Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Φιλοσοφική Σχολή

**Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας**

Διδακτορική Διατριβή

**Γκόγκος Γεώργιος**

# «Σεξουαλική Εκπαίδευση και η συνάφειά της με την μείωση της προβληματικής συμπεριφοράς σε έφηβους με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος»

«Sexual Education and its impact on the decrease of problem behavior in adolescents with ASD»

Αθήνα, 2020

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Εποπτεύουσα:

Α. Γενά, Καθηγήτρια Ειδικής Αγωγής

Μέλη:

Ασημίνα Μ. Ράλλη, Αναπληρώτρια καθηγήτρια Εξελικτικής Ψυχολογίας

Φαίη Αντωνίου, Επίκουρη Καθηγήτρια Ειδικής Αγωγής

Ημερομηνία προφορικής εξέτασης

11-2-2020

# ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) και οι οικογένειές τους έρχονται αντιμέτωποι με αρκετές προκλήσεις όσο τα παιδιά μεγαλώνουν, οι οποίες σχετίζονται με αρκετούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων οι ποικίλες αλλαγές που συνεπάγεται η εφηβεία και η σεξουαλική αφύπνιση. Συχνό είναι το φαινόμενο ακατάλληλων συμπεριφορών που σχετίζεται με την σεξουαλικότητα. Στους κινδύνους προστίθεται η σεξουαλική εκμετάλλευση και η κακοποίηση παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ. Συνεπώς, κρίνεται αναγκαία η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των ατόμων με ΔΑΦ. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να πραγματοποιηθεί η συστηματική διερεύνηση της αποτελεσματικότητας μιας συμπεριφορικής-αναλυτικής παρέμβασης μέσω ατομικού πειραματικού σχεδιασμού με πολλαπλές γραμμές βάσης ανά κατηγορία αντιδράσεων σε 3 έφηβους και 1 νέο ενήλικα με ΔΑΦ, με σκοπό τη βελτίωση στον τομέα της σεξουαλικής εκπαίδευσης και συμπεριφοράς και ταυτόχρονα την απόσβεση ή την ελαχιστοποίηση της ακατάλληλης σεξουαλικής συμπεριφοράς τους. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες θα πρέπει: α) να αποκτήσουν λεξιλόγιο και γνώσεις που σχετίζονται με την εφηβεία και τη σεξουαλικότητα· β) να βελτιώσουν τις δεξιότητες που σχετίζονται με την προσωπική υγιεινή· γ) να αναπτύξουν ή να βελτιώσουν την ικανότητα της αυτοϊκανοποίησης και δ) να μειώσουν την προβληματική συμπεριφορά που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας κατέδειξαν ότι μια συστηματική συμπεριφορική-αναλυτική παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά έφηβους και νέους ενήλικες με ΔΑΦ να βελτιωθούν στον τομέα της σεξουαλικής γνώσης και συμπεριφοράς και ταυτόχρονα να γίνει απόσβεση ή ελαχιστοποίηση της ακατάλληλης σεξουαλικής συμπεριφοράς τους.

**Λέξεις κλειδιά**: Σεξουαλικότητα, Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, Πρόγραμμα σεξουαλικής εκπαίδευσης, Προβλήματα συμπεριφοράς

# Abstract

The transition from adolescence to adulthood may be a challenging period for all young people, yet, for youth with autistic spectrum disorder (ASD) it may present some additional challenges. Developing a more coherent sense of the self, defining one's values and having a sexual awakening are all important processes for the passage from youth to an adult life. People with ASD have difficulties in the aforementioned areas and also face additional risks for sexual exploitation or even abuse. Those challenges underline the importance of sexual education for individuals with ASD. The aim of this case study is to systematically investigate the effectiveness of a behavior analytic intervention in helping four adolescents and young adults with ASD improve in the area of sexual behavior and at the same time minimize their inappropriate behavior. Specifically: (a) to develop a verbal repertoire pertaining to adolescence and sexuality, (b) to improve personal hygiene skills, (c) to develop or improve self-satisfaction related to sexual expression, (d) to decrease inappropriate behavior pertaining to sexuality, and (e) to train the father to undertake a part of the intervention that would be unethical for the researcher to contact—monitor the participant's masturbation practices. The findings of the present study showed that a systematic behavioral-analytic intervention can effectively help adolescents and young adults with ASD to improve their sexual cognition and behavior and at the same time to eliminate or minimize their inappropriate sexual behavior.



**Keywords**: Autistic spectrum disorder · Sexual education · Behavioral problems · Applied behavioral analysis · Greece

# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κατά τη διάρκεια της διδακτορικής διατριβής μου, ήμουν αρκετά τυχερός ώστε να γνωρίσω και να συμπορευτώ με υπέροχους ανθρώπους, όπου, ο καθένας με το δικό του τρόπο, συνέβαλε στην επίτευξη του στόχου μου.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επόπτρια της διατριβής μου, την καθηγήτρια Αγγελική Γενά, γιατί, χωρίς την πολύτιμη καθοδήγηση, υποστήριξη και βοήθειά της, δε θα είχα καταφέρει να φέρω εις πέρας την διατριβή μου. Την ευχαριστώ για την εμπιστοσύνη και την ευκαιρία που μου έδωσε αναλαμβάνοντας την διδακτορική μου διατριβή. Ακόμα, την ευχαριστώ θερμά για την υπομονή της, τον χρόνο και ενέργεια που μου διέθεσε απλόχερα, καθώς και τη συνεχή εμψύχωση.

Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής, την επίκουρη καθηγήτρια Φαίη Αντωνίου και την αναπληρώτρια καθηγήτρια Ασημίνα Ράλλη, για την καθοδήγηση και τις χρήσιμες υποδείξεις τους. Ευχαριστώ ιδιαίτερα την καθηγήτρια κα Αντωνίου, η οποία, σε μια δύσκολή στιγμή στη συγγραφή της διατριβής μου, με βοήθησε ουσιαστικά, αφιερώνοντας χρόνο από την άδειά της για να με καθοδηγήσει και να μου δώσει χρήσιμες συμβουλές.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Πέτρο Γαλάνη για την πολύτιμη βοήθειά του στην μεθοδολογία της έρευνας καθώς και την υποψήφια διδάκτορα Κατερίνα Δροσινού, για την πολύτιμη βοήθειά της στις διάφορες φάσεις της ερευνητικής διαδικασίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Μαρία Στάβερη με την οποία συνεργάστηκα εξαιρετικά στην διεξαγωγή της πιλοτικής έρευνας. Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Μαρία Χονδρουδάκη και την Αμαλία Τσιτσή, τις θεραπεύτριες του ενός συμμετέχοντα στην έρευνα, οι οποίες συνέβαλλαν ουσιαστικά στο δύσκολο έργο της ερευνητικής διαδικασίας.

Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τους συμμετέχοντες στην έρευνα και οικογένειές τους, γιατί χωρίς αυτούς, δε θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί η έρευνα.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, τον μπαμπά μου Μιχάλη και την μητέρα μου Ελένη, τα αδέρφια μου Ελευθερία, Αλέκο, Φιλισία και Εμμέλεια, τους φίλους μου Αλέξανδρο, Ιωάννη, Γεωργία, Σήφη, Μαίρη, Κατερίνα, Θωμά,

Κώστα, Δόμνα και Έλλη, που με στήριξαν και με άντεξαν καθ΄ όλη την διάρκεια αυτών των χρόνων.

Αθήνα, 2020

Γ. Γ.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ** ..... **3**

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ** ..... **5**

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ** ..... **7**

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ** ..... **12**

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΩΝ** ..... **14**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ** ..... **16**

**ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ** ..... **20**

**Α΄ ΜΕΡΟΣ** ..... **20**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο. Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ** ..... **21**

1.1. Συμπτωματολογία της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος ..... 22

1.1.1. Τομείς σημαντικών ελλείψεων ..... 24

1.1.2. Λειτουργικές συνέπειες της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος ..... 30

1.2. Επιδημιολογικά Στοιχεία ..... 31

1.2.1. Πολιτισμικές διαφορές και Φύλο ..... 32

1.3. Τα Αίτια της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος ..... 33

1.4. Διάγνωση και Αξιολόγηση της ΔΑΦ ..... 34

1.4.1. Διαγνωστικά κριτήρια ..... 35

1.4.2. Διαφορική διάγνωση και Συννοσηρότητα ..... 38

1.5. Θεραπευτικές και Παιδαγωγικές Παρεμβάσεις ..... 39

1.5.1. Πλαίσιο παρέμβασης ..... 40

1.5.2. Προγράμματα παρέμβασης ..... 42

1.6. Βασικές Αρχές της Εκπαίδευσης Ατόμων με ΔΑΦ ..... 45

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο. ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ** ..... **49**

2.1. Ορισμός και κύρια χαρακτηριστικά της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς ..... 49

2.2. Βασικές μορφές μάθησης ..... 52

2.2.1. Κλασσική ή εξαρτημένη αντανακλαστική μάθηση ..... 52

2.2.2. Συντελεστική Μάθηση ..... 53

2.2.3. Τα είδη των ενισχυτών στη συντελεστική μάθηση ..... 54

2.3. Προγράμματα ενίσχυσης ..... 56

2.3.1. Βασικές αρχές της ενίσχυσης ..... 59

2.4. Βασικές Θεραπευτικές και Παιδαγωγικές μέθοδοι της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς ..... 60

2.4.1. Τμηματική βοήθεια ..... 60

2.4.2. Γενίκευση και Διατήρηση Δεξιοτήτων ..... 61

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο. ΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΙ ..... 64**

3.1. Βασικά χαρακτηριστικά των Πειραματικών Σχεδιασμών ..... 64

3.2. Πειραματικός σχεδιασμός με πολλαπλές γραμμές βάσης ..... 67

3.3. Οπτικός Έλεγχος και Στατιστική Ανάλυση των Δεδομένων ..... 71

3.4. Αξιολόγηση των Ατομικών Πειραματικών Σχεδιασμών ..... 72

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ..... 75**

4.1. Εννοιολογικές προσεγγίσεις ..... 75

4.2. Σεξουαλικότητα και ταυτότητα ..... 77

4.2.1. Δυσφορία Φύλου ..... 80

4.3. Σεξουαλικότητα και υγεία ..... 81

4.3.1. Στάδια Σεξουαλικής ανάπτυξης ..... 81

4.4. Σεξουαλικότητα και Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος ..... 84

4.4.1. Σεξουαλική συμπεριφορά των ατόμων με ΔΑΦ: Σύγχρονες έρευνες ..... 88

4.4.2. Οι αντιλήψεις των γονέων και των εκπαιδευτικών για τη σεξουαλική συμπεριφορά των ατόμων με ΔΑΦ ..... 94

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΑΦ ..... 99**

5.1. Θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης ..... 99

5.1.1. Εφηβεία ..... 100

5.1.2. Αυτοϊκανοποίηση ..... 104

5.1.3. Σεξουαλική Κακοποίηση ..... 110

5.1.4 Ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά ..... 111

5.1.5. Παράγοντες συμβάλλουν στη ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά ατόμων με ΔΑΦ..... 117

5.1.6. Νομικά προβλήματα- Σεξουαλικά αδικήματα..... 119

5.1.7. Ηλεκτρονική Σεξουαλική παρενόχληση στα άτομα με ΔΑΦ..... 120

5.2. Προγράμματα Σεξουαλικής Εκπαίδευσης..... 121

5.3. Ο ρόλος των Γονέων στη σεξουαλική εκπαίδευση των ατόμων με ΔΑΦ..... 127

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ..... 129**

6.1. Περιορισμοί σε σχετικές Έρευνες- Ερευνητικό κενό..... 129

6.2. Σκοπός της έρευνας..... 142

6.3. Κοινωνικός Αντίκτυπος..... 143

**Β΄ ΜΕΡΟΣ ..... 145**

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ..... 145**

**Κεφάλαιο 7ο. ΜΕΘΟΔΟΣ..... 146**

7.1. Συμμετέχοντες..... 146

7.1.1. Χαρακτηριστικά των γονέων των συμμετεχόντων..... 153

7.2. Πλαίσιο και συνθήκες διεξαγωγής της έρευνας ..... 156

7.3. Λειτουργικοί Ορισμοί..... 157

7.3.1. Κατηγορίες και υποκατηγορίες αντιδράσεων ..... 157

7.3.2. Τα μέρη του σώματος και οι εφηβικές αλλαγές ..... 159

7.3.3. Γνώσεις Για Την Αποφυγή Προβληματικής Συμπεριφοράς Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση ..... 166

7.3.4. Βασικές Αρχές Για Τον Αυνανισμό Και Την Επίτευξη Αυτοϊκανοποίησης ..... 169

7.3.5. Ανεκδοτολογικές Μεταβλητές: Προβληματικές Μορφές Σεξουαλικής Συμπεριφοράς..... 174

7.4. Άλλες μετρήσεις..... 177

7.5. Μέσα συλλογής δεδομένων- Ερευνητικά Εργαλεία ..... 177

7.5.1. Κλίμακες Γενικής Αξιολόγησης..... 178

7.5.2. Κλίμακες Αξιολόγησης Σεξουαλικής Ετοιμότητας και Προβληματικής Συμπεριφοράς ..... 182

7.5.3. Κλίμακες Αξιολόγησης για τους Γονείς ..... 185

7.5.4. Αυτοσχέδια Μέσα Συλλογής Δεδομένων ..... 186

7.6. Διαδικασία ..... 187

7.6.1. Γενική Διαδικασία ..... 187

7.6.2. Πειραματικό Σχέδιο και Πειραματικές Συνθήκες ..... 188

7.6.3. Γραμμή Βάσης (baseline) ..... 190

7.6.4. Παρέμβαση (intervention) ..... 190

7.6.5. Γενίκευση (Generalization) ..... 192

7.6.6. Επανέλεγχος (Follow-up) και Τελική αξιολόγηση ..... 192

7.7. Συλλογή Δεδομένων ..... 193

7.8. Ανάλυση Δεδομένων ..... 197

7.9. Εγκυρότητα και Αξιοπιστία της έρευνας ..... 197

7.9.1. Αξιοπιστία της έρευνας ..... 197

7.9.2. Κοινωνική Εγκυρότητα ..... 199

**Κεφάλαιο 8ο. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ..... 200**

8.1. Πρώτος Συμμετέχοντας- Διονύσης ..... 200

8.2. Δεύτερος Συμμετέχοντας- Μανώλης ..... 205

8.3. Τρίτος Συμμετέχοντας- Οδυσσέας ..... 210

8.4. Τέταρτος Συμμετέχοντας- Χρήστος ..... 215

8.5. Ποσοστά αύξησης των μέσων όρων κατοχής γνώσης των συμμετεχόντων . 220

8.6. Ανεκδοτολογικές Αναφορές ..... 221

8.7. Άλλες Μετρήσεις ..... 225

8.7.1. Μετρήσεις Γονέων ..... 228

8.8. Αξιοπιστία και Κοινωνική Εγκυρότητα της Έρευνας ..... 230

**Κεφάλαιο 9ο. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ..... 233**

9.1. Σύνοψη των Ευρημάτων της Έρευνας ..... 233

9.2. Πειραματικό κριτήριο ..... 236

9.2.1. Ευρήματα από τη Γραμμή Βάσης ..... 236

9.2.2. Πρώτη Κατηγορία αντιδράσεων: Μέρη Του Σώματος Και Εφηβικές Αλλαγές ..... 237

9.2.3. Δεύτερη Κατηγορία αντιδράσεων: Γνώσεις Για Την Αποφυγή Προβληματικής Συμπεριφοράς Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση ..... 237

9.2.4. Τρίτη Κατηγορία αντιδράσεων: Βασικές Αρχές Για Τον Αυνανισμό Και Την Επίτευξη Αυτοϊκανοποίησης ..... 238

9.2.5. Ανεκδοτολογικές Αναφορές ..... 240

9.2.6. Συμμετοχή των γονέων ..... 245

9.3. Θεραπευτικό κριτήριο ..... 246

9.3.1. Αξιοπιστία και Εσωτερική Εγκυρότητα της Έρευνας ..... 246

9.4. Πρωτοτυπία της Παρούσας Έρευνας ..... 247

9.5. Περιορισμοί και Προτάσεις Για Μελλοντική Έρευνα ..... 250

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ..... 252**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ..... 284**

Παράρτημα Α. Φύλλα Συλλογής Δεδομένων ..... 284

Παράρτημα Β. Ενδεικτικές Δραστηριότητες ..... 288

Παράρτημα Γ. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Εγκυρότητας ..... 294

Παράρτημα Δ. Έντυπο Υλικό που δόθηκε στον πατέρα ..... 295

# ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1: Συνοπτικά χαρακτηριστικά των σημαντικών ελλείψεων……...24

Πίνακας 1.2: Συνοπτικά χαρακτηριστικά των Δυσπροσαρμοστικών και Στερεοτυπικών Αντιδράσεων…….……...28

Πίνακας 4.1: Στάδια Σεξουαλικής ανάπτυξης στην παιδική ηλικία ……...81

Πίνακας 5.1: Ενδεικτικές ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές ατόμων με ΔΑΦ και προτεινόμενοι σχετιζόμενοι παράγοντες……..112

Πίνακας 5.2: Παραφιλικές διαταραχές……...114

Πίνακας 6.1: Μελέτες που αξιολογούν τη σεξουαλική συμπεριφορά σε άτομα με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας από τις αυτό-αναφορές των συμμετεχόντων……....132

Πίνακας 6.2: Σύντομη ανάλυση πρόσφατων άρθρων (2010-2015), σχετικά με την ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά……..136

Πίνακας 7.1: Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων προγράμματος παρέμβασης……..…149

Πίνακας 7.2: Συνοπτικά αποτελέσματα συμπτωμάτων του αυτισμού των συμμετεχόντων (Cars)……152

Πίνακας 7.3: Αποτελέσματα της κλίμακας Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς Vineland για τους τέσσερις συμμετέχοντες……...…….153

Πίνακας 7.4: Συνοπτικά χαρακτηριστικά των γονέων των συμμετεχόντων……..154

Πίνακας 7.5: Κατηγορίες και υποκατηγορίες αντιδράσεων ……...159

Πίνακας 7.6: 1η Κατηγορία αντιδράσεων: Μέρη Σώματος Και Εφηβικές Αλλαγές…160

Πίνακας 7.7: 2η Κατηγορία αντιδράσεων: Γνώσεις Για Την Αποφυγή Προβληματικής Συμπεριφοράς Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση……..…166

Πίνακας 7.8: 3η Κατηγορία αντιδράσεων: Βασικές Αρχές Για Τον Αυνανισμό Και Την Επίτευξη Αυτοϊκανοποίησης……...…...169

Πίνακας 7.9: Λειτουργικοί ορισμοί Προβληματικής Συμπεριφοράς…….176

Πίνακας 7.10: Αριθμός συνεδριών σε κάθε πειραματική συνθήκη……196

Πίνακας 7.11: Ποσοστά συμφωνίας (%) μεταξύ παρατηρητών ανά φάση έρευνας…198

Πίνακας 8.1: Ποσοστά αύξησης των μέσων όρων κατοχής γνώσης των συμμετεχόντων……...220

Πίνακας 8.2: Συνοπτικά αποτελέσματα της Κλίμακας Προβληματικής Συμπεριφοράς (ECBI)……226

Πίνακας 8.3: Συνοπτικά αποτελέσματα της Γενικής Κλίμακας Σεξουαλικής Γνώσης-Αναθεωρημένης (GSKQ)……...…227

Πίνακας 8.4: Συνοπτικά αποτελέσματα του Ερωτηματολόγιου Γονεϊκής Τυπολογίας και του Ερωτηματολόγιου Αυτοεκτίμησης ή Άγχους (STAI)……229

# ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΩΝ

Σχήμα 8.1: Ποσοστά σωστών αποκρίσεων του Διονύση……201
Σχήμα 8.2: Γραμμή Τάσης των ποσοστών των σωστών αποκρίσεων του Διονύση…202
Σχήμα 8.3: Μέσος όρος σωστών αποκρίσεων του Διονύση……203
Σχήμα 8.4: Ποσοστά σωστών αποκρίσεων του Μανώλη……206
Σχήμα 8.5: Γραμμή Τάσης των ποσοστών των σωστών αποκρίσεων του Μανώλη…207
Σχήμα 8.6: Μέσος όρος σωστών αποκρίσεων του Μανώλη……..208
Σχήμα 8.7: Ποσοστά σωστών αποκρίσεων του Οδυσσέα…….…..211
Σχήμα 8.8: Γραμμή Τάσης των ποσοστών των σωστών αποκρίσεων του Οδυσσέα…….212
Σχήμα 8.9: Μέσος όρος σωστών αποκρίσεων του Οδυσσέα…….….213
Σχήμα 8.10: Ποσοστά σωστών αποκρίσεων του Χρήστου……216
Σχήμα 8.11: Γραμμή Τάσης των ποσοστών των σωστών αποκρίσεων του Χρήστου…….217
Σχήμα 8.12: Μέσος όρος σωστών αποκρίσεων του Χρήστου……218
Σχήμα 8.13: Προαπαιτούμενα Για Την Αυτοϊκανοποίηση και την Προβληματική Συμπεριφορά του Μανώλη……..…223
Σχήμα 8.14: Προβληματική Συμπεριφορά του Οδυσσέα……224
Σχήμα 8.15: Προβληματική Συμπεριφορά του Χρήστου……225

Εικόνα 7.1: Παράδειγμα φύλλου καταγραφής Δεδομένων Παρατήρησης……194

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των ατόμων που λαμβάνουν διάγνωση Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Το εύρος του επιπολασμού της αυτιστικής διαταραχής τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί σε επιδημικά επίπεδα (Baird και συν., 2006), καθώς εκτιμάται στην Αμερική ως 1 παιδί με διάγνωση ΔΑΦ στα 68 παιδιά (Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2008 Principal Investigators, 2012). Συνεπώς, αυξάνεται και η αναγκαιότητα για θέσπιση αποτελεσματικών θεραπευτικών υπηρεσιών για τα παιδιά με ΔΑΦ, καθώς και τις οικογένειές τους.

Αδιαμφισβήτητα, τα παιδιά με ΔΑΦ και οι οικογένειές τους έρχονται αντιμέτωποι με αρκετές προκλήσεις μεγαλώνοντας και ιδιαίτερα στο πέρασμα τους από την παιδική ηλικία στην εφηβεία. Τα άτομα με ΔΑΦ μετέρχονται από σημαντικές μεταβολές στην ανάπτυξή κατά την διάρκεια της προεφηβείας και της εφηβείας, αντιμετωπίζοντας εσωτερικές και εξωτερικές αλλαγές και συγκρούσεις, όμοιες με αυτές των εφήβων τυπικής ανάπτυξης. Πιο συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου γίνονται αλλαγές στο σώμα τους και υπάρχουν σεξουαλικές αφυπνίσεις και ενεργοποιήσεις (Koller, 2000).

Ωστόσο, το πέρασμα με επιτυχία από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή, είναι ένα δύσκολο εγχείρημα για όλα τα παιδιά. Κατά τη διάρκεια αυτών των ετών, τα παιδιά βιώνουν τη σεξουαλική αφύπνιση και αναπτύσσουν τις στάσεις και τις αξίες τους (Hellemans, Roeyers, Leplae, Dewaele & Deboutte, 2010). Η εφηβεία είναι το αναπτυξιακό στάδιο κατά το οποίο οι άνθρωποι μαθαίνουν για τη σεξουαλικότητα και συνήθως, έχουν την πρώτη τους σεξουαλική επαφή (Feldmann & Middleman, 2002).

Η εννοιολογική οριοθέτηση της σεξουαλικότητας (sexuality) είναι σύνθετη και πολυπαραγοντική, καθώς ως έννοια είναι πολυδιάστατη, πολυσήμαντη και περιλαμβάνει πολλές όψεις: φυσικές, κοινωνικές και ψυχολογικές (Bernhard, 2002· Fiedler, 2004· Shakespeare, Gillespie-Sells & Davies, 1996· Sheerin & Sines, 1999). Η ανάπτυξη της σεξουαλικότητας είναι μια κρίσιμη διαδικασία, διότι είναι μία σημαντική παράμετρος που συνδέει την ευχαρίστηση και τις κοινωνικές-συναισθηματικές σχέσεις με τους άλλους (Nichols & Blakeley-Smith, 2009). Τα περισσότερα παιδιά μαθαίνουν πώς να αντιμετωπίσουν την αλλαγή στο σώμα τους και την άνθηση της σεξουαλικότητας μέσα από το καθημερινό τους περιβάλλον. Συγκεντρώνουν γνώσεις και κατάλληλες συμπεριφορές μέσα από μια ποικιλία πηγών,

όπως είναι οι συνομήλικοί τους, οι γονείς, οι δάσκαλοι, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και το διαδίκτυο. Όμως, τα παιδιά και οι έφηβοι με διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού απαιτούν επιπλέον φροντίδα και προσοχή κατά τη διάρκεια της εφηβείας, ειδικά όταν πρόκειται για την ανάπτυξη της σεξουαλικότητας και της σεξουαλικής τους υγείας. Τέλος, είναι γεγονός ότι πολλά παιδιά με ΔΑΦ αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας (Chan & John, 2012).

Όπως και στον γενικό πληθυσμό των εφήβων, έτσι και στα άτομα με ΔΑΦ ελλοχεύουν διάφοροι κίνδυνοι αναφορικά με τη διαχείριση της σεξουαλικότητας τους. Οι πιο συνήθεις μορφές ακατάλληλων συμπεριφορών είναι: α) ακατάλληλες συμπεριφορές σε δημόσιες καταστάσεις (αυνανισμός, γδύσιμο)· β) παρενοχλητικοί τύποι συμπεριφοράς, που παραβιάζουν τους κοινωνικούς κανόνες, αλλά δεν περιλαμβάνουν συνουσία ή επαφή με άλλους (ακατάλληλα αγγίγματα, θωπείες και τριβές, επιστολές με σεξουαλική υποκίνηση, σεξουαλικά τηλεφωνήματα, επίμονη βλεμματική επαφή, ηδονοβλεψία, λεκτική ηδονοβλεψία, δυσάρεστα σεξουαλικά σχόλια, καταδίωξη, σεξουαλικοποιημένος καλλωπισμός)· γ) υψηλού κινδύνου σεξουαλικές πρακτικές (πορνεία, απόδοση χρημάτων ή αντικειμένων για σεξουαλικές πράξεις, σεξουαλική δραστηριότητα με αγνώστους, συνουσία χωρίς αντισύλληψη). Επιπροσθέτως, στους κινδύνους που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα άτομα με ΔΑΦ προστίθεται η σεξουαλική εκμετάλλευση και η κακοποίηση συχνότερα ως θύματα αλλά και αρκετές φορές ως θύτες.

Συνεπώς, κρίνεται αναγκαία η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των ατόμων με ΔΑΦ κατά το πέρασμα τους από την παιδική ηλικία στην εφηβεία. Μολονότι η σεξουαλική εκπαίδευση είναι μείζονος σημασίας, δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες στην διεθνή βιβλιογραφία που να εξετάζουν την σεξουαλικότητα των ατόμων με ΔΑΦ, καθώς επίσης δεν υπάρχουν αρκετά προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και παρέμβασης (Koller, 2000). Επιπροσθέτως, οι περισσότερες έρευνες μέχρι σήμερα στον τομέα αυτό, στηρίχτηκαν αποκλειστικά στις αναφορές από τους γονείς ή τους κηδεμόνες και τους φροντιστές (Mehzabin & Stokes, 2011). Λίγες εμπειρικές μελέτες έχουν γίνει με αντικείμενο την αξιολόγηση των σεξουαλικών συμπεριφορών μεταξύ των εφήβων με ΔΑΦ ενώ λιγοστές έχουν επικεντρωθεί αποκλειστικά και μόνο σε αυτή την ηλικιακή ομάδα (Stokes & Kaur, 2005).

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πλήθος ερευνητικών παρεμβάσεων ψυχοκοινωνικών, αλλά και φαρμακευτικών για την αντιμετώπιση των διάφορων δυσκολιών των παιδιών με ΔΑΦ, που αφορούν στα πρώιμα στάδια μέχρι και την

ενηλικίωση. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση για την ΔΑΦ προκύπτει πως τα προγράμματα αυτά, που βασίζονται στις αρχές της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, έχουν σαφή πλεονεκτήματα ως προς την εξέλιξη των παιδιών με ΔΑΦ (Kasari, 2002· Rogers, 1998· Smith, 1999· Makrygianni, Gena & Reed, 2011). Αντίθετα, στα προγράμματα σεξουαλικής εκπαίδευσης η έρευνα είναι πολύ περιορισμένη.

Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, προκύπτει το συμπέρασμα ότι όλα τα προγράμματα αποδέχονται και προάγουν την αυτοϊκανοποίηση σαν μια βασική μορφή εκτόνωσης της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ και εκπαιδεύουν τα άτομα σε θέματα όπως: τα μέρη του σώματος, την αναπαραγωγή, τον έλεγχο των γεννήσεων, τη σεξουαλική υγεία, την ευαισθητοποίηση στα θέματα κακοποίησης, τις σεξουαλικές σχέσεις και τις σεξουαλικές συμπεριφορές, τα συναισθήματα, τη φιλία και την αγάπη, τον χειρισμό των συναισθημάτων, την προφύλαξη, τις σεξουαλικώς μεταδιδόμενες ασθένειες και HIV, τον σεξουαλικό προσανατολισμό και τέλος, τη σεξουαλική εκμετάλλευση και τις ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να ληφθούν υπόψη τα προαναφερθέντα ευρήματα και το κενό της βιβλιογραφίας και να πραγματοποιηθεί η συστηματική διερεύνηση της αποτελεσματικότητας μιας συμπεριφορικής-αναλυτικής παρέμβασης σε έφηβους και νέους ενήλικες με ΔΑΦ, με σκοπό τη βελτίωση στον τομέα της σεξουαλικής εκπαίδευσης και συμπεριφοράς και ταυτόχρονα την απόσβεση ή την ελαχιστοποίηση της ακατάλληλης σεξουαλικής συμπεριφοράς τους. Πιο συγκεκριμένα, ο στόχος ήταν οι συμμετέχοντες: α) να αποκτήσουν λεξιλόγιο και γνώσεις που σχετίζονται με την εφηβεία και τη σεξουαλικότητα· β) να βελτιώσουν τις δεξιότητες που σχετίζονται με την προσωπική υγιεινή· γ) να αναπτύξουν ή να βελτιώσουν την ικανότητα της αυτοϊκανοποίησης και δ) να μειώσουν την ακατάλληλη συμπεριφορά που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα.

Στο πρώτο μέρος της παρούσας διατριβής πραγματοποιείται μια εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση. Το πρώτο κεφάλαιο πραγματεύεται ζητήματα που αφορούν τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται συνοπτικά το θεωρητικό και επιστημονικό πλαίσιο της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς και στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η πειραματική μέθοδος της διατριβής, οι Ατομικοί Πειραματικοί Σχεδιασμοί. Το τέταρτο κεφάλαιο αφιερώνεται στη Σεξουαλικότητα και τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος ενώ το πέμπτο κεφάλαιο

παρουσιάζεται η Σεξουαλική Εκπαίδευση. Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο αναλύονται ο σκοπός και οι στόχοι της έρευνας.

Στο δεύτερο μέρος της διατριβής περιγράφεται η ερευνητική διαδικασία. Συγκεκριμένα, στο έβδομο κεφάλαιο περιγράφεται η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, ενώ στο όγδοο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο ένατο κεφάλαιο της διατριβής παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της έρευνας και επιχειρείται η ερμηνεία των ευρημάτων.

# ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

# Α΄ ΜΕΡΟΣ

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο. Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) είναι μια σύνθετη και δια βίου νευρό-αναπτυξιακή διαταραχή, η οποία μπορεί να διαγνωστεί κατά τη βρεφική και την πρώιμη παιδική ηλικία, εμφανίζει μεγάλο εύρος φαινοτυπικών διακυμάνσεων και επηρεάζει την προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον όπου ζει και αναπτύσσεται (Bailey, Phillips & Rutter, 1996· Bauman & Kemper, 2005· Γενά & Μακρυγιάννη, 2017· Minshew & Keller, 2010· Vargas, Nascimbene, Krishnan, Zimmerman & Pardo, 2005). Η ΔΑΦ χαρακτηρίζεται από επίμονα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση (American Psychiatric Association, 2013). Πιο συγκεκριμένα, ελλείμματα στην κοινωνική-συναισθηματική αμοιβαιότητα, ελλείψεις σε μη λεκτικές επικοινωνιακές συμπεριφορές, που χρησιμοποιούνται για την κοινωνική αλληλεπίδραση, και ελλείμματα στην ανάπτυξη, τη διατήρηση και την κατανόηση των σχέσεων. Επίσης, η ΔΑΦ χαρακτηρίζεται από περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς, ενδιαφέροντα και δραστηριότητες (American Psychiatric Association, 2013).

Η ΔΑΦ διαγιγνώσκεται τέσσερις φορές πιο συχνά στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες (American Psychiatric Association, 2013) και έχει ισχυρή οργανική προέλευση, αν και τα εκλυτικά αίτια της είναι δύσκολο να προσδιοριστούν (Autism Genome Project Consortium, 2007· Papanikolaou, Richardson, Pehlivanidis, Papadopoulou-Daifoti, 2006· Pinto και συν., 2010). Παρόλο που τα αίτια της διαταραχής αναζητούνται στο βιολογικό υπόστρωμα του ατόμου, οι εκφάνσεις των συμπτωμάτων καθώς και η πρόγνωση, η πορεία και η εξέλιξη της διαταραχής είναι απόλυτα συνυφασμένες με μια πληθώρα διαφορετικών παραγόντων, όπως οι οικογενειακοί, οι περιβαλλοντικοί, ακόμα και κάποιοι ιδιοσυγκρασιακοί παράγοντες (Campbell, 1996· Campbell & Shay, 1995· Wing, 2000).

Τις τελευταίες δεκαετίες, η ΔΑΦ αποτελεί αντικείμενο μεγάλου ερευνητικού, επιστημονικού και κοινωνικού ενδιαφέροντος. Το εύρος του επιπολασμού της ΔΑΦ τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί σε επιδημικά επίπεδα (Baird και συν., 2006), καθώς εκτιμάται ότι στην Αμερική, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις από τα κέντρα Νοσολογικού

Ελέγχου και Πρόληψης (Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2008 Principal Investigators, 2012), περίπου 1 στα 68 παιδιά έχουν διαγνωσθεί με ΔΑΦ. Τα αίτια της διαταραχής, η ιδιαίτερη ποιότητα και η σοβαρότητα των γνωστικών διακυμάνσεων, η ποικιλομορφία της κλινικής εικόνας από άτομο σε άτομο, η χρονιότητα και η αντιμετώπιση των βασικών ελλειμμάτων, η σεξουαλική εκπαίδευση κ.ά., συνεχίζουν να αποτελούν πρόκληση, τόσο για την ερευνητική κοινότητα, όσο και για την κλινική πράξη (Shields, 2001).

## 1.1. Συμπτωματολογία της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των τελευταίων δεκαετιών, η κλινική εικόνα των ατόμων με ΔΑΦ έχει μεγάλο εύρος. Τα άτομα με ΔΑΦ παρουσιάζουν σοβαρά και εκτεταμένα αναπτυξιακά προβλήματα, όπως σοβαρές ελλείψεις στη γλωσσική ανάπτυξη και την επικοινωνία, ελλείμματα στην κατανόηση, την ανάπτυξη και τη διατήρηση κοινωνικών σχέσεων, αισθητηριακές δυσλειτουργίες, περιορισμούς δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων, διασπαστική συμπεριφορά κ.ά. (Bailey και συν., 1996· Bauman & Kemper, 2005· Γενά & Μακρυγιάννη, 2017· Minshew & Keller, 2010· Vargas και συν., 2005). Επιπροσθέτως, υπάρχει ποικιλία ως προς την εκδήλωση των συμπτωμάτων, τους τομείς στους οποίους παρουσιάζονται ελλείμματα και το βαθμό βαρύτητας των συμπτωμάτων. Συνεπώς, τα άτομα με ΔΑΦ, διαφέρουν σημαντικά από τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα, ενώ ταυτόχρονα, διαφέρουν σημαντικά και μεταξύ τους.

Τα συμπτώματα της ΔΑΦ ποικίλουν στην ένταση και στον τρόπο εκδήλωσης τους, ενώ στη συμπεριφορά του ατόμου με ΔΑΦ μπορεί να διακρίνουμε ελάχιστα ή αρκετά αυτιστικά χαρακτηριστικά (Γενά, 2002· Wing, 2000). Το νοητικό δυναμικό και το επίπεδο λόγου του ατόμου αποτελούν παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν καθοριστικά τη μορφή, τη συχνότητα και την ένταση των συμπτωμάτων. Επιπροσθέτως, τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ΔΑΦ δεν παραμένουν σταθερά με την πάροδο του χρόνου, αλλά μεταβάλλονται διότι το άτομο αναπτύσσεται και ωριμάζει νευρολογικά, αλλά και εξαιτίας των περιβαλλοντικών επιδράσεων, της κοινωνικής εμπειρίας και της εκπαίδευσης που λαμβάνει.

Στην Πέμπτη Έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειρίδιου Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5) και στη δέκατη έκδοση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD 10), όπως και τα μέχρι τώρα διεθνώς αναγνωρισμένα διαγνωστικά και στατιστικά εγχειρίδια, στα θεμελιώδη συμπτώματα της ΔΑΦ περιλαμβάνονται οι σοβαρές αποκλίσεις στην αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση, την επικοινωνία, όπως και η περιορισμένη, επαναλαμβανόμενη και στερεότυπη συμπεριφορά (American Psychiatric Association, 2013· Faherty, 2003· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002· Wing, 2000· World Health Organization, 1992).

Τα συμπτώματα της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος αναγνωρίζονται συνήθως από τους ειδικούς ή τους γονείς κατά τη διάρκεια του δεύτερου έτους της ζωής των παιδιών (ηλικίας 12-24 μηνών), αλλά μπορεί να παρατηρηθούν και νωρίτερα από την ηλικία των 12 μηνών, εάν οι αναπτυξιακές καθυστερήσεις είναι σοβαρές. Εάν τα συμπτώματα είναι πιο ήπια, τα χαρακτηριστικά μπορούν να παρατηρηθούν μετά από τους πρώτους 24 μήνες (American Psychiatric Association, 2013).

Τα πρώτα συμπτώματα της ΔΑΦ συχνά περιλαμβάνουν τη καθυστερημένη γλωσσική ανάπτυξη, η οποία συχνά συνοδεύεται από: α) *έλλειψη κοινωνικού ενδιαφέροντος ή ασυνήθιστες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με το περιβάλλον* (π.χ. τραβώντας άτομα από το χέρι χωρίς να υπάρχει βλεμματική επαφή)· β) *παράξενα μοτίβα παιχνιδιού* (π.χ. να μεταφέρουν παιχνίδια μαζί τους αλλά να μην παίζουν μαζί τους) και γ) *ασυνήθιστα είδη επικοινωνίας* (π.χ. ένα άτομο να γνωρίζει το αλφάβητο αλλά να μην ανταποκρίνεται στο όνομα του). Τα συμπτώματα είναι συχνά πιο έντονα κατά τα πρώτα χρόνια της παιδικής ηλικίας και τα πρώτα σχολικά έτη. Συνήθως, πραγματοποιείται αναπτυξιακή βελτίωση στην μετέπειτα παιδική ηλικία, τουλάχιστον σε ορισμένους τομείς (π.χ. αυξημένο ενδιαφέρον για κοινωνική αλληλεπίδραση). Αν και τα περισσότερα άτομα βελτιώνονται κατά την εφηβεία, σε ένα μικρό ποσοστό ατόμων η συμπεριφορά επιδεινώνεται (American Psychiatric Association, 2013).

Τα παιδιά με ΔΑΦ παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις σε δεξιότητες, όπως η μίμηση κινήσεων του σώματος, η μίμηση κινήσεων της στοματικής κοιλότητας, όπως και η μίμηση των εκφράσεων του προσώπου (Rogers, Cook & Meryl, 2005· Rogers, Stackhouse, Hepburn & Wehner, 2003). Η μίμηση είναι μια σημαντική μέθοδος μάθησης νέων δεξιοτήτων και αντιδράσεων ενώ έχει πρωταγωνιστικό ρόλο στην ανάπτυξη δεξιοτήτων κοινωνικής αλληλεπίδρασης, παιχνιδιού και προφορικού λόγου.

Η δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, ιδιαίτερα στις πιο ακραίες μορφές της, όπως η επιθετικότητα και οι αυτοτραυματισμοί, αποτέλεσαν και εξακολουθούν να αποτελούν πηγή διαρκούς προβληματισμού στα πεδία της έρευνας, της θεραπείας και της εκπαίδευσης ατόμων με ΔΑΦ. Τα άτομα με ΔΑΦ, ιδιαίτερα στη παιδική ηλικία, παρουσιάζουν πολύ συχνά προβληματική συμπεριφορά, η οποία εκδηλώνεται π.χ. με εκρήξεις θυμού, ανυπακοή, επιθετικότητα, ακόμα και με αυτοτραυματισμούς (Γενά & Γκόγκος, 2017).

Σε πολλά από τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά, τα ελλείμματα που παρατηρούνται στα άτομα με ΔΑΦ είναι ποιοτικά και όχι ποσοτικά. Δεν παρατηρείται, δηλαδή, πλήρης απουσία μιας συμπεριφοράς ή αντίδρασης, αντίθετα αυτή εκδηλώνεται με καθυστέρηση ή με ιδιοσυγκρασιακό τρόπο.

### 1.1.1. Τομείς σημαντικών ελλείψεων

Στον Πίνακα 1.1 παρουσιάζονται συνοπτικά οι τομείς σημαντικών ελλείψεων των ατόμων με ΔΑΦ και τα χαρακτηριστικά τους. Οι τομείς αυτοί είναι: α) Συγκέντρωση Προσοχής· β) Λόγος και Επικοινωνία· γ) Κοινωνικές και Συναισθηματικές Εκδηλώσεις· δ) Ανάπτυξη Θεωρίας του Νου· ε) Παιχνίδι· στ) Αισθητηριακή Επεξεργασία· ζ) Επιλεκτική Προσοχή σε Ορισμένα Χαρακτηριστικά των Ερεθισμάτων του Περιβάλλοντος ή Υπερεπιλεκτικότητα· η) Γνωστικές Λειτουργίες και θ) Αδύναμη Κεντρική Συνοχή και Επιτελικές ή Εκτελεστικές Δυσλειτουργίες (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

Πίνακας 1.1

*Συνοπτικά χαρακτηριστικά των σημαντικών ελλείψεων* (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017)

| Τομείς σημαντικών ελλείψεων | Χαρακτηριστικά |
|---|---|
| **Συγκέντρωση Προσοχής** | • Αποφυγή βλεμματικής επαφής<br>• Διάσπαση προσοχής<br>• Υπερβολική ενασχόληση με συγκεκριμένα αντικείμενα και αποφυγή άλλων αντικειμένων |
| **Λόγος και Επικοινωνία** | • Ηχολαλία<br>• Ακατάληπτη άρθρωση<br>• Κυριολεκτικός λόγος χωρίς μεταφορές, παρομοιώσεις, χιούμορ<br>• Ακριβής λόγος με επιτηδευμένο λεξιλόγιο<br>• Δυσκολίες στον λόγο που σχετίζονται με εννοιολογικά, γραμματικά, συντακτικά κ.τ.λ. χαρακτηριστικά του λόγου<br>• Δυσκολίες στην κατανόηση λόγου<br>• Δυσκολίες στην επικοινωνία |

| | |
|---|---|
| **Κοινωνικές και Συναισθηματικές Εκδηλώσεις** | • Αποφυγή ή άρνηση σωματικής επαφής<br>• Αποφυγή ή άρνηση κοινωνικής επαφής ή επικοινωνίας<br>• Έλλειψη ενδιαφέροντος προς τους ανθρώπους<br>• Έλλειψη πρωτοβουλίας και ανταπόκρισης σε κοινωνικές συναλλαγές<br>• Δυσκολία στη διατήρηση μιας κοινωνικής αλληλεπίδρασης και διαλόγου<br>• Ελλείμματα στην ανάπτυξη και διατήρηση σχέσεων<br>• Δυσκολίες εναρμόνισης της συμπεριφοράς τους ανάλογα με το πλαίσιο<br>• Υπερβολική αντίδραση φόβου σε ερεθίσματα που δεν προκαλούν συνήθως φοβική αντίδραση<br>• Απάθεια ή υπερβολική αντίδραση στον αποχωρισμό από την μητέρα<br>• Έλλειψη ενσυναίσθησης |

| | |
|---|---|
| **Ανάπτυξη Θεωρίας του Νου** | • Δυσκολία εμπλοκής σε επεισόδια από κοινού εστίασης της προσοχής<br>• Ελλειμματική αντίληψη και ανταπόκριση στη συναισθηματική κατάσταση των άλλων<br>• Αδυναμία χρήσης χειρονομιών με κοινωνική σκοπιμότητα<br>• Δυσκολία αντίληψης ότι οι άνθρωποι έχουν διαφορετικές επιθυμίες, προθέσεις, πεποιθήσεις, συναισθήματα<br>• Αδυναμία πρόβλεψης της συμπεριφοράς |
| **Παιχνίδι** | • Ιδιόρρυθμη χρήση παιχνιδιών<br>• Αποχή από συμβολικό και αναπαραστατικό παιχνίδι<br>• Αποχή από δυαδικό ή ομαδικό παιχνίδι με συνομήλικους<br>• Υπερβολική προσκόλληση σε ορισμένα παιχνίδια<br>• Ενδιαφέρον για περιορισμένο αριθμό παιχνιδιών |
| **Αισθητηριακή Επεξεργασία** | • Ιδιόρρυθμη επεξεργασία οπτικών ερεθισμάτων<br>• Αδιαφορία ή υπερβολική αντίδραση σε ακουστικά ερεθίσματα<br>• Αδιαφορία ή υπερβολική αντίδραση σε απτικά ερεθίσματα<br>• Υπερευαισθησία σε ορισμένες γεύσεις ή οσμές |

| | |
|---|---|
| **Επιλεκτική Προσοχή σε Ορισμένα Χαρακτηριστικά των Ερεθισμάτων του Περιβάλλοντος ή Υπερεπιλεκτικότητα** | • Δυσκολία διάκρισης και αναγνώρισης ιδιοτήτων των αντικειμένων ή συμβόλων<br>• Δυσκολία γενίκευσης κεκτημένων δεξιοτήτων σε διαφορετικά πλαίσια<br>• Δυσκολία αναγνώρισης παραλλαγών των ίδιων αντικειμένων ή προσώπων<br>• Αποσπασματική παρατήρηση οπτικών ερεθισμάτων |
| **Γνωστικές Λειτουργίες** | • Νοητική Υστέρηση<br>• Ασταθής μάθηση<br>• Αναπτυξιακά χάσματα στη μάθηση<br>• Μαθησιακή παλινδρόμηση |
| **Αδύναμη Κεντρική Συνοχή και Επιτελικές ή Εκτελεστικές Δυσλειτουργίες** | • Αδυναμία σχεδιασμού της δράσης<br>• Έλλειψη γνωστικής ευελιξίας<br>• Αδυναμία στη μνήμη εργασίας<br>• Επιλεκτική προσοχή<br>• Δυσκολίες αναστολής παρορμήσεων<br>• Δυσκολία στη παραγωγή νέων ιδεών και αυθόρμητης συμπεριφοράς<br>• Δυσκολία παρακολούθησης των σκέψεων και πράξεων του ίδιου του ατόμου (αυτοπαρακολούθηση) |

**Δυσπροσαρμοστικές και στερεοτυπικές αντιδράσεις**

Στον Πίνακα 1.2 παρουσιάζονται συνοπτικά οι τομείς σημαντικών ελλείψεων των ατόμων με ΔΑΦ οι οποίοι σχετίζονται με τις Δυσπροσαρμοστικές και Στερεοτυπικές Αντιδράσεις και τα χαρακτηριστικά τους. Οι τομείς αυτοί είναι: α) Διασπαστική Συμπεριφορά· β) Στερεοτυπικές Αντιδράσεις· γ) Επίμονη Προσκόλληση σε Ρουτίνες και Τελετουργίες και Αντίσταση σε Αλλαγές και δ) Ιδιαίτερες Ικανότητες (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

Πίνακας 1.2

*Συνοπτικά χαρακτηριστικά των Δυσπροσαρμοστικών και Στερεοτυπικών Αντιδράσεων* (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017)

| **Δυσπροσαρμοστικές και στερεοτυπικές αντιδράσεις** | **Χαρακτηριστικά** |
|---|---|
| **Διασπαστική Συμπεριφορά** | • Κρίσεις θυμού<br>• Ανυπακοή<br>• Επιθετικότητα<br>• Αυτοτραυματισμοί |
| **Στερεοτυπικές Αντιδράσεις** | • Σε οπτικά ερεθίσματα<br>• Στην ομιλία<br>• Στην οσμή<br>• Στην γεύση<br>• Στην αφή<br>• Στην κίνηση<br>• Στην χρήση αντικειμένων |
| **Επίμονη Προσκόλληση σε Ρουτίνες και Τελετουργίες και Αντίσταση σε Αλλαγές** | • Επίμονη προσκόλληση σε ρουτίνες<br>• Επίμονη προσκόλληση σε τελετουργίες<br>• Υπερβολική αντίσταση σε αλλαγές<br>• Εκδηλώσεις έντονης δυσφορίας σε ασήμαντες αλλαγές |
| **Ιδιαίτερες Ικανότητες** | • Εξαιρετική ικανότητα απομνημόνευσης και παπαγαλίας<br>• Υψηλή αριθμητική ικανότητα<br>• Υπερλεξία<br>• Επιδεξιότητα σε παζλ και παιχνίδια με περίπλοκούς μηχανισμούς |

### 1.1.2. Λειτουργικές συνέπειες της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος

Σε μικρά παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, η έλλειψη κοινωνικών και επικοινωνιακών ικανοτήτων μπορεί να παρεμποδίσει τη μάθηση, ιδίως τη μάθηση που πραγματοποιείται μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης ή τη μάθηση που πραγματοποιείται σε περιβάλλοντα με συνομηλίκους. Η αυξημένη δυσκολία που έχουν τα άτομα με ΔΑΦ στον προγραμματισμό, την οργάνωση και την αντιμετώπιση των αλλαγών επηρεάζουν αρνητικά την ακαδημαϊκή τους επίδοση, ακόμη και τους μαθητές με νοημοσύνη άνω του μέσου όρου. Στο οικιακό περιβάλλον, η επιμονή στο πρόγραμμα (προγραμματισμός) και η δυσκολία στην αλλαγή, καθώς και οι αισθητηριακές ευαισθησίες, μπορεί να παρεμποδίσουν καθημερινές λειτουργίες, όπως τη σίτιση, τον ύπνο και την ατομική φροντίδα (π.χ. κούρεμα, επίσκεψη σε οδοντίατρο). Γενικά, οι προσαρμοστικές δεξιότητες ενός ατόμου με ΔΑΦ είναι συνήθως σε χαμηλότερο επίπεδο απ' ό,τι θα αναμενόταν βάσει των νοητικών ικανοτήτων του (American Psychiatric Association, 2013). Στα παιδιά, η διάγνωση ΔΑΦ συνδέεται με αυξημένες πιθανότητες σωματικής, συναισθηματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης σε σύγκριση με τους χωρίς αναπηρίες συνομηλίκους τους (Sullivan & Knutson, 2000). Τα άτομα με ΔΑΦ κινδυνεύουν σοβαρά να βιώσουν την θυματοποίηση κατά την παιδική ηλικία και τον εκφοβισμό και τη σεξουαλική κακοποίηση στην ενηλικίωση (Weiss & Fardella, 2018).

Κάνοντας το πέρασμα στην ενήλικη ζωή, πολλά άτομα με ΔΑΦ, ακόμη και χωρίς νοητική υστέρηση, έχουν χαμηλή ψυχοκοινωνική λειτουργία και αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε τομείς, όπως η ανεξάρτητη διαβίωση και η αμειβόμενη απασχόληση. Ακόμα, λόγω της ανευελιξίας και της δυσκολίας με την καινοτομία, μπορεί να έχουν δυσκολίες στην κατάκτηση της ανεξαρτησίας (American Psychiatric Association, 2013). Οι λειτουργικές συνέπειες στο πέρασμα στην τρίτη ηλικία δεν έχουν επαρκώς ερευνηθεί, αλλά τα προβλήματα της κοινωνικής απομόνωσης και της επικοινωνίας (π.χ. μειωμένη αναζήτηση βοήθειας) είναι πιθανό να έχουν συνέπειες για την υγεία στα γηρατειά (American Psychiatric Association, 2013).

Κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής, μόνο μια μειονότητα ατόμων με ΔΑΦ ζει και εργάζεται ανεξάρτητα. Τα άτομα που τείνουν να έχουν ανώτερο επίπεδο στην έκφραση και στις νοητικές / διανοητικές ικανότητες και είναι σε θέση να βρουν εργασία που να ταιριάζει με τα ειδικά τους ενδιαφέροντα και τις δεξιότητές τους. Σε γενικές

γραμμές, τα άτομα με υψηλή λειτουργικότητα ενδέχεται να είναι περισσότερο ικανά να λειτουργούν ανεξάρτητα. Ωστόσο, ακόμη και αυτά τα άτομα μπορεί να παραμείνουν κοινωνικά αφελή και ευάλωτα, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην οργάνωση πρακτικών εργασιών, αν δεν έχουν βοήθεια, και είναι επιρρεπή στο άγχος και την κατάθλιψη (American Psychiatric Association, 2013). Η συχνότητα εμφάνισης Διαταραχών της Διάθεσης στα άτομα με ΔΑΦ κυμαίνεται μεταξύ 53% και 70% (Hofvander και συν., 2009· Lugnegård, Hallerbäck & Gillberg, 2011) σε σύγκριση με τα πολύ χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης στον γενικό πληθυσμό, που κυμαίνονται από 5% έως 17% (Bijl, Ravelli & Van Zessen, 1998· Jacobi και συν., 2004). Παρομοίως, όταν συγκρίνονται τα ποσοστά επικράτησης του άγχους στη ΔΑΦ που είναι μεταξύ 50% και 56% (Hofvander και συν., 2009· Lugnegård και συν., 2011), τα ποσοστά αυτά είναι πολύ υψηλότερα σε σχέση με τα ποσοστά επικράτησης στον γενικό πληθυσμό, τα οποία κυμαίνονται μεταξύ του 3% και του 12% (Bijl και συν., 1998· Jacobi και συν., 2004).

Συμπερασματικά, ενώ ορισμένα άτομα με ΔΑΦ έχουν ουσιαστικές σχέσεις και ζουν μια ικανοποιητική ζωή, η ποιότητα ζωής για πολλά άτομα με ΔΑΦ δεν είναι ικανοποιητική (George & Stokes, 2018a). Εκτός των νοητικών ελλειμμάτων και άλλων υπολειμματικών δεξιοτήτων, η θυματοποίηση, που δέχονται από μικρή ηλικία τα άτομα με ΔΑΦ, καθώς και η έλλειψη ικανοποιητικής σεξουαλικής ζωής, που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε σεξουαλική κακοποίηση, ενοχοποιούνται σαφώς για την μη-ικανοποιητική ποιότητα ζωής.

## 1.2. Επιδημιολογικά Στοιχεία

Η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος στον γενικό πληθυσμό τις τελευταίες δεκαετίες παρουσιάζει επιδημική αύξηση, γεγονός το οποίο προκαλεί ανησυχία, προβληματισμό αλλά και πολλά ερωτήματα (Baird και συν., 2006· Γενά & Μακρυγιάννη, 2017). Τα τελευταία χρόνια, οι αναφερόμενες συχνότητες για τη ΔΑΦ στις ΗΠΑ και στις χώρες εκτός των ΗΠΑ προσέγγισαν ή και ξεπεράσαν το 1% του πληθυσμού, με παρόμοιες εκτιμήσεις σε δείγματα παιδιών και ενηλίκων (American Psychiatric Association, 2013). Ακόμα υψηλότερα ποσοστά αναφέρονται σε επιδημιολογική έρευνα η οποία

πραγματοποιήθηκε στην Ν. Κορέα, συμφώνα με την οποία ο επιπολασμός διαταραχών της ΔΑΦ φτάνει στο 2,64% σε παιδιά ηλικίας 7-12 ετών (Kim και συν., 2011).

Δε συμπίπτουν ακριβώς στα ποσοστά επιπολασμού της ΔΑΦ όλες οι επιδημιολογικές έρευνες, ωστόσο, σε όλες επισημαίνεται ότι υπάρχει μια αύξηση στην συχνότητα εμφάνισης ΔΑΦ στο γενικό πληθυσμό τις τελευταίες δεκαετίες. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις από τα Κέντρα Νοσολογικού Ελέγχου και Πρόληψης του 2012, περίπου 1 στα 68 παιδιά έχουν διαγνωσθεί με ΔΑΦ (Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2008 Principal Investigators, 2012). Τα ποσοστά αυτά εμφανίζονται αρκετά αυξημένα σε σύγκριση με τα προηγούμενα αντίστοιχα ποσοστά που καταγράφηκαν από τα ίδια κέντρα τέσσερα χρόνια πριν.

Τα αίτια της αύξησης της συχνότητας της ΔΑΦ δεν έχουν ερευνηθεί επαρκώς. Παραμένει ασαφές εάν τα υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού αντανακλούν την επέκταση των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-5, το οποίο ενσωμάτωσε τις υποκατηγορίες του φάσματος ή οφείλονται στην αυξημένη ευαισθητοποίηση/ενημέρωση σχετικά με τη ΔΑΦ στη σημερινή εποχή, στις διαφορές στη μεθοδολογία των επιδημιολογικών ερευνών ή στη πραγματική αύξηση της συχνότητας της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (American Psychiatric Association, 2013· Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

Στην Ελλάδα δεν έχουν πραγματοποιηθεί επιδημιολογικές μελέτες σχετικά με τον επιπολασμό της ΔΑΦ και κατά συνέπεια οι εκτιμήσεις για την συχνότητα εμφάνισης της ΔΑΦ στον ελληνικό πληθυσμό στηρίζεται στα δεδομένα ερευνών που πραγματοποιήθηκαν σε άλλες χώρες.

### 1.2.1. Πολιτισμικές διαφορές και Φύλο

Οι πολιτισμικές διαφορές εμπεριέχονται στους κανόνες της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της μη λεκτικής επικοινωνίας και στις σχέσεις. Τα άτομα με ΔΑΦ παρουσιάζουν αξιοσημείωτες ελλείψεις σε σχέση με την αντίληψη των κανόνων του πολιτισμικού τους πλαισίου. Επιπροσθέτως, οι πολιτιστικοί και κοινωνικοοικονομικοί

παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την ηλικία κατά την οποία γίνεται η αναγνώριση ή η διάγνωση της ΔΑΦ (American Psychiatric Association, 2013).

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος διαγιγνώσκεται τέσσερις φορές συχνότερα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Σε κλινικά δείγματα, οι γυναίκες τείνουν να εμφανίζουν περισσότερες συνοδευτικές διανοητικές αναπηρίες, γεγονός που υποδηλώνει ότι τα κορίτσια χωρίς συνοδευτικές διανοητικές διαταραχές ή καθυστέρηση στο λόγο, μπορεί να μην διαγνωστούν με ΔΑΦ, πιθανώς λόγω της υποτονικής εκδήλωσης κοινωνικών και επικοινωνιακών δυσκολιών (American Psychiatric Association, 2013).

## 1.3. Τα Αίτια της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος

Παρά το αυξημένο πλήθος των ερευνών, ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες αλλά και την τεχνολογική εξέλιξη που έχει στη διάθεσή της η ιατρική επιστήμη, ακόμα και σήμερα, τα αίτια της ΔΑΦ δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένα. Το πεδίο αυτό αποτέλεσε αφορμή αντιπαράθεσης μεταξύ των ερευνητών, κυρίως, διότι η ΔΑΦ αποτελεί μια διαταραχή με ευρεία ανομοιογένεια. Ιστορικά, τα αίτια έχουν αποδοθεί είτε σε ψυχογενείς παράγοντες είτε στο ιστορικό μάθησης του ατόμου. Στην σημερινή εποχή, τα αίτια της ΔΑΦ αποδίδονται στον συνδυασμό γενετικών διαταραχών και περιβαλλοντικών επιδράσεων που αλλοιώνουν το γονιδίομα, δηλαδή, σε επιγενετικούς παράγοντες (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017). Στα αίτια της ΔΑΦ συγκαταλέγονται πλέον και κληρονομικοί παράγοντες (Charman, 2008), αν και οι παράγοντες περιβαλλοντικών παραμέτρων, όπως τα φυτοφάρμακα που επιδρούν στην διατροφική μας αλυσίδα, έχουν επίσης ενοχοποιηθεί (Hallmayer και συν., 2015).

*Περιβαλλοντικά*

Μια ποικιλία μη ειδικών παραγόντων κινδύνου, όπως η προχωρημένη γονική ηλικία, το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση ή η έκθεση του εμβρύου στο βαλπροϊκό οξύ, μπορεί να συνεισφέρουν στον κίνδυνο εμφάνισης της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (American Psychiatric Association, 2013).

*Οργανικά και Γενετικά*

Αν και δεν αμφισβητείται η οργανική αιτιοπαθογένεση της ΔΑΦ, δεν είναι σαφές το ποσοστό των οργανικών αιτίων που ερμηνεύονται από γενετικές καταβολές. Οι εκτιμήσεις κληρονομικότητας για τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος κυμαίνονται από 37% έως 90%, με βάση τα ποσοστά συμφωνίας σε δίδυμα άτομα (based on twin concordance rates) (American Psychiatric Association, 2013).

Συνοψίζοντας τα δεδομένα, η ΔΑΦ αποτελεί μια Νεύρο-Αναπτυξιακή διαταραχή οργανικής αιτιότητας, η οποία συνδέεται με αποκλίσεις στην ομαλή ανάπτυξη και λειτουργία του εγκεφάλου. Τα αίτια της ΔΑΦ δεν ερμηνεύονται παρά μόνο με αναγωγή σε επιγενετική προέλευση (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017). Αν και τα αίτια δεν έχουν προσδιοριστεί επαρκώς, τα ευρήματα δείχνουν ότι υπάρχει ένα πλήθος παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση της διαταραχής. Ακόμα, τα αίτια δεν είναι κοινά για όλα τα άτομα, αλλά μπορεί να διαφέρουν σημαντικά, όπως διαφέρει και ο φαινότυπος τους.

## 1.4. Διάγνωση και Αξιολόγηση της ΔΑΦ

Σύμφωνα με την τελευταία έκδοση του DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), οι βασικές κατηγορίες χαρακτηριστικών βάσει των οποίων γίνεται η διάγνωση είναι δύο: α) η μειωμένη κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση και β) τα περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς, ενδιαφέροντα ή δραστηριότητες. Σύμφωνα με το DSM-5, τα προβλήματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση και την επικοινωνία είναι αλληλένδετα και ως εκ τούτου άτοπο να τα διαχωρίσουμε κατά τη διαγνωστική διαδικασία (Wing, Gould & Gillberg, 2011). Επιπροσθέτως, στο DSM-5 συγχωνεύτηκε όλο το φάσμα των αυτιστικών διαταραχών σε μία διαγνωστική ενότητα με τρεις διαβαθμίσεις και δεν υπάρχει ο διαχωρισμός των Αυτιστικών Διαταραχών σε κατηγορίες, όπως η Διαταραχή Άσπεργκερ (Asperger's Disorder) και η Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή Μη Αλλιώς Προσδιοριζόμενη (PDD-NOS), οι οποίες αντικαθίστανται από τον ενιαίο διαγνωστικό χαρακτηρισμό, «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος» (Autism Spectrum Disorder) (American Psychiatric Association, 2013· Herbert, 2012· Mandy, 2013).

Για να αναδειχθεί το επίπεδο των υποστηρικτικών υπηρεσιών που απαιτούνται για ένα συγκεκριμένο άτομο, διατυπώνονται οι ακόλουθες διαβαθμίσεις: «απαιτεί υποστήριξη» (requiring support), «απαιτεί ουσιαστική υποστήριξη» (requiring substantial support) και «απαιτεί πολύ σημαντική υποστήριξη» (requiring very substantial support), σε σχέση, με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει στους τομείς της κοινωνικής επικοινωνίας (social communication), των περιορισμένων ειδικών ενδιαφερόντων (restricted interests) καθώς και των επαναλαμβανόμενων στερεοτυπικών συμπεριφορών (repetitive behaviors) (American Psychiatric Association, 2013· Carey, 2012· Herold & Connors, 2012· Moran, 2013).

Μερικά άτομα λαμβάνουν για πρώτη φορά διάγνωση ως ενήλικες, ενδεχομένως γιατί θα υποψιαστούν από μια διάγνωση ΔΑΦ στο άμεσο περιβάλλον τους ή από μια κοινωνική σύγκρουση ή διαταραχή των κοινωνικών τους σχέσεων στην εργασία ή στην οικογένεια (American Psychiatric Association, 2013).

### 1.4.1. Διαγνωστικά κριτήρια

Σύμφωνα με το DSM-5 της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης (2013), για την διάγνωση της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος το άτομο πρέπει να πληροί τα ακόλουθα 5 κριτήρια:

**Κριτήριο Α.** *Επίμονα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση σε πολλαπλά πλαίσια*, όπως:

1. Ελλείμματα στην κοινωνική-συναισθηματική αμοιβαιότητα. Για παράδειγμα: α) ανώμαλη κοινωνική προσέγγιση και αποτυχία της συνηθισμένης επικοινωνίας/συνομιλίας· β) μειωμένη εκδήλωση ενδιαφέροντος, συναισθημάτων ή στοργής και γ) αποτυχία να ξεκινήσει ή να ανταποκριθεί σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.

2. Ελλείμματα στις μη λεκτικές επικοινωνιακές συμπεριφορές που χρησιμοποιούνται για κοινωνική αλληλεπίδραση. Για παράδειγμα: α) ανεπαρκώς ολοκληρωμένη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία· β) δυσκολίες στην βλεμματική επαφή και στη γλώσσα του σώματος· γ) ελλείμματα στην κατανόηση και τη χρήση των

χειρονομιών και δ) πλήρη έλλειψη εκφράσεων του προσώπου και της μη λεκτικής επικοινωνίας.

3. Ελλείματα στην ανάπτυξη, διατήρηση και κατανόηση των σχέσεων. Για παράδειγμα: α) δυσκολίες προσαρμογής της συμπεριφοράς ώστε να ταιριάζει σε διάφορα κοινωνικά πλαίσια· β) δυσκολίες στο φανταστικό παιχνίδι ή στη απόκτηση φίλων και γ) έλλειψη ενδιαφέροντος για τους συνομηλίκους.

Ο προσδιορισμός της σοβαρότητας των παραπάνω συμπτωμάτων καθορίζεται από τις ελλείψεις της κοινωνικής επικοινωνίας του ατόμου και τα περιορισμένα επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς του.

**Κριτήριο Β.** *Περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς, ενδιαφέροντα ή δραστηριότητες*, όπως εκδηλώνονται από τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω:

1. Στερεοτυπική ή επαναλαμβανόμενη κίνηση, χρήση αντικειμένων ή ομιλία (π.χ. απλές στερεοτυπικές κινήσεις, σειροθέτηση παιχνιδιών, αναποδογύρισμα αντικείμενων, ηχολαλία, ιδιοσυγκρασιακές φράσεις).

2. Επιμονή στην ομοιότητα, άκαμπτη προσκόλληση σε ρουτίνες ή τελετουργικά μοτίβα λεκτικής ή μη λεκτικής συμπεριφοράς (π.χ. ακραίες εκδηλώσεις συμπεριφοράς σε μικρές αλλαγές στο πρόγραμμα, άκαμπτα μοτίβα σκέψης, τελετουργίες χαιρετισμού, η ανάγκη για την πραγματοποίηση της ίδιας διαδρομής, ίδιο φαγητό κάθε μέρα).

3. Υψηλή προσκόλληση ή εμμονή σε ενδιαφέροντα η οποία είναι υπερβολική σε ένταση ή εστίαση (π.χ. ισχυρή προσκόλληση ή απασχόληση με ασυνήθιστα αντικείμενα και υπερβολικά περιορισμένα ή εμμονή με ενδιαφέροντα).

4. Υπερ-διέγερση ή Υπό-διέγερση σε αισθητηριακές εισροές ή ασυνήθιστο ενδιαφέρον για αισθητηριακές πτυχές του περιβάλλοντος (π.χ. εμφανής αδιαφορία για τον πόνο /την θερμοκρασία, αποστροφή (δυσμενή αντίδραση) σε συγκεκριμένους ήχους ή υφές, υπερβολική οσμή ή επαφή με αντικείμενα, οπτική γοητεία σε φώτα ή κινήσεις).

Ο προσδιορισμός της σοβαρότητας των παραπάνω συμπτωμάτων καθορίζεται από τις ελλείψεις της κοινωνικής επικοινωνίας του ατόμου και τα περιορισμένα επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς του.

**Κριτήριο Γ.** *Τα συμπτώματα πρέπει να είναι ορατά στην πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο* (αλλά μπορεί να μην γίνουν πλήρως διακριτά έως ότου οι κοινωνικές απαιτήσεις ξεπεράσουν τις περιορισμένες ικανότητες του ατόμου ή μπορεί να αποκρυφθούν από τις μαθησιακές στρατηγικές στη μεταγενέστερη ζωή).

**Κριτήριο Δ.** *Τα συμπτώματα προκαλούν σημαντικά ελλείματα σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου.*

**Κριτήριο Ε.** *Αυτές οι διαταραχές να μην οφείλονται στην Νοητική Υστέρηση (Διανοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή) ή την Γενικευμένη Αναπτυξιακή Υστέρηση.*

Οι διαταραχές της Νοητικής Υστέρησης και της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος συχνά συνυπάρχουν. Για να εκδοθεί ταυτόχρονη διάγνωση ΔΑΦ και Νοητικής Υστέρησης, η κοινωνική επικοινωνία του ατόμου πρέπει να είναι χαμηλότερη από την αναμενόμενη για το γενικό αναπτυξιακό επίπεδο. Ακόμα, θα πρέπει να διευκρινίζεται αν η διάγνωση ΔΑΦ: α) συνοδεύεται ή όχι από: Νοητική Υστέρηση, Γλωσσική Δυσλειτουργία, Κατατονία και β), αν σχετίζεται με: ιατρικό, γενετικό, ή βιολογικό υπόβαθρο.

Συνοψίζοντας, τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΑΦ είναι τα επίμονα ελλείματα στην αμοιβαία κοινωνική επικοινωνία και στην κοινωνική αλληλεπίδραση (Κριτήριο Α) και τα περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς, ενδιαφέροντα ή δραστηριότητες (Κριτήριο Β). Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται από την πρώιμη παιδική ηλικία και περιορίζουν ή μειώνουν την καθημερινή λειτουργία (Κριτήρια Γ και Δ). Η ηλικία στην οποία γίνονται εμφανείς οι δυσλειτουργίες ενός ατόμου με ΔΑΦ διαφέρει ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ίδιου και του περιβάλλοντος του. Τα βασικά διαγνωστικά χαρακτηριστικά είναι εμφανή κατά την αναπτυξιακή περίοδο, αλλά η αντιμετώπιση, η παρέμβαση και η υποστήριξη του ατόμου με ΔΑΦ μπορεί να κρύβει δυσκολίες. Επίσης, τα συμπτώματα της ΔΑΦ διαφέρουν σημαντικά από άτομο σε άτομο, ανάλογα με τη σοβαρότητα της αυτιστικής κατάστασης, το αναπτυξιακό επίπεδο και τη χρονολογική ηλικία. Συνεπώς, εξαιτίας των παραπάνω χαρακτηριστικών, χρησιμοποιήθηκε ο όρος φάσμα (American Psychiatric Association, 2013).

### 1.4.2. Διαφορική διάγνωση και Συννοσηρότητα

Η Διαφορική διάγνωση είναι η διαδικασία στην οποία πραγματοποιείται μια ακριβής διάγνωση διαταραχής και ταυτόχρονα η διαφοροποίηση της από άλλες σχετικές ή συναφείς διαταραχές με κοινά χαρακτηριστικά. Η διαφορική διάγνωση απαιτεί ενδελεχή αξιολόγηση του ατόμου καθώς και προσεκτική εξέταση των διαγνωστικών κριτηρίων των υπό εξέταση διαφορετικών διαταραχών (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

Αρκετά χαρακτηριστικά της ΔΑΦ απαντώνται και σε διάφορες άλλες διαταραχές. Μερικά από αυτά τα χαρακτηριστικά είναι: α) η δυσκολία στην κατανόηση και την επικοινωνία· β) δυσκολίες στην εκφορά του λόγου· γ) διάφορες κοινωνικό-συναισθηματικές δυσκολίες· δ) προβλήματα συμπεριφοράς και ε) Νοητική Υστέρηση (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

Σύμφωνα με τη Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία (American Psychiatric Association, 2013), οι διαταραχές οι οποίες έχουν συναφή χαρακτηριστικά διάγνωσης είναι:

• Σύνδρομο Rett

• Επιλεκτική Αλαλία

• Διαταραχές στη Γλώσσα και Κοινωνική (Ρεαλιστική) Διαταραχή της Επικοινωνίας

• Νοητική υστέρηση (Διανοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή) Χωρίς Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος ή Γενικευμένη Αναπτυξιακή Υστέρηση

• Στερεοτυπική Διαταραχή Κίνησης

• Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής /Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ)

• Σχιζοφρένεια

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος συσχετίζεται συχνά με τη Νοητική Υστέρηση και τη Δομική Διαταραχή της Γλώσσας (περίπου το 70% των ατόμων με ΔΑΦ μπορεί να διαγνωστεί ταυτόχρονα με μια διανοητική διαταραχή ενώ το 40% μπορεί να διαγνωστεί με δύο ή περισσότερες διανοητικές διαταραχές). Στην περίπτωση που πληρούνται τα κριτήρια, τόσο για τη ΔΑΦ όσο και για τη ΔΕΠ/Υ, δίνονται και οι

δύο διαγνώσεις. Η ίδια αρχή ισχύει και για τις ταυτόχρονες διαγνώσεις ΔΑΦ και Διαταραχής του Αναπτυξιακού Συντονισμού, ΔΑΦ και Διαταραχή Άγχους και ΔΑΦ και Καταθλιπτική Διαταραχή (American Psychiatric Association, 2013). Οι μαθησιακές δυσκολίες όπως η γραφή και η αριθμητική εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα, όπως και η διαταραχή του αναπτυξιακού συντονισμού (American Psychiatric Association, 2013).

