

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ
ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ Η
ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ
ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΛΙΝΑΡΔΗ ΜΑΡΙΑ

ΜΑΝΙΚΑ ΝΕΚΤΑΡΙΑ-ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Κα. ΠΑΓΙΑΤΑΚΗ ΖΗΝΙΑ-ΚΡΙΣΤΥ

ΠΑΤΡΑ 2006

« Ο εσωτερικός κόσμος ενός αυτιστικού μοιάζει με ένα ασφαλές καταφύγιο. Οι αυτιστικοί είναι ακραία παραδείγματα ανθρώπων που έχουν ανάγκη περισσότερης μοναχικότητας. Δεν είναι όλοι οι άνθρωποι δειλοί, αλλά όλοι χρειάζονται το αίσθημα της ηρεμίας της εσωτερικής εμπειρίας. Αυτό τακτοποιεί και καταπραΰνει ένα μέρος της ανησυχίας που προέρχεται από τον εξωτερικό κόσμο. Είναι ευχάριστοι και βολικό να ξέρεις πως διαθέτεις ένα άσυλο που πάει μαζί σου παντού».

Jasmine Lee O' Neill, ποιήτρια, συγγραφέας, εικονογράφος, μουσικός και μια γυναίκα με αυτισμό, δεν μίλησε ποτέ.

ΧΑΡΤΗΣ ΚΑΙ ΓΡΑΠΤΗ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ

ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Τα άτομα με αυτισμό θα πρέπει να έχουν τα ίδια δικαιώματα και προνόμια που έχουν όλοι οι πολίτες των ευρωπαϊκών χωρών.

Ιδιαίτερα τα άτομα με αυτισμό θα πρέπει να περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

1. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να ζουν μια ανεξάρτητη και πλήρη ζωή αξιοποιώντας στο έπακρο τις δυνατότητές τους.
2. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό για μια προσιτή, αντικειμενική και ακριβή κλινική διάγνωση και εκτίμηση.
3. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό για μια προσιτή, κατάλληλη εκπαίδευση.
4. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό (και των εκπροσώπων τους) να συμμετέχουν στις αποφάσεις που καθορίζουν το μέλλον τους. Οι επιθυμίες τους πρέπει, όσο είναι δυνατόν, να εξακριβώνονται και να γίνονται σεβαστές.
5. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό για μια προσιτή και κατάλληλη κατοικία.
6. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό για εφόδια, βοήθεια και κρατικές υπηρεσίες στήριξης που τους είναι απαραίτητες, ώστε να έχουν μια πλήρη και αξιοπρεπή ζωή.

7. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό για ένα εισόδημα αρκετό να τους παρέχει τροφή, ένδυση, στέγη και όλα τα απαραίτητα για επιβίωση.
8. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να συμμετέχουν, όσο είναι δυνατό, στην ανάπτυξη και στη διοίκηση των υπηρεσιών που εξασφαλίζουν την ευημερία τους.
9. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό για κατάλληλη ενημέρωση και φροντίδα για τη σωματική, ψυχική και πνευματική τους υγεία. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή κατάλληλης ιατρικής περίθαλψης και φαρμακευτικής αγωγής λαμβάνοντας υπόψη τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης και ασφάλειας του ατόμου.
10. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό για επαγγελματική εκπαίδευση και απασχόληση χωρίς διακρίσεις και προκαταλήψεις. Για εκπαίδευση και εργασία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι δυνατότητες και το δικαίωμα επιλογής του ατόμου.
11. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό για προσιτά μεταφορικά μέσα και ελεύθερη μετακίνηση.
12. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να συμμετέχουν σε πολιτιστικές και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις και στον αθλητισμό.
13. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να έχουν ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες και στις διάφορες δραστηριότητες της κοινότητας.

14. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να έχουν σεξουαλικές σχέσεις συμπεριλαμβανομένου και του γάμου, χωρίς εκμετάλλευση ή εξαναγκασμό.

15. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να έχουν τα ίδια (και οι εκπρόσωποί τους) νομική βοήθεια και πλήρη προστασία όλων των δικαιωμάτων τους.

16. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να μην απειλούνται από αυθαίρετο εγκλεισμό σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ή άλλο ίδρυμα.

17. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να μην υπόκεινται σε κακή σωματική μεταχείριση ούτε να υποφέρουν από έλλειψη φροντίδας.

18. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να μην υπόκεινται σε καμιά ακατάλληλη ή υπερβολική φαρμακευτική αγωγή.

19. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ των ατόμων με αυτισμό να έχουν πρόσβαση τα ίδια (και οι εκπρόσωποί τους) στον προσωπικό τους φάκελο, ο οποίος περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικές με τον ιατρικό, ψυχολογικό, ψυχιατρικό και εκπαιδευτικό τομέα.

(Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία οργανώσεων γονέων με αυτισμό)

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Έχοντας ολοκληρώσει την πτυχιακή μας εργασία, αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας συμπαραστάθηκαν στην προσπάθειά μας. Πιο συγκεκριμένα αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε:

Την υπεύθυνη εργαστηριακή συνεργάτη και επόπτριά αυτής της εργασίας, κα. Παγιατάκη Ζήνια – Κρίστου, η οποία κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας αυτής μας παρείχε εποπτεία, καθοδήγηση, βοήθεια σε κάθε δυσκολία που αντιμετωπίζαμε, μεταφέροντάς μας τις πολύτιμες γνώσεις και εμπειρίες της.

Την καθηγήτρια εφαρμογών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, κα. Αλεξοπούλου - Δαμασκοπούλου Ουρανία, για τις πολύτιμες γνώσεις και συμβουλές που μας παρείχε.

Την παιδαγωγό Ειδικής Αγωγής, του 1^{ου} Ειδικού Δημοτικού Σχολείου Δήμου Αχαΐας, κα. Δίπλα Αναστασία, για το πολύτιμο υλικό που μας προσέφερε, τις γνώσεις και τις εμπειρίες της πάνω στο θέμα του αυτισμού των παιδιών σχολικής ηλικίας.

Την κοινωνική λειτουργό, του 1^{ου} Ειδικού Δημοτικού Σχολείου Δήμου Αχαΐας, κα. Πανταζή Ελένη, για τις πολύτιμες συμβουλές της και την παραχώρηση απαραίτητου, για τη διεκπεραίωση της εργασίας μας, υλικού.

Ευχαριστούμε ιδιαίτερα τις οικογένειές μας και τους φίλους μας, για την στήριξη, οικονομική, ηθική και συναισθηματική, που μας παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια της πτυχιακής μας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Αναγνώριση
Περιεχόμενα
Περίληψη Μελέτης
Αρκτικόλεξα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

A.1. Το Πρόβλημα	1
A.2. Σκοπός της μελέτης και επιμέρους στόχοι	3
A.3. Ορισμοί Όρων	4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

ΤΟ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

B.1. Τί είναι ο αυτισμός	8
B.2. Αίτια αυτισμού	12
B.3. Επιπολασμός	23
B.4. Χαρακτηριστικά αυτισμού	25
B.5. Σημασία της πρώιμης διάγνωσης	42
B.6. Διαφορική διάγνωση	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Γ.1. Συναισθηματικές αντιδράσεις και προβλήματα γονέων	51
Γ.2. Συναισθηματικές αντιδράσεις των αδελφών	56
Γ.3. Η αξία της συμμετοχής των γονέων στην εκπαιδευτική διαδικασία	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ Σ.Μ.Ε.Α.

Δ.1. Η Ειδική Αγωγή στην Ελλάδα	64
Δ.2. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις Σ.Μ.Ε.Α.	67
Δ.3. Προγράμματα και βασικές διδακτικές αρχές των Σ.Μ.Ε.Α.	71
Δ.4. Κοινωνική εργασία με παιδιά με αυτισμό	73
Δ.5. Κοινωνική εργασία με ομάδα παιδιών με αυτισμό	75
Δ.6. Θεραπευτικά μέσα που χρησιμοποιεί ο κοινωνικός λειτουργός στην εργασία του με παιδιά με αυτισμό	76
Δ.7. Κοινωνική εργασία με διεπιστημονική ομάδα που ασχολείται με παιδιά με αυτισμό	88
Δ.8. Κοινωνική εργασία με οικογένεια των παιδιών με αυτισμό	90
Δ.9. Κοινωνική εργασία με ομάδες γονέων παιδιών με αυτισμό	98
Δ.10. Κοινωνική εργασία με κοινότητα, όπου ζουν παιδιά με Αυτισμό	99
Δ.11. Δεξιότητες του κοινωνικού λειτουργού στην εργασία του με παιδιά με αυτισμό	102

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Ε.1. Βασικές προϋποθέσεις θεραπείας	103
Ε.2. Θεραπευτικές μέθοδοι των παιδιών με αυτισμό	105
Ε.3. Συμπεριφοριστική θεραπεία	
3.1. Ιστορική αναδρομή	109
3.2. Συμπεριφοριστική κατεύθυνση	116
3.3. Τα βασικά χαρακτηριστικά του συμπεριφορισμού	124
3.4. Καθοριστικές θέσεις/θεωρίες των θεραπειών της συμπεριφοράς	127
3.5. Ορισμός και κύρια χαρακτηριστικά της ΕΑΣ	129
3.6. Οι δύο μορφές μάθησης όπως ορίζονται στην ΕΑΣ	
3.6.1. Η κλασική ή εξαρτημένη αντανakλαστική μάθηση	132
3.6.2. Η συντελεστική μάθηση	135
3.6.2.1. Η «ενίσχυση» στη συντελεστική μάθηση	137

3.6.3. Προγράμματα ενίσχυσης	141
3.6.4. Σημαντικές αρχές ενίσχυσης	144
3.7. Τα κυριότερα μοντέλα της θεραπείας της συμπεριφοράς	149
3.7.1. Θεραπεία Συμπεριφοράς	149
3.7.2. Τροποποίηση Συμπεριφοράς	152
3.8. Κύκλος συστηματικής διδασκαλίας σε παιδιά με αυτισμό	155
3.8.1. Προηγούμενο-Οδηγία/Διακριτό ερέθισμα/Σήμα έναρξης συμπεριφοράς	156
3.8.2. Καθοδήγηση/Παρότρυνση	158
3.8.3. Αντίδραση/Απάντηση του παιδιού	162
3.8.4. Ανατροφοδότηση/Συνέπεια	164
3.8.5. Ενδιάμεσα διαλείμματα	165
3.9. Λειτουργική θεραπεία της οικογένειας	166
3.10. Η συμβολή της συμπεριφοριστικής θεραπείας	169
3.11. Η χρήση της συμπεριφοριστικής προσέγγισης από τον κοινωνικό λειτουργό που εργάζεται με παιδιά με αυτισμό	172
E.4. Ψυχοδυναμική κατεύθυνση θεραπείας των παιδιών με αυτισμό	178
E.5. Μουσικοθεραπεία	181
5.1. Μουσική: εκπαιδευτικό ή θεραπευτικό μέσο της Ειδικής Αγωγής	184
E.6. Θεραπεία με ζώα	187
E.7. Αισθησιο-κινητικές προσεγγίσεις	189
E.8. SHIATSU-θεραπεία για τα παιδιά με αυτισμό	196
E.9. Θεραπεία με σφιχταγκάλιασμα	196
E.10. Φαρμακοθεραπεία	198
E.11. Πρόγραμμα «TEACCH»	202
E.12. Πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης του «MAY INSTITUTE»	204
E.13. Παιγνιοθεραπεία	206

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄

Μεθοδολογία	211
-------------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ΄

Συμπεράσματα-Εισηγήσεις	212
-------------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο αυτισμός είναι μια σύνθετη αινιγματική διαταραχή, που περιβάλλεται από πολλές θεωρίες όσον αφορά την προέλευση και τη βασική του φύση, καθώς και από πολλές θεραπευτικές και διδακτικές προσεγγίσεις που υποστηρίζεται ότι δίνουν λύση.

Στην εργασία αυτή προσπαθήσαμε να εξετάσουμε το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στις Σ.Μ.Ε.Α, καθώς και τις θεραπευτικές μεθόδους του αυτιστικού συνδρόμου και κυρίως τη συμβολή του συμπεριφορισμού.

Στο πρώτο κεφάλαιο, παρουσιάζουμε το πρόβλημα των παιδιών σχολικής ηλικίας με αυτισμό, τον βασικό σκοπό της εργασίας μας, αλλά και τους επιμέρους στόχους, τους οποίους θέλουμε να επιτύχουμε μέσω της μελέτης αυτής. Στο τέλος του κεφαλαίου αυτού, αναφέρουμε τους σχετικούς με το θέμα μας ορισμούς, που χρησιμοποιούμε μέσα στην εργασία αυτή.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζουμε τα αίτια, τα χαρακτηριστικά και τα κριτήρια διάγνωσης του αυτιστικού συνδρόμου, τη συχνότητα εμφάνισής του, καθώς επίσης και μια επισκόπηση της ερμηνείας του φαινομένου από τη στιγμή της ανακάλυψής του, μέχρι και σήμερα. Επιπλέον στο κεφάλαιο αυτό, παρουσιάζουμε τη διαφορική διάγνωση του αυτισμού από άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας, που είναι συγγενείς με το αυτιστικό σύνδρομο.

Στο τρίτο κεφάλαιο που αναφερόμαστε στην οικογένεια του παιδιού με αυτισμό, εκθέτουμε την αξία της συμμετοχής της στην εκπαιδευτική και θεραπευτική διαδικασία, καθώς και τις συναισθηματικές αντιδράσεις και τα προβλήματα των γονέων και των αδελφών, στην ύπαρξη ενός παιδιού με αυτισμό στην οικογένεια.

Σκοπός του τέταρτου κεφαλαίου, είναι να αναλύσουμε το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στις Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής για παιδιά Δημοτικού. Κάνουμε μια σύντομη ιστορική αναδρομή της Ειδικής Αγωγής στην Ελλάδα και μετέπειτα αναφερόμαστε διεξοδικά στις μεθόδους κοινωνικής

εργασίας, στις δεξιότητες και στα θεραπευτικά μέσα που χρησιμοποιεί ο κοινωνικός λειτουργός στην εργασία του με τα παιδιά με αυτισμό, την οικογένεια, την κοινότητα και την διεπιστημονική ομάδα.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, αναφερόμαστε στις θεραπευτικές μεθόδους του αυτιστικού συνδρόμου και τις βασικές προϋποθέσεις αυτών. Συγκεκριμένα, στη μεθοδολογία και στις τεχνικές της συμπεριφοριστικής θεραπείας, της ψυχοδυναμικής θεραπείας, της μουσικοθεραπείας, της θεραπείας με ζώα, της αισθησιο-κινητικής προσέγγισης, της SHIATSU θεραπείας, της θεραπείας με σφιχταγκάλιασμα, της φαρμακοθεραπείας, του προγράμματος «TEACCH», του προγράμματος πρώιμης παρέμβασης «MAY INSTITUTE» και της παιγνιοθεραπείας, Σκοπός μας είναι να εκθέσουμε την αξία και τη συμβολή της συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης, σε σχέση με τις άλλες μεθόδους, στη θεραπεία των παιδιών με αυτισμό, με εκτενή παρουσίαση των πλεονεκτημάτων της, καθώς και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε αυτήν.

Στο έκτο κεφάλαιο, αναφέρουμε τη μεθοδολογία που ακολουθήσαμε για την πραγμάτωση αυτής της μελέτης.

Στο έβδομο κεφάλαιο, παρατίθενται συμπεράσματα σχετικά με όσα έχουμε αναφέρει, και εισηγήσεις για την επίτευξη επιτυχούς κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης των παιδιών με αυτισμό.

Στο τέλος της μελέτης, παρατίθεται παράρτημα με θέματα που αφορούν το αυτιστικό σύνδρομο και τέλος, η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήσαμε για τη διεξαγωγή της μελέτης μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

A.1. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Το αυτιστικό σύνδρομο είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή που προσβάλλει τους ανθρώπους από πολύ μικρή ηλικία και τα αίτια δεν είναι ακόμα ξεκάθαρα για την εμφάνισή της. Πολλές θεωρίες αναφέρουν την ψυχοδυναμική διάσταση στην αιτιολογία της ασθένειας, ενώ άλλες αναφέρουν διάφορες βιολογικές εκδοχές (κληρονομικότητα, χρήση φαρμάκων, κ.λ.π.).

Πολλές φορές δημιουργείται σύγχυση στους ανθρώπους του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος, κυρίως από άγνοια για την ασθένεια και την προέλευσή της. Οι γονείς συνήθως νιώθουν ανήμποροι μπροστά στην εκμάθηση δεξιοτήτων και στην εκπαίδευση των παιδιών τους με αυτισμό, γι' αυτό και εναποθέτουν τις ελπίδες τους για κοινωνικοποίηση και θεραπεία σε ποικίλες οργανώσεις, ιδρύματα και Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής.

Αυτός ο λόγος είναι και το έναυσμα για την πραγμάτωση αυτής της μελέτης, δηλαδή ο τρόπος και οι μέθοδοι θεραπείας-εκπαίδευσης των παιδιών με αυτισμό σε ένα οργανωμένο πλαίσιο που θα στηρίζει παράλληλα και την οικογένεια, με απώτερο στόχο την ένταξη και την ενσωμάτωση των παιδιών αυτών στην ευρύτερη κοινότητα.

Το αυτιστικό σύνδρομο είναι μια ασθένεια που μπορεί να θεραπευτεί πολύ δύσκολα. Παρ' όλα αυτά, τα παιδιά που παρουσιάζουν τα συμπτώματά της, μπορούν ταυτόχρονα να ξεχωρίζουν για κάποιο ιδιαίτερο ταλέντο ή ικανότητα (π.χ. να είναι αριθμομνήμονες) και να μπορούν κάλλιστα να φανούν αρκετά χρήσιμα για κάποιους τομείς εργασίας.

Σημαντικό ρόλο όμως παίζει και η εκπαίδευση, βάσει της οποίας τα παιδιά με

αυτισμό πρέπει να εκπαιδεύονται από μικρή ηλικία, όπου εμφανίζονται πιο έντονα τα συμπτώματα και μπορεί να γίνει η ακριβής διάγνωση της διαταραχής. Για την καλύτερη και την πιο σωστή διάγνωση του συνδρόμου δεν πρέπει να παραβλέπει κάποιος το γεγονός πως ο αυτισμός μπορεί να συνυπάρχει και με άλλες ασθένειες ή σύνδρομα.

Ο προβληματισμός μας έγκειται στους τρόπους και στις πιθανότητες επανένταξης των παιδιών αυτών στο κοινωνικό σύνολο, καθώς και ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών και οι μέθοδοι κοινωνικής εργασίας που χρησιμοποιούν στις Σ.Μ.Ε.Α, δουλεύοντας με παιδιά με αυτισμό.

A.2. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να εξετάσουμε το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στις Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής για παιδιά με αυτισμό, δημοτικής εκπαίδευσης. Επιπλέον, να εξετάσουμε την αξία του συμπεριφορισμού στην εκπαίδευση και θεραπεία των παιδιών με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ), καθώς την πιθανή χρήση του από τον κοινωνικό λειτουργό που εργάζεται με αυτά τα παιδιά.

Συγκεκριμένα, επιδιώκουμε την επίτευξη των ακόλουθων στόχων:

- Να παρατηρηθεί και να καταγραφεί η ακριβής αιτιολογία του αυτιστικού συνδρόμου, τα χαρακτηριστικά του, η διαφορική διάγνωση από άλλες ασθένειες της παιδικής ηλικίας και η σημασία της πρώιμης διάγνωσης.
- Να γίνει καταγραφή και αξιολόγηση των συναισθηματικών αντιδράσεων της οικογένειας του παιδιού με αυτισμό και της αξίας της συμμετοχής των γονέων στην εκπαιδευτική διαδικασία.
- Να καταγραφούν τα προγράμματα και οι βασικές διδακτικές αρχές των Σ.Μ.Ε.Α. Επίσης, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού και οι μέθοδοι που χρησιμοποιεί στην εργασία του με τα παιδιά με αυτισμό, με την οικογένειά τους, την κοινότητα όπου ζουν και τη διεπιστημονική ομάδα της μονάδας.
- Να γίνει καταγραφή και αξιολόγηση των διαθέσιμων προγραμμάτων και όλων των θεραπευτικών προσεγγίσεων και των τεχνικών, που χρησιμοποιούνται για την εκπαίδευση και θεραπεία των παιδιών με αυτισμό.
- Να γίνει εκτενής αναφορά και εξέταση της συμπεριφοριστικής μεθόδου των αρχών και των χαρακτηριστικών της και να εξεταστούν οι πιθανοί τομείς στους οποίους μπορεί να έχει εφαρμογή από έναν κοινωνικό λειτουργό σε Σ.Μ.Ε.Α που εργάζεται με παιδιά με αυτισμό.

- Να γίνει καταγραφή των τρόπων πρόληψης και ενσωμάτωσης των παιδιών με αυτιστικό σύνδρομο στην ευρύτερη κοινότητα.

A.3. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

A.M.E.A: Όρος που αναφέρεται σε πολλές ομάδες ατόμων με διαφορετικά ιατρικά, ψυχολογικά και μαθησιακά χαρακτηριστικά. Έχει αντικαταστήσει παλαιότερους όρους με ψυχιατρική κυρίως και ψυχολογική σημασία, όπως: ανώμαλα άτομα, άτομα αποκλίνοντα, ανάπηρα, ειδικά, ελαττωματικά, κ.ά. Τέτοιοι όροι αποδίδουν αρνητικές ιδιότητες στο άτομο, το στιγματίζουν και το απομονώνουν από το σχολικό και το κοινωνικό σύνολο.(Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, Τόμος 1, 1989,σελ.820)

Αποκατάσταση: Σήμερα με τον όρο αυτόν εννοούμε συχνά τη βοήθεια για την αντιμετώπιση μιας μόνιμης ή παροδικής, φανεράς ή συγκαλυμμένης μειονεκτικότητας. Συγκεκριμένα, αφορά στην επίκτητη ή την εκ γενετής μειονεκτικότητα. Σύμφωνα με τις σύγχρονες αντιλήψεις, αποκατάσταση είναι το σύνολο των ιατρικών, παιδαγωγικών, κοινωνικών και επαγγελματικο-οικονομικών μέτρων, που πρέπει να έχουν ως σκοπό την πρόληψη της μειονεκτικότητας (αναπηρίας) ή την άμβλυνση μιας ήδη υπάρχουσας μειονεκτικότητας και των συνεπειών της, ώστε να επιτρέπεται η παρουσία του αναπήρου στην κοινωνική ζωή ή να διευκολύνεται η ίδια.(Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, Τόμος 2, 1989,σελ.2712)

Ειδική Αγωγή: Σημαίνει ειδικά σχεδιασμένη εκπαίδευση που ικανοποιεί τις ιδιαίτερες ανάγκες παιδιών με προβλήματα, όπως νοητική καθυστέρηση,

μαθησιακές δυσκολίες, συναισθηματικές διαταραχές, σωματικές αναπηρίες ή προβλήματα όρασης και ακοής. Πιο αναλυτικά, η ειδική αγωγή είναι το σύστημα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και υπηρεσιών που παρέχονται στα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές και κοινωνικές ανάγκες, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους και για την ανάπτυξη και την πλήρη αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους. Σε ορισμένες χώρες, ο όρος ειδική αγωγή χρησιμοποιείται πολλές φορές εναλλακτικά με τον όρο "μαθησιακές δυσκολίες" ή "παιδιά με ειδικές ανάγκες".(Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια, Λεξικό, Τόμος 3, 1989, σελ.1642)

Ενσωμάτωση: Ενσωμάτωση σημαίνει ένταξη των ατόμων σε ένα ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Στην περίπτωση μας, σημαίνει ένταξη των Α.Μ.Ε.Α στην κοινωνία των «μη μειονεκτικών» ατόμων. Αν περιορίσουμε την έννοια της ενσωμάτωσης στην εκπαίδευση, ενσωμάτωση σημαίνει ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες στο κανονικό σχολείο. (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια, Λεξικό, Τόμος 4, 1989, σελ.1918)

Ένταξη: Τοποθέτηση ανάμεσα σε άλλους / αρμονικός συντονισμός συμπεριφοράς και προσωπικότητας του προσώπου με το περιβάλλον του.
(Κατσορίδου-Παπαδοπούλου, 1999, σελ.234)

Εξατομίκευση(individualisation): κατά τον R.Vinter (1974),σημαίνει την έμφαση που δίνεται σε ότι είναι μοναδικό και χαρακτηριστικό της ιδιοσυγκρασίας του ατόμου. Ο F. Loewenberg (1977), επεξηγεί ότι ο κοινωνικός λειτουργός χρειάζεται να μπορεί να καταλαβαίνει κάθε πρόσωπο με το οποίο έρχεται σε επαφή ως άτομο ξεχωριστό και διαφορετικό από οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο, κάθε ομάδα ως διαφορετική από τις άλλες και κάθε πρόβλημα να το θεωρεί νέο πρόβλημα, μοναδικό για το άτομο ή την ομάδα που το έχει.

(Κατσορίδου-Παπαδοπούλου,1999,σελ.234-235)

Επανακοινωνικοποίηση: οργανωμένες υπηρεσίες που παρέχονται στο άτομο με σκοπό την ψυχοκοινωνική του προσαρμογή, όπως είναι αυτές που παρέχουν τα κέντρα ψυχικής υγιεινής, τα κέντρα οικογένειας, τα προστατευμένα εργαστήρια (Κατσορίδου-Παπαδοπούλου,1999,σελ.236)

Κοινωνικοποίηση: Είναι η διαδικασία με την οποία τα άτομα αναπτύσσουν τα απαραίτητα προσόντα για να λειτουργήσουν αποδοτικά στην κοινωνία που ζουν. Η κοινωνικοποίηση περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά και τους ψυχολογικούς μηχανισμούς που αποκτά το άτομο για να τροποποιήσει τη συμπεριφορά όπου χρειάζεται. (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια, Λεξικό, Τόμος 5, 1989,σελ.2712)

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Wolins (1974), **κοινωνικοποίηση** είναι η διαδικασία εκείνη μέσα από την οποία ένας ανθρώπινος βιολογικός οργανισμός γίνεται και κοινωνικός, γίνεται μέλος μιας συγκεκριμένης κοινωνίας. Κοινωνικοποιημένος δε σημαίνει απαραίτητα και πολιτισμένος. Η οικογένεια και η ομάδα, που τα μέλη της αισθάνονται ίσα μεταξύ τους (peer group) είναι βασικοί φορείς κοινωνικοποίησης. Η κοινωνικοποίηση, ως διαδικασία, συμβαίνει όχι μόνο όταν ο άνθρωπος περνά από το ένα ηλικιακό στάδιο της ζωής του στο επόμενο αλλά και όταν το άτομο μπαίνει σε μια ομάδα, σε ένα ίδρυμα ή σε μια οργάνωση για να ζητήσει βοήθεια. Ο Lowenberg (1977), επισημαίνει ότι η κοινωνικοποίηση είναι κάτι περισσότερο από την προσαρμογή, διότι φέρει μέσα της το στοιχείο της μάθησης. Μαθαίνει κανείς να θέλει να κάνει αυτό που, ούτως ή άλλως, πρέπει να κάνει. (Κατσορίδου-Παπαδοπούλου, 1999, σελ.236)

Μέθοδος: η εξέταση ενός ζητήματος ή, η εκτέλεση μιας πράξης/ενός έργου με βάση ορισμένους κανόνες. Είναι ένας επιστημονικός τρόπος έρευνας. Ο

συστηματικός τρόπος παροχής βοήθειας. (Κατσορίδου-Παπαδοπούλου, 1999, σελ.237)

Προσαρμογή: η δυναμική αντίδραση του προσώπου στις πιέσεις που δέχεται και παίζει αυτή μεσολαβητικό ρόλο μεταξύ του προσώπου και του περιβάλλοντος. Οι προσαρμοστικοί μηχανισμοί κάθε ατόμου είναι άλλοι, το αποτέλεσμα μακροπρόθεσμων αγώνων του, που το οδήγησαν στην καλλιέργεια μιας σειράς δεξιοτήτων και άλλοι το αποτέλεσμα αντίδρασης του σε καταστάσεις που χρειάστηκε να αντιμετωπίσει άμεσα και άλλοι, πάλι, έχουν γενετικό προσδιορισμό. Ορισμένοι από αυτούς τους μηχανισμούς αποτελούν δυνάμεις εξέλιξης του ατόμου και άλλοι επενεργούν ως εμπόδιο. **Κακή προσαρμογή:** αυτή παρουσιάζεται πάντα, όταν τα άτομα δεν μπορούν να ξεπεράσουν ανάγκες εξάρτησης της παιδικής τους ηλικίας ή δεν μπορούν να επιτύχουν ένα λογικό συμβιβασμό μεταξύ αυτονομίας και πειθαρχίας ή έχουν ελάχιστες επιλογές ρόλων και προτύπων για να ταυτιστούν μαζί τους. (Κατσορίδου-Παπαδοπούλου, 1999, σελ. 239)

Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής (Σ.Μ.Ε.Α.): Σημαίνει ειδικά σχεδιασμένη εκπαίδευση που ικανοποιεί τις ιδιαίτερες ανάγκες παιδιών με μειονεξίες. Πιο αναλυτικά, η ειδική αγωγή είναι το σύστημα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και υπηρεσιών που παρέχονται στα άτομα με εκπαιδευτικές και κοινωνικές ανάγκες ,για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους και για την ανάπτυξη και την πλήρη αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους. (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια, Λεξικό, Τόμος 3, 1989, σελ.1648)

Τεχνική: το σύνολο των μεθόδων και κανόνων, με τους οποίους επιτυγχάνεται ορισμένο αποτέλεσμα καθώς και η ικανότητα χρησιμοποίησεως των κανόνων αυτών. Μια τεχνική από μόνη της δεν είναι ούτε καλή ούτε κακή, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί έτσι που να αποδώσει ικανοποιητικό, μέτριο, ή

καταστροφικό αποτέλεσμα. (Κατσορίδου-Παπαδοπούλου, 1999, σελ.241)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

ΤΟ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

B.1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΑΥΤΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με την Frith (1996), οποιαδήποτε ανασκόπηση γύρω από το θέμα του παιδικού αυτισμού οφείλει να αρχίσει από τους Kanner και Asperger, οι οποίοι δημοσίευσαν ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο, μελέτες της διαταραχής αυτής. Οι μελέτες τους αυτές περιείχαν λεπτομερείς περιγραφές περιπτώσεων και παρουσιάσεις των πρώτων θεωρητικών αποπειρών ερμηνείας της διαταραχής τόσο ο Kanner, όσο και ο Asperger, πίστευαν ότι υπήρχε μία εκ γενετής ανωμαλία, όπως οι ίδιοι την ονομάζουν, που προκαλούσε χαρακτηριστικά προβλήματα.

Έτσι λοιπόν, σχεδόν ταυτόχρονα το 1943 από τον Kanner στη Βαλτιμόρη και το 1944 από τον Asperger στη Βιέννη γίνεται μια καταγραφή περιπτώσεων «περίεργων» παιδιών, τα οποία παρουσίαζαν μερικά ιδιαίτερα γνωρίσματα.

Η Frith (1996), συνεχίζει αναφέροντας ότι, είναι αξιοσημείωτο ότι και οι δυο διάλεξαν τη λέξη «αυτισμός» για να χαρακτηρίσουν τη διαταραχή αυτή. Ο όρος αυτός αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1911 από το Γερμανό ψυχίατρο Eugen Bleuler, ως χαρακτηριστικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας, δηλαδή ως το δραστικό περιορισμό των σχέσεων με τους ανθρώπους και τον κοινωνικό περίγυρο - έναν περιορισμό τόσο ακραίο, που έμοιαζε το άτομο να αφήνει απ' έξω τα πάντα, εκτός από τον εαυτό του. Η άποψη αυτή δεν έχει εγκαταλειφθεί

μέχρι σήμερα.

Ήταν κάτι σαν απόσυρση από την κοινωνική ζωή προς τον εαυτό, το ίδιο το άτομο. Έτσι λοιπόν προέκυψαν οι λέξεις «αυτισμός» και «αυτιστικός» από την ελληνική λέξη «εαυτός».

Ωστόσο, το βασικό πρόβλημα που απασχόλησε από τότε πολλούς ερευνητές του αυτισμού, σύμφωνα με την Frith (1996), αφορά στο εάν ο αυτισμός μπορεί να θεωρηθεί ως ψυχικό νόσημα όπως η σχιζοφρένεια, η κατάθλιψη, κ.λ.π. ή αν αποτελεί σύμπτωμα μιας γενικότερης ψυχοπαθολογικής κατάστασης.

Οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1988), ανέφεραν ότι ο πρώτος που κατανόησε πως η ομάδα των ψυχωσικών παιδιών δεν είναι ομοιογενής, αλλά συμπεριλαμβάνει και μια ξεχωριστή υποομάδα, ήταν ο Leo Kanner (1943). Ήδη από το 1938 του είχε κάνει εντύπωση το γεγονός ότι ορισμένα ψυχωσικά παιδιά διέφεραν με έντονο και μοναδικό τρόπο από τα άλλα μέλη της ομάδας και ότι τα προβλήματα που παρουσίαζαν ήταν εμφανή από τις πρώτες κιόλας μέρες της ζωής τους. Ο Kanner υποστηρίζει πως τα δύο κλειδιά του αυτισμού είναι η υπερβολική απομόνωση και η καταθλιπτική εμμονή στη διατήρηση της ομοιότητας. Επιπλέον, άλλαξε το νοηματικό περιεχόμενο του όρου «αυτισμός». Παρατηρεί πως ο αυτισμός δεν είναι απώλεια επαφής με την πραγματικότητα, μια πραγματικότητα που για το παιδί δεν έχει καν διαμορφωθεί, αλλά πως είναι απλώς ανικανότητα επαφής με τον κόσμο.

Οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1988), συνεχίζουν αναφέροντας ότι η αρχική περιγραφή που έδινε έμφαση στη συναισθηματική απομόνωση, διευρύνθηκε για να περιλάβει τις γνωστικές ελλείψεις των αυτιστικών παιδιών και τη διαταραγμένη επικοινωνία. Αν και στο παρελθόν χρησιμοποιήθηκε ο όρος νηπιακός αυτισμός, σε μια προσπάθεια να τονιστεί η πολύ πρώιμη εμφάνιση των συμπτωμάτων, τώρα πια αναγνωρίζεται ότι ο «αυτισμός» είναι μια ισόβια μειονεξία.

Ο αυτισμός θεωρείται πρωταρχικά μια συναισθηματική, αντιληπτική, γλωσσική, γνωστική και επικοινωνιακή διαταραχή. Επεξηγηματικές διανοητικές

συνθέσεις αμφιταλαντεύονται μεταξύ ψυχογενών, βιολογικών, συμπεριφορικών και αλληλεπιδραστικών μοντέλων αιτιολόγησης.

Ο **Asperger**, σύμφωνα με τη Harpe (1998), ορίζει τον «αυτισμό» πολύ ευρύτερα από τον Kanner. Σύμφωνα λοιπόν με τον Asperger, ο «αυτισμός» είναι ένα εγγενές κοινωνικό μειονέκτημα, το οποίο ενυπάρχει στη διάρκεια ζωής του ενηλίκου. Χαρακτηρίζεται από φτωχή οπτική επαφή, στερεότυπο λέξεων και κινήσεων, καθώς και από μία σαφή αντίσταση στην αλλαγή.

Σύμφωνα με τη Harpe (1998), ο **Schopler** (1987), υποστηρίζει πως «αυτισμός» είναι μια συγκεκριμένη αναπηρία που εμφανίζεται σε άτομα φυσιολογικής νοημοσύνης, σε άτομα με νοητική υστέρηση και σε άτομα με άλλες αναπηρίες ή ανικανότητες. Δεν έχει καμία σχέση με συμπτώματα σχιζοφρένειας, αλλά πρόκειται για ένα σύνδρομο γνωστό για τις ποιοτικές ανωμαλίες στην αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση, το ρεπερτόριο περιορισμένων στερεοτυπιών, των επαναλαμβανόμενων ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων. Αυτές οι ανωμαλίες είναι αποτέλεσμα κάποιων νευρολογικών διαταραχών.

Μια άλλη εικόνα του αυτισμού, σύμφωνα με τη Harpe (1998), δίνει η **Howlin**, η οποία υποστηρίζει ότι ο «αυτισμός» είναι μία μακροχρόνια δυσλειτουργία, η οποία επηρεάζει σχεδόν κάθε πλευρά της λειτουργικότητας του ατόμου. Κενά στην επικοινωνία του περιορίζουν την ικανότητα να κατανοήσει τι συμβαίνει και γιατί και καθιστά σχεδόν αδύνατο τον έλεγχο των γεγονότων, των ανθρώπων ή του περιβάλλοντος. Δυσκολίες στην κοινωνική κατανόηση σημαίνει ότι ακόμα και στις απλές λειτουργίες εμφανίζονται προβλήματα. Η ανικανότητα να συναναστραφεί και να αποδεχτεί την αλλαγή καθώς και η εμμονή του να αρνείται να αλλάξει τη ρουτίνα και τα μοντέλα συμπεριφοράς, καθιστούν την καθημερινότητά του αυτιστικού ατόμου δυσλειτουργική και απειλητική.

Τί είναι όμως αυτή η μειονεξία; Πως μπορεί κάποιος να εξηγήσει τα πολλά της γνωρίσματα; Για να τα απαντήσουμε στην πορεία πρέπει να

αποσαφηνίσουμε από την αρχή μερικές παρανοήσεις σύμφωνα με την Frith (1996) και στη συνέχεια να καταλήξουμε τι είναι αυτισμός.

Η πρώτη παρανόηση είναι ότι ο αυτισμός είναι μια διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Στην πραγματικότητα όμως, αν και ο αυτισμός παρατηρείται κατ' αρχήν στην παιδική ηλικία, ωστόσο δεν είναι μια διαταραχή της ανάπτυξης. Ο αυτισμός επιπλέον δεν πρέπει να θεωρείται ως μία στατική κατάσταση, αλλά πρόκειται για μια διαταραχή που επηρεάζει ολόκληρη τη νοητική ανάπτυξη, τα συμπτώματα εμφανίζονται αναγκαστικά, πολύ διαφορετικά, σε διαφορετικές ηλικίες. Κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα θα καταστούν εμφανή αργότερα και άλλα θα εμφανιστούν με τον καιρό. Είναι γεγονός ότι υπάρχουν τεράστιες αλλαγές. Είναι ίσως ωφέλιμο σε αυτό το πρώιμο στάδιο να αποσαφηνίσουμε ορισμένους μύθους που αφορούν τον αυτισμό. Οι μύθοι λοιπόν αυτοί σύμφωνα με την Harpe (1998) είναι οι παρακάτω:

- Ο αυτισμός δεν προκαλείται από «ψυχρό οικογενειακό περιβάλλον».
- Ο αυτισμός είναι μία βιολογικά προσδιορισμένη διαταραχή.
- Ο αυτισμός δεν περιορίζεται στην παιδική ηλικία.
- Ο αυτισμός είναι μία αναπτυξιακή διαταραχή που διαρκεί σε όλη τη ζωή.
- Ο αυτισμός δεν χαρακτηρίζεται πάντοτε από ειδικές ή «έλλογες» δεξιότητες.
- Ο αυτισμός απαντάται σε όλα τα επίπεδα δείκτη νοημοσύνης, αλλά συνοδεύεται συνήθως από γενικές μαθησιακές δυσκολίες (νοητική υστέρηση).
- Ο αυτισμός δεν είναι απλά ένα «κέλυφος» μέσα από το οποίο ένα «φυσιολογικό παιδί περιμένει να εξέλθει».
- Ο αυτισμός είναι μια σοβαρή διαταραχή επικοινωνίας, κοινωνικοποίησης και δημιουργικής φαντασίας.

Συμπερασματικά λοιπόν, σύμφωνα με τη Harpe (1996), μπορούμε να πούμε ότι ο αυτισμός είναι μία εκ γενετής διαταραχή του εγκεφάλου που επηρεάζει τον τρόπο που ο εγκέφαλος χρησιμοποιεί τις πληροφορίες.

Πρόκειται για μια ισόβια αναπτυξιακή διαταραχή, μια ανικανότητα που επηρεάζει τα άτομα να κατανοούν σωστά όσα βλέπουν, ακούν και γενικότερα αισθάνονται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις, την επικοινωνία και τη συμπεριφορά τους. Ο αυτισμός είναι μία από τις πιο οδυνηρές μειονεκτικές καταστάσεις.

B.2. ΑΙΤΙΑ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Με βάση τις γνώσεις που διαθέτουμε μέχρι σήμερα για τον αυτισμό, σύμφωνα με τη Γενά (2002), δεν μπορούμε να κάνουμε λόγο για συγκεκριμένα αίτια. Η αιτιολογία δεν έχει επαρκώς διαλευκανθεί, με συνέπεια να δυσχεραίνεται η αντιμετώπιση. Παρ' όλα αυτά όμως έχουν διατυπωθεί διάφορες υποθέσεις. Οι αιτίες του αυτισμού είναι πολλαπλές, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις παρατηρείται συνδυασμός περισσότερων αιτίων. Ωστόσο, όλες οι εμπειριστατωμένες έρευνες για την αιτιολογία του αυτισμού συγκλίνουν στην άποψη ότι ο αυτισμός οφείλεται σε οργανικά και όχι σε ψυχογενή αίτια. Άγνωστο ακόμη παραμένει αν η οργανική έκπτωση που προκαλεί τον αυτισμό οφείλεται σε ενιαίο οργανικό παράγοντα ή εάν τα οργανικά αίτια είναι ποικίλα, εφόσον ποικίλει και η συμπτωματολογία των ατόμων με αυτισμό.

Ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει παρακάτω τις υποθέσεις που αφορούν τα αίτια του αυτισμού και που θεωρούνται περισσότερο έγκυρες:

Οργανικά αίτια

- Νευροδιαβιβαστές

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί για να προσδιορίσουν τη σχέση ανάμεσα στην ποσότητα της σεροτονίνης (η σεροτονίνη είναι ένας νευροδιαβιβαστής που διευκολύνει ή δυσχεραίνει τη μεταβίβαση των μηνυμάτων από νεύρο σε νεύρο διαμέσου των συνάψεων. Η σεροτονίνη επηρεάζει τη λειτουργία του ύπνου, τη θερμοκρασία του σώματος, το αίσθημα του πόνου, την αντίληψη, τη σεξουαλική συμπεριφορά, την κίνηση, τη λειτουργία των αδένων, των νεφρών, την όρεξη για φαγητό, κ.λ.π.) στο αίμα και τον αυτισμό έδειξαν ότι το 1/3 περίπου των αυτιστικών παιδιών παρουσιάζει μεγαλύτερη ποσότητα σεροτονίνης, ενώ σε πολλά αυτιστικά παιδιά η ποσότητα της σεροτονίνης είναι κανονική και σε άλλα βρίσκεται κάτω από τα κανονικά. Πιθανώς δηλαδή να υπάρχει πλεονασμός ή έλλειψη κάποιου νευροδιαβιβαστή ή να στερείται ο οργανισμός κάποιου ενζύμου, όπως συμβαίνει σε ορισμένες σπάνιες μορφές αναπτυξιακών διαταραχών.

- Φαινυλοκετονουρία

Η αυτιστική διαταραχή, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), είναι μια κληρονομική βιομηχανική ανωμαλία, που οφείλεται στην έλλειψη ηπατικού ενζύμου και στη μετατροπή της φαινολολανίνης σε τυροσίνη. Συνήθως η κύηση είναι χωρίς επιλοκές. Τα ελλείμματα καλύπτονται από τον οργανισμό της μητέρας. Η διαταραχή εκδηλώνεται μετά τη γέννηση. Η φαινυλοκετονουρία συνεπάγεται αν δε διαγνωστεί και δε ληφθούν έγκαιρα ιατροφαρμακευτικά μέτρα, νοητική ανεπάρκεια, ακόμη και αυτισμό.

- Ιστιδιναιμία

Η ιστοδιναιμία είναι, επίσης, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), μια σπάνια κληρονομική διαταραχή της ιστοδίνης που οφείλεται σε έλλειψη της ιστοδάσης. Συχνά τη διαταραχή αυτή ακολουθεί το αυτιστικό σύνδρομο.

- Υποθυρεοειδισμός

Όπως αναφέρει ο Κυπριωτάκης (1995), σε περιπτώσεις υποθυρεοειδισμού παρουσιάζεται υπολειτουργία-διαταραχή του θυροειδούς αδένος. Η σχέση της διαταραχής αυτής με τη νοητικά ανεπάρκεια και την καθυστέρηση στη σωματική εξέλιξη είναι γνωστή.

- Ενδορφίνες

Τα συμπτώματα του αυτιστικού συνδρόμου, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), θα ήταν δυνατό να οφείλονται σε μια αυξημένη ενέργεια της ενδορφίνης στον εγκέφαλο. Σε πολλά αυτιστικά παιδιά παρατηρείται το φαινόμενο του αυτοτραυματισμού. Αυτό εκδηλώνεται ενδεχομένως εξαιτίας διαταραχών στο σύστημα των ενδορφινών ακόμη και πριν από τη γέννηση. Ποσοστό 55% των αυτιστικών παιδιών έχουν υψηλούς δείκτες ενδορφίνης και τάσεις αυτοτραυματισμού.

Ο ίδιος συνεχίζει λέγοντας ότι, οι ενδορφίνες είναι νευροπολυπεπτίδια που σχηματίζονται στον εγκέφαλο ή στην υπόφυση και παίζουν ρόλο ενδογενούς μορφίνης. Η ενδορφίνη είναι μία μορφή ενδορφίνης, αυξάνεται σημαντικά δυο περίπου ώρες μετά από έναν τραυματισμό στο αίμα και επενεργεί κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να ελαττώνεται η ποσότητα του αίματος στο πληγωμένο μέρος, να ακολουθεί έπειτα μείωση του πόνου και η ανακούφιση.

- Μονοαμίνες

Ο Κυπριωτάκης (1995) αναφέρει ότι με βάση τα αποτελέσματα μιας επιδημιολογικής έρευνας που έγινε στη Σουηδία από τον Kehler (1984), διαπιστώθηκε ότι συνοδεύεται ασυνήθιστα συχνά το αυτιστικό σύνδρομο με την παρουσία της νευροϊνωμάτωσης, πάθησης που εκδηλώνεται με το σχηματισμό ογκιδίων σε περιοχές του νευρικού συστήματος ποικίλης αιτιολογίας και μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχή στην ποσότητα της μονοαμίνης. Μονοαμίνες είναι χημικές ουσίες, όπως και η σεροτονίνη, που επενεργούν ως νευροδιαβιβαστές.

Διαταραχή του δείκτη τιμών της μονοαμίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα συνεπάγεται διαταραχή στη μεταβίβαση των μηνυμάτων διαμέσου των συνάψεων ανάμεσα στα κύτταρα του εγκεφάλου.

- Ντοπαμίνες

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), οι Kusch και Petermann, σε έρευνα που έκαναν έδειξαν ότι 50% των αυτιστικών παιδιών παρουσιάζουν υψηλό δείκτη στις τιμές των ντοπαμινών και η παρουσία τους δε συνδέεται με νοητική ανεπάρκεια. Η αντιμετώπιση της διαταραχής με αντίστοιχα φαρμακευτικά παρασκευάσματα υπήρξε επιτυχής.

Τραυματισμοί-Ασθένειες

Σε πολλά αυτιστικά παιδιά, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), τα συμπτώματα του αυτισμού συνδέονται στενά με ασθένειες ή επιπλοκές που παρουσιάζονται κατά την προγεννητική, την περιγεννητική και τη μεταγεννητική περίοδο της ζωής τους και οδηγούν σε διαταραχές των λειτουργιών του εγκεφάλου. Σε μερικά από αυτά τα περιστατικά, ο δεσμός με το σύνδρομο του αυτισμού είναι πολύ μεγαλύτερος από ότι αναμένεται τυχαία. Με άλλα λόγια η πορεία εξέλιξης των αυτιστικών παιδιών γίνεται συνήθως κάτω από δύσκολες βιολογικές συνθήκες.

Υπεισέρχονται παράμετροι - καταστάσεις που ενέχουν σοβαρούς κινδύνους βλάβης του κεντρικού νευρικού συστήματος. Τέτοιες μη ευνοϊκές συνθήκες εξέλιξης παρουσιάζονται πιο συχνά στα αυτιστικά παιδιά.

Παρά τις υπάρχουσες δυσκολίες προσδιορισμού των επιμέρους αιτίων υψηλού κινδύνου που οδηγούν στον αυτισμό, ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει ότι μια έρευνα των Gillberg και Gillberg (1938) έδειξε ότι ένα ποσοστό 48% των αυτιστικών παιδιών συνάντησαν πιο συχνά στην πορεία της ζωής τους μη ευνοϊκές συνθήκες εξέλιξης, σε σύγκριση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου.

Σύμφωνα με τη Γενά (2002), ο Wilker αναφέρει ότι όλες σχεδόν οι σχετικές έρευνες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ορισμένες επιπλοκές κατά την προγεννητική περίοδο (π.χ. ασθένειες) ή τη στιγμή της γέννησης (π.χ. κακώσεις στον εγκέφαλο, ασφυξία, κ.ά.) παρουσιάζονται πιο συχνά (στατιστικά σημαντικά) στα αυτιστικά παιδιά από ότι στις ομάδες ελέγχου. Στα αυτιστικά παιδιά διαπιστώνονται, επίσης κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής, συχνότερες αιμορραγίες στη μήτρα, ομφάλιο λώρο, πλακούντα κ.ά., καταστάσεις που απαιτούν τη χορήγηση φαρμάκων στη μητέρα. Επιπλοκές μιας τέτοιας μορφής είναι πιο συχνές στα αυτιστικά παιδιά.

Ο Wilker, σύμφωνα με τη Γενά (2002), συνεχίζει αναφέροντας ότι, αν και τα περισσότερα αίτια - παράγοντες κινδύνου παρουσιάζονται κατά την προγεννητική περίοδο, κανένα από όσα έχουν μέχρι σήμερα εντοπισθεί, και με βάση τη γνώση και τα μέσα που διαθέτουμε, δεν μπορεί να θεωρηθεί με βεβαιότητα ότι αποτελεί κίνδυνο και βλάπτει οπωσδήποτε το κεντρικό νευρικό σύστημα. Ακόμη, αν και μερικές έρευνες δείχνουν ότι το σύνδρομο του αυτισμού δεν συνδέεται με πρόωρο τοκετό, αντίθετα άλλες έρευνες παρουσιάζουν ένα ποσοστό 27,2 % αυτιστικών παιδιών να είχαν πρόωρο τοκετό και βάρος κάτω από 2.500 γραμμάρια. Πάντως για την παρουσία του αυτιστικού συνδρόμου δεν παύει να αποτελεί σοβαρό κίνδυνο ένας πρόωρος τοκετός ή μια ασφυξία.

Επίσης, αν και είναι πολύ δύσκολο να αποδειχτεί πλήρως, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών οδηγούν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στις ενδομήτριες μολύνσεις και σε αυτισμό. Στις μολύνσεις αυτές συγκαταλέγονται η ανεμοβλογιά, η ερυθρά, η σύφιλη, η τοξοπλάσμωση, ο μεγαλοϊός των κυττάρων κ.ά. Στις περιπτώσεις αυτές μολύνσεων ποικίλλει ο χρόνος εμφάνισης του συνδρόμου, δηλαδή είναι δυνατό να παρουσιαστεί ο αυτισμός και μετά το 3^ο έτος της ηλικίας του παιδιού. Σαν επακόλουθο οξύτερων μορφών μολύνσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος (εγκεφαλίτιδες από διάφορα αίτια), μπορεί, επίσης, να εμφανιστούν

τα συμπτώματα του αυτισμού και σε μεγαλύτερη ηλικία. Οι επιπτώσεις είναι πιο σοβαρές, όσο πιο νωρίς, κατά τη διάρκεια της ζωής επεγήγησαν τα αίτια. Ένα ποσοστό 64 % των αυτιστικών παιδιών που εξέτασε η Wilhelm (σύνολο εξετασθέντων 80 αυτιστικά παιδιά) είχε υποστεί κάποια βλάβη στον εγκέφαλο κατά την προγεννητική περίοδο της ζωής ή τη στιγμή του τοκετού.

Ο ίδιος συνεχίζει αναφέροντας ότι, επίσης, βλάβες στον εγκέφαλο κατά τη μεταγεννητική περίοδο, εξαιτίας διάφορων αιτιών, μπορούν να οδηγήσουν στην παρουσία αυτιστικού συνδρόμου. Έτσι διαφορετικά παθογόνα αίτια προσβάλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα και μπορεί να παίξουν έναν αιτιώδη ρόλο στην παρουσία του αυτισμού.

Παρά τις παραπάνω διαπιστώσεις, όπως υποστηρίζει ο Κυπριωτάκης (1995), τα ευρήματα κάθε έρευνας πρέπει να αξιολογούνται με μεγάλη προσοχή και επιφύλαξη, καθόσον μπορεί συχνά να καταλήγουν σε αντικρουόμενες διαπιστώσεις.

Γενετικά αίτια

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), η άποψη ότι τα αυτιστικά παιδιά έχουν αυτιστικούς γονείς, αποτελεί υπερβολή.

Η Frith (1996), αναφέρει πως εφόσον ο αυτισμός είναι μια σπάνια διαταραχή, δεν θα περίμενε κανείς να συναντήσει συχνά περισσότερα από ένα αυτιστικό άτομο στην ίδια οικογένεια.

Δεδομένα, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), νεότερων ερευνών δείχνουν την ύπαρξη μιας γενετικής προδιάθεσης. Τα αδέλφια των αυτιστικών παιδιών εμφανίζουν συχνότερα διαταραχές στην αντίληψη, στη γλώσσα και στη μάθηση, νοητική ανεπάρκεια κ.ά., σε σύγκριση με τα αδέλφια κανονικών παιδιών ή παιδιών που έχουν αδέλφια με το σύνδρομο Down.

Ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει ότι χαρακτηριστικά είναι τα αποτελέσματα 24 ερευνών που έγιναν σε διδύμους και παρουσιάζουν το ρόλο που ασκεί η

κληρονομικότητα στην παρουσία του αυτιστικού συνδρόμου. Από τις έρευνες αυτές διαπιστώθηκε ότι σε 84 ζεύγη διδύμων, από τα οποία 48 ζεύγη ήταν μονοζυγώτες, ένα ποσοστό 77,1 % των ζευγών παρουσίασε αυτισμό και στα δύο άτομα του ζεύγους και ένα ποσοστό 22,9 % μόνο στο ένα άτομο. Από τα ζεύγη των ετεροζυγωτών, ένα ποσοστό 23,1 % παρουσίαζε αυτισμό και στα δύο άτομα του ζεύγους και ποσοστό 76,9 % παρουσίαζε αυτισμό μόνο στο ένα άτομο του ζεύγους. Πιο αναλυτικά, τα δίδυμα που προέρχονται από ένα γονιμοποιημένο ωάριο (μονοζυγώτες) εμφανίζουν πολύ πιο συχνά (77,1 %) και τα δύο παιδιά αυτισμό, ενώ τα δίδυμα που προέρχονται από διαφορετικά ωάρια (ετεροζυγώτες) εμφανίζουν πιο σπάνια (23,1 % και τα δύο άτομα το σύνδρομο του αυτισμού). Στα ζεύγη των διδύμων που δεν παρουσίαζαν συμφωνία, το μη αυτιστικό μέλος δεν ήταν απαραίτητα φυσιολογικό. Ποσοστό 80 % των μη αυτιστικών μελών των μονοζυγωτικών διδύμων εμφάνιζε νοητική καθυστέρηση και γλωσσική διαταραχή, ενώ το ποσοστό για τα ετεροζυγωτικά δίδυμα ήταν 10 %. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι υπάρχει ένα γενετικό αίτιο για μια γενικότερη διαταραχή της γνωστικής ανάπτυξης. Δεδομένης μιας γενετικής προδιάθεσης για τη διαταραχή αυτή, ο κλασσικός αυτισμός θα μπορούσε να είναι μια από τις εκδηλώσεις της.

Ύστερα από τα παραπάνω, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), η Rutter αναφέρει ότι μπορούμε να πούμε πως μια κληρονομική προδιάθεση ασκεί βασικό ρόλο στην εμφάνιση του αυτιστικού συνδρόμου. Κληρονομείται μια ευρύτερη προδιάθεση για διαταραχές στο γνωστικό και γλωσσικό τομέα και μας είναι άγνωστοι οι γενετικοί μηχανισμοί που συμμετέχουν.

Επίσης, ο Κυπριωτάκης (1995), τονίζει πως δεν πρέπει να διαφεύγει από την προσοχή μας το γεγονός ότι όλες οι γεννήσεις, πιο πολύ των διδύμων, εγκλείουν πολλούς κινδύνους, όπως είναι η έλλειψη οξυγόνου, όταν καθυστερεί η γέννηση του δεύτερου παιδιού, ο δύσκολος τοκετός, οι τραυματισμοί στο κεφάλι, που μπορούν να οδηγήσουν σε εγκεφαλικές βλάβες, γεγονός που παραπέμπει στους τραυματισμούς, κατά την περιγεννητική περίοδο.

«Αν και συνήθως οι γονείς των αυτιστικών παιδιών ασκούν ακαδημαϊκά επαγγέλματα και έχουν υψηλό δείκτη ευφυΐας, σπάνια είναι η γέννηση δεύτερου παιδιού με αυτισμό στην ίδια οικογένεια» (Νιτσοπούλου, 1986, σελ.77).

Παρ' όλο που τα τελευταία χρόνια τονίζονται ιδιαίτερα πάλι οι γενετικοί παράγοντες, η βιβλιογραφία που υπάρχει δεν αρκεί και δεν πείθει για να δεχθούμε απόλυτα ότι τα αίτια του αυτισμού είναι γενετικά. Ας μην ξεχνάμε ότι άτομα με αναπτυγμένο αυτιστικό σύνδρομο δεν είναι σε θέση να αποκτήσουν απογόνους, γιατί είναι αυτιστικά, γεγονός που τους εμποδίζει να έχουν ερωτικό δεσμό και ερωτικές σχέσεις.

Εγκεφαλικές βλάβες

Σύμφωνα με την Frith (1996) η φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν κάνουμε υποθέσεις για το είδος της βλάβης που θα μπορούσε να προκαλέσει τον αυτισμό. Είναι πλέον γνωστό ότι τα εγκεφαλικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται και στη συνέχεια «φυλλορροούν» κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής ανάπτυξης. Ο αναπτυσσόμενος και όχι ο πλήρως ανεπτυγμένος εγκέφαλος είναι αυτός που έχει τη μεγαλύτερη πυκνότητα κυττάρων και τις περισσότερες συνάψεις ανά κύτταρο, σε αντίθεση με την ιδέα ότι η ανάπτυξη σημαίνει αύξηση και όσο περισσότερα, τόσο καλύτερα. Η ανακοπή της ανάπτυξης επομένως ίσως να υποδηλώνει την αποτυχία διακοπής αυτής της λειτουργίας παρά τη συνέχισή της. Η αύξηση των νευρώνων ακολουθεί τις οδηγίες των γονιδίων. Εάν ο προγραμματισμός των γονιδίων είναι ελαττωματικός, τότε εμφανίζονται ανωμαλίες, π.χ. η διακοπή της λειτουργίας της αύξησης μπορεί να συμβεί με μεγάλη καθυστέρηση. Σε αυτή την περίπτωση, θα περίμενε κανείς αυξημένη κυτταρική πυκνότητα που πράγματι βρέθηκε στις μετά θάνατον εξετάσεις αρκετών αυτιστικών ασθενών.

Επίσης, θα ήταν ωφέλιμο, σύμφωνα με την Frith (1996), να διακρίνουμε τις

ανωμαλίες σύμφωνα με τη χρονική τους προέλευση και τις συνέπειές τους στην ανάπτυξη. Ένας ύποπτος και παράξενος σωματικός δείκτης ανωμαλιών κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη παρατηρείται στις έλικες και στις σπείρες των άνω και κάτω άκρων. Χαρακτηριστικά ανώμαλα δείγματα έχουν αναφερθεί σε μερικά αυτιστικά παιδιά. Αν η εμφάνισή τους μπορούσε να συνδεθεί με κάποιο ζωτικό χρονικό σημείο της προγεννητικής ανάπτυξης, θα είχαμε ίσως ένα στοιχείο σχετικά με τη βιολογική έναρξη του αυτισμού.

Οι αυτοψίες εγκεφάλων αυτιστικών ανθρώπων είναι ακόμα λιγοστές και αποσπασματικές. Αυξάνονται όμως οι μελέτες «ζώντων» εγκεφάλων με τη χρήση, π.χ. της αξονικής τομογραφίας.

Περιβαλλοντικά ή Ψυχογενή Αίτια

Σύμφωνα με την Γενά (2002), από την εποχή που ο Kanner εντόπισε την αυτιστική διαταραχή ως ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία μέχρι και τη δεκαετία του 1960, η αιτιολογία του αυτισμού αναζητήθηκε σε περιβαλλοντικά αίτια που σχετίζονται με χαρακτηριστικά στοιχεία των γονέων και κυρίως της μητέρας.

Επίσης, η Γενά (2002), αναφέρει ότι η επικρατέστερη άποψη για τα αίτια του αυτισμού αποδίδεται στον Bettelheim, ο οποίος υπήρξε και ο κύριος υποστηρικτής της ψυχογενούς αιτίασης του αυτισμού. Κατά την άποψή του, οι γονείς αποτελούν τον κύριο παράγοντα παθογένεσης του αυτισμού. Συγκεκριμένα, υποστήριζε ότι το παιδί παραμένει σε μια «νοσηρή κατάσταση» αυτισμού που οφείλεται στην ανικανότητα των γονέων να ανταποκριθούν στις συναισθηματικές του ανάγκες. Η ανεπαρκής μητρική παρουσία κατά τη βρεφική ηλικία, σε συνδυασμό με την αδυναμία ανάπτυξης του απαραίτητου δεσμού μητέρας-παιδιού κρίθηκαν ως τα πυρηνικά αίτια πρόκλησης της αυτιστικής διαταραχής.

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), ο αυτισμός θεωρήθηκε ότι οφείλεται σε

τραυματικές εμπειρίες του παιδιού, απομάκρυνση του παιδιού από τη μητέρα, ιδρυματισμός, έλλειψη ψυχικού δεσμού, έλλειψη σωματική επαφής μητέρας-παιδιού, ανεπιθύμητη κύηση, έλλειψη στοργής, γέννηση άλλου παιδιού προτού ακόμα συμπληρώσει τον 18^ο μήνα της ζωής του, λανθασμένη συμπεριφορά της μητέρας, κατάθλιψη της μητέρας μετά τη γέννηση του παιδιού, χρήση θηλάστρου, έλλειψη αυτοπεποίθησης των γονέων, πολύ περισσότερο της μητέρας, διαζύγιο, θάνατος του ενός ή και των δύο γονέων, υπερβολικές απαιτήσεις, κ.λ.π.

Γι' αυτό υποστηρίχτηκε, κατά καιρούς, άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο, ότι τα αίτια του αυτισμού είναι ψυχογενή. Η άποψη αυτή, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), αντιπροσωπεύεται ιδιαίτερα από τους υποστηρικτές της ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης.

Σύμφωνα με τις απόψεις της ψυχαναλυτικής θεωρίας, όπως αναφέρει ο Κυπριωτάκης (1995), ο αυτισμός προκαλείται από ψυχοδυναμικές συγκρούσεις μεταξύ της μητέρας και του παιδιού ή από κάποιο έντονο υπαρξιακό άγχος που βιώνεται από το παιδί και θεραπεύεται με την επίλυση της πρωταρχικής σύγκρουσης. Παρά την έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων, η λανθασμένη αυτή πεποίθηση υπάρχει. Στην πραγματικότητα, είναι αδύνατο να γίνει ένα παιδί αυτιστικό, επειδή η μητέρα του δεν του προσέφερε αρκετή αγάπη ή επειδή αισθάνεται ότι απειλείται η ζωή του και η ταυτότητά του.

Χρωμοσωμικά αίτια

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), οι έρευνες του Kehler που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα σε αυτιστικά παιδιά δεν οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι το σύνδρομο του αυτισμού συνδέεται με χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Παιδιά με σύνδρομο Down σπάνια παρουσιάζουν συμπτώματα αυτισμού, αν και η ύπαρξη ενός συνδρόμου δεν αποκλείει την ύπαρξη άλλου. Το ίδιο παρατηρείται, επίσης, και σε περιπτώσεις εμφάνισης του συνδρόμου Klinefelter.

Κατά τους Innerhofer / Klicpera, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), άτομα με «εύθραυστο - X σύνδρομο» το οποίο παρατηρείται πιο συχνά στα αγόρια, παρουσιάζουν σωματικές παραμορφώσεις, νοητική ανεπάρκεια, γλωσσικές και άλλες διαταραχές που είναι όμοιες με αυτές του αυτισμού (ανεπάρκεια στο λόγο, ηχολαλία, αποφυγή βλεμματικής επαφής κ.λ.π.). Έχει μάλιστα διαπιστωθεί ότι ποσοστό 10 - 20 % των αυτιστικών ατόμων παρουσιάζει «εύθραυστο - X σύνδρομο».

Μολυσματικά αίτια

Σύμφωνα με την Frith (1996), η θεωρία ότι η ψυχική ασθένεια μπορεί να οφείλεται στη δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού ή / και σε μολυσματική ασθένεια έχει ιδιαίτερη απήχηση στην περίπτωση του αυτισμού. Έχει καταδειχθεί σε αυστηρά επιλεγμένες περιπτώσεις ότι η προσβολή μικρών παιδιών από κάποιον ιό προηγήθηκε της εκδήλωσης των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων του αυτισμού. Η αναπτυξιακή περίοδος πριν από την προσβολή αναφέρεται ως εμφανώς φυσιολογική.

Η ίδια συνεχίζει αναφέροντας ότι, υπάρχουν επίσης μητέρες όπου η μόλυνση τους εμφανίστηκε στα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης (π.χ. ερυθρά). Παρ' όλα αυτά όμως, εξαιτίας της σπανιότητας των καλά τεκμηριωμένων περιπτώσεων, δεν είναι δυνατόν ο αυτισμός, κατά ένα μεγάλο μέρος, να συνδεθεί με αυτού του είδους την αιτιολογία.

Οι μολυσματικές ασθένειες εκδηλώνονται απροσδόκητα. Η Frith (1996), αναφέρει ότι, εάν το κεντρικό νευρικό σύστημα μολυνθεί σε μία κρίσιμη χρονική περίοδο, πριν ή μετά τη γέννηση, μπορεί να προκληθεί αυτισμός. Κάποιοι ιοί που έχουν προταθεί ως πιθανά αίτια του αυτισμού είναι ο έρπης και ο μεγαλοκυττοϊός.

B.3. ΕΠΗΠΟΛΑΣΜΟΣ

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), ο Lotter μας πληροφορεί ότι ανάμεσα σε 10.000 παιδιά ηλικίας 8-10 χρόνων βρίσκονται 4 - 5 παιδιά με το σύνδρομο του πρώιμου παιδικού αυτισμού. Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνονται και με νεότερες έρευνες. Πιο πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η παρουσία του αυτιστικού συνδρόμου είναι συχνότερη (ανάμεσα σε 10.000 παιδιά 6,6 παιδιά είναι αυτιστικά).

