



Τίτλος εργασίας:

**Θεραπευτικές παρεμβάσεις στη
Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος:
βιβλιογραφική ανασκόπηση**

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου

Τμήμα Λογοθεραπείας

Επιβλέπων καθηγητής: ΝΑΣΙΟΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ

Φοιτήτρια: ΠΑΠΑΓΑΛΟΥ ΑΓΛΑΪΑ Α.Μ: 12514

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

Περίληψη	σελ. 4
Πρόλογος	σελ. 4
Κεφάλαιο 1 ^ο Γνώση και κατανόηση του αυτισμού.....	σελ. 8
1.1 ορισμός	σελ.8
1.2 συχνότητα	σελ.8
1.3 ιστορική αναδρομή	σελ.9
1.4 αιτιολογία	σελ.10
1.5 διάγνωση αυτισμού και διαγνωστικά διεθνή συστήματα	σελ.11
1.6 γενικά χαρακτηριστικά ατόμων με αυτισμό	σελ.16
1.7 συνοδά συμπτώματα συμπεριφοράς	σελ.20
1.8 πορεία και πρόγνωση	σελ. 21
1.9 η αναπτυξιακή πορεία των παιδιών με αυτισμό	σελ. 22
κεφάλαιο 2 ^ο Θεραπείες διαταραχών αυτιστικού φάσματος	σελ.24
2.1 εκπαιδευτικές προσεγγίσεις	σελ.24
2.1.1 εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς	σελ. 24
2.1.2 πρόγραμμα TEACCH	σελ.30
2.1.3 πρόγραμμα επιστημών υγείας του Denver	σελ.37
2.1.4 μέθοδος Floortime	σελ.38
2.1.5 μαθησιακές εμπειρίες: Ένα εναλλακτικό πρόγραμμα για παιδιά προσχολικής ηλικίας και γονείς	σελ.40
2.1.6 γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία	σελ.41
2.1.7 μέθοδος Miller	σελ. 42
2.2. Προσεγγίσεις ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης	σελ. 44

2.2.1. Κοινωνικές Ιστορίες	σελ. 44
2.2.2. Ο κύκλος των φίλων	σελ. 50
2.3. Προσεγγίσεις ενίσχυσης της εναλλακτικής επικοινωνίας	σελ. 55
2.3.1. Επικοινωνιακό Σύστημα Ανταλλαγής Εικόνων	σελ. 56
2.3.2. Νοηματική Γλώσσα	σελ. 61
2.3.3. Γλωσσικό Πρόγραμμα ΜΑΚΑΤΟΝ	σελ. 63
2.4. Αισθητηριακές – κινητικές προσεγγίσεις	σελ. 65
2.4.1. Μουσικοθεραπεία	σελ. 66
2.4.2. Αισθητηριακή Ολοκλήρωση	σελ. 68
2.4.3. Ακουστική Ολοκλήρωση	σελ. 72
2.4.4. Οπτικές Θεραπείες	σελ. 74
2.4.5. Διευκολυνόμενη Επικοινωνία	σελ. 75
2.4.6. Το σχολείο Higashi	σελ. 78
2.5. Βιοχημικές Προσεγγίσεις	σελ. 79
2.5.1. Φαρμακοθεραπεία	σελ. 79
2.5.2. Άλλες βιοχημικές θεραπείες	σελ. 81
2.6. Προσεγγίσεις ενίσχυσης του παιχνιδιού	σελ. 84
2.6.1. Μη – κατευθυνόμενο παιχνίδι	σελ. 84
2.6.2. Εκπαίδευση στην πιλοτική αντίδραση	σελ. 85
2.6.3. Ενσωματωμένες ομάδες παιχνιδιού	σελ. 86
2.7. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις	σελ. 87
Επίλογος	σελ. 89

Περίληψη

Ο αυτισμός είναι μία διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή που κύρια χαρακτηριστικά της είναι η διαταραχή στην κοινωνική αλληλεπίδραση, οι μειωμένες επικοινωνιακές δεξιότητες, η παρουσία στερεοτυπικών συμπεριφορών, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων. Η εργασία χωρίζεται σε 2 κύρια μέρη. Στο πρώτο μέρος παρουσιάζει το σύνδρομο από την αρχή της ανακάλυψης του και μιλάει για τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του, για τις πιθανές αιτιολογίες, τη συχνότητα της εμφάνισης του, την διάγνωση με βάση το διεθνή διαγνωστικό σύστημα *dsm-v*, την αναπτυξιακή πορεία των ατόμων με αυτισμό και την πορεία και πρόγνωση στην μετέπειτα ζωή τους. Στο δεύτερο μέρος γίνεται αναφορά στις θεραπείες που υπάρχουν στον αυτισμό και αναλύονται αυτές οι οποίες είναι σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι πιο έγκυρες, έχουν χρησιμοποιηθεί περισσότερο και έχουν δώσει αποδεδειγμένα αποτελέσματα σε παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα αλλά και κάποιες οι οποίες είναι αμφιλεγόμενες διότι που παρόλο που κάποιοι γιατροί τις εφαρμόζουν, δεν υποστηρίζονται από την βιβλιογραφία. Τέλος γίνεται αναφέρουμε τα χαρακτηριστικά που θα πρέπει να έχει ένας επαγγελματίας λογοθεραπευτής για την σωστή αντιμετώπιση παιδιών με αυτισμό και δίνουμε γενικές συμβουλές για την κοινωνία.

Πρόλογος:

Ο αυτισμός είναι ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζουν αρκετά παιδιά στις μέρες μας και επηρεάζει όλους τους τομείς της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του και έχει ως αποτέλεσμα την απομόνωση και την αποτυχία της διαδικασίας κοινωνικοποίησης.

Παλαιότερα αντιμετώπιζαν κάθε άνθρωπο με αυτισμό με προκατάληψη και δεισιδαιμονία. Κάθε τι άγνωστο το ερμήνευαν ως τρέλα. Ευτυχώς σήμερα η γνώση

μας έχει εμπλουτιστεί σε τέτοιο βαθμό μπορεί να βοηθηθεί το άτομο και η οικογένειά του, αλλά και το κοινωνικό σύνολο να ξεπεράσει τις λάθος αντιλήψεις.

Παρόλα αυτά οι θεωρίες και οι εμπειρικές προσεγγίσεις που υπάρχουν μέχρι σήμερα για τον αυτισμό παρουσιάζουν αρκετές ασάφειες και αδυναμίες, με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να μη λαμβάνουν έγκαιρη και κατάλληλη αντιμετώπιση. Οι θεωρίες που ερμηνεύουν το φαινόμενο του αυτισμού δεν έχουν καταλήξει σε μία αποδεκτή άποψη για την αιτιολογία του συνδρόμου, με αποτέλεσμα οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις να εστιάζονται αποκλειστικά και μόνο στην συμπτωματική αντιμετώπιση του αυτισμού.

Σε αυτό το σημείο θα αναφέρουμε αναλυτικά όλες τις κατηγορίες των θεραπευτικών μεθόδων (με έντονα γράμματα τονίζουμε τις θεραπευτικές μεθόδους που θα αναπτύξουμε εκτενώς στην παρούσα εργασία):

1.Εκπαιδευτικές

- **Εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς (Applied Behavior Analysis – ABA)**
- **πρόγραμμα TEACCH**
- **Denver Health Sciences Program (Πρόγραμμα Επιστημών Υγείας του Denver)**
- **Floortime**
- **LEAP (Learning Experiences: An Alternative Program for Preschoolers and Parents – Μαθησιακές Εμπειρίες: Ένα Εναλλακτικό Πρόγραμμα για Παιδιά Προσχολικής Ηλικίας και Γονείς)**
- **Γνωστική - Συμπεριφορική θεραπεία**
- **Μέθοδος Miller**
- **SCERTS**
- **Θεραπείες υποστηριζόμενες από ζώα**
- **Θεραπείες βασισμένες στο εγκεφαλογράφημα**
- **Παρατήρηση μοτίβων συμπεριφοράς**
- **Πακετάρισμα**

- Διακρανιακή μαγνητική διέγερση

2. Προσεγγίσεις ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης

- Κοινωνικές ιστορίες
- Ο κύκλος των φίλων

3. Προσεγγίσεις ενίσχυσης της εναλλακτικής επικοινωνίας

- Πρόγραμμα PECS (Picture Exchange Communication System- Επικοινωνιακό Σύστημα Ανταλλαγής Εικόνων)
- Νοηματική γλώσσα
- Γλωσσικό πρόγραμμα ΜΑΚΑΤΟΝ

4. Αισθητηριακές – Κινητικές προσεγγίσεις

- Μουσικοθεραπεία
- Αισθητηριακή ολοκλήρωση
- Ακουστική ολοκλήρωση
- Οπτικές θεραπείες
- Διευκολυνόμενη επικοινωνία
- Το σχολείο Higashi ή θεραπεία καθημερινής ζωής
- Θεραπευτικό μασάζ

5. Βιοχημικές προσεγγίσεις

- Φαρμακοθεραπεία
- Σεκρετίνη
- Χειροπρακτική
- Κρανιοεγκεφαλική θεραπεία
- Ηλεκτροσόκ
- Θεραπεία με υπερβαρικό οξύ
- Προσθετική
- Θεραπεία με βλαστοκύτταρα

- Εναλλακτική θεραπεία

6. Προσεγγίσεις ενίσχυσης του παιχνιδιού

- Μη κατευθυνόμενο παιχνίδι
- Εκπαίδευση στην πιλοτική αντίδραση
- Ενσωματωμένες ομάδες παιχνιδιού

7. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

- Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία
- Η θεραπεία κρατήματος
- Η θεραπεία επιλογών

8. Οικογενειακές παρεμβάσεις

9. Θρησκευτικές παρεμβάσεις

1.Γνώση και κατανόηση του αυτισμού:

1.1.Ορισμός:

Ο όρος «αυτισμός» προέρχεται από την ελληνική λέξη «αυτός» που σημαίνει εγώ ο ίδιος και υποδηλώνει την έννοια της απομόνωσης κάποιου από τον ίδιο του τον εαυτό. Επιλέχθηκε από τον Leo Kanner το 1943, για να υποδηλώσει ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά των ατόμων, την αδυναμία τους να επικοινωνήσουν.

Ένας συγκεκριμένος ορισμός για τον αυτισμό είναι δύσκολο να δοθεί, για το λόγο ότι παρουσιάζει διαφορές και από το πλήθος των πηγών που προέρχεται και από τους διάφορους επαγγελματίες – ειδικούς που εμπλέκονται και από τους γονείς των παιδιών με αυτισμό. Για τον ορισμό του αυτισμού και τη συγγένεια του με διάφορες αναπηρικές καταστάσεις της παιδικής ηλικίας υπήρξαν πολλές διαφωνίες αλλά και απορίες (Wing, 2000). Παρ' όλα αυτά έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί για τον αυτισμό. Ένας ορισμός που γίνεται ευρύτερα αποδεκτός, είναι αυτός που δίδεται με τον Αμερικάνικο νόμο 105-17 του 1997 και αφορά στα άτομα με εκπαιδευτικές δυσκολίες:

Αυτισμός είναι μια αναπτυξιακή δυσκολία, η οποία επηρεάζει σημαντικά τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και τη κοινωνική αλληλεπίδραση, η οποία συχνά εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 3 ετών, και επηρεάζει αρνητικά την εκπαιδευτική παρουσία του παιδιού. Άλλα χαρακτηριστικά που συνυπάρχουν με τον αυτισμό είναι η απασχόληση με σταθερά επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες και στερεοτυπικές κινήσεις, και η αντίσταση στις αλλαγές του περιβάλλοντος ή στις αλλαγές της καθημερινής ρουτίνας και συχνά στις αισθητηριακές εμπειρίες. (www.nichcy.org)

Έχουν αναφερθεί και άλλοι ορισμοί όπως, ο Ιατρικός, ο Εκπαιδευτικός, καθώς και πολλοί άλλοι από άτομα που πάσχουν από αυτισμό. Σύμφωνα με τον Ιατρικό: «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 δεν μας βοηθά να κατανοήσουμε την πάθηση αυτή ή να αποφασίσουμε για τον τρόπο προσέγγισης της» (Γκονέλα, 2006). Από την άλλη, ο εκπαιδευτικός ορισμός του αυτισμού υποστηρίζει ότι περιλαμβάνει διδακτικές προσεγγίσεις, εκπαιδευτικό περιβάλλον και εξατομικευμένη εργασία. «Είναι μία προσέγγιση που βασίζεται, κυρίως, στην έντονη εξατομίκευση, στην οπτική στήριξη, στην προβλεψιμότητα και στη συνέχεια. Υπάρχουν πολλά είδη προσεγγίσεων, αφού υπάρχει και μεγάλη ποικιλία ατομικών μαθησιακών αναγκών» (Γκονέλα, 2006).

1.2. Συχνότητα:

Ο αριθμός των ατόμων με διαταραχή αυτισμού έχει αυξηθεί δραματικά από τη δεκαετία του 1980, εν μέρη λόγω των αλλαγών στις διαγνωστικές μεθόδους. Το ερώτημα αν η πραγματική συχνότητα έχει αυξηθεί παραμένει άλυτο. Η συχνότητα εμφάνισης του αυτισμού στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 2 έως 11 άτομα ανά 10.000 άτομα. Σήμερα, 1 στα 150 άτομα διαγιγνώσκονται με αυτισμό. Εμφανίζεται σε όλες τις φυλετικές, εθνικές και κοινωνικές ομάδες και είναι 4 με 5 φορές πιο πιθανό να εμφανιστεί στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. (el.wikipedia.org)

1.3. Ιστορική Αναδρομή:

Ο ψυχίατρος Bleuler (1911) ήταν εκείνος που πρώτος χρησιμοποίησε τον όρο «αυτισμός», για να δηλώσει την απώλεια επαφής και επικοινωνίας του ψυχικά ασθενούς με την πραγματικότητα (Συνοδινού, 1999). Αργότερα, ο ψυχίατρος Henry Mandsley, παρατήρησε μία ομάδα παιδιών μικρής ηλικίας με σοβαρές ψυχικές διαταραχές που παρουσίαζαν σημαντική απόκλιση και διαστρέβλωση της ανάπτυξης. Ο πρώτος, όμως, που κατανόησε ότι η ομάδα των ψυχωσικών παιδιών δεν είναι ομοιογενής, αλλά συμπεριλαμβάνει και μια ξεχωριστή υπό-ομάδα, ήταν ο παιδοψυχίατρος Leo Kanner (1943). Ήδη από το 1938, του είχε κάνει εντύπωση ότι

ορισμένα ψυχωσικά παιδιά διέφεραν, με έντονο και μοναδικό τρόπο, από τα άλλα μέλη της ομάδας και παρουσίαζαν προβλήματα που ήταν εμφανή από τις πρώτες μέρες της ζωής τους. Στο κλασικό του έργο «Αυτιστικές Διαταραχές της Συναισθηματικής Επαφής», επινόησε τον όρο «βρεφικός αυτισμός» και προσέφερε μία σαφή, ενδεδειγμένη αναφορά του συνδρόμου. Το 1944 ο παιδίατρος Hans Asperger παρατήρησε επίσης πάνω από 400 περιστατικά παιδιών με τα ίδια χαρακτηριστικά και τους έδωσε την διάγνωση “autism”, θέλοντας να χαρακτηρίσει τα συμπτώματα της συμπεριφοράς τους. Οι δύο επιστήμονες δεν μοιράστηκαν αμέσως τα ευρήματά τους και πέρασαν χρόνια μέχρι ο αυτισμός να αποτελέσει μία ξεχωριστή διαταραχή.

1.4. Αιτιολογία:

Επιστημονικά, δεν μπορεί ακόμα να αιτιολογηθεί η εμφάνιση του αυτισμού παρά μόνο σε επίπεδο ερευνητικών υποθέσεων. Κάποιοι από τους παράγοντες είναι: κληρονομικοί, βιολογικοί, ψυχοκινητικοί, οικογενειακοί, γενετικοί, ανοσολογικοί, περηγεννητικοί, νευροανατομικοί, βιοχημικοί, διαφοροποιήσεις στη δομή του εγκεφάλου, ελλείψεις σε ένζυμα ή βιταμίνες ή/και μέταλλα, εμβολιασμοί, περιβαλλοντική ρύπανση, αντιβιώσεις, μολύνσεις από ιούς, τροφικές αλλεργίες.

Η επιστημονική έρευνα στρέφεται περισσότερο στα βιολογικά και κληρονομικά αίτια για να αιτιολογήσει τον αυτισμό, επειδή η έναρξη της διαταραχής είναι πολύ πρώιμη. (www.aspergerhellas.org)

Μολονότι χρειάζεται να γίνει πρόοδος ώστε να κατανοήσουμε καλύτερα την ακριβή αιτία του αυτισμού, δεν υπάρχει αμφιβολία για το ότι ένα πολυπαραγοντικό γενετικό ή κληρονομικό στοιχείο υπάρχει στον αυτισμό και για το ότι ποικίλα οργανικά αίτια, σχετίζονται με την καταβολή του. Τα αίτια αυτά σίγουρα θα είναι ποικίλα, εφόσον αντανακλούν την ποικιλία των ανθρώπων με αυτισμό και επηρεάζουν βέβαια κοινούς παθοφυσιολογικούς και νευροψυχολογικούς μηχανισμούς που είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να προκύψει ο αυτισμός. (www.autismgreece.gr)

1.5. Διάγνωση Αυτισμού και Διεθνή Διαγνωστικά Συστήματα:

Το Μάιο του 2013, εκδόθηκε από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία η πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5). Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή του φάσματος του αυτισμού έχουν τροποποιηθεί με βάση την ερευνητική βιβλιογραφία και την κλινική εμπειρία στα 19 χρόνια από την έκδοση του DSM-IV, που δόθηκε στη δημοσιότητα το 1994.

Οι αλλαγές που έχουν γίνει περιλαμβάνουν τα εξής:

1. Οι διαγνώσεις όπως: αυτιστική διαταραχή, σύνδρομο Asperger ή Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, θα υπάγονται πλέον στη διάγνωση της Διαταραχής του αυτιστικού φάσματος (ASD).
2. Στο DSM-IV, τα συμπτώματα είχαν χωριστεί σε τρεις τομείς (κοινωνική αμοιβαιότητα, επικοινωνιακή πρόθεση και επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά). Τα νέα διαγνωστικά κριτήρια έχουν μετατεθεί σε δύο τομείς:
 - 1) Ελλείψεις στην κοινωνική επικοινωνία/αλληλεπίδραση και
 - 2) Περιορισμένη και επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά.

Η διάγνωση πρέπει να βασίζεται στα συμπτώματα που παρατηρούνται την δεδομένη στιγμή ή από το ιστορικό, σε αυτούς τους δύο τομείς.

Η διάγνωση του αυτισμού τίθεται από την ηλικία των 18 μηνών. Πριν από αυτή την ηλικία όταν παρατηρούμε ιδιαίτερες συμπεριφορές τις οποίες προσπαθούμε να εξηγήσουμε, μιλάμε για αυτιστικούς κινδύνους (Delion,2000). Οι ερευνητές Rutter (1978, 1990), Newson (1977) και Wing (1988, 1996) βοήθησαν στη διαμόρφωση των διαγνωστικών κριτηρίων. Παρόλο που υπάρχουν μικρές διαφορές στον τρόπο ταξινόμησης των συμπτωμάτων ανάμεσα τους, οι παραπάνω ερευνητές συμφώνησαν ότι ο αυτισμός επηρεάζει την ανάπτυξη των παιδιών σε τρεις βασικούς τομείς, α) τη κοινωνικότητα, β) την επικοινωνία, γ) τη κοινωνική φαντασία και τη σκέψη.

Σήμερα είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε ποιες είναι οι βασικές διαταραχές του αυτισμού και μπορούμε βάση των διαγνωστικών κριτηρίων, να τις διαγνώσουμε

έγκυρα και έγκαιρα. Η βασική διεθνής διαγνωστική κατηγοριοποίηση είναι το DSM-5, σύμφωνα με το οποίο τα συμπτώματα θα πρέπει να έχουν αρχίσει στην πρώιμη παιδική ηλικία και όπως και στο DSM-IV, θα πρέπει να προκαλούν λειτουργική ανεπάρκεια.

A. Όλα τα ακόλουθα συμπτώματα που περιγράφουν επίμονα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία/αλληλεπίδραση, δεν πρέπει να εξηγούνται από γενικές αναπτυξιακές καθυστερήσεις και πρέπει να πληρούνται:

1. Προβλήματα στην ανταπόδοση συναισθήματος. Ποικίλει από μία ανώμαλη κοινωνική προσέγγιση και αποτυχία σε κανονική συζήτηση δείχνοντας μειωμένο ενδιαφέρον, συναισθήματα, συμπάθεια και ανταπόκριση, έως ολική έλλειψη κινήτρου για κοινωνική αλληλεπίδραση.
2. Ελλείψεις στις μη προφορικές επικοινωνιακές συμπεριφορές που χρησιμοποιούνται για την κοινωνική αλληλεπίδραση: από φτωχή προφορική και μη προφορική επικοινωνία, μέχρι έως ανωμαλίες στην οπτική επαφή και τη γλώσσα του σώματος ή ελλείψεις στην κατανόηση και χρήση μη προφορικής επικοινωνίας, έως ολική έλλειψη εκφράσεων προσώπου και χειρονομιών.
3. Ελλείψεις στην ανάπτυξη και διατήρηση σχέσεων, οι οποίες είναι κατάλληλες για ανάπτυξη (πέραν από τους φροντιστές). Ποικίλει από δυσκολίες στο να προσαρμόζουν τη συμπεριφορά ανάλογα με την κοινωνική περίσταση, μέχρι δυσκολίες στο φανταστικό παιχνίδι και στην απόκτηση φίλων, έως προφανή έλλειψη ενδιαφέροντος στους ανθρώπους γενικά.

B. Δύο από τα τέσσερα συμπτώματα που σχετίζονται με περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων πρέπει να είναι παρόντα:

1. Στερεοτυπικός ή επαναλαμβανόμενος λόγος, μηχανικές κινήσεις ή χρήση αντικειμένων (όπως, μηχανικές στερεοτυπίες, ηχολαλία, επαναλειπτική χρήση αντικειμένων ή ιδιοσυγκρασιακές φράσεις).

2. Η υπερβολική προσκόλληση σε ρουτίνες, τελετουργικά μοτίβα λεκτικών και μη λεκτικών συμπεριφορών, υπερβολική αντίσταση στην αλλαγή (όπως, τελετουργικές συμπεριφορές, επιμονή στον ίδιο δρόμο ή φαγητό, επαναληπτική αμφισβήτηση ή ακραία αποστροφή σε μικρές αλλαγές).
3. Εξαιρετικά περιορισμένα, σταθερά ενδιαφέροντα τα οποία παρουσιάζουν ανωμαλία στην ένταση ή στην συγκέντρωση (όπως, ισχυρή προσκόλληση σε/ή προκατάληψη με ασυνήθιστα αντικείμενα, υπερβολικά κυκλοθυμικά ή συντηρητικά ενδιαφέροντα).
4. Υπέρ ή αντιδραστικότητα σε αισθητηριακά ερεθίσματα ή ασυνήθιστα ενδιαφέροντα σε αισθητηριακά ερεθίσματα από το περιβάλλον (όπως, εμφανής αδιαφορία σε πόνο, ζέστη, κρύο, ανάπρωδη αντίδραση σε συγκεκριμένους ήχους ή υφές, υπερβολική μυρωδιά ή άγγιγμα αντικειμένων, έντονος ενθουσιασμός με φώτα ή αντικείμενα που στριφογυρίζουν).

Γ. Συμπτώματα τα οποία να είναι παρόντα στην πρώιμη παιδική ηλικία (τα οποία μπορεί να μην εκδηλωθούν πλήρως μέχρι οι κοινωνικές απαιτήσεις να υπερβούν τις περιορισμένες ικανότητες) .

Δ. συμπτώματα τα οποία να περιορίζουν και να εξασθενούν την καθημερινή λειτουργικότητα.

Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων για κάθε ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια είναι πλέον αποσαφηνισμένη. Τα επίπεδα σοβαρότητας της διαταραχής του φάσματος του αυτισμού είναι τρία:

1. Επίπεδο 1 «Απαιτείται Υποστήριξη»

Κοινωνική Επικοινωνία: Χωρίς υποστήριξη επί τόπου, ελαττώματα στην κοινωνική επικοινωνία προκαλούν αξιοσημείωτες χειροτερεύσεις. Έχει δυσκολία στο να αναπτύξει κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και εκδηλώνει ξεκάθαρα παραδείγματα άτυπης ή ανεπιτυχούς αντίδρασης σε κοινωνικά ερεθίσματα από άλλους. Μπορεί να εμφανίσει μειωμένο ενδιαφέρον σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.

Περιορισμένα Ενδιαφέροντα και Επαναληπτικές Συμπεριφορές: Τελετουργικές και επαναληπτικές συμπεριφορές προκαλούν σημαντικές εμπλοκές σε διάφορες περιστάσεις. Αντιστέκεται σε οποιαδήποτε προσπάθεια από άλλους να του διακόψουν τις και επαναληπτικές συμπεριφορές ή να του αλλάξουν τα ενδιαφέροντα.

2. Επίπεδο 2 «Απαιτείται Ουσιαστική Υποστήριξη»

Κοινωνική Επικοινωνία: Συγκεκριμένες ελλείψεις σε προφορικές και μη προφορικές κοινωνικές επικοινωνιακές ικανότητες: κοινωνικά προβλήματα προφανή ακόμα και με υποστήριξη επι τόπου, περιορισμένη πρωτοβουλία για έναρξη κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και μειωμένη ή ανώμαλη απόκριση σε κοινωνικά ερεθίσματα από άλλους.

Περιορισμένα Ενδιαφέροντα και Επαναληπτικές Συμπεριφορές: εμφανίζει τελετουργικές και επαναληπτικές συμπεριφορές και/ή προκαταλήψεις ή περιορισμένα ενδιαφέροντα, αρκετά συχνά ώστε να είναι προφανή στον απλό παρατηρητή και να δημιουργούν εμπλοκή στην λειτουργικότητα του παιδιού σε διάφορες περιστάσεις. Κατάθλιψη ή οργή είναι προφανείς όταν οι τελετουργικές και επαναληπτικές συμπεριφορές διακόπτονται, δυσκολία στην ανακατεύθυνση των περιορισμένων ενδιαφερόντων.

3. Επίπεδο 3 «Απαιτείται Πολύ Ουσιαστική Υποστήριξη»

Κοινωνική Επικοινωνία: σοβαρές ελλείψεις σε προφορικές και μη προφορικές κοινωνικές επικοινωνιακές δεξιότητες προκαλούν σοβαρά προβλήματα στην λειτουργικότητα, πολύ περιορισμένη λήψη πρωτοβουλίας για έναρξη κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και μηδαμινή ανταπόκριση σε κοινωνικά ερεθίσματα από άλλους.

Περιορισμένα Ενδιαφέροντα και Επαναληπτικές Συμπεριφορές: δεισιδαιμονίες, περιορισμένες τελετές και/ή επαναληπτικές συμπεριφορές οι οποίες εμφανώς

εμποδίζουν τη λειτουργικότητα σε όλες τις σφαίρες. Έντονη κατάθλιψη όταν οι τελετουργικές ή επαναληπτικές συμπεριφορές του διακόπτονται, πολύ μεγάλη δυσκολία στην ανακατεύθυνση από περιορισμένα ενδιαφέροντα ή επιστρέφει σε αυτά πολύ γρήγορα.

Επειδή όλα τα παιδιά που διαγνώστηκαν με σύνδρομο Asperger ή αυτιστική διαταραχή πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το καινούριο εγχειρίδιο δεν είναι απαραίτητη η επαναδιάγνωση. Παραπομπή για επαναξιολόγηση θα γίνεται μόνο όταν βασίζεται στην κλινική ανησυχία. Οι ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με σύνδρομο Asperger θα μπορούν να συνεχίζουν να κρατούν αυτό το τίτλο διαταραχής αν και μετονομάστηκε σε ASD. Επίσης, δεν θα πραγματοποιηθεί καμία αλλαγή στο εκπαιδευτικό ή θεραπευτικό πρόγραμμα για τα παιδιά και τους νέους με διάγνωση ASD. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να αξιολογούν και την ομιλία και την γλώσσα, ώστε να ενημερώνουν για την κατάλληλη θεραπεία.

Τέλος δίδονται κάποιες γενικές οδηγίες για την ορθή χρήση του εγχειριδίου για τους ειδικούς που το χρησιμοποιούν και είναι τα εξής:

1. Μία συμπεριφορά δεν είναι πάντα αρκετή για να ικανοποιήσει ένα κριτήριο που θέλουμε (όπως: Είναι αυτή η συμπεριφορά άτυπη; Είναι παρούσα σε διάφορες περιστάσεις;)
2. Απέφυγε να χρησιμοποιείς την ίδια συμπεριφορά ως δικαιολογία για να ικανοποιεί δύο διαφορετικά κριτήρια. Παρόλα αυτά υπάρχουν και εξαιρέσεις.
3. Συμπεριφορές τις οποίες δεν παρατηρείς μπορεί να είναι κριτήριο γιατί παρατηρήθηκαν παλαιότερα.
4. Όλα τα παραπάνω μπορεί και να αλλάξουν.

(Carpenter, 2013)

Χωρίς μία σωστή και έγκαιρη διάγνωση, τα παιδιά μπορεί να καταδικαστούν σε μία ζωή με ανεπαρκή πρόνοια και χωρίς αντιμετώπιση των ειδικών αναγκών

τους. Όσο αφορά τους ενήλικες, μια σωστή και σαφής διάγνωση είναι συχνά επιθυμητή, με σκοπό να εξηγήσει πως είναι μία αινιγματική ύπαρξη (www.autismhellas.gr). Η σωστή διαγνωστική εκτίμηση θα οδηγήσει στην κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση (T. Peeters, 2000).

1.6. Γενικά Χαρακτηριστικά των Ατόμων με Αυτισμό:

Συχνά ο αυτισμός μπορεί να συνυπάρχει με άλλες ιατρικές καταστάσεις, όπως, νοητική υστέρηση, επιληψία, γαστρεντερικά προβλήματα, προβλήματα ύπνου, διαταραχές ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, κατατονία ή ακόμα και αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη ή ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή· οπότε η διάγνωση του είναι ακόμη δυσκολότερη. Σε άλλες περιπτώσεις, παρατηρούνται μόνο αυτιστικά στοιχεία στη συμπεριφορά του παιδιού, δηλαδή κάποια ήπια «αυτιστικά» συμπτώματα, τα οποία δεν είναι αρκετά για να προσελκύσουν τη προσοχή των ειδικών καθώς δεν πληρούνται όλα τα κριτήρια για τη διάγνωση του αυτισμού, όπως τονίζουν Βρετανοί επιστήμονες, σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύονται στο επιστημονικό έντυπο *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο στο οποίο μπορεί κανείς να βασιστεί αποκλειστικά για να διαγνώσει τον αυτισμό. Είναι λοιπόν σημαντικό να χρησιμοποιούμε πολλαπλές πηγές πληροφοριών για να κάνουμε τη διάγνωση του αυτισμού (Βαρβόγλη, 2006), καθώς συνοδές διαταραχές μπορούν να παρασύρουν ακόμα και τον ειδικό σε λανθασμένη διάγνωση (Larcombe, 1998). Οι ειδικοί παρατηρούν, συντάσσουν πλήρες ιστορικό και ακολουθούν ψυχολογικές διαδικασίες για να υπάρξει διάγνωση. Ο πιο σπουδαίος κλινικός στόχος είναι να καταλήξουν εάν το άτομο έχει αυτισμό και μετά να εκτιμήσουν τις ικανότητές του (Γκονέλα, 2006).