Για τα άτομα που δεν έχουν λεκτική επικοινωνία ή έχουν γλωσσικά ελλείμματα, οι μεταβολές στις συνήθειες του ύπνου ή της κατανάλωσης φαγητού καθώς και η αύξηση της προκλητικής συμπεριφοράς, είναι χαρακτηριστικά τα οποία θα πρέπει να προκαλέσουν αξιολόγηση για άγχος ή κατάθλιψη. Η αποφεύγουσα/ περιοριστική διαταραχή πρόσληψης της τροφής είναι ένα αρκετά συχνό χαρακτηριστικό της ΔΑΦ και οι ακραίες ή οι περιορισμένες προτιμήσεις των τροφών μπορεί να αποβούν μακροχρόνιες (American Psychiatric Association, 2013).

Οι ιατρικές παθήσεις που συνήθως συνδέονται με τη ΔΑΦ πρέπει να επισημανθούν στη διάγνωση (π.χ. σχετιζόμενος με μια γνωστή ιατρική/ γενετική ή περιβαλλοντική/ επίκτητη κατάσταση). Αυτές οι ιατρικές παθήσεις μπορεί να περιλαμβάνουν την επιληψία, τα προβλήματα ύπνου και τη δυσκοιλιότητα (American Psychiatric Association, 2013).

## 1.5. Θεραπευτικές και Παιδαγωγικές Παρεμβάσεις

Η δημιουργία και η εκπόνηση αποτελεσματικών προγραμμάτων για τα άτομα που ανήκουν στη ΔΑΦ είναι καίριας σημασίας για την εξέλιξη τους. Οι σημαντικότερες περιβαλλοντικές παράμετροι που βελτιώνουν την πορεία των παιδιών με ΔΑΦ είναι: α) η έγκαιρη διάγνωση· β) η πρώιμη παρέμβαση· γ) η εντατικότητα της θεραπείας· δ) η μεθοδολογία της παρέμβασης και ε) η συνεργασία της οικογένειας (Γενά, 2002). Ο ρόλος της οικογένειας και η συνεργασία της με τους θεραπευτές του παιδιού, αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εξέλιξη του. Η νοητική λειτουργία και το επίπεδο ικανότητας λόγου του ατόμου πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη δημιουργία των θεραπευτικών προγραμμάτων (Grzadzinski, Huerta & Lord, 2013).

Η πρώιμη εξατομικευμένη παρέμβαση βελτιώνει την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη, τη δημιουργία σχέσεων, ενισχύει τις επικοινωνιακές δεξιότητες και περιορίζει τις επαναληπτικές και προκλητικές συμπεριφορές (Tanguay, 2000). Καθώς το άτομο μεγαλώνει και αναπτύσσεται, η θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθείται χρειάζεται επικαιροποίηση, ώστε αυτή να ανταποκρίνεται στις ιδιαιτερότητες της ηλικιακής κατηγορίας στην οποία βρίσκεται το άτομο με ΔΑΦ. Στις μικρότερες ηλικίες, η θεραπεία επικεντρώνεται στην ανάπτυξη της επικοινωνίας και στην εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων ενώ στην εφηβεία, η εκπαίδευση πρέπει να συμπεριλάβει ένα συστηματικό προγραμματισμό για τη μέγιστη δυνατή αυτονόμηση του εφήβου, επαγγελματικό προσανατολισμό, καθώς και ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα σεξουαλικής εκπαίδευσης. Παράλληλα, χρειάζεται να γίνεται συμβουλευτική και ψυχοεκπαίδευση των γονέων.

### 1.5.1. Πλαίσιο παρέμβασης

Η εκπαίδευση των ατόμων με ΔΑΦ μπορεί να γίνει σε διαφορετικά πλαίσια: α) στο σπίτι (κατ' οίκον παρέμβαση)· β) σε ειδικά κέντρα και γ) στο σχολείο. Συνήθως, η παρέμβαση πραγματοποιείται συνδυαστικά, σε περισσότερα τους ενός πλαισίου. Οι προσπάθειες των θεραπευτών επικεντρώνονται στον εκ των προτέρων καθορισμό του τύπου της παρέμβασης που θα πραγματοποιηθεί και θα είναι περισσότερο αποτελεσματική για το συγκεκριμένο παιδί, τη συγκεκριμένη οικογένεια, σε μια δεδομένη χρονική στιγμή (Tissot & Evans, 2003).

Στη *κατ' οίκον παρέμβαση* (home- based), τα προγράμματα εκπαίδευσης πραγματοποιούνται στο χώρο του σπιτιού από θεραπευτές ή από τους γονείς τους (Harris, Handleman & Jennett, 2005). Στα σημαντικά πλεονεκτήματα των προγραμμάτων που εφαρμόζονται στο σπίτι είναι ότι ο μαθητής δε χρειάζεται να αλλάξει πλαίσιο εκπαίδευσης, και ότι οι γονείς αποκτούν θεραπευτικές δεξιότητες και εμπειρία (Harris et. al., 2005). Στην περίπτωση που την οργάνωση και εκπόνηση των προγραμμάτων αυτών αναλαμβάνουν αποκλειστικά οι ίδιοι οι γονείς, ελλοχεύουν σημαντικές δυσκολίες στην αποτελεσματική θεραπεία καθώς και τη διάθεση χρόνου που απαιτείται για αποκατάσταση.

Συγκρίνοντας τα κατ' οίκον προγράμματα εκπαίδευσης με εκείνα των ειδικών κέντρων παρέμβασης, οι τομείς που τα πρώτα μειονεκτούν είναι: α) το υψηλό κόστος· β) η εντατικότητα της θεραπείας· γ) η απουσία της συνεχόμενης εποπτείας από εξειδικευμένους επαγγελματίες και δ) η ακρίβεια και η συνέπεια με την οποία εφαρμόζεται η παρέμβαση. Τα παραπάνω μειονεκτήματα μειώνουν την αποτελεσματικότητά των κατ' οίκον παρεμβάσεων (Bibby, Eikeseth, Martin, Mudford & Reeves, 2002· Mudford, Martin, Eikeseth & Bibby, 2001·Schreibman & Ingersoll, 2005· Smith, Buch & Gamby, 2000).

Η παρέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί επίσης σε *ειδικά κέντρα* για την αντιμετώπιση της ΔΑΦ. Σε αυτή την περίπτωση, οι εξειδικευμένοι θεραπευτές αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των παιδιών ενώ παράλληλα οι οικογένειες τους μπορεί να εκπαιδεύονται για να συμμετέχουν στην παρέμβαση παρέχοντας υποστηρικτική παρέμβαση στο σπίτι. Η ενισχυτική παρέμβαση των γονέων στο σπίτι μπορεί να περιλαμβάνει τη διδασκαλία δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης ή/και τη γενίκευση και τη διατήρηση των δεξιοτήτων που διδάσκονται στο κέντρο εκπαίδευσης. Ένας από τους κύριους στόχους των περισσοτέρων προγραμμάτων που παρέχονται στα ειδικά κέντρα, είναι η σχολική ενσωμάτωση στο γενικό σχολείο, στις τάξεις όπου φοιτούν οι τυπικής ανάπτυξης συνομήλικοί τους (Harris και συν., 2005) και κατ' επέκταση, η κοινωνική ενσωμάτωση.

Στο *σχολικό πλαίσιο*, τα παιδιά με ΔΑΦ φοιτούν σε τμήματα ένταξης μέσα στο γενικό σχολείο, ή είναι πλήρως ενταγμένα στη σχολική τάξη, με ή χωρίς τον θεσμό της εξιδεικευμένης παράλληλης υποστήριξης. Συνήθως, τα παιδιά με ΔΑΦ που φοιτούν στο γενικό σχολείο έχουν υψηλή λειτουργικότητα και σε γενικές γραμμές μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Τα παιδιά με ΔΑΦ, τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και έχουν σοβαρές δυσλειτουργίες, δεν εντάσσονται στο γενικό σχολείο και φοιτούν σε Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής, στις οποίες παρέχεται εξειδικευμένη εκπαιδευτική υποστήριξη. Παράλληλα με την φοίτηση τους στο σχολείο, οι γονείς των παιδιών με ΔΑΦ αναμένεται να εκπονούν ένα πρόγραμμα παρέμβασης στο σπίτι ή να έχουν εξειδικευμένη υποστήριξη, με στόχο τη γενίκευση και τη διατήρηση των κεκτημένων δεξιοτήτων, όπως και τη διδασκαλία δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης (Harris και συν., 2005).

Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα των παρεμβάσεων που πραγματοποιούνται στο σχολικό πλαίσιο, έναντι των άλλων μοντέλων, είναι η ενσωμάτωση του παιδιού σε ένα

πλαίσιο με συνομήλικους τυπικής ανάπτυξης. Απαραίτητη προϋπόθεση για τα βέλτιστα θεραπευτικά αποτελέσματα είναι η εκπαίδευση να πραγματοποιείται από άρτια εκπαιδευμένο, εξειδικευμένο στη ΔΑΦ προσωπικό. Εντούτοις, στο πλαίσιο του γενικού σχολείου δεν παρέχεται άλλη υποστήριξη (π.χ. συμβουλευτική και εκπαίδευση γονέων) και είναι πιθανό η εκπαίδευση να πραγματοποιείται από επαγγελματίες χωρίς προηγούμενη εμπειρία στην ΔΑΦ (Harris και συν., 2005).

Συμπερασματικά, η επιλογή του κατάλληλου πλαισίου παρέμβασης γίνεται βάσει των πόρων της οικογένειας και των αναγκών του παιδιού (Harris και συν., 2005). Όμως, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος παρέμβασης δε βασίζεται μόνο στο πλαίσιο στο οποίο γίνεται η εκπαίδευση, αλλά στην ποιότητα της παρεχόμενης παρέμβασης. Μια αποτελεσματική παρέμβαση, η οποία πραγματοποιείται σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο, θα έχει εξίσου καλά αποτελέσματα, αν εφαρμοστεί με την ίδια συνέπεια σε ένα διαφορετικό πλαίσιο (Green, 1996).

### 1.5.2. Προγράμματα παρέμβασης

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πλήθος ψυχοκοινωνικών και φαρμακευτικών παρεμβάσεων (π.χ. Makrygianni και συν., 2018· Van Heijst & Geurts, 2014) για την αντιμετώπιση των διάφορων δυσκολιών των παιδιών με ΔΑΦ, τα οποία αφορούν από τα πρώιμα στάδια μέχρι και την ενηλικίωση. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση για την ΔΑΦ προκύπτει πως τα προγράμματα που βασίζονται στις αρχές της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς (ΕΑΣ), έχουν σαφή πλεονεκτήματα ως προς την εξέλιξη των παιδιών με ΔΑΦ (Kasari, 2002· Makrygianni και συν., 2011· Rogers, 1998· Smith, 1999).

Τα προγράμματα που βασίζονται στην ΕΑΣ προϋποθέτουν τη συνεργασία της οικογένειας και των θεραπευτών του παιδιού για την επιτυχημένη παρέμβαση. Επιπλέον, με την εντατική παρέμβαση, τα άτομα με ΔΑΦ παρουσιάζουν βελτίωση στις γνωστικές τους δεξιότητες, έχοντας ως αποτέλεσμα την ένταξη τους στο γενικό σχολείο χωρίς την ανάγκη υποστήριξης (Γενά & Γαλάνης, 2007).

Πέρα από τη συμπεριφοριοαναλυτική προσέγγιση στα εκπαιδευτικά προγράμματα για τη ΔΑΦ, τα οποία έχουν αποδεδειγμένα πλεονεκτήματα ως προς την εξέλιξη των παιδιών με ΔΑΦ, στην διεθνή βιβλιογραφία συναντάμε άλλα δύο

αναγνωρισμένα προγράμματα για τα οποία υπάρχουν σαφή και εκτενή ερευνητικά δεδομένα. Πρόκειται για το πρόγραμμα TEACCH (Treatment and Education of Autism and related Communication Handicapped Children) και το Denver Model (Kasari, 2002· Smith, 1999).

Το πρόγραμμα TEACCH αποσκοπεί στην σφαιρική βελτίωση των δεξιοτήτων του ατόμου και την προσαρμογή του φυσικού περιβάλλοντος με σκοπό να καταστεί ιδανικό για τις ανάγκες του ατόμου με ΔΑΦ (Harris και συν., 2005· Ozonoff & Cathcart, 1998· Peeters, 2000· Smith, 1999). Η τροποποίηση του περιβάλλοντος ώστε να είναι φιλικό προς τις ανάγκες του ατόμου με ΔΑΦ έχει κεντρικό ρόλο για το πρόγραμμα TEACCH και αυτό επιτυγχάνεται με: α) την δόμηση του φυσικού περιβάλλοντος· β) τη χρήση εποπτικού υλικού για τη διαχείριση της συμπεριφοράς και γ) την αυστηρή οργάνωση της καθημερινότητας του ατόμου (Roberts & Ridley, 2004). Η ουσιώδης διαφορά του προγράμματος TEACCH με τα προγράμματα της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς είναι ότι το περιβάλλον πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του ατόμου με ΔΑΦ και όχι το άτομο να εκπαιδεύεται και να προσαρμόζεται στο περιβάλλον, στην πραγματική ζωή (Harris και συν., 2005· Smith, 1999).

Το πρόγραμμα που ανέπτυξε το Πανεπιστήμιο του Κολοράντο, το Denver Model, βασίζεται στη θεωρία του Piaget και στο αναπτυξιακό μοντέλο της ΔΑΦ (Harris και συν., 2005· Smith, 1999). Το πρόγραμμα Denver Model θεωρεί ότι υπάρχουν κάποιες βασικές μειονεξίες στα άτομα με ΔΑΦ, σε δεξιότητες όπως: α) η μίμηση· β) η συναισθηματική αμοιβαιότητα· γ) η θεωρία του νου και δ) η κοινωνική αντίληψη. Η παρέμβαση στο πρόγραμμα αυτό έχει σχεδιαστεί ώστε να αντιμετωπίσει αυτές τις μειονεξίες μέσα από το παιχνίδι και την αλληλεπίδραση από μικρή ηλικία, έτσι ώστε να αλλάξει την κοινωνική έκφραση του παιδιού, προλαμβάνοντας ή θεραπεύοντας άλλες δευτερεύουσες μειονεξίες. Οι δραστηριότητες του προγράμματος δίνουν έμφαση στη συμβολική σκέψη και στην επικοινωνία (Harris και συν., 2005· Smith, 1999).

Για τα δυο παραπάνω προγράμματα έχουν γίνει αρκετές έρευνες με σκοπό τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας τους, οι περισσότερες έρευνες όμως δεν πληρούν το κριτήριο της εγκυρότητας εξαιτίας των σημαντικών μεθοδολογικών τους προβλημάτων (Jordan, Jones & Murray, 1998· Smith, 1999).

Ένα ακόμα πρόγραμμα εκπαίδευσης των ατόμων με ΔΑΦ αποτελεί η Αισθητηριακή Ολοκλήρωση (Sensory Integration), από την A. J. Ayres το 1979. Σε

αυτή την παρέμβαση, σύμφωνα με τη ανασκόπηση της διεθνής βιβλιογραφίας, υπάρχουν κάποια θετικά αποτελέσματα για τη βελτίωση της λεπτής και αδρής κινητικότητας (Karim & Mohammed, 2015), όμως, συνολικά κρίνεται ανεπαρκής, διότι δεν υπάρχουν επιστημονικά τεκμηριωμένες έρευνες που να υποστηρίζουν ότι η αισθητηριακή ολοκλήρωση είναι σφαιρικά κατάλληλη για άτομα με ΔΑΦ (Lang και συν. 2012).

Οι εναλλακτικές βιολογικές θεραπείες όπως οι ανοσορυθμιστικές παρεμβάσεις, οι θεραπείες αποτοξίνωσης και τα συμπληρώματα διατροφής, οι μη βιολογικές συμπληρωματικές παρεμβάσεις, όπως η εκπαίδευση ακουστικής ενσωμάτωσης, η συμπεριφορική οπτομετρία, ο κρανιοκυστικός χειρισμός, η θεραπεία με δελφίνια, η μουσικοθεραπεία και η διευκόλυνση της επικοινωνίας έχουν βρεθεί σε μεγάλο βαθμό αναποτελεσματικές (Leskovec, Rowles & Findling, 2008) ή στην καλύτερη περίπτωση δεν υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία που να υποστηρίζουν ή να αντικρούουν τη χρησιμότητά τους (Myers & Plauché-Johnson, 2007).

*Φαρμακευτική Αγωγή*

Προηγούμενες ανασκοπήσεις πειραματικών και οιονεί πειραματικών μελετών υποδηλώνουν ότι η φαρμακοθεραπεία έχει δείξει κάποια αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων συμπεριλαμβανομένης της υπερδραστηριότητας, της παρορμητικότητας και της διάσπασης προσοχής, της επιθετικότητας, της ευερεθιστότητας και της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, της επαναλαμβανόμενης συμπεριφοράς, της συμπεριφορικής ακαμψίας και των ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων (Leskovec και συν., 2008· Myers & Plauché-Johnson, 2007). Οι φαρμακολογικές θεραπείες περιλαμβάνουν τις περισσότερες κατηγορίες ψυχοτρόπων φαρμάκων, όπως αντιψυχωσικά, ψυχοδιεγερτικά, αγχολυτικά, υπνωτικά, αντικαταθλιπτικά και μερικές φορές αντιυπερτασικά και τους σταθεροποιητές διάθεσης. Ωστόσο, δεν έχουν διεξαχθεί επαρκείς κλινικές δοκιμές, ειδικά σε δείγματα ενηλίκων (Matson, Sipes, Fodstad & Fitzgerald, 2011).

Η έρευνα που επικεντρώνεται στις επιτελικές ή εκτελεστικές λειτουργίες οι οποίες σχετίζονται με τη ΔΑΦ και διερευνά το ενδεχόμενο ότι τα γνωστικά ενισχυτικά φάρμακα, όπως οι αναστολείς της χολινεστεράσης, μπορεί να βελτιώσουν στις επιτελικές ή εκτελεστικές λειτουργίες, δεν έχει ακόμη αποφέρει σημαντικά

αποτελέσματα (Handen, Johnson, McAuliffe-Bellin, Murray & Hardan, 2011). Η έρευνα στη φαρμακευτική αγωγή που στοχεύει στα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΑΦ βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη. Τέλος, ελπιδοφόρο γεγονός είναι ότι η χορήγηση της ορμόνης ωκυτοκίνης έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τα ελλείμματα στην αναγνώριση συναισθημάτων (Guastella και συν., 2010) και την κοινωνική συμπεριφορά (Andari και συν., 2010).

Συμπερασματικά, οι εκπαιδευτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις για άτομα που ανήκουν στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος είναι πολλές, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προτείνει ότι οι πλέον κατάλληλες είναι αυτές που βασίζονται στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο και ειδικότερα η Πρώιμη Εντατική Συμπεριφοριστική Παρέμβαση.

## 1.6. Βασικές Αρχές της Εκπαίδευσης Ατόμων με ΔΑΦ

Σύμφωνα με το National Research Council (2001), ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα παρέμβασης στη ΔΑΦ πρέπει να διέπεται από τις ακόλουθες βασικές αρχές:

1. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα παρέμβασης πρέπει να βασίζεται σε εξατομικευμένο και διεξοδικό πρόγραμμα διδακτικών στόχων και να λαμβάνει υπόψη του τις ανάγκες και τις δυνατότητες του μαθητή και της οικογένειάς του.
2. Η παρέμβαση να ξεκινά αμέσως μετά τη διάγνωσή ΔΑΦ, αν είναι δυνατόν από τα πρώτους μήνες ζωής του παιδιού.
3. Η εκπαίδευση να πραγματοποιείται για τουλάχιστον 25 ώρες την εβδομάδα, καθ’ όλη τη διάρκεια του έτους.
4. Να παρέχονται επαναλαμβανόμενες ευκαιρίες διδασκαλίας, σε μικρής διάρκειας περιόδους (π.χ. 10-20’).
5. Η εκπαίδευση να γίνεται ιδανικά με ένα θεραπευτή ανά παιδί ή σε μικρές ομάδες 3-4 ατόμων με παρόμοια αναπτυξιακά χαρακτηριστικά.

6. Η ενεργή συμμετοχή της οικογένειας στην εκπαίδευση, με τους γονείς σε ρόλο θεραπευτή. Επιπροσθέτως, να πραγματοποιείται στήριξη και συμβουλευτική των γονέων.
7. Να πραγματοποιείται αξιολόγηση της προόδου του παιδιού ανά σύντομα χρονικά διαστήματα, με σκοπό την αναδιάρθρωση των στόχων του εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος, ανάλογα με τις λειτουργικές ανάγκες του παιδιού.
8. Η εκπαίδευση να πραγματοποιείται από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό στο οποίο να πραγματοποιείται αξιολόγηση και εποπτεία.
9. Η παρέμβαση ιδανικά να πραγματοποιείται σε πλαίσια ένταξης και συνεκπαίδευσης, όπου οι ευκαιρίες για αλληλεπίδραση με τυπικής ανάπτυξης συνομηλίκους θα είναι αρκετές. Η ένταξη των μαθητών με ΔΑΦ στο γενικό σχολείο πρέπει να πραγματοποιείται εφόσον εξυπηρετεί συγκεκριμένους στόχους του εκπαιδευτικού προγράμματος, π.χ. την αλληλεπίδραση με άλλους μαθητές και την αυτόνομη συμμετοχή στη σχολική τάξη.
10. Η παρέμβαση να έχει ως στόχο τη βελτίωση της αυθόρμητης και λειτουργικής επικοινωνίας, της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, των δεξιοτήτων παιχνιδιού (ιδιαίτερα με συνομηλίκους) και των γνωστικών δεξιοτήτων.
11. Η προβληματική συμπεριφορά να αντιμετωπίζεται με κατάλληλες στρατηγικές, όπως η λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς. Να γίνεται αντικατάστασή των προβληματικών αντιδράσεων με λειτουργικά αποδεκτές ισοδύναμες αντιδράσεις.
12. Η γενίκευση και η διατήρηση των νέων δεξιοτήτων να επεκτείνεται σε περιβάλλοντα της καθημερινής ζωής του παιδιού.

Οι βασικές αρχές για την αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων με ΔΑΦ, οι οποίες βασίζονται στις αρχές της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς (Γενά, 2017) είναι:

1. Όλα τα άτομα έχουν δυνατότητες για εκπαίδευση και μάθηση, ανάλογα με τις δυνατότητες τους, εφόσον βρεθούν στο κατάλληλο περιβάλλον. Η έλλειψη προόδου ερμηνεύεται ως την απουσία της κατάλληλης αντιμετώπισης και όχι ως αδυναμίας του ατόμου.

2. Τα άτομα με ΔΑΦ παρουσιάζουν βελτίωση σε μικρό χρονικό διάστημα εφόσον ενταχθούν σε εντατικό πρόγραμμα πρώιμης συμπεριφορικής- αναλυτικής παρέμβασης.
3. Απαιτείται εξατομικευμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης και θεραπείας διότι κάθε άτομο έχει διαφορετικές ικανότητες και ανάγκες.
4. Οι βασικές αρχές και μέθοδοι που είναι αποτελεσματικές για όλα τα άτομα απαιτούν την πλήρη εξοικείωση από τους γονείς και τους θεραπευτές.
5. Τα επακόλουθα και οι συνέπειες καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την συμπεριφορά.
6. Να θεσπίζονται ρεαλιστικοί στόχοι ώστε να μπορούν να επιτευχθούν σε σύντομο χρονικό διάστημα.
7. Η μεθοδολογία για την αντιμετώπιση της προβληματικής συμπεριφοράς δεν είναι συγκεκριμένη για κάθε πρόβλημα, ούτε μπορούμε να καθορίσουμε από πριν ποια μεθοδολογία ή τεχνικές θα είναι αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση της.
8. Οι δυσλειτουργίες στη συμπεριφορά των ατόμων με ΔΑΦ νοούνται ως επίκτητες, μαθημένες και όχι ιδιοσυγκρασιακές. Στόχος είναι η άμεση θεραπευτική παρέμβαση για την εξάλειψη ή τροποποίηση τους.
9. Το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου με ΔΑΦ δεν πρέπει να αισθάνεται ενοχές για τις εκρήξεις θυμού ή για την κοινωνική απομόνωση του.
10. Η φροντίδα, η αγωγή και η εκπαίδευση των ατόμων με ΔΑΦ είναι μια επίπονη διαδικασία για τους γονείς και τους θεραπευτές. Ως εκ τούτου κρίνεται απαραίτητο να προλαμβάνεται η σωματική και συναισθηματική εξουθένωση.

Τέλος, οι βασικές προγραμματικές συνθήκες για την εκπαίδευση και θεραπεία των ατόμων με ΔΑΦ για την καλύτερη αντιμετώπιση και θεραπεία (Γενά, 2017) είναι:

1. Συλλογή δεδομένων και αξιολόγηση για την πρόοδο του ατόμου.
2. Κατάρτιση και εφαρμογή Αναλυτικού προγράμματος βασισμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου.
3. Διδακτική και θεραπευτική παρέμβαση η οποία περιλαμβάνει: α) εντατική παρέμβαση με αυστηρά δομημένα θεραπευτικά και

εκπαιδευτικά προγράμματα· β) Νατουραλιστικά προγράμματα· γ) κατάλληλες συνθήκες και εκπαιδευτικό περιβάλλον· δ) κατάλληλες διδακτικές τεχνικές και μεθοδολογία η οποία ταιριάζει στις ανάγκες του ατόμου και ε) περιστολή της προβληματικής συμπεριφοράς και αντικατάσταση της με κοινωνικά κατάλληλές συμπεριφορές.

4. Κοινωνική ένταξη και συνεκπαίδευση.
5. Συμμετοχή των γονέων, θεραπευτική παρέμβαση και συμβουλευτική στο οικογενειακό περιβάλλον.
6. Αξιολόγηση του προσωπικού και των φορέων με στόχο την αποτελεσματική παρέμβαση και πρόοδο του ατόμου.

Οι παραπάνω βασικές αρχές πρέπει να διέπουν την εκπαίδευση των ατόμων με ΔΑΦ, και να υιοθετούνται στο σύνολό τους από τα εκπαιδευτικά προγράμματα παρέμβασης και θεραπείας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο. ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η Πειραματικά Θεμελιωμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς είναι η επιστήμη που αναλύει και μελετά την ανθρώπινη συμπεριφορά και εφαρμόζει μεθόδους οι οποίες βασίζονται στις αρχές του Συμπεριφορισμού. Διακρίνεται σε δυο μορφές, τη Βασική και την Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς, οι οποίες θεωρούνται αλληλένδετες, καθώς συμπληρώνουν η μία την άλλη και η μια είναι συνέχεια της άλλης (Γενά, 2007· 2017).

## 2.1. Ορισμός και κύρια χαρακτηριστικά της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς

Η Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς (ΕΑΣ) βασίζεται στις αρχές του Συμπεριφορισμού και αποσκοπεί στην βελτίωση της συμπεριφοράς του ατόμου σε ικανοποιητικό βαθμό και σε τομείς που θεωρούνται κοινωνικά σημαντικοί. Ακόμα, μέσω των πειραματικά θεμελιωμένων μεθόδων της αποσκοπεί να αποδείξει ότι η μεθοδολογία της συμβάλει ουσιωδώς στην βελτίωση της συμπεριφοράς του ατόμου (Cooper, Heron & Heward, 2007· Γενά, 2017).

Η Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς δε στοχεύει μόνο στην εφαρμογή των αρχών του Συμπεριφορισμού με σκοπό τη βελτίωση της ζωής του ανθρώπου, αλλά και στη πειραματικά θεμελιωμένη αποτελεσματικότητα των μεταβλητών που τροποποιούν και βελτιώνουν τη συμπεριφορά και τη ζωή του ατόμου συνολικά. Το γεγονός αυτό αποτελεί τη σημαντικότερη διαφορά σε σχέση με τη Βασική Ανάλυση της Συμπεριφοράς, η οποία εξετάζει την αυστηρά συστηματική πειραματική διερεύνηση των θεωρητικών θέσεων του Συμπεριφορισμού (Γενά, 2007).

Οι Baer, Wolf και Risley (1968) όρισαν τα ακόλουθα 7 «σπερματικά» χαρακτηριστικά της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, τα οποία παρουσιάζονται συνοπτικά:

*Εφαρμοσμένη*. Ο χαρακτηρισμός αυτός αναφέρεται στην κοινωνική σημαντικότητα των στόχων της ΕΑΣ. Η συμπεριφορά και τα ερεθίσματα προς διερεύνηση επιλέγονται με βάση τη σημαντικότητα των αποτελεσμάτων τους για το άτομο που μετέχει στην έρευνα, όπως και για το κοινωνικό σύνολο.

*Συμπεριφορική*. Ο χαρακτηρισμός «συμπεριφορική» περιλαμβάνει τρία κριτήρια: α) να πραγματοποιείται μόνο τροποποίηση της αντίδρασης που επιλέγουμε να τροποποιηθεί και όχι των αντιδράσεων που είναι παρεμφερείς ή το υπό εξέταση άτομο έχει υποδείξει· β) οι αντιδράσεις που έχουν επιλεγεί για τροποποίηση πρέπει να μπορούν να αξιολογηθούν αντικειμενικά ή ποσοτικά και η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων να μην βασίζεται στις παρατηρήσεις του συμμετέχοντα. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο λεπτομερής ορισμός της αντίδρασης, ο οποίος να μπορεί να αξιολογηθεί με αντικειμενικά κριτήρια και γ) η επιτυχημένη τροποποίηση της συμπεριφοράς χρειάζεται να αποδεικνύεται με έγκυρους επιστημονικά τρόπους, όπως ο έλεγχος της συμφωνίας μεταξύ ανεξάρτητων παρατηρητών και να διασφαλίζεται ότι δεν είναι προϊόν λάθους ή λανθασμένης μέτρησης.

*Αναλυτική*. Η ΕΑΣ όντας αναλυτική διαδικασία περιλαμβάνει την ανάλυση της σχέσης αιτίου αποτελέσματος, ανάμεσα στην ανεξάρτητη και εξαρτημένη μεταβλητή. Επιπροσθέτως, μέσα από πειραματικούς σχεδιασμούς να μπορεί να αποδείξει ότι η επιτυχημένη τροποποίηση της αντίδρασης στόχου οφείλεται στους χειρισμούς του ερευνητή (ανεξάρτητη μεταβλητή).

*Τεχνολογική*. Ο χαρακτηρισμός «τεχνολογική» αναφέρεται στην σαφή, λεπτομερή και ακριβής περιγραφή των ερευνητικών μεθόδων και διαδικασιών που χρησιμοποιήθηκαν σε μια έρευνα υπό το πρίσμα της ΕΑΣ, με σκοπό την ακριβής επανάληψη τους σε ενδεχόμενη επανεκτέλεση.

*Εναρμονισμένη με ένα θεωρητικό πλαίσιο*. Μια έρευνα της ΕΑΣ οφείλει να είναι εναρμονισμένη με τις αρχές και το θεωρητικό πλαίσιο του Συμπεριφορισμού. Δίχως αυτή την προϋπόθεση, μια έρευνα δε θα μπορεί να χαρακτηριστεί συμπεριφορική/ αναλυτική. Αν και το θεωρητικό πλαίσιο της ΕΑΣ αποτελείται από μικρό αριθμό αρχών, οι μέθοδοι, οι τεχνικές και οι τρόποι εφαρμογής των αρχών αυτών είναι πολλοί.

Συνεπώς, χρειάζεται προσεκτική επιλογή των τεχνικών και των μεθόδων που θα χρησιμοποιήσουν οι ερευνητές σε μια έρευνα ώστε να μπορεί να πραγματοποιηθεί σαφή ερμηνεία των ερευνητικών αποτελεσμάτων και με τέτοιο τρόπο, ώστε να πραγματοποιείται σύνδεση της πράξης με την θεωρία και να διασφαλίζεται η εξέλιξη της ΕΑΣ ως ανθρωπιστική επιστήμη. Συνεπώς, καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη της ΕΑΣ ως επιστήμη αποτελεί η σύνδεση του θεωρητικού πλαισίου με την πράξη, αλλά και διεύρυνση του.

*Αποτελεσματική*. Με γνώμονα τα κριτήρια της ΕΑΣ, η αποτελεσματικότητα μιας συμπεριφοριοαναλυτικής παρέμβασης αξιολογείται με βάση το βαθμό βελτίωσης της συμπεριφοράς του ατόμου που λαμβάνει την παρέμβαση, αλλά και την ποιότητα της βελτίωσης, δηλαδή, τη κλινική και κοινωνική σπουδαιότητα- εγκυρότητα της. Συνεπώς, μια βελτίωση της συμπεριφοράς η οποία είναι σημαντική σε στατιστικό επίπεδο μπορεί να μην είναι σημαντική σε κλινικό ή κοινωνικό επίπεδο και κατ' επέκταση για την βελτίωση της ζωής του ατόμου. Όταν πρόκειται για θεραπευτικούς και παιδαγωγικούς στόχους δεν αρκεί μια στατιστικά σημαντική βελτίωση των αντιδράσεων του ατόμου.

*Γενικευμένη*. Ο χαρακτηρισμός γενικευμένη αφορά τα αποτελέσματα της παρέμβασης, τα οποία θα πρέπει να διατηρούνται σε βάθος χρόνου και να εκδηλώνονται κάτω από διαφορετικές συνθήκες, διαφορετικές από αυτές που αρχικά διδάχθηκε το άτομο. Τα αποτελέσματα της παρέμβασης πρέπει να επεκτείνονται σε συναφείς αντιδράσεις, στις οποίες δεν πραγματοποιήθηκε παρέμβαση (Γενά, 2017).

## 2.2. Βασικές μορφές μάθησης

Στην Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς συναντούμε 2 βασικές μορφές μάθησης, οι οποίες αναλύονται συνοπτικά στην παρακάτω ενότητα. Οι μορφές αυτές είναι: α) η κλασσική ή εξαρτημένη αντανακλαστική μάθηση και β) η συντελεστική μάθηση.

### 2.2.1. Κλασσική ή εξαρτημένη αντανακλαστική μάθηση

«Η διαδικασία πρόκλησης ή τροποποίησης εξαρτημένων αντανακλαστικών αντιδράσεων, μέσω της χωροχρονικής σύζευξης μεταξύ ανεξάρτητων και εξαρτημένων ερεθισμάτων, ονομάζεται κλασική ή εξαρτημένη αντανακλαστική μάθηση» (Γενά, 2007: 193).

Στην θεωρία της κλασικής ή εξαρτημένης αντανακλαστικής μάθησης κεντρικό σημείο διαδραματίζουν οι αντανακλαστικές αντιδράσεις, οι οποίες διακρίνονται σε 2 κατηγορίες, τις έμφυτες και τις επίκτητες αντιδράσεις. Συνοπτικά, οι έμφυτες ή *ανεξάρτητες αντανακλαστικές αντιδράσεις* είναι αυτόματες, δεν καθορίζονται από περιβαλλοντικές συνθήκες και δεν είναι ελεγχόμενες από τον άνθρωπο. Αντίθετα, οι επίκτητες ή *εξαρτημένες αντανακλαστικές αντιδράσεις* ορίζονται ως οι αντανακλαστικές αντιδράσεις που προκύπτουν λόγω της χωροχρονικής σύζευξης εξαρτημένων και ανεξάρτητων ερεθισμάτων και αποτελούν προϊόν μάθησης. Οι εξαρτημένες αντανακλαστικές αντιδράσεις εξαρτώνται από τις περιβαλλοντικές συνθήκες και από τις έμφυτες καταβολές του ανθρώπου (Γενά, 2017).

Ακόμα, στην θεωρία της κλασικής ή εξαρτημένης αντανακλαστικής μάθησης περιλαμβάνεται η συνάφεια των εξαρτημένων και ανεξάρτητων ερεθισμάτων με σκοπό την απόκτηση νέων, επίκτητων αντανακλαστικών αντιδράσεων. Ως *ανεξάρτητο ερέθισμα* ορίζεται το εσωτερικό ή περιβαλλοντικό ερέθισμα που προκαλεί τις φυσικές και αυτόματες αντανακλαστικές αντιδράσεις. Ως *εξαρτημένο ερέθισμα* νοείται το εσωτερικό ή περιβαλλοντικό ερέθισμα, όπου ύστερα από τη χωροχρονική σύζευξή του

με το ανεξάρτητο ερέθισμα, επιφέρει την εξαρτημένη αντανακλαστική αντίδραση (Γενά, 2017).

### 2.2.2. Συντελεστική Μάθηση

«Ως συντελεστική μάθηση ορίζεται η απόκτηση ή τροποποίηση συντελεστικών αντιδράσεων που οφείλεται στη συνάφεια της συμπεριφοράς με τα επακόλουθα ή τις συνέπειές της» (Γενά, 2017: 179). Η συντελεστική μάθηση στηρίζεται, κυρίως, στη συνάφεια τριών όρων: α) των προγενόμενων ή διακριτικών ερεθισμάτων· β) της συμπεριφοράς ή συντελεστικής συμπεριφοράς και γ) των επακόλουθων ή συνεπειών (Cooper, Heron & Heward, 2007).

«Τα *προγενόμενα* είναι οι καταστάσεις ή τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος που προηγούνται των αντιδράσεων και βρίσκονται στο περιβάλλον κατά τη διαδικασία της συντελεστικής μάθησης. Τα διακριτικά ερεθίσματα είναι προγενόμενα ερεθίσματα που σηματοδοτούν συγκεκριμένες αντιδράσεις. Αποκτούν τα διακριτικά τους χαρακτηριστικά μέσω της σύζευξής τους με τα επακόλουθα των αντιδράσεων» (Γενά, 2017: 180). Όταν υπάρχει το διακριτικό ερέθισμα, η συντελεστική αντίδραση είτε ενισχύεται είτε τιμωρείται. Αντίθετα, όταν δεν παρατηρείται το διακριτικό ερέθισμα, η ίδια αντίδραση επιφέρει ουδέτερα επακόλουθα (Γενά, 2017).

Με τον όρο *συμπεριφορά* περιλαμβάνονται οι επίκτητες αντιδράσεις των έμβιων όντων, ενώ με τον όρο *συντελεστική συμπεριφορά* χαρακτηρίζεται η συμπεριφορά, η οποία επιδέχεται τροποποιήσεων, λόγω της μετατροπής των επακόλουθών της (Γενά, 2017).

Με τον όρο «*επακόλουθα ή συνέπειες* ορίζονται τα αποτελέσματα που έχουν οι συντελεστικές αντιδράσεις στο περιβάλλον» (Γενά, 2017: 180).

Στη διεθνή βιβλιογραφία συναντάμε συνολικά τέσσερις μορφές συντελεστικής μάθησης. Αυτές οι μορφές καθορίζονται σύμφωνα με την ποιότητα των επακόλουθων, εάν είναι θετικά ή αρνητικά καθώς και αν προστίθενται ή αφαιρούνται. Οι τέσσερις μορφές συντελεστικής μάθησης είναι: α) θετική ενίσχυση· β) αρνητική ενίσχυση· γ) άμεση τιμωρία και δ) έμμεση τιμωρία. Συνοπτικά, με τον όρο *ενίσχυση* περιγράφεται η

αύξηση στη συχνότητα, στην ένταση και στην διάρκεια της συντελεστικής αντίδρασης ενώ με τον όρο *τιμωρία* περιγράφεται η αντίστοιχη μείωση των προαναφερθέντων αντιδράσεων. Τέλος, η *ενίσχυση* και η *τιμωρία* αποσκοπούν στην τροποποίηση συγκεκριμένων αντιδράσεων και όχι ανθρώπων (Γενά, 2017).

### 2.2.3. Τα είδη των ενισχυτών στη συντελεστική μάθηση

Η *Ενίσχυση* αποτελεί τον σημαντικότερο όρο στη συντελεστική μάθηση. Με τον όρο *ενισχυτής* (reinforcer) ορίζεται το ερέθισμα το οποίο συμβάλλει μελλοντικά στην αύξηση της συχνότητας, της έντασης ή της διάρκειας μίας συγκεκριμένης αντίδρασης ενός ατόμου. Η άμεση παρουσίαση του ενισχυτή αμέσως μετά τη συντελεστική αντίδραση συμβάλει καθοριστικά στη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας του (Cooper και συν., 2007).

Οι ενισχυτές διακρίνονται σε 3 κατηγορίες: α) τους πρωτογενείς ενισχυτές· β) τους δευτερογενείς ενισχυτές και γ) τους γενικευμένους ενισχυτές.

Οι *πρωτογενείς ενισχυτές* (primary reinforcers) είναι τα εγγενή ερεθίσματα τα οποία δεν έχουν επίκτητες ενισχυτικές ιδιότητες. Οι πρωτογενείς ενισχυτές παρέχουν ενισχυτικά αποτελέσματα από την πρώτη στιγμή, χωρίς να χρειάζεται να προηγηθεί εκπαίδευση και διδασκαλία στο άτομο. Αυτού του είδους οι ενισχυτές έχουν ισχυρή βιολογική σημαντικότητα για τον άνθρωπο, ικανοποιούν βασικές βιολογικές και συναισθηματικές ανάγκες και συνήθως είναι κοινοί για τα μέλη ενός συγκεκριμένου έμβιου είδους. Χαρακτηριστικά παραδείγματα πρωτογενών ενισχυτών είναι: το φαγητό, το νερό, ο ύπνος, η ασφάλεια, η συντροφικότητα, η σεξουαλική ορμή και η αποφυγή του πόνου (Alberto & Troutman, 1999· Γενά, 2017). Συνεπώς, οι πρωτογενείς ενισχυτές αποτελούν ένα ισχυρό εργαλείο για την εκπαίδευση. Η επίδραση των συγκεκριμένων ενισχυτών ενισχύεται όταν το άτομο έχει περάσει μία περίοδο στέρησης από τον συγκεκριμένο ενισχυτή πριν τη χορήγηση του, με αποτέλεσμα να τον αποζητά περισσότερο.

Οι *δευτερογενείς ενισχυτές* (secondary or conditioned reinforcers) χαρακτηρίζονται αρχικά ως ουδέτεροι (ούτε ενισχυτικοί ούτε τιμωριτικοί) και

αποκτούν τις ενισχυτικές τους ιδιότητες στην πορεία, μέσω της αντανακλαστικής μάθησης. Οι ιδιότητες αυτές προκύπτουν μέσω της σύζευξης ουδέτερων ερεθισμάτων με πρωτογενείς ή δευτερογενείς ενισχυτές. Αυτού του είδους οι ενισχυτές ποικίλουν και δεν είναι κοινοί για όλα τα άτομα. Η ενισχυτική τους ισχύς σχετίζεται με τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά και το ιστορικό μάθησης του ατόμου. Παραδείγματα δευτερογενών ενισχυτών αποτελούν ο έπαινος, η ενασχόληση με αγαπημένες δραστηριότητες (π.χ. το παιχνίδι), η μουσική, η εξωλεκτική αλληλεπίδραση, οι κοινωνικές συναλλαγές κ.ά. (Alberto & Troutman, 1999· Γενά, 2017).

Οι *γενικευμένοι ενισχυτές* (generalized conditioned reinforcers) είναι δευτερογενείς ενισχυτές με σημαντική ισχύ διότι έχουν συνδεθεί και συσχετιστεί με ικανό αριθμό πρωτογενών και δευτερογενών ενισχυτών. Χαρακτηριστικά παραδείγματα γενικευμένων ενισχυτών είναι το χρήμα, η δόξα και η ευφυία. Αυτού του είδους οι ενισχυτές ορίζονται ως τα ερεθίσματα τα οποία βοηθούν στην πρόσβαση άλλων πρωτογενών ή δευτερογενών ενισχυτών, ενισχύουν τις αντιδράσεις προάγοντας τη διατήρηση τους (Γαλάνης, 2009· Γενά, 2017).

Η αρχή του Premack (1959) επισημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη ισχύ έχει ένας ενισχυτής, τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχει να παράξει επιθυμητές συντελεστικές αντιδράσεις. Οι παράγοντες οι οποίοι καθορίζουν την ενισχυτική αξία των επακόλουθων είναι: α) οι διατομικές διαφορές (π.χ. η ηλικία και το φύλο του ατόμου)· β) οι ενδοατομικές διαφορές (π.χ. τα ενδιαφέροντα του ατόμου) και γ) παράγοντες που σχετίζονται με περιβαλλοντικές συνθήκες και λειτουργίες (π.χ. ο βαθμός κορεσμού των ενισχυτών ή το ιστορικό του ατόμου) (Alberto & Troutman, 1999).

## 2.3. Προγράμματα ενίσχυσης

«Τα προγράμματα ενίσχυσης διακρίνονται ως προς τα κριτήρια που καθορίζουν τη συχνότητα ή τη χρονική στιγμή, κατά την οποία μια συντελεστική αντίδραση παράγει ενίσχυση» (Γενά, 2017: 200).

Στα προγράμματα *συνεχούς ενίσχυσης* παρέχεται ενίσχυση σε καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος. Κάθε φορά που εκδηλώνεται η επιθυμητή αντίδραση παρέχεται ενίσχυση (αναλογία 1:1). Αυτού του τύπου τα προγράμματα προάγουν και επιταχύνουν τη διδασκαλία νέων δεξιοτήτων ή αντιδράσεων οι οποίες αρχικά παρουσιάζονται με περιορισμένη συχνότητα και προτείνονται κυρίως για παιδιά με ή χωρίς σοβαρές αναπηρίες. Το βασικό μειονέκτημα των προγραμμάτων συνεχούς ενίσχυσης έγκειται στο γεγονός ότι μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε κορεσμό σε ένα συγκεκριμένο ενισχυτή, ιδιαίτερα αν αυτός είναι πρωτογενής. Επιπροσθέτως, δεν προάγεται η διατήρηση με αυτού του τύπου τα προγράμματα, διότι αμέσως μόλις διακοπεί η συνεχής ενίσχυση, η επιθυμητή συμπεριφορά ουσιαστικά σταδιακά αποσβένεται (Alberto & Troutman, 1999).

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από τα προγράμματα συνεχούς ενίσχυσης, οι θεραπευτές σταδιακά τα αντικαθιστούν με προγράμματα *μερικής ενίσχυσης*. Στα προγράμματα μερικής ενίσχυσης, προκειμένου να απονεμηθεί η ενίσχυση, ουσιαστικά ορίζουν τον αριθμό των επιθυμητών αντιδράσεων ή το χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο αυτές πρέπει να εκδηλωθούν (Γενά, 2017). Στα σημαντικά πλεονεκτήματα των προγραμμάτων μερικής ενίσχυσης συγκαταλέγεται το γεγονός ότι προάγουν τη διατήρηση των κεκτημένων δεξιοτήτων και μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης (Alberto & Troutman, 1999).

Τα προγράμματα μερικής ενίσχυσης διακρίνονται σε δυο κατηγορίες:

*Α) Προγράμματα ενίσχυσης βάσει αναλογίας αντιδράσεων και ενίσχυσης ή προγράμματα αναλογίας,* είναι τα προγράμματα τα οποία καθορίζουν τον αριθμό και τη συχνότητα των συντελεστικών αντιδράσεων που πρέπει να εκδηλωθούν, προκειμένου να απονεμηθεί η ενίσχυση. Συνοπτικά, ο αριθμός και η συχνότητα με την οποία εκδηλώνει ένα άτομο την επιθυμητή συμπεριφορά, καθορίζει τη συχνότητα με την οποία απονέμεται η ενίσχυση. Όσο γρηγορότερα ένα άτομο εκδηλώσει τον

προκαθορισμένο αριθμό αντιδράσεων με τη επιθυμητή συχνότητα, τόσο πιο γρήγορα θα του απονεμηθούν τα ενισχυτικά επακόλουθα (Cooper και συν., 2007· Γενά, 2017).

Τα προγράμματα ενίσχυσης βάσει αναλογίας αντιδράσεων και ενίσχυσης ή προγράμματα αναλογίας χωρίζονται σε δυο κατηγορίες: α) *προγράμματα ενίσχυσης σταθερής αναλογίας* και *β) προγράμματα ενίσχυσης μεταβλητής αναλογίας*. Στην πρώτη κατηγορία, τα προγράμματα απαιτούν ένα σταθερό αριθμό αντιδράσεων για να απονεμηθεί ενίσχυση. Ωστόσο, τα προγράμματα αυτά μειονεκτούν διότι συνήθως παρατηρείται μια παύση για μια μικρή χρονική περίοδο στις επιθυμητές αντιδράσεις του ατόμου αμέσως μετά την ενίσχυση. Αυτή η χρονική παύση στις αντιδράσεις του ατόμου εξαρτάται άμεσα από την αναλογία ενίσχυσης. Στη δεύτερη κατηγορία, στα προγράμματα ενίσχυσης μεταβλητής αναλογίας, ο αριθμός των αντιδράσεων που είναι απαραίτητος για να απονεμηθεί ενίσχυση κυμαίνεται βάσει ενός σταθερού μέσου όρου (Cooper και συν., 2007· Γενά, 2017).

*Β) Προγράμματα ενίσχυσης βάσει χρονικών διαστημάτων ή προγράμματα χρονικών διαστημάτων,* είναι τα προγράμματα τα οποία ορίζουν το χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο πρέπει να παρατηρηθεί έστω και μία επιθυμητή συντελεστική αντίδραση προκειμένου να απονεμηθεί ενίσχυση (Cooper και συν., 2007· Γενά, 2017).

Τα προγράμματα ενίσχυσης βάσει χρονικών διαστημάτων ή προγράμματα χρονικών διαστημάτων αναλογίας χωρίζονται σε δυο κατηγορίες: α) τα *προγράμματα ενίσχυσης σταθερών χρονικών διαστημάτων* και *β) τα προγράμματα ενίσχυσης μεταβλητών χρονικών διαστημάτων*. Στην πρώτη κατηγορία, για να απονεμηθεί η προκαθορισμένη ενίσχυση, προσδιορίζεται ένα σταθερό χρονικό διάστημα στο οποίο πρέπει να εκδηλωθεί τουλάχιστον μια συντελεστική αντίδραση. Στα προγράμματα αυτά παρατηρείται συνήθως μια παύση στις επιθυμητές αντιδράσεις στην αρχή του χρονικού διαστήματος, ενώ η συχνότητα των επιθυμητών αντιδράσεων είναι αρχικά μικρή, αλλά όσο πλησιάζει η ενίσχυση, προς το τέλος του χρονικού διαστήματος, επιταχύνεται. Στα μειονεκτήματα αυτών των προγραμμάτων συγκαταλέγεται το γεγονός ότι το άτομο σταδιακά μαθαίνει να υπολογίζει το χρονικό διάστημα που απαιτείται προκειμένου να του απονεμηθεί η ενίσχυση και οι επιθυμητές αντιδράσεις του εκδηλώνονται λίγο πριν τη λήξη του χρονικού διαστήματος. Στη δεύτερη κατηγορία, στα προγράμματα μεταβλητών χρονικών διαστημάτων ο χρόνος που μεσολαβεί ανάμεσα στις επιθυμητές συντελεστικές αντιδράσεις και στην ενίσχυση δεν

είναι σταθερός, αλλά κυμαίνεται βάσει κάποιου σταθερού μέσου χρονικού διαστήματος (Cooper και συν., 2007· Γενά, 2017).

Συμπερασματικά, τα προγράμματα μεταβλητής αναλογίας επιφέρουν τη μεγαλύτερη δυνατή αύξηση της συχνότητας των επιθυμητών αντιδράσεων, κυρίως διότι έχουν απρόβλεπτα κριτήρια ενίσχυσης (Cooper και συν., 2007· Γενά, 2017).

Σταδιακά χρειάζεται να πραγματοποιείται μείωση της παρεχόμενης ενίσχυσης ώστε να προκύπτει απεξάρτηση του ατόμου από τους πρόσθετους ενισχυτές και να πραγματοποιηθεί η μεταφορά του ελέγχου σε φυσικές μορφές ενίσχυσης. Με τον όρο *φυσικά ενισχυτικά* ορίζονται τα επακόλουθα, τα οποία υφίστανται σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο/ περιβάλλον (π.χ. ο λεκτικός έπαινος και η προσοχή του εκπαιδευτικού στο σχολικό πλαίσιο). Οι φυσικές μορφές ενίσχυσης είναι ικανές να ενισχύσουν τη σταθερότητα της επίδοσης και τη διατήρηση της συμπεριφοράς σε ανώτερα επιθυμητά επίπεδα, ακόμα και μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης (Stokes & Osnes, 1986). Τα άτομα, ειδικά σε μικρή ηλικία, καθώς εκπαιδεύονται να ανταποκρίνονται σε φυσικούς ενισχυτές, εισέρχονται σταδιακά σε νατουραλιστικά προγράμματα ενίσχυσης, μειώνοντας σταδιακά την πιθανή εξάρτηση και προσδοκία για συνεχή και άμεση ενίσχυση, όπως και την εξάρτησή τους από τον θεραπευτή/ εκπαιδευτικό (Alberto & Troutman, 1999).

Προκειμένου να μειωθεί η παρεχόμενη ενίσχυση, μια ενδεικτική πορεία στα προγράμματα ενίσχυσης είναι η εξής: αρχικά, ο θεραπευτής ξεκινάει με ένα συνεχές πρόγραμμα ενίσχυσης και στη πορεία το μεταβάλει σε πρόγραμμα σταθερής αναλογίας ή διαστήματος. Στη συνέχεια το μεταβάλει σε πρόγραμμα μεταβλητής αναλογίας ή διαστήματος, έως ότου να μην απαιτείται πλέον ο προγραμματισμός της ενίσχυσης, όταν δηλαδή η επιθυμητή συμπεριφορά περάσει υπό τον έλεγχο φυσικών ενισχυτών. Όμως, μια απότομη μείωση ενίσχυσης, κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας ή της θεραπείας, συνήθως έχει ως αποτέλεσμα την απόσβεση της επιθυμητής συμπεριφοράς. Σε αυτή την περίπτωση, ο θεραπευτής πρέπει να επαναφέρει το τελευταίο πρόγραμμα ενίσχυσης που απέδωσε τα επιθυμητά αποτελέσματα επίδοσης (Alberto & Troutman, 1999).

### 2.3.1. Βασικές αρχές της ενίσχυσης

Εκτός από τις βασικές αρχές της ενίσχυσης που πρέπει να συνυπολογιστούν και θα παρουσιαστούν συνοπτικά παρακάτω, πρέπει να ληφθούν υπόψη τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του ατόμου του οποίου θέλουμε να τροποποιηθεί η συμπεριφορά, οι ιδιαίτερες προτιμήσεις και τα ειδικά ενδιαφέροντα του όπως και η σημασία των πρωτοβουλιών και επιδιώξεων του (Γενά, 2017).

Σύμφωνα με τη Γενά (2017), οι βασικές αρχές της ενίσχυσης είναι οι εξής:

- Για τη διδασκαλία νέων δεξιοτήτων και αντιδράσεων χρησιμοποιούνται πρωτίστως προγράμματα συνεχούς ενίσχυσης.
- Βασικός στόχος των προγραμμάτων ενίσχυσης είναι η σταδιακή μείωση της ενίσχυσης με την σταθερή βελτίωση των επιθυμητών αντιδράσεων.
- Τα προγράμματα μερικής ενίσχυσης προάγουν την διατήρηση των κεκτημένων επιθυμητών αντιδράσεων και περιορίζουν την πιθανότητα απόσβεσης τους (resistance to extinction).
- Η συνεχής ενίσχυση για μεγάλα χρονικά διαστήματα οδηγεί σε κορεσμό.
- Τα προγράμματα ενίσχυσης μεταβλητής αναλογίας επιφέρουν τη μεγαλύτερη δυνατή αύξηση στη συχνότητα των συντελεστικών αντιδράσεων.
- Ως ενισχυτές, σύμφωνα και με τη θεωρία του Premack, μπορούν να χρησιμοποιηθούν μερικές αντιδράσεις του ατόμου.
- Όταν το άτομο επιλέγει τους ενισχυτές και όχι ο θεραπευτής, εξασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα τους.

## 2.4. Βασικές Θεραπευτικές και Παιδαγωγικές μέθοδοι της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς

Η επιλογή των βασικών τεχνικών που θα χρησιμοποιηθούν σε ένα πρόγραμμα παρέμβασης υπό τις αρχές της ΕΑΣ γίνεται ανάλογα με τον διδακτικό στόχο και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ικανότητες του ατόμου στο οποίο παρέχεται η παρέμβαση, όπως η ηλικία και το μαθησιακό προφίλ (Γενά & Γαλάνης, 2017). Συνοπτικά, οι βασικές θεραπευτικές και παιδαγωγικές μέθοδοι της ΕΑΣ για άτομα με ΔΑΦ είναι: α) κύκλος συστηματικής διδασκαλίας· β) η σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς· γ) διδασκαλία αλυσιδωτών αντιδράσεων και ανάλυσης έργου· δ) τμηματική βοήθεια· ε) συστήματα ανταλλάξιμων αμοιβών· στ) μέθοδοι βελτίωσης κινήτρων για μάθηση· ζ) τρόποι αντιμετώπισης της υπερεπιλεκτικότητας· η) Verbal Behavior και θ) Σύστημα επικοινωνίας μέσω ανταλλαγής εικόνων (Γενά & Γαλάνης, 2017).

### 2.4.1. Τμηματική βοήθεια

Η *τμηματική βοήθεια* (prompting) ορίζεται ως τη διαδικασία μέσω της οποίας ο θεραπευτής ή ο εκπαιδευτικός διαχειρίζεται τα ερεθίσματα τα οποία προηγούνται των συντελεστικών αντιδράσεων με στόχο την πιθανότητα εκδήλωσης της επιθυμητής συμπεριφοράς. Η τμηματική βοήθεια χρησιμοποιείται λίγο πριν ή ταυτόχρονα με την εκδήλωση της συντελεστικής αντίδρασης. Συνεπώς, η τμηματική βοήθεια αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης της επιθυμητής συμπεριφοράς, ενώ χρησιμοποιείται όταν το διακριτικό ερέθισμα δεν μπορεί από μόνο του να σηματοδοτήσει την επιθυμητή αντίδραση (Cooper και συν., 2007· Γενά & Γαλάνης, 2017).

Η τμηματική βοήθεια, μαζί με τη συστηματική απόσυρση της, είναι πολύτιμες τεχνικές της ΕΑΣ και κατ’ επέκταση της θεραπείας και εκπαίδευσης ατόμων με ΔΑΦ. Με την τμηματική βοήθεια, κατά την θεραπευτική και εκπαιδευτική διαδικασία, επιτυγχάνεται η μείωση των λαθών και ταυτόχρονα η ταχύτερη απόκτηση γνώσεων και

δεξιοτήτων. Η συγκεκριμένη μέθοδος αποτελεί τη σημαντικότερη τεχνική για την αποφυγή λαθών (Γενά & Γαλάνης, 2017).

### 2.4.2. Γενίκευση και Διατήρηση Δεξιοτήτων

Η γενίκευση και η διατήρηση των αποκτημένων δεξιοτήτων είναι εξαιρετικά σημαντικές για τη εκπαίδευση και θεραπεία των ατόμων με ΔΑΦ, κυρίως λόγω τον σοβαρών δυσκολιών που παρουσιάζουν στη διατήρηση και στη γενίκευση των νεοαποκτηθέντων δεξιοτήτων σε βάθος χρόνου (Γενά & Γαλάνης, 2017). Οι δυσκολίες αυτές αποδίδονται εν μέρη στη δυσκολία που έχουν τα άτομα με ΔΑΦ στην αλλαγή, στην εμμονή τους στην ρουτίνα, στην τάση για υπερεπιλεκτική εστίαση προσοχής όπως και στην έλλειψη κινήτρων, όταν δεν αποδίδονται εξωγενή ενισχυτικά επακόλουθα (Arnold-Saritepe, Phillips, Mudford, De Rosario & Taylor, 2010).

Η γενίκευση και η διατήρηση των αποκτημένων δεξιοτήτων σε άτομα με ΔΑΦ δεν πραγματοποιείται αυτόματα και συνήθως, κατακτούνται δύσκολα, μόνο με τον κατάλληλο προγραμματισμό και τη χρήση κατάλληλων τεχνικών στην εκπαιδευτική διαδικασία. Ιδιαίτερη δυσκολία αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΔΑΦ στη γενίκευση και διατήρηση των νεοαποκτηθέντων αντιδράσεων, όταν αυτές δεν ενισχύονται συχνά στο φυσικό περιβάλλον. Επιπροσθέτως, η συντήρηση δεξιοτήτων οι οποίες δεν μεταβαίνουν σε ενίσχυση με φυσικά ενισχυτικά επακόλουθα απαιτούν τη συνεχή χορήγηση εξωγενών επακόλουθων από τον θεραπευτή. Στην εδραίωση της ικανότητας ενός ατόμου συμβάλλει καθοριστικά η Πρώιμη Εντατική Συμπεριφορική Αναλυτική παρέμβαση (Γενά & Γαλάνης, 2017).

Με τον όρο «γενίκευση» νοείται η μαθησιακή διεργασία που επιτρέπει στο άτομο να χρησιμοποιεί τις κεκτημένες συμπεριφορές ή γνώσεις, σε διαφορετικές συνθήκες από αυτές που ίσχυαν κατά τη εκπαίδευση ή την παρέμβαση. Δηλαδή, οι δεξιότητες οι οποίες εκδηλώνονται υπό συγκεκριμένες συνθήκες να μπορούν να εκδηλωθούν σε διαφορετικές συνθήκες, σε διαφορετικά πλαίσια ή με διαφορετικά άτομα (Cooper και συν., 2007· Γενά & Γαλάνης, 2017· Stokes & Baer, 1977).

Τα βασικά είδη γενίκευσης είναι δύο: α) η γενίκευση σε νέα ερεθίσματα (stimulus generalization) και β) η γενίκευση σε νέες αντιδράσεις (response generalization) (Γενά & Γαλάνης, 2017).

Η *γενίκευση σε νέα ερεθίσματα* ορίζεται ως την εκδήλωση κεκτημένων αντιδράσεων παρουσία διαφορετικών ερεθισμάτων ή συνθηκών (π.χ. εκδήλωση της συμπεριφοράς σε νέα πλαίσια ή με διαφορετικά άτομα ή σε διαφορετική ώρα) (Cooper και συν., 2007· Γενά & Γαλάνης, 2017). Αυτού του είδους η γενίκευση επιτυγχάνεται ακόμα και όταν τροποποιούνται μερικά μόνο χαρακτηριστικά των συνθηκών παρέμβασης, όπως, η χρήση διαφορετικών εποπτικών μέσων ή απόσυρση της τμηματικής βοήθειας (π.χ. ο εκπαιδευτικός χρησιμοποιεί εικόνες που απεικονίζουν διαφορετικούς σκύλους αντί το σκύλο που είχε αρχικώς παρουσιάσει) (Cooper και συν., 2007).

Η *γενίκευση σε νέες αντιδράσεις* ορίζεται ως τη εκδήλωση νέων μορφών αντιδράσεων, λειτουργικά ισοδύναμων με τη διδασκόμενη συμπεριφορά, χωρίς να τις έχει διδαχθεί άμεσα (Cooper και συν., 2007· Γενά & Γαλάνης, 2017).

Συνοπτικά, παρατίθενται οι σημαντικότερες συνθήκες, οι οποίες προάγουν τη γενίκευση της συμπεριφοράς (Stokes & Baer, 1977):

- Σαφής και ορατή συνάφεια ανάμεσα στις επιθυμητές αντιδράσεις και των φυσικών επιθυμητών συνεπειών.
- Πραγματοποίηση της διδασκαλίας με επαρκή αριθμό ερεθισμάτων και παραλλαγές στις συνθήκες διδασκαλίας.
- Διδασκαλία με απρόβλεπτα μεταβαλλόμενες συνθήκες.
- Ενίσχυση γενικευμένων αντιδράσεων.

Με τον όρο *διατήρηση αντιδράσεων* εννοείται η ικανότητα διατήρησης κεκτημένων αντιδράσεων, παρά τη διακοπή μέρους ή όλης της παρέμβασης (Γενά & Γαλάνης, 2017). Οι Stokes και Baer (1977) επισημαίνουν ότι η γενίκευση πρέπει να θεωρείται ως μια συντελεστική αντίδραση εξίσου σημαντική με τη διάκριση. Συνοπτικά, παρατίθενται οι σημαντικότερες συνθήκες, οι οποίες προάγουν τη διατήρηση αντιδράσεων (Γενά & Γαλάνης, 2017):

- Δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί διατήρηση δεξιοτήτων αν η κεκτημένη αντίδραση δεν έχει εμπεδωθεί πλήρως.

- Επαναλήψεις κεκτημένων αντιδράσεων πρέπει να πραγματοποιούνται ανά τακτικά διαστήματα.
- Η μείωση της ενίσχυσης και των επαναλήψεων πρέπει να πραγματοποιείται σταδιακά.
- Για την επίτευξη βέλτιστων αποτελεσμάτων χρησιμοποιούνται προγράμματα μερικής ενίσχυσης.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο. ΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΙ

## 3.1. Βασικά χαρακτηριστικά των Πειραματικών Σχεδιασμών

Ο Πειραματικός Σχεδιασμός περιλαμβάνει τους πειραματικούς χειρισμούς που αξιοποιούνται, με σκοπό τη εξαγωγή σαφών, αντικειμενικών αποτελεσμάτων για τη σχέση μεταξύ της ανεξάρτητης και εξαρτημένης μεταβλητής (Kazdin, 2011). Τα δύο ευρύτερα διαδεδομένα είδη ατομικών πειραματικών σχεδιασμών είναι τα ακόλουθα: α) οι πειραματικοί σχεδιασμοί σε ομάδες υποκειμένων (group designs) και β) οι ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί (single case experimental design) (Alberto & Troutman, 1999· Cooper και συν., 2007· Kazdin, 2011).

Στην πρώτη κατηγορία, στους πειραματικούς σχεδιασμούς σε ομάδες υποκειμένων (group designs), η παρέμβαση πραγματοποιείται σε μία ομάδα συμμετεχόντων (πειραματική ομάδα). Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης αυτής συγκρίνεται η επίδοση της ομάδας που λαμβάνει την παρέμβαση με την επίδοση μιας διαφορετικής ομάδας συμμετεχόντων που δε λαμβάνει τη παρέμβαση (ομάδα ελέγχου) (Alberto & Troutman, 1999· Cooper και συν., 2007· Kazdin, 2011). Το σημαντικότερο μειονέκτημα των πειραματικών σχεδιασμών σε ομάδες υποκειμένων είναι το γεγονός ότι η αξιολόγηση των επιδόσεων δε γίνεται με βάση το άτομο, αλλά βάσει του μέσου όρου των επιδόσεων μιας ομάδας. Συνεπώς, αυτού του είδους οι σχεδιασμοί μπορούν να οδηγήσουν σε απώλεια σημαντικών πληροφοριών που αφορούν στα χαρακτηριστικά των υποομάδων ή συγκεκριμένων πειραματοπροσώπων που μπορεί να διαφέρουν σημαντικά από τον μέσο όρο (Kazdin, 2011· Τσιρεμπόλου, 2012).

Στη δεύτερη κατηγορία, στους ατομικούς πειραματικούς σχεδιασμούς (single-case experimental designs), η παρέμβαση πραγματοποιείται ανά άτομο (συνήθως με 3 έως 5 συμμετέχοντες) και η αξιολόγηση πραγματοποιείται σε συνεχή βάση, με κριτήριο την επίδοση του ατόμου υπό διαφορετικές πειραματικές συνθήκες ή χειρισμούς της ανεξάρτητης μεταβλητής. Η αξιολόγηση της επίδοσης του κάθε ατόμου συγκρίνεται

με τις δικές του επιδόσεις, στις διαφορετικές πειραματικές συνθήκες και δε συγκρίνεται η επίδοση μεταξύ πειραματοπροσώπων (Alberto & Troutman, 1999· Cooper και συν., 2007). Στους ατομικούς πειραματικούς σχεδιασμούς η παρέμβαση σχεδιάζεται και υλοποιείται με τέτοιο τρόπο, ώστε οι πιθανότητες να αποδώσουμε τα αποτελέσματα σε μεταβλητές που δεν ελέγχουν οι ερευνητές να είναι ελάχιστες (Kazdin, 2011).

Τα κύρια χαρακτηριστικά της πειραματικής πορείας των ατομικών πειραματικών σχεδιασμών είναι: α) η φάση της συλλογής δεδομένων πριν την έναρξη της παρέμβασης (γραμμή βάσης), η οποία πρέπει να παρουσιάζει σταθερότητα των δεδομένων (τάση και διακύμανση) και β) η εισαγωγή της παρέμβασης, η οποία πρέπει να παρουσιάζει σταθερότητα των δεδομένων για την ολοκλήρωση της (τάση και διακύμανση) (Alberto & Troutman, 1999· Cooper και συν., 2007· Kazdin, 2011).

Οι ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί πραγματοποιούν μεγάλο αριθμό επαναλαμβανόμενων μετρήσεων της εξαρτημένης μεταβλητής, ανά τακτά χρονικά διαστήματα (ημερησίως έως εβδομαδιαίως), σε βάθος χρόνου για το ίδιο άτομο ή για ένα μικρό αριθμό συμμετεχόντων. Με αυτόν τον τρόπο, επιτυγχάνεται ο έλεγχος της επίδρασης της παρέμβασης στη συμπεριφορά του ατόμου, σε όλες τις φάσεις της πειραματικής διαδικασίας (γραμμή βάσης και παρέμβαση). Με τον όρο *ανεξάρτητη μεταβλητή* (independent variable) ορίζεται η μεταβλητή η οποία τροποποιείται από τον ερευνητή σε μία πειραματική έρευνα με σκοπό να εξεταστεί εάν οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν στην ανεξάρτητη μεταβλητή επιφέρουν αλλαγές στην εξαρτημένη μεταβλητή. Με τον όρο *εξαρτημένη μεταβλητή* (dependent variable) ορίζεται η μεταβλητή που εξετάζεται για να καθοριστεί αν επιτεύχθηκε η τροποποίηση που επιδιώκεται, ως αποτέλεσμα της εισαγωγής της ανεξάρτητης μεταβλητής (Alberto & Troutman, 1999· Cooper και συν., 2007).

Για να διασφαλιστεί η αξιοπιστία των ευρημάτων μιας έρευνας, συνήθως πραγματοποιείται η διενέργεια ελέγχου της συμφωνίας μεταξύ παρατηρητών (interobserver agreement), όπου δύο ή περισσότερα άτομα, κατάλληλα εκπαιδευμένα, παρατηρούν και αξιολογούν την επίδοση των συμμετεχόντων, ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλον, οδηγούμενοι στα ίδια ευρήματα (Alberto & Troutman, 1999· Cooper και συν., 2007· Kazdin, 2011). Συνεπώς, η αξιοπιστία των ευρημάτων της πειραματικής διαδικασίας εξασφαλίζεται από τα υψηλά ποσοστά συμφωνίας μεταξύ των παρατηρητών (Γενά, 2002).

Η μεθοδολογία των ατομικών πειραματικών σχεδιασμών περιλαμβάνει, υποχρεωτικά, τουλάχιστον δύο φάσεις: α) τη γραμμή βάσης (baseline), δηλαδή τη παρατήρηση της συμπεριφοράς του ατόμου για αρκετές συνεδρίες πριν την έναρξη της παρέμβασης και β) την παρέμβαση (Alberto & Troutman, 1999· Cooper και συν., 2007· Kazdin, 2011). Η γραμμή βάσης παρέχει στους ερευνητές πληροφορίες για το υπάρχον επίπεδο επίδοσης του ατόμου πριν την έναρξη της παρέμβασης, (π.χ. εύρος και συχνότητα), τα οποία ο ερευνητής αποσκοπεί να τροποποιήσει στη συνέχεια (Kazdin, 2011). Στη συνέχεια, στη φάση της παρέμβασης και μετά την ολοκλήρωση της, ο ερευνητής χρησιμοποιεί τα δεδομένα που προέκυψαν από τη γραμμή βάσης ως μέτρο σύγκρισης της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης (Cooper και συν., 2007).

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν στη γραμμή βάσης χρησιμεύουν στη διατύπωση υποθέσεων και προβλέψεων για το ποιο θα ήταν το επίπεδο επίδοσης του ατόμου δίχως την εισαγωγή της παρέμβασης. Αυτή η πρόβλεψη της επίδοσης αποτελεί ένα υποθετικό κριτήριο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ανεξάρτητης μεταβλητής (Cooper και συν., 2007· Kazdin, 2011). Για να επιτευχθεί μια ασφαλής πρόβλεψη της επίδοσης, χρειάζεται τα δεδομένα, που συλλέχθηκαν από τη γραμμή βάσης, να χαρακτηρίζονται από σταθερότητα, να παρουσιάζουν μικρή έως μηδενική τάση (trend) και μικρή διακύμανση (variability) (Cooper και συν., 2007· Kazdin, 2011). Απαραίτητη προϋπόθεση για την ασφαλή πρόβλεψη της επίδοσης είναι η σταθεροποίησή της στην υπάρχουσα πειραματική συνθήκη (π.χ. γραμμή βάσης) και η απομόνωση, εξάλειψη ή ο έλεγχος των εξωγενών μεταβλητών που πιθανώς επηρεάζουν τη συμπεριφορά στόχο, προτού ξεκινήσει η νέα πειραματική συνθήκη (π.χ. την παρέμβαση) (Cooper και συν., 2007· Μέλλον, 2007).

