, τα οποία συνδέονται με τη ρύθμιση και το συντονισμό των κινήσεων, τη στάση του σώματος και την ισορροπία. Η εμπλοκή της παρεγκεφαλίδας με την κινητήρια λειτουργία ενός ατόμου, θα μπορούσε επίσης να εξηγήσει τις φτωχές κινητικές δεξιότητες, όπου τα άτομα του αυτιστικού φάσματος παρουσιάζουν συχνά (L. Rastelli & S. Shore, 2006).

Μέχρι σήμερα, η πλέον τεκμηριωμένη θέση είναι η παρεγκεφαλίδα στην νευροανατομική ανωμαλία στον αυτισμό. Συγκεκριμένα, και τα ευρήματα του MRJ και η αυτοψία υποδεικνύουν απώλεια κυττάρων Purkinje ή/και κυψελοειδή παθολογία σε μέρη της παρεγκεφαλίδας και στο φλοιό της παρεγκεφαλίδας (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011). Δομικές ανωμαλίες έχουν εντοπιστεί στην παρεγκεφαλίδα των ατόμων με αυτισμό και σε άλλες μελέτες με τη μέθοδο της μαγνητικής τομογραφίας και συγκεκριμένα, έχει καταδειχθεί ότι ορισμένες περιοχές της παρεγκεφαλίδας είναι μικρότερες από το φυσιολογικό. Το φαινόμενο αυτό, αποκαλείται «υποπλασία της παρεγκεφαλίδας». Εντούτοις, η παρουσία αυτής της δομικής ανωμαλίας και σε άτομα που δεν έχουν αυτισμό,

οδηγεί στο συμπέρασμα ορισμένων ερευνητές, ότι η ανωμαλία αυτή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά στον αυτισμό (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

Επίσης, η αμυγδαλή και ο ιππόκαμπος, το κέντρο δηλαδή της μνήμης, είναι μεγαλύτερα σε παιδιά με αυτισμό, αλλά έχουν ίδιο ή μικρότερο μέγεθος σε εφήβους και ενήλικες (L. Rastelli & S. Shore, 2006). Ακόμη, έχουν διαπιστωθεί σε ζώα, καταστροφές στην αμυγδαλή και στον ιππόκαμπο, οι οποίες φαίνεται να προκαλούν συμπεριφορές παρόμοιες με αυτές που εμφανίζονται στον αυτισμό. Δομικές ανωμαλίες σε κάποιες περιπτώσεις ατόμων με αυτισμό, έχουν ακόμη εντοπιστεί και σε μία άλλη εγκεφαλική περιοχή, όπως είναι ο κροταφικός λοβός και ο υπερμεσολόβιος έλικας.

Ένα άλλο εύρημα παρόμοιων μελετών είναι ο αυξημένος όγκος του εγκεφάλου κάποιων ατόμων με αυτισμό και ιδιαίτερα των αντρών, καθώς και το αυξημένο βάρος του εγκεφάλου, κατά 100 έως 200 γραμμάρια (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006). Οι ερευνητές έχουν βρει ένα μεγαλύτερο συνολικό μέγεθος του εγκεφάλου (ή όγκου) σε παιδιά με αυτισμό, ηλικίας 12 ετών και μικρότερης, αν και οι βρεγματικοί λοβοί, που σχετίζονται με την κίνηση, τον προσανατολισμό, την αναγνώριση και την αντίληψη ερεθισμάτων, είναι μικρότεροι απ' ό,τι οι κανονικοί (L. Rastelli & S. Shore, 2006).

Σε μία μελέτη περιμέτρου κεφαλής, εξετάστηκαν αναδρομικά τα άτομα με μεταγενέστερη διάγνωση του αυτισμού, που ήταν συνήθως φυσιολογικά κατά τη γέννηση, όπως παρατηρήθηκε και στα δύο κλινικά δείγματα και σε μία μελέτη ελέγχου περιπτώσεων στο πλαίσιο ενός πληθυσμού. Η μέτρηση έγινε μετά την πρώτη περίοδο γέννησης, όπου η μετωπο - ινιακή περίμετρος κεφαλής (HC) τείνει να είναι μεγαλύτερη σε παιδιά ή ενήλικες με αυτισμό απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό: 20 - 30% των ατόμων με αυτισμό είχαν μέγεθος κεφαλής περισσότερο από δύο τυπικές αποκλίσεις, μεγαλύτερες από εκείνες της φυσιολογικής ομάδας σύγκρισης.

Υποστηρίζεται ότι, το ζήτημα της κεφαλής και του μεγέθους του εγκεφάλου στον αυτισμό δεν έχει επιλυθεί πλήρως, έως ότου υπάρξει μία διαχρονική μελέτη για το μέγεθος του κεφαλιού σε όλη την πρώιμη παιδική ηλικία, μία περίοδο κατά την οποία το μέγεθος του εγκεφάλου και του κεφαλιού είναι στενά συνδεδεμένα με αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών με αυτισμό. Η υπεροχή των τρεχόντων στοιχείων δείχνει ότι, τα κεφάλια και οι

εγκέφαλοι των ατόμων με αυτισμό τείνουν να υπερβαίνουν το μέσο όριο του πληθυσμού κατά την πρώιμη παιδική ηλικία (N. Bauman & T. Kemper, 2005).

Τέλος, ένα άλλο εύρημα αποτελεί η μειωμένη εγκεφαλική αιματική ροή στον μετωπιαίο και κροταφικό λοβό των ατόμων με αυτισμό, κάτι το οποίο μπορεί να δικαιολογήσει τα ελλείμματα που παρουσιάζουν τα άτομα αυτά στις λειτουργίες του εκτελεστικού ελέγχου (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

3.1.7 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Ορισμένοι ειδικοί θεωρούν, ότι τα δεδομένα που έχουμε μέχρι σήμερα, μας οδηγούν στο συμπέρασμα, πως ο αυτισμός αποτελεί μέρος ενός συνδρόμου εγκεφαλικής βλάβης που περιλαμβάνει μία σοβαρή ανεπάρκεια στη χρήση και στην οργάνωση της αντίληψης, καθώς επίσης και στην κατανόηση της γλώσσας.

Ένας επιστήμονας υποστηρίζει ότι, το άτομο αδυνατεί γνωστικά και δεν καταφέρνει να συνδέσει τα νέα ερεθίσματα με τις προηγούμενες παραστάσεις και αυτό ακριβώς είναι η βασική ανεπάρκεια στον αυτισμό, η οποία αποδίδεται σε δυσλειτουργία του δικτυωτού συστήματος του εγκεφάλου. Αν πράγματι οι νευρωτικές διεργασίες είναι ελαττωματικές στο τμήμα αυτό του εγκεφάλου, στις οποίες συντελείται η συνοργάνωση και η επεξεργασία των ακουστικών και οπτικών ερεθισμάτων, θα καταλάβουμε εύκολα τους διάφορους και ιδιαίτερους τρόπους συμπεριφοράς των παιδιών με αυτισμό (Α. Τσιάλλα, 2014).

Το ένα τρίτο των ατόμων με αυτισμό έχει αυξημένα επίπεδα σεροτονίνης, με βάση τα ευρήματα των νευροχημικών ερευνών, γεγονός που τοποθετεί αυτά τα άτομα στο ανώτατο 5% του γενικού πληθυσμού.

Είναι γεγονός, ότι βρέθηκε μόνο στο αίμα αυξημένη σεροτονίνη, ενώ σε άλλα όργανα και στο νωτιαίο υγρό, κυμαινόταν σε φυσιολογικά επίπεδα (Α. Γενά, 2002). Η ανωμαλία αυτή φαίνεται να οφείλεται σε μία μεταβολή της αποθήκευσης ή της απορρόφησης της σεροτονίνης στα αιμοπετάλια (U. Frith, 1999). Ευρήματα σύγχρονων

γενετικών ερευνών, υποστηρίζουν την πιθανή εμπλοκή της σεροτονίνης στην αιτιότητα του αυτισμού και σύμφωνα με αυτά, ο νευροδιαβιβαστής της σεροτονίνης HTT συνδέεται με τον αυτισμό (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

Η θεωρία της μειονεξίας του συστήματος της ντοπαμίνης, εφόσον απευθύνεται στο πρόβλημα του άμεσου εντοπισμού της αιτίας, δικαιούται σοβαρής αντιμετώπισης. Το σύστημα, παρ' όλο που επηρεάζει πολλές διαφορετικές περιοχές, εμπλέκεται σε ένα πολύ μικρό μόνο μέρος του εγκεφάλου. Η θεωρία προσανατολίζεται σε εκείνα τα νευρολογικά συμπτώματα, που φαίνονται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με τον αυτισμό: έλλειψη έλεγχος της φωνής, ανεβοκατέβασμα των χεριών, περίεργο βάδισμα, επαναλαμβανόμενες πράξεις, εμφανώς ανέκφραστο πρόσωπο, εμμονή σε ένα θέμα, έλλειψη αυθορμητισμού και κοινωνική μειονεξία. Όλα αυτά είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα του αυτισμού και ίσως, είναι αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας εκείνων των συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου που ελέγχονται από το σύστημα της ντοπαμίνης (U. Frith, 1999).

3.1.8 ΑΥΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ

Κάποτε πολλοί ειδικοί πίστευαν ότι, επειδή δεν υπήρχαν έγκυρα και σαφή ευρήματα για εγκεφαλοπάθεια, ο αυτισμός θεωρούνταν μία λειτουργική και όχι οργανική διαταραχή. Ένα σημαντικό γεγονός που κατέρριψε αυτή την άποψη ήταν το εύρημα ότι, περίπου το ένα τρίτο των εφήβων με αυτισμό εμφάνιζε επιληπτικές κρίσεις (U. Frith, 1999).

3.1.9 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν κατά τη δεκαετία του 1980 έως το 2000 συνηγορούν για το περιβάλλον ως μία πιθανή και εύλογη αιτία για την αύξηση του αυτισμού.

Υπάρχουν πολλές τεκμηριωμένες περιπτώσεις, στις οποίες η έκθεση σε τοξίνες του περιβάλλοντος είναι γνωστό ότι συνεισφέρουν στη διαταραχή. Για παράδειγμα, έχει

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

αποδειχθεί ότι η ζωή σε μία πόλη σε σύγκριση με μία αγροτική περιοχή, σχετίζεται με σημαντικά αυξημένα ποσοστά διαταραχών αυτιστικού φάσματος (ASD). Στο Τέξας, μια μελέτη έδειξε, ότι η συχνότητα των διαταραχών αυτιστικού φάσματος σε παιδιά που μεγαλώνουν σε ένα αστικό περιβάλλον ήταν πάνω από 4 ½ φορές μεγαλύτερη από τη συχνότητα εμφάνισης των παιδιών που μεγαλώνουν σε ένα αγροτικό περιβάλλον.

Ορισμένοι περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να ασκούν την επίδρασή τους διαμέσου της μητέρας. Πολλά φάρμακα, όταν χρησιμοποιούνται σε έγκυες γυναίκες έχει αποδειχθεί, ότι αυξάνουν την πιθανότητα της ανάπτυξης του παιδιού με διαταραχές αυτιστικού φάσματος.

Οι γνωστοί παράγοντες έκθεσης περιλαμβάνουν το κάπνισμα της μητέρας και την θαλιδομίδη της ίδιας: το 4% των Σουηδών ασθενών πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για τον αυτισμό. Η έκθεση του εμβρύου στην κατάχρηση του αλκοόλ της μητέρας έχει επίσης συνδεθεί με την μετέπειτα εξέλιξη του αυτισμού. Μία αυξημένη συχνότητα των διαταραχών αυτιστικού φάσματος (11,4%) αναφέρεται σε παιδιά που έχουν εκτεθεί στην κοκαΐνη μέσα στη μήτρα.

Τα συνταγογραφημένα φάρμακα μπορεί επίσης να είναι ένας παράγοντας κινδύνου. Η λήψη αντιεπιληπτικών φαρμάκων της μητέρας (ειδικά το βαλπροϊκό νάτριο) έχει συνδεθεί με την αυτιστική συμπεριφορά στους απογόνους: σε μία συστηματική μελέτη το 81% των παιδιών με εμβρυϊκό αντιεπιληπτικό σύνδρομο, αναφέρθηκαν για την εμφάνιση συμπεριφορών αυτιστικού τύπου: το 77% είχε αναπτυξιακή καθυστέρηση. Στην πραγματικότητα, η έκθεση του εμβρύου στο βαλπροϊκό έχει χρησιμοποιηθεί σε πολυάριθμες μελέτες σε ζώα που μιμούνται τα ελλείμματα συμπεριφοράς και που παρατηρούνται στον άνθρωπο με διαταραχές αυτιστικού φάσματος.

Αυτά τα παραδείγματα δείχνουν, ότι η έκθεση σε ορισμένα χημικά στην πρώιμη ανάπτυξη, μπορεί να παράγει τα συμπεριφορικά συμπτώματα των διαταραχών αυτιστικού φάσματος σε ένα σημαντικό ποσοστό των εκτεθειμένων παιδιών. Δεδομένου ότι, οι διαταραχές αυτιστικού φάσματος συνδέονται και μπορεί να οφείλονται σε νευρωνική δυσλειτουργία μέσα και γύρω από συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου (τον μεταιχμιακό εγκέφαλο, τα κεντρικά, συμπεριλαμβανομένων του ιππόκαμπου και της

αμυγδαλής), το ερώτημα που τίθεται είναι το ποιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες ενδέχεται να επισπεύσουν τη ζημιά σε αυτές τις περιοχές του εγκεφάλου.

Τα αποδεικτικά στοιχεία αξιολόγησαν πρώτα την ειδική περιβαλλοντική τοξικότητα ως μία γνωστή αιτία των διαταραχών αυτιστικού φάσματος, πριν προχωρήσουν στην εξέταση, του κατά πόσον τα βαρέα μέταλλα μπορεί να εμπλέκονται ειδικώς στην τρέχουσα αύξηση του επιπολασμού τους.

Είναι υπό συζήτηση ο ισχυρισμός, ότι ο πληθυσμός και ειδικότερα τα παιδιά με διαταραχές αυτιστικού φάσματος είναι ευρέως εκτεθειμένος σε βαρέα μέταλλα. Επειδή μόνο μερικά παιδιά επηρεάζονται, η πιθανότητα στη συνέχεια αυξάνεται, καθώς αυτά τα παιδιά μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στην τοξικότητα των βαρέων μετάλλων, μέσω παραγόντων γενετικής προδιάθεσης και ίσως να επηρεάζουν την ενεργοποίηση και την αποβολή των μετάλλων (R. Lathe, 2006).

Ορισμένα παιδιά με αυτισμό έχει αποδειχθεί πως, όταν εξετάζονται, παρουσιάζουν υπερβολικά υψηλά επίπεδα μετάλλων στον οργανισμό τους, αν και η έρευνα δεν το έχει καθορίσει αυτό ακόμα, σαν γεγονός. Οι περισσότεροι υγιείς οργανισμοί εκκρίνουν μέταλλα, αλλά οι ερευνητές έχουν θεωρήσει, ότι τα παιδιά με αυτισμό έχουν μεγάλη δυσκολία να τα αποβάλλουν, εξαιτίας των χαμηλότερων ποσοστών της γλουταθειόνης και άλλων πρωτεϊνών που δρουν για την εξάλειψη των μετάλλων, όπως είναι το αλουμίνιο, το κάδμιο, ο μόλυβδος και ο υδράργυρος.

Συγκεκριμένα, οι ερευνητές αναφέρουν ότι ένα μέταλλο, όπως ο υδράργυρος και ο μόλυβδος μπορεί να προκαλέσουν νευροαναπτυξιακές διαταραχές σ' ένα υποσύνολο των ευπαθών παιδιών, που δεν έχουν τη γενετική ικανότητα να εκκρίνουν τα βαρέα μέταλλα από τον οργανισμό τους. Ορισμένες πιθανές πηγές υδραργύρου ή άλλων επιβλαβών μετάλλων για τον οργανισμό περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Οδοντιατρικά αμαλγάματα ή σφραγίσματα
- Τα ψάρια, όπως είναι ο τόνος
- Εκπομπές παραγωγής ηλεκτρικής ενέργειας των εργοστασίων
- Βαφή με βάση τον μόλυβδο

- Καπνός τσιγάρου
- Νερό από πηγή ή νερό βρύσης
- Εμβόλια
- Πισίνες και υδρομασάζ επεξεργασμένες με θειικό χαλκό

Το πρόβλημα είναι σημαντικό, διότι τα υψηλά επίπεδα αυτών των μετάλλων μπορούν να διαταράξουν τον εγκέφαλο και το νευρικό σύστημα (L. Rastelli & S. Shore, 2006).

Η εξέταση των τύπων της βλάβης του εγκεφάλου που παρατηρείται στα ζώα και στους ασθενείς που εκτίθενται σε συγκεκριμένα βαρέα μέταλλα και οργανομεταλλικές ουσίες, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι, αυτά είναι πράγματι πολύ εύλογα υποψήφια για τη συγκεκριμένη δυσλειτουργία του μεταιχμιακού συστήματος που εμφανίζεται στη διαταραχή αυτιστικού φάσματος.

Παρά την ιδιαίτερη έμφαση για τα βαρέα μέταλλα, είναι σαφές ότι και άλλες προσβολές μπορεί επίσης να προκαλέσουν βλάβη στο μεταιχμιακό εγκέφαλο και συμπερασματικά συνάγεται ότι, οι νέες διαταραχές αυτιστικού φάσματος μπορεί να προκύψουν από ένα κοκτέιλ τοξινών, με τα μέταλλα να παίζουν ένα κεντρικό ρόλο, αλλά όλα αυτά μαζί μπορεί να προκαλέσουν από κοινού πιο σοβαρή ζημιά από οποιοδήποτε μεμονωμένο στοιχείο (R. Lathe, 2006).

3.1.10 ΤΕΛΙΚΗ ΚΟΙΝΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΟΔΟΣ

Στην αιτιολογία του Αυτισμού εμπλέκονται πολλαπλά αίτια και αναπηρίες (U. Frith, 1999). Υπάρχει μία καθολική συμφωνία προς το παρόν, ότι ποικίλα βιολογικά αίτια μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία του αυτιστικού συνδρόμου (F. Harpe, 2003). Το κάθε πιθανό αίτιο είναι ικανό να επηρεάσει το ζωτικό σύστημα που συμμετέχει στον αυτισμό, είτε επηρεάζει, είτε δεν επηρεάζει άλλα συστήματα (U. Frith, 1999). Το γνωστό σύνδρομο του εύθραυστου Χ, η οξώδης σκλήρυνση και η φαινυλκετονουρία (που

είναι γενετικά προσδιορισμένα), μεταδίδουν το καθένα τους πολλές πιθανότητες εμφάνισης αυτισμού (F. Harpe, 2003).

Η φαινυλκετονουρία προσδιορίζεται ως μία γενετική διαταραχή του μεταβολισμού, όπου αν δεν παρθούν ειδικά διατροφικά μέτρα, καταλήγει σε εγκεφαλική βλάβη κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής.

Μία σπάνια γενετική διαταραχή είναι η οξώδης σκλήρυνση, που προκαλεί καλοήθεις όγκους στον εγκέφαλο, αλλά είναι και επιζήμια για άλλα ζωτικά όργανα. Συνδέεται σταθερά και ισχυρά με τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος. Σε ποσοστό 1-4% οι άνθρωποι με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού εμφανίζουν επιπλέον και Οξώδη Σκλήρυνση (Λ. Βάρβογλη, 2007).

Συμπερασματικά, μπορούμε να οδηγηθούμε στην άποψη μίας «τελικής κοινής νευρογενούς οδού» (F. Harpe, 2003), η οποία προβάλλεται συχνά στις βιολογικές θεωρίες των ψυχικών διαταραχών ως δεδομένο. Η οδός αυτή μπορεί να επηρεαστεί από πάρα πολλούς διαφορετικούς παράγοντες με επιβλαβή τρόπο (U. Frith, 1999). Όλες αυτές οι διαφορετικές διαταραχές και παράγοντες, όπως είναι η γενετική ανωμαλία, το τραύμα στη γέννηση κ.α., που είναι ετερογενείς, πιθανόν να επιδρούν στο ίδιο συστατικό του εγκεφάλου και αυτό να οδηγεί στον αυτισμό (F. Harpe, 2003). Αυτό βεβαίως δε σημαίνει ότι οποιοδήποτε αίτιο μπορεί να προκαλέσει τον αυτισμό. Κάπου σε αυτή την αλυσίδα, υπάρχει ένα συγκεκριμένο κρίσιμο αίτιο, αλλά οι παράγοντες που εμπλέκονται στις ζωτικές λειτουργίες είναι πολυπληθείς και ποικίλοι (U. Frith, 1999).

Δυστυχώς, στην περίπτωση του αυτισμού, δεν προέκυψε μέχρι τώρα καμία συμφωνία σε ό,τι αφορά την κρίσιμη εκείνη περιοχή ή την παθολογοανατομική οδό του εγκεφάλου που έχει υποστεί βλάβη. Απέχουμε πολύ ακόμα από τον επακριβή εντοπισμό της περιοχής της εγκεφαλικής βλάβης, αλλά πιθανόν στο μέλλον να μπορέσουμε να εξειδικεύσουμε τη λειτουργία του εγκεφάλου που έχει χαθεί στα άτομα αυτά (F. Harpe, 2003).

3.2. ΑΙΤΙΑ ASPERGER

Δε γνωρίζουμε ακόμα, για το τι ακριβώς είναι αυτό που προκαλεί το σύνδρομο Asperger. Σαφέστατα, σε πολλές περιπτώσεις η γενετική συμβολή είναι σημαντική. Κάποια περιστατικά συνδέονται με βλάβη στον εγκέφαλο ή με αναπτυξιακές ανωμαλίες, ενώ άλλα, είναι πιθανό να οφείλονται στο συνδυασμό κληρονομικότητας και εγκεφαλικής βλάβης. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες από μόνοι τους, όσον αφορά την πρόκληση του συνδρόμου φαίνεται να συνεισφέρουν λίγο, αλλά μπορεί να είναι πολύ σημαντικοί για την έκβαση της διαταραχής (C. Gillberg, 2011).

Γονίδια

Τουλάχιστον τα μισά άτομα από το σύνολο των ατόμων με σύνδρομο Asperger έχουν ένα συγγενικό τους πρόσωπο με παρόμοιες δυσκολίες. Ωστόσο, δεν είναι ακόμα σαφές, το ακριβές ποσοστό των ατόμων με τη διαταραχή, που πιθανόν να αποκτήσουν απογόνους με παρόμοιες δυσκολίες.

Έχει φανεί ξεκάθαρα μέσα από οικογενειακές μελέτες, ότι το σύνδρομο Asperger εκδηλώνεται συχνά μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας, αλλά και ευρύτερα.

Δε γνωρίσουμε ακόμα επακριβώς, τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν στο σύνδρομο Asperger οι γενετικοί παράγοντες. Είναι πιθανόν, ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων να οφείλεται στο ότι, οι δυο γονείς μπορεί να μεταδώσουν το ίδιο «ελαττωματικό» γονίδιο, αλλά δεν είναι απαραίτητο σε αυτή την περίπτωση, ότι αυτό το μονό «ελαττωματικό» γονίδιο δύναται να προκαλέσει τη διαταραχή (διαθέτουν και οι δυο γονείς ένα άλλο, μη ελαττωματικό αντίγραφο εκείνου του γονιδίου).

Ωστόσο, σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να προκαλείται από ένα μείζον γονίδιο που μεταδίδει ο ένας από τους δύο γονείς και να είναι κληρονομούμενες με αυτοσωμικό κυρίαρχο τρόπο. Συγκεκριμένες χρωμοσωμικές διαταραχές, όπως είναι το σύνδρομο XYY, το σύνδρομο του εύθραυστου X, το σύνδρομο XYY (Klinefelter), το σύνδρομο CATCH-22 και τα σύνδρομα μετατόπισης, είναι υπαίτιες σε σπάνιες περιπτώσεις. Εντούτοις, η

πλειοψηφία των περιπτώσεων στο σύνδρομο Asperger με μετάδοση από το οικογενειακό περιβάλλον, οφείλεται πιθανόν σε πολλαπλά ευπαθή γονίδια, που δρουν με συντονισμό για να παραγάγουν το τυπικό σύνδρομο και αυτό αποκαλείται πολυγονιδιακή κληρονομικότητα.

Το σύνδρομο Asperger αντιπροσωπεύει στο έπακρο τους άνδρες. Στην προσπάθεια κατανόησης της γενετικής των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος, τα σύγχρονα μοντέλα δεν έχουν βοηθήσει σημαντικά στο να προσδιορίσουν το λόγο που προκύπτει κάτι τέτοιο. Αν όντως, γενικά τα αρσενικά καθίστανται πιο ευάλωτα στο σύνδρομο, τότε μία μικρής έκτασης εγκεφαλική βλάβη ή μία μικρότερη γονιδιακή δόση είναι αρκετή για να τους οδηγήσει στη διαταραχή, συγκριτικά με αυτό που απαιτείται για ένα θηλυκό άτομο. Αυτή η υπόθεση θα μπορούσε να δώσει μία εξήγηση, σχετικά με την άνιση αναλογία αρρένων και θηλέων που εκδηλώνουν το σύνδρομο (C. Gillberg, 2011).

Εγκεφαλική βλάβη, Εγκεφαλική δυσλειτουργία και Εγκεφαλική απόκλιση

Στην εγκεφαλική βλάβη υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι. Ο εγκέφαλος μπορεί να υποστεί βλάβη, είτε μόνο σε μία πολύ συγκεκριμένη και περιορισμένη περιοχή, είτε γενικά με εγκεφαλική βλάβη. Οι άλλες διαταραχές αυτιστικού φάσματος, καθώς και το σύνδρομο Asperger μπορεί να οφείλονται σε μία τέτοια εγκεφαλική βλάβη.

Ο ίδιος ο Asperger υποστήριζε σθεναρά τον καίριο ρόλο της βλάβης στο αναπτυσσόμενο νευρικό σύστημα. Υπάρχουν κάποιες συστηματικές μελέτες οι οποίες δείχνουν ότι είναι πιθανό, τέτοιοι παράγοντες να είναι υπαίτιοι και να ασκούν επιβλαβή επίδραση στα διάφορα αναπτυξιακά στάδια. Είναι συχνά σχεδόν αδύνατο να προσδιοριστεί, αν κάποια τέτοια υποψήφια βλάβη αποτελεί την αιτία του συνδρόμου ή πιθανόν, να φανερώνει έναν γενετικό παράγοντα, που είναι υπαίτιος για την ανώμαλη ανάπτυξη του εμβρύου.

Οι παράγοντες κινδύνου που είναι υπαίτιοι για την πρόκληση του συνδρόμου Asperger αποτελούν, η μέθοδος τοκετού που αποκλίνει, ο προκλητός τοκετός, η

υπερωριμότητα του εμβρύου, η προωρότητα, το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, η πρόωμη ρήξη υμένων, η τοξιναιμία της μητέρας και η κατάχρηση αλκοόλ από την ίδια, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι πιθανόν να θεωρείται υπεύθυνη για τα εγκεφαλικά προβλήματα και για κάποια άλλη διαταραχή.

Πολλοί ερευνητές έχουν την άποψη, ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με την εγκεφαλική βλάβη μπορεί να δρουν με τους γενετικούς. Σε μία τέτοια περίπτωση τα γονίδια είναι υπεύθυνα για την προδιάθεση της διαταραχής, η οποία εκδηλώνεται με την προϋπόθεση να εμφανίζεται κάποια επιπλέον εγκεφαλική βλάβη.

Η εγκεφαλική βλάβη μπορεί να είναι δομική και οι συνέπειες θα φανερωθούν μετέπειτα, κατά την εξέταση του εγκεφάλου μέσω νευροαπεικονιστικών εξετάσεων, για παράδειγμα, είτε με τη Μαγνητική ή την Αξονική τομογραφία, είτε μέσω της νεκροψίας. Συχνά μπορούμε να την διακρίνουμε στη νεκροψία και να την παρατηρήσουμε σε εξέταση του εγκεφαλικού ιστού. Σε πολλές περιπτώσεις ωστόσο, η εγκεφαλική δυσλειτουργία που απορρέει από την εγκεφαλική βλάβη είναι η μοναδική ένδειξη γενετικής ή επίκτητης βλάβης. Αυτό μπορεί να αποδειχθεί, είτε νευροχημικά (από το εγκεφαλονωτιαίο υγρό), είτε νευροφυσιολογικά (από την ηλεκτροεγκεφαλογραφική εξέταση).

Παρ' όλα αυτά μπορεί κάποια από τα συμπτώματα του συνδρόμου Asperger να εκλαμβάνονται ως απόκλιση της εγκεφαλικής λειτουργίας και όχι σαν απεικόνιση κάποιας συγκεκριμένης δυσλειτουργίας, διαταραχής ή βλάβης.

Συμπερασματικά, κάποια από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συνδρόμου, δεν πρέπει να ταυτιστούν τόσο με παθολογία, όσο σαν ακραία πρότυπα τροποποίησης της φυσιολογικής συμπεριφοράς (C. Gillberg, 2011).

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να καταδεικνύουν ως υπαίτιους τους ψυχολογικούς ή τους κοινωνικούς παράγοντες στο σύνδρομο Asperger. Ωστόσο, οι κοινωνικές συνθήκες μπορεί να ενεργοποιήσουν βιολογικούς κινδύνους, οι οποίοι με τη σειρά τους να

ΘΩΜΑΣ Η ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

πυροδοτήσουν τα χαρακτηριστικά ελλείμματα, που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο Asperger. Αν μία μητέρα, για παράδειγμα, αρχίσει να καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, κάτω από συνθήκες ψυχοκοινωνικού στρες σοβαρής μορφής, το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλική βλάβη στο έμβρυο, η οποία με τη σειρά της να θεωρηθεί υπαίτια για την ανάπτυξη και εκδήλωση μίας διαταραχής στο φάσμα του αυτισμού. Ωστόσο, τα περισσότερα παιδιά με σύνδρομο Asperger μεγαλώνουν υπό συνθήκες, που δεν διαφοροποιούνται από εκείνες των παιδιών που είναι τυπικής ανάπτυξης.

Όμως, οι κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες είναι πολύ σημαντικοί για το άτομο, καθώς επίσης και το να μπορεί να ζήσει το ίδιο μία ζωή χωρίς να μειονεκτεί σημαντικά.

Προκύπτουν ενδείξεις, ότι μακροπρόθεσμα μπορεί να διευκολυνθεί όχι μόνο το άτομο και η οικογένειά του, αλλά και να μειωθεί ο βαθμός της μειονεξίας χάρη στην έγκαιρη διάγνωση, την πληροφόρηση, την ψυχολογική βοήθεια και την αντιμετώπιση. Αυτό κυρίως αποδίδεται στην καλύτερη κατανόηση που δείχνουν τα κοντινότερα μέλη και στην αλλαγή της νοοτροπίας.

Μία μελέτη έδειξε, ότι οι δάσκαλοι, οι συνομήλικοι και οι οικογένειες που έχουν γνώση για τη διαταραχή, αντιδρούν με πολύ πιο θετικό τρόπο σε σχέση με εκείνους που έχουν πλήρη άγνοια του προβλήματος.

Ακόμη, αν κάνουν την εμφάνισή τους ψυχοκοινωνικά προβλήματα που προκύπτουν από την ύπαρξη άλλων μελών της οικογένειας με τη διαταραχή, είναι αναγκαίο να αντιμετωπίζονται και όχι να εμπλέκονται με αυτά, διάφορες θεωρίες. Επίσης, μπορεί να συμβεί και το αντίστροφο· εάν υπάρχει ένας στενός συγγενής με μία διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού μπορεί να συμβάλλει με πολύτιμο τρόπο και να βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση των σχετικών προβλημάτων. Ο Asperger περιέγραψε περιπτώσεις στις οποίες οι γονείς με την ίδια κατάσταση, αποτελούσαν χωρίς αμφιβολία την καλύτερη υποστήριξη του παιδιού με αυτισμό.

Έχει καταστεί ανάγκη να αντιμετωπιστεί κατ' επείγον ο σχολικός εκφοβισμός. Μπορεί όμως βέβαια, να υπάρξει πρόληψη με την έγκαιρη διάγνωση και την ενημέρωση

των ανθρώπων του κοντινού περιβάλλοντος. Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger αδυνατούν να μοιραστούν πληροφορίες με δική τους πρωτοβουλία και γι' αυτό το λόγο, αδυνατούν να εξομολογηθούν ότι έχουν πέσει θύματα εκφοβισμού. Γι' αυτό, πρέπει να είναι ενήμερος κανείς για την ύπαρξη πιθανότητας σχολικού εκφοβισμού και να κάνει σωστές και συγκεκριμένες ερωτήσεις. Μόνο με αυτό τον τρόπο μπορεί να εντοπιστεί νωρίς ο σχολικός εκφοβισμός και να αποτραπούν οι σοβαρές συνέπειές του (C. Gillberg, 2011).

Καταληκτικές παρατηρήσεις

Δεν γνωρίζουμε επακριβώς τι προκαλεί το σύνδρομο Asperger, αλλά καθοριστικοί παράγοντες της διαταραχής πιστεύεται, ότι αποτελούν οι γενετικοί παράγοντες ή/και τα συμβάντα που είχαν ως επακόλουθο την εγκεφαλική βλάβη. Ωστόσο, δεν υπάρχουν στοιχεία, που να ενοχοποιούν τους ψυχολογικούς ή τους κοινωνικούς παράγοντες ως μεμονωμένα υπεύθυνους πρόκλησης του συνδρόμου Asperger, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει, ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες δεν διαδραματίζουν κανένα ρόλο. Είναι σαφώς κρίσιμοι για να μπορέσουν τα άτομα να κατανοήσουν με ποιο τρόπο μπορούν να διευκολυνθούν τα ίδια, αλλά και οι οικογένειές τους, που καλούνται να χειριστούν την κατάσταση.

Η μονόπλευρη απόκλιση στη λειτουργικότητα των μετωπιαίων λοβών έχει ίσως ένα σημαντικό ρόλο για τις δεξιότητες της ενσυναίσθησης και έτσι, τα άτομα με σύνδρομο Asperger να παρουσιάζουν τέτοιου είδους προβλήματα εξαιτίας μίας βλάβης σε αυτή τη λειτουργία του εγκεφάλου. Οι ενδείξεις είναι προς το παρόν ασαφείς, σχετικά με το ποιο εγκεφαλικό ημισφαίριο μπορεί να ευθύνεται περισσότερο για τη βλάβη στο σύνδρομο Asperger (C. Gillberg, 2011).

3.3. ΑΙΤΙΑ RETT

Παρόλο που τα ακριβή αίτια της Διαταραχής Rett είναι ακόμα στην ουσία άγνωστα, η θεωρία της βιολογικής αιτιολογίας είναι η επικρατέστερη για τους εξής λόγους:

1. Τη διαταραχή συνοδεύουν, πέρα από τις γνωστικές δυσλειτουργίες, σωματικές ανεπάρκειες, ενδεικτικές της εκφυλιστικής νευρολογικής νόσου.
2. Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή, μετά την ηλικία των 2 ετών, σχεδόν χωρίς εξαίρεση, παρουσιάζουν ανωμαλίες στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ).
3. Η διαταραχή εμφανίζεται αποκλειστικά σε κορίτσια.

Ενδείξεις οργανικής αιτιότητας επισημαίνονται από έρευνες που έχουν γίνει σε πάσχοντα παιδιά. Η πλήρης συμφωνία της διαταραχής σε μονοζυγωτές διδύμους αποδίδεται σε γενετικούς παράγοντες, ενώ δεν υπάρχει ομοφωνία σε ετεροζυγωτές διδύμους, ούτε και μία γενική συμφωνία για την αποκλειστική εμφάνιση της νόσου σε θήλεα άτομα. Επιπλέον, καταδεικνύονται νευροπαθολογικοί, μεταβολικοί, νευροχημικοί και νευροανατομικοί παράγοντες ως υπαίτιοι για τη διαταραχή.

Σε μία πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Βραζιλία με μία οικογένεια, της οποίας τα 3 παιδιά είχαν τη διαταραχή Rett, ενώ τα άλλα δύο ήταν φυσιολογικά, εντοπίστηκε στο χρωμόσωμα X, σε μία περιοχή που επισήμανε τις διαφορές ανάμεσα στα πρώτα και στα δεύτερα αδέλφια. Συγκεκριμένα, στην περιοχή Xq28, κοινά στοιχεία παρουσιάζονταν και στα τρία που είχαν τη διαταραχή, σε αντίθεση με τα άλλα δύο παιδιά, όπου δεν υπήρχαν κοινά στοιχεία.

Επί του παρόντος, δεν είναι σίγουρο αν αυτό το εύρημα ισχύει, καθώς δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία. Θα αποτελέσει ενδιαφέρον να χρησιμοποιηθούν τα στοιχεία που έχουμε μέχρι σήμερα, σε ένα μεγαλύτερο δείγμα (Α. Γενά, 2002).

3.4. ΑΙΤΙΑ Π.Α.Δ.

Η ΠΑΔ είναι αγνώστου αιτιολογίας στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Μετά από μία σειρά ερευνών, σήμερα, επικρατέστερη θεωρείται η άποψη, που εμπλέκει τα βιολογικά αίτια, παρότι στο παρελθόν έχει εκφραστεί η γνώμη, ότι οι στρεσογόνοι περιβαλλοντικοί παράγοντες (νοσηλεία της μητέρας, γέννηση αδελφού) πιθανόν να είναι υπεύθυνοι για την ΠΑΔ. Ωστόσο, η θεωρία αυτή ανατράπηκε με μία έρευνα που έγινε σε οικογένειες παιδιών που εμφάνιζαν ΠΑΔ, εφόσον απέδειξε ότι, δεν υπήρχε καμία διαφορά ανάμεσα στους στρεσογόνους παράγοντες και σε αυτές τις οικογένειες, από εκείνους που υπήρχαν στις μέσες οικογένειες. Το συμπέρασμα που προέκυψε ήταν ότι τα παιδιά με ΠΑΔ δεν αντιμετωπίζουν οικογενειακή κρίση διαφορετικού είδους ή σε μεγαλύτερο βαθμό, συγκριτικά με ένα μέσο παιδί.

Παλαιότερες έρευνες εντόπισαν νευροφυσιολογικά και νευροπαθολογικά ευρήματα σε κάποια παιδιά με ΠΑΔ. Μεταγενέστερες μελέτες όμως, δεν επιβεβαίωσαν τα αποτελέσματα εκείνων των ερευνών. Εντοπιστήκαν στο 50% των παιδιών με ΗΕΓ ανωμαλίες, οι οποίες διέφεραν σε κάθε παιδί, ενώ σε έρευνα που έγινε αργότερα, σε κανένα από τα παιδιά με ΠΑΔ που εξετάστηκαν δεν εντοπίστηκαν παρόμοιες ανωμαλίες.

Επιπλοκές, προγεννητικές και νεογνικές, όπως επισπευσμένος τοκετός ή προβλήματα λώρου, λοιμώξεις κατά την περίοδο της κύησης, επείγουσα καισαρική τομή, δεν έχουν συνδεθεί με την ΠΑΔ. Παράλληλα δεν έχουν εντοπιστεί γενετικοί παράγοντες, που να υποδηλώνουν κληρονομικότητα στην ΠΑΔ (χρωμοσωμικές ανωμαλίες, ιστορικό της οικογένειας).

Από τις υπάρχουσες έρευνες μπορούμε να συνάγουμε το συμπέρασμα ότι, παρόλο που υπάρχουν ενδείξεις νευρολογικών ανωμαλιών, δε γνωρίζουμε επακριβώς τα αίτια που προκαλούν την ΠΑΔ (Α. Γενά, 2002).

3.5. ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Αναφορικά:

- ΜΥΪΚΗ ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ ΤΟΥ DUCHENNE
- ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ
- ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ
- ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑ ΑΠΛΟΥ ΕΡΙΠΗΤΑ
- ΑΙΜΟΦΙΛΟΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΓΡΙΠΗΣ
- ΥΠΟΜΕΛΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΙΤΟ
- ΟΖΩΔΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ
- ΜΗΤΡΙΚΗ ΕΡΥΘΡΑ
- ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ
- ΣΠΑΣΜΟΥΣ
- ΥΠΟΘΥΡΟΕΙΔΙΣΜΟΣ
- ΓΑΛΑΚΤΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ
- ΑΛΛΕΣ ΑΥΤΟΣΩΜΕΣ ΧΡΩΜΟΣΩΜΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ
- ΒΛΕΝΝΟΠΟΛΥΣΑΚΧΑΡΙΤΙΔΑ
- ΑΛΛΕΣ ΧΡΩΜΟΣΩΜΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ
- ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΟΕBIUS
- ΣΥΝΔΡΟΜΟ WEST
- ΦΑΙΝΥΛΚΕΤΟΝΟΥΡΙΑ
- ΝΕΥΡΟΦΥΜΑΤΙΩΣΗ
- ΣΥΝΔΡΟΜΟ SOTOS (Λ. Βάρβογλη, 2007)

Αναλυτικά:

- ΑΤΥΠΟΣ ΑΥΤΙΣΜΟΣ
- ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΕΥΘΡΑΥΣΤΟΥ Χ
- ΣΥΝΔΡΟΜΟ LANDAU-KLEFFNER
- ΣΥΝΔΡΟΜΟ WILLIAMS
- ΣΥΝΔΡΟΜΟ TOURETTE
- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ RETT

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

- ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ
- ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ASPERGER
- ΣΥΝΔΡΟΜΟ HELLER
- ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ
- ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ (L. Wing, 2000)

3.5.1 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΕΥΘΡΑΥΣΤΟΥ Χ

Το κληρονομικό σύνδρομο του «Εύθραυστου Χ» οφείλεται σε δυσλειτουργία του χρωματοσώματος Χ, όπως και προαναφέραμε. Το συναντάμε ως αίτιο, αλλά και ως σύνδρομο. Εμφανίζεται με κάποιες σωματικές δυσμορφίες, όπως τα μεγάλα αυτιά ή το πιο μακρύ πρόσωπο. Βέβαια, ο βαθμός σοβαρότητας διαφέρει κατά περίπτωση.

Τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου «Εύθραυστου Χ» είναι:

1. Οι μαθησιακές δυσκολίες
2. Η υπερευαισθησία στην αφή
3. Οι στερεοτυπίες των κινήσεων
4. Η υπερευαισθησία στους ήχους
5. Διαταραχές στην ομιλία
6. Η ρουτίνα
7. Η υπερδραστηριότητα
8. Συγκεκριμένη εστία προσοχής

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει και η κοινωνική τους συμπεριφορά. Είναι άνθρωποι χωρίς βλεμματική επαφή και συνήθως κρατούν αποστάσεις από τους άλλους, μένοντας απομονωμένοι. Όλες αυτές οι δυσκολίες μάλλον προέρχονται από το άγχος και το δυσάρεστο συναίσθημα στο άγγιγμα, παρά την αδιαφορία που δείχνουν προς τους άλλους. Στον αυτισμό η ποιότητα διαφέρει και παρουσιάζει κάποιες φορές, πολλά κοινωνικά μειονεκτήματα. Το εύθραυστο χρωμόσωμα Χ πλέον είναι συνηθισμένο μέρος της διεργασίας των εξετάσεων της συμπεριφοράς του αυτισμού (L. Wing, 2000).

3.5.2 ΣΥΝΔΡΟΜΟ LANDAU - KLEFFNER

Το σύνδρομο αυτό είναι μία διαταραχή αρκετά σπάνια και συνήθως, εμφανίζεται στα παιδιά, στην ηλικία μεταξύ του 36^{ου} και 84^{ου} μήνα με φυσιολογική ανάπτυξη μέχρι τότε. Μπορεί, όμως, να εμφανιστεί σε κάποια παιδιά με μία μικρή, αλλά σημαντική καθυστέρηση στο να αναπτυχθεί σωστά ο λόγος τους.

Η πρώτη ένδειξη που μπορεί να δούμε στην συμπεριφορά του προφορικού λόγου είναι κάποιο κόμπιασμα. Ακόμη, ένα μεγάλο ποσοστό αυτών των ατόμων έχουν τα εξής χαρακτηριστικά, τα οποία είναι πανομοιότυπα και στις δύο διαταραχές:

1. Φτωχή βλεμματική επαφή
2. Επαναλαμβανόμενες ρουτίνες
3. Αντίδραση στην αλλαγή της καθημερινότητας

Οι επιληπτικές κρίσεις μπορεί να εμφανιστούν σε μερικές περιπτώσεις, αλλά και αυτό δεν είναι σίγουρο ότι γίνεται πάντα. Φάρμακα, όπως τα στεροειδή δίνουν μία ιδιαίτερη βελτίωση μονάχα στη συμπεριφορά του ατόμου στο συγκεκριμένο σύνδρομο. Επίσης, δίνεται αντιεπιληπτική αγωγή, για να μειωθούν οι επιληπτικές κρίσεις, εφόσον και όταν εμφανιστούν.

Για να αντιμετωπιστεί αυτή η κατάσταση υπάρχει ένας τύπος επέμβασης στον εγκέφαλο. Η χειρουργική κατάσταση έχει επιφέρει έως τώρα αρκετά καλά αποτελέσματα (L. Wing, 2000).

3.5.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ WILLIAMS

Το σύνδρομο Williams είναι γνωστό σαν την διαταραχή της υπερασβεστιαμίας στη νηπιακή ηλικία. Τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι η ομιλία με επαναλήψεις, οι επαναλήψεις στις ερωτήσεις, αλλά και οι ανώριμες εκφράσεις στον προφορικό λόγο. Ακόμα, συχνές είναι και οι ακατάλληλες μορφές κοινωνικής προσέγγισης (L. Wing, 2000).

3.5.4 ΣΥΝΔΡΟΜΟ TOURETTE

Αυτό το σύνδρομο αφορά μία νευρολογική διαταραχή. Τα εμφανή συμπτώματα του συνδρόμου είναι τα βογκητά και το βάβισμα, το ψιθύρισμα, τα απότομα τινάγματα, οι αισχρολογίες και η άσχημη συμπεριφορά. Επιπλέον, οι έμμονες ιδέες, η ελλιπής συγκέντρωση και προσοχή και η υπερδραστηριότητα (L. Wing, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΧΥΤΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

4.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Δυσκολία στη διάγνωση του αυτισμού

Η ανάλυση της συμπεριφοράς θα αποτελέσει το κλειδί, που θα οδηγήσει στη διάγνωση του αυτισμού. Το πώς θα ερμηνεύσουμε τις αποκλίνουσες συμπεριφορές ανάλογα με την απουσία ή την καθυστερημένη εμφάνιση στοιχείων, θα οδηγήσει στην κλινική διάγνωση.

Επειδή ο αυτισμός είναι μία διαταραχή όχι και τόσο συχνή, έχει ως αποτέλεσμα, να μην υπάρχουν πολλοί ειδικοί που να ασχολούνται με αυτήν, καθώς επίσης και να μη διαθέτουν τόση μεγάλη εμπειρία. Η εμπειρία είναι ένα από τα βασικότερα εργαλεία, που οφείλει να έχει ένα ειδικός και με την οποία, έχει τη δυνατότητα να ξεχωρίσει τη μοναχικότητα ενός αυτιστικού παιδιού.

Σε αυτό το επίπεδο ο αυτισμός είναι ένα υποθετικό σενάριο και χρειάζεται περεταίρω έρευνα. Η παρατήρηση, αλλά και η καταγραφή των λεπτομερειών είναι στις αρμοδιότητες του ειδικού, ως το επόμενο βήμα. Ακόμη, η χορήγηση ψυχολογικών τεστ στο άτομο και παράλληλα, η σύνταξη ενός πλήρους ιστορικού της διαταραχής, θα αποτελέσουν βασικές προϋποθέσεις για μία ολοκληρωμένη διάγνωση.

Στην αξιολόγηση των συμπτωμάτων του παιδιού με αυτισμό παρατηρείται και συμπεριλαμβάνεται η χρονολογική, αλλά και η νοητική ηλικία του παιδιού. Για παράδειγμα, μπορεί να έχει συμπεριφορές που δεν αντιστοιχούν στη συγκεκριμένη νοητική ηλικία (π.χ. όχι σωστή δομή στην γραμματική των προτάσεων πριν τα πρώτα δυο έτη της ζωής του). Άνθρωποι που δεν είναι ειδικοί και θα ασχοληθούν με το παιδί δεν θα συμπεριλάβουν καθόλου τη νοητική ηλικία, με αποτέλεσμα τη λανθασμένη διάγνωση.

Προκύπτουν και περιπτώσεις, όπου τα αποτελέσματα των ειδικών έρχονται σε σύγκρουση. Σε τέτοιες καταστάσεις, ένα παιδί υπάρχει η πιθανότητα να έχει αυτισμό

σύμφωνα με την αξιολόγηση που έχει πραγματοποιηθεί σε ένα κέντρο, ενώ σε κάποιο άλλο όχι. Ο κόσμος όμως, βγάζει λάθος συμπεράσματα, όταν οι ειδικοί δίστανται, με αποτέλεσμα να ανησυχούν και να θεωρούν, ότι ο αυτισμός δεν εντοπίζεται εύκολα από τους ειδικούς. Βέβαια αυτό που πιστεύουν οι γονείς είναι αβάσιμο, γιατί στην πραγματικότητα, οι έμπειροι ειδικοί συμφωνούν σε πολλούς τομείς.

Βαρύτητα δίνεται στα παιδιά που παραπέμπονται, μετά από κάποια κοινωνική ή διανοητική καθυστέρηση στην ανάπτυξη. Όμως, όταν συμβαίνει αυτό, πρέπει να απαντηθούν πρώτα οι εξής ερωτήσεις και μετά να χαρακτηριστούν ως παιδιά με αυτισμό. Οι ερωτήσεις είναι:

1. Υπάρχει η πιθανότητα να είναι μία καθυστέρηση στην ανάπτυξή του, η οποία θα καλυφθεί φυσιολογικά αργότερα;
2. Μήπως έχει κάποια νευρολογική ή αισθητηριακή ανεπάρκεια, σοβαρού τύπου, η οποία και δυσκολεύει τη φυσιολογική του ανάπτυξη;
3. Μήπως υπάρχει κάποιο ειδικό πρόβλημα στο λόγο και την ανάπτυξή του;

Τα παιδοψυχιατρικής μορφής εγχειρίδια συμπεριλαμβάνουν ένα μεγάλο αριθμό αναπτυξιακών διαταραχών, έτσι ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος της λανθασμένης ταξινόμησης (U. Frith, 1999).

Πόσο νωρίς μπορεί να εντοπιστεί ο αυτισμός

Ο αυτισμός παρουσιάζεται στους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού και η διερεύνησή του είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται σε αρκετά μικρή ηλικία, έτσι ώστε να αποφεύγεται η πιθανότητα εμφάνισης αναπτυξιακής καθυστέρησης, αλλά και παράλληλα, να υπάρχουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις για την ανάπτυξή της στο μέλλον.

Όταν υπάρχει κάποια εγκεφαλική βλάβη με μεγάλη έκταση και με σοβαρή νοητική καθυστέρηση, διακρίνονται από πολύ νωρίς τα σημεία, που θα μας παρακινήσουν στη διάγνωση. Όμως, όταν δίνονται τα σημάδια σε μικρή ηλικία και με συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια, υπάρχει διαφορά στα σημεία τον ΔΑΔ. Επιπλέον, και στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης εκδηλώνονται προβλήματα κατά περιόδους στην κοινωνική τους ανάπτυξη, που μοιάζουν με αυτά των παιδιών με αυτισμό. Έτσι, έχουμε ως αποτέλεσμα τη

μετέπειτα αντίληψη αυτών των μη μόνιμων προβλημάτων. Ο αυτισμός αποτελεί μία εκ γενετής διαταραχή, όμως αυτό δε συνεπάγεται με την παρουσία συμπτωμάτων από την πρώτη στιγμή.

Ένα παράδειγμα που θα μπορούσαμε να αναφέρουμε είναι πως, κάποιοι γονείς έδειξαν σημάδια ανησυχίας μετά τον 25° - 35° μήνα της ζωής των παιδιών τους. Ακόμα, μία μητέρα αναφέρει, ότι οι γονείς αντιλαμβάνονται πως κάτι δεν πάει καλά από την ιδιόρρυθμη στάση του παιδιού τους (U. Frith, 1999).

Η διάγνωση και η σημασία της

Απαραίτητη είναι η έγκαιρη και έγκυρη παρέμβαση, αλλά και η σωστή επιλογή και χρήση της θεραπείας. Δυστυχώς, όμως, υπάρχει ακόμα στους ανθρώπους το στίγμα. Δίχως τη σωστή διάγνωση, τα παιδιά με ΔΑΔ, δεν έχουν την κατάλληλη αντιμετώπιση με αποτέλεσμα, το χαμηλό επίπεδο διαβίωσης.

Η σωστή διάγνωση έγκειται στα παρακάτω:

1. Τα αποτελέσματα της καλής αντιμετώπισης ανέρχονται σε ποσοστό 75%, με εμφανή βελτίωση στη γλωσσική ικανότητα, στη νοητική δεξιότητα, αλλά και στον ψυχικό κόσμο των παιδιών.
2. Συμβάλει στη μείωση του στρες σε όλη την οικογένεια και βοηθάει, ώστε να μη γίνουν μόνιμα τα προβλήματα της συμπεριφοράς.
3. Οι γονείς και οι δάσκαλοι εκπαιδεύονται για τη σωστή εκπαίδευση των παιδιών, σχετικά με τους τρόπους επικοινωνίας και συμπεριφοράς.
4. Η κατάλληλη διάγνωση βοηθάει τους γονείς να ενημερωθούν γενικότερα για τη διαταραχή, αλλά και να μάθουν με ποιον τρόπο και εάν αυτή μπορεί να επηρεάσει τα μελλοντικά μέλη της οικογένειάς τους. Η πρόωπη και κατάλληλη διάγνωση, όπως επίσης και η παρέμβαση, μπορούν να εξομαλύνουν τα πιθανά συμπτώματα που υπάρχει η πιθανότητα να έχουν τα αδέρφια των παιδιών με ΔΑΔ (Λ. Βάρβογλη, 2007).

Ένας δάσκαλος μπορεί να διαγνώσει τον αυτισμό

Οι δάσκαλοι είναι οι πρώτοι επαγγελματίες που παρατηρούν τις αναπτυξιακές δυσκολίες ενός παιδιού. Όμως, ο αυτισμός είναι μία διαταραχή που δεν αναγνωρίζεται εύκολα.

Τα χαρακτηριστικά που αναγνωρίζει ο δάσκαλος είναι η νοητική υστέρηση, η διαταραχή στη συμπεριφορά, τα προβλήματα στην ακοή, αλλά και η καθυστέρηση στη γλωσσική ανάπτυξη. Κάποια παιδιά μπορεί να μη μάθουν ποτέ να μιλάνε, αλλά μπορεί να κατανοούν το λόγο. Ακόμη, υπάρχει η πιθανότητα να εμφανίζεται η ανάπτυξη της γλώσσας με περιορισμούς, η επανάληψη φράσεων με ή χωρίς νόημα.