Ο Κυπριωτάκης (1995) συνεχίζοντας, αναφέρει ότι στη χώρα μας η συχνότητα παρουσίας του αυτιστικού συνδρόμου βρίσκεται στα ίδια περίπου με τα διεθνή επίπεδα, καθ' όσον ελλείπουν παντελώς στατιστικά στοιχεία για το θέμα αυτό. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι ένας αριθμός αυτιστικών παιδιών μπορεί να έχει εισαχθεί και να διαμένει σε ιδρύματα, άλλος να ζει μέσα σε οικογένειες, άλλος να φοιτά σε κανονικά ή ειδικά σχολεία ή σε ειδικά ιδρύματα για αυτιστικά παιδιά, με συνέπεια την αδυναμία του εντοπισμού και της καταγραφής τους.

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Μπεζεβέγκη (1987), η αξιοπιστία των ψυχολογικών μετρήσεων για τον αυτισμό, όπως και για τα περισσότερα σύνδρομα είναι περιορισμένη και υπάρχει έλλειψη ευκρινών και γενικά αποδεκτών διαγνωστικών κριτηρίων. Το πρόβλημα της εκτίμησης της συχνότητας του αυτισμού γίνεται πιο περίπλοκο αν λάβει κανείς υπόψη του ότι στις περισσότερες περιπτώσεις δεν γίνεται σαφής διαχωρισμός ανάμεσα στον αυτισμό και στην παιδική σχιζοφρένεια. Αυτό οφείλεται είτε σε μεθοδολογικούς περιορισμούς και ανεπάρκειες των σχετικών ερευνών, είτε στην πεποίθηση μερικών μελετητών ότι πρέπει να μιλάμε όχι για σχιζοφρένεια ή αυτισμό, αλλά για παιδικές ψυχώσεις αδιάκριτα.

Με βάση όμως τα παραπάνω στοιχεία, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), διαπιστώνεται ότι η συχνότητα του συνδρόμου του πρώιμου παιδικού αυτισμού παρουσιάζεται μεγαλύτερη από εκείνη της τύφλωσης και λίγο μικρότερη από τη

συχνότητα της κώφωσης. Κατά συνέπεια πρόκειται για σχετικά σύνηθες φαινόμενο, όπου η συχνότητα στα αγόρια είναι μεγαλύτερη και μικρότερη στα κορίτσια, 4:.

Σύμφωνα με την Frith (1996), μια μελέτη από τους Lord, Schopler και Bericki πρόσθεσε καινούργια στοιχεία στο ζήτημα αυτό. Η μελέτη τους παρουσιάζει αποτελέσματα από ένα από τα μεγαλύτερα δείγματα αυτιστικών παιδιών: 384 αγόρια και 91 κορίτσια, ηλικίας από 3-8 ετών. Από το 1975 έως το 1980, όλα τα παιδιά εξετάστηκαν εξονυχιστικά με ψυχολογικές δοκιμασίες και συνεντεύξεις, ενώ λήφθηκε υπ' όψη και η ανάπτυξη του κάθε παιδιού. Η αναλογία αγοριών - κοριτσιών ήταν 5:1 στο υψηλότερο σκέλος της κλίμακας ικανοτήτων και μόνο 3:1 στο χαμηλότερο. Τα αυτιστικά κορίτσια παρουσίαζαν κατά μέσο όρο σοβαρά μειονεκτήματα σε όλες σχεδόν τις ελεγχόμενες ικανότητες απ' ότι τα αυτιστικά αγόρια.

Τα κορίτσια είχαν κατά μέσο όρο, όπως αναφέρει η Frith (1996), μη λεκτικό Δ.Ν. 40 και τα αγόρια 44. Παρομοίως τα κορίτσια παρουσίασαν περισσότερες δυσκολίες κατά την αξιολόγηση των απλών δεξιοτήτων της καθημερινής ζωής και ήταν πιο κάτω από τα αγόρια στις γλωσσικές ή αντιληπτικές δοκιμασίες. Ωστόσο, όσον αφορά στο παιχνίδι, στο συναίσθημα ή την ικανότητα σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων, τα κορίτσια παρουσίαζαν τις ίδιες δυσκολίες σε σχέση με τα αγόρια. Αυτό το εύρημα υποδηλώνει ότι τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα είναι σχετικά ανεξάρτητα από τις διανοητικές ικανότητες και τις επίκτητες δεξιότητες.

Η υπεροπλία των αγοριών που παρατηρείται συστηματικά σε όλες τις μελέτες και ο μικρός αριθμός κοριτσιών στα μεσαία και υψηλότερα επίπεδα ικανοτήτων, σύμφωνα με την Frith (1996), αποτελούν χαρακτηριστικές ενδείξεις για τη βιολογική προέλευση του αυτισμού.

Άλλες έρευνες, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1989), καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι σε οικογένειες με δύο παιδιά, το αυτιστικό παιδί είναι το μεγαλύτερο σε ηλικία, ενώ σε οικογένειες με περισσότερα από δύο παιδιά, είναι

μεγαλύτερη η πιθανότητα να ανήκει το αυτιστικό παιδί στο δεύτερο ήμισυ της σειράς των παιδιών.

Στη μεθοδολογικά άψογη μελέτη του Middlesex, σύμφωνα με την Frith (1996), βρέθηκε ότι ο αυτισμός εκδηλώνεται συχνότερα σε οικογένειες ανώτερου κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου.

Αυτή η αυξημένη αντιπροσώπευση συγκεκριμένων κοινωνικών τάξεων, σύμφωνα με την Frith (1999), είναι συνεπής προς τα κλινικά δείγματα του Kanner και του Asperger. Παρ' όλα αυτά, οποιαδήποτε συσχέτιση μεταξύ διαταραχής και κοινωνικής τάξης είναι αινιγματική. Η συσχέτιση όμως αυτή αποτέλεσε ευπρόσδεκτη τροφή για τις ψυχοδυναμικές θεωρίες του Αυτισμού.

B.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Για την πληρέστερη κατανόηση και την καλύτερη διάγνωση του αυτιστικού συνδρόμου, αρκετοί ερευνητές ασχολήθηκαν με τα χαρακτηριστικά του γνωρίσματα.

Σύμφωνα με την Harpe (1998), ο Kanner, στην πρώτη του μελέτη για τον αυτισμό, υπογράμμισε μια σειρά γνωρισμάτων, τα οποία ο ίδιος εξέλαβε ότι είναι χαρακτηριστικά όλων των παιδιών που είδε. Παρακάτω παραθέτουμε τα γνωρίσματα αυτά:

- Ø Υπερβολική αυτιστική μοναχικότητα: Είναι το κύριο χαρακτηριστικό των παιδιών με αυτισμό και ευθύνεται για την ονομασία της διαταραχής . Τα παιδιά αποτυγχάνουν να συναλλάσσονται ομαλά με ανθρώπους και είναι πολύ ευτυχισμένα όταν αφήνονται μόνα τους. Αυτή η έλλειψη κοινωνικής ανταπόκρισης εμφανίζεται πολύ νωρίς στη ζωή του παιδιού.
- Ø Αγχωτική καταθλιπτική επιθυμία για τη διατήρηση ομοιότητας: Τα παιδιά εκνευρίζονται όταν διαταράσσεται το πρόγραμμά τους, η ρουτίνα τους, ή

ο περίγυρός τους. Αυτό έχει ως απόρροια α) στερεότυπες κινήσεις, β) πράξεις με καταναγκαστικό χαρακτήρα.

- Ø Εξαιρετική μνήμη: Τα παιδιά έχουν την ικανότητα να ενθουμούνται μεγάλες και χωρίς σημασία ποσότητες ύλης (π.χ. μία σελίδα περιεχομένων εγκυκλοπαίδειας) που δε συμβαδίζει με τις σαφείς μαθησιακές τους δυσκολίες ή τη νοητική τους υστέρηση σε άλλες περιπτώσεις.
- Ø Καθυστερημένη ηχολαλία: Η ηχολαλία πιθανόν να εξηγεί την αντιστροφή αντωνυμιών - ότι δηλ. τα παιδιά μπορούν να χρησιμοποιούν το «εσύ» όταν αναφέρονται στον εαυτό τους και το «εγώ» για το άλλο άτομο. Αυτή η χρήση θα ήταν συνέχεια μίας άμεσης επανάληψης της παρατήρησης ενός άλλου ομιλητή. Τα παιδιά συνήθως επαναλαμβάνουν τη γλώσσα που ακούνε, αλλά αποτυγχάνουν να χρησιμοποιούν λέξεις για να επικοινωνούν σε θέματα πέρα από τις άμεσες ανάγκες τους.
- Ø Υπερευαίσθησία σε ερεθίσματα: Ο Kanner, σύμφωνα με τη Harpe (1998), σημειώνει ότι πολλά παιδιά αντιδρούν έντονα σε ορισμένους θορύβους και σε αντικείμενα όπως ασανσέρ, ηλεκτρικές σκούπες, ακόμα και στο φύσημα του αέρα. Μερικά ακόμα δείχνουν ότι έχουν προβλήματα ή φαντασιώσεις με το φαγητό.
- Ø Περιορισμός στη διαφορετικότητα αυθόρμητης δραστηριότητας: Αυτό είναι φανερό στις επαναλαμβανόμενες κινήσεις των παιδιών, στις λεκτικές τους εκφράσεις και στα ενδιαφέροντά τους. Τα παιδιά δείχνουν να έχουν μια καλή σχέση με τα αντικείμενα, συχνά αποκαλύπτοντας μια καταπληκτική δεξιότητα στην περιστροφή πραγμάτων ή στην ολοκλήρωση puzzle.
- Ø Καλές γνωστικές δυνατότητες: Ενώ πολλά παιδιά θεωρείται ότι έχουν σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες, παρ' όλα αυτά επιδεικνύουν μία εξέχουσα μνήμη και μία δεξιότητα, η οποία αντικατοπτρίζει μία ανώτερη νοημοσύνη. Αυτή η ισχυρή εντύπωση για τη νοημοσύνη - ότι δηλ. ένα

αυτιστικό παιδί θα μπορούσε, αν μόνο αυτοί θα το ήθελαν - παρατηρείται συχνά σε γονείς και δασκάλους. Μια εντύπωση για τη νοημοσύνη δίνεται ακόμα από την παντελή έλλειψη εμφανών φυσιολογικών χαρακτηριστικών στις περισσότερες περιπτώσεις αυτισμού. Τα αυτιστικά παιδιά συνήθως έχουν εμφάνιση «φυσιολογική». Ο Kanner και άλλοι συγγραφείς έχουν περιγράψει αυτιστικά παιδιά ως ασυνήθιστα όμορφα.

Ø Υψηλά νοήμονες οικογένειες: Ο Kanner, σύμφωνα με τη Harpe (1998), επισημαίνει στη μελέτη του ότι όλες οι περιπτώσεις του είχαν νοήμονες γονείς, πράγμα που ίσως να διευκόλυνε την παραπομπή των παιδιών τους σε ειδικό. Το δείγμα του Kanner λοιπόν είναι απίθανο να έχει αντιπροσωπευτικότητα. Ο Kanner περιέγραψε επίσης τους γονείς ως ψυχρούς παρ' όλο που στο πρώτο του άρθρο βρισκόταν πολύ μακριά από μία ψυχογενή θεωρία. Αντίθετα ο ίδιος θεωρεί ότι «αυτά τα παιδιά έρχονται στον κόσμο με εγγενή έλλειψη ικανότητας να διαμορφώσουν μία συνήθη, βιολογικά προσδιορισμένη, συναισθηματική επαφή με ανθρώπους».

Επιπλέον, ο Kanner και άλλοι ερευνητές, όπως συνεχίζει να αναφέρει η Harpe (1998), ασχολήθηκαν ιδιαίτερα με το:

Ø Χαρακτηριστικό βλέμμα: το παιδί μοιάζει συνήθως σα να μας κοιτάζει και να μην μας αντιλαμβάνεται, σα να κοιτάζει στο αχανές. Το βλέμμα του είναι ανέκφραστο, αποφεύγει την κατά πρόσωπο επικοινωνία, δεν επιζητά επαφή με την πραγματικότητα. Συνήθως το παιδί αποστρέφει το βλέμμα του όχι από τα πράγματα, αλλά από το ανθρώπινο πρόσωπο που του απευθύνει το λόγο, που το κοιτάζει διερευνητικά.

Πάντως παρ' όλα αυτά, το παιδί με αυτισμό δεν χάνει εξ' ολοκλήρου την επαφή του με όσα συμβαίνουν στο περιβάλλον του. Παρακολουθεί τα πάντα με ένα προσωπικό, ιδιόμορφο πλάγιο τρόπο παρατήρησης με το «περιφερειακό βλέμμα».

Χαρακτηριστικά του αυτισμού, όπως αναφέρει ο Asperger, σύμφωνα με τη

Happe (1998), είναι τα ακόλουθα:

1. Κοινωνικό μειονέκτημα του αυτισμού είναι ιδιοσυστατικό και ενυπάρχει στη διάρκεια της ζωής του ενήλικου αυτιστικού ατόμου.
2. Φτωχή οπτική επαφή
3. Στερεοτυπία στις λέξεις και στις κινήσεις τους, καθώς και σαφή αντίστασή τους στην αλλαγή.
4. Χρήση της γλώσσας με στοιχεία της «ελευθερίας» και «πρωτοτυπίας» καθώς και ότι πολλά απ' τα παιδιά που μελέτησε, μιλούσαν μ' ευχέρεια λόγου, σε πολλές περιπτώσεις.
5. Διαταραχή της φιλικής σχέσης με ολόκληρο το περιβάλλον».

Οι περιγραφές του Kanner και του Asperger είναι αρκετά όμοιες όσον αφορά το σύνδρομο του αυτισμού σε διάφορες μελέτες τους. Επέλεξαν και οι δύο τον όρο «αυτιστικός» για να κατονομάσουν τους ασθενείς τους και η εκλογή αυτή δείχνει ότι και οι δύο πιστεύουν ότι τα κοινωνικά προβλήματα του παιδιού είναι το πλέον ενδιαφέρον και χαρακτηριστικό γνώρισμα της διαταραχής. Υπάρχουν όμως και κάποιες αναφορές των δύο, που διαφέρουν μεταξύ τους.

Σύμφωνα με τις Happe (1998) και Frith (1996), η Wing θεωρεί ότι τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά γνωρίσματα, τα οποία έχουν καταστεί γνωστά ως «τριάδα ανεπαρκειών» της Wing και αποτελούν σήμερα τη βάση διάγνωσης του αυτισμού. Η «τριάδα των ανεπαρκειών», που αναλύουμε παρακάτω, αφορά στην κοινωνικοποίηση, στην επικοινωνία και στη δημιουργική φαντασία και διαμορφώνει το πλαίσιο έρευνας του αυτισμού, γιατί ορίζει το πρόβλημα που πρέπει να λυθεί, καθώς και την εικόνα που πρέπει να ερμηνευτεί.

- 1) Ποιοτική ανεπάρκεια στην αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση: Όπως γνωρίζουμε, η διαταραχή στην ανάπτυξη της κοινωνικότητας είναι πρωτεύον χαρακτηριστικό του αυτισμού. Οι επιπτώσεις της διαταραγμένης ικανότητας για κοινωνική επαφή, αλληλεπίδραση και δημιουργία σχέσεων, σύμφωνα με τις Happe (1998) και Frith (1996),

είναι διάχυτη στον τρόπο με τον οποίο το άτομο επεξεργάζεται τα ερεθίσματα, βιώνει τον κόσμο και συμπεριφέρεται.

Σύμφωνα με τη Harpe (1998), δεν είναι απλώς η δυσκολία να μάθει το άτομο να είναι κοινωνικό, αλλά οφείλεται στην έλλειψη του βιολογικού προγραμματισμού που είναι απαραίτητος για την ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

Κατά τη Harpe (1998), η διαταραγμένη κοινωνική αλληλεπίδραση οφείλεται στην έλλειψη επαρκούς συνείδησης εαυτού και στην έλλειψη γνώσης των στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων που διαθέτει το ίδιο το άτομο. Πρόκειται για δυσκολία γνωστικής φύσης. Το άτομο δεν αντιλαμβάνεται την ικανότητά του να μαθαίνει, συνεπώς δεν έχει κίνητρο για μάθηση.

Η διαταραχή στην κοινωνική αλληλεπίδραση, σύμφωνα με τη Harpe (1998), χαρακτηρίζει όλα τα άτομα με αυτισμό. Τα πιο ικανά αναπτύσσουν την ικανότητα να μάθουν μηχανισμούς αποδεκτής κοινωνικής συμπεριφοράς και να αναπληρώσουν ως ένα βαθμό τη δυσκολία αυτή. Ωστόσο, υψηλής λειτουργικότητας άτομα με αυτισμό που αποκτούν κοινωνική κατανόηση και κοινωνικές δεξιότητες, το επιτυγχάνουν με διαφορετικές μεθόδους από εκείνες που χρησιμοποιούν τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα. Τις μεθόδους που χρησιμοποιούν οι ειδικοί για την επίτευξη της αμοιβαίας κοινωνικής αλληλεπίδρασης, θα τις αναλύσουμε εκτενέστερα σε επόμενο κεφάλαιο.

Τα αυτιστικά άτομα, όπως αναφέρει η Harpe (1998), είναι ικανά να ανταποκρίνονται με διαφορετικό τρόπο σε διαφορετικούς ανθρώπους και με διαφορετικούς τύπους προσέγγισης.

«Υπάρχει κάποια ασυμφωνία σε ότι αφορά την ηλικία, στην οποία αυτές οι δυσκολίες ανακύπτουν - ως τώρα ο αυτισμός σπάνια αναγνωρίζεται αξιόπιστα πριν από την ηλικία των 3 χρόνων. Αυτό έχει ως απόρροια οι κοινωνικές συμπεριφορές νηπίων με φυσιολογική ανάπτυξη να μην έχουν

διερευνηθεί σε αυτιστικά νήπια - αυτές οι ικανότητες έχουν εξεταστεί σε μεγαλύτερα αυτιστικά παιδιά.» (Harpe, 1998, σελ. 79).

- Ø Σύμφωνα με την Harpe (1998), ο Curcio (1973), αναφέρει ότι, τα αυτιστικά παιδιά δείχνουν μια έλλειψη ικανότητας να μοιράζονται και να κατευθύνουν την προσοχή, δεν δείχνουν πράγματα για να μοιράσουν το ενδιαφέρον τους (αποκαλούμενο «πρωτοδηλωτικό» δείξιμο).
- Ø Οι Sigman και Ungerer (1984), σύμφωνα με τη Harpe (1998), αναφέρουν ότι, μπορεί να υπάρχει ειδικό πρόβλημα με τη μίμηση, καθώς τα αυτιστικά παιδιά φαίνεται να δυσκολεύονται να αντιγράψουν κινήσεις.
- Ø Επιπλέον, η Harpe (1998), υποστηρίζει ότι, παρουσιάζεται ανεπάρκεια στην αναγνώριση συναισθηματικών καταστάσεων. Ένας αριθμός μελετών σε αυτιστικά παιδιά έχει υποδείξει την ύπαρξη ελλειμμάτων τους στην αναγνώριση συναισθήματος, μόνο που πάλι τα υποκείμενα τείνουν να είναι ηλικίας 5 χρόνων ή μεγαλύτερα.

2) Ποιοτική ανεπάρκεια στην λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία: Από την αρχική αναφορά του Kanner (1943), όπως αναφέρει η Harpe (1998), οι δυσκολίες στο «λόγο και την επικοινωνία» θεωρούνται από τα βασικά κριτήρια στον ορισμό του αυτισμού. Τα άτομα με αυτισμό παρουσίαζαν ένα ευρύ φάσμα δυσκολιών στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, που εκτείνεται από το εξ' ολοκλήρου άλαλο παιδί που δε χρησιμοποιεί ακόμα ούτε χειρονομία και δεν αποκτά λειτουργικό λόγο ποτέ (50%), το ηχολαλικό παιδί που παπαγαλίζει ολόκληρες προτάσεις, οι οποίες φαίνεται να μην έχουν καμία σχέση με τα συμφραζόμενα, ή το αυτιστικό παιδί που χρησιμοποιεί με ακαμψία απλές λέξεις, όπως του ζητείται, όπως το παιδί με σύνδρομο Asperger, που διακρίνεται για την ευχερή, αλλά στην ουσία παράδοξη ομιλία.

3) Ποιοτική ανεπάρκεια στη δημιουργική φαντασία: Τα αυτιστικά παιδιά, σύμφωνα με τη Harpe (1998), δείχνουν μια εντυπωσιακή απουσία αυθόρμητης ικανότητας για υποκριτικό ή συμβολικό παιχνίδι. Έτσι, ενώ

το φυσιολογικό παιδί, ηλικίας 2 χρόνων υποκρίνεται ότι ένα παιγνίδι-τούβλο είναι ένα αυτοκίνητο και ευτυχισμένα οδηγεί και παρκάρει, ένα αυτιστικό παιδί, ακόμα και αυτό με πολύ υψηλή νοητική ηλικία, απλά θα το βάλει στο στόμα, θα το πετάξει ή θα αρχίσει να το περιστρέφει. Το υποκριτικό παιγνίδι φαίνεται να αντικαθίσταται στον αυτισμό με επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες που μπορεί να καταστούν καταθλιπτικές. Δηλαδή, το παιδί μπορεί να βάλει στη σειρά αντικείμενα με τέτοια διευθέτηση που δεν πρέπει να διαταράσσεται, ή μπορεί να περιστρέφει όλα τα αντικείμενα που έχει στα χέρια του.

Γενικά, όπως αναφέρει η Harpe (1998), υπάρχει μια μεγάλη προτίμηση για γεγονότα, και το καταθλιπτικό λειτουργικό παιγνίδι του μικρού αυτιστικού παιδιού μπορεί να του ανοίξει δρόμο για καταθλιπτικά διαφέροντα, όπως πίνακες δρομολογίων τρένων, ημερομηνίες γεννήσεων, κ.λ.π. Η ειδική φύση αυτών των διαφερόντων δεν προέρχεται τόσο πολύ από το περιεχόμενό τους, αλλά από την περιγραφόμενη και στενή τους φύση.

Σύμφωνα με το DSM – III, όπως αναφέρουν οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1988), τα συμπτώματα κλειδιά του αυτισμού είναι τα παρακάτω:

A. Ηλικία εκδήλωσης πριν από τους 30 μήνες της ζωής.

Αυτό το όριο δημιουργεί διαγνωστικά αδιέξοδα ιδιαίτερα όταν οι γονείς έχουν περιορισμένη γνώση της φυσιολογικής εξέλιξης του παιδιού τους. Αυτή είναι η άποψη ορισμένων ερευνητών που, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), την στηρίζουν σε ορισμένες μελέτες των Kolvin και συνεργατών, οι οποίες έδειξαν ότι υπάρχουν δύο ξεχωριστές ηλικιακές κατηγορίες εκδήλωσης της ευρύτερης κατηγορίας των ψυχώσεων στην παιδική ηλικία: η μία πριν από την ηλικία των 3 χρόνων και η δεύτερη στην πρώιμη εφηβεία.

Σύμφωνα με τον Χριστοφίδη (1991), πολλοί γονείς αυτιστικών παιδιών αναφέρουν ότι το παιδί τους κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής του, ήταν ήσυχος και φρόνιμος. Στη διάρκεια του δεύτερου έτους το παιδί έπαιζε μόνο του και η δραστηριότητά του δεν απευθυνόταν κάπου, αλλά ήταν στερεότυπη, όπως το να σιγοτραγουδά ή να γυρίζει τις σελίδες ενός βιβλίου. Δεν μεταβάλλονται όμως σε αυτιστικά άτομα μόνο με βάση τα παραπάνω στοιχεία, παρά μόνο όταν οι προσπάθειές τους για επικοινωνία καταλήγουν σε καταστρεπτικές αντιδράσεις. Πολλοί γονείς μάλιστα, όπως αναφέρουν οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1988), δίνουν έμφαση στην αντίθεση ανάμεσα στην προνοσηρή κατάσταση της υγείας του παιδιού τους και στις διαταραχές του λόγου, της ομιλίας καθώς και της κοινωνικής και συγκινησιακής συμπεριφοράς που ακολούθησαν. Αυτό είναι ατυχές γιατί έχουμε ελάχιστες πληροφορίες για τις διαφορές των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν τις υποομάδες.

Επιπλέον, ο Rutter, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), πιστεύει ότι αν το παιδί είχε αναπτύξει ομιλία σε σημείο που να μπορεί να συζητά, καθώς και συμβολικό παιχνίδι και μετά τα έχασε, δεν υπάρχει λόγος διαφοροποίησης της ηλικίας που εκδηλώθηκε η διαταραχή, εφόσον μία τέτοια διαφορά δεν έχει προγνωστική αξία.

Σύμφωνα με τον Χριστοφίδη (1991), ο παιδικός αυτισμός ίσως γεννιέται από τρεις ή περισσότερες κρίσιμες περιόδους:

1. Η πρώτη κρίσιμη περίοδος είναι γύρω στους έξι πρώτους μήνες, περίοδος που προηγείται της αγωνίας των οκτώ μηνών, προτού ακόμα η προσπάθεια επικοινωνίας με τους φίλους ενισχυθεί πολύ, από φόβο προς τους ξένους. Για να πραγματοποιηθεί αυτή η εμπειρία του φίλου και του εχθρού, η δραστηριότητα του παιδιού πρέπει να του επιτρέψει να απομονώσει μερικά πρόσωπα ως φίλους. Μερικά παιδιά αναγνωρίζονται ως αυτιστικά γύρω απ' αυτή την ηλικία. Είναι τα παιδιά, που έχοντας απογοητευθεί πολύ από τον κόσμο, δεν έχουν ακόμα δημιουργήσει

κοινωνικές σχέσεις.

2. Η δεύτερη κρίσιμη περίοδος είναι από τον έκτο μέχρι τον ένατο μήνα περίπου, που περιλαμβάνει και την αγωνία του όγδοου μήνα. Αν το παιδί προσπαθήσει να δημιουργήσει μια σχέση με το άλλο πρόσωπο, αλλά το βρίσκει αδιάφορο, τότε μπορεί να εγκαταλείψει κάθε πρωτοβουλία για να δημιουργήσει σχέσεις. Αλλά μη βρίσκοντας τον άλλον, δεν μπορεί να βρει ούτε τον εαυτό του.
3. «Η Τρίτη κρίσιμη περίοδος, βρίσκεται μεταξύ του δέκατου όγδοου μήνα και δύο ετών. Είναι η ηλικία που το παιδί μπορεί να πλησιάσει τον κόσμο ή ν' αποφύγει την επαφή, όχι μόνο στο συναισθηματικό τομέα, αλλά και σωματικά. Κατά συνέπεια αυτό, μπορούμε να πούμε ότι είναι το στάδιο όπου στην αναστολή της συναισθηματικής επαφής μακριά από την μητέρα, προστίθεται και η αναστολή της συναισθηματικής και φυσικής επαφής μακριά από τον κόσμο.

B. Πλήρης έλλειψη κοινωνικής ανταπόκρισης.

Το σύμπτωμα αυτό, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), είναι το «σήμα κατατεθέν» του αυτισμού. Τα αυτιστικά άτομα φαίνονται να αδιαφορούν και για το μη κοινωνικό, αλλά κυρίως για το κοινωνικό τους περιβάλλον. Εκδηλώσεις όπως το να κάθεται το παιδί στα γόνατα της μητέρας του, να φιλάει όταν του το ζητάνε ή να κλαίει όταν κάποιο σημαντικό πρόσωπο βγαίνει από το δωμάτιο, όταν εκτελούνται δεν σημαίνουν απαραίτητα σημαντικούς κοινωνικούς δεσμούς. Υπάρχει μία ποιότητα λειτουργικής εξάρτησης από τους ενήλικες και ένα στοιχείο αυτόματης αντανακλαστικής εκτέλεσης αυτών των πράξεων, που τις απογυμνώνει από το συνηθισμένο κοινωνικό τους χαρακτήρα.

Τέτοιου είδους κοινωνικές ανταλλαγές, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), τις οποίες με πολύ κόπο έχουν διδαχθεί ορισμένα αυτιστικά

παιδιά, είναι προσπάθειες να γίνουν φυσιολογικά και πρέπει να ενθαρρύνονται γιατί μπορεί να αποκτήσουν περισσότερο νόημα για τα παιδιά. Τέλος, θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη και η χρονολογική ηλικία του παιδιού (π.χ. ένα αγόρι 12 χρονών να κάθεται στα γόνατα της μητέρας του κατά τη διάρκεια μιας συνέντευξης, δεν είναι η κατάλληλη συμπεριφορά).

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο, όπως αναφέρουν οι ίδιοι, είναι η επιλησμοσύνη που δείχνουν τα αυτιστικά άτομα. Διαφορούν δηλ. για την εντύπωση που θα δημιουργήσει η συμπεριφορά τους στους γύρω τους ή για τις θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις των πράξεών τους.

Γ. Σοβαρή γλωσσική ανεπάρκεια

Σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), ορισμένοι ειδικοί πιστεύουν ότι η ανεπάρκεια της γλώσσας και της επικοινωνίας ευθύνεται για τις κοινωνικές δυσκολίες του αυτισμού. Το 50 % περίπου των αυτιστικών παιδιών δεν μιλάει καθόλου και τα περισσότερα δεν πρόκειται να μιλήσουν ποτέ. Ακόμα και αυτά που έχουν αναπτύξει ομιλία παρουσιάζουν σημαντικές διαταραχές του λόγου. Συνήθως τα παιδιά με πολύ χαμηλή γνωστική λειτουργία είναι εκείνα που δεν έχουν καθόλου λόγο. Η παρουσία της ομιλίας πριν από την ηλικία των 5 χρόνων θεωρείται καλός προγνωστικός δείκτης για την εξέλιξη του αυτιστικού παιδιού.

Κάποιες από τις ιδιομορφίες του λόγου των αυτιστικών παιδιών, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), είναι οι εξής:

- Ø Αντικατάσταση των προσώπων και προσωπικών αντωνυμιών, π.χ., «εσύ» αντί «εγώ».
- Ø Ηχολαλία: αυτή μπορεί να είναι άμεση, όπου το παιδί συνήθως επαναλαμβάνει το τελευταίο μέρος μιας φράσης που χρησιμοποίησε κάποιος άλλος, ή έμμεση όπου επαναλαμβάνει μια λέξη ή φράση που άκουσε πριν από καιρό, μήνες ή και χρόνια.

- Ø Μεταφορική χρήση της γλώσσας: Μια λέξη χρησιμοποιείται για να σημαίνει κάτι τελείως διαφορετικό. Π.χ. *ένα από τα παιδιά της καλοκαιρινής μας κατασκήνωσης, ο Άντριου, 5 χρονών, φώναζε “πάπιες, πάπιες” γεμάτος φόβο και, καμιά φορά, έκλαιγε με πραγματικά δάκρυα όταν τον βοηθούσαν να ετοιμαστεί για την πισίνα. Απ’ ότι φαίνεται, κάποτε, σε μία εκδρομή, την ώρα που η οικογένεια θαύμαζε τις πάπιες σε μια λίμνη, ο Άντριου, χωρίς να το θέλει, έπεσε στο κρύο νερό. Από τότε, μέσα από μια διαδικασία κλασσικής εξαρτημένης μάθησης, χρησιμοποιούσε τη λέξη “πάπιες” εννοώντας: “δεν μου αρέσει το νερό” ή “το κολύμπι” κ.λ.π (Μανωλόπουλος και Τσιάντης, 1988, σελ. 163).*
- Ø Αταίριαστα σχόλια και νεολογισμοί, όπως αναφέρουν οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1988), μπορούν επίσης να διανθίζουν το λόγο των αυτιστικών παιδιών με ανώτερες γνωστικές λειτουργίες. Τα σχόλια αυτά μπορεί να γίνονται δημοσίως ή μπορεί να είναι τελείως άσχετα με την κατάσταση. Πολλά αυτιστικά παιδιά εντυπωσιάζονται από τις διαφημίσεις της τηλεόρασης και μπορεί να τις επαναλαμβάνουν ασταμάτητα, μέχρι να τραβήξει κάτι άλλο την προσοχή τους. Αυτή η γοητεία που ασκούν οι ήχοι υψηλών συχνοτήτων δεν έχει εξηγηθεί. Οι νεολογισμοί συνίστανται στη δημιουργία λέξεων χωρίς νόημα, που δεν υπάρχουν στη γλώσσα και που τα αυτιστικά παιδιά μπορεί να χρησιμοποιούν σε ένα συγκεκριμένο μόνο πλαίσιο ή σε πολλά, διαφορετικά πλαίσια. Ελάχιστα όμως παιδιά, εμφανίζουν το χαρακτηριστικό αυτό.

Δ. Αλλόκοτη και στερεοτυπική ή τελετουργική συμπεριφορά

Αυτά είναι τα πιο εμφανή συμπτώματα των αυτιστικών παιδιών σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988). Τις στερεοτυπίες όμως οφείλουμε να τις δούμε, όπως αναφέρει ο Κυπριωτάκης (1995), σαν δευτερογενές φαινόμενο,

σαν αντιδράσεις μιας σοβαρής, προβληματικής κατάστασης, όπως χαρακτηρίζεται και είναι ο αυτισμός.

Σύμφωνα με τους Κυπριωτάκη (1995) και Μανωλόπουλο & Τσιάντη (1988), με τον όρο στερεοτυπίες, εννοούμε τις επαναλαμβανόμενες άσκοπα, σταθερά και ομοιόμορφα κινήσεις και στάσεις μελών ή και ολόκληρου του σώματος. Συνεχώς ερεθίζουν μέρη του σώματός τους, συχνά με κοινωνικά μη αποδεκτο τρόπο. Οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1988), αναφέρουν ότι, η συμπεριφορά του αυτό-ερεθισμού δε φαίνεται να εμφανίζεται κυκλικά, αλλά με το άγχος ή την ανία. Δεν είμαστε ακόμα βέβαιοι για την προέλευση αυτού του είδους της συμπεριφοράς και δεν μπορούμε να την εξαφανίσουμε, παρά μόνο ελέγχοντας, με συστηματικές προσπάθειες, τα αποτελέσματά της μέσω των τεχνικών της συντελεστικής μάθησης.

Συχνή και χαρακτηριστική μορφή στερεοτυπίας, όπως αναφέρουν οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1988), είναι το γρήγορο «φερούγισμα». Άλλες μορφές στερεοτυπιών είναι να περπατούν στις μύτες των ποδιών, να γυρίζουν αντικείμενα, να φέρνουν τα αντικείμενα πολύ κοντά στα μάτια τους και να τα κοιτάζουν για πολλή ώρα, να μυρίζουν ή να βάζουν στο στόμα τους ό,τι βρίσκουν μπροστά τους. Μπορεί επίσης να ασχολούνται με συγκεκριμένους θορύβους, όπως αυτούς που κάνει το ψυγείο, το αεροπλάνο, ο ανεμιστήρας, κ.λ.π. Στα αυτιστικά παιδιά, όπως αναφέρει ο Κυπριωτάκης (1995), διαπιστώνονται και στερεοτυπίες στις σκέψεις τους που είναι φυσικά αόρατες.

Μέχρι σήμερα έχουν δοθεί αρκετές ερμηνείες για το φαινόμενο της στερεότυπης συμπεριφοράς των παιδιών με αυτιστική διαταραχή. Παρακάτω αναφέρουμε τις βασικότερες, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995):

Εξελικτικοψυχολογική ερμηνεία: Οι στερεοτυπίες αποτελούν υπερβολική έκφραση των «κυκλικών αντιδράσεων» από τις πρώτες βαθμίδες της αισθησιοκινητικής νοημοσύνης. Με τις στερεοτυπίες εκδηλώνεται μια εμμονή σε προηγούμενους τρόπους συμπεριφοράς, που είναι για εκείνη την περίοδο κανονική και φυσική συνέπεια της εξελικτικής βαθμίδας, ενώ για

την τωρινή περίοδο αποτελούν προσκόλληση ή παλινδρόμηση, σε προηγούμενη εξελικτική βαθμίδα με συνέπεια τη μερική αποκοπή της εξέλιξης.

Η δραστηριότητα, σύμφωνα με την Frith (1996), χαρακτηρίζεται συχνά από την έλλειψη κατεύθυνσης και εμφανίζεται σαν εκδήλωση επαναλαμβανόμενων κύκλων συμπεριφοράς. Οι στερεοτυπίες δείχνουν ότι το παιδί δεν είναι σε θέση να οργανώσει τις ενέργειές του αντίστοιχα με την ηλικία του.

Ερμηνεία της ομοιόστασης: Σύμφωνα με τη Frith (1996), με τις στερεοτυπίες ο οργανισμός προσπαθεί να προφυλαχθεί από τη ροή άλλων ερεθισμάτων. Οι στερεοτυπίες δηλαδή λειτουργούν σαν αμυντικός μηχανισμός.

Ψυχοδυναμική ερμηνεία: Οι στερεοτυπίες σηματοδοτούν, όπως αναφέρει ο Κυπριωτάκης (1995), χαμηλή ταυτότητα του εγώ και ελλιπή συνείδηση του προσώπου.

- Αποτελούν συνέπεια βαριάς διαταραχής στις σχέσεις μητέρας - παιδιού.
- Με τις στερεοτυπίες ο οργανισμός, μέσω του αυτό-ερεθισμού, επιδιώκει να ανυψώσει στη συνείδησή του την ταυτότητά του. Οργανική ερμηνεία: Συνεχίζοντας, ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει ότι οι στερεοτυπίες δείχνουν ότι υπάρχουν διαταραχές στις κεντρικές νευρικές λειτουργίες.

Ερμηνεία διαταραχών στην επεξεργασία των πληροφοριών: Με τις στερεοτυπίες, ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει ότι, κατασκευάζουν ένα περιβάλλον με δικά τους ερεθίσματα, φτιαγμένο στα μέτρα τους, μέσα στο οποίο ζουν προστατευμένα από πλήθος άλλων ανεπιθύμητων εξωγενών ερεθισμάτων.

Όλες οι παραπάνω ερμηνείες, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), υιοθετούν την άποψη ότι οι στερεοτυπίες αποτελούν ενδείξεις σοβαρών διαταραχών στην εξέλιξη ή κάποιων εγκεφαλικών δυσλειτουργιών. Επίσης φαίνεται να λειτουργούν ως βοηθητικές κατασκευές (αμυντικοί μηχανισμοί) με σκοπό να ξεπεράσει το παιδί την ένταση και τα προβλήματά του.

Πρόκειται για συμπεριφορά κοινωνικά μη επιθυμητή.

Σύμφωνα με τους Κυπριωτάκη (1995) και Frith (1994), επειδή η παρέμβαση στα αυτιστικά παιδιά ξεκινά πολύ αργά μετά την εμφάνιση της στερεοτυπικής συμπεριφοράς (διάγνωση), είναι πάρα πολύ δύσκολο να ξεριζώσει μια ανεπιθύμητη και να καλλιεργήσει στη θέση της μια σωστή συμπεριφορά.

Ε. Απουσία παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων.

Σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), το κριτήριο αυτό (απουσία παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων) διαφοροποιεί τον αυτισμό από τη σχιζοφρένεια της παιδικής ηλικίας, γι' αυτό και το σύστημα DSM-III τον κατατάσσει ως καθολική εξελικτική διαταραχή.

Οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1988), αναφέρουν ότι, συναφή συμπτώματα τα οποία μπορεί να εμφανίζουν σε διάφορους βαθμούς τα αυτιστικά παιδιά είναι τα ακόλουθα:

- Ø Κακή μίμηση
- Ø Ιδιορρυθμίες στις σχέσεις με τα αντικείμενα
- Ø Αντίσταση στην αλλαγή του περιβάλλοντος
- Ø Ιδιορρυθμίες στην αισθητηριακή ανταπόκριση
- Ø Αντιδράσεις άγχους
- Ø Ακραία επίπεδα δραστηριότητας
- Ø Ανομοιογενής νοητική λειτουργία

Σύμφωνα με την Γενά (2002), το αυτιστικό παιδί, όσον αφορά στο παιχνίδι, παρουσιάζει τα εξής χαρακτηριστικά:

- α) ιδιόρρυθμη χρήση παιχνιδιών
- β) αποχή από συμβολικό ή αναπαραστατικό παιχνίδι
- γ) αποχή από δυαδικό ή ομαδικό παιχνίδι με συνομηλίκους
- δ) υπερβολική προσκόλληση σε ορισμένα παιχνίδια

ε)ενδιαφέρον για πολύ περιορισμένο αριθμό παιχνιδιών.

Τα πιο γνωστά κριτήρια που χρησιμοποιούνται σήμερα για τη διάγνωση του αυτισμού, όπως αναφέρει ο Kehrer (1989), σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), παρουσιάζονται παρακάτω:

α. Γέννηση: κανένα τυπικό σύμπτωμα

β. 3^η - 4^η ημέρα: κανένα τυπικό σύμπτωμα

γ. 4^η - 6^η εβδομάδα: Συχνές κραυγές, χωρίς αυτές να συνδέονται με την κατάσταση που βρίσκεται το νεογνό (π.χ. δεν συνδέονται με την πείνα)

δ. 3^{ος} - 4^{ος} μήνας: Κανένα γέλιο ή αντίδραση με μειδίαμα. Δεν αναγνωρίζει το πρόσωπο της μητέρας.

ε. 6^{ος} - 7^{ος} μήνας: Κανένα ενδιαφέρον για παιχνίδι

στ.10^{ος} - 12^{ος} μήνας: Ελλιπές ενδιαφέρον για το περιβάλλον. Ευχαριστείται με τον εαυτό του. Δεν παίζει, κάνει μόνο στερεότυπες κινήσεις με παιχνίδια, καμία βλεμματική επαφή με τη μητέρα, καμία μίμηση κινήσεων. Στα τέλη του 12^{ου} μήνα δεν προφέρει ακόμα καμία λέξη της παιδικής γλώσσας.

ζ. 21^{ος} - 24^{ος} μήνας: Διαταραχές στην πορεία του ύπνου, ελάχιστος ύπνος τη νύχτα. Τρέφεται μόνο με υγρή ή πολτοποιημένη τροφή. Συχνά διαταραχές στις λειτουργίες της εκκένωσης. Ιδιαίτερη προτίμηση στην οπτική αμεταβλητότητα. Στερεότυπες κινήσεις των χεριών, χαλαρό μυϊκό σύστημα. Πέφτει συχνά. Καμία βλεμματική επαφή, κοίταγμα στο βάθος. Στριφογυρίζει τα μάτια. Καμία περιέργεια. Αγανάκτηση ή άγχος σε αλλαγές περιβάλλοντος. Ενδεχόμενη ηχολαλία. Χρήση τυποποιημένων λέξεων (συχνά χωρίς σωστή κατανόηση).

η. 3^ο - 4^ο έτος: Άσκοπο γέλιο ή μειδίαμα. Βάδισμα στα δάκτυλα των ποδιών. Ξύλινο βάδισμα. Πηδήματα. Ασυνήθιστες ανάγκες για τροφή και ασυνήθιστοι τρόποι λήψης τροφής. Στερεότυπες ασχολίες με άψυχα πράγματα. Εμμονή στο παιχνίδι. Άκαμπτη διατήρηση στις συνήθειες. Ελάχιστη αντίδραση σε πόνο και κρύο. Τάση να ασχολείται μόνο του. Ενδεχόμενα χώνει τα δάχτυλα στα μάτια. Αποκτά επαφή με την όσφρηση, τα χείλη, ψηλάφιση, κτύπημα. Κλείνει τα αφτιά σε ορισμένα ηχητικά ερεθίσματα. Χωρίς γλωσσική επικοινωνία με το

περιβάλλον, ενδεχόμενα οδηγεί το πρόσωπο σ' αυτό που θέλει. Χρησιμοποιεί τα πρόσωπα ως εργαλεία. Η επαφή (πιο πολύ σωματική) είναι πιο καλή με τους γονείς, πιο κακή με τους συνομηλίκους. Καμία μίμηση πράξεων. Γλώσσα: Πιθανή παλινδρόμηση γλωσσικών ικανοτήτων. Αρνητισμός. Τάση προς συνομιλία με τον εαυτό του. Λανθασμένη χρήση των αντωνυμιών. Διαταραχή στη γλωσσική μελωδία. Γενική καθυστέρηση στη γλώσσα.

Η Γενά (2002), αναφέρει ότι, σύμφωνα με το DSM-IV η διάγνωση του αυτισμού ακόμα και σήμερα γίνεται βάσει των χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς του παιδιού και όχι βάσει ιατρικών εξετάσεων. Για τη διάγνωση, λοιπόν, πρέπει να υπάρχουν έξι ή περισσότερα από τα παρακάτω στοιχεία, εκ των οποίων 2 τουλάχιστον να σχετίζονται με «Διαταραγμένη Κοινωνική Συμπεριφορά», ένα τουλάχιστον με «Διαταραγμένη Επικοινωνία» και ένα τουλάχιστον με «Περιορισμένα Ενδιαφέροντα και Επαναληπτική ή Στερεότυπη Συμπεριφορά», τα οποία είναι τα εξής:

1) Διαταραγμένη κοινωνική συμπεριφορά

Έκπτωση στην κοινωνική συμπεριφορά που εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Ø Την έκπτωση στην εξωλεκτική συμπεριφορά, όπως είναι η βλεμματική επαφή, οι εκφράσεις του προσώπου, οι στάσεις του σώματος και οι χειρονομίες που ρυθμίζουν κοινωνικές αλλαγές
- Ø Την αποτυχία στην ανάπτυξη σχέσεων με συνομηλίκους, όπως αναμένεται από άτομα της ηλικίας τους.
- Ø Τη μη αναζήτηση, είτε απολαύσεων και ενδιαφερόντων με άλλα άτομα, είτε ικανοποίησης επιτευγμάτων (π.χ. αποφεύγουν να επιδείξουν σε άλλους αντικείμενα που τους ενδιαφέρουν.
- Ø Την έλλειψη κοινωνικής και συναισθηματικής αμοιβαιότητας.

2) Διαταραγμένη επικοινωνία

Ποιοτική έκπτωση στην επικοινωνία που εκδηλώνεται με τους εξής τρόπους (τουλάχιστον ένας):

- Ø Καθυστερημένη ή ανύπαρκτη ομιλία (που δεν συνοδεύεται από προσπάθεια αναπλήρωσης μέσω εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας, όπως χειρονομίες και παντομίμα)
- Ø Σε άτομα με επαρκή ομιλία, καταφανής έκπτωση στην ικανότητα έναρξης ή διατήρησης συνομιλίας με άλλους ανθρώπους.
- Ø Χρήση στερεότυπου, επαναληπτικού και με άλλες ιδιομορφίες λόγου
- Ø Απουσία ποικίλου και αυθόρμητου παιχνιδιού και παιχνιδιού με παίξιμο ρόλων, ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού.

3) Περιορισμένα ενδιαφέροντα και επαναληπτική ή στερεότυπη συμπεριφορά

Τα περιορισμένα ενδιαφέροντα και η επαναληπτική ή Στερεότυπη Συμπεριφορά εκδηλώνονται με έναν τουλάχιστον από τους παρακάτω τρόπους:

- Ø Ενασχόληση με ένα ή περιορισμένου αριθμού στερεότυπα που συρρικνώνουν τα ενδιαφέροντα και θεωρούνται μη φυσιολογικά ως προς την ένταση ή την εστίαση.
- Ø Εμφανώς άκαμπτη εμμονή σε συγκεκριμένες και μη λειτουργικές συνήθειες ή τελετουργίες.
- Ø Στερεότυπα και επαναλαμβανόμενοι κινητικοί «μαννερισμοί» (π.χ. χτύπημα και στρίψιμο χεριών και δαχτύλων, ή σύνθετες κινήσεις με συμμετοχή όλου του σώματος).

Ø Επίμονη ενασχόληση με τμήματα αντικειμένων (π.χ. ρόδες αυτοκινήτων)

Επίσης, διάγνωση του αυτισμού μπορεί να γίνει, σύμφωνα με τη Γενά (2002), αν το παιδί παρουσιάζει καθυστέρηση ή μη φυσιολογική λειτουργία σε έναν από τους παρακάτω τομείς πριν από την ηλικία των τριών ετών: 1) κοινωνικές συναλλαγές, 2) λόγο, όπως χρησιμοποιείται στην κοινωνική επικοινωνία, 3) συμβολικό παιχνίδι ή επινοητικό.

Το κύριο σύμπτωμα του Kanner, σύμφωνα με τη Γενά (2002), που είναι η αυτιστική μοναχικότητα, παραμένει το πρώτο και πλέον σημαντικό για τη

διάγνωση. Επίσης, θεωρείται απαραίτητο, η διαταραχή να εμφανίζεται σε μικρή ηλικία, πριν δηλαδή το παιδί κλείσει τα τρία του χρόνια. Ένα καίριο διαγνωστικό κριτήριο.

B.5. ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), η πρώιμη και έγκυρη διάγνωση σε κάθε περίπτωση ασθένειας ή διαταραχής, πιο πολύ στην περίπτωση του αυτιστικού συνδρόμου, αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για:

- 1) *Πρώιμη υποστηρικτική παρέμβαση.* Η εφαρμογή προγραμμάτων πρώιμης υποστηρικτικής παρέμβασης οδήγησε σε καταπληκτικά αποτελέσματα, καθόσον πρόκειται για χρονικό πλαίσιο κρίσιμης και πρόσφορης περιόδου εξέλιξης και, εξαιτίας της πλαστικότητας του εγκεφάλου, υπάρχουν δυνατότητες αναδιοργάνωσης και αναπλήρωσης. Σ' αυτή την ικανότητα μπορεί να αποδοθεί το μεγάλο ποσοστό επιτυχίας της πρώιμης υποστηρικτικής παρέμβασης, με την οποία αποφεύγονται και δευτερογενή σύνδρομα και διαταραχές.
- 2) *Πρώιμη ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική των γονιών.* Επειδή ο ερχομός στην οικογένεια ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες δημιουργεί, ιδιαίτερα στους γονείς, συναισθήματα ενοχής, πανικού, φόβου, απελπισίας, σύγχυσης και αβεβαιότητας, πρωταρχικό μέλημα είναι η αναγνώριση και η αποδοχή του προβλήματος από τους γονείς. Επιπλέον οι γονείς έχουν δικαίωμα σε ουσιαστική πληροφόρηση σχετικά με τα προβλήματα των παιδιών τους και στο ρόλο που έχουν να ασκήσουν στη θεραπεία των αναγκών του. Με την ιδιότητά τους ως «συν-παιδαγωγοί» και εφόσον διδαχθούν σωστούς τρόπους και τεχνικές, μπορούν να βοηθήσουν το παιδί τους.

- 3) Πρώιμη ερμηνεία των συμπτωμάτων με τα οποία εκδηλώνεται η διαταραχή, αφού στο μεταξύ δεν προέκυψαν δευτερογενή συμπτώματα και σύνδρομα.
- 4) Με την πρώιμη διάγνωση και τον εντοπισμό των συμπτωμάτων ερμηνεύονται τα γενεσιουργά αίτια. Γνωρίζουμε ότι πολλές ανεπάρκειες υπάρχουν με τη γέννηση του παιδιού. Η πρώιμη διάγνωση θα οδηγήσει σε έγκαιρη ερμηνεία των συμπτωμάτων και σε προσδιορισμό των αιτίων της διαταραχής εφόσον δεν πρόλαβαν στο μεταξύ να εμφανιστούν δευτερογενή σύνδρομα και διαταραχές, εξαιτίας της αρχικής ανεπάρκειας ή των επιβλαβών παραγόντων του περιβάλλοντος.
- 5) Πρώιμη παρακολούθηση του ρυθμού και της πορείας εξέλιξης του συνδρόμου.
- 6) Η πρώιμη διαπίστωση των συμπτωμάτων και η παρακολούθηση του ρυθμού και της πορείας εξέλιξης της κλινικής εικόνας του αυτιστικού συνδρόμου για μεγάλη χρονική περίοδο θα βοηθήσει ερευνητές και ειδικούς στη βαθύτερη μελέτη του συνδρόμου, των επιδράσεων του περιβάλλοντος, πιο πολύ των επιδράσεων της συμπεριφοράς της μητέρας στη συμπεριφορά του βρέφους και του παιδιού και στην επιλογή κατάλληλων μεθόδων και τεχνικών θεραπείας.

B.6. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Υπάρχουν ορισμένες διαταραχές, οι οποίες, αν και παρουσιάζουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά με τον αυτισμό, παρ' όλα αυτά πρέπει να διαφοροποιούνται από αυτόν. Οι διαταραχές λοιπόν, από τις οποίες πρέπει να διαφοροποιείται ο αυτισμός φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

Διαταραχές από τις οποίες πρέπει να διαφοροποιείται ο αυτισμός	
Τομέας Α	<ul style="list-style-type: none">• Άτυπη καθολική εξελικτική παρέκκλιση• Καθολική εξελικτική παρέκκλιση που εμφανίζεται στην παιδική ηλικία
Τομέας Β	<ul style="list-style-type: none">Ψ Νοητική καθυστέρησηΨ Σχιζοφρένεια της παιδικής ηλικίαςΨ Συγκεκριμένες εξελικτικές διαταραχέςΨ Αισθητηριακή μειονεξίαΨ ΝεύρωσηΨ Οριακές ή σχιζοειδείς καταστάσεις

Πίνακας. Μανωλόπουλος και Τσιάντης, 1988, σελ.169

Στο τμήμα Α σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), ο αυτισμός διαφοροποιείται από:

- Την άτυπη Κ.Ε.Π (Καθολική Εξελικτική Παρέκκλιση), η οποία αναφέρεται στα παιδιά που φαινομενικά μοιάζουν με αυτιστικά, αλλά δεν ανταποκρίνονται σε όλα τα διαγνωστικά κριτήρια είτε του αυτισμού είτε της Κ.Ε.Π. που εκδηλώνεται στην παιδική ηλικία. Το DSM-III υιοθέτησε τον προηγούμενο όρο «άτυπη εξέλιξη της προσωπικότητας» που στο παρελθόν είχε χρησιμοποιηθεί για την περιγραφή παιδιών με διαταραχές στην κοινωνική και συναισθηματική τους εξέλιξη, καθώς και στην εξέλιξη της επικοινωνίας. Κατά μέσο όρο τα παιδιά αυτά τείνουν να λειτουργούν σε υψηλότερο επίπεδο από το ότι η ομάδα των αυτιστικών.
- Την Κ.Ε.Π. που εκδηλώνεται στην παιδική ηλικία, η οποία προτείνεται για

παιδιά που αναπτύσσουν ένα σύνδρομο αυτιστικού τύπου μετά την ηλικία των 30 μηνών. Τα κριτήρια για την κοινωνική παρέκκλιση στην κατηγορία αυτή, προβλέπουν κάποιο βαθμό κοινωνικής επαφής. Το πρόβλημα της διαφορικής διάγνωσης ανάμεσα στον πρώιμο νηπιακό αυτισμό και στην Κ.Ε.Π. της παιδικής ηλικίας είναι ότι και οι δύο διαταραχές διαφοροποιούνται κυρίως με βάση την ηλικία εκδήλωσης η οποία εξαρτάται κυρίως από το μνημονικό των γονέων και την πιθανή τους άρνηση. Επιπλέον τα περισσότερα παιδιά που ανταποκρίνονται στα κριτήρια της Κ.Ε.Π. της παιδικής ηλικίας φαίνεται ότι παρουσιάζουν στοιχεία δυσλειτουργίας πολύ πριν από τους 30 μήνες, και ίσως όχι τόσο σοβαρά όσο στον αυτισμό.

Εκτός από τις δύο καθολικές εξελικτικές παρεκκλίσεις, ο αυτισμός πρέπει επίσης να διαφοροποιείται από τη νοητική καθυστέρηση, τη νεύρωση, τη σχιζοφρένεια, τις οριακές ή σχιζοειδείς καταστάσεις, τη συγκεκριμένη εξελικτική γλωσσική διαταραχή (Δυσφασία), εξελικτική αφασία, αισθητηριακή μειονεξία (Τομέας Β).

Διαφορική Διάγνωση από Νοητική Καθυστέρηση

Τα περισσότερα παιδιά με αυτισμό, όπως γνωρίζουμε, παρουσιάζουν και νοητική καθυστέρηση, χωρίς αυτό ν' αποκλείει το ότι υπάρχουν αυτιστικά άτομα που δεν είναι πάντα πνευματικά καθυστερημένα. Παρ' όλα αυτά όμως αν και ο αυτισμός και η νοητική καθυστέρηση συχνά συνυπάρχουν, παρουσιάζουν και σημαντικές διαφορές οι οποίες σύμφωνα με τη Γενά (2002), και τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), είναι οι εξής:

- Η διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης περιορίζεται στα παιδιά, των οποίων οι δυσκολίες στην επικοινωνία και τις κοινωνικές σχέσεις είναι ανάλογες με τη νοητική τους καθυστέρηση, ενώ στον αυτισμό είναι δυσανάλογα μεγαλύτερες.
- Τα παιδιά με καθυστέρηση εμφανίζουν ομοιογενή καθυστέρηση σε όλους

τους τομείς λειτουργίας και οι κοινωνικές, ακαδημαϊκές και γλωσσικές δεξιότητες, η συμπεριφορά γενικότερα είναι ανώριμη, ενώ στον αυτισμό η συμπεριφορά των παιδιών είναι παρεκκλίνουσα (παράξενη) και συγχρόνως τα παιδιά χαρακτηρίζονται από ανομοιογενή καθυστέρηση στους διάφορους τομείς δεξιοτήτων.

- Η γνωστική ικανότητα και η προσαρμοστική λειτουργία είναι μεγαλύτερη στα παιδιά με νοητική καθυστέρηση απ' ότι στα παιδιά με αυτισμό.

- Τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση προσπαθούν να επικοινωνούν, ακόμα και όταν δεν έχουν αναπτύξει προφορικό λόγο και όταν κατορθώσουν να τον αναπτύξουν τον χρησιμοποιούν για επικοινωνία, ενώ τα παιδιά με αυτισμό ακόμα και όταν έχουν γλωσσικές δεξιότητες, πρέπει να εκπαιδευτούν για να τις χρησιμοποιούν ως μέσο επικοινωνίας.

- Όσον αφορά στην κοινωνικότητα, τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση δεν εμφανίζουν σοβαρές κοινωνικές μειονεξίες και επιδιώκουν κοινωνικές και συναισθηματικές συναλλαγές, σε αντίθεση με τα παιδιά με αυτισμό.

- Τα παιδιά με αυτισμό σπάνια εκφράζουν θετικά συναισθήματα και κατά κανόνα δεν κατανοούν τις συναισθηματικές εκφράσεις των συνομιλητών τους, σε αντίθεση με τα άτομα με νοητική καθυστέρηση.

- Τα παιδιά με αυτισμό εκδηλώνουν περισσότερη ανυπακοή στους γονείς τους, απ' ότι τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση.

- Ο αυτισμός δεν σχετίζεται συνήθως με κινητικές δυσλειτουργίες, σε αντίθεση με τη νοητική καθυστέρηση.

Διαφορική Διάγνωση από Σχιζοφρένεια

Τα παιδιά με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά με τα παιδιά με αυτισμό, όπως διαταραχές στο λόγο, περιορισμένη συναισθηματική έκφραση, κ.λ.π., αλλά ταυτόχρονα παρουσιάζουν και σημαντικές διαφορές που επιτρέπουν τη διαφορική διάγνωση και αποδεικνύουν

ότι ο αυτισμός και η σχιζοφρένεια δεν ανήκουν σε ενιαία διαγνωστική ομάδα. Οι διαφορές λοιπόν, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), Νιτσοπούλου (1986) και Γενά (2002) είναι οι εξής:

- Ο αυτισμός δεν παρουσιάζει καμία σταδιακή εξέλιξη (όπως η σχιζοφρένεια), δηλαδή η πορεία είναι σχετικά σταθερή, αν και μπορεί να υπάρξει επιδείνωση των προβλημάτων.
- Στην αρχή της εμφάνισής του λείπουν τα κύρια συμπτώματα της σχιζοφρένειας (φόβος, φαντασιώσεις, μανίες).
- Στον αυτισμό λείπει εντελώς η σταδιακή κατάρρευση της προσωπικότητας του ασθενή.
- Στις οικογένειες με αυτιστικά παιδιά βρέθηκε ένας ελάχιστος αριθμός σχιζοφρενών, σε σύγκριση με τις οικογένειες σχιζοφρενών.
- Στα παιδιά με αυτισμό υπάρχει θετικό οικογενειακό ιστορικό με διαταραχές των γνωστικών ή των κοινωνικών λειτουργιών, ενώ στα παιδιά με σχιζοφρένεια το οικογενειακό ιστορικό περιλαμβάνει ψυχικές νόσους.
- Οι γονείς αυτιστικών παιδιών ανήκουν κυρίως σε ανώτερα κοινωνικά στρώματα, όπου σπανίζουν συγκριτικά οι σχιζοφρένεις.
- Ο αυτισμός εκδηλώνεται πριν τα τρία πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού, ενώ η σχιζοφρένεια διαφαίνεται συνήθως από το τρίτο έως δέκατο έκτο έτος της ηλικίας ή ακόμα και στην ενήλικη ζωή.
- Πριν την εκδήλωση της σχιζοφρένειας στην παιδική ηλικία, το παιδί εξελίσσεται συνήθως φυσιολογικά, ενώ όσον αφορά στον αυτισμό το παιδί, έως το δεύτερο έτος της ηλικίας παρουσιάζει βασικά σημεία έλλειψης κοινωνικής και επικοινωνιακής συμπεριφοράς.
- Στη σχιζοφρένεια οι οξείες φάσεις της ασθένειας εναλλάσσονται συχνά με μακρές φυσιολογικές περιόδους, ενώ ο αυτισμός όχι.
- Στον αυτισμό διακρίνεται μια σταθερότητα στην εκδήλωση συμπτωμάτων, ενώ στη σχιζοφρένεια τα παιδιά υποτροπιάζουν σταδιακά, και κατά τη διάρκεια της ζωής τους παρουσιάζουν άλλοτε περιόδους ύφεσης και άλλοτε

επιδείνωσης των συμπτωμάτων.

- Στα άτομα με σχιζοφρένεια υπάρχει συνήθως θετική ανταπόκριση σε νευροληπτικά φάρμακα, ενώ στα άτομα με αυτισμό η φαρμακευτική αγωγή περιορίζεται στην αντιμετώπιση κάποιων συμπτωμάτων.

- Τα παιδιά με σχιζοφρένεια δεν εμφανίζουν τις στερεοτυπικές αντιδράσεις που εμφανίζουν τα άτομα με αυτισμό.

- Τα παιδιά με σχιζοφρένεια δεν υστερούν στη γλωσσική επικοινωνία, ενώ τα παιδιά με αυτισμό δεν σημειώνουν φυσιολογική ανάπτυξη στο λόγο.

Διαφορική Διάγνωση με Συγκεκριμένη Εξελκτική Γλωσσική Διαταραχή (Δυσφασία)

Τα παιδιά με αυτισμό έχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά με τα παιδιά με δυσφασία, όπως το ότι δεν αναπτύσσουν ομαλά ή καθυστερούν στη γλωσσική έκφραση ή / και αντίληψη, εμφανίζουν διαταραχές στην κοινωνική συναλλαγή, κ.λ.π. Όμως, ακόμα και στα κοινά αυτά χαρακτηριστικά, υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές, οι οποίες σύμφωνα με τη Γενά (2002), και τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), είναι οι εξής:

1. Η γλωσσική διαταραχή των δυσφασικών παιδιών είναι ποιοτικά λιγότερο σοβαρή από εκείνη των παιδιών με αυτισμό.
2. Τα δυσφασικά παιδιά έχουν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ηχολαλία, αντικατάσταση προσωπικών αντωνυμιών και αντιστροφή προσώπων, να χρησιμοποιήσουν νεολογισμούς και μεταφορικό λόγο, σε αντίθεση με τα αυτιστικά παιδιά.
3. Τα δυσφασικά παιδιά σπανίως εμφανίζουν στερεότυπη και αλλόκοτη συμπεριφορά ή επίμονη αισθητηριακή ενασχόληση, σε σύγκριση με τα αυτιστικά παιδιά.
4. Η μειονεξία των δυσφασικών παιδιών είναι λιγότερο σοβαρή από εκείνη των παιδιών με αυτισμό και αυτό γιατί πιθανότερα η εξωλεκτική

νοημοσύνη των δυσφασικών παιδιών είναι φυσιολογική.

5. Στον αυτισμό παρατηρείται διάχυτη διαταραχή στις λειτουργίες του λόγου, ενώ στη δυσφασία οι δυσλειτουργίες του λόγου είναι πιο συγκεκριμένες.
6. Τα παιδιά με δυσφασία χρησιμοποιούν το λόγο για να επικοινωνήσουν, σε αντίθεση με τα παιδιά με αυτισμό. Τα παιδιά με δυσφασία ακόμα και όταν δεν έχουν αναπτύξει προφορικό λόγο, εκφράζουν τις επιθυμίες τους με εξωλεκτική επικοινωνία.
7. Στον αυτισμό η κοινωνική απόσυρση αποτελεί πρωταρχικό χαρακτηριστικό, ενώ στη δυσφασία δευτερογενές χαρακτηριστικό.

Διαφορική Διάγνωση από Εξελικτική αφασία

Σύμφωνα με τη Νιτσοπούλου (1986), το γεγονός ότι τα αυτιστικά παιδιά καθυστερούν να αρχίσουν να μιλούν, τα κάνει να μοιάζουν με αφασικά, δηλ. παιδιά που παρουσιάζουν τα συμπτώματα της εξελικτικής αφασίας (ηχολαλία, φτωχό λεξιλόγιο, λαθεμένη χρήση των μερών του λόγου, κακή μνήμη κ.λ.π). Εκείνο όμως το χαρακτηριστικό γνώρισμα που κάνει το αφασικό παιδί να ξεχωρίζει από το αυτιστικό είναι η ικανότητά του να ερευνά το περιβάλλον του με όλες τις αισθήσεις του, η μιμητική ικανότητά του και η εκφραστικότητά του.

Διαφορική Διάγνωση με Αισθητηριακή Μειονεξία

Σύμφωνα με τη Νιτσοπούλου (1986), τη Γενά (2002) και την Frith (1996), σε αυτή την κατηγορία υπάγονται άτομα εκ γενετής τυφλά, κωφά και κωφάλαλα που ενώ παρουσιάζουν αυτιστικά συμπτώματα, δεν είναι αυτιστικά. Από τις μιμητικές κινήσεις και την εκφραστικότητα του βλέμματος ξεχωρίζει κανείς το κωφό παιδί από το αυτιστικό, ενώ οι ανεπτυγμένες ικανότητες όσφρησης, αφής, γεύσης και κυρίως ομιλίας, βοηθούν στη διαφορική διάγνωση των τυφλών

παιδιών.

Διαφορική Διάγνωση από Νεύρωση

Σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), σπάνια χρειάζεται διαφοροποίηση της διάγνωσης ανάμεσα στον αυτισμό και τη νεύρωση της παιδικής ηλικίας. Παρ' όλα αυτά η λεκτική αλαλία, μια νευρωσική εκδήλωση, έχει ένα κοινό χαρακτηριστικό με τον αυτισμό, την έλλειψη ενδιαφέροντος για επικοινωνία. Στην εκλεκτική όμως αλαλία τα παιδιά είναι συνήθως εκλεκτικά σε σχέση με το περιβάλλον, στο οποίο επιλέγουν να μη μιλάνε. Επομένως σε ελάχιστες περιπτώσεις τα παιδιά αυτά δε μιλάνε καθόλου. Επομένως, οι δεξιότητες επικοινωνίας, είναι σε γενικές γραμμές, καλά αναπτυγμένες. Επιπλέον η νοητική ικανότητα των νευρωσικών είναι σπανίως χαμηλότερη από το μέσο όρο και η πρόγνωση είναι συνήθως αρκετά καλή.