Οι ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί προϋποθέτουν περισσότερο έλεγχο στις συνθήκες της πειραματικής διαδικασίας, σε όλες τις φάσεις, σε αντίθεση με τους πειραματικούς σχεδιασμούς σε ομάδες υποκειμένων (Μέλλον, 2007). Για να αναδειχθεί η αιτιώδης σχέση μεταξύ ανεξάρτητης και εξαρτημένης μεταβλητής, πραγματοποιείται η σύγκριση των δεδομένων της γραμμής βάσης με την επίδραση της παρέμβασης στη συμπεριφορά. Η συστηματική επανάληψη (replication) της πειραματικής διαδικασίας συμβάλει στην εξωτερική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων (Cooper και συν., 2007).

Συμπερασματικά, οι ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί προσφέρονται για την εις βάθος αξιολόγηση της επίδρασης μιας παρέμβασης στη συμπεριφορά μεμονωμένων

προσώπων, ενώ, παράλληλα, προάγουν την οικονομία της πειραματικής διαδικασίας, δίχως να θέτουν σε κίνδυνο την εσωτερική εγκυρότητα των ευρημάτων (Cooper και συν., 2007· Kazdin, 2011). Οι δύο κατηγορίες πειραματικών σχεδιασμών έχουν περιορισμούς που δεν επιτρέπουν τη διερεύνηση παντός είδους ερευνητικών ερωτημάτων (Kazdin, 2011). Ο Cooper και οι συνεργάτες του (2007) επισημαίνουν ότι οι πειραματικοί σχεδιασμοί με ομάδες υποκειμένων προσφέρονται για μεγάλης κλίμακας διερευνήσεις, όπου ο κύριος σκοπός της έρευνα είναι η συμπεριφορά του συνόλου και όχι των μεμονωμένων συμμετεχόντων. Αντιθέτως, οι ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί προσφέρονται για την διεξοδική και σε βάθος χρόνου μελέτη της συμπεριφοράς ενός περιορισμένου αριθμού συμμετεχόντων και την εις βάθος διερεύνηση των επιδράσεων που μπορεί να ασκούν οι εκπαιδευτικές και θεραπευτικές πρακτικές.

## 3.2. Πειραματικός σχεδιασμός με πολλαπλές γραμμές βάσης

Το βασικό χαρακτηριστικό των πειραματικών σχεδιασμών με πολλαπλές γραμμές βάσης (multiple baseline experimental designs) είναι ότι η παρέμβαση εισάγεται σε διαφορετική χρονική στιγμή για τις διαφορετικές συμπεριφορές ή πρόσωπα. Συνεπώς, όταν πραγματοποιείται θετική τροποποίηση της συμπεριφοράς στόχου, αυτό είναι ξεκάθαρο ότι επιτεύχθηκε με την εισαγωγή της παρέμβασης και όχι ως απόρροια κάποιας παρασιτικής μεταβλητής (Kazdin, 2011). Η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης αποδεικνύεται όταν εισάγεται η ανεξάρτητη μεταβλητή και η υπό εξέταση συμπεριφορά τροποποιείται άμεσα προς την επιθυμητή κατεύθυνση (Kazdin, 2011). Η επαναλαμβανόμενη επίδραση της παρέμβασης στις αντιδράσεις, σε διαφορετικές γραμμές βάσης (π.χ. σε διαφορετικές κατηγορίες αντιδράσεων) και σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, περιορίζει στο μέγιστο την επίδραση εξωγενών μεταβλητών, ισχυροποιώντας την εγκυρότητα του συγκεκριμένου πειραματικού σχεδιασμού. Γι’ αυτό το λόγο η παρέμβαση εισάγεται ασύγχρονα για κάθε συνθήκη ώστε να αξιολογείται αν υπάρχουν παρασιτικές μεταβλητές που σχετίζονται με μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή (Alberto & Troutman, 1999· Kazdin, 2011).

Οι πειραματικοί σχεδιασμοί πολλαπλών γραμμών βάσης συνήθως περιλαμβάνουν 3 γραμμές βάσης ή περισσότερες. Ο αριθμός των γραμμών βάσης που περιλαμβάνεται στη μεθοδολογία μιας έρευνας συμβάλει στην αποτελεσματικότητα του πειραματικού σχεδιασμού. Οι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης είναι δυο: α) η σταθερότητα της επίδοσης κατά τη διάρκεια της γραμμής βάσης και β) ο ρυθμός και το μέγεθος της τροποποίησης της συμπεριφοράς όταν πραγματοποιηθεί η εισαγωγή της παρέμβασης (Alberto & Troutman, 1999· Kazdin, 2011).

Υπάρχουν 3 βασικά είδη πειραματικών σχεδιασμών με πολλαπλές γραμμές βάσης: α) ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί πολλαπλών γραμμών βάσης ανά συμμετέχοντες (multiple baseline design across individuals)· β) ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί πολλαπλών γραμμών βάσης ανά κατηγορία αντιδράσεων (multiple baseline design across response categories) και γ) ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί πολλαπλών γραμμών βάσης ανά πλαίσιο (multiple baseline design across settings) (Kazdin, 2011). Στην πρώτη κατηγορία, στους ατομικούς πειραματικούς σχεδιασμούς πολλαπλών γραμμών βάσης ανά συμμετέχοντες, η γραμμή βάσης πραγματοποιείται ταυτόχρονα για όλους τους συμμετέχοντες και διαφοροποιείται μόνο η χρονική στιγμή της εισαγωγής της παρέμβασης. Στη δεύτερη κατηγορία, στους ατομικούς πειραματικούς σχεδιασμούς πολλαπλών γραμμών βάσης ανά κατηγορία αντιδράσεων, η παρέμβαση πραγματοποιείται σε διαφορετικές κατηγορίες αντιδράσεων, ενώ στους ατομικούς πειραματικούς σχεδιασμούς πολλαπλών γραμμών βάσης ανά πλαίσιο η παρέμβαση πραγματοποιείται σε διαφορετικά πλαίσια (π.χ. περιβάλλον ή χρονική στιγμή) (Alberto & Troutman, 1999· Kazdin, 2011).

Οι ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί με πολλαπλές γραμμές βάσης έχουν αρκετά κλινικά και ερευνητικά πλεονεκτήματα (Alberto & Troutman, 1999· Kazdin, 2011). Πρωτίστως, ο συγκεκριμένος τύπος πειραματικού σχεδιασμού δε βασίζεται στην απόσυρση της παρέμβασης για να αποδειχθεί ότι η αλλαγή της συμπεριφοράς στόχου είναι αποτέλεσμα της παρέμβασης. Το ίδιο ισχύει και για την εγκυρότητα της πειραματικής διαδικασίας. Ο πειραματικός έλεγχος δεν εξαρτάται από την απόσυρση της παρέμβασης. Μ' αυτό τον τρόπο αποφεύγονται οι δεοντολογικοί, θεραπευτικοί και πρακτικοί περιορισμοί, οι οποίοι υπάρχουν σε άλλους ατομικούς πειραματικούς σχεδιασμούς (π.χ. πειραματικοί σχεδιασμοί με επιστροφή στη γραμμή βάσης, τύπος ABAB). Ταυτόχρονα, η σταδιακή εφαρμογή της παρέμβασης, σε κάθε γραμμή βάσης,

προσφέρει τη δυνατότητα βελτίωσης της παρέμβασης, αν αυτή ενδεχομένως αποδειχθεί ανεπαρκής στην εφαρμογή στην πρώτη γραμμή βάσης (Alberto & Troutman, 1999).

Ένα ακόμα σημαντικό πλεονέκτημα είναι ότι με τους ατομικούς πειραματικούς σχεδιασμούς με πολλαπλές γραμμές βάσης μπορούμε να παρέμβουμε σε διαφορετικές κατηγορίες αντιδράσεων ασύγχρονα, χωρίς να χρειάζεται να πραγματοποιηθεί τροποποίηση της παρέμβασης. Επιπροσθέτως, συμβαδίζουν με τις αρχές της ΕΑΣ και είναι σχεδιασμοί οι οποίοι είναι σχετικά εύκολο να προγραμματιστούν και να υλοποιηθούν, ενώ τα αποτελέσματα της παρέμβασης τους μπορούν να παρατηρηθούν άμεσα (Cooper και συν., 2007· Kazdin, 2011). Ακόμα, με τους συγκεκριμένους πειραματικούς σχεδιασμούς πραγματοποιείται συνεχής έλεγχος της αποτελεσματικότητας της συνολικής διαδικασίας, καθώς είναι εύκολο να πραγματοποιηθεί σύγκριση ανάμεσα στις συνθήκες της παρέμβασης και έτσι να ελεγχθεί η επιρροή των εξωτερικών παραγόντων (Kazdin, 2011). Οι πειραματικοί σχεδιασμοί πολλαπλών γραμμών βάσης συμβαδίζουν με την θεραπευτική και παιδαγωγική πράξη δίχως να αμφισβητείται η εσωτερική τους εγκυρότητα (Kazdin, 2011). Συνεπώς, τα παραπάνω πλεονεκτήματα καθιστούν τους ατομικούς πειραματικούς σχεδιασμούς με πολλαπλές γραμμές βάσης μια ιδιαίτερα χρήσιμη μεθοδολογική προσέγγιση στην ερευνητική κοινότητα και στις έρευνες υπό το πρίσμα της ΕΑΣ.

Όπως κάθε πειραματική διαδικασία έτσι και αυτού του είδους οι πειραματικοί σχεδιασμοί έχουν ορισμένα μειονεκτήματα. Στα μειονεκτήματα συγκαταλέγονται: α) η συλλογή δεδομένων στη γραμμή βάσης είναι πιθανό να πραγματοποιείται για μεγάλα χρονικά διαστήματα μέχρι να υπάρξει σταθερότητα των δεδομένων· β) είναι πιθανή η διαρροή των συμμετεχόντων και γ) το μειωμένο εύρος των ερευνητικών ερωτημάτων που μπορούν να διερευνηθούν (Alberto & Troutman, 1999).

Στους ατομικούς πειραματικούς σχεδιασμούς με πολλαπλές γραμμές βάσης οι διαφορετικές γραμμές βάσης αποτελούν συνθήκες ελέγχου της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης, διότι καταγράφουν το επίπεδο επίδοσης του ατόμου πριν από την εισαγωγή της παρέμβασης. Σε κάθε φάση της πειραματικής διαδικασίας, με την εισαγωγή της παρέμβασης (π.χ. σε μια κατηγορία αντιδράσεων ή σε ένα άτομο), είναι δυνατό να γίνει η σύγκριση επιδόσεων των δεδομένων πριν και μετά την παρέμβαση. Η απουσία της επίδρασης εξωγενών μεταβλητών στην υπό εξέταση κατηγορία

αντιδράσεων διασφαλίζεται όταν η επίδοση των ατόμων στις αντιδράσεις, που δεν έχουν λάβει ακόμα παρέμβαση, παραμένει σταθερή, όταν η παρέμβαση εφαρμόζεται σε άλλη κατηγορία αντιδράσεων (Kazdin, 2011). Η επανάληψη της επίδρασης, όταν αυτή επιτυγχάνεται σε διαφορετικές γραμμές βάσης, μεγιστοποιεί την απόδειξη της ύπαρξης αιτιώδους σχέσης μεταξύ ανεξάρτητης και εξαρτημένης μεταβλητής, ενώ παράλληλα συμβάλει στη γενίκευση των ευρημάτων (Cooper και συν., 2007· Μέλλον, 2007).

Για παράδειγμα, η ερευνητική διαδικασία στους πειραματικούς σχεδιασμούς πολλαπλών γραμμών βάσης σε διαφορετικές κατηγορίες αντιδράσεων ακολουθεί την εξής πορεία: αρχικά, ο ερευνητής συλλέγει δεδομένα από τη γραμμή βάσης για όλες τις κατηγορίες αντιδράσεων. Όταν η επίδοση του συμμετέχοντα γίνει σταθερή σε μία από τις κατηγορίες αντιδράσεων, τότε εισάγεται η παρέμβαση γι' αυτή την κατηγορία ενώ συνεχίζεται η συλλογή δεδομένων γραμμής βάσης για τις υπόλοιπές κατηγορίες αντιδράσεων. Στη συνέχεια, όταν η επίδοση του συμμετέχοντα στην πρώτη κατηγορία αντιδράσεων τροποποιηθεί και σταθεροποιηθεί (με την εισαγωγή της παρέμβασης), εισάγεται η παρέμβαση για τη δεύτερη κατηγορία αντιδράσεων. Η διαδικασία συνεχίζεται κατά τον ίδιο τρόπο και για τις υπόλοιπες κατηγορίες αντιδράσεων. Η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης αποδεικνύεται εφόσον η συμπεριφορά του ατόμου σε κάθε κατηγορία αντιδράσεων ή του κάθε συμμετέχοντα τροποποιείται τη στιγμή που εισάγεται η παρέμβαση και όχι νωρίτερα.

Οι ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί με πολλαπλές γραμμές βάσης ενδεχομένως να επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε μεγαλύτερο βαθμό και με μεγαλύτερη ασφάλεια, απ' ότι η στατιστική ανάλυση ή οι πειραματικοί σχεδιασμοί με ομάδες υποκειμένων, εξαιτίας της προϋπόθεσης που τίθεται για ισχυρή επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής στην εξαρτημένη (Kazdin, 2011). Οι ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί με πολλαπλές γραμμές βάσης είναι συμβατοί με τη θεραπευτική και παιδαγωγική πράξη, εφόσον εξετάζουν την ύπαρξη αιτιώδους σχέσης μεταξύ εξαρτημένης και ανεξάρτητης μεταβλητής μέσω της επανάληψης της επίδρασης που ασκεί η παρέμβαση στη συμπεριφορά, σε διαφορετικές γραμμές βάσης (π.χ. με διαφορετικούς συμμετέχοντες ή σε διαφορετικές αντιδράσεις) (Cooper και συν., 2007· Μέλλον, 2007).

## 3.3. Οπτικός Έλεγχος και Στατιστική Ανάλυση των Δεδομένων

Στους ατομικούς πειραματικούς σχεδιασμούς, η αξιολόγηση της αξιοπιστίας και της συνέπειας της παρέμβασης πραγματοποιείται μέσω του *οπτικού ελέγχου της γραφικής παράστασης των ερευνητικών δεδομένων* (Kazdin, 2011). Ο ερευνητής αξιολογεί την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης εξετάζοντας την κοινωνική εγκυρότητα και το βαθμό στον οποίο πραγματοποιήθηκε η τροποποίησης της συμπεριφοράς. Η αξιολόγηση του βαθμού τροποποίησης της συμπεριφοράς πραγματοποιείται: α) συγκρίνοντας τους μέσους όρους της επίδοσης ανάμεσα στις διαφορετικές φάσεις της πειραματικής διαδικασίας και β) συγκρίνοντας το επίπεδο της επίδοσης πριν και μετά από την εισαγωγή (ή απόσυρση) της παρέμβασης. Ακόμα, σε δεύτερο επίπεδο, πραγματοποιείται αξιολόγηση της τάσης των ερευνητικών δεδομένων του συμμετέχοντα σε κάθε πειραματική συνθήκη, το βαθμό δηλαδή της συστηματικής αύξησης ή μείωσης της επίδοσης καθώς και το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε ανάμεσα στην εισαγωγή της παρέμβασης και της τροποποίησης της συμπεριφοράς. Όσο πιο άμεσα τροποποιηθεί η αντίδραση στόχος μετά την εισαγωγή της παρέμβασης, τόσο πιο ξεκάθαρη είναι η επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής (Alberto & Troutman, 1999· Cooper και συν., 2007· Kazdin, 2011).

Πέρα από την οπτική αξιολόγηση των ερευνητικών δεδομένων, χρειάζεται να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης βάσει συγκεκριμένων θεραπευτικών κριτηρίων, τα οποία αξιολογούν τον αντίκτυπο της τροποποίησης της συμπεριφοράς ο οποίος πρέπει να είναι σημαντικός και σε κοινωνικό επίπεδο (Kazdin, 2011). Τα κριτήρια αυτά αφορούν το αν η τροποποίηση που πραγματοποιήθηκε στη συμπεριφορά πραγματικά βελτιώνει σε σημαντικό βαθμό τη ζωή του συμμετέχοντα, βοηθώντας τον να αποκτήσει δεξιότητες με λειτουργική αξία. Συνεπώς, η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης κρίνεται από το αν η τροποποίηση στη συμπεριφορά του συμμετέχοντα βελτιώνει σε σημαντικό βαθμό τη ζωή του συμμετέχοντα και αν υπάρχει κοινωνική εγκυρότητα, δηλαδή αν τα αποτελέσματα της παρέμβασης (π.χ. οι αλλαγές στην συμπεριφορά) ικανοποιούν τις απαιτήσεις του κοινωνικού συνόλου (Kazdin, 2011· Wolf, 1978).

Πέρα από τη μέθοδο της οπτικής αξιολόγησης, πολλοί ερευνητές προτείνουν τη διενέργεια *συμπληρωματικής στατιστικής ανάλυσης* των ερευνητικών δεδομένων (π.χ. Brossart, Parker, Olson & Mahadevan, 2006· Kazdin, 2011). Η διενέργεια

συμπληρωματικής στατιστικής ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων στους ατομικούς πειραματικούς σχεδιασμούς κρίνεται χρήσιμη στις περιπτώσεις: α) όταν στα δεδομένα της γραμμής βάσης παρουσιάζεται σημαντική διακύμανση ή αυξητική τάση· β) όταν δεν πραγματοποιείται/ επιτρέπεται ισχυρός έλεγχος των παρασιτικών μεταβλητών (π.χ. λόγω ερευνητικού πλαισίου) και γ) όταν η μικρή βελτίωση της συμπεριφοράς στόχου κρίνεται σημαντική (Kazdin, 2011). Συνεπώς, διενεργώντας παράλληλα με τον οπτικό έλεγχο στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, ισχυροποιείται η αξιοπιστία του οπτικού ελέγχου, διότι η στατιστική ανάλυση αξιολογεί τα δεδομένα βάσει γενικά αποδεκτών αντικειμενικών κριτηρίων, τα οποία δεν επηρεάζονται από την υποκειμενική κρίση του ερευνητή που διενεργεί τον οπτικό έλεγχο (Brossart και συν., 2006· Parker & Hagan-Burke, 2007).

Συγκρίνοντας τον οπτικό έλεγχο με τη στατιστική ανάλυση, η στατιστική ανάλυση είναι μια μέθοδος η οποία μπορεί να ανιχνεύσει ακόμα και ισχνές συσχετίσεις μεταξύ ανεξάρτητης και εξαρτημένης μεταβλητής. Η στατιστική ανάλυση όμως δεν μπορεί να υποκαταστήσει τον οπτικό έλεγχο, διότι μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο μετά την ολοκλήρωση της συλλογής δεδομένων. Συνεπώς, δεν είναι δυνατό να εντοπιστούν και να μελετηθούν πιθανές διακυμάνσεις των δεδομένων κατά τη διάρκεια που πραγματοποίησης της έρευνας, όπως μπορεί να συμβεί με την οπτική αξιολόγηση (Cooper και συν., 2007). Τέλος, ο Baer (1977α) επισημαίνει ότι με την μέθοδο αξιολόγησης του οπτικού ελέγχου, αν το πρόβλημα έχει λυθεί, αυτό γίνεται άμεσα αντιληπτό και δε χρειάζεται η επιστράτευση της στατιστικής ανάλυσης.

## 3.4. Αξιολόγηση των Ατομικών Πειραματικών Σχεδιασμών

Ο βασικός σκοπός στην Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς και στις έρευνες που πραγματοποιούνται με βάση τις αρχές της είναι η κλινική και όχι η στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων. Ο οπτικός έλεγχος αποτελεί την καταλληλότερη μέθοδο για την αξιολόγηση και τον εντοπισμό των μεταβλητών που επιφέρουν άμεση και αξιόπιστη τροποποίηση στη συμπεριφορά και συμβάλει στο μέγιστο για την αποφυγή του φαινομένου η ανεξάρτητη μεταβλητή να καταδεικνύεται λανθασμένα πως επιδρά στη συμπεριφορά ή το αντίθετο. Συνεπώς, οι ατομικοί

πειραματικοί σχεδιασμοί οι οποίοι χρησιμοποιούν τον οπτικό έλεγχο για την αξιολόγηση της επίδρασης της ανεξάρτητης μεταβλητής, τείνουν προς τον εντοπισμό μόνο των πολύ ισχυρών ανεξάρτητων μεταβλητών, γεγονός το οποίο διασφαλίζει την κλινική σπουδαιότητα και κοινωνική εγκυρότητα (Baer, 1977α, 1977β· Barlow & Hersen, 1984· Cooper και συν., 2007· Μέλλον, 2007).

Στους ατομικούς πειραματικούς σχεδιασμούς, η εσωτερική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων επιτυγχάνεται παρά τη συμμετοχή ενός μικρού αριθμού συμμετεχόντων, γεγονός το οποίο προάγει την οικονομία της πειραματικής διαδικασίας, ενώ, ταυτόχρονα, επιτρέπει τη διερεύνηση εις βάθος της επίδρασης της ανεξάρτητης μεταβλητής στη συμπεριφορά (Μέλλον, 2007). Η εσωτερική εγκυρότητα των ατομικών πειραματικών σχεδιασμών ισχυροποιείται από τον αυστηρό έλεγχο για την τυχόν επίδραση εξωγενών μεταβλητών (π.χ. τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων) και αυτό επιτυγχάνεται διότι ο πειραματικός έλεγχος στηρίζεται στη σύγκριση του κάθε συμμετέχοντα με τον εαυτό του (Cooper και συν., 2007· Μέλλον, 2007). Συνεπώς, ο διαρκής έλεγχος για την επίδραση των εξωγενών μεταβλητών, ο οποίος πραγματοποιείται μέσω της αξιολόγησης σε πολλές διαφορετικές στιγμές και του οπτικού ελέγχου, μηδενίζει την επίδραση παρασιτικών μεταβλητών (Kazdin, 2011).

Σύμφωνα με τον Kazdin (2011), οι σημαντικότεροι περιορισμοί των ατομικών πειραματικών σχεδιασμών είναι οι εξής δύο: α) το μικρό εύρος των ερευνητικών ερωτημάτων τα οποία μπορούν να διερευνηθούν μέσω των σχεδιασμών αυτών και β) η περιορισμένη εξωτερική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων, απόρροια του περιορισμένου αριθμού των συμμετεχόντων. Οι ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί ενώ αποτελούν μια αποτελεσματική μέθοδο αξιολόγησης της επίδρασης μιας συγκεκριμένης παρέμβασης στη συμπεριφορά, δεν αποτελούν αποτελεσματική μέθοδο για την έγκυρη αξιολόγηση και σύγκριση δύο ή περισσότερων μορφών παρέμβασης (Kazdin, 2011). Επιπροσθέτως, οι ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί δε χρησιμοποιούνται για τη διερεύνηση των εξωτερικών επιδράσεων των μεταβλητών, όπως π.χ. τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Ένα ακόμα σημαντικό μειονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι τα αποτελέσματά μπορούν να γενικευτούν μόνο σε άτομα με χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά των συμμετεχόντων (Kazdin, 2011).

Η αξιολόγησης της γενίκευσης των ευρημάτων στους ατομικούς πειραματικούς σχεδιασμούς γίνεται μέσω της άμεσης ή συστηματικής επανάληψης της πειραματικής διαδικασίας, σε διαφορετικούς συμμετέχοντες (Kazdin, 2011). Επιπροσθέτως, όταν πραγματοποιούνται έρευνές με συναφή χαρακτηριστικά με την αρχική (ίδιο πρωτόκολλο διαδικασίας με την αρχική έρευνα) και γίνεται επαλήθευση κάποιου ερευνητικού ευρήματος, τότε: α) επιβεβαιώνεται η αξιοπιστία των ευρημάτων της αρχικής έρευνας και β) ισχυροποιείται η εξωτερική εγκυρότητα (γενίκευση) των ευρημάτων της (Cooper και συν., 2007).

Στον αντίποδα των ατομικών πειραματικών σχεδιασμών, ένα σημαντικό μειονέκτημα των πειραματικών σχεδιασμών με ομάδες υποκειμένων αποτελεί το γεγονός ότι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης, η οποία πραγματοποιείται μέσω της σύγκρισης των μέσων όρων της επίδοσης των συμμετεχόντων ομάδων, έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια σημαντικών πληροφοριών οι οποίες αφορούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως την επίδοση και την εξέλιξη του κάθε συμμετέχοντα στην έρευνα ξεχωριστά. Συνεπώς, ο μέσος όρος επίδοσης της ομάδας είναι αδύνατον να αντιπροσωπεύει την πραγματική επίδοση του κάθε συμμετέχοντα στην ομάδα, ειδικά αν η συγκρότηση του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τυχαία δειγματοληψία (Barlow & Hersen, 1984· Cooper και συν., 2007). Τέλος, οι πειραματικοί σχεδιασμοί με ομάδες υποκειμένων έχουν περιορισμένη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων της έρευνας σε μεμονωμένα άτομα (Barlow & Hersen, 1984· Μέλλον, 2007).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4º. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ

## 4.1. Εννοιολογικές προσεγγίσεις

Η εννοιολογική οριοθέτηση της σεξουαλικότητας (sexuality) είναι σύνθετη και πολυπαραγοντική, καθώς ερευνάται από διαφορετικές επιστήμες, ενώ οι εννοιολογικές προσεγγίσεις εξαρτώνται από τα ειδικά ενδιαφέροντα και τα αντικείμενα της κάθε επιστήμης. Η σεξουαλικότητα ως έννοια είναι πολυδιάστατη, πολυσήμαντη και περιλαμβάνει πολλές όψεις: φυσικές, κοινωνικές και ψυχολογικές (Bernhard, 2002· Fiedler, 2004· Shakespeare, Gillespie-Sells & Davies, 1996· Sheerin & Sines, 1999).

Η σεξουαλικότητα ορίζεται ως ένα περίπλοκο φαινόμενο που περιλαμβάνει το φύλο, τις ταυτότητες και τους ρόλους των φύλων, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, τον ερωτισμό, την ευχαρίστηση, την οικειότητα και την αναπαραγωγή. Η σεξουαλικότητα βιώνεται και εκφράζεται με σκέψεις, φαντασιώσεις, επιθυμίες, πεποιθήσεις, συμπεριφορές, αξίες, πρακτικές, ρόλους και σχέσεις (Loeber, Reuter, Apter, van der Doef, Lazdane & Pinter, 2010). Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα σχετίζεται με την ανατομία, τη φυσιολογία και τη βιοχημεία των συστημάτων σεξουαλικής αντίδρασης. Περιλαμβάνει τις ηθικές, πνευματικές και κοινωνικές ανησυχίες και την πολιτισμική ποικιλομορφία (Brown, 1997).

Η σεξουαλικότητα, ως έννοια πολυπαραγοντική, περιλαμβάνει περισσότερες εκφάνσεις εκτός της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Περιλαμβάνει την αυτοεικόνα, τα συναισθήματα, τις αξίες, τις στάσεις, τις πεποιθήσεις, τις συμπεριφορές, τις σχέσεις, κ.ά. Οι απόψεις των ανθρώπων για τη σεξουαλικότητα αλλάζουν συνεχώς, ως απόρροια των αλληλεπιδράσεων, των εμπειριών και της τυπικής και άτυπης εκπαίδευσης που βιώνει ένα άτομο (Koller, 2000).

Η εννοιολογική προσέγγιση της σεξουαλικότητας απαιτεί μία σύνθετη κατανόηση και μπορεί να ερμηνεύεται διαφορετικά ανάλογα με το πρίσμα υπό το οποίο ερευνάται. Οι βιολογικές προσεγγίσεις εντάσσουν τη σεξουαλικότητα στη βιοϊατρική και την κατανοούν ως συμπεριφορά, η οποία είναι έκδηλη σωματικά και είναι

μετρήσιμη. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η σεξουαλικότητα αναφέρεται στο σώμα, στα γεννητικά όργανα και στις λειτουργίες που επιτελούν, καθώς και στην αναπαραγωγή (Sielert, 2005).

Οι ψυχολογικές προσεγγίσεις ερμηνεύουν την ανθρώπινη σεξουαλικότητα ως συμπεριφορά και έκφραση συναισθημάτων, που απορρέει από το φύλο και εκδηλώνεται στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην επικοινωνία (Sielert, 2005). Η σεξουαλικότητα δεν περιορίζεται στο βιολογικό φαινόμενο της αναπαραγωγής, αλλά αποτελεί μία διευρυμένη έννοια, η οποία εντάσσεται στην κοινωνική και πολιτισμική συμπεριφορά και αποτελείται από στάσεις, επιθυμίες, συναισθήματα και συγκινήσεις, οι οποίες δημιουργούνται και εκδηλώνονται μέσω των σεξουαλικών σχέσεων. Η σεξουαλικότητα περιγράφεται ως ενιαίο βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο και ως «παρωθητική βασική ενέργεια» (Walter, 1996).

Οι κοινωνικές θεωρίες περιγράφουν τη σεξουαλικότητα ως κοινωνικό φαινόμενο που διαμορφώνεται μέσω των κοινωνικών επιδράσεων. Η σεξουαλική έκφανση αποτελεί μέρος της κοινωνικοποιητικής διαδικασίας του ανθρώπου, η οποία καταλαμβάνει συγκεκριμένο χώρο και επιτελεί κοινωνικό ρόλο. Η προσαρμογή του ατόμου ενισχύεται από κοινωνικά αποδεκτές μορφές έκφρασης της σεξουαλικότητας, ενώ οι αρνητικές κοινωνικές συγκρούσεις αποφεύγονται μέσα από νόρμες και πλέγματα κανόνων για τη σεξουαλικότητα (Walter, 1991).

Οι σεξουαλικές συμπεριφορές δεν κατανοούνται με ιατροβιολογικές αντιλήψεις, καθώς υπόκεινται σε κοινωνικές αξίες και νόρμες εντός σύνθετων πλαισίων κοινωνικής αλληλεπίδρασης και σχέσεων (Sielert, 2005). Η σεξουαλικότητα αποτελεί φαινόμενο κοινωνικών διαδικασιών και αλληλεπιδράσεων που επηρεάζεται από βιολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, όπως: φυλετικούς και οικογενειακούς, εθνικούς, θεσμικούς, πολιτικούς, θρησκευτικούς, κοινωνικούς, από τους συνομηλίκους, την προσωπική εμπειρία και από τα πολιτισμικά πρότυπα (Bernhard, 2002· Esmail, Esmail & Murno, 2002). Η σεξουαλικότητα, ως ιστορική κατασκευή και κοινωνικό προϊόν, αποκτά ιδιαίτερες κοινωνικοπολιτικές σημασίες, καθώς συνδέεται με κοινωνικές αξίες και πολιτική ισχύ/δύναμη (Φουκό, 1978).

Η σεξουαλικότητα συνυπάρχει με το φύλο (gender), με την επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση. Αποτελεί μία κοινωνική πραγματικότητα, η οποία κατασκευάζει έμφυλες ιεραρχικές δομές εντός κοινωνικών ενεργειών και δράσεων

(Λάζος, 1997· Vance, 2006). Η σεξουαλικότητα οργανώνει την κοινωνική και πολιτισμική συμπεριφορά και διαμορφώνει τις κατηγορίες των σεξουαλικών επιθυμιών, συμπεριφορών, συναισθημάτων, ταυτοτήτων και αξιών (Γιαννακόπουλος, 2006· Kahn, 1989· Tepper, 2000). Συνεπώς, η σεξουαλικότητα αποτελείται από ποικίλες μορφές έκφρασης, προτιμήσεις, ιδεολογίες, συμπεριφορές και διαφορετικούς σεξουαλικούς πολιτισμούς (Weeks, 2003).

Η σεξουαλικότητα διαφοροποιείται ανάλογα με τις νοηματοδοτήσεις και τις διαμεσολαβήσεις του εκάστοτε πολιτισμικού πλαισίου (cultural context), καθώς συνδέεται άμεσα με πολιτισμικούς όρους και διαμορφώνεται μέσω αυτών (Weeks, 2003). Τα περιεχόμενα και οι συνδηλώσεις της σεξουαλικότητας ποικίλουν διαπολιτισμικά, αλλά και στο εσωτερικό των επιμέρους κοινωνιών, ενώ οι τρόποι με τους οποίους προσλαμβάνονται και ερμηνεύονται τα σχετικά με τη σεξουαλικότητα χαρακτηριστικά καθώς και οι διαφοροποιήσεις στις οποίες υπόκεινται, διαφέρουν ενδοπολιτισμικά (Μπακαλάκη, 1994).

Στις σύγχρονες κοινωνίες του δυτικού πολιτισμού, εμφανίζεται μία νεωτερική σεξουαλική κουλτούρα, μία μορφή κουλτούρας/πλουραλισμού, η οποία δεν προϋπήρχε και εξελίσσεται σε σεξουαλική ιδεολογία, σε σεξουαλικό πολιτισμό (Attwood, 2006· Μπάουμαν, 2007· Timmermanns, Tuider & Sielert, 2004).

## 4.2. Σεξουαλικότητα και ταυτότητα

Οι σεξουαλικές ταυτότητες (sexual identities) συγκροτούνται και διαμορφώνονται μέσα από το εκάστοτε πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο, συνιστούν κατασκευές οι οποίες είναι ιστορικά προσδιορισμένες, συνυπάρχουν με άλλες όψεις της ταυτότητας, όπως είναι οι φυλετικές, θρησκευτικές, εθνικές, ταξικές, έμφυλες και ατομικές και αποδίδουν σεξουαλική πολυμορφία και διαφοροποίηση, αίσθηση της προσωπικής ενότητας και κοινωνική τοποθέτηση (Weeks, 2006).

Η ταυτότητα δεν είναι έννοια απόλυτη, αλλά πολυδιάστατη, η οποία δεν αναφέρεται σε πάγια και άκαμπτα χαρακτηριστικά γνωρίσματα (κάτι που «είμαστε» ή που «έχουμε»), αλλά συγκροτείται και εκφράζεται μέσω της αλληλεπίδρασης με

άλλους ανθρώπους (Μπακαλάκη, 1994). Η σεξουαλική ταυτότητα είναι μία συνεχής διαδικασία αυτογνωσίας η οποία πραγματοποιείται μέσω των σεξουαλικών εμπειριών και παρέχει τη δυνατότητα αυτοαντίληψης και αυτεπίγνωσης, καθώς και τη σεξουαλική επιλογή, την εκλογή και την αυτενέργεια (Fiedler, 2004· Sielert, 2005).

Η σεξουαλική ταυτότητα κατηγοριοποιείται σε ετεροφυλόφιλη, ομοφυλόφιλη και αμφιφυλόφιλη. Εναλλακτικά, κατηγοριοποιείται σε κυρίαρχη, υπολειπόμενη και περιθωριακή ταυτότητα (Weeks, 2003). Η ετεροφυλόφιλη ταυτότητα είναι κανονιστική τόσο από στατιστικής, όσο και από πολιτισμικής άποψης, με συνέπεια η κανονιστικότητα (normativity) να εκλαμβάνεται ως «μη κατασκευασμένη» και «φυσική» (Bhattacharyya, 2008). Οι σεξουαλικές ταυτότητες διασπώνται σε πολλαπλές και ρευστές όψεις υποκειμένων, τα οποία δημιουργούνται μέσω της επιτέλεσης έμφυλων πρακτικών (Γιαννακόπουλος, 2006). Η ύπαρξη πολλαπλών όψεων της σεξουαλικής ταυτότητας αμφισβητεί την κυριαρχία της «επιβεβλημένης ετεροφυλοφιλίας» (obligatory heterosexuality) ή της «ηγεμονικής ετεροφυλοφιλίας» (hegemonic heterosexuality) ως κανονιστικό πρότυπο στο σύγχρονο δυτικό πολιτισμικό πλαίσιο και οι ταυτότητες εκλαμβάνονται ως ισότιμες σεξουαλικές ταυτότητες εντός του κοινωνικού πλαισίου αλληλεπίδρασης (Weeks, 2006).

Η σεξουαλικότητα περιέχει ανισότητες, πολιτικούς χειρισμούς, σεξουαλική καταπίεση και κοινωνικές αντιπαραθέσεις. Η έννοια «σεξουαλικές πολιτικές» (sexual politics) αναφέρεται στην πολιτική διεκδίκηση της άρσης των σεξουαλικών διαφορών και διαχωρισμών, στην θέσπιση ισότιμων σεξουαλικών σχέσεων και στην κοινωνική δικαιοσύνη (Rubin, 2006· Wilkerson, 2002).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε πολλά άλλα κράτη, τα πολιτικά δικαιώματα για άτομα με διαφορετικό σεξουαλικό προσανατολισμό (σεξουαλικές μειονότητες) έχουν γίνει ένα σημαντικό πολιτικό ζήτημα που επηρεάζει τις επικρατούσες σεξουαλικές συμπεριφορές (Avery, Tonidandel & Phillips, 2008). Επιπλέον, η χρήση του διαδικτύου έχει επεκταθεί σημαντικά, προσφέροντας στους ανθρώπους πρόσβαση σε μεγάλη ποικιλία σεξουαλικού υλικού (Cooper, Boies, Maheu & Greenfield, 2000). Οι αλλαγές στη σεξουαλική κουλτούρα τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχουν επηρεάσει τις τρέχουσες σεξουαλικές πρακτικές και συμπεριφορές (Petersen & Hyde, 2011), καθώς και το ενδιαφέρον για την έρευνα στον τομέα της σεξουαλικότητας, το οποίο περιλαμβάνει και τον τομέα της έρευνας για την ΔΑΦ (George & Stokes, 2018a).

Μερικές μελέτες έχουν υποδείξει υπερεκπροσώπηση της σεξουαλικής μειονότητας ή του ασαφούς σεξουαλικού προσανατολισμού μεταξύ ατόμων με ΔΑΦ (Bejerot & Eriksson, 2014· Dewinter, Vermeiren, Vanwesenbeeck, Lobbestael & Van Nieuwenhuizen, 2015· Gilmour, Schalomon & Smith, 2012· Hellemans, Colson, Verbraeken, Vermeiren & Deboutte, 2007). Οι μελέτες αυτές, ωστόσο, περιορίζονται από μικρά ή μη αντιπροσωπευτικά δείγματα συμμετεχόντων και τα ευρήματα τους μπορεί να μην είναι γενικεύσιμα σε όλα τα άτομα με ΔΑΦ (Bejerot & Eriksson, 2014· Dewinter και συν., 2015· Gilmour και συν., 2012· Hellemans και συν., 2007). Δεν υπάρχουν μελέτες με βάση τον πληθυσμό οι οποίες ερευνούν τη συσχέτιση μεταξύ αυτιστικών χαρακτηριστικών και σεξουαλικού προσανατολισμού (Rudolph, Lundin, Ahs, Dalman & Kosidou, 2018).

Οι έρευνες υποδεικνύουν ότι τα άτομα με ΔΑΦ παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά μη ετεροσεξουαλικότητας από τους ομολόγους τους (George & Stokes, 2018b· Gilmour και συν., 2012· Hellemans και συν., 2007, 2010). Επιπρόσθετα, οι εμπειρικές αναφορές υποδεικνύουν μια συσχέτιση μεταξύ ΔΑΦ και δυσφορικών χαρακτηριστικών φύλου (DeVries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer- Onnes & Doreleijers, 2010· George & Stokes, 2016· Jones και συν., 2012· Pasterski, Gilligan & Curtis, 2014).

Στην έρευνα που πραγματοποιήσαν οι George και Stokes (2018) διαπίστωσαν ότι τα άτομα με ΔΑΦ είναι πιο πιθανό να αναφέρουν τον αμφιφυλόφιλο προσανατολισμό τους, αν και σε μέτριο επίπεδο. Ακόμα, είναι πιο πιθανό να αισθάνονται ότι ο σεξουαλικός προσανατολισμός τους δεν μπορεί να περιγραφεί ως ετεροφυλικός, ομοφυλοφιλικός ή αμφιφυλοφιλικός, σε σύγκριση με άτομα χωρίς αυτιστικά χαρακτηριστικά. Επίσης, τα αποτελέσματα της έρευνας τους έδειξαν ότι τα σεξουαλικά χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές των ατόμων με ΔΑΦ είναι τόσο διαφορετικά, όσο και το ίδιο το φάσμα. Αυτό που έγινε ξεκάθαρο ήταν ότι τα άτομα με ΔΑΦ είναι σεξουαλικά όντα και ότι παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά μη ετεροσεξουαλικότητας από τους νευροτυπικούς ομολόγους τους. Αυτά τα ευρήματα αντικρούουν τους αντίθετους μύθους που κατατάσσουν τα άτομα με ΔΑΦ ως ασεξουαλικά (Koller, 2000· Shakespeare, 1996). Ενώ η ασεξουαλικότητα είναι σίγουρα μια υπαρκτή συνιστώσα του σεξουαλικού φάσματος των ατόμων με ΔΑΦ, δεν αποτελεί όμως την κυρίαρχη ταυτότητα (George & Stokes, 2018b).

Ταυτόχρονα, οι μειονοτικές ομάδες, όπως τα μη ετεροφυλόφιλα άτομα (Sandfort, de Graaf, Bijl & Schnabel, 2001) και τα άτομα με δυσφορία φύλου (Hepp Kraemer, Schnyder, Miller & Delsignore, 2005· Toomey, Ryan, Diaz, Card & Russell, 2010), υποφέρουν συχνότερα από καταθλιπτικές και αγχωτικές διαταραχές (Haas Rodgers & Herman, 2014), σε σύγκριση με ετεροφυλόφιλα άτομα και άτομα χωρίς δυσφορία φύλου (Davey, Bouman, Arcelus & Meyer, 2014· Powdthavee & Wooden, 2015).

### 4.2.1. Δυσφορία Φύλου

Η δυσφορία φύλου (Gender dysphoria) είναι μια κλινική κατάσταση όπου τα άτομα βιώνουν μια επίμονη δυσαρέσκεια για την ασυμφωνία μεταξύ του φύλου που νοιώθουν ότι είναι (αυτό που βιώνουν) και του προσδιορισμένου φύλου που τους δόθηκε κατά τη γέννηση τους, που οδηγεί σε σημαντικό άγχος, προκλήσεις και δυσκολίες στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργία και επιθυμία για μια αντίθετου φύλου ζωή (American Psychiatric Association, 2013).

Η συνύπαρξη της δυσφορίας του φύλου και της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος αποκτάει όλο και πιο μεγάλο κλινικό και ερευνητικό ενδιαφέρον (van der Miesen, Hurley, Bal & de Vries, 2018· van der Miesen, Hurley & de Vries, 2016). Όπως αναφέρεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), το βασικό κριτήριο της δυσφορίας του φύλου είναι μια έντονη ασυμφωνία μεταξύ του εμπειρικού και του εκχωρημένου φύλου κατά τη γέννηση. Διάφορες μελέτες περίπτωσης αναφέρουν την ταυτόχρονη εμφάνιση της δυσφορίας φύλου και της ΔΑΦ (Jacobs, Rachlin, Erickson-Schroth & Janssen, 2014· Lemaire, Thomazeau & Bonnet-Brilhault, 2014· Mukaddes, 2002· Parkinson, 2014).

## 4.3. Σεξουαλικότητα και υγεία

Η σεξουαλική υγεία (sexual health) αποτελεί μία σύνθετη, πολυδιάστατη κατασκευή, η οποία συναρτάται με το ιστορικό και κοινωνικό-πολιτισμικό πλαίσιο και δεν ερμηνεύεται από ιατροβιολογικές κατηγοριοποιήσεις υγείας (Lewis, 2004). Η έννοια αυτή ορίζεται και εξετάζεται ως «ανθρώπινο δικαίωμα στην υγεία» (health and human rights), καθώς δεν υφίσταται αποκομμένη από τα ανθρώπινα δικαιώματα (human rights) (Miller, 2001). Τα «ανθρώπινα δικαιώματα στη σεξουαλική υγεία» εναρμονίζονται με την πολιτική διεκδίκηση των «ανθρώπινων δικαιωμάτων». Όλα τα είδη δικαιωμάτων συνδέονται και αλληλοεξαρτώνται και τα θέματά τους επηρεάζουν ατομικά και συλλογικά τα δικαιώματα των ανθρώπων (Miller, 2001).

Η εννοιολογική οριοθέτηση του «ανθρώπινου δικαιώματος στη σεξουαλική υγεία» περιλαμβάνει τις κοινωνικές ανισότητες που περιθωριοποιούν πληθυσμούς με βάση τα ειδικά χαρακτηριστικά τους, όπως: το φύλο, η φυλή, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, η κατάσταση HIV, η αναπηρία και περιλαμβάνει όλες τις μορφές στιγματισμού και διακρίσεων που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα (Kalmuss, 2004).

### 4.3.1. Στάδια Σεξουαλικής ανάπτυξης

Από τη βρεφική ηλικία έως την ενηλικίωση, η φυσιολογική ανάπτυξη του ατόμου διανύει μια σειρά από αναπτυξιακά στάδια. Το ίδιο συμβαίνει και με τη σεξουαλική ανάπτυξη, τα στάδια της οποίας χωρίζονται σε 3 κατηγορίες κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.1: α) Βρεφική ηλικία (0- 1 έτος)· β) Πρώιμη παιδική ηλικία (2 έως 5 έτη)· γ) Μέσα έως τέλη της παιδικής ηλικίας (6 μέχρι 12 ετών) (Realmuto & Ruble, 1999) και δ) Εφηβεία μέχρι ενηλικίωση (12 μέχρι 18 ετών) (Christie & Viner, 2005).

Πίνακας 4.1

*Στάδια Σεξουαλικής ανάπτυξης στην παιδική ηλικία (Realmuto & Ruble, 1999)*

| **Φυσιολογική Σεξουαλική Ανάπτυξη** | |
|---|---|
| **Ηλικία** | **Συμπεριφορά** |
| **Βρεφική Ηλικία (0- 1 έτος)** | • Ανακάλυψη των ερωτογενών περιοχών.<br>• Τρίψιμο των γεννητικών οργάνων με σκοπό την ευχαρίστηση: αυτό-διέγερση.<br>• Σωματική επαφή με τους γονείς ή τους φροντιστές, όταν τους κρατάνε, με την αγκαλιά, με το θηλασμό, στο ντύσιμο, στο παιχνίδι.<br>• Προσαρμογή της αυτό-διέγερσης για να συμμορφώνονται με τις εξωτερικές αντιδράσεις των άλλων.<br>• Ανταπόκριση με άλλους αγγίζοντας, φιλώντας και αγκαλιάζοντας. |
| **Πρώιμη παιδική ηλικία (2 έως 5 έτη)** | • Ενδιαφέρον για το σώμα και τη λειτουργία του.<br>• Αυξημένη περιέργεια για τις διαφορές μεταξύ αγοριών / κοριτσιών, ανδρών / γυναικών.<br>• Σήμανση / ονοματοδοσία των μερών του σώματος, των αισθησιακών συναισθημάτων και των λειτουργιών του σώματος.<br>• Έντονο ενδιαφέρον για την σωματική αίσθηση, συμπεριλαμβανομένων των γεννητικών οργάνων: αυτό-διέγερση.<br>• Επιδειξιμανία του σώματος.<br>• Ερωτήσεις σχετικά με το πώς τα μωρά γίνονται και γεννιούνται. |

| | |
|---|---|
| | • Ανέκδοτα για το σεξ, τα γεννητικά όργανα και τη σωματική λειτουργία.<br>• Γοητεία για τις «άσεμνες» λέξεις.<br>• Μίμηση της γονικής συμπεριφοράς που εκφράζει την αγάπη.<br>• Συνέχιση της ανταπόκρισης με άλλους με αγκαλιές, φιλιά και χάδια.<br>• Πιθανή ζήλια της οικειότητας που έχουν οι γονείς μεταξύ τους.<br>• Απαρχές εξερεύνησης της σεξουαλικότητας από συνομηλίκους, συμπεριλαμβανομένης της εξέτασης των γεννητικών οργάνων.<br>• Ευκαιρία για επικοινωνία γονέα-παιδιού, για την ανάπτυξη της σεξουαλικότητας. |
| **Μέσα έως τέλη της παιδικής ηλικίας (6 μέχρι 12 ετών)** | • Συνεχίζεται η αυτό-διέγερση, ιδιωτικά.<br>• Συνεχίζεται το σεξουαλικό παιχνίδι και η εξερεύνηση μεταξύ του ίδιου και του αντίθετου φύλου με συνομήλικους ή συμμαθητές (μυστικά και κρυφά από τους ενήλικες).<br>• Συζήτηση με συνομήλικους σχετικά με τη σεξουαλική συμπεριφορά.<br>• Έντονο ενδιαφέρον για τα παιδιά του αντίθετου φύλου, «σύναψη» σχέσης (boyfriend-girlfriend).<br>• Αυξημένη ανάγκη για ιδιωτική ζωή-ιδιωτικότητα.<br>• Ευκαιρία για επικοινωνία γονέα-παιδιού, για τη σεξουαλικότητα.<br>• Έναρξη της εφηβείας (τέλος της παιδικής ηλικίας). |

| | |
|---|---|
| | • Μετάβαση στην εφηβική ανάπτυξη της σεξουαλικότητας. |
| **Εφηβεία έως ενηλικίωση (12 μέχρι 18 ετών)** | • Σωματικές αλλαγές (μυοσκελετικό σύστημα, ύψος, βάρος, αλλαγή φωνής, αύξηση στήθους, γεννητικά όργανα)<br>• Τριχοφυΐα σε μασχάλες, πόδια, πρόσωπο και ηβική περιοχή<br>• Ακμή<br>• Μυρωδιά σώματος<br>• Συναισθηματικές αλλαγές (θυμός, άγχος, αίσθημα ντροπής, νευρικότητα)<br>• Διεκδίκηση αυτονομίας και ιδιωτικότητας<br>• Στύση, Εκσπερμάτωση, Ονείρωξη<br>• Έμμηνος ρύση<br>• Ενασχόληση με σεξουαλικά θέματα<br>• Αυτοϊκανοποίηση- πρώτη σεξουαλική επαφή |

## 4.4. Σεξουαλικότητα και Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος

Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα, συμπεριλαμβανομένων των εκδηλώσεων, των στάσεων και των αναγκών της, είναι ένα σύνολο εμπειριών που αποκτήθηκαν από την προσωπική δραστηριότητα και την κοινωνική επιρροή. Η κοινωνικοποίηση της σεξουαλικής ανάγκης και η υποταγή της σε ορισμένες αρχές και αξίες (ηθικές, νομικές) επηρεάζονται από τους γονείς και άλλους σημαντικούς ανθρώπους. Οποιαδήποτε αμέλεια και παρατυπία από την πλευρά τους μπορεί να οδηγήσει ένα άτομο σε δυσκολία στην κατανόηση της σεξουαλικότητάς του, να προωθήσει αρνητικές αντιλήψεις ή να οδηγήσει στην ανάπτυξη ανεπιθύμητων συμπεριφορών (Parchomiuk, 2018).

Καθώς τα άτομα ωριμάζουν, οι συνομήλικοι γίνονται ολοένα και πιο σημαντικοί στη διαδικασία της κοινωνικοποίησης. Αποτελούν, όχι μόνο πηγή γνώσης, αλλά και πηγή εμπειριών που ενισχύουν την ταυτότητα ενός ατόμου, ενισχύουν το σεξουαλικό προσανατολισμό, τις σεξουαλικές προτιμήσεις και συμπεριφορές. Οι σχέσεις με τους συνομηλίκους διαμορφώνουν τις ψυχοκοινωνικές ικανότητες που απαιτούνται για την ανάληψη των κοινωνικών ρόλων (ενός συντρόφου, ενός αρραβωνιαστικού και ενός συζύγου) και συνομήλικοι βοηθούν στην καθιέρωση στενών σχέσεων. Τα διαγνωστικά κριτήρια για την ΔΑΦ δείχνουν ότι τα άτομα με αυτή την αναπτυξιακή διαταραχή ενδέχεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις κοινωνικές σχέσεις, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την απόκτηση εμπειριών και τις ευκαιρίες μάθησης (Parchomiuk, 2018). Οι κοινωνικοί κανόνες διέπουν τις περισσότερες πτυχές της ζωής ενός ατόμου, με τη σεξουαλικότητα να είναι ένας τομέας στον οποίο οι κανόνες αυτοί μπορεί να είναι αρκετά αυστηροί (Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994). Η αυτοπεποίθηση, η κοινωνική αλληλεπίδραση, η σωματική επαφή και η φαντασία μπορεί να δυσκολεύουν τα άτομα με ΔΑΦ και το γεγονός αυτό μπορεί να έχει βαθιά επίδραση στη σεξουαλική τους ανάπτυξη (Attwood, 1998· Hénault, 2006).

Μέχρι τη δεκαετία του 1970, οι δημόσιες επιδείξεις σεξουαλικής συμπεριφοράς επέφεραν την ιδρυματοποίηση των ατόμων με ΔΑΦ και η θεραπεία των συμπεριφορών αυτών διαχειρίζονταν από τα ιδρύματα, όπου η διαφοροποίηση της ανάρμοστης σεξουαλικής συμπεριφοράς από την αποκλίνουσα σεξουαλική συμπεριφορά ήταν αμφισβητήσιμη (Griffiths, Quinsey & Hingsburger, 1989). Στις διαφορετικές επιλογές θεραπείας έχουν συμπεριληφθεί θεραπείες αποστροφής όπως η ηλεκτροπληξία, ο κορεσμός και η συγκεκαλυμμένη ευαισθητοποίηση. Από τη δεκαετία του 1970 και μετά, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις συμπεριέλαβαν την καταστολή της ανάρμοστης συμπεριφοράς μέσω της εκπαίδευσης και της ενίσχυσης των εναλλακτικών συμπεριφορών. Περαιτέρω επιτυχία στη θεραπεία της προβληματικής συμπεριφοράς μπορεί να προκύψει αν οι θεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν την ανάπτυξη κοινωνικό-σεξουαλικών δεξιοτήτων καθώς και στρατηγικές αντιμετώπισης της (Realmuto & Ruble, 1999).

Μια άλλη θεραπευτική επιλογή αποτέλεσαν οι ορμονικές θεραπείες (π.χ. Blumer & Migeon, 1975· Money, 1968· Rich & Ovsiew, 1994). Στην έρευνα που πραγματοποίησαν οι Realmuto και Ruble (1999), εφάρμοσαν ένα φάρμακο

καταστολής της τεστοστερόνης και παρατηρήθηκε μείωση στη σεξουαλική συμπεριφορά του συμμετέχοντα. Σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις, μετά την αποτυχία των συμπεριφοριστικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων που εφάρμοσαν οι ερευνητές, το leuprolide, ένα ενέσιμο ανδρογόνο, οδήγησε στην καταστολή των ακατάλληλων σεξουαλικών συμπεριφορών και έκανε εφικτή την επιστροφή του συμμετέχοντα στην κοινότητα. Ωστόσο, η ορμονική θεραπεία θεωρείται αμφιλεγόμενη εξαιτίας των πιθανών παρενεργειών, της αντίληψης της καταστολής και όχι της εκπαίδευσης της σεξουαλικής έκφρασης και των περιορισμών της αποτελεσματικότητας της (Realmuto & Ruble, 1999).

Η σεξουαλική ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦ παραμένει ένα παραμελημένο επιστημονικό πεδίο. Τα άτομα με ΔΑΦ έχουν σεξουαλικότητα, έχουν σεξουαλικές ανάγκες και συναισθήματα και εκφράζουν την σεξουαλική τους συμπεριφορά με διάφορες εκφάνσεις συμπεριφοράς (Haracopos & Pedersen, 1992· van Bourgondien, Reichle & Palmer, 1997). Όπως και στα άτομα τυπικής ανάπτυξης, έτσι και για άτομα με ΔΑΦ η σεξουαλικότητα μπορεί να είναι ευχάριστη ή να προκαλεί προβλήματα και άγχος. Τα άτομα υψηλής λειτουργικότητας με ΔΑΦ συχνά εκφράζουν προβληματισμούς και εκδηλώνουν άγχος σχετικά με την σεξουαλικότητα τους και την επικοινωνία με άλλα άτομα. Το αίσθημα του ανήκειν είναι ζωτικής σημασίας, ιδίως κατά τη διάρκεια της μεταβατικής περιόδου από την παιδική ηλικία στην εφηβεία διότι αυτή η περίοδος μπορεί να σηματοδοτήσει τη συνειδητοποίηση των διαφορών μεταξύ των ατόμων με και χωρίς ΔΑΦ (Moreno, 1992). Η διαπίστωση αυτή μπορεί να οδηγήσει το άτομο με ΔΑΦ σε κατάθλιψη και μοναξιά.

Υπάρχει ένα μεγάλο κενό στη γνώση σχετικά με την συχνότητα της σεξουαλικής συμπεριφοράς η οποία εκδηλώνεται ατομικά (π.χ. αυτοϊκανοποίηση) ή μεταξύ συντρόφων, καθώς και ποια είναι η ηλικία έναρξης της σε εφήβους με ΔΑΦ. Παρόλο που δεν υπάρχουν στοιχεία ότι η σωματική ωρίμανση των εφήβων με ΔΑΦ διαφέρει από εκείνη των τυπικά αναπτυσσόμενων συνομηλίκων τους (Gabriels & Van Bourgondien, 2007), τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά της ΔΑΦ επηρεάζουν τη σεξουαλική ανάπτυξη και τη λειτουργία με διάφορους τρόπους.

Αρχικά, τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά και η ικανότητα επεξεργασίας πληροφοριών στην ΔΑΦ, όπως τα ειδικά αισθητηριακά ενδιαφέροντα (π.χ. ιδιαίτερο ενδιαφέρον για συγκεκριμένα μέρη του σώματος όπως τα μαλλιά), η υπερευαισθησία (π.χ. υπερευαισθησία στο άγγιγμα), οι εμμονές και ο καταναγκασμός (π.χ.

συγκεκριμένες τελετουργίες) μπορούν να επηρεάσουν άμεσα τη σεξουαλική εμπειρία και τη συμπεριφορά των ατόμων με ΔΑΦ. Δεύτερον, οι ποιοτικές δυσλειτουργίες στον κοινωνικό και επικοινωνιακό τομέα είναι επίσης πιθανό να έχουν αντίκτυπο στη σεξουαλική ανάπτυξη των εφήβων με ΔΑΦ. Αυτά τα χαρακτηριστικά εμποδίζουν συχνά την ανάπτυξη φιλικών και ρομαντικών σχέσεων, μειώνουν τις ευκαιρίες για μάθηση σχετικά με τη σεξουαλικότητα από τους συνομηλίκους τους και επηρεάζουν την κρίση στην εκδήλωση σεξουαλικών συμπεριφορών με έναν κοινωνικά αποδεκτό τρόπο ή την ερμηνεία των σεξουαλικών προθέσεων των άλλων (Dewinter και συν., 2015). Οι επικοινωνιακές δυσλειτουργίες ενδέχεται να οδηγήσουν σε κυριολεκτικές ή λανθασμένες ερμηνείες των πληροφοριών που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα. Ακόμα, οι πληροφορίες, που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα και τους σεξουαλικούς κώδικες, ενδέχεται να μην είναι σαφείς για τα άτομα με ΔΑΦ (Gabriels & Van Bourgondien, 2007).

Εκτός από το ρόλο των ειδικών χαρακτηριστικών της ΔΑΦ, τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού περιβάλλοντος των ατόμων με ΔΑΦ, μπορούν επίσης να επηρεάσουν τη σεξουαλική τους ανάπτυξη (Smith, Guthrie & Oakley, 2005). Η επικοινωνία που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα και πραγματοποιείται από τους γονείς, τους δασκάλους ή τους φροντιστές, είναι πολύ πιθανό να αλλάζει ανάλογα με τις απόψεις που έχουν σχετικά με τη σεξουαλικότητα (π.χ. θρησκεία, ηθική), την ικανότητα που έχουν στην επικοινωνία αυτών των θεμάτων ή τις ανησυχίες που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα των παιδιών τους. Οι κοινωνικές απόψεις για τη σεξουαλικότητα και την ΔΑΦ επηρεάζουν επίσης την εκπαίδευση και τη γονική μέριμνα. Σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των τελευταίων δεκαετιών εντοπίζονται διαφορετικές απόψεις για την σεξουαλικότητα και την αντιμετώπιση της στα άτομα με ΔΑΦ, που ποικίλλουν: από την άρνηση της σεξουαλικότητας μέχρι την αποδοχή της (Dewinter και συν., 2015).

Όπως συμβαίνει στα άτομα τυπικής ανάπτυξης, έτσι και τα άτομα με ΔΑΦ, επιδιώκουν τις σεξουαλικές εμπειρίες και τις ρομαντικές σχέσεις, όμως, η επίτευξη και διατήρηση των ρομαντικών και σεξουαλικών σχέσεων επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τα ελλείμματα στις κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες και τις δυσκολίες στην κατανόηση των μη λεκτικών ή των λεπτών σωματικών κινήσεων και της ενσυναίσθησης (π.χ. συναισθήματα, επιθυμίες) (Howlin, Mawhood & Rutter, 2000). Επιπλέον, πολλά άτομα με ΔΑΦ δε λαμβάνουν σεξουαλική διαπαιδαγώγηση η οποία

να περιλαμβάνει τις συμπεριφορικές τους ιδιαιτερότητες και είναι λιγότερο πιθανό να πάρουν πληροφορίες για τη σεξουαλικότητα από κοινωνικές πηγές (Brown-Lavoie, Viecili & Weiss, 2014· Stokes & Kaur, 2005· Stokes και συν., 2007).

Ακόμα, τα περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα μοτίβα, τα οποία μπορεί να μην είναι σεξουαλικά προσανατολισμένα στην παιδική ηλικία, μπορούν να μεταμορφωθούν και να οδηγήσουν σε σεξουαλικοποιημένες ή σεξουαλικές συμπεριφορές στην ενηλικίωση. Επιπλέον, στο πλαίσιο των σεξουαλικών εμπειριών, οι αισθητηριακές ευαισθησίες που βιώνουν τα άτομα με ΔΑΦ μπορεί να οδηγήσουν σε υπερβολικές αντιδράσεις ή αντίθετα, σε παθητικές ή ανεπαρκείς αντιδράσεις στα σεξουαλικά ερεθίσματα (Aston, 2012). Σε άτομα με υπερευαισθησία, οι σωματικές κινήσεις (π.χ. τρυφερό άγγιγμα) μπορεί να ληφθούν ως δυσάρεστες. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα με αισθητηριακές δυσλειτουργίες μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολία στη διέγερση και στην επίτευξη οργασμού (Hénault, 2006).

Συμπερασματικά, τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΑΦ σε συνδυασμό με τις περιορισμένες σεξουαλικές γνώσεις και η μειωμένη δυνατότητα για ρομαντικές και σεξουαλικές εμπειρίες μπορεί να προδιαθέσουν ορισμένα άτομα με ΔΑΦ να αναπτύξουν προκλητικές ή προβληματικές σεξουαλικές συμπεριφορές, όπως υπερσεξουαλικές και παραφιλικές συμπεριφορές ή ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά (προσβολή) (Brown-Lavoie και συν., 2014· Stokes και συν., 2007).

### 4.4.1. Σεξουαλική συμπεριφορά των ατόμων με ΔΑΦ: Σύγχρονες έρευνες

Η ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας καθώς και οι έρευνες στην σεξουαλική συμπεριφορά των ατόμων με ΔΑΦ δείχνουν ότι τα άτομα με ΔΑΦ είναι ενεργά σεξουαλικά όντα. Έχουν σεξουαλικές ορμές και μεγάλο εύρος σεξουαλικών συμπεριφορών και προτιμήσεων (π.χ. Haracopos & Pedersen, 1992· Hellemans και συν., 2007, 2010· Hénault & Attwood, 2002· Konstantareas & Lunsky, 1997· Ousley & Mesibov, 1991· Stokes & Kaur, 2005· van Bourgondien και συν., 1997· Van Son-Schoones & Van Bilsen, 1995). Οι έρευνες επισημαίνουν ότι τα άτομα με ΔΑΦ δείχνουν την σεξουαλικότητα τους με διάφορες εκφάνσεις συμπεριφοράς. Οι σεξουαλικές ανάγκες εκδηλώνονται συχνότερα με την μορφή του αυνανισμού που

μερικές φορές συμβαίνει με την παρουσία άλλων ατόμων. Η σεξουαλική συμπεριφορά με άλλο άτομο εκδηλώνεται λιγότερο και περιορίζεται στο άγγιγμα, στο φιλί και στο κράτημα των χεριών. Η ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή είναι σπάνια (π.χ. Byers Nichols & Voyer, 2013· Byers, Nichols, Voyer & Reilly, 2013· Dewinter και συν., 2015· Dewinter, Vermeiren, Vanwesenbeeck & Van Nieuwenhuizen, 2016· Haracopos & Pedersen, 1992, 2004· Hénault, 2006· Konstantareas & Lunsky, 1997).

Η βιβλιογραφία έδειξε ότι τα άτομα με ΔΑΦ, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, δείχνουν ενδιαφέρον και έχουν σεξουαλικές εμπειρίες και ρομαντικές σχέσεις, αλλά συναντούν δυσκολίες λόγω των κοινωνικών και επικοινωνιακών δυσλειτουργιών (Mehzabin & Stokes, 2011). Ενώ ορισμένα άτομα με ΔΑΦ έχουν ουσιαστικές σχέσεις και ζουν μια ικανοποιητική ζωή, η ποιότητα ζωής για πολλά άτομα με ΔΑΦ δεν είναι ικανοποιητική σε σχέση με τα τυπικής ανάπτυξης άτομα (Billstedt, Gillberg & Gillberg, 2011· van Heijst & Geurts, 2014). Οι έρευνες των Ruble και Dalrymple (1993) και van Son-Schoones και van Bilsen (1995) δείχνουν ότι ένα από τα σημαντικότερα θέματα στα οποία οι γονείς των εφήβων με ΔΑΦ ζητούν βοήθεια είναι θέματα που αφορούν την σεξουαλικότητα και τη διαχείριση της.

Σε προηγούμενες έρευνες[1] δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς τα σεξουαλικά ενδιαφέροντα και οι σεξουαλικές συμπεριφορές που παρουσιάζονται σε αυτόν τον πληθυσμό. Ακόμα πιο λίγες είναι οι έρευνες που έχουν διερευνήσει τη σεξουαλικότητα σε άτομα με ΔΑΦ σε σύγκριση με τα άτομα τυπικής ανάπτυξης. Η έρευνα σχετικά με τη σεξουαλικότητα στους εφήβους με ΔΑΦ εστιάστηκε κυρίως στις σεξουαλικές συμπεριφορές. Ωστόσο, άλλες πτυχές της σεξουαλικότητας, όπως η σεξουαλική επιθυμία, η λειτουργία, η διέγερση και η εμπειρία, αποτελούν επίσης μέρος της πρώιμης εφηβικής λειτουργίας και η διερεύνηση αυτών των πτυχών της σεξουαλικότητας δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς και οι έρευνες με αυτά τα αντικείμενα παραμένουν σπάνιες (Diamond & Savin-Williams, 2009· Fortenberry, 2013).

Συνοψίζοντας τα ευρήματα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των τελευταίων δεκαετιών, η πλειοψηφία των ατόμων με ΔΑΦ και με μέση νοημοσύνη ή ανώτερη, είναι σεξουαλικά ενεργά και έχουν σεξουαλικό ενδιαφέρον. Στην πλειοψηφία των ατόμων με ΔΑΦ, η εκδήλωση της σεξουαλικής συμπεριφοράς είναι κυρίως σε ατομικό επίπεδο με τη μορφή της αυτοϊκανοποίησης (Byers και συν., 2013· Haracopos

[1] Πιο αναλυτικά στο: 6.1. Περιορισμοί σε σχετικές Έρευνες- Ερευνητικό κενό.

& Pedersen, 1992· Hellemans και συν., 2007· Ousley & Mesibov, 1991· Pecora, Mesibov & Stokes, 2016). Λίγα άτομα με ΔΑΦ έχουν ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή (Byers και συν., 2013· Hellemans και συν., 2007· Hénault & Attwood, 2006). Οι άντρες με ΔΑΦ βρέθηκαν να συμμετέχουν περισσότερο σε ατομικές σεξουαλικές δραστηριότητες καθώς και να έχουν μεγαλύτερη επιθυμία για σεξουαλικές και ρομαντικές σχέσεις (Hénault, 2006). Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι οι γυναίκες με ΔΑΦ, παρά το γεγονός ότι έχουν χαμηλότερη σεξουαλική επιθυμία, συνάπτουν συχνότερα συντροφικές σχέσεις (Byers, Nichols, Voyer και συν., 2013).

Οι λίγες κλινικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί δείχνουν ότι οι γυναίκες με ΔΑΦ παρουσιάζουν λιγότερα έντονα κοινωνικά και επικοινωνιακά ελλείμματα και έχουν ειδικά ενδιαφέροντα που είναι πιο συναφή με τα ενδιαφέροντα των συνομήλικων τους (Lai και συν., 2011· Head, McGillivray & Stokes, 2014· Mandy και συν., 2012· Van Wijngaarden-Cremers και συν., 2014). Επιπλέον, οι γυναίκες με ΔΑΦ φαίνεται να εφαρμόζουν στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η μίμηση των κοινωνικών δεξιοτήτων, παρατηρώντας τους συνομήλικους τυπικής ανάπτυξης και ως εκ τούτου είναι πιο διακριτικές στις κοινωνικές τους συνδιαλλαγές (Head και συν., 2014). Όσον αφορά τα ζητήματα που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα, οι γυναίκες με ΔΑΦ φαίνεται να έχουν φτωχότερα επίπεδα γενικής σεξουαλικής λειτουργίας, αισθάνονται λιγότερο καλά στις σεξουαλικές σχέσεις από ότι οι άντρες με ΔΑΦ και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να γίνουν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης ή εκμετάλλευσης (Pecora και συν., 2016).

Τα ευρήματα που σχετίζονται με τον σεξουαλικό προσανατολισμό υποδεικνύουν υψηλότερη επικράτηση των ομοφυλόφιλων ή αμφιφυλόφιλων συναισθημάτων σε άτομα με ΔΑΦ, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (π.χ. Byers και συν., 2013· Gilmour και συν., 2012· Hellemans και συν., 2007). Ωστόσο, άλλες έρευνες αναφέρουν ότι το ποσοστό της ομοφυλοφιλίας και της αμφιφυλοφιλίας σε νέους με ΔΑΦ βρέθηκε να είναι εντός των φυσιολογικών ορίων, όπως σε αρσενικούς έφηβους και νεαρούς ενήλικες τυπικής ανάπτυξης (π.χ. Hellemans και συν., 2010). Μόνο μια μικρή ομάδα ενηλίκων με ΔΑΦ ανέφερε αισθήματα ασεξουαλικότητας (Gilmour και συν., 2012).

Αρκετές έρευνες και μελέτες περιπτώσεων περιγράφουν σεξουαλικά προβλήματα (π.χ. επιθετικές συμπεριφορές) και ειδικές σεξουαλικές συμπεριφορές (π.χ. παραφιλίες) σε άτομα με ΔΑΦ (Baron-Cohen, 1988· Bleil Walters και συν., 2013·

Chan & Saluja, 2011· Cooper, Mohamed & Collacott, 1993· Griffin-Shelley, 2010· Hellemans και συν., 2007· Kohn, Fahum, Ratzoni & Apter, 1998· Milton, Duggan, Latham, Egan & Tantam, 2002· Murrie, Warren, Kristiansson & Dietz, 2002· Ray, Marks & Bray-Garretson, 2004· Silva Ferrari & Leong, 2002). Οι έρευνες αυτές ακόμα δείχνουν ότι η σεξουαλικότητα μπορεί να είναι πηγή άγχους και προβλημάτων για τα άτομα με ΔΑΦ, συμπεριλαμβάνοντας τις αποκλίνουσες πρακτικές αυνανισμού και αυτοϊκανοποίησης που μερικές φορές περιλαμβάνουν αυτό-ακρωτηριασμούς ή τη χρήση ασυνήθιστων αντικειμένων, τον υπερ- αυνανισμό (hypermasturbation), προερχόμενο από τη δυσκολία επίτευξης οργασμού, τις ακατάλληλες συμπεριφορές σε δημόσιες καταστάσεις (αυνανισμός, γδύσιμο),τους παρενοχλητικούς τύπους συμπεριφοράς, που παραβιάζουν τους κοινωνικούς κανόνες, (ακατάλληλα αγγίγματα, θωπείες και τριβές, επιστολές με σεξουαλική υποκίνηση, σεξουαλικά τηλεφωνήματα, επίμονη βλεμματική επαφή, ηδονοβλεψία, λεκτική ηδονοβλεψία, δυσάρεστα σεξουαλικά σχόλια, καταδίωξη, σεξουαλικοποιημένος καλλωπισμός) και τις υψηλού κινδύνου σεξουαλικές πρακτικές (π.χ. Haracopos & Pedersen, 1992, 2004· Konstantareas & Lunsky, 1997· Ruble & Dalrymple, 1993· van Bourgondien και συν., 1997· van Son-Schoones & van Bilsen, 1995).

Στην έρευνα που πραγματοποίησαν ο Fernandes και συν. (2016), το 10% των ατόμων με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας παρουσίασε ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές και το 24% των ατόμων με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας παρουσίασε παραφιλικές σεξουαλικές φαντασιώσεις ή συμπεριφορές όπως η παιδοφιλία, η ηδονοβλεψία και ο σαδομαζοχισμός. Όμως πολύ λίγες μελέτες έχουν δημοσιευτεί σχετικά με την ΔΑΦ και τη σχέση της με την παραφιλία και η πλειοψηφία των δημοσιευμένων πληροφοριών προέρχεται από το ιστορικό των συμμετεχόντων. Δεν υπάρχουν επίσημα δεδομένα σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης παραφιλιών στη διεθνή βιβλιογραφία (Kolta & Rossi, 2018). Ωστόσο, δεν υπάρχουν αρκετά ερευνητικά δεδομένα για το εάν υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα προβληματικής συμπεριφοράς και αρνητικών σεξουαλικών εμπειριών σε άτομα με ΔΑΦ σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Το γεγονός αυτό σχετίζεται πιθανότατα με την απροθυμία των συμμετεχόντων να αποκαλύψουν αυτές τις συμπεριφορές, καθώς είναι ντροπιαστικές και σε ορισμένες περιπτώσεις παράνομες.