Ο δάσκαλος μετά, θα εξηγήσει ότι υπάρχει μία συγκεκριμένη μαθησιακή ή συμπεριφορική δυσκολία και στη συνέχεια, θα το παραπέμψει για εξέταση σε έναν κλινικό ψυχολόγο με πείρα και εμπειρία.

Η καθυστέρηση στην γλώσσα από μόνη της δε μπορεί να υποδηλώσει κάποια διαταραχή, όπως είναι ο αυτισμός. Επιπλέον, άλλα προβλήματα που μπορούν να δημιουργήσουν υποψία είναι ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται η κοινωνική αλληλεπίδρασή του, τυχόν κρίσεις, η έλλειψη οπτικής επαφής και οι στερεοτυπίες, αποτελώντας τα πιο χαρακτηριστικά γνωρίσματα του αυτισμού.

Συνεπώς, ένας δάσκαλος που υποψιάζεται τον αυτισμό για κάποιον από τους μαθητές του πρέπει να ενημερώσει τους γονείς αμέσως (Λ. Βάρβογλη, 2007).

Πως γίνεται η διάγνωση

Ο αυτισμός έχει μία σύνθετη διάγνωση και αυτό, γιατί δεν υπάρχει κάποια εξέταση όπως είναι η αιματολογική ή η καλλιέργεια (π.χ. σιέλου), αλλά ούτε και κάποια τιμή, που να ορίζεται από την ιατρική εξέταση.

Η διάγνωση χρειάζεται προσεκτική παρατήρηση στη συμπεριφορά του παιδιού. Επιπλέον, το αναλυτικό ιστορικό είναι εξίσου σημαντικό. Ο αυτισμός συχνά συνυπάρχει και με άλλες διαταραχές, με αποτέλεσμα τη δυσκολότερη διάγνωσή του. Ακόμα, οι

μαθησιακές διαταραχές μπορούν να συνυπάρχουν με τον αυτισμό, δυσκολεύοντας τη διαγνωστική διαδικασία. Κάτω από τα 3 έτη η διάγνωση του είναι ιδιαίτερα δύσκολη και περίπλοκη.

Η διάγνωση γίνεται με:

- Συνέντευξη των γονέων για τη σύλληψη των πληροφοριών
- Τεστ νοημοσύνης
- Εξελικτικά τεστ, αντίστοιχα με την ηλικία του παιδιού
- Ερωτηματολόγια γονέων για τις συμπεριφορές που παρατήρησαν
- Παρατήρηση του παιδιού στο γραφείο
- Παρατήρηση του παιδιού στο χώρο του, αλλά και στο σχολείο.

Οι συμπεριφορές του παιδιού κατηγοριοποιούνται με βάση την εμπειρία και τη βοήθεια των διαγνωστικών κριτηρίων (Λ. Βάρβογλη, 2007).

4.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Για τη διάγνωση του αυτισμού χρησιμοποιούμε τα παρακάτω εργαλεία τα οποία τα χωρίζουμε σε κάποια κριτήρια - τομείς.

Πρώιμη παρέμβαση

Το «Checklist for Autism in Toddlers» αποτελεί μία αρκετά καλή λίστα ελέγχου ανίχνευσης για την πρώιμη διάγνωση του αυτισμού, σε παιδιά ηλικίας από 18 έως 36 μηνών (Δ. Ζαφειρίου κ.α., 2010).

Γλώσσα

Ένα σύστημα για τη γλώσσα είναι το «Derbyshire Language Scheme» και το χρησιμοποιούμε για τα παιδιά μικρής ηλικίας. Οι τομείς με τους οποίους ασχολείται είναι η πραγματολογία, η κατανόηση, η ακουστική διάκριση, η αναγνωστική διάκριση και η δομή των λέξεων (Δ. Ζαφειρίου κ.α., 2010).

Κοινωνικά - Γνωστικά κριτήρια

Το «Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH)» βοήθησε στο να αναπτυχθεί το «Childhood Autism Rating Scale (CARS)» στη Βόρεια Καρολίνα. Τα συστήματα αυτά αφορούν την παρατήρηση της συμπεριφοράς των παιδιών στις ηλικίες 0 - 12 ετών (Δ. Ζαφειρίου κ.α., 2010).

Ο Κοινωνικός - Συμπεριφορικός, αλλά και Γνωστικός τομέας ως προς την εξέλιξη του παιδιού με αυτισμό

Το «Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R)» και το «Autism Diagnosis Observation Scale Genetic (ADOS-G)» συλλέγουν τις πληροφορίες από τον κηδεμόνα και από τα άτομα του περιβάλλοντος, αλλά ακόμη και από τους διάφορους ειδικούς που ασχολούνται με τα εργαλεία διάγνωσης. Όλο αυτό έχει ως αποτέλεσμα, την αξιολόγηση των τομέων που περιλαμβάνονται στα εγχειρίδια DSM-IV και ICD-10 (Δ. Ζαφειρίου κ.α., 2010).

Αισθητηριακή αξιολόγηση

Ένα σταθμισμένο εργαλείο είναι το «Sensory Profile Test», που βοηθάει στη σωστή και καλή διάγνωση και παράλληλα, στην αξιολόγηση της αισθητηριακής ικανότητας ως προς την επεξεργασία των καθημερινών δραστηριοτήτων. Η ηλικία που ασχολείται είναι 5 έως 10 ετών.

Γενικά, έχουν δημιουργηθεί αρκετά σταθμισμένα τεστ και κλίμακες αξιολόγησης, δομημένες και μη. Ακόμη, η αξιολόγηση του αυτισμού και των ΔΑΔ πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα με τη χρήση διαφορετικών μέσων ή και εργαλείων σε διαφορετικά στάδια της ανάπτυξης του ατόμου, δηλαδή από παιδί έως και την περασμένη ηλικία (Δ. Ζαφειρίου κ.α., 2010).

Η διάγνωση των ΔΑΔ πλέον στις μέρες μας γίνεται με βάση τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παιδιού και όχι με βάση τις ιατρικές εξετάσεις του. Υπάρχουν αρκετά

άτυπα τεστ, αλλά τα δύο σταθμισμένα ταξινομικά τεστ που είναι παγκοσμίως γνωστά για τη διάγνωση του αυτισμού χρησιμοποιούνται ως τα πιο αξιόπιστα και είναι:

1. το «DSM-IV», τεστ της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας και
2. το «ICD-10», τεστ του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Α. Γενά, 2002).

Πιο αναλυτικά:

4.2.1 DSM-IV

Σύμφωνα με το DSM-IV, τα διαγνωστικά κριτήρια ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες, με βάση:

1. την κοινωνική συμπεριφορά
2. τη επικοινωνία
3. την αποκλίνουσα συμπεριφορά

Η διάγνωση αυτών των διαταραχών πρέπει να εμφανίζει τουλάχιστον έξι ή και περισσότερα χαρακτηριστικά των κατηγοριών που προαναφέρθηκαν.

Πιο συγκεκριμένα, από την κατηγορία της Διαταραγμένης Κοινωνικής Συμπεριφοράς πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον δύο στοιχεία και από αυτήν την κατηγορία, ενώ από την κατηγορία της Διαταραγμένης Επικοινωνίας, αλλά και την κατηγορία των Περιορισμένων Ενδιαφερόντων και Επαναληπτικών ή Στερεότυπων Συμπεριφορών, τουλάχιστον ένα.

Όλα αυτά τα συμπτώματα πρέπει να κάνουν την εμφάνισή τους, πριν την ηλικία των 36 μηνών (Α. Γενά, 2002). Οι κατηγορίες αναλυτικά:

1. Διαταραγμένη Κοινωνική Συμπεριφορά
 - Διαταραχές στη μη λεκτική κοινωνική συμπεριφορά, όπως είναι η βλεμματική επαφή, οι στάσεις του σώματος, οι εκφράσεις του προσώπου, αλλά και οι χειρονομίες.
 - Διαταραχές στις σχέσεις με τους συνομηλίκους.
 - Διαταραχές στη μεταφορά των πληροφοριών (Ε. Γκονέλα, 2006).

- Διαταραχή και έλλειψη των κοινωνικών και συναισθηματικών αλληλεπιδράσεων.
- 2. Διαταραγμένη Επικοινωνία
 - Καθυστερημένη ή ανύπαρκτη ομιλία, χωρίς καθόλου εκπαίδευση των εναλλακτικών μέσων επικοινωνίας (Α. Γενά, 2002).
 - Απώλεια πρωτοβουλίας της έναρξης ή διατήρησης της ομιλίας με τους συνομήλικούς τους και με άλλους ανθρώπους (Ε. Γκονέλα, 2006).
 - Χρήση στερεοτυπικού, επαναληπτικού λόγου (Α. Γενά, 2002).
 - Απουσία φαντασίας (Ε. Γκονέλα, 2006).
 - Απουσία αυθόρμητου παιχνιδιού (Α. Γενά, 2002).
- 3. Περιορισμένα Ενδιαφέροντα και Επαναληπτική ή Στερεότυπη Συμπεριφορά
 - Δεν υπάρχει ενδιαφέρον για πράγματα του περιβάλλοντός τους και αυτό θεωρείται μη έγκυρο ως προς την ένταση και την εστίαση που συμβαίνει.
 - Ύπαρξη τελετουργιών και εμμονή σε συγκεκριμένες και μη λειτουργικές συνήθειες, αλλά και προβολή αντίστασης σε κάθε αλλαγή (Ε. Γκονέλα, 2006).
 - Πολλές στερεοτυπίες στις κινήσεις, στο λόγο και στην επεξεργασία οπτικών ερεθισμάτων.
 - Επιμονή για συγκεκριμένη απασχόληση με συγκεκριμένα τμήματα αντικειμένων, όπως για παράδειγμα ρόδες από τρακτέρ (Α. Γενά, 2002).

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV στα σύνδρομα

Σύνδρομο Rett

1. Ύπαρξη φυσιολογικής προγεννητικής, αλλά και περιγεννητικής ανάπτυξης του εμβρύου.
2. Φυσιολογική ανάπτυξη στην ψυχοκινητικότητα του παιδιού, στους 5 πρώτους μήνες της ζωής του.
3. Φυσιολογική κατά τη γέννηση η περίμετρος της κεφαλής του νεογνού.
4. Μειωμένη ανάπτυξη της κεφαλής στο ηλικιακό διάστημα των 5 έως 48 μηνών.

5. Στην ηλικιών των 5 έως 30 μηνών έχουν αποκτηθεί οι σκόπιμες δεξιότητες των χεριών, ενώ μετά από το ηλικιακό αυτό επίπεδο, άρχισαν σταδιακά να χάνονται, όπως για παράδειγμα το τρίψιμο των χεριών μεταξύ τους.
6. Φτωχός συντονισμός των κινήσεων του κορμού, των μελών του σώματος, αλλά και στο βάδισμα.
7. Σοβαρό ποσοστό μείωσης στη γλωσσική αντίληψη.
8. Επιβράδυνση στις εκφράσεις με σοβαρή βλάβη στην ψυχοκινητικότητα (Ν. Μάνος, 2005).

Σύνδρομο Asperger

1. Έκπτωση στην κοινωνική αντίδραση του παιδιού με εμφάνιση 2 από τα 4 στοιχεία:
 - Μείωση της χρήση των μη λεκτικών συμπεριφορών.
 - Δεν αναπτύσσει σχέσεις με άτομα της ίδιας ηλικίας, αλλά και δεν μπορεί να ταυτιστεί με το επίπεδο ανάπτυξής τους.
 - Απουσιάζει ο αυθορμητισμός, ώστε να προφέρει, αλλά και να αναζητά τη χαρά και τα ενδιαφέροντα με ή από άλλα άτομα.
 - Αβεβαιότητα ως προς τη έλλειψη κοινωνικής ή συναισθηματικής αμοιβαιότητας.
2. Τύποι συμπεριφοράς με εμφάνιση 1 από τα 4 χαρακτηριστικά τουλάχιστον:
 - Οι τύποι ενδιαφερόντων είναι περιορισμένοι και με μη φυσιολογική ένταση ή εστία με στερεοτυπία τις περισσότερες φορές.
 - Προσκόλληση σε ορισμένες τελετουργίες, οι οποίες είναι και μη λειτουργικές.
 - Ύπαρξη επαναλαμβανόμενων κινήσεων.
 - Επιμονή στην απασχόληση μεμονωμένων μελών του αντικειμένου.
3. Η διαταραχή που προέρχεται από το σύνδρομο Asperger προκαλεί σημαντική μείωση στους τομείς της λειτουργικότητάς του.
4. Δεν υπάρχει καθυστέρηση στη γνωστική ανάπτυξη ή στην αυτοεξυπηρέτηση, αλλά ούτε και το αίσθημα περιέργειας της ηλικίας ως προς το περιβάλλον (Ν. Μάνος, 2005).

Σύνδρομο Heller

1. Για να έχουμε ως αποτέλεσμα τη φυσιολογική ανάπτυξη μέχρι και τα πρώτα 2 έτη της ζωής του πρέπει να είναι εμφανής η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία, κατάλληλη για την ηλικία αυτήν, οι κοινωνικές σχέσεις, η συμπεριφορά στο παιχνίδι, αλλά και η προσαρμοστικότητα του σε αυτό.
2. Πριν την ηλικία των 10 ετών έχουμε σοβαρή απώλεια ικανοτήτων που είχαν αποκτηθεί σε 2 από τους 5 τομείς:
 - γλωσσική έκφραση στον προφορικό λόγο
 - μείωση στην αντίληψη
 - προσαρμογή στις κοινωνικές συμπεριφορές
 - έλεγχος των σφικτήρων
 - προσαρμογή στο παιχνίδι
3. Η λειτουργικότητα και οι διαταραχές της σε 2 από τους 3 τομείς:
 - Έχει δυσκολία στο να αναπτύξει σχέσεις με τους συνομηλίκους του.
 - Έκπτωση στην επικοινωνία ως προς την ποιότητα αυτής (π.χ. καθυστέρηση της γλώσσας, δυσκολεύεται να ξεκινήσει ή να διατηρήσει ένα θέμα ή μία συζήτηση, ακόμη και σε φανταστικό επίπεδο).
 - Εμφάνιση στερεοτυπικών σε ενδιαφέροντα· δραστηριότητες με πολλές επαναλήψεις (N. Μάνος, 2005).

Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή

Τα κύρια χαρακτηριστικά της Παιδικής Αποδιοργανωτικής Διαταραχής σύμφωνα με το DSM-IV είναι τα παρακάτω:

1. Μέχρι τουλάχιστον τα δυο πρώτα χρόνια της ηλικίας υπάρχει φυσιολογική ανάπτυξη στις κοινωνικές σχέσεις, στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, στην προσαρμογή των απαιτήσεων του περιβάλλοντος, στο παιχνίδι.
2. Εμφάνιση παλινδρόμησης μετά την ηλικία των 2 ετών και πριν την ηλικία των 10, σε πολλούς τομείς της ανάπτυξης.
3. Εμφάνιση αποκλίσεων στην κοινωνική και επικοινωνιακή συμπεριφορά, παρόμοιων με αυτές που σημειώνονται στην αυτιστική διαταραχή.

4. Εκδήλωση επαναληπτικών, στερεότυπων και περιορισμένων τρόπων συμπεριφοράς και κοινωνικής ενασχόλησης (Α. Γενά, 2002).

Το παιδί φαίνεται σα να έχει αυτισμό, αλλά υπάρχει συχνά χειρότερη έκβαση της διαταραχής απ' ό,τι έχει ένα παιδί με αυτιστική διαταραχή. Με άλλα λόγια, η ευκαιρία για βελτίωση είναι μικρότερη συγκριτικά με την αυτιστική διαταραχή και το παιδί παραμένει με περισσότερες σοβαρές αναπηρίες (T. Allman, 2010).

Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή Μη Προσδιορισμένη Αλλιώς (Συμπεριλαμβανομένου του Άτυπου Αυτισμού)

Η διάγνωση της Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής Μη Προσδιορισμένης Αλλιώς είναι μία κατηγορία που αφορά περιπτώσεις, μετά την ηλικία των 3 ετών κάνοντας την εμφάνισή της με τα συμπτώματα του αυτισμού (Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη, 2006).

Σύμφωνα με το DSM-IV, αναφέρεται σε εκείνα τα άτομα που παρουσιάζουν διευρυμένη απώλεια στις λεκτικές και μη λεκτικές δεξιότητες της επικοινωνίας, στις αμφίδρομες κοινωνικές συναλλαγές, στερεότυπα ενδιαφέροντα, στερεότυπη συμπεριφορά και στερεότυπες δραστηριότητες, αλλά ωστόσο δεν καλύπτουν τα διαγνωστικά κριτήρια για κάποιες από τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, για Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας, Αναπόφευκτη Διαταραχή της Προσωπικότητας ή για Σχιζοφρένεια. Για παράδειγμα, ο «άτυπος αυτισμός» εντάσσεται στην κατηγορία αυτή, που είναι μία διαταραχή που δεν καλύπτει τα κριτήρια για την διαταραχή του αυτισμού, διότι είτε εμφανίζεται για πρώτη φορά όχι και τόσο νωρίς στην παιδική ηλικία, είτε γιατί εμφανίζει μη τυπική ή μία συμπτωματολογία που βρίσκεται στα όρια, είτε γιατί ισχύουν όλα τα παραπάνω (Α. Γενά, 2002).

4.2.2 ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΟΥ DSM-5

Το DSM ανανεώθηκε το Μάιο του 2013 με νέα έκδοση κυκλοφορίας το DSM-5. Σε αυτήν την έκδοση υπάρχουν αρκετές αλλαγές στην περιγραφή των παθολογιών, όπως είναι οι τροποποιήσεις στον αυτισμό σε ό,τι αφορά τα κριτήρια διάγνωσης, αλλά και τον

ΘΩΜΑΣ Η ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

γενικό όρο του ([HTTP://ASPERGERHELLAS.BLOGSPOT.GR/2013/05/DSM.HTML#!/TCMBCK](http://ASPERGERHELLAS.BLOGSPOT.GR/2013/05/DSM.HTML#!/TCMBCK)), με αποτέλεσμα να παίρνει τη θέση του, η Διαταραχή Φάσματος του Αυτισμού.

Η Διαταραχή Φάσματος του Αυτισμού είναι ο νέος γενικός όρος του DSM-5, ο οποίος επεξηγεί και συμπεριλαμβάνει και τις τέσσερις υποκατηγορίες (Αυτισμός, Σύνδρομο Asperger, ΔΑΔ και μη αλλιώς προσδιοριζόμενες), οι οποίες αναφέρονταν στις προηγούμενες εκδόσεις ως ξεχωριστές διαταραχές ([HTTP://WWW.PSYCHIATRY.ORG/PSYCHIATRISTS/PRACTICE/DSM/DSM-5](http://WWW.PSYCHIATRY.ORG/PSYCHIATRISTS/PRACTICE/DSM/DSM-5)).

Η ΔΦΑ πλέον περιλαμβάνει τον χαρακτηρισμό «αυτισμό» του DSM-IV, αλλά και τις διάφορες διαταραχές που εντοπίζονται σε αυτήν την κατηγορία, χωρίς όμως να τις ορίζει διαφορετικά. Στη συνέχεια, εντοπίζονται οι διαφορές στα επίπεδα δυσκολίας του αυτισμού. ([HTTP://ASPERGERHELLAS.BLOGSPOT.GR/2013/05/DSM.HTML#!/TCMBCK](http://ASPERGERHELLAS.BLOGSPOT.GR/2013/05/DSM.HTML#!/TCMBCK)).

Τα χαρακτηριστικά που διαχωρίζουν τον αυτισμό από τις άλλες διαταραχές είναι δύο. Το πρώτο χαρακτηριστικό αφορά τις επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και τα ενδιαφέροντα στις δραστηριότητες και το δεύτερο, τα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την αλληλεπίδραση ([HTTP://WWW.PSYCHIATRY.ORG/PSYCHIATRISTS/PRACTICE/DSM/DSM-5](http://WWW.PSYCHIATRY.ORG/PSYCHIATRISTS/PRACTICE/DSM/DSM-5)). Η βαρύτητα χωρίζεται σε τρία επίπεδα: στο 1^ο αναφέρεται η ανάγκη για υποστήριξη, στο 2^ο η ανάγκη για ενίσχυση και στο 3^ο η ανάγκη για ειδικότερη ενίσχυση και υποστήριξη ([HTTP://ASPERGERHELLAS.BLOGSPOT.GR/2013/05/DSM.HTML#!/TCMBCK](http://ASPERGERHELLAS.BLOGSPOT.GR/2013/05/DSM.HTML#!/TCMBCK)). Η ΔΦΑ δεν μπορεί να διαγνωστεί ως διαταραχή, εάν δεν υπάρχουν τα δύο αυτά χαρακτηριστικά που προαναφέρονται, τα οποία είναι και τα βασικότερα ([HTTP://WWW.PSYCHIATRY.ORG/PSYCHIATRISTS/PRACTICE/DSM/DSM-5](http://WWW.PSYCHIATRY.ORG/PSYCHIATRISTS/PRACTICE/DSM/DSM-5)).

Άλλες αλλαγές που έγιναν στο DSM-5, αποτελούν τα αισθητηριακά ερεθίσματα (υπέρ και υπό ευαισθησία), τα οποία και συμπεριλαμβάνονται στην ομάδα των στερεοτυπικών συμπεριφορών και επαναλήψεων. Έπειτα, τα άτομα με δυσκολία στην κοινωνική επικοινωνία, αλλά και στις επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές κατατάσσονται στη διαταραχή της κοινωνικής επικοινωνίας.

Στο νέο αυτό εγχειρίδιο ορίζεται, ότι τα συμπτώματα που έχουν ως μέγιστη ηλικία εμφάνισης τα 3 έτη, θα πρέπει να είναι φανερά και κατά την παιδική ηλικία και να μην συγχέονται αναμεταξύ τους. Τέλος, η κάθε διάγνωση θα πρέπει να συνοδεύεται και από επιμέρους ελέγχους, σε δείκτες ικανοτήτων του κάθε ατόμου π.χ. άτομο με αυτισμό, αλλά και με επιληψία (WWW.AUTISMHELLAS.GR/).

4.2.3 ICD-10

Το ICD-10, για να διαγνώσει κάποια από τις παραπάνω διαταραχές πρέπει να παρουσιάζει συνολικά οκτώ σημεία. Η έναρξη των συμπτωμάτων πρέπει να εμφανιστεί πριν το τρίτο έτος της ηλικίας του παιδιού (Β. Μαυρέας κ.α., 1994).

4.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΝ ΤΟΝ ΑΥΤΙΣΜΟ

Υπάρχουν αρκετοί επαγγελματίες της υγείας που ενδιαφέρονται για τα άτομα με αυτισμό, ως προς την αναπτυξιακή τους πορεία:

1. Οικογενειακός γιατρός
2. Παιδίατρος - Ψυχίατρος
3. Κλινικοί ψυχολόγοι
4. Εκπαιδευτικός ψυχολόγος
5. Ειδικός παιδαγωγός
6. Λογοθεραπευτής
7. Εργοθεραπευτής
8. Κοινωνικός λειτουργός

Οικογενειακός Γιατρός

Ο οικογενειακός γιατρός είναι ο πρώτος από τους επιστήμονες που θα παρατηρήσει και θα ενημερώσει τους γονείς για τυχόν αλλαγές στο παιδί. Οι γιατροί αυτοί έχουν την

ειδικότητα του παθολόγου, με αποτέλεσμα να μην έχουν τις απαραίτητες γνώσεις, έτσι ώστε να καθοδηγήσουν τους γονείς σωστά και να τους παραπέμψουν σε έναν άλλο ειδικό.

Η φροντίδα της καλής υγείας του παιδιού ως προς τον εμβολιασμό ή και κάποια θεραπεία ασθενειών είναι ένα σοβαρό πρόβλημα, επειδή τα παιδιά αυτά δεν εμπιστεύονται εύκολα ξένους, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν μία έντονη αντίδραση. Τέτοιες ενέργειες είναι καλό να γίνονται μονάχα από ειδικούς που το παιδί εμπιστεύεται και έχει περισσότερη οικειότητα (L. Wing, 2000).

Παιδίατρος - Ψυχίατρος

Ο παιδίατρος - ψυχίατρος ήταν παλαιότερα υπεύθυνος για τη διάγνωση του αυτισμού, ενώ σήμερα, αυτοί που ασχολούνται με τη διάγνωση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών είναι οι εξειδικευμένοι κλινικοί ψυχολόγοι.

Οι παιδίατροι και οι παιδοψυχίατροι πλέον είναι εκπαιδευμένοι, έτσι ώστε και αν τους ζητηθεί διάγνωση για αναπτυξιακή διαταραχή να μπορούν να την πραγματοποιήσουν. Για μία πλήρη αξιολόγηση του περιστατικού, η ειδικότητα αυτών των επιστημόνων πρέπει να συμπεριλάβει ένα λεπτομερές ιστορικό της ανάπτυξης του παιδιού, τα ψυχολογικά επίπεδα και τη συμπεριφορά του και ό,τι άλλες εξετάσεις κρίνονται απαραίτητες για να κάνει.

Οι γονείς, έως ότου βγουν τα αποτελέσματα της διάγνωσης και μέχρι να τους τα ανακοινώσει ο ειδικός, έχουν ήδη προβληματιστεί για τις πιθανότητες ύπαρξης κάποιας αναπτυξιακής διαταραχής. Είναι δύσκολο ακόμη και για τον ειδικό να τους πει, πως το παιδί τους έχει μία σοβαρή αναπτυξιακή διαταραχή, γι' αυτό και πρέπει να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος και ειλικρινής μαζί τους, αλλά και να τους ενημερώσει για τις επιπτώσεις που θα έχει στο μέλλον (L. Wing, 2000).

Κλινικός Ψυχολόγος

Με τον αυτισμό και την αξιολόγηση των ικανοτήτων και μη, ασχολήθηκαν και οι κλινικοί ψυχολόγοι. Ως κύριο ενδιαφέρον τους ήταν τα χαρακτηριστικά, αλλά και η διάγνωση των αναπτυξιακών διαταραχών.

Ο κλινικός ψυχολόγος μπορεί να βοηθήσει μονάχα εάν έχει τις απαραίτητες γνώσεις στον τομέα της συμβουλευτικής, προσφέροντας στα άλλα άτομα - μέλη της οικογένειας και κυρίως τους γονείς, τη δυνατότητα να συνειδητοποιήσουν και να βοηθήσουν το παιδί τους στο μέλλον (L. Wing, 2000).

Εκπαιδευτικός Ψυχολόγος

Οι εκπαιδευτικοί ψυχολόγοι συμβουλεύουν τους δασκάλους των παιδιών με αυτισμό για τον τρόπο με τον οποίο μπορούν αυτά να ενταχθούν στα ειδικά διαμορφωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα. Ακόμη, συμμετέχουν σε διεπιστημονική ομάδα για τη λήψη αποφάσεων, που αφορά θέματα, όπως είναι η διδασκαλία του παιδιού με αυτισμό, αλλά και τη δημιουργία αναφοράς για τη δήλωση των εκπαιδευτικών αναγκών του παιδιού (L. Wing, 2000).

Ειδικός Παιδαγωγός

Οι ειδικοί παιδαγωγοί είναι υπεύθυνοι για τη διαχείριση των διαταραχών συμπεριφοράς, αλλά και της νοημοσύνης. Βοηθάει μεθοδικά και διακριτικά το παιδί, έτσι ώστε να βελτιωθεί η συμπεριφορά του. Επίσης, εντοπίζει και ενισχύει τις ικανότητές του, επιφέροντας την καλύτερη και ομαλή ένταξη στο κοινωνικό σύνολο τόσο για το ίδιο, όσο και για τους ανθρώπους που βρίσκονται κοντά του. Ακόμη, συμβάλει στη διάγνωση και προσφέρει αγωγή για τη βελτίωση της συμπεριφοράς και της κοινωνικής προσαρμογής (Σ. Σταμάτης, 1987).

Εργοθεραπευτής

Στην Ελλάδα υπάρχει μεγάλο ποσοστό ατόμων, που αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες, με αποτέλεσμα να χρειάζονται ειδική εκπαίδευση:

1. νοητική αναπηρία
2. κινητική αναπηρία
3. κάποια άλλη ασθένεια
4. μαθησιακές δυσκολίες
5. αυτισμός ή και κάποια άλλη διαταραχή ανάπτυξης

Σημαντική είναι η άμεση παρέμβαση με ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα. Ένας από τους βασικότερους στόχους είναι οι παιδιατρικές δραστηριότητες. Οι δραστηριότητες αυτές, οι οποίες χρησιμεύουν ως μέσο θεραπείας, ξεχωρίζουν τους εργοθεραπευτές από τους άλλους θεραπευτές. Ένα παιδί με αυτισμό ανακαλύπτει με τη βοήθεια του εργοθεραπευτή τις βασικές έννοιες, το περιβάλλον γύρω του, τα χρώματα, τα σχήματα, τα ζώα, τα συναισθήματά του, αλλά και των συνομηλίκων του. Ακόμη, βοηθάει στην εξέλιξη της λεπτής κινητικότητας, της σωστής στάσης του σώματος σε όρθια ή καθιστή θέση, μαθαίνει να ντύνεται με επιδεξιότητα και να τρώει.

Η εργοθεραπεία συμπεριλαμβάνει και τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Τα άτομα με αυτισμό διαφέρουν μεταξύ τους ακόμα και στην λειτουργικότητα, γι' αυτό είναι απαραίτητος ο σχεδιασμός, αλλά και η τήρηση ενός εξατομικευμένου προγράμματος. Τέλος, βοηθάει το παιδί να κοινωνικοποιηθεί και να ξεπεράσει τους φόβους του ενθαρρύνοντας και ενισχύοντας την αυτοπεποίθησή του (Ι. Βογινδρούκας, 2005).

Λογοθεραπευτής

Ο λογοθεραπευτής εμπλέκεται στη διάγνωση και την επανάληψη της αξιολόγησης και είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση των γονέων για τις φυσικές δυσκολίες που προκύπτουν, αλλά και για τις δυσκολίες που δημιουργεί η διαταραχή στον προφορικό λόγο του παιδιού με αυτισμό. Ακόμη, αποτελεί αρωγός στην αυτονομία του παιδιού και στη μετέπειτα κοινωνική βελτίωση της ζωής του. Παράλληλα, συμβουλεύει τους γονείς για

τους εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας του παιδιού με το άμεσο περιβάλλον και αποτελεί μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, που ασχολείται με το συγκεκριμένο παιδί.

Η παρέμβαση του λογοθεραπευτή και οι συνεδρίες του έχουν ως στόχο όχι την ίαση, αλλά τη βελτίωση των επικοινωνιακών δυσκολιών του παιδιού με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (Ι. Βογινδρούκας, 2005).

Κοινωνικός Λειτουργός

Τους κοινωνικούς λειτουργούς τους συναντάμε σε κοινωνικές και εθελοντικές υπηρεσίες, σε οργανώσεις ή ιδιωτικά γραφεία και βοηθούν τις οικογένειες στον τομέα των υπηρεσιών, αλλά και των νομικών ζητημάτων. Παράλληλα, ο κοινωνικός λειτουργός βοηθάει στην εύρεση εποικοδομητικών λύσεων και στο συντονισμό των διαφόρων κλινικών θεραπειών γύρω από το παιδί με αυτισμό.

Ο κοινωνικός λειτουργός επισκέπτεται την οικογένεια στο σπίτι και συνομιλεί με το περιβάλλον του παιδιού, ώστε να αποκτήσει μία βιωματική εικόνα της οικογένειας. Συχνό φαινόμενο αποτελεί η ντροπή που αισθάνονται οι γονείς, με αποτέλεσμα να αποστασιοποιούνται από τους γύρω τους. Επιπλέον, τους βοηθάει να αποβάλουν το στιγματισμό που έχουν δημιουργήσει, τόσο οι ίδιοι στον εαυτό τους, όσο και οι άνθρωποι που συναναστρέφονται. Ακόμη, η κοινωνική ένταξη των ατόμων με αυτισμό και οι εποπτείες στο σχολείο του παιδιού αποτελούν αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού (L. Wing, 2000).

4.4. ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

4.4.1 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ RETT

Το χαρακτηριστικό που διαφοροποιεί τον αυτισμό με το σύνδρομο Rett είναι ότι το σύνδρομο αυτό, συναντάται κυρίως μόνο σε κορίτσια, σε αναλογία 4 κορίτσια προς 1 αγόρι, ενώ ο αυτισμός συναντάται κυρίως στα αγόρια.

Στη διαταραχή Rett εμφανίζεται επιβράδυνση στην αύξηση της κεφαλής στην ηλικία 5 - 18 μηνών, κακός συντονισμός στις κινήσεις (με την απώλεια στην κίνηση των χεριών στην ηλικία 5 έως 30 μηνών) και απώλεια των κοινωνικών συναναστροφών με τους γύρω τους. Όμως όλα τα προηγούμενα, αποτελούν χαρακτηριστικά που δεν εμφανίζονται στον αυτισμό (Α. Γενά, 2002).

Επιπλέον, τα παιδιά με αυτισμό έχουν μεγαλύτερα ποσοστά απόκλισης στις νοητικές ικανότητες με ιδιαίτερα ποσοστά στη βαθμίδα του δείκτη νοημοσύνης και με μεγαλύτερη ικανότητα στις οπτικές και λεκτικές δεξιότητες. Η βλεμματική επαφή εκδηλώνεται εντονότερα στα παιδιά με σύνδρομο Rett, ενώ απουσιάζει στα παιδιά με αυτισμό. Τα παιδιά με αυτισμό έχουν στερεοτυπικές και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές με καλύτερο ρεπερτόριο, σε αντίθεση με τα παιδιά με σύνδρομο Rett (L. Schoenbrodt, 2003).

4.4.2 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Στην παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή υπάρχει φυσιολογική ανάπτυξη για μεγάλη περίοδο, έως και τα 2 πρώτα χρόνια της ζωής του, σε αντίθεση με τα παιδιά με αυτισμό, που η φυσιολογική τους ανάπτυξη δεν εξελίσσεται και τα συμπτώματα γίνονται εμφανή σε διάστημα μικρότερο των 2 πρώτων χρόνων της ζωής του (L. Schoenbrodt, 2003). Ακόμη, οι δύο διαταραχές διαφέρουν και ως προς την κλινική τους εικόνα αλλά και την πορεία (J. Cohen & R. Volkmar, 1989).

Στην αποδιοργανωτική διαταραχή μετά από τα δύο πρώτα χρόνια παρατηρείται παλινδρόμηση σε τομείς ανάπτυξης που έχει ήδη κατακτήσει το παιδί, όμως όχι μόνο στις κοινωνικές, αλλά και στις γλωσσικές του ικανότητες, καθώς επίσης και στους βασικούς τομείς, όπως είναι ο έλεγχος της ουροδόχου κύστης (Α. Γενά, 2002). Στην παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή οι κοινωνικές ικανότητες όμως, επηρεάζονται λιγότερο απ' ό,τι στον αυτισμό. Η έλλειψη της αυτοεξυπηρέτησης και του αυτοέλεγχου, για παράδειγμα στην χρήση της τουαλέτας, είναι σημαντικό στοιχείο της αποδιοργανωτικής διαταραχής. Παράλληλα, η γλώσσα δεν επηρεάζεται σημαντικά.

Τα παιδιά με την αποδιοργανωτική διαταραχή εμφανίζουν το φαινόμενο της παλινδρόμησης. Μπορεί εκεί που χρησιμοποιούσαν ολόκληρες προτάσεις, τώρα να εμφανίζουν αλαλία. Μη αναστρέψιμη είναι όμως, και η απώλεια των γλωσσικών ικανοτήτων. Όσον αφορά τις γλωσσικές ικανότητες, εμφανίζουν ομοιότητες, τόσο ως προς την ποιοτική μείωση της επικοινωνίας, όσο και των ελλειμμάτων στο σημασιολογικό και πραγματολογικό κομμάτι. Ένα ακόμα κοινό χαρακτηριστικό των δύο αυτών διαταραχών είναι τα προβλήματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στα επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς (L. Schoenbrodt, 2003).

4.4.3 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Τα παιδιά με σχιζοφρένεια εμφανίζουν αρκετά κοινά στοιχεία με τα παιδιά με αυτισμό. Κάποια από αυτά τα χαρακτηριστικά είναι:

- Η έκπτωση στις διαπροσωπικές σχέσεις
- Οι διαταραχές στο λόγο
- Η μείωση της συναισθηματικής έκφρασης
- Η αντίδραση στις περιβαλλοντικές αλλαγές

Όμως, υπάρχουν και αρκετές διαφορές ανάμεσα στις δύο διαταραχές, όσον αφορά:

- Τη διαφορά στην ηλικία εκδήλωσης
- Την κλινική τους εξέλιξη

Ο αυτισμός εκδηλώνεται πριν από το τρίτο έτος της ηλικίας του παιδιού, ενώ η Σχιζοφρένεια από το τρίτο έως και το δέκατο έκτο έτος της ηλικίας του παιδιού. Τα παιδιά με αυτισμό έχουν διαταραγμένο λόγο, μειωμένες κοινωνικές ικανότητες, αλλά και στερεοτυπικές συμπεριφορές. Στη Σχιζοφρένεια, υπάρχουν παραληρητικές ιδέες με παραισθήσεις και συναισθηματικές μειώσεις. Επιπλέον, δεν υπάρχει διαταραχή στη γλωσσική επικοινωνία, αλλά ούτε και στερεοτυπικές αντιδράσεις ή συγκεκριμένη δραστηριότητα (π.χ. αναβόσβημα λάμπας).

Παράλληλα, εμφανίζεται διαφορά στην ανταπόκριση των δύο διαταραχών, όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή και τις οικογενειακές καταστάσεις. Τα παιδιά με αυτισμό

παρουσιάζουν οικογενειακό ιστορικό με διαταραχές στη γνωστική και κοινωνική λειτουργία, ενώ η αγωγή των φαρμάκων δεν έχει και κάποιο αποτέλεσμα στα συμπτώματα (L. Sloman, 1991). Αντίθετα, οι ασθενείς με Σχιζοφρένεια, ανταποκρίνονται θετικά στα φάρμακα με νευροληπτική ουσία και το οικογενειακό ιστορικό τους περιλαμβάνει ψυχικές νόσους (L. Wing, 2000).

4.4.4 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

Τα παιδιά με Νοητική Υστέρηση παρουσιάζουν αρκετά κοινά στοιχεία με τα παιδιά με αυτισμό. Τα παιδιά με Βαριά Νοητική Υστέρηση εμφανίζουν αδυναμία στη συναισθηματική έκφραση, την προβολή αντίστασης σε αλλαγές και κυρίως σε περιβαλλοντικές, στερεοτυπικές αντιδράσεις και αντιδράσεις σε αισθητηριακά ερεθίσματα (L. Wing, 2000). Υπάρχουν όμως συγκεκριμένα, τρεις διαφορές μεταξύ τους:

1. Ως προς την επικοινωνία, τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν πολλά ελλείμματα στην κατανόηση του λόγου, με ιδιαίτερα προβλήματα στις αφηρημένες έννοιες, ενώ τα παιδιά με Νοητική Υστέρηση, ακόμα κι αν δεν έχουν κατορθώσει να αναπτύξουν λόγο, προσπαθούν να επικοινωνήσουν.
2. Ως προς την κοινωνική συμπεριφορά, τα παιδιά με Νοητική Υστέρηση δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες και παράλληλα, επιθυμούν τις κοινωνικές συναλλαγές, σε αντίθεση με τα παιδιά με αυτισμό, τα οποία είναι απομονωμένα.
3. Τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν ανομοιογενή καθυστέρηση, ενώ τα παιδιά με Νοητική Υστέρηση, εμφανίζουν πολλές δυσκολίες σε όλους τους βασικούς τομείς της ανάπτυξής τους (Α. Γενά, 2002).

4.4.5 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΩΦΩΣΗ

Τα παιδιά με αυτισμό δεν παρουσιάζουν προβλήματα ακοής. Η μη αντίδραση αυτών των παιδιών σε ακουστικά ερεθίσματα δημιουργεί την εντύπωση και το φόβο στους γονείς, ότι τα παιδιά τους είναι κωφά ή βαρήκοα. Αυτό οφείλεται σε μολύνσεις του αυτιού ή λόγω του ότι είναι βουλωμένα με βύσμα και δε δέχονται να τα καθαρίσουν οι γονείς,

γιατί τα παιδιά με αυτισμό είναι συνήθως ευαίσθητα σε αυτό. Αντίθετα τα παιδιά με κώφωση ή ακουστικές ανεπάρκειες δεν εμφανίζουν αυτιστικές διαταραχές ως αίσθηση στον καθαρισμό του αυτιού, παρά μόνο εκτελούν κινήσεις παρόμοιες με εκείνες των παιδιών με αυτισμό για να εκφραστούν. Αυτές οι κινήσεις όμως, δεν παρομοιάζονται με τις στερεοτυπικές κινήσεις των παιδιών με αυτισμό (Α.Γενά, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΑΧΥΤΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

5.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σημασία της γλώσσας και της επικοινωνίας και οι δυσκολίες που συναντώνται στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ)

Η ομιλία είναι ένα σύνολο ήχων, ένας συνδυασμός «φωνών» και για την ανάπτυξή της απαιτείται ένα επικοινωνιακό πλαίσιο, το οποίο συντίθεται από τους συνομιλητές (Ι. Βογινδρούκας κ.α., 2007).

Η γλώσσα αποτελεί το «εργαλείο» επικοινωνίας, με τη βοήθεια της οποίας, οι άνθρωποι ανταλλάσσουν μηνύματα, ώστε να πραγματοποιηθεί η κοινωνική αλληλεπίδραση. Παράλληλα, η Uta Frith υποστηρίζει ότι, *«ο λόγος είναι το μέσο που οδηγεί στην πλούσια εικόνα της ζωής και των πεποιθήσεων ενός τρίτου ανθρώπου, αλλά φαίνεται ότι αυτά τα πλούτη δεν είναι προσιτά στους ανθρώπους με αυτισμό, γι' αυτό και το επίπεδο επικοινωνίας που επιτυγχάνεται είναι εξαιρετικά δύσκολο»* (U. Frith, 1999).

Διακριτό χαρακτηριστικό των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών συνεπώς, αποτελεί η δυσκολία που συναντάται στην επικοινωνία και συγκεκριμένα, στην πραγματολογία, η οποία είναι συνυφασμένη με τη χρήση της γλώσσας (Ι. Βογινδρούκας κ.α., 2007). Ο λόγος των ανθρώπων με αυτισμό είναι ιδιόμορφος και η δυσκολία στην κατανόηση από τους άλλους γίνεται εμφανής, καθιστώντας το κομμάτι της πραγματολογίας, χαρακτηριστικό γνώρισμα και επικοινωνιακή μειονεξία τους (U. Frith, 1999).

Οι κοινωνικές δεξιότητες είναι πολύ σημαντικές και η προσχολική ηλικία αποτελεί τη χρονική στιγμή κατά την οποία, τα παιδιά μαθαίνουν τις βασικές δεξιότητες που είναι απαραίτητες για να επικοινωνήσουν με τους άλλους. Είναι μία χρονική στιγμή, που μαθαίνουν πώς να κάνουν φίλους, να αντιμετωπίζουν τους άλλους ανθρώπους και να επιδρούν κοινωνικά (C. Willis, 2006), καθώς η δημιουργία και η ανάπτυξη των σχέσεων

έχει ως στόχο την ένταξη και την ενσωμάτωση των ανθρώπων στην κοινωνία (Ε. Καλύβα, 2005).

Η απομόνωση του παιδιού με αυτισμό είναι ηχηρή στην πρώιμη παιδική ηλικία, δηλαδή στην ηλικία των 3 έως 5 ετών (U. Frith, 1999). Τα περισσότερα παιδιά με αυτισμό έχουν σημαντική δυσκολία στο να συμπεριφέρονται σωστά σε κοινωνικές καταστάσεις (C. Willis, 2006). Έτσι, η κοινωνικοποίηση καθίσταται με εμπόδια και συγκεκριμένα, εμφανίζονται δυσκολίες ως προς τον κατάλληλο τρόπο συμπεριφοράς και αντίδρασης προς τους άλλους (U. Frith, 1999), εφόσον δεν αναπτύσσουν τις κοινωνικές δεξιότητες με τον ίδιο τρόπο, όπως οι συνομήλικοί τους (C. Willis, 2006). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα παιδιά με αυτισμό να δέχονται κοινωνική απόρριψη και απομόνωση.

Τα κοινά χαρακτηριστικά για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων παρέμβασης

Οι διαφορές ανάμεσα στα προγράμματα παρέμβασης είναι μεγάλες, όμως όλα στοχεύουν στο να παρέχουν βοήθεια στο άτομο με αυτισμό, ώστε να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες που έχει (T. Passenger & C. Terrell, 2007).

Η πρόβλεψη για την πορεία των μικρών παιδιών με αυτισμό μπορεί να είναι αποτελεσματική, όταν οι επαγγελματίες γνωρίζουν και έχουν άριστη γνώση, τόσο για το κομμάτι του αυτισμού, όσο και για τον κατάλληλο τρόπο χρήσης και παροχής των προγραμμάτων παρέμβασης, ώστε να μπορούν να απαντήσουν στις παρακάτω σκέψεις και προβληματισμούς, σχετικά με:

1. Τις επιδράσεις του αυτισμού στο παιδί, την οικογένεια και τον ίδιο τον επαγγελματία.
2. Την κατανόηση του κόσμου και της ανάπτυξης του μικρού παιδιού με αυτισμό.
3. Τη γνώση και την εμπειρία γύρω από μία σειρά προγραμμάτων παρέμβασης και αποτελεσματικών τεχνικών παρατήρησης.
4. Την κατάλληλη εκπαίδευση για όλα τα μέλη, σχετικά με τις δυσκολίες που μπορεί να εμφανίσουν τα παιδιά με αυτισμό.
5. Την εμπειρογνωμοσύνη στον σχεδιασμό των προγραμμάτων για την ανταπόκριση στις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού (K. Wall, 2010).

Η επιλογή προγράμματος παρέμβασης

Αξίζει να σημειωθεί, ότι υπάρχουν διαφορετικές θεραπείες για τον αυτισμό, οι οποίες επικαλούνται συμπεριφορικές ή μη - φαρμακευτικές θεραπείες και οι γονείς θα χρειαστούν υποστήριξη και συμβουλές για την επιλογή του κατάλληλου προγράμματος για το παιδί τους.

Όσο νωρίτερα αρχίσει μια θεραπεία (σύμφωνα με απόψεις ειδικών, ακόμα και από την ηλικία των 18 μηνών), τόσο μεγαλύτερο θα είναι το ποσοστό επιτυχίας. Για την επιλογή του θεραπευτικού προγράμματος αποφασίζει η οικογένεια, ανάλογα με τη σοβαρότητα του αυτισμού, τις οικονομικές δυνατότητες, τις προτιμήσεις των μελών που την απαρτίζουν (T. Passenger & C. Terrell, 2007), καθώς επίσης, και τα προγράμματα που είναι διαθέσιμα στην περιοχή τους (K. Wall, 2010). Για τα καλύτερα επιθυμητά αποτελέσματα, είναι αναγκαίο να συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία όλοι όσοι συναναστρέφονται με το παιδί και πιο συγκεκριμένα, οι γονείς, οι φροντιστές και οι θεραπευτές του (Passenger & Terrell, 2007).

Για τη δόμηση ενός εξατομικευμένου προγράμματος εκπαίδευσης, πολύ σημαντικό και καίριο ρόλο διαδραματίζει η καλή διάγνωση και η αξιολόγηση (Γ. Κεκές κ.α., 2000). Επίσης, καθοριστικής σημασίας είναι η έγκαιρη παρέμβαση, η συχνότητα της θεραπείας, οι τρόποι δόμησης της εκάστοτε θεραπευτικής μεθόδου και το συνεργατικό κλίμα μεταξύ των οικογενειών και των ειδικών (Α. Γενά, 2002). Μία σφαιρική γνώση του αυτισμού δεν είναι αρκετή, γι' αυτό χρειάζεται να κατανοηθούν τα ατομικά και μοναδικά χαρακτηριστικά του ατόμου με αυτισμό (Γ. Κεκές κ.α., 2000).

5.2. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Η Συμπεριφορική Προσέγγιση, Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς (ABA) και η Γνωστική Προσέγγιση, Μέθοδος TEACCH, αποτελούν θεραπευτικές προσεγγίσεις των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών. Λόγω του ότι, αυτές οι μέθοδοι έχουν ως στόχο την ανάπτυξη και την τροποποίηση της συμπεριφοράς των παιδιών με αυτισμό, γίνεται αντιληπτό πως, μπορούν να απευθυνθούν σε μικρά παιδιά με σκοπό, η παρέμβαση να γίνει στα πρώτα στάδια των δυσκολιών που προκύπτουν (Ε. Καλύβα, 2005). Επιπλέον, γίνεται αναφορά και για τη Γνωστική/Αναπτυξιακή Προσέγγιση (J. Janzen, 1999).

5.2.1 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ - ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (ΑΒΑ)

Η συμπεριφορική προσέγγιση αναπτύχθηκε από ψυχολόγους συμπεριφοράς. Ο όρος «συμπεριφορά» ορίζεται, ως η οποιαδήποτε δραστηριότητα που μπορεί να παρατηρηθεί και να μετρηθεί.

Μελέτες έχουν διαπιστώσει, ότι υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερις βασικές αντιλήψεις εξέτασης, στην προσπάθεια κατανόησης της συμπεριφορά ενός ατόμου:

1. Συμπεριφορά είναι η επικοινωνία· μία λογική απάντηση σε μία τρέχουσα κατάσταση και μία προσπάθεια ρύθμισης των συνθηκών, που δεν ταιριάζουν με τις ανάγκες.
2. Η Συμπεριφορά είναι μία λογική αντίδραση στο περιβάλλον, στο οποίο για πρώτη φορά γίνεται προσπάθεια μάθησης.
3. Η Συμπεριφορά είναι μία προσπάθεια του εγκεφάλου να διατηρηθεί το ίδιο διεγερμένη ή σε ισορροπία. Οι επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές κινήσεις συμβαίνουν πιο συχνά, όταν το άτομο έχει βαρεθεί, αισθάνεται άγχος ή βρίσκεται σε υπερδιέγερση, με αποτέλεσμα οι συμπεριφορές που προκύπτουν να είναι διαφορετικές και πιο σύνθετες από τις δικές μας νευρικές συνήθειες.
4. Η Συμπεριφορά είναι μία εξωτερική έκφραση μίας ενεργητικής κατάστασης. Ο φόβος, η ανησυχία, το άγχος, η κούραση και η ασθένεια, μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά με τη μείωση της ανοχής και του ελέγχου. Σε γενικές γραμμές, τα προβλήματα συμπεριφοράς που εμφανίζονται σε αυτές τις περιόδους είναι αντανακλαστικά ως προς τη φύση και είναι δύσκολο να ερμηνευθούν (J. Janzen, 1999).

Το κίνημα του Συμπεριφορισμού μελετάει και αναλύει τη συμπεριφορά του ανθρώπου και των όντων, εντούτοις δε μένει στάσιμος ως επιστήμη. Εξελίσσεται και προσαρμόζεται, σύμφωνα με τις προόδους που δέχεται η κάθε εποχή, έχοντας τα δικά της χαρακτηριστικά.

Η Ανάλυση της Συμπεριφοράς αποτελεί την επιστήμη που έχει ως βασικό άξονα τη συμπεριφορά του ανθρώπου, επηρεασμένη και στηριζόμενη από το ρεύμα του Συμπεριφορισμού (Α. Γενά, 2002).

Η Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς ή αλλιώς ABA (Applied Behavior Analysis) (T. Passenger & C. Terrell, 2007), είναι μέρος του Συμπεριφορισμού και εξετάζει κατά κύριο λόγο τις επίκτητες αντιδράσεις, με κύριο σημείο αναφοράς την ανάπτυξη και την πρόοδο της ζωής του ανθρώπου (Α. Γενά, 2002). Αποτελεί δηλαδή, μία διαδικασία έρευνας, που χρησιμοποιείται από τους ψυχολόγους, για τη μελέτη της αλλαγής της συμπεριφοράς: μελετάει τις επιπτώσεις των διαφόρων εφαρμογών αυτών των αρχών συμπεριφοράς για να διδάξει σημαντικές δεξιότητες ή/ και να αλλάξει ή να εξαλείψει μία ανάρμοστη αντίδραση (J. Janzen, 1999). Οι απαντήσεις, που δίνονται μέσω των δεδομένων, συμβάλλουν στην επίλυση διαφόρων δυσκολιών, ατομικών και κοινωνικών (Α. Γενά, 2002).

Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς (ABA): Στοχοθεσία & Εφαρμογή

Σύμφωνα με την Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς, μία συμπεριφορά με θετικό περιεχόμενο που δέχεται ανταμοιβή, είναι πιο πιθανό να πραγματοποιηθεί κατ' επανάληψη, συγκριτικά με μία συμπεριφορά που δεν είναι κοινωνικά αποδεκτή και αγνοείται (T. Passenger & C. Terrell, 2007). Συνεπώς, στόχος της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, αποτελεί η τροποποίηση μίας συμπεριφοράς μέσω της συστηματικής διδασκαλίας, που δεν είναι κοινωνικά αποδεκτή και παρατηρείται στο σπίτι, στο σχολείο και σε άλλα κοινωνικά πλαίσια. Η συμπεριφορά πρέπει να είναι συγκεκριμένη, ώστε να υπάρχει αντικειμενικός χαρακτήρας στην αλλαγή.

Η δυσκολία του παιδιού να διαχειριστεί πολλά ερεθίσματα, τα οποία προσδίδουν μία ολοκληρωμένη συμπεριφορά, δημιουργεί την ανάγκη διδασκαλίας της σε μικρά βήματα, ώστε η υιοθέτηση αυτής της συμπεριφοράς, να γίνει πιο εύκολη (Ε. Καλύβα, 2005). Έτσι, η εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθόδου βασίζεται στη διάσπαση των πολύπλοκων δεξιοτήτων, που διαμορφώνουν μία ενέργεια και για την επίτευξη των δεξιοτήτων της καθημερινότητας, απαιτείται η διδασκαλία τους σε μία προς μία κίνηση, χρησιμοποιώντας πάντα μία θετική ενίσχυση, όταν αυτή επιτυγχάνεται.

Η μέθοδος Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς αποτελεί μία προσέγγιση, που πραγματοποιείται σε εντατικά διαστήματα. Η εκπαίδευση των παιδιών διαρκεί κάθε εβδομάδα 30 με 40 ώρες, ένα παιδί προς έναν εκπαιδευτή (T. Passenger & C. Terrell,

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

2007) και ξεκινάει από την προσχολική ηλικία, σε συνεργασία πάντα με τους γονείς (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011), οι οποίοι θα βοηθήσουν σημαντικά στην αντιμετώπιση, με την παροχή χρήσιμων συμπληρωματικών πληροφοριών (Ε. Καλύβα, 2005). Στο χώρο παρευρίσκονται και αρκετοί εκπαιδευμένοι επαγγελματίες.