Διαφορική Διάγνωση με Οριακές ή Σχιζοειδείς καταστάσεις

Τα σχιζοειδή ή οριακά άτομα, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), παρουσιάζουν μια κλινική εικόνα υπερευαισθησίας, μοναχικότητας, έλλειψης προσαρμογής και παρανοϊκών στοιχείων. Συχνά αλλόκοτο ιδεασμό, αλλά η ομιλία τους είναι ανεπτυγμένη και δεν πάσχουν από νοητική καθυστέρηση. Οι Wolf και Barlow αναφέρουν ότι, μοιάζουν με τους αυτιστικούς ψυχοπαθείς του Asperger. Πρόσφατα έχει εκδηλωθεί μεγάλο ενδιαφέρον για τις προφανείς ομοιότητες που έχουν με τα υψηλού νοητικού επιπέδου αυτιστικά παιδιά και με τα παιδιά που πάσχουν από μαθησιακές διαταραχές. Η διαφορική διάγνωση αυτών των καταστάσεων απαιτεί σημαντική κλινική πείρα και συστηματική ψυχολογική αξιολόγηση.

Διαφορική Διάγνωση με Διαταραχή Rett

Σύμφωνα με τη Γενά (2002), η διαταραχή Rett εμφανίζεται αποκλειστικά σε κορίτσια, ενώ όπως γνωρίζουμε ο αυτισμός είναι 4 έως 5 φορές πιο συχνός στα αγόρια απ' ό τι στα κορίτσια.

Η συμπτωματολογία της, όπως αναφέρουν οι Κακούρος και Μανιαδάκη (2002), είναι πολύ σοβαρότερη από αυτή του αυτισμού, χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες κινητικές στερεοτυπίες και εμφανίζεται μετά από μια περίοδο φυσιολογικής ανάπτυξης τουλάχιστον 5 μηνών.

Επιπλέον, σύμφωνα με τη Γενά (2002), η διαταραχή Rett χαρακτηρίζεται από τις παρακάτω νευρολογικές - βιολογικές επιβαρύνσεις, οι οποίες απουσιάζουν από τον αυτισμό: α) επιβράδυνση της αύξησης της κεφαλής στις ηλικίες 5 - 48 μηνών, β) απώλεια κεκτημένων δεξιοτήτων του χεριού στις ηλικίες 5 - 30 μηνών, γ) παροδική συρρίκνωση των κοινωνικών συναλλαγών (ενώ στον αυτισμό, η κοινωνική συναλλαγή δεν αναπτύσσεται καθόλου χωρίς ειδική αγωγή) και δ) κακός συντονισμός στο βάδισμα και στις κινήσεις του κορμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Γ.1. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΟΝΕΩΝ

Σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), μέσα στις σχετικά λίγες δεκαετίες που οι ερευνητές και οι κλινικοί ασχολήθηκαν με τις οικογένειες των

μειονεκτικών παιδιών, έχουν αλλάξει τα πρότυπα ανάλυσης των επιδράσεων που έχει πάνω στην οικογένειά του το μειονεκτικό παιδί και επομένως άλλαξε και το είδος της βοήθειας που προσφέρεται.

Πριν από τα μέσα της δεκαετίας του 70, στην έρευνα κυριαρχούσε μια κυρίως παθολογική προσέγγιση. Ήταν δεδομένο ότι όλες οι οικογένειες αναπόφευκτα βίωναν ισχυρές ψυχολογικές πιέσεις, που προκαλούσαν ψυχολογικές διαταραχές στα περισσότερα μέλη της οικογένειας. Ορισμένες βέβαια μελέτες, υποδεικνύουν ότι αυτό δεν ισχύει σε όλες τις περιπτώσεις.

Στη σύγχρονη ερευνητική δουλειά, εντοπίζονται τρεις κυρίως προσεγγίσεις στην ερμηνεία και κατανόηση των ψυχολογικών πιέσεων που υφίσταται μια οικογένεια μεγαλώνοντας ένα παιδί με διαταραχή.

Σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988) και τη Γενά (2002), οι προσεγγίσεις αυτές είναι οι εξής: Πρώτη προσέγγιση : αυτή που δέχεται ότι οι σοβαρές επιπτώσεις είναι αναπόφευκτες. Η ύπαρξη στην οικογένεια ατόμου με αυτισμό είναι πηγή πολλών προβλημάτων. Επικεντρώνεται στην επιρρέπεια των μελών στο στρες και στη σοβαρότητα των ψυχολογικών προβλημάτων που θα έχουν κάποια από τα μέλη της οικογένειας. Αυτή η προσέγγιση είναι η συνέχεια της άποψης που επικρατούσε τις προηγούμενες δεκαετίες. Δεύτερη προσέγγιση: Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η ύπαρξη του παιδιού με αυτισμό είναι ένα γεγονός που αναστατώνει την οικογένεια, αλλά από μόνο του δε θα προκαλέσει προβλήματα, εάν υπάρχουν μηχανισμοί που υποστηρίζουν την οικογένεια. Δίνεται έμφαση στις υλικές και πρακτικές ανάγκες της οικογένειας. Η Τρίτη προσέγγιση: είναι η πιο πρόσφατη και προσπαθεί να εντοπίσει τους τρόπους με τους οποίους οι οικογένειες αντιμετωπίζουν το στρες που βιώνουν και προσαρμόζονται σε αυτό, μελετώντας διάφορες πλευρές, όπως την ποιότητα των συζυγικών σχέσεων, την κοινωνική υποστήριξη που προσφέρεται στους γονείς, καθώς και το ρόλο που παίζουν οι στάσεις των γονέων απέναντι στη διαταραχή και τέλος τις στρατηγικές φροντίδας που αναπτύσσουν οι οικογένειες για να αντιμετωπίσουν τη διαταραχή.

Μια ανασκόπηση των μέχρι τώρα μελετών, αποκαλύπτει ότι δεν υπάρχει ένα και μόνο στοιχείο βάσει του οποίου μπορεί να προβλέψει κανείς το στρες της οικογένειας. Όμως τα σοβαρά προβλήματα υγείας και συμπεριφοράς του παιδιού, καθώς και τα σοβαρά ή πολλαπλά ψυχοπιεστικά γεγονότα στην οικογένεια, επηρεάζουν την ικανότητα της οικογένειας να αντιμετωπίσει τη διαταραχή. Συχνά μάλιστα, αναγκάζεται η οικογένεια να ζητήσει τον εγκλεισμό του παιδιού σε κάποιο ίδρυμα.

Γενικά, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει μια οικογένεια, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), προέρχονται από 4 διαφορετικά κέντρα: το ίδιο το παιδί, τους γονείς, την κατάσταση της οικογένειας, την κοινωνική κατάσταση.

Επιπλέον, σύμφωνα με τη Γενά (2002), η οξύτητα του άγχους που βιώνει η οικογένεια του παιδιού με ΔΑΔ, σχετίζεται ειδικότερα με τις ακόλουθες συνέπειες, οι οποίες είναι ανεξάρτητες από πολιτισμικές και κοινωνικοοικονομικές συνιστώσες:

- Την υπερβολική εξάρτηση του παιδιού από την οικογενειακή φροντίδα,
- τις ανεξέλεγκτες αντιδράσεις του,
- την περιορισμένη νοημοσύνη του που δυσχεραίνει την πορεία προς την αυτόνομη και ανεξάρτητη διαβίωση,
- τους περιορισμούς στη κοινωνική ζωή της οικογένειας,
- την ανάγκη της δια βίου φροντίδας του παιδιού.

Παρότι οι γονείς εκφράζουν από κοινού τις ανησυχίες που προαναφέρθηκαν, φαίνεται να υπάρχουν ουσιώδεις διαφορές, στα αίτια που προκαλούν άγχος στη μητέρα και στον πατέρα, τα οποία σχετίζονται με τους παραδοσιακούς ρόλους των γονέων. Για παράδειγμα, ενώ οι μητέρες αγχώνονται ιδιαίτερα, λόγω της συνεχούς φροντίδας που χρειάζεται το παιδί με αυτισμό, οι πατέρες ανησυχούν πολύ περισσότερο για την οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Επιπλέον, όσο σοβαρότερη είναι η αναπηρία που εμφανίζει το παιδί με ΔΑΔ, τόσο πιο ανεπαρκείς αισθάνονται οι πατέρες στο γονεϊκό τους ρόλο.

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), οι γονείς των αυτιστικών παιδιών δεν έχουν κοινά χαρακτηριστικά. Προέρχονται από όλα τα κοινωνικά στρώματα, η προσωπικότητα και οι οικογενειακές συνθήκες διαφέρουν και επομένως διαφέρουν και τα προβλήματα, καθώς και οι ανάγκες τους. Επίσης οι ανάγκες αλλάζουν με το πέρασμα του χρόνου και έτσι είναι απαραίτητο να παρέχονται συνεχιζόμενες υπηρεσίες, να αναθεωρούνται τακτικά οι ανάγκες κάθε οικογένειας και να προσφέρεται οποιαδήποτε παρέμβαση ή συμβουλευτική βοήθεια χρειάζεται τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), η οικογένεια περνάει ενδεικτικά από τα παρακάτω στάδια, στα οποία οι ανάγκες και ο ρόλος της μεταβάλλονται:

- Το ζευγάρι,
- Η γέννηση του παιδιού και νηπιακή ηλικία,
- Η εφηβεία του παιδιού
- Η εκκίνηση του παιδιού από την οικογένεια προς τα έξω,
- Η μετα-γονεϊκή φάση,
- Η γήρανση των γονιών.

Στη διάρκεια όλων αυτών των φάσεων εξέλιξης της οικογένειας, ανακύπτουν πολλά προβλήματα όπως για παράδειγμα, τα πρώτα βήματα των παιδιών, οι πρώτες φιλίες, η ένταξη στο σχολείο, τα προβλήματα σεξουαλικότητας, επαγγελματικής αποκατάστασης, και γενικά οργάνωσης της ζωής του παιδιού και σαν ενήλικα. Γίνεται κατανοητό, ότι στη περίπτωση ύπαρξης παιδιού με αυτισμό, τα σημεία κρίσης αυξάνονται και πολλαπλασιάζονται σε κάθε στάδιο εξέλιξης της οικογένειας.

Είναι σημαντικό να αναγνωρίζει κανείς ότι τα συναισθήματα του κάθε γονέα είναι πολύ προσωπικά και εξατομικευμένα. Σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), οι συνηθισμένες απόψεις ότι οι γονείς των αυτιστικών παιδιών αισθάνονται αναπόφευκτα ένοχοι, ότι απορρίπτουν ή υπερπροστατεύουν το παιδί τους, είναι αμφισβητήσιμες. Επίσης, τονίζουν δύο

αντικρουόμενες απόψεις για το πώς οι γονείς αντιμετωπίζουν τη θλίψη τους. Η πρώτη είναι ότι οι γονείς συνέρχονται τελείως από τη θλίψη που τους προξένησε αρχικά η έλευση του αυτιστικού παιδιού. Η δεύτερη υποστηρίζει ότι πάντα θα βιώνουν μια χρόνια θλίψη. Η δική τους έρευνα, αποκάλυψε ένα τρίτο σχήμα: Οι περισσότεροι γονείς που απάντησαν, αναφέρουν ότι βιώνουν «σκαμπανεβάσματα» και τα συναισθήματα θλίψης, συμπίπτουν με τις εποχές που τα παιδιά τους θα μπορούσαν να είχαν ολοκληρώσει σημαντικά στάδια της εξέλιξης τους και να ήταν ανεξάρτητα.

Σύμφωνα με τον Μπουσκάλια (1993), οι Wikler συνέκριναν τις προβλέψεις των κοινωνικών λειτουργών , που αφορούσαν στην έκταση του πόνου των γονιών, σε οχτώ συγκεκριμένα και δύο αφηρημένα σημεία ανάπτυξης στη ζωή του παιδιού, με τα ακριβή αναφερθέντα συναισθήματα θλίψης των γονιών στα σημεία εκείνα. Οι Wikler και οι συνεργάτες τους, διαπίστωσαν, ότι οι γονείς νιώθουν πραγματικά χρόνια θλίψη, μια θλίψη που δεν ήταν συνεχής, αλλά μάλλον περιοδική. Οι κοινωνικοί λειτουργοί υπερεκτίμησαν καταφανώς, το πόσο ενοχλητικές ήταν οι πρώτες εμπειρίες των γονιών με το αυτιστικό παιδί τους και υποτίμησαν έντονα τις μεταγενέστερες δυσκολίες τους.

Οι Cunningham και Davis, σύμφωνα με το Μπουσκάλια (1993), προτείνουν ένα μοντέλο, που θεωρεί τη διεργασία προσαρμογής ως μια σειρά από στάδια:

Το πρώτο είναι το στάδιο του σοκ που νιώθουν οι γονείς όταν μαθαίνουν για τη διαταραχή, και που εκδηλώνεται με συναισθηματική αποδιοργάνωση, δυσπιστία και σύγχυση, και μπορεί να διαρκέσει από λίγα λεπτά ως αρκετές μέρες. Η πρωταρχική ανάγκη στο στάδιο αυτό, είναι συμπόνια και υποστήριξη.

Το δεύτερο στάδιο, είναι το στάδιο της αντίδρασης, όπου οι γονείς εκφράζουν λύπη, θλίψη και απελπισία, καθώς αρχίζουν να αναδιοργανώνονται μέσα από τη συζήτηση. Έχουν ανάγκη να μιλήσουν σε κάποιον που θα τους ακούσει με συμπάθεια και θα τους δώσει ειλικρινείς πληροφορίες (π.χ. για τα αίτια της διαταραχής).

Το τρίτο στάδιο είναι το στάδιο της προσαρμογής, όπου γίνεται μια ρεαλιστική εκτίμηση και οι γονείς θέλουν να μάθουν τι μπορούν να κάνουν. Χρειάζονται ακριβείς και αξιόπιστες πληροφορίες για την ιατρική και εκπαιδευτική αντιμετώπιση του παιδιού, καθώς και για το μέλλον του.

Το τέταρτο στάδιο, το στάδιο του προσανατολισμού, όπου οι γονείς αρχίζουν να αναζητούν βοήθεια και ενημέρωση και να προγραμματίζουν το μέλλον. Έχουν ανάγκη από συστηματική βοήθεια και καθοδήγηση, με την παροχή θεραπείας και κατάλληλων υπηρεσιών.

Μερικοί γονείς, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), μπορεί να ταλαντεύονται ανάμεσα σε αυτά τα στάδια ή να μην τα περάσουν και καθόλου.

Οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν, ότι οι περισσότεροι γονείς τελικά, αποδέχονται και αγαπούν το παιδί τους. Ίσως η διεργασία αυτή να επηρεάζεται από διαφορετικούς μεταξύ τους παράγοντες, όπως: τα χαρακτηριστικά του παιδιού, τις προσδοκίες που έχουν οι γονείς από τα παιδιά τους και τον βαθμό στον οποίο μπορούν να τις τροποποιήσουν, τη γενική τους φιλοσοφία, τον τρόπο που ερμηνεύουν τη διαταραχή, τις μεταξύ τους σχέσεις, τον τρόπο ζωής τους, την υποστήριξη της κοινότητας και την παροχή υπηρεσιών. Θα πρέπει όμως, να έχουμε υπόψη μας ότι ορισμένοι γονείς δεν θέλουν ή δε χρειάζονται συμβουλευτική η οποία να επικεντρώνεται κυρίως στα συναισθήματα τους. Ούτε και μπορεί αυτού του είδους η συμβουλευτική να αποτελέσει υποκατάστατο της πρακτικής συμβουλής και των άλλων υπηρεσιών.

Γι' αυτούς τους λόγους η συμμετοχή της οικογένειας, σύμφωνα με τη Γενά (2002), στην εκπαιδευτική διαδικασία των παιδιών τους, δεν βοηθάει μόνο τα παιδιά αλλά ενδυναμώνει και την οικογένεια στην αντιμετώπιση προβλημάτων που ανακύπτουν από την ύπαρξη ενός τέτοιου παιδιού στην οικογένεια.

Γ.2. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΔΕΛΦΩΝ

Η Χατζηγιάνογλου - Ξενοχίδη (2002), αναφέρει ότι σύμφωνα με τους Turnbull & Turnbull (1990), παρά το ότι το αδελφικό υποσύστημα θεωρείται αναπόσπαστο στοιχείο του οικογενειακού συστήματος και επομένως η παρουσία ενός παιδιού με αυτισμό στην οικογένεια επηρεάζει και τα αδέρφια του, μόνο τα τελευταία 30 χρόνια το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει στραφεί στη μελέτη της επίδρασης ενός παιδιού με αυτισμό στα αδέρφια του.

Σύμφωνα με την Wing (2000), η ύπαρξη αυτιστικού παιδιού στην οικογένεια, επηρεάζει τα αδέρφια άλλοτε θετικά και άλλοτε αρνητικά.

Οι περισσότερες από τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί, όπως αναφέρει η Wing (2000), υποστηρίζουν ότι τα αδέρφια των παιδιών με αυτισμό διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο ανάπτυξης ψυχολογικών προβλημάτων, τα οποία εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, όπως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των αδελφών, την σοβαρότητα της ασθένειας, κ.λ.π.

Τα συναισθήματα των αδελφών που μεγαλώνουν με ένα παιδί με αυτισμό είναι θυμός, απογοήτευση, θλίψη, ενοχές, μοναξιά και άλλα έντονα συναισθήματα. Συναισθήματα τα οποία προκαλούνται πολλές φορές από την απόκρυψη της αλήθειας από τους γονείς. Τα αδέρφια των παιδιών με αυτισμό και γενικώς με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές έχουν πάρα πολλά ερωτήματα. Θα πρέπει λοιπόν, να γνωρίζουν την κατάσταση, για να μπορέσουν να κατανοήσουν τί συμβαίνει. Στα μικρότερα παιδιά θα πρέπει να ειπωθεί η αλήθεια με τον πιο απλό κατανοητό τρόπο για να μην τα μπερδέψει. (www.autismhellas.gr, 25/5/2006).

Σύμφωνα με την Χατζηγιάνογλου - Ξενοχίδη (2002), η Featherstone (1981) υποστηρίζει ότι ιδιαίτερα τα μικρά παιδιά φοβούνται μήπως η ασθένεια είναι μεταδοτική και ζηλεύουν που οι γονείς τους φροντίζουν και ασχολούνται περισσότερο με τον ειδικό αδελφό/ή του;. Η διαφοροποιημένη, από το υγιές παιδί, γενική συμπεριφορά, λόγω των αναγκών και περιορισμών που επιβάλλει η παρουσία ενός παιδιού με αυτισμό, μπορεί να δημιουργήσει στο υγιές παιδί αισθήματα μνησικακίας, ζήλιας και εχθρότητας. Αισθήματα τα οποία

οφείλονται στον επιπλέον χρόνο που αφιερώνουν οι γονείς στο αυτιστικό παιδί, στις ειδικές παραχωρήσεις σε ισχύοντες κανόνες, στην τροποποίηση του οικογενειακού προγράμματος λόγω θεραπείας ή εκπαιδευτικών αναγκών του ειδικού παιδιού και στον περιορισμό κάποιων δραστηριοτήτων της οικογένειας ή υλικών αγαθών, εξαιτίας των οικογενειακών επιβαρύνσεων που μπορεί να προκύπτουν από την παρουσία του ειδικού παιδιού.

Έρευνες έδειξαν ότι συχνά τα αδέρφια, ιδιαίτερα τα μικρότερα, εκδηλώνουν διασπαστική συμπεριφορά, με σκοπό να προσελκύσουν την προσοχή των γονέων τους. Νιώθουν παραμελημένα ή ότι οι γονείς δεν τα αγαπούν, και πολλές φορές ίσως ακούσει ο γονιός το αδελφάκι να λέει ότι θα ήθελε να είναι και αυτό αυτιστικό. Αυτό συμβαίνει είτε, γιατί πραγματικά έχει παραμεληθεί και του λείπει η αγάπη, η στοργή και η φροντίδα, είτε γιατί δεν του είχαν εξηγηθεί ορισμένα πράγματα σχετικά με τις ανάγκες του αδελφού/ής του με αυτισμό. (www.autismhellas.gr, 25/05/2006).

Τα μεγαλύτερα παιδιά από την άλλη, αναλογίζονται την προοπτική της φροντίδας του/της ειδικού/ής αδελφού/ής τους, όταν οι γονείς δεν θα είναι σε θέση να την προσφέρουν. Ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι οι πρωτότοκες κόρες της οικογένειας, πιθανώς εξαιτίας του ότι έχουν επιφορτιστεί σε μεγάλο βαθμό τη φροντίδα του παιδιού με αυτισμό, είναι επιρρεπείς σε ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία απαιτούν ψυχολογική υποστήριξη (www.autismhellas.gr, 25/05/2006).

Η Χατζηγιάνογλου - Ξενοχίδη (2002), αναφέρει ότι σύμφωνα με την Featherstone (1981), ενήλικα αδέρφια ανησυχούν μήπως αποκτήσουν και αυτά στο μέλλον ένα παιδί με αυτισμό ή με ιδιαίτερες ανάγκες γενικότερα καθώς και για τις ανάγκες και την ποιότητα ζωής του/της ειδικού/ής αδελφού/ής τους.

Τα πρωτότοκα και μεγαλύτερα αδέρφια, σύμφωνα με την Χατζηγιάνογλου – Ξενοχίδη (2002),η Featherstone (1981), αναφέρει ότι γενικά επηρεάζονται λιγότερο από την παρουσία του παιδιού με αυτισμό, σε σχέση με τα μικρότερα που παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα προσαρμογής.

Η ίδια συνεχίζει, αναφέροντας πως εκτός από τα συναισθήματα που προαναφέρθηκαν, τα υγιή παιδιά νιώθουν επίσης αμηχανία, ταύτιση και σύγχυση.

Τα συναισθήματα των υγιών αδελφών και των γονιών πολλές φορές παραλληλίζονται, καθώς περνούν μέσα από τα ίδια στάδια προσαρμογής. Μόνο που οι γονείς λόγω του ότι είναι ενήλικες, έχουν περισσότερες γνώσεις, ωριμότητα και εμπειρία ζωής. Αν και διακατέχονται προσωρινά από φόβο, άγχος, θλίψη, κ.λ.π., σύντομα είναι σε θέση να κατανοήσουν το πρόβλημα, να αναζητήσουν πληροφορίες και να επιδιώξουν την επίλυσή του. Εν τούτοις, υπάρχει πιθανότητα ορισμένα παιδιά να μην αισθάνονται μνησικακία και ζήλια, λόγω του ότι αντιλαμβάνονται τη σοβαρότητα της «αναπηρίας» του αυτιστικού παιδιού.

Από την άλλη πλευρά, η Myers (1978), σύμφωνα με τη Χατζηγιάνογλου – Ξενοχίδη (2002), αναφέρει ότι η ευθύνη για τον αδελφό/ή με αυτισμό μπορεί να δημιουργήσει στα υγιή αδέρφια γονικούς ρόλους, τους οποίους δεν είναι ακόμα έτοιμα να αποδεχτούν και να τα οδηγήσουν σε ταχύ πέρασμα από τα διάφορα αναπτυξιακά στάδια που θεωρούνται σημαντικά για τη φυσιολογική ωρίμανση του ατόμου. Επίσης, μπορεί να δημιουργηθεί στο αυτιστικό παιδί μια μορφή «μαθημένης ανικανότητας», καθώς το υγιές παιδί φροντίζει τα πάντα, δημιουργώντας έτσι την εντύπωση στο ειδικό παιδί ότι είναι ανίκανο για οτιδήποτε.

Επιπλέον η Featherstone (1981), σύμφωνα με την Χατζηγιάνογλου – Ξενοχίδη (2002), αναφέρει πως αισθήματα ενοχής ενδέχεται να υπαγορεύουν την ανάληψη φροντίδας του αυτιστικού παιδιού από τον υγιή αδελφό/ή. Όταν υποδεικνύονται συχνά τα πλεονεκτήματα του να είναι κανείς υγιής, η φροντίδα του ειδικού παιδιού αποτελεί έναν τρόπο ανακούφισης των ενοχών που νιώθει το υγιές παιδί. Καθώς αυξάνονται οι οικιακές εργασίες και οι απαιτήσεις φροντίδας του παιδιού με αυτισμό, τα αδέρφια νιώθουν υπερφορτωμένα και υπάρχει πιθανότητα, κατά την εφηβική ηλικία, να εγκαταλείψουν την

οικογενειακή τους εστία. Είναι πιθανό όμως το υγιές παιδί να φροντίζει τον/την ειδικό/ή αδελφό/ή του για πάντα εξαιτίας ενοχών ή αναγκαστικής υποχρέωσης.

Η ίδια συνεχίζει λέγοντας ότι, ενοχές μπορούν επίσης να δημιουργηθούν στο υγιές παιδί, εξαιτίας της σχολικής προόδου και υπεροχής του έναντι στο παιδί με αυτισμό και να οδηγηθεί σε χαμηλή σχολική επίδοση, ως μέσο ανακούφισης των τύψεων συνείδησης. Από την άλλη όμως, η ανάγκη για υψηλά σχολικά επιτεύγματα μπορεί να υπερφορτώσει το υγιές παιδί και αυτό γιατί συχνά οι γονείς περιμένουν από το υγιές παιδί τους να τους αναπληρώσει με αυτό τον τρόπο για τη μειονεξία του/της αδελφού/ής του.

Όπως προαναφέρθηκε, η ύπαρξη ενός παιδιού με αυτισμό στην οικογένεια επηρεάζει τα υγιή αδέλφια και θετικά. Και αυτό γιατί, όπως αναφέρουν οι Vive (1982) και Grossman (1972), σύμφωνα με την Χατζηγιάνογλου – Ξενοχίδη (2002), αποκτούν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση και κατανόηση για τα άτομα με ιδιαίτερες ανάγκες ωριμάζουν και γίνονται πιο υπομονετικά και υπεύθυνα και υιοθετούν μια θετική άποψη για την ασθένεια του/της αδελφού/ής τους. Πολλές φορές νιώθουν υπερηφάνεια για τα επιτεύγματα του/της αδελφού/ής τους, κάτι το οποίο οφείλεται στο ότι τα αδέλφια αποτελούν γλωσσικά, κινητικά ή κοινωνικά μοντέλα για το παιδί με αυτισμό και νιώθουν ότι συνεισφέρουν στη γλωσσική και κοινωνική ανάπτυξη του αδελφού τους.

Οι γονείς, όπως αναφέρει η ίδια, δεν πρέπει να ξεχνούν ότι από το άτομο με αυτισμό επηρεάζονται και τα αδέλφια του, όπως άλλωστε επηρεάζεται και από τα ίδια. Χρειάζονται λοιπόν σαφή, έγκυρη ενημέρωση και καθοδήγηση για να μπορέσουν τα αδέλφια να κατανοήσουν και να ανταπεξέλθουν στα δικά τους αισθήματα και προβλήματα. Επίσης μπορούν οι γονείς, αλλά και οι ειδικοί να βοηθήσουν στην ανάπτυξη της αδελφικής σχέσης, όπως αναφέρει η Χατζηγιάνογλου – Ξενοχίδη (2002):

1. Αποσαφηνίζοντας το πρόβλημα και την κατάσταση, κάτι που βοηθάει στο να δοθούν ερμηνείες, οι οποίες δεν θα βλάψουν τη σχέση.
2. Διδάσκοντας στα αδέλφια τρόπους επικοινωνίας και κοινές

δραστηριότητες, κυρίως παιχνίδια που προκαλούν ικανοποίηση και ευχαρίστηση.

3. Προτείνοντας στα αδέλφια να συμμετέχουν στις συζητήσεις και αποφάσεις της οικογένειας, εφόσον το επιθυμούν και όταν η ηλικία τους το επιτρέπει. (www.autismhellas.gr, 25/05/2006).

Έτσι, μπορούν να βοηθηθούν, όχι μόνο τα αδέλφια, αλλά και ολόκληρη η οικογένεια, καθώς μειώνονται τα αισθήματα φόβου και αβεβαιότητας που νιώθει το υγιές παιδί.

Γ.3. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Σύμφωνα με την Γενά (2002), ο γονέας είναι ο βασικός βοηθός, επιμελητής, συντονιστής, παρατηρητής, αξιολογητής, υποστηρικτής και αυτός που λαμβάνει τις αποφάσεις για το παιδί του. Επιπλέον, οι γονείς είναι αυτοί που έχουν διεκδικήσει με επιτυχία τα δικαιώματα των παιδιών με αυτισμό, αλλά και των παιδιών με ιδιαίτερες ανάγκες γενικότερα.

Η σημασία της συμμετοχής της οικογένειας στην εκπαίδευση και θεραπεία του παιδιού με αυτισμό, έχει πλέον αναγνωριστεί από την πλειονότητα των ειδικών.

Στο παρελθόν όμως, η οικογένεια, σύμφωνα με τη Γενά (2002), αποκλειόταν είτε διότι δεν αναγνωριζόταν η θετική συμβολή της, είτε γιατί οι γονείς, και ιδιαίτερα η μητέρα, ενοχοποιούνταν για τη παθογένεση του αυτισμού. Οι παράγοντες που συνέβαλαν στην αλλαγή στάσης απέναντι στους γονείς είναι ποικίλοι και σχετίζονται είτε με θεωρητικές επανεκτιμήσεις, είτε με αλλαγές στη στάση της κοινωνίας απέναντι στο παιδί με αυτισμό. Για παράδειγμα, η αυξανόμενη αποδοχή των Α.Μ.Ε.Α. στην κοινότητα, είναι μια κοινωνική

αλλαγή που συνάδει στη προετοιμασία και την εκπαίδευση γονέων, με στόχο την ομαλή κοινωνική ένταξη του παιδιού.

Σε θεωρητικό επίπεδο, η Γενά (2002) αναφέρει, ότι η ψυχαναλυτική ερμηνεία για τα αίτια του αυτισμού, πρότεινε την αποχή των γονέων από την θεραπευτική διαδικασία. Η άποψη όμως, ότι ο αυτισμός είναι αποτέλεσμα ακατάλληλης και ανεπαρκούς μητρικής φροντίδας, έχει αντικατασταθεί από θεωρίες για την βιολογική προέλευση του, και αποτελεί ενδεικτική θεωρητική αναθεώρηση, που συνέβαλε στη τάση για ουσιαστικότερη συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία του παιδιού με αυτισμό.

Η κορύφωση της συμμετοχής της οικογένειας και της ανάδειξης των γονέων σε συν-θεραπευτές, όπως αναφέρουν οι Αναγνωστόπουλος και Καλαντζή-Αζίζι (1998), οφείλεται στη διάδοση της εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση του αυτισμού.

Η Γενά (2002) αναφέρει, ότι η συμπεριφοριστική προσέγγιση θεωρεί ότι η οικογενειακή συμμετοχή στη θεραπεία και την εκπαίδευση του παιδιού με αυτισμό, αποτελεί παράγοντα καθοριστικής σημασίας για την θεραπευτική έκβαση. Αφενός, παρέχουν τις πρώτες ευκαιρίες για κοινωνικοποίηση και αφετέρου, πρέπει να είναι σε θέση να δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες για να επιτευχθεί η γενίκευση των δεξιοτήτων που κατακτώνται από την εκπαιδευτική διαδικασία.

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), ο ρόλος και η συμμετοχή των γονέων, στην εκπαιδευτική διαδικασία, είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι:

- Οι γονείς μπορούν να προσφέρουν πολλά στην αξιολόγηση των ικανοτήτων και τον εντοπισμό των προβλημάτων. Βρίσκονται πολλές ώρες κοντά στο παιδί, στη διάρκεια όλων των λειτουργιών του και μπορούν να περιγράψουν τι προβλήματα εμφανίζονται, τότε και υπό ποιες συνθήκες και πώς αντιδρά το παιδί στους διάφορους τρόπους διαπαιδαγώγησης. Οι πληροφορίες αυτές είναι πολύ σημαντικές για

τον σχεδιασμό της παρέμβασης και για την αξιολόγηση της επιτυχίας των αποτελεσμάτων.

- Στη νηπιακή ηλικία, οι γονείς αποτελούν τους βασικούς δασκάλους των παιδιών και είναι αυτοί που καλούνται να εφαρμόσουν μεγάλα κομμάτια προγραμμάτων και να διδάξουν δεξιότητες απαραίτητες στη καθημερινή ζωή.
- Οι γονείς περνούν πολλές ώρες με το παιδί και μπορούν να ενισχύσουν στο σπίτι ότι μάθηση επιχειρείται στο σχολείο. Η συντονισμένη δράση και οι κοινοί στόχοι και μέθοδοι τόσο στο σχολείο, όσο και στο σπίτι, είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες για την επιτυχημένη μάθηση στα παιδιά με αυτισμό.
- Ενώ τα παιδιά μεγαλώνουν και έρχονται σε επαφή με πολλούς και διαφορετικούς ειδικούς σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα, οι γονείς παραμένουν πάντα οι μόνοι σταθεροί παράγοντες, που μπορούν να προσφέρουν συνέπεια, συνέχεια και συναισθηματική σταθερότητα στο παιδί.
- Οι γονείς είναι οι βασικοί υπερασπιστές των δικαιωμάτων των παιδιών τους. Αυτοί είναι οι πρώτοι που θα αναζητήσουν τις σωστές υπηρεσίες παροχής βοήθειας, θα συγκρουστούν πιθανά μαζί τους, θα διεκδικήσουν βοήθεια και αποκατάσταση για το παιδί τους.
- Πολλές φορές οι γονείς αποτελούν συστατικό μέρος του προβλήματος και χρειάζεται οι ίδιοι, να αποτελέσουν στόχο παρέμβασης και θεραπείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ Σ.Μ.Ε.Α.

Δ.1. Η ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Dr. Δαβάζογλου (1989), αναφέρει ότι η Ελλάδα δεν έχει μακρόχρονη παράδοση όσον αφορά την ανάπτυξη του Τομέα της Ειδικής Αγωγής. Το 1937, βάσει του νόμου 453/1937 ιδρύθηκε στην Καισαριανή Αττικής το πρώτο δημόσιο Ειδικό Δημοτικό Σχολείο με την επωνυμία «Ειδικόν Σχολείον Ανωμάτων και Καθυστερημένων Παιδιών». Ένα χρόνο αργότερα, βάσει του νόμου 1049/1938 ονομάστηκε «Πρότυπο Ειδικό Σχολείο Αθηνών».

Μεταπολεμικά το πρόβλημα των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, όπως αναφέρει η Dr. Δαβάζογλου (1989), αντιμετωπίστηκε από την ιδιωτική πρωτοβουλία. Φιλανθρωπικά ιδρύματα και λίγα ιδιωτικά σχολεία, προσέφεραν κοινωνικο-εκπαιδευτικό έργο στα «προβληματικά», «απροσάρμοστα», «υπολειπόμενα», «διαφορετικά», ή «μειονεκτούντα», όπως ονομάστηκαν, παιδιά σύμφωνα με τις κατά καιρούς κοινωνικές τάσεις και αντιλήψεις.

Συνεχίζοντας η Dr. Δαβάζογλου (1989), αναφέρει ότι κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960-1970, τα ιδιωτικά ειδικά σχολεία και οικοτροφεία αυξήθηκαν. Όμως οι ανάγκες του αποκλίνοντος παιδικού πληθυσμού δεν μπορούσαν να αντιμετωπιστούν εξολοκλήρου από την ιδιωτική πρωτοβουλία. Σύλλογοι γονέων, σωματεία και επιστημονικοί παράγοντες ,πρόβαλλαν το ζήτημα της εκπαίδευσης και της γενικότερης μέριμνας για τα «αποκλίνοντα» άτομα ,ως ζήτημα κοινωνικής και εθνικής ευθύνης. Οι συνεχείς εξελίξεις σε όλους τους τομείς της σύγχρονης κοινωνικής ζωής, επέβαλλαν την κρατική παρέμβαση για επανεκτίμηση και αναπροσαρμογή της εκπαιδευτικής

οργάνωσης, προκειμένου να καλυφθούν οι ιδιαιτερότητες των διαφόρων τύπων απόκλισης.

Η αναγνώριση λοιπόν, της σπουδαιότητας της εκπαίδευσης, σύμφωνα με την Dr. Δαβαζόγλου (1989), ώθησε την Πολιτεία στις πρώτες προσπάθειες εκσυγχρονισμού της Παιδείας, με έμφαση στην οργάνωση του Τομέα Ειδικής Αγωγής, σύμφωνα με τις ψυχοπαιδαγωγικές και κοινωνικές απαιτήσεις. Στο πλαίσιο της προσπάθειας για την αντιμετώπιση των αναγκών του Τομέα Ειδικής Αγωγής, την εποχή εκείνη συγκροτήθηκε στο Υπουργείο Παιδείας « η Επιτροπή Μελέτης Θεμάτων Ειδικής Αγωγής». Μετά από εισηγήσεις της επιτροπής αυτής, γίνονται τα παρακάτω:

- 1) Ιδρύονται τα πρώτα δημόσια Ειδικά Σχολεία.
- 2) Προάγεται από μονοετή σε διετή η μετεκπαίδευση Ειδικής Αγωγής στο Μαράσλειο Διδασκαλείο Δημοτικής Εκπαίδευσης.
- 3) Προάγεται σε Διεύθυνση Το Τμήμα Ειδικής Αγωγής στο Υπουργείο Παιδείας.
- 4) Καθιερώνεται για πρώτη φορά ο θεσμός του Συμβούλου Ειδικής Αγωγής.
- 5) Συντάσσεται από την παραπάνω Επιτροπή ο Νόμος 1143/81 που ψηφίζεται ομόφωνα από την Βουλή των Ελλήνων. Ο Νόμος αυτός αποτέλεσε το πρώτο ιστορικό βήμα για τη νομοθετική καθιέρωση του Θεσμού της Ειδικής Αγωγής στο εκπαιδευτικό μας Σύστημα.

Σύμφωνα με τη Νιτσοπούλου (1986), το 1985 ψηφίζεται ο Νόμος 1566 για τη «δομή και λειτουργία της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης», στον οποίο ενσωματώθηκε με ιδιαίτερο κεφάλαιο η Νομοθεσία Ειδικής Αγωγής.

Με το νόμο αυτό, σύμφωνα με τη Νιτσοπούλου (1986), αποκλείεται η περιθωριοποίηση της Ειδικής Αγωγής και τονίζεται η ευθύνη όλων των

εκπαιδευτικών υπηρεσιών και των συναφών κοινωνικών φορέων για τη σωστή ανάπτυξη και λειτουργία του τομέα αυτού. Στόχος είναι, η κατάργηση υποτιμητικών διακρίσεων σε βάρος των ατόμων με ειδικές ανάγκες, την εδραίωση της σχολικής και κοινωνικής ενσωμάτωσης και αλληλοαποδοχής τους, της καλλιέργειας και των δυνατοτήτων των παιδιών στο σχολείο, αλλά και στο πέρασμα από το σχολείο στην ενεργό ζωή, με σεβασμό στην αξία και στην αξιοπρέπεια κάθε ατόμου.

Σκοπός της ειδικής αγωγής, σύμφωνα με τη Νίτσοπούλου (1986), είναι η προσφορά, στα παιδιά με «Ειδικές Ανάγκες», ίσων εκπαιδευτικών ευκαιριών μάθησης. Ακόμη, βασικός στόχος είναι η μεγαλύτερη δυνατή αξιοποίηση των ικανοτήτων που διαθέτουν τα παιδιά αυτά, για την απόκτηση γνώσεων και την ανάπτυξη δεξιοτήτων. Με αυτό το τρόπο θα τους επιτραπεί να αντιμετωπίσουν αυτοδύναμα ή με την υποστήριξη του περιβάλλοντος, τις ανάγκες της καθημερινής ζωής και να ενταχθούν στην ευρύτερη κοινωνία ως ισότιμα μέλη (κοινωνική ολοκλήρωση).

Σκοπός λοιπόν της εκπαίδευσης, σύμφωνα με τον Πιάνο (1989), είναι να βοηθηθεί το παιδί να βγει από την απομόνωσή του και να ενταχθεί στο κοινωνικό περιβάλλον. Σε ποιο βαθμό θα επιτευχθεί αυτό, εξαρτάται από την προθυμία και ικανότητα των γονέων για συνεργασία και το βαθμό διαταραχής του παιδιού.

Συγκεκριμένα, όπως αναφέρει ο Πιάνος (1989), η ειδική αγωγή όσον αφορά στο παιδί με αυτισμό, στοχεύει:

- α)** Να βοηθήσει το παιδί να αποκτήσει ικανότητες αυτοεξυπηρέτησης και αυτονομίας.
- β)** Να βοηθήσει το παιδί στην ομαλή γλωσσική εξέλιξη του.
- γ)** Να βοηθήσει το παιδί να αποκτήσει συνήθειες συμπεριφοράς και τρόπους κοινωνικά αποδεκτούς.
- δ)** Να το μάθει να παίζει και να οργανώνει τον ελεύθερο χρόνο του.

ε) Να το βοηθήσει με ασκήσεις, όπως συγκέντρωση προσοχής, παρατήρησης, κ.λ.π και, εφόσον ο βαθμός διαταραχής του το επιτρέπει, να δεχτεί και σχολική μάθηση.

Δ.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

ΣΤΙΣ Σ.Μ.Ε.Α.

Η Dr. Δαβάζογλου (1989), αναφέρει ότι η κοινωνική υπηρεσία στο οργανωτικό σχήμα των ειδικών εκπαιδευτικών μονάδων με το Νόμο 1566 130-9-1985, είναι θεσμοθετημένη υπηρεσιακή μονάδα. Η θεσμοθέτησή της, αποτελεί σημαντικό βήμα, στην επέκταση του επαγγελματικού ρόλου των κοινωνικών λειτουργών και στην αναγνώριση της συμβολής της Κοινωνικής Εργασίας ως επιστήμης, στην επιδίωξη κοινωνικής αλλαγής.

Η κατάσταση σωματικής και ψυχικής υγείας δεν είναι, κατά την Dr. Δαβάζογλου (1989), ο μόνος καθοριστικός παράγοντας της συναισθηματικής και κοινωνικής εξέλιξης των παιδιών με «ειδικές ανάγκες» Η εξελικτική πορεία επηρεάζεται επίσης, από τη λειτουργική σχέση που συνδέει το ειδικό παιδί με το οικογενειακό - σχολικό - κοινοτικό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον αφενός, και την οικογένεια, το σχολείο και την ευρύτερη κοινωνία μεταξύ τους, αφετέρου. Καθώς ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται στις Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής (Σ.Μ.Ε.Α.) έχει να αντιμετωπίσει ένα σύμπλεγμα παραγόντων πολύ σημαντικών, είναι εμφανές ότι θα πρέπει κάθε φορά να επιλέγει τεχνικές ανάλογες με την ιδιαίτερη φύση του παιδιού και το περιβάλλον μέσα στο οποίο επιχειρούνται οι ειδικές διορθωτικές ή θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Η θεραπευτική παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού στις Σ.Μ.Ε.Α., σύμφωνα με τη Νιτσοπούλου (1986), επικεντρώνεται στην έγκαιρη επισήμανση

δυσλειτουργικών, ψυχοκοινωνικών παραγόντων και στη συνεχή φροντίδα για ουσιαστική αντιμετώπισή τους με την ενεργοποίηση του ίδιου του παιδιού. Παράλληλα επικεντρώνεται και στη βελτίωση των περιβαλλοντολογικών συνθηκών με την επαρκή παροχή κοινωνικών και λοιπών υπηρεσιών. Κύριος σκοπός του κοινωνικού λειτουργού είναι η επιστράτευση κάθε δυνατού μέσου για τη δημιουργία ενός σταθερού συναισθηματικού περιβάλλοντος ικανού α) να «εξουδετερώσει» την τραυματική εμπειρία της μειονεξίας και β) να βοηθήσει τα παιδιά με «ειδικές ανάγκες» να αξιοποιήσουν όλο τους το δυναμικό μέσα από διάφορες σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες και να αναπτύξουν τις διαπροσωπικές σχέσεις που χρειάζονται, μέσα από ένα σύστημα λεκτικής, υλικής και συναισθηματικής ανταμοιβής.

Όπως αναφέρει ο ΣΚΛΕ (2001), το έργο του κοινωνικού λειτουργού στις Σ.Μ.Ε.Α. είναι πολύπλευρο και αυτό γιατί είναι επιστημονικό - ερευνητικό, διαγνωστικό, συμβουλευτικό, υποστηρικτικό, συντονιστικό, έργο μεσολαβητικό και επικοινωνιακό. Είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ σχολείου, οικογένειας και άλλων κοινωνικών φορέων και υπηρεσιών με επίκεντρο το παιδί και τις ιδιαίτερες ανάγκες του.

Για την επίτευξη λοιπόν των παραπάνω σκοπών ο κοινωνικός λειτουργός, όπως αναφέρει ο ΣΚΛΕ (2001), οφείλει:

α) Να συνεργαστεί με τη διεπιστημονική ομάδα:

Σύμφωνα με τον Μπουσκάλια (1993), μέσα από τη συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας μπορεί να αναδυθεί μια καθαρή διαγνωστική εικόνα. Είναι απαραίτητο η ομάδα να παρακολουθήσει το παιδί με αυτισμό από το πρίσμα πολλών συνισταμένων, ώστε κάθε ειδικότητα να ξέρει το συγκεκριμένο και σαφώς προσδιορισμένο ρόλο της αποκατάστασης. Το τελικό εκπαιδευτικό - θεραπευτικό πρόγραμμα θα προέλθει από τη συγκέντρωση στοιχείων βασισμένων στον τομέα της φυσικής κατάστασης, της νοημοσύνης, της εκπαίδευσης, των επιτεύξεων και των κοινωνικών και προσωπικών προσαρμογών. Ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει και αυτός

στη διεπιστημονική ομάδα και συνεργάζεται με τους άλλους ειδικούς στον τομέα της εργασίας του, που αφορά στην κοινωνική προσαρμογή των αυτιστικών παιδιών, και ότι αυτή συνεπάγεται.

β) Να πραγματοποιήσει κοινωνική εργασία με άτομα (Κ.Ε.Α):

Κοινωνική Εργασία με άτομα είναι η επιστημονική εκείνη μέθοδος της Κοινωνικής Εργασίας που, σύμφωνα με την Παπαϊωάννου (1998), χρησιμοποιείται από έναν κοινωνικό λειτουργό και ένα άτομο που έχει ανάγκη βοήθειας. Μέσω της Κ.Ε.Α., δηλαδή της συστηματικής του συνεργασίας με τον κοινωνικό λειτουργό, το άτομο βοηθιέται να επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο, να επανακτήσει ή να αποκτήσει για πρώτη φορά ενεργό ρόλο ως μέλος του κοινωνικού συνόλου. Ταυτόχρονα, ανακαλύπτει και αρχίζει να συμπαθεί και να αναγνωρίζει τον εαυτό του, μέσω της κινητοποίησης των δικών του δυνάμεων, της αξιοποίησης - ενεργοποίησης του περιβάλλοντός του και μιας ή περισσότερων κοινωνικών υπηρεσιών. Συμπερασματικά, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να διευκολύνει, να ενθαρρύνει το άτομο στην κοινωνική του προσαρμογή, στην ενεργοποίηση της λειτουργικότητάς του, ως παραγωγικού μέλους του κοινωνικού του περιβάλλοντος.

γ) Να πραγματοποιήσει κοινωνική εργασία με ομάδα (Κ.Ε.Ο.):

Η μέθοδος της κοινωνικής εργασίας με ομάδα, σύμφωνα με την Κατσορίδου - Παπαδοπούλου (1999), στρέφει την προσοχή της στις ανάγκες του ατόμου και παράλληλα διατηρεί ζωντανό το ενδιαφέρον της για τις ανάγκες, τους περιορισμούς και τις ικανότητες της ομάδας, όπου το άτομο ανήκει. Αυτή καθαυτή η ομάδα αποτελεί για τον κοινωνικό λειτουργό το μέσο και πλαίσιο της εργασίας του.

Στην περίπτωση αυτή, θα χρειαστεί να χρησιμοποιήσει τις γνώσεις του εκείνες που έχουν σχέση με την δυναμική της ομάδας και να αναλάβει ρόλους και τεχνικές, που χρησιμοποιεί ο κοινωνικός λειτουργός όταν εργάζεται με ομάδες.

δ) Να πραγματοποιήσει κοινωνική εργασία με οικογένεια (Κ.Ε.Οικ.):

Η Παπαδιώτη - Αθανασίου (2000), αναφέρει ότι με την είσοδο της συστημικής προσέγγισης η παθολογία του ατόμου δεν θεωρείται πλέον υπόθεση ατομική, αλλά αποτέλεσμα διεργασιών και αλληλοαντιδράσεων που συμβαίνουν στο συνολικό πλαίσιο, στο οποίο ζει το άτομο. Η οικογένεια είναι το πιο κοντινό πλαίσιο, το οποίο διαμορφώνει τη συμπεριφορά του. Ο κοινωνικός λειτουργός λοιπόν, χρησιμοποιεί τη μέθοδο της κοινωνικής εργασίας με Οικογένεια για να βοηθήσει τα μέλη της, ως σύστημα, να πετύχουν την αυτοοργάνωσή τους ώστε να μπορέσει η οικογένεια να αντιμετωπίσει δημιουργικά καταστάσεις σύγκρουσης και να αποκτήσει αυτοπεποίθηση και συνοχή για την επίτευξη των στόχων της.

Για την επίτευξη των παραπάνω, ο κοινωνικός λειτουργός αξιοποιεί τις βασικές γνώσεις, τεχνικές και δεξιότητες της κοινωνικής εργασίας με ομάδα.

ε) Να πραγματοποιήσει κοινωνική εργασία με ομάδες γονέων:

στ) Να πραγματοποιήσει κοινωνική εργασία με κοινότητα (Κ.Ε.Κ.):

Λόγω του ότι υπάρχουν αρκετοί ορισμοί της «κοινωνικής εργασίας με κοινότητα», παρακάτω παραθέτουμε μερικά γενικά χαρακτηριστικά διαφόρων δραστηριοτήτων, που, σύμφωνα με τον Ζωγράφου (2002), ο Oelschlagel πιστεύει ότι θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στον όρο «κοινωνική εργασία με κοινότητα», όπως νοείται αυτό σήμερα:

- i. Η κοινωνική εργασία με κοινότητα επικεντρώνει τις δραστηριότητές της σε «ολόκληρες γειτονιές, συνοικίες και κοινότητες»
- ii. Τα προβλήματα δεν καθορίζονται μόνο σαν προβλήματα ενός ατόμου ή μιας ομάδας, αλλά αντιμετωπίζονται στο κοινωνικό-οικολογικό τους πλαίσιο. Επί του προκειμένου, οι οικονομικό - πολιτικές συνθήκες αντιμετωπίζονται σαν αίτια κοινωνικών διακρίσεων.
- iii. Η κοινωνική εργασία με κοινότητα ενσωματώνει όχι μόνο τις διάφορες μεθόδους της κοινωνικής εργασίας, αλλά και τις πολιτικές δραστηριότητες, όπως οι συγκεντρώσεις των πολιτών και τις μεθόδους

- της εμπειρικής κοινωνικής έρευνας και έρευνας - δράσης κ.λ.π.
- iv. Η κοινωνική εργασία στην κοινότητα εργάζεται κατά κανόνα με όλους τους κοινωνικούς φορείς, με στόχο τη συνεργασία και τη βελτίωση του δικτύου κοινωνικών υπηρεσιών και παροχών σε τοπικό επίπεδο.
 - v. Η κοινωνική εργασία με κοινότητα εργάζεται διαμεθοδικά με διάφορες ομάδες στόχου και επιδιώκει την ενεργοποίηση και κινητοποίηση των ενδιαφερόμενων.
 - vi. Η κοινωνική εργασία με κοινότητα αρχίζει από κοινωνικές συγκρούσεις και ταυτόχρονα αποτελεί και ένα σύστημα «πρόωρου συναγερμού».
 - vii. Η κοινωνική εργασία με κοινότητα νοείται και σαν «εργασία επιμόρφωσης», που προσπαθεί να καταστήσει δυνατή την πολιτική ενεργό μάθηση και συνεπώς την αντίληψη της δομικής προέλευσης των συγκρούσεων και συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση των ενδιαφερόμενων για τη συλλογική προβολή και διεκδίκηση των συμφερόντων τους.

Δ.3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΔΑΚΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΩΝ Σ.Μ.Ε.Α.

Τα προγράμματα για αυτιστικά παιδιά, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), δεν είναι δυνατό να έχουν την ίδια δομή και πληρότητα των προγραμμάτων για κανονικά σχολεία. Η καθημερινή διδακτική εμπειρία και τα αποτελέσματα ερευνών μας πείθουν ότι βιώνετε υποκειμενικά σαν σημαντικό, ό,τι μεταδίδεται ευχάριστα και μπορεί να αξιολογηθεί σαν ευτυχία και ό,τι ανταποκρίνεται στις αντιληπτικές και αφομοιωτικές ικανότητες του μαθητή.

Με βάση αυτά και για μια επιτυχή έκβαση της αγωγής των αυτιστικών

παιδιών, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1989 & 1995), θεωρείται σήμερα απαραίτητο ότι κατά την οργάνωση και τη δομή της διδασκαλίας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα ακόλουθα:

- Οι γνώσεις που αποτελούν τη διδακτέα ύλη να προέρχονται από το γνωστό περιβάλλον, να εξυπηρετούν συγκεκριμένες καταστάσεις και να έχουν υποκειμενική σημασία για το μαθητή. Να είναι καταρχήν απλές, ξεκάθαρες, περιορισμένες και να συντελούν στην ανάπτυξη τρόπων επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης.
- Οι γνώσεις να σηματοδοτούνται έντονα με όλα τα μέσα έκφρασης (λέξεις, τονισμός, μιμική, χειρονομίες).
- Το ήρεμο ψυχολογικό κλίμα και η φιλική - δημοκρατική συμπεριφορά αποτελούν ευνοϊκές προϋποθέσεις για μάθηση.
- Η επιδοκιμασία, η ενθάρρυνση και η ενδυνάμωση είναι κίνητρα για ενεργό συμμετοχή και μαθησιακές διαδικασίες.
- Η βοήθεια που παρέχεται να προσφέρεται πάντα με μέτρο. Η οργάνωση και η δομή της ύλης να είναι έτσι ώστε το παιδί να μπορεί να ενεργεί επιτυχώς με όσο πιο λίγη βοήθεια. Ακόμα η βοήθεια που προσφέρεται να προσανατολίζει το παιδί σε σωστές ενέργειες, και οι επαναλήψεις να γίνονται με τον ίδιο τρόπο που έγινε αρχικά η προσφορά.
- Η εφαρμογή του προγράμματος δεν πρέπει να γίνεται με ακαμψία και οι δραστηριότητες μπορεί να τροποποιηθούν, να αντικατασταθούν με άλλες ή να συνδυαστούν διαφορετικά μεταξύ τους.
- Ελαστικότητα επίσης πρέπει να υπάρχει στην κατανομή του χρόνου της ημερήσιας εργασίας. Οι αποκλίσεις όχι μόνο επιτρέπονται, αλλά και επιβάλλονται από τη συγκυρία.

Αρκεί να γνωρίζουμε κάθε φορά το «πώς» και το «γιατί» των πρωτοβουλιών μας.

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Μπουλουγούρη (1996), η Γενά αναφέρει ότι, τα εκπαιδευτικά προγράμματα για παιδιά με αυτισμό πρέπει να είναι

εξατομικευμένα, να πληρούν όλες τις ανάγκες τους και να εφαρμόζονται συστηματικά. Πρέπει να βασίζονται σε δεδομένα από εμπειριστατωμένες μελέτες.

Σε κάθε τάξη, η ίδια αναφέρει ότι, πρέπει να υπάρχει μικρός αριθμός αυτιστικών παιδιών για να μην αποσπάται η προσοχή τους από το θόρυβο και τη διασπαστική συμπεριφορά άλλων παιδιών. Οι δραστηριότητες πρέπει να γίνονται βάσει σταθερού προγράμματος, η μετακίνηση των παιδιών από τάξη σε τάξη να είναι ομαλή και να απασχολούνται εποικοδομητικά κατά τη διάρκεια των διδακτικών ωρών. Η απόδοση των θεραπειών και εκπαιδευτών πρέπει να αξιολογείται με αντικειμενικά κριτήρια και βάση την πρόοδο των παιδιών.

Απαραίτητη επίσης προϋπόθεση επιτυχίας, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1989), είναι να σχηματίσουμε την πραγματική εικόνα του κάθε μαθητή, που πέρα από τα γενικά στοιχεία, πρέπει να συμπληρωθεί με περισσότερες λεπτομέρειες, που θα αναφέρονται π.χ. στη διαβίωση, στη διατροφή, σε θέματα καθαριότητας, συνηθειών, κοινωνικής προσαρμογής, κ.ά. Το παιδί πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κανονικό παιδί χωρίς βέβαια να ξεχνάμε ότι δεν έχει τις δυνατότητες ενός κανονικού συνομηλίκου του.

Δ.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Η συμπεριφορά όλων των αυτιστικών παιδιών διακρίνεται από ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα, τα οποία, όπως ήδη έχουμε αναφέρει σε προηγούμενα κεφάλαια, δεν είναι τα ίδια, ούτε εμφανίζονται στον ίδιο βαθμό σε όλα τα παιδιά. Έχει ήδη γίνει λοιπόν σαφές, ότι κάθε αυτιστικό παιδί είναι μια ξεχωριστή περίπτωση και σαν τέτοια πρέπει να αντιμετωπίζεται.

Σύμφωνα με τη Γενά (2002), κάθε παιδί έχει διαφορετικές δυνατότητες και διαφορετικές ανάγκες, που απαιτούν εξατομικευμένη εκπαίδευση και θεραπεία. Επιπλέον, τα αυτιστικά παιδιά, λόγω της δυσκολίας που έχουν στην επικοινωνία

και την τάση που έχουν για απομόνωση, η εξατομικευμένη εργασία θα πρέπει να εφαρμόζεται με απόλυτη συνέπεια.

Με αυτό το τρόπο, η Dr. Δαβάζογλου (1989), θεωρεί πως ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά το παιδί να προσαρμοστεί στο σχολικό περιβάλλον και να αναπτύξει το αίσθημα της ασφάλειας, αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης για να μπορέσει να αναλάβει ενεργό ρόλο στην εκπαιδευτική διαδικασία και να επωφεληθεί ουσιαστικά, αποκτώντας γνώσεις και δεξιότητες που θα διευκολύνουν μακροπρόθεσμα την ισότιμη και αυτοδύναμη ενσωμάτωση του στην κοινωνική ζωή.

Το εξατομικευμένο πρόγραμμα, όπως αναφέρει η Γενά (2002), δίνει τη δυνατότητα στον κοινωνικό λειτουργό να κατανοήσει την προσωπικότητα του παιδιού, τις ιδιαίτερες προτιμήσεις του, τις δυνατότητές του και τη σημασία των αυτόβουλων επιδιώξεων και πρωτοβουλιών του. Αυτά είναι στοιχεία που καθορίζουν την ατομικότητα του παιδιού και ο κοινωνικός λειτουργός αφενός, τα καταγράφει στο ατομικό δελτίο που υπάρχει για κάθε παιδί, αφετέρου μαθαίνει να προσαρμόζει τις ενέργειες του (π.χ. πρόγραμμα δραστηριοτήτων) στις διαφορές και τις αλλαγές που παρουσιάζει το ίδιο το παιδί. Επίσης, με το εξατομικευμένο πρόγραμμα, ο κοινωνικός λειτουργός αντιλαμβάνεται ποιές ικανότητες θα πρέπει να καλλιεργηθούν και ποιές συμπεριφορές να περιοριστούν.

Σε αυτή λοιπόν τη διαπροσωπική σχέση, σύμφωνα με την Dr. Δαβάζογλου (1989), ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι κυρίως υποστηρικτικός και συμβουλευτικός και έχει σκοπό να κατευθύνει το παιδί σε χειρισμούς και επιλογές ανάλογες των ικανοτήτων του, ώστε να αποφευχθούν αποτυχίες που θα το αποθαρρύνουν, θα εντείνουν το άγχος του και θα ενισχύσουν τις συγκινησιακές του αντιδράσεις.

Δ.5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΜΑΔΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Όπως αναφέρει ο ΣΚΛΕ (2001), η ομάδα δίνει τη δυνατότητα εμπειρίας απόκτησης της ομαδικής ζωής, διέξοδο της ενεργητικότητας και ανάπτυξη ικανοτήτων, που αποσκοπεί στην πολύπλευρη ανάπτυξη της προσωπικότητας των μελών της.

Σκοπός της ομάδας είναι η κοινωνικοποίηση των μελών της, που, όπως αναφέρει ο ΣΚΛΕ (2001), αποβλέπει στη διαμόρφωση κοινωνικής συμπεριφοράς, η οποία πραγματοποιείται σε δύο στάδια, με πρώτο την ομαλή συμβίωση των μελών και με δεύτερο την ένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο.

Οι στόχοι του κοινωνικού λειτουργού μέσω της Κοινωνικής Εργασίας με Ομάδες, σύμφωνα με τον ΣΚΛΕ (2001), είναι να διαμορφώσουν τα παιδιά με αυτισμό τα παρακάτω:

- Καλές διαπροσωπικές σχέσεις και συνεργασία με τους συμμαθητές τους. (Να εκφράζουν φιλικά συναισθήματα προς τους άλλους, να βοηθούν τους άλλους όταν έχουν ανάγκη, να παίζουν, τηρώντας κανόνες του παιχνιδιού, να συμμετέχουν σε αποφάσεις της ομάδας και να αναλαμβάνουν τις ευθύνες τους).
- Κανόνες καλής συμπεριφοράς. (Να είναι ευγενικοί όταν επικοινωνούν με τους άλλους, να εκτελούν πρόθυμα εντολές ή οδηγίες που τους δίνονται και να περιμένουν τη σειρά τους).
- Σεβασμός των άλλων. (Να σέβονται τη γνώμη του άλλου. να εκτιμούν την εργασία των άλλων, να διεκδικούν τα δικαιώματά τους με διακριτικότητα, να αναγνωρίζουν το δικό μου, δικό του και να χαίρονται την επιτυχία και να δέχονται την αποτυχία).
- Κοινωνικό περιβάλλον. (Να ξέρουν το χώρο της κοινότητας που ζουν, να συμμετέχουν στην πολιτιστική και θρησκευτική ζωή της κοινότητας τους, να γνωρίζουν τις σχέσεις αγοριού-κοριτσιού και να γνωρίζουν να χρησιμοποιούν τον ελεύθερο χρόνο).

Επιπλέον, η Dr. Δαβάζογλου (1989), αναφέρει πως με τη συγκρότηση ομάδων, δίνεται στα άτομα με αυτισμό:

- Ενθάρρυνση για δημιουργικές απασχολήσεις
- Ανακάλυψη ενδιαφερόντων
- Ανάπτυξη αυτοελέγχου
- Κάλυψη συναισθηματικών ανεπαρκειών
- Άσκηση στο να διακρίνουν καλές εναλλακτικές λύσεις για υπερνίκηση δυσκολιών
- Υιοθέτηση σωστών αξιών και συμπεριφορών κοινωνικά παραδεκτών.

Ωστόσο, τα αυτιστικά παιδιά, σύμφωνα με τη Νιτσοπούλου (1986), έχουν ανάγκη από ειδική αντιμετώπιση. Κάθε προσπάθεια και πίεση να ακολουθήσουν ομαδικά προγράμματα, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα εκρήξεις βίας, διάφορους μηχανισμούς άμυνας, αδιαφορία, μεγαλύτερο κλείσιμο στον εαυτό τους. Αντίθετα, όταν αφήνονται στον αυθορμητισμό και αυτοσχεδιασμό τους είναι πολύ δημιουργικά. Ο περιορισμός στην παρατήρηση και σε σπάνιες εκδηλώσεις συναισθημάτων, επιτυγχάνει καλύτερα αποτελέσματα, χωρίς πολλές παρεμβολές και συστάσεις. Η μουσική, η κινησιοθεραπεία, η παιγνιοθεραπεία, η εργασιοθεραπεία, έχουν πάντα θετικά αποτελέσματα πάνω στα αυτιστικά παιδιά.

Δ.6. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Τα θεραπευτικά μέσα που χρησιμοποιεί ο κοινωνικός λειτουργός στην εργασία του με παιδιά με αυτισμό, σύμφωνα με τον ΣΚΛΕ (2001), είναι τα παρακάτω:

Ø ΧΕΙΡΟΤΕΧΝΙΑ

Σκοποί:

- Εξάσκηση στη χρησιμοποίηση κόλας και ψαλιδιού
- Ανάπτυξη δεξιοτήτων χεριών
- Εξάσκηση στις λεπτές κινήσεις και τον γραφοκινητικό τομέα
- Αναγνώριση υλικών
- Ανάπτυξη φαντασίας, κριτικής σκέψης, αντιληπτικής ικανότητας
- Ανάπτυξη πνευματικής συνεργασίας

Ø ΚΟΛΑΖ

(α) Ατομικό

Σκοποί:

- Ανάπτυξη της δεξιότητας στην κίνηση του χεριού
- Ανάπτυξη της φαντασίας και της δημιουργικότητας ανάπτυξη αντίληψης και κριτικής σκέψης
- Ενίσχυση της ικανότητας για χειρισμό ψαλιδιού
- Ενίσχυση της αυτοπεποίθησης με τη δημιουργία κάποιου ατομικού έργου

(β) Ομαδικό

Σκοποί:

- Ανάπτυξη δεξιοτήτων της ομάδας
- Ανάπτυξη πνεύματος συνεργασίας, ομαδικότητας και αλληλεγγύης

- Ανάπτυξη υπευθυνότητας
- Συμμόρφωση στους κανόνες της ομάδας
- Ενεργοποίηση όλων των μελών για συμμετοχή

(γ) Ελεύθερο

Σκοποί:

- Ανάπτυξη δεξιοτήτων
- Ανάπτυξη φαντασίας
- Ενίσχυση αυτοέκφρασης
- Προσπάθεια εξωτερίκευσης εσωτερικού κόσμου
- Ανάπτυξη αντιληπτικής ικανότητας

∅ ΚΑΤΑΣΚΕΥΕΣ (μαλλί, σπόροι, κ.λ.π.)

Σκοποί:

- Ανάπτυξη δεξιοτήτων στην εκτέλεση λεπτών κινήσεων
- Ικανότητα στην αναγνώριση των υλικών και τη χρησιμότητά του
- Ικανότητα στο χειρισμό του ψαλιδιού και της κόλας
- Ανάπτυξη κριτικής σκέψης, φαντασίας και εφευρετικότητας αναφορικά με τον τρόπο χρησιμοποίησης των υλικών στην κατασκευή.