Στην έρευνα που πραγματοποίησαν οι Mandell, Walrath, Manteuffel, Sgro και Pinto-Martin (2005), ανέφεραν ότι ένα στα έξι παιδιά με ΔΑΦ που έλαβαν θεραπεία σε

κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας βίωσε σεξουαλική θυματοποίηση. Ακόμα, τα παιδιά που βίωσαν σεξουαλική θυματοποίηση είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν οι ίδιοι θύτες και να εκδηλώσουν σεξουαλική επιθετική συμπεριφορά. Αντίθετα, η έρευνα των Mehtar και Mukaddes (2011) έδειξε χαμηλότερα ποσοστά σεξουαλικής θυματοποίησης. Επιπλέον, διάφορες έρευνες αναφέρουν άλλους προβληματικούς τομείς που σχετίζονται με τη σεξουαλική ανάπτυξη των ατόμων με ΔΑΦ, όπως προβλήματα ταυτότητας φύλου (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes & Doreleijers, 2010), εμμονικό αυνανισμό, ανεπαρκείς τεχνικές αυνανισμού και αυνανισμός σε δημόσιους χώρους (π.χ. Haracopos & Pedersen, 1992· Hellemans και συν., 2007).

Επιπλέον, οι Stokes και Kaur (2005) ανέφεραν ότι οι έφηβοι με ΔΑΦ είχαν λιγότερες γνώσεις σχετικά με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από τους ομολόγους τους με τυπική ανάπτυξη. Στα άτομα με ΔΑΦ βρέθηκε ότι είναι λιγότερο πιθανό να αποκτήσουν τις κατάλληλες ρομαντικές συμπεριφορές και τις κοινωνικές δεξιότητες μέσω αλληλεπιδράσεων με την οικογένεια, τους συμμαθητές, τα μέσα ενημέρωσης, μέσω της παρατήρησης στο περιβάλλον και από τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση (Stokes και συν., 2007). Τα παιδιά με ΔΑΦ βρέθηκαν να έχουν αυξημένα επίπεδα στρες κατά τη διάρκεια της εφηβείας και βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο για εκφοβισμό (bulling) και κοινωνικό αποκλεισμό, λόγω των ελλειμμάτων τους σε κοινωνικές δεξιότητες. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν ότι οι έφηβοι με ΔΑΦ βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, καθώς δεν έχουν τις ίδιες ευκαιρίες κοινωνικής μάθησης με τους συνομηλίκους τους.

Σε δύο σχετικά σύγχρονες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε δείγμα ατόμων με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας (Hellemans και συν., 2007· Hénault & Attwood, 2002), επισημαίνεται ότι μερικά άτομα είχαν ολοκληρωμένες σεξουαλικές επαφές, αλλά το ποσοστό είναι πολύ μικρό σε σχέση με τα άτομα τυπικής ανάπτυξης (Hellemans και συν., 2010). Στην επαναληπτική έρευνα που πραγματοποίησαν ο Hellemans και συν. (2010), το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος εκφράστηκε σεξουαλικά και η συχνότερη μορφή έκφρασης ήταν ο αυνανισμός. Αρκετά άτομα αναζητούσαν την σωματική επαφή και ένα μικρό ποσοστό είχε ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή. Τα ποσοστά αμφιφυλοφιλίας ή ακαθόριστου σεξουαλικού προσανατολισμού ήταν υψηλά. Η παραφιλία αναφέρθηκε σε μικρό ποσοστό. Το 33%

του δείγματος που συμμετείχε στην έρευνα χρειάστηκε σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ή παρέμβαση αναφορικά με την σεξουαλική του συμπεριφορά.

### 4.4.2. Οι αντιλήψεις των γονέων και των εκπαιδευτικών για τη σεξουαλική συμπεριφορά των ατόμων με ΔΑΦ

Η σημασία της σεξουαλικότητας στη ζωή των ατόμων με ΔΑΦ έχει αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης και έρευνας από τις αρχές τις δεκαετίας του 70 (Elgar, 1985· Money, 1985· Torisky & Torisky, 1985). Η έρευνα είχε επικεντρωθεί σε μεγάλο βαθμό γύρω από το πώς τα κοινωνικά ελλείμματα των ατόμων με ΔΑΦ επηρεάζουν το ενδιαφέρον τους για τη σεξουαλικότητα και τι είδους σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι απαραίτητη. Ενώ οι ερευνητές προσπαθούν να προσδιορίσουν τη σημασία της σεξουαλικής εκπαίδευσης για το σύνολο του πληθυσμού των ατόμων με ΔΑΦ, οι γονείς τους δηλώνουν ότι η σεξουαλική συμπεριφορά των παιδιών τους αποτελεί μια σημαντική ανησυχία τους (Ballan, 2012· DeMyer, 1979· Kalyva, 2010· Nichols & Blakeley-Smith, 2009).

Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας των τελευταίων δεκαετιών, προκύπτει ότι οι γονείς των ατόμων με ΔΑΦ αναφέρουν ότι είναι αβέβαιοι σχετικά με το πώς θα πρέπει να είναι η υγιής σεξουαλικότητα για το παιδί τους, σε ποια ηλικία θα πρέπει να συζητήσουν τα θέματα που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα και ότι δεν είναι σίγουροι για τα ποια θέματα θα πρέπει να συζητήσουν με το παιδί τους (Ballan, 2012· Nichols & Blakeley-Smith, 2009). Οι έρευνες των Ruble και Dalrymple (1993) και van Son-Schoones και van Bilsen (1995) δείχνουν ότι ένα από τα σημαντικότερα θέματα στα οποία οι γονείς των εφήβων με ΔΑΦ ζητούν βοήθεια είναι θέματα που αφορούν την σεξουαλικότητα και τη διαχείριση της.

Μέρος του δισταγμού των γονέων σχετικά με την επικοινωνία με το παιδί τους για τα θέματα που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα, μπορεί να οφείλεται στην αβεβαιότητα που πηγάζει από την ικανότητά τους να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά και να διασφαλίσουν ότι το παιδί τους κατανοεί τις πληροφορίες που του παρέχονται, δεδομένης της τάσης που έχουν τα άτομα με ΔΑΦ να αναπτύσσονται σωματικά πιο γρήγορα απ' ότι συναισθηματικά (Ballan, 2012). Οι γονείς ανέφεραν ότι έχουν την ανάγκη για καθοδήγηση σχετικά με το πώς να προσαρμόσουν στα αναπτυξιακά επίπεδα του παιδιού τους την εκπαίδευση για το φύλο, τη σεξουαλικότητα και τις σεξουαλικές σχέσεις και την ανάγκη για πιο αποτελεσματικές τεχνικές διδασκαλίας (Ballan, 2012· Nichols & Blakeley-Smith, 2009). Οι γονείς ανέφεραν επίσης ότι, παρά το γεγονός ότι ζητούσαν συμβουλές και καθοδήγηση από διάφορα μέλη του σχολείου

και από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, αισθάνονταν ότι δεν είχαν ενημερωθεί και δεν είχαν προετοιμαστεί κατάλληλα για την αντιμετώπιση της σεξουαλικής ανάπτυξης και συμπεριφοράς των παιδιών τους (Ballan, 2012).

Η αντίληψη των γονέων σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους στη διδασκαλία κοινωνικών θεμάτων, έχει πιθανώς ήδη διαμορφωθεί από τις πολυάριθμες συνομιλίες με το παιδί τους. Οι γονείς που αισθάνονται ότι δεν είναι καλά ενημερωμένοι και προετοιμασμένοι για να πραγματοποιήσουν συζήτηση για τα θέματα σεξουαλικότητας με το παιδί τους, είναι πιθανό να αισθάνονται ότι δεν μπορούν να την κάνουν αποτελεσματικά. Συνεπώς, η μικρή αυτό-αποτελεσματικότητα, σε σχέση με την ικανότητα για επικοινωνία στα θέματα σεξουαλικότητας μεταξύ γονέα και παιδιού, σχετίζεται με τη χαμηλότερη πιθανότητα επικοινωνίας για τα θέματα αυτά (DiIorio και συν., 2000).

Σύμφωνα με τους Ruble και Dalrymple (1993), οι πιο συχνές ανησυχίες των γονέων (ανεξάρτητα από τη λεκτική ικανότητα του παιδιού τους) ήταν ότι η μη σεξουαλική συμπεριφορά θα ερμηνεύεται εσφαλμένα ως σεξουαλική (84% των γονέων με αγόρια εξέφρασαν την ανησυχία τους, 76% των γονέων με κορίτσια), ότι οι σεξουαλικές συμπεριφορές θα ήταν «παρεξηγημένες» (76% των γονέων με αγόρια, το 72% των γονέων με κορίτσια) και ότι το παιδί τους θα κακοποιηθεί ή θα βιώσει τη σεξουαλική εκμετάλλευση (το 80% των γονέων με αγόρια και κορίτσια). Επιπλέον, οι γονείς εξέφρασαν ανησυχίες για το γεγονός ότι το παιδί τους μπορεί να παρουσιάσει ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (61% των γονέων με κορίτσια και το 19% των γονέων με αγόρια), να διαγνωσθεί με μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια (50% των γονέων με κορίτσια και 43% των γονέων με αγόρια) ή ότι δε θα έχει την ευκαιρία να συμμετέχει σε σεξουαλικές σχέσεις (48% των γονέων με κορίτσια και 64% των γονέων με αγόρια).

Στην έρευνα που πραγματοποίησαν οι Nichols και Blakeley-Smith (2009), η οποία είχε δείγμα 21 γονέων με παιδιά ηλικίας 8-18 ετών με διάγνωση ΔΑΦ, οι γονείς εξέφρασαν την επιθυμία το παιδί τους να έχει ουσιαστικές ρομαντικές σχέσεις, αλλά επίσης εξέφρασαν αρκετές ανησυχίες. Ειδικότερα, πολλοί γονείς ανέφεραν ότι ανησυχούν ότι οι δυσκολίες του παιδιού τους στην κατανόηση των κοινωνικών δεξιοτήτων, της ιδιωτικής ζωής, των ορίων και του προσωπικού χώρου ενδέχεται να δυσκολεύουν το παιδί τους στη σύναψη και τη διατήρηση ουσιαστικών σχέσεων και μπορεί να οδηγήσουν στην απομόνωση και τη μοναξιά. Επιπλέον, αρκετοί γονείς εξέφρασαν ανησυχίες για το γεγονός ότι οι δεξιότητες λήψης αποφάσεων και η έλλειψη

ανοικτής και ευέλικτης στάσης απέναντι στη σεξουαλικότητα και τις σχέσεις των παιδιών τους, μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο για σεξουαλική εκμετάλλευση ή για ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά.

Στην έρευνα που πραγματοποίησε η Kalyva (2010) σχετικά με τις ανησυχίες των γονέων και των εκπαιδευτικών που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα, διαπίστωσε ότι οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν μεγαλύτερες ανησυχίες που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα για τους μαθητές τους με ΔΑΦ και τυπική πνευματική λειτουργία σε αντίθεση με τους μαθητές με ΔΑΦ και Νοητική υστέρηση, παρότι οι τελευταίοι είχαν μικρότερη προσαρμοστική κοινωνική συμπεριφορά, λιγότερη κατανόηση της ιδιωτικής ζωής και της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και περισσότερη ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά. Αυτό δείχνει ότι είναι σημαντικό να συνυπολογίζεται η νοητική ικανότητα των συμμετεχόντων με ΔΑΦ κατά τη διερεύνηση των ανησυχιών των γονέων και των εκπαιδευτικών σχετικά με τη σεξουαλικότητα.

Οι παραπάνω δύο μελέτες επισημαίνουν ότι τα ειδικά χαρακτηριστικά των παιδιών, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων της ΔΑΦ, μπορεί να είναι σημαντικά για την κατανόηση των ανησυχιών των γονέων που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα.

Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα που πραγματοποίησε η Ballan (2012), ανέφερε ότι οι γονείς ανησυχούσαν ότι η σεξουαλική συμπεριφορά του παιδιού τους θα κρινόταν αρνητικά από το περιβάλλον ή ότι η μη σεξουαλική συμπεριφορά θα κρινόταν εσφαλμένα ως ασεξουαλική ή επικίνδυνη. Αν και ορισμένοι γονείς ωθούνται να επικοινωνήσουν για τα θέματα σεξουαλικότητας με το παιδί τους λόγω των ανησυχιών που έχουν σχετικά με τη σεξουαλικότητα, η Ballan (2012) ανέφερε ότι οι ανησυχίες που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα φαίνεται τελικά ότι παρεμποδίζουν, παρά αποτελούν κίνητρο για τους γονείς. Για παράδειγμα, ορισμένοι γονείς ανησυχούν ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα μπορούσε να οδηγήσει το παιδί τους να αναπτύξει μια εμμονή σχετικά με τη σεξουαλικότητα, ειδικά για τα παιδιά με προϋπάρχουσες εμμονές σε αντικείμενα ή ενδιαφέροντα (π.χ. τρένα). Οι γονείς των παιδιών που επέδειξαν στερεοτυπικές συμπεριφορές (π.χ. πεταρίσματα χεριού) φοβούνταν ότι η σεξουαλική εκπαίδευση σχετικά με τον αυνανισμό θα μπορούσε να αναγκάσει τα παιδιά να αντικαταστήσουν τις μη σεξουαλικές αυτό-διεγερτικές συμπεριφορές με τον καταναγκαστικό αυνανισμό. Επιπλέον, οι γονείς ανέφεραν ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ή επικοινωνία θα μπορούσε να οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα

αντί να αποτρέψει ή να αποκαταστήσει (π.χ. ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά, σεξουαλικές εμμονές). Οι γονείς ανησυχούν ότι το παιδί τους δε θα αντιληφθεί πλήρως τα θέματα σεξουαλικότητας εάν συζητηθούν και ενδέχεται να υπέρ-γενικεύσουν τις πληροφορίες ή να μην μπορούν να τις εφαρμόσουν ώστε να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους. Επιπρόσθετα, παρόλο που οι γονείς δεν περίμεναν ότι το παιδί τους θα έχει μια ρομαντική σχέση στο μέλλον, αυτό δε φαίνεται να προκαλούσε ιδιαίτερη ανησυχία, πιθανώς λόγω τις μικρής ηλικίας των παιδιών τους. Ωστόσο, ένας γονέας ανέφερε ανησυχία για τις συνέπειες της επανειλημμένης ρομαντικής απόρριψης. Συμπερασματικά, οι γονείς με αυτές τις ανησυχίες είναι πιθανό να αποφύγουν ή να καθυστερήσουν την σεξουαλική εκπαίδευση (Ballan, 2012).

Στον αντίποδα, θετικά κρίνεται το γεγονός ότι οι περισσότεροι γονείς των παιδιών με ΔΑΦ πραγματοποιούν κάποιας μορφής επικοινωνία σχετική με τη σεξουαλικότητα με το παιδί τους. Στην έρευνα που πραγματοποίησαν οι Holmes και Himle (2014), παρακολούθησαν 198 γονείς εφήβων με ΔΑΦ ηλικίας 12-18 ετών (μέση ηλικία = 14,51 και 86,8% του δείγματος άνδρες) και διαπίστωσαν ότι οι περισσότεροι γονείς κάλυπταν βασικά θέματα της σεξουαλικότητας αλλά όχι πιο περίπλοκα θέματα σχέσεων και σεξουαλικής υγείας κατά την εφηβεία (Holmes & Himle, 2014). Για τους νέους με ΔΑΦ και νοημοσύνη στο μέσο όρο ή πιο πάνω, οι περισσότεροι γονείς ανέφεραν ότι είχαν καλύψει θέματα όπως η προστασία της ιδιωτικής ζωής, τα ιδιωτικά μέρη του σώματος, τι είδους επαφή είναι κατάλληλη ή ακατάλληλη, η υγιεινή και πώς να αναφέρουν μία ενδεχόμενη σεξουαλική κακοποίηση. Ωστόσο, λιγότεροι γονείς ανέφεραν ότι κάλυψαν σημαντικά θέματα όπως το πως να λένε όχι στην πίεση για σεξουαλική επαφή και τη σημασία του να μην ασκούν πίεση σε άλλα άτομα για σεξουαλική επαφή (Holmes, Himle & Strassberg, 2016).Ομοίως, ενώ η πλειονότητα των γονέων (86,9%) μίλησε στο παιδί τους για ποια χαρακτηριστικά είναι σημαντικά για την επιλογή φίλων, λίγοι γονείς συζήτησαν με τα παιδιά τους για το πως να αποφασίσουν αν θα κάνουν σεξ (48,8%) ή πώς να ζητήσουν ρομαντικό ραντεβού (45,4%) (Holmes και συν., 2016). Συγκρίνοντας τα ποσοστά αυτά με τα ποσοστά των ατόμων τυπικής ανάπτυξης, οι μελέτες καταδεικνύουν ότι μέχρι και το 97% των γονέων με παιδιά τυπικής ανάπτυξης συζητούν παρόμοια θέματα με τα παιδιά τους στην εφηβεία (DiIorio, Kelley & Hockenberry-Eaton, 1999· Jordan, Price & Fitzgerald, 2000).

Όσον αφορά τη σεξουαλική υγεία, οι περισσότεροι γονείς των νέων με ΔΑΦ μίλησαν στα παιδιά τους για τους λόγους που δεν πρέπει να έχουν σεξουαλική επαφή, αλλά λιγότεροι γονείς συζητήσαν πώς να προστατευτούν από τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα (49,2%) ή από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (43,8%) ή πώς να χρησιμοποιήσουν προφυλακτικό (19.5%) (Holmes & Himle, 2014). Αντίθετα, οι γονείς με παιδιά τυπικής ανάπτυξης συζητούν συχνότερα σχετικά με τον έλεγχο των γεννήσεων (65%) και το πώς να χρησιμοποιούν προφυλακτικό (74%) (Miller, Kotchick, Dorsey, Forehand & Ham, 1998).

Τα ευρήματα των Holmes και Himle (2014) κατέδειξαν ότι οι ανησυχίες των γονέων που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα θα μπορούσαν, εν μέρει, να αντιπροσωπεύουν την τάση των γονέων να αποφεύγουν να συζητήσουν εξεζητημένα σεξουαλικά θέματα. Επιπλέον, οι γονείς που είχαν δυσκολία στο να διδάξουν στο παιδί τους πώς να εφαρμόσει βασικές δεξιότητες που σχετίζονται με την ιδιωτικότητα και την υγιεινή, είναι πιθανό να αποφύγουν να συζητήσουν πιο περίπλοκα ζητήματα που αφορούν τη σεξουαλικότητα, λόγω της χαμηλής αυτό-αποτελεσματικότητας τους.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5º. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΑΦ

## 5.1. Θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης

Η σεξουαλική εκπαίδευση πρέπει να στηρίζει τα άτομα με ΔΑΦ για να κατανοήσουν τις σωματικές αλλαγές και τις σεξουαλικές αντιδράσεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές τους. Λαμβάνοντας υπόψη τα κοινωνικά, επικοινωνιακά και συμπεριφορά χαρακτηριστικά της ΔΑΦ, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πρέπει να προσαρμόζεται στις συγκεκριμένες δυσλειτουργίες και ανάγκες των ατόμων με ΔΑΦ, προκειμένου να ενισχυθεί η διορατικότητα και οι δεξιότητές τους κατά την έναρξη ρομαντικών σχέσεων. Συνεπώς, θα τους επιτρέψει να απολαμβάνουν τη σεξουαλικότητα με υπευθυνότητα και ασφάλεια. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πρέπει να αφορά την ατομική εκδήλωση της σεξουαλικότητας αλλά και τη σεξουαλική συμπεριφορά ανάμεσα σε ένα ζευγάρι, εκπαιδεύοντας τα άτομα με ΔΑΦ για να ενταχθούν στο κοινωνικό πλαίσιο όπως και στην ενασχόληση τους με το διαδίκτυο (Dewinter και συν., 2015). Έχοντας ως δεδομένο ότι τα άτομα με ΔΑΦ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο σεξουαλικής κακοποίησης, είναι σημαντικό να διασφαλιστεί ότι λαμβάνουν εξατομικευμένη σεξουαλική εκπαίδευση και ότι η κατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά είναι προτεραιότητα (American Academy of Pediatrics, 1996).

Οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες με ΔΑΦ μπορεί να έχουν ήδη σχηματίσει λανθασμένες στάσεις και απόψεις σχετικά με τη σεξουαλικότητα, που αυτές επηρεάζουν την αυτοεκτίμησή τους και τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις (Adams & Sheslow, 1985· Lunsky & Konstantareas, 1998· Williams & Downing, 1998). Η άτυπη εκπαίδευση που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα συμβαίνει συνεχώς, μέσω της παρατήρησης, μέσω των αλληλεπιδράσεων με τους άλλους αλλά και μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Ο Attwood (2006) εξηγεί ότι οι εύκολα διαθέσιμες πηγές, όπως η πορνογραφία, μπορεί να έχει ως επακόλουθο στους άνδρες με ΔΑΦ να εμφανίσουν ακούσια επιθετική συμπεριφορά ή παρενοχλητική παρακολούθηση, επειδή μπορεί να θεωρήσουν την πορνογραφία ως έγκυρη πηγή. Από την άλλη μεριά, οι γυναίκες με διάγνωση ΔΑΦ, έχοντας ως οδηγό τις σαπουνόπερες στην τηλεόραση, μπορεί να

«διδαχθούν» από λανθασμένες συναισθηματικές σχέσεις. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να είναι υπερβολικά αφελείς ή επιπόλαιες, χωρίς να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν μια επισφαλή κατάσταση, λόγω κακής κρίσης και έλλειψης εμπειρίας (Attwood, 2006· Hénault, 2006).

Τα δεδομένα δείχνουν ότι το 50% των εφήβων με ΔΑΦ εξακολουθεί να μην λαμβάνει επίσημη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και, επιπλέον, απομακρύνεται συχνά από άτυπες μεθόδους απόκτησης σεξουαλικής γνώσης (Beddows & Brooks, 2016). Δυστυχώς, λανθασμένες απόψεις και στάσεις σχετικά με τη σεξουαλικότητα αλλά και για τα άτομα με αναπτυξιακές αναπηρίες, μπορούν να επηρεάσουν την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση για αυτόν τον πληθυσμό. Τα άτομα με αναπτυξιακές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένου του αυτισμού και της νοητικής υστέρησης, αντιμετωπίζουν εμπόδια στην έκφραση της σεξουαλικότητάς τους. Τα εμπόδια περιλαμβάνουν κοινωνικούς αστικούς μύθους, ανεπαρκείς ευκαιρίες για γνώση και εκπαίδευση και η περιορισμένη πρόσβαση στις διαθέσιμες και κατάλληλες εκπαιδευτικές πηγές (Caruso και συν., 1997). Τα εμπόδια αυτά μπορεί να οδηγήσουν στην έλλειψη καθοδήγησης, ευκαιριών, συναισθηματικής υποστήριξης, εκπαίδευσης, ή την έλλειψη αναγνώρισης της σεξουαλικότητας των ατόμων με διαταραχές και αναπηρίες από την οικογένεια ή το επαγγελματικό προσωπικό που τους πλαισιώνει (Koller, 2000).

### 5.1.1. Εφηβεία

Η εφηβεία ενδέχεται να είναι το πιο κρίσιμο από τα στάδια της ανάπτυξης του ανθρώπου. Αυτό το στάδιο επιδρά στις κοινωνικές, σωματικές και συναισθηματικές πτυχές της ζωής του ατόμου. Η εφηβεία είναι το αναπτυξιακό στάδιο κατά το οποίο οι άνθρωποι μαθαίνουν για τη σεξουαλικότητα και γενικά, έχουν την πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία (Feldmann & Middleman, 2002). Η σεξουαλική εξερεύνηση και η ανάπτυξη της σεξουαλικής ταυτότητας είναι βασικά χαρακτηριστικά της εφηβείας και προπομπός της ενηλικίωσης (Tissot, 2009). Για την ανάπτυξη τους απαιτείται πρόσβαση σε ευκολά κατανοητές, κατάλληλες πληροφορίες σχετικά με τη σεξουαλικότητα στην εφηβεία.

Τα άτομα με ΔΑΦ συνήθως ωριμάζουν σωματικά και σεξουαλικά, σύμφωνα με τα τυπικά αναπτυξιακά στάδια (Ruble & Dalrymple, 1993· Schroeder, LeBlanc & Mayo, 1996· Turnbull III, Turnbull, Bronicki, Summers & Roeder-Gordon, 1992). Ένα παιδί με ΔΑΦ μπορεί να αναπτυχθεί φυσιολογικά σε ορισμένες περιοχές (π.χ. σωματικά) αλλά να παραμείνουν οι δυσκολίες στην κοινωνική κατανόηση και αλληλεπίδραση (Ruble & Dalrymple, 1993). Αν και είναι τόσο σημαντικό αναπτυξιακό στάδιο η εφηβεία και κατ' επέκταση οι σεξουαλικές συμπεριφορές στην εφηβεία, λίγες εμπειρικές μελέτες έχουν γίνει με αντικείμενο την αξιολόγηση των σεξουαλικών συμπεριφορών μεταξύ των εφήβων με ΔΑΦ (Stokes & Kaur, 2005) και λίγες έχουν επικεντρωθεί αποκλειστικά και μόνο σ' αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Αυτή η άνιση ανάπτυξη μπορεί να προκαλέσει σύγχυση, τόσο για τα παιδιά, αλλά και για τα άτομα που τους φροντίζουν. Οι γονείς και οι φροντιστές συχνά εκφράζουν ανησυχία για την αυξανόμενη σεξουαλική ορμή των εφήβων με ΔΑΦ, δεδομένου ότι γενικά δε συνοδεύεται από ανάλογη αύξηση στο πεδίο της κοινωνικής συμπεριφοράς, το οποίο συχνά οδηγεί σε δυσάρεστη συμπεριφορά (Koller, 2000). Αυτό φαίνεται να ισχύει ιδιαίτερα στα αγόρια με ΔΑΦ και μέτρια νοητική υστέρηση, οι οποίοι μπορεί να εκθέτουν τους εαυτούς τους σε δημόσιο χώρο (π.χ. αυνανισμός ή αγγίζοντας τα γεννητικά όργανα άλλων ανθρώπων). Συνεπώς, εκπαιδεύοντας τους ανθρώπους που φροντίζουν τα άτομα με ΔΑΦ σε θέματα εφηβείας και σεξουαλικότητας, τους βοηθάει, αφού τους ανακουφίζει από την αγωνία και το άγχος που προκαλείται από την παραπληροφόρηση ή την απουσία αυτών των πληροφοριών (Koller, 2000).

Κλασικά χαρακτηριστικά του αυτισμού, όπως η αποτυχία στην ανάπτυξη των γλωσσικών ή άλλων μορφών κοινωνικής επικοινωνίας, συνεχίζουν μέχρι και την εφηβεία. Αν και η βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι έφηβοι με ΔΑΦ ενδέχεται να βελτιωθούν σε κάποιους τομείς δεξιοτήτων, το ποσοστό αυτής της βελτίωσης δεν επαρκεί για να καλυφθούν οι αυξανόμενες απαιτήσεις που προκύπτουν καθώς μεγαλώνουν (Mesibov, 1985).

Οι κοινωνικές δυσκολίες που έχουν τα άτομα με ΔΑΦ, δε σημαίνει πάντα ότι οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες δεν επιθυμούν να επιδιώξουν κοινωνικές σχέσεις, ούτε δείχνει έλλειψη συναισθηματικής ωρίμασης. Το πρόβλημα εντοπίζεται στη δυσκολία των ατόμων με ΔΑΦ να κατανοούν και να υιοθετούν τους λεπτούς κανόνες της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και να αναπτύσσουν την ικανότητα της ενσυναίσθησης

(Wing, 1985, 1992). Η εκπαίδευση των κοινωνικών δεξιοτήτων κατά τη διάρκεια της εφηβείας βοηθάει στην αντιμετώπιση δυσκολιών, όπως είναι η ενσυναίσθηση και η κοινωνική απόσταση (Mesibov, 1985). Ως αποτέλεσμα των κοινωνικών ελλειμμάτων που ενυπάρχουν στα άτομα με ΔΑΦ, είναι και η αντιμετώπιση των δυσκολιών της σεξουαλικής αλληλεπίδρασης (Hénault, 2006).

Επιθετικά επεισόδια που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια εφηβείας ενδέχεται να οφείλονται στην αδυναμία των εφήβων με ΔΑΦ να κατανοήσουν τις περιβαλλοντικές και τις κοινωνικές προσδοκίες. Τα συναισθήματα των ατόμων με ΔΑΦ που βιώνονται κατά την περίοδο της εφηβείας μπορεί να είναι η σύγχυση και ο τρόμος, που μπορεί να οδηγήσουν σε άγχος και επιθετικότητα (Mesibov, 1985). Ένα σημαντικό μέρος της θεραπείας της συμπεριφοράς του παιδιού είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς (Carr & Durand, 1985). Συνεπώς, θα πρέπει να ενσωματωθούν τεχνικές διαχείρισης της συμπεριφοράς στο πρόγραμμα παρέμβασης, κατά την μετάβαση από την προεφηβεία στην εφηβεία.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, η σεξουαλικότητα έχει γίνει περισσότερο αποδεκτή κοινωνικά ως ένα φυσιολογικό μέρος της ανάπτυξης των εφήβων (Tolman & McClelland, 2011), αλλά είναι λιγοστές οι γνώσεις που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα των εφήβων με ΔΑΦ (Dewinter, Vermeiren, Vanwesenbeeck & van Nieuwenhuizen, 2013). Οι επιστημονικές δημοσιεύσεις σχετικά με την εφηβική σεξουαλικότητα των τυπικά αναπτυσσόμενων ατόμων στον δυτικό πολιτισμό, αναφέρουν μια μείωση στην ηλικία κατά την οποία γίνεται η έναρξη της εφηβείας. Επίσης, η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, τόσο σε ατομικό επίπεδο αλλά και ανάμεσα σε ένα ζευγάρι, βρέθηκε ότι ξεκινάει πιο νωρίς. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες η μείωση της ηλικίας των πρώτων σεξουαλικών εμπειριών έχει σταθεροποιηθεί. Οι ατομικές σεξουαλικές εμπειρίες, όπως ο αυνανισμός, είναι κοινές στην αρχή της εφηβείας και τα δεδομένα δείχνουν ότι περίπου το 50% των αγοριών στην ηλικία των 12 ετών έχουν παρουσιάσει τη συμπεριφορά (Fortenberry, 2013· Moore & Rosenthal, 2006). Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η σειρά της απόκτησης των σεξουαλικών εμπειριών και συμπεριφορών ανάμεσα σε δυο άτομα, η οποία ξεκινάει περίπου στην ηλικία των 13 ετών, έχει την εξής πορεία: από το φιλί, στην αγκαλιά, στο άγγιγμα πάνω από τα ρούχα, στο άγγιγμα του στήθους και των γεννητικών οργάνων, στον αμοιβαίο αυνανισμό, τον στοματικό έρωτα και την κολπική επαφή (περίπου το 60% των ατόμων έχει ολοκληρώσει αυτή την πορεία, φτάνοντας στην ηλικία των 18

ετών) (de Graaf, Kruijer, van Acker & Meijer, 2012· Diamond & Savin-Williams, 2009· Moore & Rosenthal, 2006). Μόνο μια μειοψηφία εφήβων ανέφερε τη πρωκτική επαφή. Ακόμα, περίπου το 90% των εφήβων προσδιορίστηκαν ως ετεροφυλόφιλοι (Diamond & Savin-Williams, 2009· Moore & Rosenthal, 2006).

Από την άλλη μεριά, με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήσαν οι Dewinter και συν. (2015), ένας τυπικός έφηβος με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας αρχίζει να αυνανίζεται γύρω στην ηλικία των 13 ετών, ερωτεύεται την ίδια περίοδο και βιώνει τον πρώτο του οργασμό λίγο αργότερα. Πριν από την ηλικία των 16 ετών, έχει πραγματοποιήσει μια σχέση με ένα κορίτσι και αρχίζει να φιλάει και χαϊδεύει πάνω από τα ρούχα. Ένα στα 10 αγόρια αμφισβητεί την προτίμηση του για τα κορίτσια ή έχει σεξουαλικές φαντασιώσεις με ένα άλλο αγόρι. Ένας τυπικός έφηβος με ΔΑΦ έχει θετική άποψη για το σεξ, είναι μάλλον σεξουαλικά ανοιχτόμυαλος και δεν τον ενοχλεί η ομοφυλοφιλία. Το 20% με 34% έφηβων με ΔΑΦ έχει συμμετάσχει και σε άλλες μορφές σεξουαλικής συμπεριφοράς μαζί με ένα άλλο άτομο (αμοιβαίο αυνανισμό, στοματικό σεξ) και ένας στους πέντε εφήβους με ΔΑΦ είχε σεξουαλική επαφή σε αυτή την περίοδο. Τα αγόρια πιθανότατα έχουν δει πορνογραφικό υλικό και το 50% χρησιμοποιεί το διαδίκτυο για δραστηριότητες που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα.

Σεξουαλική εκπαίδευση χρειάζονται τα άτομα με ΔΑΦ όπως και τα άτομα που τα φροντίζουν, σχετικά με τις σωματικές αλλαγές που επέρχονται με την εφηβεία. Η εκπαίδευση αυτή χρειάζεται να συμβεί λίγο πριν ή κατά την έναρξη της εφηβείας, ανάλογα με τις ανάγκες και το επίπεδο κατανόησης του ατόμου. Οι φροντιστές φαίνονται ιδιαίτερα ανήσυχοι με την έναρξη της εμμήνου ρύσεως στα κορίτσια με ΔΑΦ και συχνά αναζητούν ιατρική παρέμβαση για να τη καταστείλουν ή να εξαλειφθεί εντελώς. Ωστόσο, η έρευνα και η εμπειρία αποδεικνύει ότι τα κορίτσια με ΔΑΦ, γενικά, αποδέχονται την έναρξη της εμμήνου ρύσεως και σπάνια χρειάζεται φαρμακευτική αγωγή για τον έλεγχο της (Gillberg & Schaumann, 1992).

Συμπερασματικά, η εκπαίδευση και η επικοινωνία που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα είναι σημαντική για τα άτομα με ΔΑΦ, όπως και για τους συνομηλίκους τους. Η έγκαιρη εκπαίδευση που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα μπορεί να προετοιμάσει τους εφήβους με ΔΑΦ για να κατανοήσουν τη σεξουαλική τους ανάπτυξη και να ενισχύσουν τη θετική τους στάση για μια ικανοποιητική σεξουαλική ζωή (Dewinter και συν., 2015).

### 5.1.2. Αυτοϊκανοποίηση

Το ινστιτούτο Sex Information and Education Council of the United States (SIECUS) (National Guidelines Task Force, 1996) αναφέρει ότι η σεξουαλική αυτοϊκανοποίηση ή ο αυνανισμός, είναι μέρος της φυσιολογικής σεξουαλικής συμπεριφοράς για τα άτομα όλων των ηλικιών (Fegan, Rauch & McCarthy, 1993). Τα ποσοστά εμφάνισης της συμπεριφοράς σε τυπικά αναπτυσσόμενους ενήλικες δείχνουν ότι το 90% με 94% των αρρένων και το 50% με 60% των θηλέων ανέφεραν ότι έχουν εκδηλώσει τη συμπεριφορά τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους (Franić & Ujević Franić, 2011). Ο αυνανισμός θεωρείται μέρος της φυσιολογικής σεξουαλικής ανάπτυξης και πρέπει να αναμένεται από τα άτομα με ΔΑΦ (American Academy of Pediatrics, 1996). Επιπροσθέτως, ο αυνανισμός, ακόμη και σε μικρά παιδιά, θεωρείται ως τυπική συμπεριφορά (Cicero, 2018).

Ο αυνανισμός μπορεί να είναι το μόνο μέσο κατάλληλης σεξουαλικής εκτόνωσης για τα άτομα με ΔΑΦ, αλλά είναι πιθανό να γίνεται σε μια ακατάλληλη στιγμή ή με μη ασφαλή τρόπο (Kempton, 1998). Ο αυνανισμός σε αγόρια με ΔΑΦ μπορεί να οξυνθεί λόγω της έλλειψης άλλων διεξόδων για σεξουαλική εκτόνωση (Dalldorf, 1985). Τα άτομα με αναπτυξιακές διαταραχές αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα όταν εκδηλώνουν σεξουαλική συμπεριφορά μέσω του αυνανισμού. Οι δυσκολίες αυτές συχνά παρουσιάζονται ως εκδηλώσεις ακατάλληλης συμπεριφοράς, οι οποίες χρειάζονται μεγαλύτερη προσοχή, όπως αυνανισμός σε δημόσιο χώρο, αλλά και το φαινόμενο του αναποτελεσματικού αυνανισμού, όπως η αδυναμία επίτευξης οργασμού, είναι αρκετά συχνό και χρειάζεται εξ ίσου την προσοχή των γονέων και των θεραπευτών (Cicero, 2018).

Τα αποτελέσματα της έρευνας του Haracopos (1995) έδειξαν ότι τα άτομα με ΔΑΦ έχουν σεξουαλική συμπεριφορά, είτε με τη μορφή του αυνανισμού ή στο πλαίσιο μιας σχέσης. Τα αποτελέσματα περιλάμβαναν αυνανισμό σε δημόσιους χώρους καθώς και χρησιμοποίηση αντικειμένων για αυνανισμό. Αυτή η μελέτη εντόπισε ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά, η οποία όμως είναι αποτέλεσμα της κοινωνικής και συναισθηματικής ανωριμότητας παρά αποτέλεσμα της αποκλίνουσας σεξουαλικής συμπεριφοράς (Haracopos, 1995). Επειδή η αυτοϊκανοποίηση είναι ένα σύνηθες φαινόμενο στα άτομα με ΔΑΦ, θα πρέπει να εκπαιδεύονται ώστε η έκφραση αυτής της μορφής σεξουαλικότητας να είναι ικανοποιητική και ασφαλής.

Πρόσφατες βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις των θεραπειών για τη δημόσια αυτοϊκανοποίηση (π.χ. Tarnai, 2006) και την ακατάλληλη εκδήλωση σεξουαλικής συμπεριφοράς (π.χ. Clay, Bloom & Lambert, 2018· Davis και συν., 2016) έχουν εντοπίσει αρκετές αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη μείωση των παραπάνω προβλημάτων. Αυτές οι παρεμβάσεις περιλάμβαναν τη σεξουαλική εκπαίδευση (Mayers και συν., 1971 στο Tarnai, 2006), τη εκπαίδευση στη λειτουργική επικοινωνία (functional communication training) σε συνδυασμό με την απόσβεση (extinction) (π.χ. Fisher, Thompson, Hagopian, Bowman & Krug, 2000), τη διαφορική ενίσχυση άλλων συμπεριφορών (differential reinforcement of other behavior) σε συνδυασμό με κοινωνική αποκατάσταση (combined with social restitution) (Polvinale & Lutzker, 1980), την υπερδιορθωση (overcorrection) (Foxx & Azrin, 1973), χρήση παροχής χυμού λεμονιού (contingent lemon juice) (π.χ. Cook, Altman, Shaw & Blaylock, 1978), εξέταση του προσώπου (facial screening) (π.χ. Barmann & Murray, 1981), μη-συναφειακή ενίσχυση (noncontingent reinforcement) (Hagopian και συν., 2002) και στείρωση (Carlson, Taylor & Wilson, 2000). Παρόλο που οι θεραπείες που εφαρμόστηκαν στις παραπάνω έρευνες διέφεραν, οι λιγότερο περιοριστικές παρεμβάσεις εφαρμόστηκαν κατά προτεραιότητα και όταν αποδεικνύονταν αναποτελεσματικές, τότε είτε αντικαταστάθηκαν είτε συμπληρώθηκαν με άλλες παρεμβάσεις (π.χ. Cook και συν., 1978· Polvinale & Lutzker, 1980). Επιπλέον, πολλές μελέτες αξιολόγησαν ολοκληρωμένα προγράμματα θεραπείας (π.χ. Clay και συν., 2018· Davis και συν., 2016), με αποτέλεσμα μερικές παρεμβάσεις μόνο να παραμένουν ασαφείς.

Επιπλέον, παλαιότερες μελέτες που αξιολογούν αποτελεσματικές θεραπείες για την εκδήλωση της αυτοϊκανοποίησης σε δημόσιο χώρο, είχαν επικεντρωθεί κυρίως στη χρήση παρεμβατικών παρεμβάσεων η χρήση των οποίων σήμερα κρίνεται αντιδεοντολογική, αλλά επιπλέον οι έρευνες αυτές στερούνταν πειραματικού ελέγχου (π.χ. εξέταση του προσώπου (facial screening) (Barmann & Murray, 1981), χρήση παροχής χυμού λεμονιού (lemon juice) (Cook και συν., 1978), αυστηρή επίπληξη, (Wagner, 1968). Οι 22 από τις 23 μελέτες που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση, που πραγματοποιήθηκε από τον Clay και τους συνεργάτες του (2018), περιλάμβαναν μόνο έναν συμμετέχοντα.

Όταν πρόκειται για άτομα με αναπτυξιακές αναπηρίες, ένα ακόμα σημαντικό ζήτημα είναι η αναποτελεσματική μέθοδος αυνανισμού. Μεγάλο μέρος της

ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς των ανθρώπων με ΔΑΦ μπορεί να οφείλεται στον αναποτελεσματικό αυνανισμό (Fegan και συν., 1993). Οι αναποτελεσματικές μέθοδοι αυνανισμού μπορούν να οδηγήσουν τα άτομα που προσπαθούν να αυτοϊκανοποιηθούν, σε αυνανισμό με υπερβολική διάρκεια χωρίς την επίτευξη οργασμού με αποτέλεσμα το αυξημένο άγχος, το στρες ή ακόμα και την επιθετικότητα. Ακόμα, οι ήδη υιοθετημένες μέθοδοι αυτοϊκανοποίησης μπορούν να είναι επικίνδυνες (Kaeser & O'Neill, 1987). Για παράδειγμα, η πρόκληση σωματικού τραυματισμού ή ο ακατάλληλος αυνανισμός μπορεί να προκληθεί από: α) έλλειψη δομημένης ρουτίνας· β) άλυτα σεξουαλικά προβλήματα· γ) τιμωρητικές συμπεριφορές που έχει υποστεί ο άνθρωπος με ΔΑΦ· δ) έλλειψη εκπαίδευσης· ε) έλλειψη ευκαιριών για ιδιωτικότητα και στ) χρήση φαρμάκων που καταστέλλουν τη λίμπιντο.

Τα αποτελέσματα των ερευνών εξακολουθούν να δείχνουν ότι τα παιδιά με αναπτυξιακές αναπηρίες συχνά χρειάζονται άμεση διδασκαλία για να μάθουν τις κατάλληλες και αποτελεσματικές τεχνικές αυνανισμού, αφού ο αυνανισμός είναι μια συμπεριφορά που απαιτεί μάθηση μέσω της εμπειρίας και της πρακτικής (Hellemans και συν., 2010). Αν και δεν υπάρχουν επαρκείς έρευνες που να περιγράφουν εμπειρικές υποστηρικτικές παρεμβάσεις για την διδασκαλία του αυνανισμού, οι αρχές και οι τεχνικές της ΕΑΣ φαίνεται να είναι πλέον κατάλληλες για τη διαμόρφωση μιας κατάλληλης συμπεριφοράς αυνανισμού, αντί να γίνεται καταστολή της σεξουαλική επιθυμίας των ατόμων με ΔΑΦ (Beddows & Brooks, 2016).

Οι στρατηγικές παρέμβασης που βασίζονται στις αρχές της ΕΑΣ χρησιμοποιήθηκαν με επιτυχία για την αντιμετώπιση των προβληματικών συμπεριφορών και για την αύξηση της επικοινωνίας, της μάθησης και της κατάλληλης κοινωνικής συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΑΦ (National Autism Center, 2015· Rockville, 1999). Αυτές οι στρατηγικές παρέμβασης έχει αποδειχθεί ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην σεξουαλική εκπαίδευση (Wolfe, Condo & Hardaway, 2009), ιδιαίτερα στη μείωση του αυνανισμού σε δημόσιο χώρο. Ενώ η αυτοϊκανοποίηση σαν συμπεριφορά δεν είναι προβληματική, θεωρείται ακατάλληλη όταν ασκείται σε δημόσιους χώρους, παρουσία άλλων, ή όταν η συχνότητά της συμπεριφοράς εμποδίζει άλλες σημαντικές δραστηριότητες (Hellemans και συν., 2007). Επομένως, αντί να γίνει καταστολή της συμπεριφοράς, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο άγχος ή επιθετικότητα, τα άτομα με ΔΑΦ πρέπει να διδαχθούν τεχνικές για την επίτευξη κατάλληλων τρόπων και συνθηκών αυνανισμού, υπό την προϋπόθεση ότι οι τεχνικές

δεν αντίκεινται στον νόμο, είναι κατάλληλες δεοντολογικά και αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου (Travers & Whitby, 2014).

Η πραγματοποίηση της λειτουργικής αξιολόγησης πριν από τη θεραπεία, είναι ένα εξαιρετικά ευεργετικό εργαλείο της ΕΑΣ, το οποίο δε χρησιμοποιείται σε μεγάλη συχνότητα όταν πρόκειται για τη θεραπεία αντιδράσεων σχετιζόμενων με τον αυνανισμό. Εάν διαπιστωθεί ότι ο αναποτελεσματικός αυνανισμός είναι αποτέλεσμα της έλλειψης δεξιοτήτων, οι αρχές της ΕΑΣ, συμπεριλαμβανομένης της διαφορικής ενίσχυσης, της κλιμακωτής διαμόρφωσης της συμπεριφοράς, της αλυσιδωτής αντίδρασης, της τμηματικής βοήθειας, της απόσβεσης και της ανακατεύθυνσης, αποδεικνύονται αποτελεσματικές (Cicero, 2018). Η χρήση τεχνικών της ΕΑΣ όπως οι κοινωνικές ιστορίες, η μίμηση προτύπου από βίντεο, η τμηματική βοήθεια μέσω οπτικών ερεθισμάτων και η ανάλυση έργου, έχουν προταθεί για τη διδασκαλία κοινωνικό-σεξουαλικής συμπεριφοράς σε παιδιά με ΔΑΦ, αλλά όχι γι’ αυτή καθαυτή την πρόσκτηση δεξιοτήτων που οδηγούν σε σεξουαλική αυτοϊκανοποίηση (Tarnai & Wolfe, 2008· Wolfe και συν., 2009). Παρόλο που λίγες μελέτες έχουν παρουσιάσει μια λειτουργική ανάλυση του αυνανισμού, θεωρείται ότι η συγκεκριμένη συμπεριφορά είναι πιθανό να διατηρείται με αυτόματη ενίσχυση. Ως εκ τούτου, η συμπεριφορά παράγει άμεσα ενίσχυση με τη μορφή αισθητηριακών συνεπειών (Dozier, Iwata & Worsdell, 2011).

Είναι πιθανό ότι η ευαίσθητη και η ιδιωτική φύση του αυνανισμού ως συμπεριφορά να εμποδίζει τους θεραπευτές να διδάξουν άμεσα την δεξιότητα, μέσω των τεχνικών συμπεριφοράς που γνωρίζουμε ότι έχουν μεγάλη πιθανότητα επιτυχίας. Είναι ενδεικτικό το γεγονός ότι η πρωτοπόρα κλινική έρευνα που πραγματοποίησαν οι Kaeser και O'Neill (1987) παραμείνει η μόνη μελέτη εμπειρικής θεραπείας στον τομέα της ΕΑΣ, με τη διαμόρφωση της κατάλληλης συμπεριφοράς του αυνανισμού ως στόχο. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν ως τεχνική την πλήρη σωματική τμηματική βοήθεια (full physical prompt technique) για την καθοδήγηση του συμμετέχοντα στη διαδικασία του αυνανισμού, μια στρατηγική που δε θεωρείται πλέον ως η κατάλληλη επιλογή για έναν τόσο ευαίσθητο και ιδιωτικό στόχο.

Οι εναλλακτικές στρατηγικές διδασκαλίας της συγκεκριμένης συμπεριφοράς έχουν υποστηριχθεί εμπειρικά για την κατάκτηση άλλων στόχων, ωστόσο, η βιβλιογραφία για τις μεθόδους διδασκαλίας του αυνανισμού απουσιάζει. Υπάρχει πληθώρα από ερευνητικά άρθρα που περιγράφουν στρατηγικές για τη μείωση της

δυσλειτουργικής αυτοϊκανοποίησης σε αντίθεση με τα ερευνητικά άρθρα που περιγράφουν στρατηγικές απόκτησης δεξιοτήτων για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς, παρά τη σημαντική ανάγκη για αυτά. Αν υπάρξει μεγαλύτερη έμφαση στη διδασκαλία των δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική αυτοϊκανοποίηση σε άτομα με ΔΑΦ, θα υπάρξει μικρότερη ανάγκη για μείωση της προβληματικής συμπεριφοράς (Cicero, 2018).

Ο Hingsburger (1994) αναφέρει τις τέσσερις περιπτώσεις κατά τις οποίες πρέπει να πραγματοποιείται παρέμβαση και εκπαίδευση για τον αυνανισμό: α) όταν ο αυνανισμός συμβαίνει σε ακατάλληλες συνθήκες ή σε ακατάλληλη χρονική στιγμή· β) όταν κατά τη διάρκεια του αυνανισμού τραυματίζονται τα γεννητικά όργανα· γ) όταν η μεγάλη συχνότητα του αυνανισμού παρεμποδίζει τις καθημερινές δραστηριότητες και δ) όταν ο αυνανισμός εμπλέκεται σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες. Ακόμα, χρειάζεται να γίνει παρέμβαση εάν ο αυνανισμός προκαλεί άγχος/στρες στο άτομο ή άγχος/ στρες σε άλλους (Walsh, 2000).

Αξιολόγηση και η παρέμβαση μπορεί επίσης να χρειαστεί ένα άτομο όταν δεν μπορεί να φτάσει σε οργασμό με την αυτοϊκανοποίηση. Στα άτομα με αναπτυξιακές αναπηρίες και γνωστικές διαταραχές παρουσιάζεται αυτό το πρόβλημα πιο συχνά από ότι σε άτομα τυπικής ανάπτυξης (Kaeser, 1996). Για την σωστή αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού χρειάζεται πρώτα να διεξαχθεί μια ιατρική αξιολόγηση, ώστε να αποκλειστεί η σωματική ή βιολογική αιτία και ύστερα να διερευνηθούν τα ελλείμματα στη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Στη συνέχεια, χρειάζεται να διδαχτούν τα βήματα από ένα θεραπευτή, ώστε να ολοκληρωθεί σωστά η διαδικασία του αυνανισμού (Cicero, 2018).

Η αρνητική επίδραση μιας αναπτυξιακής διαταραχής ή της νοητικής αναπηρίας στη μάθηση, είναι ένας παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά την αξιολόγηση του αναποτελεσματικού αυνανισμού (Kaeser, 1996). Σύμφωνα με τον Tarnai (2006), ο οποίος διεξήγαγε βιβλιογραφική ανασκόπηση των πρακτικών θεραπείας για τον ακατάλληλο αυνανισμό σε άτομα με νοητικές διαταραχές, τα οποία παρουσίαζαν δημόσιο ή / και υπερβολικό αυνανισμό, ο ακατάλληλος αυνανισμός αποδίδεται σε πολλούς παράγοντες, όμως οι πιο συχνοί είναι οι εξής τέσσερις: α) η περιορισμένη πρόσβαση σε σεξουαλικές γνώσεις λόγω υπερπροστασίας ή συνθήκες εγκλεισμού από τους φροντιστές· β) περιορισμοί στις γνωστικές ικανότητες του ατόμου· γ) περιορισμοί στις κοινωνικές ικανότητες του ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης

συναναστροφής με συνομήλικους και δ) περιορισμένες ευκαιρίες για κατάλληλη εκδήλωση της σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Ο Walsh (2000) υπογραμμίζει τις τρεις θεμελιώδεις φιλοσοφικές αρχές που πρέπει να τηρηθούν όταν παρέχεται θεραπεία για ακατάλληλες μορφές αυτοϊκανοποίησης. Πρώτον, ο αυνανισμός είναι φυσιολογικός και υγιής. Δεύτερον, όλη η ανθρώπινη συμπεριφορά, συμπεριλαμβανομένου του αυνανισμού, πρέπει να θεωρηθεί ως μορφή επικοινωνίας και τρίτον, η παρέμβαση πρέπει να αποτελείται από τις λιγότερο περιοριστικές μορφές θεραπείας.

Η βιβλιογραφία γενικά αποδέχεται και προάγει μια εκπαιδευτική προσέγγιση για τον αυνανισμό για τα άτομα με ΔΑΦ (π.χ. Fegan και συν., 1993· Haracopos, 1995· Kempton, 1998· McCool, 1995· Melone & Lettick, 1985). Τα σεξουαλικά προγράμματα εκπαίδευσης διδάσκουν ότι για τον αυνανισμό πρέπει να υπάρχει κατάλληλος χρόνος και τόπος. Όταν ένας ενήλικας με ΔΑΦ αυνανίζεται δημοσίως προτείνει τις ακόλουθες παρεμβάσεις:

1. Διακόψτε τη συμπεριφορά.
2. Υπενθυμίστε στο άτομο τον κατάλληλο χρόνο και τόπο για αυτή τη συμπεριφορά.
3. Παραπέμψετε το άτομο σε μια δραστηριότητα που περιλαμβάνει συγκέντρωση της προσοχής ή σωματική κίνηση ή μια δραστηριότητα που απαιτεί την χρήση και των δύο χεριών.
4. Παραπέμψετε το άτομο σε ένα κατάλληλο μέρος για να έχει ιδιωτικότητα, όπως μπάνιο, ντους, ή ιδιωτικό υπνοδωμάτιο.
5. Ενισχύστε το άτομο ώστε να παραμείνει σε συγκεκριμένους χώρους και παρέχετε ενίσχυση ώστε τα διαλείμματα να γίνουν όπως έχουν προγραμματιστεί, με σκοπό να μειωθούν οι συχνές διαδρομές στο μπάνιο.
6. Παρέχετε οπτικές ενδείξεις για τα προγραμματισμένα διαλείμματα και τον ιδιωτικό ελεύθερο χρόνο, έτσι ώστε το άτομο να μπορεί να προβλέπει και να προγραμματίσει τις προσωπικές του ανάγκες (Fouse & Wheeler, 1997).

### 5.1.3. Σεξουαλική Κακοποίηση

Τα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για τη συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση. Ανάλογα με τη σοβαρότητα της ΔΑΦ και τις αναπτυξιακές αναπηρίες, τα παιδιά με ΔΑΦ μπορεί να χρειάζονται βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει το άγγιγμα από τους ενηλίκους στο σώμα των ατόμων με ΔΑΦ (Murphy, 2011). Ωστόσο, τα παιδιά με αναπηρίες συνήθως δεν εκπαιδεύονται για να διακρίνουν τη σεξουαλική κακοποίηση, γεγονός που τους θέτει σε κίνδυνο (Hibbard & Desch, 2007).

Ο Hingsburger (1995) υποστηρίζει ότι οι φροντιστές έχουν δημιουργήσει άθελα τους μια «φυλακή» για τα άτομα με αναπηρία, μέσω της υπερπροστασίας. Η απόκρυψη σεξουαλικών πληροφοριών, η αποτροπή από το να κάνουν σχέσεις ή ο περιορισμός της λήψης αποφάσεων και τελικά, η απόκρυψη τους ουσιαστικά από την κοινωνία, έχουν περιορίσει και σε πολλές περιπτώσεις, έχουν βλάψει τα άτομα με αναπηρία. Αντίθετα, τα άτομα με ΔΑΦ θα πρέπει να θεωρηθούν ικανά να προστατεύουν τον εαυτό τους όταν τους δοθεί η κατάλληλη υποστήριξη και εκπαίδευση (Hingsburger, 1995).

Οι ενήλικες με ΔΑΦ μπορεί να διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο για θυματοποίηση διαπροσωπικής βίας, η οποία αναφέρεται στη βία και την κακοποίηση που συμβαίνει μεταξύ των ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένης της παιδικής κακοποίησης, της συζυγικής βίας, της εφηβικής ρομαντικής βίας και του εκφοβισμού. Τα άτομα με ΔΑΦ κινδυνεύουν σοβαρά να βιώσουν πολύπλευρη θυματοποίηση κατά την παιδική ηλικία και τον εκφοβισμό και τη σεξουαλική θυματοποίηση στην ενήλικη ζωή τους (Weiss & Fardella, 2018).

Υπάρχει ένδεια ερευνών οι οποίες εξετάζουν τις εμπειρίες διαπροσωπικής βίας στα άτομα με ΔΑΦ, αν και οι υπάρχουσες έρευνες δείχνουν αυξημένο κίνδυνο παιδικής κακοποίησης, εκφοβισμού και σεξουαλικής θυματοποίησης (π.χ. Brown-Lavoie και συν., 2014· Cappadocia, Weiss & Pepler, 2012· Mandell και συν., 2005). Στα παιδιά, η διάγνωση ΔΑΦ συνδέεται με αυξημένες πιθανότητες για σωματική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους τυπικής ανάπτυξης (Sullivan & Knutson, 2000). Αρκετές μελέτες έχουν επίσης διαπιστώσει υψηλά

ποσοστά θυματοποίησης από συνομηλίκους στην παιδική ηλικία (65-77%) (Cappadocia και συν., 2012· Carter, 2009· Mandell και συν., 2005).

Η εκπαίδευση σχετικά με σεξουαλική κακοποίηση θα πρέπει να είναι ένα βασικό στοιχείο της υπεύθυνης σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Ο αυξημένος κίνδυνος για σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών με αναπηρία σχετίζεται με την αδυναμία τους να κατανοήσουν ή να επικοινωνήσουν αυτό που έχει συμβεί ή τι θα συμβεί καθώς και με ποικίλους άλλους παράγοντες (Shakespeare, 1996). Δύο από τα πιο σημαντικά ζητήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν στο τομέα των κοινωνικών-σεξουαλικών σχέσεων είναι το πώς να διδάξουν οι θεραπευτές την κατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά και πώς να διδάξουν την αναγνώριση πιθανών κινδύνων (Turnbull III και συν., 1992). Ο Walcott (1997) αναφέρει ότι, χωρίς την κατάλληλη εκπαίδευση στον τομέα των σεξουαλικών σχέσεων, της υγείας και της φυσικής αγωγής, οι άνθρωποι με μέτρια και σοβαρή αναπηρία εκτίθενται σε κίνδυνο για σεξουαλική εκμετάλλευση, κακή υγεία, κακοποίηση και παραμέληση.

Έχει αναφερθεί ότι το 20% έως το 25% των παιδιών τυπικής ανάπτυξης κακοποιούνται σεξουαλικά και εκτιμάται ότι τα παιδιά με αναπηρίες θα αντιμετωπίσουν αισθητά υψηλότερα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης (Kempton, 1998). Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Mandell και συν. (2005), βρέθηκε ότι 1 στα 5 παιδιά με ΔΑΦ ήταν θύμα σωματικής κακοποίησης, ενώ 1 στα 6 είχε κακοποιηθεί σεξουαλικά. Σε άλλες έρευνες αναφέρεται ότι το 16% έως το 25% των ατόμων με ΔΑΦ έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά (Koller, 2000· Mandell και συν., 2005). Συνεπώς, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι σημαντική για κάθε πληθυσμό, όμως θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για τα άτομα με αναπηρίες (Koller, 2000).

### 5.1.4 Ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά

Οι ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές των ατόμων με ΔΑΦ περιλαμβάνουν την σεξουαλική συμπεριφορά που ερμηνεύεται ως αποκλίνουσα, τις μη φυσιολογικές, καταναγκαστικές συμπεριφορές και σεξουαλικές ενέργειες, τα ακατάλληλα σεξουαλικά θέματα συζήτησης με ξένους ή γνωστούς, τη σεξουαλική βία εναντίων των ατόμων με ΔΑΦ και τη σεξουαλική βία ή τις συμπεριφορές οι οποίες

προέρχονται από άτομα με ΔΑΦ και τις ειδικές παραφιλικές συμπεριφορές και διαταραχές (Parchomiuk, 2018).

Οι ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές περιλαμβάνουν ενέργειες όπως: α) φιλί σε έναν άγνωστο (Clements & Zarowska, 2000)· β) εισβολή στον προσωπικό χώρο ενός ατόμου με το οποίο έχει εμμονή (Green, Gilchrist, Burton & Cox, 2000· Howlin, 2004· Katz & Zemishlany, 2006) και γ) ακατάλληλος αυνανισμός (π.χ. αυνανισμός σε δημόσιο χώρο) (Haracopos & Pendersen, 1992· Ray και συν., 2004). Ακόμα, μερικές μελέτες έχουν αναφέρει περιστατικά ατόμων με ΔΑΦ τα οποία έχουν γίνει σεξουαλικά βίαια (Fujikawa, Umeshita & Mutura, 2002· Kohn και συν., 1998· Murrie και συν., 2002). Στον Πίνακα 5.1 περιγράφονται συνοπτικά οι ενδεικτικές ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές ατόμων με ΔΑΦ και προτεινόμενοι σχετιζόμενοι παράγοντες.

Πίνακας 5.1

*Ενδεικτικές ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές ατόμων με ΔΑΦ και προτεινόμενοι σχετιζόμενοι παράγοντες (Parchomiuk, 2018)*

| **Ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές των ατόμων με ΔΑΦ** | **Παράγοντες που σχετίζονται με τις ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές (ενδεικτικά)** |
|---|---|
| 1. **Παραφιλικές συμπεριφορές και διαταραχές.**<br>2. **Ειδική συμπεριφορά που ερμηνεύεται ως αποκλίνουσα,** π.χ. η ανάγκη για άγγιγμα των ποδιών, τις γυναικείες κάλτσες κ.α. (αίσθηση των διαφορετικών υφών). | • Ειδικά ενδιαφέροντα, αισθητηριακές διαταραχές.<br>• Παραφιλικοί ειδικοί παράγοντες. |
| 1. **Εμφάνιση μη φυσιολογικών, καταναγκαστικών συμπεριφορών και σεξουαλικών ενεργειών,** όπως η τελετουργία του καθημερινού πρωινού αυνανισμού, η χρήση αντικειμένων για σεξουαλική διέγερση και ο σεξουαλικός αυτοτραυματισμός κατά τη διάρκεια του αυνανισμού. | • Συναισθηματικές και αισθητηριακές δυσλειτουργίες.<br>• Αρνητικές συναισθηματικές και σωματικές εμπειρίες.<br>• Έλλειψη διέγερσης (σε άτομα με νοητική υστέρηση). |
| 1. **Σεξουαλικές δυσλειτουργίες που εμποδίζουν τη σεξουαλική επαφή.**<br>2. **Σεξουαλική αποστροφή.** | • Αισθητηριακές διαταραχές.<br>• Χρήση φαρμάκων.<br>• Ψυχωτικές διαταραχές (άγχος).<br>• Αρνητικές σεξουαλικές εμπειρίες. |
| 1. **Δυσκολίες στη λήψη αποφάσεων και στη οριοθέτηση.** | • Έλλειψη εμπειρίας, αδυναμία διάκρισης καταστάσεων και ενεργειών με βάση το προσωπικό συμφέρον. |

| | |
|---|---|
| 2. **Δυσκολία αναγνώρισης των κοινωνικών ενδείξεων (ειδικά στις γυναίκες).** | • Δυσκολίες στην καθιέρωση ορίων συμπεριφοράς.<br>• Έντονη ανάγκη για κοινωνική επαφή που δεν μπορεί να ικανοποιηθεί με οποιονδήποτε άλλο τρόπο. |
| 1. **Ακατάλληλα σεξουαλικά θέματα συζήτησης με ξένους ή γνωστούς** (ερωτήσεις που αφορούν προσωπικές εμπειρίες, ενδιαφέροντα). | • Η έλλειψη εξοικείωσης με τις κοινωνικά αποδέκτες συμπεριφορές, τις κοινωνικές σχέσεις.<br>• Αδυναμία ελέγχου των σκέψεων και του λόγου. |
| 1. **Σεξουαλική βία εναντίων των ατόμων με ΔΑΦ.**<br>2. **Σεξουαλική βία ή συμπεριφορές προερχόμενη από άτομα με ΔΑΦ.** | • Αδυναμία αναγνώρισης καταστάσεων και ενεργειών ως απειλητικών.<br>• Κοινωνικά αφελής, έλλειψη γνώσης για τα προσωπικά δικαιώματα.<br>• Οικονομική, ψυχολογική και σωματική εξάρτηση από τους άλλους.<br>• Τάση να είναι υποτακτικοί και να ακολουθούν κανόνες ευλαβικά.<br>• Χαμηλή αυτοεκτίμηση. |

Η πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειρίδιου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) περιγράφει την παραφιλία ως το οποιοδήποτε έντονο και επίμονο σεξουαλικό ενδιαφέρον, εκτός από το σεξουαλικό ενδιαφέρον για τη διέγερση των γεννητικών οργάνων ή το προκαταρκτικό χάδι με φαινοτυπικά φυσιολογικά, ώριμα, συναινετικά άτομα. Συμπληρωματικά, η παραφιλία μπορεί να χαρακτηριστεί

ως το οποιοδήποτε σεξουαλικό ενδιαφέρον που χαρακτηρίζεται μεγαλύτερο ή ίσο από τα φυσιολογικά σεξουαλικά ενδιαφέροντα (American Psychiatric Association, 2013).

Οι παραφιλικές διαταραχές ορίζονται ως τις παραφιλίες που προκαλούν κλινικά σημαντικό άγχος ή δυσλειτουργία στο άτομο ή τις παραφιλίες στις οποίες η ικανοποίηση τους συνεπάγεται προσωπική βλάβη ή κίνδυνο βλάβης (American Psychiatric Association, 2013). Στο DSM-5 προσδιορίζονται 8 κύριες παραφιλικές διαταραχές οι οποίες περιγράφονται συνοπτικά στον Πίνακα 5.2.

Πίνακας 5.2

*Παραφιλικές διαταραχές (American Psychiatric Association, 2013)*

| Παραφιλικές Διαταραχές | Χαρακτηριστικά |
|---|---|
| **Επιδειξιομανία** | Σεξουαλική διέγερση από την έκθεση των γεννητικών οργάνων του ιδίου ή σεξουαλικά όργανα σε ένα άτομο χωρίς τη συναίνεση του. |
| **Φετιχισμός** | Σεξουαλική διέγερση μέσω παιχνιδιού με μη ζωντανά αντικείμενα. |
| **Εφαψιμανία** | Σεξουαλική διέγερση με το τρίψιμο των γεννητικών οργάνων του ατόμου εναντίον ενός ατόμου χωρίς τη συναίνεση του. |
| **Παιδοφιλία ή παιδεραστία** | Πρωταρχική ή αποκλειστική σεξουαλική έλξη με παιδιά προεφηβικής ηλικίας. |
| **Σεξουαλικός σαδισμός** | Σεξουαλική διέγερση από την πρόκληση ψυχολογικού ή σωματικού πόνου ή ταλαιπωρίας στον σεξουαλικό σύντροφο. |
| **Σεξουαλικός μαζοχισμός** | Σεξουαλική διέγερση από τη δέσμευση, τον ξυλοδαρμό ή με άλλο τρόπο, ώστε ο |

| | |
|---|---|
| | σεξουαλικός σύντροφος να υποστεί σωματικό πόνο ή ταπείνωση. |
| **Παρενδυσία** | Σεξουαλική διέγερση μέσω της αμφίεσης ή της υπόκρισης με στυλ ή τρόπο που παραδοσιακά συνδέεται με το αντίθετο φύλο. |
| **Ηδονοβλεψία** | Σεξουαλική διέγερση από την παρακολούθηση άλλων όταν αυτοί είναι γυμνοί ή συμμετέχουν σε σεξουαλική δραστηριότητα. |

Στην έρευνα που πραγματοποίησαν ο Fernandes και συν. (2016), το 10% των ατόμων με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας παρουσίασε ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές και το 24% των ατόμων με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας παρουσίασε παραφιλικές σεξουαλικές φαντασιώσεις ή συμπεριφορές, όπως η παιδοφιλία, η ηδονοβλεψία και ο σαδομαζοχισμός. Ωστόσο, πολύ λίγες μελέτες υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την ΔΑΦ και τη σχέση της με την παραφιλία και η πλειοψηφία των δημοσιευμένων αποτελεσμάτων προέρχεται από το ιστορικό των συμμετεχόντων. Ακόμα, δεν υπάρχουν επίσημα δεδομένα σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης παραφιλιών στη διεθνή βιβλιογραφία (Kolta & Rossi, 2018).

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι όροι για να περιγράψουν τις σεξουαλικές συμπεριφορές, οι οποίες εκδηλώνονται ποσοτικά πάνω από τον μέσο όρο, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής εξάρτησης, του σεξουαλικού καταναγκασμού, της σεξουαλικής εμμονής και της υπερσεξουαλικότητας. Με τον όρο υπερσεξουαλική συμπεριφορά ή υπερσεξουαλικότητα νοούνται οι σεξουαλικές φαντασιώσεις, η σεξουαλική επιθυμία και οι σεξουαλικά προσανατολισμένες συμπεριφορές, οι οποίες εκδηλώνονται ποσοτικά πάνω από τον μέσο όρο (Schöttle, Briken, Tüscher & Turner, 2017).

Στη μελέτη που πραγματοποιήσαν οι Ruble και Dalrymple (1993), η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 100 φροντιστών (γονέων ή κηδεμόνων) σχετικά με τη

σεξουαλική γνώση και τη συμπεριφορά των παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με ΔΑΦ, τα ευρήματα έδειξαν ότι τα άτομα με ΔΑΦ, που ήταν στην φροντίδα τους, είχαν εμπλακεί σε αρκετές ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές. Ορισμένες από αυτές τις συμπεριφορές που εντοπίστηκαν ήταν: αυνανισμός σε δημόσιο χώρο (23%), ακατάλληλη επαφή με το αντίθετο φύλο (18%) και χρήση ασυνήθιστων αντικειμένων για αυνανισμό (14%). Ωστόσο, η συχνότερη ανησυχία που εκδήλωσαν οι φροντιστές ήταν το ακατάλληλο άγγιγμα των γεννητικών οργάνων σε δημόσιο χώρο (65%).

Παρά τα ερευνητικά ευρήματα που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με διάγνωση ΔΑΦ δεν έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά σε σχέση με άτομα τυπικής ανάπτυξης (Gómez de la Cuesta, 2010· Mouridsen, 2012), υπάρχει μια εκτίμηση στη σχετική βιβλιογραφία ότι τα άτομα με ΔΑΦ μπορεί να υπερ-εκπροσωπούνται σε πληθυσμούς παραβατών (Browning & Caulfield, 2011· Haskins & Silva, 2006). Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο δεν είναι σαφές πόσοι παραβάτες με ΔΑΦ κρατούνται σε φυλακές ή είναι υπό το καθεστώς επιτήρησης. Δεν υπάρχουν επίσημες στατιστικές αυτού του είδους και για το θέμα έχουν ασχοληθεί λίγες έρευνες. Σε ένα ψυχιατρικό περιβάλλον στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο πληθυσμός ατόμων με σύνδρομο Asperger βρέθηκε να είναι σημαντικά μεγαλύτερος από τον γενικό πληθυσμό (Hare, Gould, Mills & Wing, 1999· Scragg & Shah, 1994).

### 5.1.5. Παράγοντες συμβάλλουν στη ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά ατόμων με ΔΑΦ

Στην ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας, που πραγματοποίησαν οι Creaby-Attwood και Allely (2017), βρέθηκε ότι υπάρχουν αρκετές μελέτες που διαπίστωσαν ότι τα άτομα με ΔΑΦ δεν εντάσσονται στις ομάδες με αυξημένο κίνδυνο να παρανομήσουν (π.χ. Mouridsen, 2012· Woodbury-Smith, Clare, Holland & Kearns, 2006). Εντούτοις, η βιβλιογραφική ανασκόπηση φαίνεται να δείχνει ότι συγκεκριμένα δομικά χαρακτηριστικά της ΔΑΦ απαντώνται συχνά σε άτομα με ΔΑΦ που διαπράττουν εγκλήματα (Attwood, 2006· Barry-Walsh & Mullen, 2004· Haskins & Silva, 2006· Howlin, 2004· Murrie και συν., 2002).

Σε πρόσφατη δημοσίευσή τους, οι Mogavero και Mogavero (2016) διαπίστωσαν ότι αρκετές μελέτες έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό της αποκλίνουσας συμπεριφοράς ή της σεξουαλικής παρενόχλησης που διαπράττουν άτομα με ΔΑΦ συχνά οφείλεται στα χαρακτηριστικά της ΔΑΦ και όχι στο μίσος. Για παράδειγμα, άτομα με ΔΑΦ και με μειωμένη ενσυναίσθηση/ ικανότητα στη «Θεωρία του Νου» ή μια έντονη εμμονική προσκόλληση με ένα ενδιαφέρον ή άτομο, μπορεί να οδηγηθούν σε εγκληματική ενέργεια (Haskins & Silva, 2006). Η μειωμένη ικανότητα στη «Θεωρία του Νου» μπορεί να είναι επιζήμια για την ικανότητα του ατόμου να κατανοεί τις κοινωνικές ενδείξεις. Μπορεί επίσης να επηρεάσει αρνητικά τον έλεγχο των παρορμήσεων και την ενσυναίσθηση. Αυτά τα άτομα φαίνεται ότι αγνοούν πραγματικά την βλάβη που προκάλεσαν στα θύματα τους (Murrie και συν., 2002).

Ένας άλλος παράγοντας που θεωρείται ότι συμβάλλει στη ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά ατόμων με ΔΑΦ είναι η «μειωμένη ικανότητα να ερμηνεύουν κατάλληλα τις αρνητικές αντιδράσεις του θύματος» στις σεξουαλικές τους συμπεριφορές (Freckelton & List, 2009). Αυτή η έννοια της ελλειμματικής ενσυναίσθησης, η οποία είναι μια κοινή εξήγηση για τη συμπεριφορά ατόμων με ΔΑΦ, είναι μια άποψη που υποστηρίζεται και από άλλους ερευνητές (π.χ. Attwood, 2006· Wing, 1981).