Η διδασκαλία των βασικών δεξιοτήτων της καθημερινής ζωής διαρκεί μερικά χρόνια, με σταδιακή απόκτησή τους, η οποία βασίζεται στην ανταμοιβή της θετικής συμπεριφοράς και την αγνόηση της μη κοινωνικά αποδεκτής αντίδρασης (T. Passenger & C. Terrell, 2007).

Συμπεράσματα

Στο βιβλίο «Αυτισμός: Εκπαιδευτικές και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις», η Καλύβα Ε. αναφέρει ότι: *«Κάθε εκπαιδευτική δοκιμασία ακολουθεί πέντε βασικά στάδια που παραμένουν σταθερά ανεξάρτητα από τη δεξιότητα που αποτελεί τον τελικό στόχο»*, (Ε. Καλύβα, 2005). Πιο συγκεκριμένα:

1. Ο δάσκαλος ή ο θεραπευτής παρουσιάζει μία σύντομη και σαφή οδηγία ή ερώτηση, που αποτελεί το ερέθισμα.
2. Η οδηγία συνοδεύεται από προτροπή για την παραγωγή της σωστής αντίδρασης.
3. Το παιδί αντιδράει σωστά ή λανθασμένα.
4. Ο δάσκαλος ή ο θεραπευτής αντιδράει κατάλληλα στη συμπεριφορά που εκδήλωσε το παιδί. Ενισχύει και ανταμείβει τις σωστές αντιδράσεις με κάτι που αρέσει στο παιδί - κάτι φαγώσιμο, ένα παιχνίδι, αγκαλιές ή επαίνους - ενώ αγνοεί ή διορθώνει τις λανθασμένες αντιδράσεις.
5. Ο δάσκαλος ή ο θεραπευτής καταγράφει τις συμπεριφορές που παρατηρεί, με σκοπό να δημιουργήσει το προφίλ των ικανοτήτων που έχει το παιδί, προκειμένου να αποφασίσει ποιες δεξιότητες πρέπει να του διδάξει ακόμα και να τις οργανώσει με βάση το βαθμό δυσκολίας τους (Ε. Καλύβα, 2005).

Μετά την κατάκτηση των δεξιοτήτων, ακολουθεί η γενίκευσή τους σε άλλα περιβαλλοντικά πλαίσια και καταστάσεις (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011).

5.2.2 ΜΕΘΟΔΟΣ TEACCH

Η ονομασία της μεθόδου TEACCH προέρχεται από τις αγγλικές λέξεις «Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children», δηλαδή, «Αντιμετώπιση και Εκπαίδευση Παιδιών με Αυτισμό και συναφείς Επικοινωνιακές Μειονεξίες» (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011) και προφέρεται, όπως ακριβώς η αγγλική λέξη «teach», που σημαίνει «διδάσκω», αντικατοπτρίζοντας τον παιδαγωγικό χαρακτήρα αυτής της μεθόδου.

Οι αρχές του προγράμματος TEACCH προσδιορίζονται στα μέσα της δεκαετίας του '60, υποστηρίζοντας ότι ο αυτισμός αποτελεί μία διαταραχή αντίληψης με βιολογικά αίτια (A. Häussler, 2012).

Η θεραπευτική προσέγγιση TEACCH άρχισε το 1964 (Γ. Κεκές κ.α., 2000) και καθιερώθηκε το 1972, στο Πανεπιστήμιο της Βόρεια Καρολίνας (J. Janzen, 1999) από τον Eric Schopler και την ομάδα του και είναι γνωστή για το σχεδιασμό και την αντιμετώπιση των αναγκών των παιδιών και ενηλίκων με αυτισμό, ώστε να υπάρχει στη ζωή τους μία δομή (K. Wall, 2010). Αποτελεί μία ολοκληρωμένη προσέγγιση που περιλαμβάνει τη διάγνωση, την αντιμετώπιση, την κατάρτιση στο επαγγελματικό κομμάτι και τον τρόπο ζωής των ανθρώπων με αυτισμό (Ε. Καλύβα, 2005). Ξεκινάει από την προσχολική φάση και συνεχίζει μέχρι την ενηλικίωση (K. Wall, 2010). Συνεπώς, η μέθοδος TEACCH είναι ένα δομημένο μοντέλο διδασκαλίας με περιεκτική και εξαιρετική κατάρτιση για τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς (Janzen, 1999).

Το TEACCH, βασίζεται σε κάποιες αρχές θεραπείας του συμπεριφορισμού και στοχεύει στη χρήση του μέγιστου βαθμού των δυνατοτήτων και των δεξιοτήτων των παιδιών με αυτισμό (Ε. Καλύβα, 2005), είναι δηλαδή μία Συμπεριφορική θεραπεία με συνειδητή χρήση των αρχών μάθησης (A. Häussler, 2012).

Ο αυτισμός δεν οφείλεται μόνο σε οργανικούς παράγοντες, που έχουν ως αποτέλεσμα την απουσία των γνωστικών δεξιοτήτων. Παράλληλα, χαρακτηρίζεται και ως αναπτυξιακή διαταραχή, λόγω των δυσκολιών που εμφανίζονται στην κοινωνική αλληλεπίδραση (Γ. Κεκές κ.α., 2000).

Ένα από τα κύρια γνωρίσματα της μεθόδου TEACCH είναι η εξέλιξη. Για το λόγο αυτό, εξελίσσεται, ώστε να προσαρμόζεται κατάλληλα στις ανάγκες των ανθρώπων με αυτισμό.

Επιπλέον, ακολουθεί τη Γνωστική Ψυχολογία και τη Νευροψυχολογία, καθώς η λειτουργία του εγκεφάλου αποτελεί τον παράγοντα επιρροής της συμπεριφοράς που εξέρχεται. Η διδασκαλία των δεξιοτήτων δεν πραγματοποιείται μεμονωμένα, αλλά γίνεται σε συνδυασμό (Α. Häussler, 2012).

Ο κύριος στόχος του προγράμματος είναι η δημιουργία ενός γνωστού, προβλέψιμου και ήσυχου περιβάλλοντος από τους εκπαιδευτές, μέσω της συστηματικής διδασκαλίας του παιδιού, ώστε να έχει τη δυνατότητα να γνωρίσει και να κατανοήσει το περιβάλλον, καθώς επίσης να ζήσει με ασφάλεια, να αξιοποιήσει και να εξασκήσει τις δεξιότητές του. Το κάθε παιδί έχει το δικό του χώρο εργασίας για να πραγματοποιεί τις δραστηριότητές του· ένα χώρο με όρια που θα προσφέρει στο παιδί την ικανότητα να εντοπίζει με ευκολία το χώρο στον οποίο θα πρέπει να οδηγηθεί, ώστε να τελειώσει μία δραστηριότητα.

Η δημιουργία ενός εξατομικευμένου περιβάλλοντος με ενδείξεις οπτικού χαρακτήρα, μπορεί να καλύπτει τις ανάγκες του κάθε παιδιού με το δικό του καθημερινό πρόγραμμα, αλλά και παράλληλα, υπάρχει η δυνατότητα δημιουργίας ενός προγράμματος, μέσω του οποίου θα έρχεται το παιδί σε επαφή με άλλα παιδιά (Ε. Καλύβα, 2005).

Πριν από την παρέμβαση, απαιτείται η αναγνώριση και η κατανόηση του αυτισμού με γνώσεις, που αφορούν τις αιτίες, τις συμπεριφορές, τα χαρακτηριστικά και τις ιδιαιτερότητες του τρόπου αντίληψης και επεξεργασίας των ερεθισμάτων που δέχονται, για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη προσέγγιση.

Κυρίαρχο ρόλο σε αυτή τη μέθοδο έχουν και οι γονείς, οι οποίοι συμμετέχουν ενεργά, ώστε να διδαχθούν πώς να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τις στρατηγικές για τον τρόπο εκπαίδευσης του παιδιού με αυτισμό. Έτσι, η συνεργασία των ειδικών με τους γονείς κρίνεται απαραίτητη. Οι πληροφορίες και οι παρατηρήσεις που συλλέγουν οι γονείς βοηθούν στην επίτευξη των παιδαγωγικών και θεραπευτικών στόχων και προσπαθειών, που δεν είναι άλλες από το να μπορούν τα παιδιά με αυτισμό να ανταπεξέρχονται στις απαιτήσεις της ζωής και να δρουν ανεξάρτητα.

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902**ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678****ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400****ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925**

Χαρακτηριστικό γνώρισμα της μεθόδου TEACCH αποτελεί και το δομημένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Η δόμηση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος δε δημιουργεί περιορισμό και ακαμψία. Αντίθετα, προωθεί την ευελιξία, την εξέλιξη και την ενίσχυση μίας συμπεριφοράς και δράσης με οργάνωση και κανόνες, που διακρίνονται από σαφήνεια και ακρίβεια και χαρακτηρίζονται από εξατομίκευση, ώστε να προσαρμόζονται στις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού με αυτισμό. Επιπλέον, μέσω της δόμησης ενισχύεται η μάθηση, η αντίληψη και η κατανόηση. Παρ' όλ' αυτά, η δόμηση του εκπαιδευτικού προγράμματος δεν εξαλείφει όλες τις δυσκολίες που εμφανίζονται.

Η επικοινωνία με παραγωγή λόγου θεωρείται άλλος ένας κεντρικός άξονα της μεθόδου TEACCH. Η οπτικοποίηση των ερεθισμάτων αποτελεί παράλληλα, μία χρήσιμη και εναλλακτική μέθοδο για την εκπαίδευση των παιδιών με αυτισμό, μέσω της οποίας η επεξεργασία των πληροφοριών που λαμβάνουν είναι πιο απλή και αποδοτική, συμβάλλοντας θετικά στην ενίσχυση της μνήμης. Θα πρέπει να επισημανθεί ακόμη, ότι, οι γνωστικές δεξιότητες του κάθε παιδιού βελτιώνουν και ενισχύουν την αντίληπτική του ικανότητα.

Η εφαρμογή της μεθόδου εμφανίζει πολλές δυσκολίες. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η προσεκτική εκτίμηση των ιδιαίτερων δεξιοτήτων των παιδιών και η ικανότητα ευελιξίας του ειδικού για μία καλύτερη αντιμετώπιση (A. Häussler, 2012).

Εξατομικευμένη εκπαίδευση και αντιμετώπιση

Τα θέματα και η δομή της εκπαίδευσης είναι απαραίτητο να προσαρμοστούν στις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε παιδιού, τα οποία προκύπτουν από την προσεκτική και εξατομικευμένη διάγνωση, όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω.

Η ύπαρξη δυνατοτήτων και δεξιοτήτων του παιδιού θα αποτελέσει την αφετηρία του εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος. Σε περίπτωση που δεν υπάρχουν θετικές συμπεριφορές ως βάση, θα είναι απαραίτητο να γίνουν αλλαγές στο περιβάλλον, ώστε το παιδί με αυτισμό να μπορέσει να ανταπεξέλθει.

Είναι απαραίτητο να υπάρχει ένας θεραπευτής, ο οποίος θα είναι καταρτισμένος με σφαιρικές γνώσεις πολλών ειδικοτήτων, ώστε να έχει τη δυνατότητα να κατευθύνει τόσο

το εκπαιδευτικό πρόγραμμα του παιδιού, όσο και τους άλλους επαγγελματίες που συμμετέχουν σε αυτό, με γνώσεις γύρω από μεθόδους και συστήματα που σχετίζονται με τη δική τους ειδικότητα (Α. Häussler, 2012). Θα αποτελέσει δηλαδή, τον αρωγό που θα στηρίζει την εκπαίδευση μέσα στο οργανωμένο πλαίσιο (Γ. Κεκές κ.α., 2000).

Εξατομικευμένη είναι και η δομή της εκπαίδευσης, η οποία περιβάλλει το πλαίσιο μέσα στο οποίο επιτυγχάνεται ο τρόπος μάθησης και κατανόησης των παιδιών με αυτισμό.

Οι δυνατότητες και οι δεξιότητες του παιδιού με αυτισμό θα καθορίσουν το πρόγραμμα εκπαίδευσής του, οι οποίες θα αξιοποιηθούν και στη συνέχεια, θα εξελιχθούν κατάλληλα. Θα υπάρξουν δυσκολίες και γι' αυτό θα είναι απαραίτητο να προσαρμοστούν κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να υπάρχει μία μικρή λειτουργικότητα, ακόμα και μέσα από αυτές. Παράλληλα, οι δεξιότητες των γονέων και των ειδικών είναι σημαντικές και καθοριστικές για την εξατομικευμένη εκπαίδευσή τους.

Η φροντίδα και η εκπαίδευση των ανθρώπων με αυτισμό δε σταματάει ποτέ, εφόσον οι ανάγκες δε μένουν στάσιμες, αλλά μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου. Η ύπαρξη ηλικιακά κατάλληλων ιδρυμάτων συμβάλλει αποτελεσματικά σε αυτό το έργο (Α. Häussler, 2012).

Η δομή του εκπαιδευτικού προγράμματος

Η μέθοδος TEACCH περιλαμβάνει μία λίστα που αφορά τον εντοπισμό ασαφειών, μέσω της οποίας λαμβάνουμε πληροφορίες για το αν το εξατομικευμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα χρειάζεται αλλαγές. Η λίστα αυτή περιλαμβάνει:

1. τα ιδιαίτερα στοιχεία της κατάστασης με ερωτήσεις
2. σημείωση ενός Ναι ή Όχι μετά την ερώτηση
3. τυχόν Παρατηρήσεις πάνω στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Έτσι, λαμβάνουμε πληροφορίες σχετικά με πέντε τομείς:

1. τον Προσανατολισμό στο Χώρο
2. τον Προσανατολισμό στο Χρόνο

3. την Οργάνωση της εργασίας/ Αυτόνομη απασχόληση
4. τις Οδηγίες και τα υλικά
5. τις Διαδικασίες ρουτίνας (A. Häussler, 2012).

1. Δόμηση του χώρου

Η δόμηση του χώρου αφορά τον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται το δωμάτιο, ακόμη και ολόκληρος όροφος από τους ειδικούς. Αφορά τη σχέση που πρέπει να υπάρχει ανάμεσα στα αντικείμενα που βρίσκονται μέσα στο χώρο, τους ανθρώπους που ενεργούν εκεί (A. Häussler, 2012), καθώς και τις δραστηριότητες των προγραμμάτων, οι οποίες είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν μέσω των κατάλληλων συνθηκών που έχουν δημιουργηθεί (Γ. Κεκές κ.α., 2000). Παράλληλα, η αφαίρεση εμποδίων, η κάλυψη των παραθύρων με χαρτιά, αποτελούν με τη σειρά τους μέρος της δομημένης περιοχής.

Επιπλέον, η οριοθέτηση των χώρων σε περιοχές που χαρακτηρίζονται από σαφήνεια, επιτυγχάνεται με διάφορους τρόπους: έπιπλα, ράφια, κινητούς τοίχους, κουρτίνες, που χαρακτηρίζονται ως απτικά όρια σε συνδυασμό με οπτικές ενδείξεις, όπως μία κολλητική ταινία με χρώμα, τοποθετημένη στο πάτωμα.

Η δόμηση του χώρου περιλαμβάνει και την επισήμανση του κάθε ξεχωριστού πλαισίου με κατάλληλο εξοπλισμό, ώστε στον κάθε χώρο να πραγματοποιούνται συγκεκριμένες δραστηριότητες. Η επισήμανσή τους μπορεί να γίνει και με γραπτές καθοδηγήσεις ή με εικόνες, αλλά και με κάρτες που υποδεικνύουν το χώρο στον οποίο οφείλουμε να παρευρεθούμε, για να πραγματοποιήσουμε τη συγκεκριμένη δραστηριότητα που μας έχει ανατεθεί.

Επιπλέον, η επισήμανση «θέσεων» αποτελεί μία σημαντική παράμετρο για την καθοδήγηση και τη διάταξη του παιδιού σε ένα χώρο που υπάρχουν και άλλα παιδιά (A. Häussler, 2012). Ακόμη και η ένδειξη με ένα σύμβολο με το όνομα του παιδιού, θα βοηθήσει πολύ στην τοποθέτησή του μέσα στο χώρο (K. Wall, 2010), όπως επίσης και η φωτογραφία του στη θέση που αναγράφεται το όνομά του (Ε. Καλύβα, 2005). Οι δεξιότητες μνήμης και η ιδιαίτερη εξέταση των πληροφοριών οπτικού περιεχομένου, που διαθέτουν τα παιδιά με αυτισμό, βοηθάνε πολύ στην μάθηση και τη παρατήρηση όλων αυτών των μεθόδων για τη δόμηση του περιβάλλοντος (Ε. Γκονέλα, 2006).

Ο φωτισμός του χώρου, οι θόρυβοι που πιθανόν να προέρχονται από τις συσκευές ηλεκτρισμού αποτελούν παραμέτρους, που θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν για τυχόν αλλαγές, ώστε να επέλθει η καλύτερη δομή του χώρου.

Η κατάλληλη και οργανωμένη δόμηση του χώρου αφορά και τα εξωτερικά πλαίσια: κήπος, δρόμος (Α. Häussler, 2012).

Συνεπώς, ο τρόπος με τον οποίο ο εκπαιδευτικός θα διαμορφώσει το χώρο στον οποίο θα πραγματοποιηθούν οι δραστηριότητες του παιδιού με αυτισμό, θα εξαρτηθεί από τις δυνατότητες του ίδιου του παιδιού.

Επιπλέον, η θέση του εκπαιδευτικού μέσα στο χώρο θα πρέπει αν είναι έτσι ώστε, να μπορεί να παρατηρεί όλα τα παιδιά που βρίσκονται μέσα στο χώρο, ειδικά όταν πραγματοποιούνται τα ομαδικά προγράμματα (Ε. Καλύβα, 2005).

2. Δόμηση του χρόνου και του ημερήσιου προγράμματος

Τα ατομικά ή γενικά ημερήσια προγράμματα καθορίζουν το χρονικό διάστημα των γεγονότων που πρόκειται να διεξαχθούν, το αν αποτελούν βοηθοί εν κινήσει ή παραμένουν στάσιμοι. Παράλληλα, καθορίζουν την ποσότητα των πληροφοριών που παρέχονται κάθε φορά.

Τα χρονικά προγράμματα μπορεί να είναι άμεσα ή έμμεσα, να παρέχουν δηλαδή πληροφορίες για κάτι που πρόκειται να συμβεί μέσα στη μέρα ή για κάποιο γεγονός που θα συμβεί αργότερα, για παράδειγμα σε ένα μήνα.

Η επιλογή ενός αντικειμένου που χρησιμοποιεί το ίδιο το παιδί, μπορεί να αποτελέσει ως επισήμανση μίας δραστηριότητας που θα πραγματοποιηθεί στη συνέχεια ή να γίνει χρήση ενός αντικειμένου που δεν το χρησιμοποιεί το ίδιο το παιδί, αλλά υποδηλώνει τη γενική χρήση του. Ακόμη, οι εικόνες, οι φωτογραφίες αποτελούν οπτικές επισημάνσεις για την υπόδειξη μίας δραστηριότητας που θα ακολουθήσει.

Η διάρκεια που θα έχει η κάθε δραστηριότητα καθορίζεται από τους χρονοδείκτες, οι οποίοι είναι είτε τα υλικά που θα δοθούν για την επίτευξη μίας δραστηριότητας, είτε ρολόγια και συγκεκριμένα, αντικείμενα που προσφέρουν οπτική ή ακουστική ένδειξη του

χρόνου, όπως είναι για παράδειγμα, οι κλεψύδρες (A. Häussler, 2012), το χρονόμετρο (E. Καλύβα, 2005) και τα ρολόγια μαγειρικής αντίστοιχα (A. Häussler, 2012).

3. Οργάνωση της εργασίας, προγράμματα εργασίας και συστήματα αυτόνομης απασχόλησης.

Η αυτονομία του ατόμου αποτελεί βασικό στόχο της μεθόδου TEACCH. Η δημιουργία εξατομικευμένων και κατάλληλα διαμορφωμένων και ειδικά προσαρμοσμένων χώρων με υλικά που επιτρέπουν την πραγματοποίηση των δραστηριοτήτων, δίνει τη δυνατότητα στην εύκολη πρόσβαση και λειτουργικότητα του ατόμου σε συνδυασμό με τον περιορισμό των ερεθισμάτων που πιθανώς να διασπάσουν την προσοχή του παιδιού με αυτισμό.

Παράλληλα, μέσα από τα ατομικά προγράμματα εργασίας, είναι απαραίτητο να δοθούν οι πληροφορίες που σχετίζονται με τις δραστηριότητες που πρέπει να πραγματοποιηθούν και βοηθούν το ίδιο το άτομο να δρα με τις δικές του ικανότητες για την αντιμετώπιση ενός γεγονότος. Υπάρχει η δυνατότητα δημιουργίας μίας λίστας με εργασίες που πρόκειται να υλοποιηθούν, με ακριβή οργάνωση και εναργή διατύπωση. Η λίστα με τις ενέργειες μπορεί να υλοποιηθεί και με εντολές σε εικόνα ή να γίνει χρήση κάποιου αντικειμένου ή συμβόλου για την αναπαράστασή της (A. Häussler, 2012) και πάντα υπάρχει αναγραφόμενη η ημερομηνία που πραγματοποιούνται οι δραστηριότητες (E. Γκονέλα, 2006).

Έτσι, μετά την είσοδο του παιδιού στο χώρο, το ίδιο το παιδί μπορεί να λάβει μία κάρτα που αφορά μία δραστηριότητα που γνωρίζει, κατευθυνόμενο στην κατάλληλη περιοχή που υποδεικνύεται. Όταν φτάσει στον επιτρεπόμενο χώρο, αφήνει την κάρτα μέσα σε ένα κουτί, που βρίσκεται στα αριστερά του, πραγματοποιεί τη δραστηριότητα που απεικονίζεται και με το που τελειώσει, τοποθετεί μέσα στο κουτί που βρίσκεται στα δεξιά του την κάρτα, που υποδηλώνει την ολοκλήρωση της εργασίας. Για να πραγματοποιήσει κάποια άλλη δραστηριότητα, θα πρέπει πάλι να κατευθυνθεί στο πρόγραμμα, να πάρει μία κάρτα και να ακολουθήσει τη διαδικασία που περιγράφηκε παραπάνω. Η μετακίνηση της κάρτας από το κουτί που βρίσκεται στα αριστερά, στο κουτί που βρίσκεται στα δεξιά είναι πολύ σημαντική και γίνεται πάντα με αυτόν τον τρόπο, ώστε να διευκολύνει την

κατανόηση του αριστερά-δεξιά (A. Häussler, 2012), καθώς η ικανότητα αυτή θα απαιτηθεί αργότερα, στην ανάγνωση και τη γραφή (K. Wall, 2010).

Συνεπώς, η δημιουργία τέτοιων προγραμμάτων ενεργειών και εργασιών προσφέρουν στο παιδί τη δυνατότητα να δρουν επαρκώς στην καθημερινότητά τους (Häussler, 2012).

4. Διαμόρφωση υλικού και οπτικά δομημένες εργασίες

Ιδιαίτερη προσοχή είναι απαραίτητο να δοθεί στην προτίμηση και τη δόμηση του υλικού, που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί σε μία εργασία, δημιουργώντας στο παιδί το ερέθισμα της ενασχόλησής του με αυτό, το οποίο μπορεί να επιτευχθεί, εφόσον γνωρίζουμε τα ενδιαφέροντα του παιδιού. Η καλύτερη δυνατή διεκπεραίωση μίας ενέργειας θα υλοποιηθεί και μέσω της εναργούς οπτικής δομής του υλικού με σαφείς οδηγίες, που αφορούν τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούνται τα υλικά που επιλέξαμε για την πραγματοποίηση των εργασιών (A. Häussler, 2012).

Επιπλέον, για την υλοποίηση μίας δραστηριότητας, είναι απαραίτητο να υπάρχουν στο χώρο μόνο τα υλικά που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν, έτσι ώστε το παιδί να μπορέσει να ανταποκριθεί με επιτυχία, χωρίς να χρειάζεται υποστήριξη (K. Wall, 2010) και παράλληλα, να αποφευχθεί η διάσπαση προσοχής του (Ε. Καλύβα, 2005). Με αυτό τον τρόπο κερδίζει σιγά σιγά την ανεξαρτησία του (K. Wall, 2010).

5. Δραστηριότητες ρουτίνας ως βοηθήματα για τη δόμηση

Οι ρουτίνες με δομή και σταθερότητα προσφέρουν σε ένα παιδί με αυτισμό, ασφάλεια και έλεγχο του γεγονότος που διαδραματίζεται, καθώς βασίζονται σε σταθερές συνθήκες του χώρου. Υπάρχει βέβαια και η δυνατότητα μεταβολής και εξοικείωσής του σε καινούριες συνθήκες.

Οι ρουτίνες, που μπορεί να είναι κάποιο τραγούδι για καλωσόρισμα, προσαρμόζονται κατάλληλα στο ημερήσιο εξατομικευμένο πρόγραμμα του παιδιού, εφόσον αποτελούν ένα πολύ χρήσιμο αρωγό, προσφέροντας ασφάλεια και σταθερότητα στο παιδί με αυτισμό και παράλληλα, να τις χρησιμοποιήσουμε για την απόκλιση συμπεριφορών που δεν είναι κοινωνικά αποδεκτές (A. Häussler, 2012), όπως είναι οι

έντονες εκδηλώσεις άγχους και στρες. Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή, καθώς η υπέρμετρη εξάρτηση από τις δομές μπορεί να προκαλέσει την απαίτηση δομών σε κάθε πτυχή της ζωής του παιδιού (K. Wall, 2010).

Συμπεράσματα

Η προσεκτική αξιολόγηση των ικανοτήτων θα οδηγήσει στη δημιουργία ενός εξατομικευμένου διδακτικού προγράμματος, που θα ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού (Ε. Καλύβα, 2005).

Η δόμηση του περιβάλλοντος θα βοηθήσει την οργάνωση του χώρου με τα αντικείμενα και τα πρόσωπα που βρίσκονται εκεί, καθώς επίσης και τα μέσα αρωγής που χρησιμοποιούνται για την ενίσχυση του προσανατολισμού μέσα στο χώρο (Α. Häussler, 2012) σε ένα σταθερό και προβλέψιμο περιβάλλον, που αποτελεί για τα παιδιά με αυτισμό ένα πολύ θετικό στοιχείο.

Ανάμεσα στους ειδικούς και τους γονείς είναι απαραίτητη η ανάπτυξη συνεργασίας, ώστε οι δραστηριότητες που πραγματοποιούνται στους χώρους θεραπείας να συνεχίζονται και στο σπίτι (Ε. Καλύβα, 2005) και οι εκπαιδευτές με τη βοήθεια των γονέων να μπορούν να αναζητούν και να επιλέγουν, σε αυτό το σημείο, τα παιχνίδια που θα είναι ηλικιακά κατάλληλα και θα διεγείρουν το ενδιαφέρον του παιδιού, ώστε να αναπτυχθούν και να εξελιχθούν οι κοινωνικές δεξιότητες (Γ. Κεκές κ.α., 2000). Παράλληλα, το είδος και η ποιότητα του υλικού που χρησιμοποιείται πρέπει να επιλέγεται με προσοχή.

Η πραγμάτωση και η εξέλιξη των διαδικασιών καθορίζονται από το χρόνο συντονισμού και τη σειρά της βαρύτητας που δίνεται στα γεγονότα (Α. Häussler, 2012). Για παράδειγμα, οι δραστηριότητες του παιδιού είναι απαραίτητο να πραγματοποιούνται με σταδιακή αύξηση του χρόνου ενασχόλησης με αυτές, ώστε το παιδί σιγά σιγά να αρχίσει να προσαρμόζεται στο διάστημα που απαιτείται (Γ. Κεκές κ.α., 2000).

Για την καλύτερη ταξινόμηση των πληροφοριών, υπάρχουν τα χρονικά προγράμματα μέσα από τα οποία παρουσιάζεται το διάστημα που καθορίζει το πότε είναι απαραίτητο να συμβεί. Τα προγράμματα εργασίας δίνουν πληροφορίες σχετικά με το τι είναι υποχρεωμένος κάποιος να κάνει κάτι και με ποια σειρά. Τα προγράμματα οδηγιών

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

σχετίζεται με την εφαρμογή μίας ενέργειας με τον τρόπο που οφείλει να την πραγματοποιήσει το άτομο. Η σαφής χρονική σειρά με την οποία παρουσιάζονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες, αποτελεί τον κύριο στόχο των προγραμμάτων, προσφέροντας αποτελεσματικότητα και κατανόηση. Συνεπώς, η δόμηση του περιβάλλοντος και η δόμηση της εξέλιξης είναι αλληλένδετες (A. Häussler, 2012).

Και μέσα σε όλη αυτή την προσπάθεια δεν πρέπει να χάνονται οι αρχικοί στόχοι, δηλαδή, η ανάπτυξη της επικοινωνίας και η μάθηση (Γ. Κεκές κ.α., 2000). Επιπλέον, είναι απαραίτητο να υπάρχει ως σκέψη, ότι μία προσέγγιση δεν απευθύνεται με τον ίδιο τρόπο σε όλα τα παιδιά (A. Wall, 2010).

Μέσω της μεθόδου TEACCH, το παιδί θα μπορέσει να προσαρμοστεί στην κοινωνία, καθώς και να γνωρίσει νέες δεξιότητες, αλλά και συγχρόνως να βελτιώσει εκείνες που προϋπάρχουν (Ε. Καλύβα, 2005), γιατί η αυτονομία αποτελεί βασικό παράγοντα αυτής της μεθόδου.

Τέλος, δε θα πρέπει να ξεχνάμε, πως οι ανταμοιβές μετά από την προσπάθεια του παιδιού για την πραγματοποίηση μίας δραστηριότητας, όπως είναι ένα χαμόγελο, μία αγκαλιά, ένα σοκολατάκι ή μία καραμέλα, αλλά και ένα «μπράβο» είναι πολύ σημαντικά και ενισχύουν τις προσπάθειες των παιδιών (Ε. Γκονέλα, 2006).

5.2.3 ΓΝΩΣΤΙΚΗ/ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Λίγα λόγια για τη Γνωστική/Αναπτυξιακή Προσέγγιση

Σύμφωνα με τους υποστηρικτές της Γνωστικής/Αναπτυξιακής Προσέγγισης, η συμπεριφορά ενός ατόμου επηρεάζεται από τις περιβαλλοντικές συνθήκες και από το τι γνωρίζει αυτό το άτομο ή τι πιστεύει ότι είναι αλήθεια για το περιβάλλον.

Η λέξη «γνωστικός» αναφέρεται στις νοητικές διεργασίες της γνώσης - αντίληψης, της μνήμης, της λογικής και της κρίσης. Η κατανόηση και οι πεποιθήσεις ενός παιδιού για το περιβάλλον, θα εξαρτηθεί από το στάδιο της γνωστικής ανάπτυξης που έχει κατακτήσει. Για παράδειγμα, αν ένα παιδί δεν έχει ακόμη κατακτήσει το στάδιο κατανόησης της αντίληψης των άλλων, θα ερμηνεύει τις πληροφορίες που λαμβάνει και θα συμπεριφέρεται με βάση τη δική του οπτική.

Αυτή η γνωστική/αναπτυξιακή προσέγγιση οδηγεί τους δασκάλους και τους γονείς στον προγραμματισμό ή τον σχεδιασμό του περιβάλλοντος, έτσι ώστε:

1. Το παιδί να έχει ευκαιρίες για να συμμετέχει σε δραστηριότητες που είναι ενδιαφέρουσες και απαιτητικές για το επίπεδο κατανόησής του και παράλληλα, να τονώνεται και να υποστηρίζεται το επόμενο βήμα του.
2. Η ανάπτυξη να προωθείται μέσω της ενεργού συμμετοχής και των αλληλεπιδράσεων με το πραγματικό περιβάλλον, έτσι ώστε, τα παιδιά να μάθουν μέσα από την πράξη.
3. Η ανατροφοδότηση να παρέχεται ως αποτέλεσμα των φυσικών και πραγματικών συνεπειών των προσπαθειών και των δράσεων του παιδιού.

Γνωστικές στρατηγικές διδασκαλίας είναι εκείνες που παρέχουν πληροφορίες με τρόπο που να αποσαφηνίζει την έννοια και την πρόληψη ή τη διόρθωση ψευδών πεποιθήσεων και να ενθαρρύνει τη σκέψη. Όταν οι γνωστικές στρατηγικές χρησιμοποιούνται για την παρέμβαση στον αυτισμό, οι οπτικές ικανότητες του παιδιού αντισταθμίζουν την αδυναμία του, ώστε να μπορέσει να αναλύσει και να συνειδητοποιήσει τις εκδηλώσεις του περιβάλλοντος, να αναλύσει τις δυσκολίες που προκύπτουν και να προβεί σε κρίσεις (J. Janzen, 1999).

5.3. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ

Οι Κοινωνικές Ιστορίες και ο Κύκλος των Φύλων αποτελούν προσεγγίσεις αντιμετώπισης των κοινωνικών δυσκολιών που βιώνουν καθημερινά τα παιδιά με αυτισμό και μπορούν να υλοποιηθούν και να εφαρμοστούν και στο σχολείο (Ε. Καλύβα, 2005).

5.3.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΙΣΤΟΡΙΕΣ

Ο όρος «Κοινωνικές Ιστορίες» διατυπώθηκε από την Carol Gray το 1994 και αποτελεί τον τρόπο αντιμετώπισης των δυσκολιών, κοινωνικών και επικοινωνιακών, που βιώνουν τα παιδιά στο φάσμα του αυτισμού (Ε. Καλύβα, 2005). Η αντιμετώπιση έγκειται

στην εκμάθηση μίας κοινωνικής συμπεριφοράς μέσω μίας ιστορίας, η οποία δίνει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, ώστε να περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο οφείλουμε να συμπεριφερόμαστε σε μία κοινωνική κατάσταση (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011).

Χαρακτηριστικά των Κοινωνικών Ιστοριών

Μία Κοινωνική Ιστορία παρουσιάζει μία περίπτωση που δεν είναι κοινωνικά αποδεκτή, δίνοντας κατανοητές οδηγίες για τις κατάλληλες κοινωνικές συμπεριφορές και αντιδράσεις. Οι Κοινωνικές Ιστορίες προσφέρουν στο παιδί τη δυνατότητα να μελετήσει τις καταστάσεις που περιγράφονται και να μάθει να διαχειρίζεται τα συναισθήματα που θα του προκαλέσουν άγχος ή επιθετικότητα.

Κάθε ιστορία πρέπει να είναι εξατομικευμένη και προσαρμοσμένη στην προσωπικότητα του κάθε παιδιού, καθώς οι δυσκολίες είναι διαφορετικές και περιλαμβάνει πληροφορίες, που αφορούν το χώρο που πραγματοποιούνται τα γεγονότα και τους πρωταγωνιστές της ιστορίας, την κοινωνική περίπτωση με τις κατάλληλες αντιδράσεις και τα συναισθήματα που προκαλεί στους άλλους ανθρώπους αυτή η κατάσταση.

Έχουμε τη δυνατότητα να δημιουργήσουμε τις ιστορίες με τέτοιο τρόπο που να έχουν τη μορφή βιβλίου, στο οποίο η κάθε σελίδα θα περιλαμβάνει μία με δύο προτάσεις και μία φωτογραφία ή εικόνα που θα αντιστοιχεί με το περιεχόμενο.

Η οπτικοποίηση των Κοινωνικών Ιστοριών διευκολύνει στην κατανόηση της περιγραφής μίας κατάστασης και αυξάνουν τις κοινωνικές δεξιότητες, αφού καθοδηγούν την ανάπτυξη της κοινωνικής γλώσσας και των δεξιοτήτων. Συγχρόνως, η διαδικασία ανάγνωσης της ιστορίας δίνει την ευκαιρία ανάπτυξης και ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

Σημαντικοί παράμετροι για επιτυχημένες Κοινωνικές Ιστορίες

Πριν τη δημιουργία και τη συγγραφή των Κοινωνικών Ιστοριών, οφείλουμε να μελετήσουμε τις παραμέτρους που θα μας οδηγήσουν στην επιτυχία:

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

1. Πρώτο βήμα αποτελεί ο εντοπισμός της μη κοινωνικά αποδεκτής συμπεριφοράς ή κατάστασης, στην οποία θα συμβάλει το στενό περιβάλλον του παιδιού, ώστε να δημιουργήσουμε μία ιστορία που θα αντιπροσωπεύει τις ιδιαιτερότητες του παιδιού μέσα σε ένα ασφαλές περιβάλλον (Ε. Καλύβα, 2005). Θα πρέπει να επισημανθεί ότι, στο πλαίσιο της Κοινωνικής Ιστορίας γίνεται επιλογή μόνο μίας συμπεριφοράς και είναι αυτή που προκαλεί μεγαλύτερη ανησυχία (S. Grigor et all., 2004).
2. Θα ακολουθήσει ο προορισμός και η ταυτοποίηση των συνθηκών ή των καταστάσεων, που προκαλούν τη μη επιθυμητή συμπεριφορά σε διάστημα 3-5 ημερών ή και περισσότερο, ανάλογα με το χρονικό διάστημα εμφάνισης αυτής της συμπεριφοράς, πάντα σε συνεργασία με το στενό περιβάλλον του παιδιού.
3. Έπειτα, ξεκινάει η σύνταξη της Κοινωνικής Ιστορίας με προτάσεις που περιγράφουν και δίνουν οδηγίες για μία μη επιθυμητή κατάσταση με τον κατάλληλο τρόπο αντιμετώπισης (Ε. Καλύβα, 2005). Οφείλουμε να είμαστε θετικοί και να αποφεύγουμε τη χρήση φράσης ή όρων που έχουν απόλυτο χαρακτήρα και υποδηλώνουν ρητή υποχρέωση (S. Grigor et all., 2004).
4. Το περιεχόμενο, το λεξιλόγιο και το μέγεθος των γραμμάτων της ιστορίας θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού. Γίνεται χρήση του α' προσώπου ενικού αριθμού, είτε στο παρόν (για κάτι που συμβαίνει), είτε στο μέλλον (για πρόληψη μίας συμπεριφοράς ή αντίδρασης). Όπως έγινε αναφορά και παραπάνω, είναι προτιμότερο να υπάρχει μία ή δύο προτάσεις σε κάθε σελίδα με την κατάλληλη απεικόνιση (εικόνα, φωτογραφία, σκίτσο) για καλύτερη κατανόηση της συμπεριφοράς, όπου αυτό είναι εφικτό.
5. Μετά το τέλος της συγγραφής της ιστορίας, ελέγχουμε το περιεχόμενο με τη βοήθεια του περιβάλλοντος του παιδιού.
6. Έπειτα, την διαβάζουμε στο παιδί δείχνοντάς του την κατάλληλη και κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά. Μπορεί να τη διαβάσει και μόνο του σε ένα ήρεμο μέρος, χωρίς θορύβους.
7. Όπως αναφέραμε, σκοπός της Κοινωνικής Ιστορίας είναι η μεταβολή της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς σε επιθυμητή. Μέσω των καταγραφών των αντιδράσεων του παιδιού, μπορούμε να διαπιστώσουμε εάν έχουν προκύψει οι

αλλαγές που επιθυμούσαμε. Γι' αυτό το λόγο, η ιστορία θα είναι καλό να διαβάζεται κάθε μέρα, ώστε να αποτελέσει τον θετικό ενισχυτή. Εάν περάσει διάστημα μεγαλύτερο των 2 εβδομάδων και δεν έχει επιτευχθεί ο στόχος, τότε ξεκινάμε να αλλάζουμε ένα δεδομένο κάθε φορά, ώστε να εντοπίσουμε τη δυσλειτουργία που έχει εμφανιστεί (Ε. Καλύβα, 2005) ή επικοινωνούμε με τον κατάλληλο επαγγελματία (S. Grigor et al., 2004).

8. Όταν επιτευχθεί ο αρχικός στόχος, προχωρούμε στη συντήρηση και τη γενίκευση της συμπεριφοράς, δημιουργώντας ένα πρόγραμμα και αποσύροντας μέρα με τη μέρα την κοινωνική ιστορία, ώστε να μην αποτελέσει στερεοτυπία. Σε ένα τελευταίο στάδιο ζητάμε από το παιδί να δημιουργήσει τη δική του κοινωνική ιστορία (Ε. Καλύβα, 2005).

Συμπεράσματα

Εν κατακλείδι, μέσω των ιστοριών με κοινωνικό περιεχόμενο, πραγματοποιείται η διδασκαλία δεξιοτήτων, που αφορούν την επικοινωνία και την κοινωνικοποίηση των ανθρώπων, τις κοινωνικές σχέσεις, όπως είναι η αναγνώριση και η κατανόηση των συναισθημάτων, της γνώμης των άλλων, με περιγραφή ενός συγκεκριμένου γεγονότος της καθημερινής ζωής.

Η κάθε ιστορία περιλαμβάνει τον τόπο («που»), τους ανθρώπους («ποιος»), το «τι συμβαίνει» και «γιατί συμβαίνει», μέσω των περιγραφικών προτάσεων που παρατίθενται. Στη συνέχεια, δίνονται οι προτεινόμενες προτάσεις, που έχουν ως στόχο την κατανόηση όλων όσων σκέφτονται και αισθάνονται οι άλλοι με αυτό που έχει συμβεί και στο τέλος, γίνεται αναφορά στις προτάσεις που έχουν σκοπό να διδάξουν τη σωστή αντίδραση και αντιμετώπιση.

Οι Κοινωνικές Ιστορίες περιέχουν εικονογραφημένες σελίδες, αλλά και μουσική και είναι απαραίτητο να είναι εξατομικευμένες. Μπορούν να δημιουργηθούν από τους ανθρώπους που βρίσκονται κοντά στο παιδί, ζουν μαζί και ασχολούνται (T. Passenger & C. Terrell, 2007).

5.3.2 ΚΥΚΛΟΣ ΤΩΝ ΦΙΛΩΝ

Χαρακτηριστικά του Κύκλου των Φίλων

Ο Κύκλος των Φίλων αποτελεί μία προσέγγιση που χρησιμοποιείται με σκοπό την ενσωμάτωση των παιδιών που αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τη διαχείριση των συναισθημάτων και των επιθυμητών συμπεριφορών.

Ο Κύκλος των Φίλων απαιτεί τη συμμετοχή συνομήλικων παιδιών, που θεωρούνται περισσότερο κοινωνικά ικανά, ώστε να κατανοήσουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με αυτισμό, στο κομμάτι της αλληλεπίδρασης. Διδάσκονται τους τρόπους με τους οποίους θα μπορέσουν να αποτρέψουν την μη επιθυμητή συμπεριφορά, μέσα σε ένα υποστηρικτικό πλαίσιο και περιβάλλον, που προάγει τη δημιουργικότητα. Παράλληλα, βοηθούν και ενθαρρύνουν τα παιδιά με αυτισμό να χειριστούν κοινωνικές καταστάσεις καθημερινότητας, να ενταχθούν πιο ομαλά στην εκπαιδευτική διαδικασία και να αναπτύξουν δεξιότητες κοινωνικότητας και επικοινωνίας.

Η λειτουργία του κύκλου αποτελεί ένα σύστημα παρέμβασης 12 συνεδριών με διάρκεια 30 λεπτά για μία φορά την εβδομάδα. Η διαδικασία πραγματοποιείται συνήθως, αφού ολοκληρωθούν τα μαθήματα, έτσι ώστε να μπορούν να συμμετέχουν τόσο οι εκπαιδευτικοί, όσο και οι μαθητές, καθώς επίσης και ο χώρος πραγμάτωσης του κύκλου να είναι έτοιμος.

Πριν την έναρξη κάθε συνεδρίας, πραγματοποιείται μία δραστηριότητα, που παραμένει σταθερή καθ' όλη τη διάρκεια της εκπαιδευτικής παρέμβασης, η οποία δημιουργεί ένα κλίμα ασφάλειας και σταθερότητας.

Η επιλογή των παιδιών που θα συμμετέχουν στον κύκλο, γίνεται από το δάσκαλο και βασικά κριτήρια επιλογής, αποτελούν η ευαισθητοποίηση των παιδιών, η σχέση μεταξύ των παιδιών, δηλαδή η σχέση που έχουν οι άλλοι μαθητές με τα παιδιά στο φάσμα του αυτισμού και η συγκατάθεση των γονέων.

Έπειτα, ακολουθεί η ενημέρωση των παιδιών που θα συμμετέχουν από τον εκπαιδευτικό, όσον αφορά το σκοπό του κύκλου και με ποιους τρόπους θα επιτευχθεί η κοινωνική αλληλεπίδραση με τα παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού. Έτσι, το

βοηθούν το να εφαρμόσει, να κάνει γενίκευση και να εδραιώσει τις συμπεριφορές και τις αντιδράσεις που αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια του κύκλου των φίλων.

Μετά την ολοκλήρωση της ενημέρωσης από τον εκπαιδευτικό, τα παιδιά σχηματίζουν καθισμένα έναν κύκλο, έχοντας μπροστά τους αντικείμενα που μοιάζουν μεταξύ τους, τα οποία θα χρησιμοποιήσουν για την πραγμάτωση κάποιων δραστηριοτήτων ή τη λήψη συμμετοχής σε λεκτικά παιχνίδια.

Τα παιδιά που έχουν επιλεγθεί και συμμετέχουν στον κύκλο, συμβάλλουν με την παρουσία τους, επιβραβεύοντας τα τακτικά. Στον Κύκλο των Φίλων, έχουν τη δυνατότητα συμμετοχής και τα παιδιά με αυτισμό που αντιμετωπίζουν δυσκολίες με το λόγο, καθώς ο στόχος είναι η ανάπτυξη της κοινωνικότητας.

Τα παιδιά που δεν έχουν επιλεγθεί σε αυτή την εκπαιδευτική διαδικασία, μπορούν να συμμετάσχουν σε έναν παράλληλο κύκλο, που λειτουργεί κατά τη διάρκεια των σχολικών ωρών και δε συμμετέχει τα παιδιά με αυτισμό. Αργότερα, μπορεί να γίνει και εναλλαγή των παιδιών των δύο κύκλων, ώστε όλοι να έχουν τη δυνατότητα να έρθουν σε επαφή και να γνωριστούν με τα παιδιά που είναι στο φάσμα του αυτισμού. Ιδιαίτερη προσοχή είναι καλό να δοθεί, σε περίπτωση που τα παιδιά, δείχνουν μέσω των αντιδράσεων και της συμπεριφοράς τους να μη δέχεται με θετικό τρόπο τις αλλαγές και έτσι να δημιουργούνται δυσκολίες.

Η επιλογή των δραστηριοτήτων είναι απαραίτητο να γίνεται με προσοχή και να είναι γνώριμες, καθώς ο στόχος του κύκλου είναι η καλλιέργεια δεξιοτήτων επικοινωνίας, μέσω της προσέγγισης και της διατήρησης της αλληλεπίδρασης με τα άλλα παιδιά, τα οποία λειτουργούν ως πρότυπα μίμησης και συμπεριφοράς (Ε. Καλύβα, 2005).

Κάποιες δραστηριότητες μπορούν να αφορούν απλές και καθημερινές ενέργειες που χρησιμοποιούνται στο σχολείο ή και στο σπίτι:

1. Οι χαιρετισμοί. Τα παιδιά μπορούν να δείξουν, ότι οι αγκαλιές για παράδειγμα είναι κατάλληλες για το επίπεδο των φίλων, αλλά όχι σε όλους.
2. Ζήτηση άδειας. Κατά τη διάρκεια του μαθήματος, όταν επιθυμούμε να συμμετάσχουμε, σηκώνουμε το χέρι και περιμένουμε.

3. Ζήτηση διευκρινίσεων. Σηκώνουμε το χέρι στο σχολείο και λέμε: «Με συγχωρείτε, δεν κατάλαβα».
4. Προσέγκυση της προσοχής. Διδάσκουμε πώς να πούμε «Συγγνώμη» και «Παρακαλώ», όπου δεν πρέπει για παράδειγμα να φωνάξουμε, να χτυπήσουμε κάποιον (S. Grigor et al., 2004).

Τέλος, όταν ο Κύκλος των Φύλων φτάνει στο σημείο της ολοκλήρωσης, ο εκπαιδευτικός οφείλει να ενημερώσει και να εξηγήσει στα παιδιά το λόγο για τον οποίο περατώνεται και να τους υποσχεθεί πως θα έχουν τη δυνατότητα να έρθουν σε επαφή με τα παιδιά σε κάποιο άλλο πλαίσιο.

Συμπεράσματα

Το ενδιαφέρον και η αφοσίωση, όλων όσων συμμετέχουν σ' αυτή τη διαδικασία, οδηγούν στην επίτευξη του σκοπού (Ε. Καλύβα, 2005).

5.4. ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η γλώσσα περιλαμβάνει τη δημιουργία λέξεων, την εκμάθηση κανόνων για το διαρκή συνδυασμό λέξεων και τη γνώση του σκοπού ή της αιτίας που γίνεται χρήση της γλώσσας. Η πραγματολογία είναι η ερμηνεία και η χρήση της γλώσσας σε ποικίλα πλαίσια. Η πραγματολογία και η επικοινωνία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες. Επικοινωνία δεν σημαίνει μόνο να έχει κάποιος την ικανότητα να μιλάει ή να τοποθετεί λέξεις σε σειρά καταλλήλως (Κ. Quill, 2005).

Οι άνθρωποι επικοινωνούν κυρίως για δύο λόγους. Ο πρώτος λόγος περιλαμβάνει την επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων, όπως η λήψη φαγητού ή συγκεκριμένου αντικειμένου, ενώ ο δεύτερος λόγος είναι κοινωνικής φύσης (κοινωνική αντίδραση) (Α. Bondy & L. Frost, 2001). Μέσω της επικοινωνίας «κοινωνούμε» ένα μήνυμα, δηλαδή δίνουμε τη δυνατότητα σε κάποιον άλλον να γνωρίζει ότι θέλουμε κάτι. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την προφορική ομιλία ή χωρίς αυτήν, με τη χρήση χειρονομιών, νευμάτων ή

με τη δήξη με το δάχτυλο, μιας εικόνας ή μιας λέξης. Η επικοινωνία ενέχει μια κοινωνική κατάσταση μεταξύ δύο ή περισσότερων ανθρώπων (εισηγητής - δέκτης). Πολλά άτομα με αυτισμό δυσκολεύονται στον τομέα της πραγματολογίας (K. Quill, 2005).

Αρκετά παιδιά με αυτισμό δεν χρησιμοποιούν λόγο, γι' αυτό είναι σημαντικό να βρεθεί ο κατάλληλος τρόπος για να επικοινωνήσουν, έστω και για τις καθημερινές - βασικές τους ανάγκες (Ε. Καλύβα, 2005). Όταν αντιλαμβανόμαστε ότι το παιδί εκδηλώνει ένα πρόβλημα συμπεριφοράς, εξαιτίας του ότι δυσκολεύεται να επικοινωνήσει, πρέπει να ψάξουμε και να διδάξουμε σε αυτό, εναλλακτικούς τρόπους με τους οποίους θα επικοινωνήσει το μήνυμά του (Α. Bondy & L. Frost, 2001).

Η μέθοδος της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς (ABA), καθώς επίσης και το TEACCH ενισχύουν την επικοινωνία και τη γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών με αυτισμό (Ε. Καλύβα, 2005). Ακόμη, για την παρέμβαση των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές, στα οποία υπολείπεται η γνώση του τι σημαίνει επικοινωνία, χρησιμοποιούνται και τα εναλλακτικά συστήματα επικοινωνίας (Ι. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008). Αυτές οι τεχνικές επικοινωνίας εφαρμόζονται είτε μεμονωμένα είτε μαζί με άλλες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις (Ε. Καλύβα, 2005). Τα εναλλακτικά συστήματα επικοινωνίας δεν βασίζονται μόνο στους βασικούς τρόπους επικοινωνίας (προφορική ομιλία, γραπτός λόγος). Πιο συγκεκριμένα, τα συστήματα εναλλακτικής επικοινωνίας έχουν σαν βάση τους την οπτική επικοινωνία, γι' αυτό το λόγο κάνουν χρήση εικόνων και συμβόλων (Ι. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008).

Τα πιο γνωστά εναλλακτικά προγράμματα είναι το PECS (Picture Exchange Communication System - Σύστημα Επικοινωνίας μέσω Ανταλλαγής Εικόνων) και το MAKATON, εκ των οποίων το καθένα έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα στη χρήση τους και διαφέρουν ως προς την αποτελεσματικότητά τους (Ε. Καλύβα, 2005). Ακόμη, η Λογοθεραπεία αποτελεί άλλη μία θεραπευτική προσέγγιση για τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (K. Wall, 2010), η οποία μπορεί να συνδυαστεί και με άλλα θεραπευτικά προγράμματα, όπως είναι η μέθοδος PECS (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011) και το MAKATON (K. Wall, 2010). Οι γονείς ή οι θεραπευτές επιλέγουν το σύστημα εναλλακτικής επικοινωνίας που θα ακολουθήσει το παιδί (Ε. Καλύβα, 2005).

Στο εκπαιδευτικό εγχειρίδιο του PECS, που έχει γραφτεί από τους A. Bondy και L. Frost αναφέρεται ότι: «Έρευνες που έχουν γίνει τα τελευταία 25 χρόνια, έχουν δείξει ότι τα εναλλακτικά συστήματα επικοινωνίας όχι μόνο δεν εμποδίζουν την ανάπτυξη της ομιλίας, αλλά αντίθετα ενισχύουν και προάγουν τις πιθανότητες ανάπτυξης ή βελτίωσης της» (A. Bondy & L. Frost, 2015).

Είναι, όμως, σημαντικό να επισημανθεί ότι οι προσεγγίσεις που αναφέρονται πιο πάνω δεν αποτελούν σε καμία περίπτωση θεραπεία του αυτισμού. Αποτελούν ένα βοηθητικό μέσο, έτσι ώστε τα παιδιά να μάθουν να ζητάνε κάποια πράγματα και να καλύπτουν τις βασικές τους ανάγκες (π.χ. να πίνουν νερό), για να γίνει αντιληπτό ότι τα παιδιά δε διδάσκονται τη σημασία της επικοινωνίας, αλλά ορισμένες βασικές δεξιότητες. Τέλος, δε διδάσκουν τα παιδιά να αρχίσουν ένα διάλογο με κάποιο άλλο πρόσωπο ή να μοιραστούν τα ενδιαφέροντα και τις σκέψεις τους (Ε. Καλύβα, 2005).

5.4.1 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συνεισφορά της Λογοθεραπείας στον αυτισμό

Οι λογοθεραπευτές είναι αυτοί που πραγματοποιούν εκτιμήσεις της ομιλίας και της γλώσσας για την ανάπτυξη ενός μικρού παιδιού με αυτισμό (Wall, 2010), καθώς η πρώτη και μεγαλύτερη προτεραιότητα είναι η αρχή των αλληλεπιδράσεων και της επικοινωνίας (J. Janzen, 1999).