Τα χαρακτηριστικά ενός παιδιού με αυτισμό είναι τα εξής: (Αμπατζόγλου & Ζηλίκης, 2007)

1. Αυτιστική απομόνωση:

Το παιδί δείχνει ότι είναι “κλεισμένο” στον εαυτό του, σαν να μην ακούει ή να μη βλέπει ανθρώπους και αντικείμενα. Πρόκειται για κάτι πολύ περισσότερο από αδιαφορία ή έλλειψη ενδιαφέροντος για ανθρώπους ή αντικείμενα, ενώ σε μερικές περιπτώσεις το ενδιαφέρον του στρέφεται σε ένα μέρος του σώματος του άλλου ή σε μια λεπτομέρεια των ρούχων του. Οι διαταραχές στη βλεμματική επαφή συχνά εντοπίζονται από τη μητέρα ήδη από την περίοδο του θηλασμού. Το παιδί αρνείται την επαφή και σε περίπτωση που νοιώθει ότι πιέζεται αντιδρά με εκρήξεις θυμού που εκφράζονται με ποικίλη συμπτωματολογία.

2. Αισθητηριακά ζητήματα:

Η συμπεριφορά του ως προς τους ήχους είναι επίσης περίεργη και συχνά παρερμηνεύεται ως κώφωση, καθώς μπορεί να υπάρχει απουσία αντίδρασης σε ισχυρούς ήχους ενώ, συγχρόνως, ένας ελάχιστος ήχος να γίνεται αντιληπτός και να κινεί το ενδιαφέρον του παιδιού. Σε μερικές περιπτώσεις, το παιδί για να καλύψει την απουσία επικοινωνίας αγγίζει όλα τα αντικείμενα, τα μυρίζει ή τα φέρνει στο στόμα του. Ακόμη, πολλές φορές υπάρχει μια ιδιαίτερη αντοχή στον πόνο και τη θερμότητα. Μπορεί επίσης να αναζητά τη δημιουργία αισθήσεων ή αισθητηριακών ερεθισμάτων από ουσίες του σώματος του (π.χ., κόπρανα, σάλια) ή από τα ισοδύναμά τους (π.χ., πλαστελίνη).

3. Διαταραχή της επικοινωνίας:

Παρουσιάζουν προβλήματα στην κατανόηση και στη χρήση κάθε μορφής επικοινωνίας, λεκτικής και μη-λεκτικής, και φαίνεται να μην την απολαμβάνουν. Η κατανόηση τους τείνει να περιορίζεται στα πράγματα που τους ενδιαφέρουν και να είναι κυριολεκτική και συγκεκριμένη. Επίσης, παρουσιάζουν ελλείμματα στην κατανόηση των πληροφοριών που μεταδίδονται με χειρονομίες, την έκφραση του προσώπου, τη στάση του σώματος ή τον τόνο της φωνής, γι’ αυτό το λόγο δυσκολεύονται και να ερμηνεύσουν τι σκέφτονται ή τι νοιώθουν οι άλλοι. Το κύριο πρόβλημα του αυτισμού δεν είναι ο λόγος αλλά η επικοινωνία, έτσι τα παιδιά που δεν θα μιλήσουν ή θα έχουν σοβαρές δυσκολίες, μπορούν να μάθουν εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας. Οι προσεγγίσεις διδασκαλίας της γλώσσας στα παιδιά που αναπτύσσουν την εκφορά του λόγου πρέπει να έχουν λειτουργική

και επικοινωνιακή κατεύθυνση και η γλώσσα να μην διδάσκεται με άκαμπτο τρόπο ώστε τα παιδιά να μην δυσκολεύονται να μάθουν τι είναι η επικοινωνία.

4. Διαταραχές του λόγου:

Συνήθως υπάρχει απουσία λόγου που πιθανόν δηλώνει την απουσία ενδιαφέροντος του παιδιού για επικοινωνία, καθώς παρατηρείται μεγάλη δυσκολία στην κυριολεκτική κατανόηση και χρήση της γλώσσας. Σε άλλες περιπτώσεις, ο λόγος εμφανίζεται μετά τα δύο χρόνια και πρωταρχικά δείχνει να μην εξυπηρετεί τις λειτουργίες και τις αρχές της επικοινωνίας. Αποτελείται από απομονωμένες ή αλλοιωμένες λέξεις που μπορεί να γίνονται εν μέρει κατανοητές από το περιβάλλον, ή μπορεί να περιλαμβάνει σύντομες φράσεις που, όμως, δεν είναι επικοινωνιακά κατάλληλες στο πλαίσιο της εκάστοτε συνθήκης. Μπορεί να παρατηρηθεί εμπλουτισμός του λεξιλογίου και βελτίωση της σύνταξης, αλλά να παραμένει δυσκολία με τις προσωπικές αντωνυμίες (π.χ., χρήση του «εσύ» στη θέση του «εγώ»), τις προθέσεις και τα πρόσωπα (π.χ., χρήση τρίτου προσώπου όταν αναφέρονται στον εαυτό τους), τα οποία δυσκολεύουν αρκετά τα παιδιά με αυτισμό. Τα σημαντικότερα ελλείμματα στο λόγο των αυτιστικών παιδιών όμως, εντοπίζονται στη λειτουργική χρήση του σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις (Tager- Flusberg, 1989). Ακόμη, δεν ακολουθούν τους κανόνες εναλλαγής σειράς, μεταπηδώντας πολύ εύκολα από το ένα θέμα στο άλλο χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τους αυτά που λένε οι συνομιλητές τους. Σύμφωνα με τον Eales (1993), αυτό συμβαίνει γιατί δεν μπορούν να κατανοήσουν τις επικοινωνιακές προθέσεις του συνομιλητή τους και εμμένουν στις εμφανείς και επιφανειακές ενδείξεις της συζήτησης. Η ηχολαλία (άμεση ή καθυστερημένη), δηλαδή η επαναδιατύπωση των φράσεων του ενηλίκου, ενδέχεται να αποτελεί μια προσπάθεια επικοινωνίας, η οποία εκφράζεται με πολύ πρωτόγονο τρόπο (Prizant, 1996). Συχνά, παρατηρείται και σύγχυση των λέξεων με παρόμοιο ήχο ή νόημα (π.χ., ξύνω, χύνω). Επιπλέον, τα παιδιά με αυτισμό δυσκολεύονται στην γενίκευση των εννοιών και αυτά που αναπτύσσουν προφορική ομιλία δυσκολεύονται στον τομέα της πραγματολογίας του λόγου. Ακόμη και στα παιδιά που έχουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης και γενικά καλό γνωστικό επίπεδο πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή για την κατανόηση των

κειμένων και ιστοριών και το χειρισμό της συζήτησης. Επιπροσθέτως, ορισμένα παιδιά με αυτισμό αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην άρθρωση που καθιστά την ομιλία τους δυσκατάληπτη. Όσον αφορά τις γραμματικές δομές, είναι συχνά ανώριμες και περιλαμβάνουν στερεοτυπική και επαναλαμβανόμενη χρήση της γλώσσας. Επίσης, συχνά παρατηρούνται νεολογισμοί, δηλαδή κατασκευή νέων λέξεων με άγνωστη όμως σημασία για τον συνομιλητή. Τέλος, συχνά παρατηρούνται ανωμαλίες στη προσωδία, στο ρυθμό, στο ύψος, στην ένταση και τη συχνότητα της φωνής, γι' αυτό και ο ήχος της φωνής των αυτιστικών παιδιών χαρακτηρίζεται ως μονότονος και στερεότυπος και η ομιλία τους ρομποτική με έλλειψη χρωματισμού και συνήθως με υψηλό τόνο φωνής.

5. *Ακινησία, υπερβολική ανάγκη για σταθερότητα:*

Η ακινησία είναι μια έντονη ανάγκη του παιδιού να διατηρεί σταθερά τα σημεία αναφοράς του περιβάλλοντος (Αμπατζογλου & Ζηλίκης, 2007). Κάποια παιδιά ψάχνουν συνεχώς την ίδια γωνία για να απομονωθούν, ακολουθούν πάντα την ίδια διαδρομή, κάποια προτιμούν ακόμα και το ίδιο φαγητό. Για κάθε αλλαγή στο περιβάλλον του το παιδί βιώνει μια κατάσταση μεγάλης απελπισίας που εκδηλώνεται με τον έντονο θυμό του.

6. *Στερεοτυπίες και τελετουργίες:*

Συνοδεύουν τις παραπάνω κλινικές εκδηλώσεις. Σε βαριές περιπτώσεις, παρατηρούμε πολύ περίεργες στερεοτυπίες, όπως χειρονομίες, τικ, επαναληπτικές κινήσεις που ποικίλουν από το ένα παιδί στο άλλο (π.χ., το παιδί πλησιάζει το χέρι του σε ένα αντικείμενο και το τραβάει απότομα σαν αυτό να έκαιγε, κινεί τα δάχτυλά του μπροστά στο πρόσωπό του, γυρνάει γύρω από τον εαυτό του, περπατά στις μύτες των ποδιών). Όλα αυτά μπορούν να συνδυαστούν με ρυθμικές κινήσεις του σώματος μπρος-πίσω ή και με επιθετικές πράξεις προς τον εαυτό του ή προς τους άλλους.

7. Νοητική ανάπτυξη:

Τα περισσότερα αυτιστικά παιδιά έχουν μειωμένες νοητικές ικανότητες. Εκτιμάται ότι περίπου το 76-89% των παιδιών με αυτιστική διαταραχή παρουσιάζει νοητική υστέρηση (Bryson et al., 1988). Φαίνεται λοιπόν ότι ο Δείκτης Νοημοσύνης των παιδιών αυτών σταθεροποιείται γύρω στην ηλικία των 5 ετών και αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για τις μετέπειτα ακαδημαϊκές και επαγγελματικές τους επιδόσεις. Συνήθως, μόνο τα αυτιστικά άτομα με φυσιολογική νοημοσύνη επιτυγχάνουν αυτονομία στην ενήλικη ζωή (DeMyer et al., 1974). Το 30% περίπου λειτουργεί στο φάσμα της ελαφριάς έως μέτριας νοητικής υστέρησης και το 45 με 50% περίπου είναι σοβαρά ή βαριά καθυστερημένα. Οι επιδημιολογικές και κλασικές μελέτες δείχνουν ότι ο κίνδυνος για αυτιστική διαταραχή αυξάνει καθώς το IQ ελαττώνεται. Οι τιμές IQ των αυτιστικών παιδιών τείνουν να αντανακλούν σοβαρότερα προβλήματα στις δεξιότητες λεκτικής διαδοχής με σχετικά περισσότερες δυνατότητες στις οπτικό-χωρικές δεξιότητες ή τη μνήμη αποστήθισης.

8. Επιδόσεις:

Μερικά παιδιά επιτυγχάνουν αξιοσημείωτες επιδόσεις σε συγκεκριμένες δραστηριότητες, που όμως αυξάνουν την εντύπωση δυσαρμονίας που δίνει το παιδί. (Wing, 1993; Γκονέλα, 2006)

1.7. Συνοδά Συμπτώματα Συμπεριφοράς:

Η υπερκινητικότητα αποτελεί συχνό πρόβλημα συμπεριφοράς σε παιδιά με αυτισμό μικρής ηλικίας. Η υποκινητικότητα είναι λιγότερο συχνή και όταν είναι παρούσα συχνά εναλλάσσεται με υπερκινητικότητα. Μπορεί επίσης να παρατηρηθεί: επιθετικότητα, αυτοτραυματική συμπεριφορά με χτυπήματα της κεφαλής, δάγκωμα, ξύσιμο ή τραβήγματα μαλλιών, συναισθηματικά ξεσπάσματα, διάσπαση προσοχής, αϋπνία, πρόβλημα σίτισης και διατροφής και ενούρηση.

1.8. Πορεία και Πρόγνωση:

Αποτελεί σε γενικές γραμμές μία ισόβια διαταραχή με επιφυλακτική πρόγνωση. Τα αυτιστικά παιδιά με IQ άνω του 70 και εκείνα που χρησιμοποιούν επικοινωνιακό λόγο μέχρι την ηλικία των 5 με 7 ετών τείνουν να έχουν καλύτερη πρόγνωση. Πρόσφατα δεδομένα επανελέγχου αυτιστικών παιδιών με υψηλό IQ (Karlan & Sadock's, 2005), των οποίων η συμπτωματολογία εκτιμήθηκε στην ηλικία των 5 ετών και συγκρίθηκε με την τρέχουσα συμπτωματολογία τους στην ηλικία των 12 ετών και στη συνέχεια μέχρι την ενηλικίωσή τους έδειξαν ότι ένα μικρό ποσοστό δεν πληρούσε πλέον τα κριτήρια για τον αυτισμό, αν και συνέχιζαν να εκδηλώνουν κάποια χαρακτηριστικά της διαταραχής. Τα περισσότερα εμφάνιζαν θετικές αλλαγές στην επικοινωνία και τις κοινωνικές περιοχές με την πάροδο του χρόνου. Οι περιοχές των συμπτωμάτων που δεν έμοιαζαν να παρουσιάζουν βελτίωση με τη πάροδο του χρόνου ήταν όσες σχετίζονται με τελετουργικές και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές. Σε γενικές γραμμές, οι μελέτες έκβασης στην ενήλικη ζωή δείχνουν ότι τα 2/3 των αυτιστικών ενηλίκων παραμένουν σοβαρά ανάπηροι και ζουν εξαρτώμενοι πλήρως ή ημιεξαρτώμενοι είτε με τους συγγενείς τους είτε σε μακράς νοσηλείας ιδρύματα. Μόνο το 1 με 2% κατακτά μια φυσιολογική, ανεξάρτητη κατάσταση διαβίωσης με επικερδή απασχόληση και το 5 με 20% κατακτά μια οριακά φυσιολογική κατάσταση. Η πρόγνωση καλύτερεύει εάν το περιβάλλον ή η οικογένεια είναι υποστηρικτικοί και ικανοί να πληρούν τις εκτεταμένες ανάγκες ενός τέτοιου παιδιού. Αν και τα συμπτώματα υφίστανται σε πολλές περιπτώσεις, σε άλλες αναπτύσσονται συμπεριφορές σοβαρού αυτοακρωτηριασμού ή επιθετικότητας και παλινδρόμησης. Το 4 έως 32% έχει επιληπτικές κρίσεις στην όψιμη παιδική ηλικία ή την εφηβεία και οι κρίσεις αυτές επηρεάζουν αρνητικά την πρόγνωση.

1.9. Η αναπτυξιακή πορεία των παιδιών με αυτισμό:

Τα πρώτα συμπτώματα του αυτισμού εμφανίζονται συνήθως πριν την ηλικία των 2 ετών. Ωστόσο, ακόμα και στον πρώτο χρόνο ζωής υπάρχουν ενδείξεις που κάνουν τους μισούς περίπου γονείς αυτιστικών παιδιών να υποψιάζονται ότι η ανάπτυξη του παιδιού τους παρεκκλίνει απ' το φυσιολογικό. Αυτή η διαπίστωση τεκμηριώθηκε από μία έρευνα των Osterling και Dawson (1994), οι οποίοι, χρησιμοποίησαν βίντεο από τα πρώτα γενέθλια «φυσιολογικών» παιδιών και παιδιών που αργότερα έλαβαν τη διάγνωση του αυτισμού. Τα βίντεο αυτά αναλύθηκαν από παιδίατρους και παρατηρητές που έπρεπε να αξιολογήσουν συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς όπως, τη μίμηση, τη βλεμματική επαφή κ.λπ. Τόσο οι παιδίατροι που αξιολόγησαν τη γενική εικόνα των παιδιών, όσο και οι παρατηρητές που αξιολόγησαν τις συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς μπόρεσαν να διακρίνουν τα παιδιά με αυτισμό από τα «φυσιολογικά» παιδιά. Καθώς μεγαλώνουν, ορισμένα από τα συμπτώματά τους ενδέχεται να αλλάζουν μορφή ή να εμφανίζονται με μικρότερη συχνότητα, όμως οι βασικές δυσκολίες τους συνήθως παραμένουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές (Gillberg & Steffuburg, 1987), κάποιες μορφές συμπεριφοράς όπως η υπερκινητικότητα, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και οι ψυχαναγκασμοί επιδεινώνονται κατά την περίοδο της εφηβείας σε ποσοστό 31-57% περίπου, ωστόσο σε μία άλλη έρευνα τους, διαπιστώθηκε βελτίωση στο 43% των αυτιστικών ατόμων του δείγματος. Κατά την ενηλικίωση, επιμένουν οι κινητικές στερεοτυπίες, η έλλειψη έκφρασης και η εκδήλωση κοινωνικά ανάρμοστης συμπεριφοράς, ακόμα και σε περιπτώσεις εξαιρετικά λειτουργικών ατόμων, τα οποία μπορεί να δημιουργήσουν οικογένεια και να έχουν κάποια επαγγελματική απασχόληση. Συνήθως είναι κοινωνικώς απομονωμένα και πολλές φορές αναπτύσσουν εμμονές και εκδηλώνουν ψυχαναγκαστική συμπεριφορά. (Newson, 1998).

Οι Kabayashi et al. (1992) μελέτησαν την πορεία 197 νέων ατόμων με αυτισμό, οι οποίοι είχαν παρακολουθήσει κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα στην παιδική τους ηλικία. Το 27% κατάφερε να επιτύχει κοινωνική αυτονομία ενώ το

υπόλοιπο 73% δεν ασκούσε κανένα επάγγελμα και χρειαζόταν συστηματική στήριξη και εποπτεία. Σε παλαιότερες έρευνες των Kabayashi et al. (1992) φαίνεται ότι ακόμα και σε εξαιρετικά λειτουργικά αυτιστικά παιδιά, μόνο το 50% κατορθώνει να αποκατασταθεί επαγγελματικά και να λειτουργεί αυτόνομα.

Συμπερασματικά, οι παράγοντες που φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο για την έκβαση του αυτισμού είναι το νοητικό επίπεδο και το επίπεδο γλωσσικής ανάπτυξης του παιδιού. Τα άτομα που παρουσιάζουν την καλύτερη εξέλιξη είναι αυτά που έχουν φυσιολογική νοημοσύνη και έχουν αναπτύξει σημαντικές γλωσσικές δεξιότητες μέχρι την ηλικία των πέντε ετών. Αντίθετα για τα παιδιά με Δείκτη Νοημοσύνης χαμηλότερο του 50 και για τα παιδιά με πολύ περιορισμένη γλωσσική ανάπτυξη, η πρόγνωση είναι εξαιρετικά δύσκολη. Σε γενικές γραμμές, αν δεν υπάρχει πρώιμη παρέμβαση, τα περισσότερα αυτιστικά παιδιά συνήθως παρουσιάζουν μικρή βελτίωση ορισμένων συμπτωμάτων τους με την πάροδο του χρόνου αλλά εξακολουθούν να παρουσιάζουν σοβαρά γνωστικά, γλωσσικά και κοινωνικά ελλείμματα με αποτέλεσμα να διαφέρουν σημαντικά από τους άλλους ανθρώπους σε όλη τους τη ζωή (Piven et al., 1996).

2. Θεραπεία:

2.1. Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις:

Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις προσπαθούν να βοηθήσουν τα παιδιά όχι μόνο να μάθουν γνωστικά αντικείμενα και να αποκτήσουν ικανότητες ετοιμότητας, αλλά και να βελτιώσουν τη λειτουργική επικοινωνία, αμεσότητα και τις κοινωνικές τους ικανότητες όπως: την από κοινού προσοχή, την απόκτηση ικανοτήτων όπως το συμβολικό παιχνίδι, τη μείωση αρνητικών συμπεριφορών και τη γενίκευση των ικανοτήτων που μάθανε εφαρμόζοντας τις σε νέες καταστάσεις.

2.1.1 Εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς (Applied Behavior Analysis – ABA):

Η εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς είναι μία συμπεριφορική προσέγγιση (Helfin & Alberto, 2001) που βασίζεται στις θεμελιώδεις αρχές της συντελεστικής μάθησης, καθώς και σε άλλες αρχές συμπεριφορικής μάθησης με στόχο την αλλαγή των προβληματικών συμπεριφορών (Cooper, Heron, & Heward, 1989) που μπορούν να βελτιωθούν όταν αντιμετωπιστούν μέσα σε ελεγχόμενα πλαίσια (Lovaas, Green & Luce, 1996), μέχρι το πέρας της παρέμβασης (Bear, Wolf, & Risley, 1968 ; Sulzer-Azaroff & Mayer, 1991).

Ουσιαστικά βασίζεται στην αξιόπιστη μέτρηση και την αντικειμενική αξιολόγηση της συμπεριφοράς που παρατηρούμε και επιθυμούμε να τροποποιήσουμε. Για να μπορέσουμε να μετρήσουμε αξιόπιστα τη αλλαγή που θα παρατηρηθεί σε μια συμπεριφορά πρέπει πρώτα να ορίσουμε πλήρως και αντικειμενικά τη συμπεριφορά αυτή (Powers, 1992) . Ορισμένες συμπεριφορές – όπως η οπτική επαφή- είναι πολύ απλό να οριστούν επειδή έχουν μετρήσιμη διάρκεια και γίνονται εύκολα αντιληπτές από το περιβάλλον. Ωστόσο υπάρχουν πολλές πολυδιάστατες και πολύπλοκες συμπεριφορές όπως η επιθετικότητα, που για να μπορέσουμε να καταγράψουμε άμεσα τη συχνότητα, τη διάρκεια και άλλες μετρήσιμες παραμέτρους πρέπει πρώτα να τις προσδιορίσουμε εκ νέου με παρατηρήσιμους και ποσοτικούς όρους (Sulzer- Azaroff & Mayer, 1991). Τότε

είμαστε σε θέση να τις παρατηρήσουμε και να αποφανθούμε εάν βελτιώθηκαν παρουσιάζοντας πειστικά σχετικά αποδεικτικά στοιχεία (Bear, Wolf & Risley, 1987). Οι συμπεριφορές που θέλουμε να μεταβάλλουμε αξιολογούνται συνήθως στα πλαίσια όπου παρατηρούνται. Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης στηρίζεται στην παρακάτω διαδικασία (Sulzer- Azaroff et al., 1991):

- Επιλογή της προβληματικής συμπεριφοράς που επιθυμούμε να βελτιώσουμε.
- Εντοπισμός και ορισμός των επιθυμητών στόχων.
- Καθορισμός μιας μεθόδου μέτρησης των συμπεριφορών που μελετάμε.
- Αξιολόγηση του παρόντος επιπέδου απόδοσης.
- Σχεδιασμός και εφαρμογή της κατάλληλης παρέμβασης για να αλλάξουμε την προβληματική συμπεριφορά διδάσκοντας νέες εναλλακτικές δεξιότητες.
- Συνεχής μέτρηση των συμπεριφορών που μας ενδιαφέρουν και τέλος
- Κατάλληλες τροποποιήσεις για να διατηρήσουμε ή να αυξήσουμε την αποτελεσματικότητα και την επάρκεια της παρέμβασης.

Στην περίπτωση που οι στόχοι έχουν επιτευχθεί, πρέπει να βεβαιωθούμε ότι η αλλαγή είναι μόνιμη και έχει γενικευτεί σε άλλα πλαίσια και σε άλλους ανθρώπους (Green, 1996). Εάν δεν κατορθωθεί αυτό, τότε η παρέμβαση δεν ολοκληρώνεται και πρέπει να δουλευτεί περαιτέρω.

Επειδή το παιδί δυσκολεύεται να αντιδράσει ταυτόχρονα σε πολλά ερεθίσματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπο, πρέπει να μάθει να διαχειρίζεται αποτελεσματικά ένα μικρό κομμάτι ερεθισμάτων κάθε φορά (Koegel, Russo, Rincover, & Schreibman, 1982). Αυτή η μέθοδος επιτρέπει τον έλεγχο της διαδικασίας της μάθησης. Κατακτούν αρχικά το πρώτο βήμα και έπειτα προχωράνε στο επόμενο μέχρι να φτάσουν τον τελικό στόχο. Κάθε εκπαιδευτική διαδικασία ακολουθεί 5 βασικά στάδια που παραμένουν σταθερά, ανεξάρτητα από τη δεξιότητα που αποτελεί τον τελικό στόχο. Πιο συγκεκριμένα:

- 1) Ο θεραπευτής παρουσιάζει μία σύντομη και σαφή οδηγία ή ερώτηση (ερέθισμα).
- 2) Η οδηγία ή ερώτηση συνοδεύεται από την προτροπή για την παραγωγή της σωστής αντίδρασης.
- 3) Το παιδί αντιδράει σωστά ή λανθασμένα (αντίδραση).

- 4) Ο θεραπευτής αντιδράει κατάλληλα στη συμπεριφορά που εκδήλωσε το παιδί. Ενισχύει και ανταμείβει τις σωστές πράξεις με κάτι που αρέσει στο παιδί ενώ αγνοεί ή διορθώνει τις λανθασμένες αντιδράσεις.
- 5) Ο θεραπευτής καταγράφει τις συμπεριφορές που παρατηρεί με σκοπό να κατασκευάσει ένα προφίλ των ικανοτήτων που έχει το παιδί προκειμένου να αποφασίσει ποιες δεξιότητες πρέπει να του διδάξει ακόμα και να τις οργανώσει με βάση το βαθμό δυσκολίας τους.

Με το πέρασμα του χρόνου όσοι ασχολούνται με την εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς έχουν αναθεωρήσει ορισμένες από τις βασικές αρχές που είχαν υιοθετήσει και αποδείχθηκαν είτε δυσλειτουργικές είτε αναποτελεσματικές. Έτσι έφτασαν στο σημείο να εισάγουν κάποιες νέες έννοιες στην προσέγγιση αυτή που συμπεριλαμβάνουν τη θετική συμπεριφορική υποστήριξη, τη λειτουργική αξιολόγηση και την εκπαίδευση στη λειτουργική επικοινωνία. Η θετική συμπεριφορική υποστήριξη σκοπεύει να διευκολύνει τα παιδιά να αποκτήσουν συμπεριφορές που τα βοηθάνε να προσαρμοστούν και να γίνουν κοινωνικά αποδεκτά. Για να κατορθώσουν αυτό πρέπει να ξεπεράσουν και να εξαλείψουν τις συμπεριφορές που είναι καταστροφικές και δυσπροσαρμοστικές με αποτέλεσμα να τα στιγματίζουν (Koegel, Koegel & Dunlap, 1996). Οι θεραπευτές τροποποιούν το υπάρχον περιβάλλον για να δείξουν στο παιδί ότι η προβληματική συμπεριφορά είναι άσχετη, αναποτελεσματική και ανεπαρκής (Cohen, 1998, Horner, O' Neill, & Flannery, 1993; Horner, Vaughn, DAY, & Aard, 1996). Οι O' Neill et al. (1997) ανέφεραν ότι για να δημιουργηθεί ένα σχέδιο ικανό να υποστηρίξει τη θετική συμπεριφορά του παιδιού απαιτούνται οι παρακάτω ενέργειες:

1. Η αξιολόγηση του παιδιού προκειμένου να εντοπιστεί η συμπεριφορά που το εμποδίζει να λειτουργήσει φυσιολογικά.
2. Η εφαρμογή της διαδικασίας που περιγράψαμε παραπάνω προκειμένου να αντικατασταθεί η ανεπιθύμητη συμπεριφορά με μια πιο επιθυμητή και αποτελεσματική.
3. Προτείνεται μια παρέμβαση που να μην αντίκειται στις αξίες και τις πεποιθήσεις τόσο του ίδιου του παιδιού όσο και της οικογένειας του. Εάν επιλεγεί ένα πρόγραμμα που δεν μπορεί να εφαρμοστεί από τους γονείς ή τους

εκπαιδευτικούς γιατί δεν έχουν την κατάλληλη κατάρτιση ή επειδή απαιτεί πολύ ακριβά υλικά, τότε είναι καταδικασμένο να αποτύχει.

4. Η συνεχής αξιολόγηση της συμπεριφοράς του παιδιού προκειμένου η παρέμβαση να έχει επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Η δεύτερη τάση που εισήχθη είναι η λειτουργική αξιολόγηση – δηλαδή η διαδικασία συγκέντρωσης πληροφοριών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων υποστήριξης της συμπεριφοράς (O' Neill et. al., 1997). Η λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς μπορεί να επιτευχθεί με:

1. Σαφή περιγραφή των προβληματικών συμπεριφορών .
2. Τον εντοπισμό και τον προσδιορισμό των γεγονότων και των καταστάσεων της εκδήλωσης της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς και το χρονικό πλαίσιο στο οποίο συμβαίνουν.
3. Την παρατήρηση και τον καθορισμό των συνεπειών μιας συμπεριφοράς που την ενισχύουν ή την αποτρέπουν (Καλύβα, 2005).

Η λειτουργική αξιολόγηση αποτελεί μία αυστηρή μέθοδο αξιολόγησης των αντιδράσεων και των συμπεριφορών που εκδηλώνει το παιδί και βασίζεται στην εμπειρική παρατήρηση που αποδείχτηκε αποτελεσματικότερη από τις παραδοσιακές παρεμβάσεις που δεν στηρίζονται σε εμπειρικά δεδομένα. (Repp, Felce, & Banton, 1998; Durand, Crimmins, Caulfeild, & Teilor, 1989; O'Neill et.al., 1997). Η λειτουργική αξιολόγηση δεν περιορίζεται μόνο στην ανάλυση της προβληματικής συμπεριφοράς. Οι Daly, Witt, Martens και Dool (1997) περιέγραψαν ένα μοντέλο λειτουργικής ανάλυσης για την αξιολόγηση προβλημάτων ακαδημαϊκής επίδοσης.

Η Τρίτη τάση είναι η εκπαίδευση στη λειτουργική επικοινωνία η οποία διδάσκει στο παιδί με ποιον τρόπο μπορεί να χρησιμοποιήσει τον κατάλληλο τρόπο επικοινωνίας για να αποκτήσει ένα αντικείμενο που επιθυμεί. Οι Hagorian et. al. (1998) πιστεύουν ότι έτσι μπορούν να αντικαταστήσουν την ανεπιθύμητη συμπεριφορά με μία άλλη που είναι πιο αποτελεσματική και κοινωνικά αποδεκτή.