Έχει επίσης προταθεί ότι, λόγω της ελάχιστης, ή πλήρους απουσίας εμπειρίας σε ρομαντικές σχέσεις, ορισμένα άτομα με ΔΑΦ μπορεί να δυσκολευτούν να εκφράσουν τη σεξουαλικότητά τους στα πλαίσια μιας κατάλληλης σεξουαλικής συμπεριφοράς. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε παραβατική σεξουαλική συμπεριφορά ως αποτέλεσμα της σεξουαλικής ματαίωσης (Murrie και συν., 2002). Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει στη ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά ατόμων με ΔΑΦ είναι ότι ο μειωμένος έλεγχος της παρόρμησης και της ενσυναίσθησης μπορεί να μειώσει την ικανότητα του ατόμου να κατανοήσει τις συνέπειες των πράξεων του και να ενεργήσει «χωρίς σκέψη» (Haskins & Silva, 2006).

Το εμμονικό ενδιαφέρον που συχνά εκδηλώνεται από άτομα με ΔΑΦ έχει επίσης θεωρηθεί ως ένας από τους παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στη παραβατική σεξουαλική συμπεριφορά. Υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις όπου τα άτομα με ΔΑΦ ενδέχεται να επιδοθούν σε μια τέτοια εγκληματική συμπεριφορά ως αποτέλεσμα των σεξουαλικών εμμονών τους (Creaby-Attwood & Allely, 2017).

Τα παιδιά με ΔΑΦ που εμφανίζουν σεξουαλικά ακατάλληλες συμπεριφορές, χωρίς παράλληλα να διδάσκονται κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους συμπεριφοράς σε δημόσιους χώρους, κινδυνεύουν για παράβαση του νομικού πλαισίου, όπως για παράδειγμα τους νόμους που αφορούν τη δημόσια αιδώ. Αυτές οι ακατάλληλες συμπεριφορές θέτουν τα άτομα με ΔΑΦ σε αυξημένο κίνδυνο αρνητικών συνεπειών και νομικής τιμωρίας (Stokes και συν., 2007).

### 5.1.6. Νομικά προβλήματα- Σεξουαλικά αδικήματα

Εκτός του ότι μπορεί να είναι θύματα κακοποίησης, τα παιδιά με ΔΑΦ, μπορεί επίσης να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για να εμπλακούν σε νομικές διενέξεις που προκύπτουν από ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές. Οι γονείς των παιδιών με διάγνωση ΔΑΦ ανησυχούν ότι τα παιδιά τους μπορεί να συμπεριφέρονται ανάρμοστα σε δημόσιους χώρους και αυτό να οδηγήσει σε νομικά προβλήματα, όπως το να χαρακτηριστούν ως δράστες σεξουαλικών εγκλημάτων (Nichols & Blakeley-Smith, 2009). Οι έφηβοι με ΔΑΦ είναι πιο πιθανό να έχουν ελλιπή γνώση της σεξουαλικής ορθότητας, η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει σε ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές που μπορούν να θεωρηθούν παραβατικές (Stokes και συν., 2007).

Παράλληλα με τις εμπρηστικές και τις εγκληματικές βλάβες, τα σεξουαλικά αδικήματα φαίνεται να είναι πιο συνηθισμένα από άλλα είδη εγκλημάτων που διαπράττονται από τους παραβάτες με ΔΑΦ (Gómez de la Cuesta, 2010· Mouridsen, 2012). Τα πειραματικά δεδομένα που αξιολογούν την υποτροπή των παραβατών με ΔΑΦ είναι περιορισμένα (Higgs & Carter, 2015).

Η έλλειψη κοινωνικής κατανόησης σημαίνει ότι ένα νεαρό άτομο με ΔΑΦ μπορεί να συμμετάσχει σε ακατάλληλες δραστηριότητες. Υπάρχουν αρκετές αναφορές περιπτώσεων στη βιβλιογραφία ατόμων με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας που έχουν ακατάλληλες συμπεριφορές (σεξουαλικές εμμονές) ή εμμονή με κάποιο άλλο άτομο (Stokes & Kaur, 2005). Ο Howlin (1997) αναφέρει αρκετές περιπτώσεις ατόμων με ήπιο αυτισμό οι οποίοι παρακολουθούσαν ή εισέβαλαν σε ιδιωτικό χώρο κατά προσώπων που είχαν γίνει εμμονικοί. Η έλλειψη κοινωνικής κατανόησης μπορεί επίσης να οδηγήσει στη έλλειψη κατανόησης της ευπρεπούς συμπεριφοράς από άτομα

με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας. Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα με ΔΑΦ μπορεί να παρουσιάσουν σεξουαλικές συμπεριφορές με ακατάλληλο τρόπο, όπως απένδυση και αυνανισμό σε δημόσιους χώρους (Haracopos & Pedersen, 1992· Ruble & Dalrymple, 1993), ερωτικές διενέξεις με αγνώστους (Clements & Zarowska, 2000) και απαγωγή του αγαπημένου τους προσώπου (σεξουαλικά προσανατολισμένες) (Murrie και συν., 2002). Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΔΑΦ στην ανάπτυξη κατάλληλων συναινετικών σεξουαλικών σχέσεων μεταξύ ενηλίκων, εξαιτίας της δυσλειτουργίας στη κοινωνική νοημοσύνη, μπορεί να είναι ένας από τους παράγοντες που συμβάλει στον αυξημένο κίνδυνο σεξουαλικής παρενόχλησης σε άτομα με ΔΑΦ (Allely & Creaby-Attwood, 2016· Higgs & Carter, 2015).

Συμπερασματικά, ο συνδυασμός της κακής κοινωνικής κατανόησης, η ψυχαναγκαστική μανία και η έλλειψη κατανόησης της ευπρεπούς συμπεριφοράς, μπορεί να οδηγήσουν τα άτομα με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό στην καταδίωξη, στην παρενόχληση και στον εκφοβισμό ενός άλλου ατόμου με το οποίο επιθυμούν να συσχετισθούν (Stokes & Kaur, 2005).

### 5.1.7. Ηλεκτρονική Σεξουαλική παρενόχληση στα άτομα με ΔΑΦ

Καθώς εξελισσόμαστε τεχνολογικά, τα άτομα με ΔΑΦ ενδέχεται να βρεθούν αντιμέτωποι με νέες προκλήσεις. Είναι γεγονός ότι οι διαδικτυακές γνωριμίες είναι ευκολότερο να γίνουν ή είναι πιο ελκυστικές από τις διαπροσωπικές επαφές και μπορεί να είναι μια διέξοδος για κάποια άτομα με ΔΑΦ, προσφέροντας τους έναν τρόπο επικοινωνίας και γνωριμίας για ρομαντικές και σεξουαλικές επαφές (Dewinter και συν., 2015). Για παράδειγμα, αν και ορισμένα άτομα με ΔΑΦ μπορεί να προτιμούν την απρόσωπη και «μηχανιστική» κοινωνική δικτύωση, οι πρόσωπο-με-πρόσωπο κοινωνικές αλληλεπιδράσεις εξακολουθούν να είναι δύσκολες. Οι προκλήσεις αυτές επιδεινώνονται από την απρόσωπη φύση της κοινωνικής δικτύωσης, όπου πολλά ορατά κοινωνικά ερεθίσματα απουσιάζουν και η επικοινωνία μπορεί να είναι πιο απρόσωπη και δύσκολο να ερμηνευθεί (Dewinter και συν., 2015).

Υπάρχουν αρκετοί και διαφορετικοί κίνδυνοι που σχετίζονται με τις διαδικτυακές δραστηριότητες για τα άτομα με ΔΑΦ, όπως ο εθισμός, εκφοβισμός, η

παιδική πορνογραφία, η παραβίαση της ιδιωτικότητας, η σεξουαλική εκμετάλλευση και η αποπλάνηση, ωστόσο, στην έρευνα που πραγματοποιήσαν οι Dewinter και συν. (2015), μόνο ένας μικρός αριθμός ατόμων με ΔΑΦ ανέφεραν συμπεριφορές που μπορεί να προκαλέσουν ανησυχία στις διαδικτυακές δραστηριότητες.

Λόγω των πρόσφατων ανησυχιών για πιθανή θυματοποίηση μέσω της κοινωνικής δικτύωσης, διάφορες οργανώσεις έχουν αναπτύξει ιστοσελίδες κοινωνικής δικτύωσης ειδικά για τα άτομα με ΔΑΦ, οι οποίες μπορεί να παρέχουν ένα πολλά υποσχόμενο χώρο για τα μέλη της κοινότητας των ατόμων με ΔΦ που θα μπορούν να μοιραστούν ιδέες, απόψεις, πληροφορίες και να συμμετάσχουν σε κοινωνικές σχέσεις με έναν πιο προστατευμένο τρόπο (Koegel, Detar, Fox & Koegel, 2014).

## 5.2. Προγράμματα Σεξουαλικής Εκπαίδευσης

Τα αναπτυξιακά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΑΦ επηρεάζουν πολλούς τομείς της λειτουργικότητας τους, κυρίως όμως την ικανότητα του ατόμου να κατανοεί και να εξελίσσεται σε σχέση με τις άρρητες κοινωνικές προσδοκίες (Ballan & Freyer, 2017). Κατά την εφηβεία, ο κοινωνικός περίγυρος ενός ατόμου διευρύνεται σημαντικά, με τις σχέσεις μεταξύ των συνομήλικων να αποκτούν ολοένα και μεγαλύτερη σημαντικότητα και να αποτελούν προτεραιότητα (Adams & Sheslow, 1985). Οι δυσκολίες κοινωνικοποίησης και επικοινωνίας που ενυπάρχουν στους εφήβους με ΔΑΦ αποτελούν ένα μεγάλο μειονέκτημα, καθώς δυσχεραίνουν την εκμάθηση κοινωνικών κανόνων σχετικά με τις αποδεκτές σεξουαλικές συμπεριφορές, σε σύγκριση με τους συνομήλικους τους (Sullivan & Caterino, 2008). Οι συνομήλικοι αποτελούν μια σημαντική άτυπη πηγή πληροφόρησης για θέματα που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα κατά την εφηβεία. Ωστόσο, αυτό δε φαίνεται να συμβαίνει με τους εφήβους με ΔΑΦ, λόγω των δυσκολιών που παρουσιάζουν στον τομέα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Συνεπώς, ενδέχεται να αποκτήσουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με τη σεξουαλικότητα και τις σχέσεις, μέσω των δικών τους παρατηρήσεων, από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης ή από τους γονείς τους (Nichols & Blakeley-Smith, 2009), οι οποίοι συχνά στερούνται κατάρτιση ή πόρους για την παροχή ουσιαστικής εκπαίδευσης σε αυτόν τον τομέα.

Στη σημερινή εποχή είναι δεδομένο ότι όλα τα άτομα έχουν το δικαίωμα για σεξουαλική εκπαίδευση, ανεξαρτήτως από το επίπεδο λειτουργικότητάς τους. Μια τέτοια εκπαίδευση, μαζί με πληροφορίες σχετικά με τη σεξουαλική κακοποίηση, θα πρέπει να περιλαμβάνονται σε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα σεξουαλικότητας ατόμων με ΔΑΦ (Koller, 2000). Ο στόχος της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης πρέπει να είναι η προστασία του ατόμου από τη σεξουαλική εκμετάλλευση, η εκπαίδευση μιας υγιούς συμπεριφοράς για τις κοινωνικά αποδεκτές εκφάνσεις της σεξουαλικότητας και η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του ατόμου. Επιπροσθέτως, η σεξουαλική εκπαίδευση πρέπει να παρέχεται με συνέπεια και με κοινή λογική. Θα πρέπει να είναι συνεχής και να ενισχύει συνεχώς τις κατάλληλες συμπεριφορές ενώ να αποθαρρύνει τις ακατάλληλες (Koller, 2000). Από τα αποτελέσματα της έρευνας, που πραγματοποιήθηκε από τους Mehzabin και Stokes (2011), διαπιστώθηκε ότι οι ίδιοι οι συμμετέχοντες με ΔΑΦ ανέφεραν ότι θα μπορούσαν να επωφεληθούν από ένα πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Πολύ συχνά, οι έφηβοι με ΔΑΦ λαμβάνουν σεξουαλική εκπαίδευση μόνο αφού παρουσιάσουν μια προβληματική σεξουαλική συμπεριφορά (Tullis & Zangrillo, 2013). Η σεξουαλική εκπαίδευση μπορεί να καθυστερήσει λόγω της ανησυχίας των γονέων και των φροντιστών ότι η σεξουαλική εκπαίδευση είναι ικανή να επιφέρει αύξηση της σεξουαλικής συμπεριφοράς (Hénault, 2006). Ωστόσο, όταν η σωματική ωρίμανση προηγείται από την συναισθηματική ωρίμανση ή την πλήρη ανάπτυξη των γνωστικών δεξιοτήτων, όπως συμβαίνει σε άτομα με ΔΑΦ, ο βαθμός με τον οποίο οι έφηβοι με ΔΑΦ είναι σε θέση να προσαρμοστούν σε αυτή την αλλαγή εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό, από την υποστήριξη και την εκπαίδευση που λαμβάνουν από τις οικογένειες τους και τους φροντιστές τους (Wallis, 2000).

Η σεξουαλική εκπαίδευση δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο σε ένα πλαίσιο και οι δεξιότητες που αποκτώνται πρέπει να μπορούν να γενικευτούν σε πολλά πλαίσια. Οι θεραπευτές μπορούν να ενισχύσουν τη σεξουαλική εκπαίδευση μέσω της συνεργασίας με τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς για να ενθαρρύνουν την ενίσχυση των αποτελεσματικών τεχνικών σε όλες τις πτυχές της ζωής ενός εφήβου με ΔΑΦ. Η εκπαίδευση μπορεί να πραγματοποιηθεί σε διάφορα πλαίσια της καθημερινότητας ενός εφήβου, όπως σε δημόσιους χώρους, οι οποίοι μπορεί να χρησιμοποιηθούν σαν ευκαιρία για τη διερεύνηση των συναισθημάτων του έφηβου ή η προβολή μιας τηλεοπτικής διαφήμισης για σερβιέτα υγείας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αφορμή για

συζήτηση για την προσωπική υγιεινή (Ballan & Freyer, 2017). Η επικοινωνία αυτών των πληροφοριών με ένα σύντομο και απλό τρόπο, κάνοντας ταυτόχρονη χρήση κατάλληλων συμπεριφορικών παρεμβάσεων, συμβάλλει στην ενίσχυση των δεξιοτήτων που διδάσκονται οι έφηβοι με ΔΑΦ στα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής. Συχνά, οι ενήλικες ή οι συνομήλικοι παρέχουν άθελα τους ενίσχυση με τις αντιδράσεις ή τις αποδοκιμασίες τους, οι οποίες με τη σειρά τους λειτουργούν ως ενίσχυση ή τιμωρία (Ballan & Freyer, 2017).

Τα περισσότερα προγράμματα σεξουαλικής εκπαίδευσης, που αναπτύχθηκαν για παιδιά και ενήλικες με ΔΑΦ, δεν έχουν αξιολογηθεί για να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα τους (Tarnai, 2006). Επιπλέον, στις περισσότερες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στον τομέα της ΔΑΦ και της σεξουαλικότητας συμμετείχαν ενήλικες με ΔΑΦ και δεν έχουν εντοπιστεί έρευνες οι οποίες εξετάζουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΔΑΦ καθώς εισέρχονται στην εφηβεία και την ενηλικίωση (Travers, Tincani, Whitby & Boutot, 2014). Η έρευνα σχετικά με τη σεξουαλικότητα και την ΔΑΦ επικεντρώνεται, σε μεγάλο βαθμό, στους άνδρες, με περιορισμένη διερεύνηση των αναγκών των γυναικών με ΔΑΦ (Cridland, Jones, Caputi & Magee, 2014).

Υπάρχουν διάφορες στρατηγικές που αποσκοπούν στη μείωση της ανάρμοστης σεξουαλικής συμπεριφοράς και την προώθηση της σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης σε εφήβους με ΔΑΦ. Η έρευνα που πραγματοποίησαν οι Ballan και Freyer (2017) εξέτασε τεχνικές, οι οποίες βασίζονται στην Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς, με σκοπό την εφαρμογή τους σε προγράμματα σεξουαλικής αγωγής. Η αποτελεσματικότητα της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς για την εκπαίδευση ατόμων με ΔΑΦ έχει τεκμηριωθεί (π.χ. Makrygianni, Gena, Katoudi & Galanis, 2018), όμως δεν έχει αξιολογηθεί εκτεταμένα στο πλαίσιο της σεξουαλικής εκπαίδευσης (Travers & Whitby, 2014). Τα θέματα σχετικά με τη σεξουαλικότητα δεν αφορούν μόνο την ιδιωτική ζωή του ατόμου, αντίθετα, σχετίζονται με καταστάσεις που μπορούν να παρουσιαστούν σε ποικίλα πλαίσια, όπως στο σχολείο, σε ένα πάρτι, στο παντοπωλείο κ.τ.λ. (Ballan & Freyer, 2017).

Τα προγράμματα σεξουαλικής εκπαίδευσης για τα άτομα με ΔΑΦ που εμφανίζονται περισσότερο στη διεθνή βιβλιογραφία είναι τέσσερα: α) πρόγραμμα των Κέντρων Devereux· β) πρόγραμμα του ιδρύματος Benhaven· γ) πρόγραμμα του Haracopos (1995) και δ) πρόγραμμα της Hénault (2006). Οι αρχές των προγραμμάτων

αυτών είναι κοινές και γενικά δε διαφέρουν πολύ μεταξύ τους. Όλα τα προγράμματα αποδέχονται και προάγουν την αυτοϊκανοποίηση σαν μια βασική μορφή εκτόνωσης της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ και εκπαιδεύουν τα άτομα σε θέματα όπως: τα μέρη του σώματος, η αναπαραγωγή, ο έλεγχος των γεννήσεων, η σεξουαλική υγεία και η ευαισθητοποίηση σε θέματα κακοποίησης.

Η εμφανής συνάρτηση της σεξουαλικής συμπεριφοράς, της συμπεριφοράς της ιδιωτικότητας και της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης από την ηλικία και την κοινωνική συμπεριφορά, καταδεικνύει την ανάγκη για σύνταξη εξατομικευμένων προγραμμάτων σεξουαλικής εκπαίδευσης για εφήβους με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό, στα οποία θα δίνεται έμφαση την κοινωνική αλληλεπίδραση. Για να σχεδιαστεί κατάλληλο πρόγραμμα παρέμβασης για εφήβους με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τις συμπεριφορές που εμφανίζονται σε αυτήν την ομάδα που είναι προβληματικές και δεν αποτελούν μέρος του τυπικού ρεπερτορίου των συμπεριφορών των εφήβων (Stokes & Kaur, 2005).

Μια ανασκόπηση των προγραμμάτων αυτών αναδεικνύει τις συγκεκριμένες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι κηδεμόνες και οι επαγγελματίες των ατόμων με ΔΑΦ, ενώ προσφέρουν τη δυνατότητα επιλογής. Το πρώτο πρόγραμμα σεξουαλικής εκπαίδευσης από τα Κέντρα Devereux για παιδιά και ενήλικες με ΔΑΦ, προϋποθέτει δύο βασικούς κανόνες πριν από την έναρξη διδασκαλίας για τη σεξουαλικότητα:

1. Οι γονείς είναι τα κατάλληλα πρόσωπα για να προάγουν την σεξουαλική αγωγή. Εάν, για οποιονδήποτε λόγο, οι γονείς δεν μπορούν να αναλάβουν αυτό το καθήκον, οι εκπαιδευτικοί ή οι θεραπευτές του παιδιού θα κληθούν να καλύψουν αυτό το ρόλο.
2. Είναι φυσιολογικό και φυσικό για κάθε άνθρωπο να εκφράσει την σεξουαλικότητα του, ανεξάρτητα από την κατάσταση αναπηρίας ή το επίπεδο λειτουργικής ικανότητας (McCool, 1995).

Η διδασκαλία θα πρέπει να περιλαμβάνει το σύνολο ή μέρος από τα ακόλουθα θέματα, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε μαθητή: τα μέρη του σώματος, την αναπαραγωγή, την αντισύλληψη, τη σεξουαλική υγεία, τον σεξουαλικό κύκλο ζωής από τη γέννηση μέχρι το θάνατο, τη σεξουαλική συμπεριφορά των ανδρών και των γυναικών, γνωριμίες, το γάμο, την ανατροφή των παιδιών, δημιουργία σχέσεων, την ευαισθητοποίηση στα θέματα κακοποίησης, ζητήματα ορίων και την αυτοεκτίμηση. Οι

εκπαιδευτικοί θα πρέπει να αξιολογούν την ικανότητα του μαθητή να σκέφτεται επαγωγικά και αφαιρετικά, προκειμένου να καθορίσει εάν μπορεί να χρησιμοποιηθεί οπτικοακουστικό υλικό (McCool, 1995).

Το δεύτερο πρόγραμμα σεξουαλικής εκπαίδευσης, βασίζεται στο ίδρυμα Benhaven που βρίσκεται στο New Haven, Connecticut, που προσφέρει εξατομικευμένες υπηρεσίες για παιδιά και ενήλικες με ΔΑΦ. Οι Melone και Lettick (1985) εξηγούν ότι Benhaven παρέχει εκπαίδευση για τη σεξουαλικότητα η οποία βασίζεται στις ακόλουθες αρχές:

1. Πρέπει να διδάξουμε τους μαθητές σεξουαλικές συμπεριφορές που θα είναι κοινωνικά αποδεκτές και κατάλληλες για την εφηβική ηλικία αλλά και για την ενήλικη ζωή.

2. Δεν πρέπει να υπάρχει καμία αποδοκιμασία σχετικά με τον αυνανισμό, αφού είναι ίσως το μοναδικό είδος σεξουαλικής ικανοποίησης που θα είναι διαθέσιμο στους σπουδαστές μας κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Οι μαθητές πρέπει να διδάσκονται, ωστόσο, ότι ο αυνανισμός είναι μη-αποδεκτή συμπεριφορά σε δημόσια μέρη και θα πρέπει να ενημερώνονται για το πού είναι επιτρεπτό να αυνανίζονται.

Οι πιθανοί φοιτητές αξιολογούνται σε ατομικό επίπεδο πριν από την έναρξη του προγράμματος σεξουαλικότητας για να προσδιοριστεί η γλωσσική τους ικανότητα, το επίπεδο της κοινωνικής τους λειτουργικότητας και τέλος, η συναισθηματική ωριμότητα. Αυτό το πρόγραμμα σεξουαλικής εκπαίδευσης δεν αφορά άτομα που εμφανίζουν ή θα παρουσιάζουν υψηλή κοινωνική ανάπτυξη ή αντίθετα, χαμηλή κοινωνική ανάπτυξη. Οι μαθητές διδάσκονται την αναγνώριση των μερών του σώματος, την έμμηνο ρύση, τον αυνανισμό, πληροφορίες σχετικά με τις ιατρικές εξετάσεις, την προσωπική υγιεινή και την κοινωνική συμπεριφορά. Θέματα όπως γνωριμίες, γάμος, αντισύλληψη και τοκετό, έχουν παραλειφθεί (Melone & Lettick, 1985).

Στο τρίτο πρόγραμμα, ο Haracopos (1995) παρουσιάζει τις ακόλουθες γενικές πολιτικές για την αντιμετώπιση της σεξουαλικότητας για παιδιά και νεαρούς ενήλικες με ΔΑΦ στη Δανία:

1. Τα άτομα με αυτισμό θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα και τη δυνατότητα να έχουν σεξουαλική ζωή, σύμφωνα με τις επιθυμίες, τις ανάγκες τους και το τι μπορούν να διαχειριστούν.

2. Οι άνθρωποι με ΔΑΦ έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν καθοδήγηση και υποστήριξη σε σχέση με τα σεξουαλικά θέματα.
3. Η εκμάθηση της κατάλληλης κοινωνικής συμπεριφοράς, σε σχέση με τη σεξουαλικότητα, πρέπει να γίνεται σε συνάρτηση με τους κοινωνικούς κανόνες και τους κανόνες του τόπου διαβίωσης των ατόμων με ΔΑΦ.
4. Το είδος της καθοδήγησης θα πρέπει πρώτα να εξαρτάται από το πόσο απαιτητικό και προφανή είναι το σεξουαλικό πρόβλημα για τον άνθρωπο και το περιβάλλον του.
5. Η σεξουαλικότητα πρέπει να εξεταστεί σε ένα γενικό πλαίσιο, έτσι ώστε η σεξουαλική εκπαίδευση και κατάρτιση να μην αποτελείται μόνο από το να μαθαίνουν τα άτομα με ΔΑΦ πώς να αυνανίζονται και πώς να έχουν επιτυχή οργασμό, αλλά να ενισχύεται η ευαισθητοποίηση του ατόμου και να υπάρχει υποστήριξη για την κατανόηση των σωματικών και συναισθηματικών αλλαγών σε σχέση με την σεξουαλική επιθυμία.
6. Όταν ένα άτομο με ΔΑΦ κατευθύνει το σεξουαλικό ενδιαφέρον του σε κάποιο άλλο πρόσωπο, θα πρέπει να αποφασιστεί κατά πόσο πρέπει να υποστηριχτεί μια τέτοια επαφή, δεδομένου ότι για να βιώσει τη σεξουαλικότητα με ένα άλλο άτομο θα πρέπει να δείξει τρυφερότητα, φροντίδα και ενσυναίσθηση. Πρέπει να λάβουμε υπόψη μας όμως, ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων με ΔΑΦ έχουν εξαιρετική δυσκολία στο να σχετίζονται με άλλους ανθρώπους (Haracopos, 1995).

Τέλος, σύμφωνα με την Hénault (2006), τα προγράμματα σεξουαλικής παρέμβασης πρέπει να παρέχουν πληροφορίες, να αναπτύσσουν αξίες, να επιδιώκουν διαπροσωπικές σχέσεις και να εκπαιδεύουν τους ανθρώπους να είναι υπεύθυνοι με την σεξουαλική τους συμπεριφορά. Τα προγράμματα αυτά πρέπει να προσεγγίζουν το θέμα της σεξουαλικότητας σφαιρικά και να συμπεριλαμβάνουν έννοιες, όπως η τρυφερότητα, η σεξουαλική έλξη, η αγάπη, η επικοινωνία, η σεξουαλική απόκλιση και η ικανοποίηση. Ακόμα, πρέπει να αναλύουν την σεξουαλικότητα, τα θέματα φύλου, τις σεξουαλικές ανάγκες και την σεξουαλική ανάπτυξη.

Τα προγράμματα σεξουαλικής ανάπτυξης που είναι σχεδιασμένα για τα άτομα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος πρέπει να αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της

συνολικής παρέμβασης των ατόμων αυτών. Είναι γεγονός ότι όσο περισσότερο ενημερωμένοι είναι για τα θέματα σεξουαλικότητας τα άτομα με ΔΑΦ, οι επιλογές που θα κάνουν σε σχέση με την σεξουαλική τους ζωή θα είναι περισσότερο αυτόνομες και θα βασίζονται στη γνώση που έχουν αποκομίσει. Έτσι, όχι μόνο μειώνεται ο κίνδυνος για τη σεξουαλική εκμετάλλευση τους, αλλά έχουν και τη δυνατότητα για μια υγιή σεξουαλική ζωή (Hénault, 2006).

Η εφαρμογή του προγράμματος σεξουαλικής εκπαίδευσης παρέχει αρκετά πλεονεκτήματα στα άτομα με ΔΑΦ. Εκτός από τις γνώσεις και την σφαιρική εκπαίδευση σχετικά με την σεξουαλικότητα, η φύση του προγράμματος, κεντρίζει το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων. Η συνεργασία, ο σεβασμός και το ενδιαφέρον που δείχνουν οι συμμετέχοντες είναι τα κίνητρα για την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Στα πλεονεκτήματα του προγράμματος συγκαταλέγεται και η δυνατότητα, μετά από κάθε συνεδρία, οι συμμετέχοντες να εκφράσουν τις ερωτήσεις για προσωπικά θέματα που τους απασχολούν, καθώς και η δυνατότητα να τους δοθούν σχετικές πληροφορίες (Hénault, 2006).

Η χρήση οπτικό-ακουστικού υλικού (βίντεο, φωτογραφίες και προγράμματα υπολογιστή) όπως και οι βιωματικές ασκήσεις, ευνοούν να κρατηθεί το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων. Ακόμα, υπάρχουν αρκετές ασκήσεις στο πρόγραμμά σεξουαλικής εκπαίδευσης για την ενίσχυση της ικανότητας του ατόμου να αποκωδικοποιεί τις εκφράσεις του προσώπου (Hénault, 2006).

Τέλος, η αξιολόγηση του προγράμματος σεξουαλικής εκπαίδευσης της Hénault (Hénault, Forget & Giroux, 2003) έδειξε ότι βοήθησε έμπρακτα τους συμμετέχοντες να αναπτύξουν τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την έκφραση συναισθήματος (αναγνώριση, αποκωδικοποίηση και διαχείριση συναισθημάτων). Οι συμμετέχοντες όμως βρήκαν δύσκολη την εφαρμογή αυτών των δεξιοτήτων (Hénault, 2006).

### 5.3. Ο ρόλος των Γονέων στη σεξουαλική εκπαίδευση των ατόμων με ΔΑΦ

Οι ειδικοί συστήνουν ότι οι γονείς πρέπει να είναι οι κύριοι παιδαγωγοί στα θέματα που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα για τα παιδιά τους (Sexuality

Information and Education Council of the United States, 2012). Ο McCool (1995) τονίζει ότι οι γονείς είναι τα κατάλληλα πρόσωπα για να προάγουν την σεξουαλική αγωγή. Εάν, για οποιονδήποτε λόγο, οι γονείς δεν μπορούν να αναλάβουν αυτό το καθήκον, οι εκπαιδευτικοί ή οι θεραπευτές του παιδιού θα κληθούν να καλύψουν αυτό το ρόλο.

Στην ιδανική περίπτωση, η επικοινωνία για τα θέματα σεξουαλικότητας μεταξύ γονέα και παιδιού θα πρέπει να είναι μια συνεχής, αμφίδρομη διαδικασία που αρχίζει από την παιδική ηλικία και εκτείνεται μέσα από την εφηβεία και την πρώιμη ενηλικίωση (Holmes και συν., 2016). Οι γονείς αναμένεται να προσαρμόσουν τις συζητήσεις που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα στις αναπτυξιακές ανάγκες του παιδιού τους, επιλέγοντας ποια θέματα θα καλύψουν, σε ποια ηλικία θα τα συζητήσουν, πόση πληροφορία θα παράσχουν και να διασφαλίσουν ότι το παιδί τους μαθαίνει και είναι σε θέση να εφαρμόσει τις πληροφορίες που του μεταδίδουν. Αν και αυτό είναι ένα δύσκολο έργο για οποιονδήποτε γονέα, οι γονείς των ατόμων με ΔΑΦ αντιμετωπίζουν επιπλέον προκλήσεις (Holmes και συν., 2016).

Η ανοιχτή και σαφής επικοινωνία σχετικά με τη σεξουαλικότητα ανάμεσα στους εφήβους με ΔΑΦ και τους γονείς τους, προσφέρει στους εφήβους την ευκαιρία να θέσουν ερωτήσεις και να επικοινωνήσουν τις δυσκολίες που συναντούν ή τις ανησυχίες τους. Οι γονείς, οι φροντιστές και οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας θα πρέπει να προετοιμαστούν και να εκπαιδευτούν για να υποστηρίξουν τα παιδιά και τους εφήβους με ΔΑΦ στη σεξουαλική τους ανάπτυξη ως κάτι το οποίο είναι απολύτως φυσιολογικό (Dewinter και συν., 2015).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

## 6.1. Περιορισμοί σε σχετικές Έρευνες- Ερευνητικό κενό

Οι ερευνητικές μελέτες για το φαινόμενο της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ είναι περιορισμένες στη διεθνή βιβλιογραφία (Chan & John, 2012· Dewinter, Van Parys, Vermeiren & Van Nieuwenhuizen, 2017· Gilmour και συν., 2012· Hellemans και συν., 2007· Kalyva, 2010· Kellaher, 2015· Mehzabin & Stokes, 2011· Schöttle και συν., 2017). Το φαινόμενο της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς στον σύγχρονο δυτικό πολιτισμό, καθώς οι κυρίαρχες επιστημονικές και ιδεολογικές αντιλήψεις κατηγοριοποίησαν τη σεξουαλική ταυτότητα των ατόμων με ΔΑΦ σύμφωνα με το νοητικό τους δυναμικό ως ελλειμματική και ως εκ τούτου, δεν κρίθηκε άξια μελέτης και προσοχής (Wilkerson, 2002). Ακόμα, η έρευνα για τη σεξουαλικότητα και τα άτομα με ΔΑΦ περιορίστηκε από την εσφαλμένη αντίληψη ότι ο αυτισμός είναι σύνδρομο της παιδικής ηλικίας, με τη σεξουαλικότητα να θεωρείται ως μια συνέπεια μικρής σημασίας, ενώ η κοινωνία δεν ήταν έτοιμη να αντιμετωπίσει τα σεξουαλικά προβλήματα των ατόμων με ΔΑΦ (Ballan, 2012). Επιπροσθέτως, η ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία για τη σεξουαλικότητα και τα άτομα με αναπηρίες δεν έχει άμεση εφαρμογή στα άτομα με ΔΑΦ, διότι επικεντρώνεται κυρίως σε νοητικές και αναπτυξιακές αναπηρίες (Travers & Tincani, 2010).

Οι επιπτώσεις της ελλιπούς μελέτης και διερεύνησης του φαινομένου αποτυπώνονται στην περιορισμένη επιστημονική και επαγγελματική ενημερότητα για τα θέματα της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ (Tharinger, Horton & Millea, 1990). Ωστόσο, η ανάγκη σεξουαλικής έκφρασης βιώνεται στην πράξη από τα ίδια τα άτομα με ΔΑΦ και δεν αποτελεί αποκλειστικά πεδίο θεωρητικής αναζήτησης των ερευνητών. Η ευρύτητα της θεματολογίας, τα συναφή ζητήματα που αναδύονται και οι περιορισμοί στους τρόπους παρέμβασης απασχολούν τους ερευνητές σε όλα τα συστήματα των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών (Walter, 1996).

Παρά την εστίαση του ερευνητικού ενδιαφέροντος στα θέματα της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ, δεν έχουν ακόμη εξακριβωθεί οι πραγματικές διαστάσεις του φαινομένου, καθώς η πλειοψηφία των μελετών είναι περιγραφικές ή

διερευνητικής φύσης. Λίγες εμπειρικές μελέτες έχουν γίνει με αντικείμενο την αξιολόγηση των σεξουαλικών συμπεριφορών μεταξύ των εφήβων με ΔΑΦ και ελάχιστες έχουν επικεντρωθεί αποκλειστικά και μόνο σε αυτή την ηλικιακή ομάδα (π.χ. Kellaher, 2015· Mehzabin & Stokes, 2011· Schöttle και συν., 2017). Στις υπάρχουσες μελέτες, τα διαθέσιμα εμπειρικά δεδομένα για τα χαρακτηριστικά του φαινομένου είναι ανεπαρκή, ενώ τα υπάρχοντα δεδομένα περιορίζονται σε ενδείξεις και τάσεις. Επιπρόσθετα, η βιβλιογραφική εξέταση του θέματος αναδεικνύει ένα πλήθος προβλημάτων, τα οποία οφείλονται στα ανεπαρκή ερευνητικά δεδομένα, στη μελέτη ποικίλων πλευρών του θέματος και στις διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις επί του ιδίου θέματος, που δεν επιτρέπουν την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων και γενικεύσεων (π.χ. Kellaher, 2015).

Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας των τελευταίων δεκαετιών προκύπτει ότι η σεξουαλική συμπεριφορά των ατόμων με ΔΑΦ πρέπει να ερευνάται και να ερμηνεύεται υπό το πρίσμα διαφορετικών μεθοδολογικών περιορισμών. Πρώτον, τα χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΑΦ διαφέρουν (π.χ. τα χαρακτηριστικά ΔΑΦ, οι νοητικές ικανότητες, το φύλο, η ηλικία και το επίπεδο λειτουργικότητας). Η πλειονότητα των ερευνητικών αποτελεσμάτων σχετικά με τη σεξουαλικότητα και την ΔΑΦ βασίζονται στη μελέτη ενηλίκων ή μικτών ηλικιακών ομάδων. Δεύτερον, οι περισσότερες μελέτες περιλάμβαναν μικρό αριθμό συμμετεχόντων. Οι δύο παραπάνω περιορισμοί έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της συγκρισιμότητας και της γενικευσιμότητας των διαθέσιμων ευρημάτων. Τρίτον, οι περισσότερες έρευνες βασίζονται στα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τις πληροφορίες των γονέων ή των φροντιστών, αν και οι περισσότεροι έφηβοι εμφανίζουν τις σεξουαλικές τους συμπεριφορές στις ιδιωτικές τους στιγμές (Haracopos & Pedersen, 1992· Hellemans και συν., 2007· Stokes & Kaur, 2005· Stokes και συν., 2007). Η αξιοπιστία των δεδομένων με βάση παρατηρήσεις από άλλους είναι αμφισβητήσιμη και διάφοροι ερευνητές τόνισαν τη σημασία της συλλογή δεδομένων από τα άτομα με ΔΑΦ (Haracopos & Pedersen, 1992· Hellemans και συν., 2007). Στις λιγοστές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με δεδομένα από τα ίδια τα άτομα με ΔΑΦ, το δείγμα αποτελούταν αποκλειστικά από ενήλικες (Byers και συν., 2013· Gilmour και συν., 2012· Hénault & Attwood, 2006· Ousley & Mesibov, 1991).

Σε προηγούμενες έρευνες δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς τα σεξουαλικά ενδιαφέροντα και οι σεξουαλικές συμπεριφορές που παρουσιάζονται σε αυτόν τον

πληθυσμό. Ακόμα πιο λίγες είναι οι έρευνες που έχουν διερευνήσει τη σεξουαλικότητα σε άτομα με ΔΑΦ σε σύγκριση με τα άτομα τυπικής ανάπτυξης. Ωστόσο, η έρευνα για τη σεξουαλικότητα των ατόμων με ΔΑΦ έχει ιδιαίτερη σημασία λόγω του γεγονότος ότι ενώ τα άτομα με ΔΑΦ έχουν σεξουαλικές συμπεριφορές, οι συμπεριφορές αυτές είναι συχνά ανάρμοστες (π.χ. Beddows & Brooks, 2016· Fernandes και συν., 2016· Hellemans και συν., 2007· Kolta & Rossi, 2018). Τα ευρήματα των ερευνών που σχετίζονται με τις σεξουαλικές εμπειρίες, τις σεξουαλικές συμπεριφορές, τις σεξουαλικές στάσεις ή τις σεξουαλικές γνώσεις των ατόμων με ΔΑΦ είναι ποικίλα και αντιφατικά, με μερικές μελέτες να βρίσκουν διαφορές σε σχέση με τα άτομα τυπικής ανάπτυξης ενώ άλλες όχι. Ωστόσο, λόγω της ετερογενούς φύσης της ΔΑΦ και της ποικίλης επιστημονικής μεθοδολογίας που εφαρμόστηκε στις έρευνες αυτές, αυτό είναι εν μέρει αναμενόμενο (Schöttle και συν., 2017).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των τελευταίων δεκαετιών, το δείγμα των ερευνών περιλάβανε: α) γυναίκες και / ή άνδρες συμμετέχοντες σε οικιακό περιβάλλον με πιθανώς αυξημένες δυσλειτουργίες και λιγότερες ευκαιρίες για σεξουαλικές εμπειρίες· β) άτομα με νοητική υστέρηση ή με συννοσηρές αναπτυξιακές αναπηρίες· γ) έρευνες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν διαδικτυακά και συμμετείχαν μόνο άτομα υψηλής λειτουργικότητας· δ) έρευνες που τα δεδομένα τους βασίστηκαν σε αναφορές από τα μέλη της οικογένειας / φροντιστές ή από τους ίδιους τους ασθενείς και ε) άτομα με ΔΑΦ ετερογενών ηλικιακών ομάδων (Schöttle και συν., 2017). Οι περισσότερες από τις υπάρχουσες έρευνες έχουν επικεντρωθεί στον αντρικό πληθυσμό και λίγες έρευνες έχουν ασχοληθεί με ζητήματα που σχετίζονται με το φύλο σε σχέση με τους κοινωνικούς, συναισθηματικούς και γνωστικούς τομείς. Ακόμη λιγότερες έρευνες υπάρχουν οι οποίες διερευνήσαν ανεξάρτητα την σεξουαλικότητα σε άνδρες και γυναίκες με ΔΑΦ (Byers και συν., 2013· Byers, Nichols, Voyer και συν., 2013· Hénault, 2006· Nichols και συν., 2009).

Μέχρι τώρα, η έρευνα σχετικά με τη σεξουαλικότητα στους εφήβους με ΔΑΦ εστιάστηκε κυρίως στις σεξουαλικές συμπεριφορές. Ωστόσο, άλλες πτυχές της σεξουαλικότητας, όπως η σεξουαλική επιθυμία, η λειτουργία, η διέγερση και η εμπειρία, αποτελούν επίσης μέρος της πρώιμης εφηβικής λειτουργίας και η διερεύνηση αυτών των πτυχών της σεξουαλικότητας δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς και οι έρευνες με αυτά τα αντικείμενα παραμένουν σπάνιες (Diamond & Savin-Williams, 2009· Fortenberry, 2013).

Οι υπάρχουσες ερευνητικές μελέτες σε τομείς που άπτονται της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ είναι περιορισμένες, ωστόσο μελετούν ποικίλες όψεις. Ενδεικτικά: η σεξουαλική συμπεριφορά ενηλίκων με αυτισμό (van Bourgondien και συν., 1997), η κοινωνικό-σεξουαλική γνώση, εμπειρία, στάσεις και ενδιαφέροντα ατόμων ΔΑΦ και αναπτυξιακά προβλήματα (Konstantareas & Lunsky, 1997), η σεξουαλική συμπεριφορά εφήβων και ενηλίκων αρρένων υψηλής λειτουργικότητας με ΔΑΦ (Hellemans και συν., 2007, 2010), σεξουαλικότητα και έφηβοι με ΔΑΦ (Koller, 2000), σεξουαλική ταυτότητα, μελέτες περίπτωσης ατόμων με ΔΑΦ και μαθησιακές δυσκολίες (Tissot, 2009), η κοινωνικό-σεξουαλική ευαισθητοποίηση ατόμων με αυτισμό: η οπτική των γονέων (Ruble & Dalrymple, 1993), η σεξουαλικότητα σε δείγμα ενηλίκων με ΔΑΦ δημοσίων ιδρυμάτων (Gilmour και συν., 2012), σεξουαλικότητα και σεξουαλική υγεία σε παιδιά και εφήβους με ΔΑΦ (Chan & John, 2012), αυτοαξιολόγηση στη σεξουαλικότητα σε νέους ενήλικες με υψηλής λειτουργικότητας ΔΑΦ (Mehzabin & Stokes, 2011), η συχνότητα και η συσχετισμοί της κακοποίησης των παιδιών με ΔΑΦ σε δημόσια ιδρύματα ψυχικής υγείας (Mandell και συν., 2005), υψηλής λειτουργικότητας ΔΑΦ και σεξουαλικότητα: η οπτική των γονέων (Stokes & Kaur, 2005).

Οι σε βάθος μελέτες για την ανάπτυξη της σεξουαλικότητας στην εφηβεία είναι σπάνιες (Diamond & Savin-Williams, 2009). Οι περισσότερες μελέτες σχετικά με τη σεξουαλικότητα σε άτομα με ΔΑΦ, όπως και στην περίπτωση του γενικού πληθυσμού, επικεντρώνονται στην επικράτηση των σεξουαλικών συμπεριφορών και στη σεξουαλική γνώση (Dewinter και συν., 2013· Kellaher, 2015). Παρόλο που η εφηβεία είναι μια κρίσιμη περίοδος για την ανάπτυξη της σεξουαλικότητας, οι μελέτες σχετικά με τη σεξουαλικότητα και την αντιμετώπισή της από τους έφηβους με ΔΑΦ, είναι σπάνιες. Πολύπλοκα ζητήματα σχετιζόμενα με τη σεξουαλικότητα, όπως η ανάπτυξη της σεξουαλικής έλξης, η σεξουαλική ταυτότητα και οι εμπειρίες των σχέσεων, σπάνια μελετώνται σε εφήβους με ΔΑΦ (Dewinter και συν., 2017). Ενδεικτικό είναι ότι από το 2011 μέχρι το 2015, μόνο οκτώ μελέτες (Brown-Lavoie και συν., 2014· Byers και συν., 2013· Cridland και συν., 2014· Dewinter και συν., 2015· Gantman, Kapp, Orenski & Laugeson, 2012· Gilmour και συν., 2012· Lai και συν., 2011· Mehzabin & Stokes, 2011) έχουν χρησιμοποιήσει πληροφορίες από την άμεση αναφορά των ατόμων με ΔΑΦ, σχετικά με τη σεξουαλικότητα. Τα αποτελέσματα από την πρώιμη έρευνα έχουν περιορισμένη συγκρισιμότητα και γενικευσιμότητα λόγω του μεγέθους των

συμμετεχόντων και / ή της ετερογένειας τους (Kellaher, 2015). Ακόμα, κατά την περίοδο 2015-2017, ελάχιστες μελέτες πραγματοποιήθηκαν με αντικείμενο την αξιολόγηση της σεξουαλικής συμπεριφοράς των ατόμων με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας από τις αυτό-αναφορές των συμμετεχόντων (Πίνακας 6.1) (Schöttle και συν., 2017).

Πίνακας 6.1

*Μελέτες[2] που αξιολογούν τη σεξουαλική συμπεριφορά σε άτομα με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας από τις αυτό-αναφορές των συμμετεχόντων (2015-2017) (Schöttle και συν., 2017).*

| **Ερευνητές/ Τύπος Έρευνας** | **Δείγμα/ Διάγνωση** | **Ηλικία** | **Σημαντικότερα Αποτελέσματα** |
|---|---|---|---|
| **Dekker και συν., 2017 (Netherlands)**<br><br>**Μελέτη περίπτωσης** | Διάγνωση ΔΑΦ από εκπαιδευμένους κλινικούς ιατρούς. | 58 ΔΑΦ έναντι 91 ομάδα ελέγχου (ΟΕ).<br>ΔΑΦ άντρες και γυναίκες: Μ.Ο. 16,8 έτη (SD = 2,1). | Τα άτομα με ΔΑΦ δεν ανέφεραν περισσότερα προβλήματα με τη σεξουαλική τους ζωή, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (ΟΕ). |
| **Dewinter και συν., 2015 (Netherlands)**<br><br>**Διατομεακή μελέτη** | Διάγνωση ΔΑΦ με βάση την παρατήρηση από κλινικό ιατρό. | 43 έφηβοι ΔΑΦ και οι γονείς τους (0 γυναίκες).<br>ΔΑΦ άντρες: 16,7 έτη (SD = - 0,8 έτη). | Οι γονείς τείνουν να υποτιμούν τις σεξουαλικές εμπειρίες όπως τον αυνανισμό ή την επίτευξη οργασμού. |

[2] Οι ακόλουθοι όροι χρησιμοποιήθηκαν στη συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση: "σεξουαλική", "σεξουαλικότητα", "σεξουαλική συμπεριφορά", "σεξουαλική διαταραχή", "σεξουαλική σχέση", "Asperger" και "αυτισμός" σε διαφορετικούς συνδυασμούς. Βάσεις δεδομένων: PubMed, PsycINFO και Web of Science. Συμπεριλήφθηκαν στον πίνακα μόνο οι μελέτες που αξιολογούν τη σεξουαλική συμπεριφορά σε άτομα με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας από τις αυτό-αναφορές των συμμετεχόντων.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Dewinter και συν., 2016 (Netherlands)**<br><br>**Μελέτη περίπτωσης** | Διάγνωση ΔΑΦ από επαγγελματία ψυχικής υγείας. | 30 ΔΑΦ (0 γυναίκες) έναντι 60 ΟΕ Με παρόμοια ηλικία και εκπαιδευτικό επίπεδο.<br>ΔΑΦ άντρες: 18,6 έτη (SD = 1,0 έτη). | Λιγότερα άτομα με ΔΑΦ είχαν βιώσει το φιλί ή το χάδι με έναν σύντροφο.<br>Δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στον αριθμό των ατόμων ΔΑΦ και ΟΕ που είχαν εμπειρίες σε: αυνανισμό, στοματικό σεξ, κολπική επαφή, πρωκτική επαφή.<br>Δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στον αριθμό των ατόμων ΔΑΦ και ΟΕ που είχαν χρησιμοποιήσει σεξουαλικά βοηθήματα και διαδικτυακή πορνογραφία. |
| **Hannah & Stagg, 2016 (United Kingdom)**<br><br>**Μελέτη περίπτωσης** | Διάγνωση ΔΑΦ από εκπαιδευμένους κλινικούς ιατρούς. | 20 ΔΑΦ (8 γυναίκες) έναντι 20 ΟΕ.<br>ΔΑΦ άντρες και γυναίκες: 18-25 ετών. | Τα άτομα με ΔΑΦ έδειξαν λιγότερη σεξουαλική συνείδηση, σεξουαλική αφοσίωση και τη συνειδητοποίηση του φύλου τους. Δεν υπάρχουν διαφορές στα συναισθήματα για τη σεξουαλική εκπαίδευση και την ανάγκη για σεξουαλική εκπαίδευση. |
| **May, Pang, O'Connell & Williams, 2017 (Australia)**<br>**Μελέτη περίπτωσης** | Διάγνωση ΔΑΦ από τους γονείς. | 94 ΔΑΦ (21 γυναίκες) έναντι 3454 ΟΕ.<br>ΔΑΦ άντρες και γυναίκες: 14,8 έτη (SD = 0,3 έτη). | Δεν υπάρχει διαφορά στο ποσοστό των ΔΑΦ ατόμων και ΟΕ που ανέφεραν προηγούμενες σεξουαλικές εμπειρίες. Οι γυναίκες με ΔΑΦ ήταν σημαντικά νεότερες στην πρώτη σεξουαλική επαφή. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Strunz και συν., 2017 (Germany)**<br><br>**Διατομεακή μελέτη** | Διάγνωση ΔΑΦ από ψυχίατρο και διάγνωση ΔΑΦ από αυτό-αναφορά. | 229 ΔΑΦ (137 γυναίκες). ΔΑΦ άντρες και γυναίκες: 34,9 έτη (SD = 10,3 έτη). | Το 30% των ατόμων με ΔΑΦ ανέφεραν ότι οι σεξουαλικές δραστηριότητες είναι δυσάρεστες. |

*Ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά*

Ο σκοπός της βιβλιογραφικής έρευνας[3] που πραγματοποίησαν οι Beddows και Brooks (2016) ήταν να συνοψίσει ποια είναι η ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά που παρουσιάζουν οι έφηβοι με ΔΑΦ, να προσδιορίσει γιατί συμβαίνει, ποια εκπαίδευση προτείνεται για την αντιμετώπιση της και να εντοπίσει θεματικές περιοχές στις οποίες απουσιάζει η βιβλιογραφία, προσδιορίζοντας έτσι τα σημερινά κενά στην έρευνα. Συνολικά, εντοπίστηκαν 5241 άρθρα, εκ των οποίων μόνο 32 πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης (Πίνακας 6.2). Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης επισημαίνουν ότι παρά το γεγονός ότι η αντιμετώπιση της ακατάλληλης σεξουαλικής συμπεριφοράς είναι ένα τόσο κοινό πρόβλημα που καλούνται να διαχειριστούν τα σχολεία, τα ιδρύματα και οι οικογένειες των ατόμων με ΔΑΦ, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι δεν υπάρχουν αρκετές έρευνες σχετικά με το γιατί συμβαίνει η ακατάλληλη συμπεριφορά και ποια εκπαίδευση είναι αποτελεσματική.

[3] Από τις βάσεις δεδομένων EMBASE, OVID MEDLINE και PSYCINFO, αναζητήθηκαν σχετικά άρθρα από το 1806 έως τον Μάιο του 2014. Συνολικά, εντοπίστηκαν 5241 άρθρα, εκ των οποίων μόνο 32 πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης.

Πίνακας 6.2

*Σύντομη ανάλυση πρόσφατων άρθρων (2010-2015), σχετικά με την ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά (Beddows & Brooks, 2016)*

| Βιβλιογραφία | Περιγραφή | Θετικά Άρθρου | Περιορισμοί |
|---|---|---|---|
| **Saxe & Flanagan, 2014** | Μια ανασκόπηση που αναλύει τη στάση του υποστηρικτικού προσωπικού σε σχέση με τη σεξουαλικότητα των ατόμων με αναπτυξιακές διαταραχές. | Εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση. Χρήση διαφορετικών ερωτηματολόγιων για την αξιολόγηση των αντιλήψεων και στάσεων απέναντι στη σεξουαλικότητα των ατόμων με αναπτυξιακές αναπηρίες. | Μικρό μέγεθος δείγματος (25 συμμετέχοντες), Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες, επομένως τα αποτελέσματα δε μπορούν να γενικευτούν σε άνδρες εργαζόμενους. |
| **Tullis & Zangrillo, 2013** | Βιβλιογραφική ανασκόπηση που αναλύει την ανάγκη για σεξουαλική διαπαιδαγώγηση σε άτομα με ΔΑΦ καθώς και ανάλυση του προγράμματος που εφαρμόστηκε. | Πρόσφατη και εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Περιγράφει λεπτομερώς κάθε πτυχή του προγράμματος που εφαρμόστηκε. | Περιορισμένη βιβλιογραφία λόγω έλλειψης ερευνών και άρθρων. Δεν αναλύεται η εκπαίδευση στο σπίτι. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Dewinter και συν., 2013** | Βιβλιογραφική ανασκόπηση της σεξουαλικής ανάπτυξης των ατόμων με ΔΑΦ. | Πρόσφατη και εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Αναγνωρίζει ότι η σύγκριση των ερευνών είναι δύσκολη λόγω των διαφορετικών μεθόδων συλλογής δεδομένων. Αναφέρει τις διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές περιπτώσεις ατόμων με ΔΑΦ. | Χρησιμοποιεί γεγονότα και στοιχεία από άλλα άρθρα. Ωστόσο, δεν έχει οριστεί το μέγεθος του δείγματος, δύσκολο να ερμηνευτούν τα δεδομένα. |
| **Hellemans και συν., 2010** | Σύγκριση σεξουαλικών συμπεριφορών ανάμεσα σε άτομα με ΔΑΦ και σε άτομα με νοητική υστέρηση. | Οι συγκρίσεις ανάμεσα σε άτομα με ΔΑΦ και νοητική υστέρηση πραγματοποιήθηκαν με αντίστοιχη ηλικία και IQ. Τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού ατόμων αναλύθηκαν. Χρησιμοποιήθηκαν δοκιμές t-tests για τη σύγκριση των ομάδων. Συνεπές με αποτελέσματα | Μικρό μέγεθος δείγματος (24), μόνο ιδρυματοποιημένοι άνδρες ΔΑΦ με υψηλή λειτουργικότητα, (μειωμένη δυνατότητα γενίκευσης). Συλλογή δεδομένων μέσω συνέντευξης με φροντιστές (αποκλεισμός άμεσων πληροφοριών). |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | προηγούμενων ερευνών. | Έρευνα με μικρό αντίκτυπο. |
| **Mehzabin & Stokes, 2011** | Ερωτηματολόγιο για τη σύγκριση της σεξουαλικότητας ανάμεσα σε εφήβους τυπικής ανάπτυξης και σε εφήβους με ΔΑΦ. | Συστηματική προσέγγιση και ολοκληρωμένη μεθοδολογία. Σαφή στατιστικά στοιχεία. Τα ευρήματα επιβεβαιώνονται από πρόσθετη βιβλιογραφία. | Συγκρίνει μόνο άτομα με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας με τυπικής ανάπτυξης άτομα. |
| **Kalyva, 2010** | Ερωτηματολόγιο για την κατανόηση των απόψεων των εκπαιδευτικών, σχετικά με τη σεξουαλικότητα των ατόμων με ΔΑΦ χαμηλής και υψηλής λειτουργικότητας. | Σύγκριση ατόμων με ΔΑΦ χαμηλής και υψηλής λειτουργικότητας. Μεγάλο μέγεθος δείγματος (σε σύγκριση με άλλες μελέτες), 76 συμμετέχοντες. Χρήση κλίμακας σεξουαλικής συμπεριφοράς. Περιεκτικές στατιστικές. | Η γνώμη των ατόμων με ΔΑΦ δε χρησιμοποιήθηκε. Περιορισμένο πλαίσιο. Οι έφηβοι εμφανίζουν ποικίλες σεξουαλικές συμπεριφορές που εξαρτώνται από το πλαίσιο/ τοποθεσία. Άτομα με νοητική υστέρηση δεν ερευνήθηκαν. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Hatton & Tector, 2010** | Συνεντεύξεις για να ερευνηθεί το είδος και το περιεχόμενο της εκπαίδευσης που θεωρούν τα άτομα με ΔΑΦ ότι θα ήταν χρήσιμη να τους παρασχεθεί, ώστε να τους βοηθήσει στη δημιουργία σχέσεων. | Εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση. Λαμβάνει την άποψη των ατόμων με ΔΑΦ και αξιολογεί την κατανόησή τους. Προτάσεις για μεθόδους διδασκαλίας. | Πολύ περιορισμένο δείγμα, (μόνο 4 άτομα με ΔΑΦ), περιορισμένο φάσμα ΔΑΦ. |

Στη μελέτη που πραγματοποίησε ο Cicero (2018) διερεύνησε την επιστημονική βιβλιογραφία, η οποία σχετιζόταν με τις εμπειρικά υποστηριζόμενες θεραπείες για τον ακατάλληλο ή/ και αναποτελεσματικό αυνανισμό. Από τα 1066 άρθρα (από το 1940 έως το 2017), μόνο 38 άρθρα πληρούσαν το κριτήριο να έχουν ως στόχο της έρευνας την θεραπεία της ακατάλληλης ή/ και αναποτελεσματικής αυτοϊκανοποίησης. Τα ευρήματα που προέκυψαν από την ανασκόπηση υπογραμμίζουν την ανάγκη για περαιτέρω και πιο εκτεταμένες έρευνες προκειμένου να σχεδιαστούν αξιόπιστες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις με σκοπό την αποκατάσταση της σεξουαλικής ελλειμματικότητας των ατόμων με ΔΑΦ.

Ακόμα, αρκετές έρευνες και μελέτες περιπτώσεων περιγράφουν σεξουαλικά προβλήματα (π.χ. επιθετικές συμπεριφορές) και ειδικές σεξουαλικές συμπεριφορές (π.χ. παραφιλίες) σε άτομα με ΔΑΦ (Baron-Cohen, 1988· Bleil Walters και συν., 2013· Chan & Saluja, 2011· Cooper και συν., 1993· Griffin-Shelley, 2010· Hellemans και συν., 2007· Kohn και συν., 1998· Milton και συν., 2002· Murrie και συν., 2002· Ray και συν., 2004· Silva και συν., 2002). Οι έρευνες αυτές δείχνουν ότι η σεξουαλικότητα μπορεί να είναι πηγή άγχους και προβλημάτων για τα άτομα με ΔΑΦ, συμπεριλαμβάνοντας τις αποκλίνουσες πρακτικές αυνανισμού και αυτοϊκανοποίησης που μερικές φορές περιλαμβάνουν αυτό-ακρωτηριασμούς ή τη χρήση ασυνήθιστων

αντικειμένων, τον υπερ- αυνανισμό (hyper-masturbation) προερχόμενο από τη δυσκολία επίτευξης οργασμού, τις ακατάλληλες συμπεριφορές σε δημόσιες καταστάσεις (αυνανισμός, γδύσιμο), τους παρενοχλητικούς τύπους συμπεριφοράς που παραβιάζουν τους κοινωνικούς κανόνες (ακατάλληλα αγγίγματα, θωπείες και τριβές, επιστολές με σεξουαλική υποκίνηση, σεξουαλικά τηλεφωνήματα, επίμονη βλεμματική επαφή, ηδονοβλεψία, λεκτική ηδονοβλεψία, δυσάρεστα σεξουαλικά σχόλια, καταδίωξη, σεξουαλικοποιημένος καλλωπισμός) και τις υψηλού κινδύνου σεξουαλικές πρακτικές (π.χ. Haracopos & Pedersen, 1992, 2004· Konstantareas & Lunsky, 1997· Ruble & Dalrymple, 1993· van Bourgondien και συν., 1997· van Son-Schoones & van Bilsen, 1995).

Στην έρευνα που πραγματοποίησαν ο Fernandes και συν. (2016), το 10% των ατόμων με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας παρουσίασε ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές και το 24% των ατόμων με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας παρουσίασε παραφιλικές σεξουαλικές φαντασιώσεις ή συμπεριφορές, όπως η παιδοφιλία, η ηδονοβλεψία και ο σαδομαζοχισμός. Όμως πολύ λίγες μελέτες έχουν δημοσιευτεί σχετικά με την ΔΑΦ και τη σχέση της με την παραφιλία και η πλειοψηφία των δημοσιευμένων πληροφοριών προέρχεται από το ιστορικό των συμμετεχόντων. Δεν υπάρχουν επίσημα δεδομένα σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης παραφιλιών στη διεθνή βιβλιογραφία (Kolta & Rossi, 2018). Ωστόσο, δεν υπάρχουν αρκετά ερευνητικά δεδομένα για το εάν υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα προβληματικής συμπεριφοράς και αρνητικών σεξουαλικών εμπειριών σε άτομα με ΔΑΦ, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Το γεγονός αυτό σχετίζεται πιθανότατα με την απροθυμία των συμμετεχόντων να αποκαλύψουν αυτές τις συμπεριφορές, καθώς προκαλούν αιδώ και σε ορισμένες περιπτώσεις είναι παράνομες.

*Σεξουαλική θυματοποίηση*

Στην έρευνα που πραγματοποίησε ο Mandell και συν. (2005), ανέφεραν ότι ένα στα έξι παιδιά με ΔΑΦ, που έλαβαν θεραπεία σε κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, βίωσε σεξουαλική θυματοποίηση. Ακόμα, τα παιδιά που βίωσαν σεξουαλική θυματοποίηση είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν οι ίδιοι θύτες και να εκδηλώσουν σεξουαλική επιθετική συμπεριφορά. Αντίθετα, η έρευνα των Mehtar και Mukaddes (2011) έδειξε χαμηλότερα ποσοστά σεξουαλικής θυματοποίησης. Επιπλέον,

διάφορες έρευνες αναφέρουν άλλους προβληματικούς τομείς που σχετίζονται με τη σεξουαλική ανάπτυξη των ατόμων με ΔΑΦ, όπως προβλήματα ταυτότητας φύλου (de Vries και συν., 2010), εμμονικό αυνανισμό, ανεπαρκείς τεχνικές αυνανισμού και αυνανισμός σε δημόσιους χώρους (π.χ. Haracopos & Pedersen, 1992· Hellemans και συν., 2007).

*Προγράμματα σεξουαλικής εκπαίδευσης*

Τα περισσότερα προγράμματα σεξουαλικής εκπαίδευσης και τα προγράμματα σπουδών που αναπτύχθηκαν για παιδιά και ενήλικες με ΔΑΦ, δεν έχουν αξιολογηθεί για τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητάς τους (Tarnai, 2006). Επιπλέον, οι περισσότερες έρευνες για τα άτομα με ΔΑΦ και τη σεξουαλικότητα, αποκλείουν τους εφήβους με ΔΑΦ και δεν εξετάζουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθώς εισέρχονται στην εφηβεία και την ενηλικίωση (Travers και συν., 2014). Επιπροσθέτως, η έρευνα σχετικά με τη σεξουαλικότητα και την ΔΑΦ επικεντρώνεται σε μεγάλο βαθμό στους άνδρες, με περιορισμένη διερεύνηση των αναγκών των νέων γυναικών (Cridland και συν., 2014).

*Ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο*

Η έρευνα για τη σεξουαλικότητα των ατόμων με ΔΑΦ δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο συστηματικής έρευνας στο ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο και εξελίσσεται με πολύ αργούς ρυθμούς, καθώς στην τελευταία δεκαετία έχει πραγματοποιηθεί μόνο μια έρευνα η οποία εστιάζεται στις απόψεις και τις στάσεις των εκπαιδευτικών για τη σεξουαλικότητα των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (Kalyva, 2010).

Η ανεπάρκεια των ερευνητικών δεδομένων, ως προς τη διερεύνηση του φαινομένου της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ, είναι προφανής, καθώς δεν υφίσταται μελέτη η οποία να εξετάζει συστηματικά τα θέματα της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ στο ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο. Εκτός της προαναφερθείσας, από την ελληνική ερευνητική βιβλιογραφία απουσιάζει ο ερευνητικός προβληματισμός για τη διερεύνηση του φαινομένου και υπολείπεται η επαρκής επιστημονική γνώση, καθώς η κατανόηση της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ εμφανίζεται διαφοροποιημένη στα διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια στα οποία έχει μελετηθεί.

## 6.2. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να ληφθούν υπόψη οι προαναφερθέντες προβληματισμοί και να πραγματοποιηθεί η συστηματική διερεύνηση της αποτελεσματικότητας μιας συμπεριφορικής-αναλυτικής παρέμβασης σε έφηβους και νέους ενήλικες με ΔΑΦ, με σκοπό τη βελτίωση στον τομέα της σεξουαλικής εκπαίδευσης και συμπεριφοράς και ταυτόχρονα την απόσβεση ή την ελαχιστοποίηση της ακατάλληλης σεξουαλικής συμπεριφοράς τους. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες θα πρέπει: α) να αποκτήσουν λεξιλόγιο και γνώσεις που σχετίζονται με την εφηβεία και τη σεξουαλικότητα· β) να βελτιώσουν τις δεξιότητες που σχετίζονται με την προσωπική υγιεινή· γ) να αναπτύξουν ή να βελτιώσουν την ικανότητα της αυτοϊκανοποίησης και δ) να μειώσουν την ακατάλληλη συμπεριφορά που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα.

Αναλυτικότερα, σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η δημιουργία και η εφαρμογή ενός εξατομικευμένου προγράμματος σεξουαλικής παρέμβασης για τον κάθε συμμετέχοντα με ΔΑΦ, το οποίο περιλάμβανε τις παρακάτω θεματικές ενότητες, όπως έχουν διαμορφωθεί από την σύγχρονη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας: α) Τα Μέρη Του Σώματος Και Οι Εφηβικές Αλλαγές· β) Γνώσεις Για Την Αποφυγή Προβληματικής Συμπεριφοράς Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση και γ) Οι Βασικές Αρχές Για Τον Αυνανισμό Και Την Επίτευξη Αυτοϊκανοποίησης. Η κάθε κατηγορία περιλάμβανε συγκεκριμένες υποκατηγορίες οι οποίες ταίριαζαν στις ανάγκες του κάθε συμμετέχοντα.

Ακόμα, η παρέμβαση στόχευσε σε δυο δευτερεύουσες παραμέτρους, που αφορούσαν τις δεξιότητες που σχετίζονται με την αυτοϊκανοποίηση και τις προβληματικές μορφές σεξουαλικής συμπεριφοράς. Στην πρώτη κατηγορία, εντάχθηκαν οι δεξιότητες που σχετίζονταν με την *αυτοϊκανοποίηση* και αφορούσαν: α) Την Τήρηση Της Ιδιωτικότητας Κατά Την Τέλεση Της και β) Την Επιτυχή Αυτοϊκανοποίηση (αυτοϊκανοποίηση που προκαλεί οργασμό και εκσπερμάτιση). Η δεύτερη κατηγορία αφορούσε την *προβληματική συμπεριφορά* και περιλάμβανε 7 υποκατηγορίες, οι οποίες αφορούσαν διαφορετικές πτυχές της προβληματικής συμπεριφοράς, διαφορετικές για κάθε συμμετέχοντα. Οι υποκατηγορίες αυτές ήταν: 1)

Μη Λειτουργική Αυτοϊκανοποίηση, 2) Μη Τήρηση Κανόνων Υγιεινής, 3) Άγγιγμα Των Γεννητικών Οργάνων Σε Δημόσιο Χώρο, 4) Τριβή Των Γεννητικών Οργάνων Στο Κρεβάτι/Πάτωμα, 5) Εμμονή Με Τηλεφωνική Επικοινωνία Κοριτσιών, 6) Αυξημένο Άγχος- Ένταση και 7) Αυξημένη Στερεοτυπία.

Συνοπτικά, ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η συστηματική διερεύνηση των γνώσεων και η πρακτική εφαρμογή των κοινωνικό-σεξουαλικών ικανοτήτων, την σεξουαλική συμπεριφορά και την παρουσία των σεξουαλικών προβλημάτων, σε μια ομάδα αποτελούμενη από άρρενες εφήβους και νεαρούς ενήλικες με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, μέσα από ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα σεξουαλικής εκπαίδευσης- παρέμβασης.

## 6.3. Κοινωνικός Αντίκτυπος

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση του φαινομένου της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ, τη σύσταση και εφαρμογή ενός εξατομικευμένου προγράμματος σεξουαλικής παρέμβασης σε εφήβους και νέους ενήλικες με ΔΑΦ στον ελλαδικό χώρο, καθώς επίσης συνιστά αφετηρία επιστημονικού διαλόγου και συστηματικής γνώσης για το θέμα. Ο σαφής προσδιορισμός, μέσω ερευνητικών δεδομένων, του φαινομένου της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ καθώς και η σύσταση και εφαρμογή ενός εξατομικευμένου προγράμματος σεξουαλικής παρέμβασης σε εφήβους νέους ενήλικες στο ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο, επιτρέπει την αναγνώριση και ανάδειξη του φαινομένου, αυξάνει την επιστημονική ενημερότητα, καθώς και προωθεί αλλαγές στις κοινωνικές και σεξουαλικές πολιτικές που εστιάζονται στα δικαιώματα των ατόμων με ΔΑΦ. Οι παραπάνω αναφερόμενες ελλείψεις των ελληνικών ερευνητικών δεδομένων, επιβάλλουν–την αναγκαιότητα διεξαγωγής συστηματικής παρατήρησης και μελέτης της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ στην ελληνική πραγματικότητα.

Η ανεπάρκεια των ερευνητικών δεδομένων, ως προς τη διερεύνηση του φαινομένου της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ, είναι προφανής, καθώς δεν υφίσταται μελέτη η οποία να εξετάζει συστηματικά, στο ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο,

τα θέματα της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ. Από την ελληνική ερευνητική βιβλιογραφία απουσιάζει ο ερευνητικός προβληματισμός για τη διερεύνηση του φαινομένου και υπολείπεται η επαρκής επιστημονική γνώση, καθώς η κατανόηση της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ εμφανίζεται διαφοροποιημένη στα διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια στα οποία έχει μελετηθεί.

Η παρούσα έρευνα χρησιμεύει:

- Στη σαφή οριοθέτηση των επιστημονικών γνώσεων ως προς το φαινόμενο της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ στο ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο, μέσω ερευνητικών δεδομένων.
- Στην εισαγωγή προγραμμάτων σεξουαλικής εκπαίδευσης με γνώση των ιδιαίτερων αναγκών των ατόμων με ΔΑΦ, οι οποίες απορρέουν από τις διαδικασίες σεξουαλικής κοινωνικοποίησης στο πολιτισμικό πλαίσιο.
- Στον προσανατολισμό των κοινωνικών και των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων που καθορίζονται από την πρόσκτηση ειδικής γνώσης ως προς τη σεξουαλικότητα των ατόμων με ΔΑΦ.
- Στη μελέτη της σεξουαλικότητας ειδικών πληθυσμών (ΔΑΦ) στο ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο.
- Στη διαμόρφωση των κατευθυντήριων αρχών των ειδικών αναλυτικών προγραμμάτων οι οποίες ενισχύονται από τα αποτελέσματα της έρευνας, καθώς και στην επιλογή της κατάλληλης διδακτικής μεθοδολογίας.
- Στη διεκδίκηση των σεξουαλικών και ανθρώπινων δικαιωμάτων των ατόμων με ΔΑΦ στο ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο.
- Στην προσαρμογή των πολιτικών της αναπηρίας, καθώς και στην αλλαγή των πολιτικών που αφορούν στη σεξουαλικότητα ατόμων με νευρο-αναπτυξιακές διαταραχές.

# Β΄ ΜΕΡΟΣ

# ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

# Κεφάλαιο 7ο. ΜΕΘΟΔΟΣ

## 7.1. Συμμετέχοντες

Το δείγμα[4] της παρούσας έρευνας επιλέχθηκε με συμπτωματική δειγματοληψία (Παρασκευόπουλος, 1993) και το αποτέλεσαν 3 αγόρια εφηβικής ηλικίας και 1 νέος ενήλικας, που έχουν λάβει διάγνωση ΔΑΦ από ανεξάρτητη αρχή (Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης Διάγνωσης και Υποστήριξης (ΚΕΔΔΥ), ή Νοσοκομειακές Ιατροπαιδαγωγικές μονάδες), είτε βάσει των κριτηρίων της 4ης ή 5ης έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχιατρικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM- 5), είτε βάσει των κριτηρίων του ICD 10.

Προκειμένου να επιτευχθεί η συγκρότηση ενός κλινικού δείγματος με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως αυτά των ατόμων με ΔΑΦ, η διαδικασία δειγματοληψίας που εξυπηρετεί καλύτερα την παρούσα έρευνα είναι η μη-πιθανοθεωρητική Δειγματοληψία (Διαμαντόπουλος, 2012· Μπούρας, 2009) και πιο συγκεκριμένα η συμπτωματική δειγματοληψία. Τα ευρήματα που προκύπτουν από μελέτες με συμπτωματικά ή αλλιώς διαθέσιμα-έτοιμα δείγματα μπορούν να γενικευτούν σε πρόσωπα με ιδιότητες και χαρακτηριστικά όμοια με αυτά του δείγματος (Παρασκευόπουλος, 1993). Συνεπώς, αντί να ορίσουμε πρώτα τον πληθυσμό και έπειτα να λάβουμε από αυτόν ένα τυχαίο δείγμα, ακολουθήσαμε αντίστροφη πορεία, καθώς ορίσαμε πρώτα ένα δείγμα και με βάση τα χαρακτηριστικά του δείγματος αυτού θα ορίσουμε εν συνεχεία τον πληθυσμό.