Η κοινωνική επικοινωνία είναι πολύ περιορισμένη και με πολλά προβλήματα για τα παιδιά με αυτισμό. Έτσι, μπορεί να διεξαχθεί μία συνεδρία σε μικρές ομάδες (K. Wall, 2010) ή το παιδί να είναι στην αίθουσα με το λογοθεραπευτή μόνο του. Παράλληλα, η κατανόηση μη λεκτικών πληροφοριών, αποτελεί για τους λογοθεραπευτές άλλο έναν στόχο στη θεραπευτική προσέγγιση.

Η ανάπτυξη και η βελτίωση της βλεμματικής επαφής, η κατανόηση της κοινωνικής επικοινωνίας, οι εναλλαγές στον τόνο της φωνής και η σημασία τους είναι κάποιοι επιπλέον στόχοι που συγκροτούν το κομμάτι και την προσφορά της Λογοθεραπείας. Αυτοί οι στόχοι επιτυγχάνονται μέσω διαφόρων παιχνιδιών και δραστηριοτήτων που αναφέρονται παρακάτω (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011) και με τις

γνώσεις που διαθέτει ο λογοθεραπευτής, ενημερώνοντας τους γονείς για τις δυνατότητες του παιδιού, τόσο στο γλωσσικό, όσο και στο επικοινωνιακό κομμάτι (Ι. Βογινδρούκας & Δ. Sherratt, 2008). Η στενή συνεργασία με το περιβάλλον του παιδιού, θα βοηθήσει στην ανάπτυξη των κατάλληλων παρεμβάσεων και δραστηριοτήτων.

Συμπεράσματα

Οι λογοθεραπευτές θα πρέπει συνεπώς, να έχουν μια πλήρη κατανόηση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με αυτισμό, ώστε να δημιουργηθεί ένα αποτελεσματικό σύστημα επικοινωνίας, με το οποίο θα μπορούν να αλληλοεπιδρούν με τον κόσμο (Κ. Wall, 2010).

5.4.2 PECS

Το PECS (Picture Exchange Communication System - Σύστημα Επικοινωνίας μέσω Ανταλλαγής Εικόνων) αναπτύχθηκε το 1985, από τους Α. Bondy και L. Frost, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (S. Lennard - Brown, 2003). Το PECS είναι ένα πακέτο εκπαίδευσης ενισχυτικής εναλλακτικής επικοινωνίας, το οποίο αφορά παιδιά και ενήλικες με αυτισμό, που δεν έχουν λόγο και άλλες επικοινωνιακές δεξιότητες, με στόχο να αρχίσουν να αλληλοεπιδρούν και να επικοινωνούν (Ε. Καλύβα, 2005). Σήμερα, διδάσκεται σε άτομα που έχουν διάφορες διαγνώσεις και σε ποικίλα εκπαιδευτικά περιβάλλοντα (Α. Bondy & L. Frost, 2015). Το PECS απευθύνεται τόσο στους εκπαιδευτικούς και φροντιστές των παιδιών με αυτισμό, όσο και στους γονείς τους. Βασικός στόχος αυτού του προγράμματος είναι να διδάξει στα παιδιά να κάνουν σχόλια και να απαντούν ευθέως σε ερωτήσεις (Ε. Καλύβα, 2005).

Το πρωτόκολλο του PECS βασίζεται στην έρευνα και πρακτική εφαρμογή των αρχών της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς (Applied Behavior Analysis - ABA) (Ι. Βογινδρούκας & Δ. Sherratt, 2008). Η χρήση του PECS γίνεται σύμφωνα με συγκεκριμένες τεχνικές εκπαίδευσης, συστημάτων ενίσχυσης, τεχνικών διόρθωσης του λάθους και τεχνικών γενίκευσης για τη διδαχή κάθε δεξιότητας (Α. Bondy & L. Frost, 2015).

Η εξέλιξη του πρωτοκόλλου του PECS γίνεται παράλληλα με την τυπική ανάπτυξη της γλώσσας, δηλαδή πρωταρχικά διδάσκεται στο παιδί «πως» να αλληλοεπιδράσει ή ποιες είναι οι βασικές αρχές που διέπουν την επικοινωνία (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008). Μετέπειτα, τα παιδιά διδάσκονται να επικοινωνούν με τη βοήθεια συγκεκριμένων μηνυμάτων (A. Bondy & L. Frost, 2015).

Μέσω του PECS ο μαθητής διδάσκεται στην αρχή, να ανταλλάσσει μια εικόνα ενός αντικειμένου που επιθυμεί με ένα δάσκαλο, ο οποίος θα πρέπει να είναι σε θέση να ανταποκριθεί με άμεσο τρόπο στο αίτημα του παιδιού. Στο PECS δεν γίνεται χρήση λεκτικών προτροπών και έτσι η εκκίνηση γίνεται άμεσα και δεν υπάρχει εξάρτηση από βοηθήματα (Ε. Καλύβα, 2005). Στη συνέχεια, οι μαθητές διδάσκονται το συνδυασμό εικόνων, έτσι ώστε να μάθουν ποικίλες γραμματικές δομές, σημασιολογικές σχέσεις και λειτουργίες επικοινωνίας (A. Bondy & L. Frost, 2015). Πιο συγκεκριμένα, τοποθετούμε τις εικόνες σε ένα αυτοκόλλητο βιβλίο επικοινωνίας (ντοσιέ), απ' όπου ο μαθητής καλείται να ξεκολλήσει την εικόνα - λέξη για να τη δώσει στον σύντροφο επικοινωνίας. Στο βιβλίο της Kathleen Ann Quill παρατίθεται η άποψη των A. Bondy και L. Frost, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι: *«η ανταλλαγή ή η παράδοση της εικόνας στο δάσκαλο έκανε τη μέθοδο τους πιο επιτυχή από το αν απλά έβαζαν το παιδί να δείχνει την εικόνα»* (K. Quill, 2005).

Στο εγχειρίδιο που έχει γραφτεί από τους A. Bondy και L. Frost παρέχονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για το πως θα εφαρμοστεί αποτελεσματικά το PECS. Περιλαμβάνει αναλυτικά τις έξι φάσεις της εκπαίδευσης, καθώς επίσης και τα πρότυπα φύλλα στα οποία μπορεί κάποιος να καταγράψει τα δεδομένα και την πρόοδο του παιδιού (Ε. Καλύβα, 2005).

Προϋποθέσεις για να ξεκινήσει η διδασκαλία του PECS

Προτού ξεκινήσουμε να διδάσκουμε ένα παιδί να επικοινωνεί, είναι σημαντικό να σκεφτούμε ότι πρέπει να υπάρξει κάποιος λόγος για να μπει το παιδί στη διαδικασία να επικοινωνήσει. Δύο ευρείς λόγοι για να επικοινωνήσει κάποιος είναι: 1) για να λάβει συγκεκριμένα αντικείμενα ή δράσεις και 2) για να λάβει κοινωνικές ανταμοιβές, όπως προσοχή ή έπαινο (A. Bondy & L. Frost, 2001).

Για την εφαρμογή του PECS, είναι απαραίτητη η εύρεση ενισχυτών, οι οποίοι θα πρέπει να είναι ισχυροί, για να επικοινωνήσει το παιδί. Όταν διδάσκουμε λειτουργική επικοινωνία σε άτομα με αυτισμό (παιδιά ή ενήλικες), πρέπει να σκεφτούμε ότι δεν ανταποκρίνονται όλοι στα ίδια είδη ενισχύσεων (Ε. Καλύβα, 2005). Για τα περισσότερα παιδιά με αυτισμό, έχει διαπιστωθεί ότι οι κοινωνικές ανταμοιβές δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές (Α. Bondy & L. Frost, 2001). Έτσι, είναι δύσκολη η διδασχά μαθημάτων που έχουν επίκεντρο, τον σχολιασμό πραγμάτων και κατάληξη, μια κοινωνική ή λεκτική επιβράβευση (π.χ. έναν έπαινο ή ένα χαμόγελο). Όταν, όμως, τα μαθήματα επικοινωνίας, έχουν σαν κατάληξη το να πάρει το παιδί αυτό που επιθυμεί, είναι πιο πιθανό να στεφθούν με επιτυχία.

Βασικός στόχος του PECS είναι η διδασκαλία και η εκμάθηση δεξιοτήτων επικοινωνίας, οι οποίες θα είναι λειτουργικές, και πιο συγκεκριμένα, η ικανοποίηση βασικών αναγκών για την αυτοεξυπηρέτηση (π.χ. να έχεις τη δυνατότητα να ζητήσεις για να πάρεις φαγητό) (Ε. Καλύβα, 2005). Εάν το παιδί κινείται προς το επιθυμητό αντικείμενο (π.χ. φαγητό, παιχνίδι κ.α.), είμαστε βέβαιοι ότι μπορεί να διδαχθεί να κινηθεί προς την εικόνα του επιθυμητού αντικειμένου, αντί προς το ίδιο το αντικείμενο (Α. Bondy & L. Frost, 2001). Επομένως, πρέπει το παιδί να μάθει να συνδυάζει την εικόνα με το επιθυμητό αντικείμενο και να την ανταλλάσσει με τον σύντροφο επικοινωνίας, ο οποίος θα του προσφέρει και το αντικείμενο που επιθυμεί (Κ. Quill, 2005).

Ο μαθητής δεν χρειάζεται να γνωρίζει τη σημασία της εικόνας πριν αρχίσει το PECS (Ι. Βογινδρούκας κ.α., 2007). Εξ' αρχής ο στόχος μας είναι να μάθουμε στο μαθητή να προσεγγίζει τον σύντροφο επικοινωνίας και να αρχίζει να αλληλοεπιδρά μαζί του, χωρίς να χρειαστεί κάποια ένδειξη από αυτόν (Ε. Καλύβα, 2005). Για να ωφεληθεί από το PECS ένα παιδί, δεν είναι απαραίτητο να είναι μη λεκτικό. Σε πρώτη φάση, κύριο μέλημα είναι ο μαθητής να διδαχθεί μέσω του PECS την επικοινωνιακή έναρξη. Έτσι, μπορεί το PECS να χρησιμοποιείται συχνά στα παιδιά που δεν έχουν καθόλου προφορικό λόγο, όμως έχει χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά και σε παιδιά που λένε ορισμένες λέξεις, αλλά δεν ξεκινάνε με αυτές (Α. Bondy & L. Frost, 2001).

Αξιολόγηση ενισχυτών

Στο βιβλίο της Ε. Καλύβα παρατίθεται η άποψη των Bondy και Frost, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι: «το πρώτο μάθημα που πρέπει να διδάξουμε στο PECS είναι πως να ζητά το παιδί με αυτισμό αυθόρμητα κάποια αντικείμενα ή δραστηριότητες». Άρα πρωταρχικός στόχος είναι να προσδιοριστεί τι θέλει το παιδί (Ε. Καλύβα, 2005). Αρχικά, για να εξακριβωθεί τι αρέσει στο μαθητή, μπορούμε να αντλήσουμε πληροφορίες από πρόσωπα του περιβάλλοντός του (Α. Bondy & L. Frost, 2001). Έπειτα, να παρατηρήσουμε το παιδί σε ένα αδόμητο περιβάλλον, στο οποίο θα έχει ελεύθερη πρόσβαση σε διάφορα αντικείμενα, δίνοντας μεγάλη έμφαση στην προσπάθεια που κάνει για να πάρει ορισμένα αντικείμενα. Στο τέλος, καλό θα ήταν να διεξαχθεί μία επίσημη αξιολόγηση ενισχυτών, κατά την οποία οι ενισχυτές θα ιεραρχηθούν ανάλογα με την προτίμηση του παιδιού, έτσι ώστε να μπορέσουμε να ξεκινήσουμε το PECS (Α. Bondy & L. Frost, 2015). Οι πιο ισχυροί ενισχυτές θα χρησιμοποιούνται σαν κίνητρο (Ε. Καλύβα, 2005).

Στάδια - Φάσεις διδασκαλίας του PECS

Η σειρά των βημάτων που ακολουθούμε για να μάθουμε το PECS έχει χωριστεί σε έξι φάσεις (Α. Bondy & L. Frost, 2001). Οι τρεις αρχικές φάσεις απευθύνονται σε όλους τους μαθητές με ΔΑΔ. Όσον αφορά τις άλλες τρεις φάσεις, απευθύνονται σε όσους μαθητές αναπτύξουν προφορικό λόγο κατά τη διάρκεια των αρχικών φάσεων (Α. Γενά, 2002).

Στο πρώτο στάδιο, διδάσκεται το «πως» θα ξεκινήσουν τα παιδιά την επικοινωνία (Bondy & Frost, 2001). Απώτερος στόχος του πρώτου σταδίου είναι ο μαθητής, αφού δει το επιθυμητό αντικείμενο, να πάρει την εικόνα του αντικειμένου, να προσελκύει το σύντροφο επικοινωνίας και να του τη δώσει στο χέρι (Α. Bondy & L. Frost, 2015). Για το πρώτο στάδιο του PECS, είναι πιο αποτελεσματικό να χρησιμοποιηθούν δύο εκπαιδευτές (Α. Γενά, 2002). Ο πρώτος εκπαιδευτής θα πρέπει να «προκαλέσει» το παιδί με τον ενισχυτή που το ίδιο επιθυμεί. Η θέση του δεύτερου εκπαιδευτή είναι πίσω από το παιδί, περιμένοντάς το να κινηθεί προς τον ενισχυτή και παρέχοντάς του σωματική βοήθεια, έτσι ώστε να πάρει την εικόνα και να τη δώσει στον πρώτο εκπαιδευτή, ο οποίος κατέχει και τον ενισχυτή (Ε. Καλύβα, 2005). Μόλις ο πρώτος εκπαιδευτής πάρει την εικόνα, δίνει ως

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

ανταμοιβή τον επιθυμητό ενισχυτή στο παιδί, για να επαινέσει την προσπάθειά του (Α. Γενά, 2002) και ταυτόχρονα τον κατονομάζει. Σταδιακά, η βοήθεια από τον δεύτερο εκπαιδευτή αποσύρεται πλήρως (Ε. Καλύβα, 2005).

Στο δεύτερο στάδιο, διδάσκεται η απόσταση και η επιμονή (Α. Bondy & L. Frost, 2015). Ουσιαστικά, σε αυτή τη φάση γίνεται επέκταση της χρήσης των εικόνων σε άλλους ανθρώπους, θέσεις και ανταμοιβές (Α. Bondy & L. Frost, 2001). Το παιδί δηλαδή, μαθαίνει να διανύει πιο μεγάλες αποστάσεις για να φτάσει τον εκπαιδευτή του, καθώς επίσης και να ζητάει διαφορετικούς ενισχυτές, σε άλλα πλαίσια και με άλλους ανθρώπους (Ε. Καλύβα, 2005). Στόχος του δεύτερου σταδίου είναι, το παιδί να πηγαίνει στο βιβλίο επικοινωνίας, να παίρνει την εικόνα του επιθυμητού αντικειμένου, να πηγαίνει στο σύντροφο επικοινωνίας και να την αφήνει στο χέρι του (Α. Bondy & L. Frost, 2015).

Όσον αφορά το τρίτο στάδιο, εξετάζονται οι συγκεκριμένες επιλογές που κάνει ο μαθητής μεταξύ των εικόνων (Α. Bondy & L. Frost, 2001). Πιο συγκεκριμένα δηλαδή, η τρίτη φάση εστιάζει στη διάκριση των εικόνων (Ε. Καλύβα, 2005). Στόχος αυτού του σταδίου είναι, ο μαθητής να επιλέγει μέσα από μια σειρά εικόνων, στο βιβλίο επικοινωνίας, την εικόνα του επιθυμητού αντικειμένου, να προσεγγίζει τον σύντροφο επικοινωνίας και να του τη δίνει στο χέρι (Α. Bondy & L. Frost, 2015).

Το τέταρτο στάδιο διδάσκει τη δημιουργία και τη δομή απλών προτάσεων. Αυτό το στάδιο μαθαίνει στα παιδιά να γίνουν πιο συγκεκριμένα όσον αφορά το τι θέλουν (Α. Bondy & L. Frost, 2001). Βασικός στόχος της φάσης αυτής είναι, ο μαθητής να ζητά αντικείμενα που βρίσκονται εντός ή εκτός του οπτικού του πεδίου (Α. Γενά, 2002). Πιο αναλυτικά, το παιδί κατευθύνεται προς το βιβλίο επικοινωνίας, επιλέγει τη λέξη «Θέλω» και την τοποθετεί στη Βάση Πρότασης. Στη συνέχεια, επιλέγει τη φωτογραφία του επιθυμητού αντικειμένου και την τοποθετεί στη Βάση Πρότασης. Έπειτα, βγάζει τη Βάση Πρότασης από το βιβλίο επικοινωνίας, προσεγγίζει τον θεραπευτή και του τη δίνει (Α. Bondy & L. Frost, 2015). Προς το τέλος του συγκεκριμένου σταδίου, ο μαθητής μαθαίνει να κάνει χρήση 20 - 50 εικόνων, με διάφορους συντρόφους επικοινωνίας (Α. Γενά, 2002).

Όταν ο μαθητής ολοκληρώσει το τέταρτο στάδιο, μπορούμε να τον μάθουμε να δομεί πιο περίπλοκες προτάσεις με προσδιορισμούς (Ε. Καλύβα, 2005). Στόχος είναι ο μαθητής να πηγαίνει στο βιβλίο επικοινωνίας του, να δομεί τη Βάση Πρότασης

εμπεριέχοντας την εικόνα «Θέλω», μία εικόνα προσδιορισμού και την εικόνα του επιθυμητού αντικειμένου. Έπειτα, ο ίδιος καλείται να ανταλλάξει την πρόταση (A. Bondy & L. Frost, 2015). Από αυτή τη διαδικασία, το παιδί μαθαίνει να κάνει χρήση σύνθετου λεξιλογίου και πιο συγκεκριμένα προσδιορισμών (π.χ. χρώματα, σχήματα, μεγέθη, κ.α.), με απώτερο σκοπό τη σύνθεση ολοκληρωμένων προτάσεων (Α. Γενά, 2002).

Το πέμπτο στάδιο βεβαιώνει ότι οι μαθητές μπορούν να ανταποκριθούν στην άμεση ερώτηση «Τι θέλεις;» (A. Bondy & L. Frost, 2001). Στόχος του πέμπτου σταδίου είναι, ο μαθητής χρησιμοποιώντας το βιβλίο επικοινωνίας, να ζητάει αυθόρμητα από τον συντρόφο επικοινωνίας μία ποικιλία ενισχυτών και να απαντάει στην ερώτηση «Τι θέλεις;» (Α. Γενά, 2002).

Το έκτο και τελευταίο στάδιο του PECS, διδάσκει τα παιδιά να σχολιάζουν διάφορα αντικείμενα και δραστηριότητες (A. Bondy & L. Frost, 2001). Απώτερος σκοπός του έκτου σταδίου είναι, ο μαθητής να απαντάει στις ερωτήσεις «Τι θέλεις;», «Τι βλέπεις;», «Τι έχεις;», «Τι ακούς;» και «Τι είναι αυτό;» και αυθόρμητα να ζητάει και να κάνει σχόλια για αντικείμενα και δραστηριότητες (A. Bondy & L. Frost, 2015). Στο στάδιο αυτό, η αντίδραση του συντρόφου επικοινωνίας αλλάζει, δε θα πρέπει δηλαδή να δώσει το επιθυμητό αντικείμενο στο παιδί, αλλά να του απαντήσει με ένα σχόλιο που αφορά το αντικείμενο. Γενικά, πρέπει να σημειωθεί ότι οι σχολιασμοί του μαθητή αφορούν αντικείμενα που συνήθως τον ενδιαφέρουν και όχι ιδέες, σκέψεις ή συναισθήματα (Ε. Καλύβα, 2005).

Συμπεράσματα για το PECS

Γενικά, το PECS είναι το πιο ολοκληρωμένο σύστημα εναλλακτικής επικοινωνίας για παιδιά με ΔΑΔ, τα οποία δεν έχουν προφορικό λόγο. Το συγκεκριμένο σύστημα επικοινωνίας έχει χαμηλό κόστος και είναι πολύ εύχρηστο στη χρήση του. Γι' αυτούς τους λόγους, το χρησιμοποιούν πολλοί ειδικοί και γονείς παιδιών με ΔΑΔ (Α. Γενά, 2002).

Οι επαγγελματίες και οι γονείς διδάσκουν τα παιδιά να είναι αποτελεσματικοί πληροφοριοδότες και να επιτυγχάνουν έναν από τους σημαντικότερους και ανταμοιβόμενους στόχους. Όλοι έχουν σαν επιθυμία να μάθουν τα παιδιά τους να μιλάνε

καλά. Αυτό, όμως, δε σημαίνει ότι τα παιδιά και οι ενήλικες που δεν μιλάνε δεν μπορούν να είναι καλοί πληροφοριοδότες. Αυτό που χρειάζονται αυτά τα άτομα από εμάς είναι υπομονή, για να καταλάβουμε τι θέλουν, ικανότητα στην οργάνωση ενός αποτελεσματικού προγράμματος επιμόρφωσης και ευελιξία (A. Bondy & L. Frost, 2001).

Το PECS σαν σύστημα δεν αποσκοπεί στην αντικατάσταση της ομιλίας, αλλά στη μείωση της απογοήτευσης σε ενδεχόμενη ανικανότητα επικοινωνίας, στην προσφορά σωστών προτύπων ομιλίας και γλώσσας, καθώς επίσης και στην αύξηση της ανεξαρτησίας (K. Wall, 2010). Στο βιβλίο της E. Καλύβα παρατίθεται η άποψη των A. Bondy και L. Frost (1994), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι: *«το PECS μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερα αποτελεσματικό εάν συνδυαστεί κατάλληλα με στοιχεία της εφαρμοσμένης ανάλυσης της συμπεριφοράς»*. Στην ουσία, αυτό σημαίνει ότι το PECS δε θεραπεύει τον αυτισμό και τις πιο πολλές φορές χρησιμοποιείται από κοινού με άλλα εκπαιδευτικά προγράμματα, όπως για παράδειγμα το TEACCH, το οποίο χρησιμοποιεί εικόνες και αποτέλεσε τη βάση για τη δημιουργία του PECS (E. Καλύβα, 2005). Όταν, όμως, η επικοινωνία και η κοινωνική αλληλεπίδραση του ατόμου αναπτυχθεί και εμφανιστεί η προφορική ομιλία, τότε απαιτείται η χρήση κάποιου γλωσσικού προγράμματος με σκοπό την εξέλιξή της (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008).

5.4.3 MAKATON

Λίγα λόγια για το MAKATON

Το γλωσσικό πρόγραμμα MAKATON δημιουργήθηκε το 1970 από την Αγγλίδα λογοπεδικό Margaret Walker. Πρωταρχικά, το MAKATON χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια μίας έρευνας ως μέσο επικοινωνίας σε ενήλικες, που ήταν κωφοί και είχαν σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008). Έπειτα, το 1978 το συγκεκριμένο πρόγραμμα άρχισε να εφαρμόζεται στα σχολεία Ειδικής Αγωγής της Μ. Βρετανίας και έτσι διαδόθηκε σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα σε διάφορα άλλα πλαίσια, καθώς επίσης και σε άλλες χώρες (<http://makatonhellas.gr/>). Το 1992 ο Σύλλογος Λογοπεδικών έφερε το MAKATON στην Ελλάδα. Κατόπιν, τη διάδοση και προώθηση του συγκεκριμένου προγράμματος, ανέλαβε καθαντό το ίδρυμα

ΘΩΜΑΣΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

«Παμμακάριστος»(<http://www.specialeducation.gr/frontend/article.php?aid=561&cid=71>). Η λέξη ΜΑΚΑΤΟΝ είναι μια σύνθετη κατασκευασμένη λέξη, η οποία δημιουργήθηκε από τα αρχικά της δημιουργού Margaret, αλλά και των δυο συνεργατών της Kathy και Tony (<http://makatonhellas.gr/>).

Τι είναι το ΜΑΚΑΤΟΝ; Σε ποιους απευθύνεται;

Το πρόγραμμα ΜΑΚΑΤΟΝ είναι ένα επικοινωνιακό - γλωσσικό πρόγραμμα, το οποίο υποστηρίζει την ανάπτυξη των γλωσσικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων των παιδιών και ενηλίκων με διαταραχές επικοινωνίας (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008).

Το ΜΑΚΑΤΟΝ έχει τη δυνατότητα να καλύψει ένα μεγάλο φάσμα νευρολογικών και αναπτυξιακών διαταραχών. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις ηλικίες και σε όλες τις διαγνωστικές ομάδες που εμφανίζουν δυσκολίες στην επικοινωνία, την κατανόηση, καθώς επίσης και την καθυστέρηση λόγου (όπως Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή, Σύνδρομο Υπερκινητικότητας και Ελλειμματικής Προσοχής, Ειδικές Γλωσσικές Διαταραχές) (<http://makatonhellas.gr/>). Επίσης, απευθύνεται σε άτομα με μαθησιακές δυσκολίες (βαριές, σοβαρές, μέτριες ή ελαφρές), σε άτομα με σωματικές αναπηρίες και με άτομα σε αισθητηριακές ή πολυαισθητηριακές αναπηρίες.

Το ΜΑΚΑΤΟΝ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως βοήθημα στη διαδικασία εκμάθησης της γραφής και της ανάγνωσης, αλλά και ως βασικό εναλλακτικό σύστημα επικοινωνίας, εάν κριθεί απαραίτητο (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008).

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα μπορεί να εφαρμοστεί σε ποικίλα περιβάλλοντα, δηλαδή στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο απασχόλησης και εργασίας, σε κέντρα αναψυχής και άθλησης, σε νοσοκομεία και σε οικοτροφεία (<http://www.specialeducation.gr/frontend/article.php?aid=561&cid=71>). Έτσι, χρήση του ΜΑΚΑΤΟΝ δεν κάνουν μόνο τα άτομα με δυσκολίες στην επικοινωνία, αλλά και οι συνομιλητές τους (στην οικογένεια, στο σχολείο, στις υποστηρικτικές θεραπείες).

Το ΜΑΚΑΤΟΝ είναι ένα πολυαισθητηριακό πρόγραμμα με ευελιξία, με τη χρήση του οποίου, τα άτομα διασφαλίζουν σημαντικά πλεονεκτήματα, διότι έχουν τη δυνατότητα:

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

- Να εκφράσουν καθημερινές - βασικές ανάγκες
- Να μεταδώσουν συναισθήματα
- Να αντιληφθούν τα αιτήματα των άλλων
- Να εκφράσουν σκέψεις και εμπειρίες
- Να κατονομάζουν αντικείμενα και ενέργειες
- Να φτιάχνουν ένα δομημένο πρόγραμμα
- Να επιλέγουν
- Να παίρνουν μέρος σε κοινωνικής φύσεως δρώμενα
- Να κατανοούν, να περιγράφουν και να δημιουργούν κείμενα
- Να συμμετέχουν ενεργά σε διάλογο (<http://makatonhellas.gr/>).

Υλικά εκπαίδευσης

Η εκπαίδευση ατόμων με δυσκολίες στο λόγο και την επικοινωνία δεν είναι δυνατόν να στηρίζεται μόνο στη χρήση γλώσσας, αν σκεφτούμε ότι τόσο ο τομέας της κατανόησης της γλώσσας, όσο και ο τομέας της παραγωγής έχουν αναπτυξιακά ή νευρολογικά ελλείμματα. Ως συμπληρωματικά μέσα για την ενίσχυση της αποκωδικοποίησης και ανάδειξης των λειτουργιών της γλώσσας, χρησιμοποιούνται τα οπτικά μοντέλα, τα οποία αναπαριστούν ένα μη λεκτικό τρόπο επικοινωνίας που συνοδεύει τον προφορικό λόγο. Πιο συγκεκριμένα, βασικός στόχος αυτών των μοντέλων είναι να μεταδώσουν το μήνυμα με απλό και παραστατικό τρόπο, για τη διευκόλυνση των χρηστών σε επίπεδο γλωσσικό αλλά και επικοινωνιακό.

Για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ατόμων που χρησιμοποιούν το συγκεκριμένο πρόγραμμα, έχουν φτιάξει ένα λεξιλόγιο, που εξυπηρετεί λειτουργικούς σκοπούς, καθώς και αυξημένες γλωσσικές ανάγκες. Αναλυτικότερα, το πρόγραμμα περιλαμβάνει ένα βασικό λεξιλόγιο, που αποτελείται από 450 έννοιες και χωρίζεται σε οχτώ στάδια ανάπτυξης (Ι. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008). Αυτές οι έννοιες αφορούν την εξυπηρέτηση βασικών αναγκών επικοινωνίας, επιθυμιών, καθώς επίσης και την πληροφόρηση των ατόμων που κάνουν χρήση του βασικού λεξιλογίου (<http://makatonhellas.gr/>).

Ο χωρισμός των σταδίων πραγματοποιήθηκε με βάση το πότε εμφανίστηκαν οι έννοιες στο λεξιλόγιο των φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008). Ταυτόχρονα μαζί με το βασικό λεξιλόγιο, υφίσταται και το λεξιλόγιο - πηγή, που λειτουργεί ως συμπλήρωμα του βασικού λεξιλογίου, δίνοντας την δυνατότητα διεύρυνσής του, ανάλογα με τις ανάγκες των χρηστών (<http://makatonhellas.gr/>). Το λεξιλόγιο - πηγή περιλαμβάνει περίπου 7.000 έννοιες, ταξινομημένες σε διάφορες θεματικές ενότητες (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008).

Για τη διδασκαλία του συστήματος αυτού, γίνεται χρήση πολυαισθητηριακής προσέγγισης, αφού κάνει συνδυασμό της χρήσης προφορικής ομιλίας, νοημάτων και γραπτών συμβόλων (<http://makatonhellas.gr/>). Το μέγεθος του λεξιλογίου είναι επίτηδες περιορισμένο, για να αποφευχθεί η επιβάρυνση της μνήμης. Επιπλέον, έχει σχεδιαστεί κατά αυτόν τον τρόπο, έτσι ώστε να παρέχει τη δυνατότητα στα άτομα να διδάσκονται προοδευτικά το λεξιλόγιο, με βάση το δικό τους προσωπικό ρυθμό και τις προσωπικές ανάγκες επικοινωνίας (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008).

Το λεξιλόγιο αναπαρίσταται μέσω δύο οπτικών μοντέλων: (<http://makatonhellas.gr/>)

1. Χειρομορφές - Νοήματα: Τα νοήματα - χειρομορφές που χρησιμοποιεί το MAKATON - ΕΛΛΑΣ, είναι δανεισμένα από την Ελληνική Νοηματική Γλώσσα. Το ίδιο συμβαίνει σε όλες τις χώρες, που χρησιμοποιείται το MAKATON (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008). Όταν οι χρήστες διδάσκονται, ο εκπαιδευτής ταυτόχρονα με τη χρήση της γλώσσας, κάνει τις απαραίτητες χειρομορφές, με σκοπό να μεταδώσει τα σημαντικά επικοινωνιακά στοιχεία του μηνύματος που θέλει. Έτσι, εκπαιδευτής και λοιποί συνομιλητές παρέχουν ένα νέο εναλλακτικό μοντέλο επικοινωνίας, γίνοντας οι ίδιοι τα πρότυπα για τη χρήση του προγράμματος, παρέχοντας ενίσχυση της κατανόησης, καθώς και της πρωτοβουλίας των αιτούντων για συμμετοχή τους σε επικοινωνιακή αλληλεπίδραση (<http://makatonhellas.gr/>).

Το MAKATON δέχεται κριτική για τη χρήση του σε άτομα με αυτισμό, ως προς την ύπαρξη και χρήση των χειρομορφών, όταν εφαρμόζεται το πρόγραμμα. Λόγω της αποτυχημένης εκπαίδευσης παιδιών με αυτισμό με τη νοηματική γλώσσα, στη δεκαετία

του 1980, δε θεωρήθηκε κατάλληλη πρακτική η χρήση οποιασδήποτε μορφής κινηματικής γλώσσας, που έχει σαν στόχο την ανάπτυξη της επικοινωνίας. Όμως, το ΜΑΚΑΤΟΝ είναι γλωσσικό πρόγραμμα, όχι νοηματική γλώσσα (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα διαφέρει από την ελληνική νοηματική γλώσσα στα εξής σημεία: α) τα νοήματα χρησιμοποιούνται συνοδευτικά με την προφορική ομιλία και β) η χρήση των νοημάτων γίνεται για να παρέχουν βοήθεια και υποστηρικτική οπτική πληροφόρηση στα στοιχεία της γλωσσικής πληροφορίας, που θεωρεί σημαντικά ο συνομιλητής και δεν υπάρχει συνεχής ροή νοημάτων.

2. Οπτικοποιημένο υλικό - Σύμβολα: Για κάθε έννοια του λεξιλογίου, υπάρχει σχετική αναπαράσταση και με σύμβολα. Πιο συγκεκριμένα, τα σύμβολα είναι ασπρόμαυρες εικόνες, οι οποίες θέλουν να μεταφέρουν ανάλογα με τη λέξη και μία ξεκάθαρη οπτική αναπαράσταση της λέξης αυτής (<http://makatonhellas.gr/>).

Σχετικά με τη χρήση των νοημάτων στο γλωσσικό πρόγραμμα ΜΑΚΑΤΟΝ, ιδιαίτερης σημασίας είναι η δυνατότητα χρήσης της ηχοπραξίας, που διαθέτουν κάποια παιδιά με αυτισμό. Η ηχοπραξία είναι το αντίστοιχο της ηχολαλίας, όμως στην προκειμένη περίπτωση πρόκειται για μοντέλο μίμησης κινήσεων και όχι λέξεων. Όσα παιδιά μιλάνε, η ηχολαλία είναι σημάδι καλής επικοινωνιακής αλληλεπίδρασης και χρησιμοποιείται για επικοινωνία, το ίδιο και η ηχοπραξία μπορεί να χρησιμοποιηθεί με σκοπό την επικοινωνία με τη βοήθεια των νοημάτων. Κάνοντας κάποιος χρήση των νοημάτων, παράλληλα με τη προφορική ομιλία, παρέχει την ευκαιρία στα άτομα με αυτισμό που κατέχουν την ικανότητα για ηχοπραξία, να δημιουργήσουν έναν επικοινωνιακό κώδικα (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008).

Συμπεράσματα για το ΜΑΚΑΤΟΝ

Όπως και το PECS, έτσι και το ΜΑΚΑΤΟΝ δεν έχει σαν στόχο να αντικαταστήσει την ομιλία, αλλά στοχεύει να επιτρέψει σε ένα παιδί που δεν έχει καμία άλλη μορφή επικοινωνίας, να ξεκινήσει να αναπτύσσει δεξιότητες (K. Wall, 2010). Το ΜΑΚΑΤΟΝ είναι ένα εξαιρετικά ευέλικτο πρόγραμμα. Έχει σαν στόχο να εξασφαλίσει ένα βασικό επίπεδο επικοινωνίας που μπορεί να είναι περιορισμένο, όμως βοηθάει το άτομο να εκφράζει τις ανάγκες και τις επιθυμίες του, ακόμα κι αν έχει περιορισμένη μαθησιακή

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

ικανότητα και έχει σταματήσει στα αρχικά στάδια του προγράμματος (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008).

Ο κύριος στόχος των εκπαιδευτικών εστιάζεται στο να παρέχουν μία διευκόλυνση στις ανάγκες επικοινωνίας των χρηστών σε επίπεδο λειτουργικό γι' αυτούς. Επειδή το πρόγραμμα αυτό χρησιμοποιεί νοήματα και σύμβολα, ο εκπαιδευτής θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός και να ερευνήσει το επίπεδο επικοινωνίας και γλωσσικής παραγωγής του χρήστη, τις ανάγκες και τα αιτήματά του. Στην πορεία της εκπαίδευσης, το MAKATON δεν περιορίζει τους χρήστες όσον αφορά τα οπτικά μοντέλα που θα χρησιμοποιήσουν. Τα άτομα που κάνουν χρήση του προγράμματος έχουν τη δυνατότητα να εκπαιδεύονται είτε σε επίπεδο νοημάτων, είτε σε επίπεδο συμβόλων, είτε σε συνδυασμό και των δύο. Στόχος είναι η ενίσχυση του κίνητρου για επικοινωνία (<http://makatonhellas.gr/>).

Για τα παιδιά με αυτισμό η χρήση του προγράμματος ενέχει την προώθηση της επικοινωνίας με εναλλακτικούς τρόπους μέσω της χρήσης των συμβόλων ή τους παρέχει βοήθεια για την οργάνωση της ήδη υπάρχουσας ομιλίας, υποστηρίζοντας μέσω κάποιων διδακτικών τεχνικών, την ανάπτυξη της προφορικής ομιλίας και κατανόησης (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008).

5.5. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΧΝΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Η ανάπτυξη του Παιχνιδιού

Τα παιδιά με αυτισμό αντιμετωπίζουν δυσκολίες και στο κοινωνικό και συμβολικό παιχνίδι, το οποίο είναι πολύ σημαντικό για την ανάπτυξη και τη βελτίωση των κοινωνικών γνώσεων, σχέσεων και ρόλων, μέσω λεκτικών και μη λεκτικών παραμέτρων.

Οι ρόλοι που προκύπτουν μέσα από το παιχνίδι βοηθούν στην ανάπτυξη της κοινωνικότητας του παιδιού, τις σχέσεις που δημιουργούνται ανάμεσα στους ανθρώπους και στην αντίληψη του τρόπου σκέψης των άλλων (K. Quill, 2005). Παράλληλα, μαθαίνουν πώς να επιλύουν προβλήματα και να χρησιμοποιούν τη φαντασία τους για να εξερευνήσουν τον κόσμο και να αποκτήσουν εμπειρίες (C. Willis, 2006). Επιπλέον, το

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

παιχνίδι προσφέρει στο παιδί πολλά θετικά συναισθήματα και εκφράσεις, όπως είναι η χαρά, το χαμόγελο, το γέλιο, η φαντασία, η δημιουργικότητα και αρχίζει να εμφανίζεται σε αρχικό στάδιο, ήδη από τους πρώτους μήνες μετά τη γέννησή τους.

Το πρώτο υπόδειγμα κοινωνικού παιχνιδιού εμφανίζεται ανάμεσα στους ενήλικες και τα βρέφη περίπου στην ηλικία του ενός έτους και εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου. Κατά τον 18^ο μήνα της ζωής του βρέφους με τυπική ανάπτυξη, παρατηρείται το πρώτο δείγμα του κοινωνικού παιχνιδιού με τη μορφή μίας προσδιορισμένης ή προσποιούμενης κατάστασης, χρησιμοποιώντας τα υλικά αντικείμενα με τον πραγματικό τους σκοπό. Κατά το 2^ο με 3^ο χρόνο, αυτή η μορφή προσποίησης παρατηρείται σε ένα προχωρημένο στάδιο, δίνοντας μία άλλη υπόσταση στα αντικείμενα. Αργότερα, στην ηλικία τριών με τεσσάρων ετών, τα παιδιά θέτουν ως κύριο μέσο του συμβολικού παιχνιδιού, τη γλώσσα, ώστε να αφηγηθούν μία ιστορία με φαντασία, δείχνοντας με αυτό τον τρόπο τις αναπτυξιακές τους ικανότητες.

Έτσι, φτάνοντας στην παιδική ηλικία, που αποτελεί το ορόσημο του συμβολικού παιχνιδιού, αρχίζει να γίνεται χρήση αντικειμένων, των οποίων η σημασία τους αντικαθίσταται, χρήση χειρονομιών, λεκτικής επικοινωνίας και να υποδύονται διάφορους ρόλους. Αργότερα, τα παιδιά αρχίζουν να γνωρίζονται με άλλα συνομήλικα παιδιά και να μοιράζονται κοινά ενδιαφέροντα και παιχνίδια (K. Quill, 2005).

Παιχνίδι & Αυτισμός

Ο αυθορμητισμός και η κοινωνικότητα αποτελούν χαρακτηριστικά που ελλείπουν στον αυτισμό, αντικαθιστώντας αυτές τις δεξιότητες με επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες σταθερής μορφής και περιεχομένου.

Η κοινωνική αλληλεπίδραση με συνομήλικα παιδιά εμφανίζει πολλές δυσκολίες, εφόσον δε γνωρίζουν πώς να συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες (C. Willis, 2006) και ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται η προσέγγιση, όταν αυτή γίνεται, είναι πολύ ιδιαίτερος και ασυνήθιστος, δημιουργώντας ένα κλίμα κοινωνικού ρήγματος, αποξένωσης και περιθωριοποίησης (K. Quill, 2005).

5.5.1 ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΤΟΥ ΠΑΙΧΝΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ

Για την ανάπτυξη και τη βελτίωση του παιχνιδιού στα παιδιά με αυτισμό απαιτείται η συνεργασία διάφορων τεχνικών, αποτελώντας μία πολύ σημαντική βοήθεια στην κοινωνικοποίησή τους.

Η καθοδηγούμενη συμμετοχή μέσω του παιχνιδιού αποτελεί έναν τρόπο επίτευξης της κοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού με αυτισμό. Ένας ενήλικας λαμβάνει τη θέση του καθοδηγητή. Προσανατολίζει και συμβουλεύει όλα τα παιδιά που συμμετέχουν στις διάφορες δραστηριότητες, είτε γνωρίζουν, είτε όχι, τα παιχνίδια, δίνοντας παράλληλα, την ίδια προσοχή, τόσο στο κάθε παιδί ξεχωριστά, όσο και σε μία ομαδική ενέργεια.

Έτσι, σε αρχικό στάδιο, μόλις ξεκινήσει το παιχνίδι, είναι καλό να υπάρχει ένας έλεγχος, μέσω της παρατήρησης και διανομή ρόλων παιχνιδιού στα παιδιά, διόρθωση της θέσης των παιχνιδιών και καθοδήγηση, ώστε να προσεγγίσουν τα άλλα παιδιά. Έπειτα, η συμμετοχή μας με τη μορφή βοήθειας προς το παιδί μπορεί να αρχίσει να ελαττώνεται σταδιακά και εφόσον το παιδί μπορεί να ανταποκριθεί καλύτερα. Στη συνέχεια, με λεκτικές κατευθύνσεις και λιγότερη σωματική συμμετοχή, καθοδηγούμε τις δραστηριότητες που εξελίσσονται στο χώρο. Όταν πια, τα παιδιά μπορούν και δρουν ανεξάρτητα και απασχολούνται με το παιχνίδι τους, τότε πραγματοποιείται η απομάκρυνσή μας. Πάντα όμως, θα πρέπει να είμαστε εκεί, για να βοηθήσουμε το παιδί σε οποιαδήποτε δυσκολία του παρουσιαστεί.

Μία άλλη μορφή καθοδηγούμενου παιχνιδιού είναι η κοινωνικο - επικοινωνιακή καθοδήγηση, μέσω της οποίας προωθείται ο κοινωνικός χαρακτήρας του παιχνιδιού. Πραγματοποιείται δηλαδή, η χρήση του προφορικού λόγου, ώστε με λεκτικό τρόπο να προτρέψουμε τις κοινωνικές συνδιαλλαγές.

Τέλος, μέσω του καθοδηγούμενου παιχνιδιού, προκύπτουν διάφορες τακτικές που μπορούν να υλοποιηθούν για την επίτευξή του, όπως είναι για παράδειγμα, το παιχνίδι που εξελίσσεται παράλληλα με κάποιο άλλο (όταν κάποια παιδιά δεν επιθυμούν να παίζουν μαζί με τα άλλα), η καθιέρωση ρόλων, αναπαριστώντας δηλαδή ένα παιδί μία συγκεκριμένη ενέργεια - ρόλο και το παιχνίδι ρόλων, κατά το οποίο τα παιδιά μπαίνουν στη διαδικασία να υποδυθούν κάποιο πρόσωπο (K. Quill, 2005).

Γενικές προτάσεις για τις Στρατηγικές Διδασκαλίας του Παιχνιδιού

1. Η διδασκαλία ενός παιχνιδιού ή μίας δραστηριότητας είναι καλό να πραγματοποιείται σε μικρά βήματα. Έπειτα, ζητάμε από το παιδί να το επαναλάβει μετά από εμάς (C. Willis, 2006).
2. Οι δραστηριότητες να είναι εξατομικευμένες (Ε. Γκονέλα, 2006).
3. Προσφωνούμε πάντα το παιδί με το όνομά του και περιγράφουμε αυτό που πρόκειται να συμβεί, συζητώντας και ενημερώνοντάς το σχετικά με τη δραστηριότητα που θα ακολουθήσει.
4. Δόμηση του παιχνιδιού σε μικρές χρονικές περιόδους. Στη συνέχεια, μπορούμε να αυξήσουμε το χρόνο, εφόσον το παιδί αρχίζει να ανταπεξέρχεται στη δραστηριότητα.
5. Αν το παιδί είναι επιρρεπής σε μια αυτο-διεγερτική δράση, όπως είναι το χτύπημα των χεριών, προσπαθούμε να βρούμε μία δραστηριότητα που θα κάνει το παιδί να χρησιμοποιήσει τα χέρια του και με άλλους τρόπους (C. Willis, 2006).
6. Δημιουργία συναισθηματικών δεσμών και σχέσεων εμπιστοσύνης και ανάπτυξη της ικανότητας σκέψης, επίλυσης προβλημάτων.
7. Ανάπτυξη της βλεμματικής επαφής (J. Janzen, 1999).
8. Κάθε δραστηριότητα πρέπει να είναι διασκεδαστική και να προσφέρει ικανοποίηση στο παιδί (C. Willis, 2006), τραβώντας την προσοχή του (Ε. Γκονέλα, 2006).

5.5.2 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Σύμφωνα με την Καλύβα Ε. «η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες ξεκινάει με την οπτική επαφή και συνεχίζει με τη μίμηση, τη μάθηση από παρατήρηση, την έκφραση στοργής και το κοινωνικό παιχνίδι. Οι κοινωνικές δεξιότητες αρχίζουν συνήθως με την καλλιέργεια της ικανότητας του παιδιού να κατανοεί την ονομασία των αντικειμένων, να ονομάζει μόνο του τα αντικείμενα ή να χρησιμοποιεί πιο ολοκληρωμένες προτάσεις και τέλος να αναζητάει την αυθόρμητη επικοινωνία. Στην περίπτωση που το παιδί δεν έχει λόγο, μπορεί να χρησιμοποιήσει εναλλακτικές μορφές επικοινωνίας για να καλλιεργήσει αυτές τις κοινωνικές δεξιότητες. Μόλις το παιδί κατακτήσει αυτές τις δεξιότητες μαθαίνει να

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

εκφράζεται προκειμένου να αποκτήσει αυτό που επιθυμεί, δηλαδή να ανταμειφθεί για την εκδήλωση της κατάλληλης συμπεριφοράς. Εν συνεχεία το παιδί πρέπει να γενικεύσει την ικανότητα επικοινωνίας και σε άλλους ανθρώπους πέρα από τη μητέρα του και σε άλλα πλαίσια πέρα από το σπίτι» (Κ. Καλύβα, 2005).

Οι δραστηριότητες και τα παιχνίδια που αναφέρονται παρακάτω μπορούν να αποτελέσουν μέρος της θεραπευτικής προσέγγισης του κλάδου της Λογοθεραπείας.

1. Οπτική Επαφή

Η βλεμματική επαφή αποτελεί γνώμονα των διαπροσωπικών σχέσεων και μέρος της κοινωνικής επάρκειας, η οποία ανάλογα με το περιεχόμενό της, προσδιορίζει τις νοητικές καταστάσεις (U. Frith, 1999). Άρα, η βλεμματική επαφή δεν αποτελεί το στόχο εκπαίδευσης, αλλά τη συνέπεια που προκύπτει μέσω της κοινωνικής δράσης και αλληλεπίδρασης (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008).

1. Η ανάπτυξη της οπτικής επαφής μπορεί να επιτευχθεί μέσω του παιχνιδιού, το οποίο θα αποτελέσει μία δυνατή και έντονη πρόκληση, όπως η τοποθέτηση ενός γλυκού που αρέσει πολύ στο παιδί, ανάμεσα στα μάτια, ζητώντας του να μας κοιτάξει. Μετά την επιτυχή αλληλεπίδραση, δίνουμε στο παιδί το γλυκό (Κ. Μανουσάκη, 2012).
2. Ένας άλλος τρόπος για την επίτευξη της βλεμματικής επαφής: κρατάμε ακριβώς μπροστά από τα μάτια μας ένα πολύχρωμο ή δελεαστικό αντικείμενο και ενθαρρύνουμε το παιδί να κινήσει τα μάτια του προς αυτή την κατεύθυνση (Κ. McConnell & G. Ryser, 2000).
3. Η χρήση του παιχνιδιού που κάνουμε σαπουνόφουσκες αποτελεί μία άλλη πρόκληση για την ανάπτυξη της βλεμματικής επαφής. Μετά από πολλές επαναλήψεις, έχουμε τη δυνατότητα να πραγματοποιούμε μικρές παύσεις, πριν προσπαθήσουμε να φυσήξουμε, ώστε το παιδί, περιμένοντας να δει τη σαπουνόφουσκα, αλλά αυτή δε γίνεται από εμάς, να μας κοιτάξει.
4. Μία άλλη δραστηριότητα για την επίτευξη της βλεμματικής επαφής είναι, να κρύψουμε ένα αγαπημένο αντικείμενο του παιδιού μέσα ή έξω από το χώρο στον

οποίο βρισκόμαστε και μέσω της επίμονης ματιάς να καθοδηγήσουμε το παιδί, ώστε να βρει το αντικείμενο (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008).

Η χρήση της ίδιας λεκτικής κατεύθυνσης για βλεμματική επαφή, αργότερα θα πραγματοποιηθεί ανεξάρτητα της κατάστασης, του χώρου, της μέρας κτλ. Είναι πολύ σημαντικό ο τόνος και η ένταση της φωνής μας να είναι ενθουσιώδης και να επιβραβεύουμε λεκτικά το παιδί κάθε φορά που επιτυγχάνεται η βλεμματική επαφή με την έκφραση «ωραία ματιά» (K. McConnell & G. Ryser, 2000).

2. Μίμηση

Η όραση, η ακοή και η επιμονή αποτελούν πολύ σημαντικά χαρακτηριστικά της γλωσσικής εξέλιξης του παιδιού, μέσω της οποίας αναπτύσσεται και διευρύνεται η σκέψη του. Η μίμηση είναι ένας σημαντικός ενισχυτής για την παραγωγή ήχων που προϋπάρχουν.

1. Μπορούμε να μιμηθούμε τις ενέργειες που πραγματοποιεί το παιδί:
 - Αν του αρέσει να τρέχει σαν άλογο, τρέχουμε κι εμείς όπως το παιδί.
 - Αν κουνάει τα χέρια του, βάζουμε μουσική και μετατρέπουμε τις κινήσεις των χεριών σε χορευτικές φιγούρες.
2. Η ηχογράφηση εκφράσεων με εντολές σε διάφορες δραστηριότητες θα βοηθήσει το παιδί να μιμηθεί την κατεύθυνση και να ελαττώσει την πιθανότητα εξάρτησης από τις λεκτικές υπενθυμίσεις μας (K. Μανουσάκη, 2012).

3. Μάθηση

1. Παιχνίδι με το χρώμα: Αγοράζουμε αντικείμενα που μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε για να βάλουμε τη λάσπη και να φτιάξουμε σχέδια. Το παιδί έρχεται κοντά στη φύση και μαθαίνει να χρησιμοποιεί τις αισθήσεις του: αφή, οσμή, όσφρηση (Μανουσάκη, 2012). Εναλλακτικά, μπορούμε να παίζουμε στην άμμο, να χρησιμοποιήσουμε πηλό ή αφρούς. Επιπλέον, έχουμε τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουμε και το νερό, ενθαρρύνοντας το παιδί να παίζει με το νερό στο νεροχύτη (K. McConnell & G. Ryser, 2000).

2. Μέσω της επαφής με το νερό, μπορεί επίσης, να επιτευχθεί η μάθηση των θερμοκρασιών και των εννοιών «ζεστού» - «κρύου»
3. Η διδασκαλία της διαδοχής των γεγονότων με εκφράσεις, όπως «πρώτα», «μετά», βοηθάει στην κατανόηση της χρονικής σειράς (Κ. Μανουσάκη, 2012), προσφέροντας συνέπεια και προβλέψιμη καθημερινότητα, με μικρότερη εκδήλωση των μη κοινωνικά αποδεκτών συμπεριφορών και η απεικόνιση των ενεργειών, ενισχύει την κατανόησή τους. Έτσι, πριν το παιδί ξεκινήσει μία δραστηριότητα:
 - Βάζουμε μία εικόνα, ένα σύμβολο ή μία λέξη στο τμήμα μίας κάρτας, που έχουμε φτιάξει γι' αυτό το σκοπό και που υποδεικνύει τι πρόκειται να κάνει το παιδί.
 - Στη άλλη πλευρά της κάρτας, παρουσιάζουμε τη δραστηριότητα που θα γίνει μετά.
 - Μετά την ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων («τώρα» & «μετά»), μετακινούμε την εικόνα, το σύμβολο, τη λέξη σε «τώρα» και βάζουμε μία νέα δραστηριότητα ως «μετά» και συνεχίζουμε με τον ίδιο τρόπο (Κ. McConnell & G. Ryser, 2000).
4. Βραδινός ύπνος: Κάθε βράδυ το παιδί είναι καλό να πηγαίνει την ίδια ώρα για ύπνο, αφότου πρώτα μάθει να ξεχωρίζει τη μέρα από τη νύχτα, σε ένα ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον με χαμηλό φως και μουσική.
5. Η κατάκτηση της αυτοεξυπηρέτησης και της αυτονομίας του παιδιού, προϋποθέτει τη σωστή εκπαίδευση, μέσω της μεθόδου της προβολής. Οι καθημερινές δραστηριότητες στις οποίες στοχεύουμε για την επίτευξη τους είναι:
 - Να τρώει μόνο του.
 - Να χτενίζει τα μαλλιά του.
 - Να βουρτσίζει τα δόντια του.
 - Να πλένει τα χέρια του.
 - Να ντύνεται και να αλλάζει μόνο του τα ρούχα.
 - Να βάζει τα ρούχα που είναι βρώμικα μέσα στο καλάθι με τα άπλυτα.
 - Να τακτοποιεί και να συμμαζεύει τα πράγματά του.

6. Η εξάσκηση συντονισμού αυτιού - χεριού και η διερεύνηση ενός γνωστικού αντικειμένου, μπορεί να συμβεί, όταν ζητήσουμε από το παιδί να σηκώσει το ένα χέρι όταν ακούει μία σωστή διατύπωση, ενώ όταν ακούει κάτι λάθος, να σηκώνει το άλλο χέρι.
7. Η εξάσκηση των αισθητήριων οργάνων πραγματοποιείται και μέσω του κλεισίματος των ματιών με ένα μαντήλι, ώστε με τη χρήση των αισθήσεων να μπορέσει να αναγνωρίσει τα αντικείμενα.
8. Η συναίσθηση των ήχων, η διδασκαλία ρύθμισης της φωνής και η εξάσκηση της συγκέντρωσης μπορούν να επιτευχθούν μέσω του ψιθυρίσματος (Κ. Μανουσάκη, 2012).