∅ ΤΑΥΤΙΣΕΙΣ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Μακροπρόθεσμοι στόχοι:

- Μαθαίνει να βάζει μαζί πράγματα που ταιριάζουν
- Αυξάνει την προσοχή στη λεπτομέρεια (π.χ. ομαδοποίηση αγοριών με πράσινες μπλούζες και αγοριών με κόκκινες)
- Αναπτύσσει τη συμβολική αναπαράσταση (π.χ. εικόνα αντιπροσωπεύει το αντικείμενο)
- Μαθαίνει το παιδί πώς να χρησιμοποιεί αντικείμενα
- Αναπτύσσει την ανεξαρτησία με το να δίνει στο μαθητή ποικίλα αντικείμενα για κατηγοριοποίηση
- Βελτιώνει τη δεξιότητα για συμμετοχή σε ομαδικά παιχνίδια
- Θέτει τις βάσεις για την ανάπτυξη της ακουστικής αντίληψης και έκφρασης
- Βελτιώνει τη δεξιότητα για την εισαγωγή σε πιο προηγμένες έννοιες (π.χ. ίδιο / διαφορετικό)

Ø ΖΩΓΡΑΦΙΚΗ

Σκοποί:

- Έκφραση συναισθημάτων
- Ανάπτυξη φαντασίας
- Εξάσκηση στις λεπτές κινήσεις

Μακροπρόθεσμοι στόχοι:

- Βελτιώνει τις γραφοκινητικές δεξιότητες
- Επεκτείνει τη δεξιότητα της διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου
- Επεκτείνει τη μίμηση, την κοινωνική αλληλεπίδραση και τη

δημιουργικότητα

- Μαθαίνει να ακολουθεί οδηγίες
- Βελτιώνει τις σχέσεις αλληλουχίας διαδοχής
- Αυξάνει τη σχολική ετοιμότητα
- Αυξάνει την ετοιμότητα για ιστορίες
- Αυξάνει την ετοιμότητα για γραφή

(α) Ατομική Ζωγραφική

Σκοποί:

- Προσπάθεια εξωτερίκευσης - έκφρασης εσωτερικού κόσμου
- Αναγνώριση χρωμάτων
- Εξάσκηση στις λεπτές κινήσεις
- Ψυχαγωγία
- Ανάπτυξη φαντασίας και δημιουργικότητας

Ελεύθερο σχέδιο

Σκοποί:

- Ελεύθερη έκφραση ψυχικής κατάστασης
- Ανάπτυξη φαντασίας και δημιουργικότητας
- Εξάσκηση στις λεπτές κινήσεις

(β) Ομαδική Ζωγραφική

Σκοποί:

- Ανάπτυξη δεξιοτήτων ομάδας

- Δημιουργία πνεύματος συνεργασίας - αλληλεγγύης
- Συμμόρφωση στους κανόνες της ομάδας
- Ενεργοποίηση όλων των μελών για συμμετοχή στο ομαδικό έργο
- Ανάπτυξη υπευθυνότητας

Ø ΣΥΖΗΤΗΣΕΙΣ

Σκοποί:

- Ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων
- Ανάπτυξη ικανότητας λόγου

Απλά επαγγέλματα (Συζήτηση για τη δουλειά των γονέων)

Σκοποί:

- Προγράμματα κοινωνικοποίησης
- Αναγνώριση των επαγγελμάτων και της χρησιμότητάς τους
- Τρόπος συγκέντρωσης στοιχείων για την οικογένεια
- Ανάπτυξη λόγο

Ταυτότητα με φωτογραφία και συζήτηση για την οικογένεια

Σκοποί:

- Κατανόηση του όρου και της σημασίας της οικογένειας
- Αναγνώριση του εαυτού τους ως ιδιαίτερη οντότητα, αλλά και μέλος της οικογένειας

- Τρόπος συγκέντρωσης στοιχείων για το ιστορικό της οικογένειας
- Ανάπτυξη ικανότητας λόγου και ορθού σχηματισμού προτάσεων

Ø ΠΑΡΑΜΥΘΙΑ

(α) Ιστορίες με πρότυπα κοινωνικής συμπεριφοράς και έκφρασης συναισθημάτων

Σκοποί:

- Έκφραση συναισθημάτων
- Εκμάθηση τρόπων κοινωνικής συμπεριφοράς
- Ψυχαγωγία
- Συζήτηση - Ανάλυση λέξεων
- Προσπάθεια συγκέντρωσης προσοχής
- Επεξεργασία ιστορίας και εξαγωγή συμπερασμάτων του διδάγματος

(β) Μικρές ιστορίες που θα αναλάβουν τα παιδιά με τη σειρά

Σκοποί:

- Ανάπτυξη ικανότητας λόγου
- Ανάπτυξη μνήμης και φαντασίας
- Ανάπτυξη αντίληψης - κατανόησης
- Έκφραση συναισθημάτων

Ø ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ

Σκοποί:

- Εκτόνωση
- Ψυχαγωγία κατανόηση των όρων και συμμόρφωση των μελών σ' αυτούς
- Αποδοχή ρόλων

Μακροπρόθεσμοι στόχοι:

- Αναπτύσσουν την αποδεκτή συμπεριφορά
- Αναπτύσσουν δεξιότητες που θα επιτρέψουν την αύξηση της ανεξαρτησίας και τη δημιουργική χρήση του ελεύθερου χρόνου
- Βοηθούν στη γενίκευση της γλώσσας και των γνωστικών δεξιοτήτων
- Παρέχουν το χώρο για την ανάπτυξη και τη χρήση της φαντασίας, δημιουργικότητας και αφηρημένης σκέψης
- Αυξάνουν την προσοχή
- Βελτιώνουν τη φυσική και συναισθηματική κατάσταση και αυτοεκτίμηση
- Παρέχουν ευκαιρίες για μάθηση μέσω παρατήρησης
- Στηρίζουν τρόπους αλληλεπίδρασης με τους συνομηλίκους
- Αναπτύσσουν ενδιαφέροντα κατάλληλα για την ηλικία του παιδιού
- Βελτιώνουν την ποιότητα ζωής

(α) Παιχνίδια προσανατολισμού

Σκοποί:

- Ανάπτυξη ικανότητας αντίληψης του χώρου
- Κατανόηση όρων
- Συμμόρφωση
- Ανάπτυξη ικανότητας προσανατολισμού
- Ψυχαγωγία
- Ανάπτυξη συνεργασίας

(β) Ελεύθερα παιχνίδια στην αυλή

Σκοποί:

- Επαφή με τη φύση
- Ψυχαγωγία και εκτόνωση
- Συμμόρφωση στους κανόνες
- Ενεργοποίηση των μελών για συμμετοχή στο παιχνίδι
- Έκφραση εσωτερικής διάθεσης
- Ανάπτυξη πνεύματος συνεργασίας και ομαδικότητας
- Ανάπτυξη κινητικού τομέα

(γ) Μιμητικά παιχνίδια

Σκοποί:

- Γνωριμία με το περιβάλλον
- Ανάπτυξη φαντασίας και αντίληψης
- Ανάπτυξη παρατηρητικότητας
- Ανάπτυξη κινητικών δεξιοτήτων
- Εξάσκηση στη σωστή χρησιμοποίηση των μερών του σώματος
- Ψυχαγωγία

(δ) Ομαδικά παιχνίδια

Σκοποί:

- Ανάπτυξη ομαδοποίησης
- Κατανόηση των κανόνων
- Συμμόρφωση στους κανόνες

- Ανάπτυξη πνεύματος συνεργασίας
- Ανάπτυξη υπευθυνότητας
- Ανάπτυξη δεξιοτήτων
- Ενεργοποίηση των μελών για συμμετοχή
- Ψυχαγωγία και εκτόνωση

Παιχνίδια μεταξύ δυο ομάδων

Σκοποί:

- Κατανόηση - τήρηση κανόνων
- Ανάπτυξη πνεύματος συνεργασίας και ομαδικότητας
- Ανάπτυξη πνεύματος συναγωνισμού
- Ψυχαγωγία
- Διάθεση για συμμετοχή

(ε) Ψυχαγωγικά παιχνίδια

Σκοποί:

- Έκφραση εσωτερικής διάθεσης
- Ψυχαγωγία - εκτόνωση
- Ομαδικό πνεύμα
- Υπακοή στους κανόνες

(στ) Ατομικά παιχνίδια (να παίζει το κάθε παιδί μόνο του για 10 λεπτά)

Σκοποί:

- Προσπάθεια συγκέντρωσης προσοχής σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο
- Προσπάθεια για επίτευξη του ατομικού παιχνιδιού

Μακροπρόθεσμοι στόχοι:

- Αυξάνει τη διάρκεια της απασχόλησης
- Αναπτύσσει την ανεξαρτησία
- Προάγει την κατάλληλη δραστηριότητα ανάπαυσης
- Βοηθάει στο να γίνει η ενσωμάτωση στην τάξη επιτυχής
- Ελαττώνει τη συμπεριφορά απομόνωσης

(ζ) Αγωγή Αισθήσεων

(εκμάθηση αισθήσεων)

(i) Ιστορίες που θα αναφέρονται στις τρεις αισθήσεις (αφή, ακοή, όραση)

(ii) Παιχνίδια που θα αναφέρονται στις τρεις αισθήσεις

ΣΚΟΠΟΙ:

- Επεξεργασία και εκμάθηση αισθήσεων
- Συζήτηση

∅ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΩΝ

(α) Κουκλοθέατρο (να παίζουν τα παιδιά)

Σκοποί:

- Έκφραση του εσωτερικού κόσμου
- Ανάπτυξη φαντασίας
- Ανάπτυξη δημιουργικότητας

- Αποδοχή ρόλων
- Ανάπτυξη αντίληψης και προσοχής
- Τήρηση κανόνων

(β) Θεατρικό παιχνίδι

Μακροπρόθεσμοι στόχοι:

- Διδάσκουν μεγάλη ποικιλία δεξιοτήτων παιχνιδιού
- Αυξάνουν την περιπλοκότητα της γλώσσας
- Αυξάνουν τη φαντασία και τη δημιουργικότητα
- Επεκτείνουν το βαθμό των ενδιαφερόντων και αυξάνουν τα θέματα για διάλογο
- Παρέχουν ευκαιρίες για μάθηση μέσω παρατήρησης
- Μαθαίνουν να ακολουθούν κανόνες, να υποδύονται ρόλους και να βρίσκονται στις κοινοτικές και κοινωνικές νόρμες που αφορούν την κοινωνική συμπεριφορά
- Αυξάνει την κοινωνική αλληλεπίδραση

Ø ΓΙΟΡΤΗ ΓΕΝΕΘΛΙΩΝ Ή ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΩΝ ΕΟΡΤΩΝ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΤΑΞΗ (δώρα)

Σκοποί:

- Κοινωνικοποίηση
- Ανάπτυξη συνεργασίας για την προετοιμασία
- Εκμάθηση στη λειτουργία σε ομαδικό πλαίσιο
- Ανάπτυξη αισθήματος φιλίας
- Κατανόηση της σημασίας αυτής της ημέρας για το παιδί που γιορτάζει (δέκτης όλων αυτών)

- Ανάπτυξη ικανότητας για οργάνωση

Ø ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ

Μακροπρόθεσμοι στόχοι:

- Μαθαίνει την ονομασία των αντικειμένων, δραστηριοτήτων και εννοιών
- Συχνά είναι το θεμέλιο της γλωσσικής έκφρασης
- Αναπτύσσει την αφηρημένη σκέψη (π.χ. συμπεράσματα)
- Διευκολύνει τις δεξιότητες προσοχής

Ø ΟΜΑΔΑ ΜΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΟΙΝΟ ΜΕ ΤΟ ΔΑΣΚΑΛΟ

Σκοποί:

- Παιδαγωγικό χαρακτήρα
- Να μάθουν τα παιδιά να συνεργάζονται με δύο ομαδάρχες χωρίς να αποπροσανατολίζονται
- Ανάπτυξη ικανότητας προσαρμογής

Δ.7. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΠΟΥ ΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Η διεπιστημονική συνεργασία είναι ένα από τα χαρακτηριστικά της ειδικής αγωγής. Σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), είναι εξαιρετικά πολύτιμη η συμβολή των γιατρών, των ψυχολόγων, των λογοθεραπευτών, των εργοθεραπευτών, των παιδαγωγών, των φυσικοθεραπευτών, των κοινωνικών

λειτουργιών. Η βοήθειά τους στην εξέλιξη της ειδικής αγωγής, τόσο ως προς τις παρατηρήσεις και τις προσπάθειες διερεύνησης του παιδιού, όσο και ως προς τις μεθόδους που πρέπει να ακολουθούν, είναι απαραίτητη.

Οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1988), αναφέρουν ότι οι ομάδες μπορούν να εργάζονται με διάφορους τρόπους που συγκλίνουν σε τρεις βασικούς τύπους:

-Την *πολυεπιστημονικότητα*: το παιδί αντιμετωπίζεται από διάφορους ειδικούς που παρεμβαίνουν χωρίς να υπάρχει ο απαραίτητος συντονισμός των ενεργειών τους.

-Τη *διεπιστημονικότητα*: η ομάδα συντονίζει τις ενέργειές της, αλλά κάθε μέλος της διατηρεί κάποια ειδική σχέση με το παιδί.

-Την *υπερεπιστημονικότητα*: Οι παρεμβάσεις δεν γίνονται παρά μόνο από ένα πρόσωπο που συντονίζει και συνεργάζεται με τους άλλους ειδικούς και που είναι το άτομο αναφοράς για το παιδί.

Το ποιος θα παίζει κάθε φορά τον κεντρικό ρόλο, σύμφωνα με τον Μπουσκάλια (1993), εξαρτάται από το συγκεκριμένο σκοπό της στήριξης. Αν η ομάδα έχει συγκεντρωθεί για να συζητήσει την εκπαιδευτική πρόοδο και μέθοδο, τότε ο παιδαγωγός θα είναι το κεντρικό πρόσωπο. Αν ο φυσικοθεραπευτής έχει ανάγκη να μάθει περισσότερα για τη σωματική φύση και τη σχέση της σωματικής διάπλασης με τις γενικότερες ανάγκες του παιδιού, τότε εκείνος θα αποτελέσει το κέντρο της ομάδας.

Συνεχίζοντας ο Μπουσκάλια (1993), αναφέρει ότι παρά τις αλλαγές αυτές στο ρόλο-κλειδί της διεπιστημονικής ομάδας, τα κεντρικά πρόσωπα σε αυτή θα είναι πάντα το παιδί και οι γονείς του.

Τέλος, είναι σημαντικό, όπως αναφέρει η Dr. Δαβάζογλου (1989), όλη η διεπιστημονική ομάδα και ο καθένας ξεχωριστά, να κατανοήσουν την προσωπικότητα του παιδιού στην ολότητα της ,να αναγνωρίσουν τα όρια του τομέα τους, των ατομικών τους ικανοτήτων και να βρίσκονται συνεχώς με στραμμένη την προσοχή στους άλλους. Γι' αυτό πρέπει να έχουν χρόνο και

δυναμικότητα, για να εξασκούν με επιτυχία το ατομικό και συλλογικό τους έργο.

Όπως έχει αναφερθεί, μέσα στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού, είναι να συντάξει το κοινωνικό ιστορικό του αυτιστικού παιδιού σε συνεργασία με την οικογένεια. Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), ο κοινωνικός λειτουργός μετέπειτα, παρουσιάζει το κοινωνικό ιστορικό στη διεπιστημονική ομάδα. Επιπλέον, σε συνεργασία με τους άλλους ειδικούς, συζητούν για τη δυναμική του ίδιου του αυτιστικού παιδιού καθώς και της οικογένειας.

Κατά τη διάρκεια της φοίτησης του παιδιού στο σχολείο, σύμφωνα με τον ΣΚΛΕ (2001), ο κοινωνικός λειτουργός ενημερώνει συστηματικά τον ατομικό φάκελο κάθε παιδιού και ανταλλάσει απόψεις με το λοιπό διδακτικό προσωπικό. Επίσης ενημερώνεται ο ίδιος για την πορεία του κάθε παιδιού χωριστά, στους διάφορους τομείς, τηρώντας πάντοτε τις σχετικές με το επαγγελματικό απόρρητο διατάξεις.

Επιπλέον, οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1988) και η Dr. Δαβάζογλου (1989), αναφέρουν ότι, οι τακτικές συναντήσεις σύνθεσης και απολογισμού μεταξύ των ειδικών, επιτρέπουν να εκτιμηθεί η εξέλιξη κάθε παιδιού, να γίνουν οι απαραίτητες διορθώσεις της πορείας. να επανεκτιμηθεί η καταλληλότητα των προγραμμάτων και να ληφθούν από κοινού αποφάσεις για περαιτέρω ενέργειες.

Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει, όπως αναφέρουν οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1988), με την παρουσία του στα συμβούλια του προσωπικού και φροντίζει σε συνεργασία με το Σύλλογο Προσωπικού του ειδικού σχολείου, για τις εξωσχολικές δραστηριότητες των παιδιών και τη συμμετοχή τους στις εκπαιδευτικές επισκέψεις.

Δ.8. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Μια σημαντική πλευρά της παρέμβασης στα αυτιστικά παιδιά, είναι η

συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με την οικογένεια. Ο ρόλος, λοιπόν, του κοινωνικού λειτουργού με την οικογένεια είναι:

1) Σύμφωνα με τον ΣΚΛΕ (2001), ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να διερευνήσει όλες τις ανάγκες και δυνατότητες ικανοποίησης των αιτήσεων που υποβάλλονται για εγγραφή παιδιών στο ειδικό σχολείο που εργάζεται, υποδέχεται τους γονείς στο σχολικό περιβάλλον και τους ενημερώνει για το κοινωνικό - παιδαγωγικό έργο, τους στόχους των Σ.Μ.Ε.Α. και τους βοηθά για την καλύτερη προσαρμογή στο σχολείο.

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1989), η γνώμη του κοινωνικού λειτουργού έχει κύρος για τους γονείς. Εξάλλου γνωρίζουν πράγματα, στοιχεία που δεν τα γνωρίζουν οι γονείς. Θα τους εξηγήσουν τί πρόκειται να γίνει στη μεταβατική τάξη, τί περιμένουν από το παιδί τους, που σκοπεύουν να φτάσουν, τι ρυθμό θα ακολουθήσουν, κ.λ.π.

Θα τους πληροφορήσουν ακόμα ότι από την τάξη αυτή πέρασαν και άλλα παιδιά πριν από το δικό τους, θα αναφέρουν παιδιά που με την προσπάθεια του σχολείου και τη συμπαράσταση της οικογένειας κατόρθωσαν να αποκτήσουν μια αξιοσημείωτη κοινωνική προσαρμογή, θα τους δώσουν να καταλάβουν ότι δεν είναι οι μόνοι άδικα απελπισμένοι και ότι και άλλοι πολλοί, πριν από αυτούς, είχαν το ίδιο πρόβλημα και τις ίδιες αντιδράσεις.

2) Να δημιουργήσει κλίμα αποδοχής, κατανόησης και εμπιστοσύνης, όπως αναφέρει η Γενά (2002), ώστε να μπορέσουν οι γονείς αβίαστα και χωρίς ενδοιασμούς να εκφράσουν τις σκέψεις, τις αμφιβολίες, τα συναισθήματα, τις προσδοκίες και τους στόχους τους για το παιδί τους.

3) Να στρέψει τη συζήτηση, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1989), και σε θέματα που αναφέρονται σε λεπτομέρειες της συμπεριφοράς του παιδιού, (γιατί οι γονείς είναι αυτοί που το γνωρίζουν καλύτερα), όπως το ντύσιμο, το φαγητό, τα παιχνίδια, τον ύπνο, τις αντιδράσεις του σε συγκεκριμένα περιστατικά, τα ενδιαφέροντά του, κ.λ.π. Ο κοινωνικός λειτουργός διατυπώνει υποθέσεις μαζί με τους γονείς και ζητά και τη δική τους γνώμη.

Η επαφή δηλ. χωρίς να χάσει το χαρακτήρα της αμοιβαίας ενημέρωσης, αρχίζει να παίρνει τη μορφή συνεργασίας.

- 4) Να τους βοηθήσει, σύμφωνα με τη Γενά (2002), να αποδεχτούν αφ' ενός την κατάσταση του παιδιού τους, και αφ' ετέρου τα προβλήματα που προκύπτουν στην οικογένεια, λόγω των δυσκολιών που συνεπάγεται η διαταραχή του παιδιού, με κύριο στόχο τη ρεαλιστική κατανόηση και αντιμετώπισή τους. Επομένως, θα βοηθηθούν να αντιμετωπίσουν καλύτερα και τα προβλήματα του παιδιού τους, αλλά και τα προσωπικά τους προβλήματα.
- 5) Να βοηθήσει τους γονείς ώστε να εκπαιδευτούν, εφόσον οι γνώσεις του παιδιού δεν γενικεύονται χωρίς βοήθεια από το οικογενειακό περιβάλλον. Εξάλλου, σύμφωνα με τη Γενά (2002), οι γονείς είναι αυτοί που θα κληθούν μακροπρόθεσμα να ελέγξουν τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού στο σπίτι και στην κοινότητα. Έτσι επιτελείται και γεφύρωση του επικοινωνιακού κενού μεταξύ παιδιού και γονέων με ειδικούς χειρισμούς και τρόπους επικοινωνίας που κρίνονται απαραίτητοι ώστε οι γονείς να προσεγγίσουν το παιδί τους.

Αυτό συμβαίνει, όπως αναφέρουν η Γενά (2002) και ο Κυπριωτάκης (1995), γιατί οι γονείς βρίσκονται συνήθως κοντά στα παιδιά τους περισσότερο χρόνο από κάθε άλλον και μπορούν να προσφέρουν σε αυτά ένα διαρκές και σταθερό εκπαιδευτικό - θεραπευτικό περιβάλλον.

Γενικά οι γονείς, σύμφωνα με τον Μπουσκάλια (1993), θα βοηθηθούν στο χειρισμό:

- Των συναισθημάτων: Κάθε μέλος της οικογένειας θα εκδηλώσει τις προσωπικές του αντιδράσεις σε σχέση με το ιδιαίτερο μέλος και την αδυναμία του, ανάλογα με το πόσο ολοκληρωμένος άνθρωπος είναι.

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να συμβουλευσει την οικογένεια να συζητάει, να αποκαλύπτεται ανοικτά και να συζητείται κάθε αντίδραση. Η οικογένεια πρέπει να κατανοήσει ότι δεν είναι ντροπή να παραδέχεται

οποιοδήποτε μέλος πως η κατάσταση του προκαλεί συναισθήματα ανεπάρκειας, φόβου ή αβεβαιότητας.

Οποιαδήποτε προσπάθεια να τα απορρίψουν ή να τα αγνοήσουν μπορεί να δημιουργήσει βαθύτερα και πιο διαλυτικά συναισθήματα, τα οποία ίσως να προκαλέσουν επιβλαβή συμπεριφορά. Αυτό αφορά μια ζωτική πλευρά του ρόλου της οικογένειας ως συμβούλου, που θα την ενώσει και θα προσφέρει σε κάθε μέλος της την ασφάλεια που πηγάζει από την ομαδική στήριξη ενώ παράλληλα θα παράσχει περισσότερες χρήσιμες εναλλακτικές συμπεριφορές στα μέλη της που έχουν πιθανώς παγιδευτεί σε ένα απομονωτικό συναισθηματικό αδιέξοδο.

- Των υπέρμετρων σωματικών απαιτήσεων: Το παιδί με αυτισμό θα δημιουργήσει στην οικογένεια καινούριες απαιτήσεις που θα έχουν επίπτωση στην κατανάλωση χρόνου και σωματικής ενέργειας. Οι περισσότερες οικογένειες, και ιδιαίτερα οι μητέρες σε αυτές, το βρίσκουν ένα πολύ πραγματικό πρόβλημα. Ο βαθμός στον οποίο η οικογένεια και το αυτιστικό παιδί της θα προσαρμοστούν, θα εξαρτηθεί από την προσωπική ανάπτυξη της μητέρας και από την στήριξη που παίρνει μέσα από τη σχέση της με τον άντρα και τα παιδιά της. Οι υπερβολικές απαιτήσεις από οποιοδήποτε μέλος της οικογένειας μπορεί να προκαλέσουν εχθρότητα, η οποία θα έχει ισχυρή επίδραση στο αυτιστικό παιδί. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια να επαναπροσδιορίσει το ρόλο της και να δημιουργήσει από την αρχή μια ισορροπία ευθύνης που θα ωφελήσει με τη σειρά της κάθε μέλος ξεχωριστά αλλά και την οικογένεια ως σύστημα.
- Της εξάρτησης και της ανεξαρτησίας: Η οικογένεια θα πρέπει να απαλλαγθεί από τις προκατειλημμένες απόψεις για την εξάρτηση του παιδιού, τις περιορισμένες δυνατότητες, την κατώτερη θέση της οικογένειας και να επιτρέψει στο παιδί να αποκαλύψει τις δικές του ανάγκες και δυνατότητες. Ο κοινωνικός λειτουργός σε συνεργασία με

τους γονείς ανταλλάσσουν πληροφορίες, ο καθένας από τις δικές του εμπειρίες, που έχουν σχέση με το αυτιστικό παιδί, καθώς και με το ρόλο που έχει αναλάβει ο καθένας να ασκεί, ο ένας ως επαγγελματίας και ο άλλος ως γονιός.

Οι πληροφορίες αυτές σχετίζονται με το τί μπορούν να κάνουν τα παιδιά μόνα τους, τόσο στο σχολείο, όσο και στο σπίτι, τότε μπορούν να απαιτούν από αυτά να κάνουν κάτι μόνα τους ή τότε είναι απαραίτητο να το κάνουν άλλοι γι' αυτά.

Με αυτό το είδος της «ανεξαρτησίας» το αυτιστικό παιδί θα μάθει να διακρίνει τα όρια και να αποκαλύπτει τις δικές του ικανότητες, οι οποίες θα βοηθήσουν στην περαιτέρω εξέλιξή του.

Επίσης, είναι σημαντικό, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), ο κοινωνικός λειτουργός να ενημερώνει τους γονείς γύρω από τη διαταραχή του αυτισμού (γνωρίσματα, συμπεριφορές, συχνότητα, κ.λ.π.), ώστε να αναγνωρίζουν τα όρια και τις δυνατότητες του παιδιού τους. Έτσι, μπορεί να αποφευχθεί μία υπερεκτίμηση ή υποτίμηση. Επιπλέον, θα χρειαστούν χρόνο, επιμονή και αποφασιστικότητα, ώστε να καταλάβουν και τα ίδια τα παιδιά τότε μπορούν να κάνουν κάτι μόνα τους.

Τέλος οι γονείς είναι σημαντικό να χειρίζονται τις θλίψεις και τις ικανοποιήσεις που παίρνουν από το παιδί τους, να διακρίνουν τις καινούριες ενδείξεις δραστηριοποίησης, διάθεσης και ικανότητας.

- Της συμπεριφοράς και της πειθαρχίας: Ο κοινωνικός λειτουργός, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), πρέπει να δώσει στους γονείς να καταλάβουν ότι το παιδί με αυτισμό χρειάζεται την ίδια διαπαιδαγώγηση και καθοδήγηση, όπως όλα τα άλλα παιδιά. Όπως στο σχολείο το παιδί έχει υποχρεώσεις και δικαιώματα έτσι και στο σπίτι, πρέπει οπωσδήποτε να μάθει πως έχει υποχρεώσεις, όπως και όλα τα άλλα μέλη της οικογένειας, αν και φαίνεται δύσκολο να πεις «όχι» ή να δείξεις αποφασιστικότητα σε αυτό το παιδί. Θα υπάρξουν στιγμές που θα

χρειαστεί να αφεθεί ελεύθερο, αλλά και άλλες που θα πρέπει το ίδιο σίγουρα να οριοθετηθεί. Η συναισθηματική ασφάλεια δημιουργείται επίσης μέσα από τα ίδια δικαιώματα και όρια. Όρια μέσα στα οποία μπορεί το παιδί να αισθανθεί ασφαλές, να αποκτήσει εσωτερική συνοχή και επίγνωση πως οι γονείς του φροντίζουν για την ευημερία του.

- 6) Να καταρτίζει το κοινωνικό - οικογενειακό και ατομικό ιστορικό του μαθητή, όπως αναφέρει ο ΣΚΛΕ (2001), και να το καταχωρεί στον ατομικό του φάκελο.

Ο ρόλος του θα μπορούσε να περιγραφεί, σύμφωνα με τη Δροσινού (2001), σε δραστηριότητες όπως: α) Συγκέντρωση των απόρρητων κοινωνικών δεδομένων, βάσει συγκεκριμένων κοινωνικών κριτηρίων (επάγγελμα γονέων, ανεργία, οικονομικά της οικογένειας, δομή της οικογένειας, θάνατος γονέα ή άλλου οικογενειακού μέλους). β) Περιγραφή του κοινωνικού προβλήματος του παιδιού και γ) Πιθανή κοινωνική εξήγηση δεδομένων συμπεριφορών στο σχολικό περιβάλλον.

- 7) Να επισκεφθεί τις οικογένειες των μαθητών στο σπίτι, σύμφωνα με τον ΣΚΛΕ (2001), προκειμένου να διερευνήσει τις συνθήκες διαβίωσης και να συμβάλλει στη βελτίωση των ενδοοικογενειακών σχέσεων.

- 8) Να προετοιμάσει τους γονείς, σύμφωνα με τον ΣΚΛΕ (2001), για την αποφοίτηση των παιδιών τους από το ειδικό σχολείο.

Για να επιτευχθούν τα προαναφερθέντα, εκτός από την κατανόηση των αναγκών και των συναισθημάτων των γονέων, ο κοινωνικός λειτουργός, σύμφωνα με την Γενά (2002), καλείται να αναγνωρίσει και τα δικά του συναισθήματα απέναντι στο παιδί με αυτισμό και στην οικογένειά του, γιατί και ο ίδιος μπορεί να έχει αρνητικά συναισθήματα που επηρεάζουν τη σχέση του με την οικογένεια. Ο κοινωνικός λειτουργός στη συνεργασία του με την οικογένεια, όπως αναφέρει ο ΣΚΛΕ (2001), πρέπει να είναι:

1. Άριστος στην επικοινωνία με τους γονείς.
2. Πλήρως ενημερωμένος σε θέματα που αφορούν τον αυτισμό, με

ενσυναίσθηση για την κατάσταση και τα συναισθήματα των γονέων.

3. Οπλισμένος με σεβασμό για τις απόψεις των γονέων. Διατεθειμένος να συζητήσει με τους γονείς για περαιτέρω ενέργειες.
4. Συνειδητοποιημένος για την ευθύνη και τη συμβολή του στη στήριξη της οικογένειας.
5. Ενθουσιώδης, υπομονετικός, συνεργάσιμος και με ισχυρό κίνητρο για επαγγελματική εξέλιξη.

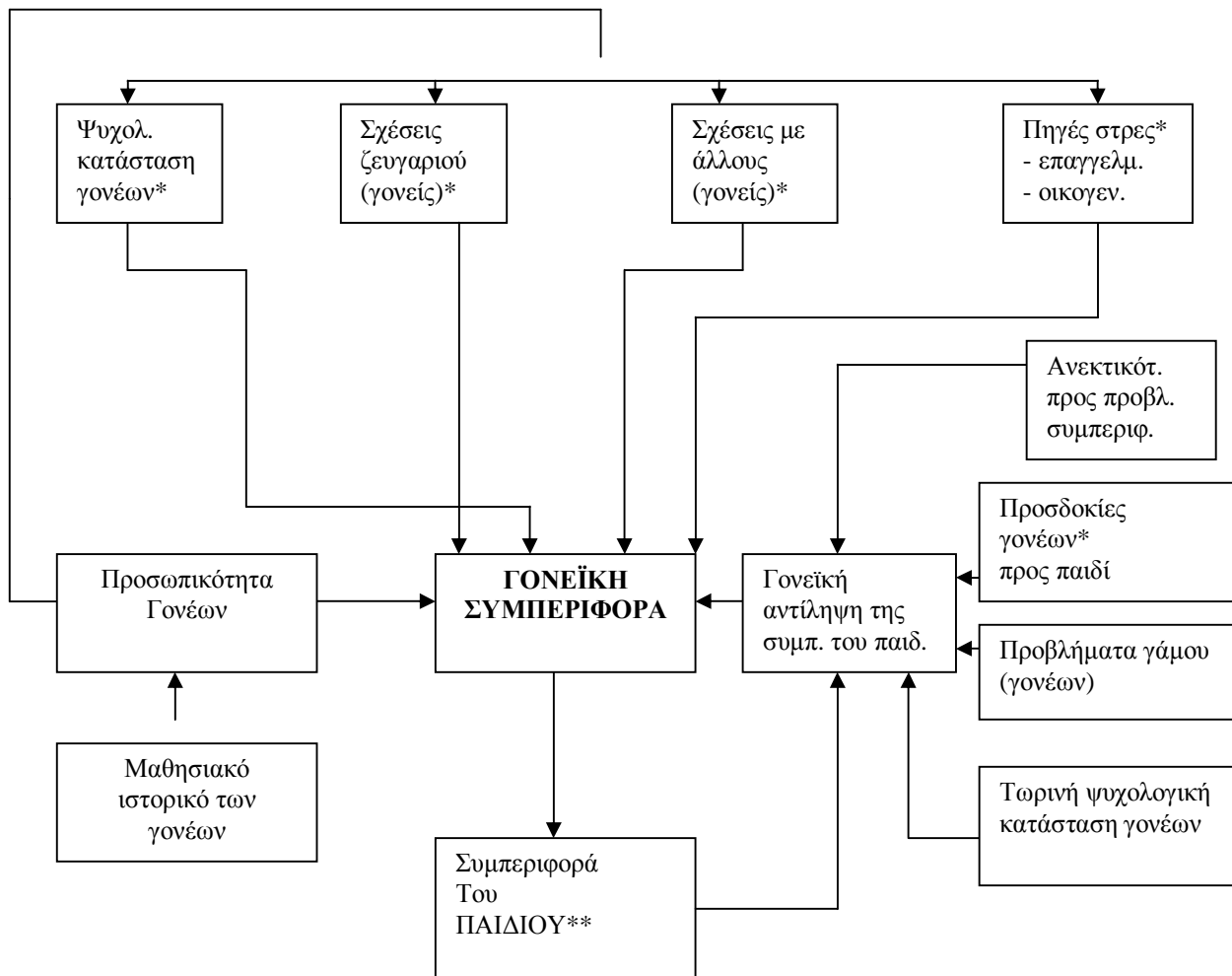
Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1989), οι επαφές με την οικογένεια θα κρατήσουν όσο διαρκεί η φοίτηση του παιδιού στο σχολείο και η συχνότητά του εξαρτάται από τα προβλήματα που ανακύπτουν στο σχολείο ή στο σπίτι, από την πρόοδο που σημειώνεται και από την πίεση του χρόνου.

Ο ίδιος συνεχίζει αναφέροντας ότι υπάρχουν γονείς που μπαίνουν γρήγορα στο πνεύμα, υπάρχουν άλλοι που έρχονται γιατί θεωρούν τον εαυτό τους υποχρεωμένο να έλθει. Υπάρχουν ακόμη και εκείνοι που δεν τους εγκαταλείπει εύκολα το άγχος ή που επιθυμούν συνάντηση σε τακτά χρονικά διαστήματα. Ο κοινωνικός λειτουργός βέβαια, επιδιώκει τη συνάντηση κυρίως όταν έχει κάποιο συγκεκριμένο λόγο.

Η συμπεριφορά λοιπόν του παιδιού, σύμφωνα με την Καλαντζή-Αζίζι (1990), αξιολογείται κάτω από το πρίσμα πολλών παραγόντων που επηρεάζουν τη γονεϊκή συμπεριφορά, η οποία πάλι παίζει καθοριστικό ρόλο στην διαφοροποίηση της συμπεριφοράς του παιδιού.

Στο σχήμα 1 παραθέτουμε το πλέγμα αυτών των παραγόντων, που πρέπει να γνωρίζει ο κοινωνικός λειτουργός στην εργασία του με τους γονείς.

ΣΧΗΜΑ 1.



* Οι κυριότερες γνωστές μεταβλητές που ελέγχουν τη γονεϊκή συμπεριφορά

** Ο πιο καθοριστικός παράγων για τη γονεϊκή συμπεριφορά είναι η ίδια η συμπεριφορά του παιδιού.

Σχήμα. Καλαντζή-Αζίζι, 1990, σελ. 59

Δ.9. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΜΑΔΕΣ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), οι γονείς χρειάζονται βοήθεια για να εντοπίσουν πηγές κοινωνικής στήριξης στον ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περίγυρο, και να ενταχθούν σε ομάδες στήριξης, οι οποίες συνήθως απαρτίζονται από ομοιοπαθείς γονείς. Πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν ότι αυτό διαμορφώνει την ψυχική υγεία της οικογένειας περισσότερο και από τη σοβαρότητα της διαταραχής του παιδιού.

Το περιεχόμενο εργασίας στις ομάδες γονέων, σύμφωνα με τον Χριστοδούλου (1994), έχει δύο βασικές κατευθύνσεις. Η πρώτη έχει ως κύριο στόχο την έκφραση και την ανάλυση των συναισθημάτων των γονιών. Επιπλέον η αποδοχή των ποικίλων συναισθημάτων θα βοηθήσει τους γονείς να αντιμετωπίσουν καλύτερα τα προβλήματα του παιδιού, αλλά και τα προσωπικά τους προβλήματα. Η άλλη κατεύθυνση αφορά στα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού, τις ιδιαίτερες ανάγκες του και την εξέλιξή του.

Οι αρχικές συναντήσεις, σύμφωνα με το Μπουσκάλια (1993), είναι πολύ συγκροτημένες και με μεγάλη συμμετοχή του υπεύθυνου κοινωνικού λειτουργού, αλλά σταδιακά οι γονείς αναλαμβάνουν περισσότερη ευθύνη για τη συζήτηση της ομάδας.

Η συμμετοχή στις ομάδες στήριξης γονέων αυτιστικών παιδιών, όπως αναφέρει ο Μπουσκάλια (1993), μειώνει τη μοναξιά και την απογοήτευση που βιώνει η οικογένεια και έχει ως αποτέλεσμα:

- α) την κοινωνική ενίσχυση που προσφέρει η μία οικογένεια στην άλλη,
- β) την ανταλλαγή των απόψεών τους για τη διαταραχή,
- γ) τη βελτίωση στην ποιότητα του γονεϊκού ρόλου,
- δ) την καλύτερη πληροφόρηση για πρακτικά θέματα που αφορούν τα παιδιά τους,
- ε) την ενίσχυση της συλλογικής προσπάθειας για τη διεκδίκηση των

δικαιωμάτων των παιδιών τους,

στ) τη δημιουργία καινούργιων σχέσεων μεταξύ οικογενειών που μπορεί στο παρελθόν να ένιωθαν απομόνωση από τον κοινωνικό τους περίγυρο.

Ένα εντυπωσιακό παράδειγμα των συλλογικών προσπαθειών, με αφετηρία μια μικρή ομάδα γονέων, σύμφωνα με τη Γενά (2002) και τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), είναι ο Αμερικανικός Οργανισμός για τον αυτισμό. Μέσω του Οργανισμού αυτού προσφέρεται πληροφόρηση σε γονείς και ειδικούς, οργανώνονται συνέδρια και χρηματοδοτούνται σημαντικές ερευνητικές προσπάθειες σχετικές με τον αυτισμό.

Δ.10. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ, ΟΠΟΥ ΖΟΥΝ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Σύμφωνα με τη Νιτσοπούλου (1986), για αιώνες ολόκληρους, τα άτομα με αυτισμό και τα άτομα με ειδικές ανάγκες γενικότερα, αντιμετωπίζονταν από την κοινότητα σαν άτομα «δευτέρας ποιότητας». Οι συνθήκες που επικρατούν στην κοινότητα είναι αποθαρρυντικές: ο οίκτος, η απόρριψη, η αδιαφορία και η περιθωριακή αντιμετώπιση, είναι μερικές από τις στάσεις που επικρατούν. Τα άτομα αυτά θεωρούνται «μη παραγωγικά», άποψη που οφείλεται στην έλλειψη επιστημονικής πληροφόρησης της ευρύτερης κοινότητας πάνω σε θέματα ατόμων με ειδικές ανάγκες. Επίσης, οφείλεται σε προκαταλήψεις για τα άτομα αυτά, οι οποίες είναι παγιωμένες από αιώνες στις υπάρχουσες δομές και στους κοινωνικούς θεσμούς.

Σύμφωνα πάλι με τη Νιτσοπούλου (1986), ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων και ομάδων σε μια κοινότητα, με τη στάση τους, δυστυχώς εκφράζουν άγνοια για τις δυνατότητες και τα δικαιώματα των ατόμων με ειδικές ανάγκες ή υπερτονίζουν τις αδυναμίες τους και δεν εκτιμούν τις δυνατότητες τους ή

αδιαφορούν ή τα απορρίπτουν ή τα λυπούνται ή αποφεύγουν να πάρουν θέση πάνω στο θέμα. Αυτό, γιατί το θεωρούν χάσιμο χρόνου αφού κατά τη γνώμη τους μπορούν να ασχοληθούν με κάτι ουσιαστικότερο. Συνεπώς, τα άτομα με ειδικές ανάγκες τοποθετούνται στο περιθώριο, αυξάνοντας έμμεσα τα προβλήματα τους.

Επιπλέον, όταν ένα άτομο διαφορετικό θεωρηθεί αποκλίνον ή μειονεκτικό, η κοινωνία αντιδρά σύμφωνα με τα προκαθορισμένα στερεότυπα, τα οποία έχουν αντίκτυπο και στην οικογένεια του παιδιού. Αρκετοί γονείς ντρέπονται, δε θέλουν να γίνει γνωστό το πρόβλημά τους και δεν ζητούν βοήθεια ή υποστήριξη. (www.specialeducation.gr, 25/5/2006).

Για τους λόγους αυτούς, προτεραιότητα του κοινωνικού λειτουργού στην εργασία του με τη κοινότητα, είναι η αλλαγή της επικρατούσας νοοτροπίας, μέσω της συνεργασίας με την κοινότητα, της αναγνώρισης και της παραδοχής των αυτιστικών παιδιών από την κοινότητα, και της ανάπτυξης προγραμμάτων κοινωνικής ένταξης. (www.specialeducation.gr, 25/5/2006).

Σύμφωνα με τον ΣΚΛΕ (2001), ο κοινωνικός λειτουργός των Σ.Μ.Ε.Α, που εργάζεται με τη κοινότητα σχετικά με τα αυτιστικά παιδιά, πρέπει να έχει γνώση του αυτιστικού φάσματος, να ανανεώνει τις γνώσεις του για το σύνδρομο, να θέτει μακροπρόθεσμους και μεσοπρόθεσμους στόχους, να γνωρίζει τις πηγές και τα μέσα της κοινότητας και να τα αξιοποιεί.

Συγκεκριμένα, η εργασία του κοινωνικού λειτουργού με την κοινότητα, όπως αναφέρει ο ΣΚΛΕ (2001), περιλαμβάνει:

- α) Συνεργασία με το προσωπικό των Κέντρων Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (ΚΔΑΥ) και ειδικότερα με τον κοινωνικό λειτουργό, για έγκαιρη διάγνωση και υπεύθυνη εκτίμηση των προβλημάτων που εντοπίζονται σε παιδιά σχολικής ηλικίας.
- β) Συνεργασία με Ιδρύματα-Οργανώσεις-Υπηρεσίες της κοινότητας, επιδιώκοντας την καλύτερη αξιοποίηση των υπηρεσιών τους από τους μαθητές και τις οικογένειες τους.

Οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1988), αναφέρουν πως οι οικογένειες και οι κοινωνίες, διαφέρουν στο τρόπο που αξιολογούν την ανεξάρτητη ζωή και πολλοί πιστεύουν ότι ακόμα και πολύ εξαρτημένα μειονεκτικά άτομα, θα πρέπει να ζουν μακριά από τους γονείς, διατηρώντας όμως επαφή μαζί τους. Για το λόγο αυτό αλλά και για άλλους, μεγάλη προτεραιότητα θα πρέπει να έχουν οι ολοκληρωμένες και συντονισμένες υπηρεσίες, με στόχο την υποστήριξη της οικογένειας και την παροχή επιλογής για ιδρυματική περίθαλψη στα πλαίσια της κοινότητας, σε παιδιά των οποίων οι οικογένειες διαλέγουν την λύση αυτή.

Επιπλέον αναφέρουν ότι, οργανώσεις όπως η MENCAP και ο Εθνικός Σύλλογος για αυτιστικά παιδιά, μπορούν να παρέχουν στους γονείς που είναι μέλη, ενημέρωση και ομαδική υποστήριξη πάνω σε κοινά προβλήματα, με επίσημες και ανεπίσημες συναντήσεις, καθώς και ενημερωτικά φυλλάδια. Τέτοιου είδους οργανώσεις και δημόσιες υπηρεσίες μπορούν να παίξουν ρόλο στη διάδοση ακριβούς ενημέρωσης για τις μειονεξίες και στους γονείς αλλά και στην ευρύτερη κοινότητα.

γ) Συνοδεία των παιδιών, όπως αναφέρει ο ΣΚΛΕ (2001), σε εξωσχολικές δραστηριότητες και στη συμμετοχή τους σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Σύμφωνα με την Γενά (2002), για την πραγματοποίηση των δραστηριοτήτων αυτών αλλά και για την δημιουργία απλών σχέσεων μεταξύ των προσώπων της κοινότητας, είναι σημαντική η συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με εθελοντές.

δ) Συμμετοχή στη διενέργεια ερευνών που σύμφωνα με τον ΣΚΛΕ (2001), αφορούν στο παιδί με αυτισμό, στην αγωγή και εκπαίδευση του, όταν αυτό είναι δυνατό. Επιπλέον, όπως αναφέρουν οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1988), η συνέχιση της έρευνας είναι σημαντική για να πληρωθούν τα κενά και να βοηθήσει ο κοινωνικός λειτουργός τους γονείς να κάνουν επιλογές για τα παιδιά τους, που να βασίζονται στη σωστή πληροφόρηση.

ε) Διοργάνωση προγραμμάτων, σύμφωνα με το ΣΚΛΕ (2001), για ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινότητας.

στ) Ενημέρωση και προσπάθεια ευαισθητοποίησης των αρμοδίων φορέων, όπως αναφέρει ο ΣΚΛΕ (2001), για τις ανάγκες των Σ.Μ.Ε.Α.

ζ) Συνεργασία με άλλους ειδικούς, σύμφωνα με το ΣΚΛΕ (2001), για τη διενέργεια σεμιναρίων και διαλέξεων για τους γονείς και το προσωπικό του σχολείου, αποσκοπώντας στην καλύτερη πληροφόρηση και κατανόηση του αυτιστικού φάσματος. Στα σεμινάρια και στις διαλέξεις, καλό είναι να παρευρίσκονται και τα Μ.Μ.Ε., τα οποία θα προωθήσουν την αλλαγή της νοοτροπίας μέσω της σωστής πληροφόρησης.

η) Συμμετοχή στο σχεδιασμό κατάλληλων προγραμμάτων που, σύμφωνα με τον ΣΚΛΕ (2001), θα στηρίζονται σε επιστημονική θεωρία και πράξη από παρόμοια προγράμματα που εφαρμόστηκαν με επιτυχία σε άλλες χώρες, κατοχύρωση των προγραμμάτων και χρηματοδότησή τους από κρατικά κονδύλια.

Δ.11. ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να ακολουθεί σε κάθε δραστηριότητα του με το παιδί, τα εξής βήματα:

- Πρόκληση ενδιαφέροντος: Συγκέντρωση και στροφή της προσοχής (να κατευθύνει ο κοινωνικός λειτουργός το παιδί στο πρόσωπο του ή στο αντικείμενο που θέλει να διδάξει).

- Οδηγίες: Πρέπει να δίνει απλές, ξεκάθαρες και μονοσήμαντες οδηγίες, χρησιμοποιώντας σαφή γλώσσα, σαφείς χειρονομίες και σύμβολα.

- Προσφορά βοήθειας: Να βοηθάει τόσο λίγο όσο γίνεται, τόσο πολύ όσο είναι απαραίτητο, να δείχνει πώς γίνεται, να χρησιμοποιεί και να ζητάει από το παιδί να χρησιμοποιεί λέξεις, μιμική, χειρονομίες, σύμβολα.

- Αξιολόγηση: Να αξιολογεί κάθε σωστή ή λανθασμένη ενέργεια.

-Αμοιβή: Να αμείβει κάθε σωστή ενέργεια ή κάθε ενέργεια και συμπεριφορά του παιδιού που πλησιάζει στη σωστή.

Επιπλέον, η Γενά (2002) υποστηρίζει ότι η εργασία των ειδικών πρέπει να συνοδεύεται από θετική και ενθουσιώδη διάθεση, και να έχει την πεποίθηση ότι όλα τα παιδιά θα σημειώσουν πρόοδο. Εκτός αυτού, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να αντιλαμβάνεται έγκαιρα τη στασιμότητα του παιδιού, η οποία πρέπει να αναλύεται προσεκτικά προκειμένου να τροποποιείται έγκαιρα το πρόγραμμα.

Τέλος, η ίδια αναφέρει ότι, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να ενημερώνει διεξοδικά και με συστηματικό τρόπο την οικογένεια για το ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα του παιδιού, το οποίο ίσως να το έχουν αποφασίσει από κοινού. Με αυτό το τρόπο επιτυγχάνεται ομοιογένεια στον τρόπο που αντιμετωπίζεται το παιδί από τους γονείς και τον κοινωνικό λειτουργό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ

ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Ε.1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει ότι ο αυτισμός ως εξελικτική διαταραχή βαριάς μορφής απαιτεί προσεκτική αντιμετώπιση με σωστή επιλογή μέσων και τεχνικών, ώστε να αποφύγουμε τις παρενέργειες στην παραπέρα εξέλιξη, γιατί αν υπάρξουν, πολύ δύσκολα τροποποιούνται ανεπιθύμητες συμπεριφορές κι έχει

περάσει η κρίσιμη περίοδος εξέλιξης. Έτσι, βασική προϋπόθεση για επιτυχή έκβαση της υποστηρικτικής παρέμβασης αποτελεί η λεπτομερής γνώση και διάκριση, και ειδική παρατήρηση των αντιληπτικών και ειδικών ικανοτήτων, των προτιμήσεων, της συναισθηματικής και εξελικτικής κατάστασης του παιδιού.

Συνεχίζοντας, ο Κυπριωτάκης (1995), επισημαίνει ότι είναι σημαντικό, κατά την εκπόνηση του προγράμματος να λαμβάνονται υπόψη τα εξής επιμέρους στοιχεία:

- Η προσφορά ενός οργανωμένου για θεραπεία και μάθηση περιβάλλοντος
- Η μάθηση ομιλίας
- Οι ρυθμικές δραστηριότητες
- Τα αισθητηριακά προβλήματα που έχουν τα αυτιστικά παιδιά
- Η ενεργοποίηση της αφής
- Τα προβλήματα της προσκόλλησης
- Η ανάπτυξη της οπτικής αντίληψης
- Η εκμάθηση της ανάγνωσης
- Οι κατάλληλοι και έμπιστοι σύμβουλοι

Ο ίδιος συγγραφέας αναφέρει ότι η έγκαιρη υποστηρικτική παρέμβαση, η επικοινωνία και αλληλεπίδραση με φυσιολογικά παιδιά, οι αφοσιωμένοι παιδαγωγοί-θεραπευτές, οι κατάλληλες θεραπευτικές μέθοδοι σε συνδυασμό με ένα δομημένο περιβάλλον αποτελούν τις καλύτερες προϋποθέσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Στο σύνδρομο του αυτισμού, τα προβλήματα των παιδιών είναι τόσο μικρά, όσο είναι μικρή η ηλικία τους, ενώ γίνονται έντονα με την αύξηση της ηλικίας. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να δίνεται μεγαλύτερη βαρύτητα στην έγκαιρη εκπαίδευσή τους.

E.2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), στη σημερινή εποχή ο αυτισμός εκλαμβάνεται ως ένα αινιγματικό σύνδρομο. Είναι ένα σύνθετο φαινόμενο ποικίλης αιτιολογίας, έτσι ώστε δεν υπάρχει μία μόνο θεραπευτική μέθοδος για όλες τις περιπτώσεις.

Εξάλλου, όπως υποστηρίζει και η Καλαντζή-Αζίζι (1998), σήμερα και κυρίως από τις αρχές της δεκαετίας του 1970, χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερες θεραπευτικές μέθοδοι που βασίζονται στον αυτοέλεγχο, στην παρατήρηση του «εαυτού», στην βαθμολόγηση του «εαυτού», στην αυτοενίσχυση, κ.λ.π. Συνεχίζοντας λοιπόν, ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει πως είναι αναμενόμενο να ξεσπά μάχη μεταξύ των ειδικών, για την καταλληλότητα ή την απόρριψη μιας θεραπευτικής μεθόδου. Έχει μάλιστα αποδειχτεί ότι η χρησιμοποίηση μιας συγκεκριμένης μεθόδου, σε συγκεκριμένη περίπτωση μπορεί να οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα, ενώ η ίδια μέθοδος σε άλλη περίπτωση του αυτισμού διαπιστώνεται ως ακατάλληλη και αναποτελεσματική.

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1992), ο Kanner υποστηρίζει ότι προτιμάται η δοκιμαστική εφαρμογή ποικίλων προσεγγίσεων και μεθόδων, απορρίπτοντας καθετί που δεν βοηθάει και υιοθετώντας κάθε θεραπευτική μέθοδο που λειτουργεί θετικά στο παιδί με αυτισμό.

Ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει πως η επιλογή μιας θεραπευτικής μεθόδου καθορίζεται με βάση τη συγκεκριμένη κλινική εικόνα του αυτιστικού παιδιού, τη σοβαρότητα δηλαδή της κατάστασης με τις επιμέρους κατά περιοχές ανεπάρκειες που παρουσιάζει, και το επίπεδο τυχόν ικανοτήτων αντίστοιχα και πως η επιτυχία της εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σωστή επιλογή της μεθόδου, την ορθή εφαρμογή της, την εμπειρία του θεραπευτή και την έγκυρη και «κρίσιμη» περίοδο έναρξης.

Ο ίδιος συνεχίζει αναφέροντας ότι οι θεραπευτικές δυνατότητες που υπάρχουν σήμερα για τα παιδιά με αυτισμό είναι πολύ ανεπτυγμένες, έτσι ώστε να

μπορούν, αν φυσικά βοηθηθούν, να έχουν μια ανεξάρτητη, φυσιολογική ζωή. Για τη θεραπεία του αυτιστικού συνδρόμου έχει αναπτυχθεί ένας μεγάλος αριθμός θεραπευτικών μεθόδων, που χωρίζονται σε δύο κυρίως ομάδες. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τις μεθόδους εκείνες που στοχεύουν στην αποκατάσταση των διαταραχών αντίληψης και επεξεργασίας των πληροφοριών, ενώ η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει τις μεθόδους που έχουν σκοπό να αναπτύξουν στα αυτιστικά παιδιά ικανότητες και γνώσεις ώστε να είναι ικανά να ανταποκριθούν στο περιβάλλον και να προσαρμοστούν σε αυτό. Όλες όμως σχεδόν οι θεραπευτικές μέθοδοι επιδιώκουν και τους δύο στόχους, και την αισθητηριακή ολοκλήρωση και την απόκτηση γνώσεων και εμπειριών.

Στη σημερινή εποχή, σύμφωνα με τον Μπεζεβέγκη (1987), ο αυτισμός δεν είναι τόσο πρόβλημα κοινωνικής ή συναισθηματικής απομόνωσης, όσο μια σοβαρή εξελικτική διαταραχή που έχει βιολογική βάση και συνεπάγεται γνωστικές ανεπάρκειες. Αυτό έχει ως συνέπεια, κατά την τελευταία δεκαετία, στις θεραπευτικές παρεμβάσεις να αποδίδεται πολλές φορές μια παιδαγωγική χροιά.

Για την αποτελεσματικότητα βέβαια της εκπαίδευσης και της θεραπείας των παιδιών με αυτισμό είναι απαραίτητος ο σχεδιασμός ενός θεραπευτικού προγράμματος.

Οι Κακούρος και Μανιαδάκη (2002), θεωρούν ότι ο καταρτισμός του κατάλληλου εκπαιδευτικού και θεραπευτικού προγράμματος για ένα αυτιστικό παιδί είναι συνήθως εξατομικευμένος και βασίζεται στα ειδικά ελλείμματα και στις ιδιαίτερες ικανότητες του κάθε παιδιού. Το νοητικό επίπεδο καθώς και το επίπεδο γλωσσικής ανάπτυξης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τη στοχοθεσία της παρέμβασης. Για τα παιδιά με χαμηλό νοητικό επίπεδο και περιορισμένη γλωσσική ανάπτυξη, τα οποία αποτελούν την πλειοψηφία των αυτιστικών παιδιών, το πρόγραμμα στοχεύει κυρίως στον περιορισμό της αυτοκαταστροφικής και στερεότυπης συμπεριφοράς καθώς και στη διδασκαλία βασικών δεξιοτήτων αυτοϋπηρετήσης, συνεργασίας και έκφρασης των αναγκών.

Αντίθετα, όπως αναφέρουν οι Κακούρος και Μανιαδάκη (2002), για τα αυτιστικά παιδιά με φυσιολογική νοημοσύνη και ανεπτυγμένες γλωσσικές δεξιότητες, η αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού και θεραπευτικού προγράμματος είναι μεγαλύτερη και εξαρτάται κυρίως από το πόσο νωρίς ξεκινάει το πρόγραμμα και το πόσο εντατικό είναι.

Σύμφωνα με τον Μπεζεβέγκη (1987), ο M. Rutter υποστηρίζει πως ένα θεραπευτικό πρόγραμμα πρέπει να έχει τους εξής πέντε στόχους:

- 1) Να διευκολύνει την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού.** Οι προσπάθειες αυτές κατευθύνονται κυρίως στους τομείς της γλώσσας, της κοινωνικοποίησης και της προώθησης των γνωστικών ικανοτήτων, σε συνάρτηση πάντα με την πορεία της εξέλιξης του φυσιολογικού παιδιού και τους τρόπους που εκείνο χρησιμοποιεί για την απόκτηση αυτών των ικανοτήτων.
- 2) Να προωθήσει γενικά την ικανότητα για μάθηση στο αυτιστικό παιδί.** Αυτό επιτυγχάνεται με τη δημιουργία καταστάσεων στις οποίες μπορεί και το αυτιστικό παιδί να μπει στη διαδικασία της μάθησης, σε συνάρτηση βέβαια με συνεχή έλεγχο και καθοδήγηση από τους θεραπευτές, καθώς και με τη χρήση αμοιβών σε περίπτωση επιτυχίας.
- 3) Να μειώσει την άκαμπτη και στερεότυπη συμπεριφορά.** Αυτό επιτυγχάνεται με τη μέθοδο των διαδοχικών προσεγγίσεων ή των βαθμιαίων αλλαγών, με την οποία η επιθυμητή συμπεριφορά κατακτάται από το παιδί μέσω ανεπαίσθητων αλλαγών στην «τυπική» του συμπεριφορά. Οι αλλαγές είναι σκόπιμα ανεπαίσθητες και σταδιακές, ώστε να μη βγάλουν το παιδί απότομα από τη συνηθισμένη αυτιστική του συμπεριφορά, πράγμα που θα είχε ως συνέπεια τη βίαιη αντίδρασή του.
- 4) Να μειώσει ανεπιθύμητες μορφές συμπεριφοράς.** Τέτοιες συμπεριφορές είναι οι εκρήξεις οργής, η επιθετικότητα και ο ανεπαρκής έλεγχος των σφιγκτήρων. Στον τομέα αυτό έχουν σημαντικά αποτελέσματα οι γνωστές συμπεριφοριστικές διαδικασίες της κλασικής ή

της συντελεστικής υποκατάστασης.

- 5) **Να μειώσει την ένταση της οικογένειας.** Ο στόχος αυτός αποβλέπει στο να καταστήσει τα μέλη της οικογένειας ενήμερα για το πρόβλημα του παιδιού τους, ώστε να γνωρίζουν πώς να το αντιμετωπίζουν, να μην απογοητεύονται από την έλλειψη αντιδράσεων εκ μέρους του, αλλά και να εκτιμούν και να ενισχύουν τυχόν βελτιώσεις του παιδιού τους.

Σύμφωνα με τους Κακούρο και Μανιαδάκη (2003), τα περισσότερα θεραπευτικά προγράμματα που έχουν προταθεί στοχεύουν στην πλήρη αξιοποίηση του υπάρχοντος δυναμικού του παιδιού και στη στήριξη του ίδιου και της οικογένειάς του, ώστε να αντιμετωπίζουν όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά τις δυσκολίες που προκύπτουν από τη διαταραχή. Μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί για τον αυτισμό θεραπεία με την έννοια της πλήρους αποκατάστασης.

Συνοψίζοντας, οι θεραπευτικές μέθοδοι, σύμφωνα με τη Γενά (2002), πρέπει να επιδιώκουν την τροποποίηση της συμπεριφοράς του παιδιού με αυτισμό, την ανάπτυξη νέων μορφών συμπεριφοράς και την ανάπτυξη ικανοτήτων σε όλες τις περιοχές της προσωπικότητας του παιδιού, έτσι ώστε να επιτευχθεί η μείωση ή εξαφάνιση προβληματικών μορφών συμπεριφοράς και να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση του αυτιστικού παιδιού.

Αλλά και ο Κυπριωτάκης (1995), επισημαίνει ότι κάθε ενέργεια πρέπει να στοχεύει στο να καταστήσει τα παιδιά με αυτισμό ικανά, ώστε να συμμετέχουν στο κοινωνικό σύστημα επικοινωνίας και να κατανοούν τον κόσμο καλύτερα. Να δίνονται ευκαιρίες για την ανάπτυξη ικανοτήτων κατανόησης των σκέψεων, των συναισθημάτων των άλλων και ικανοτήτων έκφρασης των δικών τους σκέψεων και συναισθημάτων. Τέλος, να δίνονται στα παιδιά αυτά ευκαιρίες συμμετοχής τους στην κοινωνική ζωή.

Παρακάτω παραθέτουμε και αναλύουμε συγκεκριμένες θεραπευτικές μεθόδους για παιδιά με αυτισμό:

- Ø Συμπεριφοριστική θεραπεία
- Ø Γνωστικό-Συμπεριφοριστική θεραπεία
- Ø Ψυχοδυναμική θεραπεία
- Ø Μουσικοθεραπεία
- Ø Θεραπεία με ζώα
- Ø Αισθητηριακές προσεγγίσεις
- Ø Shiatsu-θεραπεία
- Ø Θεραπεία με σφιχταγκάλιασμα
- Ø Φαρμακοθεραπεία
- Ø Πρόγραμμα «TEACCH»
- Ø Πρόγραμμα «May Institute»
- Ø Παιγνιοθεραπεία

Ε.3. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1989), αναφέρουν ότι η θεωρία της συμπεριφοράς ως ψυχολογικό κίνημα, ήταν μια αντίδραση στις αφηρημένες έννοιες της ευρωπαϊκής Ψυχολογίας των αρχών του 20ού αιώνα, όπως εφαρμόζονταν από τον Wundt και άλλους. Οι μελέτες για το συνειδητό και για το αν οι σκέψεις συνδέονται πάντα με εικόνες δεν οδήγησαν σε σαφή συμπεράσματα. Επιπλέον, οι αμερικανικές απόψεις για τη δημοκρατία και τη σπουδαιότητα των περιβαλλοντικών επιδράσεων στη διαμόρφωση της ατομικής

ανθρώπινης συμπεριφοράς, απαιτούσαν την αναζήτηση στοιχείων σχετικά με τις αντιδράσεις του περιβάλλοντος προς την ανθρώπινη συμπεριφορά. Παράλληλα, η μελέτη των ζώων υποσχόταν πολλά στον τομέα αυτό. Τους παράγοντες αυτούς εκτίμησε και περιέγραψε ο πατέρας της θεωρίας της συμπεριφοράς J.B. Watson

Σύμφωνα με τη Γενά (2002), ως το 1912 επικρατούσαν δύο βασικές σχολές στην ψυχολογία: Η Λειτουργική Σχολή και η Μορφολογική Σχολή. Ο Watson θεωρούσε ότι οι σχολές αυτές αποτελούσαν «νόθα τέκνα» της ψυχολογίας της Ενδοσκόπησης. Ο Συμπεριφορισμός έρχεται σε αντιπαράθεση με την Ψυχολογία της Ενδοσκόπησης και, στην αρχική του μορφή, στηρίζεται στην παράδοση της Πειραματικής φυσιολογίας, η οποία αναπτύχθηκε στις αρχές του εικοστού αιώνα, κυρίως από τον Serrington και τον Pavlov.

Ο Watson, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1989), είχε επηρεαστεί από τη δουλειά του ερευνητή Pavlov πάνω στη φυσιολογία του πεπτικού συστήματος. Χρησιμοποιώντας σκυλιά, ο Pavlov μπόρεσε να αποδείξει τις διεργασίες μιας μορφής μάθησης, της κλασικής εξαρτημένης μάθησης, βασιζόμενος σε ένα απλό μοντέλο εκπαίδευσης του ζώου. Ο Watson υιοθέτησε το παβλοφικό μοντέλο μάθησης για να αποδείξει τη δημιουργία του φόβου στα βρέφη.

Λίγο αργότερα, όπως αναφέρουν οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1989), ο Thorndike, ένας άλλος Αμερικανός ψυχολόγος, διατύπωσε το μοντέλο της συντελεστικής εξάρτησης που βασιζόταν στο νόμο του αποτελέσματος. Σύμφωνα με το νόμο αυτό, η συμπεριφορά που ακολουθείται από ευχάριστες συνέπειες είναι πολύ πιθανό ότι θα επαναληφθεί, ενώ η συμπεριφορά που ακολουθείται από δυσάρεστες συνέπειες ή από την απουσία ευχάριστων συνεπειών είναι πολύ πιθανό να μειωθεί ή να εξαφανιστεί. Την υπόθεση αυτή την υιοθέτησε και την επεξεργάστηκε ο Skinner και έγινε γνωστή ως το μοντέλο της ενεργούς συντελεστικής μάθησης.

Ο νόμος του αποτελέσματος του Thorndike, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1989), ερμηνεύτηκε διαφορετικά από άλλους θεωρητικούς της συμπεριφοράς, όπως ο Hull και ο Spence, οι οποίοι υποστήριξαν ότι «οργανισμικοί» παράγοντες παρεμβάλλονται μεταξύ της παρουσίασης του ερεθίσματος και της απάντησης του οργανισμού. Ο νόμος αυτός έγινε γνωστός ως S-O-R, όπου το S είναι το διακριτικό ερέθισμα, Ο η κατάσταση ή ενόρμηση του οργανισμού και R η απάντηση, σε αντίθεση με το μοντέλο της συντελεστικής μάθησης. Στο μοντέλο της συντελεστικής μάθησης δίνεται έμφαση στη σύνδεση S-R όπου S είναι το διακριτικό ερέθισμα και R η απάντηση. Δεν γίνεται καμιά προσπάθεια ερμηνείας των καταστάσεων του οργανισμού, που δεν είναι καν παρατηρήσιμες. Η συνέπεια της απάντησης S (ενισχύον ερέθισμα) τονίζεται ιδιαίτερα, γιατί οι ριζοσπάστες θεωρητικοί της συμπεριφοράς πιστεύουν ότι η πιθανότητα επανάληψης μιας απάντησης εξαρτάται από τη φύση των συνεπειών. Τα συντελεστικά θεωρητικά υποδείγματα S-R-S και S-O-R, με τις αντίστοιχες αρχές τους, αποτέλεσαν τις βάσεις πάνω στις οποίες αναπτύχθηκαν οι διάφορες τεχνικές που θα παρουσιάσουμε εκτενέστερα πιο κάτω. Ενώ το μοντέλο χρησιμοποίησε σε μεγάλο βαθμό το κλασικό υπόδειγμα, το συντελεστικό ή σκινεριανό ή ριζοσπαστικό μοντέλο, επικεντρώθηκε μόνο στο μοντέλο του Thorndike.