Τα κριτήρια, βάσει των οποίων έγινε η επιλογή των συμμετεχόντων που αποτελούν το δείγμα της παρούσας έρευνας είναι τα ακόλουθα:

α) είναι διαγνωσμένοι με ΔΑΦ και ανήκουν στο Επίπεδο 1 – «Ανάγκη υποστήριξης» ή στο Επίπεδο 2 – «Ανάγκη ενισχυμένης υποστήριξης» (DSM- 5),

β) είναι εφηβικής ηλικίας ή νέοι ενήλικες (12-22),

[4] Για τα τέσσερα παιδιά που μετείχαν στην έρευνα χρησιμοποιούνται ψευδώνυμα προκειμένου να διασφαλιστεί η ανωνυμία τους.

γ) δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας (π.χ. κινητικές αναπηρίες, τύφλωση κ.ά.), καθώς και συν-νοσηρότητα με άλλες διαταραχές (π.χ. σύνδρομο Down, ειδικές διαταραχές της γλωσσικής ανάπτυξης κ.ά.),

δ) η ελληνική είναι η μητρική γλώσσα των εφήβων και των οικογενειών τους,

ε) υπήρχε η δέσμευση του πατέρα των συμμετεχόντων για τη συμμετοχή του στην ερευνητική διαδικασία.

Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των εφήβων και των οικογενειών τους όπως και η σειρά γέννησης των παιδιών της οικογένειας δεν αποτελέσαν κριτήρια επιλογής του δείγματος.

Στην πρώτη συνεδρία της γραμμής βάσης ο Διονύσης ήταν 15 ετών και 3 μηνών, ο Μανώλης ήταν 16 ετών και 3 μηνών, ο Οδυσσέας ήταν 15 ετών και 7 μηνών και ο Χρήστος ήταν 21 ετών και 8 μηνών.

Ο πρώτος συμμετέχων στην έρευνα, ο Διονύσης, από την ηλικία των 4 ετών παρακολουθούσε ειδικό πρόγραμμα μαθησιακής αποκατάστασης κατ' οίκον. Ολοκλήρωσε το δημόσιο δημοτικό σχολείο της περιοχής της κατοικίας του χωρίς συνοδό. Από την Α΄ Γυμνασίου φοιτά καθημερινά σε ιδιωτικό σχολείο των νοτίων προαστίων με ειδικά εκπαιδευμένους συνοδούς. Παράλληλα, από την ηλικία των 12 ετών και 5 μηνών ο Διονύσης παρακολουθεί ειδικό ψυχοπαιδαγωγικό πρόγραμμα (συνολικής διάρκειας 2 ωρών την εβδομάδα), το οποίο βασίζεται στις Αρχές της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, στο Ινστιτούτο Συστημικής Ανάλυσης της Συμπεριφοράς (ΙΣΑΣ), με στόχους που άπτονται τόσο του γνωστικού όσο και του κοινωνικού και συναισθηματικού τομέα. Ακόμη, το θεραπευτικό πρόγραμμα του μαθητή περιλαμβάνει και 1 ώρα την εβδομάδα εξωτερικό πρόγραμμα, το οποίο στοχεύει στη διδασκαλία δεξιοτήτων κοινωνικοποίησης και αυτόνομης διαβίωσης. Επίσης, από την ηλικία των 15, ο Διονύσης παρακολουθεί και ειδικό παιδαγωγικό πρόγραμμα, με στόχο την αντιμετώπιση των μαθησιακών του δυσκολιών (μια ωριαία συνεδρία την εβδομάδα). Κατά τη διάρκεια της έρευνας ο Διονύσης ήταν μαθητής της Γ΄ γυμνασίου σε ιδιωτικό γενικό γυμνάσιο της Αθήνας.

Ο Διονύσης έχει έναν μικρότερο αδερφό 13 ετών και ζει με τη φυσική του οικογένεια, η οποία είναι υψηλής κοινωνικό-οικονομικής διαστρωμάτωσης. Ο πατέρας του έχει υψηλό μορφωτικό επίπεδο και εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα, ενώ η μητέρα του μέσο μορφωτικό επίπεδο και ασχολείται με τη φροντίδα του σπιτιού.

Ο δεύτερος συμμετέχων στην έρευνα, ο Μανώλης, από την ηλικία των 13 ετών μετείχε σε ψυχό-εκπαιδευτικό πρόγραμμα βασισμένο στις αρχές της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, ενώ τα προηγούμενα έτη δεχόταν υποστήριξη σε μαθησιακό επίπεδο, κατ' οίκον. Ο συμμετέχοντας, ολοκλήρωσε τη φοίτησή του στο γενικό δημοτικό σχολείο της γειτονιάς του και κατά τη διάρκεια της έρευνας ήταν μαθητής της Γ΄ γυμνασίου σε ειδικό γυμνάσιο της Αθήνας. Ο Μανώλης έχει ένα μικρότερο αδερφό 11 ετών και ζει με τη φυσική του οικογένεια, η οποία είναι υψηλής κοινωνικό-οικονομικής διαστρωμάτωσης. Ο πατέρας του έχει υψηλό μορφωτικό επίπεδο και εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα, ενώ η μητέρα του είναι καθηγήτρια πανεπιστημίου.

Ο Οδυσσέας, ο τρίτος συμμετέχοντας στην έρευνα, από την ηλικία των 3 ετών παρακολουθεί εξατομικευμένο προγράμματα εκπαίδευσης και θεραπείας σε εξειδικευμένο κέντρο αντιμετώπισης του αυτισμού. Το πρόγραμμα βασιζόταν στις Αρχές της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς και είχε στόχο την αποκατάσταση των δυσκολιών που αντιμετώπιζε στην κοινωνική, συναισθηματική και γνωστική του ανάπτυξη. Από 9 ετών και μετά, έπειτα από αίτημα των γονέων του, ο βασικός στόχος του εξατομικευμένου προγράμματος που παρακολουθούσε ο Οδυσσέας στο ΙΣΑΣ, ήταν η μελέτη και η προετοιμασία των σχολικών μαθημάτων. Ο Οδυσσέας ολοκλήρωσε το δημόσιο δημοτικό σχολείο της περιοχής κατοικίας του με τη συνοδεία ειδικά εκπαιδευμένου θεραπευτή. Από την ηλικία των 16 ετών και έπειτα συμμετέχει σε μία ομάδα έξι ομηλίκων, με σκοπό την προαγωγή των κοινωνικών του δεξιοτήτων και την καλλιέργεια των δεξιοτήτων επικοινωνίας (μία ώρα την εβδομάδα). Κατά τη διάρκεια της έρευνας ήταν μαθητής της Γ' γυμνασίου στο Ειδικό Επαγγελματικό Γυμνάσιο Πειραιά, χωρίς παράλληλη στήριξη. Ο Οδυσσέας έχει έναν μεγαλύτερο αδερφό 24 ετών και ζει με τη φυσική του οικογένεια, η οποία είναι υψηλής κοινωνικό-οικονομικής διαστρωμάτωσης. Ο πατέρας του είναι συνταξιούχος και έχει μέσο μορφωτικό επίπεδο, ενώ η μητέρα του έχει λάβει μόρφωση πανεπιστημιακού επιπέδου και είναι δημόσιος υπάλληλος.

Ο τελευταίος συμμετέχοντας, ο Χρήστος, από την ηλικία των 13 ετών μετείχε σε ψυχό-εκπαιδευτικό πρόγραμμα βασισμένο στις αρχές της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, ενώ τα προηγούμενα έτη δεχόταν υποστήριξη κατ' οίκον σε μαθησιακό επίπεδο. Ο συμμετέχοντας, μέχρι την τρίτη γυμνασίου φοίτησε σε δημόσιο δημοτικό σχολείο και γυμνάσιο. Ολοκλήρωσε τη φοίτησή του στο ειδικό λύκειο. Κατά

τη διάρκεια της έρευνας συνέχιζε τις σπουδές του σε ειδικό κέντρο επαγγελματικής αποκατάστασης στην Αθήνα. Ο Χρήστος έχει μια μικρότερη αδερφή 20 ετών και ζει με τη φυσική του οικογένεια, η οποία είναι υψηλής κοινωνικό-οικονομικής διαστρωμάτωσης. Ο πατέρας του είναι καθηγητής πανεπιστημίου. Η μητέρα του έχει, επίσης, υψηλό μορφωτικό επίπεδο και εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα. Στον Πίνακα 7.1 παρουσιάζονται συνοπτικά τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Πίνακας 7.1

*Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων προγράμματος παρέμβασης*

| **Συμμετέχοντες** | **Διονύσης** | **Μανώλης** | **Οδυσσέας** | **Χρήστος** | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Ηλικία** | 15- 3 | 16- 3 | 15- 7 | 21- 8 | |
| **Σχολική τάξη φοίτησης κατά τη διάρκεια της έρευνας** | Γ' γυμνασίου | Γ' γυμνασίου | Γ' γυμνασίου | Ειδικό κέντρο Επαγγελματικής Αποκατάστασης | |
| **ΠΕΔΙΑ** | **Νοητικό πηλίκο** *(Wisc III)* | | | **Raven** | |
| **Λεκτική Νοημοσύνη** | 62 | 57 | 73 | **Βαθμολογία** | 17/60 |
| **Πρακτική Νοημοσύνη** | 50 | 55 | 93 | **Εκατοστιαία κατάταξη** | ≤5% |
| **Γενική Νοημοσύνη** | 50 | 50 | 79 | **Χαρακτηρισμός** | Ήπια Νοητική Υστέρηση |
| | | | | **Αντιστοιχία με κλασσικό I.Q. Test** | Κλάση V- κάτω από 73 |

Για την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, πριν την έναρξη της πειραματικής διαδικασίας, χορηγήθηκαν οι ακόλουθες κλίμακες[5]: α) για να αξιολογηθεί η γενική νοημοσύνη του κάθε συμμετέχοντα η ελληνική έκδοση του WISC-III (Γεώργας, Παρασκευόπουλος, Μπεζεβέγκης & Γιαννίτσας, 1997) για τους έφηβους συμμετέχοντες και οι *Τυπικές Προοδευτικές Μήτρες* (Raven's Progressive Matrices*)* (Raven, Court & Raven, 1992) για τον νέο ενήλικα· β) οι κοινωνικές δεξιότητες και η προσαρμοστική συμπεριφορά των συμμετεχόντων μετρήθηκε μέσω της *κλίμακας Vineland (Vineland Adaptive Behavior Scale- VABS)* (Sparrow, Balla & Cicchetti, 1984) και γ) η σοβαρότητα των συμπτωμάτων του αυτισμού κάθε συμμετέχοντα αξιολογήθηκε μέσω της *κλίμακας Αξιολόγησης του Παιδικού Αυτισμού*- CARS (Childhood Autism Rating Scale) (Schopler, Reichler & Renner, 1988). Οι τελευταίες δυο κλίμακες χορηγήθηκαν σε ένα από τους δυο γονείς και στην επόπτρια θεραπείας των παιδιών. Στον Πίνακα 7.2 παρουσιάζονται συνοπτικά τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων σχετικά με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του αυτισμού. Τέλος, στον Πίνακα 7.3 παρουσιάζονται συνοπτικά τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων σχετικά με τις κοινωνικές δεξιότητες και την προσαρμοστική τους συμπεριφορά.

Οι κλίμακες αξιολόγησης WISC-III και VABS είναι μεταφρασμένες και σταθμισμένες για τα ελληνικά δεδομένα. Το τεστ γενικής νοημοσύνης του *Raven* και η *Κλίμακα Αξιολόγησης του Παιδικού Αυτισμού* CARS δεν είναι σταθμισμένες για τα ελληνικά δεδομένα. Η επιλογή του κατάλληλου αξιολογικού εργαλείου έγινε βάσει του ηλικιακού και αναπτυξιακού επιπέδου των συμμετεχόντων που έλαβαν τελικώς μέρος στην έρευνα.

Όπως προκύπτει από την αξιολόγηση του νοητικού του δυναμικού του Διονύση, το επίπεδο νοητικής λειτουργίας του συμμετέχοντα εμπίπτει στα πλαίσια της ήπιας νοητικής υστέρησης, ενώ σύμφωνα με την κλίμακα Αξιολόγησης Παιδικού Αυτισμού (CARS) έχει ήπιας μορφής αυτισμό. Το επίπεδο της προσαρμοστικής του συμπεριφοράς υπολείπεται αναπτυξιακά κατά 6 και πλέον έτη της χρονολογικής του ηλικίας.

[5] Αναλυτική παρουσίαση των ερευνητικών εργαλείων στην υποενότητα 7.5. Μέσα συλλογής δεδομένων- Ερευνητικά Εργαλεία

Από την αξιολόγηση του νοητικού δυναμικού του δεύτερου συμμετέχοντα, το επίπεδο νοητικής λειτουργίας του Μανώλη εμπίπτει στο πλαίσιο της ήπιας νοητικής υστέρησης, ενώ σύμφωνα με την κλίμακα Αξιολόγησης Παιδικού Αυτισμού (CARS) έχει ήπιας μορφής αυτισμό. Το επίπεδο της προσαρμοστικής του συμπεριφοράς υπολείπεται αναπτυξιακά κατά 6 και πλέον έτη της χρονολογικής του ηλικίας.

Όπως προκύπτει από την αξιολόγηση του νοητικού του δυναμικού του Οδυσσέα, η νοημοσύνη του συμμετέχοντα εμπίπτει στο επίπεδο οριακής νοημοσύνης (borderline intelligence), ενώ σύμφωνα με την κλίμακα Αξιολόγησης Παιδικού Αυτισμού (CARS) έχει ήπιας μορφής αυτισμό. Το επίπεδο της προσαρμοστικής του συμπεριφοράς υπολείπεται αναπτυξιακά κατά 7 και πλέον έτη της χρονολογικής του ηλικίας.

Πίνακας 7.2

*Συνοπτικά αποτελέσματα συμπτωμάτων του αυτισμού των συμμετεχόντων (Cars)*

| **Συμμετέχοντες** | **Διονύσης** | **Μανώλης** | **Οδυσσέας** | **Χρήστος** |
|---|---|---|---|---|
| **Ηλικία** | 15- 3 | 16- 3 | 15- 7 | 21- 3 |
| **Συνολική Βαθμολογία (σύμφωνα με τον θεραπευτή)** | 33<br>Ήπιος αυτισμός | 30<br>Ήπιος αυτισμός | 32<br>Ήπιος αυτισμός | * |
| **Συνολική Βαθμολογία (σύμφωνα με τη μητέρα ή πατέρα)** | 20.5<br>Δεν υπάρχει αυτισμός | 27<br>Δεν υπάρχει αυτισμός | 28<br>Δεν υπάρχει αυτισμός | 31.5<br>Ήπιος αυτισμός |

* *Ο Χρήστος δεν είχε θεραπευτή.*

Τέλος, από την αξιολόγηση του νοητικού δυναμικού του Χρήστου, το επίπεδο νοητικής λειτουργίας του συμμετέχοντα εμπίπτει στα πλαίσια της ήπιας προς μέτριας

νοητικής υστέρησης, ενώ σύμφωνα με την κλίμακα Αξιολόγησης Παιδικού Αυτισμού (CARS) έχει ήπιας μορφής αυτισμό. Το επίπεδο της προσαρμοστικής του συμπεριφοράς υπολείπεται αναπτυξιακά κατά 6 και πλέον έτη της χρονολογικής του ηλικίας.

Πίνακας 7.3

*Αποτελέσματα της κλίμακας Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς Vineland για τους τέσσερις συμμετέχοντες*

| **ΠΕΔΙΑ** | **Τυπικός βαθμός** | **Τυπικό σφάλμα** | **Εκατοστιαία τιμή** | **Αναπτυξιακό επίπεδο** |
|---|---|---|---|---|
| | | **Διονύσης** | | |
| **Επικοινωνία** | 50 | +-13 | <0.1 | 7- 5 |
| **Καθημερινές δεξιότητες** | 59 | +-10 | <0.3 | 8- 6 |
| **Κοινωνικοποίηση** | 66 | +-10 | <0.7 | 8- 8 |
| **Συνολικός Βαθμός Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς** | 54 | | | |
| | | **Μανώλης** | | |
| **Επικοινωνία** | 64 | +-13 | <0.1 | 9- 6 |
| **Καθημερινές δεξιότητες** | 58 | +-10 | <0.1 | 8- 6 |
| **Κοινωνικοποίηση** | 66 | +-10 | <0.1 | 9- 2 |
| **Συνολικός Βαθμός Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς** | 58 | | | |
| | | **Οδυσσέας** | | |
| **Επικοινωνία** | 51 | +-13 | <0.1 | 7- 11 |
| **Καθημερινές δεξιότητες** | 27 | +-10 | <0.1 | 5- 9 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Κοινωνικοποίηση** | 46 | +-10 | <0.1 | 5- 1 |
| **Συνολικός Βαθμός Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς** | 38 | | | |
| | | **Χρήστος** | | |
| **Επικοινωνία** | 51 | +-11 | <0.1 | 9- 10 |
| **Καθημερινές δεξιότητες** | 62 | +-9 | 1 | 10- 2 |
| **Κοινωνικοποίηση** | 68 | +-9 | 2 | 12- 9 |
| **Συνολικός Βαθμός Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς** | 55 | | | |

### 7.1.1. Χαρακτηριστικά των γονέων των συμμετεχόντων

Σχετικά με τους γονείς των εφήβων που συμμετείχαν στην έρευνα, κριτήριο για την συμμέτοχή τους στην ερευνητική διαδικασία ήταν: α) να μην έχουν λάβει οι ίδιοι ψυχιατρική διάγνωση· β) να μην ακολουθούν οποιασδήποτε άλλης μορφής θεραπεία, ατομική ή ομαδική, όπως συμβουλευτική, ψυχολογική υποστήριξη κ.ά. και γ) να υπάρχει δέσμευση από την μεριά του πατέρα για ενεργή συμμετοχή στη διαδικασία της σεξουαλικής εκπαίδευσης. Στον Πίνακα 7.4 παρουσιάζονται συνοπτικά τα χαρακτηριστικά των γονέων των συμμετεχόντων.

Πίνακας 7.4

*Συνοπτικά χαρακτηριστικά των γονέων των συμμετεχόντων*

| **Συμμετέχοντες** | **Ηλικία** | | **Αριθμός τέκνων** | **Εκπαίδευση** | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Πατέρας | Μητέρα | | Πατέρας | Μητέρα |
| Γονείς του Διονύση | 54 | 51 | 2 | Παν/μιακή | Λύκειο |
| Γονείς του Μανώλη | 55 | 52 | 2 | Παν/μιακή | Παν/μιακή |
| Γονείς του Οδυσσέα | 61 | 54 | 2 | Λύκειο | Παν/μιακή |
| Γονείς του Χρήστου | 58 | 51 | 2 | Παν/μιακή | Παν/μιακή |

Η αρχική συνέντευξη με τους γονείς, σε συνδυασμό με τη γενική αξιολόγηση και την άμεση παρατήρηση του εφήβου, βοήθησε τον ερευνητή να κρίνει κατά πόσο οι συγκεκριμένοι γονείς είναι σε θέση να λάβουν μέρος στην παρούσα ερευνητική διαδικασία. Τα αποτελέσματα από την αρχική αξιολόγηση, δηλαδή, πριν την έναρξη της παρέμβασης, έδειξαν εάν και σε ποιο βαθμό οι γονείς των συμμετεχόντων με ΔΑΦ κατανοούν και αποδέχονται την κατάστασή των παιδιών τους και αν έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες για την εξέλιξή τους. Η ρεαλιστική αντίληψη του προβλήματος και η αξιόπιστη περιγραφή του από τους γονείς αποτελούν «δείκτες ετοιμότητας» της οικογένειας για ουσιαστική συμμετοχή στη θεραπευτική αντιμετώπιση (Γενά, 2002).

*Η συμβολή του πατέρα στην ερευνητική διαδικασία*

Η ενεργή συμμετοχή του πατέρα των συμμετεχόντων στην ερευνητική διαδικασία αποτέλεσε βασικό κριτήριο επιλογής για τη συμμετοχή των εφήβων στην έρευνα. Στην πρώτη συνάντηση με τους γονείς του κάθε συμμετέχοντα, πραγματοποιήθηκε η ενημέρωση τους για τον ρόλο του πατέρα στην ερευνητική διαδικασία. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε μια επιμορφωτική συνεδρία με τον

πατέρα του κάθε συμμετέχοντα ξεχωριστά, σε θέματα που αφορούσαν τους στόχους της έρευνας (θέματα εφηβείας, αυτοϊκανοποίηση, σεξουαλικότητα και υγιεινή), ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν σε τυχόν ερωτήσεις και απορίες των παιδιών τους ή εφόσον χρειαζόταν, να καθοδηγήσουν τον κάθε συμμετέχοντα σε δεξιότητες υγιεινής και αυτοϊκανοποίησης. Επιπροσθέτως, τους χορηγήθηκε έντυπο υλικό[6] με απαντήσεις σε βασικές ερωτήσεις που αφορούσαν τους στόχους της έρευνας, όπως και υλικό με τα βήματα σε δεξιότητες υγιεινής και αυτοϊκανοποίησης.

Ακόμα, σε όλη τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας (γραμμή βάσης, παρέμβαση, επανέλεγχο), ο πατέρας των συμμετεχόντων συμπλήρωνε ένα ειδικό φυλλάδιο[7] παρατήρησης της συμπεριφοράς του συμμετέχοντα, παρέχοντας έτσι πληροφορίες τις οποίες μόνο εκείνος μπορούσε να παρατηρήσει, λόγω της ευαίσθητης φύσης των σεξουαλικών συμπεριφορών και για την προστασία των συμμετεχόντων. Οι συμπεριφορές αυτές αφορούσαν τη σεξουαλική δραστηριότητα και τις προβληματικές αντιδράσεις των συμμετεχόντων.

[6] Παράρτημα Δ. Έντυπο Υλικό που δόθηκε στον πατέρα.
[7] Παράρτημα Α. Φύλλα Συλλογής Δεδομένων

## 7.2. Πλαίσιο και συνθήκες διεξαγωγής της έρευνας

Οι ερευνητικές συνεδρίες έλαβαν χώρα στο Ινστιτούτο Συστημικής Ανάλυσης της Συμπεριφοράς (ΙΣΑΣ), που ειδικεύεται στην ψυχοπαιδαγωγική αντιμετώπιση της ΔΑΦ ακολουθώντας τις αρχές της επιστήμης της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, ή στην οικία του κάθε συμμετέχοντα ή και στα δύο αυτά μέρη. Προκειμένου να διασφαλιστεί η ορθή εφαρμογή της παρέμβασης, οι ερευνητές και οι θεραπευτές που έλαβαν μέρος στην έρευνα ενημερώθηκαν για τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας και εκπαιδεύτηκαν κατάλληλα, ώστε να έχουν κοινή συμπεριφορά και να αναλάβουν ερευνητικό έργο.

Πιο συγκεκριμένα, για τον Διονύση, οι ερευνητικές συνεδρίες στο ΙΣΑΣ πραγματοποιήθηκαν σε μια μικρή αίθουσα διδασκαλίας. Παρόντες ήταν ο έφηβος που συμμετείχε στην έρευνα και δύο μέλη της ερευνητικής ομάδας. Ο έφηβος καθόταν σε ένα γραφείο αντικριστά με τον πρώτο ερευνητή, ο οποίος είναι ειδικός παιδαγωγός, υποψήφιος διδάκτορας και διεξήγαγε την παρέμβαση. Ένα ακόμα μέλος της ερευνητικής ομάδας, μεταπτυχιακή φοιτήτρια ειδικής αγωγής, ήταν παρούσα και βιντεοσκοπούσε τη συνεδρία. Οι συνεδρίες στην οικία του συμμετέχοντα γίνονταν στο υπνοδωμάτιο του εφήβου με ανάλογο τρόπο. Ο έφηβος καθόταν σε ένα γραφείο αντικριστά με τον πρώτο ερευνητή ενώ η δεύτερη ερευνήτρια βιντεοσκοπούσε τη συνεδρία με μια κάμερα Sony DCR-SX65.

Για τον Μανώλη, οι ερευνητικές συνεδρίες διεξάγονταν αποκλειστικά στην οικία του συμμετέχοντα. Οι συνεδρίες πραγματοποιήθηκαν στο υπνοδωμάτιο του. Παρόντες ήταν ο έφηβος που συμμετείχε στην έρευνα και πρώτος ερευνητής της ερευνητικής ομάδας. Ο έφηβος καθόταν σε ένα γραφείο αντικριστά με τον πρώτο ερευνητή, ο οποίος και διεξήγαγε την παρέμβαση. Η βιντεοσκόπηση της συνεδρίας πραγματοποιούταν με κάμερα Sony DCR-SX65 τοποθετημένη σε τρίποδα ώστε να γίνεται λήψη του ερευνητή και του συμμετέχοντα.

Για τον Οδυσσέα, οι ερευνητικές συνεδρίες διεξάγονταν στο ΙΣΑΣ και στην οικία του συμμετέχοντα. Οι συνεδρίες στο ΙΣΑΣ πραγματοποιήθηκαν σε μια μικρή αίθουσα διδασκαλίας. Οι συνεδρίες στην οικία του συμμετέχοντα γίνονταν στο υπνοδωμάτιο του εφήβου. Λόγω των προβλημάτων συμπεριφοράς του εν λόγω συμμετέχοντα δεν ήταν εφικτό να διεξαχθούν οι συνεδρίες από τον ερευνητή γι’ αυτό

κρίθηκε απαραίτητη η συμβολή των θεραπευτριών του. Στις συνεδρίες παρόντες ήταν ο έφηβος που συμμετείχε στην έρευνα και δυο μέλη της ερευνητικής ομάδας[8]. Ο έφηβος καθόταν σε ένα γραφείο αντικριστά με τον πρώτο ερευνητή, ο οποίος διεξήγαγε την παρέμβαση. Ένα ακόμα μέλος της ερευνητικής ομάδας ήταν παρόν και βιντεοσκοπούσε τη συνεδρία. Οι συνεδρίες στην οικία του συμμετέχοντα πραγματοποιήθηκαν με ανάλογο τρόπο. Ο έφηβος καθόταν σε ένα γραφείο αντικριστά με τον πρώτο ερευνητή ενώ ο δεύτερος ερευνητής βιντεοσκοπούσε τη συνεδρία.

Τέλος, για τον Χρήστο, οι ερευνητικές συνεδρίες πραγματοποιήθηκαν στην οικία του συμμετέχοντα. Οι συνεδρίες πραγματοποιήθηκαν στο υπνοδωμάτιο του ή στο γραφείο του πατέρα του. Παρόντες ήταν ο συμμετέχων στην έρευνα και πρώτος ερευνητής της ερευνητικής ομάδας. Ο έφηβος καθόταν σε ένα γραφείο αντικριστά με τον πρώτο ερευνητή, ο οποίος και διεξήγαγε την παρέμβαση. Η βιντεοσκόπηση της συνεδρίας πραγματοποιούταν με κάμερα Sony DCR-SX65 τοποθετημένη σε τρίποδα ώστε να γίνεται λήψη του ερευνητή και του συμμετέχοντα.

Για τη διεξαγωγή της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκαν εικόνες, φύλλα εργασίας με ερωτήσεις κλειστού τύπου και τύπου «σωστό- λάθος», κάρτες με κοινωνικές ιστορίες και κοινωνικούς κύκλους και βίντεο, παραδείγματα των οποίων υπάρχουν στο Παράρτημα Β: Ενδεικτικές Δραστηριότητες.

## 7.3. Λειτουργικοί Ορισμοί

### 7.3.1. Κατηγορίες και υποκατηγορίες αντιδράσεων

***Εξαρτημένες μεταβλητές***

Ως εξαρτημένες μεταβλητές της παρούσας έρευνας καθορίστηκαν οι ανεξάρτητες αποκρίσεις των συμμετεχόντων της έρευνας σε ερωτήσεις που τους έθετε ο πρώτος ερευνητής και αφορούσαν γνώσεις σχετικά με την εφηβεία και τη σεξουαλικότητα.

[8] Εκ περιτροπής δύο από τις θεραπεύτριες του.

Ως ανεξάρτητες αποκρίσεις[9] ορίστηκαν οι λεκτικές απαντήσεις του συμμετέχοντα σε ερωτήσεις του ερευνητή, οι οποίες ομαδοποιήθηκαν σε τρεις κατηγορίες με βάση το περιεχόμενό τους: α) Τα Μέρη Του Σώματος Και Οι Εφηβικές Αλλαγές· β) Γνώσεις Για Την Αποφυγή Προβληματικής Συμπεριφοράς Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση και γ) Οι Βασικές Αρχές Για Τον Αυνανισμό Και Την Επίτευξη Αυτοϊκανοποίησης. Κάθε κατηγορία ερωτήσεων περιελάβανε συγκεκριμένες υποκατηγορίες. Στον Πίνακα 7.6 παρουσιάζονται οι κατηγορίες και οι υποκατηγορίες των ερωτήσεων.

Πίνακας 7.5

*Κατηγορίες και υποκατηγορίες αντιδράσεων*

| **1η Κατηγορία αντιδράσεων: Μέρη Σώματος Και Εφηβικές Αλλαγές** |
|---|
| • Ιδιωτικά Μέρη Του Σώματος<br>• Το Γεννητικό Σύστημα Του Άνδρα<br>• Πότε Κάποιος Μπορεί Να Σε Δει Γυμνό<br>• Σωματικές Αλλαγές Στην Εφηβεία- Αγόρι<br>• Σωματικές Αλλαγές Στην Εφηβεία- Κορίτσι<br>• Η Στύση<br>• Η Εκσπερμάτωση- Σπέρμα<br>• Υγρά Όνειρα/Ονείρωξη<br>• Αναζήτηση Ενημέρωσης Από Τον Πατέρα Σχετικά Με Τις Εφηβικές Αλλαγές<br>• Υγιεινή Γεννητικών Οργάνων |
| **2η Κατηγορία αντιδράσεων: Γνώσεις Για Την Αποφυγή Προβληματικής Συμπεριφοράς Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση** |
| • Προβληματική Αυτοϊκανοποίηση<br>• Προβληματική Συμπεριφορά Σχετικά Με Την Αυτοϊκανοποίηση<br>• Τραυματισμοί Από Τον Αυνανισμό |

[9] Οι αποκρίσεις του συμμετέχοντα, προκειμένου να βαθμολογούνται ως σωστές θα έπρεπε να πληρούν τα κριτήρια που περιγράφονται στον Πίνακα 7.7, 7.8 και 7.9, να είναι ευπρόσληπτες, να δίνονται εντός 5’’ από την ερώτηση του ερευνητή, να παρέχονται χωρίς βοήθεια και να μην συνοδεύονται από διασπαστική ή στερεοτυπική συμπεριφορά.

| **3η Κατηγορία αντιδράσεων: Βασικές Αρχές Για Τον Αυνανισμό Και Την Επίτευξη Αυτοϊκανοποίησης** |
|---|
| • Τα Βήματα Που Πρέπει Να Ακολουθηθούν Για Την Λειτουργική Αυτοϊκανοποίηση<br>• Ιδιωτικότητα Και Αυτοϊκανοποίηση<br>• Εκπαίδευση Στην Χρήση Λιπαντικών<br>• Αναζήτηση Ενημέρωσης Από Τον Πατέρα Σχετικά Με Την Αυτοϊκανοποίηση<br>• Υγιεινή Και Αυτοϊκανοποίηση |

### 7.3.2. Τα μέρη του σώματος και οι εφηβικές αλλαγές

Η 1η Κατηγορία αντιδράσεων περιλάμβανε 10 υποκατηγορίες και περιέχει 15 συνολικά ερωτήσεις. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό για κάθε ερώτηση και να δίνουν παραδείγματα. Οι υποκατηγορίες είναι: 1) Ιδιωτικά Μέρη Του Σώματος, 2) Το Γεννητικό Σύστημα Του Άνδρα, 3) Πότε Κάποιος Μπορεί Να Σε Δει Γυμνό, 4) Σωματικές Αλλαγές Στην Εφηβεία- Αγόρι, 5) Σωματικές Αλλαγές Στην Εφηβεία- Κορίτσι, 6) Η Στύση, 7) Η Εκσπερμάτωση- Σπέρμα, 8) Υγρά Όνειρα/Ονείρωξη, 9) Αναζήτηση Ενημέρωσης Από Τον Πατέρα Σχετικά Με Τις Εφηβικές Αλλαγές και 10) Υγιεινή των Γεννητικών Οργάνων. Στον Πίνακα 7.7 παρατίθενται οι λειτουργικοί ορισμοί της 1ης κατηγορίας αντιδράσεων, μαζί με τις ενδεδειγμένες απαντήσεις και με ενδεικτικά παραδείγματα.

Η συγκεκριμένη κατηγορία περιείχε εικόνες, φύλλα εργασίας με ερωτήσεις κλειστού τύπου και τύπου «σωστό- λάθος», κάρτες με κοινωνικές ιστορίες και κοινωνικούς κύκλους, παραδείγματα των οποίων υπάρχουν στο Παράρτημα Β: Ενδεικτικές Δραστηριότητες.

Πίνακας 7.6

*1η Κατηγορία αντιδράσεων: Μέρη Σώματος Και Εφηβικές Αλλαγές*

| **1η Κατηγορία αντιδράσεων: Μέρη Σώματος και Εφηβικές αλλαγές** | |
|---|---|
| **Υποκατηγορίες** | **Λειτουργικός ορισμός** |
| **Ιδιωτικά Μέρη Του Σώματος** | *Ιδιωτικά μέρη του αντρικού σώματος*: είναι τα μέρη του σώματος που καλύπτουν τα εσώρουχα ή το μαγιό, δηλαδή τα γεννητικά όργανα (πέος και όρχεις) και τα οπίσθια (ποπός).<br><br>*Ιδιωτικά μέρη του γυναικείου σώματος:* είναι τα μέρη του σώματος που καλύπτουν τα εσώρουχα ή το μαγιό, δηλαδή το στήθος, τα γεννητικά όργανα (το αιδοίο) και ο ποπός.<br><br>Στην ερώτηση: «Πες μου ποια είναι τα ιδιωτικά μέρη του σώματος ενός κοριτσιού», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως «τα μέρη του σώματος που καλύπτουν τα εσώρουχα ή το μαγιό, δηλαδή το στήθος, τα γεννητικά όργανα/αιδοίο και τα οπίσθια/ ποπός ή στήθος, αιδοίο και ποπός».<br><br>Στην ερώτηση: «Πες μου ποια είναι τα ιδιωτικά μέρη του σώματος ενός αγοριού», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως «τα μέρη του σώματος που καλύπτουν τα εσώρουχα ή το μαγιό, ή τα γεννητικά όργανα (πέος και όρχεις) και τα οπίσθια (ποπός) ή πέος /πουλί, όρχεις και ποπός ».<br><br>*Κατάλληλο άγγιγμα:* Κατάλληλο θεωρείται το άγγιγμα που μπορεί να κάνει κάποιος σε άτομα του φιλικού και οικογενειακού του κύκλου, χωρίς να ακουμπάει τα ιδιωτικά μέρη του σώματος τους. Δε θεωρείτε κατάλληλο άγγιγμα, το άγγιγμα σε αγνώστους. |

| | |
|---|---|
| | Στην ερώτηση: «Ποιο άγγιγμα είναι κατάλληλο;», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό, να δίνουν παραδείγματα των μελών του σώματος ενός άλλου ατόμου που επιτρέπεται κάποιος να αγγίζει (π.χ. χέρι, πόδι), καθώς και παραδείγματα συνθηκών υπό τις οποίες το άγγιγμα δε θεωρείται κατάλληλο (π.χ. «δεν πιάνω στο τρένο το χέρι ενός αγνώστου», «στην παιδική χαρά δεν αγγίζω το πρόσωπο μιας άγνωστης μαμάς»). |
| **Το Γεννητικό Σύστημα Του Άνδρα**<br><br>**Το Γεννητικό Σύστημα της Γυναίκας:** | *Γεννητικό σύστημα του άντρα:* Το γεννητικό σύστημα του άντρα αποτελείται από το πέος και τους όρχεις.<br><br>Στην ερώτηση: «Πες μου πώς λέγονται τα γεννητικά όργανα ενός αγοριού», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως «πέος, πουλί, όρχεις, μπάλες».<br><br>*Γεννητικό σύστημα της γυναίκας*: Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας ονομάζεται αιδοίο.<br><br>Στην ερώτηση: «Πες μου πώς λέγονται τα γεννητικά όργανα μιας γυναίκας», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα «αιδοίο, τρύπα κ.λπ.». |
| **Πότε Κάποιος Μπορεί Να Σε Δει Γυμνό** | *Πότε κάποιος μπορεί να με δει γυμνό*: Γυμνό μπορούν να σε δουν μόνο ο μπαμπάς σου (όταν υπάρχει ανάγκη) και ο γιατρός σου όταν σε εξετάζει. Ο μπαμπάς σου μπορεί να σε δει γυμνό όταν θες βοήθεια στο μπάνιο, όταν είσαι άρρωστος, όταν πονάς ή όταν έχεις κάποια ενόχληση ή κοκκινίλα στα γεννητικά σου όργανα. Ο γιατρός σου μπορεί να σε δει γυμνό για να σε εξετάσει όταν είσαι άρρωστος ή έχεις κάποια ενόχληση σε κάποιο σημείο του σώματός σου. |

| | |
|---|---|
| | Στην ερώτηση: «Ποιοι δύο άνθρωποι μπορούν να σε δουν γυμνό; Για ποιο λόγο;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα, όπως «Ο μπαμπάς και ο γιατρός, μόνο όταν είμαι άρρωστος ή έχω κάποια ενόχληση σε κάποιο σημείο του σώματός μου».<br><br>Στην ερώτηση: «Μπορεί να σε δει γυμνό ο μπαμπάς σου; (Πότε;)» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως «ναι, μόνο αν έχω βγάλει μια κοκκινίλα στο πέος/πουλί μου ή ναι, μόνο αν θέλω βοήθεια στο μπάνιο».<br>Στην ερώτηση: «Μπορεί να σε δει γυμνό ο αδερφός/αδερφή σου;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να απαντούν αρνητικά. |
| **Σωματικές Αλλαγές Στην Εφηβεία- Αγόρι** | *Αλλαγές στην εφηβεία (αγόρι)*: Στην εφηβεία συμβαίνουν διάφορες αλλαγές στο σώμα των αγοριών. Οι αλλαγές αυτές είναι:<br>1. Αύξηση ύψους<br>2. Αλλαγή φωνής<br>3. Μεγαλώνουν τα γεννητικά όργανα (πέος και όρχεις)<br>4. Τριχοφυΐα σε μασχάλες, πόδια, πρόσωπο και ηβική περιοχή<br>5. Ακμή (όχι απαραίτητα)<br>6. Μυρωδιά σώματος<br>7. Ανάγκη για αυτοϊκανοποίηση- Ενασχόληση με σεξουαλικά θέματα<br><br>Στην ερώτηση: «Πες μου τρεις σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν στα αγόρια όταν είναι στην εφηβεία», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως: «α) ψηλώνει· β) μεγαλώνει το πέος/πουλί· γ) βγάζω σπυράκια στο πρόσωπο και δ) βγάζω τρίχες στη μασχάλη και στο πουλί». |

| | |
|---|---|
| | Ο εκπαιδευόμενος αναμένεται να ορίζει προφορικά τις σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν στην εφηβεία καθώς και να μπορεί να περιγράφει και να αναγνωρίζει από φωτογραφίες και σκίτσα τις σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν στον άντρα. |
| **Σωματικές Αλλαγές Στην Εφηβεία- Κορίτσι** | *Αλλαγές στην εφηβεία (κορίτσι)*: Στην εφηβεία συμβαίνουν διάφορες αλλαγές στο σώμα των κοριτσιών. Οι αλλαγές αυτές είναι:<br>1. Αύξηση ύψους<br>2. Αύξηση στήθους<br>3. Μεγαλώνουν τα γεννητικά όργανα (αιδοίο)<br>4. Τριχοφυΐα σε μασχάλες, πόδια και ηβική περιοχή<br>5. Ακμή (όχι απαραίτητα)<br>6. Μυρωδιά σώματος<br>7. 1η περίοδος (Χωρίς έμφαση)<br>8. Ανάγκη για αυτοϊκανοποίηση- Ενασχόληση με σεξουαλικά θέματα<br><br>Στην ερώτηση: «Πες μου τρεις σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν στα κορίτσια όταν είναι στην εφηβεία», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως: «α) ψηλώνει· β) μεγαλώνει το στήθος/ βυζιά, αιδοίο/ γεννητικά όργανα· γ) βγάζει σπυράκια στο πρόσωπο και δ) βγάζει τρίχες στη μασχάλη και στο αιδοίο/ γεννητικά όργανα ».<br><br>Ο εκπαιδευόμενος αναμένεται να ορίζει προφορικά τις σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν στην εφηβεία καθώς και να μπορεί να περιγράφει και να αναγνωρίζει από φωτογραφίες και σκίτσα τις σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν στην γυναίκα. |
| **Η Στύση** | *Στύση*: Η στύση ορίζεται ως την αύξηση του όγκου και της σκληρότητας του πέους. |

| | |
|---|---|
| | Στην ερώτηση: «Τι είναι η στύση;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως «Η στύση είναι όταν το πέος μεγαλώνει, σκληραίνει και πάει προς τα πάνω». |
| **Η Εκσπερμάτωση-Σπέρμα** | *Σπέρμα*: Το σπέρμα είναι το λευκό υγρό που βγαίνει από το πέος μετά την αυτοϊκανοποίηση.<br><br>Στην ερώτηση: «Τι είναι το σπέρμα; Που βρίσκεται;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως «το άσπρο υγρό που βγαίνει από το πέος/πουλί».<br><br>Στην ερώτηση: «Τα κορίτσια έχουν στα γεννητικά τους όργανα σπέρμα;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να απαντούν αρνητικά. |
| **Υγρά Όνειρα/Ονείρωξη** | *Υγρά όνειρα/ Ονείρωξη*: Τα υγρά όνειρα ή ονείρωξη, ορίζονται ως την εκσπερμάτιση την ώρα του ύπνου. Κατά τη διάρκεια του ύπνου παράγονται στον άντρα αυτόματες στύσεις. Οι στύσεις αυτές συχνά συνοδεύονται από αυτόματη εκσπερμάτωση, που ονομάζεται ονείρωξη.<br><br>Στην ερώτηση: «Τι είναι τα υγρά όνειρα ή ονείρωξη»; οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως «η εκσπερμάτιση που γίνεται την ώρα του ύπνου ή το άσπρο υγρό που βγαίνει την ώρα του ύπνου». |
| **Αναζήτηση Ενημέρωσης Από Τον Πατέρα Σχετικά Με Τις Εφηβικές Αλλαγές** | *Ενημέρωση Από Τον Πατέρα Σχετικά Με Τις Εφηβικές Αλλαγές:* ορίζεται ως την παροχή βοήθειας ή ενημέρωση σχετικά με τα θέματα εφηβείας και σεξουαλικότητας μόνο από τον πατέρα ή τον γιατρό (στα ιατρικά θέματα).<br><br>Στην ερώτηση: «Πες μου, ποιόν θα ρωτήσεις αν έχεις μια απορία για τις αλλαγές που βλέπεις στο σώμα σου;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και |

| | |
|---|---|
| | παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως «τον μπαμπά/ τον πατέρα μου ή τον μπαμπά και τον γιατρό».<br><br>Στην ερώτηση: «Στην εφηβεία όλα τα έφηβα αγόρια έχουν στύση μερικές φορές. Αν έχουν απορίες για τη στύση, μπορούν να τις συζητήσουν μεταξύ τους στο διάλειμμα;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να απαντούν αρνητικά. |
| **Υγιεινή Γεννητικών Οργάνων** | Η *Υγιεινή γεννητικών οργάνων*: Η υγιεινή των αντρικών γεννητικών οργάνων ορίζεται ως το πλύσιμο των γεννητικών οργάνων και την αλλαγή εσώρουχου. Πιο συγκεκριμένα: «Το πλύσιμο του πέους θα πρέπει να γίνεται, αφού τραβηχτεί προς τα κάτω η πόσθη και αποκαλυφθεί όλη η βάλανος, με άφθονο νερό, ώστε εκτός από την εξωτερική καθαριότητα να απομακρυνθεί και το σμήγμα που μαζεύεται κάτω από την πόσθη και το οποίο προκαλεί έντονη οσμή. Ακολουθεί η αλλαγή εσώρουχου».<br><br>Στην ερώτηση: «Πες μου τα βήματα: πώς πρέπει να πλένει ένας έφηβος τα γεννητικά του όργανα;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως «όταν ο άντρας καθαρίζει/ πλένει τα γεννητικά του όργανα/πουλί του και φοράει καθαρό εσώρουχο.<br>1. Τραβάω το δέρμα από το πέος μου λίγο προς τα πίσω, μέχρι να εμφανιστεί όλο το κεφαλάκι του πέους.<br>2. Ρίχνω νερό και ξεπλένω καλά την περιοχή.<br>3. Βάζω σαπούνι και τρίβω απαλά για να μην τραυματιστώ.<br>4. Ξεπλένω με άφθονο νερό.<br>5. Σκουπίζω απαλά το πέος μου με καθαρή πετσέτα.<br>6. Όταν το πέος μου είναι στεγνό, φοράω καθαρό εσώρουχο». |

### 7.3.3. Γνώσεις Για Την Αποφυγή Προβληματικής Συμπεριφοράς Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση

Η 2η Κατηγορία αντιδράσεων αποτελείται από 3 υποκατηγορίες και περιέχει 6 συνολικά ερωτήσεις. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό για κάθε ερώτηση και να δίνουν παραδείγματα. Οι υποκατηγορίες είναι: 1) Προβληματική Αυτοϊκανοποίηση, 2) Προβληματική Συμπεριφορά Σχετικά Με Την Αυτοϊκανοποίηση και 3) Τραυματισμοί Από Τον Αυνανισμό. Στον Πίνακα 7.8 παρατίθενται οι λειτουργικοί ορισμοί της 2ης κατηγορίας αντιδράσεων, μαζί με τις ενδεδειγμένες απαντήσεις και με ενδεικτικά παραδείγματα.

Η συγκεκριμένη κατηγορία περιείχε εικόνες, φύλλα εργασίας με ερωτήσεις κλειστού τύπου και τύπου «σωστό- λάθος», κάρτες με κοινωνικές ιστορίες και κοινωνικούς κύκλους, παραδείγματα των οποίων υπάρχουν στο Παράρτημα Β: Ενδεικτικές Δραστηριότητες.

Πίνακας 7.7

*2η Κατηγορία αντιδράσεων: Γνώσεις Για Την Αποφυγή Προβληματικής Συμπεριφοράς Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση*

| **2η Κατηγορία αντιδράσεων: Γνώσεις Για Την Αποφυγή Προβληματικής Συμπεριφοράς Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση** | |
|---|---|
| **Υποκατηγορίες** | **Λειτουργικός ορισμός** |
| **Προβληματική Αυτοϊκανοποίηση** | *Προβληματική Αυτοϊκανοποίηση:* Η έννοια της προβληματικής αυτοϊκανοποίησης ορίζεται ως την αυτοϊκανοποίηση που:<br>1. Δεν προκαλεί οργασμό και εκσπερμάτιση.<br>2. Το άτομο αυτοϊκανοποιείται αλλά πιστεύει ότι αυτό είναι κακό, βρόμικο, ανήθικο, επικίνδυνο, αηδιαστικό κ. ά.<br>3. Προκαλούνται τραυματισμοί.<br>4. Αυτοϊκανοποιείται σε δημόσιους χώρους.<br>5. Το άτομο φοβάται την αυτοϊκανοποίηση (Hénault, 2006). |

| | |
|---|---|
| | Στην ερώτηση: «Είναι καλό ένας έφηβος να αυνανίζεται χωρίς να το θέλει πραγματικά;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να απαντούν αρνητικά.<br><br>Στην ερώτηση: «Μπορεί ένας έφηβος να τρίβει το πέος του στο κρεβάτι;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να απαντούν αρνητικά.<br><br>Στην ερώτηση: «Μπορεί ένας έφηβος να τρίβει το πέος του πάνω σε αντικείμενα;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να απαντούν αρνητικά.<br><br>Στην ερώτηση: «Μπορεί ένας έφηβος να πιάνει τα γεννητικά του όργανα όταν είναι μπροστά άλλοι άνθρωποι;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να απαντούν αρνητικά. |
| **Προβληματική Συμπεριφορά Σχετικά Με Την Αυτοϊκανοποίηση** | Η *προβληματική συμπεριφορά σχετικά με την αυτοϊκανοποίηση* ορίζεται ως:<br>1. Ένα άτομο ασχολείται/πιάνει/χαϊδεύει το πέος του σε δημόσιους χώρους.<br>2. Ένα άτομο ασχολείται με το πέος του και δεν καθαρίζεται μόλις εκσπερματώσει με χαρτομάντιλο ή μωρομάντιλο. Στη συνέχεια ξεχνάει να πλύνει τα χέρια του.<br><br>Στην ερώτηση: «Μετά τον αυνανισμό, ποια δύο πράγματα πρέπει να κάνει ένας έφηβος;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως «μετά την αυτοϊκανοποίηση να πλένω τα χέρια μου και το πέος/ πουλί μου ή καθαρίζω και πλένω το πουλί και τα χέρια μου». |

| | |
|---|---|
| **Τραυματισμοί Από Τον Αυνανισμό** | *Οι τραυματισμοί από την αυτοϊκανοποίηση* ορίζονται: οι τραυματισμοί που προκαλούνται στο πέος κατά την διάρκεια της αυτοϊκανοποίησης. Οι τραυματισμοί αυτοί προκαλούνται από:<br><br>α) την αυτοϊκανοποίηση, η οποία γίνεται πιάνοντας το πέος πολύ σφιχτά,<br><br>β) όταν στην αυτοϊκανοποίηση χρησιμοποιούνται αλοιφές/κρέμες ακατάλληλες για το δέρμα.<br><br>Στην ερώτηση: «Πώς ένας έφηβος μπορεί να τραυματίσει το πέος του όταν αυνανίζεται;» ο συμμετέχοντας στην έρευνα έπρεπε να παρέχει, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνει παραδείγματα συνθηκών όπως «όταν στην αυτοϊκανοποίηση πιάνω το πέος πολύ σφιχτά», «όταν στην αυτοϊκανοποίηση χρησιμοποιούνται αλοιφές ακατάλληλες για το δέρμα, π.χ. Fenistil».<br><br>Στην ερώτηση: «Μπορεί ένας έφηβος να τραυματίσει το πέος του από την αυτοϊκανοποίηση/ αυνανισμό;», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και απαντούν θετικά.<br><br>Στην ερώτηση: «Πες μου δύο τρόπους που ένας έφηβος μπορεί να τραυματίσει το πέος του όταν αυνανίζεται», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως «στην αυτοϊκανοποίηση να πιάνω το πέος/ πουλί μου πολύ σφιχτά και να το κάνω πολύ γρήγορα/ έντονα».<br><br>Στην ερώτηση: «Πες μου τι μπορεί να πάθει το πέος αν τραυματιστεί», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως «να πονάει ή να βγάλει αίμα». |

### 7.3.4. Βασικές Αρχές Για Τον Αυνανισμό Και Την Επίτευξη Αυτοϊκανοποίησης

Η 3η Κατηγορία αντιδράσεων αποτελείται από 5 υποκατηγορίες και περιέχει 17 ερωτήσεις. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό για κάθε ερώτηση και να δίνουν παραδείγματα. Οι υποκατηγορίες είναι: 1) Τα Βήματα Που Πρέπει Να Ακολουθηθούν Για Την Λειτουργική Αυτοϊκανοποίηση, 2) Ιδιωτικότητα και Αυτοϊκανοποίηση, 3) Εκπαίδευση Στην Χρήση Λιπαντικών, 4) Αναζήτηση Ενημέρωσης Από Τον Πατέρα Σχετικά Με Την Αυτοϊκανοποίηση και 5) Υγιεινή Και Αυτοϊκανοποίηση. Στον Πίνακα 7.9 παρατίθενται οι λειτουργικοί ορισμοί της 3ης κατηγορίας αντιδράσεων, μαζί με τις ενδεδειγμένες απαντήσεις και με ενδεικτικά παραδείγματα.

Η συγκεκριμένη κατηγορία περιείχε εικόνες, φύλλα εργασίας με ερωτήσεις κλειστού τύπου και τύπου «σωστό- λάθος», κάρτες με κοινωνικές ιστορίες και κοινωνικούς κύκλους, ανάλυση έργου (task analysis) και βίντεο, παραδείγματα των οποίων υπάρχουν στο Παράρτημα Β: Ενδεικτικές Δραστηριότητες.

Πίνακας 7.8

*3η Κατηγορία αντιδράσεων: Βασικές Αρχές Για Τον Αυνανισμό Και Την Επίτευξη Αυτοϊκανοποίησης*

| **3η Κατηγορία αντιδράσεων: Βασικές Αρχές Για Τον Αυνανισμό Και Την Επίτευξη Αυτοϊκανοποίησης** | |
|---|---|
| **Υποκατηγορίες** | **Λειτουργικός ορισμός** |
| **Αυτοϊκανοποίηση** | Ως *αυτοϊκανοποίηση–αυνανισμός* ορίζεται η διέγερση των ιδίων γεννητικών οργάνων με στόχο την πρόκληση οργασμού και αυτοϊκανοποίησης της γενετήσιας ορμής και ηδονής χωρίς συνουσία με άλλο πρόσωπο. |

| | |
|---|---|
| | Στην ερώτηση: «Τι είναι η αυτοϊκανοποίηση –αυνανισμός;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο, τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα, όπως «χαϊδεύω/ παίζω με το πουλί μου». |
| **Τα Βήματα Που Πρέπει Να Ακολουθηθούν Για Την Λειτουργική Αυτοϊκανοποίηση** | Τα βήματα για την αυτοϊκανοποίηση είναι:<br>1. Χάιδεψε το πέος σου με το χέρι σου από την κορυφή μέχρι την βάση του (ρυθμική κίνηση πάνω κάτω).<br>2. Αν αισθάνεσαι μεγάλη τριβή (κάψιμο ή ενόχληση στο δέρμα του πέους), μπορείς να χρησιμοποιήσεις λιπαντικό που θα κάνει το χέρι σου να γλιστράει πιο εύκολα (βεβαιώσου ότι το λιπαντικό είναι φτιαγμένο με βάση το νερό. Ποτέ μην χρησιμοποιείς λιπαντικό με βάση το πετρέλαιο όπως η βαζελίνη.<br>3. Συνέχισε να ανεβοκατεβάζεις το χέρι σου για 5 με 10 λεπτά ή περισσότερο.<br>4. Κατά την διάρκεια αυτή θα νοιώθεις αυξανόμενη ευχαρίστηση στο πέος σου μέχρι να εκσπερματώσεις, δηλαδή, ένα άσπρο υγρό να βγει από την τρύπα του πέους σου (ουρήθρα). Το άσπρο υγρό είναι το σπέρμα και είναι φυσιολογικό να βγαίνει. Αυτό σημαίνει ότι τελείωσες τον αυνανισμό.<br>5. Χρησιμοποίησε υγρό χαρτομάντιλο ή μια πετσέτα για να σκουπιστείς καλά. Ακόμα καλύτερα να κάνεις ένα μπάνιο μετά τον αυνανισμό.<br>6. Υπάρχουν και αρκετές περιπτώσεις που μπορεί να μην εκσπερματίσεις [να βγει το άσπρο υγρό από την τρύπα του πέους σου (ουρήθρα)]. Και αυτό είναι φυσιολογικό (Hénault, 2006).<br><br>Στην ερώτηση: «Τι πρέπει να κάνεις όταν θέλεις να αυτοϊκανοποιηθείς; πες μου τα βήματα (διαδικασία)», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως |

| | |
|---|---|
| | «χαϊδεύω/ παίζω με το πουλί μου με το χέρι μου μέχρι να μεγαλώσει και να νοιώθω ευχαρίστηση, χρησιμοποιώ λίγο/μερικές σταγόνες λιπαντικό αν χρειαστεί, στο τέλος βγαίνει ένα άσπρο υγρό. Μετά πρέπει να καθαριστώ». |
| **Ιδιωτικότητα και Αυτοϊκανοποίηση** | *Ιδιωτικότητα και Αυτοϊκανοποίηση:* ορίζεται ως την αυτοϊκανοποίηση που πραγματοποιείται όταν το άτομο είναι μόνο και σε ιδιωτικό χώρο (μπάνιο ή υπνοδωμάτιο). Η πόρτα πρέπει να είναι κλειστή, όπως και οι κουρτίνες και τα παντζούρια.<br><br>Στην ερώτηση: «Σε ποια δύο μέρη μπορεί ένας έφηβος να αυτοϊκανοποιηθεί;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως «στο υπνοδωμάτιο μου και στο μπάνιο του σπιτιού μου».<br><br>Στην ερώτηση: «Μπορεί ένας έφηβος να αυτοϊκανοποιηθεί στη τουαλέτα του σπιτιού του ξάδελφού του;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο, τον ορισμό και να απαντούν αρνητικά.<br><br>Στην ερώτηση: «Μπορεί ένας έφηβος να αυτοϊκανοποιηθεί στην παραλία, όταν έχει όμορφα κορίτσια αλλά δεν τον βλέπει κανείς;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο, τον ορισμό και να απαντούν αρνητικά.<br><br>Στην ερώτηση: «Τι πρέπει να κάνεις όταν θέλεις να αυτοϊκανοποιηθείς στο δωμάτιο σου;», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο, τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα, όπως «κλείνω την πόρτα του δωματίου, τις κουρτίνες και τα παντζούρια».<br><br>Στην ερώτηση: «Τι θα κάνεις αν όταν αυτοϊκανοποιείσαι, ο αδερφός σου χτυπήσει την πόρτα και θέλει να μπει στο δωμάτιο;», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να |

| | |
|---|---|
| | παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα όπως «θα του πω να περιμένει γιατί έχω δουλεία ή θα του πω να έρθει μετά».<br><br>Στην ερώτηση: «Τι θα κάνεις αν, όταν αυτοϊκανοποιείσαι στο μπάνιο του σπιτιού σου, η μαμά σου χτυπάει την πόρτα;», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα, όπως «θα της πω να περιμένει γιατί κάνω μπάνιο ή θα της πω να έρθει μετά».<br><br>Στην ερώτηση: «Θα αφήσεις το μπαμπά σου να μπει μέσα στο μπάνιο όταν αυτοϊκανοποιείσαι για να πάρει μία πετσέτα που την χρειάζεται άμεσα;», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να δίνουν παραδείγματα, όπως «θα του πω να περιμένει γιατί έχω δουλεία ή θα του πω να έρθει μετά». |
| **Εκπαίδευση Στην Χρήση Λιπαντικών** | Ο εκπαιδευόμενος αναμένεται να περιγράφει την διαδικασία της χρήσης λιπαντικών ως τη χρήση λιπαντικών (με βάση το νερό) κατά την διάρκεια της αυτοϊκανοποίησης για την αποφυγή δερματικών ερεθισμών.<br><br>*Λιπαντικό*: Το λιπαντικό είναι ένα προϊόν που μπορείς να το χρησιμοποιήσεις κατά τη διάρκεια της αυτοϊκανοποίησης. Το λιπαντικό είναι μια διάφανη ουσία. Αν αισθανθείς κάψιμο ή κάποια ενόχληση στο δέρμα του πέους σου, μπορείς να χρησιμοποιήσεις λίγο λιπαντικό και θα αποφύγεις τις κοκκινίλες.<br><br>Στην ερώτηση: «Τι πρέπει να κάνεις όταν νιώθεις κάψιμο ή ερεθισμό στο δέρμα του πέους κατά τη διάρκεια της αυτοϊκανοποίησης;», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο, τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα, όπως «θα χρησιμοποιήσω λίγο λιπαντικό ή θα βάλω μερικές σταγόνες λιπαντικού». |

| | |
|---|---|
| | Στην ερώτηση: «Μπορεί ένας άντρας να χρησιμοποιεί κατά τη διάρκεια του αυνανισμού λιπαντικό;», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να απαντούν θετικά.<br>Στην ερώτηση: «Όταν αυνανίζεσαι μπορείς να βάζεις πάνω στο πέος σου αλοιφές όλων των ειδών;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να απαντούν αρνητικά. |
| **Αναζήτηση Ενημέρωσης Από Τον Πατέρα Σχετικά Με Την Αυτοϊκανοποίηση** | Η *ενημέρωση από τον πατέρα σχετικά με την αυτοϊκανοποίηση*: ορίζεται ως η παροχή βοήθειας ή ενημέρωση σχετικά με την αυτοϊκανοποίηση ή με τα θέματα σεξουαλικότητας, μόνο από τον πατέρα ή τον γιατρό (στα ιατρικά θέματα).<br><br>Στην ερώτηση: «Πες μου, ποιόν θα ρωτήσεις αν έχεις μια απορία για την αυτοϊκανοποίηση;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο, τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα, όπως «τον μπαμπά ή τον πατέρα μου ή τον γιατρό».<br>Στην ερώτηση: «Πες μου, μπορείς να ρωτήσεις την μητέρα σου αν έχεις μια απορία για την αυτοϊκανοποίηση;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να απαντούν αρνητικά.<br>Στην ερώτηση: «Θα μιλήσεις στους φίλους σου για τις απορίες που ίσως έχεις για τον αυνανισμό;», οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να απαντούν αρνητικά.<br>Στην ερώτηση: «Ποιο άτομο θα ρωτήσεις αν θελήσεις κάποια συμβουλή για την αυτοϊκανοποίηση;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να δίνουν παραδείγματα, όπως «τον μπαμπά ή τον πατέρα μου». |
| **Υγιεινή Και Αυτοϊκανοποίηση** | *Υγιεινή Και Αυτοϊκανοποίηση*: Ορίζεται ως η τήρηση των κανόνων υγιεινής μετά την αυτοϊκανοποίηση, δηλαδή τον καθαρισμό/πλύσιμο των γεννητικών οργάνων με υγρό μαντηλάκι ή μπάνιο και την αλλαγή εσώρουχου.<br><br>Στην ερώτηση: «Πες μου δύο τρόπους ώστε τα γεννητικά όργανα ενός άντρα να είναι καθαρά μετά τον αυνανισμό», οι |

| | |
|---|---|
| | συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο, τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα, όπως «κάνω μπάνιο και πλένω το πέος/ πουλί μου ή σκουπίζω/ καθαρίζω με υγρό μαντηλάκι το πουλί μου».<br><br>Στην ερώτηση: «Όταν ολοκληρώσεις τη διαδικασία του αυνανισμού, μετά την εκσπερμάτιση, τι πρέπει να κάνεις;» οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να παρέχουν, έστω και παραφρασμένο, τον ορισμό και να δίνουν παραδείγματα, όπως «κάνω μπάνιο και πλένω το πέος/ πουλί μου ή σκουπίζω/ καθαρίζω με υγρό μαντηλάκι το πουλί μου». |

**Ανεξάρτητες μεταβλητές**

Οι **ανεξάρτητες μεταβλητές** ορίστηκαν ως εξής:

1. Η παροχή τμηματικής βοήθειας στους συμμετέχοντες, από ελάχιστη προς μέγιστη δυνατή βοήθεια (least- to- most prompting) στην περίπτωση μη ορθής αντίδρασης. Παρέχονται 1 έως 3 μορφές, στη μορφή λεκτικής, σωματικής καθοδήγησης ή μίμησης προτύπου.

2. Η παροχή κοινωνικής λεκτικής ενίσχυσης μεταξύ προσπαθειών και με την ολοκλήρωση κάθε σεναρίου καθώς και σε συνάφεια με τη συμπεριφορά-στόχο.

### 7.3.5. Ανεκδοτολογικές Μεταβλητές: Προβληματικές Μορφές Σεξουαλικής Συμπεριφοράς

Δεδομένα συλλέχθηκαν για δύο ακόμα κατηγορίες μεταβλητών που αφορούσαν τις δεξιότητες που σχετίζονταν με την αυτοϊκανοποίηση και τις προβληματικές μορφές σεξουαλικής συμπεριφοράς. Στην πρώτη κατηγορία, εντάχθηκαν οι δεξιότητες που σχετίζονταν με την αυτοϊκανοποίηση και αφορούσαν: α) την τήρηση της ιδιωτικότητας κατά την τέλεση της πράξης (τέλεση της αυτοϊκανοποίησης σε ιδιωτικό χώρο, όπως το

υπνοδωμάτιο, ή το μπάνιο του σπιτιού, με κλειστή πόρτα και κουρτίνες) και β) την επιτυχή αυτοϊκανοποίηση (αυτοϊκανοποίηση που προκαλεί οργασμό και εκσπερμάτιση).

Η δεύτερη κατηγορία αφορούσε την *προβληματική συμπεριφορά* και περιλάμβανε 7 υποκατηγορίες, οι οποίες αφορούσαν διαφορετικές πτυχές της προβληματικής συμπεριφοράς, διαφορετικές για κάθε συμμετέχοντα. Οι υποκατηγορίες αυτές ήταν: α) Μη Λειτουργική Αυτοϊκανοποίηση· β) Μη Τήρηση Κανόνων Υγιεινής· γ) Άγγιγμα Των Γεννητικών Οργάνων Σε Δημόσιο Χώρο· δ) Τριβή Των Γεννητικών Οργάνων Στο Κρεβάτι/Πάτωμα· ε) Εμμονή Με Τηλεφωνική Επικοινωνία Κοριτσιών· στ) Αυξημένο Άγχος- Ένταση και ζ) Αυξημένη Στερεοτυπία.

Στον Πίνακα 7.10 παρουσιάζονται αναλυτικά οι λειτουργικοί ορισμοί των παραπάνω μεταβλητών. Για τις δύο αυτές μεταβλητές οι καταγραφές έγιναν αποκλειστικά από τον πατέρα, χωρίς να γίνεται χρήση βιντεοκάμερας και χωρίς έλεγχο της αξιοπιστίας των μετρήσεων από δεύτερο παρατηρητή, προκειμένου να προστατευτεί η ιδιωτικότητα του συμμετέχοντα.

Πίνακας 7.9

*Λειτουργικοί ορισμοί Προβληματικής Συμπεριφοράς*

| **Προβληματική Συμπεριφορά** | |
|---|---|
| **Υποκατηγορίες** | **Λειτουργικός ορισμός** |
| **Μη Λειτουργική Αυτοϊκανοποίηση** | Ορίζεται ως η αυτοϊκανοποίηση η οποία γίνεται σε χώρο πέραν του ιδιωτικού ή στον ιδιωτικό χώρο, χωρίς να είναι κλειστή η πόρτα και τα παντζούρια/κουρτίνες. |
| **Μη Τήρηση Κανόνων Υγιεινής** | Ορίζεται ως η μη τήρηση των κανόνων υγιεινής μετά την αυτοϊκανοποίηση, δηλαδή τον καθαρισμό/πλύσιμο των γεννητικών οργάνων με υγρό μαντηλάκι ή μπάνιο και την αλλαγή εσώρουχου. |
| **Άγγιγμα Των Γεννητικών Οργάνων Σε Δημόσιο Χώρο** | Ορίζεται ως το επίμονο, μη λειτουργικό επαναλαμβανόμενο άγγιγμα/χάιδεμα των γεννητικών οργάνων μέσα από το παντελόνι ή πάνω από το παντελόνι, σε δημόσιο χώρο. |
| **Τριβή Των Γεννητικών Οργάνων Στο Κρεβάτι/Πάτωμα** | Ορίζεται ως η αυτοϊκανοποίηση η οποία γίνεται με τριβή των γεννητικών οργάνων στο κρεββάτι ή στο πάτωμα, χωρίς την χρήση του χεριού. |
| **Εμμονή Με Τηλεφωνική Επικοινωνία Κοριτσιών** | Ορίζεται ως η επαναλαμβανόμενη αναζήτηση – επίμονη προφορική εκδήλωση πρόθεσης για τηλεφωνική επικοινωνία με γυναίκες, συμμαθήτριες ή άτομα του φιλικού και οικογενειακού κύκλου. |
| **Αυξημένο Άγχος/ Ένταση** | Ορίζεται ως η εκδήλωση άγχους/έντασης, φωνών, η χρήση άσχημών λέξεων, βίας, το οποίο σχετίζεται ή οφείλεται στην μη λειτουργική εκδήλωση της σεξουαλικότητας. |
| **Αυξημένη Στερεοτυπία** | Ορίζεται ως οι επαναλαμβανόμενοι και στερεότυποι τύποι μη λειτουργικής επαναλαμβανόμενης κίνησης/συμπεριφοράς που είναι μη φυσιολογική, είτε σε ένταση είτε σε εστιασμό, π.χ. στερεότυπων κινήσεων των |

| | |
|---|---|
| | χεριών (για παράδειγμα τρίψιμο των χεριών μεταξύ τους ή το ξύσιμο με τα χέρια στο πρόσωπο τους), την εμμονική ενασχόληση με συγκεκριμένα ενδιαφέροντα (για παράδειγμα, τα δελτία ειδήσεων) ή αντικείμενα (όπως το πλυντήριο ρούχων ή το πικάπ). |

## 7.4. Άλλες μετρήσεις

Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν δυο αξιολογητικά εργαλεία[10], τα οποία χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες πριν και μετά την παρέμβαση. Προκειμένου να αξιολογηθούν οι γνώσεις του συμμετέχοντα σε θέματα εφηβείας και σεξουαλικότητας, χορηγήθηκε η γενική κλίμακα Σεξουαλικής Γνώσης (GSKQ) (Talbot & Langdon, 2006). Για την ανίχνευση της προβληματικής συμπεριφοράς χορηγήθηκε η κλίμακα Προβληματικής Συμπεριφοράς (Eyberg Child Behavior Inventory - ECBI) (Eyberg & Pincus, 1999), η όποια συμπληρώθηκε από την μητέρα ή τον πατέρα των συμμετεχόντων, πριν και μετά την έρευνα. Επιπροσθέτως, στους γονείς χορηγήθηκε: α) το ερωτηματολόγιο γονεϊκής τυπολογίας (Antonopoulou & Tsitsas, 2011· Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2009) και β) το ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης ή Άγχους (State –Trait Anxiety Inventory-STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970).

## 7.5. Μέσα συλλογής δεδομένων- Ερευνητικά Εργαλεία

Προκειμένου να μετρηθούν και να αξιολογηθούν τα χαρακτηρίστηκα των συμμετεχόντων της έρευνας και των γονέων τους, χρησιμοποιήθηκαν: α) κλίμακες Γενικής Αξιολόγησης· β) κλίμακες Αξιολόγησης της Σεξουαλικής Ετοιμότητας και της

[10] Αναλυτική παρουσίαση των ερευνητικών εργαλείων στην υποενότητα 7.5. Μέσα συλλογής δεδομένων- Ερευνητικά Εργαλεία

Προβληματικής συμπεριφοράς· γ) κλίμακες Αξιολόγησης χαρακτηριστικών των Γονέων και δ) αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο Δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων[11] και φύλλο Καταγραφής Οικογενειακού Ιστορικού[12].

### 7.5.1. Κλίμακες Γενικής Αξιολόγησης

*Ελληνική έκδοση της κλίμακας νοημοσύνης για παιδιά (WISC-III)*

Για την αξιολόγηση των γνωστικών λειτουργιών, χρησιμοποιήθηκε *η ελληνική έκδοση της κλίμακας νοημοσύνης για παιδιά* (Wechsler Intelligence Scale for Children-WISC-III) (Γεώργας και συν., 1997). Είναι ένα ψυχομετρικό εργαλείο για την αξιολόγηση των νοητικών ικανοτήτων των παιδιών, ηλικίας 6 έως 16 ετών (Γεώργας και συν., 1997).

Η ελληνική έκδοση του WISC-III είναι σταθμισμένη για τα ελληνικά δεδομένα. Αξιολογεί τη νοημοσύνη μέσω δυο καναλιών επικοινωνίας, της ακουστικής-γλωσσικής και της οπτικό-κινητικής. Από την αθροιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων των κλιμάκων που χρησιμοποιούν ακουστικό- λεκτικό υλικό, εξάγεται ένας ενιαίος βαθμός για τη λεγόμενη Λεκτική Νοημοσύνη και από την αθροιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων των κλιμάκων που χρησιμοποιούν οπτικό-ακουστικό υλικό εξάγεται ένας ενιαίος βαθμός, τη λεγόμενη Πρακτική Νοημοσύνη (Γεώργας και συν., 1997).

Για τις κλίμακες «Συμπλήρωση Εικόνων» και «Πληροφορίες», η αξιοπιστία της ελληνικής έκδοσης του WISC-III μετρήθηκε με το δείκτη Kuder-Richardson 20. Για τις υπόλοιπες κλίμακες χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας (Cronbach a). Όλοι οι δείκτες ήταν πάνω από 0,60.

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, η ελληνική έκδοση του WISC-III συμπληρώθηκε ξεχωριστά για τον κάθε συμμετέχοντα από την υπεύθυνη του θεραπευτικού προγράμματος των συμμετεχόντων, πριν την έναρξη της παρέμβασης. Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε προφορικά, είχε διάρκεια περίπου 2 ώρες και πραγματοποιήθηκε σε μία συνεδρία.

