



Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών

Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών

Τμήμα Αγωγής και Φροντίδας στην Πρώιμη Παιδική Ηλικία



Παιδαγωγικό τμήμα

Διδρυματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών

Προσεγγίσεων



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η επίδραση της Φυσικής Αγωγής και η σπουδαιότητα της
πρώιμης παρέμβασης σε παιδιά στο φάσμα του αυτισμού
Μελέτη περίπτωσης- Σύνδρομο Asperger**

POST GRADUATE THESIS

**The effect of Physical Education and the importance of primary
intervetion in children on the autism spectrum
Case Study- Asperger Syndrome**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ(ΤΩΝ)/NAME OF STUDENTS

Ευαγγελία Καπετανάκη

Evangelia kapetanaki

ΟΝΟΜΑ ΕΙΣΗΓΗΤΗ/NAME OF THE SUPERVISOR

Ελισάβετ Ανδρή (Α επιβλέποντα)

Elizabeth Andri

ΑΙΓΑΛΕΩ/AIGALEO 2022



Faculty of Health and Caring Professions
Department of Biomedical Sciences
Faculty of Administrative, Financial and Social Sciences
Department of Early Childhood Education and Care



Department of Pedagogy



Inter-Institutional Post Graduate Program
Pedagogy through innovative Technologies and Biomedical approaches

POST GRADUATE THESIS

The effect of Physical Education and the importance of primary intervention in children on the autism spectrum

Case Study- Asperger Syndrome

Evangelia Kapetanaki

R.N. 20037

Evakapetanaki31@gmail.com

FIRST SUPERVISOR

ELIZABETH ANDRI

SECOND SUPERVISOR

PANAYIOTIS PILIOURAS

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Ευαγγελία Καπετανάκη του Δημητρίου, με αριθμό μητρώου 20037 φοιτήτρια του Διϊδρυματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών Προσεγγίσεων των Τμημάτων Βιοϊατρικών Επιστημών/ Τμήμα Αγωγής και Φροντίδας στην Πρώιμη Παιδική Ηλικία/Παιδαγωγική τμήμα των Σχολών Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας/Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και της Ανώτατης Σχολής Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

Ευαγγελία Καπετανάκη

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ πολύ τους επιβλέποντες καθηγητές μου κα Ελισάβετ Ανδρή, Παιδίατρο, και Παναγιώτη Πήλιουρα, καθηγητή, για τη βοήθεια τους.

Θερμές ευχαριστίες προς το διευθυντή κ. Στυλιανό Λάμπρου του 8ου Δημοτικού Σχολείου Καματερό, όπου πραγματοποίησα την πρακτική μου άσκηση και με βοήθησε στη διεξαγωγή της έρευνας, αλλά και όλους τους συμμετέχοντες στη συλλογή των δεδομένων, γονείς και εκπαιδευτικούς, για την προθυμία τους να συνεργαστούν μαζί μου.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω το μαθητή (Α) για την εμπιστοσύνη που επέδειξε στο πρόσωπο μου.

Τέλος οφείλω ένα μεγάλο ευχάριστο στο σύζυγο και στο γιό μου για τη συμπαράσταση και την υπομονή τους.

Αφιερώσεις

Αφιερώνω τη διπλωματική μου διατριβή στο γιό μου Ιωάννη- Δημήτριο, που του στέρησα πολύτιμο χρόνο από το παιχνίδι του και στη μνήμη των γονιών μου Δημήτριο και Δροσιά, δύο σπουδαίους ανθρώπους που με μεγάλωσαν με πολύ αγάπη για τον συνάνθρωπο και ενσυναίσθηση.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	iv
Abstract.....	viii
Συντομογραφίες.....	1
Πρόλογος.....	2
Κεφάλαιο I.....	3
1. Ορισμός αυτισμού και ιστορική αναδρομή.....	3
Κεφάλαιο II.....	6
Τύποι αυτιστικού φάσματος - επιδημιολογικά στοιχεία.....	6
2.1 Τύποι φάσματος αυτισμού.....	6
2.2.1 Σύνδρομο (Kanner).....	7
2.2.3 Σύνδρομο Asperger.....	8
2.2.4 Σύνδρομο του ευθραύστου X.....	10
2.2.5 Άτυπος αυτισμός.....	10
2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	10
Κεφάλαιο III.....	11
Χαρακτηριστικά-Διάγνωση και Αξιολόγηση αυτισμού.....	11
3.1 Χαρακτηριστικά γνωρίσματα.....	11
3.2 Διαγνωστικά κριτήρια.....	13
3.2.1 DSM-5.....	15
3.2.2 ICD-10.....	16
3.2.3 M-CHAT.....	16
3.4 Ηλικία έναρξης διάγνωσης.....	17
3.5 Αιτιολογία.....	17
3.5.1 Επίδραση κληρονομικών και γονιδιακών παραγόντων.....	18
3.5.2 Επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων.....	19
3.6 Μύθος του τριπλού εμβολίου MMR.....	19
Κεφάλαιο IV.....	20
Η εξέλιξη του αυτισμού ανάλογα με την ηλικία και οι παράγοντες πρόληψης.....	20
4.1 Τρόποι συμπεριφοράς και διαφορές φύλων.....	20
4.2 Αυτισμός στη βρεφονηπιακή ηλικία και σημασία διάγνωσης.....	20
4.3 Πρώιμη παρέμβαση στον αυτισμό.....	22
4.4 Χαρακτηριστικά του αυτισμού στην παιδική ηλικία.....	23

4.5 Αυτισμός και εφηβική ηλικία.....	23
4.6 Προγράμματα πρόληψης, διάγνωσης και αντιμετώπισης	25
Κεφάλαιο V	26
5.1 Φυσική Αγωγή και Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος	26
5.2 Ειδική Φυσική Αγωγή	26
5.3 Η επίδραση της Φ.Α. και των προγραμμάτων παρέμβασης στην αντιμετώπιση των διαταραχών του Αυτισμού	27
5.4 Κινητικά Χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΑΦ.....	30
5.5 Φυσική Αγωγή στην εκπαίδευση των παιδιών με ΔΑΦ.....	31
5.6 Στόχοι παρέμβασης ειδικού προγράμματος φυσικής αγωγής.....	32
5.7 Καθηγητής Φυσικής Αγωγής και Αυτισμός.....	33
5.8 Παιχνίδι και Αυτισμός	34
5.9 Εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης.....	36
Κεφάλαιο VI.....	38
Μελέτη περίπτωσης παιδιού με σύνδρομο Asperger	38
6.1 Εισαγωγή	38
6.2 Ποιοτική αξιολόγηση	38
6.3 Αναφορικά με τον μαθητή	39
6.4 Προσδιορισμός και αξιολόγηση των ικανοτήτων του μαθητή	40
6.5 Μεθοδολογία παρέμβασης.....	41
6.6 Συζήτηση.....	43
6.7 Περιορισμοί.....	44
Κεφάλαιο VII	45
1. Συμπεράσματα	45
Προτάσεις.....	46
Αναφορές	48
Παράρτημα.....	53

Περίληψη

Η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία αναφέρεται στις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ), τη σημασία της πρώιμης παρέμβασης και το σπουδαίο ρόλο της φυσικής αγωγής (ΦΑ). Στη σύγχρονη κοινωνία οι ΔΑΦ εμφανίζονται με ένα συνεχώς αυξανόμενο ρυθμό και επηρεάζουν διάφορους τομείς της ανάπτυξης. Οι πρώτες ενδείξεις των διαταραχών διακρίνονται στα πρώιμα χρόνια και παραμένουν για όλη τη ζωή. Η έγκυρη διάγνωση είναι κομβικής σημασίας για την εξέλιξη του παιδιού με ΔΑΦ. Όσο πιο νωρίς διαγνωστούν οι διαταραχές τόσο πιο άμεση θα είναι η παρέμβαση. Έτσι, η εντατική, πρώιμη παρέμβαση εμποδίζει την εδραίωση πολλών ανεπιθύμητων συμπεριφορών.

Σκοπός της εργασίας μέσα από αυτή τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που διενεργείται, είναι να εξεταστεί ο ρόλος της προσαρμοσμένης φυσικής αγωγής. Η σύγχρονη κοινωνία αποσκοπεί στην παροχή ίσων ευκαιριών εκπαίδευσης για όλους και μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων. Είναι γεγονός ότι στα σχολεία γενικής εκπαίδευσης φοιτούν μαθητές που υστερούν κατά κάποιο τρόπο σε ικανότητες. Όλοι οι μαθητές, όμως, πρέπει να έχουν τις ίδιες ευκαιρίες και να μπορούν να συμμετέχουν στο μάθημα της ΦΑ. Επίσης, ο ρόλος του καθηγητή φυσικής αγωγής είναι ουσιαστικός, αφού πρέπει να έχει γνώσεις και να ενδιαφέρεται να βοηθήσει ουσιαστικά, ώστε τα παιδιά με ΔΑΦ να τον εμπιστευτούν και να αγαπήσουν την άσκηση (Κοκαρίδας, 2016).

Την ίδια χρονική περίοδο με τη συγγραφή της διπλωματικής μου εργασίας πραγματοποιήθηκε από την υποφαίνουσα πρακτική άσκηση σε δημοτικό σχολείο τυπικής εκπαίδευσης. Στο τελευταίο μέρος παρουσιάζεται μία μελέτη περίπτωσης μαθητή με σύνδρομο Asperger ο οποίος φοιτούσε στο προαναφερθέν σχολείο. Ο μαθητής πήρε μέρος σε προσαρμοσμένο πρόγραμμα φυσικής αγωγής.

Λέξεις κλειδιά: Αυτισμός, Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος, Άσκηση, Πρώιμη Παρέμβαση, Προσαρμοσμένη Φυσική Αγωγή.

Abstract

This dissertation refers to autism spectrum disorders (ASD), the importance of early intervention and the important role of physical education (PhE). In modern society, ASDs are appearing at an ever-increasing rate and affecting various areas of development. The first signs of disorders are discernible in the first years and remain for life. Valid diagnosis is crucial for the development of the child with ASD. The earlier the disorders are diagnosed,

the more immediate the intervention will be. Intensive early intervention prevents the establishment of many undesirable behaviors

Our purpose through this literature review is to examine the role of adapted physical education. Modern society aims to provide equal educational opportunities for all and reduce social inequalities. It is a fact that in and be able to participate in the PhE course. Also, the role of the physical education teacher is essential, it presupposes that he has knowledge and interest to help substantially so that these children return to him and love the exercise (Kokaridas D, 2016).

At the same time as writing my dissertation, I did an internship in a primary school of formal education. The last part presents a case study of a student with Asperger's syndrome. The student participated in a customized physical education program.

Key words: Autism, Autism Spectrum Disorders, Exercise, Primary Intervention, Adapted Physical education.

Συντομογραφίες

Αγγλική ορολογία

RTT	Syndrome Rett
ASD	Autistic Spectrum Disorder
ΔΑΦ	
ΦΑ	
ΕΦΑ	
ΚΦΑ	

Ελληνική ορολογία

	Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος
	Φυσική Αγωγή
	Ειδική Φυσική Αγωγή
	Καθηγητής Φυσικής Αγωγής

Πρόλογος

Ο αυτισμός είναι μία πολυσύνθετη αναπτυξιακή διαταραχή που τις τελευταίες δεκαετίες βρίσκεται στο επίκεντρο των επιστημονικών ερευνών. Προκειμένου να εντοπιστούν μέθοδοι για την μείωση των συμπτωμάτων του, πραγματοποιούνται έρευνες με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αυτισμό. Τα συμπτώματά του εμφανίζονται σε πρώιμο στάδιο (έως 3 έτη) και δημιουργούν δυσκολίες στην ανάπτυξη.

Στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (ΔΑΦ) ανήκει το σύνδρομο Asperger και η νόσος του Rett (Κοκαρίδας, 2016). Τα άτομα που ανήκουν στις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος εμφανίζουν ελλείψεις σε πολλούς τομείς τις ζωής τους. Σύμφωνα με ερευνά του 1979 η Lorna Wing κατατάσσει τις ενδείξεις των διαταραχών σε τρεις κατηγορίες: «την επικοινωνία, την κοινωνική αλληλεπίδραση και τη στερεοτυπική συμπεριφορά, γνωστή και ως «τριάδα διαταραχών».

Η ανίχνευση των συμπτωμάτων γίνεται σύμφωνα με τα διαγνωστικά εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούνται από ειδικούς. Βασική προϋπόθεση για την πρώιμη παρέμβαση είναι η εκπαιδευτική διαδικασία να ξεκινάει αμέσως μετά τη διάγνωση. Για να ξεκινήσει η πρώιμη παρέμβαση χρειάζεται να συσταθεί μια ομάδα διαφόρων ειδικοτήτων, όπως γιατρών, λογοθεραπευτών, εργοθεραπευτών, ψυχολόγων, ειδικών παιδαγωγών, γυμναστών.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής είναι να τονίσει το σπουδαίο ρόλο της πρώιμης παρέμβασης στα πρώτα χρόνια της ζωής του ατόμου. Επιπλέον, θα διερευνηθεί η συμβολή της φυσικής αγωγής (ΦΑ) σε παιδιά με ΔΑΦ μέσα από ειδικά προγράμματα παρέμβασης. Επίσης, θα τονιστεί ο σημαντικός ρόλος του γυμναστή, ο οποίος πρέπει να είναι επιστημονικά καταρτισμένος ώστε να παρέχει ουσιαστική υποστήριξη στο παιδί μέσα από ένα ειδικά σχεδιασμένο πρόγραμμα, βασισμένο πάνω στις ικανότητες και τις προτιμήσεις του.

Τέλος, ακολουθεί μία μελέτη περίπτωσης μαθητή με σύνδρομο Asperger και συναφή προβλήματα. Σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι η ένταξη του μαθητή στο μάθημα της φυσικής αγωγής ο οποίος ακολούθησε συγκεκριμένο ασκησιολόγιο προκειμένου να βελτιώσει την κινητική του ικανότητα και αυτοπεποίθηση.

Κεφάλαιο I

1. Ορισμός αυτισμού και ιστορική αναδρομή

«Ο όρος αυτισμός προέρχεται από την ελληνική λέξη «εαυτός» και σημαίνει την απομόνωση του ατόμου από τον εαυτό του». Σύμφωνα με ένα γενικό ορισμό: «Ο Αυτισμός είναι μία περίπλοκη και επίμονη νευροαναπτυξιακή διαταραχή η οποία εμφανίζεται από τη βρεφική ηλικία και επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου σε όλη τη διάρκεια της ζωής του». Έχει χαρακτηριστεί ως διαταραχή ‘φάσματος’ (spectrum disorder), γιατί εκδηλώνεται με διάφορα συμπτώματα από μικρές ελλειμματικές συμπεριφορές μέχρι βαριές μορφές, με πολλαπλά στοιχεία αυτισμού και νοσηρότητας (Καλύβα, 2005).

Πολλοί ερευνητές κατά καιρούς προσπάθησαν να ορίσουν αυτή την αναπτυξιακή διαταραχή. Αρχικά, ο όρος χρησιμοποιήθηκε από τον Ελβετό ψυχίατρο E. Bleuler το 1911. Στο σύγγραμμα «Dementia praecox» αναφέρει έναν άντρα με σχιζοφρένεια που είχε χάσει την επαφή με την πραγματικότητα. Στις αρχές της δεκαετίας του 1940 δύο άλλοι ψυχίατροι, ο L. Kanner και ο H. Asperger ήταν από τους πρώτους που προσπάθησαν να περιγράψουν και να ερμηνεύσουν τη διαταραχή. Παρουσίασαν περιπτώσεις παιδιών με ελλείμματα στην κοινωνική ανάπτυξη, ιδιόμορφη γλωσσική ανάπτυξη και περιορισμένα στερεοτυπικά ενδιαφέροντα (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2005). Για πρώτη φορά αναφέρθηκαν έννοιες όρων όπως « *αυτιστικές διαταραχές της συναισθηματικής επαφής* », « *πρώιμο παιδικό αυτιστικό σύνδρομο* » και « *αυτιστικές ψυχοπάθειες της παιδικής ηλικίας* ».

Το 1942 ο Bender κάνει λόγο για την παιδική σχιζοφρένεια. Ο Αμερικανός παιδοψυχίατρος L. Kanner καταγράφεται ως ο πρώτος επιστήμονας που συστηματοποίησε τη μελέτη του αυτισμού, διενεργώντας έρευνα μεταξύ των ετών 1943- 1949 και δημοσίευσε το άρθρο του με τίτλο « *Αυτιστικές Διαταραχές της Συναισθηματικής Επαφής* ». Εκεί περιέγραψε τις περιπτώσεις έντεκα παιδιών που θεωρούσε ότι έπασχαν από αυτισμό. Στη μελέτη που έκανε σύνδεσε τη συμπεριφορά των γονέων με βιολογικούς παράγοντες. Κατά τη διάρκεια της έρευνας παρατήρησε αυτιστικά στοιχεία στις συμπεριφορές των γονέων, τα οποία θεώρησε υπεύθυνα για την εξέλιξη των παιδιών και τα σύνδεσε με την ανατροφή τους και μετέπειτα με την εμφάνιση αυτισμού σε αυτά (Kanner, 1943).

Ο Asperger δημοσίευσε μια έρευνα το 1944 αναφερόμενος στην « *αυτιστική ψυχοπάθεια* ». Μελέτησε παιδιά, που είχαν τα χαρακτηριστικά συμπτώματα που ανέδειξε ο Kanner, παρατήρησε και ερμήνευσε τη συμπεριφορά των παιδιών ως εκκεντρική, με επικοινωνιακά

προβλήματα και ασυνήθιστα ενδιαφέροντα αποδίδοντάς την ως ως αυτιστική ψυχοπάθεια. Ο Asperger συνέχισε την ερευνά του επάνω στις ιδιαιτερότητες αυτών των παιδιών και το 1989 πρότεινε τα πρώτα διαγνωστικά κριτήρια για τη διερεύνηση του αυτιστικού συνδρόμου. Εκείνη την περίοδο μετονόμασε την αυτιστική ψυχοπάθεια σε σύνδρομο Asperger (American Psychiatric Association).

Το πανεπιστήμιο Harvard έδωσε μετά από πολλές μελέτες το 1997 τη δική του ερμηνεία σχετικά με τη διαταραχή: *«Ο αυτισμός είναι μια διαταραχή της πρώιμης παιδικής ηλικίας, η οποία προκαλεί σημαντικές επιπτώσεις στην κοινωνική και επικοινωνιακή ανάπτυξη. Επειδή οι αιτίες του αυτισμού δεν έχουν ακόμη προσδιοριστεί ακριβώς, δεν είμαστε σε θέση να τον αποτρέψουμε (πρόληψη) ή να το θεραπεύσουμε. Τα συμπτώματα του αυτισμού είναι πολλά και διαφορετικά, ωστόσο πάντα περιλαμβάνουν ελλείμματα στις κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες, ενώ συγχρόνως παρατηρείται πάντα περιορισμένο ενδιαφέρον και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές»* (Harvard University, 1997).

Το δικό της ορισμό έδωσε η Happé (1998) «αυτισμός είναι μια ιδιαίζουσα αναπτυξιακή διαταραχή, βιολογικά προσδιορισμένη, που συνοδεύεται συνήθως, από γενικές μαθησιακές δυσκολίες (νοητική υστέρηση) και αφορά κυρίως τη συνύπαρξη ελλειμμάτων στην κοινωνικοποίηση, την επικοινωνία και την δημιουργική φαντασία».

Τη δική του θέση παρέθεσε και ο Frith (1999): *«ο αυτισμός είναι αόρατος. Κανένας δεν μπορεί να τον δει και είναι ένα από τα πράγματα που με κάνουν αυτό που είμαι. Επίσης, ο αυτισμός επηρεάζει τον τρόπο που δουλεύει ο εγκέφαλός μου. Ο εγκέφαλος μοιάζει με έναν Η / Υ που είναι πάντα αναμμένος και βοηθά τους ανθρώπους να ζουν και να μαθαίνουν. Ο αυτισμός κάνει τον εγκέφαλό μου να λειτουργεί μερικές φορές διαφορετικά από τον εγκέφαλο των άλλων ανθρώπων». «Το να έχεις εγκέφαλο με αυτισμό είναι σαν να έχεις έναν Η / Υ με λειτουργικό σύστημα με αυτισμό ενώ οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν ένα συννηθισμένο λειτουργικό σύστημα. Ο αυτισμός με κάνει να καταλαβαίνω τον κόσμο με έναν συγκεκριμένο τρόπο. Μερικές φορές καταλαβαίνω όπως οι άλλοι άνθρωποι και μερικές φορές καταλαβαίνω τον κόσμο διαφορετικά. Τέλος, ο αυτισμός είναι ένας άλλος τρόπος σκέψης και ύπαρξης».*

Σύμφωνα με την Lora Wing (2000) ο αυτισμός αναφέρεται ως «εκ γενετής αναπτυξιακή διαταραχή του εγκεφάλου και το άτομο που πάσχει από αυτισμό ζει με αυτόν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Είναι μια διαταραχή που εμποδίζει τα άτομα να αντιλαμβάνονται σωστά τα όσα βλέπουν, ακούν και γενικά αισθάνονται, αυτή η ανικανότητα δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις, την επικοινωνία και τη συμπεριφορά τους». Ο όρος εγγενής (ή διάχυτη) αναφέρεται στη σύνθετη φύση της διαταραχής.

Η ιατρική επιστήμη ορίζει τον αυτισμό ως: «Ο αυτισμός ορίζεται και διαγιγνώσκεται στη βάση χαρακτηριστικών μορφών συμπεριφοράς, όμως δεν υπάρχουν συμπεριφορές που να αποτελούν από μόνες τους μονοσήμαντη ένδειξη αυτισμού. Η συμπεριφορά είναι ουσιώδης για την αναγνώριση του αυτισμού, αλλά από μόνη της δε μας βοηθά να κατανοήσουμε την πάθηση ή να αποφασίσουμε για τον τρόπο προσέγγισής της» (Jordan, 2000).

Επιπλέον οι Peerenboom & Roxanne (2001) δήλωσαν ότι «ο αυτισμός είναι το αποτέλεσμα μιας νευρολογικής διαταραχής που επηρεάζει τη λειτουργία του εγκεφάλου και εκδηλώνεται με άτυπη μορφή επικοινωνίας, κοινωνικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων για παιχνίδι και ανταποκρίσεων στις εισερχόμενες αισθητηριακές πληροφορίες». Για τον ορισμό του αυτισμού και τη σύνδεσή του με άλλες αναπηρικές καταστάσεις της παιδικής ηλικίας υπήρξαν αρκετές διαφωνίες, αλλά και πολλές απορίες (Wing, 2000).

Οι Neisworth & Wolf (2005) αναφέρουν τον αυτισμό ως «μια αναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από σημειωμένη δυσκολία στην επικοινωνία και τις κοινωνικές σχέσεις και από παρουσία μη τυπικών συμπεριφορών, όπως ασυνήθιστες αποκρίσεις στην αίσθηση, επαναλαμβανόμενες κινήσεις και επιμονή σε ρουτίνες και ομοιότητα».

Βάσει του εκπαιδευτικού ορισμού: «Περιλαμβάνει διδακτικές προσεγγίσεις, εκπαιδευτικό περιβάλλον και εξατομικευμένη εργασία. Είναι μια προσέγγιση που βασίζεται, κυρίως, στην έντονη εξατομίκευση, στην οπτική στήριξη, στην προβλεψιμότητα και στη συνέχεια. Υπάρχουν πολλά είδη προσεγγίσεων, αφού υπάρχει μεγάλη ποικιλία ατομικών μαθησιακών αναγκών» (Γκολένα, 2008).

Ο αυτισμός έχει οργανική βάση και είναι το αποτέλεσμα μιας νευρολογικής διαταραχής που επηρεάζει τη λειτουργία του εγκεφάλου με κύρια βάση βιολογικά αίτια (Κωστόπουλος, 2007). Η διαταραχή αυτή εμφανίζεται με διάφορους βαθμούς βαρύτητας και ποικιλία μορφών, η οποία συνιστά το αυτιστικό φάσμα ή τη κατηγορία των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών.