Ο Simpson (2001) επισημαίνει ότι επειδή ο αυτισμός είναι μία διαταραχή που εκδηλώνεται με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμοι τρόποι αντιμετώπισης του (Olley & Gutentag, 1999). Η εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς βασίζεται στην ακριβή ερμηνεία της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα σε ορισμένα γεγονότα ή καταστάσεις και στις συνέπειες που έχουν για το παιδί με αυτισμό. Η σχέση αυτή αναλύεται και οι πληροφορίες που συλλέγονται χρησιμοποιούνται για το σχεδιασμό ενός συστηματικού προγράμματος που στοχεύει στην αλλαγή της συμπεριφοράς του παιδιού και στην εκμάθηση νέων χρήσιμων δεξιοτήτων (Alberto & Troutman, 1999). Η προσέγγιση αυτή έχει αποκτήσει φανατικούς υποστηρικτές και εχθρούς. Ορισμένοι πρεσβεύουν ότι οι τεχνικές της αποτελούν την μόνη σωτηρία για το παιδί και την οικογένεια του, ενώ άλλοι τις θεωρούν άκαμπτες και δογματικές (Lovaas & Favell, 1987). Αυτές οι αρνητικές εικόνες σχετίζονται συχνά με την ιδέα ότι τα άτομα που προωθούν αυτή τη μέθοδο επιμένουν στη στυγνή εφαρμογή της και δεν κατορθώνουν να διδάξουν τα παιδιά με αυτισμό να χρησιμοποιούν τις λειτουργικές τους δεξιότητες ανεξάρτητα σε φυσικά πλαίσια. Όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες αποτελεσματικές μεθόδους μπορεί να ωφελήσει σε μεγάλο βαθμό τόσο τα παιδιά και τους εφήβους με αυτισμό όσο και την οικογένεια τους. Η εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς έχει αποδειχτεί μέσα από πολυάριθμες μελέτες ότι μπορεί να αντιμετωπίσει με επιτυχία ορισμένα από τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα παιδιά με αυτισμό. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν και ορισμένες αδυναμίες που έχουν επισημανθεί και πρέπει να ξεπεραστούν (Καλύβα, 2005).

Το πιο δημοφιλές πρόγραμμα εφαρμοσμένης ανάλυσης συμπεριφοράς ξεκίνησε από τον Ivar Lovaas το 1970, ο οποίος κατάλαβε ότι η συμβολή των γονέων στην εκπαιδευτική διαδικασία είναι ζωτικής σημασίας. Στη συνέχεια πολλές έρευνες ασχολήθηκαν με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου. Συνοψίζοντας τες, τα στοιχεία που πρέπει να συμπεριλαμβάνει μια ολοκληρωμένη θεραπεία για να επιφέρει να επιθυμητά αποτελέσματα είναι τα εξής (Simeonsson, Olley, & rosenthal, 1987) :

1. Πρέπει να δίνεται έμφαση στην εμφάνιση της επιθυμητής συμπεριφοράς (Koegel, Koegel, & Dunlap, 1996)
2. Οι οικογένεια πρέπει να συμμετάσχει ενεργά στην θεραπεία (Bartak, 1978; Lovaas, Koegel, Simmons, & Long, 1973, Hastings 2003).
3. Η αναλογία εκπαιδευτή και παιδιού με αυτισμό είναι ένα προς ένα (Koegel, Rincover, & Egel, 1982).
4. Η εκπαίδευση δεν είναι απαραίτητο να γίνεται μόνο από επαγγελματίες, αλλά και από φοιτητές ή μέλη της οικογένειας που έχουν λάβει την κατάλληλη κατάρτιση (Lovaas & Smith, 1988).
5. Το παιδί με αυτισμό πρέπει να ενσωματωθεί στο κοινωνικό σύνολο (Strain, 1983). Όταν υπάρχουν στο χώρο και άλλα παιδιά με αυτισμό, οποιαδήποτε κοινωνική συμπεριφορά και αν έχουν κατακτήσει εξαφανίζεται συνήθως μέσα σε λίγα λεπτά (Lovaas & Smith, 1988). Ωστόσο, η απλή παρουσία και η συνεύρεση με παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη δεν επαρκούν, χρειάζονται σαφή διδασκαλία για να αλληλεπιδράσουν με τους συνομηλίκους τους (Strain, 1983).
6. Το παιδί με αυτισμό πρέπει να κατανοήσει την επικοινωνία.
7. Πρέπει να προσδιοριστούν η ένταση και η διάρκεια της θεραπείας (Anderson, Avery, Dipietro, Edwards & Christian, 1987).

Σύμφωνα με κάποιες μελέτες, για να εφαρμοστεί επιτυχώς το πρόγραμμα, είναι απαραίτητη η πολύωρη και συχνή συνάντηση του παιδιού με το θεραπευτή (40h την εβδομάδα, σύμφωνα με τον Lovaas, 1987). Αυτό όμως δεν είναι πάντοτε εφικτό. Αρχικά γιατί ένα τέτοιο πρόγραμμα είναι οικονομικά δυσβάσταχτο και εν συνέχεια γιατί τα μικρά παιδιά δεν είναι φυσιολογικό να παραμένουν τόσες πολλές ώρες κλεισμένα σε ένα χώρο και να εκπαιδεύονται σε αυστηρά πλαίσια. Μία ακόμα παράμετρος που πρέπει να σκεφτούμε είναι ότι όταν τα παιδιά βρίσκονται συνέχεια με ένα θεραπευτή δεν μαθαίνουν να αλληλεπιδρούν αποτελεσματικά με τις οικογένειες τους. Το πρόβλημα είναι ότι αποφεύγεται η αλληλεπίδραση του παιδιού με την οικογένεια και έτσι ο γονέας αισθάνεται ανασφάλεια όταν μένει μόνος μαζί του, ενώ πρέπει να αισθάνεται ικανός να επικοινωνήσει μαζί του και να διαχειριστεί την ανεπιθύμητη ή ακόμα και επικίνδυνη συμπεριφορά του. Γι' αυτούς

τους λόγους κατάλληλο θεωρείται ότι πρέπει να ενταχθεί και η οικογένεια ενεργά στην εκπαίδευση του παιδιού, καθώς και γιατί μ' αυτό τον τρόπο αποφεύγονται συμπεριφορές κοινωνικού αποκλεισμού, επειδή οι γονείς φοβούνται ή ντρέπονται.

Με την εφαρμογή των παραπάνω κάποια παιδιά φανερώνουν θεαματική βελτίωση, ενώ άλλα όχι. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, αλλά ουσιαστικά στις ιδιαιτερότητες του κάθε παιδιού (Green, 1996). Συμπερασματικά παρόλο που επισημάνθηκαν κάποια μειονεκτήματα στο πρόγραμμα, τα περισσότερα στοιχεία δείχνουν ότι είναι αρκετά αποτελεσματικό σε άτομα με αυτισμό.

2.1.2.ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ TEACCH:

Το TEACCH είναι ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα που δημιουργήθηκε από τον Eric Schopler και έχει χρησιμοποιηθεί και εξαπλωθεί σε πολλές χώρες ανά τον κόσμο (Schopler & Mesibon, 2000). Ασχολείται με τη διάγνωση, την αντιμετώπιση, την επαγγελματική κατάρτιση και τη διαβίωση των ατόμων με αυτισμό. Ο θεμέλιος λίθος του TEACCH είναι η δομημένη διδασκαλία που χρησιμοποιείται συστηματικά για να καταστήσει το περιβάλλον προβλέψιμο, βοηθώντας το παιδί να το κατανοήσει και έτσι να λειτουργήσει με περισσότερη ασφάλεια, αξιοποιώντας και εξασκώντας τις ικανότητές του.

Το TEACCH έχει ενσωματώσει ορισμένες συμπεριφορικές αρχές θεραπείας των παιδιών με αυτισμό, αλλά διαφέρει από την Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς σε ορισμένα θεμελιώδη ζητήματα. Η πλέον σημαντική διαφοροποίηση είναι ότι επικεντρώνεται στη μεγιστοποίηση των ικανοτήτων των παιδιών με αυτισμό χρησιμοποιώντας τις δυνατότητες τους, αντί να επιχειρεί την «ανάρρωση» από τη διαταραχή. Το πρόγραμμα έχει σχεδιαστεί για να παρέχει δομημένα πλαίσια όπου τα παιδιά με αυτισμό θα είναι σε θέση να αναπτύξουν τις δεξιότητές τους (Trehin, 1998). Οι δάσκαλοι οργανώνουν ατομικούς χώρους

εργασίας όπου κάθε παιδί μπορεί να εκτελέσει διάφορες δραστηριότητες. Η τάξη δομείται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μπορέσουν να διδάξουν πιο αποτελεσματικά τα παιδιά με αυτισμό. Αυτό επιτυγχάνεται με την οριοθέτηση του χώρου, η οποία μπορεί να δημιουργηθεί με τεχνητό τρόπο, χρησιμοποιώντας χαλιά, ράφια, χωρίσματα, ταινία στο πάτωμα ή θρανία. Στόχος δεν είναι να περιοριστεί η κινητικότητα ή η αυτονομία του παιδιού, αλλά να μπορέσει το παιδί να εντοπίζει γρήγορα το χώρο όπου πρέπει να κατευθυνθεί προκειμένου να ολοκληρώσει μία δραστηριότητα, καθώς πολλά παιδιά δεν γνωρίζουν που πρέπει να πάνε και πως θα φτάσουν εκεί συντομότερα. Τα θρανία τοποθετούνται έτσι ώστε τα παιδιά να βλέπουν τον τοίχο και το ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα που είναι αναρτημένο και όχι τα υπόλοιπα παιδιά ή το παράθυρο. Αυτό τα βοηθάει πολύ να συγκεντρωθούν. Μάλιστα καλό θα είναι τα παιδιά με έντονη διάσπαση προσοχής να βλέπουν μόνο ένα λευκό τοίχο έτσι ώστε να μην υπάρχουν καθόλου περισπασμοί. Ο δάσκαλος πρέπει να κάθεται σε ένα μέρος όπου του επιτρέπεται να εποπτεύει όλους τους χώρους. Ένα άλλο πρακτικό σημείο σχετικά με τη διαρρύθμιση της τάξης είναι πως θεωρείται καλό οι χώροι αναψυχής να μη βρίσκονται κοντά σε εξόδους για να μειωθούν οι πιθανότητες να εξέλθει το παιδί όταν η προσοχή του δασκάλου είναι στραμμένη αλλού. Ακόμη, πρέπει να λάθει υπόψη, το μέγεθος της τάξης, ποιες είναι οι τάξεις που συνορεύουν, τον αριθμό και την ευκολία πρόσβασης σε πρίζες, την απόσταση της πλησιέστερης τουαλέτας, το φωτισμό καθώς και τα έπιπλα που δεν μπορούν να μετακινηθούν εύκολα. Για παράδειγμα, είναι καλό να επιλέξει μία τάξη που βρίσκεται στην πίσω πλευρά του σχολείου για να έχει περισσότερη ησυχία (Schopler, 1994). Η οργάνωση του περιβάλλοντος προσφέρει μία αίσθηση ασφάλειας, καθώς και οπτικές ενδείξεις που τα βοηθάνε να κατανοήσουν τη λειτουργικότητα του χώρου γύρω τους.

Όταν οργανώνει την τάξη ο δάσκαλος πρέπει να γνωρίζει ποιες είναι οι ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε παιδιού ξεχωριστά και να δημιουργήσει ένα ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα και ένα ομαδικό ημερήσιο πρόγραμμα. Το ημερήσιο πρόγραμμα αποτελείται από λεκτικές οδηγίες, φωτογραφίες ή εικόνες και αντικείμενα (ανάλογα με το επίπεδο κατανόησης του κάθε παιδιού), που είναι τοποθετημένα το ένα κάτω από το άλλο για να δίνουν την αίσθηση της σειράς και

της ακολουθίας. Το παιδί εκπαιδεύεται για να καταλάβει τη λειτουργία του ημερήσιου προγράμματος και να μάθει να ακολουθεί τη σειρά με την οποία παρουσιάζονται οι δραστηριότητες. Ανάμεσα στις δραστηριότητες παρεμβάλλονται και ανταμοιβές που ενισχύουν το παιδί και το παρακινούν να εκτελέσει τις δραστηριότητες που περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα. Η ενίσχυση που παρέχεται πρέπει να είναι σύμφωνη με τα ενδιαφέροντα και τις προτιμήσεις του παιδιού, να είναι ποικίλη και να αποτελείται περισσότερο από δευτερογενείς ενισχυτές (κοινωνικούς δηλαδή, όπως λεκτικούς επαίνους). Οι δραστηριότητες που εμπεριέχονται στο ατομικό ημερήσιο πρόγραμμα ποικίλουν ανάλογα με το επίπεδο λειτουργικότητας και κατανόησης του παιδιού στο οποίο απευθύνεται και πρέπει να ελέγχεται και να τροποποιείται όταν αλλάζουν οι συνθήκες ή οι ανάγκες του. Γι' αυτό, κάθε τάξη και κάθε παιδί χρειάζεται διαφορετικά επίπεδα δομής. Μαθητές με χαμηλή λειτουργικότητα και μειωμένο αυτοέλεγχο θα χρειαστούν περισσότερη δομή και περισσότερα όρια και κατευθύνσεις ή βοηθήματα σε σύγκριση με μαθητές με υψηλότερη λειτουργικότητα. Μία τάξη που απευθύνεται σε μικρούς μαθητές πέρα από το χώρο ολοκλήρωσης των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων πρέπει να έχει και ειδικές εκπαιδευτικές περιοχές για παιχνίδι, φαγητό και ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης. Υπάρχει επίσης μία περιοχή για ομαδικές δραστηριότητες (με σκοπό να αναπτυχθεί η αλληλεπίδραση και η κοινωνικοποίηση μεταξύ των παιδιών) και μια ειδική περιοχή για την εξάσκηση σε ερασιτεχνικές δεξιότητες. Ωστόσο, μία αίθουσα για μεγαλύτερους μαθητές θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει εκτός από τους χώρους ατομικής διδασκαλίας και μία περιοχή ψυχαγωγίας, μία περιοχή με μορφή εργαστηρίου (όπου το παιδί μπορεί να μάθει να δουλεύει για παράδειγμα το πυλό), μία περιοχή εξάσκησης οικιακών δεξιοτήτων και τέλος μια περιοχή αυτοεξυπηρέτησης και φροντίδας του εαυτού του. Όλες οι αίθουσες πρέπει να έχουν ένα χώρο όπου οι μαθητές τοποθετούνται και φυλάσσουν τα προσωπικά τους αντικείμενα (π.χ., ερμάρια, συρτάρια ή ειδικά κουτιά). Εν τέλει, και η έδρα ή ο χώρος του εκπαιδευτικού πρέπει να είναι σαφώς προσδιορισμένοι.

Μόλις μπουν τα παιδιά στην τάξη κοιτάζουν το ομαδικό ημερήσιο πρόγραμμα που παρουσιάζει τα γεγονότα της ημέρας και τοποθετείται σε ένα ευδιάκριτο μέρος έτσι ώστε να είναι ορατό από όλα τα παιδιά ανά πάσα στιγμή. Εν

συνέχεια, το κάθε παιδί κατευθύνεται στο χώρο εργασίας του όπου μπορεί να δει το ατομικό ημερήσιο πρόγραμμά του πού έχει συνήθως είτε τη φωτογραφία του είτε το όνομά του. Στο χώρο εργασίας υπάρχει το θρανίο, η καρέκλα, τα υλικά που χρειάζεται το παιδί για να εκτελέσει τις δραστηριότητες και ένα κουτί όπου τοποθετεί τη δουλειά του για να δηλώσει ότι έχει τελειώσει. Προσφέρονται οπτικά βοηθήματα για ν' αντισταθμιστεί η ανεπάρκεια που παρουσιάζουν τα παιδιά στην ακουστική επεξεργασία πληροφοριών.

Το TEACCH προσδίδει ιδιαίτερη σημασία και στη συνεργασία των γονέων με το εκπαιδευτικό προσωπικό. Οι γονείς ενθαρρύνονται να εδραιώσουν ρουτίνες στο σπίτι παρόμοιες με εκείνες του σχολικού περιβάλλοντος (Gresham, Beebe-Franknberger, & McMillan, 1999).

Συνοπτικά οι αρχές που προσδιορίζουν το TEACCH είναι οι εξής:

1. Αποσκοπεί στη βελτίωση της προσαρμογής του παιδιού στον κοινωνικό του περίγυρο (Lord & Schopler, 1994).
2. Εδραιώνεται μία σχέση συνεργασίας ανάμεσα στους θεραπευτές και τους γονείς, για να λειτουργούν ως συν-θεραπευτές και να συνεχίζεται η εφαρμογή των τεχνικών στο σπίτι.
3. Γίνεται μια λεπτομερή αξιολόγηση των δεξιοτήτων του παιδιού με σκοπό να δημιουργηθεί ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα διδασκαλίας που θα καλύπτει τις ακαδημαϊκές και κοινωνικές ανάγκες κάθε παιδιού.
4. Προωθείται η έννοια της δομημένης διδασκαλίας.
5. Οι επαγγελματίες εκπαιδεύονται για να αντιμετωπίσουν και να κατανοήσουν ένα εύρος συμπεριφορών και δεν λειτουργούν μεμονωμένα.

Το πρόγραμμα TEACCH έχει κάνει εξαρχής διάκριση ανάμεσα στη διάγνωση για γραφειο-κρατικούς λόγους και στην αξιολόγηση για εξατομικευμένη διδασκαλία και διαχείριση της συμπεριφοράς και των προβλημάτων των παιδιών με αυτισμό (Mesibov & Howley, 2003; Schopler & Olley, 1980). Για τα μικρά παιδιά με αυτισμό τα προγράμματα εφαρμόζονται στο χώρο του σχολείου και για τους εφήβους ή τους ενήλικες υλοποιούνται σε επαγγελματικά πλαίσια, όπως ανταγωνιστικές βιομηχανίες ή προστατευόμενα εργαστήρια (van Bourgondien & Schopler, 1996).

Υποστηρίζει το άτομο με αυτισμό σε όλες τις φάσεις της ανάπτυξής του – από τη νηπιακή ως την ενήλικη ζωή.

Ο Williams (1995) δηλώνει ότι στα πλαίσια του TEACCH τονίζεται ότι το παιδί πρέπει να κατανοήσει τον λόγο και τον τρόπο επικοινωνίας. Μερικές δραστηριότητες που προτείνονται για να κινητοποιηθεί το παιδί με αυτισμό να επικοινωνήσει είναι οι ακόλουθες:

1. ο ενήλικας χρησιμοποιεί μια διασκεδαστική και ευχάριστη δραστηριότητα για το παιδί, την οποία θα επαναλάβει αρκετές φορές. Στη συνέχεια θα σταματήσει να την εκτελεί. Προκειμένου να απολαύσει το παιδί την αγαπημένη του δραστηριότητα θα επιχειρήσει να βρει ένα τρόπο για να κινητοποιήσει τον ενήλικα να κάνει αυτό που θέλει. Έτσι δημιουργείται μία βασική προϋπόθεση για επικοινωνία, η επιθυμία.
2. Ο ενήλικας εμποδίζει το παιδί να πλησιάσει αντικείμενα που επιθυμεί ή να εκτελέσει μια αρεστή δραστηριότητα. Στην προσπάθεια του να κάνει αυτό που θέλει θα επιχειρήσει να επικοινωνήσει για να δηλώσει την επιθυμία του.
3. Ο ενήλικας δημιουργεί τεχνητές καταστάσεις που ζητούν επίλυση. Μπορεί να τοποθετήσει σχετικά ψηλά το αντικείμενο που θέλει το παιδί για να παίξει. Έτσι πρέπει να βρει ένα τρόπο για να το φτάσει ζητώντας τη συνδρομή του ενήλικα.
4. Ο ενήλικας παρατηρεί ποιες καταστάσεις δυσαρεστούν το παιδί και το μαθαίνει να εκφράζει το συναίσθημά του ζητώντας του να σταματήσει τη δυσάρεστη δραστηριότητα. Πρέπει να προσέξει, ωστόσο, να μην προκαλέσει υπερβολικό άγχος στο παιδί και διαταράξει τη συμπεριφορά του. Επειδή τα συναισθήματα δεν μπορούμε να διδάχτουν αποτελεσματικά με τεχνητούς τρόπους, πρέπει να τα δουλεύουν έτσι όπως βιώνονται στην πραγματικότητα και να ονομαστούν για να μπορέσουν να αναγνωριστούν απ' το παιδί.
5. Ο ενήλικας πρέπει να βεβαιωθεί ότι τα αγαπημένα αντικείμενα του παιδιού βρίσκονται σε κοινή θέα, όπου είναι δυνατό, σε όλη τη διάρκεια της ημέρας. Έτσι όταν θέλει να πάρει κάτι είναι πολύ πιθανό να ζητήσει τη βοήθεια του ενήλικα για να το αποκτήσει. Εάν δεν μπορούμε να έχουμε έξω όλα τα αγαπημένα του αντικείμενα, μπορούμε να τα τοποθετήσουμε σε κουτιά ή συρτάρια που έχουν έξω μία φωτογραφία του περιεχομένου τους.

Οι συμβουλές που παρέχονται για τη διδασκαλία παιδιών με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας είναι οι εξής (Moreno & O' Neal, 2004):

1. Όλα τα άτομα με αυτισμό αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην οργάνωση. Ακόμα και ένας αριστούχος μαθητής μπορεί να είναι αδύνατο να θυμηθεί να φέρει μαζί του το μολύβι του ή να θυμηθεί την προθεσμία για μια γραπτή εργασία. Η βοήθεια που παρέχεται είναι (π.χ., να κολλήσουμε τη φωτογραφία ενός μολυβιού στο εξώφυλλο του τετραδίου ή να δημιουργήσουμε μια λίστα με τις προθεσμίες όλων των εργασιών που πρέπει να παραδώσει). Η διάλεξη για το συγκεκριμένο θέμα δυσχεραίνει την κατάσταση γι' αυτό πρέπει να αποφεύγεται.
2. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην αφηρημένη σκέψη, μπορούν να ενισχυθούν με οπτικά βοηθήματα όπως ζωγραφιές. Πρέπει, ωστόσο, να αποφεύγουμε τις αφηρημένες ερωτήσεις και τις ερωτήσεις ανοιχτού τύπου.
3. Μπορεί να αυξηθεί το άγχος που βιώνει ένα παιδί, λόγω της αίσθησης απώλειας ελέγχου. Το άγχος μειώνεται όταν ο μαθητής απομακρύνεται από αγχογόνα γεγονότα ή καταστάσεις. Σε αυτή τη περίπτωση βοηθητικό θα ήταν ένα ασφαλές μέρος ή άτομο. Ακόμα καλύτερο είναι να εκπαιδευτεί το παιδί να εκφράζει το άγχος του, ώστε να το συμβουλευτεί ή να βοηθιέται να το ξεπεράσει.
4. Δεν πρέπει να παίρνουμε προσωπικά την αρνητική συμπεριφορά, αφού συνήθως πηγάζει από την προσπάθεια τους να επιβιώσουν από εμπειρίες που μπορεί να προκαλούν σύγχυση, αποπροσανατολισμό ή τρόμο, ενώ δυσκολεύονται να κατανοήσουν τις αντιδράσεις των άλλων.
5. Χρησιμοποιούν και ερμηνεύουν το λόγο κυριολεκτικά, οπότε πρέπει να αποφεύγονται οι ιδιωματισμοί, τα διττά νοήματα, ο σαρκασμός, τα παρατσούκλια και τα ψευδώνυμα.
6. Όταν ο μαθητής δυσκολεύεται να μάθει μια δοκιμασία πρέπει να την χωρίσουμε σε μικρότερα μέρη ή να την παρουσιάσουμε με διαφορετικούς τρόπους.
7. Οφείλουμε να χρησιμοποιούμε σαφείς και σύντομες προτάσεις όταν αντιλαμβανόμαστε ότι ο μαθητής δεν κατανοεί.
8. Προετοιμάζουμε ένα γραπτό ή οπτικό ημερήσιο πρόγραμμα για να βοηθήσουμε το μαθητή να αντιμετωπίσει τυχόν αλλαγές στο περιβάλλον ή τη καθημερινότητα του.

9. Η διαχείριση της συμπεριφοράς είναι αποτελεσματική, αλλά εάν δεν εφαρμόζεται σωστά μπορεί να ενθαρρύνει τη μηχανική συμπεριφορά, να προσφέρει μια βραχυπρόθεσμη συμπεριφορική αλλαγή ή να καταλήξει σε κάποια μορφή επιθετικότητας.
10. Όταν χρησιμοποιεί επαναλαμβανόμενα λεκτικά επιχειρήματα ή ερωτήματα, πρέπει να τον διακόψουμε πριν προβεί σε μια συνεχή λιτανεία γιατί το αντικείμενο του επιχειρήματος ή του ερωτήματος δεν είναι συνήθως αυτό που προβληματίζει το μαθητή. Αυτός ο τρόπος θα τον βοηθήσει να ηρεμήσει και να σταματήσει τη στερεοτυπική δραστηριότητα. Εάν αυτό δεν αποβεί αποτελεσματικό, μπορούμε να του ζητήσουμε να γράψει ο ίδιος μια λογική απάντηση για να αποσπάσουμε την προσοχή του και να τον βοηθήσουμε να διοχετεύσει εποικοδομητικά την απογοήτευση ή το άγχος του.
11. Οι μαθητές μπορεί να μη σημειώνουν μια σημαντική πληροφορία και να ξεχάσουν να τη μεταφέρουν στους γονείς τους, γι' αυτό πρέπει εκπαιδεύονται συστηματικά στα πλαίσια μιας παρέμβασης. Αυτό μπορεί να αποτελέσει αφορμή για να υπάρξει πιο στενή επικοινωνία του εκπαιδευτικού με το γονέα.
12. Όταν αξιολογούμε τις δεξιότητες των μαθητών δεν πρέπει να υποθέσουμε ότι θα έχουν τις ίδιες ακριβώς ικανότητες σε όλους τους τομείς.

Επιπλέον οι Mesibon και Schopler (1983) αναφέρουν ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των ατόμων με αυτισμό αποτελεί μία ακόμα ανάγκη που καλύπτει το TEACCH. Οι επαγγελματίες του, βοηθάνε τους γονείς να συνειδητοποιήσουν εγκαίρως ότι τα άτομα με αυτισμό έχουν σεξουαλικές ανάγκες και όταν αυτές εκδηλωθούν τους διευκολύνουν να επεξεργαστούν τα αισθήματα και τις αξίες τους.

Το TEACCH έχει αναπτύξει και ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης των παιδιών με φυσιολογική ανάπτυξη σχετικά με τη διαφορετικότητα και την καλλιέργεια της ενσυναίσθησης τους για παιδιά με αυτισμό. Έχει σχεδιαστεί για να παρουσιάζεται σε τάξεις του δημοτικού και του γυμνασίου, ενώ γίνονται προσαρμογές για τις τάξεις του λυκείου. Είναι ένα πρόγραμμα που εισάγει σημαντικές έννοιες και θέματα σχετικά με την ένταξη, αλλά δεν γίνεται αναφορά στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ενός παιδιού ή μιας ομάδας παιδιών. Με το εισαγωγικό πρόγραμμα γίνεται ενημέρωση για την ειδική τάξη ή το τμήμα ένταξης και τα παιδιά που

φοιτούν εκεί. Διεξάγεται επίσης και μια εκτενής συζήτηση για το εν λόγω παιδί με αυτισμό, συνήθως όταν εκείνο απουσιάζει. Ο εκπαιδευτικός πρέπει να εξασφαλίσει την άδεια των γονέων και του ίδιου του παιδιού, εφόσον το επιτρέπει το επίπεδο της κατανόησης και επικοινωνίας του, για να προχωρήσει στην εφαρμογή του συγκεκριμένου προγράμματος (Panerai et al., 1997).

Πολλές μελέτες έχουν καταδείξει την αποτελεσματικότητα του TEACCH σε παιδιά με αυτισμό, ωστόσο, ορισμένοι επικριτές (Sallows, 2000) υποστηρίζουν ότι το TEACCH όχι μόνο δεν προωθεί την ένταξη του ατόμου με αυτισμό στην κοινωνία, αλλά απομονώνει νοητικά το άτομο από το περιβάλλον του και μειώνει έτσι και την κοινωνική του αποδοχή. Επικεντρώνεται υπερβολικά σε βοηθήματα και ατομικά ημερήσια προγράμματα και έτσι τα παιδιά που το εφαρμόζουν στιγματίζονται από τους συνομηλικούς τους. Αυτό όμως δεν ισχύει, επειδή το πρόγραμμα TEACCH αποσκοπεί στην ένταξη των παιδιών με αυτισμό στο χώρο του σχολείου –γεγονός που αποτελεί σημαντικό βήμα για την πλήρη κοινωνική ένταξη (Ferraro, 2001). Πιο συγκεκριμένα η στάση του αντικατοπτρίζεται στις αρχές πως όλα τα με αυτισμό πρέπει να διδαχτούν να λειτουργούν αποτελεσματικά, χωρίς να περιορίζεται η δυνατότητα της φοίτησης τους στο κατάλληλο εκπαιδευτικό περιβάλλον και τα ειδικά σχολεία να αποτελούν λύση μόνο για τους μαθητές που δεν μπορούν να επωφεληθούν καθόλου από τη γενική εκπαίδευση. Επίσης, οι δραστηριότητες θα πρέπει να βασίζονται σε ατομική αξιολόγηση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων των παιδιών, για να λειτουργούν και να συμμετέχουν στο συγκεκριμένο πλαίσιο (Marcus, 2004).

2.1.3 Πρόγραμμα Επιστημών Υγείας του Denver (Denver Health Sciences Program):

Το Denver Health Sciences Program ξεκίνησε το 1981 από τον Rogers και δίνει ιδιαίτερη βάση στη χρήση του παιχνιδιού, στις διαπροσωπικές σχέσεις, στις διαδικασίες ανάπτυξης του λόγου, σε τεχνικές διευκόλυνσης της συμβολικής

σκέψης, στη δομή και τη ρουτίνα στην τάξη (Rogers & Lewis, 1989). Έχει αναπτυξιακή έμφαση και βασίζεται στις αρχές της θεωρίας του Piaget. Το ημερήσιο πρόγραμμα για κάθε παιδί διαρκεί 22 ώρες την εβδομάδα για 12 μήνες και η αναλογία δασκάλου/βοηθού και παιδιού είναι 2 προς 1.

Αρκετές μελέτες έχουν αναφέρει ότι τα παιδιά που συμμετείχαν στο πρόγραμμα παρουσίασαν αναπτυξιακά οφέλη σε πολλούς τομείς όπως ο λόγος, οι δεξιότητες στο παιχνίδι και οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με τους γονείς (Rogers & DiLalla, 1991). Οι Rogers, Herbison, Lewis, Pantone και Reis (1986) και οι Rogers και Lewis (1989) αξιολόγησαν τις γλωσσικές, νοητικές και κινητικές δεξιότητες παιδιών που παρακολούθησαν το συγκεκριμένο πρόγραμμα και ανέφεραν σημαντικά αναπτυξιακά οφέλη στους παραπάνω τομείς λειτουργικότητας. Μια επιπλέον έρευνα των Rogers, Lewis και Reis (1987) έδειξε ότι επιταχύνθηκε η λειτουργικότητα των παιδιών με αυτισμό στον γνωστικό, γλωσσικό και κοινωνικό τομέα καθώς και στις δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης. Αν και ορισμένες μελέτες που έχουν γίνει χρησιμοποιούν ευαίσθητες μετρήσεις και πιστοποιούν την αυστηρή τήρηση των προδιαγραφών του προτεινόμενου προγράμματος, πάσχουν από ορισμένα μεθοδολογικά μειονεκτήματα που υποβαθμίζουν τη σημαντικότητα των ευρημάτων. Επίσης, οι περισσότερες μελέτες που προαναφέρθηκαν έχουν διεξαχθεί από τον ιδρυτή του προγράμματος – γεγονός που προκαλεί προβληματισμούς σχετικά με την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους.