[11] Παράρτημα Α. Φύλλα Συλλογής Δεδομένων
[12] Παράρτημα Α. Φύλλα Συλλογής Δεδομένων

*Τυπικές Προοδευτικές Μήτρες (The Raven's Standard Progressive Matrices test) (RSPM)*

Για τη μέτρηση της νοημοσύνης του Χρήστου χρησιμοποιήθηκε το τεστ «Τυπικές Προοδευτικές Μήτρες» του Raven (The Raven's Standard Progressive Matrices - RSPM) **(**Raven και συν., 1992). Οι Προοδευτικές Μήτρες του Raven είναι μια δοκιμασία γενικής νοητικής ικανότητας, κατασκευασμένη από τον John Carlyle Raven το 1938. Πρόκειται για μη λεκτική δοκιμασία, διότι τα προβλήματα που δίνονται στον εξεταζόμενο παρουσιάζονται με τη μορφή γεωμετρικών σχημάτων. Οι δοκιμασίες του Raven θεωρούνται, εξαιτίας της μη-λεκτικής τους μορφής με την οποία παρουσιάζονται, απαλλαγμένες από πολιτισμικές επιδράσεις. Το τεστ σχεδιάστηκε για να μετρά την ικανότητα του ατόμου να πραγματοποιεί συγκρίσεις, να σκέπτεται αναλογικώς και να οργανώνει τις αντιλήψεις του χώρου σε λειτουργικά σύνολα. Πιο συγκεκριμένα, εξετάζει τη αναλυτική ικανότητα, σε συνδυασμό με την αίσθηση της όρασης, την αίσθηση της συμμετρίας, καθώς επίσης και την ικανότητα του ατόμου να συσχετίζει σύμβολα και σχήματα μεταξύ τους. Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν οι Τυπικές Προοδευτικές Μήτρες (Standard Progressive Matrices Test-SPM) οι οποίες είναι κατάλληλες για την μέτρηση της νοημοσύνης σε ενήλικες και παιδιά από 6 έως 80 ετών (Feis, 2010).

Οι Τυπικές Προοδευτικές Μήτρες (Standard Progressive Matrices Test-SPM) αποτελούνται από 60 δοκιμασίες, οργανωμένες σε πέντε σετ των δώδεκα δοκιμασιών. Η κάθε δοκιμασία αναπαριστά ένα σχέδιο που στη κάτω δεξιά του μεριά λείπει ένα μικρό κομμάτι. Από κάτω δίνονται 6 ή 8 μικρότερα σχήματα τα οποία αποτελούν πιθανές εναλλακτικές λύσεις και ένα σχέδιο να είναι το σωστό. Ο συμμετέχων στην δοκιμασία πρέπει να βρει ποιο ταιριάζει ακριβώς στο ζητούμενο. Οι δοκιμασίες του κάθε σετ και τα σετ έχουν αυξανόμενη δυσκολία, με παρόμοια όμως λογική για την επίλυσή τους. Τα αρχικά σετ δοκιμασιών απαιτούν ακρίβεια στη διάκριση, ενώ οι τελευταίες δοκιμασίες των δύο τελευταίων σετ είναι οι δυσκολότερες και περιέχουν αναλογικές συγκρίσεις και άλλες λογικές σχέσεις. Η κάθε σωστή απάντηση βαθμολογείται με 1 βαθμό και η κάθε λάθος με 0 βαθμούς. Συνεπώς, η μέγιστη βαθμολογία είναι 60 και η μικρότερη δυνατή 0 (Raven και συν., 1992).

Ο μέσος όρος του βαθμού αξιοπιστίας των Τυπικών Προοδευτικών Μήτρων έχει βρεθεί από αρκετές μελέτες πολύ υψηλός και στα τρία είδη αξιοπιστίας: αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσεων, της εσωτερικής συνέπειας και των ημίκλαστων· 0.93, 0.95 και 0.90 αντίστοιχα. Συνεπώς, ο συνδυασμός τους διασφαλίζει μια υψηλή αξιοπιστία, μεγαλύτερη από 0,9. Επιπροσθέτως, το γεγονός ότι οι παραπάνω μελέτες έγιναν, τόσο σε αναπτυσσόμενες όσο και σε αναπτυγμένες χώρες του κόσμου και ο βαθμός αξιοπιστίας παρέμενε σχετικά σταθερός από χώρα σε χώρα, επισημαίνει ότι η αξιοπιστία των Τυπικών Προοδευτικών Μήτρων είναι «πολιτισμικά δίκαιη» (Abdalgadr, 2009). Η εγκυρότητα του τεστ είναι επίσης υψηλή διότι οι περισσότερες παραγοντικές αναλύσεις και ο ψηλός βαθμός συσχέτισης με τεστ γενικής νοημοσύνης καταδεικνύουν ότι οι Τυπικές Προοδευτικές Μήτρες μετράνε το γενικό παράγοντα g που συνυπάρχει σε κάθε νοητική ικανότητα.

Η παραπάνω κλίμακα δεν είναι σταθμισμένη για τα ελληνικά δεδομένα. Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, η αξιολόγηση της γενικής νοητικής ικανότητας του Χρήστο πραγματοποιήθηκε με τις Τυπικές Προοδευτικές Μήτρες και χορηγήθηκε από ένα μέλος της ερευνητικής ομάδας, πριν την έναρξη της παρέμβασης. Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε γραπτά, είχε διάρκεια περίπου 30 λεπτά και πραγματοποιήθηκε σε μία συνεδρία.

*Κλίμακα Αξιολόγησης του Παιδικού Αυτισμού (Childhood Autism Rating Scale)*

Για την αξιολόγηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων του αυτισμού, χρησιμοποιήθηκε η *Κλίμακα Αξιολόγησης του Παιδικού Αυτισμού* (*Childhood Autism Rating Scale- CARS)* (Schopler και συν., 1988). Η κλίμακα αυτή βοηθά να καθοριστεί η σοβαρότητα των συμπτωμάτων του αυτισμού και συμπληρώνεται από τους θεραπευτές ή τους γονείς του παιδιού. Η συνολική βαθμολογία αυτής της κλίμακας ταξινομεί τον αυτισμό σε ήπιο, μέτριο ή σοβαρό. Η αξιολόγηση στηρίζεται, τόσο στην παρατήρηση της συμπεριφοράς του ατόμου με ΔΑΦ στο πλαίσιο του σχολείου ή του σπιτιού, όσο και στις πληροφορίες που παρέχονται από τους γονείς ή τους φροντιστές του παιδιού με ΔΑΦ.

Η κλίμακα Αξιολόγησης του Παιδικού Αυτισμού αξιολογεί 15 κατηγορίες χαρακτηριστικών: τη Συναισθηματική Ανταπόκριση, τη Μίμηση, τη Λεκτική και Μη

Λεκτική Επικοινωνία, τη Χρήση Κίνησης του Σώματος, τη Χρήση Παιχνιδιών, την Προσαρμογή σε Αλλαγές, την Ακουστική Αντίδραση (Απαντητικότητα), την Αντίδραση (Απαντητικότητα) και τη Χρήση των Αισθήσεων της Γεύσης, της Όσφρησης και της Αφής, τις Σχέσεις με Ανθρώπους, την Οπτική Αντίδραση, το Φόβο ή Νευρικότητα, το Επίπεδο Δραστηριότητας (Ενεργητικότητας), το Βαθμό Και Σταθερότητα της Νοητικής Ανταπόκρισης (Επίδοσης) και τέλος, τη Γενική Εκτίμηση του Παιδιού. Η αξιολόγηση των χαρακτηριστικών πραγματοποιείται βάσει κλίμακας 7 βαθμών: (1- 1.5- 2- 2.5- 3- 3.5- 4). Ο βαθμός 1 σημαίνει ότι η συμπεριφορά του παιδιού κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα για την ηλικία του, ενώ, αντίθετα, ο βαθμός 4 δείχνει διαταραχή. Η κλίμακα αξιολόγησης CARS είναι μεταφρασμένη στα ελληνικά και δεν είναι σταθμισμένη για τα ελληνικά δεδομένα.

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, η κλίμακα Αξιολόγησης του Παιδικού Αυτισμού χορηγήθηκε από ένα μέλος της ερευνητικής ομάδας και συμπληρώθηκε από την υπεύθυνη του θεραπευτικού προγράμματος του παιδιού και από τη μητέρα ή τον πατέρα των συμμετεχόντων, πριν την έναρξη της παρέμβασης. Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε προφορικά, είχε διάρκεια περίπου 30 λεπτά και πραγματοποιήθηκε σε μία συνεδρία.

*Κλίμακα Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς (Vineland Adaptive Behavior Scales) (VABS)*

Η κλίμακα Προσαρμοστικής Συμπεριφοράς (Vineland Adaptive Behavior Scales- VABS). Πρόκειται για ένα από τα ευρύτερα διαδεδομένα εργαλεία αξιολόγησης της προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Η κλίμακα βασίζεται στο τι μπορεί να εκτελέσει το παιδί στην καθημερινή του ζωή. Αξιολογεί την προσωπική και κοινωνική επάρκεια του ατόμου από τη γέννηση έως την ηλικία των 18 ετών και 11 μηνών. Αριθμεί τέσσερεις τομείς σχετικά με τις λειτουργικές δεξιότητες του παιδιού (την Κοινωνικοποίηση, τις Καθημερινές δεξιότητες, την Επικοινωνία και τις Κινητικές δεξιότητες) και έναν τομέα για τα προβλήματα συμπεριφοράς. Αποτελείται από 117 θέματα, τα οποία είναι ομαδοποιημένα σε ηλικιακά επίπεδα, ενώ οι πληροφορίες για κάθε θέμα λαμβάνονται με ατομικές συνεντεύξεις είτε με το ίδιο το παιδί, είτε με αυτόν που το φροντίζει. Ο τομέας της επικοινωνίας περιλαμβάνει 67 ερωτήσεις, ο τομέας των καθημερινών δεξιοτήτων περιλαμβάνει 92 ερωτήσεις, ο τομέας της κοινωνικοποίησης

66 και αυτός των κινητικών δεξιοτήτων περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις (Sparrow και συν., 1984).

Κάθε ερώτηση βαθμολογείται βάσει κλίμακας 5 βαθμών: με 2 βαθμούς (Ναι, Συνήθως), με 1 βαθμό (Μερικές φορές), με 0 (Όχι, ποτέ), με Μ (Μη ευκαιρία) και με ΔΞ (Δεν ξέρω). Η βαθμολογία αφορά το βαθμό της συγκεκριμένης συμπεριφοράς που αντιστοιχεί στον εκάστοτε αξιολογούμενο ή τη μη έκφρασή της λόγω μη παρεχόμενης ευκαιρίας. Η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται ως το άθροισμα της επίδοσης στους παραπάνω τομείς και εκφράζει στην αρχική βαθμολόγηση (raw score) και τη μετέπειτα μετατροπή της σε τυπική βαθμολόγηση (standard score). Τέλος, η προσαρμοστική συμπεριφορά νοείται ως το άθροισμα της τυπικής βαθμολογίας στους αξιολογούμενους τομείς, λαμβάνοντας υπόψη και τη χρονολογική ηλικία του ατόμου (Sparrow και συν., 1984). Η κλίμακα αξιολόγησης Vineland είναι μεταφρασμένη και σταθμισμένη για τα ελληνικά δεδομένα.

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, η κλίμακα Vineland Adaptive Behavior Scales χορηγήθηκε από ένα μέλος της ερευνητικής ομάδας και συμπληρώθηκε από τη μητέρα ή τον πατέρα των συμμετεχόντων, πριν την έναρξη της παρέμβασης. Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε προφορικά, είχε διάρκεια περίπου 45 λεπτά και πραγματοποιήθηκε σε μία συνεδρία.

### 7.5.2. Κλίμακες Αξιολόγησης Σεξουαλικής Ετοιμότητας και Προβληματικής Συμπεριφοράς

*Γενική κλίμακα σεξουαλικής γνώσης- αναθεωρημένη (General sexual knowledge questionnaire- Revised)*

Η γενική κλίμακα σεξουαλικής γνώσης- αναθεωρημένη (General sexual knowledge questionnaire- Revised) (GSKQ) (Talbot & Langdon, 2006) είναι μια κλίμακα η οποία μετράει τις γνώσεις που σχετίζονται με τα θέματα εφηβείας και σεξουαλικότητας. Το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο βασίζεται στη γενική κλίμακα σεξουαλικής γνώσης (Bender Sexual Knowledge Questionnaire) (BSKQ) (Bender, Aitman, Biggs & Haug, 1983). Η χορήγηση του είναι σύντομη χρονικά και εύκολη σε

σύγκριση με μερικά από τα πιο χρονοβόρα ερωτηματολόγια που είναι διαθέσιμα στη διεθνή βιβλιογραφία (Talbot & Langdon, 2006).

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 6 μέρη και είναι σχεδιασμένο για να αξιολογεί την γνώση της ανθρώπινης ανατομίας και φυσιολογίας, τις γνώσεις για τη σεξουαλική επαφή, τις γνώσεις για την εγκυμοσύνη, τις γνώσεις για την αντισύλληψη και τις γνώσεις για τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα και τη σεξουαλικότητα (Talbot & Langdon, 2006).

Το νέο ερωτηματολόγιο, το GSKQ, περιέχει 63 ερωτήματα σε σχέση με την αρχική έκδοση του ερωτηματολογίου που περιείχε 61. Το νέο ερωτηματολόγιο χωρίστηκε σε έξι τμήματα: α) φυσιολογία - εικόνες και ερωτήσεις· β) σεξουαλική επαφή· γ) εγκυμοσύνη· δ) αντισύλληψη· ε) σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα και στ) σεξουαλικότητα. Οι ερωτηθέντες παίρνουν ένα βαθμό για κάθε σωστή απάντηση. Ωστόσο, ανάλογα με τη φύση της ερώτησης, μπορεί να παίρνουν περισσότερους από ένα βαθμούς για κάθε ερώτηση, δίνοντας συνολική βαθμολογία 110 (Talbot & Langdon, 2006).

Η παραπάνω κλίμακα δεν είναι σταθμισμένη για τα ελληνικά δεδομένα και μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha (a) Cronbach του τεστ και για τις 6 κατηγορίες ήταν πολύ υψηλός με α= 0.94. Η συγκεκριμένη κλίμακα εμφανίζει υψηλό δείκτη εσωτερικής συνοχής και αξιοπιστίας (Cronbach's alpha =0,94 και βαθμός αξιοπιστίας =0,80) (Talbot & Langdon, 2006).

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, η γενική κλίμακα σεξουαλικής γνώσης χορηγήθηκε από ένα μέλος της ερευνητικής ομάδας και συμπληρώθηκε από τους συμμετέχοντες ατομικά, πριν την έναρξη της παρέμβασης καθώς και με την ολοκλήρωση του προγράμματος παρέμβασης. Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε προφορικά, είχε διάρκεια περίπου 30 λεπτά και πραγματοποιήθηκε σε μία συνεδρία.

*Κλίμακα Προβληματικής Συμπεριφοράς (Eyberg Child Behavior Inventory - ECBI)*

Για την ανίχνευση της προβληματικής συμπεριφοράς χορηγήθηκε η κλίμακα Προβληματικής Συμπεριφοράς (Eyberg Child Behavior Inventory - ECBI) (Eyberg & Pincus, 1999). Η κλίμακα Προβληματικής Συμπεριφοράς αξιολογεί τις αντιλήψεις των γονέων ή του φροντιστή σχετικά με τις προβληματικές συμπεριφορές του παιδιού.

Παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των προβλημάτων συμπεριφοράς ή της προβληματικής συμπεριφοράς στα παιδιά. Αξιολογεί τα προβλήματα συμπεριφοράς, όπως τη μη συμμόρφωση, την έκφραση παράπονων, τα προβλήματα προσοχής, την επιθετικότητα και την παρορμητικότητα. Είναι ευαίσθητο στις βραχυπρόθεσμες αλλαγές, επομένως μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της προόδου της θεραπείας μέσω της πορείας της θεραπείας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί κλινικά (Eyberg & Pincus, 1999).

Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της σοβαρότητας της προβληματικής συμπεριφοράς, για την αξιολόγηση της αλλαγής της συμπεριφοράς και της προόδου της θεραπείας, όπως και για τη βοήθεια στον προγραμματισμό της θεραπείας μετά την παρέμβαση. Επιπροσθέτως, μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τους τρόπους διαπαιδαγώγησης που χρησιμοποιούν οι γονείς (Eyberg & Pincus, 1999).

Η κλίμακα Προβληματικής Συμπεριφοράς είναι ένα ερωτηματολόγιο το οποίο συμπληρώνεται από τους γονείς ή τον φροντιστή του παιδιού και αποτελείται από 36 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αφορούν δυο κατηγορίες, την Κλίμακα Έντασης και την Κλίμακα Προβλημάτων. Η κλίμακα Έντασης μετρά τη συχνότητα με την οποία το παιδί εμφανίζει προβλήματα συμπεριφοράς. Αν η βαθμολογία του παιδιού είναι 131 ή μεγαλύτερη, τότε τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού έχουν σημαντική ένταση / σοβαρότητα. Στην κλίμακα Προβλημάτων, αν οι βαθμολογία ενός παιδιού είναι 15 ή μεγαλύτερη, τότε το παιδί εμφανίζει σημαντικό αριθμό προβλημάτων συμπεριφοράς (Eyberg & Pincus, 1999).

Οι παραπάνω κλίμακα δεν είναι σταθμισμένη για τα ελληνικά δεδομένα και χρησιμοποιήθηκε μεταφρασμένη στα ελληνικά.

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, η κλίμακα Προβληματικής Συμπεριφοράς χορηγήθηκε από ένα μέλος της ερευνητικής ομάδας και συμπληρώθηκε από τον ένα από τους δυο γονείς των συμμετεχόντων, πριν την έναρξη της παρέμβασης, καθώς και με την ολοκλήρωση του προγράμματος παρέμβασης.

### 7.5.3. Κλίμακες Αξιολόγησης για τους Γονείς

Οι δοκιμασίες που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση των γονέων είναι οι παρακάτω:

*Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης ή Άγχους*- (State –Trait Anxiety Inventory-STAI) (Spielberger και συν., 1970). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο διερευνά το άγχος ενός ατόμου. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται συνολικά από 40 προτάσεις-συμπεριφορές που αφορούν τα συναισθήματα και τους τρόπους αντιμετώπισης διαφόρων καταστάσεων. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν τον βαθμό (καθόλου, κάπως, μέτρια και πάρα πολύ) που τους χαρακτηρίζουν οι περιγραφές του κάθε θέματος. Αποτελείται από δύο τύπους, Χ-1 και Χ-2. Ο πρώτος τύπος (20 θέματα), αφορά το πώς αισθάνεται το άτομο τη στιγμή που απαντά στο ερωτηματολόγιο (το άγχος ως κατάσταση) και ο δεύτερος τύπος (20 θέματα) απαντώνται με βάση το πώς το άτομο αισθάνεται γενικά (άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας). Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία.

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, το ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης ή Άγχους χορηγήθηκε από ένα μέλος της ερευνητικής ομάδας και συμπληρώθηκε από τη μητέρα ή τον πατέρα των συμμετεχόντων, πριν την έναρξη της παρέμβασης καθώς και με την ολοκλήρωση του προγράμματος παρέμβασης.

*Ερωτηματολόγιο γονεϊκής τυπολογίας* (Antonopoulou & Tsitsas, 2011· Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2009). Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι η ελληνική έκδοση του «Parenting Styles and Dimensions Questionnaire» (Robinson, Mandleco, Olsen & Hart, 2001). Πρόκειται για ένα αυτό-συμπληρούμενο εργαλείο. Η ελληνική έκδοση αποτελείται από 28 προτάσεις και αναδεικνύει τέσσερις κυρίαρχους πατρικούς τύπους και τέσσερις τύπους μητέρων: α) ο/η υποστηρικτικός· β) ο/η επιτρεπτικός· γ) ο/η αυταρχικός και δ) ο/η αυστηρός/η. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία.

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, το ερωτηματολόγιο Γονεϊκής Τυπολογίας χορηγήθηκε από ένα μέλος της ερευνητικής ομάδας και συμπληρώθηκε από τη μητέρα ή τον πατέρα των συμμετεχόντων, πριν την έναρξη της παρέμβασης καθώς και με την ολοκλήρωση του προγράμματος παρέμβασης.

Τα παραπάνω ερωτηματολόγια είναι μεταφρασμένα και σταθμισμένα για τα ελληνικά δεδομένα.

### 7.5.4. Αυτοσχέδια Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Στην πρώτη φάση της αξιολόγησης χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω μέσα συλλογής των δεδομένων:

*Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων*[13]*:* για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο φτιάχτηκε για τις ανάγκες της έρευνας, απευθύνεται στους γονείς των συμμετεχόντων και διερευνά με ανοιχτές ερωτήσεις συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως: το φύλο, η ηλικία, η περιοχή/πόλη, το επίπεδο μόρφωσης των γονέων, η απασχόληση, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός μελών στην οικογένεια, η σειρά γέννησης των παιδιών, η τάξη και το σχολείο των παιδιών.

*Φύλλο Καταγραφής Οικογενειακού Ιστορικού*[14]*:* για τη συλλογή δεδομένων σχετικά με το αναπτυξιακό και οικογενειακό ιστορικό κάθε συμμετέχοντα χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε από τον ερευνητή και διερεύνησε με κλειστές και ανοιχτές ερωτήσεις: την οικογενειακή κατάσταση, το ιστορικό του παιδιού, τα αναπτυξιακά επιτεύγματα, το ιατρικό ιστορικό του παιδιού, τα σημαντικά γεγονότα της ζωής του, την προβληματική συμπεριφορά η οποία σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα, τις δραστηριότητες του παιδιού από την προεφηβεία και την εφηβεία καθώς και το οικογενειακό ιστορικό.

Τα αυτοσχέδια ερωτηματολόγια συντάχθηκαν για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας και τα συμπλήρωσαν οι γονείς των συμμετεχόντων, πριν την έναρξη της έρευνας.

[13] Παράρτημα Α. Φύλλα Συλλογής Δεδομένων
[14] Παράρτημα Α. Φύλλα Συλλογής Δεδομένων

## 7.6. Διαδικασία

### 7.6.1. Γενική Διαδικασία

Στην πρώτη φάση διεξαγωγής της ερευνητικής διαδικασίας πραγματοποιήθηκαν συναντήσεις του ερευνητή, ατομικές, με τους συμμετέχοντες στην έρευνα και με κάθε ζεύγος γονέων ξεχωριστά, που περιλαμβάναν τα παρακάτω:

*Συναντήσεις με γονείς*

1. Αναλυτική ενημέρωση για το ερευνητικό πρόγραμμα, τους στόχους, τη δομή και τη χρονική διάρκεια.
2. Δομημένη συνέντευξη με τους γονείς του κάθε συμμετέχοντα, με στόχο αφενός τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με το ιστορικό του παιδιού τους, τα δημογραφικά στοιχεία της οικογένειας και αφετέρου την γενική εκτίμηση του κάθε περιστατικού.
3. Χορήγηση κλιμάκων αρχικής αξιολόγησης στους γονείς (ECBI, Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης ή Άγχους, Ερωτηματολόγιο Γονεϊκής Τυπολογίας) με σκοπό τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών των γονέων και τη συλλογή των αρχικών δεδομένων.
4. Σύναψη του θεραπευτικού συμβολαίου και συγκατάθεση των γονέων για τη συμμετοχή των παιδιών τους στην έρευνα και για τη βιντεοσκόπηση των συνεδριών.

*Συναντήσεις με συμμετέχοντες*

1. Αναλυτική ενημέρωση για το ερευνητικό πρόγραμμα, τους στόχους, τη δομή και τη χρονική διάρκεια.
2. Χορήγηση κλιμάκων αρχικής αξιολόγησης στους συμμετέχοντες (Wisc III ή RAVEN, VABS, CARS, κλίμακα Σεξουαλικής Ετοιμότητας), με σκοπό τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και τη συλλογή των αρχικών δεδομένων.

Επιπλέον, οι γονείς ενημερώθηκαν για την ανάγκη δέσμευσής τους για την παρουσία των παιδιών τους μέχρι την ολοκλήρωση του ερευνητικού πρωτοκόλλου που συμπεριλάμβανε τις ερευνητικές συνεδρίες, τη γραμμής βάσης, την παρέμβαση καθώς και τον επανέλεγχο (follow-up) της παρέμβασης.

Κατά τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας, κανενός είδους σεξουαλική εκπαίδευση δεν πραγματοποιήθηκε παράλληλα από τους γονείς ή από τους θεραπευτές των συμμετεχόντων.

### 7.6.2. Πειραματικό Σχέδιο και Πειραματικές Συνθήκες

Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης έγινε μέσω ατομικού πειραματικού σχεδιασμού με πολλαπλές γραμμές βάσης ανά κατηγορία αντιδράσεων (multiple baseline experimental design across response categories/ behaviors) (Kazdin, 2011). Οι ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί προσφέρονται για την εις βάθος αξιολόγηση της επίδρασης μιας παρέμβασης στη συμπεριφορά μεμονωμένων προσώπων, ενώ, παράλληλα, προάγουν την οικονομία της πειραματικής διαδικασίας, δίχως να θέτουν σε κίνδυνο την εσωτερική εγκυρότητα των ευρημάτων (Cooper και συν., 2007· Kazdin, 2011). Με αυτόν τον τύπο πειραματικού σχεδιασμού, η παρέμβαση εισάγεται για κάθε κατηγορία αντιδράσεων ξεχωριστά (Alberto & Troutman, 1999· Kazdin, 2011).

Οι ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί με πολλαπλές γραμμές βάσης επιλέχθηκαν ως μέθοδος παρέμβασης διότι έχουν αρκετά κλινικά και ερευνητικά πλεονεκτήματα (Alberto & Troutman, 1999· Kazdin, 2011). Ο συγκεκριμένος πειραματικός σχεδιασμός δε βασίζεται στην απόσυρση της παρέμβασης για να αποδειχθεί ότι η αλλαγή της συμπεριφοράς στόχου είναι αποτέλεσμα της παρέμβασης. Το ίδιο ισχύει και για την εγκυρότητα της πειραματικής διαδικασίας. Μ' αυτό τον τρόπο αποφεύγονται οι δεοντολογικοί, θεραπευτικοί και πρακτικοί περιορισμοί, οι οποίοι υπάρχουν σε άλλους ατομικούς πειραματικούς σχεδιασμούς (π.χ. τύπος ABAB). Ταυτόχρονα, η σταδιακή εφαρμογή της παρέμβασης σε κάθε γραμμή βάσης, προσφέρει τη δυνατότητα βελτίωσης της παρέμβασης, αν αυτή ενδεχομένως αποδειχθεί ανεπαρκής στην εφαρμογή στην πρώτη γραμμή βάσης (Alberto & Troutman, 1999).

Ακόμα, οι ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί θεωρούνται ιδανικοί για την αξιολόγηση παρεμβάσεων που βασίζονται στις αρχές της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, λόγω του μικρού αριθμού συμμετεχόντων. Όμως, ο περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων εγείρει το ερώτημα της δυνατότητας γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό ατόμων με ΔΑΦ. Σύμφωνα με τον Kazdin (2011), το ερώτημα αυτό απαντάται μέσω της συστηματικής επανάληψης της διαδικασίας υπό διαφορετικές συνθήκες ή σε διαφορετικά πρόσωπα, ώστε να διερευνηθεί η επαλήθευση των αρχικών ερευνητικών ερωτημάτων (Kazdin, 2011). Επιπροσθέτως, οι ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί επιτρέπουν την άμεση γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας σε μεμονωμένα άτομα, με χαρακτηριστικά που μοιάζουν με αυτά των συμμετεχόντων, γεγονός το οποίο αυξάνει την παιδαγωγική και θεραπευτική τους αξία (Barlow & Hersen, 1984· Μέλλον, 2007). Οι ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί ενδεχομένως να επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε μεγαλύτερο βαθμό και με μεγαλύτερη ασφάλεια, από ότι η στατιστική ανάλυση ή οι πειραματικοί σχεδιασμοί με ομάδες υποκειμένων, εξαιτίας της ισχυρής επίδρασης της ανεξάρτητης μεταβλητής στη συμπεριφορά που αναδεικνύουν (Kazdin, 2011).

Τέλος, οι ατομικοί πειραματικοί σχεδιασμοί με πολλαπλές γραμμές βάσης είναι συμβατοί με τη θεραπευτική και παιδαγωγική πράξη, εφόσον ενδυναμώνουν την απόδειξη της ύπαρξης αιτιώδους σχέσης μεταξύ εξαρτημένης και ανεξάρτητης μεταβλητής μέσω της επανάληψης της επίδρασης που ασκεί η παρέμβαση στη συμπεριφορά, σε διαφορετικές γραμμές βάσης (π.χ. με διαφορετικά πειραματοπρόσωπα ή σε διαφορετικές αντιδράσεις) (Cooper και συν., 2007· Μέλλον, 2007).

Με τους ατομικούς πειραματικούς σχεδιασμούς με πολλαπλές γραμμές βάσης, μπορούμε να παρέμβουμε σε διαφορετικές κατηγορίες αντιδράσεων σε διαφορετικούς χρόνους χωρίς να χρειάζεται να αλλάζουμε την παρέμβαση. Επιπροσθέτως, συμβαδίζουν με τις αρχές της ΕΑΣ και είναι σχεδιασμοί οι οποίοι είναι σχετικά εύκολο να προγραμματιστούν και να υλοποιηθούν, ενώ τα αποτελέσματα της παρέμβασης τους μπορούν να παρατηρηθούν άμεσα (Cooper και συν., 2007· Kazdin, 2011).

Για τους σκοπούς της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας, ο ατομικός πειραματικός σχεδιασμός με πολλαπλές γραμμές βάσης ανά κατηγορία αντιδράσεων

περιλάμβανε τις ακόλουθες φάσεις: α) Γραμμή βάσης· β) Παρέμβαση και γ) Επανέλεγχος.

### 7.6.3. Γραμμή Βάσης (baseline)

Κατά τη διάρκεια της γραμμής βάσης δεν έγινε κανενός είδους παρέμβαση σε σχέση με τις εξαρτημένες μεταβλητές της έρευνας. Συγκεκριμένα, δεν παρεχόταν τμηματική βοήθεια, ούτε διορθωτική ανατροφοδότηση ή ενίσχυση σε συνάφεια με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Στην αρχή της κάθε συνεδρίας γινόταν αξιολόγηση των γνώσεων των συμμετεχόντων και για τις 3 κατηγορίες αντιδράσεων, όπου οι συμμετέχοντες απαντούσαν σε σχετικές ερωτήσεις που τους υπέβαλλε ο ερευνητής. Κοινωνικού τύπου ενισχυτικά επακόλουθα παρέχονταν σε συνάφεια με μη-συνεξαρτημένες προς τις εξαρτημένες μεταβλητές της έρευνας αντιδράσεις και αφορούσαν κυρίως τη συνεργασία των συμμετεχόντων, ή είχαν τη μορφή κομπλιμέντου (π.χ. «είσαι πολύ συνεργάσιμος», «τι ωραία μπλούζα που φοράς» κ.ά.). Οπότε παρεχόταν ενίσχυση για να μην αποθαρρύνονται οι συμμετέχοντες, αλλά όχι ενίσχυση σε συνάφεια με τις αντιδράσεις-στόχους της έρευνας.

### 7.6.4. Παρέμβαση (intervention)

Στη φάση της παρέμβασης πραγματοποιήθηκε εκπαίδευση στις τρεις κατηγορίες αντιδράσεων: α) τα μέρη του σώματος και οι εφηβικές αλλαγές· β) οι γνώσεις για την αποφυγή προβληματικής συμπεριφοράς κατά την αυτοϊκανοποίηση και γ) οι βασικές αρχές για τον αυνανισμό και την επίτευξη αυτοϊκανοποίησης, μέσω διδακτικών τεχνικών και διαδικασιών, όπως ο κύκλος συστηματικής διδασκαλίας, η σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς, η διδασκαλία αλυσιδωτών αντιδράσεων, η ανάλυση έργου και η τμηματική βοήθεια (Cooper και συν., 2007). Οι επιτυχείς αντιδράσεις των συμμετεχόντων ακολουθούνταν από ενισχυτικά επακόλουθα που

είχαν τη μορφή της κοινωνικής ενίσχυσης και συγκεκριμένα του λεκτικού επαίνου (π.χ. «Μπράβο! Απάντησες σωστά!», «Είσαι πολύ καλός!»).

Στην αρχή κάθε συνεδρίας της πειραματικής συνθήκης της παρέμβασης, ο ερευνητής αξιολογούσε τις γνώσεις του κάθε συμμετέχοντα και στις 3 κατηγορίες αντιδράσεων μέσω δομημένης συνέντευξης η οποία διαρκούσε περίπου 15 λεπτά. Στη συνέχεια ξεκινούσε η εκπαίδευση. Η βασική τεχνική για τη διδασκαλία των νέων γνώσεων ήταν η παροχή τμηματικής βοήθειας με χρονική καθυστέρηση (time delay), κατά την οποία, όταν εισαγόταν μια νέα ερώτηση, ο θεραπευτής παρείχε άμεσα λεκτικό πρότυπο προς μίμηση (δηλ. τη σωστή απάντηση στην ερώτηση), σταδιακά, όμως καθυστερούσε να παρέχει τη σωστή απάντηση, αφήνοντας χρόνο στο συμμετέχοντα να δώσει μόνος του την απάντηση. Όταν η απάντηση δεν ήταν ολοκληρωμένη ή ήταν λάθος, ο θεραπευτής παρείχε λεκτική καθοδήγηση (verbal prompting), όπως καθοδηγητικού τύπου ερωτήσεις και εφάρμοζε διαδικασίες διόρθωσης του λάθους (π.χ. έδινε ξανά την ευκαιρία στον έφηβο να απαντήσει στην ίδια ερώτηση, του έκανε μια διαφορετική οικεία ερώτηση, επαναλάμβανε την ερώτηση που δυσκόλεψε τον συμμετέχοντα).

Επίσης, παρεχόταν καθοδήγηση: α) με οπτικά ερεθίσματα[15], όπως εικόνες που αναπαριστούσαν τα μέρη του σώματος ή τους δημόσιους χώρους· β) κοινωνικούς κύκλους[16], δηλαδή σχεδιαγράμματα που αναπαριστούσαν τη σχέση του συμμετέχοντα με τον περίγυρο του, προκειμένου να προστατευτεί η ιδιωτικότητα του και γ) κοινωνικές ιστορίες[17] οι οποίες παρείχαν πληροφορίες στο συμμετέχοντα για μια αντίδραση ή κατάσταση που αποτελούσε στόχο της διδασκαλίας, όπως, για παράδειγμα, τα υγρά όνειρα, η εφηβεία κ.ά.

Για τη διδασκαλία δεξιοτήτων που αφορούσαν την υγιεινή και την αυτοϊκανοποίηση ακολουθήθηκε η διαδικασία της ανάλυσης έργου[18]. Για παράδειγμα, για τη διδασκαλία του καθαρισμού των γεννητικών οργάνων πραγματοποιήθηκε ανάλυση έργου της συγκεκριμένης αντίδρασης με παρουσίαση των επιμέρους βημάτων μέσω power point σε υπολογιστή ή τάμπλετ. Με ανάλογο τρόπο πραγματοποιήθηκε και η διδασκαλία των δεξιοτήτων που στόχευαν στην αυτοϊκανοποίηση, κατά την

[15] Παραδείγματα οπτικών ερεθισμάτων στο Παράρτημα Β.
[16] Παραδείγματα κοινωνικών κύκλων στο Παράρτημα Β.
[17] Παραδείγματα κοινωνικές ιστορίες στο Παράρτημα Β.
[18] Παραδείγματα ανάλυσης έργου στο Παράρτημα Β.

οποία, παράλληλα με την παρουσίαση των βημάτων μέσω PowerPoint, προβλήθηκαν και δύο σχετικά βίντεο[19].

Όταν οι σωστές αντιδράσεις των συμμετεχόντων στην 1η κατηγορία αντιδράσεων έφτανε στο 70%, ξεκινούσε η εκπαίδευση στη 2η κατηγορία αντιδράσεων, για την οποία μέχρι εκείνη τη στιγμή συλλέγονταν δεδομένα για τη γραμμή βάσης. Παράλληλα, εξακολουθούσε να παρέχεται διορθωτική ανατροφοδότηση για τις λανθασμένες απαντήσεις που έδινε ο συμμετέχοντας στην 1η κατηγορία αντιδράσεων. Η ίδια διαδικασία ακολουθήθηκε και για την 2η και 3η κατηγορία αντιδράσεων.

### 7.6.5. Γενίκευση (Generalization)

Προκειμένου να αξιολογηθεί η γενίκευση των κεκτημένων αντιδράσεων σε διαφορετικές συνθήκες και συγκεκριμένα να διερευνηθεί η δυνατότητα εκδήλωσης των νέων αντιδράσεων παρουσία διαφορετικών ατόμων, που δε μετείχαν στην παρέμβαση, διενεργήθηκαν δύο συνεδρίες, μία κατά τη διάρκεια της συλλογής δεδομένων στη γραμμή βάσης και μία μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, με διαφορετικό θεραπευτή. Η διαδικασία κατά τη γενίκευση ήταν πανομοιότυπη με αυτήν που ακολουθήθηκε στη Γραμμή Βάσης.

### 7.6.6. Επανέλεγχος (Follow-up) και Τελική αξιολόγηση

Αφού ολοκληρώθηκε η διαδικασία της παρέμβασης, πραγματοποιήθηκε η τελική αξιολόγηση του προγράμματος παρέμβασης και της προόδου του κάθε παιδιού. Πραγματοποιήθηκε υποκειμενική και αντικειμενική αξιολόγηση μέσω επαναχορήγησης συγκεκριμένων σταθμισμένων κλιμάκων (κλίμακα σεξουαλικής ετοιμότητας και κλίμακα Προβληματικής Συμπεριφοράς). Επιπλέον, τρείς εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, διενεργήθηκε έλεγχος διατήρησης των

[19] Συνοπτική παρουσίαση του περιεχομένου των βίντεο στο Παράρτημα Β.

κεκτημένων δεξιοτήτων. Οι συνθήκες διενέργειας του επανελέγχου ήταν πανομοιότυπες με αυτές της Γραμμής Βάσης.

## 7.7. Συλλογή Δεδομένων

Η πειραματική διαδικασία διήρκησε περίπου 3 μήνες για τον κάθε συμμετέχοντα. Τα δεδομένα συλλέγονταν σε σταθερή βάση, δηλαδή 1 έως 2 φορές την εβδομάδα. Κάθε συνεδρία είχε διάρκεια περίπου 30 λεπτά. Η συλλογή δεδομένων έγινε μέσω άμεσης παρατήρησης των βιντεοσκοπημένων συνεδριών και συγκεκριμένα μέσω της τεχνικής της καταγραφής της συχνότητας των αντιδράσεων (event recording) (Kazdin, 2011), χρησιμοποιώντας ειδικά διαμορφωμένο φύλλο καταγραφών, παράδειγμα του οποίου αναπαρίσταται στην Εικόνα 7.1. Σε κάθε φύλλο συλλογής δεδομένων σημειωνόταν το όνομα του παιδιού, ο τόπος που έλαβε μέρος η συνεδρία (οικία ή ΙΣΑΣ), η ημερομηνία της συνεδρίας, οι ερευνητές που έλαβαν μέρος στη συνεδρία και ο αύξον αριθμός βιντεοσκόπησης και συνεδρίας.

Ο ερευνητής σημείωνε με «Σ» τις σωστές απαντήσεις του συμμετέχοντα και με «Λ» τις λανθασμένες απαντήσεις. Ως λανθασμένη καταγραφόταν και η απουσία απάντησης. Για κάθε υποκατηγορία αντιδράσεων (π.χ. Ιδιωτικά μέρη του σώματος, Σωματικές αλλαγές στην εφηβεία) υπολογίστηκε το ποσοστό των σωστών απαντήσεων, διαιρώντας το άθροισμα των σωστών αποκρίσεων με το σύνολο των ερωτήσεων της υποκατηγορίας και πολλαπλασιάζοντας το πηλίκο με το 100. Το ποσοστό που προέκυπτε αντιπροσώπευε το σημείο δεδομένων για τη συγκεκριμένη κατηγορία, όπως αποτυπώνεται στις γραφικές παραστάσεις.

Εικόνα 7.1

*Παράδειγμα φύλλου καταγραφής Δεδομένων Παρατήρησης*

**Φύλλο καταγραφής για Μέρη Του Σώματος Και Εφηβικές Αλλαγές**

Όνομα: _____

Τόπος Συνεδρίας:_____ Αριθμός Συνεδρίας_____

Ημερομηνία: _____ Αριθμός Βίντεο_____

Ερευνητές: _____

| **Μεταβλητή** | **Ερωτήσεις** | **Συνεδρίες** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| **Ιδιωτικά Μέρη Του Σώματος** | 1. Πες μου ποια είναι τα ιδιωτικά μέρη του σώματος ενός άντρα. | | | | | |
| | 2. Πες μου ποια είναι τα ιδιωτικά μέρη του σώματος μιας γυναίκας. | | | | | |
| **Αντρικό Γεννητικό Σύστημα** | 1. Ονόμασε τα γεννητικά όργανα του άντρα. | | | | | |
| **Γυναικείο Γεννητικό Σύστημα** | 2. Ονόμασε τα γεννητικά όργανα της γυναίκας. | | | | | |
| **Πότε Κάποιος Μπορεί Να Με Δει Γυμνό** | 1. Μπορεί να σε δει γυμνό ο μπαμπάς σου; Πότε; | | | | | |
| | 2. Μπορεί να σε δει γυμνό ο αδερφός σου; | | | | | |
| | 3. Ποιοι 2 άνθρωποι μπορούν να σε δουν γυμνό μόνο; Για ποιο λόγο; | | | | | |
| **Εφηβικές Αλλαγές Στα Αγόρια** | 1. Πες μου τρεις σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν στην εφηβεία στα αγόρια. | | | | | |

1

*Συλλογή ανεκδοτολογικών δεδομένων*

Με ανάλογο τρόπο υπολογίστηκαν τα σημεία δεδομένων για τις αντιδράσεις που σχετίζονταν με την προβληματική συμπεριφορά και τις προ-απαιτούμενες δεξιότητες για την αυτοϊκανοποίηση, τα οποία συνέλλεγε ο πατέρας.

Για τον Διονύση, συνολικά πραγματοποιήθηκαν 22 συνεδρίες, 4 για τη γραμμή βάσης, 13 για τις συνεδρίες παρέμβασης, 2 συνεδρίες γενίκευσης (generalization) (μία στη γραμμή βάσης και μία μετά την παρέμβαση) και 1 συνεδρία για την διατήρηση (follow up). Για τον Μανώλη, συνολικά πραγματοποιήθηκαν 19 συνεδρίες, 4 για τη γραμμή βάσης, 12 για τις συνεδρίες παρέμβασης, 2 συνεδρίες γενίκευσης (generalization) (μία στη γραμμή βάσης και μία μετά την παρέμβαση) και 1 συνεδρία για την διατήρηση (follow up).

Στον τρίτο συμμετέχοντα, τον Οδυσσέα, συνολικά πραγματοποιήθηκαν 26 συνεδρίες, 5 για τη γραμμή βάσης, 18 για τις συνεδρίες παρέμβασης, 2 συνεδρίες γενίκευσης (generalization) (μία στη γραμμή βάσης και μία μετά την παρέμβαση) και 1 συνεδρία για την διατήρηση (follow up). Τέλος, για τον Χρήστο συνολικά πραγματοποιήθηκαν 20 συνεδρίες, 6 για τη γραμμή βάσης, 12 για τις συνεδρίες παρέμβασης, 2 συνεδρίες γενίκευσης (generalization) (μία στη γραμμή βάσης και μία μετά την παρέμβαση) και 1 συνεδρία για την διατήρηση (follow up). Στον Πίνακα 7.11 παρουσιάζονται συνοπτικά ο αριθμός των συνεδριών σε κάθε πειραματική συνθήκη.

Πίνακας 7.10

*Αριθμός συνεδριών σε κάθε πειραματική συνθήκη*

| **Συμμετέχοντες** | **Διονύσης** | | | **Μανώλης** | | | **Οδυσσέας** | | | **Χρήστος** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Κατηγορίες Αντιδράσεων** | **1η** | **2η** | **3η** | **1η** | **2η** | **3η** | **1η** | **2η** | **3η** | **1η** | **2η** | **3η** |
| **Γραμμή Βάσης** | 4 | 8 | 11 | 4 | 10 | 11 | 5 | 15 | 19 | 5 | 10 | 13 |
| **Παρέμβαση** | 15 | 9 | 5 | 12 | 6 | 5 | 18 | 8 | 4 | 12 | 7 | 4 |
| **Συνεδρίες γενίκευσης** | | 2 | | | 2 | | | 2 | | | 2 | |
| **Επανέλεγχος** | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | |
| **Σύνολο** | **22** | **20*** | **19*** | | **19** | | | **26** | | | **20** | |

**Πραγματοποιήθηκαν λιγότερες συνεδρίες*

## 7.8. Ανάλυση Δεδομένων

Για την αποτελεσματικότερη επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, τα δεδομένα από κάθε φύλλο συλλογής δεδομένων ομαδοποιήθηκαν και μεταφέρθηκαν σε συγκεντρωτικούς πίνακες.

Για την αξιολόγηση των δεδομένων επιλέχτηκε ο οπτικός έλεγχος. Η οπτικός έλεγχος είναι μια διαδικασία η οποία είναι εναρμονισμένη με τη φιλοσοφία και πρακτική εφαρμογή των ατομικών πειραματικών σχεδιασμών (Kazdin, 2011). Συγκεκριμένα, η βελτίωση της επίδοσης των συμμετεχόντων που μετείχαν στην έρευνα αξιολογήθηκε με βάση τις παρατηρούμενες διαφορές, οι οποίες προέκυψαν μέσω των γραφικών παραστάσεων, στα ποσοστά κατοχής γνώσεων και στη τάση των δεδομένων σε κάθε πειραματική συνθήκη, όπως και από τη άμεση τροποποίηση της συμπεριφοράς, αμέσως μετά την έναρξη της παρέμβασης (Kazdin, 2011). Μέσω της οπτικής αξιολόγησης των δεδομένων μπορούν να εντοπιστούν οι ισχυρές επιδράσεις της ανεξάρτητης μεταβλητής στη συμπεριφορά (Cooper και συν., 2007).

## 7.9. Εγκυρότητα και Αξιοπιστία της έρευνας

### 7.9.1. Αξιοπιστία της έρευνας

Για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας των μετρήσεων της έρευνας, υπολογίστηκε το ποσοστό συμφωνίας μεταξύ παρατηρητών. Συγκεκριμένα, διενεργήθηκε έλεγχος της συμφωνίας μεταξύ δύο παρατηρητών, του υποψηφίου διδάκτορα και μιας ειδικής παιδαγωγού, κατόχου μεταπτυχιακού πτυχίου στην ειδική αγωγή για όλες τις συνεδρίες της πειραματικής διαδικασίας, ενώ για το 33% των συνεδριών κάθε πειραματικής συνθήκης συγκρίθηκαν οι μετρήσεις του βασικού παρατηρητή της έρευνας με έναν τρίτο παρατηρητή, κάτοχου διδακτορικού στην ειδική αγωγή, ο οποίος δε μετείχε στην παρέμβαση. Για τον υπολογισμό της συμφωνίας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος σημείο-προς-σημείο (point-by-point agreement ratio) (Kazdin, 2011), σύμφωνα με την οποία το ποσοστό της συμφωνίας προκύπτει από τη διαίρεση του αριθμού των συμφωνιών με

το σύνολο των συμφωνιών και διαφωνιών μεταξύ των παρατηρητών και, στη συνέχεια, τον πολλαπλασιασμό του πηλίκου με το 100. Τα ποσοστά συμφωνίας ήταν υψηλότερα του 95%[20] και συγκεκριμένα κυμάνθηκε από 97-100% - ποσοστά που διασφαλίζουν την αξιοπιστία της ερευνητικής διαδικασίας. Στον Πίνακα 7.12 παρουσιάζονται τα ποσοστά συμφωνίας μεταξύ παρατηρητών, ανά πειραματική φάση.

Πίνακας 7.11

*Ποσοστά συμφωνίας (%) μεταξύ παρατηρητών ανά φάση έρευνας*

| | | **Κατηγορίες αντιδράσεων** | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **1η Κατηγορία αντιδράσεων** | **2η Κατηγορία αντιδράσεων** | **3η Κατηγορία αντιδράσεων** |
| **Διονύσης** | Γραμμή Βάσης | 100 | 100 | 100 |
| | Παρέμβαση | 98 | 99 | 98 |
| | Γενίκευση | 97 | 96 | 97 |
| | Επανέλεγχος | 99 | 100 | 96 |
| | **Μ.Ο.** | **98.5** | **98.75** | **97.75** |
| **Μανώλης** | Γραμμή Βάσης | 100 | 100 | 100 |
| | Παρέμβαση | 96 | 98 | 99 |
| | Γενίκευση | 97 | 97 | 97 |
| | Επανέλεγχος | 99 | 100 | 99 |
| | **Μ.Ο.** | **98** | **98.75** | **98.75** |
| **Οδυσσέας** | Γραμμή Βάσης | 100 | 100 | 100 |
| | Παρέμβαση | 98 | 100 | 98 |
| | Γενίκευση | 95 | 96 | 96 |
| | Επανέλεγχος | 98 | 100 | 99 |
| | **Μ.Ο.** | **97.75** | **99** | **98.25** |

[20] Αποδεκτό ποσοστό συμφωνίας μεταξύ παρατηρητών σε έρευνα θεωρείται >80%, ενώ για εκπαιδευτικούς σκοπούς θεωρείται >70% (Kazdin, 2011).

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Χρήστος** | Γραμμή Βάσης | 100 | 100 | 100 |
| | Παρέμβαση | 99 | 98 | 99 |
| | Γενίκευση | 98 | 99 | 96 |
| | Επανέλεγχος | 100 | 100 | 98 |
| | **Μ.Ο.** | **99.25** | **99.25** | **98.25** |

Για τις καταγραφές του πατέρα που αφορούσαν την προβληματική συμπεριφορά, την υγιεινή και την αυτοϊκανοποίηση δε διενεργήθηκε κάποιος έλεγχος της αξιοπιστίας τους και γι' αυτό θεωρούνται ανεκδοτολογικές αναφορές.

### 7.9.2. Κοινωνική Εγκυρότητα

Η Κοινωνική Εγκυρότητα των θεραπευτικών αποτελεσμάτων της παρέμβασης αξιολογήθηκε μέσω του ελέγχου της κοινωνικής σημαντικότητας των θεραπευτικών αποτελεσμάτων της παρέμβασης και της κοινωνικής αποδοχής της (Cooper και συν., 2007). Η κοινωνική σημαντικότητα στις κατηγορίες αντιδράσεων που αποτελούσαν το στόχο της παρέμβασης διασφαλίστηκε, διότι, η επιλογή τους είχε ως βάση τις υποκειμενικές εκτιμήσεις των αναγκών των συμμετεχόντων, από άτομα πολύ οικία τους - τους γονείς και τους θεραπευτές τους (Cooper και συν., 2007· Kazdin, 2011).

Για τον έλεγχο της κοινωνικής εγκυρότητας των στόχων της παρέμβασης διενεργήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις με τους γονείς και τους θεραπευτές του κάθε συμμετέχοντα ξεχωριστά. Τα κυριότερα σημεία που επισήμαναν ήταν: ακατάλληλοι τρόποι αυνανισμού που θα μπορούσαν να οδηγήσει σε αυτό-τραυματισμό, δημόσιες εκδηλώσεις σεξουαλικής συμπεριφοράς, στερεοτυπικοί και τελετουργικοί τρόποι προσέγγισης του άλλου φύλου και αύξηση στερεοτυπιών λόγω αδυναμίας αποτελεσματικών τρόπων αυνανισμού.

# Κεφάλαιο 8ο. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της επίδοσης των συμμετεχόντων στην εξαρτημένη μεταβλητή (Κατηγορίες Αντιδράσεων) παρουσιάζονται σε γραφικές παραστάσεις στα Σχήματα 8.1- 8.12.

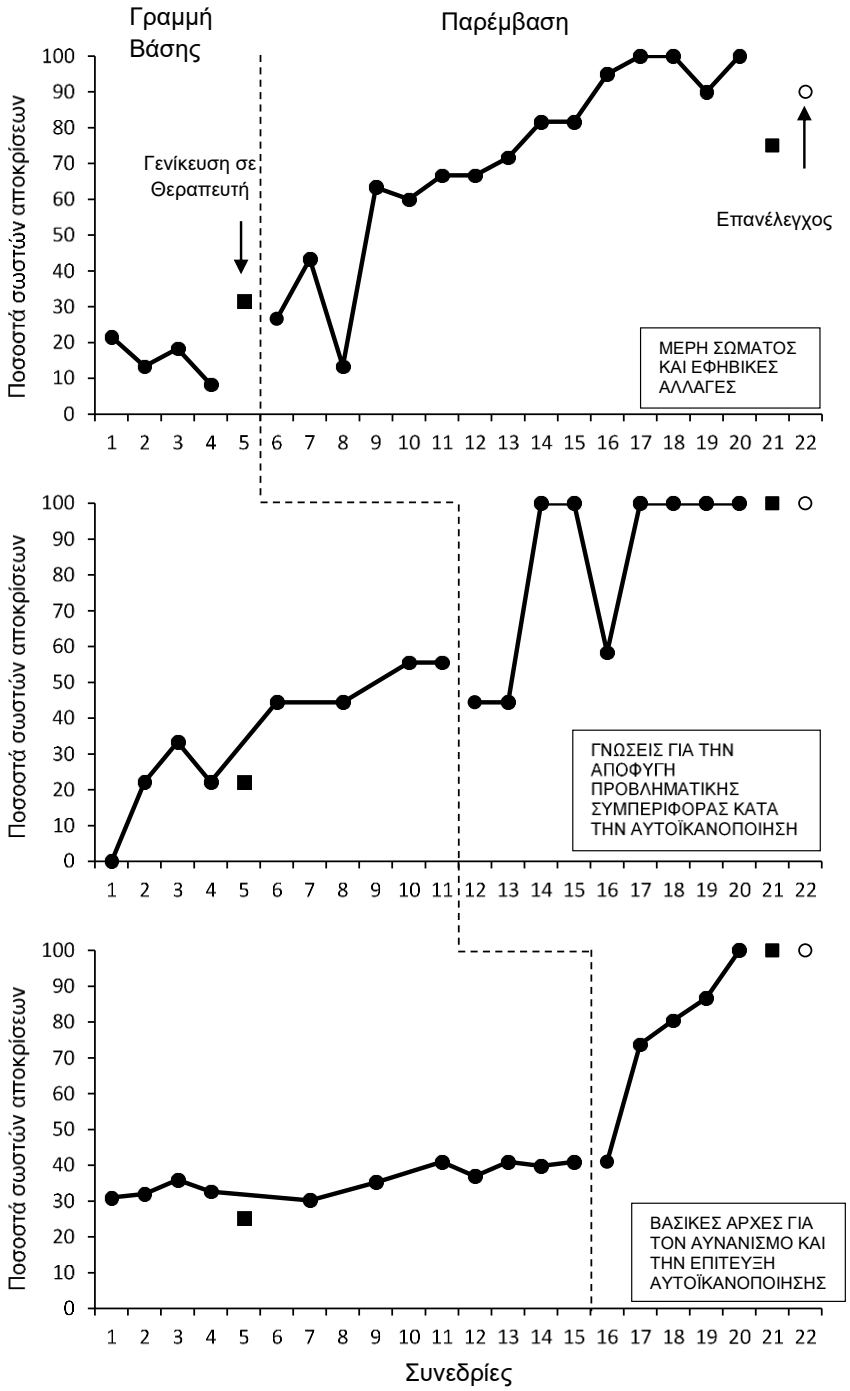
Στο πρώτο Σχήμα ανά συμμετέχοντα παρουσιάζονται τα ποσοστά σωστών αποκρίσεων (Σχήματα 8.1, 8.4, 8.7, 8.10), στο δεύτερο οι γραμμές τάσεων (Σχήματα 8.2, 8.5, 8.8, 8.11) και στο τρίτο παρουσιάζονται οι μέσοι όροι (Σχήματα 8.3, 8.6, 8.9, 8.12). Σε όλα τα σχήματα, οι κατακόρυφες διακεκομμένες γραμμές δείχνουν τα σημεία εκκίνησης της παρέμβασης για τις τρείς κατηγορίες αντιδράσεων. Στα Σχήματα 8.1, 8.4, 8.7, 8.10, τα σημεία δεδομένων που απεικονίζονται από τους κλειστούς κύκλους αντιπροσωπεύουν τα ποσοστά σωστής απόκρισης για κάθε συνεδρία, για απαντήσεις για τις οποίες ο κάθε συμμετέχων έλαβε εκπαίδευση. Τα σημεία που απεικονίζονται με τετράγωνα αντιπροσωπεύουν τα δεδομένα γενίκευσης με διαφορετικό θεραπευτή και τέλος, τα δεδομένα επανελέγχου απεικονίζονται με ανοικτούς κύκλους. Στα Σχήματα 8.2, 8.5, 8.8, 8.11, οι διαγώνιες γραμμές αποτυπώνουν την τάση των δεδομένων σε κάθε πειραματική συνθήκη ενώ στα Σχήματα 8.3, 8.6, 8.9, 8.12, με τις οριζόντιες διακεκομμένες γραμμές αποτυπώνονται οι μέσοι όροι επίδοσης από τις τρεις κατηγορίες αντιδράσεων.

## 8.1. Πρώτος Συμμετέχοντας- Διονύσης

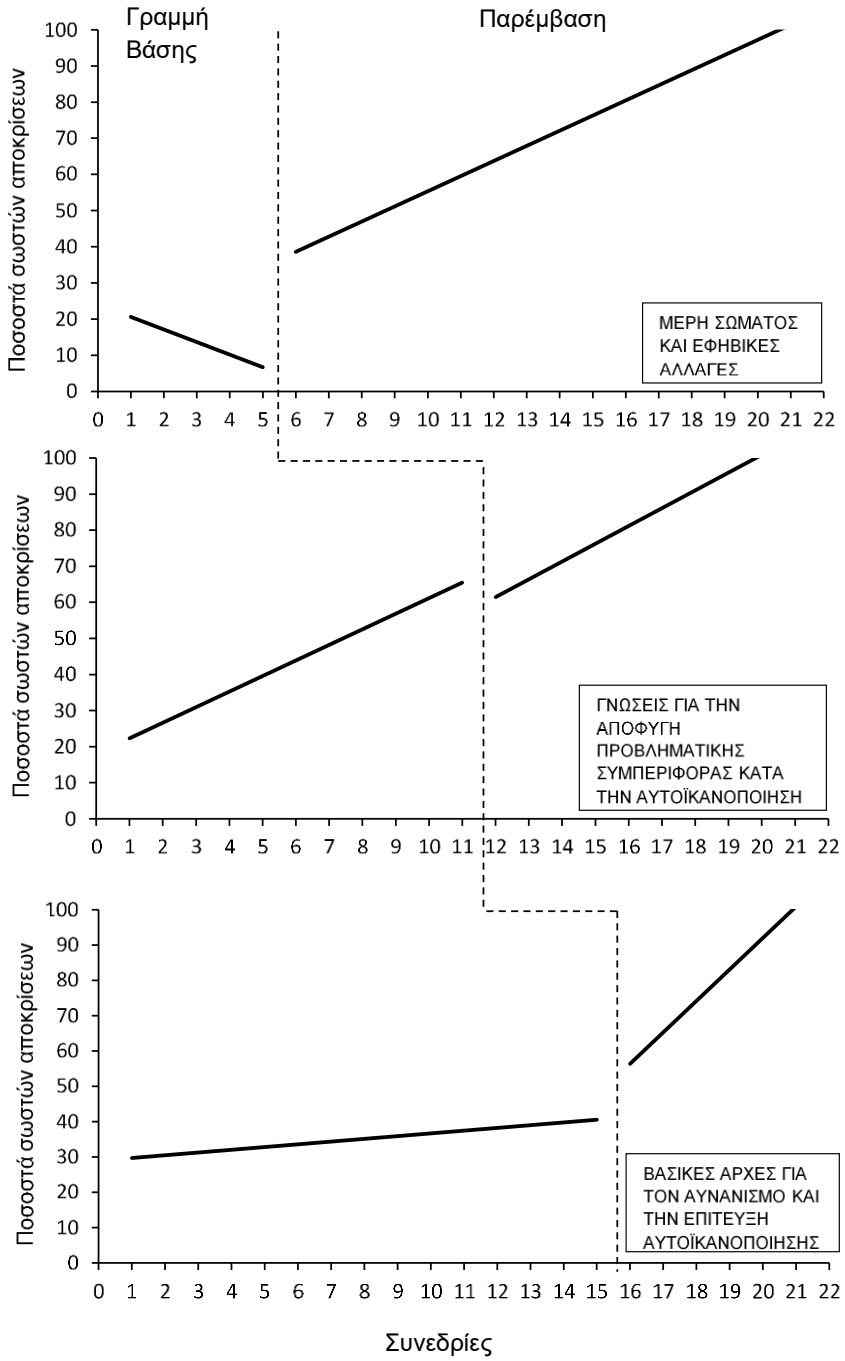
Όπως φαίνεται στα Σχήματα 8.1, 8.2 και 8.3, και στις 3 κατηγορίες αντιδράσεων με την εισαγωγή της παρέμβασης, η βελτίωση αποτυπώνεται τόσο στα αυξημένα ποσοστά κατοχής γνώσης, όσο και στις τάσεις και στους μέσους όρους. Συνοπτικά, τα ποσοστά αύξησης των μέσων όρων της κατοχής γνώσης του Διονύση, ανάμεσα στη Γραμμή Βάσης και την Παρέμβαση στη 1η κατηγορία αντιδράσεων ήταν 358.76%, στη 2η κατηγορία αντιδράσεων 139.25% και στη 3η κατηγορία αντιδράσεων 111.84%. Ανάμεσα στη Παρέμβαση και τον Επανέλεγχο, στη 1η κατηγορία αντιδράσεων ήταν

27.38%, στη 2η κατηγορία αντιδράσεων 20.45% και στη 3η κατηγορία αντιδράσεων 30.94%.

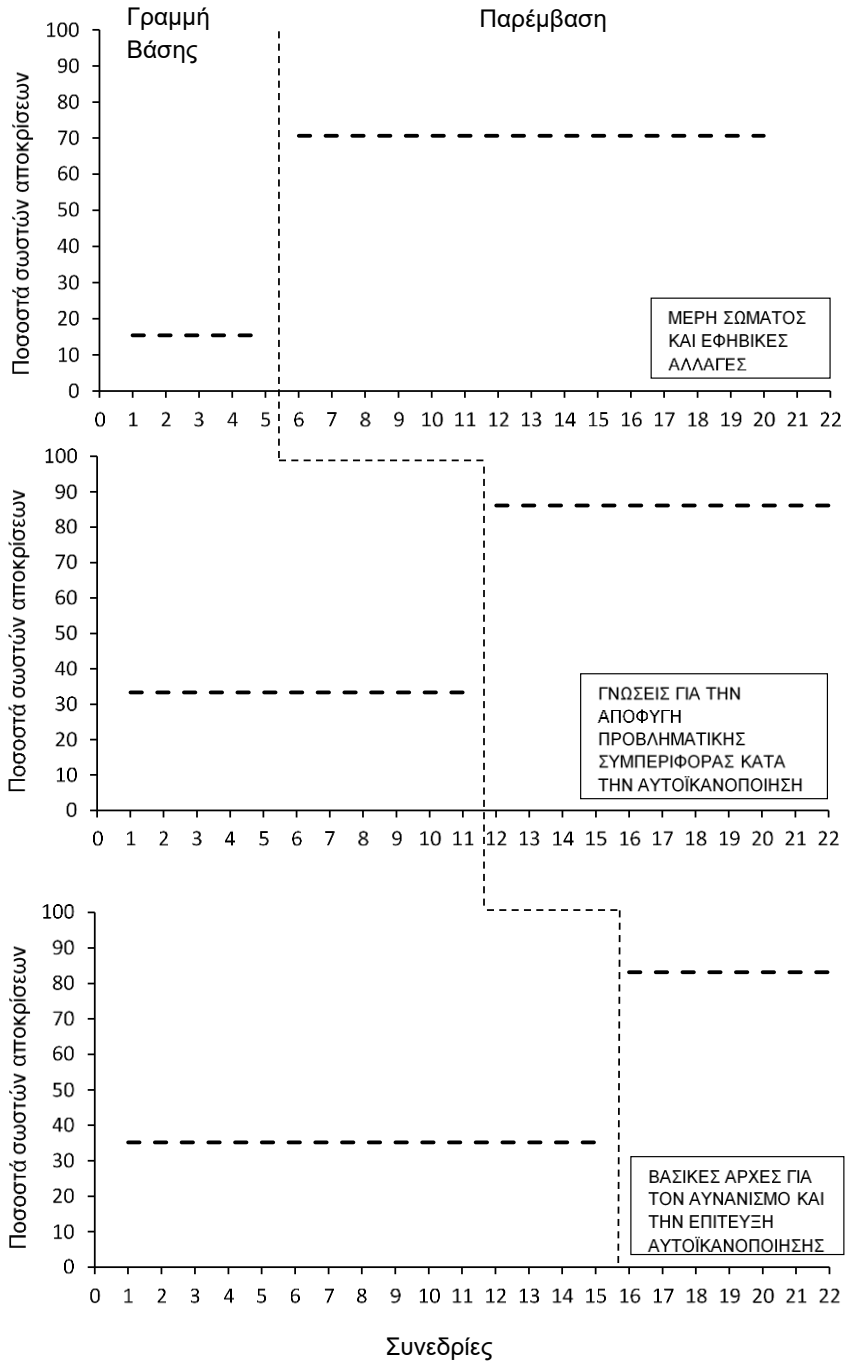
*Σχήμα 8.1. Ποσοστά σωστών αποκρίσεων του Διονύση*



*Σχήμα 8.2. Γραμμή Τάσης των ποσοστών των σωστών αποκρίσεων του Διονύση*



*Σχήμα 8.3. Μέσος όρος σωστών αποκρίσεων του Διονύση*



*1η Κατηγορία αντιδράσεων: Μέρη Του Σώματος Και Εφηβικές Αλλαγές*

Για την γραμμή βάσης στην 1η κατηγορία αντιδράσεων πραγματοποιήθηκαν 4 συνεδρίες ενώ στην παρέμβαση πραγματοποιήθηκαν 15 συνεδρίες. Ο μέσος όρος του ποσοστού κατοχής γνώσης του Διονύση ήταν 15.4% (εύρος: 8.33-21.6%) πριν την παρέμβαση, ενώ με την εισαγωγή της παρέμβασης, παρατηρήθηκε ανοδική πορεία στο ποσοστό κατοχής γνώσης του εφήβου. Ο μέσος όρος μετά την παρέμβαση ήταν 70.65% (εύρος: 13.3-100%). Ο επανέλεγχος που πραγματοποιήθηκε μετά από 15 ημέρες από το τέλος της παρέμβασης, δείχνει ότι το ποσοστό κατοχής γνώσης του Διονύση ήταν 90%.

*2η Κατηγορία αντιδράσεων: Γνώσεις Για Την Αποφυγή Προβληματικής Συμπεριφοράς Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση*

Για την γραμμή βάσης στην 2η κατηγορία αντιδράσεων πραγματοποιήθηκαν 8 συνεδρίες ενώ στην παρέμβαση πραγματοποιήθηκαν 9 συνεδρίες. Ο μέσος όρος του ποσοστού κατοχής γνώσης του Διονύση ήταν 34.7% (εύρος: 0-55.54%) πριν την παρέμβαση, ενώ με την εισαγωγή της παρέμβασης, παρατηρήθηκε ανοδική πορεία στο ποσοστό κατοχής γνώσης του εφήβου. Ο μέσος όρος μετά την παρέμβαση ήταν 83.02% (εύρος: 44.4-100%). Ο επανέλεγχος δείχνει ότι το ποσοστό κατοχής γνώσης ήταν 100%.

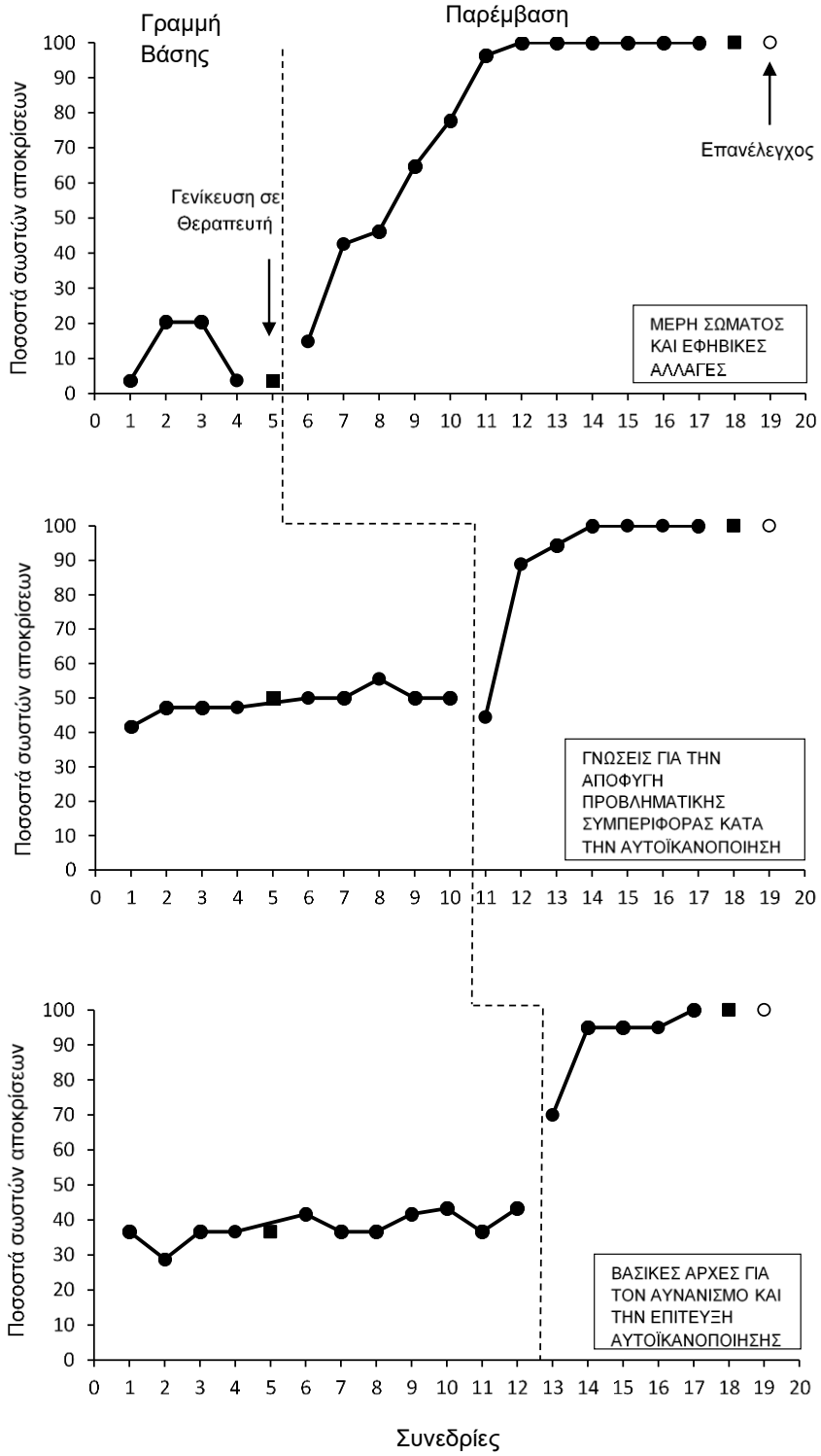
*3η Κατηγορία αντιδράσεων: Βασικές Αρχές Για Τον Αυνανισμό Και Την Επίτευξη Αυτοϊκανοποίησης*

Για την γραμμή βάσης στην 3η κατηγορία αντιδράσεων πραγματοποιήθηκαν 11 συνεδρίες ενώ στην παρέμβαση πραγματοποιήθηκαν 5 συνεδρίες. Ο μέσος όρος του ποσοστού κατοχής γνώσης του Διονύση ήταν 36.05% (εύρος: 30.23-40.49%) πριν την παρέμβαση, ενώ με την εισαγωγή της παρέμβασης, παρατηρήθηκε ανοδική πορεία στο ποσοστό κατοχής γνώσης του εφήβου. Ο μέσος όρος μετά την παρέμβαση ήταν 76.37% (εύρος: 40.94-100%). Ο επανέλεγχος δείχνει ότι το ποσοστό κατοχής γνώσης ήταν 100%.