Παρ' όλες τις μικρές διαφορές στην ταξινόμηση των αυτιστικών συμπτωμάτων από τους ερευνητές, όλοι συνηγορούν στις εξής διαπιστώσεις: ο αυτισμός επηρεάζει την παιδική κοινωνικότητα, την παιδική επικοινωνία και την κοινωνική φαντασία και σκέψη των παιδιών (Βαρβόγλη, 2007).

Έτσι, γίνεται αντιληπτό πως ο αυτισμός δεν μπορεί να οριστεί μονοδιάστατα, μιας και εμφανίζει ποικίλες διαφορές από άτομο σε άτομο οι οποίες εξαρτώνται από ένα πλήθος παραγόντων. Υπάρχουν, όμως, κάποια κοινά στοιχεία που προκύπτουν από τις διαφορετικές διατυπώσεις και τα οποία αποτυπώνουν τα βασικά γνωρίσματά του.

Κεφάλαιο II

Τύποι αυτιστικού φάσματος - επιδημιολογικά στοιχεία

2.1 Τύποι φάσματος αυτισμού

Τα συμπτώματα των διαταραχών ποικίλουν και για αυτό το λόγο όλα τα άτομα με αυτισμό δεν θα πρέπει να τοποθετούνται σε ένα πλαίσιο. Μετά από μελέτες και έρευνες αποδείχτηκε ότι παρουσιάζουν μία ποικιλία στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, παρατηρείται μία διακύμανση στη μορφή των συμπτωμάτων και στο βαθμό της βαρύτητας τους. Συνεπώς τα αυτιστικά άτομα διαφοροποιούνται τόσο σε σχέση με τα τυπικά όσο και μεταξύ τους. Έτσι, άλλα εμφανίζουν ένα χαρακτηριστικό σε βαριά μορφή, άλλα σε ηπιότερη, ενώ άλλα μπορεί να μην το εμφανίζουν καθόλου. Άλλωστε, και το ίδιο το αυτιστικό άτομο εκδηλώνει με διαφορετικό τρόπο τα επιμεριστικά χαρακτηριστικά του (Wing, 1998). Συγκεκριμένα τα άτομα με αυτισμό όσο είναι σε μικρή ηλικία οι ελλείψεις δεν είναι ευδιάκριτες, ενώ όσο μεγαλώνουν φαίνονται έντονα οι διαφορές από τα άτομα τυπικής ανάπτυξης (Κοκαρίδας, 2016).

Η Wing (2000) διεξήγαγε σχετικές έρευνες που οδήγησαν σε αυτό το συμπέρασμα, ορίζοντας αρχικά το «συνεχές του αυτισμού» και στη συνέχεια τη επικράτηση εκ μέρους των επιστημόνων του όρου «φάσμα του αυτισμού». Συγκεκριμένα κάθε παιδί διέπεται από μοναδικότητα και έτσι δεν δύναται να συσχετιστεί με κάποιο άλλο παιδί. Αυτές οι διαφοροποιήσεις οδηγούν στη δημιουργία και χρήση εξατομικευμένων παρεμβάσεων- με στόχο την καταλληλότερη αντιμετώπιση- προσαρμοσμένων στις ανάγκες και τα ατομικά χαρακτηριστικά κάθε παιδιού.

Έχοντας παρατηρηθεί μεγάλες αποκλίσεις σε όλους τους τομείς που σχετίζονται με τις παιδικές ικανότητες(επικοινωνιακές δεξιότητες, γλωσσική και γνωστική ανάπτυξη, πραγματολογία, συχνότητα στερεοτυπικών συμπεριφορών, αισθητηριακά ελλείμματα), ο αυτισμός αποκτά διττή ερμηνεία, ως χαμηλής λειτουργικότητας και ως αυτισμός υψηλής λειτουργικότητας (Γκολένα, 2008).

Το φάσμα από την άλλη περιλαμβάνει όλες τις περιπτώσεις αυτισμού. Τα δύο αντιθετικά άκρα του περιλαμβάνουν από τη μια τα άτομα χαμηλής λειτουργικότητας με νοητική υστέρηση και σοβαρές μειονεξίες (τυπικό σύνδρομο Kanner) και από την άλλη τα άτομα υψηλής λειτουργικότητας που έχουν φυσιολογική ή και υψηλή νοημοσύνη και παρουσιάζουν πιο ήπιας μορφής μειονεξίες (σύνδρομο Asperger).

Οι ακραίες αυτές περιπτώσεις παρουσιάζουν δυσκολία στην αντιμετώπιση καθώς και τη διάγνωση. Διαφορετική είναι η περίπτωση των ατόμων που βρίσκονται στο μέσον

του φάσματος μιας και στη δική τους περίπτωση λόγω εμφάνισης συνηθισμένων μειονεξιών η διάγνωση είναι ευκολότερη όπως και η παροχή και στήριξη από το ειδικό, επιστημονικό προσωπικό (Γκολένα, 2008).

Εκτός από το σύνδρομο Kanner και το Asperger, στην κλίμακα του φάσματος βρίσκονται και άλλοι τύποι αυτισμού όπως: ο άτυπος αυτισμός, το σύνδρομο Εύθραυστου X, το Rett κ.α.

2.2.1 Σύνδρομο (Kanner)

Το σύνδρομο Kanner, ή αυτισμός χαμηλής λειτουργικότητας, οφείλει την ονοματοδοσία του στον παιδοψυχίατρο L. Kanner, ο οποίος προσπάθησε ήδη από το 1943 να ερμηνεύσει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του αυτιστικού φάσματος. Το σύνδρομο Kanner προκαλεί προβλήματα στην πνευματική ανάπτυξη, στην επικοινωνία, την κοινωνική αντίληψη, αλλά και την έλλειψη συναισθηματικών εκδηλώσεων (Vrono & Bashina, 1975). Τα αίτια του συνδρόμου είναι κληρονομικά, αλλά μπορεί να προκληθούν και από ενδομήτριες μολύνσεις και επιπλοκές ή πρόκληση τραύματος στο κεφάλι κατά τη διαδικασία του τοκετού (Jacobsen, 2010). «Το σύνδρομο εμφανίζεται στην νηπιακή ηλικία και συγκεκριμένα πριν από τα τρία έτη». «Η συχνότητα εμφάνισής του είναι 3-4:1 με το μεγαλύτερο ποσοστό στα αγόρια».

Το σύνδρομο Kanner, λοιπόν, εμφανίζεται στα άτομα εκδηλώνοντας τα βασικότερα από τα χαρακτηριστικά του αυτισμού όπως (Frith, 1984):

- «Μοναχικότητα και απομόνωση
- Εμμονή στην ομοιομορφία
- Περίπλοκες στερεοτυπικές διαδικασίες
- Διαρκής ενασχόληση με υπερβολικά περιορισμένα θέματα ενδιαφέροντος
- Εξαιρετική μνήμη και ευκολία απομνημόνευσης
- Φοβίες
- Επαναλαμβανόμενες κινήσεις, φράσεις και σκέψεις
 - Διαταραχές ύπνου και σίτισης

2.2.2 Σύνδρομο Rett

Το σύνδρομο Rett πλήττει αποκλειστικά τα κορίτσια. Δεν υπάρχει ακριβής υπολογισμός της διαταραχής, αλλά αναφέρεται η συχνότητα εμφάνισής της να κυμαίνεται σε 1 περιστατικό ανά 10000- 15000 άτομα. Είναι μία εκφυλιστική κατάσταση που επιβραδύνει την ανάπτυξη του εγκεφάλου ανάμεσα στον 5^ο και 48^ο μήνα και οφείλεται σε ελαττωματικό γο-

νίδιο. Αυτό το σύνδρομο δεν παρουσιάζεται από τους πρώτους μήνες της παιδικής ηλικίας, μα κάνει την εμφάνισή του δειλά δειλά με τις εξής ενδείξεις (Γένα, 2002):

- «Υπερβολική εισπνοή ή κατάποση αέρα
- Τρίξιμο των δοντιών
- Σοβαρή μειονεξία στην ικανότητα ομιλίας και την ψυχοκινητική ανάπτυξη
- Μείωση λειτουργικότητας άνω ακρών και μερικές φορές των κάτω
- Επιβράδυνση της αύξησης της κεφαλής στις ηλικίες 5 έως 48 μηνών
- Απώλεια κερτημένων δεξιοτήτων του χεριού στις ηλικίες 6 έως 30 μηνών
- Αστάθεια κατά την βάδιση ενώ συνυπάρχει παρέκκλιση στην σπονδυλική στήλη
- Παροδική συρρίκνωση των κοινωνικών συναλλαγών (ενώ στον αυτισμό η κοινωνική συναλλαγή δεν αναπτύσσεται καθόλου χωρίς ειδική αγωγή)
- Δυσκαμψία και προβλήματα στην συναρμογή και τις κινήσεις του κορμού 1-4 ετών»

Τα αίτια της εμφάνισής του συνδρόμου είναι ακόμα άγνωστα, όμως θεωρείται ότι η αιτιολογία της είναι βιολογικής φύσεως καθώς συνοδεύεται από σωματικές ανεπάρκειες (Γένα, 2002).

2.2.3 Σύνδρομο Asperger

Ο παιδίατρος Asperger το 1944 δημοσίευσε ένα άρθρο στα γερμανικά με τίτλο «Αυτιστικές ψυχοπάθειες της παιδικής ηλικίας». Από αυτόν πήρε το όνομά του το ομώνυμο σύνδρομο το οποίο αποτελεί μια μία μορφή ήπιου αυτισμού όπως κατατάσσεται στο ICD-11 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Αν και χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας, τα άτομα με που το εμφανίζουν έχουν και κάποια από τα τυπικά, αυτιστικά χαρακτηριστικά. Η αναλογία εμφάνισής τους 10:1 αφορά τα αγόρια, ενώ είναι σημαντικό να επισημανθεί πως στην περίπτωση ύπαρξής του δεν επηρεάζονται οι νοητικές λειτουργίες, αφού ούτε καθυστερείται η εμφάνισή τους ούτε επιβραδύνεται (Γκονέλα, 2006).

Το σύνδρομο Asperger πολλές φορές αναφέρεται και ως αυτισμός υψηλής λειτουργικότητας, μιας και στις δύο περιπτώσεις χαρακτηρίζονται άτομα τα οποία έχοντας υποβληθεί σε σταθμισμένα tests έχουν φυσιολογικό ή άνω του φυσιολογικού δείκτη νοημοσύνης καθώς και υποτυπώδη λεκτική ικανότητα (Μορένο, 2001). Στα άτομα με σύνδρομο Asperger δεν παρατηρούνται ιδιαίτερα εμφανείς διαταραχές στη νοητική λειτουργία, στην ομιλία και την αυτοεξυπηρέτηση. Χαρακτηριστικό τους είναι οι αδέξιες κινήσεις, η δυσκολία στην κοινωνική αλληλεπίδραση ή την επικοινωνία με τους άλλους, εξαιτίας

της έλλειψης εκφραστικότητας και επιτονισμού, στοιχεία που θα μπορούσαν να φανερώσουν στο συνομιλητή τα συναισθήματα από τα οποία διακατέχονται. Επιπλέον, παρατηρούνται και κάποιες δεξιότητες όπως:

- Εξαιρετική μακρόχρονη μνήμη
- Επιδεξιότητα στη μουσική και τα μαθηματικά
- Οπτικοακουστικές δεξιότητες
- Ανάκληση λέξεων και πλούσιο λεξιλόγιο

Η διαφορά ενός ατόμου με Asperger από ένα άτομο με αυτισμό είναι όπως χαρακτηριστικά λέει ο Van Krevelen ότι «ένα άτομο με τυπικό αυτισμό χαμηλής λειτουργικότητας «ζει στον κόσμο του», αντιθέτως τα άτομα με υψηλή λειτουργικότητα «ζουν στον κόσμο μας, αλλά με τον δικό τους τρόπο» (Wing, 1991). Τις περισσότερες φορές το άτομο με σύνδρομο Asperger δείχνει την εντύπωση ενός εκκεντρικού παθιασμένου ατόμου, όπου παθιάζεται με οτιδήποτε καταπιάνεται. Ωστόσο ορισμένα αυτιστικά χαρακτηριστικά όπως οι στερεοτυπικές κινήσεις και, η εκτέλεση ρουτινών και η αναστάτωση που δημιουργεί η οποιαδήποτε αλλαγή στο πρόγραμμα τους, εμφανίζονται και στο σύνδρομο Asperger (Wing, 1996). Τα άτομα με σύνδρομο Asperger παρουσιάζουν διάσπαση προσοχής και αυτό γιατί προσκολλούνται σε ένα αντικείμενο ή ερέθισμα που τους ενδιαφέρει και δεν δίνουν προσοχή σε τίποτα άλλο.

Ακόμα, στα άτομα με σύνδρομο Asperger εντοπίζονται δυσκολίες που αφορούν την κινητική τους λειτουργικότητα. Πρόκειται για αδεξιότητα, υψηλού βαθμού, σε σχέση με την κίνηση «ή δυσπραξία». Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείτε μια δυσκαμψία στην εκτέλεση των κινητικών δραστηριοτήτων. Όπως παιχνίδια που μπορούν να εκτελεστούν στο χώρο της παιδικής χαράς, ελλιπής κινητική ισορροπία, δυσκολία στην πρόβλεψη εμποδίων που πρέπει να προσπεραστούν με αποτέλεσμα την πρόσκρουση των παιδιών σε αυτά. Όλες αυτές οι δυσκολίες έχουν σχέση με το νευρολογικό υπόβαθρο της διαταραχής, όπως και τη δυσκολία επεξεργασίας του καταγισμού των πληροφοριών που δέχονται τα άτομα με σύνδρομο Asperger (Siaperas et al., 2011).

Όπως και στο σύνδρομο Rett,, έτσι και εδώ δεν υπάρχει ακριβής υπολογισμός της διαταραχής, ωστόσο από έρευνες προκύπτει ότι η συχνότητα εμφάνισης της ανέρχεται στις 10-26 ανά 10.000 άτομα. Όσον αφορά τη συσχέτιση του Asperger με το φύλο, αξίζει να αναφερθεί ότι εμφανίζεται 3-10 φορές συχνότερα σε αγόρια έναντι των κοριτσιών (Γένα, 2002).

2.2.4 Σύνδρομο του ευθραύστου X

Στο σύνδρομο του εύθραυστου X τα αίτια εντοπίζονται σε διαφοροποίηση του χρωμοσώματος X το οποίο διασπάται. Στα κορίτσια υπάρχουν δύο χρωμοσώματα X, το ένα εύθραυστο X μπορεί να αντικατασταθεί από ένα φυσιολογικό χρωμόσωμα X στα κορίτσια, όμως, αν και αποτελούν μόνο φορείς του συνδρόμου, εμφανίζουν ελαφριά νοητική καθυστέρηση σε ποσοστό 10% και ειδικές μαθησιακές δυσκολίες σε ποσοστό 30% (Πολυχρονοπούλου, 2010).

Στα αγόρια, όπου δεν υπάρχει δεύτερο χρωμόσωμα X, επομένως δεν είναι εφικτό να αντικατασταθεί το εύθραυστο X. Γι' αυτό το λόγο το σύνδρομο είναι συχνότερο στα αγόρια. Η συχνότητα είναι 1 αγόρι κάθε 2.000-4.000 άτομα. Τα αγόρια με σύνδρομο ευθραύστου X αντιμετωπίζουν γλωσσικές διαταραχές, υπερκινητικότητα και πολλά συμπτώματα του αυτισμού. Παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες στα φυσικά χαρακτηριστικά καθώς έχουν μακρόστενο πρόσωπο, μικρή απόσταση μεταξύ των ματιών, διευρυμένο μέγεθος του αυτιού και σαγόρι που προεξέχει ([www. autismhellas.gr](http://www.autismhellas.gr)).

2.2.5 Άτυπος αυτισμός

Κατατάσσεται στις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και εκδηλώνεται μετά την ηλικία των 3 ετών. Πρόκειται για μη εμφανές σύνδρομο, χαμηλής λειτουργικότητας και τρεις περισσότερες φορές συνυπάρχει με νοητικής υστέρηση. Το σύνδρομο έχει τα συνηθισμένα στοιχεία του αυτισμού όπως χαμηλή επικοινωνιακή και εκφραστική δυνατότητα, στερεοτυπικές και γενικά μη αποδεκτές (Γκολένα, 2008).

Οποιαδήποτε ανταπόκριση του παιδιού στα κριτήρια του DSM-IV για τον αυτισμό, εάν δεν πληρούνται στα απαιτούμενα ποσοστά, εντάσσονται στην κατηγορία του Άτυπου Αυτισμού (Διάχυτη Διαταραχή της Εξέλιξης Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς) (Peeters, 2000).

2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο αριθμός των παιδιών που διαγιγνώσκονται με διαταραχή του αυτισμού φάσματος και των συναφών του καταστάσεων έχει αυξηθεί κατά 25 φορές από τη δεκαετία του 1980. Σημαντικός λόγος είναι η αλλαγή των διαγνωστικών μεθόδων.

Με βάση την διεθνή βιβλιογραφία: «Ο αυτισμός εμφανίζεται πια με αναλογία 2-6 ανά 1000 γεννήσεις (Centers for Disease Control and Prevention, 2001)». Από την ίδια πηγή ανέφερε την εμφάνιση του αυτισμού με συχνότητα 1/166 γεννήσεις (Preissler, 2006). Σύμφωνα με έρευνα της Αμερικάνικης Ακαδημίας Νευρολογίας, 60.000 -115.000

παιδιά κάτω της ηλικίας των 15 ετών στις Ηνωμένες Πολιτείες εμφανίζουν τα αυτιστικά κριτήρια (American Academy of Neurology, 2000). Επίσης στο παγκόσμιο συνέδριο της World Autism Organization το 2002 (en.wikipedia.org) στη Μελβούρνη της Αυστραλίας, η σχετική ανακοίνωση ανέφερε αναλογία σε άτομο 1:500.

Στην ελληνική επικράτεια εκτιμάται, ότι πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 4.000 -5.000 παιδιά και ενήλικα άτομα με κλασικό αυτισμό και 20.000-30.000 με αυτιστικού τύπου διαταραχές ανάπτυξης (Τσόρμπα, 2007). Στην ιστοσελίδα του παιδαγωγικού ινστιτούτου, όπου παρουσιάζεται το αναλυτικό πρόγραμμα του σχολείου που αφορά τα παιδιά με αυτισμό, αναφέρεται η συχνότητα εμφάνισής του σε 2 – 11 άτομα ανά 10.000 άτομα.

«Σύμφωνα με στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών των Η.Π.Α. (Centre for Disease Control and Prevention – CDC) το 2020 (στοιχεία του 2016) 1 στα 54 παιδιά διαγνώστηκε με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος. Τα αγόρια έχουν τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν αυτιστική διαταραχή σε σχέση με τα κορίτσια και συγκεκριμένα 1 στα 34 αγόρια και 1 στα 144 κορίτσια διαγνώστηκαν με ΔΑΦ (www.autismspeakw.org).»

Από όλα τα παραπάνω προκύπτει πως το σύνδρομο του αυτισμού εμφανίζεται συχνά, αλλά παρόλο αυτά η διάγνωσή του δεν είναι πάντα εφικτή κι έτσι πολλές φορές μπορεί να υπάρξουν λανθασμένες εκτιμήσεις που δεν ευνοούν την έγκαιρη παρέμβαση (Ατόμων, Ελληνική Εταιρεία Προστασίας, 2008) (Happe, 1998).

Κεφάλαιο III

Χαρακτηριστικά-Διάγνωση και Αξιολόγηση αυτισμού

3.1 Χαρακτηριστικά γνωρίσματα

Ο αυτισμός είναι μία πολυδιάστατη διαταραχή και εμφανίζεται με συχνότητα (4:1) στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. Δεν επηρεάζεται από φυλετικά και ψυχοκινητικά κριτήρια. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του αυτιστικού φάσματος καταγράφουν πολλές και διαφορετικές κλινικές ενδείξεις. Διαπιστώνουμε ότι ο αυτισμός εμφανίζεται σε κάθε παιδί με διαφορετικό πρόσωπο και διαπιστώνουμε την ύπαρξη πολλών ατομικών διαφορών. Τα συμπτώματα εμφανίζονται και εκδηλώνονται σε διαφορετικό βαθμό με αποτέλεσμα την ανάγκη δημιουργίας προσαρμοσμένων, θεραπευτικών προγραμμάτων στην περίπτωση κάθε παιδιού. Τα παιδιά που ανήκουν σε ΔΑΦ βρίσκονται αντιμέτωπα με πολλές δυσκολίες οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά πολλούς τομείς που σχετίζονται με την ανάπτυξή τους (Κοκαρίδας, 2016).

Τα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα παρουσιάζουν ελλείψεις στις τρεις περιοχές που συνιστούν την τριάδα των διαταραχών, δηλαδή τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά του αυτιστικού συνδρόμου, την κοινωνική αλληλεπίδραση, την επικοινωνία και τα περιορισμένα ενδιαφέροντα (Wing, 1979). Τα χαρακτηριστικά αυτά ευθύνονται για συγκεκριμένες δυσκολίες στην αλληλεπιδραστική σχέση του ατόμου με το περιβάλλον τα όποια είναι (Χωριανοπούλου, 2019):

1) Κοινωνική αλληλεπίδραση

- Απομόνωση και αδιαφορία για τους άλλους.
- Απουσία βρεγματικής επαφής ή αν υπάρχει είναι στιγμιαία.
- Άκριτη αποδοχή της προσέγγισης των άλλων στο πλαίσιο της κοινωνικής προσέγγισης και επαφής.
- Μονόπλευρη κοινωνική προσέγγιση με σκοπό την πιθανή ικανοποίηση παράξενων και ασυνήθιστων ενδιαφερόντων.
- Επιθυμία κοινωνικής επαφής, αλλά αδυναμία υιοθέτησης των κανόνων που τη διέπουν.
- Αποφυγή αγγίγματος.

2) Επικοινωνία

- Απουσία κάθε επιθυμίας για επικοινωνία.
- Δυσκολίες κατανόησης προφορικού και γραπτού λόγου και αδυναμία τις περισσότερες φορές να τον παράγουν.
- Σχολιασμό γεγονότων που δεν είναι συσχετιζόμενα με το συναφές κοινωνικό πλαίσιο.
- Άσκοπη επανάληψη λέξεων και φράσεων από τον συνομιλητή τους χωρίς να καταλαβαίνει το νόημα (ηχολαλία).
- Αδυναμία κατανόησης των άλλων, ανεπιτυχής διάλογος.
- Αδυναμία κατανόησης μη λεκτικής επικοινωνίας (νεύματα).

3) Περιορισμένα ενδιαφέροντα και φαντασίας (επίμονα και επαναλαμβανόμενα πρότυπα).

- Αδυναμία μίμησης παιχνιδιού και αδυναμία ανάπτυξης συμβολικού παιχνιδιού.
- Έλλειψη της μιμητικής, πρακτικής ικανότητας σε σχέση με τους άλλους, έλλειψη κατανόησης των νοητικών καταστάσεων των άλλων «δηλαδή αδυνατούν να διαβάσουν το μυαλό του άλλου και να προβλέψουν την συμπεριφορά του» .
- Ανάλυση ρόλων με επαναλαμβανόμενο και στερεότυπο τρόπο.