Οι νόμοι της συντελεστικής μάθησης του Skinner, σύμφωνα με τον Μπεζεβέγκη (1987), έχουν εφαρμοστεί στην περίπτωση των αυτιστικών παιδιών με αξιόλογη επιτυχία. Εντυπωσιακό σχετικό παράδειγμα αποτελούν οι προσπάθειες του Fester, ο οποίος κατόρθωσε να ελέγξει και να διευρύνει το ρεπερτόριο της συμπεριφοράς αυτιστικών παιδιών σε ένα ελεγχόμενο εργαστηριακό περιβάλλον.

Ο Watson, σύμφωνα με τη Γενά (2002), υποστήριξε ότι το επίκεντρο της ψυχολογίας είναι η συμπεριφορά του ανθρώπου, και όχι η συνείδηση, όπως ισχυρίζονται προγενέστερες ψυχολογικές θεωρίες. Εξήντα και πλέον χρόνια αργότερα, ο Skinner παρουσιάζει πώς εξελίχτηκε ο συμπεριφορισμός σε

επιστημονικό και φιλοσοφικό επίπεδο, ξεκινώντας με την εξής τοποθέτηση: «Ο Συμπεριφορισμός δεν είναι η επιστήμη της ανθρώπινης συμπεριφοράς, είναι το φιλοσοφικό υπόβαθρο αυτής της επιστήμης» (Γενά, 2002, σελ.74).

Ο Skinner στο βιβλίο του «About Behaviorism», όπως αναφέρει η Γενά (2002), εξηγεί ακριβώς πώς αναθεωρεί και επαναπροσδιορίζει το συμπεριφορισμό. Με το ριζοσπαστικό συμπεριφορισμό ο Skinner υποστηρίζει κατά κύριο λόγο τα ακόλουθα:

1. Αποδέχεται ότι η συμπεριφορά του ανθρώπου επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες, δηλαδή, όχι μόνο από εκείνους που βρίσκονται υπό κοινή παρατήρηση.
2. Παραδέχεται την ύπαρξη εσωτερικών λειτουργιών, όπως η σκέψη και τα συναισθήματα.
3. Υποστηρίζει ότι τα εσωτερικά συμβάντα υπόκεινται στους ίδιους νόμους με την εξωτερικευμένη ανθρώπινη συμπεριφορά.
4. Θεωρεί ότι η συμπεριφορά του ανθρώπου καθώς και οι γενετικές του καταβολές είναι δυνατόν να μελετηθούν ως βιολογικά φαινόμενα. Είναι άγνωστο αν υπάρχουν και άλλα στοιχεία στη δομή του ανθρώπου και αν μπορούν να αξιολογηθούν αντικειμενικά.
5. Προκειμένου να αξιολογηθούν σφαιρικά οι λειτουργίες της συμπεριφοράς χρειάζεται να αναλύσουμε :
 - α) Τον άνθρωπο στη δεδομένη χρονική στιγμή, δηλαδή τη συμπεριφορά του σε συνάφεια με το περιβάλλον.
 - β) Τις γενετικές του καταβολές.
 - γ) Το ιστορικό του.

Συνοψίζοντας, σύμφωνα με τη Γενά (2002), ο ριζοσπαστικός συμπεριφορισμός διαφέρει ουσιαστικά από το μεθοδολογικό συμπεριφορισμό, εφόσον αποδέχεται την ύπαρξη και τη σημασία εσωτερικών λειτουργιών και επίσης εφόσον δίνει έμφαση, όχι μόνο στις

σχέσεις συμπεριφοράς και περιβάλλοντος που διαδραματίζονται στο παρόν, αλλά και σε αυτές που διαιωνίζονται από το παρελθόν.

Όπως προαναφέραμε, ο συμπεριφορισμός δεν είναι η επιστήμη της ανθρώπινης συμπεριφοράς, αλλά το θεωρητικό υπόβαθρο αυτής της επιστήμης. Μία από τις επιστήμες, σύμφωνα με τη Γενά (2002), που έχει ως αντικείμενο την ανάλυση της συμπεριφοράς του ανθρώπου και βασίζεται στη θεωρία και στις φιλοσοφικές παραδοχές του συμπεριφορισμού είναι η πειραματικά θεμελιωμένη ανάλυση της συμπεριφοράς ή ανάλυση της συμπεριφοράς. Η ανάλυση της συμπεριφοράς μπορούμε να πούμε ότι θεμελιώνεται ως επιστήμη με την έκδοση του βιβλίου του Skinner «The Behavior of Organisms», το οποίο περιλαμβάνει τα αποτελέσματα των ερευνών που διαπιστώνουν την ύπαρξη δύο ειδών μάθησης, της κλασικής, εξαρτημένης ή αντανακλαστικής και της συντελεστικής μάθησης.

Σύμφωνα με την Καλαντζή-Αζίζι (1980), η ανάλυση της συμπεριφοράς αποτελεί την πιο ορθόδοξη έκφραση του ριζοσπαστικού συμπεριφορισμού ως επιστήμης της ανάλυσης της συμπεριφοράς του ανθρώπου.

Τα κύρια στοιχεία που ορίζουν την Ανάλυση της Συμπεριφοράς, όπως αναφέρει η Καλαντζή-Αζίζι (1980), είναι τρία:

1. Η επικέντρωση στη λειτουργία της συμπεριφοράς και όχι στη δομή της, σύμφωνα με την οποία η συμπεριφορά αναλύεται μόνο σε συνάφεια με το περιβάλλον.
2. Αξιοποιεί ευρήματα σχετικά με τις σχέσεις περιβάλλοντος και ανθρώπινων αντιδράσεων, τα οποία χρησιμοποιεί αυτούσια, χωρίς υποκειμενικές ερμηνείες, για να εξηγήσει την ανθρώπινη συμπεριφορά.
3. Το τρίτο βασικό χαρακτηριστικό της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς είναι η αποδοχή ότι και κάποια εσωτερικά στοιχεία επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ανθρώπου, και το γνωρίζουμε επειδή επιδρούν στη σχέση ανθρώπινων αντιδράσεων και περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με τη Γενά (2002), η βασική και η εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς αποτελούν τις δύο αλληλένδετες μορφές της ανάλυσης της συμπεριφοράς. Ο D. Baer, μάλιστα, θεωρεί τη διάκριση των δύο τυπική και όχι ουσιαστική και γι' αυτό προτείνει την κατάργηση της.

Όπως αναφέρει η Γενά (2002), κεντρικός στόχος της *βασικής ανάλυσης της συμπεριφοράς* είναι η επαλήθευση των θεωρητικών θέσεων της πειραματικά θεμελιωμένης ανάλυσης της συμπεριφοράς. Οι συνθήκες αυτές που μας βοηθούν να εξακριβώσουμε την ισχύ των επιστημονικών υποθέσεων της ανάλυσης της συμπεριφοράς, έχουν καθοριστική σημασία για την ανάπτυξη μιας θεωρίας πλήρως εναρμονισμένης με τα αποτελέσματα της επιστημονικής έρευνας, έγκυρης και αξιόπιστης. Για παράδειγμα, οι επιστημονικές υποθέσεις του Baer σε πειράματα που διεξήγαγε με ποντίκια και περιστέρια σχετικά με την αποδοτικότητα των προγραμμάτων ενίσχυσης (δηλαδή ποια προγράμματα ενίσχυσης συντελούν στην υψηλότερη δυνατή συχνότητα αντιδράσεων), συνέβαλαν αποφασιστικά στη διαμόρφωση της θεωρίας και των αρχών της ενίσχυσης. Τις ίδιες υποθέσεις έθεσαν αργότερα για τον άνθρωπο και άλλοι αναλυτές της συμπεριφοράς.

Η Γενά (2002) συνεχίζει, λέγοντας ότι, η *εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς* θέτει ως κεντρικό της στόχο τη βελτίωση της ζωής του ανθρώπου. Με βάση αυτή τη στόχευση, η τελευταία, διατυπώνει ερωτήματα που θεωρούνται σημαντικά, όχι μόνο από επιστημονική σκοπιά, αλλά και λόγω κοινωνικής εγκυρότητας. Δηλαδή έχουν σημασία για τον καθημερινό βίο του ανθρώπου, ενώ οι απαντήσεις τους μπορεί να συντελέσουν στην επίλυση καίριων ατομικών και κοινωνικών προβλημάτων. Για παράδειγμα, οι απαντήσεις σε έρευνες του Baer σχετικά με την αποδοτικότητα των προγραμμάτων ενίσχυσης, προκάλεσαν σκέψεις για το πώς μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τα προγράμματα ενίσχυσης, ώστε να διδάξουμε όσο γίνεται πιο αποτελεσματικά τα παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι η κοινωνική εγκυρότητα της ανάλυσης της συμπεριφοράς προάγεται κυρίως από τη εφαρμοσμένη έρευνα, ενώ η εγκυρότητα της ως επιστημονική ψυχολογική προσέγγιση δε νοείται χωρίς τις ερευνητικές συνθήκες και τη μεθοδολογία που εφαρμόζει η βασική έρευνα.

Η ιστορική εξέλιξη του Συμπεριφορισμού και οι υποδιαιρέσεις της Πειραματικά Θεμελιωμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς παριστάνονται γραφικά στο σχήμα 2.

ΣΧΗΜΑ 2.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΜΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΜΟΣ

ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΙΚΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΜΟΣ

ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΑ ΘΕΜΕΛΙΩΜΕΝΗ ΑΝΑΛΥΣΗ
ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

ΒΑΣΙΚΗ

ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ

Σχήμα. Συνοπτική παρουσίαση της εξέλιξης του Συμπεριφορισμού και των βασικών υποδιαιρέσεων της Πειραματικά Θεμελιωμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς (Γενά, 2002, σελ. 77)

Σύμφωνα με τον Corey (1999), μέχρι τη δεκαετία του '90, ο Οργανισμός για την Πρόοδο της Θεραπείας της Συμπεριφοράς αριθμούσε περίπου 4.000 μέλη. Περισσότερα από 20 μεγάλα περιοδικά ασχολούνται με τη θεωρία και την πρακτική αυτής της προσέγγισης. Σήμερα, η θεραπεία της συμπεριφοράς διακρίνεται από μία μεγάλη ποικιλία απόψεων και διαδικασιών. Τα κύρια χαρακτηριστικά που κρατούν ενιαία αυτή την ετερογενή προσέγγιση είναι ο προσανατολισμός στη θεραπεία, η επικέντρωση στη συμπεριφορά, η έμφαση στη μάθηση και η αυστηρή εκτίμηση και αξιολόγηση. Ο Lazarus θεωρείται ένας από τους πρωτοπόρους της κλινικής θεραπείας της συμπεριφοράς, επειδή συνέβαλλε σημαντικά στη διεύρυνση των εννοιολογικών ιδεών της και στη δημιουργία καινοτόμων κλινικών τεχνικών.

3.2. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ

Σύμφωνα με τον Μπουλουγούρη (1996), η Γενά αναφέρει ότι ακόμα και αν υπάρχει πληθώρα θεραπευτικών μεθόδων για άτομα με αυτισμό, οι οποίες αναφέρθηκαν και παραπάνω, η συμπεριφοριστική προσέγγιση έχει πλέον αναγνωριστεί, και από επιστημονικούς κύκλους και σε πολιτειακό επίπεδο στις Η.Π.Α., ως η θεραπεία εκλογής για άτομα με αυτισμό. Εφόσον λοιπόν, υπάρχει αυτή η αναγνώριση, η συμπεριφοριστική προσέγγιση για τη θεραπεία του αυτισμού γίνεται πιθανά προσιτή σε μεγαλύτερο αριθμό παιδιών.

Η Καλαντζή-Αζίζι (1998), αναφέρει ότι η συμπεριφοριστική προσέγγιση έχει πάρει διάφορα ονόματα, μεταξύ των οποίων είναι η *μέθοδος θεραπείας της συμπεριφοράς* και η *τροποποίηση της συμπεριφοράς*. Η προσέγγιση αυτή παρέχει νέες μαθησιακές εμπειρίες που θα βοηθήσουν τα αυτιστικά παιδιά στην επίλυση προβλημάτων τους.

Ο Μπεζεβέγκης (1987), επισημαίνει ότι η συμπεριφοριστική προσέγγιση συνίσταται στη χρήση των αρχών της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης και την εφαρμογή τους για την τροποποίηση της συμπεριφοράς. Αλλά και η Καλαντζή-Αζίζι (1998), επισημαίνει ότι όλη η ψυχολογική σχολή του Συμπεριφορισμού βασίζεται στις γνώσεις της θεωρίας της μάθησης και τονίζει πως η ανθρώπινη συμπεριφορά, και η θετική και η αρνητική, είναι κυρίως προϊόν μάθησης.

Σύμφωνα με τους Καλαντζή-Αζίζι και Αναγνωστόπουλο (1998), οι σκέψεις παίζουν βασικό ρόλο. Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης περιλαμβάνει μια θεώρηση της επεξεργασίας πληροφοριών, στην οποία η λεκτική και η κλασική εξαρτημένη μάθηση, η κοινωνική επιρροή και τα αποτελέσματα των κινήτρων αναφέρονται με γνωστικούς όρους. Δίνεται έμφαση στις εμπειρίες που αποκτώνται με *μάθηση μέσω υποκατάστασης*, παρακολουθώντας, δηλαδή, άλλους. Οι σκέψεις παίζουν σημαντικό ρόλο και στις περίπλοκες διαδικασίες που επηρεάζουν την προσοχή του παιδιού, και στο βαθμό που διαφορετικά είδη παρεμβάσεων είναι αποτελεσματικά στην τροποποίηση της «αυτοαποτελεσματικότητας». Αυτά στη συνέχεια θεωρούνται ότι επηρεάζουν τη συμπεριφορά.

Στην κοινωνική θεωρία της μάθησης, σύμφωνα με τους Καλαντζή-Αζίζι και Δεγλήρη (1992), ο Μπουλουγούρης υπογραμμίζει ότι προσπαθούμε να βρούμε τις καταστάσεις του ερεθίσματος (stimulus conditions) για να αλλάξουμε τη συμπεριφορά και εκτιμούμε τις ικανότητες αντίδρασης (response capabilities) του ατόμου. Στην πράξη παρατηρούμε και καταγράφουμε συνεχώς τι προηγείται της συμπεριφοράς. Αυτό είναι κυρίως που μας ενδιαφέρει να αλλάξουμε, ώστε να εντοπίσουμε ποια ερεθίσματα προκαλούν το πρόβλημα. Αφού σιγουρευτούμε για το ποιες είναι οι καταστάσεις του ερεθίσματος που ελέγχουν τη συμπεριφορά, το επόμενο βήμα είναι να αλλάξουμε τις συνθήκες του ερεθίσματος και να παρατηρήσουμε αν συμβαίνουν και αντίστοιχες μεταβολές στη συμπεριφορά. Έτσι, στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, όταν

λεχθεί «μέθοδος εκτίμησης της συμπεριφοράς» εννοείται συγχρόνως και η θεραπευτική διαδικασία.

Σημαντικό ρόλο για την τροποποίηση ή την επαύξηση μιας πράξης, όπως υποστηρίζει ο Μπουλουγούρης (1996), παίζει η αμοιβή ή η τιμωρία. Η συμπεριφορά έχει σχέση με τα ενισχυτικά αποτελέσματα, γι' αυτό και όταν η ενίσχυση δεν είναι συχνή η συμπεριφορά διατηρείται.

Ο ίδιος συνεχίζει αναφέροντας ότι, η ενίσχυση δεν είναι πάντα αναγκαία για να εγκατασταθεί μια συμπεριφορά, είναι όμως απαραίτητη για να εκτελεστεί η μαθημένη συμπεριφορά.

Η Καλαντζή- Αζίζι (1980), αναφέρει ότι μέσω της θεραπείας της συμπεριφοράς μπορούμε:

- § να μειώσουμε τις αποκλίσεις της συμπεριφοράς
- § να εξαλείψουμε τις αποκλίσεις της συμπεριφοράς
- § να διδάξουμε και να σταθεροποιήσουμε νέες επιθυμητές, θετικές συμπεριφορές.

Ο Κυπριωτάκης (1995), υποστηρίζει πως ένας άλλος πολύ σημαντικός εκπρόσωπος της συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης στη θεραπεία του αυτισμού είναι ο Ivar Lovaas. Η επιτυχία του προγράμματος του Lovaas, ερμηνεύεται με βάση τις αρχές στις οποίες στηρίχθηκε. Αυτές είναι:

- § Διάγνωση στο 1^ο ή στις αρχές του 2^{ου} έτους (όχι αργότερα)
- § Έναρξη της θεραπείας *αμέσως* μετά από επιτυχή διάγνωση
- § Συστηματική χρήση τεχνικών και μεθόδων θεραπείας συμπεριφοράς
- § Άσκηση γονιών: Μετάδοση σε αυτούς βασικών γνώσεων για τον αυτισμό, ενημέρωση πάνω στις ίδιες μεθόδους (τρόπους εργασίας με αυτούς που εφαρμόζουν οι θεραπευτές)
- § Θεραπεία στο φυσικό περιβάλλον του παιδιού
- § Εντατική θεραπεία (όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο)
- § Συζήτηση γύρω από τους στόχους, καθορισμός θεραπειών, επίβλεψη, κανονική εξέταση της θεραπευτικής πορείας από ομάδα ειδικών)

Στο πρόγραμμα αποκατάστασης, όπως αναφέρει ο Κυπριωτάκης (1995), γίνονται δεκτά μόνο παιδιά με αυτισμό, ηλικίας 1-2 χρόνων. Η κατάσταση που βρίσκονται διαπιστώνεται με διάφορα τεστ πριν από την έναρξη της θεραπείας. Η θεραπεία οργανώνεται ξεχωριστά για κάθε παιδί (εξατομικευμένη θεραπεία) από ομάδα ειδικών για τον αυτισμό και διεξάγεται από φοιτητές της ψυχολογίας ή εθελοντές που ενημερώνονται για τις μεθόδους θεραπείας της συμπεριφοράς. Στην άσκηση αυτή συμμετέχουν και οι γονείς.

Συνεχίζοντας, ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει ότι η θεραπεία γίνεται στο σπίτι του παιδιού με την παρουσία των γονιών. Κάθε εβδομάδα γίνεται απολογισμός στην ομάδα των ειδικών για τις επιτυχίες, δυσκολίες και αποτυχίες μάθησης και προγραμματίζεται η θεραπευτική εργασία της άλλης εβδομάδας. Η θεραπεία διαρκεί τουλάχιστον 2 έτη με 40 ώρες εβδομαδιαίως. Τα αποτελέσματα της θεραπείας καταγράφονται σε έντυπα ελέγχου τη μάθησης, τα οποία και τεκμηριώνονται. Σαν μέθοδος θεραπείας χρησιμοποιείται η τροποποίηση της συμπεριφοράς («behavior modification»).

Αρχικά βασικός στόχος του προγράμματος, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), είναι η ανάπτυξη ικανοτήτων προσχολικής ηλικίας (χρησιμοποίηση παιχνιδιών, κατανόηση απλών εντολών, μίμηση), η εξάλειψη στερεοτυπιών και επιθετικής συμπεριφοράς. Ακολουθεί αργότερα λογοθεραπεία, παιχνίδι με το οποίο αναπτύσσεται η αλληλεπίδραση, κοινωνική συμπεριφορά και σχολικές γνώσεις (ανάγνωση, γραφή, γνώσεις, κ.ά.).

Τα αποτελέσματα του προγράμματος, όπως αναφέρει η Γενά (2002), υπήρξαν πολύ ενθαρρυντικά: 9 παιδιά από τα 19 (47%) των παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα θεραπεύτηκαν, απέκτησαν κανονική νοημοσύνη και έγιναν λειτουργικά εκπαιδευσιμα. Σε επανεξέταση των 19 παιδιών στην ηλικία των 13 χρόνων με τεστ νοημοσύνης, προσωπικότητας και κοινωνικής συμπεριφοράς, διαπιστώθηκε ότι 8 από τα 19 παιδιά δεν παρουσίαζαν διαφορές από τους συνομηλίκους τους.

Ο Μπεζεβέγκης (1987), αναφέρει ότι ο Ivar Lovaas, μετά από μια σημαντική του έρευνα, κατέληξε στα παρακάτω συμπεράσματα:

- 1) Ανεπιθύμητες μορφές συμπεριφοράς, όπως αυτοδιερεθισμός και ηχολαλία μειώθηκαν, ενώ θετικές μορφές συμπεριφοράς, όπως ομιλία, παιχνίδι, κοινωνικές δεξιότητες αυξήθηκαν με τη χρήση της αμοιβής ή της τιμωρίας.
- 2) Μετά από 8 μήνες θεραπείας μερικά παιδιά παρουσίασαν αβίαστα μορφές κοινωνικής αλληλεπίδρασης και λεκτικής συμπεριφοράς.
- 3) Ο δείκτης νοημοσύνης των παιδιών αυξήθηκε.
- 4) Ενώ όλα τα παιδιά παρουσίασαν βελτίωση, ωστόσο παρατηρήθηκαν μεγάλες ατομικές διαφορές, τόσο στο ρυθμό, όσο και τελικό ποσό της βελτίωσης.
- 5) Επανέλεγχοι (follow-up), στη συμπεριφορά των συγκεκριμένων παιδιών, έδειξαν ότι τα παιδιά που έμειναν στο ίδρυμα διατήρησαν την αρχική βελτίωση ακόμα και μετά από 1-4 χρόνια σε λιγότερο ποσοστό από τα παιδιά που επέστρεψαν στις οικογένειές τους.

Ο Παρασκευόπουλος (1992), υποστηρίζει ότι στη συμπεριφοριστική κατεύθυνση η θεραπευτική εργασία βασίζεται κυρίως στο πρότυπο της διαφορικής συντελεστικής ενίσχυσης, η οποία είναι, όπως την περιγράφει και ο Skinner, πολύ χρήσιμη, αλλά όχι και πανάκεια. Ο I. Lovaas είναι ένας από τους πρώτους που χρησιμοποίησαν συστηματικά την τεχνική αυτή στην ψυχοθεραπευτική αγωγή των αυτιστικών παιδιών. Συγκεκριμένα, ο I. Lovaas, σχετικά με το ιστορικό της δουλειάς του, αναφέρει:

«Το 1962 αρχίσαμε κάποιες διερευνητικές μελέτες με ένα 13χρονο ηχολαλητικό, αυτιστικό κορίτσι, τη Βιβή, που η κατάστασή της δεν παρουσίαζε καμία βελτίωση με την εφαρμογή των παραδοσιακών θεραπευτικών μεθόδων. Μάθαμε πάρα πολλά από την περίπτωση αυτή του αυτιστικού κοριτσιού, δύο όμως στοιχεία έχουν ιδιαίτερη σημασία.

Πρώτον, διαπιστώσαμε ότι μπορούσαμε να τροποποιήσουμε τη συμπεριφορά της. Η αλλαγή της συμπεριφοράς της ήταν αποτελεσματικότερη όταν χρησιμοποιούσαμε, ως ενίσχυση, υλικές αμοιβές (γλυκίσματα, φαγητά) παρά κοινωνικές (έπαινος, προνόμια). Η Βιβή μπόρεσε, με τον τρόπο αυτό, μέσα σε δύο μήνες να μάθει να διαβάζει ένα λεξιλόγιο 50 περίπου λέξεων.

Δεύτερον, διαπιστώσαμε ότι, όταν της ζητούσαμε να κάνει κάτι που εμείς θέλαμε, όσο και ευγενικά και αν της το λέγαμε, η Βιβή γινόταν, όπως θα λέγαμε και στην κλινική ορολογία, όλο και πιο ψυχωσική. Παρουσίαζε μια άμεση αύξηση της παράδοξης συμπεριφοράς της και της έντασης των αυτοκαταστροφικών της εκδηλώσεων. Είχαμε κυριολεκτικά καταθρονηθεί με τα αυτοκαταστροφικά της ξεσπάσματα. Αναζητήσαμε λοιπόν πληροφορίες από ειδικούς ψυχοθεραπευτές, για τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Διαπιστώσαμε ότι καμία αντικειμενική έρευνα δεν είχε γίνει για να εξετάσει την αποτελεσματικότητα των μεθόδων αυτών επάνω στα αυτιστικά παιδιά. Οι ειδικοί όμως συνιστούσαν στους γονείς να χρησιμοποιούν με τα αυτιστικά παιδιά τους τις παραδοσιακές μεθόδους, τις οποίες όταν εφαρμόσαμε με μια ομάδα αυτιστικών παιδιών σε μια πειραματικά ελεγχόμενη διαδικασία, προς μεγάλη μας έκπληξη παρατηρήσαμε ότι τα παιδιά χειροτέρευαν. Είχαμε λοιπόν, να επιλέξουμε μεταξύ δύο εναλλακτικών λύσεων: να παύσουμε να προβάλλουμε οποιαδήποτε απαίτηση στη Βιβή ή να αναζητήσουμε άλλους τρόπους για την καταπολέμηση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς της. Η εκπαίδευσή μου στις μεθόδους τροποποίησης της συμπεριφοράς και η συμπεριφοριστική «φιλοσοφία» μου, με ωθούσε στην πρώτη λύση. Οι φοιτητές που συνεργάζονταν μαζί μου, με έπεισαν να δοκιμάσουμε την τεχνική της διαφορικής συντελεστικής ενίσχυσης: να ενισχύουμε τις επιθυμητές μορφές συμπεριφοράς της Βιβής και να αγνοούμε τις ανεπιθύμητες, τις αυτοκαταστροφικές

Προς μεγάλη έκπληξη όλων μας, η τακτική αυτή απέδωσε! Μέσα σε λίγους μήνες, η Βιβή προσαρμοζόταν στις απαιτήσεις μας, χωρίς συγχρόνως να γίνεται περισσότερο ψυχωσική. Με άλλα λόγια, διαπιστώσαμε ότι τα αυτιστικά παιδιά μας κρατούν μακριά τους εκδηλώνοντας ψυχωσική συμπεριφορά, και όσο εμείς δίνουμε προσοχή στη συμπεριφορά τους αυτή, τόσο περισσότερο την χρησιμοποιούν για να επιτύχουν το σκοπό τους. Όσο όμως εμείς δεν της δίνουμε καμιά σημασία, τόσο περισσότερο χάνει τη συντελεστική της αξία».

(Παρασκευόπουλος, 1992, σελ. 223-224).

Σύμφωνα με τους Καλαντζή-Αζίζι και Δεγλέρη (1992), ο Μπουλουγούρης υποστηρίζει ότι μερικές συμπεριφορές μαθαίνονται από το άτομο μετά από κάποια άμεση εμπειρία και άλλες συμπεριφορές εγκαθίστανται με την

παρατήρηση των πράξεων των άλλων και με την αξιολόγηση των συνεπειών τους.

Ο ίδιος συνεχίζει αναφέροντας ότι η ενίσχυση δεν είναι πάντοτε αναγκαία για να εγκατασταθεί μια συμπεριφορά, είναι όμως απαραίτητη για να εκτελεστεί η μαθημένη συμπεριφορά. Αναφέρει ότι οι άνθρωποι για να δράσουν αποτελεσματικά, πρέπει να ξέρουν τι περίπου να αναμένουν από τις πιθανές επιπτώσεις των πράξεών τους, έτσι ώστε να μπορούν με αυτό τον τρόπο να ρυθμίζουν τη συμπεριφορά τους. Η μη ύπαρξη προσδοκιών για το τι πρόκειται να συμβεί μοιάζει με το άτομο που βαδίζει στα «τυφλά». Τις πληροφορίες για τις προσδοκίες, τα άτομα αυτά τις παίρνουν από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Γιατί, ένας μεγάλος αριθμός ερεθισμάτων μας ενεργοποιεί και οδηγεί τη συμπεριφορά μας. Οι άνθρωποι δεν αντιδρούν απλά στα ερεθίσματα, αλλά τα ερμηνεύουν πρώτα, και κατόπιν ανάλογα με την ερμηνεία που τους δίνουν, αντιδρούν.

Ο Μπουλουγούρης, σύμφωνα με τους Καλαντζή-Αζίζι και Δεγλήρη (1992), συνεχίζει, υποστηρίζοντας ότι μια συγκεκριμένη πράξη γίνεται και επαυξάνεται όταν αναμένεται αμοιβή και μειώνεται όταν αναμένεται τιμωρία. Η συμπεριφορά έχει σχέση με τα ενισχυτικά αποτελέσματα. Η αλληλουχία των γεγονότων για μεγάλη χρονική περίοδο καθορίζει τη συμπεριφορά, γι' αυτό όταν η ενίσχυση δεν είναι συχνή η συμπεριφορά διατηρείται. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η κατανομή της ενίσχυσης παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, και αυτό γιατί κάνει το άτομο να κατανοήσει τις συνέπειες της συμπεριφοράς του και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η διατήρηση της συμπεριφοράς του να γίνεται σταθερή. Η ενίσχυση που μπορεί το άτομο να πάρει είναι:

- § άμεση (αμοιβή, απόρριψη, κοινωνική αποδοχή, μετριασμός αποστροφικών καταστάσεων)
- § αντιπροσωπευτική (vicarious reinforcement), δηλαδή παρατηρώντας κάποιον που παίρνει αμοιβή ή τιμωρία για παρόμοια συμπεριφορά.

§ αυτοχορηγούμενη, δηλαδή όταν κάποιος εκτιμά τη δική του απόδοση με αυτοεκτίμηση ή τιμωρία. Αυτού του είδους η ενίσχυση παίζει σπουδαίο ρόλο στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης και όλες οι προσπάθειες ώρα εστιάζονται στην εύρεση των καταστάσεων εκείνων που διευκολύνουν τη ρύθμιση της συμπεριφοράς διαμέσου της αυτοαμοιβής και της αυτοτιμωρίας.

Σύμφωνα με τον Πρασκευόπουλο (1992), ο Lovaas υποστηρίζει ότι ένας από τους τρόπους με τον οποίο μπορούμε να κατανοήσουμε και να ερμηνεύσουμε τις αυτιστικές αποκλίσεις, είναι να τις θεωρήσουμε ότι αποτελούν αλλοιώσεις στον έλεγχο της συμπεριφοράς από τα ερεθίσματα, και ιδιαίτερα διαταραχές στην απόκτηση συμβολικών αμοιβών. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να μεγαλώνει με τρόπο που το επιδοκιμαστικό χαμόγελο του γονέα του να μην αντιπροσωπεύει γι' αυτό κάποια συμβολική-εσωτερική αμοιβή. Δεδομένου ότι οι συμβολικές αμοιβές καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό την ανθρώπινη συμπεριφορά, κάθε απόκλιση στην απόκτηση τέτοιων αμοιβών, είναι φυσικό να συνοδεύεται παράλληλα από κάποια απόκλιση και στη συμπεριφορά του.

Επίσης, ο Παρασκευόπουλος (1992), υποστηρίζει ότι η ανάπτυξη της ομαλής συμπεριφοράς βασίζεται στην απόκτηση πληθώρας συμβολικών αμοιβών. Αυτό σημαίνει ότι το αυτιστικό παιδί, που για οποιοδήποτε λόγο δεν μπόρεσε να μάθει να ανταποκρίνεται σε τέτοιου είδους αμοιβές, θα παρουσιάσει ανεπάρκεια στις μορφές συμπεριφοράς που ελέγχονται από τέτοιες αμοιβές. Στην ακραία περίπτωση της πλήρους αποτυχίας στην απόκτηση συμβολικών αμοιβών, το παιδί θα επιδεικνύει ελάχιστη ή και καθόλου κοινωνική συμπεριφορά. Ένα τέτοιο παιδί δεν αντιδρά καθόλου στους άλλους, δεν χαμογελάει, δεν επιζητά την ανθρώπινη συντροφιά, κ.λ.π., αφού το περιβάλλον του δεν του παρείχε τις ανάλογες αμοιβές, όταν παρουσίαζε τέτοιου είδους συμπεριφορά.

3.3. ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΜΟΥ

Ο συμπεριφορισμός σύμφωνα με τη Γενά (2002), θεωρεί πολύ σημαντική τη χρήση πειραματικών και επιστημονικών μεθόδων για τη μελέτη και την ανάλυση της συμπεριφοράς του ανθρώπου. Επομένως κρίνεται απαραίτητο να περιγράψουμε τα χαρακτηριστικά εκείνα που αναδεικνύουν μια ψυχολογική προσέγγιση σε θετική επιστήμη, όπως ισχυρίζονται οι συμπεριφοριστές. Εκτός από τρόπους που εξασφαλίζουν μεθοδολογική εγκυρότητα στην επιστημονική έρευνα, υπάρχουν και στοιχειώδεις αρχές που κατευθύνουν την επιστημονική πράξη γενικότερα.

Αυτές οι αρχές, όπως αναφέρει η Γενά (2002), σύμφωνα με τους Cooper, Heron και Heward (1987), είναι οι εξής:

Αρχή της νομοτέλειας

Η Γενά (2002), αναφέρει ότι, σύμφωνα με την αρχή της νομοτέλειας το σύμπαν διέπεται από νόμους, χάρη στους οποίους εξασφαλίζεται η φυσική τάξη και η ισορροπία. Με τους νόμους αυτούς μπορούμε να ερμηνεύσουμε τα φυσικά φαινόμενα. Επομένως, και η ανθρώπινη συμπεριφορά, όπως υποστηρίζουν οι συμπεριφοριστές, διέπεται από τους ίδιους φυσικούς νόμους. Επίκεντρο της ψυχολογίας και απώτερος στόχος της πρέπει να αποτελεί η ανάλυση των λειτουργικών σχέσεων, όπως αυτές ορίζονται από την επίδραση που έχουν στα φυσικά φαινόμενα οι συνδυασμοί διαφόρων μεταβλητών-παραμέτρων. Ο ερευνητής/επιστήμονας που δεν ασπάζεται τη νομοτέλεια στην επιστημονική πράξη, θεωρεί τυχαίες τις σχέσεις των μεταβλητών μεταξύ τους, καθώς και τις επιδράσεις αλληλοεμπλεκόμενων μεταβλητών στο περιβάλλον. Γι' αυτό και δεν μπορεί να τους αποδώσει αιτιότητα ή συστηματική εμπλοκή και επίδραση στα φυσικά φαινόμενα.

Αρχή της εμπειριοκρατίας

Η Γενά (2002), συνεχίζει λέγοντας, ότι σύμφωνα με την αρχή της εμπειριοκρατίας, η γνώση πρέπει να βασίζεται στην παρατήρηση και την ανάλυση μετρήσιμων φαινομένων και στην αποδοχή θέσεων που αποδεικνύονται πειραματικά. Η αντικειμενική παρατήρηση αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη διεξαγωγή έγκυρων και αξιόπιστων ερευνών.

Οι συμπεριφοριστές, σύμφωνα με τη Γενά (2002), ως κατεξοχήν εμπειριστές, θεωρούν ότι η διεξαγωγή επιστημονικής έρευνας προϋποθέτει πλήρεις και αντικειμενικούς ορισμούς (ανεξάρτητων και εξαρτημένων μεταβλητών και πειραματικών μεθόδων), συστηματική παρατήρηση και αξιόπιστη καταγραφή δεδομένων. Αυτές οι τρεις προϋποθέσεις εξασφαλίζουν τη δυνατότητα επανάληψης της πειραματικής διαδικασίας και την αξιοπιστία των ερευνητικών αποτελεσμάτων.

Ο Corey (1999), αναφέρει ότι οι αρχές της μάθησης, που έχουν διαπιστωθεί με πειραματικούς τρόπους, εφαρμόζονται συστηματικά ώστε να βοηθηθούν τα άτομα προκειμένου να αλλάξουν τις δυσπροσαρμοστικές τους συμπεριφορές. Η εμμονή των συμπεριφοριστών έγκειται στη μέτρηση και την ειδίκευση. Θέτουν θεραπευτικούς στόχους με συγκεκριμένους και αντικειμενικούς στόχους προκειμένου να κάνουν δυνατή την επαλήθευση των παρεμβάσεών τους.

Καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, όπως αναφέρει ο Gerald Corey (1999), αξιολογούνται τα προβλήματα της συμπεριφοράς και οι καταστάσεις εκείνες που τα διατηρούν. Χρησιμοποιούνται ερευνητικές μέθοδοι για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, τόσο της κλινικής εκτίμησης, όσο και των διαδικασιών που χρησιμοποιούνται στα πλαίσια της θεραπείας. Συνεπώς, οι ιδέες και οι διαδικασίες της θεραπείας της συμπεριφοράς είναι κατηγορηματικές, ελεγμένες εμπειρικά, και αναθεωρούνται συνεχώς.

Επιστημονική λιτότητα στην απόδοση αιτιότητας

Βάσει της αρχής αυτής, όπως αναφέρει η Γενά (2002), η επιστήμη δεν επικαλείται σύνθετες και περίπλοκες σχέσεις μεταβλητών για την ερμηνεία ή την απόδοση αιτιότητας στα φυσικά φαινόμενα. Καταφεύγει δε σε αυτές μόνο εφόσον αποκλειστούν απλούστερες, αλλά βέβαια λογικές ερμηνείες.

Επιστημονικοί χειρισμοί

Οι επιστημονικοί χειρισμοί, κατά τη Γενά (2002), είναι οι διαδικασίες που μας επιτρέπουν να συμπεράνουμε αν υπάρχει αιτιότητα στις σχέσεις μεταβλητών και φαινομένων και όχι απλώς χρονική συνάφεια μεταξύ τους.

Σύμφωνα με τη Γενά (2002), συχνά αποδίδουμε αιτιότητα σε φαινόμενα, οι συνέπειες των οποίων δεν έχουν διαπιστωθεί βάσει πειραματικών διεργασιών. Η επιστημονική διεργασία, αντίθετα από την εικασία, αξιώνει τη συστηματική και ελεγχόμενη μελέτη της δράσης των σχετικών μεταβλητών/παραμέτρων στα φυσικά φαινόμενα.

Η Γενά (2002), συνεχίζει λέγοντας ότι, δεν υπάρχει ένας, αλλά πολλοί διαφορετικοί τρόποι επιστημονικών χειρισμών, οι οποίοι χρησιμοποιούνται ανάλογα με τα φαινόμενα και τις περιστάσεις που ερευνούμε.

Η αρχή της φιλοσοφικής αμφισβήτησης

Η φιλοσοφική αμφισβήτηση, όπως αναφέρει η Γενά (2002), ορίζεται ως η a priori θέση του επιστήμονα να αποκλείει τη δογματική αποδοχή οποιασδήποτε αρχής ως αδιαφιλονίκητης και αληθούς και να δέχεται την αντικατάσταση στοιχείων μιας θεωρίας με νέα και εγκυρότερα ευρήματα. Όσο προχωρεί η γνώση και η επιστήμη τόσο σχετικότερα θεωρούνται τα επιστημονικά ευρήματα, ακόμα και αυτά που είναι αποτέλεσμα των πλέον έγκυρων και αξιόπιστων μεθοδολογικών χειρισμών.

Επιπλέον, ο Corey (1999), αναφέρει ότι οι συμπεριφορικές διαδικασίες είναι έτσι σχεδιασμένες ώστε να ταιριάζουν στις μοναδικές ανάγκες του κάθε ατόμου. Ένα σημαντικό ερώτημα, που λειτουργεί ως οδηγία γι' αυτή την επιλογή, είναι

«ποια θεραπεία, και από ποιον, είναι η πιο αποτελεσματική γι' αυτό το άτομο με αυτό το συγκεκριμένο πρόβλημα και κάτω από ποιες συνθήκες;»

Εκτός από τα παραπάνω χαρακτηριστικά, η Γενά (2002), αναφέρει ότι, οι Cooper, Heron και Heward, επισημαίνουν ότι υπάρχουν και άλλες σημαντικές αρχές, όπως η ειλικρίνεια του επιστήμονα, η διεξοδικότητα των επιστημονικών μεθόδων και η επαλήθευση της ορθότητας των θεωριών που επιτυγχάνεται με την κατ' επανάληψη διεξαγωγή πειραμάτων. Οι αρχές αυτές είναι σημαντικές για κάθε επιστήμονα και ιδιαίτερα για το συμπεριφοριστή ψυχολόγο, θεραπευτή και εκπαιδευτικό.

3.4. ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ / ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1989), **μία από τις καθοριστικές θέσεις** των θεραπειών της συμπεριφοράς είναι ότι πρέπει να δίνεται έμφαση στην εμφανή συμπεριφορά και στις περιβαλλοντικές συνέπειες. **Μια άλλη θέση** είναι ότι, εφόσον η συμπεριφορά διαμορφώνεται μέσω της μάθησης, μπορεί και να «ξεμαθευτεί». **Μια τρίτη θέση** είναι ότι θα πρέπει να μελετάται συστηματικά η εν λόγω συμπεριφορά με τη συλλογή δεδομένων πριν από, κατά τη διάρκεια και μετά την τροποποίηση της. Έτσι συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με το πότε οι συγκεκριμένες τεχνικές είναι αποτελεσματικές, για ποιόν και κάτω από ποιες συνθήκες. **Μια τέταρτη θέση** πηγάζει από την πεποίθηση των θεωρητικών της συμπεριφοράς ότι οι τεχνικές τους προέρχονται από ένα κοινωνικοφυσιολογικό μοντέλο βασιζόμενο πάνω σε αρχές που έχουν επαρκώς ερευνηθεί. Έτσι, υποστηρίζουν οι θεωρητικοί της

συμπεριφοράς, οι ψυχοθεραπευτές, αν και έχουν μπροστά τους μόνο ακατάλληλες συμπεριφορές, επιχειρούν να τις αντιμετωπίσουν έμμεσα, προσπαθώντας να καταλάβουν τα κίνητρα τους.

Σύμφωνα με τον Μπεζεβέγκη (1987), οι ψυχοδυναμικές θεωρίες και οι συμπεριφοριστικές, θεωρούν ως γενεσιουργό αίτιο του αυτισμού το είδος των σχέσεων του παιδιού με τους γονείς και την επίδραση που ασκούν αυτοί πάνω στο παιδί. Παρ' όλα αυτά, ο συμπεριφορισμός δεν ενδιαφέρεται τόσο για τα κίνητρα και τη συναισθηματική χροιά των πράξεων των γονέων, για την εσωτερική δηλαδή ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων στην οικογένεια. Ενδιαφέρεται περισσότερο για το συγκεκριμένο μηχανισμό με τον οποίο οι γονείς θεωρούνται ότι είναι άμεσα υπεύθυνοι για το πρόβλημα του παιδιού. Ο μηχανισμός αυτός κατά τους συμπεριφοριστές, όπως αναφέρει ο Μπεζεβέγκης (1987), βασίζεται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης.

Μια **πέμπτη θέση**, σύμφωνα πάλι με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1989), είναι ότι η προσαρμοστική και η δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά διαμορφώνονται με τον ίδιο τρόπο. Στην ουσία αυτή η ευρύτερη άποψη ότι κάθε ανθρώπινη συμπεριφορά διέπεται από τις ίδιες αρχές της μάθησης είναι υπεύθυνη για πιο πρόσφατη καθιέρωση του όρου *θεωρία της κοινωνικής μάθησης* για να περιγράψει όχι μόνο τα διάφορα μοντέλα μάθησης αλλά και τις αρχές που διαμόρφωσε πειραματικά η Κοινωνική και η Εξελικτική Ψυχολογία.

Η προσέγγιση της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης, όπως αναφέρουν οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1989), τονίζει ότι η αίσθηση αποτελεσματικότητας που έχει το άτομο για τον εαυτό του παίζει καθοριστικό ρόλο στη θετική αλλαγή του.

3.5. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΑΣ

Σύμφωνα με τους Καλαντζή-Αζίζι και Αναγνωστόπουλο (1998), βασική υπόθεση της εφαρμοσμένης ανάλυσης είναι ότι οι περισσότερες συμπεριφορές των ατόμων μαθαίνονται μέσω της αλληλεπίδρασης τους με το περιβάλλον (π.χ. η συμπεριφορά επιλέγεται ανάλογα με τις συνέπειές της). Τα αίτια της συμπεριφοράς αναζητούνται στις σχέσεις μεταξύ της συμπεριφοράς και των περιβαλλοντικών αλλαγών, και όχι στα συναισθήματα ή στις σκέψεις που θεωρούνται δευτερεύοντα, έμμεσα αποτελέσματα ή υποπροϊόντα αυτών των εξαρτημένων μορφών συμπεριφοράς.

Ο ορισμός της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς σε ελεύθερη μετάφραση είναι ο ακόλουθος:

«Η Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς είναι η επιστήμη που εφαρμόζει μεθόδους προκύπτουσες από τις αρχές του Συμπεριφορισμού. Σκοπός της ΕΑΣ είναι να βελτιώσει τη συμπεριφορά του ανθρώπου σε ικανοποιητικό βαθμό και σε τομείς που θεωρούνται κοινωνικά σημαντικοί. Επίσης στοχεύει να αποδείξει με πειραματική θεμελίωση ότι οι μέθοδοι παρέμβασης που χρησιμοποιούνται είναι αυτές που πραγματικά συμβάλλουν στη βελτίωση της συμπεριφοράς του ανθρώπου» (Γενά, 2002, σελ.84 & Καλαντζή-Αζίζι και Αναγνωστόπουλος, 1998, σελ. 282).

Σύμφωνα με τη Γενά (2002), ο ορισμός της ΕΑΣ, λοιπόν, υπογραμμίζει δύο στοιχεία που την εντάσσουν στις επιστήμες του ανθρώπου: αφενός τη στόχευση στη βελτίωση της ζωής του ανθρώπου, και αφετέρου την πειραματικά θεμελιωμένη αποτελεσματικότητα των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για να επιτευχθεί αυτή η βελτίωση.

Οι Καλαντζή-Αζίζι και Αναγνωστόπουλος (1998), αναφέρουν ότι στην ΕΑΣ τονίζεται η σημασία της *λειτουργικής ανάλυσης* της συμπεριφοράς, στην οποία οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τις υπό εξέταση μορφές συμπεριφοράς εντοπίζονται μέσω της αναδιευθέτησης των εξαρτημένων

συμπεριφορών (τροποποιώντας αυτά που συμβαίνουν πριν και μετά την εμφάνιση της συμπεριφοράς). Παρά το γεγονός ότι οι αρχές του συμπεριφορισμού διατυπώνονται με σαφήνεια, η εφαρμογή τους σε προβλήματα της πραγματικής ζωής είναι αρκετά περίπλοκη και απαιτεί τόσο την κατανόηση των θεωρητικών εννοιών, όσο και τεχνικές γνώσεις. Η ανάλυση των εξαρτημένων συμπεριφορών απαιτεί κατανόηση των αρχών του συμπεριφορισμού, καθώς επίσης και ποικιλία δεξιοτήτων αξιολόγησης, όπως η παρατήρηση προτύπων αλληλεπίδρασης.

Ο όρος *εφαρμοσμένη*, όπως αναφέρουν οι Καλαντζή-Αζίζι και Αναγνωστόπουλος (1998), αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο η συμπεριφορά είναι σημαντική σε κοινωνικό πλαίσιο, ο δε όρος *συμπεριφορά* αναφέρεται σε αυτό που κάνουν οι άνθρωποι. Έτσι, οι σημαντικοί άλλοι, όπως οι δάσκαλοι, οι γονείς ή το προσωπικό του εκάστοτε πλαισίου, συμπεριλαμβάνονται στη διαδικασία αξιολόγησης των αλλαγών που προκύπτουν. Επιπλέον, ενδιαφέρει περισσότερο η πραγματική παρά η θεωρητική επίδραση. Η θεωρητική επίδραση αναφέρεται στην παρουσίαση θεωρητικών περιγραφών. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι τέτοιες περιγραφές έχουν αξία μόνο όταν η συμπεριφορά δεν μπορεί να τροποποιηθεί. Τα αποτελέσματα της τροποποίησης μια δεδομένης μεταβλητής καταγράφονται σε τακτική βάση.

Σύμφωνα με τη Γενά (2002), οι αναλυτικές ενέργειες που απαιτούνται από ένα «ειδικό της εφαρμοσμένης ανάλυσης της συμπεριφοράς» είναι: 1) να αναδιατυπώνει το εκάστοτε πρόβλημα με όρους συμπεριφοράς, 2) να αλλάζει τις μορφές συμπεριφοράς που του υποδεικνύει αυτή η αναδιατύπωση, και στη συνέχεια 3) να εξετάζει αν η αλλαγή τους μείωσε την ενόχληση.

Επομένως, όπως αναφέρουν οι Καλαντζή-Αζίζι και Αναγνωστόπουλος (1998), η ανάλυση της συμπεριφοράς έχει επιτευχθεί όταν μπορεί κανείς να ασκήσει επιρροή πάνω στην έκδηλη συμπεριφορά. Απαιτείται πανομοιότυπη επανάληψη για να προσδιοριστεί εάν οι σχέσεις που βρέθηκαν θα εξακολουθούν να υπάρχουν και σε περαιτέρω δοκιμασίες. Αυτό έχει να κάνει με το ερώτημα:

Είναι δυνατόν να εμφανίζονται κατά επανάληψη τα ίδια αποτελέσματα; Ένα άλλο χαρακτηριστικό αυτού του πλαισίου είναι η προσπάθεια για τη γενίκευση και τη διατήρηση της επιθυμητής συμπεριφοράς. Διατηρείται η αλλαγή στη συμπεριφορά μέσα στο χρόνο; Εμφανίζεται και σε άλλα πλαίσια ή συμπεριλαμβάνει και άλλες συμπεριφορές που δεν ήταν στο επίκεντρο κατά την τροποποίηση;

Τα σπερματικά χαρακτηριστικά της ΕΑΣ, όπως αναφέρουν η Γενά (2002), και οι Καλαντζή-Αζίζι και Αναγνωστόπουλος (1998), είναι τα παρακάτω:

- Ø Εφαρμοσμένη: εξετάζονται προβλήματα που απασχολούν τα άτομα στην καθημερινή ζωή
- Ø Συμπεριφορική: οι μορφές συμπεριφοράς των ατόμων και οι μεταβλητές που επιδρούν διερευνώνται, ενώ στη μελέτη συμπεριλαμβάνονται τόσο οι έκδηλες μορφές συμπεριφοράς, όσο και οι ενδοατομικές συμπεριφορές (σκέψη και συναισθήματα). Η συμπεριφορά εξετάζεται μέσα στο πλαίσιο στο οποίο εμφανίζεται.
- Ø Αναλυτική: Η σχέση ανάμεσα σε διάφορες περιβαλλοντικές αλλαγές και στις επιδράσεις τους στη συμπεριφορά πρέπει να γίνουν σαφείς. Πανομοιότυπη επανάληψη απαιτείται για να διερευνηθεί η μονιμότητα των επιδράσεων.
- Ø Τεχνολογική: Οι ερευνητικές μέθοδοι και οι διαδικασίες που χρησιμοποιούνται περιγράφονται με σαφή τρόπο.
- Ø Εννοιολογική συστηματική (εναρμονισμένη με θεωρητικό πλαίσιο): Οι περιγραφές των μεθόδων που χρησιμοποιούνται και τα αποτελέσματα που προκύπτουν σχετίζονται με τις βασικές αρχές της συμπεριφοράς.
- Ø Αποτελεσματική: Οι μορφές συμπεριφοράς στις οποίες γίνεται η εστίαση είναι απαραίτητο να βελτιώνονται σε αξιοσημείωτο βαθμό. Λαμβάνεται υπόψη η κλινική και κοινωνική σημαντικότητα και όχι η στατιστική σημαντικότητα. Αξιολογείται η ικανοποίηση του πελάτη για τις

διαδικασίες και τα αποτελέσματα που προκύπτουν. Επίσης, αξιολογείται ο βαθμός των παρατηρήσιμων αλλαγών.

- Ø Γενικευμένη: Η διάρκεια της αλλαγής προς την επιθυμητή κατεύθυνση, καθώς και τυχόν αλλαγές στη συμπεριφορά σε άλλες περιστάσεις λαμβάνονται υπόψη.

3.6 ΟΙ ΔΥΟ ΜΟΡΦΕΣ ΜΑΘΗΣΗΣ ΟΠΩΣ ΟΡΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΑΣ

3.6.1. Η ΚΛΑΣΙΚΗ Η' ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ

Σύμφωνα με τη Γενά (2002), υπάρχουν κάποιες αντιδράσεις που έχουν επικρατήσει μέσω της φυσικής επιλογής και λόγω της σημασίας τους για τη διαίωνηση του ανθρώπινου είδους. π.χ. η αυτόματη έκκριση σιέλου, ο βήχας, το φτέρνισμα, η εφίδρωση κ.λ.π. Οι αντανακλαστικές αντιδράσεις δεν είναι αποτέλεσμα μάθησης, δεν εξαρτώνται από περιβαλλοντικές συνθήκες. Είναι συνυφασμένες με τη φύση του ανθρώπου και η εμφάνισή τους προϋποθέτει τη

Η Γενά (2002), συνεχίζει λέγοντας ότι, οι «εξαρτημένες αντανακλαστικές αντιδράσεις» αποτελούν διαφορετική κατηγορία αντιδράσεων. Έχουν διαφορετική προέλευση από τις «ανεξάρτητες αντανακλαστικές αντιδράσεις» και η εμφάνισή τους εξαρτάται από περιβαλλοντικές-εξωτερικές και όχι από έμφυτες-εσωτερικές συνθήκες. Ως «ανεξάρτητες αντανακλαστικές αντιδράσεις» ορίζονται οι φυσικές και αυτόματες αντιδράσεις του ανθρώπου που είναι έμφυτες και ανεξάρτητες από τη μάθηση. Ως «εξαρτημένες αντανακλαστικές αντιδράσεις» ορίζονται οι αντανακλαστικές αντιδράσεις που προκύπτουν λόγω της χωροχρονικής σύζευξης ανεξαρτήτων και εξαρτημένων ερεθισμάτων και είναι αποτέλεσμα διεργασιών μάθησης. Ως «ανεξάρτητο ερέθισμα» ορίζεται το

εσωτερικό ή περιβαλλοντικό ερέθισμα που προκαλεί φυσικές και αυτόματες ή ανεξάρτητες αντανακλαστικές αντιδράσεις. Ως «εξαρτημένο ερέθισμα» ορίζεται το εσωτερικό ή περιβαλλοντικό ερέθισμα που προκαλεί εξαρτημένες αντανακλαστικές αντιδράσεις λόγω της χωροχρονικής τους σύζευξης με το ανεξάρτητο ερέθισμα.

Η κλασική ή εξαρτημένη αντανακλαστική μάθηση, όπως αναφέρει η Γενά (2002), περιλαμβάνει τη συνάφεια εξαρτημένων και ανεξάρτητων ερεθισμάτων, με αποτέλεσμα την πρόκληση νέων επίκτητων αντανακλαστικών αντιδράσεων.

Η κλασική ή εξαρτημένη αντανακλαστική μάθηση ορίζεται ως η πρόκληση ή τροποποίηση εξαρτημένων αντανακλαστικών αντιδράσεων που οφείλεται στη χωροχρονική σύζευξη μεταξύ ανεξάρτητων και εξαρτημένων ερεθισμάτων. Στην κλασική ή εξαρτημένη αντανακλαστική μάθηση η «απόσβεση» ορίζεται ως η διακοπή πρόκλησης της εξαρτημένης αντίδρασης από το εξαρτημένο ερέθισμα, ως αποτέλεσμα της διακοπής της χωροχρονικής σύζευξης μεταξύ εξαρτημένου και ανεξάρτητου ερεθίσματος.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη μάθηση και την ανθεκτικότητα των εξαρτημένων αντανακλαστικών αντιδράσεων, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), είναι οι παρακάτω:

α) Για να επιτευχθεί εξαρτημένη αντανακλαστική μάθηση, το εξαρτημένο ερέθισμα πρέπει οπωσδήποτε να προηγείται χρονικά του ανεξάρτητου ερεθίσματος. Αν το εξαρτημένο ερέθισμα εμφανίζεται ταυτόχρονα ή ακολουθεί το ανεξάρτητο ερέθισμα, δεν επιτυγχάνεται η συσχέτιση μεταξύ των δύο ερεθισμάτων

β) Όσο μικρότερο είναι το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ εξαρτημένου και ανεξάρτητου ερεθίσματος, τόσο γρηγορότερα επιτυγχάνεται η συσχέτιση μεταξύ των δύο ερεθισμάτων. Συνήθως, τα διαστήματα που μεσολαβούν πρέπει να μην ξεπερνούν τα 20''- 30''. Εξαιρέση σε αυτό τον κανόνα αποτελεί η συσχέτιση κάποιων ερεθισμάτων

και αντιδράσεων που αναφέρονται σε βιολογικές ανάγκες, π.χ. ακόμα και αν έχει μεσολαβήσει χρονικό διάστημα ωρών μεταξύ της λήψης κάποιας τροφής και της πρόκλησης τροφικής δηλητηρίασης, η συσχέτιση φαγητού και δηλητηρίασης μπορεί να γίνει και να έχει ως αποτέλεσμα τη μελλοντική αποφυγή του είδους της τροφής που προκάλεσε τη δηλητηρίαση.

γ) Όσο μεγαλύτερη είναι η ένταση της ανεξάρτητης αντανακλαστικής αντίδρασης, τόσο συντομότερα επιτυγχάνεται η εξαρτημένη αντανακλαστική μάθηση και τόσο πιο «ανθεκτική» είναι η εξαρτημένη αντανακλαστική αντίδραση. Η «ανθεκτικότητα» της εξαρτημένης αντανακλαστικής αντίδρασης ορίζεται ως η δυνατότητα διατήρησης αυτής της αντίδρασης κατά τη διαδικασία της απόσβεσης. Σε περιπτώσεις που η ανεξάρτητη αντανακλαστική αντίδραση είναι ιδιαίτερα ισχυρή με μία και μόνο σύζευξη εξαρτημένου και ανεξάρτητου ερεθίσματος μπορεί να επιτευχθεί η μάθηση κάποιας εξαρτημένης αντανακλαστικής αντίδρασης. π.χ. ένα και μόνο δάγκωμα από σκύλο που προκάλεσε οξύ πόνο και τραύμα, μπορεί να προκαλέσει φοβία για τα σκυλιά στο παιδί που υπέστη το τραύμα. Στο παράδειγμα αυτό, η εξαρτημένη αντανακλαστική αντίδραση είναι η φοβική αντίδραση στη θέα σκύλων, η οποία θεωρείται «ανθεκτική», εφόσον εξακολουθεί να υφίσταται, παρότι συσχετίστηκε χωροχρονικά με το ανεξάρτητο ερέθισμα (το δάγκωμα από σκύλο) μία μόνο φορά.

3.6.2 Η ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ

Η δυναμική σχέση ανθρώπινης αυτενέργειας και περιβαλλοντικών συνεπειών, σύμφωνα με τη Γενά (2002), έχει ως αποτέλεσμα τον τρόπο μάθησης που οι συμπεριφοριστές ονόμασαν «συντελεστική μάθηση». Η «συντελεστική μάθηση» ορίζεται ως η απόκτηση ή τροποποίηση συντελεστικών αντιδράσεων που οφείλεται στη συνάφεια συμπεριφοράς με τα επακόλουθα ή τις συνέπειές της. Συγκεκριμένα, οι συνέπειες της συμπεριφοράς επηρεάζουν τη μελλοντική συχνότητα των συντελεστικών αντιδράσεων. Ενώ τα προγενόμενα ή διακριτικά ερεθίσματα (ερεθίσματα που προηγούνται των συντελεστικών αντιδράσεων) δεν επηρεάζουν τη μελλοντική συχνότητα των συντελεστικών αντιδράσεων, απλώς τις σηματοδοτούν.

Η Γενά (2002), και οι Αγγελή & Βλάχου σύμφωνα με το Μπουλουγούρη (1996), αναφέρουν ότι η συντελεστική μάθηση εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τη συνάφεια τριών όρων- των προγενόμενων ή διακριτικών ερεθισμάτων, της συμπεριφοράς ή συντελεστικής συμπεριφοράς και των επακόλουθων ή συνεπειών.

Τα **Προγενόμενα** της συμπεριφοράς αποτελούν τις συνθήκες στις οποίες εκδηλώνεται η συμπεριφορά. Είναι οι καταστάσεις και τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος που προηγούνται μίας αντίδρασης. Τα ερεθίσματα βρίσκονται στο περιβάλλον κατά τη διαδικασία της συντελεστικής μάθησης. Στις συνθήκες, τις οποίες εκδηλώνεται η συμπεριφορά, περιλαμβάνονται τα άτομα τα οποία είναι παρόντα την ώρα που το παιδί εκδηλώνει τη συμπεριφορά, η ώρα της ημέρας, η δραστηριότητα που είναι μπλεγμένο το παιδί, ο χώρος στον οποίο βρίσκεται, κ.λ.π. Κατά την καταγραφή των προγενόμενων μιας συγκεκριμένης δυσλειτουργικής συμπεριφοράς συνήθως παρατηρείται ότι οι συνθήκες στις οποίες εκδηλώνεται η συμπεριφορά παρουσιάζουν κοινά στοιχεία.

Τα **Διακριτικά Ερεθίσματα** είναι προγενόμενα ερεθίσματα που σηματοδοτούν ενδεδειγμένες αντιδράσεις. Οι διακριτικές ιδιότητες των ερεθισμάτων

προκύπτουν από τη σύζευξή τους με τα αποτελέσματα των συντελεστικών αντιδράσεων. Παρουσία του διακριτικού ερεθίσματος, η συντελεστική αντίδραση είτε ενισχύεται είτε τιμωρείται, ενώ απουσία του διακριτικού ερεθίσματος, η ίδια αντίδραση έχει ίδια επακόλουθα.

Στον όρο *Συμπεριφορά* περιλαμβάνονται όλες οι επίκτητες αντιδράσεις των έμβιων όντων.

Ως *Συντελεστική Συμπεριφορά* ορίζεται η συμπεριφορά που μπορεί να μετατραπεί, λόγω της μετατροπής των επακόλουθών της. Συνήθως, η τάση των γονέων και των εκπαιδευτικών απέναντι στα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς είναι να εστιάζουν στις συμπεριφορές που δημιουργούν προβλήματα. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι η παρέμβαση που στοχεύει στην αύξηση και στην ενίσχυση των επιθυμητών ελλειμματικών αντιδράσεων μπορεί να επιφέρει από μόνη της μείωση των ανεπιθύμητων και ακατάλληλων αντιδράσεων. Η δυσλειτουργική συμπεριφορά είναι σημαντικό να συγκεκριμενοποιηθεί (είδος, συχνότητα, ένταση) προκειμένου να αποτελέσει τη συμπεριφορά-στόχο. Η συμπεριφορά-στόχος πρέπει να είναι συγκεκριμένη, παρατηρήσιμη και μετρήσιμη. Επιπλέον, οι στόχοι που θέτουμε σχετικά με τη συμπεριφορά πρέπει να είναι πολύ συγκεκριμένοι, πραγματοποιήσιμη και ρεαλιστική.

Ως *Επακόλουθα ή Συνέπειες* ορίζονται τα αποτελέσματα που έχουν οι συντελεστικές αντιδράσεις στο περιβάλλον. Είναι δηλαδή οι περιβαλλοντικές αλλαγές που ακολουθούν άμεσα τη δεδομένη συμπεριφορά και που επηρεάζουν τη πιθανότητα εμφάνισης αυτής της συμπεριφοράς στο μέλλον.

3.6.2.1. Η «ΕΝΙΣΧΥΣΗ» ΣΤΗ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ

Σύμφωνα με τη Γενά (2002), η συντελεστική μάθηση ορίζεται από την τροποποιημένη συχνότητα εκδήλωσης συντελεστικών αντιδράσεων. Κατά τη συντελεστική μάθηση μπορεί να υπάρξει είτε αύξηση, είτε μείωση στη μελλοντική συχνότητα των αντιδράσεων. Συνολικά υπάρχουν τέσσερις μορφές συντελεστικής μάθησης, οι οποίες ορίζονται ανάλογα με την ποιότητα των επακόλουθων (τα επακόλουθα μπορεί να είναι θετικά ή αρνητικά). Οι όροι «ενίσχυση» και «τιμωρία», που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τις μορφές συντελεστικής μάθησης, δεν περιγράφουν ποιοτικές, αλλά ποσοτικές λειτουργίες. Ο όρος «ενίσχυση» περιγράφει αύξηση στη συχνότητα συντελεστικών αντιδράσεων, ενώ ο όρος «τιμωρία» περιγράφει ελάττωση. Η ενίσχυση και η τιμωρία στοχεύουν στην τροποποίηση αντιδράσεων και όχι ανθρώπων. Σύμφωνα με την Καλαντζή-Αζίζι (1998), με τη μέθοδο αυτή προσπαθούμε να δημιουργήσουμε καινούριες συντελεστικές εξαρτήσεις: νέες, θετικές συμπεριφορές μαθαίνονται ή σταθεροποιούνται, ενοχλητικές, αρνητικές πάλι μειώνονται ή εξαλείφονται.

Σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1989), Γενά (2002) και Καλαντζή-Αζίζι (1998), οι τέσσερις μορφές της συντελεστικής μάθησης είναι:

Θετική ενίσχυση: Ορίζεται ως η αύξηση στη μελλοντική συχνότητα της συμπεριφοράς που οφείλεται στην προσθήκη ενός θετικού (ευχάριστου) ερεθίσματος σε συνάφεια με αυτή τη συμπεριφορά.

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, η θετική ενίσχυση αυξάνει τις πιθανότητες των συμπεριφορών που ακολουθεί. Μπορεί να έχει τη μορφή απτής και συγκεκριμένης ανταμοιβής (*καταναλωτικοί ή υλικοί*), όπως στέγη, τροφή, ζεστασιά, κ.λ.π. Αυτοί οι ενισχυτές ικανοποιούν άμεσα μια βασική ανάγκη του οργανισμού. Μπορεί επίσης, να έχει τη μορφή *κοινωνικής ή δευτερεύουσας ενίσχυσης* που έχει αποκτήσει τη θετική της ιδιότητα, γιατί έχει επανηλειμμένα συνδεθεί με τη συγκεκριμένη ή απτή ενίσχυση. π.χ. έπαινος, αναγνώριση, ένα

χαμόγελο, ενδιαφέρον, δόσιμο μιας ιδιαίτερης προσοχής, προβολή ενός επιτεύγματος. Έτσι, αγκαλιάζοντας το παιδί, χαϊδεύοντάς του το κεφάλι ή λέγοντας «μπράβο» είναι πράξεις που αποτελούν κοινωνικούς ενισχυτές. Λιγότερο εμφανής μορφές ενίσχυσης (*έμμεσοι ενισχυτές*), όπως το επιδοκιμαστικό βλέμμα του γονιού, αποτελούν και αυτές κοινωνικούς ή δευτερεύοντες ενισχυτές. Επίσης, μάρκες, κουπόνια, βαθμολογίες, κ.λ.π. μπορούν να ανταλλαχθούν με κοινωνικούς ή υλικούς. Σε αυτή την περίπτωση η ενίσχυση δεν συντελεί η ίδια την άμεση ικανοποίηση μιας ανάγκης, αλλά είναι προϋπόθεση για την εξασφάλιση άμεσης ενίσχυσης. Πρέπει να τονιστεί ότι η καταναλωτικοί ή υλικοί ενισχυτές πρέπει να δίδονται πάντα μαζί με τους κοινωνικούς κι ότι κατά τη διάρκεια των προγραμμάτων που βασίζονται στη συντελεστική μάθηση αυτοί μειώνονται σιγά-σιγά, ώστε στο τέλος ενός προγράμματος να μένουν μόνο οι κοινωνικοί.