2.1.4 Μέθοδος Floortime:

Είναι μία μέθοδος θεραπείας που αναπτύχθηκε από τον παιδοψυχίατρο Stanley Greenspan. Σε αντίθεση με άλλες μεθόδους που δίνουν έμφαση και στην ανάπτυξη γνωστικών, γλωσσικών και κινητικών δεξιοτήτων, το πρόγραμμα floortime, αποσκοπεί στην ανάπτυξη όλων των παραπάνω μέσα από ένα διαφορετικό τρόπο. Ως μέθοδος προτάσσει τη σημασία του παιχνιδιού μέσα από το οποίο προάγεται η μάθηση, η περαιτέρω εξέλιξη και ανάπτυξη του παιδιού. Είναι

μία μορφή παιγνιοθεραπείας που αποτελείται από έξι λειτουργικά ορόσημα τα οποία πρέπει να περάσει το παιδί και τα οποία πιστοποιούν την συναισθηματική του ωριμότητα και θέτουν βάση για κατάκτηση νέων αναπτυξιακών σταδίων. Πιο συγκεκριμένα το παιδί πρέπει να κατακτήσει την ικανότητα: 1) εμπλοκής με άλλους ανθρώπους, 2) συμμετοχής σε δυαδική επικοινωνία με χειρονομίες, 3) δημιουργίας περίπλοκων χειρονομιών και το συνδυασμό μιας σειράς πράξεων σε μία σκόπιμη εμπειρία επίλυσης προβλημάτων, 4) δημιουργίας ιδεών, 5) δόμησης μιας γέφυρας ανάμεσα σε ιδέες που τις καθιστά πραγματικές και λογικές και 6) τη διττή ικανότητα του παιδιού να δείχνει ενδιαφέρον για θέματα, ήχους και αισθήσεις του κόσμου και να ηρεμεί τον εαυτό του (Greenspan, 1998).

Η μέθοδος λαμβάνει χώρα σε ένα περιβάλλον με χαμηλά ερεθίσματα για διάστημα από 2-5 ώρες την ημέρα. Ο Greenspan(1998) υποστηρίζει ότι το παιχνίδι αλληλεπίδρασης, όπου ο ενήλικας ακολουθεί το παράδειγμα του παιδιού, θα το ενθαρρύνει να “θελήσει” να σχετιστεί με τον έξω κόσμο. Το θεραπευτικό πρόγραμμα πρέπει να ξεκινήσει το συντομότερο δυνατό. Η παρέμβαση οφείλει να μεταμορφώσει την αδράνεια σε αλληλεπίδραση, ώστε να αποκτήσει το παιδί κάποιο σκοπό και να μπορέσει να μιμηθεί χειρονομίες, ήχους και παιχνίδια.

Ο ίδιος ο Greenspan (1998) αναφέρει ότι έχει δουλέψει με πολλά παιδιά με αυτισμό, τα οποία μπορούν πλέον να επικοινωνήσουν πλήρως χρησιμοποιώντας περίπλοκες προτάσεις, είναι δημιουργικά, ζεστά, τρυφερά και χαρούμενα. Ωστόσο, κάποιοι επικριτές της μεθόδου εκφράζουν το δισταγμό τους διότι δεν έχουν διεξαχθεί επαρκείς και ανεξάρτητες επιστημονικές μελέτες για την εξακρίβωση της επάρκειας της θεραπείας αυτής που δεν συνιστάται ιδιαίτερα (Καλύβα, 2005).

2.1.5 Μαθησιακές Εμπειρίες: Ένα Εναλλακτικό Πρόγραμμα για Παιδιά Προσχολικής Ηλικίας και Γονείς - LEAP (Learning Experiences: An Alternative Program for Preschoolers and Parents):

Οι Hoyson, Jamieson και Strain(1984) περιέγραψαν τις επιδράσεις του προγράμματος LEAP, το οποίο απευθυνόταν σε παιδιά ηλικίας 3-5 ετών, με αυτισμό και με φυσιολογική ανάπτυξη. Ήταν από τα πρώτα διαθέσιμα προγράμματα ένταξης για παιδιά με αυτισμό και τις οικογένειές τους (Kohler, Strain, & Shearer, 1996). Οι Kohler et al. (1996) παρουσίασαν τις πέντε βασικές αρχές που διαμόρφωσαν το πρόγραμμα LEAP: α) όλα τα παιδιά μπορούν επωφεληθούν από ενσωματωμένα πλαίσια ένταξης, β) τα οφέλη της παρέμβασης μεγιστοποιούνται όταν εφαρμόζονται στο σπίτι, στο σχολείο ή στην κοινότητα, γ) οι παρεμβάσεις είναι πιο αποτελεσματικές όταν συνεργάζονται γονείς και επαγγελματίες, δ) τα μικρά παιδιά με αυτισμό μπορούν να μάθουν σημαντικές δεξιότητες και κατάλληλες συμπεριφορές από συνομηλίκους με φυσιολογική ανάπτυξη και ε) τα παιδιά με ή χωρίς αναπηρίες επωφελούνται από δραστηριότητες που αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό τους επίπεδο.

Το πρόγραμμα LEAP αποτελείται από τέσσερα βασικά ουσιαστικά στοιχεία:

1. Ένα ενσωματωμένο προσχολικό πλαίσιο με τρεις αίθουσες που φιλοξενούν 13 παιδιά η κάθε μία (10 παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη και 3 παιδιά με αυτισμό)
2. Ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης με τεχνικές διαχείρισης της συμπεριφοράς των μικρών παιδιών με αυτισμό, που απευθύνονται σε γονείς.
3. Πρωτοβουλίες εκπαίδευσης σε βασικούς τομείς της ανάπτυξης.
4. Συνεχείς έρευνες σε πρακτικές διδασκαλίας.

Οι Hoyson et al. (1984) ανέφεραν ότι βελτιώθηκε η συμπεριφορά 6 παιδιών με αυτισμό που παρακολούθησαν το πρόγραμμα. Οι Strain και Cordisco (1994) δήλωσαν ότι 24 από τα 51 παιδιά που παρακολούθησαν το πρόγραμμα φοιτούσαν σε γενικές τάξεις, χωρίς να παραθέσουν περαιτέρω σχετικές πληροφορίες. Δεν έχουν διεξαχθεί ελεγχόμενες έρευνες που να τεκμηριώνουν την

αποτελεσματικότητα του προγράμματος, αν και υπάρχουν ορισμένες πτυχές του που μοιάζουν ελπιδοφόρες (Καλύβα, 2005).

2.1.6 Γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία:

Ορισμένα άτομα με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας είναι επιρρεπείς στην ανάπτυξη δευτερευόντων συναισθηματικών διαταραχών, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στον βαθμό ενσυναίσθησης που έχουν για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην κοινωνική τους ζωή. Γι' αυτό το λόγο συχνά έχουν ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη, για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της καθημερινότητας, της σχέσης τους με άλλους ανθρώπους και με τον ίδιο τους τον εαυτό. Ωφέλιμη σε τέτοιες περιπτώσεις είναι η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία που συνδυάζει δύο αποτελεσματικά ήδη ψυχοθεραπείας, τη γνωστική και τη συμπεριφορική (Attwood, 1998).

Η συμπεριφορική θεραπεία βοηθάει το άτομο να αποδυναμώσει τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα σε προβληματικές συνθήκες και στις αντιδράσεις του, όπως φόβος, κατάθλιψη, θυμός, αυτοκαταστροφή και ηττοπάθεια. Η γνωστική θεραπεία του επιτρέπει να κατανοήσει ότι συγκεκριμένα μοτίβα συμπεριφοράς προκαλούν ανεπιθύμητα συμπτώματα και το κάνουν είτε να αισθάνεται άγχος, κατάθλιψη ή θυμό χωρίς κανένα συγκεκριμένο λόγο είτε να επιλέγει να εκτελέσει λανθασμένες πράξεις. Η θεραπεία περιλαμβάνει συναισθηματική εκπαίδευση, όπου τα άτομα μαθαίνουν να βιώνουν το φάσμα και το συνεχές της συναισθηματικής εμπειρίας και έκφρασης, και διορθώνουν τις λανθασμένες, διαστρεβλωμένες και δυσλειτουργικές αντιλήψεις και πεποιθήσεις τους.

Αν και η γνωστική- συμπεριφορική θεραπεία θα μπορούσε να είναι μια πιο αποτελεσματική θεραπεία για τις συναισθηματικές διαταραχές, μέχρι στιγμής δεν έχουν διεξαχθεί επαρκείς έρευνες που να επαληθεύουν την αποτελεσματικότητα της εν λόγω μεθόδου επειδή δεν έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές περιπτώσεις. Το TEACCH έχει ενσωματώσει τη γνωστική συμπεριφορική προσέγγιση στην παρέμβαση του και έχει υποστηρίξει ότι είναι πολύ αποτελεσματική στην

αντιμετώπιση των συναισθηματικών διαταραχών όταν εφαρμόζεται σωστά από κατάλληλους εκπαιδευόμενους και ευαίσθητοποιημένους θεραπευτές.

2.1.7 Μέθοδος Miller:

Η μέθοδος Miller απευθύνεται σε παιδιά με αυτισμό που αντιμετωπίζουν προβλήματα σωματικής οργάνωσης, κοινωνικής αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας. Βασίζεται σε μια γνωστική – αναπτυξιακή προσέγγιση συστημάτων που συνδέει το έργο του Piaget (1948), του von Bertalanffy (1968), του Vygotsky (1962), του Werner και των Werner και Kaplan (1963). Χρησιμοποιεί δύο βασικές στρατηγικές για να επαναφέρει τις διαδικασίες φυσιολογικής ανάπτυξης. Η πρώτη είναι η εκμετάλλευση των αποκλινόντων συστημάτων των παιδιών με σκοπό την αποκομιδή αναπτυξιακών οφελών που στηρίζεται στην πεποίθηση ότι όλες οι οργανωμένες συμπεριφορές ακόμα και οι αποκλίνουσες μπορούν να ωφελήσουν τελικά το παιδί σε κάποιο αναπτυξιακό τομέα. Για παράδειγμα, οι εκρήξεις θυμού, δεν αντιμετωπίζονται με την τοποθέτηση του ατόμου στην απομόνωση, αλλά γίνεται προσπάθεια να εκπληρωθεί η ανάγκη που εκφράζεται και βοηθάει το παιδί να ανασυγκροτηθεί. Η δεύτερη στρατηγική είναι η συστηματική εισαγωγή δεξιοτήτων που συμβαδίζουν με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού και συμβάλλουν στην επιδιόρθωση των αναπτυξιακών κενών και την ανοικοδόμηση των αναπτυξιακών ακολουθιών. Μια εξίσου σημαντική στρατηγική είναι να διηγείται ο θεραπευτής με νοήματα και προφορικές λέξεις – τι κάνουν τα παιδιά τη στιγμή που το κάνουν. Υπάρχει η πεποίθηση ότι η διήγηση βοηθάει τα παιδιά να συσχετίσουν τις λέξεις και τα νοήματα με τις πράξεις τους. Όταν συμβαίνει αυτό, αποκτούν μεγαλύτερη αυτοεπίγνωση και αρχίζουν να αναπτύσσουν εσωτερικό λόγο, ο οποίος είναι πολύ σημαντικός για την επικοινωνία με τον εαυτό του και με τους άλλους. Αυτή η διαδικασία διευκολύνεται με την ανύψωση των παιδιών σχεδόν ½ μέτρο πάνω από το έδαφος σε μια υπερυψωμένη επιφάνεια, γιατί οι υποστηρικτές της μεθόδου αναφέρουν ότι πολλά παιδιά που δεν είναι σε θέση να ακολουθούν τις οδηγίες όταν βρίσκονται στο έδαφος, μπορούν να το κάνουν όταν

βρίσκονται σε κάποιο ύψος. Η ανύψωση των παιδιών δεν βελτιώνει απλώς την καθοδήγηση της συμπεριφοράς με τις λέξεις και τα νοήματα (εξαιτίας της καλύτερης οπτικής επαφής), αλλά οδηγεί και σε καλύτερη επίγνωση του εαυτού και κοινωνική- συναισθηματική επαφή. Χρησιμοποιούνται επίσης μεγάλες αιωρούμενες μπάλες που επεκτείνουν το σύστημα πραγματικότητας του παιδιού.

Οι θεραπευτές προσπαθούν να κατανοήσουν τον κόσμο μέσα από τα μάτια του ίδιου του παιδιού, καθοδηγούμενοι απ' τις πρωτοβουλίες που παίρνει (γι' αυτό οι Greenspan και Wieder (2000) αναφέρουν ότι η προσέγγιση είναι "ημι-δομημένη").

Πέντε γενικοί παράγοντες καθορίζουν την επιτυχία της θεραπείας Miller σένα παιδί με αυτισμό (Miller & Eller- Miller, 2000):

1. Η ηλικία του παιδιού (όσο μικρότερο είναι το παιδί τόσο το καλύτερο).
2. Η νευρολογική του κατάσταση (τα παιδιά που δεν έχουν επιληψία ή νευρολογικά προβλήματα θα έχουν καλύτερη εξέλιξη).
3. Η σχέση του παιδιού με τους γονείς του (τα παιδιά που έχουν στενό δεσμό με ένα τουλάχιστον γονέα ανταποκρίνονται καλύτερα από τα παιδιά που δεν συνδέονται στενά με τους γονείς).
4. Τα χαρακτηριστικά του συστήματος .
5. Η ισορροπία υποστήριξης και απαιτήσεων (οι γονείς με υψηλή υποστήριξη- υψηλή απαίτηση έχουν παιδιά που προοδεύουν γρηγορότερα).

Οι Miller και Eller-Miller (2000) ανέφεραν ότι τα παιδιά των οικογενειών που έχουν ισχυρό κίνητρο και εφαρμόζουν το πρόγραμμα στο σπίτι τους και συνεργάζονται στενά με το θεραπευτικό προσωπικό έχουν συχνά απροσδόκητη βελτίωση. Η μόνη έρευνα αξιολόγησης της μεθόδου Miller διεξήχθη από την Cook (1998). Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 3 παιδιά με αυτισμό τα οποία αναφέρεται ότι παρουσίασαν μεγάλη βελτίωση σε πολλούς τομείς που σχετίζονται με την καθημερινή λειτουργικότητα, οι ικανότητες τους γενικεύτηκαν σε άλλα πλαίσια ενώ η γονεϊκή συμμετοχή συνέβαλε θετικά στην πρόοδο του παιδιού. Επειδή λοιπόν η αποτελεσματικότητα της μεθόδου διαφημίζεται κυρίως από τους δημιουργούς της-

και διευθυντές του Ινστιτούτου όπου εφαρμόζεται – καθώς και από μία μελέτη που παρουσιάζει μεθοδολογικές αδυναμίες και έχει στηριχθεί στην αξιολόγησης τριών μόνο παιδιών με αυτισμό, δεν μπορεί να θεωρηθεί αποτελεσματική μέθοδος του αυτισμού (Καλύβα, 2005).

2.2 Προσεγγίσεις ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης:

Είναι γεγονός, ότι τα παιδιά με αυτισμό εμφανίζουν δυσκολίες στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων και στην έναρξη και διατήρηση της επικοινωνίας με τους άλλους. Οι προσεγγίσεις που ακολουθούν, δίνουν έμφαση στην κατανόηση των κοινωνικών κανόνων, στη διαχείριση της συμπεριφοράς και στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων.

2.2.1 Κοινωνικές ιστορίες:

Οι “κοινωνικές ιστορίες” είναι μία προσέγγιση που εφαρμόστηκε από την Carol Gray (1994), για να αντιμετωπίσει τα κοινωνικά και επικοινωνιακά προβλήματα που εκδηλώνουν τα παιδιά με αυτισμό. Η κοινωνική ιστορία ουσιαστικά παρέχει ένα κοινωνικό σενάριο που μελετάει το παιδί με απώτερο σκοπό να μάθει πως πρέπει να αντιδράσει σε μια κατάσταση που του προκαλεί άγχος, ανασφάλεια ή επιθετικότητα. Ο σκοπός είναι να διδάξουμε τη κατανόηση των κοινωνικών καταστάσεων και όχι την τήρηση οδηγιών κατά γράμμα. Επειδή το πρόβλημα που αντιμετωπίζει το κάθε παιδί είναι διαφορετικό, κάθε ιστορία πρέπει να είναι εξατομικευμένη και προσαρμοσμένη στο γνωστικό του επίπεδο. Η ιστορία αποτελείται συνήθως από δύο έως πέντε προτάσεις (Simpson & Regan, 1998) που συμπεριλαμβάνουν:

1. Περιγραφικές πληροφορίες για το πλαίσιο, τα υποκείμενα και τους δράστες.
2. Κατευθυντήριες πληροφορίες για την κατάλληλη συμπεριφορική αντίδραση.

3. Προτάσεις που περιγράφουν τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις των άλλων ανθρώπων σε μία συγκεκριμένη κατάσταση με στόχο είναι την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης των παιδιών με αυτισμό.
4. Περιγραφή παρόμοιων πράξεων και αντιδράσεων που δεν χρησιμοποιούν ανθρώπους.

Η κοινωνική ιστορία μπορεί να έχει τη μορφή ενός βιβλίου με εξώφυλλο. Κάθε σελίδα περιέχει συνήθως μία ή δύο προτάσεις και μια αντίστοιχη φωτογραφία ή εικόνα. Η απεικόνιση που συνοδεύει τις προτάσεις δεν είναι απαραίτητη για παιδιά που μπορούν να κατανοήσουν επαρκώς τον γραπτό λόγο χωρίς να χρειάζονται την οπτική βοήθεια που παρέχει η εικόνα. Αν και χρησιμοποιούνται όλοι οι τύποι προτάσεων που προαναφέρθηκαν, η Gray (1997) υποστηρίζει ότι μερικές φορές μπορούμε να παραλείψουμε τις κατευθυντήριες προτάσεις επειδή το παιδί μπορεί να ερμηνεύσει και να ανταποκριθεί κατάλληλα σε μία κατάσταση με την καθοδήγηση των τριών υπολοίπων τύπων προτάσεων. Οι Hagiwara και Myles (1999) δοκίμασαν να παρουσιάσουν την κοινωνική ιστορία με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή για να είναι βέβαιοι ότι μεταδίδεται με τον ίδιο ακριβώς τρόπο κάθε φορά και να εμπλουτίσουν την παρουσίαση με εικόνες και οπτικά ή ηχητικά εφέ. Η εισαγωγή ηλεκτρονικών υπολογιστών στο χώρο του σχολείου καθιστά ευκολότερη την εκπαίδευση παιδιών με αυτισμό στη χρήση κοινωνικών ιστοριών. Ωστόσο, έτσι αφαιρείται το κοινωνικό στοιχείο καθώς, η διαδικασία ανάγνωσης της ιστορίας αποτελεί μια ευκαιρία για αλληλεπίδραση ανάμεσα στο παιδί και τον ενήλικα, η οποία εκτοπίζεται από τη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή (Καλύβα, 2005).

Η δημιουργία μιας κοινωνικής ιστορίας που επιφέρει ουσιαστική αλλαγή στην κοινωνική συμπεριφορά του παιδιού με αυτισμό είναι πολύ δύσκολη υπόθεση. Για το λόγο αυτό, οι Gray (1994) και Gray και Garand(1993) πρότειναν ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με το σχεδιασμό και την εφαρμογή επιτυχημένων κοινωνικών ιστοριών:

1. Πρώτο βήμα είναι ο εντοπισμός της προβληματικής συμπεριφοράς ή κατάστασης που θέλουμε να αλλάξουμε. Με τη συνεργασία των γονέων ή των

άλλων ενηλίκων, που περνούν πολύ χρόνο μαζί με το παιδί, μπορούμε να κατανοήσουμε καλύτερα την προσωπικότητα του παιδιού και να αναγνωρίσουμε τις ιδιαίτερες δυσκολίες του, προκειμένου να επιλέξουμε την κοινωνική συμπεριφορά που επιβάλλεται να μεταβληθεί.

2. Πρέπει να συλλέξουμε δεδομένα για μεγάλη χρονική περίοδο, 3-5 ημέρες ή και περισσότερο, ανάλογα με τη συχνότητα εμφάνισης της συμπεριφοράς που θέλουμε να μεταβάλλουμε. Η συμπεριφορά αυτή μπορεί να εκδηλώνεται έπειτα από μία σειρά γεγονότων. Προσπαθούμε να προσδιορίσουμε τις συνθήκες που την προκαλούν, ώστε να αποτελέσουν το στόχο της κοινωνικής ιστορίας.
3. Επόμενο βήμα είναι η συγγραφή της κοινωνικής ιστορίας, χρησιμοποιώντας περιγραφικές και κατευθυντήριες προτάσεις που παρέχουν προοπτική και αίσθηση ασφάλειας. Ένας καλός οδηγός για τη συγγραφή μιας αποτελεσματικής κοινωνικής ιστορίας είναι η σύνταξη 2-5 περιγραφικών προτάσεων ή προτάσεων προοπτικής και ελέγχου για κάθε κατευθυντήρια πρόταση. Οι ιστορίες πρέπει να συμβαδίζουν με το επίπεδο κατανόησης του παιδιού και το λεξιλόγιο. Το μέγεθος των γραμμάτων είναι καλό να τροποποιείται ανάλογα με το παιδί. Ακόμη, πρέπει να γράφονται στο πρώτο πρόσωπο, στο παρόν (όταν θέλουν να περιγράψουν μία κατάσταση όπως συμβαίνει) και στο μέλλον (όταν θέλουν να προλάβουμε ένα γεγονός που μπορεί να συμβεί). Σε κάθε σελίδα συμπεριλαμβάνονται 1 έως 3 προτάσεις. Συνήθως αρκεί μία πρόταση σε κάθε σελίδα, γιατί είναι πιο εύκολο για το παιδί να επικεντρωθεί στις λέξεις και να επεξεργαστεί το νόημα τους. Εάν υπάρχουν περισσότερες προτάσεις σε μια σελίδα μπορεί το παιδί να υπερφορτωθεί από πληροφορίες και επομένως να μην τις κατανοήσει. Η Gray (1994) συνιστά να χρησιμοποιούμε φωτογραφίες και σκίτσα ή τυπωμένες εικόνες, επειδή μπορούν να βοηθήσουν το μαθητή να κατανοήσει την κατάλληλη συμπεριφορά, ιδιαίτερα όταν δεν έχει δεξιότητες ανάγνωσης. Ωστόσο, πρέπει να επισημάνουμε ότι οι εικονικές αναπαραστάσεις μπορεί να μην περιγράφουν επαρκώς μία κατάσταση, οπότε δεν είναι και εύκολο να γενικευτούν. Επομένως, οι αποφάσεις σχετικά με τη χρήση εικονικών αναπαραστάσεων πρέπει να λαμβάνονται σε ατομική βάση.
4. Όταν η ιστορία είναι έτοιμη, τη διαβάζουμε στο παιδί και του δείχνουμε την επιθυμητή συμπεριφορά ή το αφήνουμε να τη διαβάσει μόνο του. Δεν πρέπει

να υπάρχουν παρενοχλήσεις από το περιβάλλον. Στη συνέχεια το ενθαρρύνουμε να τη μοιραστεί με την οικογένεια του και τους συνομηλίκους του, ώστε να αποκτήσουν όλοι ίδια αντίληψη για την ορθή συμπεριφορά σε προβληματικές συνθήκες και να το βοηθήσουν να ακολουθήσει το σενάριο.

5. Πρέπει να συνεχίσουμε την αναλυτική παρατήρηση και καταγραφή της συμπεριφοράς του παιδιού για να διαπιστώσουμε αν η ιστορία έχει επιφέρει τις επιθυμητές αλλαγές. Καλό είναι να διαβάζουμε στο παιδί την ιστορία σε καθημερινή βάση και να ενισχύουμε την κατάλληλη συμπεριφορά κάθε φορά που εκδηλώνεται από το παιδί. Αν με το πέρας των δύο εβδομάδων δεν έχει επιτευχθεί η αναμενόμενη αλλαγή, αναθεωρούμε την ιστορία, αλλάζοντας μία μόνο πτυχή της κάθε φορά, ώστε να εντοπίσουμε πιο τμήμα της ήταν δυσλειτουργικό και δεν επιτέλεσε το στόχο του. Μόλις επέλθει η επιθυμητή αλλαγή, δημιουργούμε ένα πρόγραμμα συντήρησης και γενίκευσής της κοινωνικής ιστορίας, ενώ σταδιακά την αποσύρουμε.

Οι Gray (1994) και Gray & Garand (1993) αναφέρουν ότι οι κοινωνικές ιστορίες είναι περισσότερο κατάλληλες για υψηλά λειτουργικά άτομα με αυτισμό, ωστόσο, στο TEACCH εφαρμόζεται και σε άτομα χαμηλής λειτουργικότητας μέσω της εξατομίκευσης. Οι συγγραφείς πρότειναν μια συγκεκριμένη μορφή παρουσίασης (την παρουσίαση όλης της ιστορίας σε ένα κομμάτι χαρτί) χωρίς την χρήση οπτικών ερεθισμάτων. Ωστόσο η χρήση των εικόνων διευκολύνει τα παιδιά με αυτισμό που αντιδρούν θετικά στις οπτικές αναπαραστάσεις (MacDuff, Krantz, & McClannahan, 1993; Pierce & Schreibman, 1994).

Η Gray (1994) πρότεινε ότι οι κοινωνικές ιστορίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εξυπηρετήσουν τους παρακάτω στόχους:

1. να περιγράψουν μια κατάσταση παρέχοντας ταυτόχρονα σαφείς ενδείξεις για τη συμπεριφορά και την αντίδραση που πρέπει να εκδηλώσει το παιδί με ένα τρόπο που δεν είναι καθόλου απειλητικός,
2. να εξατομικεύσουν τη διδασκαλία κοινωνικών δεξιοτήτων,
3. να διδάξουν στο παιδί προσαρμοστικές ρουτίνες και να το υποστηρίξουν προκειμένου να κατορθώσει να μεταβάλλει ορισμένες συμπεριφορές

4. να διδάξουν τις κατάλληλες συμπεριφορές σε ένα ρεαλιστικό κοινωνικό πλαίσιο για να μπορέσουν να τις γενικεύσουν ευκολότερα
5. να αντιμετωπίσουν ένα εύρος προβληματικών συμπεριφορών.

Παρακάτω παρατίθενται έρευνες για την αποτελεσματικότητα των κοινωνικών ιστοριών: Ο Tony Attwood (1998) αναφέρει ότι οι κοινωνικές ιστορίες είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές στο να καταφέρει το παιδί με αυτισμό να κατανοήσει πως πρέπει να αντιδράσει σε συγκεκριμένες καταστάσεις και να εντοπίσει τις πράξεις που πρέπει να αποφεύγει. Ο Simpson (1993) αναφέρει ότι οι κοινωνικές ιστορίες έχουν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία για να εισάγουν αλλαγές και νέες ρουτίνες στο σπίτι και στο σχολείο και για να εξηγήσουν τα αίτια της συμπεριφοράς των άλλων ή για να διδάξουν νέες ακαδημαϊκές και κοινωνικές δεξιότητες. Αν και μερικά παιδιά ακολουθούν αμέσως τα σενάρια των κοινωνικών ιστοριών, άλλα παιδιά αντιδρούν μόνο μετά από την παροχή πρόσθετων βοηθημάτων και κινήτρων. Μπορεί να μάθουν στο παιδί πώς να ελέγχει τον τόνο της φωνής του όταν τραγουδάει μαζί με άλλους (Fullerton et al., 1996), πώς να μοιράζεται παιχνίδια (Swaggart et al., 1995), πώς να μαθαίνει νέες ρουτίνες και να αντιδράει σε αλλαγές στις ρουτίνες του (Gray & Garand, 1993), καθώς και πώς να παίζει στο διάλειμμα (Gray, 1994). Ο Smith (2001) τόνισε ότι οι κοινωνικές ιστορίες συμβάλουν στη διδασκαλία διαχείρισης της ανάρμοστης συμπεριφοράς, καθώς και της ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς. Επιπλέον οι Thiemann και Goldstein (2001) ασχολήθηκαν με τις επιδράσεις του γραπτού κειμένου και των οπτικών ενδείξεων στις κοινωνικές επιδράσεις και τις κοινωνικές ανεπάρκειες. Μετά τη μελέτη που έκαναν βρήκαν ότι αυξήθηκαν οι κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών με αυτισμό, οι οποίες γενικεύτηκαν και σε άλλα πλαίσια. Συνίσταται επομένως, η χρήση οπτικών οδηγιών για την καθοδήγηση της κοινωνικής γλωσσικής ανάπτυξης των παιδιών με αυτισμό που αλληλεπιδρούν με συνομήλικους με φυσιολογική ανάπτυξη. Τέλος ο Brownell (2002), διερεύνησε την αποτελεσματικότητα των κοινωνικών ιστοριών που έχουν χρησιμοποιηθεί ως στοίχοι τραγουδιών και έχουν ντυθεί με μουσική επένδυση και αποφάνθηκε ότι είναι εξίσου αποτελεσματικές με τις ιστορίες που διαβάζονται.

Οι περισσότερες μελέτες που έχουν διερευνήσει την αποτελεσματικότητα της μεθόδου των κοινωνικών ιστοριών έχουν καταγράψει θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά (Rowe, 1999; Simpson, 1993; Simpson & Regan, 1998; Swaggart, Brenda, & Gragnon, 1995). Ο Cullain (2002) ανέφερε ότι οι κοινωνικές ιστορίες ήταν αποτελεσματικές στη μείωση των υπερβολικών εκρήξεων θυμού και του επιπέδου του άγχους που βίωναν τα παιδιά με αυτισμό που συμμετείχαν στην έρευνά τους. Ο Feinberg(2002) υποστήριξε ότι οι κοινωνικές ιστορίες αύξησαν 4 κοινωνικές δεξιότητες: συμπεριφορές χαιρετισμού, αίτηση για συμμετοχή σε παιχνίδι, ερώτηση σε άλλο παιδί τι θέλει να παίξει και την επιλογή ενός παιδιού για ένα παιχνίδι. Οι Kuttler και Myles (1998) ερεύνησαν την μείωση εκρήξεων θυμού ενός κοριτσιού με αυτισμό την ώρα του φαγητού και αναφέρουν ότι η συμπεριφορά του κοριτσιού βελτιώθηκε και διατηρήθηκε στα επιθυμητά αποτελέσματα και μετά το πέρας της παρέμβασης. Από την άλλη πλευρά, οι Norris και Dattilo (1999) ανέφεραν ότι ένα κορίτσι με αυτισμό δεν κατάφερε να βελτιώσει τη συμπεριφορά του την ώρα του φαγητού, αλλά κατόρθωσε να μειώσει την αρνητική συμπεριφορά της κατά 50%.