- Δυσκολίες στην αλλαγή της 'ρουτίνας' τους, η μετάβαση της μίας δραστηριότητας στην άλλη τους προκαλεί άγχος.
- Προσκόλληση σε ασυνήθιστες δραστηριότητες τις οποίες επαναλαμβάνει συνεχώς.
- Δείχνει υπερευαίσθησία ή μεγάλη ανεκτικότητα στο πόνο (Χωριανοπούλου Σ, 2019)

3.2 Διαγνωστικά κριτήρια

Η διάγνωση των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ) πραγματοποιείται επί το πλείστον από την άμεση παρατήρηση και την αξιολόγηση της συμπεριφοράς και αυτό συμβαίνει λόγω της πολυπλοκότητας των χαρακτηριστικών, καθώς και από το αναπτυξιακό ιστορικό των ατόμων που βρίσκονται στο φάσμα. Οι ειδικοί γιατροί και αναπτυξιολόγοι που ασχολούνται με την διάγνωση του αυτισμού, θα πρέπει να εξετάζουν χαρακτηριστικά που ανήκουν στην τριάδα των διαταραχών. Ο αυτισμός σπάνια διαγιγνώσκεται πριν τα 3 έτη, αν και οι γονείς παρατηρούν κάποια ελλείμματα στην συμπεριφορά των παιδιών, αποφεύγουν να πάρουν την γνώμη κάποιου ειδικού, ενώ και πολλοί γιατροί διστάζουν να ενημερώσουν την πιθανότητα ύπαρξης του αυτισμού για να μην δυσαρεστήσουν τους γονείς (Κοκαρίδας, 2016).

Από τη δεκαετία του '80 και έπειτα ο αυτισμός άρχισε να ταξινομείται ως Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή, η οποία επηρεάζει πολυμορφικά τη λειτουργικότητα του ατόμου τόσο σε βιολογικό, όσο και σε γνωστικό, κοινωνικό και συναισθηματικό επίπεδο. Καλύβα, 2005).

Η διάγνωση του αυτισμού από το 1980 και μετά γίνεται διεθνώς με δύο διαγνωστικά εργαλεία. Το ένα δημιουργήθηκε από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία (American Psychiatric Association - APA) και ονομάζεται Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχιατρικών Διαταραχών (DSM). Το άλλο δημιουργήθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization) με την ονομασία Διεθνής Ταξινόμηση Νόσων (International Classification of Diseases/ ICD-10) (Χωριανοπούλου, 2019). Και οι δύο αυτές εκδόσεις είναι απαραίτητες για την διάγνωση του συνδρόμου. Αξίζει να σημειωθεί ότι και τα δύο συστήματα αναθεωρούνται ανά τα χρόνια (American Psychiatric Association, 2000) APA (Aarons & Gittens, 1999). Παρόλο που η διάγνωση του αυτισμού μπορεί να γίνει από την ηλικία των δύο ετών, στις περισσότερες περιπτώσεις η διάγνωση λαμβάνεται μετά τα 3 έτη, ενώ σε περιπτώσεις με ηπιότερα συμπτώματα της διαταραχής στην ηλικία των 4 ή ακόμη και των 6 ετών. πολύ αργότερα από τα 4 ή ακόμα και από τα 6 τους έτη. Εντούτοις, γίνονται έρευνες για τη διάγνωση του αυτισμού ακόμη πιο νωρίς σε παιδιά ηλι-

κίας από 1-2 ετών, όχι απαραίτητως με το DSM (2-3 έτη) οπού χάνεται πολύτιμος χρόνος παρέμβασης (Κοκαρίδας, 2016).

Κατά τη διάρκεια της διάγνωσης γίνεται η λήψη ιστορικού, δίνοντας βάση στα στάδια της ανάπτυξης του παιδιού, στη συστηματική διερεύνηση βασικών συμπεριφορών και την παρατήρηση σε καθημερινές καταστάσεις (World Health Organization, 1993).

Σύμφωνα με DSM-IV-TR (1994) υπάρχουν τρεις κατηγορίες κριτηρίων για τον αυτισμό είναι (Γκονέλα, 2006):

A) Διαταραγμένη επικοινωνία:

- «Ελλειμματική ή καθυστερημένη ομιλία χωρίς καμία προσπάθεια ανάπτυξης άλλων τρόπων επικοινωνίας, όπως για παράδειγμα με χειρονομίες ή παντομίμα».
- «Αδυναμία πρωτοβουλίας στην έναρξη ή διατήρηση συνομιλιών με άλλους ανθρώπους».
- «Χρήση στερεότυπου, επαναληπτικού και με άλλες ιδιορρυθμίες λόγου».
- «Έλλειψη φαντασίας και προσποίησης στο παιχνίδι».

B) Διαταραγμένη κοινωνική συμπεριφορά:

- «Διαταραχές σε μη λεκτική κοινωνική συμπεριφορά, όπως οπτική – βλεμματική επαφή και συναισθηματική έκφραση».
- «Έλλειψη πρωτοβουλία στην κοινωνική αλληλεπίδραση με συνομηλίκους».
- «Αδυναμία στη μεταφορά πληροφοριών χωρίς προτροπή από το περιβάλλον».
- «Διαταραχές σε αμοιβαίες κοινωνικές επαφές και συναλλαγές, αδυνατούν να ανταποκριθούν στις επικοινωνιακές προσπάθειες των άλλων, κάποιες φορές στο άκουσμα του ονόματος τους».

Γ) Στερεοτύπη και επαναληπτική συμπεριφορά και περιορισμένα ενδιαφέροντα:

- «Περιορισμένα ενδιαφέροντα και ιδιαίτερο ενδιαφέρον για πράγματα και μέρη τους που δεν ενδιαφέρουν συνήθως τα συνομήλικα τους παιδιά. π.χ. ρόδες αυτοκινήτων, κάποιο χρώμα κ.λ.π».
- «Άρνηση σε αλλαγές, επιμονή σε ρουτίνες που δεν αποσκοπούν κάπου».
- «Στερεότυπες κινήσεις, στερεότυπος λόγος και στερεότυπη επεξεργασία οπτικών και άλλων ερεθισμάτων, π.χ. αμφιταλαντεύσεις, κινήσεις χεριών και ασυνάρτητος λόγος».

Επίσης, παρατηρείτε μεγάλη καθυστέρηση σε δεξιότητες λειτουργικού παιχνιδιού. Επίμονη ενασχόληση με περιορισμένο αριθμό δραστηριοτήτων ή αντικειμένων Εκδηλώνουν σοβαρά ελλείμματα στο συμβολικό παιχνίδι, στο παιχνίδι ρόλων βάσει σεναρίου και στο ομαδικό παιχνίδι την ιδιόμορφη αισθητηριακή επεξεργασία των ερεθισμάτων (π.χ. έντονη ενόχληση από τους δυνατούς θορύβους).Επιπλέον το ένα τρίτο των παιδιών με αυ-

τισμό που πληρούν τα κριτήρια για Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα (Goldsetein & Schwebach, 2004). Επίσης, ιδιαίτερα υψηλά είναι τα ποσοστά των ατόμων με αυτισμό, ιδίως όσων έχουν υψηλότερο δείκτη νοημοσύνης, που εκδηλώνουν συμπτώματα αγχώδους ή/και καταθλιπτικού τύπου διαταραχών, γεγονός που αποδίδεται στην καλύτερη αυτό-επίγνωση των δυσκολιών τους (Mazurek & Kanne, 2010).

Για τους καθηγητές φυσικής αγωγής χρήσιμο και αξιόπιστο είναι το Checklist For Children in Toddlers (CHAT), το συγκεκριμένο εργαλείο συνοδεύεται και από μία δομημένη συνέντευξη (follow-up).

Συνεπώς, η πρόωπη και έγκυρη διάγνωση του αυτιστικού συνδρόμου αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση . Με την έγκαιρη διάγνωση ενεργοποιείται η πρόληψη, ώστε να αποφευχθούν μελλοντικές συμπεριφορές που δεν είναι επιθυμητές, αφού αν εδραιωθούν είναι δύσκολο να αλλάξουν. Ταυτόχρονα, μέσω αυτής, οι γονείς και το κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού, γίνονται αποδέκτες του προβλήματος κι έτσι επιδιώκουν την καταλληλότερη παρέμβαση με τα θεραπευτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα, την καθοδήγηση και την υποστήριξη. Επίσης, η πρόωπη υποστηρικτική παρέμβαση είναι απαραίτητη, διότι πρόκειται για πρόσφορη περίοδο εξέλιξης και εξαιτίας της πλαστικότητας του εγκεφάλου, υπάρχουν δυνατότητες αναδιοργάνωσης και αναπλήρωσης . Επιπλέον, χρήσιμη είναι και η πρόωπη ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική των γονιών. Τέλος, ο κοινωνικός περίγυρος και οι διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (διαζύγιο, αυστηροί γονείς, ψυχική ένταση στο σπίτι) λαμβάνονται υπόψη προκειμένου να στοιχειοθετηθεί το προφίλ του παιδιού (Δημητροπούλου, 2017).

3.2.1 DSM-5

Το διαγνωστικό εργαλείο DSM-5 χρησιμοποιείται συνήθως από παιδίατρο, ψυχολόγο, αλλά και επιστήμονες άλλων ιδιόκτητων όπως λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ειδικούς παιδαγωγούς. Προκειμένου να γίνει η διάγνωση του DSM-5, θα πρέπει οι διαταραχές να έχουν παρουσιαστεί πριν την ηλικία των τριών ετών. Οι βασικές προϋποθέσεις είναι οι τυποποιημένες παρακολουθήσεις του παιδιού και το αναπτυξιακό και ιατρικό ιστορικό. Στην συνέχεια ανάλογα με την σοβαρότητα οι διαταραχές κατατάσσονται σε τρία επίπεδα:

Το 1^ο επίπεδο - απαιτείται υποστήριξη

Υπάρχουν ελλείμματα στην επικοινωνία που προκαλούν μικρά προβλήματα, παρατηρείται δυσκολία εκκίνησης κοινωνικής επαφής και αδυναμία ανταπόκρισης στη κοινωνική επαφή με τον άλλον. Εμφανίζεται επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά και μειωμένο

ενδιαφέρον για κοινωνική αλληλεπίδραση. Υπάρχει δυσκολία στις αλλαγές και προβλήματα στην οργάνωση και το σχεδιασμό.

Το 2^ο επίπεδο απαιτείται - ενισχυμένη υποστήριξη

Υπάρχουν σοβαρά ελλείμματα στην επικοινωνία, περιορισμένη ικανότητα έναρξης κοινωνικής αλληλεπίδρασης και μειωμένη ανταπόκριση κοινωνικής επαφής. Παρατηρείται άκαμπτη και επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά, δυσκολία και δυσφορία σε αλλαγές και στην εστίαση.

Το 3^ο επίπεδο απαιτεί πολύ ενισχυμένη υποστήριξη

Υπάρχουν σοβαρά ελλείμματα στην επικοινωνία που προκαλεί σοβαρές βλάβες στην λειτουργικότητα. Παρατηρείται πολύ μειωμένη δυνατότητα πρωτοβουλίας για κοινωνική επαφή και περιορισμένη ανταπόκριση στην έναρξη επικοινωνίας από άλλον. Παρατηρείται ακραία δυσκολία στις αλλαγές και επίμονη επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά. Μεγάλη δυσκολία στην εστίαση και σε αλλαγές (Γιαννούλη, Κούλη, & Σαρρή, 2021).

3.2.2 ICD-10

Σύμφωνα με το ICD-10 (icd.who.int) τα διαγνωστικά κριτήρια για τον παιδικό αυτισμό είναι:

A. « Η παρουσία ανώμαλης ή επιβλαβούς ανάπτυξης που εμφανίζεται πριν την ηλικία των 3 ετών».

B. «Ο χαρακτηριστικός τύπος ανώμαλης λειτουργικότητας ως προς τους τρεις τομείς της ψυχοπαθολογίας είναι η αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση, επικοινωνία και περιοριστική επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά. Επιπρόσθετα σε αυτά τα τρία διαγνωστικά στοιχεία να υπάρχει ένα πεδίο από μη συγκεκριμένα προβλήματα όπως φοβίες, διαταραχές ύπνου και διατροφής, εκρήξεις θυμού και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά» (Γιαννούλη, Κούλη & Σαρρή, 2021).

3.2.3 M-CHAT

Το M-CHAT είναι ένα απλό και αξιόπιστο εργαλείο, που ανιχνεύει και αξιολογεί την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών αυτιστικού φάσματος. Αποτελείται από 24 απλές ερωτήσεις και απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας μεταξύ 16-30 μηνών. Χρησιμοποιείται από ειδικούς, καθώς και από το ΚΦΑ σε συνεργασία με τους γονείς όταν έχουν βάσιμες ανησυχίες για ΔΑΦ.

Ο κύριος στόχος του είναι να ανιχνεύσει όσο το δυνατόν περισσότερες διαταραχές του αυτιστικού φάσματος. Επειδή υπάρχει ένα υψηλό ποσοστό ψευδών (θετικών) απα-

ντήσεων το συγκεκριμένο εργαλείο συνοδεύεται και από μία δομημένη συνέντευξη (follow-up). Η υψηλή βαθμολογία δεν συνιστά αναγκαία εμφάνιση ΔΑΦ (Robins, 1999).

Το M-CHAT χρειάζεται λιγότερο από δύο λεπτά για να βαθμολογηθεί μιας και οι απαντήσεις ΝΑΙ/ΟΧΙ μετατρέπονται σε επιτυχημένες/ αποτυχημένες. Οι απαντήσεις που βρίσκονται στο ερωτηματολόγιο με τα έντονα γράμματα είναι τα κρίσιμα ερωτήματα. Αν τα παιδιά αποτύχουν σε περισσότερες από 3 οποιεσδήποτε ερωτήσεις ή σε 2 κρίσιμες ερωτήσεις με (αριθμούς 2,7,9,13,14,15) και επακολουθήσει η συνέντευξη (follow-up) και τα σκορ είναι υψηλά, τότε πρέπει να παραπεμφθούν σε ειδικό για αξιολόγηση Βλ. (παράρτημα 2).

3.4 Ηλικία έναρξης διάγνωσης

Όσα παιδιά βρίσκονται το φάσμα του αυτισμού δεν παρουσιάζουν εκ γενετής κάποιο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό που θα οδηγεί στην αναγνώρισή του. Μέσω της παρατήρησης οι γονείς, κι εφόσον υπάρχουν μεγαλύτερα παιδιά, είναι σε θέση να εντοπίσουν και να διαγνώσουν κάποια πιθανά συμπτώματα (Γένα, 2002).

Φαίνεται πως ο αυτισμός εκδηλώνεται με δυο τρόπους:

i) Ως πρώιμος παιδικός αυτισμός που αποτελεί την τυπική μορφή. Οι πρώτες εκδηλώσεις δεν εντοπίζονται από το οικείο περιβάλλον μιας και εκδηλώνονται από τον 18ο μήνα και μετά. Το βρέφος είναι ιδιαίτερα ήσυχο, δείχνει αδιαφορία για το περιβάλλον, δεν κλαίει, δεν ανταποκρίνεται στα ηχητικά ερεθίσματα μένει αδιάφορο στο πλησίασμα της μητέρα του, δεν της χαμογελά και δεν έχει βλεμματική επαφή μαζί της. Η έλλειψη επικοινωνίας είναι από τα πρώτα ανησυχητικά σημάδια της (Σταμάτης, 1987).

ii) Ως ώριμος, δευτερογενής αυτισμός που εκδηλώνεται στα 2,5-3 έτη νωρίτερα η ανάπτυξη είναι κανονική. Η έναρξή του συμπίπτει με διάφορα γεγονότα όπως ασθένεια του παιδιού, διαζύγιο των γονέων, θάνατος οικογενειακού προσώπου κ.τ.λ. Το παιδί βιώνοντας τη νέα εμπειρία σταματά να εκδηλώνει κάποιες ικανότητες που είχε κατακτήσει και παλινδρομεί, ενώ ταυτόχρονα σταματά να επικοινωνεί με το περιβάλλον του και κλείνεται στον εαυτό του. Μέχρι σήμερα οι ακριβείς παράγοντες πρόκλησής του δεν έχουν προσδιοριστεί (Νότας & Νικολαΐδου, 2006).

3.5 Αιτιολογία

Κατά καιρούς έχουν διενεργηθεί πολλές επιστημονικές μελέτες και έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες για να οριστούν τα ακριβή αίτια που προκαλούν αυτισμό. Γνωρίζουμε, βέβαια, ότι είναι μία εκ γενετής διαταραχή η οποία οφείλει την ύπαρξή της σε κά-

ποια ειδική ή γενική εγκεφαλική βλάβη, η οποία πιθανολογικά προέκυψε ως συνισταμένη άλλων παραγόντων, βιολογικών, γενετικών και περιβαλλοντικών (Spence & Zecavati, 2009). Η εμφάνιση του αυτισμού μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες και όχι απαραίτητα σε συγκεκριμένα αίτια. Βέβαια, άλλες αιτίες που αναφέρονται είναι οι γενετικοί παράγοντες, οι περιβαλλοντικές προσβολές του εμβρύου στη μήτρα, οι εγκεφαλικές ανωμαλίες, οι νευρολογικές ανωμαλίες και οι ανοσοποιητικές δυσλειτουργίες.» Ωστόσο οι ερευνητές συμφωνούν ότι ο αυτισμός φαίνεται να προκαλείται από κάποιο φυσικό πρόβλημα στον εγκέφαλο (Πολυμεροπούλου, 2008).

3.5.1 Επίδραση κληρονομικών και γονιδιακών παραγόντων

Τα τελευταία χρόνια έρευνες προσανατολίζονται σε γονιδιακά αίτια τα οποία έχουν δυνατό κληρονομικό υπόβαθρο, ενώ επιβαρυντικοί είναι και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Η κληρονομικότητα αποτελεί τον πιο σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα για την εκδήλωση του αυτισμού όπως καταγράφουν και αντίστοιχες έρευνες που έχουν διενεργηθεί μεταξύ αδερφών (Δεπάστας, 2017).

Πολύ συχνά μέλη της οικογένειας που ανήκει το παιδί που βρίσκεται στο αυτιστικό φάσμα παρουσιάζουν χαρακτηριστικά αυτιστικών διαταραχών. Τέτοια χαρακτηριστικά, τα οποία ονομάζονται αυτιστικός φαινότυπος, εμφανίζονται σε γονείς που το παιδί τους ανήκει στο φάσμα του αυτισμού σε ποσοστό 20%. Σύμφωνα με τους Devlin και Scherer (2012) «το φάσμα των διαταραχών του αυτισμού χαρακτηρίζεται από υψηλή κληρονομικότητα». Ο Rosenberg και οι συνεργάτες του (2009) «από την άλλη υποστήριξαν ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι μοιράζονται ένα μεγάλο ποσοστό των αυτιστικών χαρακτηριστικών, ενώ οι διζυγωτικοί μόνο το 0-10%,» (Jonson et al 2013). Τα ερευνητικά αυτά δεδομένα ενισχύουν την άποψη ότι οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού εντοπίζονται σε γονίδια τα οποία έχουν ένα δυνατό κληρονομικό υπόβαθρο ενισχύοντας την κληρονομικότητα ως βασικό παράγοντα για την εκδήλωση κάποιας αυτιστικής διαταραχής (Bailey et al, 2006).

Οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος κατατάσσονται πλέον στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ερευνών που επισημάνει πως οι πιθανές ανωμαλίες μπορεί να οφείλονται σε γονιδιακά αίτια, νευρολογικής και νευρωνικής οργάνωσης του εγκεφάλου. Πολλά από αυτά τα αίτια οφείλονται σε βλάβη του εγκεφαλικού φλοιού και στον τρόπο οργάνωσης των νευρωνικών δικτύων του εγκεφάλου, γεγονός που συντελεί στην απορρύθμιση των συναισθημάτων και της μάθησης. Ακόμη υπάρχει σύνδεση μεταξύ των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού και των νευρώνων Purkinje της

παραγκεφαλίδα, ο αριθμός των οποίων είναι μειωμένος στα άτομα αυτά σε σχέση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα άτομα. (Volkmar et al., 2005).

3.5.2 Επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων

Σε ό,τι αφορά τους περιβαλλοντικούς παράγοντες οι μελέτες εστιάζονται στην προγεννητική και περιγεννητική περίοδο, καθώς επίσης και στους γονείς και στο γονεϊκό τους τύπο. Παράγοντες που συσχετίστηκαν ήταν η ηλικία των γονιών και ιδιαίτερα της μητέρας, ο πρώτος τοκετός, οι στρεσογόνοι παράγοντες στο βρέφος κατά τη διάρκεια του τοκετού. Επίσης το καθυστερημένο πρώτο κλάμα του βρέφους, η ανοξία και το χαμηλό βάρος του νεογνού μετά τη γέννηση αυξάνουν ιδιαίτερα το ποσοστό της εκδήλωσης των αυτιστικών διαταραχών.

Στα περιβαλλοντικά αίτια των νευροαναπτυξιακών διαταραχών του αυτιστικού φάσματος έχουν συμπεριληφθεί οι χημικοί παράγοντες όπως ο υδράργυρος, ο μόλυβδος, το αρσενικό, το μαγγάνιο, το βρώμιο, η αιθυλική αλκοόλη και τα εντομοκτόνα. Επίσης και η έκθεση στα βαρέα μέταλλα έχει συνδεθεί από πολλές έρευνες με τον αυτισμό, συγκεκριμένα το μεθυλικό υδράργυρο (CH_3Hg) που προκαλεί βλάβες στην ανάπτυξη του εγκεφάλου. Για αυτό και η εμφάνισή του είναι έντονη στις αντίστοιχες περιοχές (Δεπάστας, 2017).

3.6 Μύθος του τριπλού εμβολίου MMR

Στο παρελθόν ο εμβολιασμός έχει συνδεθεί με την εκδήλωση αυτισμού. Στη δεκαετία του 90' η Αμερική, η Βρετανία, αλλά και άλλες χώρες το σύνδεσαν με το εμβόλιο της γρίπης (Δεπάστας, 2017). Το 1998 ο γαστρεντερολόγος Andrew Wakefield δημοσίευσε στο περιοδικό "Lancet" μια έρευνα διατυπώνοντας τη θεωρία πως παιδιά τα οποία είχαν εμβολιαστεί με το εμβόλιο MMR κατά της ιλαράς, της παρωτίτιδας και της ερυθράς παρουσίασαν αυτισμό. Λίγο αργότερα ο ίδιος ενοχοποίησε τη θειομερσάλη, το συντηρητικό του εμβολίου σχετικά με αυτό το θέμα (Schultz, 2010). Βέβαια, και τα ανεμβολίαστα παιδιά είχαν πιθανότητες για να εμφανίσουν αυτισμό. Στη συνέχεια παρουσιάστηκε ένας μεγάλος αριθμός αντίστοιχων ερευνών. Στην πορεία αυτών δεν βρέθηκαν επαρκή στοιχεία για το συσχετισμό του MMR εμβολίου και του αυτισμού και ο Wakefield το 2010 ανακάλεσε τον προηγούμενο συσχετισμό του (Liu et al, 2010) (en.wikipedia.org). Στη Βρετανία στοχοποιήθηκε το ίδιο το εμβόλιο, σε άλλες χώρες το περιεχόμενο των φιαλιδίων του (Schultz, 2010).

Σε αντίθεση με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας υπάρχουν μελέτες που αποδεικνύουν ότι τα εμβόλια που περιέχουν το συντηρητικό θιμεροσάλη, δεν έχουν κάποια σύνδεση με τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος (World Health Organization, 1993).

Κεφάλαιο IV

Η εξέλιξη του αυτισμού ανάλογα με την ηλικία και οι παράγοντες πρόληψης

4.1 Τρόποι συμπεριφοράς και διαφορές φύλων

Μελέτες δείχνουν ότι η εκδήλωση του αυτισμού είναι 3-4 φορές συχνότερη στα αγόρια από ότι στα κορίτσια, ενώ τα πρώτα εμφανίζουν εντονότερα συμπτώματα σε σχέση με τα δεύτερα (Gillberg & Geschwind, 2013).

Αποτελέσματα ερευνών σε αγόρια με σύνδρομο Asperger δείχνουν να έχουν καλύτερες επιδόσεις στον ηλεκτρονικό προγραμματισμό και στα μαθηματικά σε σχέση με τα κορίτσια που είχαν καλύτερες εκδηλώσεις ενσυναίσθησης (Feinstein, 2010). Τα κορίτσια με ΔΑΦ και μέτριο IQ παρουσιάζουν καλύτερη λειτουργική, κοινωνική συμπεριφορά και λιγότερο στερεοτυπικές εκδηλώσεις, έναντι των αγοριών όπου η διαταραχή συνοδεύεται με ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα. Για αυτό το λόγο παραπέμπονται για διάγνωση πιο σπάνια τα κορίτσια. Επίσης, τα κορίτσια τείνουν να έχουν υψηλότερες λεκτικές ικανότητες, ενώ τα αγόρια παρουσιάζουν συχνότερα συμπεριφορές υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας (είναι πιο επιθετικά). Οι συμπεριφορές αυτές υποκινούν περισσότερο τους φροντιστές των παιδιών για διάγνωση των ΔΑΦ (Halladay et al., 2015).