Το κάθε παιδί πάντως, έχει τις δικές του προτιμήσεις, με αποτέλεσμα να ελκύεται και να κινητοποιείται από διαφορετικά πράγματα. Ακόμα και το ίδιο το παιδί, σύμφωνα με τις Αγγελή και Βλάχου, όπως αναφέρει ο Μουλουγούρης (1996), σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και συνθήκες μπορεί να επιθυμεί και να κινητοποιείται από διαφορετικά πράγματα. Για το λόγο αυτό δεν είναι δυνατόν να ορίσουμε και να προβλέψουμε με απόλυτο και καθολικό τρόπο ποια πράγματα, ποιες συμπεριφορές, δραστηριότητες, κ.λ.π. αποτελούν ενισχυτές της συμπεριφοράς. Αν μία ανεπιθύμητη συμπεριφορά επαναλαμβάνεται και εξακολουθεί να υφίσταται, χωρίς να μειώνεται η συχνότητα και/ή η διάρκειά της, αυτό σημαίνει ότι τα επακόλουθά της λειτουργούν ως ενίσχυση για το άτομο.

Οι Αγγελή και Βλάχου, σύμφωνα με τον Μουλουγούρη (1996), θεωρούν ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της ενίσχυσης, όπως η συχνότητα με την οποία δίνεται, η αμεσότητα, το είδος του ενισχυτή που επιλέγεται, η συχνότητα χρήσης του κάθε ενισχυτή κ.λ.π.

Επίσης, οι Αγγελή και Βλάχου, σύμφωνα με το Μπουλουγούρη (1996), αναφέρουν ότι, και ο βαθμός της ισχύος των επακόλουθων ερεθισμάτων δεν παραμένει αμετάβλητος, αλλά επηρεάζεται από ποικίλες περιβαλλοντικές και ατομικές παραμέτρους. Οι παράμετροι αυτές είναι οι εξής:

α) Διατομικές διαφορές. Δηλαδή, ατομικές προτιμήσεις που συνήθως διαφέρουν από άτομο σε άτομο

β) Ενδοατομικές διαφορές. Δηλαδή, προτιμήσεις του ίδιου του ατόμου που αλλάζουν με το χρόνο ή με την αλλαγή των συνθηκών της ζωής.

γ) Περιβαλλοντικές συνθήκες και λειτουργίες. Δηλαδή εξωγενείς παράγοντες που τροποποιούν την ισχύ των επακόλουθων και κατά συνέπεια την πιθανότητα μελλοντικής επανάληψης της συμπεριφοράς που ενισχύεται.

Άμεση Τιμωρία: Ορίζεται ως η ελάττωση στη μελλοντική συχνότητα της συμπεριφοράς που οφείλεται στην *προσθήκη ενός αρνητικού* (δυσάρεστου) ερεθίσματος σε συνάφεια με αυτή τη συμπεριφορά. Η τιμωρία αφορά τη μείωση της ανάρμοστης συμπεριφοράς με την επιβολή αποστροφικών συνεπειών μόλις εμφανίζεται.

Έμμεση Τιμωρία: Ορίζεται ως η ελάττωση στη μελλοντική συχνότητα της συμπεριφοράς που οφείλεται στην *απόσυρση ενός θετικού* (ευχάριστου) ερεθίσματος σε συνάφεια με αυτή τη συμπεριφορά. Υπάρχουν δύο μορφές έμμεσης τιμωρίας και είναι οι ακόλουθες:

α) η *Διακοπή Ενίσχυσης* που ορίζεται ως η απομάκρυνση από περιβαλλοντικές συνθήκες που σχετίζονται με ενισχυτικά αποτελέσματα.

β) η *Διακοπή Κεκτειμένων Προνομίων*, που ορίζεται ως η απόσυρση ενισχυτικών αποτελεσμάτων.

Αρνητική Ενίσχυση: Ορίζεται ως η αύξηση στη μελλοντική συχνότητα της συμπεριφοράς που οφείλεται στην *απόσυρση ενός αρνητικού* (δυσάρεστου) ερεθίσματος σε συνάφεια με αυτή τη συμπεριφορά. Υπάρχουν δύο μορφές αρνητικής ενίσχυσης που είναι οι ακόλουθες:

α) η *Διαφυγή* που ορίζεται ως η απομάκρυνση από τιμωρητικές (ανεπιθύμητες) καταστάσεις σε συνάφεια με κάποια αντίδραση (π.χ. το παιδί κάνει φασαρία προκειμένου να το απομακρύνει η δασκάλα από την τάξη και να αποφύγει τις δυσάρεστες δραστηριότητες).

β) η *Αποφυγή*, που ορίζεται ως η απαλλαγή από τιμωρητικές (ανεπιθύμητες) καταστάσεις σε συνάφεια με κάποια αντίδραση (π.χ. το παιδί όταν ξυπνάει το πρωί παριστάνει ότι είναι άρρωστο, προκειμένου να απαλλαγεί από την υποχρέωση να πάει σχολείο).

Στη συντελεστική λοιπόν μάθηση, σύμφωνα με την Γενά (2002), η ελάττωση της συχνότητας της συμπεριφοράς, επιτυγχάνεται με την *προσθήκη αρνητικών ή ανεπιθύμητων επακόλουθων* σε συνάφεια με αυτή τη συμπεριφορά. Επιπλέον όμως, η συντελεστική συμπεριφορά μπορεί να μειωθεί λόγω της διακοπής της συνάφειας μεταξύ συμπεριφοράς και επακόλουθων, δηλαδή ως αποτέλεσμα της διαδικασίας της «απόσβεσης». Στην *απόσβεση* τροποποιείται η συχνότητα της συντελεστικής αντίδρασης: η συχνότητα των αντιδράσεων που ενισχύονταν στο παρελθόν ελαττώνεται, ενώ η συχνότητα των αντιδράσεων που τιμωρούνταν στο παρελθόν αυξάνεται. Κατά τη διαδικασία της «απόσβεσης» τηρείται η αντίστροφη διαδικασία από αυτή που τηρείται για να επιτευχθεί η συντελεστική μάθηση. Δηλαδή, ενώ στη συντελεστική μάθηση δημιουργείται συνάφεια μεταξύ αντίδρασης και επακόλουθων, κατά τη διαδικασία της «απόσβεσης», ανατρέπεται η συνάφεια που προϋπήρχε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.

ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΙΚΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ ΩΣ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΣΘΗΚΗΣ Ή ΑΠΟΣΥΡΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΩΝ

Ποιότητα Επακόλουθα	Προσθήκη Επακόλουθων	Απόσυρση Επακόλουθων
(Θετικά Επακόλουθα) E+	Θετική Ενίσχυση (<i>Αύξηση</i> στη συχνότητα της αντίδρασης)	Έμμεση Τιμωρία (<i>Ελάττωση</i> στη συχνότητα της αντίδρασης)
(Αρνητικά Επακόλουθα) E-	Άμεση Τιμωρία (<i>Ελάττωση</i> στη συχνότητα της αντίδρασης)	Αρνητική Ενίσχυση (<i>Αύξηση</i> στη συχνότητα της αντίδρασης)
Ουδέτερα Επακόλουθα	Απόσβεση	Απόσβεση

Πίνακας: Γενά (2002), σελ. 94.

3.6.3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ

Τα προγράμματα ενίσχυσης, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1989), αναφέρονται στα κριτήρια που καθορίζουν τη συχνότητα ή τη χρονική στιγμή, κατά την οποία μια συντελεστική αντίδραση παράγει ενίσχυση. Όπως αναφέρει η Γενά (2002), τα προγράμματα *συνεχούς ενίσχυσης* είναι αυτά που ορίζουν ότι μία αντίδραση είναι αρκετή για να παραχθεί ενίσχυση ή ότι μια προκαθορισμένη αντίδραση παράγει ενίσχυση κάθε φορά που εκδηλώνεται. Τα προγράμματα *μερικής ενίσχυσης* είναι αυτά που ορίζουν τον αριθμό των αντιδράσεων ή το χρονικό διάστημα, μέσα στο οποίο πρέπει να εκδηλωθούν προκειμένου να απονεμηθεί ενίσχυση. Εκτός από τον αριθμό των αντιδράσεων που απαιτείται για να παραχθεί ενίσχυση το πρόγραμμα ενίσχυσης ορίζεται και

βάσει άλλων κριτηρίων. Τα κριτήρια αυτά σχετίζονται είτε με την αναλογία των αντιδράσεων και της ενίσχυσης, είτε με το χρόνο που μεσολαβεί μεταξύ αντιδράσεων και ενίσχυσης. Βάσει των παραπάνω κριτηρίων, προκύπτουν οι ακόλουθες κατηγορίες προγραμμάτων που, σύμφωνα με τη Νασιάκου (1982), είναι οι εξής:

Ø *Προγράμματα Ενίσχυσης βάσει Αναλογίας Αντιδράσεων και Ενίσχυσης:*

Είναι τα προγράμματα ενίσχυσης που ορίζουν πόσες φορές πρέπει να εκδηλωθεί η συντελεστική αντίδραση προκειμένου να παραχθεί ενίσχυση.

Προγράμματα ενίσχυσης με σταθερή αναλογία είναι τα προγράμματα ενίσχυσης, στα οποία η αναλογία αντιδράσεων και ενίσχυσης είναι σταθερή. Απαιτείται δηλαδή ένας σταθερός αριθμός αντιδράσεων για να απονεμηθεί ενίσχυση.

Προγράμματα ενίσχυσης με μεταβλητή αναλογία είναι τα προγράμματα ενίσχυσης, στα οποία η αναλογία αντιδράσεων και ενίσχυσης κυμαίνεται κατά συστηματικό τρόπο. Ο αριθμός δηλαδή των αντιδράσεων που ορίζονται για να παραχθεί ενίσχυση δεν είναι σταθερός, αλλά κυμαίνεται βάσει ενός σταθερού μέσου όρου.

Ø *Προγράμματα Ενίσχυσης βάσει Χρονικών Διαστημάτων:* είναι τα προγράμματα ενίσχυσης που καθορίζουν τον αριθμό των συντελεστικών αντιδράσεων που πρέπει να σημειωθούν μέσα σε ένα προκαθορισμένο χρονικό διάστημα, προκειμένου να απονεμηθεί ενίσχυση.

Προγράμματα ενίσχυσης με σταθερά χρονικά διαστήματα είναι τα προγράμματα ενίσχυσης στα οποία είναι σταθερός ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ καθορισμένου αριθμού συντελεστικών αντιδράσεων και ενίσχυσης.

Προγράμματα ενίσχυσης με μεταβλητά χρονικά διαστήματα είναι τα προγράμματα ενίσχυσης στα οποία ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ καθορισμένου αριθμού συντελεστικών αντιδράσεων και ενίσχυσης δεν

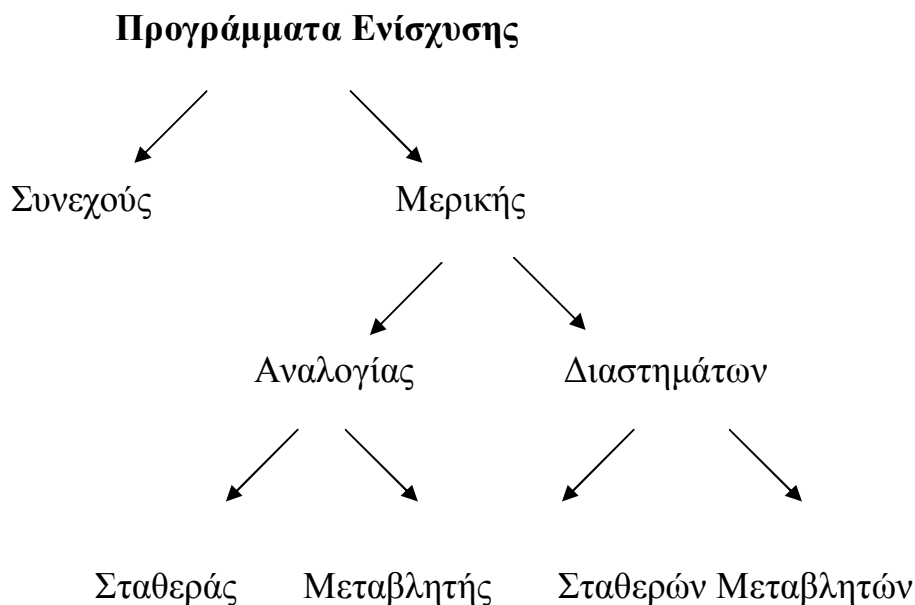
είναι σταθερός, αλλά κυμαίνεται βάσει ενός μέσου χρονικού διαστήματος. Για παράδειγμα, ένα παιδί με ΔΑΔ που έχει ολοκληρώσει μια σελίδα αντιγραφής (συντελεστική αντίδραση) ανά δέκα λεπτά κατά μέσο όρο, μπορεί να παίζει για μερικά δευτερόλεπτα με το αγαπημένο του παιχνίδι (ενίσχυση). Ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ αντιγραφής και ενίσχυσης μπορεί να οριστεί ότι θα κυμαίνεται μεταξύ επτά και δεκαπέντε λεπτών.

Οι τεχνικές θετικής ενίσχυσης, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1989), έχουν εφαρμοστεί εκτενώς σε παιδιά και για την προώθηση συγκεκριμένων προσαρμοστικών δεξιοτήτων και για την εξάλειψη ακατάλληλης συμπεριφοράς. Στην πράξη συχνά συνδυάζονται με εκμηδένιση ή άλλες τεχνικές για να φτάσει κανείς στο ποθούμενο αποτέλεσμα. Πολλές φορές ακολουθείται μια διαδικασία όπου το παιδί, αρχικά ανταμείβεται για κάθε προσέγγιση στην απάντηση-στόχο και μετά ανταμείβεται σύμφωνα με ένα όλο και πιο χαλαρό πρόγραμμα. Θα πρέπει να τονιστεί ότι τα προγράμματα μερικής ενίσχυσης δημιουργούν συμπεριφορές που ανθίστανται πάρα πολύ στην εκμηδένιση.

Οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1989), συνεχίζοντας αναφέρουν, ότι επειδή πολλές συμπεριφορές δεν είναι ακόμα πλήρως συντονισμένες και έτοιμες να εκδηλωθούν, στα πρώτα στάδια της θεραπείας εφαρμόζεται μια ειδική προσέγγιση, που αποκαλείται «διαμόρφωση», και χρησιμοποιείται ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ατόμων που έχουν δυσκολίες απάντησης. Η «διαμόρφωση» οικοδομείται πάνω σε πολύ γενικές προσεγγίσεις των συμπεριφορών που είναι σε θέση να εκδηλώσει το άτομο, στη μορφή που ήδη υπάρχουν στο ρεπερτόριό του. π.χ. την παραγωγή αδιαφοροποίητων ήχων στις περιπτώσεις αυτιστικών παιδιών που μπορούν να παράγουν όλους τους ανθρώπινους ήχους, αλλά δεν έχουν αναπτύξει ομιλία.

Στο σχήμα 3 παρουσιάζονται τα προγράμματα ενίσχυσης με διάγραμμα.

ΣΧΗΜΑ 3.



Σχήμα. Γενά, 2002, σελ.104.

3.6.4 ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ

Οι τρόποι με του οποίους χρησιμοποιείται η ενίσχυση, σύμφωνα με τη Γενά (2002), είναι καθοριστικής σημασίας, γιατί, αφενός τα οφέλη της μεγιστοποιούνται, και αφετέρου αποφεύγονται οι αρνητικές επιπτώσεις που οφείλονται στη μη-συστηματική χρήση της. Εκτός από τις συγκεκριμένες αρχές της ενίσχυσης, χρειάζεται να λάβουμε υπόψη την προσωπικότητα του παιδιού, τις ιδιαίτερες προτιμήσεις του και τη σημασία των αυτόβουλων επιδιώξεων και πρωτοβουλιών του. Εάν για κάθε πράξη του παιδιού έχουμε προκαθορίσει τα επακόλουθα, τότε το παιδί θα αναμένει παθητικά την αξιολόγηση των πράξεών του και δεν θα αποκτήσει προσωπικά κριτήρια αξιολόγησης. Οποσδήποτε η

ενίσχυση θα βοηθήσει το παιδί να οροθετήσει τις πράξεις του με γνώμονα την κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά. Δεν πρέπει όμως, να αποτελέσει τροχοπέδη για την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του και για την τάση του να αυτενεργεί.

Η αποτελεσματική χρήση της ενίσχυσης, όπως αναφέρει η Γενά (2002), προϋποθέτει, σύμφωνα με τους αναλυτές της συμπεριφοράς, την εφαρμογή των ακόλουθων αρχών:

- ✓ Για τη διδασκαλία καινούριων δεξιοτήτων χρησιμοποιούνται προγράμματα συνεχούς ενίσχυσης. Δηλαδή, παρέχεται ενίσχυση σε συνάφεια με κάθε σωστή συντελεστική αντίδραση, της οποίας τη συχνότητα επιδιώκουμε να αυξήσουμε.
- ✓ Ένας από τους ψυχοεκπαιδευτικούς στόχους για παιδιά με ΔΑΔ είναι η συστηματική και βαθμιαία αύξηση του αριθμού των αντιδράσεων που απαιτούνται ή του χρονικού διαστήματος που μεσολαβεί μεταξύ αντίδρασης και ενίσχυσης για να απονεμηθεί ενίσχυση, εφόσον βέβαια σημειώνεται βελτίωση στην ενισχυμένη αντίδραση. Δηλαδή, επιδιώκεται η συστηματική μείωση της ενίσχυσης όσο βελτιώνονται οι ενισχυμένες αντιδράσεις.
- ✓ Η χρήση προγραμμάτων μερικής ενίσχυσης αναστέλλει την απόσβεση των κεκτημένων αντιδράσεων. Επιπλέον, η μερική ενίσχυση συγκριτικά με τη συνεχή αυξάνει περισσότερο τη συχνότητα των αντιδράσεων που ενισχύονται και προσομοιάζει με το φυσικό τρόπο ενίσχυσης που παρέχεται από οικεία πρόσωπα του περιβάλλοντος του παιδιού.
- ✓ Η μακρόχρονη χρήση συνεχούς ενίσχυσης οδηγεί σε κορεσμό και κατά συνέπεια στην κλιμακωτή μείωση των ενισχυμένων αντιδράσεων.
- ✓ Η μεγαλύτερη δυνατή αύξηση στη συχνότητα των συντελεστικών αντιδράσεων επιτυγχάνεται με τη χρήση προγραμμάτων ενίσχυσης μεταβλητής αναλογίας.
- ✓ Ως ενισχυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν και κάποιες από τις αντιδράσεις του παιδιού. Σύμφωνα με την αρχή του Premack, μία

αντίδραση την οποία επιλέγει να εκδηλώσει συχνά το παιδί μπορεί να χρησιμοποιηθεί με τη σειρά της ως ενίσχυση για μια άλλη αντίδραση, για την οποία δεν δείχνει προτίμηση. Για παράδειγμα, αν στο παιδί αρέσει η ιχνηλασία, αλλά αποφεύγει το διάβασμα, οργανώνεται συστηματικά η δραστηριότητα της ιχνηλασίας μετά τη δραστηριότητα του διαβάσματος, ώστε να αυξάνεται το ενδιαφέρον του για το διάβασμα.

- ▼ Η επιλογή αποτελεσματικών ενισχυτών εξασφαλίζεται μόνο όταν το ίδιο το παιδί επιλέγει τους ενισχυτές που θα χρησιμοποιηθούν και όχι ο θεραπευτής του. Στο ξεκίνημα της θεραπείας των παιδιών με ΔΑΔ, αν δεν εκφράζουν τις προτιμήσεις τους, μπορούμε να τις καταλάβουμε παρατηρώντας τον τρόπο ενασχόλησής τους με τα αντικείμενα.
- ▼ Τα βήματα που ακολουθούμε στη διαδικασία της ενίσχυσης είναι τα ακόλουθα:
 - α) θέτουμε τα κριτήρια που απαιτούνται για να απονεμηθεί ενίσχυση
 - β) επιλέγουμε αποτελεσματικούς ενισχυτές
 - γ) χρησιμοποιούμε δευτερογενείς και γενικευμένους ενισχυτές, όχι μόνο πρωτογενείς.
 - δ) ενισχύουμε τις επιθυμητές αντιδράσεις αμέσως, χωρίς καμία χρονική καθυστέρηση
 - ε) χρησιμοποιούμε ενισχυτικά επακόλουθα μέσα σε όλες τις συνθήκες, στις οποίες το παιδί εκδηλώνει τις επιθυμητές αντιδράσεις.
- ▼ Η διεύρυνση του φάσματος των ενισχυτών, η οποία επιτυγχάνεται με τη σύζευξη δευτερογενών και πρωτογενών, είναι πολύ σημαντική για τα άτομα με ΔΑΔ, τα οποία στο ξεκίνημα της θεραπείας τους κινητοποιούνται συνήθως μόνο από τους πρωτογενείς ενισχυτές.

Σε σχέση με το παραπάνω, ο Παρασκευόπουλος (1992), υποστηρίζει ότι η ανάπτυξη της ομαλής συμπεριφοράς βασίζεται στην απόκτηση *πληθώραν συμβολικών αμοιβών*. Αυτό σημαίνει ότι το αυτιστικό παιδί, που για οποιοδήποτε λόγο δεν μπόρεσε να μάθει να ανταποκρίνεται σε τέτοιου είδους

αμοιβές, θα παρουσιάσει ανεπάρκεια στις μορφές συμπεριφοράς που ελέγχονται από τέτοιες αμοιβές.

Στην ακραία περίπτωση της πλήρους αποτυχίας στην απόκτηση συμβολικών αμοιβών, σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1992), το παιδί θα επιδεικνύει ελάχιστη ή και καθόλου κοινωνική συμπεριφορά.

Σύμφωνα με το Μπουλουγούρη (1996), η Γενά αναφέρει ότι οι αρχές της ενίσχυσης χρειάζεται να ακολουθούνται με συνέπεια στη θεραπεία όλων των παιδιών με ΔΑΔ και ιδιαίτερα αυτών που παρουσιάζουν βαριά νοητική καθυστέρηση. Για παράδειγμα, η εξάρτηση των παιδιών με ΔΑΔ από πρωτογενείς ενισχυτές είναι ένα από τα συνηθέστερα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της υπερβολικής χρήσης των πρωτογενών ενισχυτών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΛΑΣΙΚΗΣ Ή ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ

Συντελεστική Μάθηση	Εξαρτημένη Αντανακλαστική Μάθηση
<i>Ορίζεται βάσει:</i>	<i>Ορίζεται βάσει:</i>
α) Των τριών όρων της συνάφειας (προγενόμενα, αντιδράσεις, επακόλουθα) β) Των εξωγενών και ενδοοργανισμικών καθοριστικών παραγόντων γ) Του τέταρτου όρου της συνάφειας	Των ακόλουθων: ενός ανεξάρτητου ερεθίσματος, μιας ανεξάρτητης αντίδρασης, ενός εξαρτημένου ερεθίσματος και μιας εξαρτημένης αντίδρασης
<i>Οι αντιδράσεις εξαρτώνται από:</i>	<i>Οι αντιδράσεις εξαρτώνται από:</i>
α) Την ενεργό συμμετοχή του ατόμου β) Τη συνάφεια της συμπεριφοράς με τα επακόλουθά της	α) Την εμφάνιση του εξαρτημένου ερεθίσματος και είναι ανεξάρτητη από τη βούληση του ατόμου β) Τη χωροχρονική σύνδεση εξαρτημένου και ανεξάρτητου ερεθίσματος
<i>Το ερέθισμα που προηγείται της αντίδρασης:</i>	<i>Το ερέθισμα που προηγείται της αντίδρασης:</i>
Λέγεται διακριτικό ερέθισμα και σηματοδοτεί απλώς τη συντελεστική αντίδραση, δεν την προκαλεί	Λέγεται εξαρτημένο ερέθισμα και προκαλεί την εξαρτημένη αντίδραση
<i>Η συχνότητα των αντιδράσεων</i>	<i>Η συχνότητα των αντιδράσεων</i>
Αυξάνεται ή μειώνεται, ανάλογα με τα επακόλουθα της συντελεστικής συμπεριφοράς	Καθορίζεται απόλυτα από την παρουσία του εξαρτημένου ερεθίσματος. Κάθε παρουσίαση του ερεθίσματος προκαλεί την εξαρτημένη αντίδραση

Πίνακας, Γενά, 2002, σελ. 99.

3.7. ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

3.7.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Ένα αρχικό μοντέλο θεραπείας, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1989), είναι η *θεραπεία της συμπεριφοράς*, το οποίο βασίζεται στο μοντέλο S-O-R της θεωρίας της μάθησης των Hull και Spence. Το μοντέλο της θεραπείας της συμπεριφοράς αναπτύχθηκε από τους Wolpe, Lazarus, Eysenck και Frank και χρησιμοποιήθηκε κυρίως στην κλινική με νευρωσικούς ασθενείς. Η κλασική εξαρτημένη μάθηση είναι ένα από τα κυριότερα μοντέλα πάνω στα οποία βασίζονται οι τεχνικές θεραπείας της συμπεριφοράς. Καθώς η κλασική εξαρτημένη μάθηση θεωρείται ότι βρίσκεται πίσω από την ανάπτυξη του φόβου, του άγχους ή , αντιστρόφως, της ελπίδας, της χαράς, κ.λ.π., η προσέγγιση της θεραπείας της συμπεριφοράς έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως για την αντιμετώπιση νευρωσικών διαταραχών της συμπεριφοράς σε παιδιά και ενήλικες.

Οι κυριότερες τεχνικές, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1989), είναι οι παρακάτω:

- Ø Αντιεξάρτηση: Σύμφωνα με την τεχνική αυτή, ο ασθενής εκτίθεται σταδιακά στην πραγματική και όχι στη φανταστική κατάσταση που του προκαλεί το φόβο, ενώ ασχολείται με μια δραστηριότητα ασυμβίβαστη με το άγχος, όπως φαΐ, βαθιά χαλάρωση, κ.λ.π. Στην ουσία η αντιεξάρτηση μεταβάλλει το φοβικό ερέθισμα και από απωθητικό γίνεται ουδέτερο ή ακόμα και ευχάριστο.
- Ø Συστηματική απευαισθητοποίηση: Στην τεχνική αυτή δύο στοιχεία έχουν καθοριστική σημασία: η δημιουργία μιας ιεραρχίας άγχους και η εκπαίδευση στην προοδευτική χαλάρωση. Όπως και στην αντιεξάρτηση,

η βασική υπόθεση είναι ότι ο ασθενής δεν μπορεί να νιώθει συγχρόνως άγχος και χαλάρωση. Η τεχνική αυτή όμως, εφαρμόζεται πάντα σε θεραπευτικό πλαίσιο και μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική με πολύ μικρά παιδιά ή με εκείνα που δεν μπορούν να χαλαρώσουν ή, ακόμα, που δεν μπορούν να φανταστούν τα ερεθίσματα που τους προκαλούν άγχος (π.χ. αυτιστικά). Ανάμεσα στα προβλήματα που έχουν αντιμετωπιστεί με συστηματική απευαισθητοποίηση είναι: φόβος για το νερό, τα σκυλιά, το σχολείο, τα ασθενοφόρα και τα νοσοκομεία, κ.λ.π.

- Ø Συναισθηματική απεικόνιση στη φαντασία: Αυτή είναι μια παραλλαγή των δύο προηγούμενων τεχνικών απευαισθητοποίησης, για τη θεραπεία παιδιών που δυσκολεύονται να ακολουθήσουν το πρόγραμμα προοδευτικής χαλάρωσης.
- Ø Κατακλυσμική θεραπεία: Η κατακλυσμική θεραπεία μέσω φαντασίωσης βασίζεται στην αρχή της εκμηδένισης. Το σκεπτικό είναι ότι αν προκληθούν στον ασθενή αντιδράσεις άγχους ή φόβου, αλλά δεν ακολουθήσουν αρνητικές συνέπειες, οι αντιδράσεις του φόβου θα εξαφανιστούν. Η διαδικασία αυτή, όπως και στη συστηματική απευαισθητοποίηση, βασίζεται στη φανταστική συμβολική αναπαράσταση νύξεων που θεωρούνται προϊόντα μάθησης -είναι δηλαδή εξαρτημένα ερεθίσματα άγχους. Πρέπει να σημειωθεί ότι, σε αντίθεση με τη συστηματική απευαισθητοποίηση, ο ασθενής που εκτίθεται στην κατακλυσμική θεραπεία μέσω της φαντασίωσης δεν έχει στη διάθεσή του τις καταπραϋντικές επιδράσεις της χαλάρωσης. Από την άποψη των αρχών της θεωρίας της μάθησης, η διαδικασία αυτή ελαχιστοποιεί την πιθανότητα να εκτεθεί ο ασθενής, χωρίς ενίσχυση στα ελέγχοντα αποστροφικά ερεθίσματα.

Με μια παραλλαγή της κατακλυσμικής θεραπείας μέσω της φαντασίωσης είναι η *βιοματική κατακλυσμική θεραπεία*. Σε αυτήν το άτομο εκτίθεται- δια ζώσης- στο αποστροφικό ερέθισμα ή την κατάσταση

με τη μέγιστη τιμή άγχους και δεν τη φαντάζεται απλώς. Όπως και με την αντιεξάρτηση, η βιωματική κατακλυσμική θεραπεία είναι εφικτή μόνο σε ορισμένες καταστάσεις.

Στη συνέχεια, παρατίθεται ένα παράδειγμα από την κλινική δουλειά των Μανωλόπουλο και Τσιάντη, προκειμένου να γίνει πιο σαφής η βιωματική κατακλυσμική θεραπεία.

«Ο Άνταμ, ένα αυτιστικό αγόρι έξι χρόνων, που είχε αναπτύξει αρκετές δεξιότητες, φοβόταν υπερβολικά το νερό και ιδιαίτερα το κολύμπι στην πισίνα της κατασκήνωσης. Εξαιτίας των γνωστικών δυσκολιών και των προβλημάτων επικοινωνίας του Άνταμ, καθώς και της σχετικά μικρής του ηλικίας, η συστηματική απευαισθητοποίηση ήταν πολύ αφηρημένη και δύσκολη να εφαρμοστεί και, γι' αυτό, προσπαθήσαμε να δημιουργήσουμε αντιεξάρτηση στο φόβο του για το νερό, δίνοντάς του τα αγαπημένα του γλυκά και προσπαθώντας, σταδιακά, να τον βοηθήσουν να βάλει το μαγιό του. Ο Άνταμ στρίγκλιζε ασταμάτητα φτύνοντας το γλυκό, σε σημείο που οι θεραπευτές του τα είχαν χάσει τελείως και δεν ήθελαν να συνεχίσουν να παιδεύονται μαζί του. Έτσι, κατέληξε να μένει μέσα, ενώ οι συνομήλικοί του καταδιασκέδαζαν με τα παιχνίδια στο νερό. Σε κάποια συζήτηση με τους θεραπευτές τους προτάθηκε η πιθανότητα να χρησιμοποιηθεί βιωματική κατακλυσμική θεραπεία, αλλά η τεχνική αυτή θεωρήθηκε ότι θα ήταν πολύ έντονη και βίαιη για την περίπτωση του Άνταμ. Λίγες μέρες αργότερα, όμως, καθώς ένας από τους θεραπευτές του Άνταμ άρχισε να παίζει μαζί του (ο Άνταμ ήταν τελείως ντυμένος και, επομένως, ένιωθε ασφαλής ότι δεν θα τον πάνε στην πισίνα), όρμησε απότομα και, παίρνοντας στην αγκαλιά του έναν ξαφνιασμένο και σαστισμένο Άνταμ, έπεσε μαζί του στην πισίνα. Ο Άνταμ στρίγκλισε και ούρλιαξε από το φόβο του και εξακολούθησε να ουρλιάζει για άλλα πέντε τουλάχιστον λεπτά, ενώ ήταν ολόκληρος μέσα στο νερό, εκτός από το κεφάλι του. Στο μεταξύ ο θεραπευτής του προσπαθούσε να τον ηρεμήσει, ενώ συγχρόνως, τον κρατούσε γερά. Ύστερα από τα πρώτα πέντε λεπτά, ο Άνταμ σταμάτησε απότομα τα ουρλιαχτά, κοίταζε γύρω του, κλαψούρισε λίγο ακόμα και μετά γύρισε και κοίταζε το θεραπευτή του και χαμογέλασε. Έμειναν μέσα στην πισίνα τουλάχιστον για μισή ώρα και όταν βγήκε ο Άνταμ, τον επαίνεσε όλο το προσωπικό της κατασκήνωσης. Αυτό ήταν η αρχή των πολυάριθμων επισκέψεων του Άνταμ μέσα στην πισίνα και μιας εξέλιξης προς το αντίθετο άκρο (δηλαδή αγάπη για την πισίνα), ενώ το προσωπικό προσπαθούσε να μάθει στον Άνταμ ότι υπήρχαν και άλλα πράγματα εκτός από το κολύμπι». (Μανωλόπουλος και Τσιάντης, 1989, σελ.150).

Συνοπτικά, παρουσιάσαμε τεχνικές της θεραπείας της συμπεριφοράς που βασίζονται στην κλασική εξαρτημένη μάθηση. Οι τεχνικές αυτές μπορεί να χρησιμοποιούνται μόνες ή όχι. Μπορεί επίσης, να συνδυάζονται με αρχές της συντελεστικής μάθησης, σε μια προσπάθεια να επιτευχθεί θεραπευτική αλλαγή.

3.7.2. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Το δεύτερο αρχικό μοντέλο της θεραπείας, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1989), είναι η *τροποποίηση της συμπεριφοράς*, το οποίο εφαρμόστηκε αρχικά σε νοητικά καθυστερημένα και αυτιστικά παιδιά και σε ψυχωσικούς ενήλικες που ζούσαν στο ίδρυμα.

Συνεχίζοντας, οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1989), αναφέρουν ότι, η τροποποίηση της συμπεριφοράς βασίζεται κυρίως στο υπόδειγμα της συντελεστικής μάθησης, δίνοντας έμφαση στις συνέπειες των απαντήσεων του ατόμου. Το συντελεστικό υπόδειγμα υποθέτει ότι κάθε οργανισμός ενεργεί στο περιβάλλον του και η συνέπεια αυτής της συνέπειας είναι αυτή που καθορίζει τις πιθανότητες επανάληψης αυτής της απάντησης ή ενέργειας. Εάν η συμπεριφορά, η οποία ακολουθείται από μία δεδομένη συνέπεια εμφανιστεί και πάλι, μπορούμε να συνάγουμε ότι η συνέπεια που ακολούθησε τη συμπεριφορά ήταν θετική ή ότι λειτούργησε ως θετική ενίσχυση. Μια συμπεριφορά μπορεί, επίσης, να επαναληφθεί αν με την εκτέλεσή της το άτομο αποφεύγει μια αρνητική συνέπεια. Αντίθετα, αν μια συμπεριφορά μειωθεί ή και εξαφανιστεί τελείως, τότε μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η συμπεριφορά αυτή του ατόμου τιμωρήθηκε από τις συνέπειές της. Εκτός από την άμεση τιμωρία μιας συμπεριφοράς, υπάρχει και άλλος τρόπος τιμωρίας, με τη στέρηση ενός προηγούμενως αμείβοντος ερεθίσματος, όταν ο οργανισμός εκδηλώνει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά.

Οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1989), τονίζουν ότι, δεν είναι δυνατόν να προβλέψουμε βασιζόμενοι στην κοινή λογική ή στην πείρα, εάν ένα ερέθισμα θεωρείται πράγματι θετικό ή αρνητικό από τον οργανισμό. Πρέπει να περιμένει κανείς την επιβολή του ερεθίσματος ή της συνέπειας για να διαπιστώσει την επίδραση που έχει πάνω στο άτομο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.

ΚΥΡΙΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΙΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Θεραπεία της συμπεριφοράς	Τροποποίηση της συμπεριφοράς
(S-O-R)	(S-R-S)
Υποθετικό-Αναγωγική	Επαγωγική
Βασίζεται στην εξέταση παραγόντων με τη χρήση ομάδων μαρτύρων	Βασίζεται σε πειραματικές μεθόδους όπου οι συμμετέχοντες είναι μάρτυρες του εαυτού τους
Αναγνωρίζει παρεμβαλλόμενες καταστάσεις μεταξύ ερεθισμάτων και απαντήσεων	Δεν προβλέπει την ύπαρξη παρεμβαλλόμενων μεταβλητών
Χρησιμοποιεί στατιστική	Δεν χρησιμοποιεί στατιστική
Εφαρμόζει στην κλινική	Έχει ευρύ πεδίο εφαρμογών, όχι μόνο κλινικών
Είναι σχετικά απαισιόδοξη ως προς τη δυνατότητα αλλαγής της ανθρώπινης συμπεριφοράς	Είναι αισιόδοξη και τονίζει ότι οποιαδήποτε συμπεριφορά μπορεί να αλλάξει κάτω από τις κατάλληλες συνθήκες
Κύριες τεχνικές	Κύριες τεχνικές
Αντιεξάρτηση Συστηματική απευαισθητοποίηση Συναισθηματική απεικόνιση στη φαντασία Κατακλυσμική θεραπεία μέσω φαντασίωσης Βιωματική κατακλυσμική θεραπεία	Θετική ενίσχυση Εκμηδένιση Μη αλλαγή ερεθίσματος Αρνητική ενίσχυση Προσωρινή διακοπή Υπερδιόρθωση Τιμωρία

Πίνακας. Μανωλόπουλος και Τσιάντης, 1989, σελ. 153.

3. 8. ΚΥΚΛΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Ο Κύκλος Συστηματικής Διδασκαλίας, σύμφωνα με τη Γενά (2002), είναι η επικρατέστερη διδακτική μέθοδος στο ξεκίνημα εκπαίδευσης παιδιών με αυτισμό. Αυτή η μέθοδος είναι ακριβής, συστηματική και προσφέρει, χωρίς χρονοτριβές, τη δυνατότητα αλληπάλληλων επαναλήψεων διδασκαλίας ποικίλων δεξιοτήτων. Οι Leaf & McEachin (1999), αναφέρουν ότι, ο κύκλος συστηματικής διδασκαλίας είναι μια διαδικασία διδασκαλίας που χρησιμοποιείται για την ανάπτυξη των περισσότερων δεξιοτήτων, συμπεριλαμβανομένης της γνωστικής ανάπτυξης, της επικοινωνίας, του παιχνιδιού, των κοινωνικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης. Επιπλέον, είναι μια στρατηγική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όλες τις ηλικίες και για όλες τις ομάδες.

Η στρατηγική, σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), περιλαμβάνει:

- 1) χωρισμό μιας δεξιότητας σε μικρότερα μέρη,
- 2) διδασκαλία μίας υπό-δεξιότητας κάθε φορά μέχρι να κατακτηθεί,
- 3) παροχή μικρού αριθμού πληροφοριών και σαφώς καθορισμένο στόχο,
- 4) παροχή βοήθειας και απόσυρση της βοήθειας όπου είναι αναγκαίο και
- 5) χρήση διαδικασιών ενίσχυσης.

Ο κύκλος συστηματικής διδασκαλίας, σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999) και Γενά (2002), αποτελεί έναν από τους αποτελεσματικότερους και συστηματικότερους τρόπους διδασκαλίας, όταν τηρείται με συνέπεια η ακολουθία και η ακρίβεια των βημάτων. Μια συνεδρία περιλαμβάνει πολλές ασκήσεις, με κάθε άσκηση να έχει μια διακριτή (ευδιάκριτη) αρχή και ένα διακριτό (ευδιάκριτο) τέλος, εξ ου και ο όρος «διακριτές ασκήσεις» (discrete trials). Μια άσκηση έχει τα ακόλουθα συστατικά:

- 1) Προηγούμενο (οδηγία ή άλλη υπόδειξη)

- 2) Καθοδήγηση/Βοήθεια (αυτό μπορεί να μη συμβεί κατά τη διάρκεια πολλών ασκήσεων)
- 3) Απάντηση μαθητή (αντίδραση του παιδιού στο διακριτικό ερέθισμα)
- 4) Επανατροφοδότηση ή άλλη συνέπεια (επιβράβευση ή διόρθωση)
- 5) Ενδιάμεσα διαλείμματα.

Εάν όμως παραλειφθεί ή παραποιηθεί κάποιο ή κάποια από τα βήματά του, τότε παύει να είναι αποτελεσματικός. Επιπλέον, όπως αναφέρει η Γενά (2002), οι παρεκκλίσεις οδηγούν σε χάσιμο διδακτικού χρόνου και συχνά προκαλούν εκνευρισμό στο παιδί με ΔΑΔ που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο και αποπροσανατολίζεται από ασυνεπείς τρόπους διδασκαλίας.

Τον Κύκλο Συστηματικής Διδασκαλίας, σύμφωνα με τη Γενά (2002), εισήγαγαν στην εκπαιδευτική πράξη και εφάρμοσαν για πρώτη φορά σε παιδιά με αυτισμό οι Koegel, Russo και Rincover. Παρακάτω αναλύουμε τα συστατικά του Κύκλου Συστηματικής Διδασκαλίας.

3.8.1. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ-ΟΔΗΓΙΑ/ΔΙΑΚΡΙΤΟ ΕΡΕΘΙΣΜΑ/ΣΗΜΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Σύμφωνα με τη Γενά (2002) και τους Leaf & McEachin (1999), η άσκηση θα πρέπει να έχει μια ευδιάκριτη αρχή. Συχνά μπορεί να είναι μία λεκτική οδηγία, αλλά μπορεί επίσης να είναι ένα άλλο ευδιάκριτο γεγονός ή οπτικό ερέθισμα. Το γεγονός το οποίο συμβαίνει στην αρχή της άσκησης θα πρέπει να δίνει τι σινιάλο στο παιδί ότι η σωστή απάντηση θα έχει ως επακόλουθο θετική ενίσχυση. Ένα τέτοιο σινιάλο είναι τεχνικά γνωστό με την ορολογία Διακριτό Ερέθισμα (SD). Μια τέτοια παρουσίαση, του διακριτού ερεθίσματος, προϋποθέτει χρήση αποκλειστικά και μόνο του υλικού διδασκαλίας και

αφαίρεση περιττών αντικειμένων που μπορεί να αποσπάσουν την προσοχή του παιδιού.

Επίσης, κυρίως στο αρχικό στάδιο της διδασκαλίας οι οδηγίες-εντολές ή ερωτήσεις πρέπει να είναι σύντομες και απερίφραστες. Αυτό, σύμφωνα με τη Γενά (2002) και τους Leaf & McEachin (1999), βοηθά στην αποφυγή σύγχυσης, ιδιαίτερα σε παιδιά που δεν κατανοούν πλήρως τον προφορικό λόγο, και βοηθάει στο να τονίζεται το σχετικό ερέθισμα ή ερεθίσματα. Εκτός από ευκρινή και κατανοητά, τα διακριτικά ερεθίσματα πρέπει να παρουσιάζονται μία και μόνο φορά. Η κατ' επανάληψιν παρουσίαση αυτών των ερεθισμάτων μεταφέρει στο παιδί το μήνυμα ότι δεν χρειάζεται να ανταποκριθεί στο πρώτο ερέθισμα, εφόσον ο θεραπευτής θα το επαναλάβει. Ο θεραπευτής πρέπει να βεβαιωθεί ότι το διακριτό ερέθισμα είναι κατάλληλο για την επικείμενη εργασία. Πρέπει να σκεφτεί προσεκτικά γύρω από το τι ακριβώς θέλει να κάνει το παιδί και κατόπιν να επιλέξει μια προφορική οδηγία ή άλλη υπόδειξη κατάλληλη για να συνδεθεί με την απάντηση.

Σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), οι οδηγίες και τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται δεν αλλάζουν, οπότε προστίθενται νέες εντολές ή άλλες δεξιότητες, μέχρι να κατακτηθεί κάθε νέα δεξιότητα. Για παράδειγμα, εάν θέλει να του μετρήσει «ένα, δύο, τρία, τέσσερα» η οδηγία θα πρέπει να είναι, «Μέτρα!». Εάν θέλει να του πει πόσα αντικείμενα υπάρχουν πάνω σε τραπέζι, η οδηγία θα πρέπει να είναι «Πόσα;» και η απάντηση του μαθητή να είναι «τέσσερα». Στη συνέχεια όμως της διδακτικής διαδικασίας, για λόγους γενίκευσης, μπορεί να χρησιμοποιούνται ποικίλα διακριτικά ερεθίσματα. Ποικίλα διακριτικά ερεθίσματα μπορούν να χρησιμοποιούνται εξ αρχής, μόνο όταν έχει προχωρήσει αρκετά η θεραπεία του παιδιού με ΔΑΔ ή όταν πρόκειται για παιδί με υψηλές γνωστικές δυνατότητες.

Μετά από την παρουσίαση του διακριτικού ερεθίσματος, ο θεραπευτής πρέπει να δώσει 3 με 5 δευτερόλεπτα χρόνο στο παιδί πριν του απαντήσει. Αυτό του παρέχει την ευκαιρία να επεξεργαστεί την πληροφορία.

Η καλύτερη μάθηση βέβαια συμβαίνει όταν ο μαθητής προσέχει. Για να αποτραπούν τα λάθη που γίνονται λόγω απροσεξίας και για να αξιολογηθούν με εγκυρότητα οι γνώσεις του παιδιού με αυτισμό, επιβάλλεται να συγκεντρώνει την προσοχή του ενόψει του διακριτικού ερεθίσματος. Εάν η προσοχή του παιδιού είναι φτωχή και περιορισμένη, είναι σημαντικό να εστιάζουμε στο πώς θα αναπτύξουμε δεξιότητες καλύτερης προσοχής. Η συγκέντρωση προσοχής, σύμφωνα με τη Γενά (2002) και τους Leaf & McEachin (1999), προϋποθέτει τα ακόλουθα:

- α) βλεμματική παρακολούθηση του προσώπου και των κινήσεων του θεραπευτή
- β) βλεμματική παρακολούθηση των αντικειμένων που χρησιμοποιούνται για διδασκαλία
- γ) αποχή από στερεότυπες και διασπαστικές αντιδράσεις

Εφόσον πληρούνται οι παραπάνω προϋποθέσεις, ο θεραπευτής μπορεί να προχωρήσει παρακάτω.

3.8.2. ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ/ΠΑΡΟΤΡΥΝΣΗ

Καθοδήγηση είναι, όπως αναφέρει η Γενά (2002), η βοήθεια που δίνεται από το θεραπευτή ώστε να προάγεται η σωστή ανταπόκριση. Γενικά, δίνεται την ίδια ώρα ή αμέσως μετά την οδηγία, αλλά μπορεί να συμβεί και νωρίτερα, πριν την οδηγία. Εάν η καθοδήγηση δοθεί πολύ αργά ή είναι μη αποτελεσματική και το παιδί κάνει ένα λάθος η άσκηση πρέπει να τελειώσει και μια πιο αποτελεσματική καθοδήγηση να δοθεί στην επόμενη άσκηση. Χρησιμοποιώντας καθοδήγηση, επιταχύνεται η διαδικασία μάθησης και μειώνεται η ματαίωση. Ο θεραπευτής θα πρέπει να επιλέγει όλη την γκάμα επιπέδων παρότρυνσης, συμπεριλαμβανομένης:

- ∅ της οπτικής βοήθειας,

- Ø της θέσης,
- Ø της σωματικής καθοδήγησης ή μερικώς σωματικής,
- Ø της λεκτικής,
- Ø της επίδειξης,
- Ø με κίνητρο (παρουσίαση ενισχυτή), στην αρχή/ενδιάμεσα, κ.λ.π.

Αυτές οι μορφές παρότρυνσης, σύμφωνα με τη Γενά (2002), μπορούν να οργανωθούν ιεραρχικά από τις λιγότερο παρεμβατικές μέχρι τις πλέον παρεμβατικές. Ο θεραπευτής θα πρέπει να επιλέγει μία παρότρυνση, η οποία θα παρέχει τόση βοήθεια, ώστε να οδηγεί στην επιτυχία αλλά ποτέ παραπάνω από ότι χρειάζεται. Επιλέγοντας το κατάλληλο επίπεδο παρότρυνσης, είναι ευκολότερο να αποσυρθεί η παρότρυνση και έτσι μειώνεται και η εξάρτηση από την παρότρυνση.

Σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), εάν η πρώτη καθοδήγηση που χρησιμοποιεί ο θεραπευτής δεν λειτουργεί, τότε πρέπει να ανέβει ένα σκαλί παραπάνω στην ιεραρχία της καθοδήγησης (π.χ. αύξηση του επιπέδου βοήθειας). Για παράδειγμα, να πηγαίνει από μια μορφή καθοδήγησης σχετική με τη θέση, σε μια άλλη που σχετίζεται με το δείξιμο.

Συνεχίζοντας οι ίδιοι, αναφέρουν ότι, είναι ουσιαστικής σημασίας ο θεραπευτής να είναι ευέλικτος όταν αποφασίζει να δώσει καθοδήγηση.

- Ø Εάν το παιδί δεν κατανοεί τη σωστή απάντηση τότε ο θεραπευτής μπορεί να τον καθοδηγήσει μετά από μια λανθασμένη απάντηση ή ακόμα και στην πρώτη άσκηση.
- Ø Εάν το παιδί φαίνεται να καταλαβαίνει το έργο που του ζητείται να εκτελέσει, μετά τη δεύτερη λανθασμένη άσκηση ο θεραπευτής μπορεί να του δώσει μία ακόμα ευκαιρία χωρίς καθοδήγηση.
- Ø Εάν ο θεραπευτής έχει ακολουθήσει την ακολουθία του «Λάθος-Λάθος-Καθοδήγηση-Δοκιμασία» και το αποτέλεσμα της δοκιμασίας είναι άλλο ένα λάθος, τότε θα πρέπει να μετακινηθεί στο τεστ ακολουθίας «Λάθος-Καθοδήγηση-Καθοδήγηση». Εάν η δοκιμασία εξακολουθεί να καταλήγει

σε λάθος, τότε θα πρέπει να πάει στην ακολουθία «Καθοδήγηση-Καθοδήγηση-Καθοδήγηση», κ.λ.π.

Ø Ο θεραπευτής πρέπει να καθοδηγεί όποτε χρειάζεται, για να βοηθήσει το παιδί να διατηρήσει υψηλά το επίπεδο επιτυχίας.

Οι Leaf & McEachin (1999), αναφέρουν ότι, εάν το παιδί μαθαίνει να εκτελεί το έργο του, ή έχει τεράστια δυσκολία με την έννοια, ίσως είναι ωφέλιμο να συνεχίσει ο θεραπευτής να δίνει το ίδιο επίπεδο καθοδήγησης για πολλές ακόμα ασκήσεις.

Εάν το παιδί κάνει ένα λάθος λόγω έλλειψης προσοχής ή άσχετης συμπεριφοράς τότε είναι προτιμότερο να ακολουθήσει μία συνέπεια για την ακατάλληλη συμπεριφορά του αντί να καθοδηγηθεί από τον θεραπευτή.

Σύμφωνα με τη Γενά (2002) και τους Leaf & McEachin (1999), οι σωστές απαντήσεις χωρίς καθοδήγηση θα πρέπει να αμείβονται με την ισχυρότερη ενίσχυση (π.χ. έπαινος συνοδευμένος από από υποστηρικτικό ενισχυτή). Από την άλλη, ασκήσεις με καθοδήγηση θα πρέπει να καταλήγουν σε ένα χαμηλό επίπεδο ενίσχυσης (π.χ. ήπιο έπαινο όπως «εντάξει», «σωστά», «ναι», κ.λ.π.). Ωστόσο, είναι σημαντικό να δίνεται από το θεραπευτή η ελάχιστη ενίσχυση στη διάρκεια των ασκήσεων με καθοδήγηση, ώστε να:

- § Παρέχεται η ανατροφοδότηση ότι η απάντηση ήταν σωστή
- § Ενδυναμώνεται η σωστή απάντηση
- § Αποφεύγεται το πρότυπο της αποτυχίας (να μη βλέπουν πολλές φορές το λάθος)

Εν πάση περιπτώσει, οι Leaf & McEachin (1999) αναφέρουν ότι, εάν το παιδί επιζητεί μια μεγαλύτερη περίοδο καθοδήγησης, θα πρέπει περιστασιακά να δίνονται αποτί ενισχυτές για τις ασκήσεις με καθοδήγηση, ώστε να:

- § Αυξάνεται το κίνητρο του παιδιού
- § Μειώνεται η απόσυρση και η ματαιώσή του
- § Του δίνεται η ευκαιρία να βιώσει τον πιο επιθυμητό ενισχυτή.

Ο θεραπευτής, σύμφωνα με τη Γενά (2002), θα πρέπει να είναι υπερευαίσθητος στην απρόσεκτη καθοδήγηση, γιατί έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να μην κατακτά την έννοια, διότι η καθοδήγηση δεν αποσύρεται, δίνονται ασυνεπείς απαντήσεις και επιτείνεται η επαγρύπνηση του παιδιού σε άσχετες εντολές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΑΠΡΟΣΕΚΤΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ

<u>Μη-Λεκτική</u>	<u>Υπόδειγμα</u>	<u>Επανατροφοδότηση</u>	<u>Άλλο</u>
-Βλέμματα	-Γρήγορη	-Εκφράσεις	-Ομιλία με στόμφο
-Στάση	Διαδοχή ίδιων	-Γρήγορη αντίδραση	-Απάντηση
-Θέση	ασκήσεων	μετά το σωστό	
	-Ίδιες	-Αργή αντίδραση	
	Εναλλασσόμενες	μετά το λάθος	
	Ασκήσεις		
	-Ότι δεν ζητήθηκε		

Πίνακας, Leaf & McEachin, 1999, σελ. 14.

Σύμφωνα με το Μπουλουγούρη (1996), η Αγγελή και Βλάχου υποστηρίζουν ότι, είναι σημαντικό ο θεραπευτής να χρησιμοποιεί σταδιακά όλο και λιγότερο την παρεμβατική καθοδήγηση γιατί έτσι προάγεται μεγαλύτερη ανεξαρτησία και κατάκτηση εννοιών που διδάσκονται. Ένας τρόπος για να αποσυρθεί μία καθοδήγηση είναι να αυξηθεί συστηματικά η καθυστέρηση μεταξύ της οδηγίας και της καθοδήγησης. Αυτό δίνει στο παιδί την ευκαιρία να ξεκινήσει την απάντηση πριν δοθεί καθοδήγηση. Ωστόσο βέβαια, εάν περάσουν παραπάνω

από 2-3 δευτερόλεπτα πριν δοθεί η καθοδήγηση, οποιαδήποτε λεκτική οδηγία μπορεί να μην συγκρατηθεί στη μνήμη.

3.8.3. ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ/ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Σύμφωνα με τη Γενά (2002) και τους Leaf & McEachin (1999), η αντίδραση του παιδιού μπορεί να είναι είτε σωστή είτε λανθασμένη. Είναι καλό να γνωρίζει ο θεραπευτής εκ των προτέρων τί απάντηση και τί επίπεδο ποιότητας περιμένει για να κερδίσει το παιδί ενίσχυση. Πρέπει να χρησιμοποιεί σταθερά κριτήρια. Για παράδειγμα, πόσο κοντά πρέπει να έρθει το παιδί ώστε να πιάσει τη μύτη του, εάν η οδηγία ήταν «πιάσε τη μύτη σου». Θα πρέπει να είναι εμφανές και στο θεραπευτή και στο παιδί τί κριτήριο χρησιμοποιείται. Έχοντας ένα ξεκάθαρο καθορισμένο κριτήριο, προάγεται σταθερότητα, αυξάνεται η πιθανότητα μιας σωστής απάντησης και η αντικειμενικότητα του θεραπευτή.

Η απουσία αντίδρασης, όπως αναφέρουν η Γενά (2002) και οι Leaf & McEachin (1999), θεωρείται λανθασμένη αντίδραση, όπως λανθασμένες θεωρούνται και οι αντιδράσεις που συνοδεύονται από στερεότυπη ή άλλη διασπαστική συμπεριφορά. Οι στερεότυπες και οποιεσδήποτε άλλες διασπαστικές αντιδράσεις πρέπει να διακόπτονται αμέσως. Επίσης, προλαμβάνουμε όσο μπορούμε τα λάθη, γιατί η επανάληψη λαθών επιβραδύνει τη διαδικασία της μάθησης.

▼ Παράδειγμα 1^ο: το παιδί δίνει μια καλή απάντηση αλλά κοιτάζει μακριά.

Εάν επαινέσει ο θεραπευτής το παιδί εκείνη τη στιγμή, πολύ πιθανόν στο μέλλον να υπάρξουν περισσότερες απαντήσεις ενώ θα κοιτάει μακριά.

▼ Παράδειγμα 2^ο: ο θεραπευτής επαινεί το παιδί που απάντησε δείχνοντας π.χ. τη μύτη του σωστά, αλλά τη στιγμή που δίνεται η ενίσχυση, π.χ. ένα παιχνίδι, το παιδί γλιστράει από την καρέκλα του. Τότε πιθανόν το παιδί

να πιστέψει ότι η ενίσχυση είναι αποτέλεσμα του γεγονότος ότι έπεσε από την καρέκλα!

Στόχος είναι, όπως αναφέρουν οι Leaf & McEachin (1999), το σύνολο της ποιότητας των απαντήσεων να βελτιώνονται με τον καιρό. Αυτό γίνεται με το να προσαρμόζει ο θεραπευτής σταδιακά την απαίτηση, ώστε το παιδί να κερδίσει την ενίσχυση. Επίσης, ο θεραπευτής πρέπει να χρησιμοποιεί διαφορετικές συνέπειες, ώστε να διαμορφώσει αυθόρμητα σωστή συμπεριφορά στο παιδί αναφορικά με τη σωστή απάντηση και κατάλληλη προσοχή που δίνει το τελευταίο (π.χ. το παιδί πρέπει να αφήνεται να κάνει διάλειμμα όταν η φασαρία μειώνεται αντί να το κάνει όταν αυξάνεται).

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), δεν πρέπει να επιτρέπεται στο παιδί να προλαμβάνει την απάντηση. Εάν το παιδί αρχίσει να απαντάει πριν ο θεραπευτής τελειώσει την οδηγία, τότε ένα από τα παρακάτω πιθανόν να συμβαίνει:

- Ø Ο θεραπευτής είναι προβλέψιμος. Πρέπει να αλλάξει τη σειρά παρουσίας, ώστε το παιδί να μην μπορεί να αναγνωρίσει το πρότυπο.
- Ø Το παιδί μπορεί να μαντεύει. Ο θεραπευτής δεν πρέπει να το επιτρέψει, διότι το παιδί μπορεί τυχαία να δίνει σωστές απαντήσεις. Εν δοθεί ενίσχυση όταν συμβαίνει κάτι τέτοιο, τότε απλά προάγεται η τάση του παιδιού να μαντεύει.
- Ø Το παιδί μπορεί να μην προσέχει. Δεν πρέπει να επιτρέπονται απαντήσεις, από τη μεριά του θεραπευτή, όταν δεν προσέχει το παιδί.

Μερικές φορές συμβαίνει, όπως αναφέρουν οι ίδιοι, το παιδί να είναι προσεκτικό και να διορθώνει το λάθος χωρίς επιπλέον υποδείξεις από τον θεραπευτή. Με αυτό τον τρόπο ίσως θέλει να πάρει ενίσχυση. Η διαδικασία που δείχνει το παιδί (π.χ. επίλυση προβλημάτων) είναι μια πολύ σημαντική δεξιότητα. Ωστόσο, είναι σημαντικό σε ένα βαθμό, ο θεραπευτής να επαναλαμβάνει τη διαδικασία για να βεβαιωθεί ότι το παιδί απαντάει χωρίς να αυτοδιορθώνεται.

3.8.4. ΑΝΑΤΡΟΦΟΔΟΤΗΣΗ/ΣΥΝΕΠΕΙΑ

Σύμφωνα με τη Γενά (2002), τα επακόλουθα που απονέμει ο θεραπευτής έχουν άμεση συνάφεια με την αντίδραση του παιδιού. Η θετική ενίσχυση παρέχει την ανατροφοδότηση ότι η απάντηση ήταν σωστή και αυξάνει την πιθανότητα επανάληψης. Η αρνητική ανατροφοδότηση και απουσία ενίσχυσης, παρέχει την πληροφορία ότι η απάντηση δεν ήταν σωστή και μειώνει την πιθανότητα επανάληψης.

Η Γενά (2002), συνεχίζει, λέγοντας ότι τα ενισχυτικά επακόλουθα πρέπει να περιλαμβάνουν εκτός από πρωτογενείς ενισχυτές (π.χ. λιχουδιές, αγαπημένα αντικείμενα, κ.λ.π.), και κοινωνικούς ενισχυτές (π.χ. έπαινο, ένα χάδι, γαργάλημα, κ.λ.π.), τους οποίους το παιδί με αυτισμό αγνοεί στα πρώτα στάδια της θεραπείας αλλά μαθαίνει να τους αναγνωρίζει όταν συνδυάζονται με πρωτογενείς ενισχυτές.

Τα διορθωτικά επακόλουθα, όπως και τα ενισχυτικά επακόλουθα, σύμφωνα με τη Γενά (2002), έχουν παιδαγωγικό και όχι τιμωρητικό χαρακτήρα. Ο παιδαγωγός-θεραπευτής διορθώνει χωρίς να επιπλήττει ή να θυμώνει, αλλά ο τόνος της φωνής του είναι σοβαρός, όχι ενθουσιώδης. Επίσης, η διόρθωση είναι σύντομη και δεν δίνεται ιδιαίτερη σημασία στο λάθος. Αντίθετα, οι σωστές αντιδράσεις, όπως αναφέρουν οι Leaf & McEachin (1999), επιβραβεύονται εμφατικά.

α) ΣΩΣΤΟ: Έπαινος συν συνεχιζόμενη εναλλαγή επιλογής υποστηρικτικών ανταμοιβών.

Σωστό + καλή προσοχή = καλύτερη ενίσχυση

Σωστό + φτωχή προσοχή = ήπια ενίσχυση

β) ΛΑΘΟΣ: Πληροφοριακή επανατροφοδότηση ότι η απάντηση ήταν λάθος.

Λάθος + καλή προσοχή = υποστηρικτική ανατροφοδότηση (π.χ. «καλή προσπάθεια!»)

Λάθος + φτωχή προσοχή = ισχυρότερη διορθωτική ανατροφοδότηση (π.χ. «όχι», «πρόσεχε!», «πρέπει να κοιτάζεις!», «μπορείς και καλύτερα!», κ.λ.π.)

Γενικά, η Γενά (2002), ισχυρίζεται ότι, τονίζεται η σημασία των διαφορικών επακόλουθων, δηλαδή, προβάλλονται οι σαφείς διαφορές μεταξύ ενισχυτικών και διορθωτικών συνεπειών. Για το παιδί με ΔΑΔ πρέπει να είναι σαφές ποιες αντιδράσεις του είναι σωστές και ποιες λανθασμένες.

Καλό επίσης είναι, σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), ο θεραπευτής να χρησιμοποιεί ανατροφοδότηση, η οποία είναι πληροφοριακή (π.χ. «κράτησε κάτω τα χέρια», «δεν κοιτάζεις», «πολύ αργά!», «πες το καλύτερα!», κ.λ.π.). Με αυτό τον τρόπο παρέχεται περισσότερη πληροφόρηση η οποία είναι πιο φυσική και διαπλάθει τη γλώσσα.

Ο ενισχυτής όμως, θα πρέπει να εξασθενεί και να αποσύρεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα και να επιστρέφει σε φυσιολογικά επίπεδα συχνότητας, καθυστερήσεων και έντασης. Στην αρχή, ο ενισχυτής θα δίνεται στο 100% των σωστών απαντήσεων (πρόγραμμα συνεχούς ενίσχυσης). Καθώς η μάθηση βελτιώνεται, η αναλογία θα πρέπει να μειώνεται και να φθάνει σε ένα επίπεδο που θα γίνεται περιοδικά, ώστε να μειωθεί η εξάρτηση και ο εξωτερικός έλεγχος, να πλησιάζει σε αυτό που το παιδί θα συναντήσει σε φυσικά περιβάλλοντα και ως εκ τούτου την προαγωγή της γενίκευσης. Τέλος, να αποφευχθεί πιθανόν χάος (υπέρμετροι ενισχυτές μπορεί συχνά να κλιμακώσουν τη διασπαστική συμπεριφορά του παιδιού ή μπορεί απλά να το κατακλίσουν.

3.8.5. ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ ΔΙΑΛΕΙΜΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τη Γενά (2002), ο Κύκλος της Συστηματικής Διδασκαλίας ολοκληρώνεται με την απονομή επακόλουθων. Στη συνέχεια, προτού ξεκινήσει ο επόμενος κύκλος ή η επόμενη άσκηση, μεσολαβεί ένα χρονικό διάστημα 3-5

δευτερολέπτων, το οποίο ονομάζεται χρονικό διάστημα μεταξύ προσπαθειών. Η μεσολάβηση αυτού του διαστήματος, σύμφωνα με τη Γενά (2002) και τους Leaf & McEachin (1999), βοηθά στα παρακάτω:

- Δίνει χρόνο στο παιδί να επεξεργαστεί την πληροφορία (π.χ. ότι η απάντησή του ήταν σωστή ή ότι πρέπει να την αλλάξει)
- Δίνει το χρόνο στο θεραπευτή να επεξεργαστεί αυτό που μόλις συνέβη (π.χ. να σκεφτεί τι είδους ενίσχυση να χρησιμοποιηθεί στην επόμενη άσκηση, πότε να καθοδηγήσει το παιδί, ποιο βήμα από την ιεραρχία της καθοδήγησης να χρησιμοποιήσει, τι λεξιλόγιο να χρησιμοποιήσει στις οδηγίες για την επόμενη άσκηση, κ.λ.π.
- Δίνει στο παιδί να καταλάβει ότι θα ξεκινήσει μια νέα προσπάθεια για μάθηση και του διδάσκει να περιμένει, κάτι το οποίο κοινά θα συμβεί σε πιο φυσικούς χώρους.
- Επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων (καταγραφές).
- Κάνει την έναρξη της επόμενης άσκησης πιο ευδιάκριτη.

Το ενδιαμέσο διάλειμμα, όπως αναφέρουν οι Leaf & McEachin (1999), θα πρέπει να προσαρμόζεται ώστε να διατηρεί ένα καλό ρυθμό εργασίας. Αντίθετα, πολύ γρήγορος ρυθμός ίσως είναι χαοτικό και έτσι καταλήξει σε φτωχά αποτελέσματα και αυξήσει την ταραχή. Πολύ αργός ρυθμός ίσως δημιουργήσει έλλειψη προσοχής. Τέλος, πρέπει να είναι βέβαιο ότι ο θεραπευτής δίνει το ρυθμό και όχι το παιδί.