Πρέπει να επισημάνουμε, ωστόσο, πως όπως έδειξε η μελέτη των Scattonne, Wilczynski και Edwards (2002), οι περισσότερες έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των κοινωνικών ιστοριών χαρακτηρίζονται από μεθοδολογικούς περιορισμούς ή ακατάλληλες δομές ιστοριών. Οι Simpson και Regan (1998) εφιστούν την προσοχή μας στο γεγονός ότι οι έρευνες αξιολόγησης και κοινωνικών ιστοριών δεν αποτελούν αυστηρά πειραματικές μελέτες, αλλά είναι ανεπίσημες, γίνονται στην τάξη και έχουν δομηθεί έτσι ώστε να είναι φιλικές για το δάσκαλο και να προκαλούν λειτουργικές αλλαγές στην κοινωνική συμπεριφορά των παιδιών που θα τους επιτρέψουν να μεταβούν ομαλώς από την ειδική στη γενική τάξη. Τέλος, οι Lorimer, Simpson, Myles και Granz (2002) δήλωσαν ότι οι συμπεριφορές που προκάλεσαν εκρήξεις θυμού μειώθηκαν παρουσία των κοινωνικών ιστοριών, αλλά αυξήθηκαν όταν σταμάτησε η εφαρμογή τους. Αυτό μπορεί να εξηγείται από την επισήμανση του Staley (2002) ότι υπάρχει περίπτωση να μην είναι αποτελεσματικές οι κοινωνικές ιστορίες, αλλά οι ενισχυτές με τους οποίους συνδέονται οι θετικές συμπεριφορές.

Ωστόσο, δεν είναι εύκολο να περιγράψουμε όλες τις συνθήκες που μπορεί να δυσκολέψουν ένα παιδί μέσα από μια ιστορία, γιατί ορισμένες κοινωνικές καταστάσεις είναι πολύπλοκες. Μία άλλη παράμετρος που οφείλουμε να επισημάνουμε είναι ότι αν δεν προσέξουμε υπάρχει ο κίνδυνος να δημιουργήσουμε παιδιά που εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις κοινωνικές ιστορίες που μπορεί να αποτελέσουν οι ίδιες μια στερεοτυπία. Ίσως να φτάσουν στο σημείο να χρειάζονται κοινωνικές ιστορίες για να λειτουργήσουν μέσα στην καθημερινότητά τους. Πρέπει λοιπόν να βεβαιωθούμε ότι όταν ένα παιδί με αυτισμό ακολουθεί μια κοινωνική ιστορία και επιλύεται η προβληματική κοινωνική κατάσταση, γενικεύει τις δεξιότητες που έχει κατακτήσει και σε άλλα πλαίσια (Καλύβα, 2005).

2.2.2 Ο κύκλος των φίλων:

Ο “κύκλος των φίλων” είναι μία προσέγγιση που έχει χρησιμοποιηθεί για την προώθηση της ένταξης παιδιών με διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος στο χώρο του σχολείου (Newton, Taylor, & Wilson, 1996; Taylor, 1997). Πρόκειται για μια συστηματική προσέγγιση «η οποία αναγνωρίζει ότι η δύναμη της ομάδας συνομηλίκων και επομένως της μαθητικής κουλτούρας μπορεί να ασκήσει είτε μια θετική είτε μια περιοριστική και καταστροφική επίδραση στην ατομική συμπεριφορά» (Newton et al., 1996).

Οι στόχοι του κύκλου είναι οι εξής:

1. Η δημιουργία ενός χώρου όπου το παιδί μπορεί να έρθει σε τακτική και υποστηρικτική επαφή με περισσότερο κοινωνικά ικανούς συνομηλίκους.
2. Η παροχή ενός πλαισίου που επιτρέπει την εξ ολοκλήρου αντιμετώπιση της διαταραχής της κοινωνικής επαφής.
3. Η παραδοχή ότι η κοινωνική διαταραχή των ατόμων με αυτισμό αποτελεί μια θεμελιώδη και διάχυτη δυσκολία και
4. Η αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων μέσω της καλλιέργειας της δημιουργικότητας των μελών του κύκλου και της κατανόησης της κουλτούρας

των συνομηλίκων σε συγκεκριμένα σχολεία (Roeyers, 1995; Whitaker, Barratt, Joy, Potter, & Thomas, 1998).

Έχει αποδειχτεί ιδιαίτερα αποτελεσματικός επειδή δημιουργεί ένα υποστηρικτικό δίκτυο στο περιβάλλον του παιδιού που αρχίζει να βιώνει επιτυχίες και να δέχεται θετική ανατροφοδότηση από τους συνομηλίκους του, διαμορφώνοντας ένα περιβάλλον που υποστηρίζει το “ευάλωτο” παιδί. Έτσι βοηθάει τα παιδιά στην προσπάθεια ένταξης τους στο γενικό σχολείο. Οι συνομήλικοι που ανήκουν στον κύκλο διδάσκονται με ποιον τρόπο θα χειριστούν τις ανάρμοστες συμπεριφορές που εκδηλώνει το παιδί με αυτισμό (Eccles & Pitchford, 1997; Norgate, 1998). Έχει εφαρμοστεί για παράδειγμα με επιτυχία στην προσπάθεια μείωσης του εκφοβισμού στο χώρο του σχολείου (Shotton, 1998; Smith & Cooke, 2000). Επιπλέον, οι Elliot και Busse (1991) υποστήριξαν ότι αυτή η παρέμβαση μπορεί να στοχεύσει και στη γενίκευση ορισμένων δεξιοτήτων που ήδη κατέχουν.

Ο Gus (2000) έχει εφαρμόσει επιτυχώς τον κύκλο των φίλων για να εξηγήσει τον αυτισμό στους συμμαθητές ενός παιδιού με αυτισμό και οι Whitaker et al. (1998) ανέφεραν ότι τα παιδιά που συμμετείχαν σε μια τέτοια ομάδα εκδήλωσαν αυξημένες κοινωνικές δεξιότητες και ικανότητα επικοινωνίας.

Στον κύκλο των φίλων κάθε συνεδρία ξεκινάει με μια δραστηριότητα προθέρμανσης που διατηρείται σταθερή σε όλη τη διάρκεια της παρέμβασης για να σηματοδοτεί την έναρξή της. Αυτή η τελετουργία προσφέρει στα παιδιά μια αίσθηση ασφάλειας, σταθερότητας και ελέγχου επάνω στην παρεμβατική διαδικασία. Κάθε μία από τις 12 συνεδρίες διαρκεί 30 λεπτά για μία φορά την εβδομάδα και πραγματοποιείται συνήθως μετά το τέλος της εκπαιδευτικής διαδικασίας, έτσι ώστε να είναι διαθέσιμοι οι εκπαιδευτικοί, όσα παιδιά θα συμμετάσχουν στον κύκλο και ο χώρος όπου θα γίνει η παρέμβαση. Ο εκπαιδευτικός καλείται να επιλέξει ορισμένα παιδιά από την τάξη τα οποία πιστεύει ότι θα είναι τα πλέον κατάλληλα για να συμμετάσχουν στον κύκλο. Κριτήρια καταλληλότητας αποτελούν η ευαισθησία των παιδιών και το είδος της επαφής που είχαν με το παιδί με αυτισμό, όπως βεβαίως και η συγκατάθεση των γονέων τους. Συνίσταται να επιλέγονται παιδιά και των δύο φύλων με διαφορετικές ικανότητες,

έτσι ώστε να μην ξεχωρίζει το παιδί με αυτισμό. Τα κορίτσια εκδηλώνουν συνήθως μεγαλύτερη προθυμία και ενσυναίσθηση σε σύγκριση με τα αγόρια (Καλύβα, 2004). Ο εκπαιδευτικός, ο οποίος ηγείται συνήθως του κύκλου, ενημερώνει τα παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη για το σκοπό του κύκλου και τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να βοηθήσουν το παιδί με αυτισμό να αλληλεπιδράσει μαζί τους. Οι Whitaker et al. (1998) αναφέρουν ότι οι εκπαιδευτικοί που συμμετείχαν ενεργά στον κύκλο δήλωσαν ότι αισθάνονται περισσότερο ικανοί να 'αντιμετωπίσουν' το παιδί με αυτισμό ή να επιλύσουν μία παρεξήγηση. Υπάρχει η δυνατότητα να υπάρχει στην τάξη και μία άλλη θεραπεύτρια ή εκπαιδευτικός που θα κάθεται πίσω από το παιδί ή κοντά του και θα επεμβαίνει μόνο όταν δημιουργείται κάποιο σοβαρό θέμα. Τα παιδιά κάθονται σε ένα κύκλο και έχουν μπροστά τους παρόμοια αντικείμενα τα οποία χρησιμοποιούν για να κάνουν κάποιες δραστηριότητες ή λαμβάνουν μέρος σε λεκτικά παιχνίδια. Τα παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη που συμμετέχουν στον κύκλο επαινούνται λεκτικά για τη συμβολή τους στην παρέμβαση. Εφόσον ο σκοπός του κύκλου των φίλων είναι η κοινωνική αλληλεπίδραση (Roeyers, 1995), μπορούν να συμμετάσχουν και παιδιά με αυτισμό τα οποία έχουν προβλήματα λόγου. Σε αυτή τη περίπτωση οι δραστηριότητες του κύκλου θα πρέπει να επικεντρώνονται περισσότερο στην ενασχόληση με αντικείμενα ή σε κινητικά δρώμενα.

Τα παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη που δεν συμμετάσχουν στον κύκλο των φίλων μπορεί να εκφράσουν δυσαρέσκεια, συναισθήματα απόρριψης και να ζητήσουν επίμονα να παραμείνουν και να παρακολουθήσουν και εκείνα την παρέμβαση (Καλύβα, 2004). Το πρόβλημα αυτό μπορεί να επιλυθεί με τη δημιουργία ενός παράλληλου κύκλου ή να εναλλάσσονται τα παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη που αποτελούν τον κύκλο των φίλων έτσι ώστε να έχουν όλα την ικανότητα να γνωρίσουν καλύτερα το παιδί με αυτισμό. Αυτός εξάλλου είναι και ο ένας από τους σκοπούς (Newton et al., 1996). Με αυτό τον τρόπο δεν θα φέρει την ευθύνη της βελτίωσης της προκλητικής συμπεριφοράς του παιδιού με αυτισμό μία μόνο μικρή ομάδα συνομηλίκων (Shotton, 1998). Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, ωστόσο, σε περιπτώσεις που το παιδί δείχνει να μην αντιδρά θετικά και να μην προσαρμόζεται στις αλλαγές. Επίσης, έχει βρεθεί ότι και τα παιδιά με φυσιολογική

ανάπτυξη επωφελούνται από την αλληλεπίδραση τους με τα παιδιά με αυτισμό και μαθαίνουν να τα δέχονται και να τα υποστηρίζουν (Guralnick, 1990; Hendrickson, Shokoohi- Yekta, Hampre, Nietupski, & Gable, 1996). Καταλαβαίνουν ότι πολλές φορές δεν ευθύνονται για τις ακατάλληλες συμπεριφορές που εκδηλώνουν και είναι πέρα από τον έλεγχό τους. Οι Frederickson et al. (2003) υποστηρίζουν ότι ο κύκλος των φίλων απομακρύνει την προσοχή από το παιδί με αυτισμό και επομένως εξαφανίζει τον κίνδυνο του στιγματισμού. Η επιτυχία αυτής της παρέμβασης οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο ενδιαφέρον και την αφοσίωση που δείχνουν τόσο οι εκπαιδευτικοί όσο και τα παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη.

Επιπλέον, τα παιδιά με αυτισμό επικοινωνούν καλύτερα σε δραστηριότητες που τις γνωρίζουν καλά και δεν χρειάζεται να καταναλώσουν πολύ προσοχή για να τις εκτελέσουν. Επομένως, ίσως να είναι απαραίτητο να προτείνονται δραστηριότητες που είναι οικείες στο παιδί με αυτισμό (Taylor, 1997). Επίσης με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζουμε την καλή τους διάθεση και την ενεργό συμμετοχή τους στον κύκλο. Ένα ακόμη θέμα που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, είναι το γεγονός ότι τα παιδιά με αυτισμό αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα προσέγγισης του συνομηλικού και διατήρησης της αλληλεπίδρασης (Lewy & Dawson, 1992; Prizant & Wetherby, 1987), που μπορεί να οφείλεται στη δυσκολία τους να χειρίζονται αυθόρμητα το λόγο (Jordan & Powell, 1995). Επομένως, είναι πιθανό ο κύκλος των φίλων να αποτελεί για αυτά τα παιδιά το πλαίσιο που χρειάζονται για να αναλάβουν την πρωτοβουλία και να επικοινωνήσουν με κάποιο άλλο άτομο. Η δομή του κύκλου μπορεί να σηματοδοτεί ένα σαφές και προβλέψιμο περιβάλλον, όπου τα παιδιά με αυτισμό έχουν τη δυνατότητα να παρατηρήσουν και να μιμηθούν τη συμπεριφορά των συνομηλικών τους που λειτουργούν ως πρότυπα συμπεριφοράς. Είναι απαραίτητο, ωστόσο, να διαπιστώσουμε εάν οι δεξιότητες που αποκτούνται κατά την εφαρμογή της παρέμβασης γενικεύονται και πέρα από τα όρια του κύκλου σε διαφορετικούς ανθρώπους και πλαίσια. Αυτή η ανησυχία έχει εκφραστεί και από τους Saron-Shevin et al. (1998), οι οποίοι υποστήριξαν ότι οι τεχνικές όπως ο κύκλος των φίλων δεν αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις κοινωνικές ελλείψεις που παρουσιάζουν τα παιδιά με αυτισμό. Οι σχέσεις που δημιουργούνται δεν στηρίζονται στην αμοιβαιότητα, εφόσον το παιδί δέχεται

συνεχώς τη βοήθεια και την υποστήριξη των συνομηλίκων του- οπότε δεν δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στο γενικότερο πλαίσιο της τάξης (McDonald & Hemmes, 2003). Επίσης, πρέπει να σκεφτούμε ότι ακόμα και αν τα παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη που συμμετέχουν στον κύκλο μάθουν να αλληλεπιδρούν αποτελεσματικά με τα παιδιά με αυτισμό, οι υπόλοιποι συνομήλικοι θα εξακολουθούν να μη γνωρίζουν πώς να συμπεριφερθούν (Καλύβα, 2004).

Μια ακόμα σημαντική παράμετρος που πρέπει να επισημανθεί είναι πως η απρόσμενη και ανεξήγητη διακοπή μιας ρουτίνας μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα προβληματική για παιδιά με αυτισμό που βασίζονται πολύ στην προβλεψιμότητα του περιβάλλοντος (Jordan et al., 1995). Ο υπεύθυνος της παρέμβασης οφείλει να εξηγεί στο παιδί γιατί πρέπει να σταματήσει ο κύκλος και να το διαβεβαιώσει ότι θα έχει την ευκαιρία να αλληλεπιδράσει με τους φίλους του και σε άλλα πλαίσια (π.χ., στην κυκλική ώρα: μια δραστηριότητα που συμπεριλαμβάνεται στο πρόγραμμά του νηπιαγωγείου και συμβαίνει ούτως ή άλλως στο χώρο του σχολείου ακόμα και όταν τελειώσει η παρέμβαση). Έτσι του δίνεται η ικανότητα να εξασκήσει, να γενικεύσει και να εδραιώσει τις συμπεριφορές που ενισχύθηκαν μέσω του κύκλου των φίλων, κάτι που έχει τεράστια σημασία όπως τονίζεται και τους Fox και McEvoy (1993).

Οι Frederickson et al. (2003) επεσήμαναν ότι ένα μειονέκτημα του κύκλου των φίλων είναι ότι δεν αφιερώνει αρκετό χρόνο στη διδασκαλία γνωστικών και συμπεριφορικών δεξιοτήτων. Ωστόσο, τα παιδιά με αυτισμό έχουν την ευκαιρία να μάθουν και να εξασκήσουν κοινωνικές δεξιότητες που θα τα βοηθήσουν να γίνουν πιο δημοφιλή και λιγότερο απομονωμένα, επιθετικά και αποτραβηγμένα (Beckman, 1983; Cogher, 1999; Koegel et al., 1992; Oke et al., 1990). Είναι επομένως απαραίτητο τα προγράμματα εκπαίδευσης στις κοινωνικές δεξιότητες να εφαρμόζονται στο σχολείο και κυρίως στο νηπιαγωγείο και τις πρώτες τάξεις του δημοτικού.

Η Καλύβα (2005) εφάρμοσε καθημερινά τον κύκλο των φίλων σε παιδιά με αυτισμό που φοιτούσαν στο νηπιαγωγείο για ένα διάστημα 3 μηνών με τη συνδρομή του εκπαιδευτικού και 4 συνομηλίκων με φυσιολογική ανάπτυξη από κάθε σχολείο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική αύξηση στην ανταπόκριση των παιδιών με αυτισμό στις πρωτοβουλίες επικοινωνίας των

συνομηλίκων τους με ή χωρίς την υποκίνηση του εκπαιδευτικού. Πρέπει να επισημάνουμε ότι η αύξηση των επιθυμητών συμπεριφορών έχει πολύ μεγάλη πρακτική αξία, καθώς ακόμα και η παραμικρή βελτίωση μπορεί να επιφέρει θεαματικά αποτελέσματα στην καθημερινότητα του παιδιού με αυτισμό και των οικείων του (Wilson, 1995).

Ο κύκλος των φίλων είναι μια παρέμβαση που δεν στοχεύει στη δημιουργία φιλικών σχέσεων, αλλά στην ανάπτυξη και τη βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας του παιδιού με αυτισμό που μπορεί εν συνέχεια να οδηγήσουν στην γέννηση μιας φιλίας (Whitaker et al., 1998). Οι έρευνες των Whitaker et al. (1998) και της Καλύβα (2004) έδειξαν την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Πρέπει ακόμα να επισημάνουμε ότι ο κύκλος των φίλων στοχεύει κυρίως στην κατανόηση των κοινωνικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με αυτισμό από το περιβάλλον τους και την τροποποίηση του για να ενσωματωθούν τα παιδιά αυτά στο κοινωνικό τους πλαίσιο. Οφείλουμε, ωστόσο, ταυτόχρονα να ενισχύσουμε τις κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά και σε πλαίσια που δεν είναι ευαισθητοποιημένα στα προβλήματά τους και να ανταπεξέλθουν στις κοινωνικές προκλήσεις που θα αντιμετωπίσουν. Τέλος, επιβάλλεται να τονίσουμε ότι ο κύκλος των φίλων πρέπει να εφαρμόζεται πριν ή αμέσως μετά την ένταξη του παιδιού με αυτισμό στο ακαδημαϊκό πλαίσιο, ώστε να μην βιώσει αρνητικές εμπειρίες και να μην στιγματιστεί από τους συμμαθητές τους.

2.3 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Τα μισά περίπου παιδιά με αυτισμό δεν χρησιμοποιούν λόγο (Frankel, Simon, & Richey, 1987). Υπάρχουν ανεξάρτητες τεχνικές εναλλακτικής επικοινωνίας, οι οποίες δεν αποτελούν θεραπεία του αυτισμού, απλώς βοηθούν ορισμένα παιδιά να μάθουν να ζητάνε κάποια πράγματα και να καλύπτουν μερικές βασικές τους ανάγκες, χωρίς να τους διδάσκουν το νόημα και τη σημασία της επικοινωνίας. Αυτές

οι τεχνικές εφαρμόζονται μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με άλλες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις. Η επιλογή του συστήματος εναλλακτικής επικοινωνίας που θα ακολουθήσει τελικά το παιδί καθορίζεται συνήθως είτε από την προτίμηση των γονέων είτε από την εκπαίδευση που έχουν λάβει οι θεραπευτές που δουλεύουν μαζί του (Anderson, 2002).

2.3.1 Επικοινωνιακό Σύστημα Ανταλλαγής Εικόνων – PECS: Picture Exchange Communication System

Το PECS αναπτύχθηκε το 1985 από τους Andrew Bondy και Lori Frost ως ένα μοναδικό πακέτο παρέμβασης ενισχυτικής/εναλλακτικής επικοινωνίας. Απευθύνεται σε παιδιά και ενήλικες με αυτισμό που δεν έχουν λόγο και άλλες επικοινωνιακές δεξιότητες προκειμένου να ξεκινήσουν να επικοινωνούν. Αποσκοπεί στη διδασκαλία και στη γρήγορη απόκτηση λειτουργικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων, δηλαδή στην ικανοποίηση πρωτογενών αναγκών αυτοεξυπηρέτησης, σε άτομα που είτε δεν χρησιμοποιούν τον προφορικό λόγο, είτε δεν τον χειρίζονται αποτελεσματικά. Ξεκινάει διδάσκοντας το άτομο να δίνει την εικόνα ενός επιθυμητού αντικειμένου σε έναν «σύντροφο επικοινωνίας», ο οποίος αμέσως ανταποκρίνεται στην αλλαγή σαν να είναι αίτημα. Το σύστημα περνά στην διδασκαλία της διάκρισης μεταξύ εικόνων και πώς να τις βάζουμε μαζί σχηματίζοντας προτάσεις. Στα πιο προχωρημένα στάδια τα άτομα μαθαίνουν να απαντούν σε ερωτήσεις και να κάνουν σχόλια. Απευθύνεται σε εκπαιδευτικούς, σε φροντιστές και σε γονείς, οπότε μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε πολλά διαφορετικά πλαίσια, καθώς είναι εύχρηστο και δεν απαιτεί ακριβό εξοπλισμό και εκπαίδευση (Schwartz, Garfinkle, & Bauer, 1998).

Το πρωτόκολλο διδασκαλίας του PECS βασίζεται στο βιβλίο του F.B.Skinner «Κατανόηση της Λεκτικής Συμπεριφοράς», με στόχο να διδάσκονται συστηματικά λειτουργικοί “λεκτικοί” συντελεστές χρησιμοποιώντας στρατηγικές βοήθειας και ενίσχυσης, που καταλήγουν στην αυτόνομη επικοινωνία. Δεν χρησιμοποιούν

λεκτικές βοήθειες, βοηθώντας να ευοδωθεί με αυτό τον τρόπο η άμεση έναρξη επικοινωνίας και αποφεύγοντας την εξάρτηση από βοήθειες.

Το σχετικό εγχειρίδιο που έχει γραφτεί από τους ιδρυτές, παρέχει όλες τις πληροφορίες που είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική εφαρμογή του PECS. Καθοδηγεί τους αναγνώστες στις έξι φάσεις της εκπαίδευσης και σε πρότυπα φύλλα για την καταγραφή των δεδομένων και της προόδου που παρουσιάζει το παιδί. Τα έξι στάδια του PECS είναι:

1. Οι μαθητές μαθαίνουν να ανταλλάσσουν μία εικόνα για κάποιο αντικείμενο ή δραστηριότητα που επιθυμούν πραγματικά. (Επομένως, πρέπει να εξακριβωθεί τι θέλει το παιδί και να γίνει μια ιεραρχική αξιολόγηση των ενισχυτών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν, ώστε να μπορούμε να ξεκινήσουμε το PECS.)
2. Χρησιμοποιώντας ακόμη μεμονωμένες εικόνες, οι μαθητές μαθαίνουν να γενικεύουν τη νέα τους δεξιότητα χρησιμοποιώντας την σε διαφορετικά μέρη, με διαφορετικούς ανθρώπους και σε διάφορες αποστάσεις. Διδάσκονται επίσης να είναι πιο επίμονοι στην επικοινωνία τους.
3. Οι μαθητές μαθαίνουν να επιλέγουν ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες εικόνες για να ζητήσουν κάθε φορά κάποιο επιθυμητό αντικείμενο ή δραστηριότητα. Οι εικόνες τοποθετούνται μέσα σε ένα βιβλίο επικοινωνίας – ένα ντοσιέ με κρίκους και λωρίδες Velcro, όπου φυλάγονται οι εικόνες και αφαιρούνται εύκολα για επικοινωνία. (Η εκπαίδευση στη διάκριση γίνεται μόλις εδραιωθεί η διάθεση για επικοινωνία).
4. Οι μαθητές μαθαίνουν να δομούν προτάσεις πάνω σε μία αποσπώμενη βάση χρησιμοποιώντας μια εικόνα «θέλω» μαζί με την εικόνα του αντικειμένου που ζητούν. Αφού κατακτηθεί αυτή η γνώση, στη συνέχεια μαθαίνουν να διευρύνουν τις προτάσεις τους προσθέτοντας επίθετα, ρήματα και προθέσεις.
5. Οι μαθητές μαθαίνουν να χρησιμοποιούν το PECS για να απαντούν στην ερώτηση «Τι θέλεις;».
6. Τώρα οι μαθητές διδάσκονται να κάνουν σχόλια όταν τους ρωτάνε πράγματα όπως «Τι βλέπεις;», «Τι ακούς;» και «Τι είναι αυτό;». μαθαίνουν να συνθέτουν προτάσεις που αρχίζουν με τις λέξεις «Βλέπω», «Ακούω», «Νοιώθω», «Είναι» κ.λπ.

Οι εμπνευστές του προγράμματος υποστηρίζουν ότι πολλά παιδιά προσχολικής ηλικίας που το χρησιμοποιούν αναπτύσσουν λόγο, χωρίς όμως να παραθέτουν ικανοποιητικά ερευνητικά στοιχεία για να τεκμηριώσουν τη δήλωσή τους. Ακόμη, υποστηρίζουν ότι το PECS αποδεικνύεται ιδιαίτερα αποτελεσματικό εάν συνδυαστεί κατάλληλα με στοιχεία της εφαρμοσμένης ανάλυσης της συμπεριφοράς.

Τα παιδιά με αυτισμό τείνουν να μαθαίνουν με οπτικά μέσα που μπορούν να τα βοηθήσουν να κατανοήσουν και να χρησιμοποιήσουν τη διαδικασία της επικοινωνίας. Η Temple Grandin (1995) περιγράφει ότι σκέπτεται με εικόνες και ότι οι λέξεις της φαίνονται σαν μια ξένη γλώσσα. Τα οπτικά μέσα μπορεί να χρησιμοποιούνται για να συνοδεύσουν ή να επαυξήσουν τον προφορικό λόγο και να βοηθήσουν το παιδί με αυτισμό να κατανοήσει τις προφορικές πληροφορίες. Μπορούν να βοηθήσουν επίσης στο παιδί που δεν έχει κατακτήσει τον επικοινωνιακό λόγο να μάθει να εκφράζει τις ανάγκες του, ζητώντας αυτό που θέλει. Τα οπτικά μέσα που θα επιλεγθούν εξαρτώνται από τις ανάγκες κάθε ατόμου. Το πιο απλό οπτικό μέσο είναι το ίδιο το αντικείμενο αναφοράς, το οποίο είναι τρισδιάστατο. Επειδή όμως είναι αδύνατο για το παιδί να κουβαλάει μαζί του όλα τα αντικείμενα που θέλει ή χρειάζεται χρησιμοποιεί πολλές φορές φωτογραφίες, σύμβολα και λέξεις. Τα άτομα με αυτισμό αντιλαμβάνονται τις λεπτομέρειες πιο έντονα από το σύνολο και έχουν πρόβλημα με τη γενίκευση γι' αυτό μπορεί να μπερδευτούν ή να συγχυστούν εάν η φωτογραφία που χρησιμοποιείται δεν ταιριάζει απόλυτα με το πραγματικό αντικείμενο. Επομένως είναι καλό οι φωτογραφίες που χρησιμοποιούμε να απεικονίζουν τα αντικείμενα που συναντάμε στο πραγματικό του περιβάλλον (π.χ., το αμάξι της οικογένειας και όχι η φωτογραφία ενός οποιουδήποτε αυτοκινήτου), ή να χρησιμοποιούμε αντί για φωτογραφίες τις ετικέτες ή τις συσκευασίες των αντικειμένων.

Πρέπει να επισημάνουμε ότι επειδή ορισμένα παιδιά με αυτισμό μπορούν να αναγνωρίσουν τις γραπτές λέξεις ευκολότερα από τις προφορικές, συνιστάται να χρησιμοποιούμε εικονικά σύμβολα με μία συνοδευτική γραπτή λέξη τυπωμένη με μικρά γράμματα. Αυτό μπορεί να βοηθήσει και το ίδιο το παιδί και τους υπόλοιπους ανθρώπους να κατανοήσουν το σύμβολο. Είναι απαραίτητο να βεβαιωθούμε ότι

χρησιμοποιούμε όλοι το ίδιο όνομα όταν αναφερόμαστε σε ένα αντικείμενο για να μην μπερδέψουμε το παιδί που δεν έχει γενικεύσει τις γνώσεις του. Αρχικά το παιδί πρέπει να συσχετίσει το εικονικό σύμβολο με το αντικείμενο (ή μέρος) που αντιπροσωπεύει. Μόλις κατακτηθεί αυτό, μπορεί να παρουσιαστεί ένα παρόμοιο σύμβολο σε μικρή απόσταση από το πραγματικό αντικείμενο, έτσι ώστε να μπορέσει ο γονέας ή ο κηδεμόνας να δείξει το σύμβολο και να του πει ταυτόχρονα τι να πάρει ή που να πάει. Ο ρυθμός με τον οποίο εισάγονται τα νέα σύμβολα ποικίλει από άτομο σε άτομο, αλλά είναι σημαντικό πρώτα να χρησιμοποιούμε αντικείμενα που αποτελούν κίνητρο για το άτομο με αυτισμό και να περιμένουμε ξεκάθαρα σημάδια κατανόησης πριν τη παρουσίαση του καινούριου συμβόλου.

Το PECS μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εισάγουμε την ιδέα των επιλογών, (π.χ., με το φαγητό, το παιχνίδι). Ενθαρρύνοντας το παιδί να επιλέξει του δίνουμε την εντύπωση ότι ασκεί έλεγχο στο περιβάλλον και αυξάνεται η αυτοπεποίθηση και η αίσθηση ασφάλειας του. Η μάθηση της επιλογής είναι απαραίτητη για να μάθει και την έννοια της άρνησης και της κατάφασης, οπότε πρέπει να το κατακτήσει νωρίς. Τα παιδιά με αυτισμό είτε έχουν λόγο, είτε όχι, μπορούν να επωφεληθούν από τη χρήση ατομικών συμβόλων σε προγράμματα που απεικονίζουν την ακολουθία της καθημερινής ρουτίνας, και έτσι αποφεύγονται οι εκρήξεις θυμού. Με τα σύμβολα μπορούμε επίσης να ενισχύσουμε την αντίληψη ότι κάτι 'τελείωσε' και πρέπει να περάσουμε στην επόμενη δραστηριότητα (Janzen, 1996).