Έρευνες σε οικογένειες έδειξαν ότι από τους δύο γονείς, η μητέρα που βρίσκεται στο φάσμα έχει περισσότερες πιθανότητες να το μεταδώσει στο παιδί από ότι ο πατέρας. Εξίσου και στα αδέρφια, από τα δύο φύλα τα κορίτσια που βρίσκονται στο φάσμα έχουν μεγαλύτερο ποσοστό μετάδοσης στα επόμενα αδέρφια, παρ' ότι τα αγόρια. Η συσχέτιση αυτή ονομάζεται φαινόμενο "Carter" (Halladay et al., 2015).

Σημαντική είναι η ακριβή και η έγκαιρη διάγνωση και στα δύο φύλα, όχι μόνο για να κατανοηθούν οι διαφορές μεταξύ τους, αλλά για να υπάρξει άμεσα ηγκατάλληλη αντιμετώπιση των διαταραχών. Σε ό,τι αφορά στη διάγνωση των κοριτσιών οφείλει να είναι προσεκτικότερη μιας και τα συμπτώματα δεν είναι εμφανή (Halladay et al., 2015).

4.2 Αυτισμός στη βρεφονηπιακή ηλικία και σημασία διάγνωσης

Μια ερευνητική ομάδα γιατρών στον Καναδά κατάφερε να εντοπίσει χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά των νηπίων κάτω των 12 μηνών τα οποία μπορούν να φανερώσουν με ακρί-

βεια κατά πόσο ένα παιδί θα εμφανίσει ή όχι διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους τους έκαναν αντιληπτό το γεγονός ότι και στη βρεφική ηλικία των 6 μηνών εντοπίζονται συμπεριφορικά στοιχεία τα οποία προδίδουν τη μελλοντική, διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή (Πολυμεροπούλου, 2013).

Τα αποτελέσματα των ερευνών αξιολογήθηκαν με βάση την κλίμακα Autism Observation Scale for Infants (AOSI) δηλαδή, Κλίμακα Παρακολούθησης Αυτισμού για Βρέφη. Σύμφωνα με τους Καναδούς γιατρούς, η κλίμακα αυτή βοηθά στην καλύτερη αναγνώριση των προβλημάτων της ψυχοκινητικής ανάπτυξης των παιδιών (Πολυμεροπούλου, 2013).

Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει την αξιολόγηση για τα ακόλουθα σημεία συμπεριφοράς (Πολυμεροπούλου, 2013):

1. «Φτωχός θηλασμός τις πρώτες εβδομάδες».
2. «Ατέλειωτοι κολικοί ως 1 έτους».
3. «Απουσία χαμόγελου σε ανταπόκριση χαμόγελου από άλλους».
4. «Μη ανταπόκριση όταν καλείται το όνομα του παιδιού».
5. «Αντιδρούν έντονα στην αλλαγή πάνας ή όταν είναι σε ψηλή επιφάνεια για την αλλαγή (το κεφάλι πίσω)».
6. «Παθητική ιδιοσυγκρασία».
7. «Δεν εκτίνει τα χέρια του για αγκαλιά και όταν βρίσκεται στην αγκαλιά δεν χαλαρώνει μοιάζει σαν να «χύνεται», σαν «άδειο σακί»».
8. «Δεν φέρνουν τα χέρια στο στόμα, δεν πιπιλάνε, δεν κάνουν παιχνίδια με τα πόδια τους».
9. «Δεν ανέχονται να είναι ντυμένα ή γυμνά».
10. «Μειωμένο επίπεδο δραστηριότητας στην ηλικία των 6 μηνών που ακολουθείται από υπερβολική ερεθιστικότητα».
11. «Τάση εστίασης της προσοχής σε ορισμένα αντικείμενα».
12. «Μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση».
13. «Απουσία εκφράσεων στο πρόσωπο όταν το παιδί κοντεύει στην ηλικία των 12 μηνών».
14. «Ατυπική οπτική επαφή και προσοχή του παιδιού προς άλλους και το περιβάλλον»
15. «Στην ηλικία του ενός έτους, τα ίδια αυτά παιδιά παρουσιάζουν δυσκολίες επικοινωνίας, έκφρασης και γλώσσας».
16. «Χαμηλότερο επίπεδο εκφραστικής και δεκτικής έκφρασης, λιγότερες χειρονομίες, κατανόηση λιγότερων φράσεων».

Όλα τα παραπάνω συσχετίζονται με τον αυτισμό χωρίς όμως να θεωρείται απαραίτητη η ύπαρξη αυτού όταν εκδηλώνεται κάποιο ή κάποια από τα παραπάνω γνωρίσματα. Φανερόνεται, βέβαια, η μη ολοκληρωμένη αναπτυξιακή ηλικία του παιδιού σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Πληκτρολογήστε την εξίσωση εδώ. Πάντως αυτά τα σημεία είναι χρήσιμα τόσο για τους γονείς όσο και τους γιατρούς που συνδυάζοντας τα και με άλλα μέσα – εργαλεία μπορούν να ανιχνεύσουν, διαγνώσουν και θεραπεύσουν τον αυτισμό εγκυρότερα.

Η πρόωμη αυτή περίοδος είναι κομβικής σημασίας μιας και ο εγκέφαλος παρουσιάζει πλαστικότητα με αποτέλεσμα την αφομοίωση των ερεθισμάτων τα οποία κατακλύζουν το παιδί.

4.3 Πρόωμη παρέμβαση στον αυτισμό

Όπως συμβαίνει με τις περισσότερες διαταραχές της παιδικής ηλικίας, έτσι και στον αυτισμό είναι σημαντικό να γίνει η διάγνωση της διαταραχής νωρίς και να εντοπιστούν οι μεγαλύτερες δυσκολίες ώστε να ξεκινήσει νωρίς η αντιμετώπιση τους. Η παρέμβαση συμπίπτει με τη διάγνωση μέχρι να ολοκληρώσει το παιδί την υποχρεωτική εκπαίδευση. Το παιδί και το κοινωνικό όπως και το οικογενειακό του περιβάλλον πρέπει να αποδεχτεί άμεσα τη διάγνωση ώστε με την έγκαιρη παρέμβαση να επέλθουν τα επιθυμητά αποτελέσματα: η κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση στην εκάστοτε περίπτωση μπορεί να διαμορφώσει τις πιο ευεργετικές συνθήκες για το παιδί (Νότας, 2006).

Έρευνες δείχνουν πως όταν η πρόωμη παρέμβαση γίνεται με εντατικό ρυθμό, μέσα σε ένα κατάλληλο εκπαιδευτικό περιβάλλον (για 2 τουλάχιστον χρόνια) κατά την προσχολική ηλικία, μπορεί να οδηγήσει σε θεαματικές βελτιώσεις και σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά και την επικοινωνία του ατόμου. Έτσι, το άτομο μπορεί να ωφεληθεί μακροπρόθεσμα και να καταφέρει να βελτιώσει τις αναδυόμενες δεξιότητές του (Ingersoll, 2011).

Ο βασικός στόχος της πρόωμης παρέμβασης στοχεύει στην επικοινωνιακή και κοινωνική ανάπτυξη, στην εξέλιξη του παιχνιδιού καθώς και στην ανάπτυξη εκείνης της συμπεριφοράς που θα είναι πιο προσαρμοστική στις εκάστοτε συνθήκες. Προκειμένου η παρέμβαση να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα πρέπει να υπάρχει αρμονική συνεργασία του ειδικού επιστημονικού προσωπικού, ενδεδειγμένη αξιολόγηση του ατόμου και εντοπισμός των αδυναμιών του, μελέτη των τομέων της μελλοντικής του βελτίωσης, πιθανολόγηση ενδεχόμενων δυσκολιών εντατικοποίηση των προσπαθειών. Για αυτό το άτομο θα

πρέπει να προσεγγίζεται ολιστικά ώστε το πρόγραμμα που θα διαμορφωθεί να ταιριάζει απόλυτα σε όλα όσα έχουν ανακύψει από την αξιολόγησή του (Toth et al., 2007).

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, κρίνεται από α) την έγκαιρη εφαρμογή της, β) την εξατομίκευση των προγραμμάτων τόσο για τα παιδιά όσο και για τους γονείς, γ) τη συστηματική και προγραμματισμένη διδασκαλία, δ) την εντατικοποίηση του προγράμματος, ε) την ανάμειξη και συμβολή της οικογένειας, στ) την αντιμετώπιση του παιδιού ως ολότητα ζ) τη συνεργασία του ειδικού επιστημονικού προσωπικού (Hume, Bellini & Pratt, 2005), (Ζώνιου, 1998).

4.4 Χαρακτηριστικά του αυτισμού στην παιδική ηλικία

Τα κύρια χαρακτηριστικά συμπτώματα του αυτισμού που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία και προκαλούν δυσκολίες στο παιδί, αλλά και στα άτομα που το περιβάλλουν αφορούν τρεις διακριτούς τομείς, την επικοινωνία, την κοινωνική αλληλεπίδραση και τη συμπεριφορά των ανήλικων ατόμων (Rutter, 1990), (Locke et al., 2010).

Η επικοινωνία των παιδιών με αυτισμό παρουσιάζει ελλείψεις τόσο στη λεκτική όσο και στη μη λεκτική έκφραση. Η έκφραση και η κατανόηση των πολύπλοκων νοημάτων τα δυσχεραίνει, για αυτό και δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν το κατάλληλο λεξιλόγιο στην καθημερινή επικοινωνία. Ακόμη και αν κάποια διαθέτουν μεγαλύτερη, εκφραστική ευχέρεια, μένουν προσκολλημένα σε συγκεκριμένες συμπεριφορές σε σχέση με τη γλώσσα που λειτουργούν ανασταλτικά στην επικοινωνιακή πράξη με τους άλλους. Για παράδειγμα, ένα παιδί με αυτισμό μπορεί να εμμένει στη συζήτηση ενός συγκεκριμένου θέματος χωρίς να παρακολουθεί την πορεία της συζήτησης (Goodkind et al., 2018). Αλλά και στη μη λεκτική επικοινωνία τα παιδιά εκδηλώνουν προβλήματα στην κατανόηση των εκφράσεων του προσώπου των άλλων ατόμων.

Σε ό,τι αφορά την κοινωνική αλληλεπίδραση τα παιδιά με αυτισμό διαφέρουν των τυπικών συνομηλίκων τους. Η συνεργασία μαζί τους και η υπακοή σε κανόνες για την κοινωνική συνύπαρξη είναι αδύνατες. Έτσι, πολλές φορές επέρχεται απομόνωση και αποκλεισμός από ομαδικές δραστηριότητες. Η επιμονή και η προσκόλληση σε δικές τους συμπεριφορές μπορεί να αποφέρουν ανάρμοστες εκδηλώσεις με αποκορύφωμα την πρόκληση σωματικής βλάβης σε κάποιο άλλο άτομο (Kasari et al., 2011).

4.5 Αυτισμός και εφηβική ηλικία

Η εφηβική ηλικία είναι μία περίοδος που παρατηρούνται σημαντικές σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές. Αυτές οι αλλαγές πρέπει να γίνουν αντιληπτές από τους εφήβους και να

μπορέσουν να γίνουν διαχειρίσιμες όσο το δυνατόν περισσότερο. Οι έρευνες σε εφήβους με αυτισμό παρουσιάζουν αντιφατικά ευρήματα σε σχέση με τα συμπτώματα που παρουσιάζουν: άλλοτε αυτά είναι ηπιότερα και αντιμετωπίζονται δραστικότερα σε σχέση με την παιδική ηλικία, ενώ άλλοτε είναι σοβαρότερα και μπορεί να φτάνουν μέχρι την ενήλικη ζωή δημιουργώντας εμπόδια στο άτομο (Seltzer et al, 2003) (Χωριανοπούλου, 2009).

Κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας η ανάπτυξη διαπροσωπικών φιλικών ή ερωτικών σχέσεων είναι μία σαφής και επιτακτική ανάγκη. Οι έφηβοι με αυτισμό απομονώνονται από τους συνομηλίκους τους με αποτέλεσμα να έχουν ελάχιστες ευκαιρίες κοινωνικής/ διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης. Η κοινωνική απομόνωση σε συνδυασμό με τις χαμηλής ποιότητας κοινωνικές δεξιότητες οδηγούν στην αδυναμία των εφήβων να αλληλεπιδράσουν με τους συνομηλίκους τους. Ο έφηβος με αυτισμό πιθανόν να νιώθει διαφορετικός ή παράξενος σε σχέση με τους συνομηλίκους του. Παρατηρείται αύξηση της σοβαρότητας των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών των ατόμων, όπως είναι η επιθετικότητα και οι εκρήξεις θυμού. Αλλά και αρνητικά συναισθήματα ντροπής και φόβου. (Shattuck et al., 2007).

Οι έφηβοι που παρουσιάζουν τις δύο διαταραχές χαρακτηρίζονται από επιμονή στη ρουτίνα, την εκτέλεση ψυχαναγκαστικών σκέψεων και πράξεων και την εκδήλωση επίμονων στερεοτυπικών συμπεριφορών (Zandt et al., 2006).

Η δεύτερη πιο συχνή ψυχική διαταραχή που παρατηρείται στα ανήλικα άτομα με ΔΑΦ είναι η ειδική φοβία. Η ειδική φοβία αφορά το βίωμα φόβου για ένα συγκεκριμένο ερέθισμα χωρίς να υπάρχει μία ξεκάθαρη λογική εξήγηση. Τα παιδιά με ΔΑΦ εμφανίζουν διαφορετικού είδους ειδικές φοβίες οι οποίες μειώνουν τη ψυχική τους υγεία (Mannion & Leader, 2013).

Ακόμα, ανάμεσα στις ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζονται στον πληθυσμό των παιδιών και των εφήβων που έχουν διαγνωσθεί με αυτισμό είναι οι διαταραχές άγχους και η κατάθλιψη. Στην έρευνα των Strang et al. (2012) εξετάστηκαν παιδιά που είχαν διαγνωσθεί με αυτισμό. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 56% των παιδιών βρισκόταν στο κλινικό εύρος των συμπτωμάτων άγχους, ενώ το 24% βρισκόταν στο κλινικό εύρος της κατάθλιψης. Οι δύο αυτές διαταραχές φαίνεται ότι παρουσιάζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα στα παιδιά με αυτισμό που χαρακτηρίζονται από χαμηλό νοητικό επίπεδο (Amr et al., 2012).

4.6 Προγράμματα πρόληψης, διάγνωσης και αντιμετώπισης

Αν και τα ακριβή αίτια του αυτισμού παραμένουν άγνωστα οι παράγοντες που ενοχοποιούνται ποικίλουν. Για αυτό οι μελλοντικές μητέρες πρέπει να γνωρίζουν ότι η ανάπτυξη του εμβρύου επηρεάζεται αρνητικά (ιδιαίτερα το πρώτο τρίμηνο) από αίτια όπως:

- «Το κάπνισμα
- Η χρήση οινοπνευματωδών ποτών
- Η χρήση φαρμάκων
- Το κακό (μη εξισορροπημένο) διαιτολόγιο
- Οι ακτινοβολίες
- Η κούραση, αλλά και η πλήρης αδράνεια.
- Η ψυχική αναστάτωση
- Τα χτυπήματα στην κοιλιακή χώρα
- Οι λοιμώξεις» (Σταμάτης, 1987, Κρουσταλάκης, 1995).

Οι ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες των μαθητών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (φάσμα αυτισμού) διερευνώνται και διαπιστώνονται από διαγνωστικούς υποστηρικτικούς φορείς τα (ΚΕΔΔΥ), την «Επιτροπή Διαγνωστικής Εκπαιδευτικής Αξιολόγησης και Υποστήριξης (ΕΔΕΑΥ)» και τα πιστοποιημένα από το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων (ΥΠΠΕΘ) Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα (ΙΠΔ) άλλων Υπουργείων.

Τα ΚΕΔΔΥ αξιολογούν μαθητές μέχρι το εικοστό δεύτερο (22ο) έτος της ηλικίας τους. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται από πενταμελή διεπιστημονική ομάδα. Σε όλα τα ΚΕΔΔΥ τοποθετείται και υπηρετεί το εξής Εκπαιδευτικό Προσωπικό (ΕΠ), Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό (ΕΕΠ) και Διοικητικό Προσωπικό (ΔΠ): Νηπιαγωγών, Δασκάλων, Φιλολόγων, Μαθηματικών, Καθηγητών Φυσικής Αγωγής με ειδικότητα στην ΕΑΕ, Λογοθεραπευτών, Εργοθεραπευτών, Παιδοψυχιάτρων ή Παιδιάτρων με εξειδίκευση στην Παιδονευρολογία ή Νευρολόγων με εξειδίκευση στην Παιδονευρολογία, Ψυχολόγων, Κοινωνικών Λειτουργών, Διοικητικών. Επίσης τοποθετείται κατά περίπτωση ΕΕΠ των ακόλουθων κλάδων: Επαγγελματικών Συμβούλων, Φυσικοθεραπευτών, Σχολικών Νοσηλευτών, Μουσικοθεραπευτών.

Απώτερος σκοπός της διάγνωσης και της αξιολόγησης είναι αφενός να γίνει μια σφαιρική και ολοκληρωμένη καταγραφή των δυνατοτήτων και των δυσκολιών του παιδιού, και αφετέρου να εξασφαλιστεί ο σχεδιασμός του εξατομικευμένου εκπαιδευτικού και θεραπευτικού προγράμματος που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειάς του. Μέσω αυτού το παιδί θα μπορεί να βρει αμεσότερα λύσεις σε κάποια από τα βασικά ζητήματα που αντιμετωπίζει.

Η διάγνωση διέπεται από τα εξής στάδια: επιβεβαίωση του προβλήματος, καθορισμός βαθμού του, παροχή αναλυτικών πληροφοριών για το προφίλ του παιδιού σε σχέση με την ανάπτυξή του, τη νόσή του, την ψυχολογία του. Μετά από αυτήν συντάσσεται το ειδικό, εξατομικευμένο πρόγραμμα που ανταποκρίνεται και λαμβάνει υπόψη όλα τα παραπάνω.

Κεφάλαιο V

5.1 Φυσική Αγωγή και Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος

Η Φυσική Αγωγή (ΦΑ) είναι συστατικό της δομής του σχολείου και της ελληνικής παιδείας, η οποία "αποτελεί βασική αποστολή του Κράτους και έχει σκοπό την ηθική, πνευματική, επαγγελματική και φυσική αγωγή των Ελλήνων" (Σύνταγμα Ελλάδος, Άρθρο 16, παρ. 2). Δεν είναι ταυτόσημη έννοια με τη φυσική δραστηριότητα, διότι περιέχει μια ευρύτερη θεώρηση και εστιάζει σε ολόκληρο το παιδί συμπεριλαμβανομένων των γνωστικών, συναισθηματικών και ψυχοκινητικών πτυχών του. Η διδασκόμενη ΦΑ στα σχολεία γενικής εκπαίδευσης είναι ένα μάθημα που αφορά όλους τους μαθητές χωρίς περιορισμούς κοινωνικής ή άλλης φύσης (Κοκαρίδας, 2016).

Έχει παρατηρηθεί πως τα τελευταία χρόνια στα τυπικά σχολεία ενσωματώνονται τμήματα ένταξης μέσα από τα οποία οι αρμόδιοι καθηγητές της φυσικής αγωγής (ΚΦΑ) έχουν να διαχειριστούν μαθητές που παρουσιάζουν ειδικές ή μη εκπαιδευτικές ανάγκες.

Η συνεκπαίδευση, επομένως, όπως αυτή έχει οριστεί από το νόμο 2817/2000, αποτελεί μία νέα πραγματικότητα κι έτσι ο ρόλος του ΚΦΑ είναι να προσεγγίσει τους μαθητές που αντιμετωπίζουν κινητικές, νοητικές ή συναισθηματικές διαταραχές και να τους κάνει να αγαπήσουν το μάθημα. Ταυτόχρονα, ο ΚΦΑ λόγω της εμπειρίας του είναι σε θέση να κατανοήσει τις αποκλίνουσες συμπεριφορές και να τις λάβει υπόψη του (Κοκαρίδας, 2016).

Το γεγονός ότι υπάρχει νομοθεσία για την συνεκπαίδευση μαθητών με και χωρίς αναπηρίες δεν αποκλείει τις δυσκολίες και τα προβλήματα που ανακύπτουν κατά τη διάρκεια της εκπαιδευτικής διαδικασίας.

5.2 Ειδική Φυσική Αγωγή

Η Ειδική Φυσική Αγωγή (Ε.Φ.Α.) απευθύνεται σε άτομα με ειδικές ανάγκες και αποτελεί κλάδο της φυσικής αγωγής, συγκεκριμένα εστιάζει σε αναπτυξιακές διαταραχές, σε διαταραχές συμπεριφοράς και μάθησης και σε αισθητηριακές διαταραχές. Πρόκειται για ειδικά

σχεδιασμένο Πρόγραμμα Φ.Α., προσαρμοσμένο στις ανάγκες των παιδιών, που συμβάλλουν κατά προτεραιότητα στη σωματική τους ανάπτυξη (Μουντάκης, 1992).

Η Ε.Φ.Α. έχει συμβάλει ουσιαστικά στην ανάπτυξη των ατόμων τόσο με αναπηρίες (ΑμεΑ) όσο και με αυτισμό. Οι ασκήσεις και οι δραστηριότητες που εκπονούνται μέσω αυτής οδηγούν στην ανάπτυξη της κίνησης και της δεξιότητας με στόχο την ομαλότερη ένταξη και τη περιβαλλοντική προσαρμογή. προσφέρει πολλά στα άτομα με αναπηρίες (ΑμεΑ) και στα άτομα με αυτισμό. Για την επιτυχή διαδικασία χρησιμοποιούνται ειδικές μέθοδοι και τεχνικές, όργανα και χώροι, που είναι οι ορθότεροι για την εκγύμναση των παιδιών με ιδιαιτερότητες (Allison et al, 1991) (Eliott et al, 1994).

Η Ε.Φ.Α. χρησιμοποιείται και στα άτομα με αυτισμό για την απόκτησης κινητικών δεξιοτήτων η οποία μπορεί να επιτευχθεί με την καθοδήγηση από τον καθηγητή φυσικής αγωγής με τη χρήση οπτικής, λεκτικής και σωματικής βοήθειας (Reid, 1991). Στόχος της Ε.Φ.Α. σε αυτές τις περιπτώσεις είναι τόσο η μείωση της στερεοτυπικής συμπεριφοράς όσο και άλλων μη επιθυμητών συμπεριφορών του αυτισμού μέσω ειδικού προγράμματος ΦΑ το οποίο λόγω της υψηλής του έντασης διεγείρει τα άτομα ωθώντας την ενεργητική τους συμμετοχή στο πρόγραμμα (Kern, 1984).

Στην Ελλάδα η ειδική αγωγή γενικά και η ειδική φυσική αγωγή βρίσκεται σε ένα μεταβατικό στάδιο και υπάρχει μεγάλη απόσταση από την θεωρία στην πράξη. Αυτό τεκμαίρεται από την έλλειψη του κατάλληλου προσωπικού, της υλικοτεχνικής υποδομής, της επιμόρφωσης και κατάρτισης, των μεγάλων τμημάτων που δεν μπορούν εύκολα να διαχειριστούν, της αδυναμίας των εκπαιδευτικών να εντάξουν ατομικά προγράμματα σύμφωνα με τις οδηγίες του αναλυτικού προγράμματος (Κοκαρίδας, 2016).