4. Οπτική Επαφή & Μάθηση

1. Η διδασκαλία των κοινωνικών συμπεριφορών και της επικοινωνίας στο παιδί επιτυγχάνεται, όταν το παιδί μάθει να κάθεται και να προσέχει με ησυχία. Εάν υπάρχει, για παράδειγμα, δυσκολία στο να κάθεται την ώρα του φαγητού, υπάρχουν κάποιοι τρόποι να του τραβήξουν την προσοχή και να επιτευχθεί ο στόχος:
 - Βάζουμε το παιδί να καθίσει και να μας κοιτά, καθώς κάνουμε φούσκες. Εάν θέλουμε, μπορούμε να προτρέψουμε το παιδί να σκάσει τις φούσκες με τα δάχτυλα.
 - Ένας άλλος τρόπος είναι η χρήση κλεψύδρας.
 - Επιπλέον, παίρνουμε ένα μουσικό κουτί, δείχνουμε στο παιδί πώς να το κουρδίζει, αφήνοντάς το να δει το αντικείμενο που στροβιλίζεται (Κ. Μανουσάκη, 2012).

5. Μίμηση & Μάθηση

1. Η μίμηση αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς και αξιόλογους τρόπους μάθησης και διδασκαλίας των καθημερινών δραστηριοτήτων που απαιτούν τις κινητικές δεξιότητες, όπως είναι ο συντονισμός της κίνησης των χεριών με τα μάτια. Κάποιες από τις κινητικές δεξιότητες, οι οποίες αποτελούν στόχο:

- Να βάζει τα κλειδιά στην πόρτα.
 - Να διπλώνει την πετσέτα.
 - Να χειροκροτεί.
 - Να βάζει αντικείμενα το ένα πάνω στο άλλο.
 - Να χτυπάει την πόρτα.
 - Να ανοίγει ένα βιβλίο.
 - Να πετάει ένα μπαλόνι.
 - Να σφίγγει ένα σφουγγάρι.
2. Με τη χρήση του καθρέφτη γνωρίζουμε καλύτερα τον εαυτό μας και κατανοούμε τις ικανότητές μας. Μπορούμε να κάνουμε μορφασμούς και γκριμάτσες.
3. Η σωματογνωσία μπορεί να επιτευχθεί και με τραγούδια που αναφέρονται στα μέρη του σώματος. Το παιδί μιμείται τις σωστές κινήσεις μας. Αργότερα, όταν πια ανταποκριθεί μόνο του σωστά, εμείς λέμε το τραγούδι και το παιδί πραγματοποιεί τις κινήσεις (Κ. Μανουσάκη, 2012).

6. Μίμηση, Μάθηση & Παρατήρηση

1. Χρήση θεματολογίας από διάφορες κατηγορίες: ζώα, μουσικά όργανα, εκφράσεις προσώπου, μεταφορικά μέσα, αντικείμενα καθημερινής χρήσης. Μιμούμαστε αυτό που αναπαριστά η εικόνα και ζητάμε από το παιδί να διαλέξει τη σωστή καρτέλα, που δείχνει αυτό που αναπαριστούμε.
2. Η χρήση διαφόρων αντικειμένων της καθημερινότητας στο παιχνίδι, όπως είναι η χτένα, η οδοντόβουρτσα, τα μαγειρικά αντικείμενα, βοηθάει το παιδί να αναπτύξει τις νοητικές του ικανότητες. Δείχνοντάς του το σωστό τρόπο χρήσης του κάθε αντικειμένου, το παιδί μαθαίνει και το ίδιο πώς να το χρησιμοποιεί.
3. Παιχνίδι με κουκλοθέατρο: μαθαίνουμε τα ζώα, τον ήχο που κάνουν, γνωρίζουμε που μένουν. Η χρήση υπερβολικών και διασκεδαστικών κινήσεων και ήχων κεντρίζουν το ενδιαφέρον των παιδιών και τα κάνουν να συμμετέχουν.
4. Εναλλακτικά, για τη διδασκαλία των ζώων και των ήχων, προσποιούμαστε ότι εμείς οι ίδιοι είμαστε τα ζώα, μιμούμενοι με το σώμα μας τον τρόπο που περπατούν και ηχούν (Κ. Μανουσάκη, 2012).

7. Μάθηση και Παρατήρηση

1. Η χρήση εικονογραφημένων βιβλίων βοηθάει στην ανάπτυξη των νοητικών και γνωστικών δεξιοτήτων (Κ. Μανουσάκη, 2012), οπότε μπορούμε να διαβάσουμε ένα αγαπημένο βιβλίο (Ρ. Krantz & L. McClannahan, 1999).
2. Έννοιες «μεγαλύτερο» - «μικρότερο»: Δίνουμε στο παιδί 2 ραβδάκια ή καλαμάκια και ζητάμε να τα βάλει από το μικρότερο στο μεγαλύτερο. Σιγά σιγά, προσθέτουμε και άλλα.
3. Η ανάπτυξη των ικανοτήτων σκέψης πραγματοποιείται με την ταξινόμηση των παιχνιδιών μέσα σε κουτιά ανάλογα με το είδος, το μέγεθος, το χρώμα. Για το σχηματισμό αλληλουχιών και διάταξης, μπορούμε να βάλουμε ένα μικρότερο κουτί μέσα σε ένα μεγαλύτερο.
4. Η ζωγραφική, η δημιουργία κολλάζ, το παιχνίδι με τα τουβλάκια αποτελούν δραστηριότητες που βοηθούν το παιδί να μάθει τον κόσμο γύρω του, να αποκτήσει γνώσεις, να εξελίξει τη λεπτή κινητικότητά του, που είναι απαραίτητη στις καθημερινές δραστηριότητες και να αναπτύξει τη φαντασία, τη δημιουργικότητα και τα συναισθήματά του.
5. Αναγνώριση και ταύτιση ήχων και εξάσκηση ακουστικής μνήμης: Μπορούμε να ηχογραφήσουμε ήχους της καθημερινής ζωής και να τους απεικονίσουμε σε καρτέλες. Κάθε φορά που ακούγεται ο ήχος, το παιδί πρέπει να μαντεύει την εικόνα που τον αντιπροσωπεύει. Έπειτα, κατονομάζουμε τον ήχο που αναπαράγεται και ταυτόχρονα δείχνουμε την εικονογραφημένη καρτέλα που τον αναπαριστά, που είναι και ο στόχος.
6. Οι έννοιες «ψηλά» - «χαμηλά» μπορούν να διδαχθούν επίσης μέσα από το παιχνίδι. Για παράδειγμα, κρατάμε ένα μαντήλι, χορεύουμε στους ρυθμούς της μουσικής και ανά διαστήματα το σηκώνουμε «ψηλά», έπειτα το κατεβάζουμε «χαμηλά».
7. Για τις έννοιες «σκληρό» - «μαλακό»: Αγγίζουμε ένα αντικείμενο που είναι σκληρό και το ονομάζουμε με βαριά φωνή. Για παράδειγμα «σκληρό τραπέζι». Έπειτα από πολλές επαναλήψεις δουλεύουμε αντίστοιχα, για την έννοια «μαλακό» με απαλή φωνή ονομάζουμε το αντικείμενο που αγγίζουμε και είναι «μαλακό».
8. Οι έννοιες «λίγο» - «πολύ» μπορούν να πραγματοποιηθούν με τη χρήση διάφανων πλαστικών ποτηριών. Με ένα μαρκαδόρο, ζωγραφίζουμε γύρω γύρω ένα όριο και

ζητάμε από το παιδί να γεμίσει με νερό, πέτρες ή άλλα αντικείμενα, τα ποτήρια, μέχρι εκεί που έχουμε ζωγραφίσει τη γραμμή.

9. Η διδασκαλία των εννοιών «μέσα» - «έξω», βοηθάει στην εξάσκηση του συντονισμού των χεριών και των ματιών. Μπορούμε κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού, να βάλουμε «μέσα» στο καλάθι τα μπαλάκια και μετά να τα βγάλουμε «έξω», ώστε να το αδειάσουμε (Κ. Μανουσάκη, 2012).
10. Κάρτες με ΝΑΙ/ΟΧΙ: Η υπόδειξη ενός ΝΑΙ/ΟΧΙ είναι μία σημαντική δεξιότητα για τα παιδιά, είτε αυτή γίνεται με νεύμα του κεφαλιού (κουνώντας το κεφάλι θετικά ή αρνητικά), είτε λεκτικά ή με άλλη μέθοδο, όπως είναι το πάτημα ενός κουμπιού (πράσινο/κόκκινο). Ένας άλλος τρόπος είναι το παιχνίδι με ερωτήσεις, στο οποίο το παιδί ανταποκρίνεται δείχνοντας τη σωστή και κατάλληλη κάρτα.
11. Κάποιες φορές τα παιδιά με αυτισμό αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να δρουν ανεξάρτητα από τον ένα χώρο στον άλλον. Για να βοηθήσουμε τα παιδιά να βρουν τον τρόπο χωρίς να χρησιμοποιούμε συνεχώς λεκτικές υπενθυμίσεις ή φυσικούς οδηγούς, μπορούμε να οργανώσουμε κάποια σημάδια:
 - Βάζουμε χρωματιστά χνάρια ή αλλιώς πατημασιές στο πάτωμα, τα οποία καθοδηγούν από το ένα μέρος στο άλλο.
 - Καθώς περπατάμε μπροστά από το παιδί, φωτίζουμε με ένα φακό το πάτωμα πίσω από εμάς.
 - Μπορούμε να τοποθετήσουμε πολύχρωμα φωτεινά βέλη στο επίπεδο του ματιού στους τοίχους των διαδρόμων, ώστε το παιδί να μάθει σε ποια κατεύθυνση πηγαίνει και που θα σταματήσει.
 - Επιπλέον, μπορούμε να βάλουμε το όνομα του παιδιού στους διαδρόμους, ώστε να αναγνωρίζει που θα πρέπει να πηγαίνει (Κ. McConnell & G. Ryser, 2000).

8. Έκφραση Συναισθημάτων

Το άγχος και η νευρικότητα προκαλούν πολλές φορές τις επαναλαμβανόμενες και τελετουργικές κινήσεις και χειρονομίες των παιδιών με αυτισμό, οι οποίες μπορούν να σχετίζονται με τα χέρια, το πρόσωπο, τα μαλλιά, τα μάτια. Επιπλέον, ενδέχεται, τα παιδιά να αυτοτραυματιστούν μέσω αυτών κινήσεων.

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

1. Ένας τρόπος ελάττωσης ενός ενδεχόμενου τραυματισμού είναι η διδασκαλία μίας εναλλακτικής συμπεριφοράς, η οποία είναι παρόμοια, αλλά δεν προκαλεί τραυματισμό:
 - Αντί να χτυπάει το πηγούνι ή το πρόσωπό του με μπουνιά, να σφίγγει ένα μπαλάκι.
 - Αντί να τραβάει τα μαλλιά ή τα φρύδια του, να κρατάει ή να σφίγγει ένα χνουδωτό μπρελόκ.
 - Αντί να τρίβει το μέτωπο ή τα μάγουλά του, να τρίβει μία πέτρα χαλάρωσης.
 - Αντί να χτυπάει πράγματα, να κρατάει ή να κυλάει μία στρογγυλή γόμα.
 - Αντί να μασάει τη μπλούζα του, να φοράει μία μπλούζα με γιακά ή και να μασάει τσίχλα (K. McConnell & G. Ryser, 2000).
2. Οι έντονες ασκήσεις ή το παιχνίδι με έντονους ρυθμούς, θα βοηθήσει το παιδί να διώξει το άγχος, την επιθετικότητα, τη νευρικότητα. Στη συνέχεια, θα είναι πιο ήρεμο για να ασχοληθεί με περισσότερη αφοσίωση σε μία εργασία που δεν απαιτεί τόση ενέργεια.
3. Η εκτόνωση της έντασης μπορεί να επιτευχθεί και μέσω της ζωγραφικής και συγκεκριμένα μέσα από τις «μουντζούρες» που θα δημιουργήσει το παιδί με το μαρκαδόρο. Μπορούμε να φυλάξουμε τις δημιουργίες του παιδιού σε ένα φάκελο, σημειώνοντας κάθε φορά την ημερομηνία (Κ. Μανουσάκη, 2012).
4. Η απαλή μουσική έχει πολλές θετικές επιδράσεις στο παιδί. Μπορεί να εμπλουτίσει τη ζωή και είναι μία υπέροχη πηγή διδασκαλίας και βελτίωσης της χαλάρωσης, με κατευναστική επίδραση και ελάττωση των επαναλαμβανόμενων στερεοτυπικών συμπεριφορών (K. McConnell & G. Ryser, 2000). Για την επίτευξη του θεραπευτικού της ρόλου, το παιδί είναι απαραίτητο να ακούει το ίδιο μουσικό κομμάτι και ερέθισμα την ίδια ώρα κάθε μέρα, για διάστημα μεγαλύτερο του ενός μήνα.
5. Εναλλαγή στον τόνο της φωνής, από τραγουδιστή και λεπτή σε όλο και πιο χοντρή φωνή και την έντασή της, από πολύ αργή σε πολύ γρήγορη (Κ. Μανουσάκη, 2012).

9. Μάθηση, Παρατήρηση και Έκφραση Στοργής

1. Μαθαίνουμε να μοιραζόμαστε τα παιχνίδια μας. Περιγράφουμε το παιχνίδι που κρατάμε, ασχολούμαστε με αυτό και το ανταλλάσσουμε (Κ. Μανουσάκη, 2012).

10. Μάθηση και Έκφραση Στοργής

1. Η αποτροπή του αισθήματος τιμωρίας μπορεί να πραγματοποιηθεί, όταν σε κάθε πρότασης με αρνητικό περιεχόμενο υπάρχει μία θετική λύση, ώστε το παιδί να καταλάβει πως αυτή η συμπεριφορά δεν είναι επιθυμητή. Άρα, κάθε μη αποδεκτή ενέργεια είναι απαραίτητο να συνοδεύεται με μία απλή εξήγηση, ώστε το παιδί να καταλάβει, ότι αυτό δεν είναι επιτρεπτό. Για παράδειγμα, το παιδί πηγαίνει να φάει μέσα στο δωμάτιο. Μπορούμε να το αποτρέψουμε, λέγοντας *«Δεν μπορείς να φας στο δωμάτιο σου μπορείς όμως, να καθίσεις να φας στο τραπέζι της κουζίνας»*, αναφέρει η Μανουσάκη (Κ. Μανουσάκη, 2012). Άλλωστε, η ενίσχυση της αντιδραστικότητας και της επιθετικότητας του παιδιού, είναι αποτέλεσμα των στενών ορίων που θέτουν πολλές φορές οι γονείς. Παράλληλα, θα πρέπει να είμαστε σε ετοιμότητα, πριν την εμφάνιση κάποιας μη κοινωνικά αποδεκτής συμπεριφοράς, ώστε να υπάρξει απόσπαση της προσοχής (Κ. Μανουσάκη, 2012). Έτσι, η προσεκτική και με μέτρο εκμάθηση των κοινωνικών «πρέπει» και «μη» αποτελεί μία σημαντική διαδικασία, ώστε τα παιδιά με αυτισμό να μπορέσουν να κατανοήσουν τις κοινωνικές απαγορεύσεις, τις οποίες δυσκολεύονται να αντιληφθούν (U. Frith, 1999).
2. Το παιχνίδι δραματοποίησης διεγείρει και προκαλεί τη φαντασία του παιδιού.
3. Επιπλέον, τα συναισθήματα μπορούν να διδαχθούν μέσω του θεάτρου και της δραματοποίησης της χρήσης των ήχων, (Κ. Μανουσάκη, 2012), των εικόνων, της γλώσσας του σώματος (έντονες γκριμάτσες, υπερβολικοί μορφασμοί) και του τόνου της φωνής (Ι. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008).
4. Με τον τονισμό του «εγώ» και του «εσύ», επιδιώκουμε την ανάπτυξη του αισθήματος συνεργασίας και επικοινωνίας σε δραστηριότητες της καθημερινότητας (Κ. Μανουσάκη, 2012):
 - Μπορούμε να ακουμπήσουμε τον εαυτό μας με το χέρι μας, υποδεικνύοντας το «εγώ» (Ι. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008).

- Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε κάρτες με γραμμένες τις προσωπικές αντωνυμίες «εγώ» και «εσύ». Κάθε φορά που πρόκειται να μιλήσουμε, σηκώνουμε την κάρτα με την αντωνυμία «εγώ» (K. McConnell & G. Ryser, 2000).
- Πριν ξεκινήσουμε να παίζουμε ένα παιχνίδι, είναι καλό να ρωτήσουμε «Ποιος παίζει;», έτσι ώστε να γίνει η λεκτική χρήση του «εγώ» ή του «εσύ». (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008).

11. Κοινωνικό Παιχνίδι

Τα παιδιά στο φάσμα του αυτισμού δεν παίρνουν μέρος στο παραστατικό παιχνίδι. Η έλλειψη αποτελεσματικών κοινωνικών δεξιοτήτων αλληλεπίδρασης και η συχνή αποτυχία ανάπτυξης σχέσης με τους συνομήλικους, δρουν αρνητικά για ένα παιδί που είναι στο φάσμα του αυτισμού, καθώς δεν μπορεί να μοιραστεί και να συμμετέχει σε δραστηριότητες με τους άλλους.

1. Ένας τρόπος ενθάρρυνσης, είναι η χρήση του κουκλοθέατρου. Υπάρχουν σε διάφορα σχήματα και μεγέθη από απλές κούκλες δακτύλων ή αλλιώς μαριονέτες, έως περίτεχνες, με συναρπαστικά και φωτεινά χρώματα, που προσελκύουν την προσοχή του παιδιού. Οι τρόποι με τους οποίους μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε το κουκλοθέατρο είναι διάφοροι:

- Αρχικά, μπορούμε να ξεκινήσουμε με συζήτηση, σχετικά με την καθημερινότητα του παιδιού (στο σπίτι, στο σχολείο, για τα αγαπημένα παιχνίδια), παίζοντας ταυτόχρονα με τις μαριονέτες.
- Έπειτα, μπορούμε να εξασκήσουμε μία συγκεκριμένη και γνωστή ακολουθία, όπως ένα τραγούδι, ένα ρυθμό ή ένα ποίημα, λέγοντας μία σειρά το παιδί και μία εμείς.
- Ένας άλλος τρόπος είναι η πραγματοποίηση εύκολων ερωτήσεων στο παιδί, που απαιτούν σύντομες απαντήσεις, έως 3 λέξεις (K. McConnell & G. Ryser, 2000).

2. Μία άλλη δραστηριότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης είναι η δημιουργία και κατασκευή μουσικών οργάνων από απλά αντικείμενα (κουτιά, καπάκια...).

3. Ένας άλλος τρόπος που προτρέπει την επικοινωνία, είναι να ζητάμε από το παιδί να πραγματοποιήσει μία δραστηριότητα και τη «χρήση» της λογικής σκέψης δημιουργώντας κάποιες δυσκολίες ή εμπόδια:

- Στεκόμαστε μπροστά από την πόρτα τη στιγμή που πάει να βγει έξω.
- Ζητάμε από το παιδί να χτενίσει τα μαλλιά του, χωρίς να υπάρχει κάπου στο χώρο η χτένα (Κ. Μανουσάκη, 2012).
- Όταν το παιδί δείξει ότι θέλει κάτι, του δίνουμε ένα άλλο αντικείμενο.
- Μπορούμε να προσποιηθούμε ότι δεν καταλαβαίνουμε τι μας ζητάει.
- Το παιδί θέλει να πλύνει τα χέρια του ή να παίξει με το νερό, αλλά εμείς δεν ανοίγουμε τη βρύση.
- Τοποθετούμε ένα αγαπημένο παιχνίδι του παιδιού σε ένα ψηλό ράφι.
- Δίνουμε στο παιδί κάτι που του αρέσει πολύ, αφότου το βάλουμε σε ένα διαφανές βάζο ή πλαστική σακούλα, που είναι καλά κλεισμένο και δεν μπορεί να το ανοίξει μόνο του.
- Δίνουμε ένα πιάτο με μία λιχουδιά χωρίς κουτάλι ή πιρούνι. Η πρόκληση που δημιουργείται για επικοινωνία και λογική σκέψη:
 - «Τρώμε με το κουτάλι ή το πιρούνι;»
 - «Δεν το έχω».
 - «Μέσα στο χώρο δεν υπάρχει».
 - «Το χρειάζομαι», **άρα**
 - «Το ζητάω από κάποιον» (Κ. McConnell & G. Ryser, 2000).

Έτσι λοιπόν, η επικοινωνία μπορεί να επιτευχθεί όταν το παιδί στην προσπάθειά του να πραγματοποιήσει μία ενέργεια ή κίνηση και παρουσιάσει κάποια δυσκολία, θα «αναγκαστεί» να ζητήσει βοήθεια (Κ. Μανουσάκη, 2012).

12. Μάθηση, Παρατήρηση και Κοινωνικό Παιχνίδι

1. Εξάσκηση οπτικής μνήμης: Ψάχνουμε εικόνες που αντιπροσωπεύουν ένα αντικείμενο. Το παιδί τις παρατηρεί προσεκτικά και μετά από λίγο τις απομακρύνουμε και προσθέτουμε μία καινούρια, ζητώντας από το παιδί να μας πει

ποια είναι η εικόνα που προσθέσαμε. Σταδιακά, βάζουμε νέες κάρτες. (Κ. Μανουσάκη, 2012).

13. Μίμηση, Μάθηση και Κοινωνικό Παιχνίδι

1. Οι ήχοι που προκαλούν τα παιδιά με αυτισμό μπορούν να φανούν πολύ χρήσιμοι, μέσω της μίμησης και της επανάληψής τους από τους άλλους, καθώς αποτελεί τη βάση για αμοιβαία επικοινωνία και αλληλεπίδραση. Για τα παιδιά που δεν έχουν λόγο, είναι ένας καλός τρόπος ενθάρρυνσης της φώνησης. Υπάρχουν διάφορες δραστηριότητες οι οποίες μπορούν να «προκαλέσουν θόρυβο»:

- Το γαργάλισμα του παιδιού.
- Το φύσημα φούσκων, κοντά στο πρόσωπο του παιδιού.
- Παιχνίδι με τη μουσική ή με κάποιο μουσικό όργανο.
- Τραγούδια με συνοδεία κινήσεων.
- Κρυφτό.
- Κουκλοθέατρο.
- Αγκαλιά (Κ. McConnell & G. Ryser, 2000).

14. Μίμηση και Κοινωνικό Παιχνίδι

Ένας από τους πιο σημαντικούς τρόπους μάθησης για το πώς να κάνουμε κάτι, είναι να παρακολουθήσουμε τους άλλους και μετά να κάνουμε αυτό που κάνουν.

1. Η μίμηση είναι μία καλή εκπαιδευτική στρατηγική και μπορεί να ξεκινήσει με φυσικές κινήσεις και αργότερα, μέσω χειρονομιών και λέξεων. Κάποιες δραστηριότητες μίμησης:

- Η αγκαλιά.
- Χτυπάμε παλαμάκια.
- Στέλνουμε φιλί.
- Χαιρετισμός.
- «Κόλλα 5».
- Χοροπηδώ άλλοτε με το ένα πόδι, άλλοτε με τα δύο πόδια.

- Σηκώνω τα χέρια πάνω από το κεφάλι (K. McConnell & G. Ryser, 2000).

15. Μάθηση και Κοινωνικό Παιχνίδι

Τα παιχνίδια είναι ένα εξαιρετικός τρόπος διδασκαλίας πολλών δεξιοτήτων και βοηθούν σημαντικά στην αντιμετώπιση των μη κοινωνικά αποδεκτών συμπεριφορών. Οι κοινωνικές σχέσεις δομούνται και η κοινωνική απομόνωση ελαττώνεται (K. McConnell & G. Ryser, 2000).

1. Είναι σημαντικό να διδάξουμε στο παιδί ότι στο παιχνίδι τη μία φορά παίζει εκείνο και την άλλη εμείς· εναλλάξ: «σειρά σου - σειρά μου». Επιπλέον, είναι απαραίτητο να εξηγήσουμε πως, δε νικάμε πάντα. Υπάρχουν και φορές που μπορεί να χάσουμε. Όταν τηρείται αυτός ο κανόνας από το παιδί, το επιβραβεύουμε (K. Μανουσάκη, 2012).
2. Για την εκμάθηση της σειράς, «σειρά μου/σειρά σου», μπορούμε:
 - Να χρησιμοποιήσουμε τουβλάκια για μία κατασκευή.
 - Να συμπληρώσουμε ένα παζλ.
 - Να παίζουμε με την μπάλα.
 - Να ζωγραφίσουμε ή να χρωματίσουμε μία εικόνα.
 - Να τραγουδήσουμε μία επαναλαμβανόμενη φράση.
 - Να παίζουμε με κάρτες.
 - Να χτυπήσουμε παλαμάκια με ρυθμό (K McConnell & G. Ryser, 2000).
 - Να πετάξουμε χάρτινα αεροπλανάκια.
 - Να μοιράσουμε βιβλία ή άλλα αντικείμενα (I. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008).

Για την επίτευξη της κατανόησης και της τήρησης της σειράς, ακολουθούμε κάθε φορά τη χρήση εκφράσεων που δείχνουν το πότε «ξεκινάω» και το πότε «τελειώνω» σε λογική ακολουθία. Σκεπτόμαστε δηλαδή, λέξεις που δημιουργούν αίσθηση, όταν χρησιμοποιούνται στο περιεχόμενο της δραστηριότητας και είναι εύκολο να αποτυπωθούν και να επαναληφθούν. Για παράδειγμα:

- «η σειρά μου», «τώρα η σειρά σου»
- «δικό μου», «δικό σου»

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

- «εσύ ξεκινάς», «τώρα εγώ»
- «πρώτα ξεκινάς», «μετά εγώ»
- «ώρα ξεκινάς», «τώρα ξεκινώ»
- «ποιανού η σειρά είναι;» «Πολύ σωστά, του/της η σειρά»

Όταν το παιδί ακολουθεί επιτυχώς τη σειρά του, χρησιμοποιούμε θετική ενίσχυση ή κάποιο έπαινο με ενθουσιασμό.

3. Η προετοιμασία για συζήτηση μπορεί να γίνει με τη δημιουργία καρτών. Κάθε κάρτα μπορεί να έχει το όνομα, τη φωτογραφία και βασικές πληροφορίες σχετικά με ένα μέλος της οικογένειας, κάποιο φίλο ή συμμαθητή, το δάσκαλο, τον θεραπευτή, κάποιον γνωστό. Έτσι, μπορούμε να τις χρησιμοποιήσουμε για τη διδασκαλία και την προετοιμασία των παιδιών πριν αυτά συναντήσουν άλλους ανθρώπους σε κοινωνικές καταστάσεις.
4. Ένας άλλος τρόπος, για να ξεκινήσει το παιδί τη συζήτηση είναι να κάνει ανταλλαγή καρτών που αφορούν ανθρώπους, μέρη, πράγματα. Ο κάρτες μπορεί να έχουν λέξεις, φωτογραφίες ή σύμβολα που αναπαριστούν οικεία πρόσωπα.
5. Η χρήση καρτών με γραμμένες ερωτήσεις θα βοηθήσει το παιδί να μάθει σιγά σιγά, να αρχίζει και στη συνέχεια να επεκτείνει τη συζήτηση και την επικοινωνία με τους άλλους (K. McConnell & G. Ryser, 2000).
6. Επιπλέον, μπορούν να δοθούν γραπτά ή ακουστικά κείμενα, μέσω των οποίων δίνουμε και λαμβάνουμε πληροφορίες για εμάς και για τους άλλους, έτσι ώστε να συγκεντρωνόμαστε για να πραγματοποιήσουμε διάφορες δραστηριότητες (P. Krantz & L. McClannahan, 1999).
7. Η κοινωνική αλληλεπίδραση μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τη δημιουργία ενός κύκλου με κάποια μικρά βήματα:
 - Στην αρχή, γεμίζουμε ένα δοχείο με φαγητό, όπως κομμένο φρούτο ή κάποιο προσωπικό αντικείμενο (φωτογραφίες, μολύβια, κομμάτια από παζλ).
 - Στη συνέχεια, βάζουμε τα παιδιά να καθίσουν σε κύκλο, είτε σε καρέκλες, είτε στο πάτωμα.
 - Μετά, δίνουμε το δοχείο, στο παιδί που βρίσκεται μετά από εμάς.

- Συγχρόνως, αναφέρουμε το όνομα του παιδιού και την κατεύθυνση: «Εδώ, ... (αναφέρουμε το όνομα του παιδιού), έχω ένα ... (ονομάζουμε αυτό που υπάρχει μέσα στο δοχείο). Δώσε το στον επόμενο».
- Προτρέπουμε το παιδί να μας απαντήσει λεκτικά, αφού πρώτα του το έχουμε διδάξει.
- Στη συνέχεια, το προτρέπουμε να κοιτάξει το επόμενο άτομο στον κύκλο, να δώσει το δοχείο και να επαναλάβει αυτό που είπαμε προηγουμένως, κάνοντας αναφορά στο όνομα του επόμενου παιδιού.
- Το παιχνίδι συνεχίζεται και εμείς ενισχύουμε και επιβραβεύουμε τη σωστή ανταπόκριση του παιδιού.

Για τους μαθητές που δε χρησιμοποιούν λεκτική γλώσσα, εστιάζουμε στη διδασκαλία και την ενίσχυση των φυσικών κοινωνικών δεξιοτήτων:

- Καθόμαστε κοντά στους άλλους.
- Χρησιμοποιούμε τη βλεμματική επαφή.
- Παίρνουμε ένα αντικείμενο από κάποιον άλλον και το δίνουμε στον επόμενο (K. McConnell & G. Ryser, 2000).

16. Μάθηση, Έκφραση Στοργής και Κοινωνικό Παιχνίδι

1. Το κρυφό αποτελεί σημαντικό παράγοντα αντίληψης και ανάπτυξης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Στην αρχή, μπορούμε να ξεκινήσουμε να κρύβουμε μεγάλα αντικείμενα ή παιχνίδια (αρκουδάκια, αυτοκινητάκια). Μετά, μπορούμε να τα κρύψουμε σε όλο το σπίτι και να τα σκεπάσουμε με ένα μαντήλι. Σε μία πιο δύσκολη εκδοχή, παίζουμε το παιχνίδι του «κρυμμένου θησαυρού».
2. Ένας άλλος διαφορετικός τρόπος κοινωνικής αλληλεπίδρασης είναι το μαγείρεμα με τη βοήθεια του παιδιού, το οποίο προκαλεί διασκέδαση, χαρά και αναπτύσσει συγχρόνως τις γνώσεις και τις δεξιότητές του.
3. Εξάσκηση φαντασίας και δημιουργικότητας: παίρνουμε 2 φύλλα και πολλούς μαρκαδόρους. Ξεκινάμε να ζωγραφίζουμε και μετράμε έως το 10. Όταν ο χρόνος τελειώσει, γίνεται ανταλλαγή των χαρτιών και συνεχίζουμε να ζωγραφίζουμε. Η διαδικασία αυτή, επαναλαμβάνεται μέχρι να τελειώσουμε τις ζωγραφιές.

4. Οι επικοινωνιακές σχέσεις και η κοινωνική αλληλεπίδραση μπορεί να επιτευχθεί και μέσω του χορού, των ρυθμικών κινήσεων και των παιχνιδιών που έχουν ένταση.
5. Ένας τρόπος κίνησης του ενδιαφέροντος του παιδιού είναι η χρήση μίας τεράστιας μπάλας γυμναστικής για την πραγμάτωση ασκήσεων. Για παράδειγμα:
 - Το παιδί να ξαπλώσει πάνω στην μπάλα.
 - Το παιδί να καθίσει πάνω στην μπάλα (Κ. Μανουσάκη, 2012).

Κάθε φορά που επιτυγχάνεται η επιθυμητή ανταπόκριση του παιδιού στις δραστηριότητες με τις οποίες ασχολούμαστε, είναι απαραίτητη η θετική ενίσχυση και επιβράβευση, είτε λεκτικά, είτε προσφέροντας στο παιδί ένα μικρό δώρο, για παράδειγμα:

- ένα παγωτό
- πατατάκια
- αυτοκόλλητα
- σελιδοδείκτες
- μία φωτοτυπία για το σπίτι
- ένας περίπατος
- παιχνίδι στον Η/Υ
- ένα παιχνίδι (Κ. McConnell & G. Ryser, 2000).

Συμπεράσματα

Η δόμηση ενός κατάλληλου χώρου (μέγεθος, δομή, οργάνωση του χώρου, χρήση των υλικών) για παιχνίδι και η σταθερότητα του προγράμματος θα βοηθήσουν πολύ τα παιδιά με αυτισμό και θα συγκροτήσουν μία πολύ σημαντική προϋπόθεση για την επίτευξη του παιχνιδιού. Επιπλέον, ο αριθμός, η ηλικία, το φύλλο και η λειτουργικότητα των τυπικών παιδιών που θα συμμετέχουν στην αλληλεπίδραση πρέπει να αποτελέσουν θετικό στοιχείο για την επίτευξη του στόχου (Κ. Quill, 2005). Ακόμη, είναι καλό να θυμόμαστε πως:

1. Η επιλογή της κάθε δραστηριότητας γίνεται ανάλογα με την ηλικία και τη λειτουργικότητα του παιδιού (Κ. McConnell & G. Ryser, 2000).

2. Ο κατακερματισμός μίας δραστηριότητας σε πιο μικρά βήματα βοηθάει πολύ τα παιδιά με αυτισμό, ώστε να μην αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες στην υλοποίησή τους.
3. Η χρήση προτάσεων με ξεκάθαρο, απλό και σύντομο περιεχόμενο επιτρέπει την καλύτερη αντίληψη και κατανόηση (Κ. Καλύβα, 2005).

5.6. ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ - ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Αρκετοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με αυτισμό έχουν ή υψηλή ευαισθησία ή χαμηλή ευαισθησία σε αισθητηριακά ερεθίσματα, κάτι που έχει σαν αποτέλεσμα να βιώνουν υπερβολικά ή καθόλου την αισθητηριακή διέγερση σε σχέση με τους πιο πολλούς ανθρώπους. Έτσι λοιπόν, ενδέχεται να έχουν δυσκολία στο να αντιληφθούν τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και στο να αντιδρούν σε αυτά καταλλήλως. Έχοντας ως βάση αυτή τη θεωρία μπορούμε να εικάσουμε ότι ποικίλες τελετουργικές συμπεριφορές (π.χ. η κίνηση με το σώμα μπρος - πίσω) και διάφορες αυτοτραυματικές συμπεριφορές, μπορούν να ερμηνευτούν ως προσπάθειες του παιδιού με αυτισμό να μειώσει την ποσότητα και το επίπεδο των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος που δέχεται. Πρέπει να σημειωθεί, ότι οι αισθητηριακές - κινητικές προσεγγίσεις δε θεραπεύουν τον αυτισμό, όμως χρησιμοποιούνται ευρέως μαζί με άλλα εκπαιδευτικά προγράμματα, βοηθώντας να αντιμετωπιστούν κάποια συμπτώματα (Ε. Καλύβα, 2005).

5.6.1 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - MUSIC THERAPY

Η μουσικοθεραπεία ξεκίνησε να χρησιμοποιείται σαν υποστηρικτική παρέμβαση στον αυτισμό τις δεκαετίες του 1950 - 1960, στο Ηνωμένο Βασίλειο, από συγκεκριμένους θεραπευτές (Juliette Alvin, Paul Nordoff και Clive Robbins). Γενικά, είναι μία ολιστική προσέγγιση, που έχει σαν σκοπό την επίτευξη της ισορροπίας μεταξύ της συναισθηματικής, σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού (Ε. Καλύβα, 2005). Το άτομο αρχίζει να ανταποκρίνεται στη μουσική από πολύ μικρό αναπτυξιακό στάδιο. Οι ήχοι και η μουσική παρέχουν την δυνατότητα στους ανθρώπους

με σοβαρές αναπηρίες να επικοινωνούν. Πιο συγκεκριμένα, η μουσική οργανώνει τις αλληλεπιδράσεις. Οι πρώτες αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα παιδιά και τα άτομα που τα φροντίζουν έχουν μουσικό υπόβαθρο, αφού πραγματοποιούνται με επιτυχία μέσα από τη μίμηση, τον τόνο της φωνής και το ρυθμό. Καθημερινά, όλος ο κόσμος κάνει χρήση μουσικών στοιχείων, για να επικοινωνήσει και να κατανοήσει ο ένας τον άλλον.

Τα παιδιά με αυτισμό, εμφανίζουν δυσκολίες στην καθημερινή τους στάση, όντας μέλη μιας κοινωνικής ομάδας ή ενός ευρύτερου συνόλου. Έτσι, η μουσική παίζει σημαντικό ρόλο, με στόχο τη μύησή τους σε επικοινωνιακές καταστάσεις (Ε. Γκονέλα, 2006).

Η μουσικοθεραπεία δεν ταυτίζεται με τη μουσική εκπαίδευση, διότι έχει συγκεκριμένους στόχους, οι οποίοι δεν έχουν σχέση απαραίτητως με τη μουσική (Ε. Καλύβα, 2005). Στόχος της μουσικοθεραπείας δεν είναι η εκμάθηση ενός μουσικού οργάνου, ούτε η απόκτηση μουσικών γνώσεων (S. Lennard - Brown, 2003). Μέσω της συγκεκριμένης μεθόδου, το άτομο αποκτά ποικιλία μουσικών εμπειριών, που έχουν σαν στόχο την αλλαγή της συμπεριφοράς και την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων.

Βασικό χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης μεθόδου αποτελεί η δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης και συνάμα υποστήριξης μεταξύ του θεραπευτή και του ατόμου με αυτισμό (Ε. Καλύβα, 2005). Ο θεραπευτής μέσω της μουσικής, επιζητά να παρέχει βοήθεια στο παιδί, ώστε αυτό να αποκτήσει επίγνωση του εαυτού του αλλά και επίγνωση του ίδιου σε σχέση με τους άλλους ανθρώπους που βρίσκονται γύρω του. Για κάποια παιδιά με αυτισμό η μουσικοθεραπεία βοηθάει στο να μειώσουν την ευαισθησία τους στον ήχο (S. Lenard - Brown, 2003). Από τη άλλη πλευρά κάποια άλλα παιδιά, μέσω της μουσικοθεραπείας εξασκούνται στη δυαδική αλληλεπίδραση και την συνδυαστική προσοχή.

Η μουσικοθεραπεία σαν διαδικασία περιλαμβάνει το παίξιμο διαφόρων οργάνων, το τραγούδι, το άκουσμα της μουσικής και το λίκνισμα στο ρυθμό της. Έτσι, ανεξάρτητα από την ηλικία και τις δεξιότητες του ατόμου η μουσική βοηθάει στην επίτευξη καίριων στόχων της ζωής. Η αξιολόγηση από τον μουσικοθεραπευτή, πραγματοποιείται σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο, έτσι ώστε να μην αποσπάται η προσοχή του παιδιού και να νιώθει ασφάλεια.

Γενικά, υπάρχουν διαφόρων ειδών προσεγγίσεις μουσικοθεραπείας. Η πιο γνωστή και περισσότερο διαδεδομένη είναι η μουσική αυτοσχεδιασμού, που δίνει την ευκαιρία στο παιδί που έχει αυτισμό να πάρει τον έλεγχο της συνεδρίας στα χέρια του.

Ο θεραπευτής κάνει χρήση κρουστών ή έγχορδων μουσικών οργάνων ή της φωνής για να ανταποκριθεί με δημιουργικό τρόπο στους ήχους που παράγει το παιδί, δίνοντας του το έναυσμα προκειμένου να δημιουργήσει τη δική του μουσική γλώσσα. Συνήθως επιλέγεται από τον μουσικοθεραπευτή ένα όργανο και ένα είδος μουσικής που είναι απλά και ταυτόχρονα ευχάριστα στο παιδί (Ε. Καλύβα, 2005). Ο θεραπευτής έχει τη δυνατότητα να δώσει στο παιδί ένα μουσικό όργανο για να παίζει με αυτό και όταν το παιδί παράγει ήχο, ο ίδιος μπορεί να απαντήσει παράγοντας τον ίδιο ήχο ή να δημιουργήσει ένα ρυθμό (S. Lennard - Brown, 2003). Επίσης, ο μουσικοθεραπευτής κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ανταποκρίνεται στις φωνές, τις κραυγές και τις διάφορες κινήσεις που κάνει το παιδί, με την προϋπόθεση ότι έχουν ρυθμό, ένταση και υπάρχει η δυνατότητα να οργανωθούν μουσικά.

Άλλη μία γνωστή μορφή μουσικοθεραπείας που εφαρμόζεται είναι η τροποποιημένη μουσική. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με αυτισμό ακούνε μουσική και ταυτόχρονα γίνεται καταγραφή των αντιδράσεων τους. Έπειτα, η μουσική δέχεται τροποποίηση και παραμένουν μόνο οι ήχοι στους οποίους υπήρξε θετική ανταπόκριση από το άτομο. Στόχος αυτής της μεθόδου είναι να κάνει τη μουσικοθεραπεία ευχάριστη στο άτομο και συνεπώς αποτελεσματικότερη.

Ο ρόλος του μουσικοθεραπευτή είναι θεραπευτικός αλλά και συμβουλευτικός. Η συνεδρία δομείται ατομικά ή σε μικρές ομάδες κάνοντας χρήση διαφόρων ειδών μουσικής και τεχνικών για να παρακινήσουν τα παιδιά με αυτισμό να συμμετέχουν στις δραστηριότητες. Παροτρύνουν τα παιδιά να τραγουδήσουν, να ακούσουν μουσική, να χορέψουν και να παίξουν ένα μουσικό όργανο για την επίτευξη συγκεκριμένων εκπαιδευτικών στόχων (Ε. Καλύβα, 2005). Ο θεραπευτής πρέπει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις και να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος για να κάνει αυτό το επάγγελμα (Κ. Wall, 2010). Επιπλέον, είναι απαραίτητο να είναι δημιουργικός, ευρηματικός και ικανός και να έχει κατανόηση (Ε. Καλύβα, 2005). Επίσης είναι πολύ σημαντικό, ο θεραπευτής να έχει την ικανότητα να φτιάξει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα θεραπείας το οποίο θα είναι

βασισμένο στις ανάγκες του εκάστοτε παιδιού (K. Wall, 2010). Τέλος, ο μουσικοθεραπευτής οφείλει να βρει τον τρόπο, ώστε να προσελκύσει το παιδί για να εμπλακεί στη θεραπεία και να μπορεί να επικοινωνεί με τα ίδια τα παιδιά, τους γονείς τους και άλλους θεραπευτές τους (Ε. Καλύβα, 2005).

Τομείς που επιδρά η μουσική για την εξέλιξη των παιδιών με αυτισμό

1. Αποφυγή της κοινωνικής απόσυρσης και απομόνωσης και βελτίωση της κοινωνικής και συναισθηματικής ανάπτυξης

Η κοινωνική απόσυρση και απομόνωση, η απουσία βλεμματικής επαφής, η έλλειψη σχέσεων με άτομα της ηλικίας τους, καθώς και οι στερεοτυπικές κινήσεις αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά του αυτισμού. Είναι πολύ σύνηθες, τα άτομα που έχουν αυτισμό να απορρίπτουν ή να μην αντιλαμβάνονται τις απόπειρες για κοινωνική επαφή που επιχειρούν οι άλλοι άνθρωποι. Για αυτό το λόγο, η μουσικοθεραπεία κάνει χρήση ενός μουσικού οργάνου το οποίο ουσιαστικά είναι «ο μεσολαβητής» για την ανάπτυξη μιας σχέσης μεταξύ του παιδιού και του θεραπευτή. Επίσης, το σχήμα, ο ήχος και η υφή του οργάνου δεν αποτελούν σε καμία περίπτωση απειλή για το άτομο, αντιθέτως είναι πολύ ενδεχόμενο να του τραβήξουν την προσοχή και να το συναρπάσουν.

Η μουσικοθεραπεία δημιουργεί στο παιδί ακουστικές εμπειρίες, οι οποίες του παρέχουν τη δυνατότητα να αντιληφθεί τον ήχο και την ύπαρξη ενός άλλου ανθρώπου, ο οποίος προκαλεί τον συγκεκριμένο ήχο. Οι συγκεκριμένες εμπειρίες μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για να δημιουργήσουν διάφορες σχέσεις τα άτομα με αυτισμό, κάτι που θα τα βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τα κοινωνικά τους προβλήματα. Η μουσικοθεραπεία είναι μία δύσκολη και αργή διαδικασία, όμως παρέχει μία αίσθηση ασφάλειας και δίνει την ευκαιρία στα παιδιά με αυτισμό να κάνουν πειραματισμούς. Είναι γνωστό ότι πολλά παιδιά με αυτισμό έχουν από τη φύση τους μουσικό ταλέντο, οπότε η μουσικοθεραπεία προσφέρεται για να βιώσουν την επιτυχία και να αναδειχθούν οι δυνατότητες που έχουν.

2. Παροχή βοήθειας για τη λεκτική και μη - λεκτική επικοινωνία

Η μουσική αποτελεί μία γέφυρα επικοινωνίας μεταξύ των παιδιών με αυτισμό και του περιβάλλοντος τους (Ε. Καλύβα, 2005). Λειτουργεί βοηθητικά στα παιδιά με αυτισμό διότι δίνει νόημα στις κοινωνικές καταστάσεις, που υπό άλλες συνθήκες δεν θα υφίστανται (Ε.Γκονέλα, 2006). Συχνά διαπιστώνεται ότι τα μωρά με αυτισμό δίνουν περισσότερη προσοχή στη μουσική από ό,τι στις προφορικές λέξεις, αποδεικνύοντας έτσι, ότι η μουσική μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη της επικοινωνίας σε κάποια άτομα που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού (S. Lennard - Brown, 2003). Ο θεραπευτής καταβάλει μεγάλη προσπάθεια, έτσι ώστε να παρέχει βοήθεια και υποστήριξη της επιθυμίας για επικοινωνία (Ε. Καλύβα, 2005). Τα άτομα με αυτισμό, ανεξάρτητα από το αν είναι λεκτικά ή όχι, δυσκολεύονται να αποκωδικοποιήσουν τις εκφράσεις του προσώπου, τις χειρονομίες και τη στάση του σώματος ενός άλλους ατόμου. Έτσι, η μουσική παίζει καθοριστικό ρόλο και αποτελεί χρήσιμο εργαλείο (Ε. Γκονέλα, 2006). Δεδομένου ότι στη συγκεκριμένη μέθοδο δεν απαιτείται η λεκτική επικοινωνία, η οποία είναι περιορισμένη σε κάποια άτομα με αυτισμό, την καθιστά μία ευχάριστη και ανταμοιβόμενη εμπειρία (Κ. Wall, 2010). Η συγκεκριμένη θεραπεία παρέχει τη δυνατότητα σε όσα άτομα με αυτισμό είναι μη λεκτικά να αλληλοεπιδράσουν κοινωνικά και στηρίζει την ανάπτυξη της λεκτικής επικοινωνίας. Η μουσικοθεραπεία παρουσιάζει πολύ θετικά αποτελέσματα, όσον αφορά την ανάπτυξη και αποκατάσταση του λόγου (Ε. Καλύβα, 2005).

Στο βιβλίο της Ε. Χ. Γκονέλα παρατίθεται η άποψη της Τ. Grandin, άτομο με αυτισμό, η οποία υποστηρίζει ότι: *«μερικά παιδιά και ενήλικες με αυτισμό μπορούν να τραγουδούν καλύτερα απ' ό,τι να μιλούν και γι' αυτό ανταποκρίνονται καλύτερα σε λέξεις και προτάσεις, όταν αυτές τραγουδηθούν»* (Ε. Γκονέλα, 2006). Στα παιδιά που δεν μιλάνε αλλά τραγουδάνε, οι μουσικοθεραπευτές έχουν την ευχέρεια να δουλέψουν το λόγο τους με δραστηριότητες που στηρίζονται στη μουσική (Ε. Καλύβα, 2005).

Η επαφή των ατόμων με αυτισμό με το τραγούδι αποτελεί μεγάλη πρόκληση τόσο στην διδακτική πράξη όσο και στην παρέμβαση, επειδή κεντρίζει το ενδιαφέρον τους, προκαλεί μια ευχάριστη αίσθηση, αυξάνει την αυτοπεποίθησή τους και βοηθάει στην αποστήθιση λέξεων. Επιπλέον, το τραγούδι βοηθάει τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού να κατανοήσουν καλύτερα τον εαυτό τους, τους επιτρέπει να κάνουν παραγωγικές επαναλήψεις και είναι πολύ χρήσιμο για την περαιτέρω ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους (Ε. Γκονέλα, 2006).

3. Υποστήριξη των οικογενειών των ατόμων που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού

Η μουσικοθεραπεία προσφέρει στα παιδιά με αυτισμό μία υποστήριξη, η οποία βοηθάει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής όλης της οικογένειας. Με τη βελτίωση της συμπεριφοράς του παιδιού με αυτισμό, αυτομάτως μετριάζεται και το άγχος που υπάρχει στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Μέσω της συγκεκριμένης θεραπείας δημιουργούνται επιπλέον ευκαιρίες για αλληλεπίδραση και ανάπτυξη υποστηρικτικών σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας και του παιδιού που βρίσκεται στο φάσμα του αυτισμού. Επίσης, η μουσικοθεραπεία δίνει τη δυνατότητα στην οικογένεια του ατόμου με αυτισμό, να ανακαλύψει τις ικανότητες, τις τυχόν αδυναμίες του, αλλά και τις αντιδράσεις του στο συγκεκριμένο πλαίσιο (Ε. Καλύβα, 2005).

Αποτελεσματικότητα μουσικοθεραπείας

Η άποψη, ότι η μουσικοθεραπεία βοηθάει τα παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού, βασίζεται κυρίως σε προσωπικές εμπειρίες θεραπειών, γονέων ατόμων με αυτισμό και άλλων ειδικών (Ε. Καλύβα, 2005). Γενικά, η έρευνα που έχει γίνει για τη μουσικοθεραπεία και τον αυτισμό είναι περιορισμένη, όμως αρκετές μελέτες δείχνουν ότι είναι μία χρήσιμη και ευχάριστη μέθοδος (S. Lennard - Brown, 2003). Κάποιοι ερευνητές αναφέρουν ότι η μουσικοθεραπεία είναι πολύ αποτελεσματική για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων συμπτωμάτων του αυτισμού.

Εξαιτίας των διαφορών που εντοπίζονται στα άτομα με αυτισμό, δεν μπορούν να υπάρξουν ενιαίοι κανόνες σχετικά με την κατάλληλη θεραπεία. Είναι πολύ συχνό φαινόμενο, ένα άτομο να αντιδρά θετικά σε μία μέθοδο, ενώ κάποιο άλλο να παλινδρομήσει (Ε. Καλύβα, 2005). Σαν μέθοδος δεν έρχεται σε σύγκρουση με το παιδί, αφού πολύ συχνά εκείνο παίρνει πρωτοβουλίες σε αρκετές δραστηριότητες (Κ. Wall, 2010). Όμως, δεν είναι μία τέλεια και ασφαλή μέθοδος.

Καταληκτικά, η μουσική σε καμία περίπτωση δεν θεραπεύει τον αυτισμό, αλλά μπορεί να παρέχει βοήθεια για τη βελτίωση της ζωής του ατόμου. Εφόσον οι γονείς οικονομικά δεν μπορούν να απευθυνθούν σε πολλούς και διαφορετικούς ειδικούς, είναι

καλύτερο να επιλέξουν για την εκπαίδευση του παιδιού τους μια πιο ολοκληρωμένη μέθοδο από τη μουσικοθεραπεία (Ε. Καλύβα, 2005).

5.6.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ - SENSORY INTEGRATION THERAPY (SIT)

Η θεραπευτική μέθοδος της αισθητηριακής ολοκλήρωσης αναπτύχθηκε από την Δρ. Jean Ayers και στηρίζεται στην άποψη, ότι είναι κατά βάση μία νευροβιολογική διαδικασία (Ε. Καλύβα, 2005). Έχει διαπιστωθεί, ότι ο αυτισμός είναι μία διαταραχή αισθητηριακής ολοκλήρωσης, με αποτέλεσμα τα παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού να δυσκολεύονται να επεξεργαστούν και να ανταποκριθούν στις εισερχόμενες αισθητηριακές πληροφορίες με αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα. Ως εκ τούτου αυτό μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα, όπως υπερευαισθησία, μειωμένη ή υπερβολική αντίδραση καθώς και προβλήματα συμπεριφοράς (J. Janzen, 1999).

Στο βιβλίο της Ε. Καλύβα παρατίθεται η άποψη των Fisher, Murray και Bundy (1991), οι οποίοι δηλώνουν ότι: «οι βασικές αρχές επάνω στις οποίες στηρίζεται η αισθητηριακή ολοκλήρωση είναι οι ακόλουθες:

- 1) Το κεντρικό νευρικό σύστημα είναι εύκαμπτο. Ο όρος ευκαμψία αναφέρεται στην ικανότητα της εγκεφαλικής δομής να μεταβάλλεται ή να τροποποιείται.
- 2) Η διαδικασία της αισθητηριακής ολοκλήρωσης πραγματοποιείται στα πλαίσια μιας αναπτυξιακής ακολουθίας. Στην πορεία της φυσιολογικής ανάπτυξης, οι πολυπλοκότερες συμπεριφορές προκύπτουν από μια κυκλική διαδικασία. Οι συμπεριφορές κάθε σταδίου αποτελούν την βάση για την ανάπτυξη πιο περίπλοκων συμπεριφορών.
- 3) Οι εγκεφαλικές λειτουργίες συνθέτουν ένα ολοκληρωμένο σύνολο το οποίο αποτελείται από ιεραρχικά δομημένα συστήματα.
- 4) Η προσαρμοστική συμπεριφορά προάγει την αισθητηριακή ολοκλήρωση, η οποία αντανακλάει με τη σειρά της την εμφάνιση μιας προσαρμοστικής συμπεριφοράς.

- 5) *Οι άνθρωποι έχουν την εσωτερική ορμή να αναπτύσσουν αισθητηριακή ολοκλήρωση μέσω της συμμετοχής σε αισθητηριακές και κινητικές δραστηριότητες»* (Ε. Καλύβα, 2005).

Πρώτη μέριμνα είναι η αξιολόγηση του ατόμου με αυτισμό μέσω του παιχνιδιού σε ένα πλαίσιο που είναι ήσυχο και κατάλληλα σχεδιασμένο για να νιώθει πιο άνετα. Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης και το αισθητηριακό ιστορικό, που λαμβάνουν οι θεραπευτές από τους γονείς και το οποίο δίνει πληροφορίες που θα φανούν χρήσιμες στη διάγνωση (Ε. Καλύβα, 2005).