Παρακάτω παρατίθενται μελέτες για την αποτελεσματικότητα της μεθόδου:

Οι Bondy και Frost (1994) παρατήρησαν ότι το 60% των παιδιών ηλικίας έως 5 ετών που χρησιμοποίησαν PECS για περισσότερο από ένα χρόνο, ανέπτυξαν λόγο. Το ποσοστό των παιδιών προσχολικής ηλικίας που ανέπτυξαν ανεξάρτητο λόγο πριν από τον 1ο χρόνο χρήσης του PECS ήταν πολύ μικρότερο (περίπου 10%). Επιπλέον, παρατήρησαν ότι ορισμένα παιδιά χρησιμοποιούσαν αρχικά το λόγο μόνο σε συνδυασμό με το PECS. Οι Ganz και Simpson (2004) ανέφεραν ότι το PECS βοήθησε τα παιδιά να αυξήσουν τον αριθμό των λέξεων που εκφέρουν και να χρησιμοποιούν πιο περίπλοκη γραμματική δομή. Αυτές οι δηλώσεις είναι αρκετά αυθαίρετες δεδομένου ότι δεν γνωρίζουμε εάν ανέπτυξαν λόγο βοηθούμενα από τη χρήση του

PECS, άλλων εκπαιδευτικών μεθόδων που εφαρμόζονταν ταυτόχρονα ή απλώς ωρίμασαν και άρχισαν να επικοινωνούν αποτελεσματικότερα χρησιμοποιώντας προφορικό λόγο. Οι Charlop-Christy, Carpenter, LeBlanc και Kellet (2002) μελέτησαν την επίδραση του PECS σε 3 αγόρια με αυτισμό ηλικίας 3-12 ετών. Και τα 3 παιδιά αύξησαν την ικανότητά τους να μιλήσουν, η οποία συνδυάστηκε με αύξηση στις επικοινωνιακές συμπεριφορές και μείωση στις προβληματικές. Οι Kravits, Kamps, Kemmerer και Rotucek (2002) μελέτησαν τη συμβολή του PECS στην αύξηση των αυθόρμητων δεξιοτήτων επικοινωνίας ενός 6 χρόνου κοριτσιού με αυτισμό. Το κορίτσι άρχισε να αναπτύσσει αυθόρμητο λόγο στα πλαίσια όπου χρησιμοποιούσε το PECS και αυξήθηκαν οι προτάσεις κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Ο Liddle (2001) ανέφερε ότι το PECS εφαρμόστηκε σε 21 παιδιά με αυτισμό που παρουσίασαν βελτίωση στην επικοινωνία τους. Και οι τρεις τελευταίες έρευνες επικαλούνται βελτίωση στην επικοινωνία που δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένη. Οι Cummings και Williams (2000) διεξήγαγαν μια έρευνα όπου συμμετείχαν 5 αγόρια ηλικίας 3-5 ετών, με αυτισμό που δέχονταν καθημερινά συμπεριφορική θεραπεία. Και τα 5 είχαν μάθει να συνταιριάζουν αντικείμενα με αντικείμενα, αντικείμενα με εικόνες και τέλος εικόνες με εικόνες. Μετά τη μάθηση της συγκεκριμένης αλληλουχίας, 4 από τα παιδιά έμαθαν να ανταποκρίνονται σωστά στο PECS και άρχισαν σύντομα να μιμούνται και απλούς ήχους. Στην περίπτωση αυτή οι ερευνητές βιάστηκαν να αποδώσουν τη βελτίωση στην εκμάθηση του συστήματος ανταλλαγής εικόνων, ενώ μπορεί υπεύθυνη να ήταν η έκθεση στη συμπεριφορική θεραπεία που έχει πολλά κοινά στοιχεία με την προσέγγιση του PECS.

Πολλοί είναι αυτοί που έχουν εκφράσει ανησυχίες σχετικά με την εισαγωγή του PECS καθώς, υπάρχει ο φόβος, η στήριξη σε ένα μη-λεκτικό μέσο επικοινωνίας να αποδυναμώσει ακόμα περισσότερο τις προσπάθειες ανάπτυξης του προφορικού λόγου εκ μέρους του παιδιού και της οικογένειάς του. Σκεπτικισμός επικρατεί και αναφορικά με το κατά πόσο τα παιδιά με αυτισμό κατανοούν τις αρχές της επικοινωνίας, ώστε να χρησιμοποιούν συνειδητά και αποτελεσματικά το PECS.

Συνοπτικά, εάν χρησιμοποιήσουμε το PECS υποστηρικτικά, μπορούμε να διδάξουμε στο παιδί με αυτισμό να αναπτύξει ορισμένες επικοινωνιακές δεξιότητες, αλλά είναι δύσκολο να του εξηγήσουμε με πιο τρόπο μπορεί να

μοιραστεί συναισθήματα, σκέψεις και εμπειρίες. Το πιο σημαντικό που δεν μπορούμε να του εμφυσήσουμε είναι η ανάγκη για επικοινωνία με το περιβάλλον του. Υπάρχει επίσης η πιθανότητα να αποτελέσει τροχοπέδη για παιδιά που έχουν τη δυνατότητα να μιλήσουν, αλλά επαναπαύονται στη χρήση των συμβόλων και έτσι δεν εξασκούν τον προφορικό τους λόγο. Ωστόσο, η χρήση του PECS μπορεί να διευκολύνει ουσιαστικά τους γονείς και την ευρύτερη οικογένεια των παιδιών που δεν είχαν καθόλου λόγο και βρήκαν μία μέθοδο για να εκφράσουν έστω τις στοιχειώδεις ανάγκες τους.

2.3.2 Νοηματική γλώσσα:

Η νοηματική γλώσσα είναι ένα ακόμα διαδεδομένο εναλλακτικό σύστημα επικοινωνίας που χρησιμοποιείται κυρίως για την επικοινωνία ατόμων που δεν έχουν λόγο. Υπάρχουν πολλές νοηματικές γλώσσες γεγονός που καθιστά δύσκολη τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητάς τους. Ωστόσο, το βασικό πρόβλημα είναι ότι η νοηματική είναι μια γλώσσα με δικούς της κανόνες. Αν το παιδί με αυτισμό ήταν σε θέση να την κατανοήσει και να τη χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά, τότε θα μπορούσε να επιτύχει το ίδιο με την προφορική και τη γραπτή γλώσσα και τη μη-λεκτική επικοινωνία.

Παρά τις τεράστιες ατομικές διαφορές που έχουν παρατηρηθεί, παλαιότερες μελέτες έδειξαν ότι πολλά παιδιά με αυτισμό μπορούν να κατανοήσουν και να παράγουν νοήματα – που ποικίλουν από 5 έως 350 (Bonvillian, Nelson, & Rhyne, 1981) ή 400 νοήματα (Kiernan, 1983). Υπάρχουν επιπλέον αρκετές ενδείξεις ότι ακόμα και τα παιδιά με αυτισμό με νοητική υστέρηση και χαμηλή λειτουργικότητα μπορούν να μάθουν να επικοινωνούν τις βασικές τους ανάγκες χρησιμοποιώντας νοήματα (Lewis, 1987; Stull, Edkins, Krause, McGavin, Brand, & Webster, 1980; Webster, McPherson, Sloman, Evans, Kuchar, & Fuchter, 1980). Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με αυτισμό μπορούν να διδαχθούν να χρησιμοποιήσουν τη νοηματική γλώσσα με ευρηματικό τρόπο (Goldstein, 2002;

Koegel, Rincover, & Egel, 1982) και αυθόρμητα (Benaroya et al., 1979; Bonvillian, et al., 1981; Konstantareas, Webster, & Oxman, 1979; Layton, 1988; Shimizu, 1988; von Tetzchner, 1984; Webster et al., 1980) και επομένως να βελτιώσουν την επικοινωνιακή τους δεξιότητα (Konstantareas, Webster, & Oxman, 1980; Stull et al., 1980) και να τη γενικεύσουν και σε άλλα πλαίσια (Bonvillian et al., 1981; Casey, 1978; Webster et al., 1980). Άλλοι αναφέρουν ότι η εκπαίδευση στη νοηματική βοηθάει στη μείωση της αυτοδιέγερσης και των διασπαστικών συμπεριφορών που παρατηρούνται (Bonvillian & Nelson, 1976; Carr, Binkoff, Kologinsky, & Eddy, 1978; Rutter, 1965; Sato, Nishimura, Watamaki, & Wakabayashi, 1987; Shimizu, 1988). Κάποιοι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι πολλά παιδιά με αυτισμό που μαθαίνουν αρχικά να επικοινωνούν με νοήματα καταφέρνουν τελικά να κατακτήσουν και τον προφορικό λόγο (Bonvillian et al., 1981; Kiernan, & Reid, 1984; Lewis, 1987; Shimizu, 1988), επειδή οι θεραπευτές προφέρουν τις αντίστοιχες λέξεις ενώ παράγουν νοήματα. Οι Bebko (1990), Bonvillian et al., (1981) και Casey (1978) υποστηρίζουν ότι επωφελούνται τα παιδιά που ηχολαλούν από την ταυτόχρονη παρουσίαση νοημάτων και λόγου, αν μειωθεί η ηχολαλία και αυξηθεί η ακουστική κατανόηση.

Υπάρχουν κάποια ζητήματα για τη μέθοδο τα οποία δεν είναι τελείως ξεκάθαρα. Οι περισσότερες έρευνες αναφέρονται στην ουσία στη χρήση μεμονωμένων νοημάτων και όχι μιας ολοκληρωμένης επικοινωνιακής γλώσσας. Τα παιδιά με αυτισμό μπορεί να μάθουν να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά ορισμένα νοήματα για να εκπληρώσουν τις βασικές τους ανάγκες, αλλά δεν έχουν κατανοήσει την ουσία της επικοινωνίας. Είναι δύσκολο να διδαχτούν τα παιδιά να επικοινωνούν με νοήματα και όχι απλά να τα αντιγράφουν (Ricks & Wing, 1978). Επίσης, τα παιδιά μέχρι να μάθουν να χρησιμοποιούν ένα νόημα δεν μπορούσαν να επικοινωνήσουν καθόλου, οπότε είναι λογικό η απόκτηση της αυτής της ικανότητας να θεωρείται πρόοδος. Πρέπει να επισημανθεί, ότι τα παιδιά με αυτισμό συνήθως δυσκολεύονται στο σχηματισμό σωστών νοημάτων, λόγω των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν στις λεπτές κινητικές τους δεξιότητες (Oxman & Konstantareas, 1981). Δυσκολία παρουσιάζεται και στη γενίκευση της χρήσης των νοημάτων καθώς τη νοηματική γλώσσα γνωρίζουν να χρησιμοποιούν μόνο οι οικογένειες και οι θεραπευτές ατόμων με προβλήματα λόγου. Επιπρόσθετα κάποια παιδιά μπορεί να

μπερδευτούν περισσότερο από την παράλληλη έκθεση σε ακουστικά και οπτικά ερεθίσματα και δεδομένου ότι σκέφτονται και λειτουργούν καλύτερα οπτικά, όταν έχουν να επιλέξουν ανάμεσα στα νοήματα και τον προφορικό λόγο, είναι λογικό να προτιμήσουν τα νοήματα- με αποτέλεσμα να μένει πίσω η ανάπτυξη του λόγου. Ο βασικός προβληματισμός που εκφράζεται σχετικά με όλες σχεδόν τις έρευνες που επικαλούνται βελτίωση στη συμπεριφοράς είναι ότι δεν υπάρχει κανένας τρόπος για να διαπιστωθεί αν οι αλλαγές “προκαλούνται” από την εκπαίδευση στη νοηματική γλώσσα ή από την παρακολούθηση άλλων δομημένων παρεμβάσεων. Η εκπαίδευση στη χρήση μερικών νοημάτων δεν αρκεί για να βελτιωθεί θεαματικά και μόνιμα η συμπεριφορά του παιδιού εφόσον δεν έχει μάθει να επικοινωνεί ουσιαστικά.

2.3.3 Γλωσσικό πρόγραμμα ΜΑΚΑΤΟΝ:

Το γλωσσικό πρόγραμμα ΜΑΚΑΤΟΝ αναπτύχθηκε κατά τη διάρκεια του 1970 από τη βρετανίδα λογοπεδικό Margaret Walker. Είναι ένα μέσο επικοινωνίας που ενθαρρύνει την ανάπτυξη των γλωσσικών δεξιοτήτων σε παιδιά και ενήλικους με επικοινωνιακές διαταραχές. Επίσης, χρησιμοποιείται για την εισαγωγή στη διαδικασία εκμάθησης της γραφής και της ανάγνωσης, αλλά και ως ένας τρόπος εναλλακτικής επικοινωνίας, όπου αυτό κριθεί απαραίτητο. Αποτελείται από ένα βασικό λεξιλόγιο που περιέχει 450 έννοιες και το οποίο είναι χωρισμένο σε 8 αναπτυξιακά στάδια. Ο διαχωρισμός των σταδίων έγινε σύμφωνα με την εμφάνιση των εννοιών στο λεξιλόγιο των φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών. Παράλληλα με το βασικό λεξιλόγιο υπάρχει το λεξιλόγιο-πηγή, που αποτελείται από 7.000 έννοιες περίπου, οι οποίες είναι ταξινομημένες σε θεματικές ενότητες, και λειτουργεί συμπληρωματικά ως προς το πρώτο παρέχοντας τη δυνατότητα διερεύνησης του, για τα άτομα που το έχουν ανάγκη. Το μέγεθος του λεξιλογίου είναι εσκεμμένα περιορισμένο, για να μην επιβαρύνει τη μνήμη και ο σχεδιασμός του επιτρέπει στα άτομα να μαθαίνουν προοδευτικά με το δικό τους προσωπικό

ρυθμό και σύμφωνα με τις επικοινωνιακές τους ανάγκες. Οι λέξεις που δεν έχουν σχέση με τις εμπειρίες του ατόμου παραλείπονται ενώ άλλες σημαντικές για τις ανάγκες του, αν και βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια του λεξιλογίου, μπορούν να χρησιμοποιούνται και να διδάσκονται από την αρχή όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο. Για τη διδασκαλία του χρησιμοποιείται η πολυαισθητηριακή προσέγγιση, εφόσον συνδυάζει τη χρήση προφορικής ομιλίας, νοημάτων και γραπτών συμβόλων (Βογονδρούκας, 2005).

Πρόκειται για ένα ιδιαίτερα ευέλικτο πρόγραμμα, του οποίου ο στόχος είναι να προχωρήσει το άτομο πέρα από τα αρχικά στάδια σε κάποιο βασικό επίπεδο επικοινωνίας, όπου ενδέχεται να είναι περιορισμένο, αλλά θα είναι λειτουργικό και θα το βοηθά να εκφράζει τις καθημερινές ανάγκες και τις επιθυμίες του.

Τα νοήματα που χρησιμοποιούνται από το ΜΑΚΑΤΟΝ- HELLAS προέρχονται από την ελληνική νοηματική γλώσσα. Τα σύμβολα χρησιμοποιούνται από άτομα με ή χωρίς σωματική αναπηρία, για την ανάπτυξη της δομής της γλώσσας, αλλά και για την ανάπτυξη προαναγνωστικών δεξιοτήτων, που θα βοηθήσουν την επίτευξη της εφαρμογής της κλασικής μεθόδου ανάγνωσης, όταν αυτή κριθεί δυνατή ή για τις ανάγκες χρήσης του προγράμματος ως εναλλακτικό μέσο επικοινωνίας.

Η κριτική που δέχεται το ΜΑΚΑΤΟΝ ως προς τη χρήση του σε άτομα με αυτισμό αφορά κυρίως την ύπαρξη και τη χρήση των νοημάτων, εξαιτίας της αποτυχίας της εκπαίδευσης παιδιών με αυτισμό με τη νοηματική γλώσσα, στη δεκαετία του 1980. Το ΜΑΚΑΤΟΝ, όμως, δεν είναι νοηματική γλώσσα, είναι γλωσσικό πρόγραμμα, που έχει στόχο την ανάπτυξη της επικοινωνίας και του λόγου είτε ακολουθώντας την αναπτυξιακή πορεία του ατόμου, είτε βρίσκοντας εναλλακτικούς τρόπους για την προώθησή τους. Δεν διδάσκει νοήματα, αλλά τα χρησιμοποιεί συμπληρωματικά σε συνδυασμό με την προφορική ομιλία, με κύριο στόχο την αύξηση της κατανόησης της γλώσσας. Αν το ίδιο το άτομο βρει βοηθητική και αποτελεσματική τη χρήση των νοημάτων και τα χρησιμοποιεί κατάλληλα εξυπηρετώντας τις επικοινωνιακές του ανάγκες, τότε αυτά μπορεί να παραμείνουν ως τρόπος εναλλακτικής επικοινωνίας. Αν δεν συμβεί αυτό, συνεχίζουν να

χρησιμοποιούνται από τους επικοινωνιακούς συνεργάτες, για να υποστηρίξουν την καλύτερη κατανόηση της προφορικής ομιλίας (Βογινδρούκας, 2005).

Επίσης, σχετικά με τη χρήση των νοημάτων, ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η δυνατότητα που δίνεται στα παιδιά με αυτισμό να χρησιμοποιούν την ηχοπραξία, που μερικά από αυτά διαθέτουν. Η ηχοπραξία είναι το αντίστοιχο της ηχολαλίας, αλλά με μοντέλο μίμησης στις κινήσεις του άλλου και όχι της λέξης που προφέρει και μπορεί να επιτελέσει επικοινωνιακούς σκοπούς. Χρησιμοποιώντας λοιπόν, κάποιος νοήματα ταυτόχρονα με τη προφορική ομιλία δίνει τη δυνατότητα στα άτομα με αυτισμό που διαθέτουν την ικανότητα για ηχοπραξία να αναπτύξουν έναν επικοινωνιακό κώδικα και να μάθουν να τον χρησιμοποιούν κατάλληλα. Η πιο συχνή χρήση του προγράμματος σε παιδιά με αυτισμό περιλαμβάνει τη προώθηση της επικοινωνίας με εναλλακτικούς τρόπους μέσω της χρήση των συμβόλων ή τα βοηθά στην οργάνωση της ήδη υπάρχουσας ομιλίας, υποστηρίζοντας με συγκεκριμένες διδακτικές τεχνικές την ανάπτυξη της προφορικής εκφραστικής ικανότητας και της κατανόησης (Βογινδρούκας, 2005)

2.4 Αισθητηριακές – κινητικές προσεγγίσεις:

Πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με αυτισμό είναι υπερευαίσθητα ή υποευαίσθητα σε αισθητηριακά ερεθίσματα, με αποτέλεσμα να βιώνουν υπερβολική ή ανεπαρκή αισθητηριακή διέγερση σε σύγκριση με τους περισσότερους ανθρώπους (Dawson & Walting, 2000). Είναι λοιπόν πιθανό να δυσκολεύονται να αντιληφθούν τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα και να αντιδρούν σε αυτά με τον κατάλληλο τρόπο. Η αρχή αυτή αποτελεί την βάση των αισθητηριακών – κινητικών θεραπειών σύμφωνα με τον Smith (1996), που απαριθμούν περισσότερες από 1.800 παραλλαγές. Θα αναφερθούμε σ' αυτές που έχουν διερευνηθεί διεξοδικότερα, οι οποίες αν και δεν θεραπεύουν τον αυτισμό μπορούν να χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικά με άλλα εκπαιδευτικά προγράμματα για να συμβάλουν στην αντιμετώπιση ορισμένων συμπτωμάτων.

2.4.1 Μουσικοθεραπεία:

Η μουσικοθεραπεία έγινε αποδεκτή ως χρήσιμη υποστηρικτική παρέμβαση για άτομα με αυτισμό το 1950 με 1960 από θεραπευτές όπως οι Juliette Alvin, Paul Nordoff και Clive Robbins. Αποσκοπεί στην προώθηση της ισορροπίας ανάμεσα στη συναισθηματική, σωματική, νοητική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Η μουσικοθεραπεία προσφέρει ένα μοναδικό εύρος μουσικών εμπειριών που αποσκοπούν στην πρόκληση αλλαγών στη συμπεριφορά και στην ανάπτυξη κοινωνικών κυρίως δεξιοτήτων μέσω δραστηριοτήτων που συμβαδίζουν με το αναπτυξιακό επίπεδο του κάθε παιδιού. Η μουσική σκοπεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην καλλιέργεια μιας θετικής σχέσης ανάμεσα στο παιδί με αυτισμό, την οικογένεια του και το θεραπευτή (Trevarthen, 2002). Η μουσικοθεραπεία αναμειγνύει στοιχεία της μουσικής, όπως ο ρυθμός, η μελωδία και η αρμονία, με συγκεκριμένους θεραπευτικούς στόχους. Οι Reid, Hill, Rawers και Montegar (1975) υποστηρίζουν ότι επειδή η μουσικοθεραπεία είναι μία μη-λεκτική θεραπεία διαθέτει τη μοναδική ικανότητα να ανοίγει νέους ορίζοντες επίγνωσης και έκφρασης του εαυτού που οδηγούν σε βελτιωμένη λειτουργικότητα. Δεν διδάσκει μια καθορισμένη ομάδα συμπεριφορών, αλλά συμπεριλαμβάνει πολλά βασικά στοιχεία της κοινωνικής αλληλεπίδρασης – την επίγνωση του εαυτού του αλλά και του εαυτού σε σχέση με τους άλλους. Η θεραπεία διεγείρει και αναπτύσσει την επικοινωνιακή χρήση της φωνής και του προ-λεκτικού διαλόγου με κάποιο άλλο άτομο, ενώ εδραιώνει ταυτόχρονα το νόημα της γλωσσικής ανάπτυξης. Το παιδί με αυτισμό μπορεί να επωφεληθεί από την αυξανόμενη ανοχή στον ήχο, τη δυαδική αλληλεπίδραση και την εξάσκηση στην συνδυαστική προσοχή (Aldridge, 1996).

Η μουσικοθεραπεία είναι μια ενεργητική διαδικασία που ακολουθεί μια προδιαγεγραμμένη πορεία και εμπεριέχει το παίξιμο οργάνων, το τραγούδι, το άκουσμα της μουσικής και το λίκνισμα στο ρυθμό της. Επομένως, άτομα όλων των ηλικιών και όλων των δεξιοτήτων είναι σε θέση να επιτύχουν σημαντικούς στόχους ζωής μέσω της μουσικής (Wheeler, 1995). Τα παιδιά αξιολογούνται για μια περίοδο και εάν αποδειχτεί ότι η μουσικοθεραπεία αποτελεί κατάλληλη παρέμβαση για το παιδί, τότε καθορίζεται και το εκπαιδευτικό πλαίσιο. Προγραμματίζεται ο χρόνος

και η διάρκεια των συνεδριών, η ατομική ή η ομαδική βάση τους και οι στόχοι της θεραπείας. Οι συνεδρίες μπορεί να βιντεοσκοποούνται ή να μαγνητοσκοποούνται για να δώσουν στο θεραπευτή τη δυνατότητα να αναπτύξει μουσικά στοιχεία που είναι σημαντικά για την εξέλιξη του ατόμου από εβδομάδα σε εβδομάδα. Το υλικό αυτό μπορεί να κοινοποιηθεί σε γονείς ή άλλους επαγγελματίες για θεραπευτικούς σκοπούς (Berger, 2002; Wigram & DeBacker, 1999).

Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις μουσικοθεραπείας, ενώ η πλέον διαδεδομένη είναι η μουσική αυτοσχεδιασμού, που επιτρέπει στο παιδί με αυτισμό να αναλάβει τον έλεγχο. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί μουσικά όργανα, τα οποία πρέπει να είναι ευχάριστα στο παιδί, ή τη φωνή του προκειμένου να ανταποκριθεί δημιουργικά στους θορύβους που παράγει το παιδί, ενθαρρύνοντας το έτσι να κατασκευάσει τη δική του μουσική γλώσσα. Ο μουσικοθεραπευτής μπορεί να ανταποκριθεί στις φωνές, τις κραυγές και τις κινήσεις του παιδιού που έχουν ρυθμό και ένταση και μπορούν να οργανωθούν μουσικά. Αυτές οι συνεδρίες μετατρέπονται σε συζητήσεις μέσω της μουσικής. Μια δεύτερη μορφή μουσικοθεραπείας χρησιμοποιεί τροποποιημένη μουσική. Τα παιδιά ακούν μουσική και καταγράφονται οι αντιδράσεις τους. Εν συνέχεια τροποποιείται η μουσική και διατηρούνται μόνο οι ήχοι στους οποίους ανταποκρίνονται θετικά. Ο σκοπός της συνεδρίας είναι να καταστήσει τη μουσικοθεραπεία ευχάριστη για το παιδί και επομένως περισσότερο αποτελεσματική (Darnley-Smith & Patey, 2003).

Η μουσικοθεραπεία βελτιώνει την ανάπτυξη των κοινωνικών σχέσεων καθώς ο θεραπευτής στοχεύει να βοηθήσει το παιδί να αποκτήσει επίγνωση του εαυτού του και της αλληλεπίδρασής του με άλλα μέλη της οικογένειας. Ο θεραπευτής το κατορθώνει αυτό αντιγράφοντας τις κινήσεις, τη μουσική, τις εκφορές λόγου, τις φωνές και τις πράξεις του. Η συνειδητοποίηση ότι οι ήχοι ακούγονται και γίνονται κατανοητοί είναι σημαντικοί για τη θεμελίωση της σχέσης ανάμεσα στο θεραπευτή και το παιδί με αυτισμό.

Οι μουσικοθεραπευτές μπορεί να έχουν είτε αμιγώς θεραπευτικό είτε συμβουλευτικό ρόλο. Δουλεύουν είτε ατομικά είτε σε μικρές ομάδες. Δημιουργούν ένα οικείο μουσικό περιβάλλον που ενθαρρύνει τη θετική διαπροσωπική

αλληλεπίδραση και δίνει στα παιδιά την ελευθερία που χρειάζονται για να ανακαλύψουν και να εκφράσουν τους εαυτούς τους (Pavlicevic, 1997). Ένας μουσικοθεραπευτής πρέπει να έχει επαγγελματική εκπαίδευση στη χρήση κλινικών μουσικών παρεμβάσεων (Brunk, 1999).

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται πολλές γενικές δηλώσεις σχετικά με τις επιδράσεις της μουσικής στην εξέλιξη των παιδιών με αυτισμό στους παρακάτω τομείς (Agrotou, 1998; Brown, 1994; Duffy & Fuller, 2000; Fuggle, Fixter, & Brown, 1995):

1. Διακοπή των μοτίβων απομόνωσης και κοινωνικής απόσυρσης και βελτίωση της κοινωνικής – συναισθηματικής ανάπτυξης.
2. Διευκόλυνση της λεκτικής και της μη-λεκτικής επικοινωνίας.
3. Μείωση των συμπεριφορών που χαρακτηρίζουν τη διαταραγμένη αντιληπτική και κινητική ανάπτυξη και λειτουργικότητα.
4. Η διευκόλυνση της δημιουργικής έκφρασης του εαυτού και προώθηση της συναισθηματικής ικανοποίησης.
5. Υποστήριξη των οικογενειών των ατόμων με αυτισμό.

2.4.2. Αισθητηριακή ολοκλήρωση:

Η θεραπευτική αυτή μέθοδος αναπτύχθηκε από τη Δρ. Jean Ayres (1972), και βασίζεται στην υπόθεση ότι η αισθητηριακή ολοκλήρωση είναι κατά βάση μια νευροβιολογική διαδικασία (Hatch- Rasmussen, 1995) και ότι τα παιδιά με αυτισμό βιώνουν δυσλειτουργίες στον τρόπο ενσωμάτωσης των αισθητηριακών δεδομένων από τον εγκέφαλο. Οι Fisher, Murray και Bundy (1991) δηλώνουν ότι οι βασικές αρχές πάνω στις οποίες στηρίζεται η αισθητηριακή ολοκλήρωση είναι οι ακόλουθες:

1. Το κεντρικό νευρικό σύστημα είναι εύκαμπτο (η εγκεφαλική δομή έχει την ικανότητα να μεταβάλλεται και να τροποποιείται),
2. Η διαδικασία της αισθητηριακής ολοκλήρωσης πραγματοποιείται στα πλαίσια μιας αναπτυξιακής ακολουθίας. Στην πορεία της φυσιολογικής ανάπτυξης, οι πολυπλοκότερες συμπεριφορές προκύπτουν από μια κυκλική διαδικασία. Οι

συμπεριφορές κάθε σταδίου αποτελούν τη βάση για την ανάπτυξη πιο περίπλοκων συμπεριφορών,

3. Οι εγκεφαλικές λειτουργίες συνθέτουν ένα ολοκληρωμένο σύνολο το οποίο αποτελείται από ιεραρχικά δομημένα συστήματα,
4. Η προσαρμοστική συμπεριφορά προάγει την αισθητηριακή ολοκλήρωση, η οποία αντανακλάει με τη σειρά της την εμφάνιση μιας προσαρμοστικής συμπεριφοράς και
5. Οι άνθρωποι έχουν την εσωτερική ορμή να αναπτύσσουν αισθητηριακή ολοκλήρωση μέσω της συμμετοχής σε αισθητηριακές και κινητικές δραστηριότητες.

Η θεραπεία ξεκάνει με την διαμόρφωση ενός πλήρους αισθητηριακού ιστορικού και την αξιολόγηση του παιδιού με αυτισμό μέσω παιχνιδιού. Για να μπορέσουν οι ειδικοί και η οικογένεια του παιδιού να κατανοήσουν για πιο λόγο λειτουργεί με ένα συγκεκριμένο τρόπο, πρέπει να αναλύσουν τα αισθητηριακά του μοτίβα. Έτσι μια αφύσικη ή δυσνόητη συμπεριφορά μπορεί να αποκτήσει νόημα και αιτία στα πλαίσια της προσπάθειας που καταβάλει το παιδί να ξεπεράσει ορισμένες δυσκολίες. Είναι επίσης πιθανό, το παιδί να αντιλαμβάνεται τον κόσμο με ένα τρόπο που διαφέρει δραστικά από τον συμβατικό τρόπο αντίληψης που χαρακτηρίζει τους περισσότερους ανθρώπους. Για παράδειγμα, ένα παιδί που στριφογυρίζει γύρω από τον εαυτό του, μπορεί να επιχειρεί να διεγείρει ένα σύστημα ή μια αίσθηση που υπολειτουργεί. Όταν κατανοήσουμε την αιτία της συμπεριφοράς δεν προσπαθούμε απλώς να την εξαλείψουμε, αλλά να βρούμε ένα τρόπο να το βοηθήσουμε να ανακαλύψει τη διέγερση που αναζητάει με άλλους τρόπους για να σταματήσει την φαινομενικά ανάρμοστη συμπεριφορά. Στη συνέχεια οι ειδικοί αποφασίζουν εάν το πρόγραμμα αισθητηριακής ολοκλήρωσης ταιριάζει στο παιδί που αξιολογήθηκε και ετοιμάζουν ένα εξατομικευμένο πλάνο. Για παράδειγμα, εάν ένα παιδί με αυτισμό δεν αντιδρά επαρκώς στον ήχο οι θεραπευτές χρησιμοποιούν διασκεδαστική φωνή που συνοδεύεται από αστείες εκφράσεις του προσώπου για να τραβήξουν τη προσοχή του, ενώ για ένα παιδί που είναι υπερευαίσθητο στον ήχο αρκεί ένας ελαφρύς ψίθυρος. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με αυτισμό στον κινητικό σχεδιασμό δεν γίνονται συχνά

αντιληπτές από τους ειδικούς, με αποτέλεσμα να μην αντιμετωπίζονται επαρκώς (Χρυσή, Παναγιώτης, 2012).