5.3 Η επίδραση της Φ.Α. και των προγραμμάτων παρέμβασης στην αντιμετώπιση των διαταραχών του Αυτισμού

Η Φ.Α. μέσω της άσκησης μπορεί να βοηθήσει στην εκπαίδευση και στην καλύτερη προσαρμογή των ατόμων με αυτισμό. Υπάρχουν διάφορες έρευνες που το αποδεικνύουν αυτό με κάποιες από αυτές να παρατίθενται πιο παρακάτω.

Οι Kern, Koegel & Dunlap (1984) στη σχετική ερευνά τους αναφέρουν ότι η άσκηση θα μπορούσε να επηρεάσει το ρυθμό της στερεοτυπικής συμπεριφοράς που είναι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα του αυτισμού. Στα τρία παιδιά που ερεύνησαν ηλικίας 7 και 11 ετών χρησιμοποίησαν δύο προγράμματα άσκησης που εκτελέστηκαν σε δύο διαφορετικές μέρες σε έναν εξωτερικό χώρο. Στη διάρκεια του ενός τετάρτου τα παιδιά εξασκήθηκαν μέσω τζόκινγκ και παιχνιδιού με μπάλα. Στο τέλος των ενεργειών τα παιδιά ει-

σέρχονταν σε έναν κλειστό χώρο ώστε να παρατηρηθούν από τους ερευνητές. Μετά από 90 λεπτά εκείνοι διαπίστωναν πως το παιχνίδι με τη μπάλα δεν επενεργούσε στη στερεοτυπική αντίδραση των παιδιών, ενώ στη διάρκεια του τζόκινγκ οι στερεοτυπικές συμπεριφορές μειώνοντας σε ένταση αποδεικνύοντας τον ευεργετικό χαρακτήρα αυτής της μορφής εξάσκησης.

Σύμφωνα με τον Gordon και τους συνεργάτες του (1986), σε έρευνα για την «*διαφορά των επιδράσεων γνωστών και αναμενόμενων ασκήσεων σε σχέση με κάποιο τυχαίο, άγνωστο ασκησιολόγιο*». «*Στην περίπτωση των αναμενόμενων ασκήσεων, οι μη επιθυμητές συμπεριφορές μειώθηκαν κατά 60% , ενώ στην περίπτωση των μη αναμενόμενων ασκήσεων μειώθηκαν κατά 94%*» (Gordon & Jarris, 1986).

Ο Reid και οι συνεργάτες του (1988) παρατήρησαν πως ασκήσεις μυϊκής τόνωσης όπως καθίσματα, κοιλιακοί κτλ. επέφεραν αλλαγές στη συμπεριφορά των συμμετεχόντων στη μελέτη τους (επρόκειτο για 3 αγόρια ηλικίας 12,17 & 17 ετών). Οι επιθυμητές συμπεριφορές κατά την εκτέλεση καθηκόντων αυξήθηκαν (28%), οι μη επιθυμητές μειώθηκαν (43%), ενώ ταυτόχρονα μειώθηκαν οι συμπεριφορές αυτοδιέγερσης (23%) και οι φωνοποιήσεις (ομιλία, κλάμα, κραυγές) κατά 20% (Reid et al, 1988).

Με βάση την μελέτη των Weber & Thorpe (1992) πάνω στην αξιολόγηση της επίδρασης της τεχνικής παραλλαγής των κινητικών δεξιοτήτων που αποτελούσαν το αντικείμενο εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας, καθώς και στην απόκτηση αδρών κινητικών δεξιοτήτων σε μαθητές με αυτισμό, σε αντιπαράθεση με την τεχνική εξάσκησης σε μία και μόνο δεξιότητα από την αρχή ως το τέλος της συνεδρίας στο πλαίσιο της φυσικής αγωγής. Οι κινητικές δεξιότητες που πήραν μέρος οι μαθητές ήταν: το επαναλαμβανόμενο άλμα, η κλωτσιά, το σύρσιμο με το κάτω μέρος των χεριών, η ρίψη με τα χέρια, το άλμα επί τόπου και η τσουλήθρα. Οι δεξιότητες αυτές, εκτιμήθηκαν πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος, με την κλίμακα I CAN CPSS (Class Performance Score Sheets). Οι 12 συμμετέχοντες μαθητές με αυτισμό ηλικίας 11-15 ετών, με έλλειψη λόγου και συμπεριφορικές διαταραχές παρακολούθησαν ένα πρόγραμμα 6 εβδομάδων κατά το οποίο διαπιστώθηκε πως η τεχνική εκπαίδευση σε πολλές έναντι μιας κινητικής δεξιότητας που εκτελούνταν σε κάθε συνεδρία επιδρούσε σε μεγαλύτερο βαθμό στα παιδιά.

Ο Alisson (1991) διενήργησε ατομική έρευνα σε έναν 24 χρόνο με διάγνωση αυτισμού. Και αυτός συμμετείχε σε έντονη σωματική άσκηση (τζόκινγκ) η οποία όπως αποδείχτηκε με την καθοδήγηση των προπονητών του μείωσε την επιθετική συμπεριφορά του συμμετέχοντα μετά την εξάσκησή του. Έτσι, και σε αυτή την περίπτωση το έντονο τρέξιμο είχε θετική συνεισφορά.

«Οι Stahmer & Schreibman (1992),σε μελέτη τους χρησιμοποίησαν μια μέθοδο εκπαίδευσης αυτοδιαχείρισης για να διδάξουν 3 παιδιά με αυτισμό που παρουσίαζαν ακατάλληλες μορφές συμπεριφοράς στο παιχνίδι, ώστε να παίζουν κατάλληλα κατά την απουσία επιστασίας». «Μετά την εκπαίδευση σε αυτοδιαχείριση, γενίκευση και συντήρηση της αποκτηθείσας κατάλληλης συμπεριφοράς, εκτιμήθηκε η αλλαγή». «Εξαιτίας των επιβλαβών επιδράσεων της αυτοδιέγερσης (χτύπημα χεριών, στριφογύρισμα παιχνιδιών, στροβίλισμα κ.τ.λ.) κατά τη μάθηση, μετρήθηκε η σχέση μεταξύ συμπεριφορών αυτοδιέγερσης και κατάλληλου παιχνιδιού». «Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι τα παιδιά έμαθαν να παρουσιάζουν κατάλληλες δεξιότητες παιχνιδιού σε συνθήκες μη επιστασίας, κατάλληλες δεξιότητες παιχνιδιού γενικευμένες σε νέα περιβάλλοντα και 2 από τα παιδιά διατήρησαν τις θετικές μορφές συμπεριφοράς, που απέκτησαν από την εφαρμογή του προγράμματος, για 1 μήνα αργότερα». «Επιπρόσθετα οι συμπεριφορές αυτοδιέγερσης μειώθηκαν, καθώς αυξήθηκε το κατάλληλο παιχνίδι».

Επίσης, και οι Levinson και Reid (1993) παρατήρησαν πως μετά από έντονη άσκηση οι στερεοτυπικές συμπεριφορές μειώθηκαν στους διαγνωσμένους με αυτισμό συμμετέχοντες τους, γεγονός που δεν ίσχυε στην περίπτωση της ήπιας άσκησης η οποία άφησε στάσιμη της συμπεριφορά τους. Μάλιστα, παρατηρήθηκε η επανεμφάνιση των στερεοτυπικών συμπεριφορών μετά την πάροδο συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος.

Ένα χρόνο αργότερα ο Elliott και οι συνεργάτες του (1994) σύγκριναν τις επιδράσεις της προπόνησης σε γενικές κινητικές δραστηριότητες σε σχέση με τις επιδράσεις έντονης αεροβικής άσκησης στις στερεοτυπικές συμπεριφορές και συμπεριφορές παρεκτροπής ενηλίκων με αυτισμό. Οι συμμετέχοντες τους, άντρες και γυναίκες με αυτισμό με μέτρια ως βαθιά νοητική καθυστέρηση παρατηρήθηκαν ως προς τη συμπεριφορά που επέδειξαν πριν την άσκησή τους μιας και τότε μπορούσαν να ενασχοληθούν με ό,τι επιθυμούσαν χωρίς περιορισμό. Έπειτα, διαχωρίστηκαν σε τρεις ομάδες που η καθεμιά περάτωσε διαφορετική άσκηση: α) ελεγχόμενη συνθήκη χωρίς άσκηση, β) προπόνηση σε γενικές κινητικές δραστηριότητες, γ) έντονη αερόβια άσκηση. Ολοκληρώνοντας την συμμετοχή τους σε κάθε ερευνητική διαδικασία γινόταν καταμέτρηση του καρδιακού ρυθμού και επέστρεφαν στο ελεγχόμενο περιβάλλον για να παρατηρηθεί η συμπεριφορά τους για άλλα 30 λεπτά. Τα ερευνητικά αποτελέσματα απέδειξαν μείωση των στερεοτυπικών συμπεριφορών και αυτών της παρεκτροπής μετά την εκτέλεση αεροβικής άσκησης εν αντιθέσει με άλλες ασκήσεις μειωμένης έντασης. Κάθε συμμετέχοντας εμφάνισε διαφορετικό ρυθμό μείωσης αναδεικνύοντας πάντως την επιτακτική ανάγκη της χρήσης αερόβιου προγράμματος που στόχευε σε αυτή.

Το 2001 οι ερευνητές Prupas και Reid πραγματοποίησαν μια μελέτη όπου πήραν μέρος 4 παιδιά από 4-9 ετών. Τα παιδιά κληθήκαν να κάνουν 10λεπτη προπόνηση τζόκινγκ έξω από το σχολείο. Στην προσπάθεια τους να κρατήσουν το ενδιαφέρον των παιδιών οι επιβλέποντες τα συνόδευαν και με μουσικά παιχνίδια. *«Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως όταν η προπόνηση γινόταν μονάχα μία φορά την ημέρα, οι στερεοτυπικές συμπεριφορές μειώθηκαν κατά 51,6%. Σε αντίθεση όταν η προπόνηση επαναλαμβανόταν 3 φορές, οι στερεοτυπικές συμπεριφορές μειώνονταν κατά 58.9%».*

Σε μία έρευνα το 2004 η οποία σχετιζόταν με ασκήσεις στο νερό φανερώθηκε ότι: *«Αμέσως μετά την άσκηση, πέραν των βελτιώσεων στην ευλυγισία, τη δύναμη και την ισορροπία, τρεις συγκεκριμένοι τύποι στερεοτυπικών συμπεριφορών παρουσίασαν μείωση: η τάλαντωση, το στριφογύρισμα και η ηχολαλία»* (Yilmaz et al., 2004).

5.4 Κινητικά Χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΑΦ

Τα άτομα με αυτισμό παρουσιάζουν ελλείψεις σε πολλούς τομείς, ένας από τους οποίους αφορά τα κινητικά χαρακτηριστικά αυτών των ατόμων, τα οποία βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο σε σχέση με τα αντίστοιχα των ατόμων τυπικής ανάπτυξης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ελλειμμάτων και δυσκολιών συμμετοχής σε φυσικές δραστηριότητες και αθλητικά παιχνίδια (Κοκαρίδας, 2016).

Έτσι, παρατηρείται (Τσιμάρας, 2020):

- «Μειωμένη νευρομυϊκή συναρμογή
- Έλλειψη ισορροπίας
- Δυσκολία εκτέλεσης ρυθμικών και διαδοχικών κινήσεων
- Οπτικοκινητικός συντονισμός
- Σωματογνωσία
- Αυξημένος μυϊκός τόνος (ακατάλληλη στερεοτυπική συμπεριφορά)
- Προβλήματα στην αδρή κινητικότητα
- Προβλήματα στην επεξεργασία πληροφοριών».

Επομένως, αποτελεί επιτακτική ανάγκη για τον καθηγητή φυσικής αγωγής η γνώση αυτών των χαρακτηριστικών με στόχο την αποτελεσματική παρέμβαση για τη μείωση των συμπτωμάτων (Τσιμάρας, 2020).

Τα παιδιά με αυτισμό μειονεκτούν σε σχέση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ως προς τον τρόπο που ο εγκέφαλος οργανώνει και αφομοιώνει τα ερεθίσματα που δέχεται

από το περιβάλλον. Έτσι, υπάρχουν παιδιά που εμφανίζουν υποκινητική συμπεριφορά και άλλα την αντίθετή της, την υπερκινητική συμπεριφορά.

5.5 Φυσική Αγωγή στην εκπαίδευση των παιδιών με ΔΑΦ

Η Φυσική Αγωγή παίζει σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των παιδιών με αυτισμό. Τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου εμποδίζουν τη φυσιολογική ανάπτυξη των δεξιοτήτων, της κατανόησης και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

Επάνω στα τρία κύρια χαρακτηριστικά του αυτισμού, που αφορούν την επικοινωνία, την κοινωνική αλληλεπίδραση και τις περιορισμένες συμπεριφορές και κινήσεις πρέπει να διαμορφωθεί το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Φ.Α. των αυτιστικών παιδιών. Οι ασκήσεις του πρέπει να αφορούν τη φυσική δραστηριότητα και την ψυχαγωγία, ενώ θα πρέπει να στοχεύουν στην ανάπτυξη της αερόβιας ικανότητας, της ευλυγισίας, της δύναμης και της ισορροπίας που θα τονώσουν τη σωματική διάπλαση των παιδιών.

Επιπλέον, ο καθηγητής Φ.Α. πρέπει να έχει γνώσεις επάνω στις Ε.Φ.Α. π.χ. να γνωρίζει ότι η «αισθητηριακή αφομοίωση», η διαδικασία δηλαδή με την οποία ο εγκέφαλος οργανώνει και αφομοιώνει τα ερεθίσματα που δέχεται το παιδί με αυτισμό από το περιβάλλον, μέσω των αισθήσεων του, μειονεκτεί (Κοκαρίδας, 2016). Για το λόγο αυτό, στην αρχική παρατήρηση καλό είναι ο Κ.Φ.Α. να εντοπίσει το είδος της συμπεριφοράς του παιδιού (υποκινητική ή υπερκινητική) που μπορεί να εκδηλώσει σε σχέση με τις αισθήσεις του προκειμένου να μπορεί να οργανώσει ο ίδιος το πρόγραμμα που θέλει να ακολουθήσει το άτομο που έχει υπό την επίβλεψή του.

Στον πίνακα 1 φαίνονται οι αισθητηριακές διαφορές των παιδιών με αυτισμό.

Πίνακας 1: Τύποι Αισθητηριακής Ανταπόκρισης Παιδιών με Αυτισμό σε Ερεθίσματα

Τύποι Αισθητηριακής Ανταπόκρισης Παιδιών με Αυτισμό σε Ερεθίσματα (Κοκαρίδας, 2016)	
Υποκινητική	Υπερκινητική
Καμία αντίδραση σε δυνατό ή ξαφνικό ήχο.	Υπερβολική κινητικότητα.
Έλλειψη προσοχής σε άτομα, περιβάλλον και αντικείμενα.	Εκδήλωση άγχους σε ορισμένους ήχους.
Έλλειψη αισθήματος ζάλης, λόγω υπερβολικού στριφογυρίσματος.	Ευαισθησία στο φως και την αφή αντικειμένων.
Έλλειψη αντίδρασης σε επώδυνα ερεθίσματα που προκαλεί τραύμα ή εκδορές.	Απέχθεια σε συγκεκριμένες μυρωδιές και γεύσεις.
	Παράλογος φόβος ύψους, κινήσεων ή περιβαλλόντων (π.χ. μεγάλο γυμναστήριο).

Επίσης, η επικοινωνία των παιδιών με αυτισμό δε γίνεται με το συνηθισμένο τρόπο, ωστόσο τις περισσότερες φορές μπορεί να γίνει αντιληπτό τι επιδιώκουν από τη συμπεριφορά τους. Εάν ένα παιδί με αυτισμό π.χ. απομακρυνθεί από την κούνια, για να δείξει έλλειψη ενδιαφέροντος ή διστάσει να ανεβεί τη σκάλα, εκδηλώνοντας αναστάτωση εκδηλώνει τους τρόπους με τους οποίους ο Κ.Φ.Α. πρέπει να υποκινήσει το ενδιαφέρον του σχετικά με το μάθημα που πρόκειται να διεξαχθεί (Κοκαρίδας, 2016).

Ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι οι στερεοτυπικές κινήσεις. Ο Κ.Φ.Α. δεν θα πρέπει να εργαστεί ενάντια σε αυτές, αλλά μαζί με αυτές. Έτσι π.χ. αν ένα παιδί του αρέσει το πέταγμα αντικειμένων, θα πρέπει ο καθηγητής Φ.Α. να κατευθύνει αυτή την ενέργεια του παιδιού με τρόπο που να την καθιστά λειτουργικά ικανή π.χ. να μάθει το παιδί να ρίχνει μία μικρή μπάλα μέσα σε μία στεφάνη και όχι να προβαίνει σε άσκοπες ενέργειες.

Επίσης, πολλά παιδιά με αυτισμό εμφανίζονται ως «λειτουργικό κουφό», γιατί δεν δείχνουν να αντιλαμβάνονται φωνές ή ομιλίες. Ένας τρόπος για να ελκυθεί η προσοχή τους είναι το σταθερό κράτημα του ενός ή των δύο ώμων από τον Κ.Φ.Α. ή το κράτημα ενός αντικειμένου στο ύψος των ματιών τους. Επιπλέον, για την καλύτερη επικοινωνία, ο Κ.Φ.Α. πρέπει να επιμένει στην «πρόσωπο με πρόσωπο» επαφή, π.χ. να χρησιμοποιήσει το χέρι του για να κατευθύνει το κεφάλι του παιδιού από το πιγούνι. Αυτές οι τεχνικές μπορούν να συνδυαστούν με λεκτικές οδηγίες π.χ. «κοίταξε με» ώστε το παιδί να είναι σε θέση να συντονίσει ενέργειες και εντολές (Κοκαρίδας, 2016).

5.6 Στόχοι παρέμβασης ειδικού προγράμματος φυσικής αγωγής

Σε ένα ειδικό πρόγραμμα φυσικής αγωγής, κάθε μαθητής αξιολογείται ως προς τις φυσικές ικανότητες, τις κινητικές του δεξιότητες, το ατομικό ιατρικό και εκπαιδευτικό ιστορικό, με βάση τα οποία σχεδιάζεται ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα φυσικής αγωγής. Στο σχεδιασμό του εξατομικευμένου προγράμματος συνεκτιμάται και η ψυχολογική κατάσταση του μαθητή. Έτσι, δημιουργούνται προσωπικοί και ομαδικοί στόχοι (ένταξη), που διακρίνονται σε βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους (ετήσιους) (Winnick, 1995). Όπως θα δούμε και παρακάτω (στη μελέτη περίπτωσης), όταν ο μαθητής με αυτισμό είναι υψηλής λειτουργικότητας και φοιτά σε γενικό σχολείο, καλείται ο Κ.Φ.Α. να συντάξει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα στα πλαίσια του αναλυτικού προγράμματος, που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. Αυτό το πρόγραμμα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του:

- Τη γνωριμία του σώματος και τη θέση του μέσα στο χώρο (όρθια, καθιστή, ύπτια και πρηγή κατάκλιση, καθώς και η στήριξη στα 4 άκρα).

- Την αυτογνωσία του σώματος (γνωριμία με το κεφάλι, τα άνω και τα κάτω άκρα, τον κορμό και τις κινήσεις τους).
- Την ισορροπίας, τη συναρμογής την κίνησης (αδρή κινητικότητα) και τη μίμηση προτύπων.
- Τον προσανατολισμού και την πλευρικότητα του σώματος στο χώρο (διάκριση δεξιού-αριστερού, μπροστά-πίσω, σχέση του σώματος με το χώρο και τα αντικείμενα στο χώρο).
- Το ρυθμό και τη διαδοχικότητα της κίνησης.
- Την οπτική, ακουστική και κιναισθητική αντίληψη.

Τα περισσότερα παιδιά έχουν έλλειψη της γνώσης του σώματος τους. Για αυτό οι ασκήσεις θα πρέπει να δίνουν έμφαση στην απόκτηση γνώσεων σχετικά με αυτό καθώς και τις ενέργειες που μπορεί αυτό να εκτελέσει: όπως δεξιά – αριστερά , μπροστά – πίσω, πάνω-κάτω, ψηλά- χαμηλά.

5.7 Καθηγητής Φυσικής Αγωγής και Αυτισμός

Ο Καθηγητής Φυσικής Αγωγής, όπως και όλοι οι ειδικοί που ασχολούνται με την εκπαίδευση των παιδιών με αυτισμό, πρέπει να γνωρίζει καλά τα συμπτώματα και τις ελλείψεις που προκαλούνται, ώστε να βοηθήσει στο μέγιστο στην αντιμετώπιση των διαταραχών του φάσματος.

Ο Κ.Φ.Α. θα πρέπει να ανταποκρίνεται θετικά σε κάθε προσπάθεια του παιδιού και να το ανατροφοδοτεί, καθώς και να δημιουργεί ένα ευχάριστο κλίμα όπου θα διευκολύνεται η επικοινωνία και η αλληλεπίδραση μαζί του, δημιουργώντας έτσι ένα ιδανικό περιβάλλον μάθησης. Οφείλει να είναι φιλικός προς το παιδί, να έχει χαμηλωμένο τον τόνο της φωνής του και να ελαχιστοποιεί τους εξωτερικούς θορύβους που μπορεί να προκαλέσουν ανησυχία στο παιδί, να είναι ενθαρρυντικός και να το επιβραβεύει (Κοκαρίδας, 2016).

Επίσης, πρέπει να λειτουργεί με γνώμονα τα συμπτώματα κάθε παιδιού και την έντασή τους ώστε σύμφωνα με αυτά να διαμορφώνεται το εξατομικευμένο παρεμβατικό πρόγραμμα που θα στοχεύει στην εγκυρότερη επένεργεια (Καλύβα, 2005). Ο Κ.Φ.Α. πρέπει να παρατηρήσει το παιδί ώστε να αντιληφθεί τα ενδιαφέροντα και τις δεξιότητές του και να επιλέξει τις κατάλληλες ασκήσεις που θα ενεργοποιήσουν στο παιδί τα παραπάνω.

Επίσης, η επιλογή του υλικού παίζει σημαντικό ρόλο. Το υλικό που θα χρησιμοποιηθεί πρέπει να είναι πρωτίστως ακίνδυνο, αλλά και ευχάριστο προς τον ασκούμενο. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στο χώρο διεξαγωγής της προγραμματισμένης συνεδρίας.

Επιπλέον, ο Κ.Φ.Α. θα πρέπει να λάβει υπόψη του τις δυσκολίες που απορρέουν από τα προβλήματα συμπεριφοράς που εμφανίζουν γενικότερα τα παιδιά με αυτισμό σε κάθε νέα δραστηριότητα και κάθε νέο πρόσωπο, συμπεριφορά αναμενόμενη σε κάθε τι ανοίκειο (Gallahue, 2002, Τσιμάρας 2020).

Συνεπώς, ο Κ.Φ.Α. πρέπει να γνωρίζει καλά ότι ο μαθητής δεν μπορεί να πραγματοποιήσει κάτι συγκεκριμένο, εάν πρώτα δεν το διδαχθεί, επομένως θα πρέπει να χρησιμοποιεί σινιάλα για τη διευκόλυνση και την κατανόηση από το παιδί, της έναρξης και της λήξης μιας δραστηριότητας σηματοδοτώντας έτσι όλα όσα πρόκειται να γίνουν (Libby et al, 1998).

Η εκπαίδευση που παρέχεται στα αυτιστικά άτομα γίνεται με αργό ρυθμό, δεν είναι δυνατόν να είναι η ίδια με εκείνη των τυπικών παιδιών (Τσιμάρας, 2020). Επιπλέον, κάθε αυτιστικό παιδί, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες του, χρειάζεται ένα ξεχωριστό πρόγραμμα (<http://www.fa3.gr>), για αυτό και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση προς αυτή την κατεύθυνση.

5.8 Παιχνίδι και Αυτισμός

Το παιχνίδι αποτελεί μία σημαντική ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική ανάγκη κάθε παιδιού. Ακόμη, εκτός από μέσο ψυχαγωγίας και προσωπικής ικανοποίησης του κάθε μαθητή, αποτελεί ένα εξαιρετικό εργαλείο για την εκπαίδευση και την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του.