Η αισθητηριακή ολοκλήρωση παρέχεται από εργοθεραπευτές που είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι, αλλά και επικυρωμένοι επαγγελματίες. Επίσης, ένας εργοθεραπευτής με κατάρτιση στην πρόωρη νευρική ανάπτυξη είναι εξίσου ικανός να παρέχει θεραπεία που απευθύνεται σε παιδιά με αισθητηριακά προβλήματα (J. Janzen, 1999).

Για να καταλάβουν οι θεραπευτές και κατ' επέκταση οι γονείς, ποιος είναι ο λόγος που ένα άτομο με αυτισμό λειτουργεί με ένα συγκεκριμένο τρόπο είναι απαραίτητο να κάνουν ανάλυση των αισθητηριακών του μοτίβων. Με αυτόν τον τρόπο μία συμπεριφορά που για εμάς μοιάζει δυσνόητη και αφύσικη, μπορεί να αποκτήσει νόημα, αν αναλογιστούμε το μέγεθος της προσπάθειας που καταβάλει το παιδί για να ξεπεράσει κάποιες δυσκολίες. Μόλις καταλάβουμε τα αίτια της συμπεριφοράς, πρέπει να βρεθεί ένας πιο λειτουργικός τρόπος για να παρέχουμε βοήθεια στο παιδί, έτσι ώστε να ανακαλύψει τη διέγερση που θέλει με διαφορετικούς τρόπους, με σκοπό να περιοριστεί η ανάρμοστη συμπεριφορά. Έπειτα, οι θεραπευτές θα πρέπει να μελετήσουν την αξιολόγηση και να αποφασίσουν αν το παιδί πληροί τις προϋποθέσεις για να παρακολουθήσει το πρόγραμμα αισθητηριακής ολοκλήρωσης και ξεκινάνε να δομούν ένα εξατομικευμένο πλάνο (Ε. Καλύβα, 2005).

Αυτισμός και αισθητηριακή ολοκλήρωση

Η αισθητηριακή ολοκλήρωση είναι μία θεραπεία που εφαρμόζεται πολύ συχνά σε άτομα που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού και έχει σαν στόχο να τους παρέχει βοήθεια, για να μπορέσουν να ξεπεράσουν κάποιες αισθητηριακές δυσκολίες με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι (Ε. Καλύβα, 2005). Πιο αναλυτικά, στην συγκεκριμένη προσέγγιση

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

γίνεται χρήση ενός συνόλου δραστηριοτήτων που αφορούν την κίνηση του σώματος και την διέγερση του αιθουσαίου συστήματος, έχοντας σαν σκοπό να βοηθήσουν το παιδί να εντάξει πληροφορίες από διαφορετικά αισθητηριακά συστήματα ή να βελτιώσουν την προσοχή του και να ελέγξουν τη συμπεριφορά του (M. O'Brien & J. Daggett, 2006). Επιπλέον, εκτός από τις δραστηριότητες κίνησης η θεραπεία συμπεριλαμβάνει και μια ποικιλία μορφών δραστηριοτήτων πίεσης και απευσθητοποίησης (J. Janzen, 1999).

Στο βιβλίο της Ε. Καλύβα παρατίθεται η άποψη της T. Grandin, η οποία υποστηρίζει ότι: «υπάρχει ανάγκη για περισσότερη έρευνα στα αισθητηριακά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με αυτισμό στις περιοχές της αισθητηριακής επεξεργασίας, της αλλαγής του επικέντρου της προσοχής και της ενσωμάτωσης των πληροφοριών που προέρχονται από διάφορα αισθητηριακά όργανα». Τα άτομα με αυτισμό ενδέχεται να είναι υπερβολικά ή ανεπαρκώς ευαίσθητα στο απτικό (π.χ. πλύσιμο χεριών) ή στο οπτικό (π.χ. ρόδες που γυρίζουν) ή στο ακουστικό (π.χ. ηλεκτρική σκούπα) τους σύστημα. Οι ευαίσθησιες αυτές έχουν σαν αποτέλεσμα την εκδήλωση έκρηξης θυμού από μέρους του παιδιού αλλά και την παρεμπόδιση της ανάπτυξης τόσο της επικοινωνίας όσο και της κοινωνικοποίησης (Ε. Καλύβα, 2005). Έτσι, με τη χρήση της συγκεκριμένης προσέγγισης δίνεται στα παιδιά η ευκαιρία να ερμηνεύσουν την αισθητηριακή διέγερση με τρόπο πιο ενδεδειγμένο, μειώνοντας και την υπερευαισθησία και την υποευαισθησία στα ερεθίσματα. Στόχος είναι η επίτευξη της προόδου στην επικοινωνία, την αλληλεπίδραση, τη φαντασία και να καταστεί δυνατή η μάθηση (K. Wall, 2010).

Τα παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού αντιμετωπίζουν δυσκολίες και σε δύο άλλους τομείς που συνδέονται με τις αισθήσεις, στον κινητικό σχεδιασμό και στη δημιουργία αφηρημένων εννοιών. Ο κινητικός σχεδιασμός έχει να κάνει με τη σύλληψη, την οργάνωση και την εκτέλεση από τον εγκέφαλο μιας σειράς πράξεων που δεν έχουν επιλεγεί από το άτομο. Οι αφηρημένες έννοιες δημιουργούνται από τον εγκέφαλο του ατόμου, ο οποίος προτού τις δημιουργήσει συγκεντρώνει όλες τις πληροφορίες μέσω των αισθήσεων με σκοπό να λειτουργήσει καλύτερα. Στα περισσότερα παιδιά με αυτισμό εντοπίζεται μεγάλη δυσκολία στο να πραγματοποιήσουν μετάβαση από τον συμβολικό στον αφηρημένο τρόπο σκέψης, εγκλωβίζοντας τα σε πιο χαμηλό επίπεδο σκέψης. Αυτή η δυσκολία αποτελεί εμπόδιο για την ανάπτυξη των φυσιολογικών γνωστικών και γλωσσικών δομών που απαιτούνται για την επικοινωνία (Ε. Καλύβα, 2005).

Αποτελεσματικότητα αισθητηριακής ολοκλήρωσης

Οι θεραπευτές που χρησιμοποιούν την προσέγγιση της αισθητηριακής ολοκλήρωσης ενστερνίζονται την άποψη, ότι κάθε παιδί αντιδρά διαφορετικά στη συγκεκριμένη μέθοδο και αυτό εξαρτάται με το βαθμό ευαισθησίας του στα αισθητηριακά ερεθίσματα (Ε. Καλύβα, 2005). Η αισθητηριακή ολοκλήρωση σαν θεραπεία ομαλοποιεί το αισθητήριο σύστημα και έτσι παρέχει βοήθεια σε αρκετά παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού, προκειμένου να ζήσουν πιο άνετα, διδάσκοντας τους να επεξεργάζονται με περισσότερη αξιοπιστία τις αισθητήριες πληροφορίες που δέχονται (J. Janzen, 1999). Επίσης, υποστηρίζεται ότι τα παιδιά αρχίζουν να δίνουν περισσότερη σημασία στη συμπεριφορά που θα φέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα, ενδιαφέρονται περισσότερο για τους γονείς τους και μπαίνουν στη διαδικασία να παρατηρήσουν αντικείμενα γύρω τους που προηγουμένως περνούσαν απαρατήρητα. Για τα άτομα που είναι μη λεκτικά, οι υποστηρικτές της συγκεκριμένης μεθόδου καταθέτουν ότι είναι πολύ πιθανό να τα βοηθήσει να ονομάσουν αντικείμενα και να εκφέρουν πιο σύνθετες προτάσεις. Επιπλέον, υποστηρίζουν ότι αυξάνεται η προθυμία των παιδιών για αλληλεπίδραση και επικοινωνία με άτομα από το περιβάλλον του.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί η δήλωση των θεραπειών που κάνουν χρήση της συγκεκριμένης μεθόδου και οι οποίοι υποστηρίζουν ότι εξαιτίας των διαφορετικών αλλαγών που έχουν παρατηρηθεί από άτομο σε άτομο, είναι πρακτικά αδύνατο να προβλεφθούν οι αλλαγές που θα εμφανίσει το κάθε παιδί (Ε. Καλύβα, 2005). Όμως, δεν πρέπει να παραληφθεί να αναφερθεί και η άποψη ότι η υπερδιέγερση που δημιουργείται μέσω της παρούσας μεθόδου, μπορεί να προκαλέσει άγχος και στρεσάρισμα στα παιδιά με αυτισμό. Για αυτό το λόγο, κάποιες προσεγγίσεις όπως το TEACCH συστήνουν η θεραπεία των παιδιών να γίνεται σε πλαισιωμένους χώρους, στους οποίους δεν υπάρχουν αισθητήρια ερεθίσματα, με σκοπό τα παιδιά να εστιάσουν την προσοχή τους στον εκάστοτε στόχο εξέτασης. Επομένως, δίνεται μεγάλη βάση στο επίπεδο γνώσεων του επαγγελματία σχετικά με τον αυτισμό αλλά και στο παιδί μεμονωμένα, σε συνδυασμό με την ικανότητα του εκάστοτε θεραπευτή να κάνει χρήση αισθητηριακών ερεθισμάτων με ένα προσεχτικά σχεδιασμένο τρόπο, με σκοπό να προσφερθεί θεραπευτική υποστήριξη, εκπαιδευτική υποστήριξη και συνάμα χαλάρωση (K. Wall, 2010).

Τα αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με το κατά πόσο είναι αποτελεσματική η αισθητηριακή ολοκλήρωση βασίζονται σε μαρτυρίες γονέων, που συνεργάζονται με τους εκάστοτε θεραπευτές, με στόχο τη γενίκευση των συμπεριφορών και των δεξιοτήτων που κατέκτησαν τα παιδιά τους (Ε. Καλύβα, 2005). Η συγκεκριμένη προσέγγιση δεν υποστηρίζεται από ερευνητικά στοιχεία και η έρευνα είναι ατελής για να θεωρηθεί έγκυρη (Μ. Ο'Brien & J. Daggett, 2006). Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στο γεγονός, ότι ούτε τα άτομα που υποστηρίζουν τη συγκεκριμένη μέθοδο δεν έχουν καταθέσει αποδεικτικά στοιχεία που να είναι πειστικά σχετικά με τον τρόπο που επιτυγχάνονται οι υποτιθέμενες αλλαγές (Ε. Καλύβα, 2005). Σε γενικές γραμμές, οι υποστηρικτές της αισθητηριακής ολοκλήρωσης δεν έχουν διευκρινίσει το μηχανισμό με τον οποίο οι αισθητήριες εμπειρίες υποβοηθούν και οδηγούν στην αλλαγή συμπεριφοράς. Ως εκ τούτου, η συγκεκριμένη μέθοδος δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι βασίζεται επιστημονικά (Μ. Ο'Brien & J. Daggett, 2006).

Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει δείχνουν ότι η συγκεκριμένη θεραπεία διαρκεί μικρό χρονικό διάστημα. Αυτό έρχεται σε αντιπαράθεση με την ευρέως γνωστή άποψη, ότι για να υπάρξει μια αλλαγή συμπεριφοράς ενός παιδιού που βρίσκεται στο φάσμα του αυτισμού, είναι απαραίτητο να δουλεutsί σε βάθος χρόνου συστηματικά και με συνέπεια (Ε. Καλύβα, 2005). Από τη μία πλευρά, κάποια παιδιά φαίνεται όντως να ενισχύονται από αυτή τη μέθοδο, χωρίς να διαπιστώνονται αρνητικές επιπτώσεις. Επομένως, εάν οι γονείς ή οι θεραπευτές πιστεύουν ότι ένα συγκεκριμένο παιδί μπορεί να ωφεληθεί από την αισθητηριακή ολοκλήρωση, ίσως μια δοκιμή να αξίζει (Μ. Ο'Brien & J. Daggett, 2006). Από την άλλη πλευρά, όμως, έχει διαπιστωθεί, ότι η αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης μεθόδου στηρίζεται κατά βάση σε υποκειμενικές αναφορές και σε παρατηρήσεις που δεν είναι συστηματικές. Οι πιο πολλές έρευνες που είναι αποδεκτές επιστημονικά καταλήγουν στο συμπέρασμα, ότι η θεραπεία αισθητηριακής ολοκλήρωσης δεν έχει ουσιαστικά αποτελέσματα ή είναι το ίδιο αποτελεσματική με άλλες εναλλακτικές θεραπείες (Ε. Καλύβα, 2005). Επίσης, δημιουργείται η ανησυχία ότι η αισθητήρια παρέμβαση ίσως είναι σπατάλη χρόνου, ενέργειας ή χρημάτων, κρατώντας σε απόσταση κάποια εκπαιδευτικά προγράμματα που είναι πιο περιεκτικά (Μ. Ο'Brien & J. Daggett, 2006).

Ουσιαστικά, η αισθητηριακή προσέγγιση δεν μπορεί να αποτελέσει ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, όμως μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως συμπλήρωμα σε μια εκπαιδευτικής φύσεως παρέμβαση που είναι αποδεδειγμένα αποδεκτή (Ε. Καλύβα, 2005). Έτσι, συνιστάται να υπάρχει συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών και των γονέων για μία δομημένη αξιολόγηση, που θα οδηγήσει στο συμπέρασμα αν όντως η αισθητηριακή ολοκλήρωση είναι αποτελεσματική για το εκάστοτε παιδί (Μ. Ο'Brien & J. Daggett, 2006).

5.6.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ - AUDITORY INTEGRATION THERAPY (AIT)

Η ακουστική ολοκλήρωση λέγεται ότι είναι ένα είδος αισθητηριακής ολοκλήρωσης, που βασίζεται στην ευαισθησία του ατόμου στα ακουστικά ερεθίσματα (Ε. Καλύβα, 2005). Η θεραπεία ακουστικής ολοκλήρωσης είναι μία νέα και αμφιλεγόμενη προσέγγιση (S. Lennard - Brown, 2003). Πιο συγκεκριμένα, άρχισε να γίνεται γνωστή στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και στηρίχτηκε στην άποψη, ότι τα παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος έχουν υπερευαίσθητη ακοή και αυτό κατ' επέκταση προκαλεί την παρουσία προβλημάτων συμπεριφοράς και συνάμα αποτελεί εμπόδιο στην εκμάθηση σε περιβάλλοντα εκπαίδευσης (Ε. Καλύβα, 2005). Η ευαισθησία που έχουν τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού σε κάποιους ήχους μπορεί να αποβεί βλαβερή για εκείνους. Για παράδειγμα οι δυνατοί, οι μη προσδοκώμενοι ήχοι, οι ηλεκτρικοί θόρυβοι ή οι ήχοι που είναι εξαιρετικά διαπεραστικοί ενδέχεται να προκαλέσουν έντονη δυσφορία στο άτομο (S. Lennard - Brown, 2003).

Τα άτομα με αυτισμό στα οποία απευθύνεται η συγκεκριμένη προσέγγιση έχουν δυσκολίες σε τρεις αναπτυξιακούς τομείς: α) την ακουστική επεξεργασία (προβλήματα στην προσοχή, στη συγκέντρωση και στην επικοινωνία), β) τον κινητικό σχεδιασμό (δυσκολίες στον συντονισμό τόσο της αδρής όσο και της λεπτής κινητικότητας) και γ) την αισθητηριακή ολοκλήρωση (ακουστική και οπτική ευαισθησία σε αυξημένα ή μειωμένα κατά πολύ επίπεδα) (Ε. Καλύβα, 2005). Στόχος της μεθόδου αυτής είναι η απευαισθητοποίηση του παιδιού στις συχνότητες ήχου που έχει υπερευαίσθησία, κάτι το

οποίο θα επιδράσει σε γενικές γραμμές ευεργετικά για τη λειτουργία του σε πολλά και διαφορετικά πεδία (M. O'Brien & J. Daggett, 2006).

Η μέθοδος ακουστικής ολοκλήρωσης του Dr. Guy Berard

Ο Dr. Guy Berard ήταν από τους πρώτους που ανέπτυξαν την θεραπεία της ακουστικής ολοκλήρωσης και ενστερνιζόταν την άποψη, ότι τα προβλήματα που προκύπτουν κατά την διάρκεια της ακουστικής επεξεργασίας είναι πολύ πιθανό να οδηγήσουν σε ποικίλες διαταραχές, ως απόρροια της μη - φυσιολογικής αντίληψης των ήχων. Πρέσβευε δε την άποψη, ότι αν η αντίληψη των ήχων που δεχόταν το άτομο ήταν παραποιημένη, τότε ενδεχομένως το ίδιο άτομο να εκδηλώσει διαταραχές συμπεριφοράς.

Για την επιλογή των παιδιών που θα λάμβαναν μέρος στην εκπαίδευση της ακουστικής ολοκλήρωσης, ο Berard έκανε χρήση ακουστικών διαγραμμάτων. Ωστόσο, δεν έχει διευκρινίσει τα κριτήρια με τα οποία επέλεγε τα παιδιά, καθώς επίσης και ποια μέθοδο πρότεινε ο ίδιος στα παιδιά τα οποία δεν θεωρούσε ότι μπορούν να παρακολουθήσουν το πρόγραμμα ακουστικής ολοκλήρωσης (Ε. Καλύβα, 2005). Η συγκεκριμένη θεραπεία περιλαμβάνει την ακρόαση μουσικής που έχει δεχθεί τροποποίηση, με σκοπό οι διαφορετικές συχνότητες ήχου να παρουσιαστούν με τυχαίο τρόπο. Επίσης, η μουσική παίζεται σε έναν σταθερό όγκο, ο οποίος είναι μεν δυνατός, αλλά σε καμία περίπτωση δεν είναι επώδυνος για το άτομο (S. Lennard - Brown, 2003).

Κατά τον Berard, οι ακουστικές παραποιήσεις αντιμετωπίζονται με επιτυχία μέσω της εξάσκησης των μυών που βρίσκονται στο μέσο αυτί και του ακουστικού νευρικού συστήματος του ατόμου (Ε. Καλύβα, 2005). Το παιδί κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης ακούει με ακουστικά μουσική, η οποία είναι φτιαγμένη εξατομικευμένα για εκείνο (J. Janzen, 1999). Η εκπαίδευση διαρκεί συνολικά δέκα μέρες (10 ώρες, ουσιαστικά δύο φορές την ημέρα από μισή ώρα) (S. Lennard - Brown, 2003).

Ο Berard πίστευε, ότι αφού τελειώσει η θεραπεία, τα ακουστικά διαγράμματα τα οποία παρουσίαζαν «κορυφές» και «κοιλώματα» (περιοχές υπερευαισθησίας και υποευαισθησίας), εμφανίζονταν πλέον πιο «επίπεδα», δείχνοντας έτσι ότι οι ακουστικές παραποιήσεις έχουν εξαφανιστεί και συνεπώς υπάρχει σημαντική βελτίωση στη

συμπεριφορά του ατόμου (Ε. Καλύβα, 2005). Κατά τον Dr. Berard η εκπαίδευση ακουστικής ολοκλήρωσης δίνει τη δυνατότητα στα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού «να συντονιστούν» στους ήχους, καθιστώντας πιο εύκολη την κατανόηση των πληροφοριών που φτάνουν στα αυτιά τους (S. Lennard - Brown, 2003). Παρ' όλ' αυτά, δεν διευκρινίζεται ποιος είναι ο τρόπος μέσω του οποίου θα υπάρξει διόρθωση των ακουστικών παραποιήσεων (Ε. Καλύβα, 2005).

Αποτελεσματικότητα ακουστικής ολοκλήρωσης

Ο Berard έκανε χρήση της συγκριμένης θεραπείας στην κλινική του στη Γαλλία, σε πάνω από 8.000 ανθρώπους που είχαν προβλήματα ακοής. Από αυτούς τους ασθενείς, οι 48 είχαν διαγνωστεί με αυτισμό. Σύμφωνα με αναφορές, ένας ασθενής από αυτούς, ο οποίος είχε αυτισμό θεραπεύτηκε μέσω της θεραπείας ακουστικής ολοκλήρωσης. Πρέπει να επισημανθεί ότι οι συγκεκριμένες αναφορές δεν μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστες, διότι είναι γνωστό ότι ο αυτισμός δεν είναι αδύνατο να θεραπευτεί, όπως γίνεται στην περίπτωση της ίωσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι περίπου το 98% των ασθενών στο φάσμα του αυτισμού που υποβλήθηκαν στη θεραπεία της ακουστικής ολοκλήρωσης, δεν εμφάνισε καμία αλλαγή στη συμπεριφορά (Ε. Καλύβα, 2005).

Σύμφωνα με τους υποστηρικτές της συγκεκριμένης προσέγγισης τα άτομα που παρακολουθούν αυτή τη θεραπεία εμφανίζουν βελτίωση στη βλεμματική επαφή, στον αυθόρμητο λόγο, στην κοινωνικοποίηση και στο εύρος προσοχής, καθώς επίσης και μείωση ευαισθησίας σε ορισμένους ήχους (J. Janzen, 1999).

Για την αποτελεσματικότητα της ακουστικής ολοκλήρωσης υπάρχουν ελάχιστες έρευνες, οι οποίες στηρίζονται ως επί τω πλείστον σε διηγήσεις γονέων, παρέχοντας έτσι πολύ λίγες πληροφορίες (Ε. Καλύβα, 2005). Πιο συγκεκριμένα, δεν έχει πραγματοποιηθεί καμία έρευνα για να διευκρινίσει, εάν αυτή η θεραπεία παρέχει ουσιαστική βοήθεια ή πόσο καιρό διαρκούν τα αποτελέσματά της (S. Lennard - Brown, 2003). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι υπάρχουν εκθέσεις, οι οποίες δεν έχουν εκδοθεί, για τις θετικές συνέπειες αυτής της θεραπείας, όμως τα ερευνητικά στοιχεία δεν είναι πειστικά (M. O'Brien & J. Daggett, 2006). Καταληκτικά, είναι κατανοητό ότι τόσο η αισθητηριακή όσο και η

ακουστική ολοκλήρωση, χρήζουν περισσότερης έρευνας για να πιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητά τους, σαν μέθοδο αντιμετώπισης του αυτισμού (Ε. Καλύβα, 2005).

5.6.4 THE DIR/ FLOORTIME MODEL

Στην λειτουργική αναπτυξιακή προσέγγιση, αξιολόγηση και παρέμβαση είναι απαραίτητο να συμπεριληφθούν όλοι οι σχετικοί τομείς της αναπτυξιακής λειτουργίας και να υπάρχει ενασχόληση με κάθε παιδί, αλλά και με την οικογένειά του εξατομικευμένα. Έτσι, έχει αναπτυχθεί ένα μοντέλο που προσδιορίζει τους σχετικούς τομείς της λειτουργίας, παρέχει βοήθεια κατασκευάζοντας ένα λειτουργικό αναπτυξιακό προφίλ για το κάθε παιδί και ταυτόχρονα παρέχει ένα κατάλληλο αναπτυξιακό πλαίσιο για τη διαδικασία της αξιολόγησης και της παρέμβασης. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται λόγος για το Αναπτυξιακό Μοντέλο Ατομικής Διαφοράς, το οποίο στηρίζεται στις διαπροσωπικές σχέσεις [The Developmental Individual - Difference, Relationship - Based (DIR) Model] και αναφέρεται και ως Floortime (Ε. Anagnostou & Ε. Hollander, 2007).

Το Floortime είναι ένα μοντέλο παρέμβασης, το οποίο αναπτύχθηκε από τον ψυχίατρο και εμπειρογνώμων πάνω στον αυτισμό Dr. Stanley Greenspan, ο οποίος έχει ιδρύσει το Διεπιστημονικό Συμβούλιο σχετικά με τις Αναπτυξιακές και Μαθησιακές Διαταραχές (ICDL) (T. Allman, 2010). Η μέθοδος DIR/ Floortime είναι εντελώς διαφορετική από τη συμπεριφοριστική προσέγγιση, την ανάπτυξη δεξιοτήτων, τη θεραπεία μέσω παιχνιδιού ή τη ψυχοθεραπεία (Ε. Anagnostou & Ε. Hollander, 2007). Εξαιτίας του ότι αρκετά παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού δεν δείχνουν σημάδια ανάκαμψης από τις συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις, όπως παραδείγματος χάριν το ΑΒΑ, κάποιοι γονείς επιλέγουν άλλες μεθόδους θεραπείας, όπως είναι το Floortime. Ορισμένοι γονείς μάλιστα, διαλέγουν να παρακολουθούν τα παιδιά τους συνάμα με συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις (ΑΒΑ) και το μοντέλο Floortime (T. Allman, 2010).

Το μοντέλο DIR/ Floortime αποτελείται από τρεις συνιστώσες: 1) το λειτουργικό συναισθηματικό αναπτυξιακό επίπεδο, 2) τις ατομικές διαφορές σε αισθητηριακό επίπεδο, στη διαμόρφωση, την επεξεργασία και τον κινητικό σχεδιασμό και 3) τις σχέσεις και αλληλεπιδράσεις.

1) Λειτουργικό συναισθηματικό αναπτυξιακό επίπεδο:

Το λειτουργικό συναισθηματικό επίπεδο ανάπτυξης του παιδιού (FEDL) ερευνά το πως τα παιδιά ενσωματώνουν όλες τις ικανότητες τους (κινητικές, γνωστικές, γλωσσικές, χωρικές, αισθητηριακές), πραγματοποιώντας ουσιαστικούς στόχους.

2) Ατομικές διαφορές στην αισθητήρια διαμόρφωση, την αισθητήρια επεξεργασία και τον κινητικό σχεδιασμό:

Οι ατομικές διαφορές σε αισθητηριακό επίπεδο, στη διαμόρφωση, την επεξεργασία και τον κινητικό σχεδιασμό είναι το αποτέλεσμα της γενετικής, της προγεννητικής, της περιγεννητικής και της ωρίμανσης.

3) Σχέσεις και αλληλεπιδράσεις:

Τόσο οι σχέσεις, όσο και τα συναισθηματικά πρότυπα αλληλεπίδρασης, ενέχουν εξελικτικά τις κατάλληλες ή ακατάλληλες σχέσεις αλληλεπίδρασης με τους φροντιστές, τους γονείς και τα οικογενειακά πρότυπα. Αξίζει να σημειωθεί ότι, τα πρότυπα αλληλεπίδρασης μεταξύ του παιδιού, των φροντιστών αλλά και των μελών της οικογένειας βοηθάνε το παιδί να εξελιχθεί αναπτυξιακά. Όταν αναπτύσσονται κατάλληλες αλληλεπιδράσεις τότε, κινητοποιούνται οι προθέσεις του παιδιού και μπορεί να υπάρξει μετακίνηση από το ένα λειτουργικό επίπεδο ανάπτυξης στο αμέσως επόμενο. Εάν οι αλληλεπιδράσεις δεν εστιάσουν στο λειτουργικό επίπεδο ανάπτυξης ή τις ατομικές διαφορές του κάθε παιδιού, υπάρχει ο κίνδυνος υπονόμησης της προόδου.

Σημαντικό ρόλο πριν την εφαρμογή της μεθόδου DIR/ Floortime, παίζει η σωστή αξιολόγηση όλων των σχετικών λειτουργικών περιοχών του ατόμου. Για την κατάλληλη αξιολόγηση απαιτείται μια σειρά από συνεδρίες, τόσο με το παιδί, όσο και με την οικογένεια του, οι οποίες βασίζονται στη συζήτηση και την παρατήρηση. Μέσω της αξιολόγησης καταλήγουμε σε ένα εξατομικευμένο λειτουργικό προφίλ, που εντοπίζει τα μοναδικά αναπτυξιακά χαρακτηριστικά του κάθε παιδιού και φτιάχνει ατομικά προγράμματα παρέμβασης. Πιο συγκεκριμένα δηλαδή, γίνεται προσαρμογή του προγράμματος ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε παιδιού και σε καμία περίπτωση δεν γίνεται τοποθέτηση του παιδιού σε ένα γενικό πρόγραμμα (E. Anagnostou & E. Hollander, 2007).

Λίγα λόγια για το πρόγραμμα παρέμβασης DIR/ Floortime

Το συγκεκριμένο ολοκληρωμένο πρόγραμμα παρέμβασης δημιουργήθηκε για βρέφη, νήπια και παιδιά προσχολικής ηλικίας με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος και έχει σαν στόχο να τους παρέχει βοήθεια για την επανεγκαθίδρυση της αναπτυξιακής ακολουθίας που δεν ολοκληρώθηκε σωστά (βοηθώντας ιδιαίτερα στο να γίνουν πιο συναισθηματικά συνδεδεμένοι από δική τους πρόθεση) (E. Anagnostou & E. Hollander, 2007). Το Floortime έχει σαν βάση του την άποψη ότι, οι συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις μπορούν να επιφέρουν γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη (J. Janzen, 1999).

Το μοντέλο αυτό κάνει χρήση μιας βαθύτερης κατανόησης των ατομικών διαφορών των παιδιών στην αισθητηριακή διαμόρφωση, την επεξεργασία και τον κινητικό σχεδιασμό, με σκοπό την καθιέρωση μίας σχέσης που δημιουργεί διαδραστικές και συναισθηματικές ευκαιρίες για να διαπραγματευθεί την εν μέρει κατακτηθείσα ή μη λειτουργική συναισθηματική διαδικασία ανάπτυξης (E. Anagnostou & E. Hollander, 2007). Αξίζει να αναφερθεί ότι από το ίδιο το όνομα (Αναπτυξιακό Μοντέλο Ατομικής Διαφοράς, το οποίο στηρίζεται στις διαπροσωπικές σχέσεις), υποδηλώνεται ότι η μέθοδος αυτή δεν βασίζεται στη διδασκαλία συγκεκριμένων ικανοτήτων ή συμπεριφορών (T. Allman, 2010). Έτσι, η προσέγγιση αυτή δεν εστιάζει τόσο στις ατομικές συμπεριφορές ή δεξιότητες του παιδιού, αλλά επικεντρώνεται στις πιο ουσιαστικές λειτουργικές συναισθηματικές αναπτυξιακές διαδικασίες και διαφορές, που καλύπτονται από τα διάφορα συμπτώματα ή τις συμπεριφορές που εκδηλώνει το παιδί (E. Anagnostou & E. Hollander, 2007). Πιο συγκεκριμένα, επικεντρώνεται στο επίπεδο του κάθε παιδιού, κατανοώντας τα συναισθήματά του και κάνοντας συναισθηματικές συνδέσεις, με σκοπό το ίδιο το παιδί να επιδιώκει την εκμάθηση (T. Allman, 2010).

Κύριο μέλημα είναι η κατασκευή των αναπτυξιακών βάσεων για μια υγιή συναισθηματική, κοινωνική και διανοητική λειτουργία. Το Floortime παρέχει βοήθεια για την συστηματοποίηση πολλών παραδοσιακών χρήσιμων αξιολογήσεων και παρεμβάσεων και δίνει έμφαση στα στοιχεία μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης, που πολύ συχνά αγνοούνται ή αντιμετωπίζονται επιφανειακά. Το μοντέλο DIR/ Floortime στηρίζει και

συμβάλει στη λογοθεραπεία και την εργοθεραπεία, έχοντας σαν κοινό στόχο τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου θεραπευτικού προγράμματος.

Ένας από τους βασικότερους στόχους της συγκεκριμένης παρέμβασης είναι να δώσει την ευκαιρία στα παιδιά να διαμορφώσουν μια αίσθηση του εαυτού τους σαν άτομα που αλληλοεπιδρούν από δική τους πρόθεση, για να αναπτύξουν μετέπειτα τις γνωστικές, γλωσσικές και κοινωνικές δεξιότητες πάλι αντιστοίχως εκ προθέσεως δικής τους (Ε. Anagnostou & Ε. Hollander, 2007). Το μοντέλο Floortime είναι μία εφαρμογή διαδραστικού παιχνιδιού με στόχο την διδασκαλία πρόωρων δεξιοτήτων (J. Janzen, 1999). Αναλυτικότερα το Floortime σαν έννοια, απεικονίζει την ιδέα ότι οι γονείς πρέπει να εστιάσουν και να μεταφερθούν στο επίπεδο του παιδιού, να καθίσουν στο πάτωμα μαζί του και να αλληλοεπιδράσουν μόνο με τρόπους που είναι άνετοι για το ίδιο (T. Allman, 2010). Επίσης, το Floortime αποτελεί το συνδυαστικό κρίκο ενός ολοκληρωμένου προγράμματος DIR/ Floortime και επικεντρώνεται σε μη δομημένες συνεδρίες παιχνιδιού στις οποίες το παιδί είναι ο καθοδηγητής και κινεί τις ιδέες, ενώ ο ενήλικας ακολουθεί και ταυτόχρονα προκαλεί το παιδί, υποστηρίζοντας έτσι τις αυθόρμητες, σκόπιμες και ρέουσες αλληλεπιδράσεις τόσο σε προ συμβολικά όσο και σε συμβολικά επίπεδα. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, μια περιεκτική παρέμβαση DIR/ Floortime συμπεριλαμβάνει και άλλες επιπρόσθετες δραστηριότητες αλληλεπίδρασης (Ε. Anagnostou & Ε. Hollander, 2007).

Το Floortime επιδιώκει να παράσχει βοήθεια στο παιδί που βρίσκεται στο φάσμα του αυτισμού, έτσι ώστε να φτάσει τα αναπτυξιακά ορόσημα. Αυτό το επιτυγχάνει μέσω της σύνδεσης και της αλληλεπίδρασης με το παιδί, με έναν τρόπο που δεν είναι σε καμία περίπτωση απειλητικός για το ίδιο. Στη μέθοδο αυτή αναγνωρίζονται έξι αναπτυξιακά στάδια, από τα οποία περνούν τα παιδιά στα πρώτα χρόνια της ζωής τους. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα τυπικά παιδιά ανταποκρίνονται αυτόματα σε αυτά τα ορόσημα, σε αντίθεση με τα παιδιά που έχουν αυτισμό, τα οποία χρήζουν βοήθειας (T. Allman, 2010).

Είναι ένα αρκετά δυναμικό πρόγραμμα θεραπείας και αναλόγως με το ατομικό προφίλ του κάθε παιδιού, αλλά και της οικογένειάς του, θα χρειαστεί σίγουρα να υπάρξουν διαφοροποιήσεις του συγκεκριμένου προγράμματος κατά την πάροδο ποικίλων σταδίων προόδου (Ε. Anagnostou & Ε. Hollander, 2007). Η διαδικασία της συγκεκριμένης προσέγγισης χαρακτηρίζεται από αυθορμητισμό και είναι αρκετά διασκεδαστική τόσο για

το παιδί όσο και για τους ενήλικες (J. Janzen, 1999). Η συγκεκριμένη θεραπεία αποσκοπεί στο να διδάξει στους γονείς να ακολουθήσουν το συναισθηματικό συμφέρον του παιδιού τους και να κατανοήσουν βαθύτερα τη σημασία που έχουν οι συναισθηματικές σχέσεις με το παιδί τους (T. Allman, 2010). Το Floortime επιλέγεται και εισάγεται σε πολλά δημόσια και ιδιωτικά προγράμματα παρέμβασης. Επίσης, είναι ένα μοντέλο που χρησιμοποιούν αρκετές οικογένειες στα σπίτια τους (J. Janzen, 1999).

5.7. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Η ψυχοθεραπεία δεν θεωρείται πλέον ενδεδειγμένη μέθοδος για την αντιμετώπιση του αυτισμού, διότι στηρίζεται σε κάποιες θεωρίες οι οποίες αποδείχτηκαν σε βάθος χρόνου μη ακριβείς. Πιο αναλυτικά, αναφέρεται σε μια προβληματική σχέση μεταξύ του παιδιού που βρίσκεται στο φάσμα του αυτισμού και της μητέρας του. Η συγκεκριμένη μέθοδος θεραπείας είναι πολύ χρονοβόρα και αυτό είναι ένας αρνητικός παράγοντας, αφού τα παιδιά με αυτισμό πιέζονται να εξαλείψουν κάποια από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και συγχρόνως να ενταχθούν στο σχολικό χώρο.

Η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση εστιάζει στην επικοινωνία, τόσο στη λεκτική όσο και στη μη λεκτική. Είναι γνωστό όμως, ότι τα περισσότερα παιδιά με αυτισμό αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες στην επικοινωνία. Σύμφωνα με την επισήμανση που έκανε η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδικής και Εφηβικής Ψυχιατρικής το 1999, οι διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας που έχουν αναπτυχθεί, δεν επιφέρουν ουσιαστικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των αυτιστικών διαταραχών. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι δεν είναι λίγοι οι γονείς και οι ειδικοί που διαλέγουν τη μέθοδο της ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση των διαφόρων συμπτωμάτων που εμφανίζουν τα παιδιά με αυτισμό, δείχνοντας έτσι εμπιστοσύνη στους υποστηρικτές της (Ε. Καλύβα, 2005).

5.7.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ SON - RISE Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΟΓΩΝ (OPTIONS APPROACH)

Μια δημοφιλής μορφή ψυχοθεραπείας που έχει εφαρμοστεί σε παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού είναι το πρόγραμμα Son - Rise ή Θεραπεία Επιλογών

(Options Approach). Αναπτύχθηκε το 1983, από τον Barry Neil Kaufman και την Samantha Lyte Kaufman, οι οποίοι προσπάθησαν να εκπαιδεύσουν το γιο τους Raun, που είχε αυτισμό και νοητική υστέρηση (Ε. Καλύβα, 2005). Το πρόγραμμα αυτό, το δημιούργησαν στην Αμερική, μετά από 18 μήνες δουλειάς με το γιο τους (Κ. Wall, 2010).

Για τη διεξαγωγή του προγράμματος οι Kaufmans έφτιαξαν ένα ξεχωριστό χώρο για παιχνίδι, έτσι ώστε να εργάζονται εκεί με το παιδί. Μετά το ξεκίνημα του προγράμματος και βλέποντας ότι είχε επιτυχία, αποφάσισαν να προσλάβουν φίλους και εθελοντές για να τους παρέχουν βοήθεια, καθώς είχαν την πεποίθηση ότι το ιδανικό για το παιδί είναι να βρίσκεται όλη μέρα μαζί του ένας σύμβουλος. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στην αρχή του να βοηθάς το παιδί να μάθει αυτό που θέλει το ίδιο να μάθει, σε αντίθεση με αυτό που θέλουν οι άλλοι να μάθει. Ο σύμβουλος αναλαμβάνει διάφορες δραστηριότητες που συνδυάζουν την ακολουθία του παιδιού που είναι και ο επικεφαλής αλλά και τη συμμετοχή σε οτιδήποτε κάνει, δείχνοντας έτσι την αποδοχή του παιχνιδιού του. Επιπλέον, ο σύμβουλος είναι απαραίτητο να παρακινεί το παιδί να λαμβάνει μέρος σε δραστηριότητες που έχει επιλέξει κάποιος ενήλικας. Σε τακτά χρονικά διαστήματα, είναι αναγκαίο να γίνεται παρατήρηση του παιδιού αλλά και του συμβούλου, από αμφίδρομο καθρέφτη. Επίσης, απαιτείται και η συχνή συνάντηση των συμβούλων με σκοπό τον σχεδιασμό μελλοντικών δραστηριοτήτων (Κ. Wall, 2010).

Οι B. Kaufman και S. Kaufman ίδρυσαν το Ινστιτούτο Επιλογών (options) στην Αμερική και πιο συγκεκριμένα στη Μασαχουσέτη, το οποίο εκπαιδεύει οικογένειες που επιλέγουν να κάνουν χρήση του συγκεκριμένου προγράμματος θεραπείας στο σπίτι με τα παιδιά τους. Η διάρκεια του προγράμματος είναι από 1 εβδομάδα έως 6 μήνες και έχει σχεδιαστεί ειδικά για να διδάξει τους γονείς και τους θεραπευτές το πως θα εφαρμόσουν στο σπίτι τα προγράμματα που στηρίζονται στις θεωρίες μάθησης του Kaufman. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει ένα προκαταρκτικό, ένα εντατικό και ένα προχωρημένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Αναλυτικότερα, το προκαταρκτικό πρόγραμμα, αφορά ένα ομαδικό σεμινάριο που διαρκεί 5 ημέρες, στις οποίες γίνεται παρουσίαση των βασικών στοιχείων του προγράμματος. Στη συνέχεια, το εντατικό μέρος του προγράμματος σχετίζεται με τη διεξαγωγή ενός σεμιναρίου κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας και απαιτεί 40 ώρες εργασίας με έναν θεραπευτή και ένα παιδί που έχει αυτισμό. Το τελευταίο μέρος

του προγράμματος είναι το προχωρημένο εκπαιδευτικό σεμινάριο, όπου αποτελεί ένα πρόγραμμα επαναξιολόγησης, αφού εφαρμοστεί πρώτα το πρόγραμμα στο σπίτι.

Στην ουσία, η συγκεκριμένη μέθοδος επισημαίνει το πόσο αναγκαίο είναι να αποδεχτούν οι γονείς, αλλά και το περιβάλλον γύρω από το παιδί τη συμπεριφορά που εμφανίζει το άτομο με αυτισμό και να καταβάλλουν προσπάθεια, έτσι ώστε να καταλάβουν τις πράξεις του. Εάν επιτευχθεί αυτό και κατανοήσουν οι ενήλικες γιατί λειτουργεί το παιδί κατά ένα συγκεκριμένο τρόπο, τότε υπάρχει η πιθανότητα να το δικαιολογήσουν και να βρουν τον τρόπο με τον οποίο θα το βοηθήσουν. Η θεραπεία στηρίζεται στη χρήση ενισχυτών ως ανταμοιβή στην επιθυμητή συμπεριφορά, αλλά δεν ασκείται καμία κριτική στην εκδήλωση ανεπιθύμητων συμπεριφορών του παιδιού. Η παρέμβαση είναι πολύ εντατική και οι οικογένειες των παιδιών χρειάζεται να οργανώσουν και να ακολουθήσουν ένα εντατικό πρόγραμμα για μεγάλο χρονικό διάστημα μηνών ή ακόμα και χρόνων.

Το πρόγραμμα εστιάζει στην εξολοκλήρου αποδοχή του παιδιού και του δίνει θάρρος, με σκοπό να έχει ισχυρότερα κίνητρα για να επικοινωνήσει και να συμμετέχει πιο ενεργά στις δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα στο περιβάλλον γύρω του (Ε. Καλύβα, 2005). Γεννιούνται, όμως, αρκετές ερωτήσεις για τα αποτελέσματα αυτής της προσέγγισης, αφού περιορίζει σε σημαντικό βαθμό την επαφή του παιδιού με αυτισμό με άλλα παιδιά και άλλα μέλη της οικογένειάς του. Επίσης, θα υπάρξουν και σημαντικές επιπτώσεις στην προσαρμογή του παιδιού σε άλλα πλαίσια ή περιβάλλοντα (Κ. Wall, 2010). Πρέπει να αναφερθεί, ότι δεν υφίστανται έγκυρες μελέτες για την επάρκεια του συγκεκριμένου προγράμματος. Η μοναδική μαρτυρία προέρχεται από τον ίδιο τον Kaufman, που ήταν και ο δημιουργός του προγράμματος. Ο ίδιος δήλωσε ότι μετά από την εφαρμογή του Son - Rise στο γιο του, το παιδί εμφάνισε υψηλό δείκτη νοημοσύνης και αλλαγή συμπεριφοράς (Ε. Καλύβα, 2005). Επίσης, οι ίδιοι οι γονείς του υποστήριξαν ότι το παιδί τους εμφάνισε τόσο μεγάλη και εντυπωσιακή βελτίωση, που πλέον δεν έχει αυτισμό (Κ. Wall, 2010). Παρ' όλ' αυτά, η μαρτυρία αυτή δεν μπορεί να αποτελέσει απόδειξη για την αποτελεσματικότητα της μεθόδου αυτής (Ε. Καλύβα, 2005).

5.8. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η πρόληψη είναι η καλύτερη παρέμβαση, με σκοπό να αντιμετωπιστούν οι ανεπιθύμητες συμπεριφορές των ατόμων με αυτισμό και για να επιτευχθεί δημιουργούνται ειδικά εξατομικευμένα προγράμματα εκπαίδευσης (Ι. Βογινδρούκας κ.α., 2007). Με την ολοκλήρωση, όμως, της παρουσίασης των εκπαιδευτικών και θεραπευτικών προγραμμάτων, είναι απαραίτητη η αναφορά στις φαρμακοθεραπείες που προτείνονται και εφαρμόζονται για να αντιμετωπίσουν τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Γίνονται συχνά αναφορές στο Διαδίκτυο για θεραπείες του αυτισμού με χορήγηση φαρμάκων, για αυτό το λόγο είναι σημαντικό να είμαστε γνώστες των παρενεργειών που μπορεί να εμφανίσουν στα παιδιά. Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που συνέβαλλαν στο να γίνουν ιδιαίτερα δημοφιλής οι θεραπείες του αυτισμού, οι οποίες έχουν τη βάση τους σε βιολογικά και κληρονομικά αίτια: 1) η άποψη από ολόένα και περισσότερο κόσμο, ότι είναι μια νευρολογική διαταραχή, 2) η αύξηση της δημοτικότητας των ψυχοτρόπων φαρμάκων στη ψυχιατρική και 3) η αύξηση της δημοτικότητας των ομοιοπαθητικών, των βοτανικών, των βιταμινούχων, καθώς επίσης και άλλων προσεγγίσεων που στηρίζονται στην εναλλακτική ιατρική. Είναι ευρέως γνωστό ότι, οι θεραπείες μέσω φαρμάκων δεν έχουν αποδείξει αν είναι αποτελεσματικές σαν μέθοδοι αντιμετώπισης του αυτισμού. Παρ' όλ' αυτά έχουν προωθηθεί πολύ και χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση διαφόρων συμπεριφορών αυτιστικών ατόμων (Ε. Καλύβα, 2005).

5.8.1 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο αυτισμός συχνά συνδέεται με υπερδραστηριότητα, παρορμητικότητα, στρες, αποδιοργάνωση, συναισθηματική αστάθεια, επιθετικότητα καθώς επίσης και διάσπαση προσοχής. Αυτά τα συμπτώματα συμπίπτουν ως ένα βαθμό με άλλες διαταραχές όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, οι διαταραχές άγχους, η ΔΕΠ-Υ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερικινητικότητα) και παρουσιάζουν ορισμένες ομοιότητες με ψυχωτικές διαταραχές (L. Baker & L. Welkowitz, 2005). Την απόφαση για το εάν ένα άτομο με ΔΑΔ θα ακολουθήσει θεραπεία φαρμακευτικής αγωγής έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα του αυτιστικού φάσματος, την παίρνουν συχνά γιατροί

διαφόρων ειδικοτήτων. Η συγκεκριμένη απόφαση είναι μείζονος σημασίας, διότι πολλά παιδιά βρίσκονται στο στάδιο της ανάπτυξης και ενδεχομένως να εμφανίσουν επιπλοκές από τη χρήση κάποιου φαρμάκου (Ε. Καλύβα, 2005).

Αρκετές φορές στη διάγνωση κυρίως ατόμων υψηλής λειτουργικότητας, συγχέεται η ΔΑΔ με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (σχιζοφρένεια ή ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή). Όμως, το πιο συχνό λάθος που γίνεται κατά τη διάρκεια της διάγνωσης είναι να μην αναγνωριστεί κάποια συνυπάρχουσα ψυχιατρική διαταραχή σε ένα άτομο που έχει διαγνωστεί με αυτισμό. Αυτό συμβαίνει διότι, πολλές φορές τα συμπτώματα που εμφανίζει το εκάστοτε άτομο, αποδίδονται εσφαλμένα και αυθαιρέτως στην αναπτυξιακή του διαταραχή (Ι. Βογινδρούκας κ.α., 2007). Εξαιτίας της συννοσηρότητας (πολλά παιδιά εμφανίζουν μαζί με τον αυτισμό και άλλες διαταραχές) είναι απαραίτητη η χορήγηση φαρμάκων, όχι για να αντιμετωπίσουν τα τυχόν προβλήματα που δημιουργεί στο άτομο ο αυτισμός, αλλά των διαταραχών που συνυπάρχουν με τον αυτισμό (Ε. Καλύβα, 2005). Επομένως, η έννοια της συννοσηρότητας παίζει καθοριστικό ρόλο στην θεραπευτική αντιμετώπιση των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (Ι. Βογινδρούκας κ.α., 2007).

Αρκετοί είναι οι άνθρωποι που μαζί με τον αυτισμό εμφανίζουν συνάμα και άλλα προβλήματα (π.χ. κατάθλιψη ή επιληπτικές κρίσεις). Δεν είναι λίγα τα περιστατικά εφήβων με σύνδρομο Asperger που έχουν κατάθλιψη, λόγω των κοινωνικών τους προβλημάτων. Με τη χορήγηση ενός αντικαταθλιπτικού φαρμάκου, παρέχεται βοήθεια για να αντιμετωπιστεί η κατάθλιψη και παράλληλα να μπορέσει ο θεραπευτής να εργαστεί μαζί τους τόσο στο γνωστικό όσο και στο συναισθηματικό κομμάτι (Ε. Καλύβα, 2005). Μολονότι, τα ψυχοτρόπα φάρμακα δεν συμβάλλουν στη μείωση των βασικών συμπτωμάτων του αυτισμού, χρησιμοποιούνται σε πολλά άτομα για τον περιορισμό των συνοδών συμπτωμάτων. Υπολογίζεται ότι τα μισά άτομα με αυτισμό κάνουν χρήση ενός ή περισσότερων ψυχοτρόπων φαρμάκων (L. Baker & L. Welkowitz, 2005). Η χρήση αντιψυχωτικών και ηρεμιστικών φαρμάκων γίνεται για να υπάρξει περιορισμός της έντονης επιθετικότητας, του αυτοτραυματισμού, του εκνευρισμού ή της αϋπνίας. Βασικό στόχο, αποτελεί η άμεση αντιμετώπιση των συμπεριφορών που είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες για τα ίδια τα άτομα ή για το περιβάλλον γύρω τους και η αντικατάστασή τους με άλλες επιθυμητές ή ευρέως αποδεκτές συμπεριφορές, μέσω κάποιων άλλων εκπαιδευτικών θεραπειών που παρέχονται συμπληρωματικά (Ε. Καλύβα, 2005).

Φάρμακα που έχουν επίδραση στη ντοπαμίνη

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα αποτελούν τον μεγαλύτερο ανταγωνιστή της ντοπαμίνης. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά στον αυτισμό είναι τα τυπικά αντιψυχωσικά (Ι. Βογινδρούκας κ.α., 2007). Το πιο ευρέως διαδεδομένο τυπικό αντιψυχωσικό φάρμακο είναι η αλοπεριδόλη, η οποία καταπολεμά τις στερεοτυπίες, την υπερδιέγερση και την κοινωνική απομάκρυνση. Όμως, το συγκεκριμένο φάρμακο μπορεί να εμφανίσει παρενέργειες (δυσκινησία) στο άτομο μετά από χρόνια χορήγηση (Ε. Καλύβα, 2005). Λόγω αυτών των παρενεργειών, διεξήχθησαν έρευνες οι οποίες κατέληξαν στη χρήση άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων (π.χ. ολανζαπίνη, ρισπεριδόλη, ζιπραζιδόλη). Επίσης, χρησιμοποιούνται και διεγερτικά φάρμακα, κυρίως σε όσα άτομα με αυτισμό που έχουν υπερκινητικότητα και δυσκολία εστίασης της προσοχής (Ι. Βογινδρούκας κ.α., 2007).

Φάρμακα που έχουν επίδραση στη σεροτονίνη

Υπάρχουν μελέτες που έδειξαν αυξημένα επίπεδα σεροτονίνης στο αίμα των ατόμων με αυτισμό και έτσι τη δεκαετία του '70 άρχισε να γίνεται χρήση αντικαταθλιπτικών που αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης (Ι. Βογινδρούκας κ.α., 2007). Κάποια από τα αντικαταθλιπτικά που έχουν χρησιμοποιηθεί σε άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές είναι η φλουβοξαμίνη, η φλουοξετίνη και η χλωριμιπραμίνη (Ε. Καλύβα, 2005). Συγκεκριμένα, βοηθάνε στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, των στερεοτυπικών συμπεριφορών και των αγχωδών διαταραχών (Ι. Βογινδρούκας κ.α., 2007). Παρ' όλ' αυτά είναι πολύ σημαντικό να αναφερθούν και οι παρενέργειες αυτών των φαρμάκων, δηλαδή οι κρίσεις επιληψίας, η αύξηση βάρους, η δυσκοιλιότητα και ο λήθαργος (Ε. Καλύβα, 2005).

Η βουσπιρόνη αποτελεί έναν αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης και εντάσσεται στην κατηγορία των αγχολυτικών φαρμάκων. Το συγκεκριμένο φάρμακο δεν προκαλεί εξάρτηση στον ασθενή και χρειάζονται το ελάχιστο δυο εβδομάδες για να είναι ορατά τα αποτελέσματα του (Ι. Βογινδρούκας κ.α., 2007). Έρευνες έχουν δείξει ότι τα αγχολυτικά δεν είναι αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του αυτισμού (Ε. Καλύβα, 2005). Επίσης, άτομα με ΔΑΔ στα οποία έχει χορηγηθεί

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902**ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678****ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400****ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925**

βενζοδιαπενίνη έχουν εμφανίσει επιθετικότητα. Έτσι, επιλέγεται η χρήση βουσπιρόνης για τον έλεγχο του άγχους (Ε. Βογινδρούκας κ.α., 2007).

Συμπεράσματα για τη φαρμακοθεραπεία

Γενικά, τα φάρμακα δεν θεραπεύουν τον αυτισμό, όμως κάποια από αυτά συμβάλλουν στη βελτίωση διαφόρων συμπτωμάτων που εκδηλώνουν τα άτομα με αυτισμό, κάνοντας τα πιο ικανά να πάρουν τα κατάλληλα εφόδια τόσο από τις εκπαιδευτικές όσο και από τις συμπεριφορικές παρεμβάσεις (Ε. Καλύβα, 2005). Η χρήση τους θα πρέπει να συνιστάται μονάχα όταν κάποιες συμπεριφορές δεν μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο με διαφορετικό τρόπο (Ι. Βογινδρούκας κ.α., 2007).

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, σε καμία περίπτωση τα φάρμακα δεν αποτελούν θεραπεία των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών και ενδέχεται να προκαλέσουν στο άτομο επιβλαβής παρενέργειες. Είναι απαραίτητο, παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή, το άτομο να παρακολουθεί και το κατάλληλο γνωστικό, συμπεριφορικό ή συναισθηματικό πρόγραμμα εκπαίδευσης.

Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι τα φάρμακα αποτελούν την ύστατη λύση για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του αυτισμού. Επιπλέον, η διακοπή της χορήγησης τους θα πρέπει να γίνει όσο το δυνατόν πιο άμεσα και γρήγορα για να αποφευχθεί η τυχόν εξάρτηση που μπορεί να προκύψει (Ε. Καλύβα, 2005). Καθοριστικό ρόλο παίζει η μελλοντική έρευνα μέσω της οποίας είναι αναγκαίο να βρεθούν νέες φαρμακευτικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση προβλημάτων στη γνωστική λειτουργία, την κοινωνικότητα και την επικοινωνία στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (Ε. Anagnostou & Ε. Hollander, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

6.1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Κατά τη διάρκεια της μετάβασης ενός γονέα, από γονέα με ένα παιδί που παρουσιάζει κάποιες δυσκολίες, στο ρόλο του γονέα που έχει ένα παιδί με αυτισμό και τις δυσκολίες που τον συνοδεύουν, οφείλει να έχει σαν σκέψη ότι, την ίδια στιγμή θα πρέπει να διεκπεραιώσει όλες τις οικογενειακές υποχρεώσεις (J. Janzen, 1999).

Πριν από αυτές τις σκέψεις είναι πολύ σημαντική και απαραίτητη η συνειδητοποίηση της κατάστασης από τους γονείς, η οποία δεν είναι καθόλου εύκολη και ανώδυνη. Βιώνουν έντονα συναισθήματα, όπως είναι ο φόβος, οι ενοχές, η απογοήτευση, η θλίψη, η ματαιώση και η αγανάκτηση. Αισθάνονται ανασφάλεια και άγχος, καθώς δε γνωρίζουν τι πρόκειται να συμβεί στη ζωή τους και πολλές φορές, η βοήθεια από τους ειδικούς είναι ελλιπής. Με την κατάλληλη βοήθεια και υποστήριξη όμως, θα μπορέσουν να συνειδητοποιήσουν τις δυσκολίες που προκύπτουν (Α. Γενά, 2002).

Στο παρακάτω κομμάτι πραγματοποιείται μία αναφορά στα βήματα που θα μπορέσουν να βοηθήσουν τους γονείς στην προσέγγιση της αντιμετώπισης:

1^ο βήμα: Αναζήτηση πληροφοριών για τον Αυτισμό

Οι γονείς αρχικά, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, θα έρθουν αντιμέτωποι με πολλές δυσκολίες: φόβος για το άγνωστο, αγώνας για την κατανόηση της διάγνωσης του παιδιού (K. Quill, 2005), εφόσον ο εντοπισμός του αυτισμού δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί στον προγεννητικό έλεγχο, καθώς επίσης, ούτε και κατά τη γέννηση του παιδιού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι δυσκολίες να αρχίζουν να γίνονται αντιληπτές συνήθως μετά τον πρώτο χρόνο της ζωής του παιδιού (Α. Γενά, 2002).

Ξεκινούν να ασχολούνται με την αναζήτηση και εύρεση πληροφοριών που αφορούν τον αυτισμό από περιοδικά, τηλεοπτικές σειρές, απ' ό,τι άκουσαν σε διάφορους χώρους ή από την αναζήτησή τους στις τοπικές βιβλιοθήκες και τα βιβλιοπωλεία, οι οποίες μπορεί να προσφέρουν πληροφορίες, μπορεί και όχι (J. Janzen, 1999), δημιουργώντας παραπλανήσεις και ανυπόληπτες (K. Quill, 2005) ή αντικρουόμενες θεραπείες και

θεραπευτικές προσεγγίσεις. Για το λόγο αυτό, ακολουθεί η εξέταση και η αξιολόγησή τους:

1. Καθώς τα χρόνια περνούν, οι πληροφορίες και οι γνώσεις γύρω από τον αυτισμό έχουν αλλάξει σε μεγάλο βαθμό. Στα πρώτα στάδια αποκρυπτογράφησης του, υποστηρίχθηκε ότι, ο αυτισμός αποτελεί πνευματική ασθένεια, ως αποτέλεσμα του «κακού» δεσμού μητέρας - παιδιού (Γ. Κεκές κ.α., 2000). Επομένως, κάθε γραπτή αναφορά που προτείνει τη θεωρία, ότι ο αυτισμός αποτελεί ένα συναισθηματικό πρόβλημα, που προκαλείται από τη γονική απόρριψη, είναι ξεπερασμένη και επισφαλής. Πλέον, είναι γνωστό ότι ο αυτισμός οφείλεται σε νευροβιολογικούς παράγοντες (J. Janzen, 1999) και η συμβολή των γονέων είναι σημαντική και απαραίτητη (Ε. Γκονέλα, 2006).
2. Η χρήση της τιμωρίας για την εξάλειψη των συμπεριφορών που δεν είναι κοινωνικά αποδεκτές είναι επίσης ξεπερασμένη και αμφισβητήσιμη για τα παιδιά με αυτισμό.
3. Οι οικογενειακές ιστορίες παρέχουν διάφορες και χρήσιμες πληροφορίες, αλλά είναι σημαντικό να εξεταστούν σε συνάρτηση με τα χαρακτηριστικά του παιδιού με αυτισμό και τις αξίες της οικογένειας (J. Janzen, 1999).

2^ο βήμα: Ζήτηση βοήθειας από έναν επαγγελματία σύμβουλο ή υποστηρικτή

Ο κάθε γονέας έχει το δικαίωμα να αναζητάει και να επιθυμεί το καλύτερο δυνατό για το παιδί του.

Για το λόγο αυτό, το επόμενο βήμα είναι η εύρεση ενός επαγγελματία, ο οποίος ασχολείται και είναι ειδικευμένος στον αυτισμό (J. Janzen, 1999), ώστε να μπορεί να στηρίξει την οικογένεια με κατανόηση και σωστή πληροφόρηση (Α. Γενά, 2002). Μπορεί να είναι από το κέντρο αξιολόγησης, όπου το παιδί έχει διαγνωστεί ή να αποτελεί μέλος του ειδικού προγράμματος εκπαίδευσης της τοπικής περιοχής. Επιπλέον, μπορεί να είναι από το κέντρο υποστήριξης γονέων, ώστε να προσφέρει την κατάλληλη υποστήριξη και καθοδήγηση (J. Janzen, 1999).

Η έγκαιρη διάγνωση, η πρόωμη και εξατομικευμένη αξιολόγηση και παρέμβαση θα προσδιορίσει τις δυσκολίες και τις δυνατότητες του παιδιού. Παράλληλα, θα αποτελέσει

για τους γονείς ένα πολύ σημαντικό παράγοντα απελευθέρωσης συναισθημάτων ενοχής και καλύτερης κατανόησης και προσέγγισης των δυσκολιών που αντιμετωπίζει το παιδί (Γ. Κεκές κ.α., 2000).

3^ο βήμα: Εντοπισμός μιας ομάδας υποστήριξης για το γονέα

Οι γονείς που έχουν ένα παιδί με αυτισμό χρειάζονται συμβουλευτική στήριξη και υποστήριξη για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που προκύπτουν (Α. Γενά, 2002).

Η συνάντηση των γονέων με παιδί που έχει αυτισμό, με άλλους γονείς που αντιμετωπίζουν τις ίδιες ή παρόμοιες δυσκολίες μπορεί να αποτελέσει χρήσιμη και να συμβάλει σημαντικά στην έκφραση ειλικρινών συναισθημάτων και φόβων (J. Janzen, 1999), αλλά και να αποβάλλουν όσο αυτό είναι δυνατόν, συναισθήματα μοναξιάς και απογοήτευσης (Α. Γενά, 2002).

Οι ομάδες γονικής υποστήριξης δε συμβάλουν μόνο στο συναισθηματικό κομμάτι, αλλά αποτελούν και πηγή πολύτιμων πληροφοριών. Οι έμπειροι γονείς γνωρίζουν τα διάφορα συστήματα και υπηρεσίες, τα οποία μπορεί να χρειαστεί το παιδί. Παράλληλα, γνωρίζουν τους ειδικούς και τους επαγγελματίες που μπορούν να κατανοήσουν και να λειτουργήσουν κατάλληλα με το παιδί που αντιμετωπίζει δυσκολίες και ταυτόχρονα μοιράζονται τις εμπειρίες που έχουν για τις διάφορες θεραπείες (J. Janzen, 1999). Επιπλέον, θα βοηθήσει στην ενίσχυση της διεκδίκησης των δικαιωμάτων των παιδιών που αντιμετωπίζουν δυσκολίες (Α. Γενά, 2002).

Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι το κάθε παιδί με αυτισμό είναι μοναδικό και ξεχωριστό. Οπότε, μία θεραπεία που έχει βοηθήσει σημαντικά ένα παιδί δεν είναι αναγκαίο, ότι θα βοηθήσει και θα καλύψει τις εξατομικευμένες ανάγκες του άλλου παιδιού. Οι εμπειρίες των άλλων είναι σημαντικές, αλλά και πάλι, οι αποφάσεις πρέπει να βασίζονται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού, τις οικογενειακές αξίες και τα συναισθηματικά, οικονομικά και φυσικά χαρακτηριστικά (J. Janzen, 1999).

4^ο βήμα: Παροχή φροντίδας στον εαυτό και την οικογένεια

Το κάθε παιδί έχει πολλές ανάγκες και χρειάζεται η οικογένειά του να είναι συναισθηματικά και σωματικά υγιής. Στην οικογένεια συνήθως υπάρχουν και άλλα παιδιά,

τα οποία μπορεί να αισθάνονται ανήσυχα και φοβισμένα, καθώς ένα πολύ μεγάλο μέρος της ενέργειας των γονέων επικεντρώνεται στο παιδί με αυτισμό (J. Janzen, 1999).

Μέσα σε όλο αυτόν τον καθημερινό αγώνα, προκύπτουν πολλές δυσκολίες που προκαλούν αρνητικές συνέπειες, όπως είναι η διατάραξη της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, τα προβλήματα επικοινωνίας (Γ. Κεκές, κ.α., 2000), η αποδοχή της κατάστασης, οι συναισθηματικές αλλαγές, η κοινωνική απόρριψη (Ε. Γκονέλα, 2006), οι μη ελεγχόμενες αντιδράσεις του παιδιού και η εξάρτησή του από την οικογένεια (Α. Γενά, 2002). Οι γονείς αισθάνονται ότι το παιδί δεν ανταποδίδει την αγάπη του. Επιπλέον, τα προβλήματα συμπεριφοράς, οι φωνές, τα ξεσπάσματα, η επιθετική συμπεριφορά, τα δαγκώματα, προκαλούν αναταραχή, σε συνδυασμό με τα προβλήματα ύπνου και διατροφής και την υπερδραστηριότητα. Η ξεκούραση είναι αδύνατη, οι οικογενειακές σχέσεις κλονίζονται (Γ. Κεκές κ.α., 2000), αφού συχνά η αγανάκτηση και ο θυμός στρέφεται από τον ένα γονέα στον άλλον με εντάσεις και διαφωνίες (Α. Γενά, 2002).

Σε αυτό το σημείο, οι γονείς είναι καλό να μιλήσουν μεταξύ τους, να μοιραστούν και να αποδεχθούν τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους. Η υποστήριξη που θα δώσει ο ένας στον άλλο είναι πολύ σημαντική, ώστε να υπάρξει μία ισορροπία σε όλη την οικογένεια. Επιπλέον, η ενημέρωση με πληροφορίες σχετικά με τον αυτισμό και η συμμετοχή όλης της οικογένειας (παππούδες και γιαγιάδες, θείες και θείοι, φίλοι και γείτονες) συμβάλλει σημαντικά στην κατανόηση των δυσκολιών και έτσι, μαθαίνουν πώς να βοηθήσουν (J. Janzen, 1999). Παράλληλα, ενδυναμώνονται οι οικογενειακοί δεσμοί (Α. Γενά, 2002).

5^ο βήμα: Οργάνωση της ζωής του παιδιού

Ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά του αυτισμού είναι η τάξη που θέλουν τα παιδιά στη ζωή τους, η οποία τούς προσφέρει θετικά συναισθήματα. Όταν καταλάβουν τι πρόκειται να συμβεί, είναι πιο εύκολο να το διαχειριστούν. Η βοήθεια του δασκάλου, του ειδικού στη δημιουργία ενός προγράμματος στη ζωή του παιδιού θα διευκολύνει σημαντικά τις καταστάσεις, εφόσον το παιδί θα ξει και θα εργάζεται ανεξάρτητα.

Αν προκύψουν αλλαγές στο πρόγραμμα του παιδιού, οι οποίες μπορεί να προσφέρουν νέες εμπειρίες, αλλά συγχρόνως να του προκαλέσουν άγχος, είναι καλό να

μάθει ότι ενδέχεται να συμβούν και αυτές. Με σύνεση και προγραμματισμό, οι εμπειρίες αυτές μπορεί να είναι διασκεδαστικές και παραγωγικές (J. Janzen, 1999).

6° βήμα: Δημιουργία προτεραιοτήτων και ζήτηση βοήθειας

Υπάρχουν φορές που οι ανάγκες του παιδιού πρέπει να έχουν προτεραιότητα, συνεπώς οι γονείς οφείλουν να αφιερώσουν πολύ χρόνο και προσπάθεια για να σιγουρευτούν ότι το παιδί έχει τις κατάλληλες υπηρεσίες και φροντίδα.

Η πρώιμη παρέμβαση και οι ειδικές εκπαιδευτικές υπηρεσίες μπορούν να δημιουργήσουν μία ομάδα υποστήριξης. Μόλις αναπτυχθεί εμπιστοσύνη και μια καλή σχέση συνεργασίας με αυτή την ομάδα, θα υπάρξουν στιγμές που οι γονείς θα έχουν τη δυνατότητα να αφήσουν το παιδί έστω και για λίγο, ώστε να ανταπεξέλθουν και σε άλλες υποχρεώσεις. Η δημιουργία προτεραιοτήτων αλλάζουν και μεταβάλλονται ανάλογα με τη χρονική στιγμή (J. Janzen, 1999).

7° βήμα: Δημιουργία ενός αρχείου

Ο κάθε γονέας αποτελεί τον διερμηνέα και τον υποστηρικτή του παιδιού. Παράλληλα, είναι και αυτός που διαχειρίζεται τις πληροφορίες. Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχουν καταγεγραμμένες όλες οι πληροφορίες και τα στοιχεία που αφορούν το παιδί, όπως είναι τα αναπτυξιακά ορόσημα, οι εκθέσεις των αξιολογήσεων και των αρχείων που σχετίζονται με το σχέδιο υπηρεσίας του παιδιού.

Οι δυσκολίες είναι πολύ πιθανόν να έχουν παρατηρηθεί από πολύ μικρή ηλικία. Τμήματα αυτών των πληροφοριών, παρατηρήσεων και λεπτομερειών ενδέχεται να φανούν χρήσιμα και να υποστηρίξουν δυναμικά τις κατάλληλες υπηρεσίες για το παιδί. Έτσι, μία περιοδική αναθεώρηση αυτών των σημειώσεων μπορεί να παρέχει σημαντικά στοιχεία για τους ίδιους τους γονείς και τους δασκάλους του παιδιού, προβλέποντας, αποτρέποντας ή επιλύοντας τα προβλήματα συμπεριφοράς και τα ιατρικά προβλήματα.

Η αποθήκευση των πληροφοριών είναι δυνατόν να γίνει σε ένα βιβλίο ή σε έναν υπολογιστή με ημερομηνίες, όπου θα καταγράφονται περιστατικά που προκάλεσαν σοβαρή αναστάτωση ή τη συμμετοχή του παιδιού σε μία οικογενειακή δραστηριότητα. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η παρακολούθηση αλλαγών στην επικοινωνία, τη συμπεριφορά, την ανάπτυξη και τις νέες δεξιότητες. Η τήρηση αρχείων με τυχόν

ευαισθησίες του παιδιού σε φάρμακα και τρόφιμα είναι επίσης πολύ σημαντικές. Άλλες καταστάσεις θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν πράγματα που αρέσουν ή δεν αρέσουν στο παιδί, που του προκαλούν προβλήματα, ευαισθησίες σε θορύβους, καταστάσεις που το ηρεμούν, δραστηριότητες που πραγματοποίησε ή όχι.

Σε καθημερινή βάση, οι γονείς και ο δάσκαλος του παιδιού πρέπει να ξέρουν για τα γεγονότα που ενδέχεται να έχουν αντίκτυπο στη συμπεριφορά του παιδιού, καθώς όταν ένα παιδί δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει και να ανταλλάξει πληροφορίες, είναι δύσκολο να βρεθούν τα πράγματα που το απασχολούν (J. Janzen, 1999).

8^ο βήμα: Συγχώρεση του εαυτού

Κάθε οικογένεια κάνει το καλύτερο για τη φροντίδα και την υποστήριξη όλων των μελών της. Το άγχος λειτουργεί αρνητικά και είναι απαραίτητο να θυμόμαστε ότι, κανένας άνθρωπος δεν είναι τέλειος. Όλοι μαθαίνουν από τα λάθη τους και προχωρούν. Αποδέχονται τις ατέλειες και σκέφτονται την επόμενη μέρα (J. Janzen, 1999). Επομένως, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι γονείς οφείλουν να απελευθερώσουν τα συναισθήματα ενοχής (Γ. Κεκές κ.α., 2000) και να προχωρήσουν τη ζωή τους με όλες τις δυσκολίες που εμφανίζονται (Ε. Γκονέλα, 2006).

6.2. Ο ΕΙΔΙΚΟΣ

Ένας έμπειρος και εξειδικευμένος επαγγελματίας έχει τη δυνατότητα να προσφέρει χαρακτηριστικά βασικών και αποτελεσματικών πρακτικών, που είναι εμφανή στην καθημερινή εργασία (K. Wall, 2010):

1. Γνώσεις, εμπειρία και εξειδίκευση στον αυτισμό.
2. Διάγνωση, αξιολόγηση (Γενά, 2002) και πρώιμη παρέμβαση.
3. Στενές και αποτελεσματικές σχέσεις συνεργασίας με τους γονείς.
4. Στενές και αποτελεσματικές σχέσεις συνεργασίας με άλλους επαγγελματίες (K. Wall, 2010), μέσω των οποίων θα επιτυγχάνεται ένα σφαιρικό και ολοκληρωμένο πρόγραμμα παρέμβασης (Α. Γενά, 2002).
5. Καθημερινό και δομημένο πρόγραμμα για το παιδί.
6. Χρήση οπτικών ενδείξεων υποστήριξης για το παιδί.

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

7. Χρήση εναλλακτικών συστημάτων επικοινωνίας.
8. Τακτική παρατήρηση.
9. Προσαρμογή του προγράμματος στις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε παιδιού.
10. Σχεδιασμός που περιλαμβάνει την εξέταση των προτιμήσεων και των δυνατοτήτων του παιδιού, καθώς και των δυσκολιών του.
11. Ανάπτυξη και χρήση των στρατηγικών που αφορούν τον αυτισμό, ειδικά για την προώθηση της μάθησης του παιδιού (K. Wall, 2010).

6.3. Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΚΑΙ Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

Η ευθύνη του ειδικού είναι η διερεύνηση όλων των πληροφοριών που θα λάβει από μία σωστή αξιολόγηση (Quill, 2005), η οποία θα προκύψει από τους γονείς. Οι γονείς θα πρέπει να δώσουν στον ειδικό αξιολόγησης, πληροφορίες που έχουν συλλέξει και σχετίζονται με το παιδί, αποθηκεύοντας τις σε ένα αρχείο, ώστε η διαδικασία αξιολόγησης να είναι πιο αποτελεσματική.

Παράλληλα, η συλλογή των πληροφοριών για να γίνει πιο εύκολη, μπορεί να δοθεί και ένα ερωτηματολόγιο από τους ειδικούς, στο οποίο οι γονείς θα συμπληρώσουν όλα όσα θα βοηθήσουν στην καλύτερη οργάνωση των πληροφοριών πριν τη συνέντευξη, κατά τη διάρκεια της οποίας θα δοθούν επεξηγήσεις (J. Janzen, 1999).

Η διαδικασία αυτή όμως, απαιτεί χρόνο, ώστε οι ειδικοί να δεχθούν και να συλλέξουν όλες τις πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν (K. Quill, 2005) και θα έρθουν αντιμέτωποι με μία πολύ ευαίσθητη κατάσταση, η οποία δεν είναι άλλη από το γιατί και για ποιο λόγο το παιδί αντιμετωπίζει αυτές τις δυσκολίες, για τις οποίες τα αίτια δεν είναι ακόμα γνωστά και ακριβή Α. (Γενά, 2002).

Τα αποτελέσματα που θα διεξαχθούν μετά την αξιολόγηση ενδέχεται να προκαλέσουν έκπληξη (K. Quill, 2005) και για το λόγο αυτό είναι απαραίτητο να αποφευχθεί μία πιθανή σύγκρουση, που μπορεί να προκύψει εξαιτίας της αμφισβήτησης των αποτελεσμάτων της διάγνωσης (Α. Γενά, 2002).

Παράλληλα, θα πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή και ευαισθησία στη δημιουργία της σχέσης του εκπαιδευτή με το παιδί, καθώς στόχος είναι ο υπολογισμός των αντιδράσεων του παιδιού, ώστε να μην αισθανθεί άβολα (Γ. Κεκές κ.α., 2000).

Η ενημέρωση που θα προκύψει από την αξιολόγηση θα πρέπει να γίνει με τη χρήση καθημερινού λεξιλογίου, απλής και κατανοητής γλώσσας σε όλους. Πριν την ανακοίνωση και τη γνωστοποίησή της, οφείλεται να διαβάζεται πρώτα από τους γονείς, ώστε να μπορέσουν να συγκρίνουν τις παρατηρήσεις που έχουν καταγράψει οι ίδιοι με αυτές του ειδικού, καθώς οι γονείς είναι αυτοί που ζουν και βλέπουν το παιδί το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Κ. Quill, 2005) και επομένως, έχουν τη δυνατότητα να παρατηρήσουν, να καταγράψουν και να διηγηθούν τις εμπειρίες και κάθε αρνητική ή θετική έκβαση των προσπαθειών τους. Μέσα από όλες αυτές τις πληροφορίες και τις εμπειρίες, οι ειδικοί θα έχουν τη δυνατότητα να αξιολογήσουν τα παιδιά και να κατευθύνουν τους γονείς.

Συνεπώς, οι κατάλληλες γνώσεις γύρω από τον αυτισμό, οι κατάλληλες στρατηγικές συνεργασίας και αντιμετώπισης των μη κοινωνικά αποδεκτών συμπεριφορών με τα εξατομικευμένα προγράμματα παρέμβασης και η παρακολούθηση σε τακτά χρονικά διαστήματα από τους ειδικούς, θα αποτελέσουν τους βασικούς άξονες για μία σωστή θεραπευτική προσέγγιση (Γ. Κεκές κ.α., 2000).

Η κατεύθυνση που θα ακολουθήσουν στη συνέχεια οι ειδικοί, καθοδηγώντας παράλληλα τους γονείς του παιδιού, δε θα πρέπει να είναι παράλογη και οι θεραπείες να μην είναι πολύωρες, αλλά να κυμαίνονται σε ένα δημιουργικό πλαίσιο, με καθορισμό κατάλληλων εκπαιδευτικών στόχων (Κ. Quill, 2005).

Το πρώτο βήμα όμως, για την ανάπτυξη του σχεδιασμού του προγράμματος είναι ο καθορισμός του τρέχοντος επιπέδου λειτουργίας του παιδιού, δηλαδή, το τι μπορεί να κάνει τώρα το παιδί (J. Janzen, 1999). Θα πρέπει επομένως, να γίνει καθορισμός των κατάλληλων βραχυπρόθεσμων και άμεσων στόχων, που ανταποκρίνονται τόσο στις ανάγκες του ίδιου του παιδιού σε σχέση με τις δεξιότητές του, όσο και σε αυτές το οικογενειακού και ευρύτερου περιβάλλοντος (Ι. Βογινδρούκας & D. Sherratt, 2008). Η αξιολόγηση αυτή είναι πιθανό να περιλαμβάνει κάποια λειτουργική δοκιμή από κάποιον

ειδικό, λογοθεραπευτή ή/ και σχολικό ψυχολόγο, η οποία θα παρουσιάζει τη συμμετοχή του παιδιού στο περιβάλλον.

Μετά την αξιολόγηση των δεδομένων, πραγματοποιείται η εξέταση των πληροφοριών και ο καθορισμός των στόχων μεγαλύτερης προτεραιότητας για το παιδί (J. Janzen, 1999). Για παράδειγμα η αποφοίτηση από το σχολείο και η προετοιμασία για κάποιο ίδρυμα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης δεν είναι ο μόνος αντικειμενικός στόχος. Οπότε, είναι σημαντική η δημιουργία προτεραιοτήτων και στόχων, είτε αφορούν το σχολείο, είτε τις γλωσσικές επιδεξιότητες και την κοινωνική ανάπτυξη, που θα έχουν θετικά αποτελέσματα και θα επιφέρουν εξέλιξη στη ζωή του παιδιού, όπως είναι οι συμπεριφορές και οι δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης και η αυτονομία, ο αυτοέλεγχος, ο κοινωνικός προσανατολισμός και η κοινωνικοποίηση. Οι ειδικοί δε θα πρέπει επομένως, να εστιάσουν μόνο στον προφορικό λόγο, ούτε να αποκλείσουν άλλους τρόπους επικοινωνίας (K. Quill, 2005).

Για το λόγο αυτό, οι επαγγελματίες και οι ειδικοί που μπορούν να ασχοληθούν με τον αυτισμό είναι πολλοί και διαφορετικοί και κρίνεται απαραίτητη η διεπιστημονική προσέγγιση για την αντιμετώπιση (Γ. Κεκές κ.α., 2000). Ο οικογενειακός γιατρός, ο παιδίατρος, ο παιδοψυχίατρος, ο κοινωνικός λειτουργός, ο κλινικός ψυχολόγος, ο δάσκαλος ειδικής αγωγής, ο λογοθεραπευτής, ο εργοθεραπευτής, ο μουσικοθεραπευτής, ο εκπαιδευτικός φυσικής αγωγής, αλλά και άλλοι ειδικοί επαγγελματίες μπορούν να εργαστούν και να συνεργαστούν με ένα παιδί με αυτισμό (Ε. Γκονέλα, 2006), όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω.

6.4. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ - ΕΠΙΘΥΜΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

Η οικογένεια αποτελεί το πρώτο περιβάλλον, μέσα στο οποίο δημιουργείται, αναπτύσσεται και εξελίσσεται η ζωή του κάθε παιδιού. Όπως είναι αναμενόμενο, η συμμετοχή των γονέων στη λήψη αποφάσεων για την κάλυψη των αναγκών του παιδιού είναι απαραίτητη και δραστική και πάντα υπάρχει το ερώτημα τι θα γίνουν αυτοί οι άνθρωποι όταν οι γονείς γεράσουν ή/ και φύγουν από τη ζωή. Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι οι γονείς κατέχουν το βασικότερο ρόλο στο κομμάτι της θεραπευτικής προσέγγισης και αποτελούν και οι ίδιοι, εκπαιδευτές για το παιδί τους, με εξασφάλιση της

πρώιμης και συχνής βοήθειας σε όσον το δυνατόν κατάλληλους χώρους, που θα προσδώσουν τα επιθυμητά αποτελέσματα (Γ. Κεκές κ.α., 2000). Αυτή η πραγματικότητα έρχεται σε αντίθεση με το παρελθόν, κατά την οποία η οικογένεια δεν είχε δικαίωμα να λάβει μέρος στη θεραπευτική προσέγγιση, είτε γιατί υπήρχε η σκέψη πως δε θα προέκυπτε κάποιο θετικό αποτέλεσμα, είτε επειδή υπήρχε η αντίληψη ότι η μητέρα είναι υπεύθυνη γι' αυτήν την κατάσταση (Α. Γενά, 2002).

Το κατάλληλο πρόγραμμα (το είδος, η διάρκεια των θεραπειών, η τοποθέτηση του παιδιού μέσα στην τάξη) είναι απαραίτητο να καθορίζεται από τις ανάγκες του παιδιού (Κ. Wall, 2010).

Η επιθυμία ή οι επιθυμίες και οι στόχοι, που έχουν οι γονείς για το παιδί τους, καθορίζουν όμως, πολύ συχνά το πρόγραμμα του παιδιού. Στην πραγματικότητα, οι γονείς μπορούν να προσπαθούν για την κατάκτηση ενός μακροπρόθεσμου στόχου που αφορά την εκπαίδευση και παράλληλα, να πραγματοποιούν έναν διαφορετικό μακροπρόθεσμο στόχο. Υπάρχουν τουλάχιστον, τέσσερις πιθανοί μακροπρόθεσμοι στόχοι για το παιδί με αυτισμό από μέρους των γονέων:

1^{ος} Στόχος: Θεραπεία του αυτισμού

Η θεραπεία του αυτισμού είναι ο στόχος των περισσότερων γονέων των μικρότερων παιδιών. Οι γονείς που έχουν μεγαλύτερα παιδιά γνωρίζουν μέσα από την εμπειρία τους ότι δεν υπάρχουν πραγματικές θεραπείες. Τα παιδιά με αυτισμό μπορούν να μάθουν πολλά πράγματα και τα ελλείμματά τους να αντισταθμιστούν. Όμως, είναι πιθανό αυτές οι δυσκολίες να συνεχίσουν να έχουν αντίκτυπο στην κατανόηση και τη χρήση των κοινωνικών, επικοινωνιακών και γλωσσικών δεξιοτήτων, καθώς επίσης και να αντιμετωπίζουν δυσκολία στο σχεδιασμό, την επίλυση προβλημάτων και τη λήψη αποφάσεων σε όλη τη ζωή τους (J. Janzen, 1999).

2^{ος} Στόχος: Το παιδί να «φαίνεται φυσιολογικό»

Ο στόχος αυτός καταναλώνει πάρα πολύ χρόνο και ενέργεια στην οικογένεια. Ο αυτισμός είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή και έχει νευρολογική βάση, συμβάλλοντας στον τρόπο με τον οποίο σκέφτονται και ανταποκρίνονται στην ομιλία τα παιδιά με αυτισμό (J. Janzen, 1999).

3^{ος} Στόχος: Η αποφοίτηση από το σχολείο

Μερικές οικογένειες αισθάνονται ότι είναι πολύ σημαντικό για το παιδί τους να αποφοιτήσει από το σχολείο με τους συνομήλικούς του. Ο στόχος αυτός είναι σίγουρα μέσα στο δυναμικό των παιδιών με υψηλότερη λειτουργικότητα, εάν έχουν υποστήριξη και εάν άλλοι στόχοι μπορούν να επιτευχθούν ταυτόχρονα (J. Janzen, 1999).

4^{ος} Στόχος: Η ανεξαρτησία

Η ανεξαρτησία, ίσως, αποτελεί τον πιο ρεαλιστικό και πολύτιμο στόχο. Είναι ο στόχος που θα βοηθήσει σημαντικά το παιδί, ώστε να δουλέψει προς την κατεύθυνση μίας ικανοποιητικής και παραγωγικής ζωής στην κοινωνία ως ενήλικας. Αυτό, δεν αποκλείει την ακαδημαϊκή μελέτη, ούτε το να βοηθηθεί το ίδιο το άτομο να ενταχθεί στην κοινωνία (J. Janzen, 1999).

6.5. ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ, Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ

Το πρόγραμμα των μαθημάτων είναι καλό να προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε μαθητή (Γ. Κεκές κ.α., 2000). Γίνεται αντιληπτή, με αυτόν τον τρόπο, η ανάγκη για κατανόηση των διαφορών και των ιδιαιτεροτήτων του κάθε παιδιού, με τη χρήση εξατομικευμένων προγραμμάτων επικοινωνιακής παρέμβασης, ώστε οι τεχνικές που πραγματοποιούνται να δέχονται τροποποίηση ή προσαρμογή, όταν αυτό απαιτείται από τις ανάγκες του παιδιού (K. Quill, 2005).

Συχνά, συναντάται το φαινόμενο, τα παιδιά να λειτουργούν και να ανταπεξέρχονται στις απαιτήσεις του σχολείου και να δυσκολεύονται στο σπίτι (Γ. Κεκές κ.α., 2000) ή και το αντίθετο (K. Quill, 2005), με αποτέλεσμα να μην υπάρχει εμπιστοσύνη ανάμεσα στους ειδικούς και το οικογενειακό περιβάλλον (Γ. Κεκές κ.α., 2000). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι γονείς να αισθάνονται ότι το πρόγραμμα που προσφέρεται ή παρέχεται δεν είναι επαρκές ή κατάλληλο για το παιδί (K. Wall, 2010). Επομένως, η συνεργασία της οικογένειας με το σχολείο και τους εκπαιδευτικούς κρίνεται και σε αυτό το σημείο απαραίτητη (Γ. Κεκές κ.α., 2000). Ακόμη, το αίσθημα εμπιστοσύνης και κατανόησης (Α. Γενά, 2002) είναι αναγκαίο για τη δημιουργία ενός συστήματος αδιάλειπτης επικοινωνίας

ανάμεσά τους (K. Quill, 2005), όπως για παράδειγμα η δημιουργία και η χρήση καθημερινών γραπτών παρατηρήσεων και οπτικών συστημάτων (K. Wall, 2010), ώστε να σημειώνονται οι συμπεριφορές, οι αντιδράσεις, οι επιδεξιότητες και οι επιδόσεις του παιδιού που είναι νέες ή ασυνήθιστες.

Με αυτόν τον τρόπο, η χρήση μιας διαδικασίας που αφορά την ενίσχυση της επικοινωνίας, είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται σε όλα τα περιβάλλοντα (σπίτι, σχολείο), ώστε το σύστημα αυτό να βοηθήσει και να ενισχύσει το παιδί να επικοινωνεί, που αποτελεί και τον κύριο στόχο. Εν κατακλείδι, τα πρότυπα επικοινωνίας πρέπει να είναι τα ίδια για την αποφυγή σύγχυσης. Πιθανή είναι και μία δεύτερη αξιολόγηση, που θα απεικονίζει την τωρινή κατάσταση του παιδιού και το τι μπορεί να κάνει.

Έτσι, οι περισσότεροι γονείς συμβιβάζονται και αποδέχονται τις δυσκολίες. Η πίστη για μία καλύτερη ζωή του παιδιού, η θετική σκέψη και το αίσθημα χρησιμότητας από μέρους των γονέων είναι το βασικό στοιχείο για μία αντιμετώπιση με θετικά χαρακτηριστικά (K. Quill, 2005), ώστε το παιδί να μπορέσει να έχει μία καλύτερη ανάπτυξη και εξέλιξη (Γ. Κεκές κ.α., 2000). Η εγκατάλειψη κάθε ελπίδας (K. Quill, 2005) και το αίσθημα υπερπροστασίας που διακατέχει τους γονείς, λόγω του ότι δεν εμπιστεύονται τις δυνατότητες του παιδιού ή επειδή φοβούνται την έκθεσή του σε άλλους ανθρώπους και καταστάσεις που δε γνωρίζουν το παιδί, το αποκλείουν από διάφορες γνώσεις και ευκαιρίες στο συναισθηματικό και κοινωνικό κομμάτι (Α. Γενά, 2002.).

Η επίδοση του κάθε παιδιού εξαρτάται από τις δυνατότητες και ικανότητες που έχει, καθώς επίσης και από τις προσπάθειες που καταβάλλει με τη βοήθεια της οικογένειας και των ειδικών. Όταν όμως τα ίδια τα παιδιά ξεκινήσουν να θέτουν στόχους που επιθυμούν, θα μαθαίνουν πιο γρήγορα και θα είναι πιο ικανά και ανεξάρτητα (K. Quill, 2005). Συνεπώς, οι γονείς οφείλουν να είναι ανοιχτοί σε νέες ιδέες και στρατηγικές που θα τους οδηγήσουν στην επιθυμητή εξέλιξη (K. Wall, 2010).

Μέσα σε μία κοινωνία, συναντάμε τη διαφορετικότητα, την οποία οφείλουμε να σεβόμαστε και δε θα πρέπει να ξεχνάμε ότι, όλα τα παιδιά, ανεξαρτήτως των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν έχουν δικαίωμα στην εκπαίδευση (Γ. Κεκές κ.α., 2000).

6.6. ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ, Ο ΠΑΠΠΟΥΣ ΚΑΙ ΓΙΑΓΙΑ

Παραπάνω έγινε αναφορά ότι, η συμμετοχή και η συμβολή των άλλων παιδιών της οικογένειας, των παππούδων και των γιαγιάδων στην προσέγγιση του αυτισμού, θα συμβάλλει σημαντικά στην κατανόηση των δυσκολιών που εμφανίζονται, έτσι ώστε να είναι και εκείνοι σε θέση να βοηθήσουν.

6.6.1 ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Η καλή επικοινωνία αποτελεί αναγκαίο συστατικό μίας χαρούμενης οικογένειας. Για το λόγο αυτό, οι γονείς οφείλουν να συζητήσουν με τα παιδιά τους και να εκφράσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, έτσι ώστε μέσα από το διάλογο (B. Glasberg & S. Harris, 2003), να μπορέσουν να αντιληφθούν και να δεχτούν τις δυσκολίες του παιδιού με αυτισμό (Α. Γενά, 2002) και να αναζητήσουν λύσεις, που θα βοηθήσουν στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Δεν είναι πάντα εύκολο. Χρειάζεται προσπάθεια και αποτελεσματική ανατροφή (B. Glasberg & S. Harris, 2003).

Είναι σαφές ότι η συζήτηση θα πρέπει να γίνει σε ηλικιακά κατάλληλη γλώσσα, ώστε τα παιδιά να μπορέσουν να καταλάβουν. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω των παραμυθιών και των κειμένων. Όπως όλοι γνωρίζουμε, τα μικρά παιδιά αγαπούν να διαβάζουν ένα παραμύθι με έναν ενήλικα, επομένως μπορούμε να μιλήσουμε ανοιχτά για τα θέματα που έχουν δημιουργηθεί (K. Wall, 2010).

Πολλές φορές, στα αδέλφια των παιδιών με αυτισμό δημιουργούνται συναισθήματα αμφιβολίας και έλλειψης αξίας, λόγω των προβληματισμών και της ανησυχίας που εμφανίζουν οι γονείς, καθώς οι απαιτήσεις για την ανατροφή ενός παιδιού με αυτισμό είναι πολλές και μεγάλες (B. Glasberg & S. Harris, 2003). Για το λόγο αυτό, τα αδέλφια θα πρέπει να αισθάνονται, ότι οι γονείς τα εκτιμούν και τα αγαπούν εξίσου, αφιερώνοντας χρόνο για επικοινωνία. Θα μπορούσε να είναι ιδιαίτερο χρήσιμο η συνάντηση με άλλα αδέλφια παιδιών με αυτισμό, δεδομένου ότι θα έχουν πολλά κοινά ζητήματα και ανησυχίες. Είναι επίσης, πολύ χρήσιμο και υποστηρικτικό να ανακαλύψουν ότι υπάρχουν και άλλοι στην ίδια θέση με αυτούς.

Γνωρίζουμε όλοι, ότι τα αδέλφια ανταγωνίζονται και μαλώνουν μεταξύ τους, εντούτοις υπάρχει ένας ισχυρός δεσμός ανάμεσά τους. Καθώς τα μικρά παιδιά μεγαλώνουν και εξελίσσονται σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες, η μορφή αυτής της σχέσης αλλάζει, με αποτέλεσμα συχνά να μην είναι κοντά ο ένας στον άλλον, αλλά σε γενικές γραμμές μιλάνε και ο πιο στενός δεσμός μεταξύ τους επανέρχεται στην ενήλικη ζωή.

Αν ένα παιδί έχει αυτισμό τότε είναι δύσκολο να δημιουργήσει μία σχέση με τα αδέλφια και τα αδέλφια του συγχρόνως, δυσκολεύονται να το δεχτούν (Κ. Wall, 2010). Συχνά, αισθάνονται απόρριψη και αδιαφορία από την στάση του/της αδελφού/ής και ίσως νιώθουν ότι είναι υπεύθυνα για την κατάσταση που επικρατεί (Α. Γενά, 2002).

Ένας άλλος σημαντικός τομέας της δυσκολίας για τα παιδιά με αυτισμό αποτελεί το παιχνίδι, καθώς μπορεί να εμφανίζεται έλλειψη ενδιαφέροντος για παιχνίδι από την πλευρά των παιδιών με αυτισμό, προκαλώντας στα αδέλφια τους αισθήματα ματαίωσης και απογοήτευσης (Β. Glasberg & S. Harris, 2003). Υπάρχει όμως και το ενδεχόμενο, τα αδέλφια με αυτισμό να χαλούν ή να παρεμβαίνουν στις δραστηριότητες των αδελφών τους. Μπορεί να εισέλθουν στην κρεβατοκάμαρα του άλλου παιδιού και να χαλάσουν μία κατασκευή, απολαμβάνοντας τον ήχο που κάνει, καθώς αυτή χαλάει. Αδυνατούν να κατανοήσουν τα συναισθήματα των αδελφών τους και το θυμό που έχουν. Ενδέχεται να γελούν όταν ο/η αδελφός/ή αρχίζει να τους φωνάζει, γεγονός που θα μπορούσε να επιδεινώσει περαιτέρω την κατάσταση.

Ως αποτέλεσμα ενός τέτοιου ξεσπάσματος το παιδί μπορεί στη συνέχεια, να υιοθετήσει αυτή τη συμπεριφορά και να αρχίσει να φωνάζει στα αδέλφια του με αυτισμό (Κ. Wall, 2010) ή να γίνει επιθετικό (Ε. Γκονέλα, 2006).

Υπάρχει ανάγκη, ως εκ τούτου, τα αδέλφια να έχουν το δικό τους χώρο, όπου μπορούν να είναι μόνα ή με την οικογένεια ή τους φίλους ή να συμμετέχουν στις δικές τους δραστηριότητες. Τα ξεχωριστά υπνοδωμάτια είναι ιδανικά για το σκοπό αυτό και μπορεί να αποτελέσει ένα μέσο για την εξασφάλιση της ιδιωτικής ζωής και τη συνεχή ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων. Η μόνη πιθανή δυσκολία με αυτήν την κατάσταση είναι ότι τα αδέλφια, ίσως να χρησιμοποιήσουν πάρα πολύ αυτό το χώρο και να απομονωθούν.

Επιπλέον, τα αδέλφια μπορεί να ντρέπονται για τη συμπεριφορά του παιδιού με αυτισμό και την αντίδραση των άλλων, με αποτέλεσμα να μην προσκαλούν τους φίλους τους για να παίξουν και να μη θέλουν να βγουν έξω από το σπίτι.

Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις, τα αδέλφια θα είναι σε θέση να υποστηρίξουν και να βοηθήσουν το παιδί με αυτισμό να σημειώνει σταθερή πρόοδο, δίνοντάς του χρόνο και δείχνοντάς του πώς να κάνουν πράγματα μαζί, μέσω συγκεκριμένων στρατηγικών παρέμβασης (K. Wall, 2010), τις οποίες μπορεί η οικογένεια ή ο ειδικός να δείξει, ώστε να αναπτύξουν και να ενισχύσουν τη σχέση των παιδιών τους (Α. Γενά, 2002). Αυτό με τη σειρά του θα μπορούσε να τους δώσει την αίσθηση της επιτυχίας και της ικανοποίησης, γνωρίζοντας ότι έχουν βοηθήσει τον/ την αδελφό/αδελφή τους και τους γονείς τους (K. Wall, 2010).

Εντούτοις, θα πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στο ρόλο που θα διαδραματίσουν τα αδέλφια του παιδιού με αυτισμό, καθώς υπάρχει περίπτωση να υπάρξουν εντάσεις, λόγω των ευθυνών, της μεγάλης φροντίδας (Α. Γενά, 2002) και της έλλειψης ωριμότητας που προκύπτει από την ηλικία τους (Ε. Γκονέλα, 2006) και είναι πάνω από τις δυνατότητές τους με φανερό το αίσθημα άγχους (Α. Γενά, 2002). Επιπλέον, μέσα από όλη αυτή την πίεση τα παιδιά μπορεί να απομακρυνθούν από την κοινή πορεία της οικογένειας (Ε. Γκονέλα, 2006). Οι ομάδες υποστήριξης για τα παιδιά που έχουν έναν αδελφό ή μία αδελφή με αυτισμό μπορούν να δώσουν τη δυνατότητα και την ευκαιρία στα παιδιά να μιλήσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (B. Glasberg & S. Harris, 2003).

Παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, ενώ μεγαλώνουν τα παιδιά, αναφέρουν ως ενήλικοι αργότερα, πως, η συνολική εμπειρία, τους δημιούργησε αυξημένη ευαισθησία και μπόρεσαν να αναπτύξουν το αίσθημα της ευθύνης και της υπερηφάνειας. Η αυξημένη ευαισθητοποίησή τους σε θέματα αναπηρίας και στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες τους, οδηγούν σε καλά πληροφορημένους ενήλικες, οι οποίοι δεν είναι ανοικτοί μόνο στη διαφορά, αλλά είναι πρόθυμοι να τη γιορτάσουν.

6.6.2 ΠΑΠΠΟΥΣ ΚΑΙ ΓΙΑΓΙΑ

Οι παππούδες και οι γιαγιάδες, ιστορικά, τείνουν να ασχολούνται σε μεγάλο βαθμό με τα εγγόνια τους. Παρά το γεγονός, ότι οι οικογενειακές δομές έχουν αλλάξει με

την πάροδο των χρόνων και οι περισσότερες οικογένειες ζουν πιο μακριά από τους παππούδες, εντούτοις, οι συναισθηματικοί δεσμοί και η επιθυμία για στήριξη εξακολουθούν να υπάρχουν. Ακόμη και αν ο μόνος τρόπος επικοινωνίας είναι το τηλέφωνο ή το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, οι παππούδες μπορούν να διαδραματίσουν ένα σημαντικό υποστηρικτικό ρόλο.

Όταν ο αυτισμός παρατηρείται για πρώτη φορά ή έχει πραγματοποιηθεί η διάγνωση, οι γονείς επιθυμούν ακούσια να προστατεύσουν τους δικούς τους γονείς από τις ειδήσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως, οι παππούδες θα ήθελαν να γνωρίζουν και να είναι σε θέση να προσφέρουν τη στήριξή τους με οποιονδήποτε τρόπο.

Σε αυτή τη δύσκολη περίοδο οι παππούδες στην αρχή, μπορεί να διακατέχονται από αισθήματα ενοχής, καθώς οι ίδιοι είχαν υγιή παιδιά, χωρίς δυσκολίες και θα ήθελαν να απομακρύνουν τα προβλήματα από τα ενήλικα παιδιά τους. Μπορεί επίσης, να βιώσουν τη θλίψη, το θυμό, την πίκρα, την ανησυχία για τη διάγνωση του αυτισμού και θα χρειαστεί χρόνο και υποστήριξη για να συμβιβαστούν με την κατάσταση (K. Wall, 2010). Ακόμη, ενδέχεται να βιώσουν άρνηση για την κατάσταση που επικρατεί, αλλά και να επιρρίψουν ευθύνες στα παιδιά τους γι' αυτό που τους συνέβη (Α. Γενά, 2002). Οι δικές τους ξεπερασμένες απόψεις, που σχετίζονται με την αναπηρία και η έλλειψη γνώσης και κατανόησης του αυτισμού μπορεί επίσης, να επιδεινώσουν περαιτέρω την κατάσταση.

Αν οι παππούδες αισθάνονται, ότι δεν μπορούν να στηρίξουν το παιδί με έναν πρακτικό και χειροπιαστό τρόπο, μπορούν να εξακολουθούν να προσφέρουν μεγάλη υποστήριξη μέσω εναλλακτικών μέσων, όπως είναι η εύρεση πληροφοριών, πηγαίνοντας βόλτα με τα εγγόνια, πηγαίνοντάς τα στο σχολείο ή παίρνοντάς τα από το σχολείο ή αναλαμβάνοντας πρακτικά καθήκοντα, όπως, τα ψώνια, το πλύσιμο και το σιδέρωμα.

Ορισμένοι παππούδες και γιαγιάδες μπορεί να αισθάνονται ότι δεν είναι σε θέση να στηρίξουν άμεσα το παιδί, εξαιτίας της έλλειψης γνώσης και ενημέρωσης. Ενδέχεται να βρουν τις συμπεριφορές του παιδιού, ιδιαίτερα παράξενες ή ασυνήθιστες, εφόσον δε γνωρίζουν τον τρόπο με τον οποίο θα προσπαθήσουν να αλληλοεπιδράσουν, να αντιδράσουν ή να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Με ενημέρωση και βοήθεια, μπορούν να αποσπάσουν πληροφορίες και να προσφέρουν μεγαλύτερη υποστήριξη. Η επιτυχία ή η αποτυχία θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από τις σχέσεις μεταξύ των γονέων και των παππούδων πριν από τη διάγνωση του αυτισμού. Αν οι παππούδες ήταν σε μεγάλο βαθμό

και θετικά απασχολούμενοι με τα ενήλικα παιδιά τους πριν και μετά τη γέννηση του πρωτότοκου εγγονιού, τότε είναι πιο πιθανό ότι θα αντιμετωπίσουν την κατάσταση καλύτερα και θα είναι πιο υποστηρικτικοί κάθε φορά που θα εμφανίζονται δυσκολίες.

Η φροντίδα και το ενδιαφέρον των παππούδων για τα παιδιά και για το/α εγγόνι/α τους, είναι πολύ σημαντική. Μπορούν να είναι εξαιρετικοί, όταν εμπλέκονται με τον τρόπο τους και όποτε χρειαστεί.

Παππούδες και συνεργασία με τους ειδικούς

Οι επαγγελματίες είναι απαραίτητο να συνεργάζονται με τους παππούδες που αναλαμβάνουν την ευθύνη για την καθημερινή φροντίδα των εγγονιών τους και να δείχνουν σεβασμό στις οικογενειακές σχέσεις.

Οι επαγγελματίες θα πρέπει, συνεπώς, να έχουν τις κατάλληλες και απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τους παππούδες, προκειμένου να κατανοήσουν καλύτερα τις δυναμικές της οικογένειας και ως εκ τούτου το παιδί. Τα ζητήματα αυτά θα πρέπει να εξεταστούν στο πλαίσιο του συνολικού σχεδιασμού και ιδιαίτερα, κατά τον προγραμματισμό των ατομικών αναγκών των παιδιών με αυτισμό (K. Wall, 2010).

6.7. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΧΟΛΕΙΟ

Οι γονείς των παιδιών με αυτισμό επιθυμούν την εγγραφή τους σε τυπικό σχολείο, αναζητώντας την κατάλληλη τάξη, σε ένα κατάλληλο περιβάλλον για μάθηση (K. Quill, 2005), καθώς το τυπικό σχολείο μπορεί να αποτελέσει πρότυπο και υπόδειγμα. Επιπλέον, υπάρχει το θεσμοθετημένο δικαίωμα για την εκπαίδευση του παιδιού με ιδιαίτερες ανάγκες στο τυπικό σχολείο. Οι συνθήκες όμως που επικρατούν δεν είναι πάντα οι επιθυμητές (Α. Γενά, 2002): η επιτυχία του παιδιού δεν είναι δεδομένη λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζει και η σχολική του πορεία προβλέπεται απαιτητική (K. Quill, 2005). Στο ερώτημα για το αν το παιδί με αυτισμό πρέπει να φοιτήσει σε γενικό/τυπικό ή ειδικό σχολείο, που αποτελεί το μείζον θέμα της εκπαίδευσης του παιδιού, εξαρτάται από κάποιους παράγοντες, όπως είναι:

1. Ο τρόπος συμπεριφοράς και το επίπεδο νοημοσύνης του παιδιού με αυτισμό.

2. Οι τρόποι συμπεριφοράς των μαθητών του σχολείου και των συμμαθητών του παιδιού με αυτισμό απέναντί του.
3. Οι βίαιες συμπεριφορές, που εμφανίζονται στο σχολείο.

Το 1984 εγκαθιδρύθηκε στην Ελλάδα ο θεσμός της ειδικής αγωγής με ραγδαίες εξελίξεις στο χώρο της εκπαίδευσης. Παράλληλα, δημιουργήθηκε η δυνατότητα παρακολούθησης των μαθημάτων στο τυπικό σχολείο με την υποστήριξη ειδικού συνοδού. Επιπλέον, οι ειδικές και οι παράλληλες τάξεις, καθώς επίσης και η ενισχυτική διδασκαλία, αποτέλεσαν εκπαιδευτικές δομές ενός τυπικού σχολείου (Α. Γενά, 2002).

Η ειδική αγωγή παράλληλα, είναι συνυφασμένη με πολλές διαδικασίες και οι γονείς οφείλουν να γίνουν συμμετοχικοί σε ένα εκπαιδευτικό σύστημα που ενδέχεται να μην είναι κατανοητό (Κ. Quill, 2005). Τα ειδικά σχολεία έχουν το δικό τους προσωπικό (π. χ. ειδικούς δασκάλους), προγράμματα και εξοπλισμό, κατάλληλο για τους χώρους αυτών των σχολείων (Ε. Γκονέλα, 2006). Οι επαγγελματίες θα διαδραματίσουν για άλλη μία φορά ένα πολύ βασικό ρόλο ως προς το ότι, αρχικά, δε θα πρέπει να δημιουργήσουν λανθασμένες ελπίδες, ούτε βέβαια να δείξουν αδιαφορία ή να αγνοήσουν τα συναισθήματα και τις ανάγκες των γονέων.

Επιπλέον, είναι πιθανή η σκληρή αντιμετώπιση από τους άλλους μαθητές και συμμαθητές του παιδιού, καθώς οι νευρολογικές διαφορές των παιδιών και η μη τυπική γλωσσική τους ανάπτυξη είναι αισθητές (Κ. Quill, 2005).

Θα πρέπει να επισημανθεί, πως στην Ελλάδα υπάρχει μία οργάνωση, η Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Ατόμων με Αυτισμό (ΕΕΠΑΑ), στην οποία συμμετέχουν τόσο οι γονείς των ανθρώπων με αυτισμό, καθώς και φίλοι, ειδικοί, οι οποίοι επιθυμούν να μαθαίνουν για τον αυτισμό (Χ. Συριοπούλου - Δελλή, 2011).

Η επίσκεψη στην τάξη

Λίγες μέρες πριν την έναρξη των μαθημάτων, θα ήταν καλό, το παιδί μαζί με τους γονείς του να επισκεφθούν κάποιες φορές το σχολείο και την τάξη του. Με αυτές τις επισκέψεις θα επιτευχθεί η γνωριμία και η εξοικείωση με το χώρο. Έτσι, το παιδί θα βοηθηθεί για να προετοιμαστεί για τη νέα του τάξη (C. Willis, 2006).

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

Όταν, αργότερα, γίνει μία επίσκεψη στην τάξη, είναι απαραίτητο να υπάρχει στο νου, ότι ο δάσκαλος ενδέχεται να είναι απασχολημένος και ίσως δεν έχει τον απαιτούμενο χρόνο να μιλήσει στο γονέα που τον επισκέφτηκε, όταν παράλληλα, βρίσκονται στο χώρο και άλλα παιδιά. Παρ' όλ' αυτά, ο κάθε γονέας έχει τη δυνατότητα να δει την οργάνωση του περιβάλλοντος, το δάσκαλο και τους υπόλοιπους ανθρώπους που είναι εκεί και εργάζονται με τα παιδιά και πώς τα παιδιά λειτουργούν σε αυτή την κατάσταση. Επιπλέον, είναι δυνατή η παρατήρηση των άλλων παιδιών που ενδέχεται να έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά με το δικό τους παιδί με αυτισμό και να κρατήσουν σημειώσεις. Συγχρόνως, θα πρέπει να υπάρχει μία διακριτικότητα από την πλευρά των γονέων.