Για να γίνει αντιληπτή η βελτίωση της εκδήλωσης ορισμένων συμπτωμάτων συλλέγονται δεδομένα για την αυτοτραυματική συμπεριφορά, τη δυνατότητα εκμάθησης νέων πληροφοριών, τη βλεμματική επαφή και τις κινητικές δεξιότητες πριν και μετά την εφαρμογή της θεραπευτικής προσέγγισης (Smith, 1996).

Οι θεραπευτές υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που αντιμετωπίζονται με αισθητηριακή ολοκλήρωση έχουν διαφορετική αντίδραση ανάλογα με το βαθμό ευαισθησίας τους στα αισθητηριακά ερεθίσματα. Για παράδειγμα, το παιδί που είναι υπερβολικά ευαίσθητο γίνεται πιο ήσυχο, ενώ αυξάνεται η εγρήγορση του παιδιού που δεν βρίσκεται σε εγρήγορση. Δεν μας εξηγούν ωστόσο, πως είναι δυνατό μια παρέμβαση να προκαλεί δύο τελείως διαφορετικές αντιδράσεις. Δηλαδή είτε αύξηση είτε μείωση της ευαισθησίας σε αισθητηριακά δεδομένα. Κάποιοι άλλοι, ισχυρίζονται ότι εάν ένα παιδί δεν έχει καθόλου λόγο είναι πιθανό να αρχίσει να ονομάζει περισσότερα αντικείμενα, να εκφέρει ήχους που δεν είχε στο ρεπερτόριο του μέχρι τη δεδομένη χρονική στιγμή, να έχει πιο καθαρή άρθρωση, να αναπτύσσει λεξιλόγιο και αργότερα σύνθετες προτάσεις, να χρησιμοποιεί αυθόρμητα εκφράσεις, να δείχνει μεγαλύτερη διάθεση για αλληλεπίδραση και επικοινωνία με ανθρώπους από το περιβάλλον του, να κατανοεί ευκολότερα τις προφορικές οδηγίες που του δίνουν, να νιώθουν πιο ανεξάρτητα και κατά αισθάνονται ευτυχισμένα. Οι υπεύθυνοι δηλώνουν ότι επειδή οι παραπάνω αλλαγές που παρατηρήθηκαν διαφέρουν από παιδί σε παιδί, δεν είναι σε θέση να προβλέψουν τις ακριβείς αλλαγές που θα παρουσιάσει κάθε παιδί.

Οι αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτής στηρίζονται κατά κύριο λόγο στις μαρτυρίες των γονέων οι οποίοι καλούνται να συνεργαστούν στενά με τους θεραπευτές προκειμένου να γενικεύσουν τις συμπεριφορές και τις δεξιότητες που έχουν κατακτήσει τα παιδιά τους. Οι υποστηρικτές της μεθόδου δεν μας έχουν παρουσιάσει πειστικά αποδεικτικά στοιχεία για τον τρόπο με τον οποίο επιτυγχάνονται οι υποτιθέμενες αλλαγές, που φαίνεται να αξιολογούνται με υποκειμενικό και αυθαίρετο τρόπο (Cook, 1991).

Ορισμένες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι θεραπείες αισθητηριακής ολοκλήρωσης είναι αποτελεσματικές και τις παραθέτουμε στη συνέχεια:

Η Mary Brown (1999), εφάρμοσε την παρέμβαση αισθητηριακής ολοκλήρωσης σε 2 αδέρφια με αυτισμό ηλικίας 5 και 3μιση ετών. Ανέφερε ότι παρατηρήθηκε βελτίωση στην ισορροπία, στην εγρήγορση, στην αισθητηριακή ρύθμιση, στο λόγο, στην οπτική επαφή και στην προσοχή. Δεν μας εξηγεί, ωστόσο, πόσο χρονικό διάστημα μεσολάβησε για να εκδηλωθεί η βελτίωση και πως είναι δυνατό 2 παιδιά με αυτισμό που είναι σίγουρο ότι έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά να παρουσίασαν βελτίωση στις ίδιες ακριβώς συμπεριφορές. Επίσης, δεν γνωρίζουμε αν τα παιδιά παρακολουθούσαν κάποια άλλη θεραπεία, που μπορεί να προκάλεσε τις αλλαγές που ανέφερε η ερευνήτρια. Οι Case και Bryan (1999) διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα της μεθόδου σε 5 παιδιά με αυτισμό προσχολικής ηλικίας, χρησιμοποιώντας βιντεοσκοπημένα αποσπάσματα κάθε παιδιού την ώρα που έπαιζε στο χώρο του προ-νήπιου. Σε 4 παιδιά παρατηρήθηκε ότι μετά το πέρας της παρέμβασης περνούσαν περισσότερο χρόνο συμμετέχοντας σε μια δραστηριότητα και ενεπλάκησαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε κάποιο παιχνίδι που είχε ένα συγκεκριμένο στόχο, χωρίς ωστόσο να βελτιωθεί η συχνότητα της αλληλεπίδρασης με τους συνομηλίκους τους. Δεν διασαφηνίζεται επίσης με πιο τρόπο η αισθητηριακή ολοκλήρωση μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της κοινωνικότητας. Ο Larrington (1987) ανέφερε ότι η χρήση ενός προγράμματος αισθητηριακής ολοκλήρωσης οδήγησε έναν έφηβο με αυτισμό στη μείωση της αυτοτραυματικής και επιθετικής του συμπεριφοράς. Η αξιολόγηση όμως του προγράμματος έγινε αναδρομικά και επομένως μπορεί να έχουν γίνει σημαντικά λάθη ή παραλείψεις. Επίσης, οι Ray, King και Grandin (1998) ανέφεραν ότι η μέθοδος προκάλεσε σημαντική αύξηση στις εκφορές λόγου ενός παιδιού με αυτισμό, το οποίο απέκτησε 13 νέες λέξεις. Δεν υπήρξε, ωστόσο, κανένας έλεγχος της αξιοπιστίας αυτού του ευρήματος. Οι Dawson και Watling (2000) επισημαίνουν ότι μόνο μια έρευνα έχει χρησιμοποιήσει περισσότερους από 5 συμμετέχοντες (Mudford, Cross, Bren, Cullen, Reeves, Gould Douglas, 2000) και καμία δεν έχει συμπεριλάβει ομάδα ελέγχου (Burns, 1998; Green, 1996; Ottenbacher, 1982).

Ο Arendt και οι συνεργάτες του (1988) υποστηρίζουν ότι αν και οι θεωρίες της Ayres σχετικά με την ιεραρχία του νευρικού συστήματος και τη νευρική ευκαμψία είναι βάσιμες, δεν τις έχει ενσωματώσει στο θεωρητικό μοντέλο που δημιούργησε. Ο Goldstein (2000), αντιθέτως, εκφράζει μια διαφορετική άποψη και υποστηρίζει ότι το θεωρητικό υπόβαθρο της αισθητηριακής ολοκλήρωσης θεωρείται πλέον αβάσιμο και ξεπερασμένο.

Η Grandin (1996) που είναι ένα άτομο με αυτισμό υπογραμμίζει την ανάγκη που υπάρχει για περισσότερη έρευνα στα αισθητηριακά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με αυτισμό στις περιοχές της αισθητηριακής επεξεργασίας, της αλλαγής του επίκεντρου της προσοχής και της ενσωμάτωσης των πληροφοριών που προέρχονται από διάφορα αισθητηριακά όργανα.

Συνοπτικά, διαπιστώνουμε ότι η αποτελεσματικότητα της αισθητηριακής ολοκλήρωσης έχει βασιστεί κυρίως σε υποκειμενικές αναφορές και μη-συστηματικές παρατηρήσεις. Οι περισσότερες επιστημονικά αποδεκτές έρευνες συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι οι θεραπείες αισθητηριακής ολοκλήρωσης είναι είτε αναποτελεσματικές είτε εξίσου αποτελεσματικές με άλλες εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας (Grandin, 1996; Hoehn & Baumeister, 1994; Kaplan, Polatajno, Wilson & Furis, 1993; Shore, 1994) και ενώ δεν αποτελούν μια ολοκληρωμένη θεραπευτική πρόταση, μπορεί να χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικά με μια αποδεδειγμένα χρήσιμη εκπαιδευτική παρέμβαση (Καλύβα, 2004).

2.4.3 Ακουστική ολοκλήρωση:

Η ακουστική ολοκλήρωση θεωρείται ότι είναι μια μορφή αισθητηριακής ολοκλήρωσης που αναφέρεται συγκεκριμένα στην ευαισθησία στα ακουστικά ερεθίσματα. Έγινε ιδιαίτερα δημοφιλής στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και βασίστηκε στην υπόθεση ότι η υπερευαίσθητη ακοή των ατόμων με αυτισμό συμβάλει στην εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και εμποδίζει την εκμάθηση σε εκπαιδευτικά πλαίσια. Η ακουστική ολοκλήρωση είναι η ικανότητα λήψης

πληροφοριών από τις αισθήσεις και συνδυασμού τους με προηγούμενες πληροφορίες, αναμνήσεις και γνώσεις που χρησιμοποιούνται για να μπορέσει το άτομο να αντιδράσει κατάλληλα. Η μέθοδος της ακουστικής ολοκλήρωσης απευθύνεται σε άτομα με αυτιστικές διαταραχές (Hayes & Gordon, 1977) που αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες σε τρεις αναπτυξιακούς τομείς: την ακουστική επεξεργασία, τον κινητικό σχεδιασμό και την αισθητηριακή ολοκλήρωση (Randall, 1999). Οι 2 πλέον διαδεδομένες μέθοδοι ακουστικής ολοκλήρωσης είναι του Alfred Tomatis και του Guy Berard. Οι 2 αυτές μέθοδοι διαφέρουν σε τέτοιο βαθμό που θα μπορούσαν να θεωρηθούν δύο ξεχωριστά είδη θεραπειών, γεγονός που εγείρει αμφιβολίες τόσο για το θεωρητικό υπόβαθρό της θεραπείας όσο και για την πιστότητα της εφαρμογής της.

Έγιναν κάποιες μελέτες από τον Berard (1993) και τους Rimland και Edelson (1995), σε ασθενείς με αυτισμό, που αναφέρουν ελάχιστη βελτίωση. Οι έρευνες αυτές δεν παραθέτουν πειστικά επιχειρήματα για να στηρίξουν ακόμα και αυτή τη μικρή βελτίωση, ενώ ταυτόχρονα πάσχουν από μεθοδολογικές αδυναμίες. Οπότε δεν πείθουν για την αποτελεσματικότητά τους. Παρακάτω παρατίθενται κάποιες έρευνες που μελέτησαν τα αποτελέσματα της ακουστικής ολοκλήρωσης:

Ο Link (1997) παρατήρησε την πρόοδο 3 αγοριών με αυτισμό που υπεβλήθησαν σε θεραπεία ακουστικής ολοκλήρωσης με τη συσκευή που κατασκεύασε ο Berard (1993). Δεν βρέθηκε σχεδόν καμία ωφέλιμη επίδραση στη συμπεριφορά και δεν παρατηρήθηκε καμία αλλαγή στην ευαισθησία που υπέδειξαν τα αγόρια στον ήχο. Επιπλέον, έχουν δημοσιευτεί 4 ακόμα καλά ελεγχόμενες έρευνες (Bettison, 1996; Gillberget al., 1997; Smith, 1996; Zollweg et al., 1997), οι οποίες δεν διαπίστωσαν κανένα συγκεκριμένο όφελος από τη προτεινόμενη θεραπεία. Οι Rimland και Edelson(1998) απάντησαν στα αρνητικά ευρήματα της Gillberg και των συνεργατών της (1997), αναφέροντας πρόοδο σε 9 παιδιά με αυτισμό που υποστήριξαν ότι και η στατική ανάλυση και η οπτική επιθεώρηση των αποτελεσμάτων 'έδειξαν σαφώς θετικές επιδράσεις '. Αυτή η παρατήρηση δε άλλαξε, ωστόσο, την εντύπωση που έχουμε δημιουργήσει για την αποτελεσματικότητα της ακουστικής ολοκλήρωσης, την οποία επισήμανε και η Patricia Howlin (1996). Οι Rimland και Edelson (1998) απάντησαν και στην αρνητική

αξιολόγησης της Howlin (1996) και υποστήριξαν ότι βάσισε τα σχόλια στην πιλοτική τους μελέτη και όχι στην κύρια έρευνα που έκαναν.

Υπάρχουν λοιπόν, ελάχιστες έρευνες που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της ακουστικής ολοκλήρωσης, αρκετές βασίζονται κυρίως σε διηγήσεις γονέων και παρέχουν ελάχιστες πληροφορίες για τις τεχνικές μέτρησης της συμπεριφοράς και τα στατιστικά μέσα αξιολόγησης των αποτελεσμάτων που χρησιμοποιήθηκαν.

Επιπλέον, πρέπει να επισημανθεί ότι η θεραπεία βασίζεται σε θεωρίες σχετικά με την ακουστική ανατομία, φυσιολογία και παθολογία που δεν συμφωνούν με τη σύγχρονη γνώση σχετικά με το ακουστικό σύστημα (Berkell, Malgeri, & Streit, 1996). Ακόμη επικίνδυνη μπορεί να αποβεί η χρήση των προϊόντων που είναι απαραίτητα για την εφαρμογή της μεθόδου και όπως έχει επισημανθεί από τη Tharpe (1999) δεν έχουν εγκριθεί στην πλειοψηφία τους από τα υπουργεία υγείας πολλών κρατών.

2.4.4. Οπτικές Θεραπείες:

Στα παιδιά με αυτισμό έχουν εφαρμοστεί πολυάριθμες οπτικές θεραπείες που συμπεριλαμβάνουν κινητικές ασκήσεις του ματιού, φακούς επαφής και χρωματιστά φίλτρα, οι οποίες στοχεύουν στην βελτίωση της οπτικής επεξεργασίας και της οπτικής – χωρικής αντίληψης που μπορεί να σχετίζονται με ορισμένα συμπτώματα του αυτισμού (π.χ., τα προβλήματα συντονισμού και προσοχής). Οι οπτικές θεραπείες χορηγούνται ατομικά με συνταγή γιατρού.

Υπάρχουν αρκετές μεμονωμένες αναφορές για την αποτελεσματικότητα των οπτικών θεραπειών, αλλά οι επιστημονικές μελέτες είναι πολύ περιορισμένες. Υπάρχουν μόνο τρεις, που έχουν διεξαχθεί από την ίδια ομάδα επιστημόνων και εξετάζουν τους πρισματικούς φακούς (Carmody, Kaplan, & Gaydos, 2001; Kaplan, Carmody, & Gaydos, 1996; Kaplan, Edelson, & Seip, 1998), αλλά έχουν καταλήξει σε διαφορετικά αποτελέσματα.

2.4.5. Διευκολυνόμενη επικοινωνία:

Η διευκολυνόμενη επικοινωνία ξεκίνησε τη δεκαετία του 1970 από τη Rosemary Crossley, που βοηθούσε τα άτομα να επικοινωνήσουν μέσω ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή. Τα άτομα με αυτισμό δείχνουν να απολαμβάνουν συχνά την αλληλεπίδραση με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή, επειδή τα ερεθίσματα που λαμβάνουν είναι σταθερά και μπορούν να τα ελέγξουν. Έτσι έχουν δημιουργηθεί πολλά προγράμματα από γονείς παιδιών με αυτισμό και από ειδικούς που μπορούν να τα χρησιμοποιήσουν τα παιδιά στον ηλεκτρονικό υπολογιστή του σπιτιού τους, για να έχουν τον απαιτούμενο χρόνο να ολοκληρώσουν τη δραστηριότητα που εκτελούν. Η εκπαίδευση στη διευκολυνόμενη επικοινωνία είναι μια στρατηγική που επιτρέπει σε άτομα με σοβαρά επικοινωνιακά προβλήματα να χρησιμοποιήσουν επικοινωνιακά βοηθήματα (συνήθως ένα πληκτρολόγιο) με τα χέρια τους. Στην εκπαίδευση παρίσταται και ένας σύντροφος επικοινωνίας που βοηθάει και διευκολύνει το χρήστη να ξεπεράσει νευρολογικά και κινητικά προβλήματα και να μπορέσει να δείχνει αποτελεσματικά. Ο βαθμός διευκόλυνσης που απαιτείται ποικίλει από άτομο σε άτομο. Ορισμένοι χρειάζονται ένα απλό άγγιγμα στον ώμο που θα τονώσει την αυτοπεποίθησή τους, ενώ άλλοι έχουν ανάγκη από πλήρη υποστήριξη και καθοδήγηση του χεριού τους.

Ο άμεσος στόχος είναι να μπορέσει ο χρήστης να κάνει επιλογές και να αρχίσει να επικοινωνεί με αποτελεσματικό τρόπο. Ενθαρρύνεται η εξάσκηση σε πίνακα με εικόνες, σε ένα συνθεσάιζερ ήχου ή σε ένα πληκτρολόγιο που μπορεί να αυξήσει τις σωματικές ικανότητες και την αυτοπεποίθησή του χρήστη και να μειώσει την εξάρτησή του από τον υποστηρικτή. Καθώς βελτιώνονται οι δεξιότητες και η αυτοπεποίθησή του χρήστη, μειώνεται η ποσότητα της διευκόλυνσης που παρέχεται. Τελικός στόχος, είναι να μπορέσει ο χρήστης να χρησιμοποιεί τα επικοινωνιακά βοηθήματα της επιλογής του ανεξάρτητα (Crossley, 1994). Οι επιλογές θα πρέπει να γίνονται από το χρήστη και όχι από τον υποστηρικτή. Επίσης, είναι καλό να εκπαιδευτούν αρκετοί επικοινωνιακοί σύντροφοι έτσι ώστε να αποφευχθεί η εξάρτησή από ένα μόνο άτομο. Το ποσοστό της διευκόλυνσης που

παρέχεται πρέπει να αναθεωρείται τακτικά με σκοπό να μειώνονται όσο το δυνατό γρηγορότερα (Crossley, 1994).

Η Crossley (1994) έχει κάνει ένα κατάλογο προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με αυτισμό και μπορούν να ξεπεραστούν με τη συμβολή της διευκολυνόμενης επικοινωνίας: 1) ανεπαρκής συντονισμός χεριού –ματιού, 2) χαμηλός ή υψηλός μυϊκός τόνος, 3) απομόνωση του δείκτη και προβλήματα στο τέντωμα του, 4) επιμονή του παιδιού σε μια επιλογή, 5) χρήση και των δύο χεριών όταν απαιτείται μόνο το ένα, 6) τρέμουλο χεριού, 7) προβλήματα στην εκκίνηση μιας πράξης, 8) παρορμητικότητα, 9) αστάθεια του κορμού και του ώμου του παιδιού και 10) μειωμένη λήψη ερεθισμάτων από τον οργανισμό .

Η Crossley, (1994) δηλώνει ότι η αποτελεσματικότητα της διευκολυνόμενης επικοινωνίας στηρίζεται σε περιγραφές και προσωπικές μαρτυρίες γονέων και μερικών θεραπευτών. Δεν έχουν καταγραφεί οι δεξιότητες που είχε το παιδί πριν αρχίσει η θεραπεία για να διαπιστωθεί εάν υπήρχε κάποια πρόοδος και δεν έχει εξεταστεί η πιθανότητα η βελτίωση να οφείλεται σε ανεξάρτητους παράγοντες από την εφαρμογή της θεραπείας. Επίσης δηλώνει, ότι ο υποστηρικτής είναι υπαίτιος για την αποτυχία μιας θεραπείας, ο οποίος είτε δεν είναι σωστά εκπαιδευμένος είτε δεν πιστεύει στην δύναμη της θεραπείας που εφαρμόζει. Τέλος, αρνείται να γίνει οποιαδήποτε αξιολόγηση της μεθόδου από ανεξάρτητους ερευνητές.

Οι Biklen et al. (1992), δεν μας δίνουν επίσης επαρκείς πληροφορίες για τον τρόπο που αντιδρούν τα παιδιά στις προσπάθειες των γονιών τους να λειτουργήσουν ως υποστηρικτές (Schopler, 1992). Ο Green (1994) υποστηρίζει ότι 700 περίπου άτομα με αυτισμό που συμμετείχαν σε ελεγχόμενες μελέτες δεν είχαν αναμενόμενη απόδοση. Για να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης χρησιμοποιούνται οι λεγόμενες “τυφλές” μελέτες, όπου η πρόσβαση του παιδιού στις πληροφορίες είναι ελεγχόμενη και αξιολογείται η καταγεγραμμένη αντίδραση στο ερέθισμα που είδε ή άκουσε το παιδί και όχι ο υποστηρικτής. Η Kerrin, Murdock, Sharpton, και Jones (1998) μελέτησαν υποστηρικτές που λειτουργούσαν κάτω από τις τρεις ακόλουθες συνθήκες: έβλεπαν κανονικά, φορούσαν γυαλιά ηλίου ή δεν μπορούσαν να δουν καθόλου τη δοκιμασία στη διάρκεια της

θεραπείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά απαντούσαν με μεγαλύτερη ακρίβεια όταν ο υποστηρικτής έβλεπε κανονικά. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Sheehan και Matuozzi (1996), η Howlin (1997) σε μια ανασκόπηση 45 ελεγχόμενων δοκιμών διευκολυνόμενης επικοινωνίας που έκανε, η Caban (1994) και οι Wheeler, Jacobson, Paglieri και Schwartz (1993). Η τελευταία έρευνα μάλιστα παρουσιάζει σαφείς ενδείξεις ότι οι υποστηρικτές αποτελούν την πηγή των πληροφοριών που δίνει το παιδί.

Υπάρχουν και άλλες επιστημονικές μελέτες οι οποίες δεν στηρίζουν την αποτελεσματικότητα που θεωρείται ότι έχει η διευκολυνόμενη επικοινωνία στην αντιμετώπιση του αυτισμού (Mostert, 2001). Πιο συγκεκριμένα, οι Myles, Simpson και Smith (1996) διερεύνησαν την εκπαιδευτική χρησιμότητα και αποτελεσματικότητας της στην διδασκαλία και αξιολόγηση παιδιών με αυτισμό σε βασικές ακαδημαϊκές δεξιότητες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η διευκολυνόμενη επικοινωνία δεν δύναται να χρησιμοποιηθεί ως εκπαιδευτικό εργαλείο και πως δεν φαίνεται να έχει καμιά επίδραση στη συμπεριφορά και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις των παιδιών με αυτισμό. Τέλος στις Ηνωμένες Πολιτείες πέντε μεγάλα επαγγελματικά σωματεία έχουν υιοθετήσει πλέον μια επίσημη τοποθέτηση απόρριψης της διευκολυνόμενης επικοινωνίας ως έγκυρου τρόπου προώθησης της έκφρασης ατόμων με αναπηρίες. Επιπλέον οι Jordan, Jones και Murray (1998) έκαναν μια ερευνητική ανασκόπηση των εκπαιδευτικών προσεγγίσεων που χρησιμοποιούνται για τον αυτισμό και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν συντρέχει κανένας λόγος για να συνεχιστεί η διερεύνηση και η μελέτη της διευκολυνόμενης επικοινωνίας.

Το συμπέρασμα που μπορεί να εξαχθεί είναι ότι η διευκολυνόμενη επικοινωνία δεν αποτελεί θεραπεία για τον αυτισμό αλλά μπορεί να είναι μια σημαντική επιλογή επικοινωνίας για ορισμένα παιδιά με αυτισμό (Duchan, 1993).

2.4.6. Το σχολείο Higashi ή θεραπεία καθημερινής ζωής:

Η προσέγγιση αυτή δημιουργήθηκε από τον Δρ. Kitahara (1984 α, 1984 β, 1984 γ). Τα σχολεία αυτά απευθύνονται σε άτομα με αυτισμό ηλικίας 3-22 ετών. Επιλέγουν για φοίτηση παιδιά που δεν εμφανίζουν συννοσηρότητα και έχουν φυσιολογικό δείκτη νοημοσύνης, δηλαδή παιδιά που έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν καλή έκβαση. Επομένως, ακόμα και αν παρατηρηθεί κάποια βελτίωση αποδίδεται στο δυναμικό των παιδιών και όχι στη θεραπεία που παρακολουθούν στο σχολείο. Η θεραπεία συμπεριλαμβάνει στοιχεία που απαντώνται στην εκπαίδευση των παιδιών με αυτισμό, αλλά δίνει περισσότερη έμφαση και προσοχή στη σωματική άσκηση. Χρησιμοποιεί τις συμπεριφορικές τεχνικές της παροχής υποστήριξης και της απόσβεσης για τη διδασκαλία νέων δεξιοτήτων και τη μείωση της ανάρμοστης συμπεριφοράς αγνοώντας την και ενθαρρύνοντας ταυτόχρονα μια άλλη κατάλληλη συμπεριφορά (Rimland, 1987). Ο στόχος της προσέγγισης είναι να αναπτυχθούν τα παιδιά με αυτισμό όσο το δυνατό πιο φυσιολογικά στο σωματικό, συναισθηματικό, πνευματικό και κοινωνικό επίπεδο. Υπάρχει ένα πλήρως εξοπλισμένο κέντρο με ηλεκτρονικούς υπολογιστές που αξιοποιείται για την ανάπτυξη του λόγου και της γλώσσας. Οι ακαδημαϊκές δραστηριότητες συμβαδίζουν με εκείνες του προγράμματος σπουδών του γενικού σχολείου προκειμένου να προωθηθεί η ένταξη όπου αυτό κριθεί σκόπιμο και εφικτό (Peacock, 1994; Quill, 1989). Υπάρχει και ένα πρόγραμμα για παιδιά που διαβιώνουν στο χώρο του σχολείου και διδάσκει δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης και κοινωνικές δεξιότητες, ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζει την ακαδημαϊκή δουλειά που γίνεται καθημερινά. Το ημερήσιο πρόγραμμα λειτουργεί 217 ημέρες το χρόνο και το πρόγραμμα φιλοξενίας λειτουργεί 304 ημέρες το χρόνο. Μια επιπλέον παροχή της σχολής αυτής είναι τα σεμινάρια και η εκπαίδευση που γίνεται στους γονείς.

Μετά την είσοδο στο σχολείο, όλοι οι μαθητές συμμετέχουν σε πρακτική στην κοινότητα με απώτερο σκοπό να εργαστούν. Δεν είναι γνωστό, ωστόσο, το ποσοστό των μαθητών που μπορεί να επωφελείται σε κάποιο βαθμό από τη συγκεκριμένη θεραπεία (Edwards, 1995; Elgar, 1989; Martell, 1996; Upton, 1992). Η μέθοδος αυτή δεν εστιάζεται στην πρόωθηση της ικανότητας των παιδιών που δεν

φαίνεται να κατανοούν καν για πιο λόγο κάνουν ότι κάνουν και μάλιστα σε βαθμό που και η ίδια η μέθοδος μπορεί να γίνει στερεοτυπία. Πρόκειται για ένα σχολείο που προσπαθεί να «πουλήσει» το προϊόν του στους γονείς που προσπαθούν να βρουν ένα χώρο εκπαίδευσης ή διαβίωσης για τα παιδιά τους ελπίζοντας ίσως, σε ένα καλύτερο μέλλον χωρίς να παρέχει διαπιστευμένες αποδείξεις για την αποτελεσματικότητά του. (Καλύβα, 2005)

2.5.Βιοχημικές προσεγγίσεις:

Αν και δεν υπάρχουν επαρκής αποδείξεις για την αποτελεσματικότητά τους, σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα υπάρχουν αντενδείξεις, οι παρακάτω θεραπείες προωθήθηκαν πολύ στον τομέα της αντιμετώπισης του αυτισμού.

2.5.1.Φαρμακοθεραπεία:

Η απόφαση για χορήγηση φαρμάκων είναι ιδιαίτερα σημαντική όταν αφορά σε παιδιά που βρίσκονται στο στάδιο της ανάπτυξης και μπορεί να παρουσιάσουν επιπλοκές. Οι Langworthy- Lam, Aman και Van Bourgodiën (2002) αναφέρουν ότι τα παιδιά με αυτισμό είναι μία ομάδα που λαμβάνει αρκετά φάρμακα. Υπάρχουν αρκετές μελέτες που αναφέρονται στη φαρμακευτική αντιμετώπιση του αυτισμού (AACAP, 1999; Aman & Langworthy, 2000; Campbell, Schopler, Cueva, & Hallin, 1996; Gillberg, 1996; King, 2000). Αν και τα φάρμακα δεν θεραπεύουν τον αυτισμό, έχει αποδειχτεί ότι πολλά βελτιώνουν διάφορα συμπτώματα και αυξάνουν έτσι την ικανότητα του ατόμου να επωφεληθεί από εκπαιδευτικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις και παρατηρείται βελτίωση στη συμπεριφορά. Η λήψη του φαρμάκου πρέπει να διακοπεί σταδιακά για να σταματήσει η οργανική εξάρτηση του παιδιού από αυτό και οι παρενέργειες που επιφέρει (Aman & Langworthy, 2000).

Τα φάρμακα πρέπει να είναι η τελευταία λύση που επιλέγουμε για να αντιμετωπίσουμε κάποια συμπτώματα του αυτισμού, ιδιαίτερα όταν το παιδί εκδηλώνει συμπεριφορές που μπορεί να είναι καταστροφικές ή έχει συνοδά οργανικά προβλήματα. Επιπλέον, τα φάρμακα χορηγούνται σε παιδιά που δεν έχουν πρόσβαση σε εναλλακτικές υποστηρικτικές υπηρεσίες και τα χρησιμοποιούμε για να καταστείλουμε ορισμένες ανεπιθύμητες συμπεριφορές.

2.5.1.1 Σεκρετίνη:

Είναι μια πολυπεπτιδική ορμόνη που συμβάλει στη ρύθμιση της γαστρικής λειτουργίας και όταν χορηγείται σε ενδοφλέβια μορφή, θεωρήθηκε ότι διαλύει τα πεπτίδια που μπορεί να ευθύνονται για ορισμένα συμπτώματα που παρατηρούνται στον αυτισμό. Η σεκρετίνη παρουσιάστηκε στη Αμερική το 1998, όταν η μητέρα ενός παιδιού με αυτισμό που έλαβε σεκρετίνη για να αντιμετωπίσει ένα γαστρεντερικό πρόβλημα παρατήρησε ότι βελτιώθηκε σε μεγάλο βαθμό η δυνατότητα συγκέντρωσης της προσοχής του. Τα σχετικά άρθρα τράβηξαν την προσοχή του Δρ Bernard Rimland (1998), ο οποίος ηγήθηκε πολλών ερευνών για την αποτελεσματικότητα της. Στη συνέχεια έγινε ευρέως γνωστή στο Ηνωμένο Βασίλειο όταν ο Billy Tommey υπεβλήθη σε θεραπεία με σεκρετίνη και ο πατέρας του παρατήρησε ότι βελτιώθηκε θεαματικά σε πολλούς τομείς. Φυσικά δεν έχουμε πληροφορίες για το χρονικό διάστημα που διήρκησε η βελτίωση και πόσο συχνά έπρεπε να κάνει ενέσεις για να μπορέσει να διατηρήσει τα θετικά αποτελέσματα.