Το παιχνίδι των παιδιών συχνά χαρακτηρίζεται από μια φυσιολογική ‘περιέργεια’ η οποία τα βοηθά να γνωρίσουν τον εαυτό τους, τους άλλους και τον κόσμο που τα περιβάλλει. Κάτι τέτοιο δεν ισχύει για παιδιά με αυτισμό. Αυτά φαίνεται να έχουν χάσει αυτή την περιέργεια. Το παιχνίδι είναι μια διαδικασία δύσκολη για αυτά, τα τροφοδοτεί συχνά με απογοητεύσεις και τα κίνητρα τους είναι ελάχιστα σε σημείο να απογοητεύονται και να ζητούν την αποφυγή για ενασχόληση με οτιδήποτε (Wing, 1997).

Στον πίνακα 2 φαίνονται οι διαφορές του τρόπου παιχνιδιού παιδιών τυπικής ανάπτυξης και παιδιών με ΔΑΦ.

Πίνακας 2: Διαφορές του τρόπου παιχνιδιού μεταξύ παιδιών τυπικής ανάπτυξης και παιδιών με ΔΑΦ (Schopler, E.,Mesibov, G. B.,, 1998).

Ηλικία	Παιδιά τυπικής ανάπτυξης	Παιδιά με αυτισμό
1 έτους	Παίζουν με δική τους πρωτοβουλία	
1,5 ετών	Συμβολικό παιχνίδι (κάνουν	Πολύ περιορισμένο παιχνίδι.

	πως τρώνε, πίνουν κτλ.)	
2 ετών	Παιχνίδια προσποίησης σε κούκλες.	Ελάχιστη περιέργεια για το περιβάλλον, μη τυπικό παιχνίδι με τα αντικείμενα (π.χ. στριφογυρίζουν τα παιχνίδια, τα τοποθετούν με μέγεθος, χρώμα, κτλ.)
3 ετών	Παιχνίδι με συνομήλικους.	Δεν έχουν μπει ακόμα στο συμβολικό παιχνίδι, δεν παίζουν με συνομήλικους, τοποθετούν παιχνίδια στο στόμα, τα μυρίζουν κτλ.
4 ετών	Οργανωμένο συμβολικό παιχνίδι, κοινωνικό παιχνίδι, ολοκληρωμένες ιστορίες και απόδοση χαρακτήρων, παιχνίδι με συνομήλικους.	Λειτουργική χρήση παιχνιδιών, απουσία κοινωνικού παιχνιδιού και φανταστικών ιστοριών, 'απομονωμένο' παιχνίδι, δεν τα ενδιαφέρει να απευθύνονται σε άλλους ή ακόμα και στις κούκλες.

Συγκεκριμένα στο παιχνίδι τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν τις εξής ελλείψεις (Κοκαρίδας, 2016):

- «Έλλειψη αυθόρμητου παιχνιδιού ή δημιουργία φανταστικού παιχνιδιού.
- Έλλειψη μίμησης πράξεων των άλλων.
- Απουσία έναρξης και πρωτοβουλία σε παιχνίδια ρόλων.
- Επαναλαμβανόμενο παράξενο παιχνίδι.
- Επαναλαμβανόμενο παίξιμο (στριφογύρισμα) στρογγυλών αντικειμένων.
- Ασυνήθιστη προσκόλληση σε αντικείμενα.
- Εύκολα παρατηρούμενη υπερδραστηριότητα ή υποδραστηριότητα»

Αναφορικά με τον Herbert Mead (1934) το παιχνίδι αποτελεί την κύρια δραστηριότητα του παιδιού, παίζει σημαντικό ρόλο στην συγκρότηση του εαυτού του αλλά και στην κατανόηση της θέσης του άλλου. Είναι ένα σημαντικό εργαλείο που συμβάλει στην κοινωνικοποίηση του παιδιού και μειώνει τις εγωιστικές εκδηλώσεις (Mead, 1934, Αυγητίδου, 2001). Σύμφωνα με τον Vygotsky (1967) «το παιχνίδι προηγείται της ανάπτυξης». Μέσω αυτού τα παιδιά υιοθετούν έννοιες, χρήσιμες για το μέλλον οι οποίες θα τα βοηθήσουν στην κοινωνική τους προσαρμογή, γεγονός που επιτυγχάνεται ήδη από την παιδική ηλικία. Ο Vygotsky επίσης υποστηρίζει ότι το παιδί μέσα από το παιχνίδι ανακαλύπτει ορισμένες πτυχές του ίδιου του εαυτού και αντλεί πληροφορίες για τα συναισθήματα και τις δυνατότητες του μέσα από τις δραστηριότητες των ενηλίκων που αναπαριστά στο παιχνίδι του. Ο Piaget από την άλλη μίλησε για το βασικό ρόλο που έχει το παιχνίδι στη ζωή ενός ανθρώπου. Σε αυτό έχουν δικαίωμα όλοι ανεξαρτήτως διαφορών

που μπορεί να εμφανίζουν μεταξύ τους. Μέσα από το παιχνίδι καλλιεργείται η σκέψη, η κουλτούρα και η γλώσσα οδηγώντας στην γνωστική ανάπτυξη του ατόμου.

Το παιδί με αυτισμό μέσα από το παιχνίδι, έχει την ευκαιρία να εξελίξει τις δυνατότητές του, να μάθει καινούριες δεξιότητες και να προβάλλει τις ικανότητές του. Επίσης, να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του αλλά και να ενισχύσει τις αξίες του ώστε να μπορεί μελλοντικά να τα καταφέρει σε ότι επιδιώξει. Μέσα από το παιχνίδι καλλιεργούνται εκτός των άλλων η πειθαρχία σε προστάγματα, ο αλληλοσεβασμός, η κοινωνικότητα, η επικοινωνία, η σωματική και η ψυχική υγεία, η εκφραστικότητα, η σκέψη, η φαντασία, η γλωσσική και η αντιληπτική λειτουργία, τα κίνητρα, η ομαλή συμβίωση του παιδιού με άλλα άτομα και τελικά ολιστικά η προσωπικότητα του παιδιού (καλύβα, 2005).

5.9 Εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης

Τα παιδιά με αυτισμό χρειάζονται εξατομικευμένα προγράμματα παρέμβασης. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ασκήσεις σε αλληλεπίδραση και με άλλες δραστηριότητες όπως τη λογοθεραπεία, τη μουσικοθεραπεία, τη φυσικοθεραπεία, τη θεατρική αγωγή. Στοχεύει στην ανάπτυξη της λεπτής και της αδρής κινητικότητας και περιλαμβάνει δραστηριότητες που ανταποκρίνονται στις ανάγκες και δυνατότητες των ασκούμενων, ενώ παράλληλα περιέχει δραστηριότητες για την βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων. Τα παιδιά μαθαίνουν βασικές κινητικές δεξιότητες, μέσα από τι οποίες θα γίνουν πιο λειτουργικά στην καθημερινότητα τους, στο παιχνίδι, στην κοινωνικοποίηση (ασκήσεις με συνασκούμενο) και στην εκμάθηση κάποιου αθλήματος (Sherrill, 1986).

Συγκεκριμένα:

- Για την εφαρμογή ενός εξατομικευμένα προγράμματα παρέμβασης (ένας προς έναν) είναι απαραίτητη η εκτίμηση του αναπτυξιακού επιπέδου του παιδιού και η ιατρική εξέταση. Επίσης, το πρόγραμμα θα πρέπει να περιλαμβάνει ρεαλιστικούς και λειτουργικούς στόχους προκειμένου να είναι υλοποιήσιμοι (Τσιμάρας, 2012).

- Ο Κ.Φ.Α. θα πρέπει να έρθει σε επικοινωνία με τους γονείς αλλά και με τους άλλους επιστήμονες που έχουν σχέση με τον ασκούμενο, για να έχει μια ολοκληρωμένη εικόνα. Για την επιλογή του κατάλληλου ασκησιολογίου, ο Κ.Φ.Α. πρέπει να λαμβάνει υπόψη ορισμένα κριτήρια όπως τις δυνατότητες του μαθητή και τα ενδιαφέροντά του, τον εξοπλισμό που θα περιέχει ο χώρος άσκησης, τις γενικότερες δραστηριότητές του και τις ανάγκες του, τις αδυναμίες του και την αποτροπή ενδεχόμενης απογοήτευσης εκ μέρους του ασκούμενου. Για αυτό θα πρέπει αυτά να προτάσσονται ώστε να βρίσκεται το κατάλληλο πρόγραμμα (Χουρσανίδου, 2013).

- Για την καλύτερη πραγματοποίηση του προγράμματος θα πρέπει να τηρούνται ορισμένοι κανόνες και οπτικά ερεθίσματα από τον Κ.Φ.Α. Βασική προϋπόθεση για την επιτυχή συμμετοχή του ατόμου, η χρησιμοποίηση οπτικών ερεθισμάτων, όπως εικόνες και φωτογραφίες και περιορισμό της προφορικής καθοδήγησης σε λίγες λέξεις ή μικρές προτάσεις για να μπορούν να είναι οι πληροφορίες πιο εύληπτες. Επιπλέον, τα άτομα με αυτισμό είναι ευαίσθητα στους ήχους, ανταποκρίνονται καλύτερα όταν τους μιλούν με χαμηλό τόνο (Κοκαρίδας, 2016). Επίσης, η απομάκρυνση των επιπλέον ερεθισμάτων στον χώρο και καθορισμό ορίων, είναι παράγοντες που βοηθούν στην μείωση της διάσπασης προσοχής και για την αποφυγή της αισθητηριακής υπερφόρτωσης.

- Η δημιουργία εξατομικευμένου προγράμματος παρέμβασης (ένας προς ένας) μέσα από μία σειρά «ρουτίνες». Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σταθερά επαναλαμβανόμενα προγράμματα με συγκεκριμένη ροή ώστε μέσα από αυτή την ρουτίνα ασκήσεων οι ασκούμενοι να διευκολυνθούν στη διδασκαλία της μάθησης. Τα προγράμματα πρέπει να είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να είναι ελκυστικά και να συνδέονται με τα ενδιαφέροντα του κάθε ατόμου (Κοκαρίδας, 2016).

- Η μέθοδος διδασκαλίας που θα ακολουθηθεί κατά την πραγματοποίηση του προγράμματος κρίνεται σημαντική. Η κυκλική προπόνηση είναι κατάλληλη για ένα ειδικευμένο πρόγραμμα που θα περιλαμβάνει ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης, ευλυγισίας, ισορροπίας και αερόβιες ασκήσεις.

- Ο ΚΦΑ θα πρέπει να προσέχει ώστε οι ασκήσεις να εκτελούνται όσο το δυνατόν ορθότερα, ενδιάμεσα στις ασκήσεις θα πρέπει να δίνεται επαρκής χρόνος ανάληψης. Κάποια παιδιά χρειάζονται συχνές αλλαγές, εξαιτίας της ελλειμματικής προσοχής. Ακόμη δεν πρέπει να παραβλέπεται ότι στα άτομα με αυτισμό υπερισχύει η συνήθεια, συνεπώς το πρόγραμμα πρέπει να εκτελείται σε συγκεκριμένα χρονικά όρια καθώς και να ενημερώνεται ο κάθε ασκούμενος για τυχόν αλλαγές στο πρόγραμμά του (Κοκαρίδας, 2016).

- Η επιλογή ασφαλών ασκήσεων είναι σημαντική, καθώς τα παιδιά με αυτισμό μπορεί α) να μην αισθάνονται τον κίνδυνο, β) να έχουν επιληψία, όπως συμβαίνει στο ¼ των περιπτώσεων των παιδιών με αυτισμό.

- Σημαντικές είναι οι ασκήσεις με συνασκούμενο, γιατί καλλιεργούν τις κοινωνικές δεξιότητες του παιδιού με αυτισμό, στις οποίες αυτό υπολείπεται, ενώ τονίζεται η κοινωνικοποίηση σε σχέση με τους γύρω,

- Επίσης, η ενθάρρυνση του παιδιού και η δημιουργία θετικών ερεθισμάτων μέσα από τη λεκτική ανταμοιβή (π.χ. *μπράβο, τα πάς περίφημα*) σε κάθε επιτυχημένη εκτέλε-

ση δραστηριότητας. Σημαντική είναι και η συμπεριφορά του ΚΦΑ σε ανεπιθύμητες συμπεριφορές. Οι κλασικές «τιμωρίες» όπως το time – out (ολιγόλεπτη απομάκρυνση από την δραστηριότητα) δεν ενδείκνυται για τα άτομα με αυτισμό, γιατί με αυτόν τον τρόπο τονίζεται η τάση απομόνωσής τους. Καλό είναι ο ΚΦΑ να επικεντρωθεί στην ενθάρρυνση του παιδιού στα θετικά του σημεία και την επιβράβευση μέσω άλλων θετικών ερεθισμάτων όπως αυτοκόλλητα και μικρά σνακ κι έτσι να του δημιουργεί την ανάγκη για ολοένα και περισσότερη εξέλιξη.

Κεφάλαιο VI

Μελέτη περίπτωσης παιδιού με σύνδρομο Asperger

6.1 Εισαγωγή

Τα άτομα του βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού, ακόμη και εκείνα που είναι υψηλής λειτουργικότητας (σύνδρομο Asperger), παρουσιάζουν ελλείψεις σε κοινωνικές, επικοινωνιακές και κινητικές δεξιότητες. Τα πιο πολλά παιδιά που εντάσσονται στο φάσμα δεν πηγαίνουν σε ειδικό σχολείο, αλλά εντάσσονται σε τμήμα γενικού σχολείου με παράλληλη στήριξη, είτε σε τμήμα ένταξης. Η περίπτωση που θα παρουσιαστεί αφορά έναν μαθητή που έχει διαγνωστεί με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας και ήπια υπερκινητικότητα, ο οποίος φοιτά σε γενικό σχολείο με παράλληλη στήριξη. Ο συγκεκριμένος μαθητής νιώθει μειονεκτικά και φοβάται τον ανταγωνισμό με αποτέλεσμα να αρνείται να συμμετάσχει στο μάθημα της γυμναστικής.

Ο μαθητής παρακολούθηθηκε στα πλαίσια της πρακτικής άσκησης του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοιατρικών Προσεγγίσεων» σε δημοτικό σχολείο της Αθήνας, με όλες τις νόμιμες διαδικασίες (παράρτημα 1). Η παρέμβαση στο μαθητή έγινε στα πλαίσια του μαθήματος Φ.Α., με σκοπό να ενταχθεί στο μάθημα της γυμναστικής, να βελτιωθεί η κινητική του ικανότητα και η αυτοπεποίθησή του, αλλά και να μειωθούν οι στερεοτυπικές του κινήσεις, καθώς και να αυξηθεί ο χρόνος συμμετοχής του σε όλες τις ακαδημαϊκές του υποχρεώσεις.

6.2 Ποιοτική αξιολόγηση

Συγκεντρώθηκαν όλα τα απαραίτητα στοιχεία που αφορούσαν τη μαθησιακή εικόνα του μαθητή, τις παρατηρήσεις στις αίθουσες διδασκαλίας καθώς και κατά τη διάρκεια του διαλείμματος. Επιπλέον, ακολούθησαν συνεντεύξεις από τη δασκάλα του τμήματος, τη δασκάλα της παράλληλης στήριξης, τη μητέρα και το γυμναστή (παράρτημα 2).

6.3 Αναφορικά με τον μαθητή

Ο μαθητής Α. γεννημένος Μάιο του 2013 είναι το πρώτο παιδί της οικογένειας, φαινοτυπικά υγιών γονέων και έχει έναν αδερφό 6 ετών. Οι γονείς του είναι υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Από το αναπτυξιακό ιστορικό του μαθητή αναφέρεται ότι η σύλληψη του Α. ήταν φυσιολογική, επιθυμητή και προγραμματισμένη, ενώ είχαν προηγηθεί 3 απόπειρες εξωσωματικής. Ο Α. γεννήθηκε στις 40 εβδομάδες με καισαρική τομή, έκλαψε αμέσως μετά και το βάρος του ήταν 2950γρ. Αναφέρεται ότι στήριξε το κεφάλι του σε ηλικία 3,5 μηνών. Κάθισε 6,5 μηνών, είπε την πρώτη λέξη (μπαμπά) 8 μηνών και περπάτησε σε ηλικία 11 μηνών. Σχημάτισε μικρές φράσεις 15 μηνών και απέκτησε τον έλεγχο των σφιγκτήρων 4 ετών. Η σωματική του ανάπτυξη είναι κανονική και κατάλληλη για την ηλικία του.

Πραγματοποιήθηκε παιδοψυχιατρική εξέταση- διενέργεια ADOS σε ηλικία 5,5 ετών από ιδιωτικό παιδοψυχιατρικό κέντρο, μετά από ανησυχία των γονιών. Η θεραπευτική πρόταση συμπεριέλαβε λογοθεραπεία, εργοθεραπεία, ψυχολογική στήριξη, ειδικό μαθησιακό, ενώ υπήρξε και συμβουλευτική υποστήριξη των γονέων για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τις ιδιαιτερότητες του παιδιού. Οι ατομικές συνεδρίες του Α. ξεκίνησαν στην ηλικία των 5,5 ετών, τρεις φορές την εβδομάδα, ενώ οι συμβουλευτικές συνάντησης με τους γονείς ήταν με συχνότητα μία φορά την εβδομάδα, καθώς και μια οικογενειακή ψυχοθεραπεία τον μήνα.

Λίγες ημέρες αργότερα υπήρξε ιατρική γνωμάτευση από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών» όπου διαπιστώθηκε ότι ο Α. παρουσιάζει «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (F84 κατά ICD-10), δηλαδή Αυτισμό παιδικής ηλικίας με συνοδή ήπια υπερκινητικότητα και έντονη διάσπαση προσοχής».

Σε ηλικία 6 ετών πέρασε τεστ σχολικής ετοιμότητας και κρίθηκε ικανός να παρακολουθήσει την Α' δημοτικού, αλλά με την καθοδήγηση ειδικού εκπαιδευτικού, σε επίπεδο παράλληλης στήριξης. Σε ηλικία 6.5 ετών έχασε τον πατέρα του, ο οποίος αρρώστησε αρρωσταίνει και έφυγε σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Λίγους μήνες μετά πέρασε από αξιολόγηση σε δημόσιο διαγνωστικό κέντρο (Κ.Ε.Σ.Υ.). Εξετάστηκε από εκπαιδευτικό ειδικής αγωγής (ΕΑΕ), ψυχολόγο και κοινωνική λειτουργό, όπου επιβεβαιώθηκε ότι ο Α. παρουσιάζει διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, συγκεκριμένα, σύνδρομο Asperger, με ήπια υπερκινητικότητα και έντονη διάσπαση προσοχής (ΔΕΠΥ).

Σήμερα ο Α. είναι 8 ετών και είναι μαθητής της Γ' τάξης δημοτικού σχολείου τυπικής εκπαίδευσης, με Εξατομικευμένο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα (Ε.Ε.Π.) και εκπαιδευτικό της παράλληλης στήριξης.

6.4 Προσδιορισμός και αξιολόγηση των ικανοτήτων του μαθητή

Σύμφωνα με τα στοιχεία που προέκυψαν από την παρατήρηση στην τάξη, ο Α. δεν έχει ιδιαίτερα γνωστικά προβλήματα και με τη δασκάλα της παράλληλης στήριξης ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στις απαιτήσεις του αναλυτικού προγράμματος. Επίσης εφαρμόζει τους κανόνες της τάξης σε ικανοποιητικό βαθμό. Υπάρχει αδυναμία κατανόησης αφηρημένων εννοιών, γεγονός που βασίζεται σε χαρακτηριστικό του συνδρόμου (Goldsteina & Schwebach, 2004).

Ο Α. έδειχνε κάποιες φορές να είναι αφηρημένος την ώρα του μαθήματος και αυτό παρατηρήθηκε μετά την τρίτη διδακτική ώρα. Αυτό δεν σήμαινε ότι απαραίτητως ήταν αφηρημένος. Ο μαθητής από την συνεχή πληροφόρηση κουραζόταν και «κλείδωνε». Λόγω της διάσπασης προσοχής συχνά χάνει το ενδιαφέρον του στο μάθημα από κάποιο ερέθισμα ή εξωτερικό παράγοντα. Συχνά καταφεύγει στην ενασχόληση με παιχνίδι της αρεσκείας του ή ζωγραφική, η διαδικασία αυτή δείχνει να τον χαλαρώνει και τον βοηθάει να ενταχθεί ξανά στη ροή του μαθήματος.

Επίσης, παρατηρήθηκε μια παρορμητικότητα και ανυπομονησία, π.χ. πριν η δασκάλα της τάξης ολοκληρώσει την ερώτηση ο Α. απαντούσε. Ο μαθητής συχνά στριφογύριζε στην θέση του και καθόταν με τα πόδια στην καρέκλα, γεγονός που οφείλεται στην ήπια υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα του μαθητή. Χαρακτηριστικό του συνδρόμου αυτή η αδιαφορία, που μπορεί να χαρακτηριστεί ως ασέβεια προς τον ομιλητή (Γένα, 2002).

Από την παρατήρηση στο μάθημα της γυμναστικής διαπιστώθηκε μία άρνηση συμμετοχής στα ομαδικά παιχνίδια που είχαν το στοιχείο του συναγωνισμού. Η παρότρυνση του γυμναστή για συμμετοχή στις δράσεις του δημιουργούσε επιπλέον άγχος και νευρικότητα. Αρκετές φορές αποσύρεται μακριά από την ομάδα κάνοντας στερεοτυπικές κινήσεις (στιγμιαία φτερουγίσματα των άνω άκρων). Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα κοινωνικού άγχους και στρες καθώς και δυσαρέσκεια σε παιχνίδια συναγωνισμού κατά της διάρκειας ομαδικών δραστηριοτήτων (Meyer et al, 2006).

Όσον αφορά το κινητικό κομμάτι, εκδηλώνει ατελή κινητικά πρότυπα, ως προς τον έλεγχο δύναμης, το χρόνο αντίδρασης, εκδήλωση αδυναμίας στις σύνθετες κινήσεις. Παρατηρήθηκε απώλεια δυναμικής ισορροπίας (πέσιμο κατά την εκτέλεση της άσκησης).

Ο Α. εκδήλωσε δυσκολίες συντονισμού και διατήρησης του ρυθμού κατά την διάρκεια της άσκησης, έλλειψη ισορροπίας και δυσκαμψίας στην παιδοκομική άρθρωση και στον ορθό μηριαίο. Παρατηρήθηκε ότι ο μαθητής δυσανασχετούσε σε ασκήσεις ευλυγισίας και πα-
ραπονιόταν ότι πονάει με αποτέλεσμα να αποσύρεται (Κοκαρίδας, 2016).

Από την παρατήρηση στο διάλλειμα ο μαθητής τις περισσότερες φορές ήταν μό-
νος του κάνοντας στερεοτυπικές κινήσεις (φτερούγισμα των άνω άκρων και κούνημα του
κεφαλιού) τρέχοντας στο προαύλιο. Έδειχνε να χρησιμοποιεί το διάλλειμα για να αποφορ-
τιστεί από τον όγκο των πληροφοριών της διδακτικής ώρας. Υπήρχαν προσπάθειες να α-
κολουθήσει την ομάδα, αλλά γρήγορα έχανε το ενδιαφέρον του.

Επιπλέον, παρατηρήθηκε φοβία με τις σκάλες: στην προσπάθεια του να τις χρη-
σιμοποιήσει πιανόταν από τον τοίχο (η τάξη του μαθητή βρίσκεται στο πρώτο όροφο του
σχολείου). Όταν τις κατέβαινε, ήταν μονότονος με τον ίδιο ρυθμό δεξί-αριστερό, δεξί-
αριστερό κ.ο.κ. αντί του φυσιολογικού δεξί- αριστερό- δεξί.