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, είναι πιθανόν να συμβεί κάποιο περιστατικό που θα αναστατώσει ένα παιδί με δυσκολίες και ίσως να μην υπάρξει και η καλύτερη αντιμετώπιση από τον ίδιο το δάσκαλο, ώστε να προτρέψει την αρνητική συμπεριφορά. Ακόμη και ο καλύτερος δάσκαλος μπορεί να έχει μια κακή ημέρα. Μία δεύτερη επίσκεψη θα δώσει την ευκαιρία για μία διαφορετική οπτική (J. Janzen, 1999).

6.7.1 ΟΙ ΕΠΙΘΥΜΙΕΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η κατάρτιση των ανθρώπων που ασχολούνται με παιδιά με αυτισμό και η οργάνωση παίζουν σημαντικό ρόλο στη σωστή αντιμετώπιση και υποστήριξη ενός παιδιού με δυσκολίες μέσα σε ένα πλαίσιο με παιδιά, που ίσως δεν έχουν ανάλογες δυσκολίες. Έτσι, δημιουργούνται οι επιθυμίες:

1. Ο δάσκαλος να περιγράφει τον αυτισμό και τις ανάγκες των παιδιών με αυτισμό, με τρόπο που να γίνεται κατανοητός.
2. Ο δάσκαλος να περιγράφει τις προτεραιότητες των παιδιών με αυτισμό και τις στρατηγικές διδασκαλίας που χρησιμοποιούνται για την κάλυψη των αναγκών τους.
3. Να υπάρχουν αρκετά μέλη του προσωπικού, ώστε να είναι πάντα παρόν κάποιος, βοηθώντας υποστηρικτικά το παιδί (J. Janzen, 1999).

Η δομή της τάξης και τα χαρακτηριστικά των συμμαθητών

Η τάξη είναι απαραίτητο να βρίσκεται σε θέση, όπου τα παιδιά γνωρίζουν που βρίσκονται τα πράγματα, καθώς και τις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται. Παράλληλα, θα πρέπει να αποφεύγονται διάφοροι αισθητηριακοί παράγοντες, όπως είναι τα φώτα που τρεμοπαίζουν, τα οποία μπορούν να αποσπάσουν την προσοχή του παιδιού. Τα παιδιά που συναναστρέφονται με τα παιδιά με αυτισμό είναι καλό να έχουν την ίδια ηλικία και καλές κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες, ώστε να αποτελούν πρότυπα (J. Janzen, 1999).

Στρατηγικές διδασκαλίας

Ο δάσκαλος είναι απαραίτητο να παρέχει μία ποικιλία οπτικών συστημάτων, ώστε να διευκολύνει και να υποστηρίζει την ανεξαρτησία. Παράλληλα, οφείλει να αξιοποιεί τις στρατηγικές που βοηθούν το παιδί να αναπτύσσει σχέσεις εμπιστοσύνης και επικοινωνίας, μέσω της μάθησης. Επιπλέον, οι ειδικοί πρέπει να ασχολούνται με τα προβλήματα συμπεριφοράς, που ενδέχεται να είναι παρουσιάζονται από το άγχος και τη δυσκολία στην επικοινωνία. Η χρήση οπτικών συστημάτων μπορούν να προετοιμάσουν τα παιδιά για τις αλλαγές και τις μεταβάσεις.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες - δάσκαλοι, θεραπευτές, είναι ευσυνείδητοι, εργατικοί και αφοσιωμένοι στα παιδιά. Εργάζονται σκληρά και θέλουν να κάνουν ό,τι μπορούν για να βοηθήσουν ένα παιδί να συνεργαστεί με την οικογένεια, παρέχοντάς του ένα κατάλληλο πρόγραμμα.

Οι γονείς από την πλευρά τους οφείλουν να κατανοούν το μεγάλο φόρτο εργασίας τους και μετά από συνεννόηση να έχουν κάποιες συναντήσεις ανά κάποια χρονικά διαστήματα, ώστε να συζητούν για την πρόοδο των παιδιών και τις προσπάθειες που καταβάλλουν και να αναζητούν νέες στρατηγικές (J. Janzen, 1999).

6.8. ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, μετά την προσεκτική αξιολόγηση του παιδιού, είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί ένα πρόγραμμα που θα περιλαμβάνει

αντικειμενικούς στόχους και θα ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες και τη λειτουργικότητα του παιδιού.

Η απόκτηση των δεξιοτήτων της καθημερινής ζωής είναι πολύ σημαντική, καθώς μας βοηθούν να λειτουργούμε στις καθημερινές δραστηριότητες, να βοηθάμε και να φροντίζουμε τον εαυτό μας. Γινόμαστε ανεξάρτητοι και αισθανόμαστε, ότι μπορούμε να ελέγξουμε την ζωή μας. Η κατάκτηση αυτών των δεξιοτήτων, όπως είναι η χρήση της τουαλέτας, το πλύσιμο των χεριών, το μπάνιο, το ντύσιμο κτλ. είναι πολύτιμη και απαραίτητη για τη ζωή των παιδιών με αυτισμό, καθώς έτσι γίνονται αυτόνομα και μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (C. Willis, 2006).

Αποτελούν δύσκολες διαδικασίες και απαιτούν εξατομικευμένη εκπαίδευση με πολύ καλή δομή, επαναλήψεις και υπομονή, χωρίς όμως να γίνεται καταιγισμός πληροφοριών, ώστε να μη δημιουργούνται αγχώδεις καταστάσεις (Ε. Γκονέλα, 2006).

1. Χρήση της τουαλέτας

Η χρήση της τουαλέτας αποτελεί μία συμπεριφορά, μία δραστηριότητα του σώματος, μία βιολογική ανάγκη (Ε. Γκονέλα, 2006) και είναι μέρος της καθημερινής μας ζωής, για την οποία απαιτείται κατάλληλη εκπαίδευση, ώστε το παιδί να μπορεί να λειτουργήσει με επιτυχία.

Αρχικά, είναι απαραίτητο να γίνεται η χρήση του ίδιου λεξιλογίου, που αφορά την τουαλέτα, σε όλα τα περιβάλλοντα του παιδιού (C. Willis, 2006).

Όταν το παιδί αισθανθεί την ανάγκη και την επιθυμία να πάει στην τουαλέτα, πρέπει να ενημερώσει τη μαμά, το μπαμπά ή κάποιο άλλο οικείο πρόσωπο. Μπορεί να επιλέξει να πάει μόνο του. Και στις δύο περιπτώσεις, είναι απαραίτητο να θυμίσουμε στο παιδί πως, τα ρούχα είναι καλό να μείνουν στεγνά και καθαρά (C. Gray & A. White, 2003).

Η διαδικασία της χρήσης της τουαλέτας απαιτεί κάποια μικρά βήματα (Ε. Γκονέλα, 2006), τα οποία θα πρέπει πρώτα να τα έχουμε δείξει στο παιδί (C. Willis, 2006):

1. Πρώτα, πάμε στην τουαλέτα.
2. Στη συνέχεια, κατεβάζουμε τα ρούχα που φοράμε από τη μέση και κάτω.
3. Έπειτα, καθόμαστε πάνω στη λεκάνη της τουαλέτας.

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

4. Μετά, ολοκληρώνουμε τη βιολογική μας ανάγκη.
5. Ύστερα, κόβουμε χαρτί υγείας.
6. Στη συνέχεια, το διπλώνουμε.
7. Έπειτα, σκουπιζόμαστε καλά.
8. Μετά, πετάμε το χαρτί υγείας που χρησιμοποιήσαμε μέσα στον κάδο
9. Ύστερα, σηκώνουμε τα ρούχα που κατεβάσαμε.
10. Στη συνέχεια, τραβάμε το καζανάκι
11. Έπειτα, πλένουμε τα χέρια μας με σαπούνι και νερό.
12. Μετά, σκουπίζουμε τα χέρια μας με μία πετσέτα.
13. Στο τέλος, φεύγουμε από την τουαλέτα, εφόσον έχουμε τελειώσει (Ε. Γκονέλα, 2006).

Μπορούμε να φτιάξουμε εικόνες, που απεικονίζουν το κάθε βήμα για τη χρήση της τουαλέτας, οι οποίες θα είναι εύκολα κατανοητές και θα βοηθήσουν αποτελεσματικά το παιδί (C. Willis, 2006).

Ο χώρος στον οποίο βρίσκεται η τουαλέτα είναι το μπάνιο. Μέσα στο σπίτι ίσως να υπάρχουν δύο μπάνια, οπότε, πρέπει να ενημερώσουμε και το παιδί. Σε περίπτωση που κάποιος βρίσκεται μέσα στο μπάνιο, είναι καλό να γνωρίζει ότι μπορεί να πάει στο άλλο ή να περιμένει μέχρι να έρθει η σειρά του.

Σε περίπτωση που έρθουν οι επισκέπτες στο σπίτι και επιθυμούν να πάνε στην τουαλέτα, το παιδί, εφόσον γνωρίζει που βρίσκεται, μπορεί να τους βοηθήσει, κατευθύνοντάς τους.

Εκτός από το σπίτι, υπάρχουν τουαλέτες και σε άλλα σπίτια και χώρους, όπως είναι τα μαγαζιά, τα εστιατόρια, τα μουσεία. Μπορεί να χρειαστεί να θέλουμε να πάμε, οπότε ζητάμε από κάποιον άλλον να μας βοηθήσει (C. Gray & A. White, 2003), καθώς εμφανίζεται δισταγμός στη χρήση μη οικείων χώρων (C. Willis, 2006).

2. Πλύσιμο χεριών

Για να πλύνει το παιδί τα χέρια του, είναι απαραίτητο να γνωρίζει, ότι μπορεί να χρησιμοποιεί σαπούνι και νερό. Οι άνθρωποι πλένουν τα χέρια τους, κάθε φορά που

χρησιμοποιούν την τουαλέτα, λίγο πριν καθίσουν να γευματίσουν, αλλά και σε άλλες καταστάσεις, για να είναι καθαρά και υγιή. Η διαδικασία «Πλένω τα χέρια μου» απαιτεί κάποια μικρά και απλά βήματα:

1. Στην αρχή ανοίγουμε τη βρύση.
2. Στη συνέχεια, βάζουμε σαπούνι στην παλάμη.
3. Μετά, τρίβουμε τα χέρια μας και την ίδια στιγμή τα βρέχουμε με λίγο νερό.
4. Έπειτα, ξεπλένουμε καλά με νερό τα χέρια μας, για να βγει το σαπούνι.
5. Αμέσως μετά, κλείνουμε τη βρύση.
6. Στο τέλος σκουπίζουμε τα χέρια μας με την πετσέτα (C. Gray & A. White, 2003).

Πολλά παιδιά με αυτισμό, δυσκολεύονται με αυτή τη διαδικασία ή εμφανίζουν φοβίες για το νερό, το σαπούνι, οπότε και η διαδικασία αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα (Ε. Γκονέλα, 2006). Σε περίπτωση που το παιδί αρνείται, το βοηθάμε σταδιακά, με ένα ή δύο βήματα τη φορά, μέχρι να μάθει να συμμετέχει σε όλη τη διαδικασία (C. Willis, 2006).

3. Ώρα να βουρτσίσω τα δόντια μου

Τα δόντια μας είναι καλό να τα βουρτσίσουμε 2 φορές την ημέρα: μία φορά το πρωί, αφότου ξυπνήσουμε και μία φορά το βράδυ, πριν κοιμηθούμε. Έτσι, θα είναι υγιή, δυνατά και καθαρά και θα έχουμε ένα όμορφο και λαμπερό χαμόγελο.

Για να βουρτσίσουμε τα δόντια μας, χρειαζόμαστε μία οδοντόβουρτσα, οδοντόκρεμα και νερό και η διαδικασία πραγματοποιείται σε μικρά βήματα:

1. Στην αρχή, ανοίγουμε τη βρύση.
2. Στη συνέχεια, βρέχουμε με λίγο νερό την οδοντόβουρτσα.
3. Έπειτα, βάζουμε λίγη οδοντόκρεμα πάνω στην οδοντόβουρτσα.
4. Μετά, βουρτσίζουμε τα δόντια, κουνώντας πάνω - κάτω την οδοντόβουρτσα.
5. Ύστερα, φτύνουμε την οδοντόκρεμα μέσα στο νιπτήρα και ξεπλένουμε καλά το στόμα.
6. Στο τέλος, κλείνουμε τη βρύση (C. Gray & A. White, 2003).

Το βούρτσισμα των δοντιών αποτελεί επίσης μία δύσκολη διαδικασία της υγιεινής, η οποία είναι απαραίτητο να γίνεται μπροστά από τον καθρέφτη και το παιδί να παρακολουθεί κάποιον ενήλικα, ώστε ο ενήλικας να δείξει τον τρόπο που κρατάμε την οδοντόβουρτσα και τις κατάλληλες κινήσεις με αυτήν. Επιπλέον, η διαδικασία του βουρτσίσματος των δοντιών μπορεί να γίνει και με τη βοήθεια παιχνιδιών (Ε. Γκονέλα, 2006).

4. Ωρα να φυσήξω τη μύτη μου

Όταν είμαστε κρυωμένοι ή έχουμε κάποια αλλεργία, η μύτη μας βουλώνει και γεμίζει ακαθαρσίες (μύξες). Για να φύγουν αυτές οι ακαθαρσίες από τη μύτη, είναι απαραίτητο να τη φυσήξουμε και μετά να την σκουπίσουμε, ώστε να καθαρίσει.

Για να καθαρίσουμε τη μύτη μας, είναι καλό να χρησιμοποιούμε ένα χαρτομάντηλο. Το χαρτομάντηλο είναι ένα μαλακό χαρτί, φτιαγμένο από βαμβάκι.

Για να φυσήξουμε τη μύτη μας, ακολουθούμε κάποια μικρά βήματα:

1. Στην αρχή, ψάχνουμε να βρούμε ένα κουτί που να έχει χαρτομάντηλα.
2. Στη συνέχεια, βγάζουμε το χαρτομάντηλο που βρίσκεται μέσα στο κουτί.
3. Έπειτα, βάζουμε το χαρτομάντηλο πάνω στη μύτη.
4. Μετά, φυσάμε ή σκουπίζουμε τη μύτη.
5. Στο τέλος, πετάμε το χαρτομάντηλο σε έναν σκουπιδοτενεκέ (C. Gray & A. White, 2003).

5. Τι ρούχα φοράμε όταν αρχίζει να κάνει κρύο/ζέστη

Η επιλογή των ρούχων για τα παιδιά με αυτισμό πρέπει να είναι πολύ προσεκτική, καθώς εμφανίζονται πολλές δυσκολίες, οι οποίες δυσχεραίνουν τη διαδικασία της ένδυσης: πιθανή είναι η άρνηση σε διάφορα υφάσματα, σε ρούχα με τα οποία δε νιώθουν όπως θέλουν, σε στενά ρούχα κτλ. (Ε. Γκονέλα, 2006)

Όταν κάνει ζέστη, φοράμε μπλούζες με κοντό μανίκι και κοντά παντελόνια, ενώ όταν κάνει κρύο, φοράμε μακριά παντελόνια και μακριές μπλούζες για να μας ζεσταίνουν.

Επιπλέον, όταν κάνει πολύ κρύο και θέλουμε να βγούμε έξω, φοράμε παλτό, για να μας κρατάει ζεστούς στο σώμα. Ακόμα, φοράμε γάντια για να είναι ζεστά τα χέρια μας και όταν έχει κρύο ή όταν βρέχει, φοράμε επίσης, μπότες, ώστε τα πόδια μας να μένουν ζεστά ή να μην βρέχονται και να παραμείνουν στεγνά (C. Gray & A. White, 2003).

Για την καλύτερη κατανόηση των ρούχων, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε εικόνες ή κάρτες που τα απεικονίζουν, έτσι ώστε το παιδί να έχει τη δυνατότητα να τα οπτικοποιεί (C. Willis, 2006).

6. Ώρα να κόψω τα νύχια των χεριών/ποδιών

Το κόψιμο των νυχιών αποτελεί μία κατάσταση που προκαλεί αρνητικές αντιδράσεις και φόβο στα παιδιά με αυτισμό (Ε. Γκονέλα, 2006)

Όταν τα νύχια των χεριών και των ποδιών μεγαλώσουν, είναι απαραίτητο να τα κόψουμε με ένα νυχοκόπτη. Ο νυχοκόπτης είναι ένα αντικείμενο, που είναι κατάλληλο γι' αυτή τη διαδικασία. Η μαμά ή ο μπαμπάς θα το χρησιμοποιήσει προσεκτικά και με ασφάλεια. Όμως, τα δάκτυλα θα πρέπει να μείνουν ακίνητα (C. Gray & A. White, 2003).

7. Ώρα για μπάνιο

Όταν δεν είμαστε καθαροί, είναι απαραίτητο να κάνουμε μπάνιο. Για να μπορέσουμε να κάνουμε μπάνιο είναι καλό να βγάλουμε τα ρούχα μας, ώστε να μην βραχούν και να πλύνουμε καλύτερα το σώμα μας.

Για να μπούμε με ασφάλεια και προσοχή μέσα στην μπανιέρα, θα μας βοηθήσει κάποιος μεγάλος, η μαμά ή ο μπαμπάς. Η διαδικασία του μπάνιου γίνεται σε μικρά και απλά βήματα:

1. Στην αρχή, γεμίζουμε με ζεστό νερό την μπανιέρα.
2. Στη συνέχεια, βγάζουμε τα ρούχα.
3. Μετά, μπαίνουμε στην μπανιέρα με προσοχή.
4. Έπειτα, πλενόμαστε.
5. Ύστερα, βγαίνουμε με τη βοήθεια της μαμάς ή του μπαμπά.

6. Μετά, σκουπιζόμαστε με την πετσέτα.
7. Στο τέλος, φοράμε καθαρά ρούχα (C. Gray & A. White, 2003).

8. Ώρα για λούσιμο

Εκτός από το σώμα μας, είναι απαραίτητο να καθαρίζουμε και τα μαλλιά μας για να είναι καθαρά.

Τα μαλλιά μας τα καθαρίζουμε με το σαμπουάν. Το σαμπουάν είναι το ειδικό σαπούνι με το οποίο πλένουμε τα μαλλιά μας. Όταν ρίχνουμε νερό στο σαμπουάν, δημιουργείται αφρός. Τα μαλλιά μας γίνονται καθαρά και λαμπερά. Είναι εύκολο να λούζουμε τα μαλλιά μας. Χρειάζεται μόνο να ακολουθήσουμε κάποια μικρά και απλά βήματα:

1. Στην αρχή, ρίχνουμε νερό στα μαλλιά.
2. Στη συνέχεια, ρίχνουμε λίγο σαμπουάν μέσα στην παλάμη μας.
3. Μετά, κάνουμε αφρό στα μαλλιά μας με τα χέρια μας.
4. Έπειτα, ξεπλένουμε με νερό τον αφρό.
5. Στο τέλος, σκουπίζουμε τα μαλλιά μας με μία πετσέτα (C. Gray & A. White, 2003).

Δυσκολίες εμφανίζονται και στις παραπάνω διαδικασίες (μπάνιο και λούσιμο), λόγω της μειωμένης αντίληψης της κοινωνικότητας, που έχει ως αποτέλεσμα την δυσχέρεια στο κομμάτι της αυτοεξυπηρέτησης (Ε. Γκονέλα, 2006)

9. Ώρα για ύπνο

Οι δυσκολίες είναι εμφανείς και στο κομμάτι του ύπνου για τα παιδιά με αυτισμό, καθώς ο χρόνος που κοιμούνται δεν είναι ο επιθυμητός. Υπάρχει ενδεχόμενο να μην πηγαίνουν για ύπνο, αλλά και να μην μπορούν να ξυπνήσουν την ώρα που πρέπει ή να ξυπνούν πιο γρήγορα από το αναμενόμενο (Ε. Γκονέλα, 2006).

Έτσι λοιπόν, κάθε βράδυ, όταν έρθει η κατάλληλη ώρα, πηγαίνουμε για ύπνο και ξυπνάμε το επόμενο πρωί.

Κοιμόμαστε στο κρεβάτι. Το κρεβάτι έχει στρώμα και πάνω από αυτό υπάρχουν σεντόνια. Πάνω στα σεντόνια βρίσκεται η κουβέρτα. Χρειαζόμαστε και ένα μαξιλάρι για να βάλουμε το κεφάλι μας. Ώρα για ύπνο:

1. Στην αρχή, φοράω τις πιτζάμες, δηλαδή τα ρούχα για τον ύπνο.
2. Στη συνέχεια, πηγαίνουμε στο κρεβάτι.
3. Στο τέλος, κλείνουμε τα μάτια μας (C. Gray & A. White, 2003).

10. Η ώρα

Το ρολόι είναι ένα αντικείμενο που μας δείχνει την ώρα και βλέποντάς το, καταλαβαίνουμε αν είναι η κατάλληλη ώρα για φαγητό, δουλειά, παιχνίδι, ύπνο.

Όταν βιαζόμαστε, κάνουμε πιο γρήγορα για να προλάβουμε, θέλουμε δηλαδή να «είμαστε στην ώρα μας». Θέλουμε να είμαστε κάπου, που έχουμε συμφωνήσει όλοι οι φίλοι για να ξεκινήσουμε όλοι μαζί μία δραστηριότητα. Πολλές φορές, όταν αργήσουμε αισθανόμαστε άσχημα, γιατί δε θέλουμε να αργούμε (C. Gray & A. White, 2003).

11. Παιχνίδι με ένα φίλο

Όλα τα παιδιά έχουν φίλους και μερικές φορές, πηγαίνει ο ένας στο σπίτι του άλλου για να παίξουν. Όταν έρχεται ο φίλος μας στο σπίτι, εμείς χαιρετάμε, λέγοντας «Γεια σου», γιατί είναι ένας ευγενικός και φιλικός χαιρετισμός. Έτσι, ο φίλος μας αισθάνεται άνετα μαζί μας.

Μπορούμε να φτιάξουμε έναν κατάλογο με δραστηριότητες και παιχνίδια («Πρόγραμμα παιχνιδιού»), που αρέσουν σε εμάς και στο φίλο μας.

Όταν ένας φίλος μας έρχεται στο σπίτι για να παίξουμε, είναι καλό να τον αφήσουμε να παίξει με τα δικά μας παιχνίδια. Είναι ωραίο να μοιραζόμαστε τα παιχνίδια μας με τα άλλα παιδιά.

Η ώρα πέρασε και ο φίλος μας πρέπει να φύγει. Άρα, είναι απαραίτητο να τον χαιρετήσουμε και να του πούμε «Σε ευχαριστώ που ήρθες στο σπίτι μου και παίξαμε».

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

Όταν θέλουμε να ξαναπαίζουμε με το φίλο μας, η μαμά ή ο μπαμπάς ξέρουν διάφορους τρόπους επικοινωνίας, όπως είναι το τηλέφωνο, η διεύθυνση του σπιτιού (C. Gray & A. White, 2003).

12. Τα παιχνίδια

Υπάρχουν παιχνίδια που είναι δικά μας, βρίσκονται στο σπίτι και μπορούμε να τα φυλάμε σε ένα μέρος που είναι κατάλληλο. Ακόμη, μπορούμε να γράψουμε με τη βοήθεια ενός μεγάλου το όνομά μας πάνω στο κουτί ή να βάλουμε ένα αυτοκόλλητο.

Όταν ένα παιδί παίζει με τα παιχνίδια μου, μπορούμε να του το ζητήσουμε ευγενικά, για να μας το δώσει: «Σε παρακαλώ, δώσε μου το παιχνίδι μου!». Αν το άλλο παιδί δε μας το δώσει, μπορούμε να του το ζητήσουμε άλλη μία φορά ή να ζητήσουμε τη βοήθεια ενός μεγάλου (C. Gray & A. White, 2003).

13. Ένας/μία καινούριος/α μικρός/ή αδελφός/ή

Μέσα στην οικογένεια υπάρχει τώρα και ένα καινούριο μέλος, ο μικρός/ή αδελφός/ή.

«Τα μωρά κλαίνε για διάφορους λόγους», επισημαίνει η Gray Carol. Όταν πεινάνε, όταν λερωθεί η πάνα τους, όταν είναι άρρωστα ή όταν γελάνε και αισθάνονται χαρούμενα και άνετα.

Τα μωρά αρχίζουν να λένε τις πρώτες τους λέξεις σχεδόν ένα χρόνο μετά και δεν πρέπει να ξεχνάμε πως, η μαμά και ο μπαμπάς αγαπάνε πολύ όλα τα παιδιά τους (C. Gray & A. White, 2003).

14. Το σούπερ μάρκετ

Το σούπερ μάρκετ είναι ένας χώρος που μπορείς να βρεις και να αγοράσεις πολλά πράγματα, όπως, τρόφιμα, φρούτα και λαχανικά, που είναι χρήσιμα.

Για να μπορέσουμε να αγοράσουμε όλα αυτά τα πράγματα, είναι απαραίτητο να περάσουμε από το ταμείο και με τα χρήματα που έχουμε μαζί μας, να τα πληρώσουμε. Όλα τα πράγματα που αγοράζουμε τα βάζουμε μέσα σε σακούλες.

Πριν πληρώσουμε όμως, στεκόμαστε στη σειρά που μπορεί να έχει το ταμείο. Ίσως υπάρχουν κάποιοι άλλοι άνθρωποι που είναι πιο μπροστά ή πιο πίσω από εμάς (C. Gray & A. White, 2003).

15. Τι κάνουν οι άνθρωποι στην παραλία

Η παραλία βρίσκεται κοντά στη θάλασσα και έχει άμμο. Μπορούμε να καθίσουμε πάνω στην άμμο, να κολυμπήσουμε, να ξαπλώσουμε, να απολαύσουμε τον ήλιο, να παίξουμε και να περάσουμε πολύ όμορφα (C. Gray & A. White, 2003).

16. Τι είναι ο κινηματογράφος

Ο κινηματογράφος είναι ένα χώρος, στον οποίο οι άνθρωποι έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν μία ταινία. Ο κινηματογράφος έχει μία μεγάλη οθόνη και πολλές θέσεις. Πριν πάμε να παρακολουθήσουμε την ταινία, είναι απαραίτητο να αγοράσουμε εισιτήριο. Κατά τη διάρκεια της ταινίας, μπορούμε να φάμε ή να πιούμε κάτι πολύ προσεκτικά και είναι απαραίτητο να κάνουμε ησυχία και να μην ενοχλούμε (C. Carol & A. White, 2003).

17. «Ας φάμε έξω»

Όλοι οι άνθρωποι μπορεί κάποιες φορές να μη φάνε στο σπίτι, αλλά να πάνε κάπου αλλού, όπως για παράδειγμα σε ένα εστιατόριο.

Όταν πηγαίνουμε στο εστιατόριο, πολλές φορές περιμένουμε μέχρι να μας φέρουν αυτά που έχουμε παραγγείλει. Μέχρι τότε, μπορούμε να διαβάσουμε, να ζωγραφίσουμε, να παίξουμε ήσυχα και ήρεμα.

Όταν θα έρθει η ώρα να επιλέξουμε τι θα φάμε, θα χρειαστούμε έναν κατάλογο. Σύμφωνα με την Gray Carol «ο κατάλογος είναι μία λίστα με όλα τα φαγητά που έχει ένα εστιατόριο» (C. Gray & A. White, 2003). Κάποιες φορές όμως δεν υπάρχουν όλα τα φαγητά, γιατί μπορεί να έχουν τελειώσει.

Για να μπορέσουμε να φάμε, είναι απαραίτητο να χρησιμοποιήσουμε πιρούνι ή κουτάλι (C. Gray & A. White, 2003).

18. Σχολείο

Το σχολείο είναι ένας χώρος, μέσα στον οποίο βρίσκονται και άλλα παιδιά και μπορούμε να αποκτήσουμε πολλές γνώσεις, αλλά και να παίζουμε με διάφορα παιχνίδια.

Μέσα στην τάξη, υπάρχουν θρανία, καρέκλες, πολλά παιδιά και η δασκάλα, η κυρία δηλαδή που κάνει το μάθημα και μαθαίνει στα παιδιά χρήσιμα πράγματα. Όταν μιλάει η δασκάλα, είναι απαραίτητο να κάνουμε ησυχία και να την ακούμε προσεκτικά (C. Gray & A. White, 2003).

19. Γιατρός

Ο γιατρός είναι ο άνθρωπος που βοηθάει τους άλλους ανθρώπους να γίνουν καλά, όταν είναι άρρωστοι. Για να μας βοηθήσει να γίνουμε καλά, είναι απαραίτητο να τον ακούμε προσεκτικά και να είμαστε πρόθυμοι να κάνουμε όλα όσα μας πει. Ένας γιατρός μπορεί να δουλεύει σε κάποιο νοσοκομείο ή σε ένα ιατρείο (C. Gray & A. White, 2003).

6.9. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΟΛΩΝ

Η εκπαίδευση αποτελεί δικαίωμα όλων των ανθρώπων και οφείλουμε να σεβόμαστε τη διαφορετικότητα και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του καθενός. Χρειάζεται χρόνος και υπομονή, ώστε το κάθε παιδί που αντιμετωπίζει δυσκολίες, να μπορέσει να

προσαρμόσσει σε νέα δεδομένα και στις απαιτήσεις του τομέα της εκπαίδευσης (Γ. Κεκές κ.α., 2000).

ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ...

Η διαφορετικότητα είναι χάρισμα

Οι άνθρωποι με αυτισμό είναι χαρισματικοί και τα χαρίσματά τους προκύπτουν από τις ισχυρές οπτικές ικανότητες, την προσοχή στις λεπτομέρειες, τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και την εκπληκτική μνήμη. Άλλα συνηθισμένα χαρακτηριστικά είναι η εντιμότητα, η ευγένεια, η συμμόρφωση και η τελειομανία. Μερικά από τα παιδιά φαίνεται να υπερέχουν σε ορισμένες δεξιότητες.

Επιπλέον, η υπεροχή τους εμφανίζεται στους τομείς της μουσικής και των μαθηματικών, στην ποίηση, τις εικαστικές τέχνες και στην ιστορία. Αυτές οι δυνάμεις και τα ενδιαφέροντα, συχνά οδηγούν στην αποδοχή, το σεβασμό, τις φιλίες και τις ενδιαφέρουσες ασχολίες, στα χόμπι και τις δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο (J. Janzen, 1999).

Τέλος, παρατίθενται κάποιες προτεινόμενες ταινίες, ορισμένα λογοτεχνικά βιβλία που αφορούν όλες τις ηλικίες, καθώς επίσης και μερικά video από το Youtube, τα οποία αναφέρονται και επικεντρώνονται στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.

Οι τίτλοι των ταινιών ξεκινώντας από τις νεότερες είναι:

[2011]

- Extremely loud and Incredibly close - Εξαιρετικά δυνατά και απίστευτα κοντά

[2010]

- Ocean heaven - Hai yang tian tang
- Temple Grandin - Ζωή σαν τριαντάφυλλο

[2009]

- Adam

[2007]

- Ben X - Ο Δικαστικός ήρωας

- The black balloon - Το μαύρο μπαλόνι

[2006]

- Snow cake - Αρκεί μια στιγμή
- The boy inside - Το αγόρι εντός

[2005]

- Mozart and the whale - Ο Μότσαρτ και η φάλαινα

[1999]

- Molly

[1988]

- Rain man - Ο άνθρωπος της βροχής

[HTTPS://WWW.ALFAVITA.GR/ARTHRON/%CE%BF-%CE%B1%CF%85%CF%84%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%BF%CE%BD-%CE%BA%CE%B9%CE%BD%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%AC%CF%86%CE%BF](https://www.alfavita.gr/arthron/%CE%BF-%CE%B1%CF%85%CF%84%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%BF%CE%BD-%CE%BA%CE%B9%CE%BD%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%AC%CF%86%CE%BF)

Οι τίτλοι των λογοτεχνικών βιβλίων είναι:

- Ο αυτός.
- Ένας ιδιαίτερος μικρός ήρωας.
- Δεν ντρέπομαι πια.
- Ένας σπέσιαλ ήρωας.
- Δεν είμαι τέρας, σου λέω!
- Ποιος σκότωσε το σκύλο τα μεσάνυχτα.
- Το αυγό.
- Γράμμα στο μοναχικό αδερφό μου.

[HTTP://WWW.SLPATHOLOGY.GR/2015/06/BLOG-POST_22.HTML](http://www.slp pathology.gr/2015/06/blog-post_22.html)

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925

Οι τίτλοι των video από το Youtube είναι:

- Ο μικρός μου αδελφός από το φεγγάρι.

[HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=CZZ6NTUI5MW](https://www.youtube.com/watch?v=CZZ6NTUI5MW)

- ΑΥΤΙΣΜΟΣ

[HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=TTQBWQIGSE4](https://www.youtube.com/watch?v=TTQBWQIGSE4)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Allman T.: *Diseases & Disorders. Autism*. United States of America: Gale Cengage Learning, 2010.
2. Anagnostou E. & Hollander E.: *Clinical Manual for the Treatment of Autism*. Washington, DC & London, England: American Psychiatric Publishing, 2007.
3. Attwood T. & Ritvo E.: *Understanding the Nature of Autism and Asperger's Disorder. Forty Years of Clinical Practice and Pioneering Research*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2006.
4. Baker L. & Welkowitz L. (Edit.): *Asperger's Syndrome. Intervening in Schools, Clinics and Communities*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2005.
5. Bauman N. & Kemper T. (Edit.): *The Neurobiology of Autism*. (2th ed.). Baltimore and London: THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY PRESS, 2005.
6. Bock G. & Goode J.: *Autism: neural basis and treatment possibilities*. UK: Novartis Foundation/ WILEY, 2003.
7. Bondy A. & Frost L.: *Topics in Autism. A Picture's Worth. PECS and Other Visual Communication Strategies in Autism*. United States of America: Woodbine House, 2001.
8. O' Brien M. & Daggett J.: *Beyond the Autism Diagnosis. A professional's Guide to Helping Families*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co, 2006.

9. Chilvers R. & Chowdhury U.: *The Hidden World of Autism*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2007.
10. Cohen J. & Volhmar R.: *Disintegrative disorder or "late on set" autism?* Journal of child Psychology and Psychiatry, 30, 717-724, 1989.
11. Glasberg B. & Harris S.: *Topics in Autism. Siblings of Children with Autism: A Guide for Families*. (2th ed.). United States of America: Woodbine House, 2003.
12. Grigor S., Howey A., Stuart L. & Wright F.: *Autistic Spectrum Disorders. Practical Strategies for Teachers and Other Professionals*. Great Britain: David Fulton, 2004.
13. Janzen J.: *Autism - Facts and Strategies for Parents*. United States of America: Therapy Skill Builders, 1999.
14. Krantz P. & McClannahan L.: *Topics in Autism. Activity Schedules for Children with Autism - Teaching Independent Behavior*. United States of America: Woodbine House, 1999.
15. Lathe R.: *Autism brain and environment*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2006.
16. Lennard - Brown S.: *Health Issues. Autism*. East Sussex: White - Thomson Publishing, 2003.
17. McConnell K. & Ryser G.: *Practical Ideas That Really Work for Students with Autism Spectrum Disorders*. Texas: PRO - ED, 2000.

18. Moldin S. & Rubenstein J. (Edit.): *Understanding Autism. From Basic Neuroscience to Treatment*. Florida, United States of America: CRC Press, Taylor & Francis Group, 2006.
19. Rastelli L. & Shore S.: *Understanding Autism for dummies*. United States of America: Wiley Publishing, Inc., 2006.
20. Schoenbrodt L.: *Childhood communication disorders: Organic Bases*, 2003.
21. Schreibman L.: *The science and fiction of autism*. United States of America: Harvard University Press, 2005.
22. Simmons K. (Edit.): *The official autism 101. Everything you need to Know about autism from experts who Know and care*. Canada: Autism today, 2006.
23. Sloman L.: *Use of medication in pervasive developmental disorders*. Journal Article, 14, 1991.
24. Wall K.: *Autism and Early Years Practice*. (2th ed.). London: Sage Publications, 2010.
25. Willis C.: *Teaching Young Children With Autism Spectrum Disorder*. USA: Gryphon House, 2006.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

26. Beucher A., Bullinger A. & Carel A.: *Τα βρέφη σε αυτιστικό κίνδυνο. Les Bebes A Risque Autistique.* (Αμπατζόγλου Γ., Μτφ.). Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS, 2000.
27. Bondy A. & Frost L.: *Εκπαιδευτικό Εγχειρίδιο. Σύστημα Επικοινωνίας Μέσω Ανταλλαγής Εικόνων. PECS.* (2^η έκδ.). (Α. Πλέσσα, Μτφ.). (Ε. Λογοθέτη & Η. Μαγιάτη, Επιμ.). Αθήνα: PECS HELLAS, 2015.
28. First M., Frances A. & Pincus H.: *DSM-VI-TR Εγχειρίδιο Διαφορικής Διάγνωσης.* (Φινέτη Κ., Μτφ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2006.
29. Frith U.: *Αυτισμός: Εξηγώντας το αίνιγμα.* (4^η έκδ.). (Καλομοίρης, Γ., Μτφ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1999.
30. Gillberg C.: *Οδηγός για το σύνδρομο Asperger.* (Κώτση Σ., Μτφ.). Αθήνα: Συμμετρία/ Σύλλογος Ελλήνων Ενηλίκων Αυτιστικών Asperger και ΥΛΑ, 2011.
31. Gray C. & White A.: *Κοινωνική Προσαρμογή. Πρακτικός Οδηγός για Αυτιστικά Παιδιά και Παιδιά με Σύνδρομο Asperger.* (Κορογιαννάκη, Α. & Μιχαλέτου, Ε., Μτφ.). Αθήνα: Σαββάλας, 2003.
32. Happe F.: *Αυτισμός - Σύγχρονη Ψυχολογική Θεώρηση.* (2^η έκδ.). (Στασινός Δ., Μτφ.). Αθήνα: GUTENBERG, 2003.

33. Häussler A.: *Η Μέθοδος TEACCH για την Εκπαίδευση Ανθρώπων με Αυτισμό. Εισαγωγή στην Θεωρία και στην Πρακτική Εφαρμογή της Μεθόδου* (Πατσικαθεοδώρου, Γ., Μτφ.). Θεσσαλονίκη: Ρόδων, 2012.
34. Μαυρέας Β., Σολδάτος Κ. & Στεφανής Κ. (Επιμ.): *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών Και Διαταραχών Συμπεριφοράς*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα Μονοπρόσωπη ΕΠΕ, 1997.
35. Passenger T. & Terrell C.: *Μάθετε για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), τον αυτισμό, τη δυσλεξία & τη δυσπραξία*. (Π. Μπουλάς, Μτφ.). (Ν. Περβανίδου & Γ. Χρούσος, Επιμ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 2007.
36. Quill K.: *Διδάσκοντας Αυτιστικά Παιδιά. Τρόποι για να Αναπτύξετε την Επικοινωνία και την Κοινωνικότητα*. (Ρ. Παγίδα, Μτφ.). (Γ. Αντωνιάδης & Α. Μεσσήνης, Επιμ.). Αθήνα: ΕΛΛΗΝ, 2005.
37. Wing L.: *Το Αυτιστικό Φάσμα*. (Πρώιος Π., Μτφ.) Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων, 2000.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

38. Βάρβογλη Λ.: *Η Διάγνωση Του Αυτισμού. Πρακτικός οδηγός*. Αθήνα: Καστανιώτη, 2007.
39. Βογινδρούκας Ι., Καλομοίρης Γ. & Παπαγεωργίου Β. (Επιμ.): *ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΟΓΟΠΕΔΙΚΩΝ. Αυτισμός Θέσεις και Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Ταξιδευτής, 2007.
40. Βογινδρούκας Ι. & Sherratt D.: *Οδηγός εκπαίδευσης παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές*. (3^η έκδ.). Αθήνα: Ταξιδευτής, 2008.
41. Γενά Α.: *Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Αξιολόγηση - Διάγνωση - Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Leader Books, 2002.
42. Γκονέλα Ε.: *Αυτισμός Αίνιγμα και Πραγματικότητα. Από τη θεωρητική προσέγγιση στην εκπαιδευτική παρέμβαση*. Αθήνα: Οδυσσέας, 2006.
43. Ζαφειρίου Δ., Κάσιμος Δ. & Συριοπούλου Χ.: *Αναπτυξιακά διαγνωστικά κριτήρια και μέσα αξιολόγησης του αυτισμού και άλλων διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών*. Greece: Educational and Social Policy Department University of Macedonia, 4, 357-363, 2010.
44. Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ.: *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αναπτυξιακή προσέγγιση*. (5^η έκδ.). Αθήνα: ΤΥΠΩΘΗΤΩ - ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ, 2006.

45. Καλύβα Ε. *Αυτισμός: Εκπαιδευτικές και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα: ΠΑΠΑΖΗΣΗ, 2005.
46. Κεκές Γ., Χίτουγλου - Αντωνιάδου Μ. & Χίτουγλου - Χατζή Γ. (Επιμ.): *Μονάδα Αυτιστικών Ατόμων «ΕΛΠΙΔΑ»*. *Αυτισμός - Ελπίδα (autism - espoir)*. (2^η εκδ.). Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS, 2000.
47. Μάνος Ν.: *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS, 2005.
48. Μανουσάκη Κ.: *Αυτισμός: Το βιβλίο της οικογένειας. 83 δραστηριότητες βήμα - βήμα*. Αθήνα: Συμμετρία, 2012.
49. Νότας Σ.: *Το φάσμα του αυτισμού. Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Ένας οδηγός για την οικογένεια*. Λάρισα: έλλα, 2005.
50. Νότας Σ.: *Οι γονείς και τα αδέρφια των παιδιών με αυτισμό - Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές*. Τρίκαλα: έλλα, 2006.
51. Σταμάτης Σ.: *ΟΧΥΡΩΜΕΝΗ ΣΙΩΠΗ. Γέφυρες επικοινωνίας με το αυτιστικό παιδί. Εικόνα - Αντιμετώπιση - Αποκατάσταση*. Αθήνα: Γλάρος, 1987.
52. Συνοδινού Κ.: *Ο ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΑΥΤΙΣΜΟΣ. Θεραπευτική προσέγγιση*. (2^η έκδ.) Αθήνα: Καστανιώτη, 1999.

53. Συριοπούλου - Δελλή Χ.: *Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές: Ψυχολογία - Παιδαγωγική - Κοινωνιολογία*. Αθήνα: Γρηγόρη, 2011.
54. Τσιάλτα Α.: *Παιδικός Αυτισμός και Επικοινωνία των αυτιστικών παιδιών μέσω παιχνιδιού*. Αθήνα: ΟΞΥΓΟΝΟ, 2014.

ΣΕΜΙΝΑΡΙΑΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

55. Βογινδρούκας Ι.: *Διαταραχές επικοινωνίας - αυτισμός*. Θεσσαλονίκη, 2005.

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

56. <http://www.specialeducation.gr/frontend/article.php?aid=561&cid=71>

Ανακτήθηκε στις 21 Δεκεμβρίου 2015.

57. <http://makatonhellas.gr/>

Ανακτήθηκε στις 12 Ιανουαρίου 2016.

58. <http://ergo-logo-therapeia.blogspot.gr/2013/11/3.html>

Ανακτήθηκε στις 20 Ιανουαρίου 2016.

59. [http://4.bp.blogspot.com/-](http://4.bp.blogspot.com/-Aau4OJgH8Yk/VCbdhpJbNFI/AAAAAAAAADOg/OJc7W5hJ_nc/s1600/%CE%91%CE%A5%CE%A4%CE%99%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3.jpg)

[Aau4OJgH8Yk/VCbdhpJbNFI/AAAAAAAAADOg/OJc7W5hJ_nc/s1600/%CE%91%CE%A5%CE%A4%CE%99%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3.jpg](http://4.bp.blogspot.com/-Aau4OJgH8Yk/VCbdhpJbNFI/AAAAAAAAADOg/OJc7W5hJ_nc/s1600/%CE%91%CE%A5%CE%A4%CE%99%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3.jpg)

Ανακτήθηκε στις 22 Ιανουαρίου 2016.

60. [HTTPS://WWW.ALFAVITA.GR/ARTHRON/%CE%BF-%CE%B1%CF%85%CF%84%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%BF%CE%BD-%CE%BA%CE%B9%CE%BD%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%AC%CF%86%CE%BF](https://www.alfavita.gr/arthron/%CE%BF-%CE%B1%CF%85%CF%84%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%BF%CE%BD-%CE%BA%CE%B9%CE%BD%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%AC%CF%86%CE%BF)

Ανακτήθηκε στις 18 Φεβρουαρίου 2016.

61. [HTTP://WWW.SLPATHOLOGY.GR/2015/06/BLOG-POST_22.HTML](http://www.slp pathology.gr/2015/06/blog-post_22.html)

Ανακτήθηκε στις 19 Φεβρουαρίου 2016.

62. [HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=CZZ6NTUI5MW](https://www.youtube.com/watch?v=CZZ6NTUI5MW)

Ανακτήθηκε στις 20 Φεβρουαρίου 2016.

63. [HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=TTQBWQIGSE4](https://www.youtube.com/watch?v=TTQBWQIGSE4)

Ανακτήθηκε στις 20 Φεβρουαρίου 2016.

64. [HTTP://KIVOTOSEXELIXIS.GR/2015/12/18/GIATI-TA-PAIDIA-ME-AYTISMO-ANASTATONONTAI-TA-XRISTOUGENNA/](http://kivotosexelixis.gr/2015/12/18/giati-ta-paidia-me-aytismo-anastatonontai-ta-xristougenna/)

Ανακτήθηκε στις 21 Φεβρουαρίου 2016.

65. [HTTP://ASPERGERHELLAS.BLOGSPOT.GR/2013/05/DSM.HTML#!/TCMBCK](http://aspergerhellas.blogspot.gr/2013/05/dsm.html#!/TCMBCK)

Ανακτήθηκε στις 17 Μαρτίου 2016.

66. [HTTP://WWW.PSYCHIATRY.ORG/PSYCHIATRISTS/PRACTICE/DSM/DSM-5](http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/dsm-5)

Ανακτήθηκε στις 17 Μαρτίου 2016.

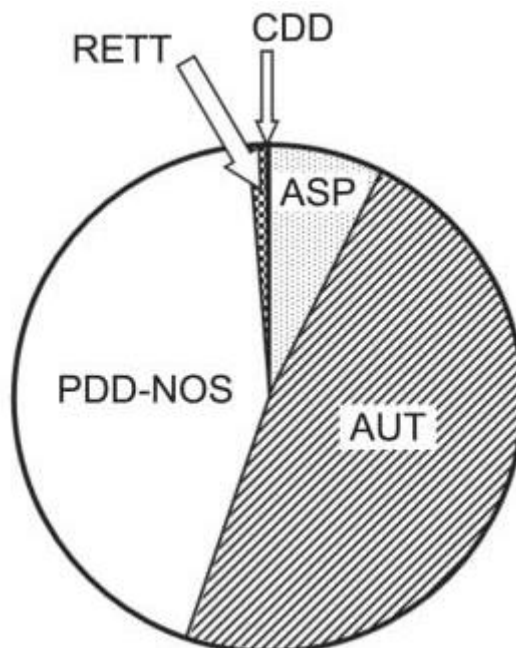
67. [WWW.AUTISMHELLAS.GR/](http://www.autismhellas.gr/)

Ανακτήθηκε στις 17 Μαρτίου 2016.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Σχήμα 1.1.

Παρακάτω αναφέρονται κάποια ποσοστά συχνότητας των πιο γνωστών διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών: της αυτιστικής διαταραχής, του συνδρόμου Asperger, της διαταραχής Rett, της παιδικής αποδιοργανωτικής διαταραχής και της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής μη καθορισμένης αλλιώς. Όπως είναι εμφανές, η αυτιστική διαταραχή και η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη καθορισμένη αλλιώς είναι οι πιο κοινές· το Asperger αποτελεί ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων, ενώ η Rett και η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή είναι πολύ σπάνιες. Τα αποτελέσματα αυτά προκύπτουν από δύο πρόσφατες διαφορετικές μελέτες και παρουσιάζονται αναλυτικά στο σχήμα 1.1. (R. Lathe, 2006).



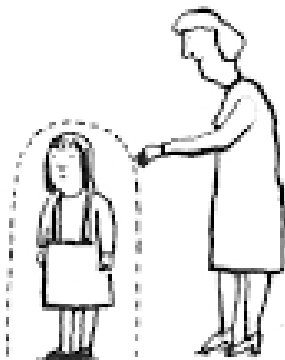
Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Κατά προσέγγιση αναλογίες των διαφορετικών διαγνωστικών ομάδων εντός της διαγνωστικής ομάδας του DSM-IV. Τα κλάσματα που

παρουσιάζονται είναι οι μέσοι όροι που δίνονται σε δύο διαφορετικές πρόσφατες μελέτες. Οι αναφορές αυτές συμφωνούν, ότι τα ποσοστά των αυτιστικών διαταραχών και οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές μη καθορισμένες αλλιώς, δε διαφέρουν (αλλά ίσως με ένα ελαφρύ πλεόνασμα των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών μη καθορισμένων αλλιώς): το Asperger αντιπροσωπεύει ένα μικρό κλάσμα του συνόλου των περιπτώσεων, ενώ η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή και η Rett είναι πράγματι πολύ σπάνιες. Παρά τις λεπτές διαφορές στα διαγνωστικά κριτήρια, οι σχετικές αναλογίες σύμφωνα με το DSM-IV και το ICD-10 είναι συγκρίσιμες (R. Lathe, 2006).

Εικόνα 1.6.

Τα 3 γενικά χαρακτηριστικά για ένα άτομο με αυτισμό.

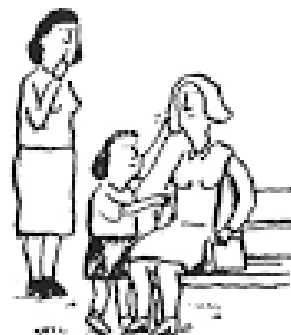
ο αποτραβηγμένος



ο παθητικός



ο ιδιόρρυθμος

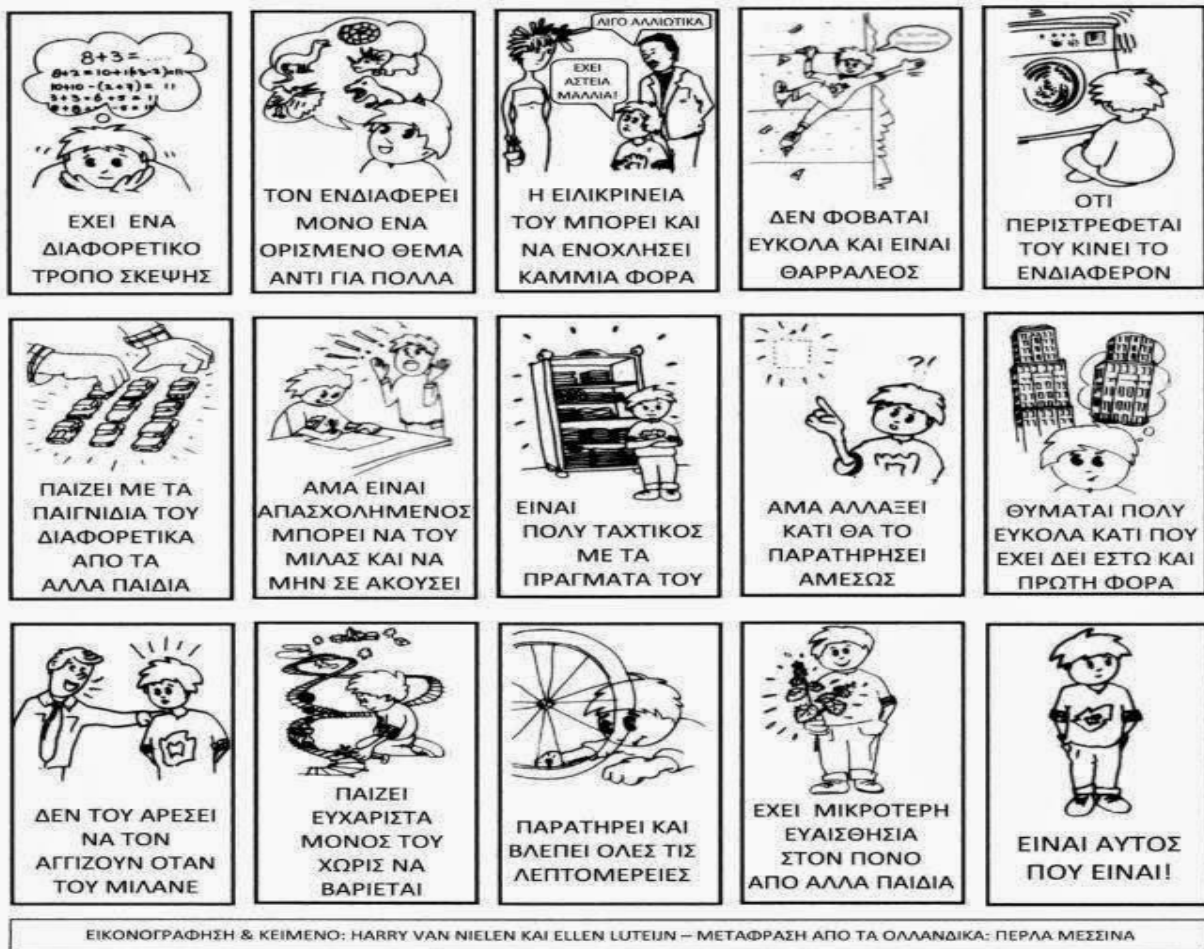


<http://ergo-logo-therapeia.blogspot.gr/2013/11/3.html>

Εικόνα 1.7.

Σε αυτό το σχήμα απεικονίζονται οι συμπεριφορές των παιδιών με αυτισμό, αναδεικνύοντας τη διαφορετικότητά τους.

Το παιδί μου έχει ΑΥΤΙΣΜΟ και είναι διαφορετικό απο το δικό σου διότι:



[HTTP://4.BP.BLOGSPOT.COM/-](http://4.bp.blogspot.com/-AAU4OJGH8YK/VCBDHPJBNFI/AAAAAAAAADOG/OJC7W5HJ_NC/S1600/%CE%91%CE%A5%CE%A4%CE%99%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3.JPG)

[AAU4OJGH8YK/VCBDHPJBNFI/AAAAAAAAADOG/OJC7W5HJ_NC/S1600/%CE%91%CE%A5%CE%A4%CE%99%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3.JPG](http://4.bp.blogspot.com/-AAU4OJGH8YK/VCBDHPJBNFI/AAAAAAAAADOG/OJC7W5HJ_NC/S1600/%CE%91%CE%A5%CE%A4%CE%99%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3.JPG)

ΘΩΜΑΔΗ ΜΑΡΙΑ: 14902

ΚΑΡΑΓΙΑΛΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: 14678

ΛΙΒΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ: 14400

ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ: 14925