Τα οφέλη που έχουν επικαλεστεί οι γονείς έχουν αξιολογηθεί με υποκειμενικά κριτήρια και δεν υποστηρίζονται από ανεξάρτητους ερευνητές (Goulet et al., 2001). Οι Horvath, Stefatos, Sokolski, Wachtel, Nabors και Tildon (1998) αναφέρουν βελτίωση μετά από 5 εβδομάδες χορήγησης. Όμως η έρευνα τους πάσχει έχει ελλείψεις και ανακρίβειες. Και οι Lonsdale και Shamberger (2002) μίλησαν για σημαντική βελτίωση χωρίς όμως να παρέχουν τις απαραίτητες διευκρινήσεις. Πέρα από αυτές τις πιο σημαντικές μελέτες που παρουσίασαν ορισμένα αμφιλεγόμενα θετικά αποτελέσματα, οι περισσότερες έρευνες (π.χ., Coniglio et al., 2001) έχουν

καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η σεκρετίνη δεν επηρεάζει ουσιαστικά τη συμπεριφορά των παιδιών με αυτισμό (Chez et al., 2000; Dunn-Geier et al., 2000; Owley et al., 1999). Ένας επιπλέον λόγος για τον οποίο έχει σταθεί αδύνατο μέχρι στιγμής να αξιολογηθούν επακριβώς οι συνέπειες χορήγησης σεκρετίνης είναι ότι υπάρχουν τρία είδη σεκρετίνης: α) από τους χοίρους (Kern et al., 2002), β) η συνθετική (Molloy et al., 2002) και γ) η ομοιοπαθητική (Robinson, 2001). Κάθε ένας τύπος μπορεί να προκαλέσει διαφορετικές αντιδράσεις επειδή δημιουργείται από διαφορετικές ουσίες. Οι Unis et al. (2002) επιχείρησαν να συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα δύο διαφορετικών τύπων σεκρετίνης και βρέθηκε ότι καμία από τις 2 μορφές δεν μείωσε την εμφάνιση των αυτιστικών συμπτωμάτων.

Συμπερασματικά η χορήγηση σεκρετίνης δεν έχει αποδειχτεί αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του αυτισμού και μπορεί μάλιστα να προκαλέσει σοβαρές παρενέργειες- οπότε δεν συνίσταται η λήψη της, όπως υποστηρίζουν και οι Molloy et al. (2002).

2.5.2. Άλλες βιοχημικές θεραπείες:

Οι βιοχημικές θεραπείες στηρίζονται σε παρατηρήσεις που δεν έχουν τεκμηριωθεί επιστημονικά. Ο Δρ. Rimland, πατέρας παιδιού με αυτισμό, είναι υποστηρικτής των περισσότερων βιοχημικών θεραπειών τις οποίες έχει δοκιμάσει σε μικρές ομάδες παιδιών με αυτισμό, χωρίς όμως να δίνει επαρκείς πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά των παιδιών αυτών, τις δοσολογίες που τους χορήγησε και τις ακριβείς αλλαγές που επικαλείται ότι παρατήρησε στη συμπεριφορά τους. Δεν έχει αναφερθεί καθόλου σε παρενέργειες που έχουν καταγραφεί και οφείλονται είτε στη λήψη εξωτερικών ουσιών είτε στην αφαίρεση ουσιών από τη διατροφή σε μια ηλικία που θεωρείται κρίσιμη για την ανάπτυξη των παιδιών σε πολλούς τομείς.

A. δίαιτα ελεύθερη από καζεΐνη και γλουτένιο:

Υπάρχει μια αμφιβόλου υπόστασης πρόταση ότι ο αυτισμός μπορεί να προκαλείται από αλλεργία στην καζεΐνη και το γλουτένιο που μοιάζει να πυροδοτείται από δυσανεξία σε πολλά φαγητά και /ή χημικά. Η μεταλλαγμένη αυτή πρωτεΐνη είναι συνδεδεμένη με μία ουσία που έχει παρόμοιες ιδιότητες με τη μορφίνη και κάνει τα παιδιά με αυτισμό να δείχνουν αποπροσανατολισμένα και να εθίζονται στις συγκεκριμένες τροφές. Υπάρχουν πολλές αναφορές που δεν είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες (π.χ., Adams & Conn, 1997), και υποστηρίζουν ότι ορισμένα άτομα με αυτισμό που καταναλώνουν αυτές τις ουσίες, εκδηλώνουν αυξημένες αρνητικές συμπεριφορές και προτείνουν να αφαιρεθούν από τη διατροφή τους (Kvinsberg, Reichelt, Nodland, & Hoiien, 1996; Whitley, Rodgers, Savery, & Shattock, 1999). Οι Reichelt (1981) και Rimland (1996) αναφέρουν ότι οι γονείς αντιλαμβάνονται τη βελτίωση που παρατηρείται στη συμπεριφορά μέσα σε μερικές ώρες ή ημέρες. Οι ίδιοι οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η παρέμβαση αυτή είναι αρκετά ακίνδυνη και έτσι συνιστούν να τη δοκιμάζουν όλα τα παιδιά όσο το δυνατό νωρίτερα για να διαπιστωθεί εάν θα αντιδράσουν. Ωστόσο, δεν μπορούμε να παροτρύνουμε τους γονείς να επιβάλουν στα παιδιά τους μια διατροφή που μπορεί να προκαλέσει σοβαρές παρενέργειες επειδή ορισμένοι υποστηρίζουν αυθαίρετα ότι υπάρχουν κάποιες απροσδιόριστες θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά λίγων παιδιών. Εάν οι γονείς σκοπεύουν να υποβάλλουν το παιδί τους σε μια ανάλογη δίαιτα πρέπει να συμβουλευτούν ένα γιατρό ή διαιτολόγο. (Καλύβα, 2004)

B. θεραπεία κατά του μύκητα Candida:

Η ανάμειξη του μύκητα candida ξεκίνησε από την παρατήρηση των Trowbridge και Murton (1986) ότι ορισμένα παιδιά που εμφάνισαν αυτιστικές τάσεις στην ηλικία των 18-24 μηνών είχαν υποβληθεί σε μακροχρόνια θεραπεία με αντιβιοτικά για τον έλεγχο χρόνιων μολύνσεων του αυτιού. Αυτό όμως δεν μπορεί να αποτελεί ένδειξη ότι προκαλεί αυτισμό, εφόσον πολλά παιδιά που υποβάλλονται σε θεραπεία με αντιβιοτικά δεν εκδηλώνουν αυτιστικά στοιχεία.

Γ. Θεραπεία με βιταμίνες (B6 και C):

Ορισμένοι γονείς παιδιών με αυτισμό δήλωσαν ότι η κατάσταση των παιδιών τους βελτιώθηκε μετά τη λήψη ορισμένων βιταμινών. Έτσι ο Δρ. Rimland και άλλοι ερευνητές ανέπτυξαν μια θεραπεία που πρότεινε συγκεκριμένα τη λήψη B6 σε συνδυασμό με άλλες βιταμίνες και μεταλλικά στοιχεία προκειμένου να μπορέσει ο οργανισμός να μεταβολίσει τη βιταμίνη B6 και το μαγνήσιο. Υποστηρίζουν ότι παρατηρείται βελτίωση στο λόγο, στον ύπνο, και στη γενική κατάσταση της υγείας, μειωμένη ευερεθιστότητα και αυτοδιέγερση και αυξημένη έκταση προσοχής. Ο Smith (1996) ανέφερε ότι υπάρχουν τουλάχιστον 15 μελέτες που υποστηρίζουν ότι η βιταμίνη B6 σε συνδυασμό με μαγνήσιο μπορεί να βοηθήσει παιδιά με αυτισμό. Ωστόσο, υπάρχουν και πολλές άλλες έρευνες που δείχνουν ότι δεν έχει καμία θετική επίδραση (Findling et al., 1997; Tolbert, Haigler, Waits, & Dennis, 1993).

Μια άλλη βιταμίνη που μπορεί να συνεισφέρει στην αντιμετώπιση του αυτισμού είναι η βιταμίνη C που βοηθάει τον εγκέφαλό μας να λειτουργεί σωστά. Τα συμπτώματα έλλειψης της βιταμίνης C είναι η κατάθλιψη και η σύγχυση που απαντώνται συχνά και σε άτομα με αυτισμό. Ο Rimland (1997) διεξήγαγε μια έρευνα αλλά η δόση της βιταμίνης C που χορηγήθηκε ήταν πολύ χαμηλή και έτσι ήταν δύσκολο να μελετηθούν οι συνέπειες της. Η δεύτερη σχετική μελέτη που έγινε έδειξε ότι όσο μεγαλύτερη δόση βιταμίνης χορηγηθεί τόσο πιο ευνοϊκά είναι τα αποτελέσματα, αν και μπορεί να δημιουργήσει διάρροια οπότε πρέπει να διακοπεί.

Το Ινστιτούτο Έρευνας για τον Αυτισμό παρέχει οδηγίες για τη θεραπεία B6 και μαγνησίου που συμπεριλαμβάνει μια λεπτομερή περιγραφή της θεραπείας, ένα διάγραμμα για τη δοσολογία και εκτεταμένη σχετική βιβλιογραφία. Τα στοιχεία που έχουν κατατεθεί από τις ελάχιστες σχετικές μελέτες δεν επαρκούν για να πείσουν ότι υπάρχουν οφέλη στη συμπεριφορά των παιδιών με αυτισμό που τις λαμβάνουν.

Δ. Θεραπεία με Διμελθυλυκίνη (DMG):

Η ουσία DMG είναι ένα αντιοξειδωτικό που διατίθεται στο εμπόριο ως συμπλήρωμα διατροφής και συμβάλει στην αύξηση ενέργειας, στην ενίσχυση του

ανοσοποιητικού συστήματος, στη βελτιώνει της βλεμματικής επαφής, το λόγο και την αυτοπεποίθηση ατόμων με αυτισμό σύμφωνα με τον Rimland (1996). Ωστόσο, οι Bolman και Richmond (1996) μελέτησαν διεξοδικά τις επιδράσεις της ουσίας και δεν παρατήρησαν καμία αλλαγή στη συμπεριφορά τους.

Ε. έλλειψη σιδήρου:

Ο σίδηρος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εγκεφαλική λειτουργία, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της ανάπτυξης του εγκεφάλου (Oski, 1993). Η έλλειψη σιδήρου επηρεάζει περισσότερες από 200 λειτουργίες ενζύμων (Dallman, 1986; Epwopwu, 1989) και είναι πιθανό οι αρνητικές επιδράσεις που προκαλεί να μην είναι αναστρέψιμες (Idjradinata & Pollit, 1993). Οι Latif, Heinz και Cook (2002) έκαναν αιματολογικές εξετάσεις σε 96 παιδιά και ανακάλυψαν ότι περίπου 15% είχε χαμηλό σίδηρο. Επειδή όμως υπάρχουν και άλλα παιδιά με αυτισμό (το υπόλοιπο 85%) που δεν έχουν χαμηλό σίδηρο –και εξίσου πολλά παιδιά με χαμηλό σίδηρο που δεν έχουν αυτισμό- δεν μπορούμε να πούμε ότι εντοπίσαμε ένα αίτιο του αυτισμού.

2.6. Προσεγγίσεις ενίσχυσης του παιχνιδιού:

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιάσουμε προσεγγίσεις παιχνιδιού που έχουν μελετηθεί ερευνητικά και προάγουν το αυτόνομο παιχνίδι, την ένταξη σε ομαδικές δραστηριότητες και στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο.

2.6.1. Μη-κατευθυνόμενο παιχνίδι:

Το μη-κατευθυνόμενο παιχνίδι χρησιμοποιείται για την ενίσχυση της ανάπτυξης της αλληλεπίδρασης και για την κατανόηση και τη χρήση του

προφορικού λόγου. Το έργο του θεραπευτή ή του γονέα είναι παίζει δίπλα στο παιδί μιμούμενος τις κινήσεις του και κάνοντας κάποιο λεκτικό σχόλιο που αρμόζει στο λεκτικό επίπεδο του ή στο επίπεδο του πλαισίου, τα οποία γίνονται συγχρονισμένα με τη δραστηριότητα που εκτελεί το παιδί (Harris, 1992). Η βασική αρχή αυτής είναι η διαρρύθμιση του περιβάλλοντος προκειμένου να αυξηθούν τα κίνητρα και οι ευκαιρίες του παιδιού με αυτισμό και η ανταπόκριση του σε διαφορετικά περιβαλλοντικά ερεθίσματα (Koegel, & Carter, 1999). Τα βασικά χαρακτηριστικά του μη-κατευθυνόμενου παιχνιδιού είναι να καταφέρει ο ενήλικας: 1) την συνδυαστική προσοχή ακολουθώντας το παράδειγμα του παιδιού, 2) να προκαλεί ελαφρώς το επίπεδο μάθησης του παιδιού, επιδεικνύοντας του με πιο τρόπο μπορεί να τις μεταβάλει και να τις προεκτείνει, 3) να ανταποκρίνεται με συνέπεια και προσαρμοστικότητα στις προσπάθειες επικοινωνίας του παιδιού, 4) να δημιουργεί πλαίσια και ευκαιρίες για να αναπτύξει το παιδί το παιχνίδι του και 5) να σχολιάζει το αντικείμενο ή τη δραστηριότητα που προσέχει και ενδιαφέρει το παιδί.

Ο Tiegeman και Primavera(1987) έδειξαν ότι η μίμηση κατέληξε σε υψηλότερα ποσοστά εξερευνητικού παιχνιδιού και οι Dawson και Adams(1984) ανακάλυψαν ότι η μίμηση οδήγησε σε πιο διαφοροποιημένα σχήματα παιχνιδιού. Οι Enderby και Emerson (1995) τονίζουν ότι η συγκεκριμένη τεχνική δεν έχει μελετηθεί ευρέως σε έρευνες, αλλά υπάρχουν κάποιες μελέτες που υπογραμμίζουν τα ατομικά οφέλη της. Επιπλέον, η Καλύβα, 2004 επισημαίνει ότι η χρήση του προφορικού λόγου που έχει τεθεί ως στόχος, δεν έχει επιτευχθεί και ενισχύεται κυρίως η ικανότητα του παιδιού για αλληλεπίδραση με συνομηλίκους και όχι η επικοινωνία.

2.6.2. Εκπαίδευση στην πιλοτική αντίδραση

Η εκπαίδευση στην πιλοτική αντίδραση είναι μια παρεμβατική μέθοδος που έχει σχεδιαστεί για να χρησιμοποιείται από ανθρώπους που ζούνε ή εργάζονται με άτομα με αυτισμό (Terpstra, Higgins, & Pierce, 2002). Η συγκεκριμένη μέθοδος

χρησιμοποιεί μια πιλοτική συμπεριφορά για να μεταβάλλει μια άλλη συμπεριφορά. Τα παιδιά που αναπτύσσονται φυσιολογικά πρέπει να εκπαιδευτούν για να χρησιμοποιούν την πιλοτική εκπαίδευση μέσω υπόδησης ρόλου, μίμησης προτύπου και διδασκαλίας (Pierce & Schreibman, 1997). Εν συνέχεια, ο συνομηλικός εφαρμόζει τις στρατηγικές που έμαθε με το παιδί με αυτισμό σε ένα πλαίσιο όπου ο δάσκαλος μπορεί να παρατηρήσει και να κάνει επικοινωνιακά σχόλια για τη χρήση των στρατηγικών.

Ο Stahmer (1995) ανέφερε ότι μετά την εφαρμογή της πιλοτικής εκπαίδευσης τα παιδιά έδειξαν αυξημένο συμβολικό παιχνίδι. Επίσης, ο Thorp και οι συνεργάτες του (1995) υποστήριξαν ότι το κοινωνικό και το δραματικό παιχνίδι μπορούν να διδαχτούν μέσω της πιλοτικής εκπαίδευσης. Τα παιδιά με αυτισμό που συμμετείχαν σε προγράμματα πιλοτικής εκπαίδευσης ήταν σε θέση και μετά το πέρας τους να εμπλακούν σε υψηλά επίπεδα αλληλεπίδρασης, ποικίλο παιχνίδι με αντικείμενα και χρήση του λόγου. Οι δεξιότητες τους γενικεύτηκαν σε διάφορα πλαίσια, ερεθίσματα και συνομηλικούς (Pierce, Schreibman, 1995, 1997). Οι Thorp, Stahmer και Schreibman (1995) αναφέρθηκαν θετικές αλλαγές στο παιχνίδι, στο λόγο και στις κοινωνικές δεξιότητες, αλλά περιορισμένη γενίκευση σε άλλα άτομα και πλαίσια. Είναι πιθανό στη περίπτωση αυτή η βελτίωση να οφείλεται κυρίως στην έχει ευαισθητοποίηση του περιβάλλοντος του παιδιού και όχι τόσο σε αύξηση των θετικών του συμπεριφορών. Πρέπει επίσης, να ληφθεί υπόψη ότι πολλά παιδιά με αυτισμό αντιδρούν στην αλλαγή και ίσως να μην δεχτούν από τρίτο πρόσωπο να θα διακόψει και να επιχειρήσει να τροποποιήσει το παιχνίδι τους (Καλύβα, 2005).

2.6.3. Ενσωματωμένες ομάδες παιχνιδιού:

Οι ενσωματωμένες ομάδες παιχνιδιού προσφέρουν σε παιδιά με αυτισμό την δυνατότητα να συμμετέχουν σε παιχνίδι με πιο ικανούς συνομηλικούς με φυσιολογική ανάπτυξη σε φυσικά περιβάλλοντα. Στην κάθε ομάδα συμμετέχουν τρία έως πέντε παιδιά που έχουν ανεπτυγμένες κοινωνικές δεξιότητες και το παιδί

με αυτισμό. Τα παιδιά συμμετάσχουν σε μικρές ομάδες που οργανώνονται γύρω από ένα παιχνίδι ή μια δραστηριότητα που είναι κατάλληλη για το αναπτυξιακό τους επίπεδο και επιβλέπεται από έναν ενήλικα που έχει εκπαιδευτεί για να δομεί αλληλεπιδράσεις παιχνιδιού με συνομηλίκους. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις είναι μη-παρεμβατικές και επικεντρώνονται στο παιδί με αυτισμό, το οποίο επειδή ανταποκρίνεται καλά στη ρουτίνα και στη δομή, οι συναντήσεις γίνονται 2 με 3 φορές την εβδομάδα για 30 λεπτά με 1 ώρα περίπου.

Οι Wolfberg και Schuler (1993) αξιολόγησαν την επίδραση του συγκεκριμένου μοντέλου στις κοινωνικές και γνωστικές διαστάσεις του παιχνιδιού σε τρία παιδιά με αυτισμό. Βρήκαν ότι μειώθηκε το μοναχικό και στερεοτυπικό παιχνίδι τους και αυξήθηκε το αλληλεπιδραστικό παιχνίδι. Θετικές αλλαγές παρατηρήθηκαν και στις στάσεις, στις πεποιθήσεις και στη γνώση των συνομηλίκων που αναπτύσσονται φυσιολογικά εξαιτίας της συμμετοχής τους σε μια ενσωματωμένη ομάδα παιχνιδιού. Οι Boucher και Lewis (1990), Charman και Baron-Cohen (1997) και Jarrold, Boucher και Smith (1996) υποστήριξαν ότι τα παιδιά με αυτισμό μπορούν να εμπλακούν και να κατανοήσουν το συμβολικό παιχνίδι όταν τους παρέχονται πρόσθετες υποστηρικτικές δομές. Θα μπορούν να γενικεύσουν τις δεξιότητες που μαθαίνουν και να λειτουργήσουν αποτελεσματικά όταν απομακρυνθεί η υποστήριξη που παρέχεται από το περιβάλλον αν ανεξαρτητοποιηθούν μάθουν να παίζουν και να απολαμβάνουν το παιχνίδι. Θα πρέπει ακόμα να επισημανθεί ότι τα βήματα που περιγράφουν οι εμπνευστές αυτής της προσέγγισης συμφωνούν με τις βασικές αρχές και πρακτικές του TEACCH .

2.7. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις:

Η ψυχοθεραπεία δεν είναι η πλέον ενδεδειγμένη επιλογή για την αντιμετώπιση του αυτισμού, γιατί βασίζεται σε θεωρίες που έχουν αποδειχτεί ανακριβείς –και πιο συγκεκριμένα σε μια προβληματική σχέση ανάμεσα στο παιδί και τη μητέρα του. Είναι μια θεραπεία που διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα και ο χρόνος είναι ένας παράγοντας που πιέζει πολύ τα παιδιά με αυτισμό για να

προλάβουν να ξεπεράσουν ορισμένα προβλήματα τους και να ενταχθούν στο χώρο του σχολείου. Η ψυχοθεραπεία στηρίζεται στην επικοινωνία, λεκτική ή μη-λεκτική. Είναι σίγουρο πως κάποιο παιδί που δεν κατανοεί το νόημα και τις βασικές αρχές της επικοινωνίας δεν μπορεί να αλληλεπιδράσει ουσιαστικά με τον θεραπευτή προκειμένου να επιλύσει την προβληματική σχέση που υποτίθεται ότι βιώνει με τη μητέρα του. Και η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδικής και Εφηβικής Ψυχιατρικής επεσήμανε το 1999 ότι οι διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας δεν είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση του αυτισμού και επομένως δεν συντρέχει κανένας λόγος για την υιοθέτηση τους. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετοί γονείς και ειδικοί που επιλέγουν την ψυχοθεραπεία για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα που εκδηλώνουν τα παιδιά με αυτισμό δείχνοντας εμπιστοσύνη στις διακηρύξεις των υποστηρικτών της. Οι τρεις δημοφιλείς μορφές ψυχοθεραπείας που έχουν εφαρμοστεί σε παιδιά με αυτισμό είναι:

1. Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, (Beratis, 1994; Bromfield, 2000)
2. Η θεραπεία κρατήματος, (Martha Welch, 1989) και
3. Η θεραπεία επιλογών (Son Rise ή OPTIONS), (Barry Neil Kaufman και Samantha Lyte Kaufman, 1983)

Επίλογος:

Οι διαταραχές αυτιστικού φάσματος είναι από τις πιο αινιγματικές μορφές αναπτυξιακής αναπηρίας. Γι' αυτό κάθε ειδικός που ασχολείται με παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα, θα πρέπει να είναι επιστημονικά καταρτισμένος και άρτιος επαγγελματίας στην προσέγγιση του. Τα προσόντα αυτά είναι απαραίτητα, έτσι ώστε ο εκάστοτε θεραπευτής να είναι σε θέση να προσφέρει αποτελεσματική βοήθεια στις οικογένειες οι οποίες επιβαρύνονται οικονομικά από τις πολυετείς θεραπείες και κοινωνικά εξαιτίας της δυσκολίας των παιδιών να ενταχθούν ισότιμα στην κοινωνία.

Αυτό που δεν πρέπει να ξεχνάμε είναι πως τα παιδιά με αναπηρίες είναι πάνω από όλα παιδιά, γι' αυτό πρέπει όχι μόνο οι θεραπευτές, αλλά και η ευρύτερη κοινωνία να τηρούν μια στάση κατανόησης και συμπάραστασης. Δυστυχώς, όμως κάποιοι από εμάς δυσκολευόμαστε να αποχαιρετήσουμε αρνητικές συμπεριφορές και τα αντιμετωπίζουμε με φόβο ή αδιαφορία, ενώ άλλες φορές, τα καταδικάζουμε στην απομόνωση.

Ελληνική βιβλιογραφία:

Delion P. (2000) *Τα βρέφη σε αυτιστικό κίνδυνο* μεταφρασμένο από Αμπατζόγλου Γ., Θεσσαλονίκη: University Studio Press

Faherty C. (2003) *Τι σημαίνει για μένα; Ένα βιβλίο εργασίας που εστιάζει στην αυτογνωσία και σε μαθήματα ζωής για το παιδί ή το νέο με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας ή σύνδρομο Asperger* μεταφρασμένο από Παπαγεωργίου Β., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Frith U. (1999) *Αυτισμός: Εξηγώντας το αίνιγμα* μεταφρασμένο από Καλομοίρης Γ., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Grandin T., Scariano M. (2009) *Διάγνωση αυτισμός: Μια αληθινή ιστορία αυτιστικού ατόμου* μεταφρασμένο από Τσουπαροπούλου Υ., 5η. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Gray C., Arnold S., Burg D., Goward K., Hayes S., Jenison L., Jonker C., Jonker S., Karen L., Smiegel J., Wesorik S., Zyber C. (2012) *Κοινωνικές ιστορίες Αυθεντικές ιστορίες* μεταφρασμένο από Δίπλα Ν. Α., Χανιά: Γλαύκη

Gray C., White A. L. (2003) *Κοινωνική προσαρμογή Πρακτικός οδηγός για αυτιστικά παιδιά και παιδιά με σύνδρομο Asperger* μεταφρασμένο από Κορογιάννη Α., Μιχαλέτου Ε., Αθήνα: Σαββάλας

Hausser A. (2012) *Η μέθοδος TEACCH: Για την εκπαίδευση ανθρώπων με αυτισμό-εισαγωγή στην θεωρία και στην πρακτική εφαρμογή της μεθόδου* μεταφρασμένο από Πατσικαθεοδώρου Γ., Θεσσαλονίκη: Ρόδων

Karlan H. I., Sadock B. J., Grebb J. A. (2005) *Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές Στο Επιτομή Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων. Γ' τόμος*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

Lennard - Brown S. (2004) *Αυτισμός μεταφρασμένο από Νικολακάκη Μ., Αθήνα: Σαββάλας*

Ponce A. (2006) *Τι έχει αυτό το παιδί; Ένας οδηγός για να γνωρίσουμε τα παιδιά με ειδικές ανάγκες μεταφρασμένο από von Hildebrand - Ξυλούρη Μ. Τ., Αθήνα: GEMA*

Quill K. A. (2000) *Διδάσκοντας αυτιστικά παιδιά μεταφρασμένο από Ρούντη Π., Αθήνα: Ελλην*

Αμπατζόγλου Γ., Ζηλίκης Ν. (2006-2007) *Θέματα ψυχιατρικής παιδιού και εφήβου, Θεσσαλονίκη: Επιτροπή δημοσιευμάτων Α.Π.Θ*

Βογινδρούκας Ι., Sherratt D. (2005) *Οδηγός εκπαίδευσης παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, Αθήνα: Ταξιδευτής*

Γενά Α. (2002) *Αυτισμός και διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές: αξιολόγηση-διάγνωση-αντιμετώπιση, Αθήνα*

Γκονέλα Ε. Χ. (2006) *Αυτισμός Αίνιγμα και Πραγματικότητα: από τη θεωρητική προσέγγιση στην εκπαιδευτική παρέμβαση, Αθήνα: Οδυσσέας*

Ιεροδιακόνου Χ. Σ., Ζηλίκης Ν. (2005) *Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά, 2η., Θεσσαλονίκη: Τυποφιλία/Μαστορίδη*

Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ. (2002) *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση, Αθήνα: Τυπωθήτω*

Καλύβα Ε. (2005) *Αυτισμός Εκπαιδευτικές και Θεραπευτικές προσεγγίσεις, Αθήνα: Παπαζήσης*

Κωστανταρέα Μ. (Επ.) Τσιάνης Γ., Μανωλόπουλος Σ. (1988) *Παιδικός αυτισμός Στο Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής – Ψυχοπαθολογία, Αθήνα: Καστανιώτη*

Μαλεγιαννάκη Α. Χ., Μεσσήνης Λ., Παπαθανασόπουλος. Π. (2012) *Κλινική παιδονευροψυχολογία*, Πάτρα: Gotsis

Μανουσάκη Κ. (2012) *Αυτισμός, το βιβλίο της οικογένειας 83 δραστηριότητες βήμα-βήμα*, Αθήνα: Συμμετρία

Συνοδινού Κ. (1996) *Ο παιδικός αυτισμός Θεραπευτική προσέγγιση*, Αθήνα: Καστανιώτη

Χίτογλου - Αντωνιάδου Μ., Κεκές Γ., Χίτογλου - Χατζή Γ. (2000) *Αυτισμός-Ελπίδα*, 2η., Θεσσαλονίκη: University Studio Press

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία:

Bennetto L., Rogers S. (Eds.) Jacobson J. L., Jacobson A. M. (1996) *Diagnosis and treatment in childhood and adolescence In Psychiatric Secrets*, Philadelphia: Hanley & Belfus

Beukelman D., and Mirenda P. (2013) *Augmentative and alternative communications: Supporting children and adults with complex communication needs*, Baltimore: Paul H. Brookes

Bondy A., Tincani M., Frost L. (2004) *Multiply Controlled Verbal Operants: An Analysis and Extension to the Picture Exchange Communication System*, Springer The behavior Analyst

Carpenter L. (2013) *DSM-5 Autism Spectrum Disorder Guidelines and Criteria Exemplars*, Centers for Disease Control and Prevention Autism and Developmental Disabilities Monitoring

Dawson G., Meltzoff N., Osterling J., Rinaldi J., Brown E. (1998) *Children with Autism fail to orient to naturally occurring social stimuli*, Journal of Autism and Developmental Disorders

Dawson G., Osterling J. (1997) *Early intervention in autism. The effectiveness of early intervention*, Journal of Autism and Developmental Disorders

Goldstein S., Naglieri J. A., Ozonoff S. (2009) *Assessment of autism spectrum disorders*, New York: The Guilford Press

Huerta M., Bishop S. L., Duncan A., Hus V., Lord C. (2012) *Application of DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder to Three Samples of Children with DSM-IV Diagnoses of Pervasive Developmental Disorders*, American Journal of Psychiatry

Janzen J. E. (1999) *Autism facts and strategies for parents*, United States of America: Therapy Skill Builders

Jarrold C., Boucher J., Smith P. (1996). *Generativity deficits in pretend play in autism*, British Journal of Developmental Psychology

Jordan R., Powell S. (1995) *Understanding and Teaching children with autism*, Chichester: John Wiley & Sons

Lee A., Hobson P., Chiat C. (1994) *I, You, me and autism*, Journal of autism and Developmental Disorders

McPartland J. C., Reichow B., Volkmar F. R. (2012) *Sensitivity and Specificity of Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Autism Spectrum Disorder*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry

Mirenda P., & Forsett B., 2011, *Augmentative Communication* In Bondy A. & Frost L., *A picture's worth: PECS and other visual communication strategies in autism*, Woodbine House

Szatmari P. (2004) *a mind apart: Understanding children with autism and Asperger syndrome*, New York: Guilford Press

Wall K. (2010) *Autism and early years practice*, 2nd., Singapore: Sage

Willis C. (2006) *Teaching young children with autism spectrum disorder*, United States of America: Gryphon House

Πηγές από Internet:

www.asha.org

www.aspergerhellas.org

www.autism.org

www.autismgreece.gr

www.autismhellas.gr

www.autism-society.org

www.monorodi.gr

www.pecs-greece.com

www.rcslt.org

www.teacch.com

www.wikipedia.org