6.5 Μεθοδολογία παρέμβασης

Το ειδικό πρόγραμμα που εφαρμόστηκε στο μαθητή ήταν σύμφωνο με το Διαθεματικό Ε-
νιαίο Πλαίσιο Προγράμματος Σπουδών Προσαρμοσμένης Φυσικής Αγωγής του
ΥΠ.Ε.Π.Θ, προσαρμοσμένο στις ανάγκες του συγκεκριμένου παιδιού. Διήρκησε δύο μή-
νες, με συχνότητα δυο φορές την εβδομάδα για 15' «ένας προς έναν» και στη συνέχεια
συμμετείχε στο μάθημα της ΦΑ. Η κάθε ενότητα εφαρμόστηκε σε 3 συνεδρίες. Πραγμα-
τοποιήθηκε στο γήπεδο του μπάσκετ και στο γυμναστήριο (ανάλογα με τις καιρικές συν-
θήκες) σε συνεργασία με το γυμναστή της τάξης. Ανάλογα με το χώρο που βρισκόταν α-
κολουθούσε συγκεκριμένη διαδρομή και απομακρυνόταν οποιοδήποτε παράγοντας θα α-
ποσπούσε την προσοχή του μαθητή (www.noesi.gr). Το πρόγραμμα περιελάμβανε αερόβι-
ες ασκήσεις, ασκήσεις δύναμης, ευλυγισία και ισορροπία, καθώς και δεξιότητες όπως,
προσανατολισμό στο χώρο, δεξιότητες αμφιπλευρικότητας, συντονισμού, όπως φαίνεται
αναλυτικά στο πίνακα 3. (Παράρτημα:4 Εικόνες:1-22)

Πίνακα 3. Πρόγραμμα παρέμβασης

Περιοχές Παρέμβα- σης- Ασκήσεις	Ασκήσεις Αδρής κινητικότητας	Βραχυπρόθεσμοι στόχοι	Μακροπρόθεσμοι στόχοι
Βελτίωση αερόβιας ικανότητας	<ul style="list-style-type: none"> • Τρέξιμο ανάμεσα σε στεφάνια. • Αναπήδηση με δύο πόδια με το ένα πόδι. • Δρομικές ασκήσεις, σλάλομ, αλλαγή κα- 	<ul style="list-style-type: none"> • Να εκτελεί την άσκηση σωστά. • Να εκτελεί την άσκηση χωρίς Βοήθεια. • Να μην πατάει τα 	<ul style="list-style-type: none"> • Να τρέχει χωρίς να διαμαρτύρεται. • Να μπορεί να ι-σορροπεί και να διατηρεί σταθερή την θέση του χω-

<p>Κινητικές δεξιότητες μετακίνησης του σώματος (τρέξιμο, άλμα, αναπηδήσεις)</p> <p>Αισθητικοκινητικές δραστηριότητες αρχή – μέση - τέλος</p>	<p>τεύθυνσης.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πλάγια βήματα προς τα μέσα- προς τα έξω. • Περπάτημα στις μύτες- περπάτημα στις φτέρνες. 	<p>στεφάνια.</p>	<p>ρίς να πέφτει έπειτα από άλμα.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σταδιακή αύξηση του εμποδίου ή η απόσταση ανά άλμα. Διατήρηση της καθ' υπόδειξη στάσης κατά την προσγείωση του.
<p>Κινητικές δεξιότητες χειρισμού</p> <p>Ενδυνάμωση κορμού</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Χτύπημα της μπάλας στο πάτωμα και πιάσιμο με τα δύο χέρια. • Πέταγμα της μπάλας στον αέρα και πιάσιμο με τα δύο χέρια. • Κλώσημα της μπάλας και σταμάτημα. • Επιλογή ασκήσεων ενδυνάμωσης κοιλιακών και ραχιαίων 	<ul style="list-style-type: none"> • Να μπορεί να πιάνει την μπάλα. • Να μπορεί να σταματά την μπάλα. • Βολές σε καλάθι καλαθοσφαίρισης 	<ul style="list-style-type: none"> • Να μπορεί να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες, χωρίς να διστάζει ότι δεν θα τα καταφέρει. • Να συμμετέχει ενεργά σε αθλοπαιδιές (μπάσκετ, ποδόσφαιρο) και να νιώθει ότι μπορεί να ανταγωνιστεί τους συμμαθητές του.
<p>Ευλυγισία</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Διάταση των ανεπτυγμένων αγωνιστών μυών σε συνδυασμό με μυϊκή ενδυνάμωση των ανταγωνιστών μυών. • Δίπλωση κορμού και στροφή, κάμψη ισχίων, ρολάρισμα σώματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Να εκτελεί τις ασκήσεις σε χαμηλό, μεσαίο και ψηλό επίπεδο • Αποφυγή περεταίρω βράχυνσης των μυών. • Να μην διαμαρτύρεται ότι πονάει. • Διατήρηση του εύρους κίνησης και βελτίωση στάσης σώματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να αποκτήσει ευλυγισία. • Να μπορεί να διατηρεί το σώμα του σε έκταση από πρηνή θέση για περισσότερο από 4 δευτερόλεπτα και σταδιακή αύξηση του χρόνου.
<p>Κινητικές δεξιότητες ισορροπία</p> <p>Στατικές & δυναμικές ασκήσεις</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Βάδιση Tandem σε ευθεία γραμμή 3 μέτρων (το μπροστά πόδι να ακουμπά τα δάκτυλα του πίσω και ανάποδα (προς τα πίσω)) • Ισορροπία στο ένα πόδι με το πέλμα στο έδαφος • Άλματα από εμπόδιο (μπροστά πίσω και πλάι) • Ισορροπία στο ένα πόδι με κάμψη κορμού 	<ul style="list-style-type: none"> • Να εκτελέσει την άσκηση και να δίνεται βοήθεια όπου χρειάζεται • Να εκτελεί την άσκηση χωρίς να πέφτει κάτω • Να μπορεί να παραμένει στις πιο δυναμικές θέσεις που απαιτούν πλήρη έλεγχο του σώματος (πρηνή έκταση – ύπτια κάμψη) 	<ul style="list-style-type: none"> • Η άσκηση να εκτελείται με επιτυχία χωρίς βοήθεια • Ισορροπία και περπάτημα πάνω σε ασταθής επιφάνειες. • Να μπορεί να διατηρήσει μονοποδική στήριξη χρόνου τουλάχιστον 4 δευτερολέπτων με το κάθε πόδι, με μεγαλύτερη σταθερότητα κορμού.

<p>Νευρομυϊκός συντονισμός – γνώση πλευρικότητας (διαχωρισμός δεξιού- αριστερού)</p> <p>Συντονισμός άνω και κάτω άκρων</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ανέβασμα και κατέβασμα σκάλας. • Ανοίγω κλείνω, χέρια – πόδια ταυτόχρονα. • Να χτυπάει παλαμάκι και θα πηδήξει σύγχρονος • Μίμηση ζώων με σκοπό την εναρμονισμένη συμμετοχή των άνω- κάτω άκρων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να ανεβοκατεβαίνει την σκάλα με βοήθεια εναλλάσσοντας τα πόδια (χρησιμοποιώντας ένα πόδι σε κάθε σκαλοπάτι). • Να ελέγχει σωστά και να οργανώνει το σώμα του, ώστε να μην διστάζει να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να ανεβοκατεβαίνει την σκάλα από μόνο εναλλάσσοντας δεξί-αριστερό-δεξί χωρίς βοήθεια και χωρίς να φοβάται. • Να ελέγχει και να οργανώνει σωστά το σώμα του και να μπορεί να ανταπεξέλθει σε απαιτητικές δραστηριότητες.
---	---	--	--

Στα πλαίσια του μαθήματος της Φ.Α. ο μαθητής συμμετείχε σε ομαδικές δραστηριότητες.

Εφαρμογή του «κύκλου των φίλων». Μέσω της διαδικασίας αυτής ο μαθητής εντάχθηκε σε ολιγομελείς ομάδες των 4-5 παιδιών (όπου μέσω των κινητικών δραστηριοτήτων) αύξησε τον αριθμό των κοινωνικών του επαφών και των δεξιοτήτων. Οι δραστηριότητες ήταν στα πλαίσια του αναλυτικού προγράμματος, αλλά δόθηκε και προτεραιότητα στα ενδιαφέροντα του μαθητή. Επίσης, οι δραστηριότητες αυτές δεν ήταν ιδιαίτερα απαιτητικές, ώστε να μη βιώνει ο μαθητής το συναίσθημα της αποτυχίας.

Προκειμένου να μπορέσει ο Α. να αποκτήσει αυτοπεποίθηση και να συμμετέχει στα ομαδικά παιχνίδια σε συνεργασία με το γυμναστή του τμήματος πραγματοποιούνταν την ώρα της γυμναστικής απλά ομαδικά παιχνίδια βασισμένα σε απλούς κανόνες ώστε να μπορούν να γίνουν αντιληπτοί και από τον μαθητή. Οι ειδικές του ικανότητες γίνονταν αντιληπτές από τους συμμαθητές του ,μέσω αυτών των ομαδικών παιχνιδιών κι έτσι ο ίδιος λάμβανε την αντίστοιχη συμπεριφορά.

Σε συνεργασία με τον γυμναστή συνδυάστηκε η μουσική με τα ομαδικά παιχνίδια (μουσικοκινητικά παιχνίδια) ώστε να αναπτύξει ο Α. τις κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες του, αλλά και τον συντονισμό των κινήσεων του, κάνοντας το μάθημα περισσότερο ελκυστικό και ευχάριστο (Παράρτημα: 4 Εικόνες: 23-30).

6.6 Συζήτηση

Την πρώτη ημέρα υπήρχε δυσκολία και άρνηση από το μαθητή να ακολουθήσει όσα του υποδεικνύονταν. Η απότομη αλλαγή της ρουτίνας τον οδήγησε σε έντονη ανησυχία, εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων (έντονες φωνές, ξέσπασμα σε κλάματα), αδυναμία και άρνηση παραμονής σε οποιαδήποτε δραστηριότητα. Παρατηρήθηκε δυσκολία στον συντο-

νισμό των άνω και κάτω άκρων, αδυναμία ισορροπίας και συγκέντρωσης, αν και σε κινητικό επίπεδο ήταν καλός. Εξηγήσαμε στο μαθητή ότι πρόκειται για ώρα εκτόνωσης και όχι τιμωρίας, προσαρμόσαμε μαζί του το ασκησιολόγιο για να του είναι πιο ευχάριστο και παρεμβαίναμε όπου ζητούσε βοήθεια (Τσιμάρας, 2012). Μέρα με την ημέρα ο μαθητής ερχόταν με περισσότερη όρεξη για προσπάθεια. Σε κάθε μη επιθυμητή συμπεριφορά προσπαθούσαμε να κατανοήσουμε την κατάσταση του μαθητή και μετά συζητούσαμε μαζί του. Σε κάθε προσπάθεια υπήρχε λεκτική επιβράβευση του μαθητή (μπράβο, τα κατάφερες), αλλά και θετικών ενισχυτών (αυτοκόλλητα, σφραγίδες). Στην πορεία παρατηρήθηκε βελτίωση της κινητικής συμπεριφοράς του μαθητή, καθώς και περισσότερη διάθεση για συνεργασία. Ο Α. από τη δεύτερη εβδομάδα περίμενε με χαρά να έρθει στην ολιγόλεπτη συνεδρία. Σταδιακά υπήρξε αύξηση του χρόνου παραμονής στις δραστηριότητες του και καλυτέρευσε η συνεργασία με τον γυμναστή. Επίσης, συμμετείχε στο μάθημα τις γυμναστικές και έπαιρνε μέρος σε ομαδικές δραστηριότητες.

Μέσα από την παρέμβαση αυτή, ο μαθητής παρουσίασε ικανοποιητική λειτουργική ικανότητα, διάθεση για συνεργασία και συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες. Επίσης, αυξήθηκε ο χρόνος συμμετοχής στις ακαδημαϊκές του υποχρεώσεις και στο μάθημα ΦΑ (βελτίωση της ικανότητας σε σύνθετες κινητικές δεξιότητες). Καλυτέρευσαν οι σχέσεις με τον ΚΦΑ. Σημαντική εξέλιξη υπήρξε στη συμμετοχή του μαθητή στις ομαδικές δραστηριότητες, αλλά και οι επιδόσεις του σε αυτές, με αποτέλεσμα να αποκτήσει αυτοπεποίθηση και να πιστέψει περισσότερο στον εαυτό του.

Οι στόχοι που τέθηκαν ήταν απλοί και ρεαλιστικοί και ανταποκρίνονταν στις δυνατότητες του μαθητή. Επεξηγήθηκαν από την αρχή στο μαθητή με λίγες και απλές λέξεις ώστε να είναι απόλυτα κατανοητές. Οι ασκήσεις συμβάδιζαν με τα ενδιαφέροντα και την επιθυμία του μαθητή για να μην χάνει τον ενθουσιασμό του. Προσπαθήσαμε να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη και να του δώσουμε να καταλάβει ότι σκοπός μας είναι να το βοηθήσουμε (Κοκαρίδας, 2016).

6.7 Περιορισμοί

Μέσα από την παρούσα μελέτη περίπτωσης προέκυψε μία σειρά από περιοριστικούς παράγοντες.

Βασικός περιορισμός ήταν το γεγονός ότι η έρευνα έγινε εν μέσω πανδημίας Covid 19. Υπήρχαν περιορισμοί στις δραστηριότητες και οι συνθήκες δεν ήταν ευνοϊκές (περιορισμός της μάσκας, ακύρωση μαθημάτων λόγω κρουσμάτων, έλλειψη χώρου και χρόνου, αδυναμία χρήσης υλικών).

Επίσης το μικρό χρονικό διάστημα διεξαγωγής της έρευνας δεν επέτρεψε την εμφάνιση μεγαλύτερων βελτιώσεων. Λόγω των συνθηκών (πανδημία Covid 19) δεν κατέστη εφικτή ατομική ωριαία συνεδρία με τον μαθητή.

Το γεγονός ότι η συγκεκριμένη μελέτη περίπτωσης δεν κατάφερε να γίνει ερευνητική (ερωτηματολόγια, στατιστικές αναλύσεις κ.τ.λ.), ήταν ακόμη ένας περιορισμός που προέκυψε από την οικογένεια και τη σχολική μονάδα.

Κεφάλαιο VII

1. Συμπεράσματα

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφέρθηκε στις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος που σχετίζονται με πολλές δυσκολίες στο κοινωνικό, επικοινωνιακό και κινητικό επίπεδο. Η εκδήλωση των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος εμφανίζονται πολύ νωρίς και παραμένουν για όλη τη ζωή. Οι διαταραχές ανιχνεύονται με τα διαγνωστικά εργαλεία (DSM-5) για να ξεκινήσει η κατάλληλη παρέμβαση. Την τελευταία δεκαετία η πρόωμη παρέμβαση (η εκπαίδευση των παιδιών πριν τα 5 έτη) έχει αποδειχτεί αποτελεσματική στην εκπαίδευση των παιδιών με ΔΑΦ. Η πρόωμη παρέμβαση είναι τόσο σημαντική όσο και η πρόληψη, λόγω της νευροπλαστικότητας του εγκεφάλου, δηλαδή της ικανότητας του εγκεφάλου να δημιουργεί νέες συνάψεις τα πρώτα χρόνια της ζωής του ανθρώπου και είναι ιδιαίτερα αυξημένη στη βρεφική και νηπιακή ηλικία. Βασική προϋπόθεση είναι η συνεργασία μιας διεπιστημονικής ομάδας που θα αξιολογήσει λεπτομερώς τις δυνατότητες και τις αδυναμίες του ατόμου και θα εντοπίσει σε ποιους τομείς μπορεί να υπάρξει εύκολα κάποια βελτίωση και σε ποιους ενδέχεται να προκύψουν σοβαρές δυσκολίες ώστε να πρέπει να ενταθούν οι προσπάθειές τους.

Σημαντικός είναι ο ρόλος της φυσικής αγωγής στην εκπαιδευτική διαδικασία και στη μείωση των διαταραχών του αυτιστικού συνδρόμου. Ο σχεδιασμός κατάλληλων προγραμμάτων, που λαμβάνουν υπόψη όλες τις ιδιαιτερότητες των ατόμων με αυτισμό και εφαρμόζονται με τις κατάλληλες μεθόδους, συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση των δυνατοτήτων και στη μείωση δυσκολιών. Το ερευνητικό ενδιαφέρον, εστιάζεται περισσότερο στην αντιμετώπιση των αρνητικών μορφών συμπεριφοράς και των στερεοτυπιών αυτών των ατόμων. Στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια κάνουμε έρευνες και συλλέγουμε πληροφορίες. Υπάρχουν βέβαια πολλές ακόμη πλευρές του συνδρόμου, όπου η έρευνα της φυσικής αγωγής μπορεί πολλά να προσφέρει.

Πιστεύουμε ότι ως άνω συμπέρασμα της παρούσας βιβλιογραφικής έρευνας, το πόσο σημασία έχει η εφαρμογή του μαθήματος της ΦΑ στις μικρές ηλικίες, προσχολικής αγωγής. Στο ηλικιακό φάσμα των 3-6 ετών, όπου αναπτύσσονται βασικές κινητικές δεξιότητες. Η δυνατότητα πρώιμης παρέμβασης, μέσω μιας συστηματικής και επιστημονικά σχεδιασμένης παρέμβασης.

Η μελέτη περίπτωσης του μαθητή που εξετάστηκε(ο οποίος βρίσκεται στο φάσμα του αυτισμού), δείχνει τη βασική ανάγκη για την προσαρμογή σχετικού προγράμματος στα πλαίσια του μαθήματος της Φυσικής Αγωγής. Αποτελεί βασική αρχή κάθε μαθητής που παρουσιάζει κάποια μορφή ιδιαιτερότητας να μπορεί να αποτελεί αρμονικό μέλος του συνόλου του σχολείου και να μην παρακωλύεται από αυτή την ιδιαιτερότητα. Σε αυτήν την κατεύθυνση κινείται πια και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα του σχολείου. Αδήριτη, λοιπόν, ανάγκη η μέριμνα εκ μέρους του κατάλληλου προσωπικού για την κατάρτιση του υποβοηθητικού υλικού που θα τονώσει την αυτοπεποίθηση του ίδιου του μαθητή, την απόδοσή του, μα και θα ενθαρρύνει την αποδοχή του εκ μέρους των συμμαθητών του.

Συνεπώς, η συστηματική παρατήρηση των μαθητών πριν από οποιαδήποτε παρέμβαση στο σχολικό πλαίσιο και η καταγραφή της κινητικής και κοινωνικής συμπεριφοράς θα πρέπει να υιοθετούνται, αφενός σε κάθε πρακτική άσκηση, αφετέρου στην καθημερινότητα των τυπικών και ειδικών σχολείων. Η συγκρότηση μιας διεπιστημονικής ομάδας παρατήρησης με τη συμμετοχή του ΚΦΑ θα δώσει τη δυνατότητα να εφαρμοστεί πρόγραμμα με μεγαλύτερη διάρκεια, αυξάνοντας έτσι πιθανά την αποτελεσματικότητά του.

Προτάσεις

Σε ειδικό πλαίσιο ο μαθητής χρειάζεται συστηματικά ένα προσαρμοσμένο πρόγραμμα φυσικής αγωγής για τη βελτίωση των κινητικών δεξιοτήτων: οι ασκήσεις ευλυγισίας θα πρέπει να γίνονται συστηματικά ώστε να αποφευχθεί η βράχυνση των μυών και να διατηρηθεί η σωστή στάση του σώματος. Το ίδιο προτείνεται και για τις ασκήσεις ορθοσωμίας και μυϊκής ενδυνάμωσης που συμβάλουν στην ενδυνάμωση του κορμού και την αποφυγή παραμορφώσεων της σπονδυλικής στήλης, την ισορροπία, την καλή στάση του σώματος και την αποφυγή της μυϊκής ατροφίας. Η μέτρια αερόβια ικανότητα θα αυξήσει τη φυσική του κατάσταση, θα μειώσει την εμφάνιση των στερεοτυπικών συμπεριφορών και της ήπιας υπερκινητικότητας και θα αυξήσει την ακαδημαϊκή του επίδοση.

Προτείνεται για το μαθητή ένα ατομικό άθλημα της αρεσκείας του π.χ. κολύμπι, στίβος, ποδηλασία ή κάποια πολεμική τέχνη τρεις φορές την εβδομάδα. Η συμμετοχή του μαθητή σε κάποιο άθλημα θα βελτιώσει την υγεία του, την κινητική του λειτουργία και

την ευεξία του. Θα αυξήσει την αυτοπεποίθηση του και θα βελτιώσει την κοινωνική του ζωή.

Σε γενικό πλαίσιο υπογραμμίζουμε την σπουδαιότητα των προγραμμάτων παρέμβασης της ΦΑ και την έναρξη τους από πολύ νωρίς. Προτείνουμε περισσότερη διενέργεια επί του θέματος, η οποία θα μπορούσε να κινηθεί στις ακόλουθες κατευθύνσεις:

Επιστημονική κατάρτιση των ΚΦΑ, ώστε να αποκτήσουν περισσότερη γνώση και κατάρτιση επί του θέματος.

Συνδιδασκαλία νηπιαγωγών με καθηγητών φυσικής αγωγής στην προσχολική αγωγή έτσι ώστε να κάνουν διενέργεια και ανίχνευση πρώιμων συμπτωμάτων ΔΑΦ και άμεση εντατική παρέμβαση προγραμμάτων ΦΑ.

Διερεύνηση για νέες τεχνολογικές και μεθόδους σχεδίων εργασίας (project) για την ανάπτυξη κινητικών δεξιοτήτων. Έχει διαπιστωθεί ότι η συμμετοχή των παιδιών στο μάθημα της ΦΑ φθίνει όσο το παιδί ανεβαίνει σχολικές βαθμίδες και ιδιαίτερα στο λύκειο η συμμετοχή τους είναι πολύ χαμηλή.

Διερεύνηση των προγραμμάτων παρέμβασης σε συνδυασμό με μουσική ακρόαση για προτροπή και ουσιαστική συμμετοχή των παιδιών με σκοπό την βελτίωση της απόδοσης (Κολοβελώνης & Τζαβίδας, 2009).

Αναφορές

Ξένες

- Allison, D.B., Basile, C., & MacDonald, R. B. (1991). Brief report: Comparative effects of antecedent exercise and Lorazepam on the aggressive behavior of an autistic man. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 89–94.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub.
- Attwood, T., Toth, K., Dawson, G., Meltzoff, A., Greenson, J., & Fein, D. (2008). Early Social, Imitation, Play and Language Abilities of Young Mon – Autistic Siblings of Children with Autism, *Journal of Autism and developmental disorder*. 37:145-157.
- Currenti, SA. (2010). Understanding and Determining the Etiology of autism: *Cell Mol Neurobiol*, σσ. 30:161-171.
- Devlin, B & Scherer, S.W. (2012). Genetic architecture in autism spectrum disorder. *Current Opinion in Genetics & Development*, σσ. 229-37.
- Elliott, R.O., Dobbin, A.R., Rose, G.D. & Soper, H.V. (1994). Vigorous, aerobic exercise versus general motor training activities: *Effects on maladaptive and stereotypic behaviours of adults with both autism and mental retardation. Journal of Autism and Developmental Disorder*, σσ. 24 (5): 565-76.
- Frith, U. (2008). Does the autistic child have a theory of mind. *Sage Journals*.
- Frith, U. (1999). *Αυτισμός – Εξηγώντας το αίνιγμα*. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα

- Gallahue, D.L. (2002). *Αναπτυξιακή φυσική αγωγή για τα σημερινά παιδιά*. Εκδόσεις: University Studio Press. Θεσσαλονίκη, σελ. 99-100
- Goldstein, S., & Schwebach, A.J. (2004). The Comorbidity of Pervasive Developmental Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 329-339.
- Gordon, R., Handleman, J. S., & Harris, S. L. (1986). The effects of contingent versus non-contingent running on the out-of-seat behavior of an autistic boy. *Child and Family Behavior Therapy*, σσ. 37-44.
- Halladay, A. K., Bishop, S., Constantino, J. N., Daniels, A. M., Koenig, K., Palmer, K., & Taylor, J. T. (2015). Sex and gender differences in autism spectrum disorder: summarizing evidence gaps and identifying emerging areas of priority. *Moncelar Autism*, 6(1), 34-41.
- Happé, F.G.E. (1994). Wechsler IQ profile and theory of mind in autism: A research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 35:215-230
- Ingersoll, B.(2011). Recent Advances in Early identification and Treatment of Autism. *Current Directions in Psychological Science*. 5(20):335-339.
- Jordan, R. (2000). *Η εκπαίδευση παιδιών και νεαρών ατόμων με αυτισμό. μτφρ. Ιγνάτιος Καφαντάρης*. Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.
- Kanner, L. (1943). Στο *Autistic disturbances of affective contact*, *Nervous Child* (σσ. 2:217-250).
- Kern, L., Koegel, R.L. & Dunlap, G. (1984). The influence of vigorous versus mild exercise on autistic stereotyped behaviours. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 14(1), 57-67
- Levinson, L. J., & Reid, G. (2008). The effects of exercise intensity on the stereotypic behaviors of individuals with autism. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 10(3), 255-268.
- Libby, S., Powell, S., Messer, D., & Jordan, R. (1998). Spontaneous play in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 28(6):487-497.
- Liu, K., King, M., & Bearman, P.S. (2010). Social influence and the autism epidemic. *National Institute Public Access*, 1387-1434.
- Liu, K., & ElGarhy S. G. (2014). *Psychomotor training program as a treatment intervention for children with autism spectrum disorder*. In R. Todaro(Ed.), *Physical education research: Role of school programs, children's attitudes and health implications*. Hauppauge: Nova Science.