3.9. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Σύμφωνα με την Καλαντζή-Αζίζι (1990), η λειτουργική θεραπεία της οικογένειας του Alexander (1983) μπορεί να θεωρηθεί διεύρυνση των μοντέλων

που προτείνονται τελευταία στους κόλπους των θεραπειών της συμπεριφοράς. Μερικοί όμως υποστηρίζουν ότι είναι κάτι το εντελώς διαφορετικό. Οι ίδιοι οι συνεργάτες του Alexander μιλούν για μια σύνθεση συμπεριφοριστικών, γνωστικών και συστημικών προοπτικών.

Για να γίνει κατανοητή αυτή η προσέγγιση θα αναλυθούν παρακάτω κάποιες έννοιες κλειδιά που, σύμφωνα με την Καλαντζή-Αζίζι (1990), προτείνει ο Alexander και η ομάδα του. α) Οι σχέσεις ενσυναίσθησης και θεραπείας: Στην πρώτη αυτή φάση, διαφοροποιείται η λειτουργική θεραπεία της οικογένειας τόσο από τις παραδοσιακές «ασκήσεις γονέων» συμπεριφοριστικού τύπου, που εισάγουν τη «θεραπεία» δηλαδή την επανεκπαίδευση των γονέων αμέσως χωρίς προκαταρκτική διερεύνηση της κατάστασης, όσο και από ορισμένες μορφές συστημικής θεραπείας της οικογένειας των οποίων το κύριο στοιχείο είναι η αλλαγή των ερμηνειών π.χ. με παράδοξες επιδιώξεις (πρακτική όπου ζητείται από τον θεραπευόμενο το ακριβώς αντίθετο αποτέλεσμα από το επιδιωκόμενο). Εδώ γίνεται μια προσπάθεια μιας οργανωμένης αλλαγής τόσο στην εξωτερικευμένη συμπεριφορά όσο και στα γνωστικά σχήματα. Δηλαδή, πώς να γίνουν οι γονείς πιο ευαίσθητοι στα θέματα που πρέπει να γίνουν, πώς να αποκτήσουν συναίσθηση για τις ανάγκες του παιδιού και τέλος πώς να μάθουν χειρισμούς επίλυσης των προβλημάτων.

β) Η αλλαγή ερμηνείας: Αλλαγή ερμηνείας, όπως αναφέρει η Καλαντζή-Αζίζι (1990), σημαίνει ότι δίνουμε σε διάφορες καταστάσεις που βρίσκονται σε ένα δεδομένο πλαίσιο σχέσεων ή αλληλεπιδράσεων μια άλλη θετική ερμηνεία. Αυτό δε το στοιχείο είναι ο μέγιστος κοινός παρονομαστής όλων των μοντέλων θεραπειών της οικογένειας.

Πριν λοιπόν από κάθε είδος παρέμβασης, η Καλαντζή-Αζίζι (1990), υποστηρίζει ότι πρέπει να γίνει μια καταγραφή του τρόπου ερμηνείας των καταστάσεων. Χρειάζεται έπειτα μια εισαγωγική φάση με σκοπό να καταγραφεί το σχέδιο αλλαγής της ερμηνείας. Ο Alexander ονομάζει τη φάση αυτή δημιουργική-γνωστική αλλαγή που σημαίνει επαναπροσδιορισμός και

επανατοποθέτηση ερμηνειών σε θετικά πια ερμηνευτικά πλαίσια τόσο στο επίπεδο των κινήτρων όσο και των σχέσεων και τελικά στο όλο σύστημα επικοινωνίας της οικογένειας. Στο επίκεντρο λοιπόν της παρέμβασης έρχεται η ερμηνεία.

γ) Η σημασία της συμπεριφοράς: Συνήθως δίνεται μια ερμηνεία στη συμπεριφορά ενός μέλους της οικογένειας, η οποία είναι γεμάτη επίπληξη και έχει χαρακτήρα ταπείνωσης του άλλου. Αυτό το γεγονός, σύμφωνα με την Καλαντζή-Αζίζι (1990), η ομάδα του Alexander το θεωρεί ως κακή προϋπόθεση για μια επιτυχή παρέμβαση και επιμένει ότι πρώτα απ' όλα πρέπει να γίνει αλλαγή της σημασίας της συμπεριφοράς, δηλαδή του προβλήματος του παιδιού, προς μία καινούρια κατεύθυνση όπου οι ερμηνείες θα εστιάζονται στις σχέσεις ή αλληλεπιδράσεις και δεν θα είναι μειωτικές.

δ) Η λειτουργία της συμπεριφοράς: Σύμφωνα με την Καλαντζή-Αζίζι (1990), σχετικά με τη λειτουργία της συμπεριφοράς, ο Alexander και οι συνεργάτες του θέλουν να επιστήσουν την προσοχή, στο ότι κάθε συμπεριφορά ενός μέλους της οικογένειας είναι μια συνάρτηση του ενδοοικογενειακού μηχανισμού ρύθμισης γύρω από τους άξονες «πλησίασμα-απόσταση». Αυτός ο μηχανισμός ρύθμισης φαίνεται πως είναι μια πολύ σημαντική διάσταση και όλες οι σχολές ή κατευθύνσεις θεραπείας της οικογένειας υπογραμμίζουν αυτό το κεντρικό θέμα δυναμικής της οικογένειας, όπου διαγράφεται η «πρωταρχική σύγκρουση μεταξύ πολύ στενών διαπροσωπικών σχέσεων και αυτονομίας».

Μια παραδοσιακή συμπεριφοριστική προσέγγιση για τους γονείς, σύμφωνα με την Καλαντζή-Αζίζι (1990), δεν θα έπαιρνε υπόψη όλο αυτό το μηχανισμό αλλά θα άρχιζε μια εξάσκηση κυρίως της μητέρας, σε πρόγραμμα βασισμένο π.χ. στις ενισχύσεις προκοινωνικής συμπεριφοράς. Στη πραγματικότητα όμως, θα πρέπει να γίνεται πάντα εμπειριστατωμένη λειτουργική ανάλυση, να προβλέπονται οι πιθανές έντονες αντιστάσεις και μετά να γίνεται η κατάλληλα επιλογή από την πληθώρα των συμπεριφοριστικών μεθόδων και τεχνικών που έχουν ήδη εξελιχθεί αλλά και που εξελίσσονται συνεχώς.

Η λειτουργική θεραπεία της οικογένειας του Alexander και της ομάδας του, όπως αναφέρει η Καλαντζή-Αζίζι (1990), έχει συγκριθεί και με άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις και έχει αποδειχτεί η αποτελεσματικότητά της. Εξετάστηκε ακόμα και το θέμα της μονιμότητας των θετικών αλλαγών της συμπεριφοράς στο χρόνο. Τα αποτελέσματα ήταν και εδώ θετικά και μάλιστα όχι μόνο σε σχέση με το κυρίως πρόβλημα αλλά και με το γενικότερο ενδοοικογενειακό επικοινωνιακό κλίμα που παρέμεινε θετικό.

3.10. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Corey (1999), ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα της θεραπείας της συμπεριφοράς είναι η αναγνώριση των συγκεκριμένων στόχων στην έναρξη της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι θεραπευτές έχουν στη διάθεσή τους μία ευρεία κλίμακα επιλογών σχετικά με τις τεχνικές που μπορούν να εφαρμόσουν στη θεραπευτική διαδικασία.

Επίσης, όπως αναφέρει ο Corey (1999), μία από τις συμβολές της θεραπείας της συμπεριφοράς είναι η έμφαση που δίνει στην έρευνα και στην αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Έγκειται στους θεραπευτές να αποδείξουν ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματική. Εάν δεν σημειώνεται πρόοδος, εξετάζουν προσεκτικά την αρχική ανάλυση και το θεραπευτικό σχέδιο που έχει διαμορφωθεί. Απ' όλες τις θεραπευτικές προσεγγίσεις καμία δεν έχει υποβληθεί σε τέτοιο βαθμό εμπειρικής έρευνας όπως η θεραπεία της συμπεριφοράς.

Ο Corey (1999), θεωρεί ότι αυτό το είδος της εστιασμένης έρευνας χαρακτηρίζει τη θεραπεία της συμπεριφοράς περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη προσέγγιση, και παρέχει ένα πλαίσιο εργασίας για την εκπόνηση μελετών που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην αξιολόγηση των τεχνικών που απορρέουν από άλλες θεραπευτικές σχολές.

Μια άλλη συμβολή των συμπεριφοριστών θεραπευτών, όπως αναφέρει ο Corey (1999), είναι η προθυμία τους να εξετάσουν την αποτελεσματικότητα των διαδικασιών που χρησιμοποιούν σχετικά με τη γενίκευση, τη σημασία και τη σταθερότητα της αλλαγής. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι οι μέθοδοι θεραπείας της συμπεριφοράς είναι περισσότερο αποτελεσματικές από τη μη εφαρμογή θεραπείας. Επιπλέον, διάφορες συμπεριφορικές διαδικασίες είναι σήμερα οι καλύτερες θεραπευτικές στρατηγικές που έχουμε στη διάθεσή μας για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων. Σε σύγκριση με τις εναλλακτικές προσεγγίσεις, οι συμπεριφορικές τεχνικές έχουν αποδειχτεί να είναι, γενικά τουλάχιστον, εξίσου αποτελεσματικές και συχνά περισσότερο αποτελεσματικές στην αλλαγή των συμπεριφορών εκείνων που αποτελούν το στόχο της θεραπείας.

Γενικά, έχουν διατυπωθεί πολλές επικρίσεις για τη θεραπεία της συμπεριφοράς σε παιδιά με ΔΑΔ. Η κριτική που ασκείται, σύμφωνα με τον Μπεζεβέγκη (1987), κατά της θεραπείας της συμπεριφοράς είναι ότι είναι υπερβολικά μηχανιστική και αντιμετωπίζει τα παιδιά με αυτισμό σαν «αντικείμενα» και όχι σαν πρόσωπα που μπορούν να κάνουν τις δικές τους επιλογές. Έτσι, με την έννοια αυτή, οι συμπεριφοριστικές μέθοδοι θα πρέπει να θεωρηθούν σαν απάνθρωποι τρόποι αντιμετώπισης των ανθρώπινων προβλημάτων. Οι ίδιοι οι συμπεριφοριστές, από το άλλο μέρος υποστηρίζουν πως η θεραπεία ίσως χρειάζεται να είναι μηχανιστική, όσο η συμπεριφορά των παιδιών αυτών είναι μηχανική. Εξάλλου, η θεραπεία της συμπεριφοράς βασίζεται και στην πίστη του θεραπευτή ότι το παιδί μπορεί να αλλάξει τη συμπεριφορά του και να βελτιώσει την κατάστασή του, μια πίστη που έχει έντονο το ανθρώπινο στοιχείο.

Επιπλέον, όπως αναφέρει η Καλαντζή-Αζίζι (1998), οι επικριτές θα είχαν δίκιο ως προς την τεχνοκρατική και νομοτελική εφαρμογή των μεθόδων του συμπεριφορισμού, όπως υποστηρίζουν, αν ο παιδαγωγός, ο ψυχολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός και γενικά αυτοί που εφαρμόζουν αυτές τις μεθόδους,

καθοδηγείται μόνο από την τεχνική. Οι μέθοδοι και τεχνικές όμως, είναι και πρέπει να είναι βοηθητικά μέσα για τον παραμερισμό μεμονωμένων περιπτώσεων παρεκκλίσεων της συμπεριφοράς.

Ένα άλλο επιχείρημα εναντίον της θεραπείας της συμπεριφοράς, σύμφωνα με την Καλαντζή-Αζίζι (1998), είναι ότι απομονώνεται ένα σύμπτωμα και δεν παίρνεται υπόψη όλη η προσωπικότητα του ανθρώπου, οι έως τώρα εμπειρίες του, κ.λ.π. Με αυτό τον τρόπο λοιπόν, μεγαλώνει ο κίνδυνος μιας υποτροπής ή η δημιουργία καινούριων συμπτωμάτων. Είναι βέβαια γεγονός, ότι στις πρώτες πειραματικές μελέτες πάνω στις θεραπείες της συμπεριφοράς υπερτονιζόταν ένα μόνο τμήμα της συμπεριφοράς. Τώρα όμως δίνεται μεγάλο βάρος στη συστηματική ανάλυση των συνθηκών που δημιούργησαν και ενίσχυσαν την προβληματική συμπεριφορά. Ίσως, λοιπόν, οι επικριτές αγνοούν τις εξελίξεις και είναι επηρεασμένοι από την παλαιότερη βιβλιογραφία.

Σχετικά με αυτό, ο Corey (1999), αναφέρει ότι, ένα δυνατό των συμπεριφορικών διαδικασιών είναι ότι λαμβάνουν υπόψη τους τις κοινωνικές και πολιτισμικές διαστάσεις της ζωής του ατόμου. Δεν στέκονται δηλαδή στους ενδοψυχικούς παράγοντες και εστιάζουν την προσοχή τους στις περιβαλλοντικές συνθήκες του ατόμου. Ένας θεραπευτής για να είναι ικανός πρέπει να έχει στη διάθεσή του περισσότερα στοιχεία από έναν απλό κατάλογο των τεχνικών που μπορεί να χρησιμοποιήσει. Πρέπει επιπλέον, να δίνει περισσότερη προσοχή στο περιβάλλον του ατόμου, στα βιολογικά και κοινωνικοψυχολογικά χαρακτηριστικά του.

Όπως έχει τονιστεί εξάλλου, σύμφωνα με την Καλαντζή-Αζίζι (1998), ο όρος «συμπεριφορά» (Behaviour) περιλαμβάνει πια όλες τις λειτουργίες (αντιληπτικές, συναισθηματικές, γνωστικές, βιολογικές). Ο Mahoney μάλιστα, σύμφωνα με την Καλαντζή-Αζίζι (1998), τονίζει ότι ο στόχος της ψυχολογική παρέμβασης πρέπει να είναι πρώτα η αλλαγή στις δομές των εσωτερικών διεργασιών, γιατί μόνο τότε θα έχουμε μόνιμες επιθυμητές αλλαγές στην εξωτερικευμένη συμπεριφορά.

3.11. Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Ο κοινωνικός λειτουργός στις Σ.Μ.Ε.Α, όπως έχει ήδη αναφερθεί σε προηγούμενα κεφάλαια, παρέχει εξατομικευμένα προγράμματα καθώς και ομαδικά προγράμματα, στην εργασία του με παιδιά με αυτισμό. Με το εξατομικευμένο πρόγραμμα, ο κοινωνικός λειτουργός αντιλαμβάνεται ποιες ικανότητες θα πρέπει να καλλιεργηθούν και ποιες συμπεριφορές να περιοριστούν. Με το ομαδικό πρόγραμμα, ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά τα παιδιά να διαμορφώσουν κοινωνική συμπεριφορά μέσα από καλές διαπροσωπικές σχέσεις και συνεργασία με τους συμμαθητές τους. Για την επίτευξη των παραπάνω εργασιών του, χρησιμοποιεί ως μέσο το παιγνίδι για να επιτύχει κοινωνική ένταξη.

Το παιγνίδι, σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), έχει τους παρακάτω μακροπρόθεσμους στόχους:

1. αναπτύσσει την αποδεκτή συμπεριφορά
2. αναπτύσσει δεξιότητες που θα επιτρέψουν την αύξηση της ανεξαρτησίας και τη δημιουργική χρήση του ελεύθερου χρόνου
3. βοηθά στη γενίκευση της γλώσσας και των γνωστικών δεξιοτήτων
4. παρέχει το χώρο για την ανάπτυξη και τη χρήση της φαντασίας, δημιουργικότητας και αφηρημένης σκέψης
5. αυξάνει την προσοχή
6. βελτιώνει τη φυσική και συναισθηματική κατάσταση και αυτοεκτίμηση
7. παρέχει ευκαιρίες για μάθηση μέσω παρατήρησης
8. στηρίζει τρόπους αλληλεπίδρασης με τους συνομηλίκους
9. αναπτύσσει ενδιαφέροντα κατάλληλα για την ηλικία του παιδιού
10. βελτιώνει την ποιότητα ζωής

Η Γενική Στρατηγική Διδασκαλίας, που πρέπει να ακολουθεί ο ειδικός, σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), είναι η παρακάτω:

1. επιλέγει στόχο δεξιότητας παιχνιδιού
2. χωρίζει τη δεξιότητα σε βήματα που μπορούν να διδαχτούν
3. διδάσκει ένα βήμα κάθε φορά
4. κάνει τη δραστηριότητα όσο το δυνατόν πιο σύντομη
5. δίνει άπλετη ενίσχυση, δίνοντας έμφαση τόσο με την έκφραση, όσο και με τις χειρονομίες του
6. αποσύρει την επίβλεψη ενώ ενθαρρύνει και ενισχύει το μαθητή για το κατάλληλο παιχνίδι
7. εάν συμβαίνει συχνά διασπαστική συμπεριφορά, κοιτάει τη φύση του ερεθίσματος και προσδιορίζει τις δραστηριότητες παιχνιδιού που περιλαμβάνουν την πλευρά αυτή

Στην Κοινωνική Εργασία με Άτομα, όπως ήδη γνωρίζουμε, ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί ανεξάρτητη εργασία και παιχνίδι. Έτσι, προσπαθεί να επιτύχει κάποιους μακροπρόθεσμους στόχους, που σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), είναι οι παρακάτω:

- ✓ να αυξήσει τη διάρκεια της απασχόλησης
- ✓ να αναπτύξει την ανεξαρτησία
- ✓ να προάγει την κατάλληλη δραστηριότητα ανάπαυσης
- ✓ να βοηθήσει στο να γίνει η ενσωμάτωση στην τάξη επιτυχής
- ✓ να ελαττώσει τη συμπεριφορά απομόνωσης

Επιπλέον, όπως ήδη έχει αναφερθεί, οι δραστηριότητες που χρησιμοποιεί ο κοινωνικός λειτουργός στην εργασία του με τα παιδιά, του δίνουν τη δυνατότητα να παρατηρεί συγκεκριμένες συμπεριφορές και στάσεις των παιδιών, καθώς και τις προτιμήσεις τους.

Στην Κοινωνική Εργασία με Ομάδα παιδιών με αυτισμό, ο κοινωνικός λειτουργός επιδιώκει την αλληλεπίδραση με συνομηλίκους, ώστε να επιτευχθούν ικανότητες κοινωνικοποίησης των παιδιών.

Οι αντικειμενικοί στόχοι των παραπάνω, σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), είναι οι εξής:

- ✓ Καθιέρωση και αύξηση των αποκρίσεων στην επικοινωνία με τους συνομηλίκους, στο παιχνίδι και στις συμμετοχικές δραστηριότητες
- ✓ Καθιέρωση και αύξηση των δραστηριοτήτων αυτών με τους συνομηλίκους
- ✓ Διευκόλυνση της γλώσσας (η γλώσσα των παιδιών ενισχύεται συχνά ως αποτέλεσμα παρατήρησης)
- ✓ Αύξηση των ικανοτήτων παρατήρησης

Η επιλογή των ικανοτήτων-δεξιοτήτων παιγνιδιού θα πρέπει να βασίζεται, όπως αναφέρουν οι Leaf & McEachin (1999), στο ποιες ικανότητες θα διευκολύνουν την κοινωνική ολοκλήρωση, και ποιο παιχνίδι απολαμβάνει περισσότερο το παιδί. Το παιχνίδι θα πρέπει να είναι κατάλληλο για την ηλικία του μαθητή. Πρέπει να επιλέγονται δραστηριότητες που είναι αμοιβαία διασκεδαστικές και αλληλεπιδραστικές. Για κάθε δραστηριότητα θα πρέπει να αναπτύσσονται συγκεκριμένοι στόχοι για συμπεριφορές που θέλει ο ειδικός να πετύχει. Για παράδειγμα, η χρήση της γλώσσας, η επαφή με τα μάτια, η αλληλουχία της σειράς, πού να είναι, τί να κάνει. Φυσικά, θα πρέπει να κατανοείται η συζήτηση, ώστε να είναι κατάλληλη για την ηλικία και η συμπεριφορά και οι αλληλεπιδράσεις, έτσι ώστε να διευκολυνθούν οι κατάλληλες, για την ηλικία, αλληλεπιδράσεις. Καλό είναι οι ειδικοί να μην βιάζονται να δώσουν κατευθύνσεις ή προτροπές, ώστε να ευνοηθεί η αυθόρμητη συμπεριφορά.

Για να αναπτύξει το παιδί ικανότητες κοινωνικοποίησης, πρέπει οι ειδικοί να ακολουθούν μια γενική στρατηγική, που σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), είναι οι παρακάτω:

1. επιλογή της ικανότητας κοινωνικοποίησης
2. διαίρεση των ικανοτήτων σε διδάξιμα μέρη
3. επίδειξη της συγκεκριμένης ικανότητας στο παιδί

4. ανεξάρτητη παρουσίαση της ικανότητας, μέσω πρακτικής άσκησης του παιδιού σε αυτή την ικανότητα
5. εξάλειψη της επίβλεψης και ενθάρρυνση του παιδιού μέσω ενίσχυσης όταν παρατηρείται κατάλληλη κοινωνικοποίηση

Τα στάδια της κοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού, που πρέπει να έχουν υπόψη τους οι ειδικοί, σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), είναι να:

1. προώθηση του παιδιού σε απλό παιχνίδι με άλλους, όπως μπάλα
2. μίμηση του παιδιού πράξεων ενός άλλου παιδιού
3. προσπάθεια συμμετοχής του παιδιού, ενώ παρακολουθεί τους άλλους να παίζουν
4. παιχνίδι μόνο του με την παρουσία άλλων παιδιών
5. παρακολούθηση των άλλων παιδιών να παίζουν και παιχνίδι κοντά τους
6. συμμετοχή του παιδιού σε απλά ομαδικά παιχνίδια
7. έναρξη παιχνιδιού με άλλα παιδιά υπό την επίβλεψη του ενήλικου
8. έναρξη τήρησης της σειράς του
9. τήρηση της σειράς τους με βοήθεια
10. σχηματισμός ενός προσωρινού ζευγαριού με κάποιο άλλο παιδί
11. συνεργάσιμο παιχνίδι που απαιτεί και βοήθεια
12. τήρηση της σειράς του χωρίς επίβλεψη
13. συνεργάσιμο παιχνίδι με μέχρι δύο παιδιά για τουλάχιστον 15 λεπτά
14. απόκτηση αρκετών φίλων, αλλά μόνο έναν πολύ καλό φίλο
15. συνεργάσιμο παιχνίδι σε μεγάλα ομαδικά παιχνίδια

Ο κοινωνικός λειτουργός, όπως γνωρίζουμε, σε όλες τις παραπάνω εργασίες του με τα παιδιά με αυτισμό, χρησιμοποιεί κάποιες δεξιότητες, όπως πρόκληση εν διαφέροντος, οδηγίες, προσφορά βοήθειας, αξιολόγηση και ενίσχυση.

Εκτός από την κοινωνικοποίηση, σκοπός του κοινωνικού λειτουργού είναι να αναπτύξουν τα παιδιά ικανότητες αυτοβοήθειας και ανεξαρτητοποίησης σε καθημερινές καταστάσεις και ανάλογα της ηλικίας τους, σε συνεργασία πάντα με τους γονείς, ώστε να επιτευχθεί η ομαλή ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο.

Για να επιτευχθούν ικανότητες αυτοβοήθειας και ανεξαρτητοποίησης, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να ακολουθεί μια διαδικασία. Σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), είναι σημαντικό να ακολουθηθεί μια ανάλυση της εργασίας. Πολλές ικανότητες θα πρέπει να χωριστούν σε επιμέρους διδάξιμα τμήματα. Αυτό θα απλοποιήσει την ικανότητα και έτσι θα μειώσει την ενόχληση του παιδιού. Διασφαλίζει επίσης ότι το παιδί θα καταλάβει το κάθε ανεξάρτητο κομμάτι. Το πιο σημαντικό είναι ότι βοηθάει να προαχθεί η συνέπεια. Το να διδαχτούν όμως, πολύπλοκες διαδικασίες με τη μία, δεν είναι αποτελεσματική μέθοδος.

Είναι απαραίτητο επίσης, όπως αναφέρουν οι Leaf & McEachin (1999), να ακολουθηθεί η έννοια της πολύς καλής κατοχής. Δηλαδή το παιδί θα πρέπει να διδάσκεται ένα βήμα την κάθε φορά. Ένα βήμα θεωρείται ότι έχει μαθευτεί πολύ καλά όταν μπορεί να πραγματοποιείται ανεξάρτητα (χωρίς προτροπές) για τρεις συνεχόμενες συναντήσεις.

Η ιεραρχία των προτροπών που συνήθως χρησιμοποιείται από τους ειδικούς, σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), είναι η ακόλουθη:

- Προτροπή χειρονομίας
- Έμμεση ή λεκτική προτροπή (συνέχισε)
- Άμεση ή λεκτική προτροπή (φέρε την πετσέτα)
- Ανάπλαση
- Σωματική καθοδήγηση

Κάποια στιγμή οι προτροπές θα πρέπει να εξαλειφθούν από τους ειδικούς, ώστε, όπως αναφέρουν οι Leaf & McEachin (1999), το παιδί να πραγματοποιεί τα διάφορα καθήκοντα ανεξάρτητα. Είναι σημαντικό οι ειδικοί να διδάσκουν σε χρόνους όπου το παιδί δεν παρουσιάζει προβλήματα και παρουσιάζει ενδιαφέρον και κίνητρα για να μάθει. Όπου είναι δυνατό, αυτό θα πρέπει να συμβαίνει υπό φυσιολογικές συνθήκες, αλλά όχι εις βάρος της ποιότητας της διδασκαλίας. Για παράδειγμα, η προετοιμασία για το σχολείο είναι ένα φυσιολογικό περιστατικό ώστε να διδαχτεί το ντύσιμο, αλλά συχνά δεν είναι ο

ιδανικός συγχρονισμός λόγω της πίεσης του χρόνου. Ένας άλλος ιδανικός χρόνος είναι λίγο πριν πάει το παιδί έξω για να παίξει διότι μπορεί να υπάρξει όσος χρόνος χρειάζεται και υπάρχει μία φυσική ενίσχυση και ένας φυσικός λόγος για να γίνει εξάσκηση στη συμπεριφορά του.

Στοιχεία που εκτιμώνται από τους ειδικούς στην καθημερινή αναφορά, σε σχέση με τη συμπεριφορά του παιδιού, σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), είναι τα παρακάτω:

- Ø ακολουθεί τους κανόνες στην τάξη
- Ø έχει τα χέρια «κοντά»
- Ø κρατά τα μάτια στον ειδικό στις κατάλληλες χρονικές στιγμές
- Ø ακολουθεί μεμονωμένες κατευθύνσεις
- Ø ακολουθεί ομαδικές και υπό όρους κατευθύνσεις
- Ø ακολουθεί τη ρουτίνα χωρίς κατεύθυνση ή πρότυπο (π.χ. τακτοποιεί), μένει γύρω από άλλα παιδιά, δεν απομονώνεται
- Ø αποκρίνεται στη συνομιλία άλλων παιδιών
- Ø αρχίζει τα παιχνίδια
- Ø αρχίζει λεκτική αλληλεπίδραση
- Ø δεν πηγαίνει πάρα πολύ γρήγορα με τη δραστηριότητα
- Ø μένει υπομονετικό στο πότε πρέπει να περιμένει
- Ø παραμένει στην οριζόμενη θέση την ώρα της εργασίας
- Ø παρουσιάζει σαφήνεια στη γλώσσα
- Ø παρατηρεί τι κάνουν τα άλλα παιδιά και παίρνει στοιχεία από αυτά
- Ø μετακινείται με ομοιομορφία
- Ø μοιράζεται παιχνίδια
- Ø απέχει από στερεότυπες συμπεριφορές
- Ø παίζει κατάλληλα με παιχνίδια
- Ø παραμένει στο «καθήκον» της δουλειάς
- Ø παραμένει στην επιλεγμένη (ή ανατιθέμενη) δραστηριότητα

Ε.4. ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Σύμφωνα με τον Κολλάτο (1984), η Tustin αναφέρει ότι οι περισσότεροι από τους ψυχαναλυτές παραδέχονται ότι ορισμένοι εγγενείς παράγοντες παίζουν σπουδαίο ρόλο στην εξέλιξη του αυτισμού. Υποστήριξαν ότι τα παιδιά αυτά γεννιούνται σε μια περίοδο όπου οι γονείς είναι ή χωρισμένοι ή στα πρόθυρα του χωρισμού, πράγμα που σημαίνει ότι η μητέρα περνάει μια περίοδο κατάθλιψης και γι' αυτό δεν είναι σε θέση να έχει μια κανονική σχέση με το παιδί της. Δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τα δικά του προβλήματα γιατί είναι προσκολλημένη στα δικά της. Την κατάσταση αυτή συλλαμβάνει το βρέφος και νιώθει και αυτό ανασφαλές και απροστάτευτο. Και εφόσον δεν μπορεί να έχει επαφή με τη μητέρα και το σώμα της, καταφεύγει στο δικό του σώμα, γίνεται δηλαδή «αυτιστικό». Ευτυχώς η θεωρία αυτή έχει εκλείψει, όμως η κατεύθυνση αυτή θεραπείας παραμένει.

Γι' αυτό το λόγο, όπως αναφέρει η Καλαντζή-Αζίζι (1990), η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση που θα έπρεπε να έχει «εις βάθους» αντίκτυπο και να στοχεύει σε μακροχρόνια και σταθερή αλλαγή των στάσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας χρειάζεται τα παρακάτω:

- α) να βάλει κατ' αρχήν το θέμα «πρόβλημα του παιδιού» σε δεύτερη μοίρα
- β) να ασχοληθεί πρώτα με τους ίδιους τους γονείς, δηλαδή να διαφωτίσει τον τρόπο επικοινωνίας μεταξύ των γονιών σε πολλαπλά επίπεδα και κυρίως στο επίπεδο του ζεύγους.

Οι διαδοχικές φάσεις της ψυχοθεραπείας των αυτιστικών παιδιών όπως αναφέρουν οι, Tustin, σύμφωνα με τον Κολλάτο (1984), αλλά και την Καλαντζή-Αζίζι (1990), είναι οι ακόλουθες:

1^η Φάση: *Γονεοκεντρική*, με γενικό στόχο την καλύτερευση της επικοινωνίας των δύο γονέων γενικά. Οι πληροφορίες που χρειάζονται για να δημιουργηθεί

το πλαίσιο παρέμβασης συλλέγονται μέσω ελεύθερων και δομημένων συνεντεύξεων και βάσει ερωτηματολογίων. Αφού οι γονείς συνεργαστούν μεταξύ τους και κρίνουν ότι μπορούν να επικοινωνήσουν σε πολλαπλά επίπεδα ικανοποιητικά ακολουθεί η επόμενη φάση.

2^η Φάση: *Παιδοκεντρική*, με γενικό στόχο να βοηθήσουμε το παιδί να ανταποκριθεί στα εξωτερικά ερεθίσματα με πιο ρεαλιστικό τρόπο. Φάση εξαιρετικά δύσκολη στο μέτρο που οφείλουμε να επιχειρήσουμε μια ψυχοθεραπεία σε ένα παιδί, που εκτός από ελάχιστες εντυπώσεις δεν έχει άλλου είδους ψυχική ζωή. Οι φυσιολογικοί μηχανισμοί του βρέφους αναπτύχθηκαν ασύμμετρα από υπερβολική αντίδραση και δημιούργησαν μια παραλυτική κατάσταση, μέσα στην οποία το υποκείμενο προσδένεται σε ένα αντικείμενο που του εξασφαλίζει μια διαρκή προστασία. Πρέπει να φροντίσουμε να βγει από αυτή την παραληρητική κατάσταση, η οποία πιθανά οφείλεται σε κάποια έντονη αποστέρηση. Το παιδί μέσω της ψυχανάλυσης θα ξαναζήσει αυτή την τραυματική εμπειρία, όπου τίποτα δεν πήγαινε καλά και εξαιτίας του ψυχολογικού καταναγκασμού σταμάτησε η εξέλιξή του. Όταν ξεπεραστεί κατά κάποιο τρόπο ο ψυχολογικός καταναγκασμός, τότε αρχίζει το παιδί σιγά-σιγά να πλησιάζει τον αναλυτή. Όταν λοιπόν το παιδί αρχίσει να δέχεται τη θεραπευτική αγωγή, η επαφή μεταξύ τους γίνεται στενότερη (αναλυτή-παιδιού), το κενό συμπληρώνεται, κινούνται πια στο ίδιο επίπεδο.

Σύμφωνα με τον Κολλάτο (1984), η Tustin αναφέρει ότι, στην αρχή της θεραπευτικής αγωγής η επικοινωνία περιορίζεται στη συμπεριφορά του αναλυτή, στον τόνο της φωνής του και στα συναισθήματα που προκαλεί στο παιδί. Στη συνέχεια μπορεί να αναπτυχθεί και η γλωσσική επικοινωνία, περιορισμένη βέβαια, και στενά δεμένη με τα παιχνίδια: «ο Τζον, π.χ. ανάλογα με τα συναισθήματα που του προκαλούσε η θεραπευτική αγωγή, τοποθετούσε και την κούκλα στο κρεβάτι του. Όταν ένιωθε σιγουριά την τοποθετούσε με προσοχή, όταν υπήρχαν δυσκολίες την πετούσε βίαια απ' έξω» (Κολλάτος, 1984, σελ.78). Οι ψυχαναλυτικές αυτές ερμηνείες που αφορούν στη χρησιμοποίηση

των παιχνιδιών, στηρίζονται σε πολύ εύθραυστες αποδείξεις, που όμως μπορούν να εγκαταστήσουν μια κάποια επικοινωνία ανάμεσα στον αναλυτή και στο παιδί.

Όπως προαναφέραμε, στην αρχή κυρίως της θεραπευτικής αγωγής το παιδί δεν έχει σχεδόν καμία επαφή με τον αναλυτή. Αυτό στηρίζεται, όπως αναφέρει η Tustin, σύμφωνα με τον Κολλάτο (1984), στο μεγάλο φόβο που νιώθει το αυτιστικό παιδί για την εγκατάλειψη. Σε αυτή την κατάσταση πλήρους απελπισίας, το παιδί σχηματίζει την εντύπωση ότι θα πληγωθεί ή θα εκμηδενιστεί ή ότι θα χαθεί μέσα σε ένα αχόρταγο στόμα (το στόμα της μάνας).

Σύμφωνα με την Καλαντζή-Αζίζι (1990), τα αυτιστικά παιδιά δεν έχουν ικανότητα συμβολοποίησης. Το αυτιστικό παιδί με τις πράξεις του δημιουργεί μία κατάσταση στην οποία επιθυμεί να συμμετέχει. Σε κάποια φάση της ψυχοθεραπείας, τα αυτιστικά παιδιά έχουν παραισθήσεις. Κυρίως έμμονες ιδέες καταδίωξης. Οι γονείς την περίοδο αυτή τρομοκρατούνται γιατί νομίζουν πως το παιδί τους έχασε τα λογικά του. Όμως οι παραισθήσεις δίνουν στο παιδί τη δυνατότητα κατασκευής νοητικών εικόνων. Έτσι, με τη βοήθεια των ψευδαισθήσεων, αποκτά φαντασία, μνήμη και κυρίως ικανότητα συλλογισμού. Κάτω από αυτή την οπτική γωνία οι παραισθήσεις είναι πρόοδος για τη θεραπεία και όχι παθολογικές διαταραχές. Είναι μια επικοινωνία που στηρίζεται στην πρόθεση του παιδιού και όχι σε αποκρίσεις αντίδρασης. Πρέπει λοιπόν, να τα μάθουμε να δέχονται την τρυφερότητα του άλλου για να μπορέσουν να θεραπευτούν.

Σε γενικές γραμμές η ψυχοθεραπεία, σύμφωνα με τον Μπεζεβέγκη (1987), βασίζεται στη σχέση του θεραπευτή και του ασθενή σε μια ελεύθερη και χωρίς όρια προσέγγιση. Για το παιδί με αυτισμό τα πράγματα αυτά είναι αδύνατα. Επιπρόσθετα, μία πιο γενική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση μπορεί να βοηθήσει ιδιαίτερα στη στήριξη της οικογένειας, στην αντιμετώπιση των πολλών και οδυνηρών προβλημάτων που έχουν να αντιμετωπίσουν με ένα παιδί με τέτοιες ιδιαιτερότητες.

Επιπλέον, ο Μπεζεβέγκης (1987), υποστηρίζει ότι η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τους αυτιστικούς εφήβους και ενήλικες, που η κατάστασή τους έχει βελτιωθεί αρκετά, ώστε να καταλαβαίνουν ότι διαφέρουν από τα άλλα άτομα.

E.5. ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όπως ήδη έχει αναφερθεί στο 1^ο κεφάλαιο, τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν σοβαρές δυσκολίες στην επικοινωνία τους με τους άλλους, γεγονός που επηρεάζει την όλη διαδικασία της μάθησής τους καθώς και την κοινωνική τους ανάπτυξη. Το πρώτο πράγμα που θα πρέπει να έχει κανείς υπόψη του, προσεγγίζοντας τις δυσκολίες των παιδιών με αυτισμό, σύμφωνα με τον Alvin (1996), είναι να δημιουργήσει ένα πλαίσιο ή κλίμα εμπιστοσύνης, ασφάλειας, τάξης και προβλεψιμότητας, αλλά και φαντασίας, ευελιξίας και ευαισθησίας. Αυτό φαίνεται πολύ ξεκάθαρα προσεγγίζοντας τα παιδιά με αυτισμό μέσα από τη χρήση της μουσικής. Η χρήση της μουσικής μπορεί να δημιουργήσει ένα μη λεκτικό, μη απειλητικό περιβάλλον όπου τα παιδιά μπορούν να εκφράσουν ελεύθερα τον εαυτό τους και να μοιραστούν κάτι μαζί μας.

Εξάλλου, όπως αναφέρει ο Κυπριωτάκης (1995), τα παιδιά με αυτισμό φαίνεται να έχουν πρώιμο ενδιαφέρον στον ήχο, στις μελωδίες και στο ρυθμό, και ιδιαίτερες κλίσεις και μουσικές ικανότητες. Η μουσική ικανοποιεί την αίσθηση της ακοής τους, αποτελεί το ερέθισμα που προτιμούν τα παιδιά με αυτισμό, καθώς επίσης συνδέεται στενά με την κιναισθησία (αίσθηση μυϊκών συστολών και κινήσεων) και με το σύστημα αφής όταν, μέσω ολόκληρου του σώματος γίνονται αντιληπτοί τόνοι σχετικού βάθους και ύψους.

Ο Alvin (1996), θεωρεί ότι για τη δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης και επικοινωνίας θα πρέπει να τα προσεγγίζουμε με ευαισθησία σε ένα πλαίσιο

που να είναι όσο μπορούμε πιο δομημένο, αφήνοντάς τα συγχρόνως ελεύθερα να οικοδομήσουν από μόνα τους τη σχέση τους με τα μουσικά στοιχεία του περιβάλλοντός τους. Οι Nonhoff & Robbins (1971), από τις παρατηρήσεις τους διαπιστώνουν ότι καθώς τα αυτιστικά παιδιά αφομοιώνουν και οικειοποιούνται σταδιακά το δομημένο πλαίσιο που τους δίνεται, αρχίζουν να παράγουν και να δημιουργούν δικούς τους αναγνωρίσιμους ήχους και ρυθμούς. Η παραγόμενη αυτή μουσική έχει τη δύναμη να διεισδύσει στον κλειστό, ιδιαίτερα αυτιστικό τους κόσμο, δημιουργώντας καταστάσεις επικοινωνίας, τόσο με τον εαυτό τους, όσο και με τους άλλους.

Σύμφωνα με τους Alvin (1996) και Κυπριωτάκη (1995), κάθε αυτιστικό παιδί συσχετίζεται με τα μουσικά όργανα με έναν ιδιαίτερο, αλλόκοτο, τελετουργικό και στερεοτυπικό τρόπο. Στην αρχή, αφορμή για την επαφή με ένα μουσικό όργανο μπορεί να είναι το ίδιο το σχήμα του (π.χ. το κυκλικό σχήμα των τυμπάνων) ή το χρώμα του ή οι ήχοι που με αυτό παράγονται. Είναι βέβαια εντελώς φυσιολογικό ότι στην πρώτη επαφή των αυτιστικών παιδιών με μια ποικιλία μουσικών οργάνων αντιδρούν σε αυτά με ένα εντελώς στερεοτυπικό τρόπο, χτυπώντας τα ή βάζοντάς τα στο στόμα τους ή ακόμα μυρίζοντάς τα, πασαλείφοντάς τα με το σάλιο τους. Πολλές από αυτές τις κινήσεις συμβαίνουν αυθόρμητα, μπορούν όμως να αποτελέσουν αφορμή για την ανάπτυξη επικοινωνίας και σχέσεων.

Επίσης, ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει ότι εκδήλωση αυτών των αυθόρμητων εξωτερικεύσεων του αυτιστικού παιδιού, βοηθά στην ανάπτυξη της αυτονομίας και της ανεξαρτητοποίησής του. Η μουσική προσφέρει στο παιδί με αυτισμό ευκαιρίες να ακούσει, να δει, να πιάσει, να ερμηνεύσει να συνθέσει και να αποφασίσει (αισθητηριακή απαρτίωση).

Οι «αλλόκοτες» κινήσεις των αυτιστικών ατόμων με τα μουσικά όργανα, όπως αναφέρει ο Alvin (1996), είναι μέρος των ανταποκρίσεών τους σε μια μουσική εμπειρία. Είναι απαραίτητο να αποδεχόμαστε αυτές τις αλλόκοτες προτιμήσεις και αντιδράσεις τους και να παρατηρούμε τις ατομικές τους

εκτελέσεις και πειραματισμούς με τους ήχους, προκειμένου να εμβαθύνουν τη σχέση τους με τη μουσική. Μετά από μερικές συναντήσεις, σε ένα κλίμα ασφάλειας και τάξης, πολλές από τις τελετουργικές στερεοτυπίες και ιδιοσυγκρασιακές τους αντιδράσεις αρχίζουν να μετασχηματίζονται σε αναγνωρίσιμα μουσικά δημιουργικά γεγονότα, τα οποία σιγά-σιγά ενσωματώνονται σε μια πλήρους νοήματος μουσική εμπειρία.

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), τα αυτιστικά άτομα παρουσιάζουν αρκετή ακουστική δεκτικότητα σε διάφορα είδη μουσικής και ρυθμού. Αυτό μπορεί να αποτελέσει τη βάση για να χαλαρώσουν και για να δημιουργήσει κανείς μαζί τους καινούριους διαύλους συναισθηματικής επικοινωνίας. Ακούγοντας τα αγαπημένα τους μουσικά κομμάτια μπορούν επίσης να μάθουν να αυτοσχεδιάζουν κινητικά σε αυτά, μόνα τους ή με άλλα άτομα, διευρύνοντας έτσι το ρεπερτόριο της επαφής τους.

Μουσική και κίνηση, όπως αναφέρει ο Κυπριωτάκης (1995), αποτελούν μια ενότητα. Έτσι, το άκουσμα της μουσικής στο παιδί ταυτίζεται με το χορό. Το παιδί μετατρέπει το χορό σε κίνηση, με απόρροια να μην παρουσιάζονται βλάβες στη στάση και στη θέση του σώματος, στην ανάπτυξη ψυχο-αισθησιοκινητικών ικανοτήτων και στην στήριξη της αυτοαντίληψης. Ακόμα, μειώνονται οι επιθετικές και οι αυτοεπιθετικές τάσεις και μεταβάλλονται θετικά σε κοινωνικές δυνάμεις.

Ο ίδιος αναφέρει ότι, παρά το γεγονός ότι τα περισσότερα αυτιστικά παιδιά έχουν περιορισμένο ή καθόλου αναπτυγμένο το λεκτικό τομέα, υπάρχουν μερικά που μπορούν να τραγουδούν και να θυμούνται τραγούδια, γεγονός που μπορεί να αξιοποιηθεί για την ανάπτυξη επικοινωνίας και συναισθηματικής επαφής μαζί τους.

Το γεγονός ότι τα περισσότερα αυτιστικά παιδιά ακούνε ευχάριστα μουσική, σύμφωνα με τη Γενά (2002), μπορεί να χρησιμεύει σαν ενίσχυση σε ένα πρόγραμμα θεραπείας της συμπεριφοράς. Έχει παρατηρηθεί μάλιστα ότι, όταν αυτιστικά παιδιά ακούνε Vivaldi ή Mozart, επηρεάζεται θετικά η συμπεριφορά

τους. Έτσι, π.χ. με το άκουσμά τους, ελαττώνονται οι στερεοτυπίες, αποκτάται επαφή με το θεραπευτή και επέρχεται χαλάρωση και ησυχία. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), ο Kramann (1982), αναφέρει πως υπάρχουν και έργα μουσικής (π.χ. Ξενάκης), τα οποία στο άκουσμά τους προκαλούν σύγχυση, συχνές στερεοτυπίες και επιθετικότητα.

5.1. ΜΟΥΣΙΚΗ: ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΜΕΣΟ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Σύμφωνα με την Πολυχρονιάδου (1989), στη σημερινή εποχή , η μουσική λαμβάνοντας υπόψη τις δύο βασικές της λειτουργίες, δηλαδή τη θεραπευτική και την εκπαιδευτική, βρίσκει εφαρμογή σε διάφορους χώρους. Η θετική της συνεισφορά στο χώρο της Ειδικής Παιδαγωγικής είναι παγκοσμίως αναγνωρισμένη και τις τρεις τελευταίες δεκαετίες έχει γίνει πολύ δημοφιλής ο θεραπευτικός της ρόλος. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, όταν αναφερόμαστε στο θεραπευτικό της ρόλο μιλάμε για Μουσικοθεραπεία, που είναι ένας όρος αμερικάνικης προέλευσης και αναφέρεται στη χρήση της μουσικής για τη διευκόλυνση θεραπευτικών στόχων. Η μουσική εφαρμόζεται από το θεραπευτή ως μέσο για την αλλαγή ενός τρόπου συμπεριφοράς του ατόμου. Κατ' αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται μια καλύτερη επικοινωνία με το άτομο σε προσωπικό και διαπροσωπικό επίπεδο.

Η Πολυχρονιάδου (1989), αναφέρει ότι κατά τον Osterwalder (1992), η θεραπεία είναι βοήθεια για ολοκλήρωση και μέσα από τη μουσική πράξη δίνεται η δυνατότητα ανάπτυξης και ολοκλήρωσης του εαυτού. Η έννοια της Μουσικοθεραπείας δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί γιατί είναι ένας πολύμορφος χώρος, ένα σύστημα διαφορετικών εφαρμογών που έχουν κοινό χαρακτηριστικό την εφαρμογή της μουσικής με διαφορετικούς στόχους και από διαφορετική σκοπιά.

Τι είναι όμως η μουσικοθεραπεία; Κάποιοι ειδικοί, την ορίζουν ως ειδική διαγνωστική μέθοδο της ψυχοθεραπείας, επικεντρωμένη σε ψυχοπαθολογικές ανάγκες, η οποία χρησιμοποιεί ως ειδικό μέσο επικοινωνίας τη μουσική σε σχέση με τον «αποδέκτη», αλλά και «ενεργητικά για την επίτευξη θεραπευτικών στόχων σε νευρώσεις, ψυχοσωματικές βλάβες, ψυχώσεις και νευροψυχιατρικές παθήσεις». (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999, σελ.207)

Άλλοι ορισμοί προέρχονται από το χώρο της θεραπευτικής παιδαγωγικής και χαρακτηρίζουν τη μουσικοθεραπεία ως μια «κατευθυνόμενη εφαρμογή της μουσικής, με σκοπό τη θεραπεία, την ενσωμάτωση, την αγωγή και εξάσκηση ενηλίκων και παιδιών που πάσχουν από σωματικές, νοητικές και ψυχολογικές διαταραχές». (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999, σελ.207-208)

Επίσης, μουσικοθεραπεία, είναι μια ειδική μέθοδος ψυχοθεραπείας που με τα στοιχεία και τα είδη μουσικής που έχει στη διάθεσή της, προσπαθεί να ασκήσει θεραπευτική επίδραση, τόσο στην υποκειμενική διάθεση του «ασθενούς», όσο και στις διάφορες φυσιολογικές λειτουργίες και τα οργανικά συστήματά του. (Κυπριωτάκης, 1995, σελ.182)

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (2000), η μουσικοθεραπεία χρησιμοποιείται στη θεραπεία του αυτισμού. Και αυτό γιατί η μουσική προάγει και διευκολύνει την επικοινωνία με το αυτιστικό παιδί. Οι ήχοι προκαλούν εντύπωση, με σκοπό το παιδί να ενδιαφέρεται για το πρόσωπο που την προκαλεί και για το αντίστοιχο όργανο που την παράγει. Αργότερα, και το ίδιο το παιδί παράγει μουσική, παίζει μουσική μαζί με άλλα παιδιά ή τραγουδάει παρέα μαζί με άλλα παιδιά.

Απ' την άλλη μεριά, σύμφωνα με την Πολυχρονιάδου (1989), η μουσική ως εκπαίδευση αναφέρεται στο μάθημα της μουσικής που γίνεται στα σχολεία, με απώτερο στόχο τη δημιουργία των προϋποθέσεων εκείνων που θα συντελέσουν στην ενεργητική συμμετοχή του μαθητή στην κουλτούρα του σχολείου και της κοινωνίας.

Σύμφωνα με τους Novdoff & Robbins (1971), ιδιαίτερα γνωστό είναι το σύστημα Orff (παιδαγωγικού και θεραπευτικού χαρακτήρα) που βρίσκει ευρεία

εφαρμογή στο χώρο της Ειδικής Αγωγής. Ως επί το πλείστον υπάρχουν διάφορες άλλες μέθοδοι που χρησιμοποιούν είτε τη μουσική αυτή καθαυτή ως μέσο ή κάποιο στοιχείο της, για παράδειγμα το ρυθμό ή ακόμα και τη μουσική σε συνδυασμό με κάποιο άλλο στοιχείο, για παράδειγμα μουσική-λόγος, στην ευρυθμία.

Όσον αφορά στην πράξη, σύμφωνα με τους Nonhoff & Robbins (1971) και τον Κυπριωτάκη (2000), στο χώρο της Ειδικής Αγωγής ξεχωρίζουν τρεις όροι που πλαισιώνουν την εικόνα της μουσικής:

- i. Παιδαγωγική Μουσικοθεραπεία: γίνεται λόγος για εκπαίδευση μέσω της μουσικής. Οι στόχοι εντοπίζονται έξω από το χώρο της μουσικής και η μουσική χρησιμοποιείται ως θεραπευτικό μέσο, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα «αναδιαμόρφωσης» της διαταραχής. Μέσω της μουσικής μπορεί να ενισχυθούν κάποιοι τομείς που εξαιτίας της διαταραχής δεν ακολούθησαν την αναμενόμενη εξέλιξη και ανάπτυξη. Βασική ιδέα είναι ότι η μουσική αποτελεί βίωμα για τον οποιοδήποτε.
- ii. Ειδική Παιδαγωγική Μουσική Εκπαίδευση: αναφέρεται στη μουσική εκπαίδευση, δηλαδή δίνει βάρος στην ενίσχυση του παιδιού στο μουσικό τομέα. Η μουσική δεν είναι πλέον μέσο, αλλά αντικείμενο μάθησης. Τα βασικά στοιχεία αυτής της κατεύθυνσης είναι: Το τραγούδι, η μουσικοακουστικές ασκήσεις και οι μουσικοκινητικές ασκήσεις.
- iii. Θεραπευτική Παιδαγωγική Μουσικοθεραπεία: αντιμετωπίζεται πολύ κριτικά, ιδιαιτέρως εξαιτίας του πλεονασμού θεραπευτική και – θεραπεία. Αναφέρονται όμως οι Nonhoff & Robbins στην έννοια «θεραπευτική» βασιζόμενη στη αρχαία γερμανική ετυμολογική προέλευση της λέξης heil ως «όλο». Με άλλα λόγια νοείται ως η ολιστική θεραπεία μέσω της μουσικής ή αλλιώς σε αυτή την κατεύθυνση η μουσική αποτελεί μέσο που οδηγεί στην ολοκλήρωση.

E.6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΖΩΑ

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), οι ψυχοθεραπευτές γνωρίζουν πολύ καλά το ρόλο και την τεράστια σημασία που έχει η χρήση των ζώων στη θεραπεία ψυχικών προβλημάτων και διαταραχών συμπεριφοράς στον άνθρωπο.

Όλοι μας, εξάλλου, γνωρίζουμε πως όταν μια οικογένεια εντάξει και αποδεχτεί ένα ζώο σε αυτή, τότε αυτό γίνεται σταδιακά μέλος της. Το ζώο γίνεται ένας πιστός, καλός, ειλικρινής, καθημερινός σύντροφος και φίλος.

Ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει ότι τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται πολύ τα ζώα και ιδιαίτερα τα δελφίνια και τα άλογα, στη θεραπεία ατόμων με αυτισμό. Έτσι, σε κατάλληλα διαμορφωμένες πισίνες (στα γνωστά Κέντρα Ανθρώπινης Θεραπείας με ειδικά εκπαιδευμένα δελφίνια), τα αυτιστικά παιδιά, με τη βοήθεια πάντα και την καθοδήγηση ειδικών εκπαιδευτών μαθαίνουν να συγκεντρώνουν την προσοχή τους, να προφέρουν τις πρώτες λέξεις, να αποκτούν όλο και περισσότερη επικοινωνία και να γίνονται λιγότερο επιθετικά. Μάλιστα, με τη «δελφινοθεραπεία», τα αυτιστικά παιδιά μαθαίνουν πολύ γρήγορα, σε σχέση με άλλες θεραπευτικές μεθόδους, και συγκρατούν για περισσότερο χρόνο τις πληροφορίες που μαθαίνουν. Τα δελφίνια έχουν εκπαιδευτεί να κάνουν ακροβασίες, να φιλούν το παιδί, να του φέρουν κάποιο παιχνίδι (π.χ. φέρνουν στην αγκαλιά του παιδιού μια μπάλα), ύστερα από κάθε πρόοδό του. Επίσης, μπορεί το δελφίνι να πάρει στη ράχη του το παιδί και να το κάνει βόλτα, κάτι το οποίο είναι ακόμη πιο σημαντικό και διασκεδαστικό για το παιδί. Φυσικά, κάθε στάδιο θεραπείας γίνεται με τη συνοδεία, βοήθεια και καθοδήγηση του ειδικά εκπαιδευμένου θεραπευτή.

Συνεχίζοντας, ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει ότι η επικοινωνία επίσης με ένα χαριτωμένο άλογο μπορεί να συντελέσει στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων, εκτός από τις δεξιότητες ιππασίας. Πιο πολύ όμως συμβάλλει στην

αισθητηριακή ολοκλήρωση. Παιδιά με διαταραχές στην αντίληψη, όπως είναι τα παιδιά με αυτισμό, πλησιάζουν τα άλογα για να νιώσουν τη ζεστασιά και να αισθανθούν τη μυρωδιά τους. Παιδιά που χρησιμοποιούσαν μέχρι τώρα μόνο τα χέρια τους για να κάνουν στερεοτυπικές κινήσεις ή να πιάνουν παράξενα τα αντικείμενα, κρατιούνται γερά από τη χαίτη του αλόγου, που τους δίνει “απτή” σιγουριά, όταν αυτά κάθονται πάνω στο άλογο. Είναι εντυπωσιακό το γεγονός πως αυτιστικά άτομα, με καθοδήγηση, ξεπερνούν με τη βοήθεια του αλόγου στερεοτυπίες και άγχη. Αγχώδη παιδιά αποκτούν θάρρος, απομονωμένα παιδιά αναζητούν συντροφιά, ανήσυχα παιδιά γίνονται ήσυχα.

Η «επικοινωνία» με το άλογο οδηγεί σε χαλάρωση, μαθαίνει στο αυτιστικό παιδί να ξεπερνά την επιθετικότητα, δημιουργεί κατάσταση ευφορίας και κάνει το παιδί ξαφνικά να γελά. Παιδιά που δεν είχαν κοιτάξει ποτέ άνθρωπο, κοιτάζουν τώρα με ηρεμία, χωρίς άγχος τα μάτια του αλόγου. Η ιππασία όμως, εκτός από το θεραπευτικό ρόλο που ασκεί, έχει και ψυχαγωγικό ρόλο και επιπλέον αποτελεί ένα μέσο επικοινωνίας με το περιβάλλον.

Ο Κυπριωτάκης (1995), υποστηρίζει ότι η «ιπποθεραπεία» μπορεί να συντελέσει και στην αισθητηριακή ολοκλήρωση. Ακόμα, διευκολύνονται οι γλωσσικές εξωτερικεύσεις, γιατί δίνεται στο αυτιστικό παιδί η ευκαιρία να εκφράσει τα συναισθήματά και τις σκέψεις του εκείνης της στιγμής. Η μέθοδος της «ιπποθεραπείας», σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές μεθόδους, μπορεί να συντελέσει στον περιορισμό ή ακόμα και στην εξάλειψη ανεπαρκειών.

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), η Smolinski(1992) σχετικά αναφέρει:
« Έτσι ήρθε μια μέρα στο χώρο της ιππασίας ένα δεκάχρονο αγόρι που ουδέποτε σχεδόν χρησιμοποιούσε λέξεις για κατανόηση. Προχώρησε στο στάβλο-χωρίς να το απασχολεί τίποτα άλλο-εκτός του “δικού του αλόγου”, με πήρε από το χέρι, έδειξε προς το άλογο και είπε: “βγάλε το έξω”».

Ε.7. ΑΙΣΘΗΣΙΟ-ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τον Μπουλουγούρη (1996), η Γενά αναφέρει μια άλλη κατηγορία θεραπευτικών προσεγγίσεων, που χαρακτηρίζονται ως αισθησιο-κινητικές, βασίζεται στην υπόθεση ότι τα άτομα με αυτισμό διαφέρουν από τα φυσιολογικά άτομα κυρίως στην επεξεργασία και ανάλυση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος τους και κατά συνέπεια αδυνατούν να αντιδράσουν ανάλογα σε δεδομένες καταστάσεις. Για παράδειγμα, αν ένα άτομο με αυτισμό δεν μπορεί να διακρίνει τα ερεθίσματα που προκαλούν γέλιο από αυτά που προκαλούν λύπη, είναι φυσικό να μην αντιδρά αντίστοιχα με γέλιο και λύπη σε αυτές τις καταστάσεις.

Όπως αναφέρει ο Μπουλουγούρης (1987), οι αισθησιο-κινητικές θεραπείες, σύμφωνα με τη Γενά, υποστηρίζουν επίσης ότι τα άτομα με αυτισμό είτε υπερδιεγείρονται, είτε υποδιεγείρονται από τα διάφορα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Η μη ικανοποιητική διέγερση οδηγεί σε στερεότυπες κινήσεις που θεωρούνται αυτό-διεγερτικές και η λειτουργία του είναι να ισορροπούν τις αντιδράσεις των ατόμων με αυτισμό στα διάφορα ερεθίσματα που δέχονται. Ταυτόχρονα όμως οι στερεότυπες κινήσεις αποσπών την προσοχή των αυτιστικών ατόμων με συνέπεια να αντιλαμβάνονται και να αντιδρούν στο περιβάλλον τους με διαταραγμένο τρόπο. Η πιο διαδεδομένη αισθησιο-κινητική θεραπεία είναι η θεραπεία που έγινε γνωστή με τον όρο «Sensory Integration» και θα μπορούσε να μεταφραστεί ως **αισθητηριακή ολοκλήρωση**.

Σύμφωνα με τον Gerald Corey (1999), ο όρος «αισθητηριακή ολοκλήρωση» ορίστηκε από την Ayres το 1972, ως η ικανότητα να οργανώσουμε την αισθητηριακή πληροφορία για να μπορούμε να τη χρησιμοποιήσουμε. Αυτή η προσέγγιση δεν διδάσκει συγκεκριμένες δεξιότητες. Στόχος είναι να βελτιώσουμε την ικανότητα του εγκεφάλου να επεξεργάζεται τα αισθητηριακά ερεθίσματα και να θέτει προς χρήση τις πληροφορίες που αποκτά. Ο αυτισμός εξάλλου, όπως αναφέρει ο Augustin (1986), σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη

(1995), και πολλές διαταραχές μάθησης και συμπεριφοράς οφείλονται σε διαταραχές στο συντονισμό των αισθητηρίων οργάνων, στην επεξεργασία των προϊόντων τους και στην έλλειψη αισθητηριακής ολοκλήρωσης. Αν λοιπόν ο εγκέφαλος, σύμφωνα με τον Gerald Corey (1999), αναπτύξει τις ικανότητες να αντιλαμβάνεται, να θυμάται και να σχεδιάζει κινήσεις, τότε αυτές μπορούν να εφαρμοστούν στην απόκτηση των ακαδημαϊκών και άλλων έργων, άσχετα με το ιδιαίτερο περιεχόμενο τους.

Σύμφωνα με τη Γενά (2002), η θεραπεία αυτή βασίζεται στη θεωρία που υποστηρίζει ότι τα αυτιστικά άτομα δεν αντιδρούν φυσιολογικά σε ήχους, σε οπτικά ερεθίσματα και σε κάθε άλλου είδους εξωτερικά ερεθίσματα. Ο στόχος της θεραπείας είναι η σύνθεση των εισερχόμενων ερεθισμάτων που επιτυγχάνεται με διάφορες αισθησιοκινητικές ασκήσεις.

Γι' αυτό η θεραπευτική παρέμβαση έχει σαν στόχο την επιτυχία της αισθητηριακής ολοκλήρωσης ξεκινώντας από τα χαμηλότερα αισθητηριακά επίπεδα και φτάνοντας μέχρι την απαρτίωση των λειτουργιών των ανώτερων επιπέδων. Με τη θεραπεία προσφέρονται στο αυτιστικό παιδί απλά δομημένα και ελεγχόμενα ερεθίσματα στα οποία το παιδί μαθαίνει να αντιδρά. Η θεραπεία ξεκινά από το επίπεδο ολοκλήρωσης που κατέχει το παιδί και προχωρεί σταδιακά στα επόμενα επίπεδα μέχρι να ολοκληρωθεί, όσο φυσικά γίνεται η κανονική ολοκλήρωση, και προσαρμόζεται πάντα στις ιδιαιτερότητες και τις ανεπάρκειες του παιδιού. Οργανώνεται ατομικά και ξεκινά με βάση το αισθητηριακό επίπεδο.

Επίσης, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), η θεραπεία αποσκοπεί στην ανάπτυξη ικανοτήτων ορθής αντίληψης της θέσης και της ισορροπίας του σώματος και των μελών με συντονισμένο οπτικό έλεγχο, στην ανάπτυξη των εγκεφαλικών ημισφαιρίων και στην αισθητηριακή ολοκλήρωση και των δύο ημίσεων του σώματος, στις ικανότητες σχεδιασμού κινήσεων και στη συντονισμένη εκτέλεσή τους, στην ανάπτυξη της αντίληψης του χώρου και της μορφής των αντικειμένων, στην όραση και την ακοή, στη διαφοροποίηση της

αίσθησης της αφής και στο να γίνεται ο προσανατολισμός στο περιβάλλον περισσότερο με τις ανώτερες αισθήσεις.

Συνεχίζοντας, ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει ότι με τη μορφή αυτή της θεραπείας της αισθητηριακής ολοκλήρωσης επιτυγχάνεται συντονισμός και συνεργασία των γνωστικών λειτουργιών σε όλα τα επίπεδα και δημιουργούνται προϋποθέσεις για μάθηση στις ανώτερες περιοχές των εγκεφαλικών στρωμάτων.

Στη συνέχεια παρατίθεται, ένα πρόγραμμα θεραπείας της αισθητηριακής ολοκλήρωσης:

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ

A. Ασκήσεις για βελτίωση της ισορροπίας

- *Να μπορεί το παιδί να στέκει σε μικρή τραμπάλα*
- *Να μπορεί να στέκει σε κούνια*
- *Να μπορεί να κάθεται σε κούνια και να “ισορροπεί”*
- *Να μπορεί να κάθεται σε μπάλα σπαστικών*

B. Ασκήσεις για βελτίωση του οπτικό-κινητικού συντονισμού

1. *Να μπορεί να τρέξει, ενώ υπάρχουν διαδοχικά εμπόδια: 1 στρώμα – 2 στρώματα το ένα πάνω στο άλλο – σκέπασμα με ζύλο – στρώμα με διάφορα αντικείμενα πάνω – μεγάλο σανίδι με αντικείμενα.*
2. *Περπάτημα πάνω σε πάγκο*
3. *Περπάτημα από πάγκο σε πάγκο (ενδιάμεσα κενός χώρος 5, 10, 15, 30 εκατοστών)*
4. *Να μπορεί να περπατάει κατά μήκος πάνω σε σχοινί (5μ.)*

Γ. Ασκήσεις για αντίληψη του σώματος, απτική – κιναισθητική και ισορροπητική διέγερση

- 1. Να μπορεί να ξαπλώνει με τη μεριά της κοιλιάς σε μπάλα σπαστικών*
- 2. Να μπορεί να ξαπλώνει με τη μεριά της ράχης σε μπάλα σπαστικών*
- 3. Να μπορεί να ξαπλώνει με τη μεριά της κοιλιάς στο δάπεδο πάνω σε κουβέρτα*
- 4. Το ίδιο με τη ράχη*
- 5. Από τη θέση της πλάτης να μπορεί να γυρίσει στη θέση της κοιλιάς (τράβηγμα ψηλά της κουβέρτας από την πλευρά)*
- 6. Από τη θέση της πλάτης στο έδαφος (τα πόδια τεντωμένα ψηλά), κλωτσιά πέρα μια μπάλα (ενδείκνυται μπάλα σπαστικών)*
- 7. Σάντουιτς από 2 στρώματα (το παιδί ξαπλώνει πάνω σε ένα στρώμα. Πάνω του τοποθετείται δεύτερο στρώμα).*

Δ. Ασκήσεις για ενδυνάμωση του μυϊκού τόνου και μυϊκής δύναμης

- 1. Γρήγορο τρέξιμο (3 – 6 φορές μέσα στο χώρο)*
- 2. Αναρρίχηση σε πολύζυγο(να φέρει από πάνω κύπελλο με κακάο)*
- 3. Να μπορεί να κάνει κάμψεις των γονάτων*

Ε. Ασκήσεις διασταύρωσης της μέσης γραμμής του σώματος

- 1. Τοποθέτηση ξύλινων κατασκευών (π.χ. κύβων) σε ένα κουτί (το άνω μέρος του σώματος δεν επιτρέπεται να γυρίσει)*
- 2. Ζωγράφισμα στον πίνακα (απόδοση εικόνας – μοντέλου που έχει δοθεί πιο μπροστά)*

Ειδικό πρόγραμμα αισθητηριακής ολοκλήρωσης Α.