- Mamidala, M.P., Polinedi, A., P.K., Rajesh, N., Vallamkonda, O.R., Udani, V. & Rajesh, V. (2013). Prenatal perinatal and neonatal risk factors of Autism Spectrum Disorder: a comprehensive epidemiological assessment from India. *Research in Developmental Disabilities*, σσ. 3004-3013.
- Mazurek & Kanne. (2010, April 20). Friendship and Internalizing Symptoms Among Children and Adolescents with ASD. *Springer Link*. p 1512–1520.
- Mead, H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Moreno, S. (2001). Personal experiences with autism and Asperger syndrome. *Sage Journal*.
- Neisworth, J., & Wolf, P. (2005). *The autism encyclopedia*. Baltimore: Paul H. Brooks.
- Peerers, T. (2000). *Αυτισμός. Απο τη θεωρητική κατανόηση στην εκπαιδευτική παρέμβαση*. Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.
- Prupas, A., & Reid, G. (2001). Effects of exercise frequency on stereotypic behaviors of children with developmental disabilities. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 36, 196–206.
- Rutter, M. (1990). *Νηπιακός Αυτισμός Συγχρονές αντιλήψεις και αντιμετώπιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Schultz, S.T. (2010). Does thimerosal or other mercury exposure increase the risk for autism?. *Acta Neurobiol Exp*, p. 70:187-19.
- Spence, S. J, Zecavati N. (2009). Neurometabolic Disorders and Dysfunction in Autism Spectrum Disorders. *Pediatric Neurology*, 129-136.
- Vrono, M., & Bashina, V. M. (1975). Kanner's syndrome and childhood schizophrenia. *p. 75(9):1379-83*.
- Vygotsky, L. (1967). Play and its role in the mental development of the child. Στο E. & (2004), *Soviet Psychology*, 5, 6-18 in Zigler (σσ. 5, 6-18 in Zigler). Washington: DC: Zero To Three.
- Weber, R. C., & Thorpe, J. (1992). Teaching children with autism through task variation in physical education. *Excerpt Child*.
- Wing, L. (1988). *The Continuum of Autistic Characteristics*. In Diagnosis and assessment in autism. E. Schopler & G.B. Mesibov (eds) New York: Plenum Press. pp. 91-110.
- Wing, L., & Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorders, is the prevalence rising? *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 8 (3): 151-161

Winnick, J. P. (1995). *Individualized Education Programs. Adapted Physical Education and Sport*. Champaign: Human Kinetics Books.

World Health Organization. (1993). *International classification of diseases*. Geneva, (Switzerland).

Yilmaz, I., Yanardag, M., Birkan, B., & Bumin, G. (2004). Effects of swimming training on physical fitness and water orientation in autism. *Paediatrics International*, 46: 624-626.

Ελληνικές

Αμπατσόγλου, Γ. (1999). *Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Σύγχρονες προσεγγίσεις στην εκπαίδευση παιδιών με Αυτισμό*. Δράμα: Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Ατόμων με Αυτισμό (ΕΕΠΑΑ).

Ατόμων, Ελληνική Εταιρεία Προστασίας. (2008).

Αυγητίδου, Σ. (2001). *Το παιχνίδι-Σύγχρονες ερμηνευτικές και διδακτικές προσεγγίσεις*. Εκδόσεις Τυπωθώτο. Αθήνα: Τυπωθώτο.

Βαρβόγλη, Λίζα. (2007). *Η Διάγνωση του Αυτισμού. Πρακτικός οδηγός*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Γένα, Α. (2002). *Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές*. Αθήνα: Ιδίας.

Γκολένα, Ε. (2008). *Αυτισμός, αίτιο και πραγματικότητα, από τη θεωρητική προσέγγιση στην εκπαιδευτική παρέμβαση- Για γονείς, εκπαιδευτικούς Γενικής και Ειδικής Αγωγής και νηπιαγωγούς*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Δημητροπούλου, Χ. (2017). *Χαρακτηριστικά λόγου και ομιλίας στην ήπια αυτιστική διαταραχή. Πτυχιακής εργασίας, Τμήματος Λογοθεραπείας του ΑΤΕΙ Ηπείρου*.

Θεοδωράκου, Κ. (2019). *Γυμναστική. Μια πολύπλευρή προσέγγιση*. Αθήνα: Τελέθριον.

Κοκαρίδας, Δ. (2016). *Άσκηση και Αναπηρία*. Θεσσαλονίκη: Αφοί Κυριακίδη.

Κακούρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2005). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Τυπωθώτο.

Καλύβα, Ε. (2005). *Αυτισμός Εκπαιδευτικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Παπαζήση.

Κοκαρίδας, Δ. (2007-2013). *Αυτισμός. Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού. Εκπαίδευση δια βίου μάθηση ΕΣΠΑ Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας: Ανοιχτά Ακαδημαϊκά Μαθήματα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας*.

Κουτσούκη, Δ. (2001). *Ειδική Φυσική Αγωγή Θεωρία και Πράξη*. Αθήνα.

- Κωστόπουλος, Σ. (2007). *Η νευρολογία του αυτισμού. Ψυχιατρική*. Μεσολόγγι: Κέντρο Ημέρας για παιδιά με Αναπτυξιακές Διαταραχές. 225-238
- Μουντάκης, Κ. (1992). *Η Φυσική Αγωγή στο Γυμνάσιο και στο Λύκειο*. Θεσσαλονίκη: Salto.
- Νότας, Σ., & Νικολαΐδου, Μ. (2006). *Αυτισμός - Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Ολιστική Διεπιστημονική Προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2010). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες*. Αθήνα: Ατραπός.
- Νότας, Στ. (2006). *Οι γονείς και τα αδέρφια των παιδιών με αυτισμό*.
- Σταμάτης, Σ. (1987). *Οχρωμένη σιωπή*. Αθήνα: Γλάρος.
- Συνοδινού, Κ. (1994). *Ο παιδικός αυτισμός*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Τσιμάρης, Β. (2020). Σημειώσεις: Ειδική Φυσική Αγωγή-Θεραπευτική Γυμναστική. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,. Θεσσαλονίκη.
- Τσιμάρης, Β. (2012). Προσαρμοσμένη φυσική δραστηριότητα. *Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*.
- Χωριανοπούλου, Σ. (2019). Αυτισμός στην παιδική και εφηβική ηλικία και νοσηλευτική παρέμβαση. *Ανακλήθηκε 14 Νοεμβρίου 2021*. Πάτρα.

Διαδικτυακές πηγές

<https://www.autismgreece.gr/>(Ανακλήθηκε 14 Νοεμβρίου, 2021).

<https://autismhellas.gr/> (Ανακλήθηκε 15 Νοεμβρίου, 2021).

<http://www.disabled.gr/> (Ανακλήθηκε 17 Νοεμβρίου, 2021).

<http://www.fa3.gr/> (Ανακλήθηκε 14 Δεκεμβρίου, 2021).

<https://www.noesi.gr/> (Ανακλήθηκε 14 Δεκεμβρίου, 2021).

<http://www.pi-schools.gr/programs/depps/> (Ανακλήθηκε 12 Ιανουαρίου, 2022).

Παράρτημα

1. Υπεύθυνη Δήλωση Γονέα

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν. 1599/1986)	
Εις ακριβεία των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)	
ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	8 ^ο Δημοτικό Σχολείο Καματερού
Ο - Η Όνομα:	Επώνυμο: Π...
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:	
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :	
Τόπος Γέννησης:	ΑΘΗΝΑ Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:	Τηλ: 6
Τόπος Κατοικίας:	ΚΑΜΑΤΕΡΟ Οδός: Α
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):	Δ/νση Π.Α.Ε.Κ.ρ. Τ.Α.Χ.Υ.Δ.Ρ.Ο.Μ.Ε.Ι.ΟΥ (Email):
Αριθ: ΤΚ: 1	

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

συγκατατίθεμαι η κ. Ευαγγελία Καπετανάκη, μεταπτυχιακή φοιτήτρια, συνεργαζόμενη με το 8^ο Δημοτικό Σχολείο Καματερού στο πλαίσιο του προγράμματος «Συμπεριληπτική Εκπαίδευση» του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και της Α.Σ.ΠΑΙ.Τ.Ε., να υποστηρίξει το γιο μου μαθητή της Γ' τάξης, ως Παράλληλη Στήριξη – Συνεκπαιδευση κατά τη διάρκεια της πρακτικής της άσκησης στο σχολείο και υπό την εποπτεία και καθοδήγηση των εκπαιδευτικών του σχολείου.

Ημερομηνία: 5 - 12 - 2021

Ο/Η
Δηλών/ούσα

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο παλιτή ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
(2) Αναγράφεται ολογράφως.
(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

2. CHAT- Διαγνωστικό Εργαλείο

M-CHAT

Παρακαλώ συμπληρώστε τα ακόλουθα σημειώνοντας το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ, αναφορικά με το πώς ακριβώς είναι και συμπεριφέρεται συνήθως το παιδί σας. Παρακαλώ προσπαθείστε να απαντήσετε σε κάθε ερώτηση. Αν μια συμπεριφορά του παιδιού δεν παρατηρείται συχνά (δηλαδή αν την έχετε παρατηρήσει μόνο μια ή δυο φορές), παρακαλώ απαντήστε σαν το παιδί σας να ΜΗΝ την έχει εμφανίσει ποτέ.

Όνομα _____ Ηλικία _____ Ημερομηνία _____

1. Του αρέσει να το κουνάτε και να το παίζετε στα γόνατά σας ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2. Ενδιαφέρεται για άλλα παιδάκια ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
3. Του αρέσει να σκαρφαλώνει σε πράγματα, όπως πχ σε σκάλες ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4. Του αρέσει να παίζετε κρυφτό και «κου-κου-τσα / ι-τά»; (πχ κλείνεις τα μάτια με τα χέρια και μετά τα ανοίγεις ξαφνικά ή κρύβεσαι και εμφανίζεσαι ξαφνικά)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
5. Παρατηρήσατε αν το παιδί σας προσποιείται, πχ, να κάνει πως μιλά στο τηλέφωνο ή ότι προσέχει μια κούκλα ή να υποκρίνεται άλλα πράγματα ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
6. Το παιδί σας χρησιμοποιεί τον δείκτη του χεριού του, για να ζητήσει κάτι;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
7. Το παιδί σας χρησιμοποιεί τον δείκτη του χεριού του, για να εκδηλώσει ενδιαφέρον για κάτι;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
8. Μπορεί το παιδί σας να παίζει κανονικά με μικρά παιχνίδια (πχ αυτοκίνητα, τουβλάκια) χωρίς απλά να τα βάζει στο στόμα, να τα στριφογυρίζει ή να του πέφτουν;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
9. Φέρνει αντικείμενα σε σας (τον γονέα) για να σας δείξει κάτι ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
10. Σας κοιτάει στα μάτια για περισσότερο από ένα-δύο δευτερόλεπτα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
11. Μήπως το παιδί σας φαίνεται να είναι υπερευαίσθητο στον θόρυβο; (πχ κλείνει τα αυτιά του με τα χέρια ;)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
12. Σας χαμογελά βλέποντας το πρόσωπό σας ή όταν του χαμογελάτε ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
13. Σας μιμείται; (πχ αν του κάνετε μια γκριμάτσα, το παιδί σας θα την μιμηθεί;)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
14. Ακούει στο όνομά του/της όταν το φωνάζετε ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
15. Αν του δείξετε ένα παιχνίδι στην άλλη άκρη του δωματίου, θα το κοιτάξει ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
16. Το παιδί σας περπατάει ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
17. Κοιτάει πράγματα που κοιτάτε εσείς ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
18. Μήπως κάνει ασυνήθιστες κινήσεις με τα δάχτυλα κοντά στο πρόσωπό του;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
19. Δοκιμάζει να σας τραβήξει την προσοχή σε αυτό που κάνει εκείνο ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
20. Σκεφτήκατε ποτέ μήπως είναι κωφό ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
21. Καταλαβαίνει αυτά που λένε οι άλλοι ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
22. Μήπως κάποτε κοιτάει στο κενό ή φαίνεται αφηρημένο χωρίς κανένα λόγο ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
23. Κοιτάζει το πρόσωπό σας για να ελέγξει την αντίδρασή σας όταν βρίσκεται αντιμέτωπο με κάτι άγνωστο ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

© Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton
 © Authorized Greek translation by Dr Vasso Papavassiliou, Dr Dimitris Dimitriou – Papavassiliou, Developmental and Social Pediatrics Research Center – Cyprus.

3. Συνεντεύξεις

Η μητέρα

«Από πολύ μικρός, 3 ετών ήταν απορροφημένος και δεν άκουγε στις δικές μας παροτρύνσεις, είχε την τάση να ονειροπολεί. Έχει έντονα ενδιαφέροντα, του άρεσε να μαζεύει πληροφορίες από διάφορες κατηγορίες πραγμάτων όπως π.χ. για τα ζώα, του αρέσουν τα ζώα και ιδιαίτερα οι δεινόσαυροι. Δείχνει να του κάνουν αίσθηση οι λεπτομέρειες και στοιχεία που ο μέσος όρος δεν παρατηρεί. Επιπλέον εκνευρίζεται όταν δεν μπορεί να τα ακολουθήσει. Δυσκολεύεται να περιμένει. Έχει ιδιαίτερα ενδιαφέροντα που τον συγκινούν, του αρέσει πολύ να διαβάζει παραμύθι, λογοτεχνία και μυθολογία και ταυτίζεται με τους χαρακτήρες».

«Αρχίσαμε να ανησυχούμε γιατί σε ηλικία 3 ετών δεν έστρεψε το κεφάλι του στο άκουσμα του ονόματος του. Δεν έκανε φίλους και απομονωνόταν από τα άλλα παιδιά, ακόμη και από αυτά που ήξερε. Δεν του άρεσαν οι αλλαγές και ξεσπούσε σε (temper tantrums) κρίσεις θυμού που ήταν δύσκολο να ελεγχθούν. Δυσκολεύτηκε πολύ να προσαρμοστεί στον παιδικό σταθμό. Σε ηλικία 4 ετών πήγε στο προήπια και τον πρώτο μήνα δυσκολεύτηκε πολύ στην προσαρμογή».

«Μετά το χαμό του μπαμπά του έχει αποκτήσει φοβίες, ιδιαίτερα όσο αφορά σε θέματα υγείας δικά μου και του αδερφού του. Αγαπάει πολύ τον αδερφό του και παίζουν μαζί. Ο Α. δυσκολεύεται να πάρει πρωτοβουλία για να παίξει μαζί του, συνήθως ο μικρότερος αδελφός τον καλεί για παιχνίδι και τον συμπεριλαμβάνει στις δικές του παρέες».

Η δασκάλα του τμήματος

«Ο Α' είναι ένα συμπαθητικό και ήρεμο αγόρι, που συμμετέχει σε ικανοποιητικό βαθμό στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Στο γνωστικό τομέα παρακολουθεί ικανοποιητικά το μάθημα στην τάξη, όταν δυσκολεύεται τον βοηθάει η δασκάλα της παράλληλης στήριξης. Συμμετέχει στην ορθογραφία, την ανάγνωση του κειμένου και απαντάει σε ερωτήσεις. Δεν έχει ιδιαίτερα γνωστικά προβλήματα, το λεξιλόγιο του είναι αναπτυγμένο, όπως και ο περιγραφικός του λόγος. Ο προφορικός του λόγος είναι καλά δομημένος, αλλά δυσκολεύεται στην παραγωγή του γραπτού λόγου. Έχει τη δική του γνώμη και δε διστάζει να την πει. Κάνει συχνά ερωτήσεις για θέματα που τον απασχολούν».

«Έχει ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και του αρέσει να παρατηρεί τα ζώα γύρω του και να ονειροπολεί. Εμπιστεύεται τους εκπαιδευτικούς και εκδηλώνει τα συναισθήματα του σε μεγάλο

βαθμό. Επικοινωνεί με τους συμμαθητές του όταν επιθυμεί».

«Η συνεργασία με την μητέρα του μαθητή είναι άψογη, είναι πολύ υποστηρικτική, δεκτική και βοηθητική σε ό, τι και αν έχει προκύψει. Η συνεισφορά της στη βελτίωση του μαθητή είναι εμφανής και αξιοθαύμαστη».

Η δασκάλα παράλληλης στήριξης

«Ο Α. είναι ένα συμπαθητικό και χαμογελαστό αγόρι, ικανοποιητικά επικοινωνιακό και κοινωνικό με τους ενήλικες. Έχει αρκετά φροντισμένη εμφάνιση. Είναι αυτόνομος και αυτοεξυπηρετείται, χρειάζεται λίγη βοήθεια στη σκάλα κατά την αποχώρηση του (φοβάται να κατεβαίνει τα σκαλιά), καθώς και στην οργάνωση της σχολικής του τσάντας».

«Στο γνωστικό τομέα καταφέρνει να συγκεντρώσει την προσοχή του για αρκετό διάστημα ιδιαίτερα τις πρώτες ώρες που είναι ξεκούραστος. Γίνεται ανήσυχος όταν κουραστεί και κάνει στερεοτυπικές κινήσεις. Η έντονη διάσπαση προσοχής συμβάλλει στην κόπωση του μαθητή και στην όξυνση του αισθήματος παραίτησης, όταν ο φόρτος εργασίας είναι ιδιαίτερα αυξημένος. Όταν διασπάται έντονα, καταφεύγει στην ενασχόληση με παιχνίδια ή ζωγραφική για να χαλαρώσει και να ενταχθεί ξανά στη ροή του μαθήματος. Επομένως, η έντονη διάσπαση προσοχής δυσχεραίνει τη λειτουργία της εργαζόμενης μνήμης. Ως αποτέλεσμα, κρίνονται απαραίτητα τόσο η συνεχής υπενθύμιση των κανόνων και του περιεχόμενου της εργασίας, όσο και η επαναφορά του μαθητή στη ροή της τάξης.

Στον κοινωνικοσυναισθηματικό τομέα είναι ένα χαρούμενο, φιλικό και συνεργάσιμο παιδί. Έχει πολύ καλή σχέση με τους συμμαθητές του, οι οποίοι είναι υποστηρικτικοί και τον βοηθούν όπου χρειάζεται. Δείχνει να κατανοεί την ιδιαιτερότητα της κατάστασης του, έχει μια δυσκολία να το εκφράσει και αυτό τον φορτίζει συναισθηματικά. Η μεγάλη αγωνία του εκφράζεται συνήθως με κινητικότητα και δημιουργείται όταν δεν μπορεί να καταλάβει τις προσδοκίες που έχουν οι άλλοι για αυτόν (π.χ. δάσκαλος) ή το τι συμβαίνει γύρω του. Έχει φοβίες, φοβάται τον καραγκιόζη, το σεισμό και έχει έντονο άγχος να μη πάθει κάτι η μητέρα του. Εκφράζεται με στεναχώρια ή με κλάμα, ιδιαίτερα όταν πιέζεται από τα μαθήματα. Έχει χαμηλή ενσυναίσθηση, δυσκολεύεται να μπει στην θέση του άλλου και να κατανοήσει τη συναισθηματική του κατάσταση, έχει ιδιαίτερη δυσκολία στην έκφραση των δικών του συναισθημάτων (theory of mind)».

«Έχει φοβίες που αφορούν θέματα υγείας (καθώς έχει χάσει τον μπαμπά του) και φοβάται αρκετά για την μητέρα του. Το γεγονός συνέβη το Φεβρουάριο του 2020 όταν βρισκόμασταν

σε καραντίνα από τον covid 19. Παρακολούθησε ασύγχρονη εκπαίδευση. Ο μαθητής απομονώθηκε και κλείστηκε στον εαυτό του. Όταν άνοιξαν τα σχολεία εμφανίστηκε στο σχολείο στην αρχή διστακτικός, αλλά στην πορεία ανοίχτηκε και επικοινωνήσε τις ανάγκες του. Είχε μια μικρή πρόοδο τη φετινή σχολική χρονιά με τον ερχομό του μικρότερου αδερφού του στην Α' δημοτικού. Το άγχος του πηγάζει από τις σχολικές εργασίες και την επίδοσή του και για το σκοπό αυτό χρειάζεται συνεχή ενίσχυση, καθοδήγηση και βοήθεια στη σχολική καθημερινότητα».

Ο Γυμναστής

«Ο Α. είναι ένα ήσυχο και συμπαθητικό αγόρι με χαμηλή αυτοπεποίθηση και αρκετές δυσκολίες στον κινητικό τομέα λόγω του συνδρόμου. Συμμετέχει με δυσκολία στο μάθημα της γυμναστικής. Αποφεύγει τις ομαδικές δραστηριότητες, ειδικά όσες έχουν κάποιο είδος ανταγωνισμού. Εάν καταφέρει να ολοκληρώσει με επιτυχία μια δραστηριότητα αναζητά επιβράβευση προκειμένου να προχωρήσει στην επόμενη, επιπλέον νιώθει ικανοποίηση όταν υπερτερεί σε κάποιους τομείς σε σχέση με άλλους συμμαθητές του. Το αυτοσυναίσθημά του ενισχύεται όταν επαινείται, σε αποτυχία διακατέχεται από πείσμα και απογοήτευση (έκρηξη θυμού)».

«Εκδηλώνει αρνητικά συναισθήματα όπως έντονο θυμό και κλάμα, όταν κουράζεται και όταν φοβάται ότι δεν θα τα καταφέρει. π.χ. στο παιχνίδι με τα μαντηλάκια που δεν καταφέρνει να αρπάξει πρώτος το μαντήλι από κάποιο συμμαθητή του, αλλά πάντα κάποιος τον προλαβαίνει και παίρνει το δικό του, διακόπτει και δεν θέλει να συνεχίσει την άσκηση (διαχείριση αισθήματος κόπωσης, φόβου και έντασης). Είναι παρορμητικός και πολλές φορές δεν ελέγχει την συμπεριφορά του. Ο Α. δυσκολεύεται να αναγνωρίσει τα συναισθήματα στον εαυτό του, αλλά και να μπει στη θέση του άλλου (ενσυναίσθηση). Βιώνει αρκετό άγχος, εκφράζει φοβίες και εκδηλώνει αρνητικά συναισθήματα και ένταση».

«Ο μαθητής δεν έχει υποστεί ορθοπεδικό έλεγχο και λόγω της πανδημίας του covid 19 δεν συμμετέχει σε κάποια εξωσχολική δραστηριότητα».

4. Φωτογραφικό υλικό από προσωπικό αρχείο





7.



8.



9.



10.



11.



12.



13.



14.



15.



16.



17.



18.



19.



20.



21.



22.



23.



24.



25.



26.



27.



28.



29.



30.