A. Απτική- κιναισθησιακή περιοχή

i. Τρίψιμο ποδιών με διάφορα αντικείμενα και υλικά:

- βούρτσες
- πετσέτες
- σφουγγάρια

ii. Μασάζ ποδιών

- με χτυπητές παλάμες
- με μαλάξεις
- χτυπήματα με την κόχη της παλάμης
- με τα άκρα των δακτύλων κατά μήκος
δυνατές ρομβώσεις

iii. Πίεση των δακτύλων των ποδιών

- Δεξιού ποδιού
- Αριστερού ποδιού

B. Στάση και κίνηση

i. Άσκηση της ισορροπητικής επεξεργασίας (χωρίς παθητική κίνηση)

- Μικρή τραμπάλα-όρθια
- Κούνια όρθια-καθιστά-ξαπλωμένα
- μπάλα σπαστικών-θέση κοιλιάς (καμιά παρουσία αντιδράσεων πτώσης)
- -καθιστά

ii. Άσκηση των αντιδράσεων στήριξης και προφύλαξης

- Κούνια να κινείται καθιστά
- Μπάλα σπαστικών-με την κοιλιά
(αντιδράσεις προς τα εμπρός και προς τα πλάγια)

- -καθιστά (ισορροπία του σώματος, βοήθεια χεριών)

Ειδικό πρόγραμμα αισθητηριακής ολοκλήρωσης Β.

i. Απτική-κινησθησιακή περιοχή

- Τρίψιμο ποδιών με διάφορα υλικά όπως σπόγγοι, βούρτσες, πετσέτες, κ.λ.π.
- Τρίψιμο ποδιών και πατουσών με αφρό σαπουνιού. Το παιδί οφείλει να τοποθετήσει μόνο του τον αφρό και να τον σκουπίσει με μια πετσέτα
- Δυνατό μασάζ με τα χέρια, στα πόδια και τις πατούσες
- Πραγματοποίηση παιχνιδιών και ευχάριστων δραστηριοτήτων για το παιδί σε στρογγυλή λεκάνη

ii. Επεξεργασία των πληροφοριών του οργάνου ισορροπίας

- Το παιδί να μπορεί να κινηθεί χωρίς άγχος στο βραχίονα του θεραπευτή
- Το παιδί οφείλει στη μπάλα των σπαστικών με τη θέση της κοιλιάς ή καθιστός:
 - να μπορεί να ανέχεται κινήσεις
 - να δείχνει σωστές κινήσεις στήριξης ή ισορροπίας
- Τα ίδια στη μεγάλη κούνια καθιστό

iii. Στάση και κίνηση

Το παιδί οφείλει να μπορεί να στέκει όρθιο χωρίς βοήθεια σε:

- -μικρή τραμπάλα
- -τραπέζι θεραπείας
- -μεγάλη κούνια

- *Να μπορεί να ανεβαίνει χωρίς βοήθεια σε ένα βάθρο περίπου 5εκ. (έπειτα 10, 15, 20, 25, 30εκ.)*
- *Να μπορεί να κατεβαίνει από το βάθρο*
- *Να μπορεί να περνά τρεχάτος με βοήθεια μέσα από εμπόδια (πάγκος- στρώμα- πάγκος, καρέκλα , τραπέζι- καρέκλα- στρώμα)*
- *Να βοηθά στην τακτοποίηση των υλικών (π.χ. σηκώνει την καρέκλα ή το στρώμα) (Κυπριωτάκης, 1995, σελ. 172-174).*

Επίσης, σύμφωνα με τον Μπουλουγούρη (1987), η πιο διαδεδομένη αισθησιο-κινητική θεραπεία, όπως αναφέρει η Γενά είναι η *Μέθοδος της Σύνθεσης των Ακουστικών Ερεθισμάτων*. Οι εισηγητές αυτής της μεθόδου υποστηρίζουν ότι τα άτομα με αυτισμό είναι υπερευαίσθητα σε ορισμένους ήχους. Εφόσον εντοπιστούν οι συχνότητες των ήχων που γίνονται αντιληπτοί από τα αυτιστικά άτομα με ιδιαίτερη ευαισθησία, εφαρμόζεται ακουστική θεραπεία κατά τη διάρκεια της οποίας το αυτιστικό άτομο ακούει επί δέκα ώρες μουσική από την οποία έχουν αφαιρεθεί οι συχνότητες των ήχων που αντιλαμβάνεται με ευαισθησία.

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), οι αισθησιο-κινητικές θεραπείες έχουν πολύ μικρή χρονική διάρκεια και η αποτελεσματικότητά τους είναι αμφισβητούμενη. Η μοναδική μελέτη που έγινε με στόχο την αξιολόγηση της θεραπείας της σύνθεσης των αισθήσεων έδειξε ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας αυτής ο λόγος των αυτιστικών ατόμων ήταν πιο διαταραγμένος απ' ότι όταν έπαιζαν επιτραπέζια παιχνίδια. Όσο για τις ευεργετικές επιδράσεις της Μεθόδου Ακουστικής Σύνθεσης, τα αποτελέσματα των αρχικών μελετών που έγιναν από τους Rimland και Edelson δεν είναι σαφή. Απαιτούνται λοιπόν επιπρόσθετες μελέτες για να αξιολογηθούν οι αισθησιο-κινητικές θεραπευτικές μέθοδοι.

8. SHIATSU-ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Η Shiatsu-θεραπεία, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), αποτελεί μια μέθοδο μασάζ στα «σημεία πίεσης» και τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται βοηθητικά στη θεραπεία του αυτισμού. Η εφαρμογή της μεθόδου ενδείκνυται κατά την πρώιμη και παιδική ηλικία.

Συγκεκριμένα, ο θεραπευτής πιέζει με τα δάχτυλά του ή με όλη του την παλάμη τα διάφορα σημεία του σώματος. Η πίεση που ασκείται πάνω στο σώμα του αυτιστικού παιδιού δυναμώνει σταδιακά κατά την εκπνοή του παιδιού. Ο θεραπευτής σκύβει προς τα εμπρός και χρησιμοποιεί το βάρος του σώματος και πιέζει με δύναμη και διάρκεια ανάλογα με την κατάσταση του παιδιού (ένταση-χαλάρωση). Κατά τη διακοπή (εισπνοή) ο θεραπευτής κινείται προς την αρχική του θέση (πίσω). Με τις κινήσεις εμπρός-πίσω μεταφέρεται ένας κανονικός ρυθμός στο θεραπευόμενο που τον διευκολύνει να χαλαρώσει και να αναμένει την επόμενη πίεση.

Ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει ότι με τη Shiatsu θεραπεία ενεργοποιούνται τα διάφορα συστήματα και το παιδί μπορεί να γνωρίσει το σώμα του “από το κεφάλι μέχρι τα πόδια”, αφού η θεραπεία μπορεί να επεκταθεί σε όλο το σώμα.

Η επίδραση της Shiatsu θεραπείας είναι γενική χαλάρωση και σταθεροποιητική. Παίρνει τη μορφή ενός σωματογλωσσικού διαλόγου που ενεργοποιεί πολλά συστήματα συγχρόνως, συντελώντας στην αισθητηριακή ολοκλήρωση.

Ε.9. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΣΦΙΧΤΑΓΚΑΛΙΑΣΜΑ

Ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει ότι η μέθοδος του αυτισμού με το «σφιχταγκάλιασμα» στηρίζεται στην άποψη ότι ο αυτισμός προέρχεται από

διαταραγμένο δεσμό μεταξύ μητέρας – παιδιού που ξεκινά από την ενδομήτρια ζωή. Η μέθοδος του σφιχταγκαλιάσματος πέρασε από διάφορα στάδια εξέλιξης και είναι γνωστή και ως ‘μέθοδος ελάττωσης θυμού’. Έγινε τόσο δημοφιλής, ώστε ο Elvis Presley τη χρησιμοποίησε σε μια κινηματογραφική ταινία, στην οποία είχε το ρόλο γιατρού για τη θεραπεία ενός αυτιστικού κοριτσιού. Στις αρχές της δεκαετίας του ‘80, η μέθοδος του σφιχταγκαλιάσματος θεωρείται ως η περισσότερο κατάλληλη για τη θεραπεία του αυτισμού.

Με τη μέθοδο του σφιχταγκαλιάσματος, σύμφωνα με τη Welch (1983):

- *Η μητέρα παροτρύνεται να κρατήσει κοντά στο σώμα της το παιδί.*
- *Τα αυτιστικά παιδιά αντιδρούν και αντιστέκονται κατά του σφιχταγκαλιάσματος.*
- *Η μητέρα δεν επιτρέπεται να παραιτηθεί και να σταματήσει. Αυτή οφείλει να κλείσει με δύναμη στο σώμα της το παιδί και να προσπαθήσει να έχει βλεμματική επαφή με αυτό.*
- *Εξαιτίας της κατάστασης αυτής δημιουργείται ίσως μια σφοδρή αντιπαλότητα. Το παιδί θα φωνάζει συχνά από θυμό και φόβο, θα δαγκώνει, θα φτύνει και θα χτυπά.*
- *Η μητέρα δεν επιτρέπεται να υποχωρήσει, μέχρι έως ότου το παιδί χαλαρώσει. Προσαρμόζει το σώμα της στο δικό του, το σταθεροποιεί, το κοιτάει στα μάτια, χαϊδεύει το πρόσωπό του με τα χέρια και κάπου-κάπου του ομιλεί.*
- *Αυτό πρέπει να γίνεται επίσης στο σπίτι, τουλάχιστον μια φορά την ημέρα και κάθε φορά όταν το παιδί φαίνεται δυστυχισμένο. (Κυπριωτάκης, 1995, σελ. 177).*

Ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει ότι η διάρκεια του σφιχταγκαλιάσματος πρέπει να είναι το λιγότερο μια ώρα, και έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να γίνεται πιο ήρεμο, λιγότερο επιθετικό και δείχνει διάθεση να εκφραστεί γλωσσικά. Τα αυτιστικά συμπτώματα υποχωρούν σταδιακά, το παιδί και η μητέρα αποκτούν εμπειρίες ο ένας για τον άλλο, το κενό ανάμεσά τους εξαφανίζεται και με το

χρόνο αλλάζουν στάσεις και διαθέσεις. Απαραίτητη βέβαια προϋπόθεση για την επιτυχία της θεραπείας αποτελεί η ύπαρξη απεριόριστης υπομονής και επιμονής.

Η Welch (1990), σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1989), αναφέρει ότι είναι αναγκαία η συμπαράσταση και η συμμετοχή όλης της οικογένειας στις διαδικασίες θεραπείας του παιδιού. Συγκεκριμένα, όταν όλα τα μέλη της οικογένειας αγκαλιάζονται μεταξύ τους, ιδιαίτερα η μητέρα με τη γιαγιά, ο πατέρας με τη μητέρα, μπορεί να έχουν θετική επίδραση σε ένα αυτιστικό παιδί.

E.10. ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), η φαρμακευτική αγωγή επηρεάζει μέσω του σώματος τη λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος με συνέπεια την πρόκληση ψυχικών αλλαγών.

Ο Μπουλουγούρης (1996), αναφέρει ότι σύμφωνα με τη Γενά, η φαρμακευτική αγωγή στην οποία υποβάλλονται τα άτομα με αυτισμό αποσκοπεί στην καταστολή συγκεκριμένων συμπτωμάτων και όχι του αυτισμού καθαυτού. Πολύ συχνά, άτομα με αυτισμό παρουσιάζουν υπερκινητικότητα, τικ, επιληπτικές κρίσεις, φοβίες και άλλα συμπτώματα, τα οποία συνήθως υποχωρούν με τη χρήση κατάλληλων φαρμάκων, ενώ τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τον αυτισμό παραμένουν. Συνεπώς, η φαρμακευτική αγωγή χρησιμοποιείται σε συνάρτηση με άλλες μορφές θεραπείας, εφόσον μόνη της δεν καταστέλλει το σύνολο των αυτιστικών χαρακτηριστικών.

Οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1989), αναφέρουν ότι αν και έχουν γίνει προσπάθειες να χρησιμοποιηθούν φάρμακα για τη θεραπεία του αυτισμού, οι

προσπάθειες αυτές αφορούσαν μικρές ομάδες παιδιών και τα αποτελέσματα είναι δύσκολο να ερμηνευτούν.

Η φαρμακοθεραπεία, σύμφωνα με την Καλύβα (2005), στοχεύει κυρίως στη μείωση των συμπτωμάτων, όπως οι επαναληπτικές και στερεοτυπικές συμπεριφορές, η επιθετικότητα, η αυτοτραυματική συμπεριφορά, η ανησυχία, η μελαγχολία και η διάσπαση προσοχής, με στόχο να επωφεληθεί το παιδί από τις εκπαιδευτικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Τα οφέλη είναι σημαντικά αλλά εξίσου έντονες είναι και οι παρενέργειες στα μικρά παιδιά.

Οι Μανωλόπουλος και Τσιάντης (1989), συνεχίζουν αναφέροντας ότι η Languortly-Lam και οι συνεργάτες της, μελέτησαν τη συχνότητα της φαρμακοθεραπείας και τα είδη των φαρμάκων που χορηγούνται σε παιδιά με διάγνωση αυτισμού. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι συνταγές αφορούν κυρίως αντικαταθλιπτικά αντί-ψυχωτικά και διεγερτικά. Ωστόσο, η λήψη του φαρμάκου συνίσταται να διακοπεί σταδιακά, ώστε να σταματήσει η εξάρτηση του παιδιού απ' αυτό και να μάθει να ελέγχει μόνο του την προσοχή του.

Σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1988), από όλα τα φάρμακα που μελετήθηκαν, τα αντιψυχωσικά, όπως η αλοπεριδίνη, που δεν προκαλούν ύπνο, φαίνεται ότι έχουν τις περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας, ενώ τα διεγερτικά όπως η μεθυλφαινιδάτη, προκαλούν ακόμα μεγαλύτερη αποδιοργάνωση στα περισσότερα αυτιστικά παιδιά. Τα αντικαταθλιπτικά και το λίθιο μπορεί να ωφελούν για ορισμένα συμπτώματα αλλά μαζί με τα οφέλη θα πρέπει να εξετάζονται και οι πιθανές παρενέργειες, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για παιδιά που βρίσκονται στην ανάπτυξή τους. Θα πρέπει να τονιστεί ότι ακόμα και τα αντιψυχωσικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο για την ανακούφιση των συμπτωμάτων με μεγάλη προσοχή και σε συνδυασμό με φάρμακα που ελέγχουν τις παρενέργειές τους. Επίσης, είναι χρήσιμα κυρίως στα υπερευαίσθητα παιδιά, διότι τα βοηθάει να διοχετεύσουν την προσοχή τους σε πιο χρήσιμες ασχολίες και διευκολύνει την αντιμετώπισή τους.

Πιο αναλυτικά, η Καλύβα (2005), αναφέρει ότι τα φάρμακα που έχουν επίδραση στους υποδοχείς της σεροτονίνης ελαττώνουν τις στερεοτυπίες και την τελετουργική συμπεριφορά των παιδιών με αυτισμό. Με τη χορήγηση φενφλουραμίνης, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), επιτυγχάνεται η πτώση της σεροτονίνης και ακολουθεί βελτίωση της αυτιστικής συμπεριφοράς. Η χορήγηση φενφλουραμίνης μπορεί να οδηγήσει και σε ανεπιθύμητες ενέργειες. Ωστόσο, πρέπει να αναφερθεί ότι η πλειοψηφία των ερευνών για την αποτελεσματικότητα των ψυχοτρόπων φαρμάκων στην υπερκινητικότητα και τη διάσπαση προσοχής έχουν μειωμένη αξιοπιστία λόγω του μικρού δείγματος αυτιστικών παιδιών.

Τελευταία μάλιστα, διαπιστώθηκε ότι η εκροή στον εγκέφαλο ενδορφινών, επιδρά στη μείωση του πόνου και διευκολύνει τη ροή του αίματος στα πληγωμένα σημεία του σώματος. Το μπλοκάρισμα μιας μορφής ενδορφίνης οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα, όπως είναι η μείωση φαινομένων παράλυσης και σοκ. Η ελάττωση ή το μπλοκάρισμα της δυνορφίνης μειώνει επίσης τα συμπτώματα του αυτισμού.

Σύμφωνα με την Καλύβα (2005), το 20% των παιδιών με διάγνωση αυτισμού ανταποκρίθηκε στη θεραπεία με το φάρμακο Flagyl ή DHPPA. Όταν η ποσότητα του DHPPA ξεπεράσει ένα συγκεκριμένο όριο απαιτείται φαρμακοθεραπεία. Η αγωγή με το Flagyl δεν θεωρείται ότι θεραπεύει τη διαταραχή, αλλά φαίνεται να περιορίζει κάποια από τα συμπτώματα.

Συνεχίζοντας η Καλύβα (2005), αναφέρει ότι έχουν γίνει διεξοδικές έρευνες για την αλοπεριδόλη. Η τελευταία επιδρά στους τομείς της κοινωνικής απόσυρσης, των στερεότυπων συμπεριφορών και της υπερκινητικότητας. Ωστόσο, μετά από πολυετή λήψη εκδηλώνεται δυσκινησία.

Επιπλέον, η ενδοφλέβια θεραπεία της IVIG, σύμφωνα με την Καλύβα (2005), έχει βελτιώσει τη συμπεριφορά σημαντικού αριθμού αυτιστικών παιδιών και θεωρείται ότι επιδρά στο ανοσοποιητικό σύστημα. Συγκεκριμένα, σημειώνεται αύξηση της βλεμματικής επαφής, αύξηση της κοινωνικής συμπεριφοράς και

μείωση της ηχολαλίας. Η βελτίωση στο λόγο απαιτεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα αλλά σημειώνεται βελτίωση στο λεξιλόγιο και στην εκφορά του λόγου. Το μειονέκτημα είναι ότι με τη διακοπή της θεραπείας μειώνονται τα αποτελέσματα, και ακόμα βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο.

Ο Κυπριωτάκης (1995), αναφέρει ότι για τη θεραπεία του αυτιστικού συνδρόμου συνδυάζονται και χορηγούνται διάφορες βιταμίνες. Τα αποτελέσματα από τη χρήση τους αλληλοσυγκρούονται. Συγκεκριμένα, οι βελτιώσεις που σημειώνονται με τη χορήγηση βιταμινών, σύμφωνα με την Καλύβα (2005), είναι καταρχάς η μείωση των αυτιστικών συμπτωμάτων και συγκεκριμένα η ρύθμιση της υπερδραστηριότητας του ΑΝΣ. Επιπλέον, παρατηρείται βελτίωση στο λόγο, στον ύπνο και στην εστίαση της προσοχής. Το 30-40% των παιδιών ωφελούνται. Οι παρενέργειες υποχωρούν με τη χορήγηση μαγνησίου.

Ο Κυπριωτάκης (1995), τονίζει ότι με τη χορήγηση φαρμάκων δεν αποκλείονται άλλες θεραπευτικές μέθοδοι και ότι για κάθε αυτιστικό παιδί εκπονείται ένα εντελώς εξατομικευμένο πρόγραμμα θεραπείας. Η χορήγηση φαρμάκων στα αυτιστικά παιδιά αποτελεί μια δυνατότητα, πλην όμως δεν υπάρχει μέχρι σήμερα στη χώρα μας η απαραίτητη εμπειρία. Η πλειονότητα των ιατρών στερείται της εμπειρίας στην αντιμετώπιση του αυτισμού με φάρμακα. Πολλές φορές γονείς αυτιστικών παιδιών με δική τους πρωτοβουλία καταφεύγουν σε ειδικούς ώστε να αντιμετωπιστεί μια δύσκολη φάση, όπως οι αυτοτραυματισμοί, ξεσπάσματα θυμού, κ.α. Σε τέτοιες περιπτώσεις χορηγούνται συνήθως καταπραϋντικά με σκοπό τη μείωση ή και αποφυγή τέτοιων φαινομένων. Η θεραπεία που ακολουθείται καθορίζεται από τους διαταραγμένους και αποκλίνοντες τρόπους συμπεριφοράς που στοχεύεται να θεραπευτούν.

Πρέπει ακόμα να έχει κανείς υπόψη του, σύμφωνα με τους Μανωλόπουλο και Τσιάντη (1989), ότι οποιοσδήποτε χημικός φορέας που χορηγείται μετά από ποικίλες περιόδους παρεκκλίνουσας συναλλαγής οργανισμού-περιβάλλοντος,

είναι μάλλον απίθανο να επιφέρει ουσιαστικές αλλαγές στο συγκεκριμένο ασθενή. Επειδή οι καθυστερήσεις κι οι διαταραχές των αυτιστικών παιδιών στους τομείς της νόησης και της επικοινωνίας, καθώς και στον κοινωνικό, αντιληπτικό και κινητικό τομέα, είναι τόσο μεγάλες, δεν μπορούμε να περιμένουμε ότι η οποιαδήποτε παρέμβαση, φαρμακολογική ή ψυχοθεραπευτική, θα έχει θαυματουργά αποτελέσματα και θα αντιστρέψει τις συσσωρευμένες και περίπλοκες καθυστερήσεις και ελλείψεις των αυτιστικών παιδιών.

Ο Μπουλουγούρης (1996), αναφέρει ότι η Γενά παρουσιάζει στον παρακάτω πίνακα τα ποσοστά βελτίωσης κι εκπαίδευσης που παρουσιάζει η χρήση διαφόρων φαρμάκων στη συμπεριφορά ατόμων με αυτισμό. Τα ποσοστά αυτά προέκυψαν από ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν 5.000 γονείς παιδιών με αυτισμό και δημοσιεύτηκαν από το Ινστιτούτο Έρευνας για τον Αυτισμό του Σαν Ντιέγκο.

E.11. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «TEACCH»

Το πρόγραμμα «TEACCH» (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children), σύμφωνα με τους Ozonoff & Cathcart. (1998), καταρτίστηκε το 1972 στην Ψυχιατρική Σχολή του πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνας των ΗΠΑ. Η κατεύθυνσή του θεωρείται εκλεκτική, καθώς είναι συνδυασμός συμπεριφορικών, γνωσιακών και συστημικών τεχνικών. Οι γονείς θεωρούνται τα κεντρικά πρόσωπα στο πρόγραμμα παρέμβασης και η επιλογή των στόχων γίνεται με βάση τις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας. Στα πλαίσια της εκπαίδευσης γονέων οργανώνονται συναντήσεις τόσο κατ' οίκον όσο και στο σχολείο. Η εκπαίδευσή τους πραγματοποιείται

τόσο σε θεωρητικό, όσο και σε πρακτικό επίπεδο με την εποπτεία ειδικών παιδαγωγών. Το πρόγραμμα «TEACCH» οργανώνει, επίσης, ομάδες στήριξης στις οποίες συμμετέχουν όσοι γονείς επιθυμούν.

Η Γενά (2002) συνεχίζει, αναφέροντας ότι οι Mesibon & Shea, στο Whiteford-Erba, θεωρούν ότι η βάση του προγράμματος «TEACCH» αποτελείται από πέντε αρχές: 1) χρήση των «δυνατών» σημείων του παιδιού και των ενδιαφερόντων του, για να γεφυρωθεί το χάσμα με το περιβάλλον του, 2) προσεκτική αξιολόγηση των ευκαιριών για ανεξαρτησία και επιτυχία, 3) οργάνωση δομημένου περιβάλλοντος, το οποίο θα συμβάλλει στην καλύτερη επεξεργασία του από το παιδί με αυτισμό, 4) η μη συμμόρφωση του παιδιού στις περιβαλλοντικές απαιτήσεις εκλαμβάνεται ως αδυναμία του παιδιού να τις κατανοήσει και 5) συμμετοχή των γονέων ως συν-θεραπευτές.

Οι γονείς αναφέρουν ότι η εκπαίδευσή τους, σε συνδυασμό με την επαφή τους με τους ειδικούς, τους βοήθησε σημαντικά στην αποδοχή και αντιμετώπιση των προβλημάτων του παιδιού. Χαρακτηριστικό είναι ότι οι περισσότεροι γονείς επιλέγουν να ακολουθήσουν το πρόγραμμα εκπαίδευσης «που τους εξασφαλίζει συν-θεραπευτικό ρόλο κατά τη θεραπευτική παρέμβαση».

Οι Ozonoff και Miller (1995), σύμφωνα με τη Γενά (2002), εφάρμοσαν μια παρέμβαση για να διδάξουν σε έφηβους με διάγνωση αυτισμού αλλά υψηλού νοητικού δυναμικού ποικίλες κοινωνικές δεξιότητες. Η εκπαίδευση ήταν αυστηρά δομημένη και είχε διάρκεια 14 εβδομάδων. Οι αυτιστικοί έφηβοι απέκτησαν κοινωνικές δεξιότητες όπως ανταπόκριση συναισθήματος και ενσυναίσθηση (empathy) αλλά τα αποτελέσματα δεν γενικεύτηκαν.

Οι Ozonoff και Cathcart (1998), ερεύνησαν την πρόοδο παιδιών με διάγνωση αυτισμού προσχολικής ηλικίας τα οποία δέχονταν παρέμβαση TEACCH κατ' οίκον. Οι γονείς εκπαιδεύτηκαν να δουλεύουν με τα προσχολικής ηλικίας παιδιά πάνω σε στόχους γνωστικούς και λεκτικούς, ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του σχολικού περιβάλλοντος. Συστάθηκαν δύο ομάδες, η μία που δεχόταν την παρέμβαση TEACCH και μια ομάδα ελέγχου. Η πρώτη ομάδα

δέχθηκε παρέμβαση 4 μηνών και οι συμπεριφορές των παιδιών μετρήθηκαν πριν και μετά την εκπαίδευση. Η ομάδα ελέγχου δε δέχτηκε καμία παρέμβαση αλλά εξετάστηκε μετά από 4 μήνες, όπως και η πρώτη ομάδα. Οι δυο ομάδες εξισώθηκαν ως προς την ηλικία, τη σοβαρότητα της διαταραχής και τη βαθμολογία στις συμπεριφορές με βάση ερωτηματολογίου (Psycoeducational Profile-Ravised, PEP-R). Τα ευρήματα έδειξαν ότι η βελτίωση της ομάδας με την παρέμβαση TEACCH ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από την ομάδα ελέγχου. Οι τομείς, όπου εντοπίστηκε η μεγαλύτερη πρόοδος, είναι η μίμηση, η αδρή και η λεπτή κινητικότητα, οι μη λεκτικές επικοινωνιακές δεξιότητες (π.χ. δείξιμο του επιθυμητού αντικειμένου).

E.12. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΩΙΜΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΟΥ «MAY INSTITUTE»

Μια ομάδα πρώιμης παρέμβασης του «May Institute», σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), προσπάθησε να ελέγξει, το 1986/1987, καταρχήν τα αποτελέσματα του προγράμματος Lonaas σε μια ομάδα αυτιστικών παιδιών.

Από το πρόγραμμα του Lonaas χρησιμοποίησαν τα εξής στοιχεία:

- Έναρξη της θεραπείας αμέσως μετά τη διάγνωση
- Χρησιμοποίηση συστηματικά τεχνικών και μεθόδων θεραπείας της συμπεριφοράς
- Εντατική θεραπεία στο σπίτι κάθε παιδιού
- Άσκηση και συμμετοχή των γονιών στις διαδικασίες θεραπείας
- Επίβλεψη από την ομάδα πρώιμης παρέμβασης

Στην έρευνα, σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), συμμετείχαν 14 αυτιστικά παιδιά ηλικίας από 18-64 μηνών. Στα παιδιά αυτά διαπιστώθηκαν οι εξής

διαταραχές: 93% διαταραχές στη βλεμματική επαφή, 93% κοινωνική αδιαφορία, 93% διαταραχές επικοινωνίας (50% καμιά γλωσσική επικοινωνία, 43% ηχολαλίες), 86% ανεπάρκειες στην αντίληψη, 43% επιθετικά, 50% αυτοεπιθετικά, 93% ανίκανα να ακολουθούν εντολές, 100% μεγάλες στερεοτυπίες.

Οι θεραπευτές ήταν φοιτητές της Ψυχολογίας/Παιδαγωγικών (επιπέδου Bachelor-Masters), που έκαναν πρακτική άσκηση 30 ωρών στη θεραπεία συμπεριφορών.

Ο Κυπριωτάκης (1995), συνεχίζει αναφέροντας ότι, κάθε θεραπευτής ήταν υπεύθυνος για ένα παιδί και την οικογένειά του. Η θεραπεία προέβλεπε 15 ώρες εβδομαδιαίως και ακόμα 5 ώρες εβδομαδιαίως για σχεδιασμό και οργάνωση του χρόνου εφαρμογής και εξέλιξης του προγράμματος. Το περιεχόμενο του προγράμματος εκπονούνταν μαζί με τους γονείς στις περιοχές της γλώσσας, συμπεριφοράς, αυτοεξυπηρέτησης, κοινωνικής συμπεριφοράς, κ.ά.

Στο πρόγραμμα συμμετείχαν 8 παιδιά για ένα έτος και 6 παιδιά για δύο έτη. Οι γονείς παρακολούθησαν εντατικά μια άσκηση και έμαθαν πώς να συμπεριφέρονται στο παιδί τους (αντίδραση σε επιθυμητή ή ανεπιθύμητη συμπεριφορά) και έμαθαν πώς δημιουργούνται νέες συμπεριφορές και πώς διευκολύνεται και στηρίζεται η μάθηση.

Όταν τελείωσε το πρόγραμμα, διαπιστώθηκε σημαντική βελτίωση στην κοινωνική συμπεριφορά, την αυτονομία, την επικοινωνία και τις προσχολικές γνώσεις των παιδιών. (Βλ. «Συμπεριφοριστική Κατεύθυνση»- Πρόγραμμα Ivar Lovaas)

E.13. ΠΑΙΓΝΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), τα παιδιά με αυτισμό σε σχέση με το παιχνίδι, παρουσιάζουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Χρησιμοποιούν τα αντικείμενα άσκοπα, στερεότυπα, επαναληπτικά και ομοιόμορφα.
- Στερούνται φαντασίας και δημιουργικής σύνθεσης. π.χ. αντί να παίζουν με ένα αυτοκινητάκι, περιορίζονται στο να στρέφουν τις ρόδες του αυτοκινήτου.
- Στο παιχνίδι τους επικρατεί το απλό παιχνίδι και ασχολούνται πολύ λίγο με το παιχνίδι κατασκευών. Με την προσφορά γλωσσικών και μη-γλωσσικών ερεθισμάτων μπορεί να αναπτυχθεί το συμβολικό παιχνίδι.
- Αδυνατούν να αναπαραστήσουν εσωτερικά, με μορφή συμβόλου, τα αντικείμενα και στη συνέχεια να τα αντανακλούν ανεξάρτητα από τη συγκεκριμένη κατάσταση και να τα χρησιμοποιούν νοερά.
- Στο συμβολικό παιχνίδι παρατηρούνται σοβαρές αποκλίσεις. Αυτή η μορφή παιχνιδιού συνδέεται στενά με το επίπεδο των γνωστικών λειτουργιών και των μεταπαραστατικών ικανοτήτων.
- Δεν κατέχουν καμία «θεωρία της νόησης». Πρόκειται για μία ανικανότητα των παιδιών με αυτισμό να έχουν παραστάσεις των στάσεων και θέσεων της σκέψης των άλλων.
- Η διαταραχή της συμπεριφοράς τους στο παιχνίδι φαίνεται να είναι η πιο βασική από τη διαταραχή στη γλώσσα.

Οι Olley και Simeonson (1983), σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995), με μια σειρά ερευνών τους μελέτησαν την ποιοτική πλευρά του παιδικού παιχνιδιού και της κοινωνικής συμπεριφοράς. Οι έρευνες αυτές έδειξαν ότι:

- Στο παιχνίδι των αυτιστικών παιδιών με αυτιστικά παιδιά δέσποζαν οι στερεοτυπίες και σπάνια έφθαναν σε επαφή μεταξύ τους.

- Απεναντίας, στο παιχνίδι τους με κανονικά παιδιά, παρατηρήθηκε μια συμπεριφορά συνεργασίας, κοινωνικής αλληλεπίδρασης και ελάττωση φαινομένων παλινδρόμησης. Απρόσμενα διαπιστώθηκε ότι τα αυτιστικά παιδιά έπαιζαν εμφανώς περισσότερο με τα κανονικά από ότι αναμενόταν και ότι ωφελήθηκαν στη συμπεριφορά τους με το συγχρωτισμό τους με τα κανονικά παιδιά, και
- Στο παιχνίδι τους με τους με τους δασκάλους τους τα αυτιστικά παιδιά έδειξαν να επικοινωνούν καλύτερα και να τους προτιμούν περισσότερο από άλλα παιδιά ως συμπαίκτες τους.

Ας μη ξεχνάμε ότι το παιδί με το παιχνίδι μπορεί να ασκεί τις ικανότητες του και να αποκτά νέες ικανότητες. Σύμφωνα με τον Κυπριωτάκη (1995) και τον Κουγιουμουτζάκη (1997) , το παιχνίδι είναι ένα πρόσφορο αποτελεσματικό μέσο για την ανάπτυξη της γλώσσας, της επικοινωνίας (γλωσσικής και μη-γλωσσικής) και τροποποίησης της συμπεριφοράς. Τη μεγαλύτερη όμως εκπαιδευτική επιρροή, σύμφωνα με τη Δίπλα (2002), την έχουν οι γονείς, γι' αυτό και θεωρούνται ακρογωνιαίος λίθος της παρέμβασης

Οι παραπάνω θέσεις, σύμφωνα με τη Δίπλα (2002), βρίσκουν πρακτική εφαρμογή στο μοντέλο παρέμβασης Play-Therapy. Το μοντέλο αυτό δεν είναι τιμωρητικό και συγχρόνως είναι έντονο, περιεκτικό κι αποτελεσματικό. Είναι ένα αναπτυξιακό μοντέλο που ενθαρρύνει το παιδί να επιθυμεί την αλληλεπίδραση και τη συνεργασία με τους άλλους.

Ίσως ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων, σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), είναι η σπουδαιότητα την οποία αντιλαμβάνονται τα αυτιστικά παιδιά που ανήκουν σε μια ομάδα συνομηλίκων τους. Η ομάδα “κανονικών” παιδιών έχει σημαντική επιρροή στο αυτιστικό παιδί, συχνά πολύ μεγαλύτερη από αυτή των ενηλίκων. Τα παιδιά με αυτισμό μέσα από την ομάδα σταματούν να έχουν ανάρμοστη συμπεριφορά γρηγορότερα, αποτελεσματικότερα και πολύ πιο φυσικά από ότι θα έκαναν

μόνο με δασκάλους. Επίσης, οι πράξεις τους μπορεί να δίνουν ουσιαστική (πραγματική, χτυπητή) φυσική συνέπεια, όπως π.χ. να πάρουν πίσω ένα παιχνίδι. Η ίδια η ομάδα θα γίνει το φυσικό στήριγμα για να δημιουργηθούν σωστές συμπεριφορές. Συνεπώς, είναι πολύ πιθανό να επέλθει γενίκευση. Η ενσωμάτωση είναι πολύ πιο επιτυχής όταν το αυτιστικό παιδί νιώθει την ομάδα σημαντική.

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), η παιδική ομιλία μπορεί αποτελεσματικότερα να διεγερθεί μέσα από το παιχνίδι και τις κοινωνικές δεξιότητες. Η δομημένη θεραπεία είναι σίγουρα ένα σημαντικό κομμάτι της διαδικασίας, αλλά πρέπει να συνοδεύεται από προσεκτικά σχεδιασμένο παιχνίδι και κοινωνικές δραστηριότητες, ώστε να αποτελέσει πλήρες πρόγραμμα.

Τα παιδιά έχουν την τάση, όπως αναφέρουν και πάλι οι Leaf & McEachin (1999), να εκφράζονται προφορικά όταν είναι χαλαρά και διασκεδάζουν. Ο λόγος και η στρογγυλοποίηση του λόγου συμβαίνουν πιο άμεσα (εύκολα) πάνω σε μια κούνια, μέσα σε μια πισίνα ή πηδώντας σε τραμπολίνο, παρά στην «ένα προς ένα» διδασκαλία. Η διεξαγωγή πολύ σχεδιασμένων ξεχωριστών δοκιμασιών μπορεί να αναστείλει την ομιλία. Συνεπώς, προτείνεται η έναρξη (διεξαγωγή) προφορικών απομιμήσεων σε κατάσταση παιχνιδιού. Ίσως να είναι προτιμότερο, να ξεκινήσει η διαδικασία με επικοινωνιακές προκλήσεις σε μη δομημένο περιβάλλον.

Ένα από τα βασικά εμπόδια στον αυτισμό, σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999), είναι η δυσκολία που έχουν τα παιδιά με διαταραχή στο να μαθαίνουν μέσα από την παρατήρηση. Παρέχοντας όμως κοινωνικές ευκαιρίες, ευκαιρίες για παιχνίδι, καθώς και ενεργητικές μαθησιακές δεξιότητες σε αυτόν τον τομέα, θα βοηθήσει το παιδί να μάθει πώς να αποκτά πληροφορίες μέσα από τυχαίες εμπειρίες. Παρά το ότι η πλειοψηφία των πληροφοριών που αναπτύσσουν την παιδική μάθηση είναι μέσα από την παρατήρηση και την παρακολούθηση άλλων, τα αυτιστικά παιδιά στο σύνολό τους χρειάζονται

άμεση διδασκαλία. Για το λόγο αυτό, ένας από τους πιο σημαντικούς στόχους της θεραπείας είναι να διδάσκεις στα παιδιά πώς να μαθαίνουν από τους άλλους.

Πολλά προγράμματα, όπως αναφέρουν οι Leaf & McEachin (1999), είναι αφιερωμένα στο να αναπτύσσουν αυτές τις δεξιότητες, όπως το Joint Attention, group Nonverbal Imitation, και το Observation Learning Program.

Οι Leaf & McEachin (1999), συνεχίζουν αναφέροντας ότι οι κοινωνικές επαφές και οι επαφές μέσα από το παιχνίδι, θα εξελιχθούν σε πρωταρχικά μέσα για να μάθει το παιδί μια ποικιλία δεξιοτήτων και να αποκτήσει τεράστια γνώση. Φυσικά, για να γίνει αυτό θα χρειαστεί προσεκτική και συστηματική μεσολάβηση. Εν τούτοις, το όφελος θα είναι ότι το παιδί θα μάθει με τον πιο φυσικό τρόπο. Το γεγονός όμως ότι τα αυτιστικά παιδιά είναι συχνά περισσότερο εστιασμένα σε δομημένες καταστάσεις, κάνει τους εκπαιδευτές-θεραπευτές να είναι απρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν λιγότερο δομημένες καταστάσεις. Ωστόσο, αν αυτό δεν γίνει αντιληπτό νωρίς, το πρόβλημα θα γίνει χειρότερο και θα εμποδίσει σημαντικά τη μακροχρόνια πρόοδο του παιδιού.

Σύμφωνα με την Δίπλα (2002), κάποιες βασικές στρατηγικές που πρέπει να έχουν υπόψη τους οι εκπαιδευτές-θεραπευτές που πραγματοποιούν Play-Therapy με αυτιστικά παιδιά, είναι οι παρακάτω:

- ✓ Να ανακαλύψουν ποια παιχνιδώδη δραστηριότητα κάνει το παιδί να ανταποκρίνεται, να προσέχει και να νιώθει ευχάριστα. Οι θεραπευτές-εκπαιδευτές ακολουθούν το παιδί και γίνονται μέρος του παιχνιδιού.
- ✓ Να επιμένουν σταθερά και με ευγένεια στην αντίδραση-ανταπόκριση του παιδιού.
- ✓ Να χρησιμοποιούν αυτό που κάνει το παιδί για κάποιο σκοπό.
- ✓ Μα συμμετέχουν με επιμονή στο παιχνίδι, χρησιμοποιώντας το σαν «είσοδο» που θα τους οδηγήσει στην ενεργοποίηση του παιδιού.
- ✓ Να λένε «όχι» για συγκεκριμένη συμπεριφορά, εξυπηρετώντας την επικοινωνία και όχι για να απορρίψουν το παιδί.
- ✓ Να επεκτείνουν την αλληλεπίδραση και όχι να τη διακόπτουν.

- ✓ Να χρησιμοποιούν αισθησιοκινητικό παιχνίδι ή και διάφορες δραστηριότητες των αισθήσεων για να κρατούν το παιδί σε δημιουργική απασχόληση και αλληλεπίδραση.

Σύμφωνα με τη Δίπλα (2002), καλό είναι να συγκεντρώνουν οι εκπαιδευτές-θεραπευτές παιχνίδια σε κουτιά με διάφορα χρώματα. Στη συνέχεια, να βάζουν στα κουτιά ετικέτες που αφορούν το περιεχόμενο. Να τακτοποιούν τα κουτιά σε θέσεις που να είναι ορατά, αλλά να μην μπορεί να τα φτάσει το παιδί, ώστε να προσπαθήσει να επικοινωνήσει μαζί τους για να πάρει το αγαπημένο του παιχνίδι. Ο τρόπος αυτός δίνει στο παιχνίδι νέα δομή, ενθαρρύνει το παιδί να βάζει νέους στόχους, να είναι πιο οργανωμένο, να έχει ευκαιρίες να ανταλλάσσεται τη συνέπεια και την αλληλουχία των δεξιοτήτων του (π.χ. «θα πάρω ένα παιχνίδι-θα παίξω-θα το αφήσω»). Επίσης, βοηθά το παιδί να σχεδιάζει τι θέλει να παίξει και όχι να παίρνει το πρώτο παιχνίδι που βρίσκει μπροστά του.

Παιχνίδια που προσελκύουν τα παιδιά με αυτισμό, σύμφωνα με τους Leaf & McEachin (1999) και την Δίπλα (2002), είναι τα παρακάτω:

- Παιχνίδια αγαπημένα λόγω της υφής τους (διάφορα υφάσματα, ζωάκια γεμισμένα με σπόρους, νεροπίστολα, διάφορες βούρτσες, μαλακά μπαλάκια, κ.λ.π.).
- Παιχνίδια οπτικού ενδιαφέροντος (διάφορα κουρδιστά παιχνίδια, φωσφορίζουσες σβούρες και παιχνίδια, μαγνητικά παιχνίδια, κ.λ.π.).
- Παιχνίδια ήχων-Μουσικά παιχνίδια (σφυρίχτρες, μουσικά όργανα, μουσικές κάρτες, κ.λ.π.).
- Συλλογές: έχουν μια ποικίλη χρήση, γεμίσματα και αδειάσματα, δημιουργία συνόλων, ταξινομήσεις, κ.λ.π. (φλιτζανάκια, ποτηράκια, τενεκεδάκια και κουτιά από διάφορα υλικά, ζάρια, κ.λ.π.)
- Συμβολικό παιχνίδι: τομέας δύσκολος για το αυτιστικό παιδί. Ο θεραπευτής μπορεί να εκμεταλλευτεί το ενδιαφέρον του παιδιού για κάποια από τα θέματα της τηλεόρασης και στο κουτί για το συμβολικό

παιγνίδι να έχει και τις σχετικές φιγούρες (π.χ. ομοιώματα τροφών που τα κομμάτια τους ενώνονται με velcro μπορούν αρχικά να χρησιμοποιηθούν σαν παιγνίδι αισθήσεων και ευχαρίστησης, μετά σαν οργανωμένο παιγνίδι και τελικά σαν παιγνίδι που στηρίζει το συμβολικό).

ΰ Παιγνίδια συνδυασμών- παζλς

ΰ Εξοπλισμός για αισθησιοκινητικές δραστηριότητες (παιγνίδια με άμμο, χόμα, νερό, κ.λ.π. Ο εξοπλισμός μπορεί να αποτελείται από τραπέζι νερού και άμμο με πλαστικό κάλυμμα, παιγνίδια μπανιέρας και άμμου, κ.λ.π.)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την πραγματοποίηση της βιβλιογραφικής μας ανασκόπησης, επισκεφτήκαμε τις εξής βιβλιοθήκες:

Την βιβλιοθήκη του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών, Αθηνών και Ηρακλείου Κρήτης, τη Δημοτική βιβλιοθήκη Πατρών και Σπάρτης, τη βιβλιοθήκη του Παιδαγωγικού τμήματος του Πανεπιστημίου Πατρών και του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Επίσης, τη βιβλιοθήκη του Αιγινήτειου Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, του Ερεταίου Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων «Αγία Σοφία», του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ευαγγελισμός» και τη βιβλιοθήκη της Βουλής των Ελλήνων Αθηνών.

Επισκεφτήκαμε το «Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς», από το οποίο προμηθευτήκαμε πολύτιμο βιβλιογραφικό υλικό.

Σημαντικές πηγές αντλήσαμε επίσης από βιβλία που μας δάνεισε το προσωπικό του 1^{ου} Ειδικού Δημοτικού Σχολείου Πατρών, αλλά και η υπεύθυνη επόπτριά μας.

Σημαντικές πηγές βρήκαμε και στο διαδίκτυο, όπου υπήρχαν πολλές και διάφορες αντιλήψεις αρκετών θεραπευτών και άλλων συγγραφέων.

Σημαντική ήταν επίσης, η εμπειρία που μας προσέφερε η ενός έτους πρακτική εξάσκηση, που πραγματοποιήσαμε στο 1^ο Ειδικό Δημοτικό Σχολείο Πατρών, στα πλαίσια της φοίτησης μας στη σχολή και η οποία ήταν και το έναυσμα για την επιλογή του θέματος και την πραγμάτωση αυτής της μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ΄

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Σε αυτή τη μελέτη διερευνήθηκε το τι είναι ο αυτισμός, ποια τα κύρια χαρακτηριστικά του και ποια είναι τα κύρια αίτια που προκαλούν την εμφάνισή του. Επίσης, επιδιώχτηκε να αποδοθεί ένας σαφής ορισμός για το πολύπλοκο αυτό σύνδρομο του αυτισμού. Αναφερθήκαμε επίσης, στο διαχωρισμό του αυτισμού από άλλες διαταραχές, καθώς και στη σημαντικότητα της πρώιμης διάγνωσης.

Είναι γεγονός, ότι οι αιτίες του αυτισμού είναι πολλαπλές, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις παρατηρήθηκε συνδυασμός περισσότερων αιτιών. Παρόλα αυτά, όλες οι εμπειριστατωμένες έρευνες συγκλίνουν στην άποψη ότι ο αυτισμός οφείλεται σε οργανικά και όχι σε ψυχογενή αίτια.

Τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν αρκετά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, αλλά ιδιαίτερα παρουσιάζουν ποιοτική ανεπάρκεια στην αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση, στην λεκτική και μη-λεκτική επικοινωνία και τη δημιουργική φαντασία. Η πιο σίγουρη περίοδος για τη διάγνωση του αυτισμού είναι το 3^ο-5^ο έτος της ζωής του, αφού μέχρι τότε θα έχουν εκδηλωθεί τα αυτιστικά συμπτώματα. Είναι σημαντικό, οι γονείς να αντιληφθούν αυτά τα συμπτώματα, γιατί η πρόωμη διάγνωση και η συστηματική αντιμετώπιση του αυτισμού στην παιδική ηλικία καλυτερεύει τις προοπτικές γρήγορης προόδου και θεραπείας. Η έγκυρη διάγνωση του αυτισμού αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση, εκτός των άλλων, και για την πρόωμη ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική των γονέων.

Στη χώρα μας, όσον αφορά τη συχνότητα παρουσίασης του αυτιστικού συνδρόμου, ελλείπουν παντελώς στατιστικά στοιχεία. Συγχρόνως, η αξιοπιστία των ψυχολογικών μετρήσεων για τον αυτισμό είναι περιορισμένη. Το πρόβλημα της εκτίμησης του αυτισμού γίνεται πιο περίπλοκο, αν σκεφτούμε ότι στις περισσότερες περιπτώσεις δεν γίνεται σαφής διαχωρισμός ανάμεσα στον αυτισμό και σε άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Αυτές αν και παρουσιάζουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά με τον αυτισμό, πρέπει να διαφοροποιούνται από αυτόν. Συγκεκριμένα, ο αυτισμός πρέπει να διαφοροποιείται από τη νοητική καθυστέρηση, τη σχιζοφρένεια, τη νεύρωση, συγκεκριμένες εξελικτικές διαταραχές και την αισθητηριακή μειονεξία.

Επιπλέον, μέσα από αυτή τη μελέτη διερευνήθηκαν εκτενώς, τα προγράμματα και οι βασικές διδακτικές αρχές των Σ.Μ.Ε.Α και ειδικότερα ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού και οι μέθοδοι που χρησιμοποιεί στις Σ.Μ.Ε.Α, στην εργασία του με τα παιδιά με αυτισμό, την οικογένειά τους, την διεπιστημονική ομάδα και την κοινότητα, στην οποία ζουν τα παιδιά αυτά.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία των προγραμμάτων των Σ.Μ.Ε.Α, είναι να σχηματίζουν οι παιδαγωγοί-θεραπευτές μια πραγματική εικόνα του κάθε μαθητή, που πέρα από τα γενικά στοιχεία, πρέπει να συμπληρώνεται με

περισσότερες λεπτομέρειες. Το παιδί με αυτισμό πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κανονικό παιδί, χωρίς βέβαια να παραβλέπεται ότι δεν έχει τις δυνατότητες ενός “κανονικού” συνομηλίκου του.

Το έργο του κοινωνικού λειτουργού στις Σ.Μ.Ε.Α είναι πολύπλευρο. Είναι ο συνδεδετικός κρίκος μεταξύ σχολείου, οικογένειας και άλλων κοινωνικών φορέων και υπηρεσιών, με επίκεντρο το παιδί και τις ιδιαίτερες ανάγκες του. Κύριος σκοπός του είναι η επιστράτευση κάθε δυνατού μέσου για τη δημιουργία ενός σταθερού συναισθηματικού περιβάλλοντος, ικανού να βοηθήσει τα παιδιά με αυτισμό να αξιοποιήσουν όλο τους το δυναμικό. Απώτερος στόχος είναι το παιδί με ΔΑΔ, εφόσον πληρεί τις κατάλληλες προϋποθέσεις, να ενταχθεί σε κοινό σχολείο.

Επιπλέον, διερευνήθηκε το πώς με τη χρήση εκπαιδευτικών και θεραπευτικών μεθόδων και τεχνικών μπορεί το παιδί με αυτισμό να βοηθηθεί τόσο στην κοινωνική του αλληλεπίδραση, όσο και στην όλη ανάπτυξή του. Αναφερθήκαμε εκτενώς στις μεθόδους και τεχνικές του συμπεριφορισμού για παιδιά με αυτισμό, στη συμβολή του, καθώς και στο ρόλο που διαδραματίζει ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιώντας τον συμπεριφορισμό στην εργασία του με τα παιδιά με αυτισμό.

Αν και οι συμπεριφορικές τεχνικές έχουν αποδεχτεί, σε σύγκριση με εναλλακτικές προσεγγίσεις, ότι είναι εξίσου αποτελεσματικές και συχνά περισσότερο αποτελεσματικές στην αλλαγή των συμπεριφορών εκείνων που αποτελούν το στόχο της θεραπείας, δεν θα πρέπει οι εκπαιδευτές-θεραπευτές να πέσουν στην παγίδα της χρήσης μιας μόνο θεραπείας. Μια ποικιλία μεθόδων που χρησιμοποιούνται μαζί, θα είναι πιθανόν πιο επιτυχής. Τα αποτελεσματικά προγράμματα συχνά χρησιμοποιούν πολλές από τις ίδιες διαδικασίες, παρόλο που ο θεωρητικός προσανατολισμός είναι διαφορετικός. Τα πιο επιτυχημένα προγράμματα αρχίζουν τη θεραπεία στην ηλικία των τριών ή τεσσάρων χρόνων και παρέχουν επαφή με φυσιολογικά παιδιά. Ένα καλό πρόγραμμα θα πρέπει επίσης να διαθέτει ελαστική, μη απωθητική τροποποίηση συμπεριφοράς,

αισθητική θεραπεία, λογοθεραπεία, άσκηση, παιγνιοθεραπεία και μουσικοθεραπεία. Το πιο σημαντικό στοιχείο του σχεδίου αγωγής είναι η παρουσία στοργικών ανθρώπων που θα εργάζονται με το παιδί. Συγχρόνως, οι γονείς θα πρέπει να έχουν εκπαιδευτεί στο πως θα συμπεριφέρονται στο παιδί, σε συνεργασία με τους ειδικούς της Σ.Μ.Ε.Α, ώστε να κάνουν το παιδί να ενστερνιστεί κοινωνικές δεξιότητες.

Στο επίπεδο της αντιμετώπισης θα πρέπει να:

- 1) δίνεται έμφαση στην εξατομίκευση, στην ένταξη και ενσωμάτωση σε συνδυασμό με την εφαρμογή κατάλληλου εξειδικευμένου προγράμματος
- 2) υπάρχουν διαθέσιμες εναλλακτικές δομές και προγράμματα για την κάλυψη αυτής της ανάγκης. Οι δομές αυτές θα παρέχουν Διάγνωση, Αξιολόγηση, Σχεδιασμό παρέμβασης, Συμβουλευτική υποστήριξη, με τις προϋποθέσεις που περιγράφηκαν
- 3) διαθέτουν ομάδα επαρκών και κατάλληλα εξειδικευμένων στελεχών που θα προωθούν την εφαρμογή του εκπαιδευτικού-θεραπευτικού προγράμματος του παιδιού
- 4) αναπτύσσονται σύγχρονα προγράμματα εντατικής πρώιμης παρέμβασης και ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα, καθώς και προγράμματα για παροχή ευκαιριών επαγγελματικής αποκατάστασης και αυτόνομης διαβίωσης των ατόμων με αυτισμό, τα οποία θα υπόσχονται πολλά για τη βελτίωση της εξέλιξης των παιδιών αυτών.

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι για την παροχή ουσιαστικής βοήθειας στα άτομα με αυτισμό δεν αρκεί η εφαρμογή κάποιου θεραπευτικού προγράμματος, αλλά απαιτείται παράλληλα:

- 5) η δημιουργία κατάλληλων εκπαιδευτικών και επαγγελματικών πλαισίων. Αυτές οι νέες προσεγγίσεις, έχουν αρκετά μεγάλο κόστος και δεν είναι ακόμα διαθέσιμες για την πλειονότητα των ατόμων με αυτισμό.
- 6) έγκαιρη υποστηρικτική παρέμβαση, επικοινωνία και αλληλεπίδραση με φυσιολογικά παιδιά

- 7) αφοσιωμένοι παιδαγωγοί-θεραπευτές και κατάλληλες θεραπευτικές μέθοδοι σε συνδυασμό με ένα δομημένο περιβάλλον
- 8) βαρύτητα στην έγκαιρη εκπαίδευση των παιδιών με αυτισμό σε σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής, από ποικιλία ειδικών και εκπαιδευτικών που έχουν εξειδίκευση σε θέματα του αυτισμού

Σχετικά με την ενσωμάτωση των παιδιών με αυτισμό, που αναφέραμε παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι δεν είναι κατάλληλη και εφαρμόσιμη για όλα τα παιδιά με αυτισμό. Ούτε και είναι και μια απλή διαδικασία και εύκολη στην εφαρμογή της. Εκτός από τις προϋποθέσεις που πρέπει να πληρεί το παιδί με ΔΑΔ για να ενταχθεί στο κοινό σχολείο, προτείνουμε:

- 9) τη λήψη επιπλέον μέτρων που θα συμβάλλουν στην επιτυχία της ένταξης. Πρώτα απ' όλα, η επιλογή της τάξης και του δασκάλου πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή για να εξευρεθεί μια όσο το δυνατόν πιο ολιγάριθμη τάξη και ένας συνεργάσιμος δάσκαλος,
- 10) η ένταξη να γίνεται τμηματικά και συστηματικά. Συγκεκριμένα, το παιδί να παρακολουθεί μαθήματα για μικρά χρονικά διαστήματα, και στη συνέχεια, όσο βελτιώνεται η προσαρμογή του, τόσο να αυξάνεται ο χρόνος παρακολούθησης των μαθημάτων,
- 11) ο δάσκαλος θα πρέπει να έχει καθημερινή, γραπτή επικοινωνία με τους γονείς για να τους ενημερώνει για την πρόοδο του παιδιού, ενώ οι γονείς θα πρέπει να ενημερώνουν τα δάσκαλο για απρόοπτα συμβάντα (όπως θέματα υγείας του παιδιού) που μπορεί να επηρεάσουν την επίδοσή του στο σχολείο,
- 12) το παιδί θα πρέπει να εποπτεύεται και να παρακολουθείται τμηματικά και συστηματικά,
- 13) στο ξεκίνημα της ένταξης θα πρέπει να ορίζεται κάποια συνοδός-θεραπεύτρια που θα εποπτεύει το παιδί καθ' όλη τη διάρκεια της ένταξης, ενώ σταδιακά θα μειώνονται οι ώρες της εποπτείας, ανάλογα με τις

ανάγκες του παιδιού. Απώτερος βέβαια στόχος είναι η εντελώς ανεξάρτητη συμμετοχή του παιδιού στην τάξη.

Ο λόγος που προτείνουμε την ενσωμάτωση των παιδιών με αυτισμό σε κανονικά σχολεία, είναι γιατί οι ειδικές τάξεις δεν παρέχουν την ευκαιρία στους μαθητές των κανονικών τάξεων να έλθουν σε επαφή με τους συμμαθητές τους μειωμένων ικανοτήτων και δεξιοτήτων. Η κατάσταση αυτή όμως δυσκολεύει πολύ τη μελλοντική ένταξη των ατόμων με αυτισμό στο κοινωνικό σύνολο και καλλιεργεί από τα πρώτα κιόλας βήματα των “κανονικών” παιδιών την προκατάληψη και την περιφρόνηση για τους συνανθρώπους μας με ειδικές ανάγκες. Επιπλέον, τα προγράμματα ενσωμάτωσης παρέχουν την ευκαιρία στους δασκάλους να μάθουν και να εφαρμόσουν νέες τεχνικές και μεθόδους στην αντιμετώπιση των μαθησιακών προβλημάτων και προβλημάτων συμπεριφοράς.

Συγχρόνως, προτείνουμε:

- 14) την ανάπτυξη εξειδικευμένων μονάδων για τον αυτισμό σε διάφορες περιοχές της χώρας,
- 15) οργάνωση και ενίσχυση των ήδη υπαρχόντων δομών,
- 16) οργάνωση και λειτουργία Κέντρων Ημέρας με βάση τον πληθυσμό της κάθε περιοχής, οργάνωση και λειτουργία ξενώνων, όταν η οικογένεια αντιμετωπίζει προβλήματα.

Στο τέλος αυτής της μελέτης, είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι για την επίτευξη όλων των παραπάνω θα πρέπει να βοηθήσουμε και όλοι εμείς που βρισκόμαστε μέσα σε μια κοινωνία με παιδιά με αυτισμό, χωρίς να χρησιμοποιούμε ταμπέλες-ετικέτες. Αυτές αποτελούν συχνά ένα θαυμάσιο άλλοθι για την αδράνεια της κοινωνίας να παράσχει οποιαδήποτε βοήθεια σε αυτά τα παιδιά. Αν τα αφήσουμε να στηριχθούν στις δικές τους δυνάμεις, είτε κάτω από τη φροντίδα των εξουθενωμένων γονέων τους, είτε να «ζουν» σε κάποιο ίδρυμα, τότε σίγουρα δεν κάνουμε λόγο για μια ευαισθητοποιημένη κοινωνία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. Ελληνική

- 1) Αγγελή Κ. & Βλάχου Μ., *Θέματα Γνωσιακής και Συμπεριφοριστικής Θεραπείας*, Τόμος Γ', Επιμέλεια Μπουλουγούρης Γ., Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996
- 2) Αναγνωστόπουλος Φ. & Καλαντζή-Αζίζι Α., *Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία*, Β' Έκδοση, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998
- 3) Γενά Α., *Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές*, Έκδοση της συγγραφέα, Αθήνα 2002
- 4) Γενά Α., *Θέματα Γνωσιακής και Συμπεριφοριστικής Θεραπείας*, Τόμος Γ', Επιμέλεια Μπουλουγούρης, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996
- 5) Δαβάζογλου Α., *Η Ειδική Αγωγή στην Ελλάδα. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στις Ειδικές Εκπαιδευτικές Μονάδες*, στο Περιοδικό Κοινωνικής Εργασίας του Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Τεύχος 13^ο, Αθήνα 1989, σελ. 13
- 6) Δίπλα Α. (2002). *Πρώιμη παρέμβαση στον αυτισμό*. Διατριβή. Pittsburgh International Children and Family Institute. Πιτσμπέργκ
- 7) Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου Ρ., *Δραματοθεραπεία Μουσικοθεραπεία. Η Επέμβαση της Τέχνης στην Ψυχοθεραπεία*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999
- 8) Ζαφειροπούλου Μ., *Η Γνωστική-Εξελικτική Θεραπεία στα παιδιά*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999
- 9) Ζωγράφου Α., *Ο Διπλός Ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο Πλαίσιο των Κοινωνικών Οργανώσεων*, 3^η Έκδοση, τυπωθήτω Δαρδανός Γ., Αθήνα 2002

- 10) Κακούρος Ε.- Μανιαδάκη Κ., *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων. Αναπτυξιακή Προσέγγιση*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2002
- 11) Καλαντζή-Αζίζι Α., *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο του Σχολείου*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998
- 12) Καλαντζή-Αζίζι Α., *Οικογένεια και Ψυχοκοινωνικές Ψυχοθεραπευτικές Προσεγγίσεις*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1990
- 13) Καλύβα Ε., *Αυτισμός. Εκπαιδευτικές και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2005
- 14) Κατσορίδου-Παπαδοπούλου Χ., *Κοινωνική Εργασία με Ομάδες*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999
- 15) Κολλάτος Δ., *Αυτό το παιδί είναι μόνο του*, Εκδόσεις Αλέξανδρος, Αθήνα 1984
- 16) Κουγιουμουτζάκης Γ., *Πρόοδος στην Αναπτυξιακή Ψυχολογία των πρώτων χρόνων*, Β' Έκδοση, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, Ηράκλειο 1997
- 17) Κρουσταλάκης Γ., *Παιδιά με Ιδιαίτερες Ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο. Ψυχοπαιδαγωγική Παρέμβαση*, Γ' Έκδοση, Αθήνα 1998
- 18) Κυπριωτάκης Α., *Τα Αυτιστικά Παιδιά και η Αγωγή τους*, Ηράκλειο 1995
- 19) Κυπριωτάκης Α., *Τα Ειδικά Παιδιά και η Αγωγή τους*, Ηράκλειο 1989
- 20) Κυπριωτάκης Α., *Τάσεις και προοπτικές Αγωγής και Εκπαίδευσης των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες στην Ενωμένη Ευρώπη σήμερα. Πρακτικά Συνεδρίου Ειδικής Αγωγής, Ρέθυμνο 12-14 Μαΐου 2000*
- 21) Μανωλόπουλος Σ. & Τσιάντης Γ., *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, Τόμος Β', Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1988

- 22) Μανωλόπουλος Σ. & Τσιάντης Γ., *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, Τόμος Γ', Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1989
- 23) Μπαλογιάννης Σ., *Ψυχιατρική και Ποιμαντική Ψυχιατρική*, Εκδόσεις Π. Πουρναρά, Θεσσαλονίκη 1986.
- 24) Μπάρδης Π., *Η Ενσωμάτωση των παιδιών με ειδικές ανάγκες. Περιεχόμενο και φιλοσοφία της ενσωμάτωσης*, στο Περιοδικό Κοινωνικής Εργασίας του Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Τεύχος 13°, Αθήνα 1989, σελ. 19
- 25) Μπεζεβέγκης Γ. Ηλ., *Εξελικτική Ψυχολογία*, Τόμος Α', Αθήνα 1987
- 26) Μπουλουγούρης Γ., *Θέματα Ψυχοθεραπείας της Συμπεριφοράς*, Τόμος Α', Επιμέλεια Καλαντζή-Αζίζι Α.- Δεγλήρης Ν., Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1992
- 27) Νασιάκου Μ., *Η Ψυχολογία Σήμερα. Κλινική Ψυχολογία*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1982
- 28) Νιτσοπούλου Ν., *Προβληματικά Παιδιά και Κοινωνική Ευθύνη*, Έκδοση Γ', Εκδόσεις Ειρήνη, Αθήνα 1986
- 29) *Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια. Λεξικό*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1989
- 30) Παπαδιώτη-Αθανασίου Β., *Οικογένεια και Όρια. Συστημική Προσέγγιση*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000
- 31) Παπαϊωάννου Κ., *Κλινική Κοινωνική Εργασία. Κοινωνική Εργασία με Άτομα*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1998
- 32) Παρασκευόπουλος Ι., *Ψυχολογικά Προβλήματα της παιδικής ηλικίας. Πλήρης οδηγός για όλους τους ενδιαφερομένους*, Τόμος Α', Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1992
- 33) Πιάνος Κ., *Ψυχοκοινωνικές Διαταραχές και η αντιμετώπισή τους*, Ιωάννινα 1989

- 34) Πολυχρονιάδου Α.Π. , *Μουσική και Ψυχολογία: Εισαγωγή στη Μουσικοθεραπεία*, Αθήνα 1989
- 35) Σταθόπουλος Π., *Κοινωνική Πρόνοια. Μια Γενική Θεώρηση*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999
- 36) Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (ΣΚΛΕ), *Αντικείμενο Εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών στις Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής (ΣΜΕΑ)*, στο Περιοδικό Κοινωνικός Λειτουργός, Θέματα Κοινωνικής Εργασίας και Πρόνοιας, Τεύχος 3^ο, Αθήνα 2001, σελ. 15
- 37) Χαρίλα Ν., *Θέματα Γνωσιακής και Συμπεριφοριστικής Θεραπείας*, Τόμος Γ', Επιμέλεια Μπουλουγούρης, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996
- 38) Χατζηγιάνογλου-Ξενοχίδη Θ., *Τα αδέρφια του παιδιού με ιδιαίτερες ανάγκες*, στο Περιοδικό Κοινωνικής Εργασίας του Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Τεύχος 67^ο, Αθήνα 2002, σελ. 155
- 39) Χριστοφίδης Χ., *Ψυχικές Διαταραχές και η Αντιμετώπισή τους*, Λευκωσία 1991

Β. Μεταφρασμένα ξένα συγγράμματα

- 40) Frith U., (1999). *Αυτισμός. Εξηγώντας το αίνιγμα*, (Μετάφραση Καλομοίρης Γ.), Γ' Έκδοση, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα (1992)
- 41) Frith U., *Αυτισμός. Εξηγώντας το αίνιγμα* , (Μετάφραση Καλομοίρης Γ.), Β' Έκδοση, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα 1999
- 42) Grandin T.- Scariano M (1995). *Διάγνωση: «Αυτισμός»*. *Μία αληθινή ιστορία αυτιστικού ατόμου*, (Μετάφραση Τσουπαροπούλου Υ.), Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα (1986)
- 43) Happe F., (1998). *Αυτισμός. Ψυχολογική Θεώρηση*, (Μετάφραση Στασινός Δ.), Αθήνα: Gutenberg (1994)

- 44) Μπουσκάλια Λ. (1993) *Άτομα με Ειδικές Ανάγκες και οι Γονείς τους. Μια Πρόκληση στη Συμβουλευτική*, (Μετάφραση Δίπλας Γ.), Αθήνα: Γλάρος

Γ. Ξενόγλωσση

- 45) Alvin J., *Music Therapy*, London: Baker J.,1966
- 46) Howlin P., *Autism. Preparing for Adulthood*, 1997 by Routledge
- 47) Corey G., *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, 1999 by Brooks/Cole Publishing Company
- 48) Goldstein H., Commentary: Interventions to Facilitate Auditory, Visual, and Motor Integration: “Show Me the Data”. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol.30 (5), 2000
- 49) Leaf R. & McEachin J., *A Work In Progress. Behavior Management Strategies and a Curriculum for Intensive Behavioral Treatment of Autism*, DRL Books, L.L.C., New York 1999
- 50) Novdoff P. & Robbins, *Music Therapy in Special Education*, New York: Day J., 1971
- 51) Ozonoff S. & Cathcart K., Effectiveness of a Home Program Intervention for Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol.28 (1), 1998

Δ. INTERNET

- 52) <http://www.autismhellas.gr>, 25/05/2006
- 53) <http://www.specialeducation.gr>,25/05/2006