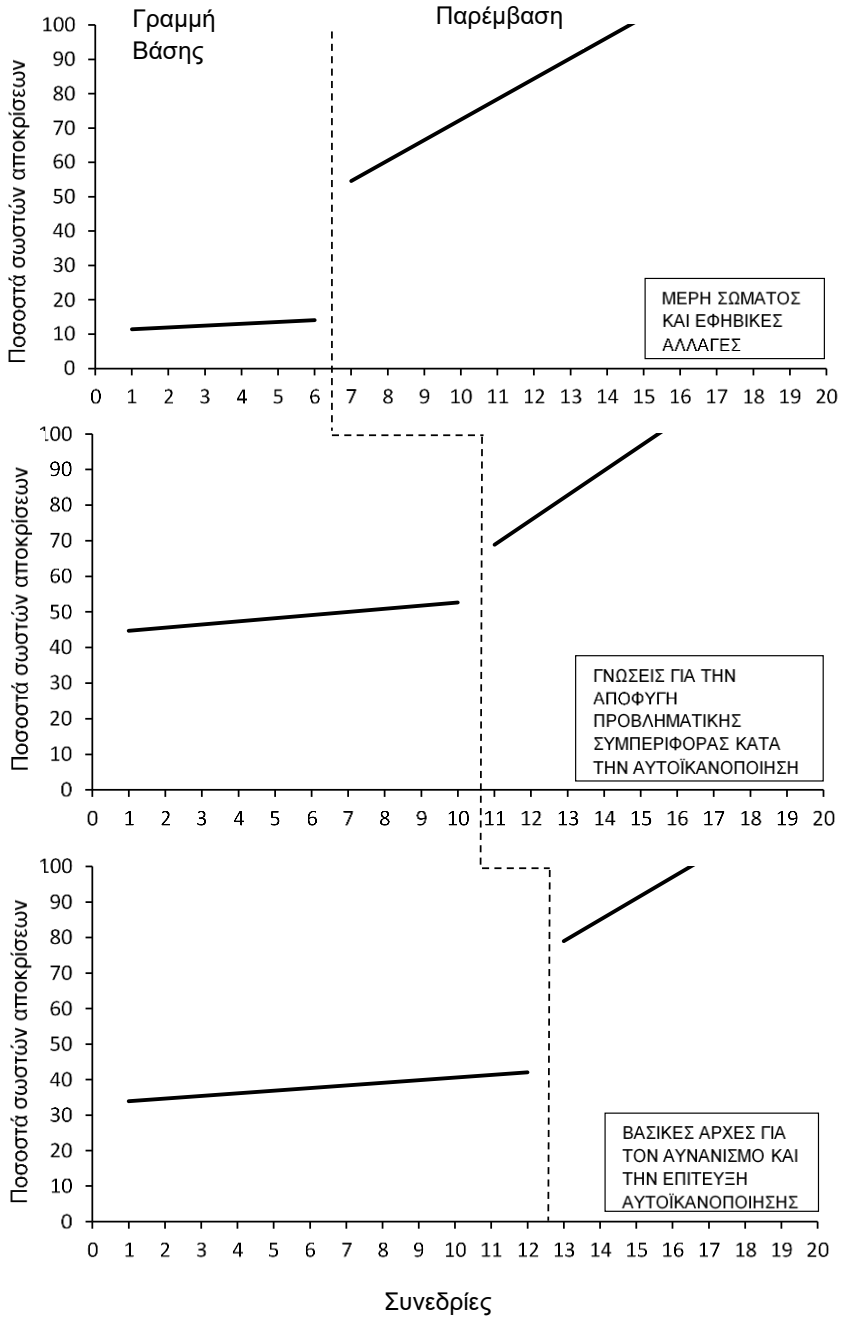
## 8.2. Δεύτερος Συμμετέχοντας- Μανώλης

Όπως φαίνεται στα Σχήματα 8.4, 8.5 και 8.6, και στις 3 κατηγορίες αντιδράσεων με την εισαγωγή της παρέμβασης, η βελτίωση αποτυπώνεται τόσο στα αυξημένα ποσοστά κατοχής γνώσης, όσο και στις τάσεις και στους μέσους όρους. Συνοπτικά, τα ποσοστά αύξησης των μέσων όρων της κατοχής γνώσης του Μανώλη, ανάμεσα στη Γραμμή Βάσης και την Παρέμβαση στη 1η κατηγορία αντιδράσεων ήταν 570.42%, στη 2η κατηγορία αντιδράσεων 84.03% και στη 3η κατηγορία αντιδράσεων 139.09%. Ανάμεσα στη Παρέμβαση και τον Επανέλεγχο, στη 1η κατηγορία αντιδράσεων ήταν 18.56%, στη 2η κατηγορία αντιδράσεων 11.50% και στη 3η κατηγορία αντιδράσεων 9.89%.

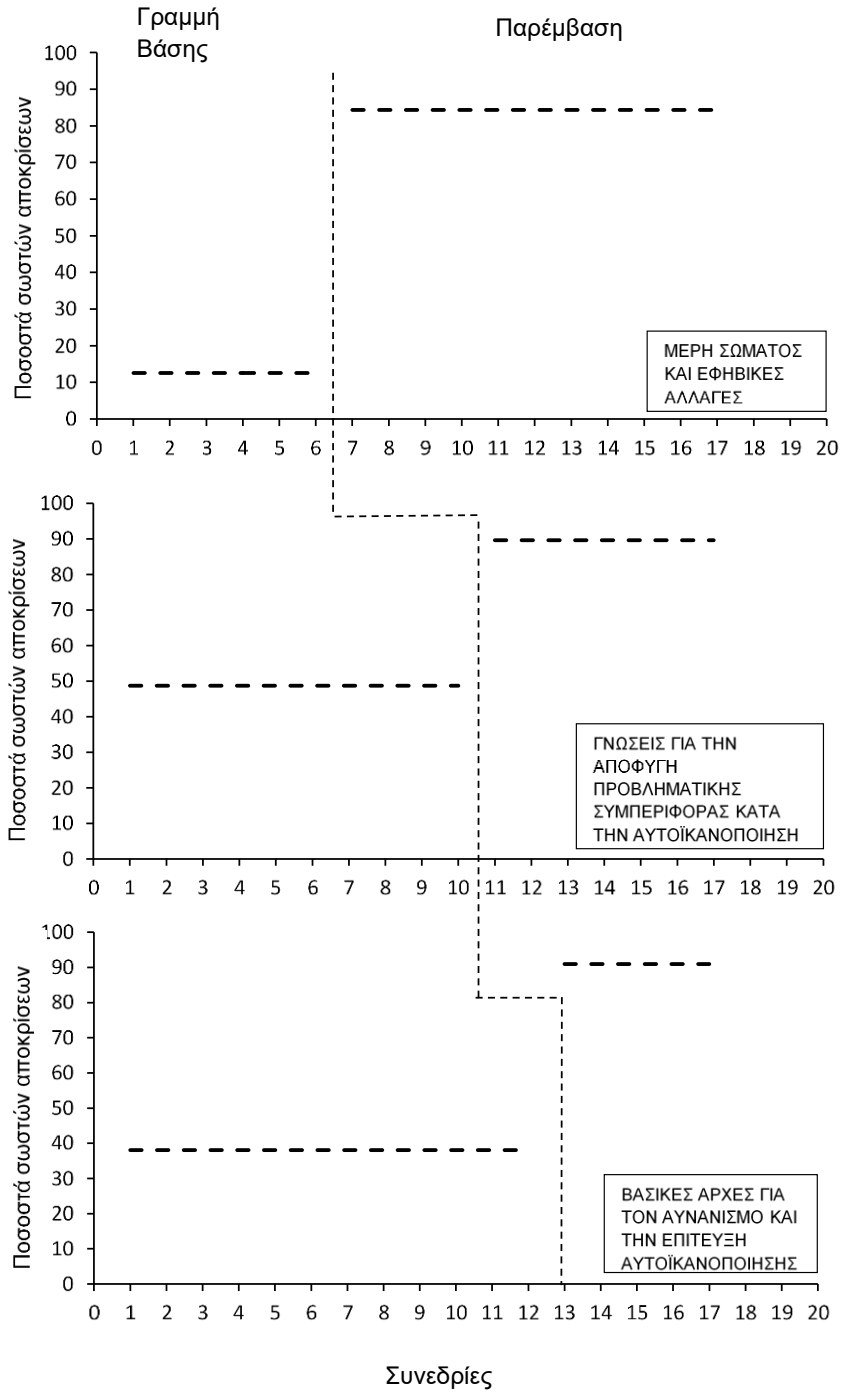
*Σχήμα 8.4. Ποσοστά σωστών αποκρίσεων του Μανώλη*



*Σχήμα 8.5. Γραμμή Τάσης των ποσοστών των σωστών αποκρίσεων του Μανώλη*



*Σχήμα 8.6. Μέσος όρος σωστών αποκρίσεων του Μανώλη*



*1η Κατηγορία αντιδράσεων: Μέρη Του Σώματος Και Εφηβικές Αλλαγές*

Για την γραμμή βάσης στην 1η κατηγορία αντιδράσεων πραγματοποιήθηκαν 4 συνεδρίες ενώ στην παρέμβαση πραγματοποιήθηκαν 12 συνεδρίες. Ο μέσος όρος του ποσοστού κατοχής γνώσης του Μανώλη ήταν 12.58% (εύρος: 3.7-20.36%) πριν την παρέμβαση, ενώ με την εισαγωγή της παρέμβασης, παρατηρήθηκε ανοδική πορεία στο ποσοστό κατοχής γνώσης του εφήβου. Ο μέσος όρος μετά την παρέμβαση ήταν 84.34% (εύρος: 42.58-100%). Ο επανέλεγχος που πραγματοποιήθηκε μετά από 15 ημέρες από το τέλος της παρέμβασης, δείχνει ότι το ποσοστό κατοχής γνώσης του Μανώλη ήταν 100%.

*2η Κατηγορία αντιδράσεων: Γνώσεις Για Την Αποφυγή Προβληματικής Συμπεριφοράς Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση*

Για την γραμμή βάσης στην 2η κατηγορία αντιδράσεων πραγματοποιήθηκαν 9 συνεδρίες ενώ στην παρέμβαση πραγματοποιήθηκαν 7 συνεδρίες. Ο μέσος όρος του ποσοστού κατοχής γνώσης του Μανώλη ήταν 48.73% (εύρος: 41.63-55.53%) πριν την παρέμβαση, ενώ με την εισαγωγή της παρέμβασης, παρατηρήθηκε ανοδική πορεία στο ποσοστό κατοχής γνώσης του εφήβου. Ο μέσος όρος μετά την παρέμβαση ήταν 89.68% (εύρος: 44.43-100%). Ο επανέλεγχος δείχνει ότι το ποσοστό κατοχής γνώσης ήταν 100%.

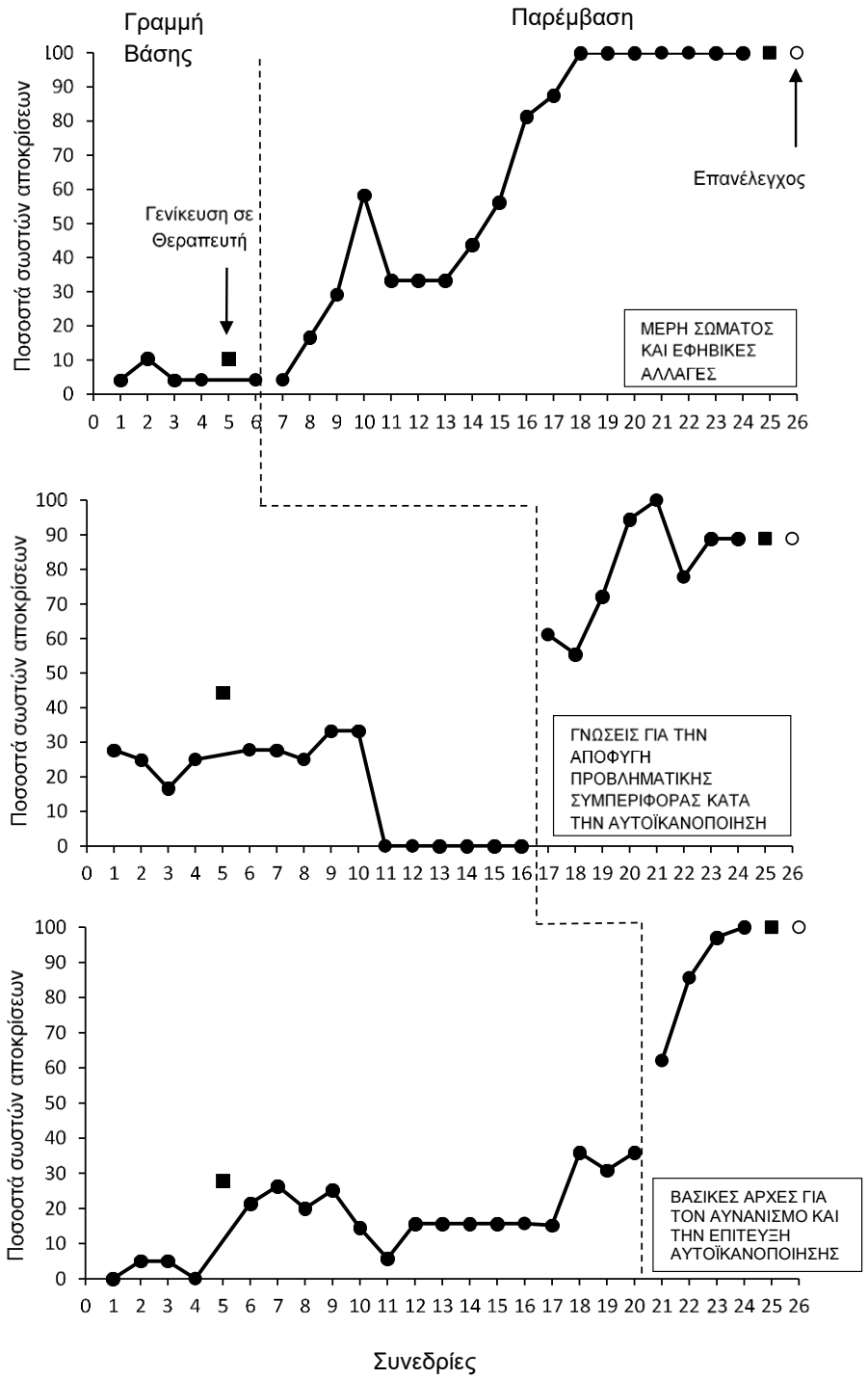
*3η Κατηγορία αντιδράσεων: Βασικές Αρχές Για Τον Αυνανισμό Και Την Επίτευξη Αυτοϊκανοποίησης*

Για την γραμμή βάσης στην 3η κατηγορία αντιδράσεων πραγματοποιήθηκαν 11 συνεδρίες ενώ στην παρέμβαση πραγματοποιήθηκαν 5 συνεδρίες. Ο μέσος όρος του ποσοστού κατοχής γνώσης του Μανώλη ήταν 38.06% (εύρος: 28.79-43.32%) πριν την παρέμβαση, ενώ με την εισαγωγή της παρέμβασης, παρατηρήθηκε ανοδική πορεία στο ποσοστό κατοχής γνώσης του εφήβου. Ο μέσος όρος μετά την παρέμβαση ήταν 91% (εύρος: 70-100%). Ο επανέλεγχος δείχνει ότι το ποσοστό κατοχής γνώσης ήταν 100%.

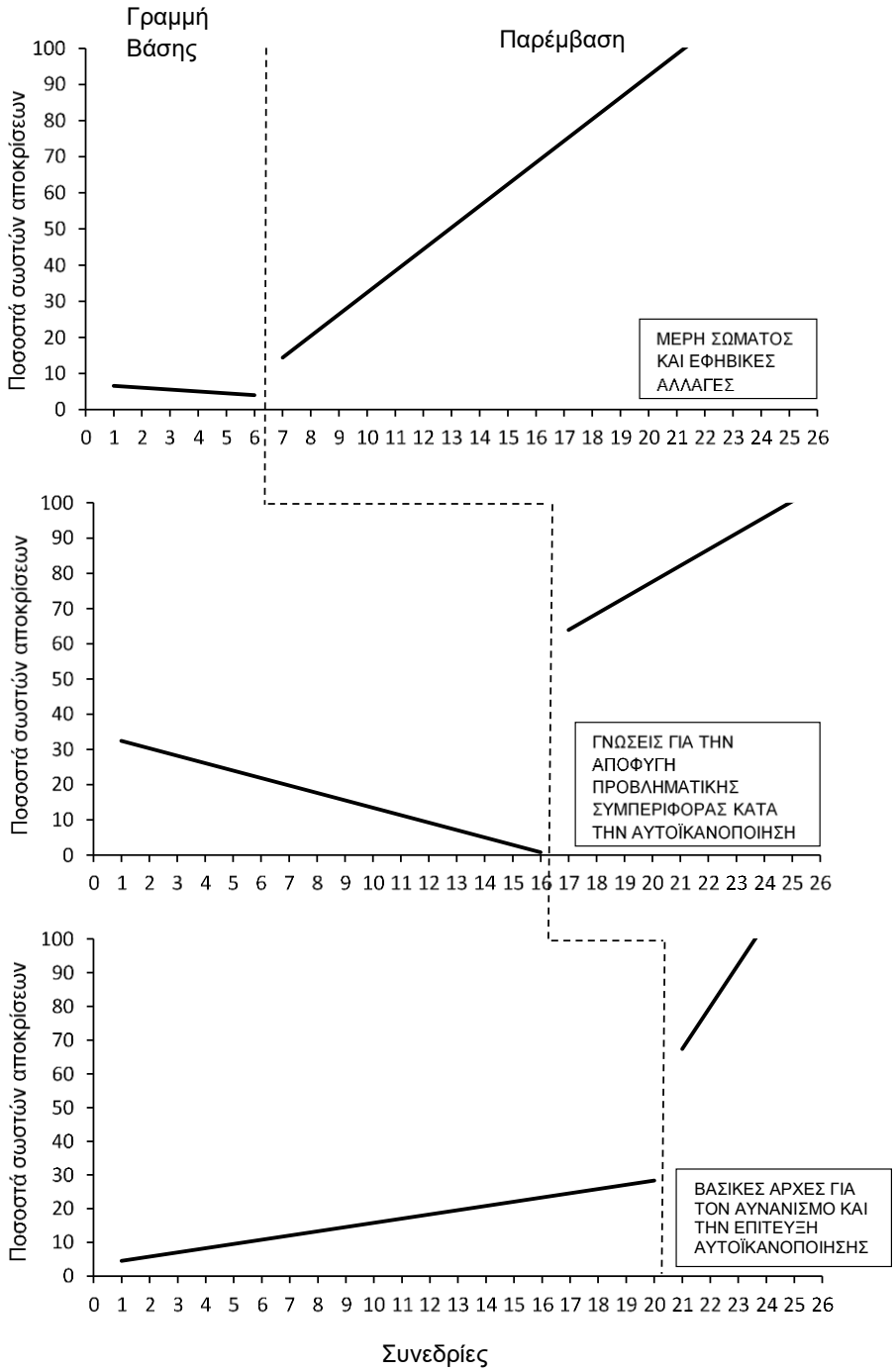
## 8.3. Τρίτος Συμμετέχοντας- Οδυσσέας

Όπως φαίνεται στα Σχήματα 8.7, 8.8 και 8.9, και στις 3 κατηγορίες αντιδράσεων με την εισαγωγή της παρέμβασης, η βελτίωση αποτυπώνεται τόσο στα αυξημένα ποσοστά κατοχής γνώσης, όσο και στις τάσεις και στους μέσους όρους. Συνοπτικά, τα ποσοστά αύξησης των μέσων όρων της κατοχής γνώσης του Οδυσσέα, ανάμεσα στη Γραμμή Βάσης και την Παρέμβαση στη 1η κατηγορία αντιδράσεων ήταν 1108.69%, στη 2η κατηγορία αντιδράσεων 395.96% και στη 3η κατηγορία αντιδράσεων 413.09%, η μεγαλύτερη αύξηση των μέσων όρων της κατοχής γνώσης από όλους τους συμμετέχοντες. Ανάμεσα στη Παρέμβαση και τον Επανέλεγχο, στη 1η κατηγορία αντιδράσεων ήταν 52.92%, στη 2η κατηγορία αντιδράσεων 11.28% και στη 3η κατηγορία αντιδράσεων 16%.

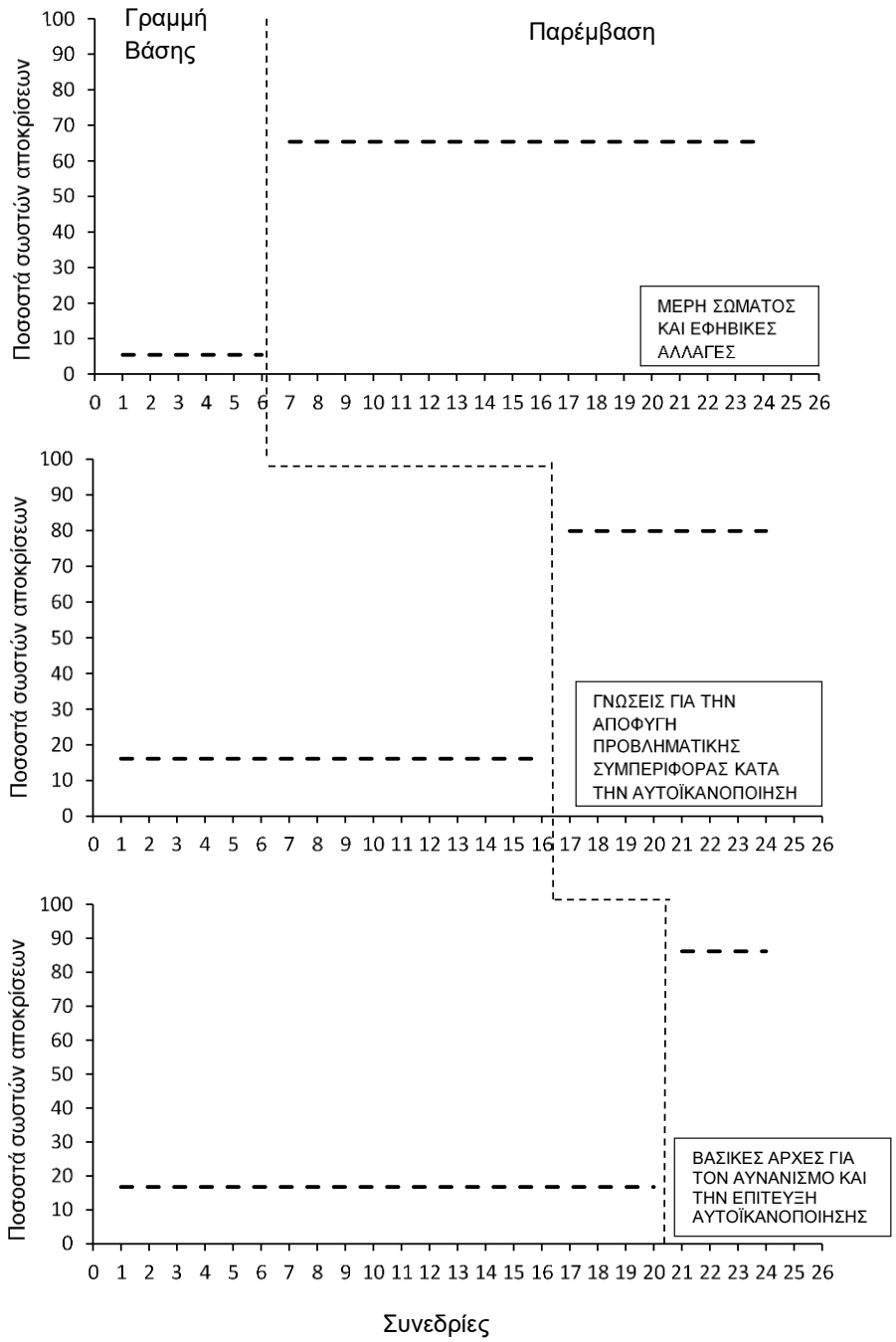
*Σχήμα 8.7. Ποσοστά σωστών αποκρίσεων του Οδυσσέα*



*Σχήμα 8.8. Γραμμή Τάσης των ποσοστών των σωστών αποκρίσεων του Οδυσσέα*



*Σχήμα 8.9. Μέσος όρος σωστών αποκρίσεων του Οδυσσέα*



*1η Κατηγορία αντιδράσεων: Μέρη Του Σώματος Και Εφηβικές Αλλαγές*

Για την γραμμή βάσης στην 1η κατηγορία αντιδράσεων πραγματοποιήθηκαν 5 συνεδρίες ενώ στην παρέμβαση πραγματοποιήθηκαν 18 συνεδρίες. Ο μέσος όρος του ποσοστού κατοχής γνώσης του Οδυσσέα ήταν 5.41% (εύρος: 4.16-10.41%) πριν την παρέμβαση, ενώ με την εισαγωγή της παρέμβασης, παρατηρήθηκε ανοδική πορεία στο ποσοστό κατοχής γνώσης του εφήβου. Ο μέσος όρος μετά την παρέμβαση ήταν 65.39% (εύρος: 4.16-100%). Ο επανέλεγχος που πραγματοποιήθηκε μετά από 15 ημέρες από το τέλος της παρέμβασης, δείχνει ότι το ποσοστό κατοχής γνώσης του Οδυσσέα ήταν 100%.

*2η Κατηγορία αντιδράσεων: Γνώσεις Για Την Αποφυγή Προβληματικής Συμπεριφοράς Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση*

Για την γραμμή βάσης στην 2η κατηγορία αντιδράσεων πραγματοποιήθηκαν 15 συνεδρίες ενώ στην παρέμβαση πραγματοποιήθηκαν 8 συνεδρίες. Ο μέσος όρος του ποσοστού κατοχής γνώσης του Οδυσσέα ήταν 16.10% (εύρος: 0-33.33%) πριν την παρέμβαση, ενώ με την εισαγωγή της παρέμβασης, παρατηρήθηκε ανοδική πορεία στο ποσοστό κατοχής γνώσης του εφήβου. Ο μέσος όρος μετά την παρέμβαση ήταν 79.85% (εύρος: 55.53-100%). Ο επανέλεγχος δείχνει ότι το ποσοστό κατοχής γνώσης ήταν 88.86%.

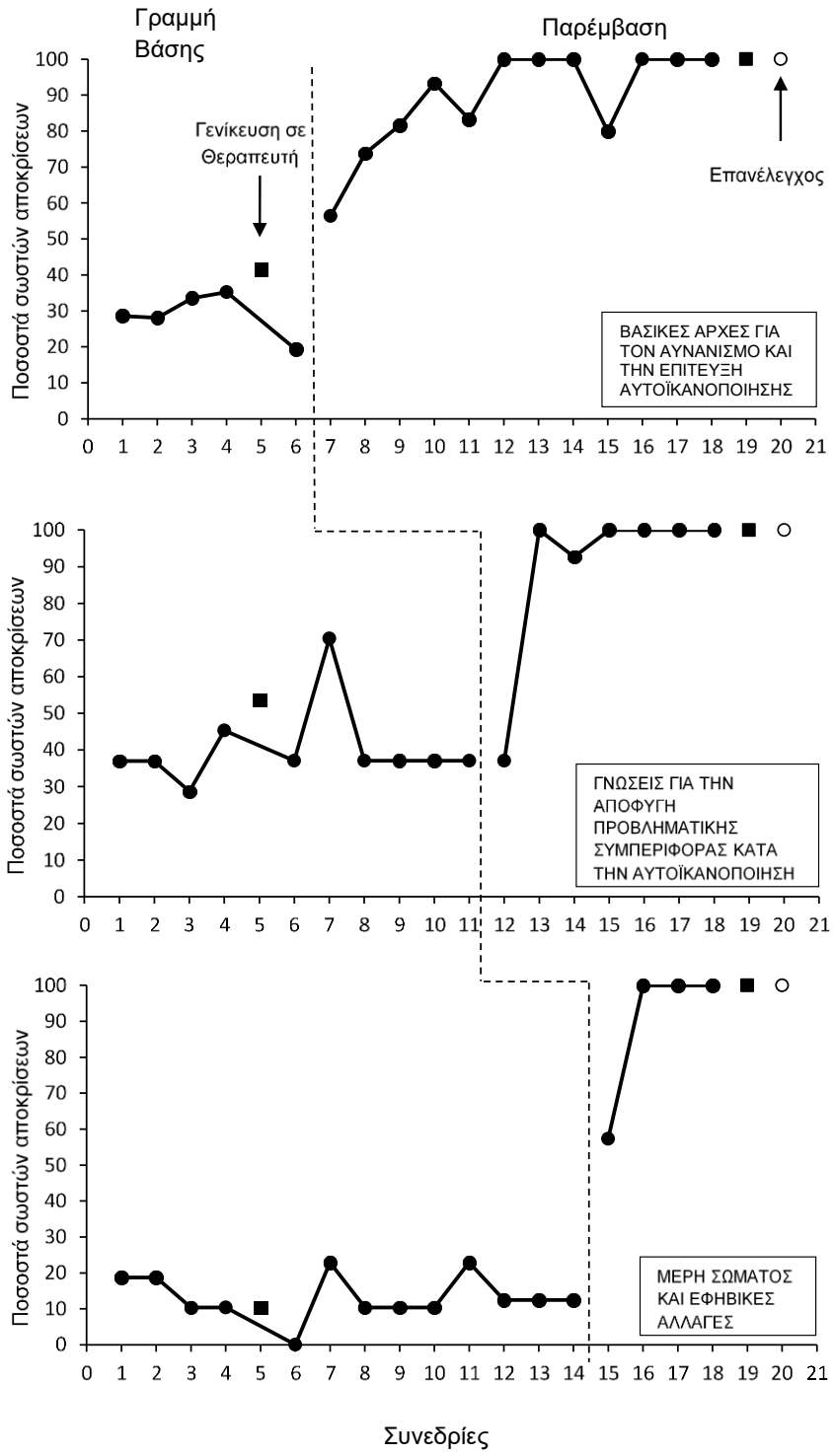
*3η Κατηγορία αντιδράσεων: Βασικές Αρχές Για Τον Αυνανισμό Και Την Επίτευξη Αυτοϊκανοποίησης*

Για την γραμμή βάσης στην 3η κατηγορία αντιδράσεων πραγματοποιήθηκαν 19 συνεδρίες ενώ στην παρέμβαση πραγματοποιήθηκαν 4 συνεδρίες. Ο μέσος όρος του ποσοστού κατοχής γνώσης του Οδυσσέα ήταν 16.80% (εύρος: 0-35.86%) πριν την παρέμβαση, ενώ με την εισαγωγή της παρέμβασης, παρατηρήθηκε ανοδική πορεία στο ποσοστό κατοχής γνώσης του εφήβου. Ο μέσος όρος μετά την παρέμβαση ήταν 86.2% (εύρος: 62.02-100%). Ο επανέλεγχος δείχνει ότι το ποσοστό κατοχής γνώσης ήταν 100%.

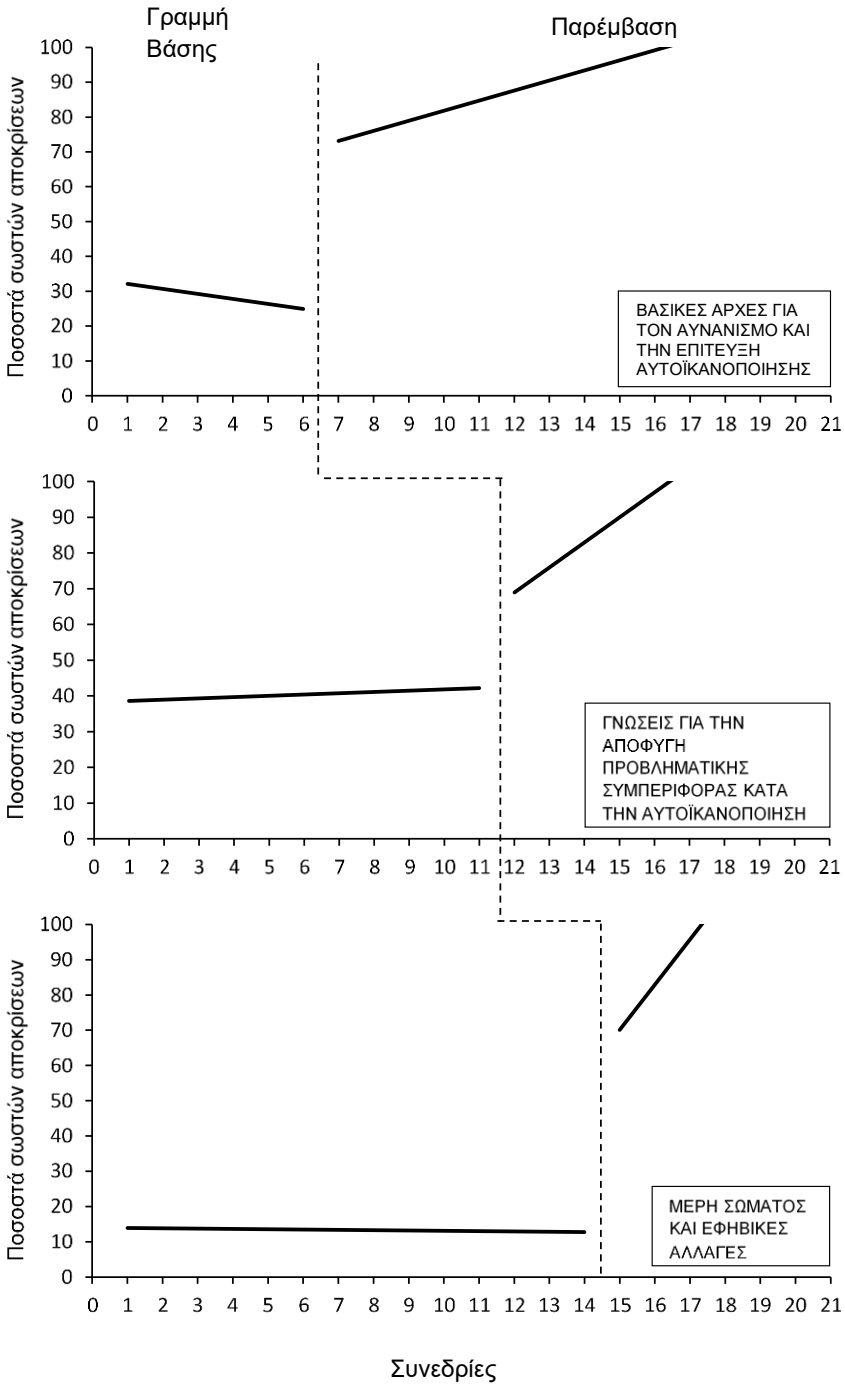
## 8.4. Τέταρτος Συμμετέχοντας- Χρήστος

Όπως φαίνεται στα Σχήματα 8.10, 8.11 και 8.12, και στις 3 κατηγορίες αντιδράσεων με την εισαγωγή της παρέμβασης, η βελτίωση αποτυπώνεται τόσο στα αυξημένα ποσοστά κατοχής γνώσης, όσο και στις τάσεις και στους μέσους όρους. Συνοπτικά, τα ποσοστά αύξησης των μέσων όρων της κατοχής γνώσης του Χρήστου, ανάμεσα στη Γραμμή Βάσης και την Παρέμβαση στη 1η κατηγορία αντιδράσεων ήταν 207.67%, στη 2η κατηγορία αντιδράσεων 122.67% και στη 3η κατηγορία αντιδράσεων 207.67%. Ανάμεσα στη Παρέμβαση και τον Επανέλεγχο, στη 1η κατηγορία αντιδράσεων ήταν 12.30%, στη 2η κατηγορία αντιδράσεων 11.16% και στη 3η κατηγορία αντιδράσεων 12.30%.

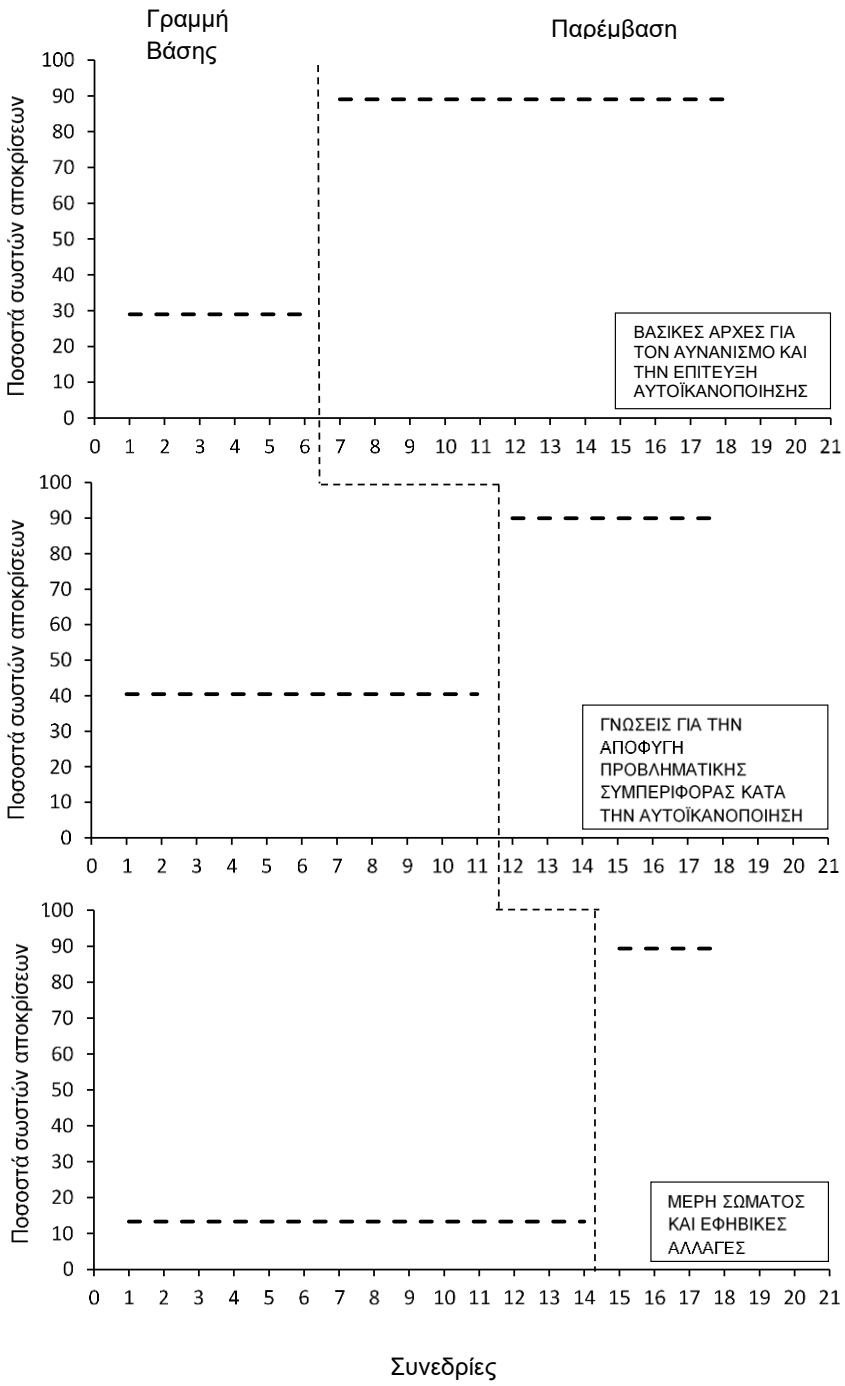
*Σχήμα 8.10. Ποσοστά σωστών αποκρίσεων του Χρήστου*



*Σχήμα 8.11. Γραμμή Τάσης των ποσοστών των σωστών αποκρίσεων του Χρήστου*



*Σχήμα 8.12. Μέσος όρος σωστών αποκρίσεων του Χρήστου*



*1η Κατηγορία αντιδράσεων: Μέρη Του Σώματος Και Εφηβικές Αλλαγές*

Για την γραμμή βάσης στην 1η κατηγορία αντιδράσεων πραγματοποιήθηκαν 13 συνεδρίες ενώ στην παρέμβαση πραγματοποιήθηκαν 4 συνεδρίες. Ο μέσος όρος του ποσοστού κατοχής γνώσης του Χρήστου ήταν 28.94% (εύρος: 19.28-35.22%) πριν την παρέμβαση, ενώ με την εισαγωγή της παρέμβασης, παρατηρήθηκε ανοδική πορεία στο ποσοστό κατοχής γνώσης του εφήβου. Ο μέσος όρος μετά την παρέμβαση ήταν 89.04% (εύρος: 56.42-100%). Ο επανέλεγχος που πραγματοποιήθηκε μετά από 15 ημέρες από το τέλος της παρέμβασης, δείχνει ότι το ποσοστό κατοχής γνώσης του Χρήστου ήταν 100%.

*2η Κατηγορία αντιδράσεων: Γνώσεις Για Την Αποφυγή Προβληματικής Συμπεριφοράς Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση*

Για την γραμμή βάσης στην 2η κατηγορία αντιδράσεων πραγματοποιήθηκαν 10 συνεδρίες ενώ στην παρέμβαση πραγματοποιήθηκαν 7 συνεδρίες. Ο μέσος όρος του ποσοστού κατοχής γνώσης του Χρήστου ήταν 40.40% (εύρος: 28.7-70.43%) πριν την παρέμβαση, ενώ με την εισαγωγή της παρέμβασης, παρατηρήθηκε ανοδική πορεία στο ποσοστό κατοχής γνώσης του εφήβου. Ο μέσος όρος μετά την παρέμβαση ήταν 89.96% (εύρος: 37.1-100%). Ο επανέλεγχος δείχνει ότι το ποσοστό κατοχής γνώσης ήταν 100%.

*3η Κατηγορία αντιδράσεων: Βασικές Αρχές Για Τον Αυνανισμό Και Την Επίτευξη Αυτοϊκανοποίησης*

Για την γραμμή βάσης στην 3η κατηγορία αντιδράσεων πραγματοποιήθηκαν 5 συνεδρίες ενώ στην παρέμβαση πραγματοποιήθηκαν 12 συνεδρίες. Ο μέσος όρος του ποσοστού κατοχής γνώσης του Χρήστου ήταν 28.94% (εύρος: 19.28-35.22%) πριν την παρέμβαση, ενώ με την εισαγωγή της παρέμβασης, παρατηρήθηκε ανοδική πορεία στο ποσοστό κατοχής γνώσης του εφήβου. Ο μέσος όρος μετά την παρέμβαση ήταν 89.04% (εύρος: 56.42-100%). Ο επανέλεγχος δείχνει ότι το ποσοστό κατοχής γνώσης ήταν 100%.

## 8.5. Ποσοστά αύξησης των μέσων όρων κατοχής γνώσης των συμμετεχόντων

Στον Πίνακα 8.1 παρουσιάζονται συνολικά τα ποσοστά αύξησης των μέσων όρων της κατοχής γνώσης των συμμετεχόντων ανάμεσα στη Γραμμή Βάσης και την Παρέμβαση, καθώς και ανάμεσα στην Παρέμβαση και την Επανεξέταση. Όπως παρατηρείται στον παρακάτω πίνακα, ανάμεσα στη Γραμμή Βάσης και στην Παρέμβαση, τη μεγαλύτερη αύξηση των μέσων όρων κατοχής γνώσης σε όλες τις κατηγορίες αντιδράσεων την είχε ο Οδυσσέας (1108.69%, 395.96%, 413.09%). Ανάμεσα στην Παρέμβαση και την Επανεξέταση, τη μεγαλύτερη αύξηση στη 1η κατηγορία αντιδράσεων την είχε ο Οδυσσέας (52.92%) ενώ στη 2η και στη 3η κατηγορία αντιδράσεων ο Διονύσης (20.45%, 30.94%).

Πίνακας 8.1

*Ποσοστά αύξησης των μέσων όρων κατοχής γνώσης των συμμετεχόντων*

| | **Γραμμή Βάσης- Παρέμβαση** | | | **Παρέμβαση- Επανεξέταση** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Κατηγορίες αντιδράσεων** | **1η** | **2η** | **3η** | **1η** | **2η** | **3η** |
| **Διονύσης** | 358.76% | 139.25% | 111.84% | 27.38% | 20.45% | 30.94% |
| **Μανώλης** | 570.42% | 84.03% | 139.09% | 18.56% | 11.50% | 9.89% |
| **Οδυσσέας** | 1108.69% | 395.96% | 413.09% | 52.92% | 11.28% | 16% |
| **Χρήστος** | 207.67% | 122.67% | 207.67% | 12.30% | 11.16% | 12.30% |

## 8.6. Ανεκδοτολογικές Αναφορές

Δεδομένα συλλέχθηκαν για δύο ακόμα κατηγορίες μεταβλητών που αφορούσαν τις δεξιότητες που σχετίζονται με την αυτοϊκανοποίηση και τις προβληματικές μορφές σεξουαλικής συμπεριφοράς. Στην πρώτη κατηγορία, *Προαπαιτούμενα Για Την Αυτοϊκανοποίηση,* εντάχθηκαν οι δεξιότητες που σχετίζονταν με την αυτοϊκανοποίηση ενώ η δεύτερη κατηγορία αφορούσε την *Προβληματική Συμπεριφορά*. Για τις δύο αυτές μεταβλητές οι καταγραφές έγιναν αποκλειστικά από τον πατέρα χωρίς να γίνεται χρήση βιντεοκάμερας και χωρίς τον έλεγχο της αξιοπιστίας των μετρήσεων από δεύτερο παρατηρητή, προκειμένου να προστατευτεί η ιδιωτικότητα του συμμετέχοντα. Συνεπώς, οι καταγραφές αυτές αντιμετωπίζονται ως ανεκδοτολογικές αναφορές.

Στα Σχήματα 8.13 έως 8.15 τα σημεία δεδομένων που απεικονίζονται από τους κλειστούς κύκλους αντιπροσωπεύουν τα δεδομένα που συλλέχτηκαν από τον πατέρα του κάθε συμμετέχοντα για κάθε ημέρα παρατήρησης, ενώ τα βελάκια καταδεικνύουν την έναρξη των διαφορετικών φάσεων της έρευνας. Στο Σχήμα 8.13 παρουσιάζονται οι γραφικές παραστάσεις του *Μανώλη* σχετικά με τα Προαπαιτούμενα Για Την Αυτοϊκανοποίηση και τη Προβληματική Συμπεριφορά, στο Σχήμα 8.14 η Προβληματική Συμπεριφορά του *Οδυσσέα* και στο Σχήμα 8.15 η Προβληματική Συμπεριφορά του *Χρήστου*.

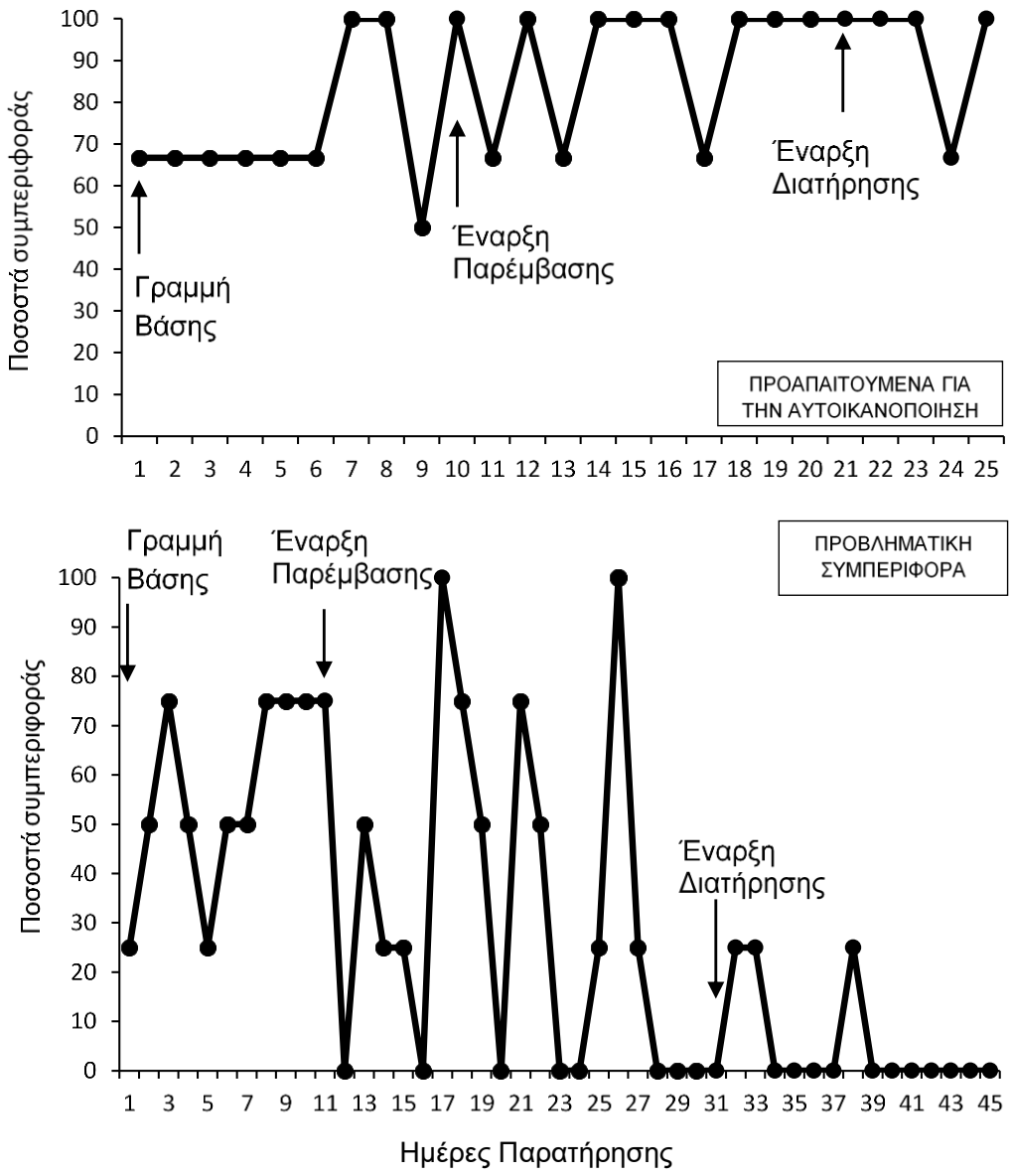
Στον πρώτο συμμετέχοντα, τον **Διονύση**, στην κατηγορία *Προαπαιτούμενα Για Την Αυτοϊκανοποίηση*, εντάχθηκαν οι υποκατηγορίες: α) η Τήρηση Της Ιδιωτικότητας Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση· β) η Αυτοϊκανοποίηση και γ) Αυτοϊκανοποίηση Που Προκαλεί Οργασμό και Εκσπερμάτιση. Στην προστασία της ιδιωτικής ζωής και της υγιεινής, η ανταπόκριση του Διονύση ήταν σχετικά υψηλή ακόμη και πριν από την παρέμβαση. Έτσι, δεν υπήρχαν ουσιαστικές διαφορές μεταξύ της γραμμής βάσης και της παρέμβασης. Η εκδήλωση της προβληματικής συμπεριφοράς κατά την αυτοϊκανοποίηση (της τριβής), σύμφωνα με τις παρατηρήσεις του πατέρα του Διονύση, μειώθηκε σε μεγάλο βαθμό μόνο κατά τη διάρκεια των 3 τελευταίων συνεδριών παρέμβασης, αλλά δεν παρέμεινε σ' αυτά τα χαμηλά επίπεδα 5 εβδομάδες μετά τη λήξη της θεραπείας.

Για τον **Μανώλη**, στην κατηγορία *Προαπαιτούμενα Για Την Αυτοϊκανοποίηση*, εντάχθηκαν οι υποκατηγορίες: α) Τήρηση Της Ιδιωτικότητας Κατά Την

Αυτοϊκανοποίηση· β) Αυτοϊκανοποίηση και γ) Αυτοϊκανοποίηση Που Προκαλεί Οργασμό Και Εκσπερμάτιση. Στην γραμμή βάσης πραγματοποιήθηκαν 5 καταγραφές, κατά τη διάρκεια της παρέμβασης πραγματοποιήθηκαν 15 καταγραφές ενώ κατά τη διάρκεια της διατήρησης πραγματοποιήθηκαν 5 καταγραφές. Ο μέσος όρος του ποσοστού εμφάνισης της συμπεριφοράς στόχου του Μανώλη ήταν 66.66% (εύρος: 66.66- 66.66%) για την γραμμή βάσης, ενώ με την εισαγωγή της παρέμβασης παρατηρήθηκε άμεση ανοδική πορεία στο ποσοστό εμφάνισης της συμπεριφοράς στόχου του εφήβου. Ο μέσος όρος κατά τη διάρκεια της παρέμβασης ήταν 87.77% (εύρος: 50- 100%). Κατά τη διάρκεια των τριών εβδομάδων της Διατήρησης μετά από το τέλος της παρέμβασης, το ποσοστό εμφάνισης της συμπεριφοράς στόχου ήταν 93.33% (εύρος: 66.66- 100%).

Στη κατηγορία *Προβληματική Συμπεριφορά,* εντάχθηκαν οι 4 υποκατηγορίες: 1) Άγγιγμα Των Γεννητικών Οργάνων Σε Δημόσιο Χώρο, 2) Τριβή Των Γεννητικών Οργάνων Στο Κρεβάτι/Πάτωμα, 3) Αυξημένο Άγχος- Ένταση και 4) Αυξημένη Στερεοτυπία. Στην γραμμή βάσης πραγματοποιήθηκαν 5 καταγραφές, κατά τη διάρκεια της παρέμβασης πραγματοποιήθηκαν 25 καταγραφές ενώ κατά τη διάρκεια της διατήρησης πραγματοποιήθηκαν 15 καταγραφές. Ο μέσος όρος του ποσοστού εμφάνισης της συμπεριφοράς στόχου του Μανώλη ήταν 45% (εύρος: 25- 75%) για την γραμμή βάσης, ενώ με την εισαγωγή της παρέμβασης, παρατηρήθηκε μικρή πτώση στο ποσοστό εμφάνισης της συμπεριφοράς στόχου του εφήβου. Ο μέσος όρος κατά τη διάρκεια της παρέμβασης ήταν 40% (εύρος: 0- 100%) με την γραμμή τάσης να έχει φθίνουσα πορεία. Κατά τη διάρκεια των τριών εβδομάδων της διατήρησης μετά από το τέλος της παρέμβασης, δείχνει ότι το ποσοστό εμφάνισης της συμπεριφοράς στόχου του Μανώλη ήταν 5% (εύρος: 0- 25%).

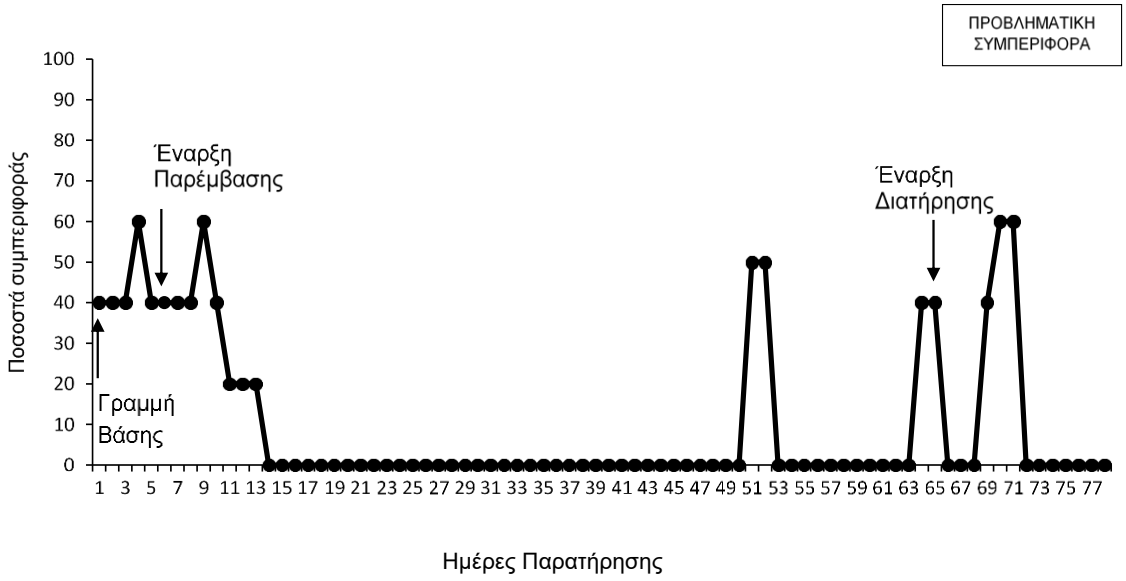
*Σχήμα 8.13. Προαπαιτούμενα Για Την Αυτοϊκανοποίηση και την Προβληματική Συμπεριφορά του Μανώλη*




Για τον τρίτο συμμετέχοντα, τον **Οδυσσέα**, στη κατηγορία *Προβληματική Συμπεριφορά* εντάχθηκαν οι 5 υποκατηγορίες: 1) Μη Τήρηση Κανόνων Υγιεινής, 2) Άγγιγμα Των Γεννητικών Οργάνων Σε Δημόσιο Χώρο, 3) Εμμονή Με Τηλεφωνική Επικοινωνία Κοριτσιών, 4) Αυξημένο Άγχος- Ένταση και 5) Αυξημένη Στερεοτυπία. Στην γραμμή βάσης του Οδυσσέα πραγματοποιήθηκαν 5 καταγραφές, κατά τη διάρκεια της παρέμβασης πραγματοποιήθηκαν 58 καταγραφές ενώ κατά τη διάρκεια

της διατήρησης πραγματοποιήθηκαν 15 καταγραφές. Ο μέσος όρος του ποσοστού εμφάνισης της συμπεριφοράς στόχου του Οδυσσέα ήταν 44% (εύρος: 40- 60%) για την γραμμή βάσης, ενώ με την εισαγωγή της παρέμβασης, παρατηρήθηκε άμεση πτώση στο ποσοστό εμφάνισης της προβληματικής συμπεριφοράς του εφήβου. Ο μέσος όρος κατά τη διάρκεια της παρέμβασης ήταν 6.55% (εύρος: 0- 60%). Κατά τη διάρκεια των τριών εβδομάδων της Διατήρησης μετά από το τέλος της παρέμβασης, δείχνει ότι το ποσοστό εμφάνισης της προβληματικής συμπεριφοράς του Οδυσσέα ήταν 16% (εύρος: 0- 60%).

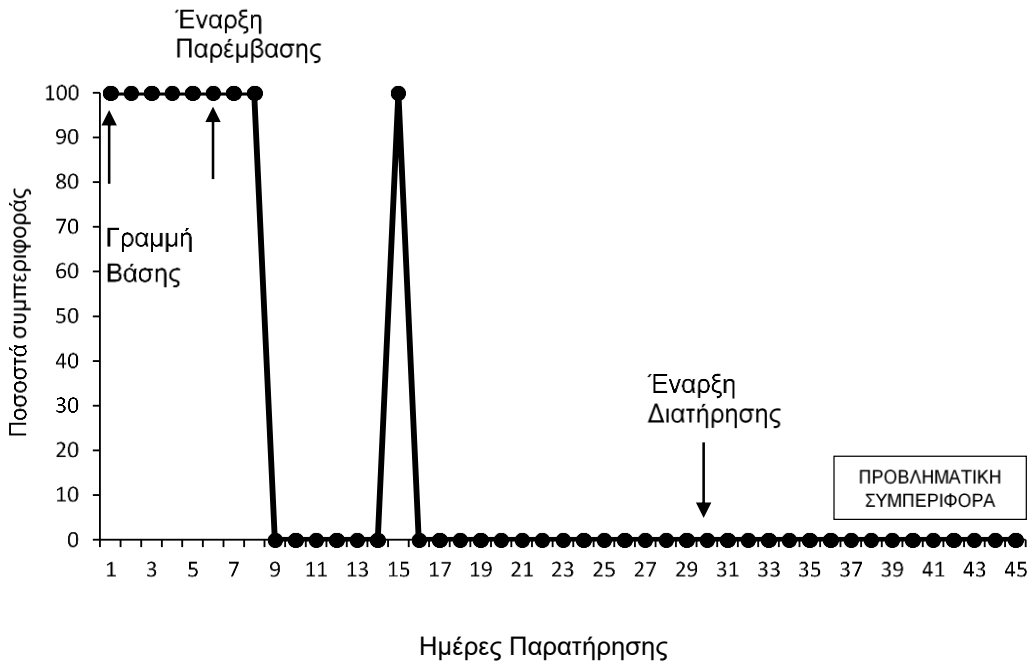
*Σχήμα 8.14. Προβληματική Συμπεριφορά του Οδυσσέα*




Στη κατηγορία Προβληματική Συμπεριφορά για τον **Χρήστο**, εντάχθηκαν οι 3 υποκατηγορίες: 1) Άγγιγμα Των Γεννητικών Οργάνων Σε Δημόσιο Χώρο, 2) Αυξημένο Άγχος- Ένταση και 3) Αυξημένη Στερεοτυπία. Στην γραμμή βάσης πραγματοποιήθηκαν 5 καταγραφές, κατά τη διάρκεια της παρέμβασης πραγματοποιήθηκαν 25 καταγραφές ενώ κατά τη διάρκεια της Διατήρησης πραγματοποιήθηκαν 15 καταγραφές. Ο μέσος όρος του ποσοστού εμφάνισης της προβληματικής συμπεριφοράς ήταν 100% (εύρος: 100- 100%) για την γραμμή βάσης, ενώ με την εισαγωγή της παρέμβασης, παρατηρήθηκε άμεση πτώση στο ποσοστό εμφάνισης της προβληματικής συμπεριφοράς του Χρήστου. Ο μέσος όρος κατά τη διάρκεια της παρέμβασης ήταν 16% (εύρος: 0- 100%) με την γραμμή τάσης να έχει

φθίνουσα πορεία. Κατά τη διάρκεια των τριών εβδομάδων της Διατήρησης μετά από το τέλος της παρέμβασης, δείχνει ότι το ποσοστό εμφάνισης της προβληματικής συμπεριφοράς του Χρήστου ήταν 0% (εύρος: 0- 0%).

*Σχήμα 8.15. Προβληματική Συμπεριφορά του Χρήστου*




## 8.7. Άλλες Μετρήσεις

Τα αποτελέσματα από τις άλλες μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας παρουσιάζονται στους Πίνακες 8.2 και 8.3. Στον Πίνακα 8.2 παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα της κλίμακας της Προβληματικής Συμπεριφοράς (ECBI), πριν και μετά την παρέμβαση, ενώ στον Πίνακα 8.3 παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα της Γενικής κλίμακας Σεξουαλικής Γνώσης (GSKQ).

Πίνακας 8.2

*Συνοπτικά αποτελέσματα της Κλίμακας Προβληματικής Συμπεριφοράς (ECBI)*

| Συμμετέχοντες | Πριν την Παρέμβαση | Μετά την Παρέμβαση |
|---|---|---|
| **Διονύσης** | 42/94* | 40/94* |
| **Μανώλης** | 54/94* | 55/94* |
| **Οδυσσέας** | 46/94* | 45/94* |
| **Χρήστος** | 45/94* | 45/94* |

**Η προβληματική συμπεριφορά είναι 60 μονάδες και πάνω*

Τα αποτελέσματα από την κλίμακα της Προβληματικής Συμπεριφοράς (ECBI) δείχνουν ότι οι μετρήσεις πριν και μετά την παρέμβαση εμπίπτουν μέσα στα φυσιολογικά επίπεδα και δε δείχνουν καμιά σημαντική μεταβολή. Αντίθετα, τα αποτελέσματα της επαναξιολόγησης της Γενικής κλίμακας Σεξουαλικής Γνώσης (GSKQ) παρουσιάζουν σημαντική μεταβολή σε όλους τους συμμετέχοντες. Ο Διονύσης αύξησε τις σωστές απαντήσεις κατά 15 μονάδες, από 38/56 σε 53/56, ο Μανώλης κατά 21 μονάδες, από 28/56 σε 49/56, ο Οδυσσέας κατά 16 μονάδες, από 30/56 σε 46/53, και τέλος, ο Χρήστος κατά 17 μονάδες, από 28/56 σε 45/46. Για τον Οδυσσέα και τον Χρήστο, τους δυο τελευταίους συμμετέχοντες, αφαιρέθηκαν μερικές ερωτήσεις από τη κλίμακα καθώς κρίθηκε από την ερευνητική ομάδα ότι δεν ήταν αναγκαίες οι συγκεκριμένες πληροφορίες για την εκπαίδευσή τους.

Πίνακας 8.3

*Συνοπτικά αποτελέσματα της Γενικής Κλίμακας Σεξουαλικής Γνώσης- Αναθεωρημένης (GSKQ)*

| Τμήμα | Βαθμολογία πριν την Παρέμβαση | Βαθμολογία μετά την παρέμβαση |
|---|---|---|
| | **Διονύσης** | |
| Φυσιολογία: Εικόνες | 17 /17 | 17/17 |
| Φυσιολογία: Ερωτήσεις | 5/19 | 17/19 |
| Προσωπική Υγιεινή | 9/10 | 10/10 |
| Αυτοϊκανοποίηση | 7/10 | 9/10 |
| Screening: Ερώτηση Αυνανισμού- Χρειάστηκε εξήγηση; | Όχι | Όχι |
| **ΣΥΝΟΛΙΚΌ ΣΚΟΡ** | **38/56** | **53/56** |
| | **Μανώλης** | |
| Φυσιολογία: Εικόνες | 17/17 | 17/17 |
| Φυσιολογία: Ερωτήσεις | 2/19 | 16/19 |
| Προσωπική Υγιεινή | 7/10 | 7/10 |
| Αυτοϊκανοποίηση | 2/10 | 9/10 |
| Screening: Ερώτηση Αυνανισμού- Χρειάστηκε εξήγηση; | Ναι | Όχι |
| **ΣΥΝΟΛΙΚΌ ΣΚΟΡ** | **28/56** | **49/56** |
| | **Οδυσσέας** | |
| Φυσιολογία: Εικόνες | 16/17 | 17/17 |
| Φυσιολογία: Ερωτήσεις | 7/19 | 13/19 |
| Προσωπική Υγιεινή | 7/10 | 7/10 |
| Αυτοϊκανοποίηση | 0/10 | 9/10 |
| Screening: Ερώτηση Αυνανισμού- Χρειάστηκε εξήγηση; | Ναι | Όχι |
| **ΣΥΝΟΛΙΚΌ ΣΚΟΡ** | **30/56** | **46/53*** |
| | **Χρήστος** | |

| | | |
|---|---|---|
| Φυσιολογία: Εικόνες | 17/17 | 17/17 |
| Φυσιολογία: Ερωτήσεις | 1/19 | 8/9 |
| Προσωπική Υγιεινή | 5/10 | 10/10 |
| Αυτοϊκανοποίηση | 5/10 | 10/10 |
| Screening: Ερώτηση Αυνανισμού- Χρειάστηκε εξήγηση; | Ναι | Όχι |
| **ΣΥΝΟΛΙΚΌ ΣΚΟΡ** | **28/56** | **45/46*** |

**Μετά από την αξιολόγηση αφαιρέθηκαν συγκεκριμένες ερωτήσεις*

### 8.7.1. Μετρήσεις Γονέων

Στον Πίνακα 8.4 παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα του Ερωτηματολόγιου Γονεϊκής Τυπολογίας και του Ερωτηματολόγιου Αυτοεκτίμησης ή Άγχους (STAI), τα οποία χορηγήθηκαν στους γονείς των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα από την αξιολόγηση έδειξαν ότι και οι τέσσερις συμμετέχοντες έχουν υποστηρικτικούς γονείς, ενώ το ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης ή Άγχους δεν έδειξε σημαντικές μεταβολές μετά την παρέμβαση.

Πίνακας 8.4

*Συνοπτικά αποτελέσματα του Ερωτηματολόγιου Γονεϊκής Τυπολογίας και του Ερωτηματολόγιου Αυτοεκτίμησης ή Άγχους (STAI)*

| | **Πριν την Παρέμβαση** | | **Μετά την Παρέμβαση** | |
|---|---|---|---|---|
| **Γονείς** | Μητέρα | Πατέρας | Μητέρα | Πατέρας |
| | | **Διονύσης** | | |
| **Ερωτηματολόγιο Γονεϊκής Τυπολογίας** | Υποστηρικτικός Γονέας | | Υποστηρικτικός Γονέας | |
| **Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης ή Άγχους (STAI)*** | 28/80 (πώς αισθάνομαι τώρα) | 37/80 (πώς αισθάνομαι τώρα) | 29/80 (πώς αισθάνομαι τώρα) | 30/80 (πώς αισθάνομαι τώρα) |
| | 33/80 (γενικά) | 34/80 (γενικά) | 30/80 (γενικά) | 33/80 (γενικά) |
| | | **Μανώλης** | | |
| **Ερωτηματολόγιο Γονεϊκής τυπολογίας** | Υποστηρικτικός Γονέας | | Υποστηρικτικός Γονέας | |
| **Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης ή Άγχους (STAI)*** | - | 31/80 (πώς αισθάνομαι τώρα) | 43/80 (πώς αισθάνομαι τώρα) | 24/80 (πώς αισθάνομαι τώρα) |
| | - | 30/80 (γενικά) | 46/80 (γενικά) | 34/80 (γενικά) |
| | | **Οδυσσέας** | | |
| **Ερωτηματολόγιο Γονεϊκής τυπολογίας** | Υποστηρικτικός Γονέας | | Υποστηρικτικός Γονέας | |
| **Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης ή Άγχους (STAI)*** | - | 41/80 (πώς αισθάνομαι τώρα) | - | 58/80 (πώς αισθάνομαι τώρα) |
| | - | 45/80 (γενικά) | - | 47/80 (γενικά) |
| | | **Χρήστος** | | |

| **Ερωτηματολόγιο Γονεϊκής τυπολογίας** | Υποστηρικτικοί Γονείς | | Υποστηρικτικοί Γονείς | |
|---|---|---|---|---|
| **Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης ή Άγχους (STAI)*** | - | 43/80 (πώς αισθάνομαι τώρα) | - | 43/80 (πώς αισθάνομαι τώρα) |
| | - | 43/80 (γενικά) | - | 43/80 (γενικά) |

* Ελάχιστο σκορ της κλίμακας (STAI) είναι το 20 και το μέγιστο είναι το 80.

## 8.8. Αξιοπιστία και Κοινωνική Εγκυρότητα της Έρευνας

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας ήταν αξιόπιστα, όπως προέκυψε από ενδελεχή έλεγχο αξιοπιστίας μεταξύ των παρατηρητών. Η αξιοπιστία επιτεύχθηκε στα δεδομένα όλων των συμμετεχόντων. Ο πειραματικός σχεδιασμός που εφαρμόστηκε επέτρεψε τον έλεγχο της επίδρασης της ανεξάρτητης μεταβλητής στην εξαρτημένη. Συνεπώς, τα ευρήματα της έρευνας κατέδειξαν με αξιοπιστία πως η τροποποίηση της συμπεριφοράς μπορεί να αποδοθεί στην παρέμβαση, και όχι σε παρασιτικές μεταβλητές. Στην παρούσα έρευνα ο πειραματικός έλεγχος ενισχύεται και από παραμέτρους που σχετίζονται με την επίδοση των συμμετεχόντων. Οι τέσσερις γραμμές βάσης που πραγματοποιήθηκαν ήταν επαρκείς για την ανάδειξη της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης, διότι: α) η επίδοση των συμμετεχόντων παρέμεινε σταθερή κατά τη γραμμή βάσης· β) η επίδραση της παρέμβασης στο ποσοστό κατοχής γνώσης ήταν σαφής και άμεση, και τέλος γ) οι τάσεις των δεδομένων της παρέμβασης ήταν ανοδικές, σε αντίθεση με τις τάσεις των δεδομένων της γραμμής βάσης, οι οποίες ήταν σταθερές ή καθοδικές (Kazdin, 2011).

Για να εκτιμηθεί η κοινωνική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της παρέμβασης, διεξήχθησαν ημιδομημένες συνεντεύξεις[21] με τους γονείς των συμμετεχόντων. Όπως διαφαίνεται από τη συνέντευξη με τους γονείς του Διονύση, και

[21] Παράρτημα Γ. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Εγκυρότητας

οι δύο γονείς ήταν πολύ ικανοποιημένοι με τα αποτελέσματα της παρέμβασης για τους ακόλουθους λόγους: α) η συμμετοχή του πατέρα στη μελέτη αυτή είχε ως αποτέλεσμα να ξεκινήσει η επικοινωνία μεταξύ πατέρα και γιου σχετικά με τις ανησυχίες του Διονύση για τη σεξουαλικότητά του, τις οποίες δεν ήθελε να συζητήσει με τον πατέρα του πριν από τη μελέτη και β) ο πατέρας έμαθε πώς να προσεγγίζει το γιο του και να είναι συστηματικός στη διδασκαλία των δεξιοτήτων που σχετίζονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά, το οποίο οδήγησε στην απόκτηση ενός νέου ρεπερτορίου συμπεριφοράς για τον Διονύση, συμπεριλαμβανομένων σημαντικών θεμάτων όπως η ιδιωτικότητα και η προσωπική υγιεινή.

Από τη συνέντευξη με τους γονείς του Μανώλη προέκυψε ότι και οι δύο γονείς ήταν πολύ ικανοποιημένοι με τα αποτελέσματα της παρέμβασης για τους ακόλουθους λόγους: α) η διδασκαλία των δεξιοτήτων που σχετίζονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά είχε ως αποτέλεσμα την απόκτηση ενός νέου ρεπερτορίου συμπεριφοράς για τον Μανώλη, συμπεριλαμβανομένων σημαντικών θεμάτων όπως οι κατάλληλοι τρόποι αυτοϊκανοποίησης, η ιδιωτικότητα και η προσωπική υγιεινή και β) η συμμετοχή του πατέρα στη μελέτη αυτή είχε ως αποτέλεσμα να ξεκινήσει η επικοινωνία μεταξύ πατέρα και γιου σχετικά με τις ανησυχίες του Μανώλη για τη σεξουαλικότητά του, τις οποίες ο πατέρας δυσκολευόταν να συζητήσει με τον Μανώλη πριν από τη μελέτη.

Όπως διαφαίνεται από τη συνέντευξη με τους γονείς του Οδυσσέα, και οι δύο γονείς ήταν πολύ ικανοποιημένοι με τα αποτελέσματα της παρέμβασης για τους ακόλουθους λόγους: α) η διδασκαλία των δεξιοτήτων που σχετίζονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά οδήγησε στην απόκτηση ενός νέου ρεπερτορίου συμπεριφοράς για τον Οδυσσέα, συμπεριλαμβανομένων σημαντικών θεμάτων όπως η ιδιωτικότητα και η αποφυγή στερεοτυπικών τρόπων προσέγγισης του άλλου φύλου και β) τη βελτίωση των δεξιοτήτων σχετικά με την προσωπική υγιεινή, συγκεκριμένα τον καθαρισμό των γεννητικών οργάνων.

Τέλος, από τη συνέντευξη με τους γονείς του Χρήστου προέκυψε ότι και οι δύο γονείς ήταν πολύ ικανοποιημένοι με τα αποτελέσματα της παρέμβασης για τους ακόλουθους λόγους: α) η διδασκαλία των δεξιοτήτων που σχετίζονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά οδήγησε στην απόκτηση ενός νέου ρεπερτορίου συμπεριφοράς για τον Χρήστο, συμπεριλαμβανομένων σημαντικών θεμάτων, όπως οι κατάλληλοι τρόποι αυτοϊκανοποίησης για την αποφυγή αυτό-τραυματισμού, η ιδιωτική

εκδήλωση σεξουαλικής συμπεριφοράς και η μείωση των στερεοτυπιών που μπορούν να αποδοθούν σε αδυναμία αποτελεσματικών τρόπων αυτοϊκανοποίησης.

# Κεφάλαιο 9ο. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

## 9.1. Σύνοψη των Ευρημάτων της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συστηματική διερεύνηση της αποτελεσματικότητας μιας συμπεριφορικής-αναλυτικής παρέμβασης σε έφηβους και νέους ενήλικες με ΔΑΦ, με σκοπό τη βελτίωση τους στον τομέα της σεξουαλικής εκπαίδευσης και συμπεριφοράς και ταυτόχρονα, την απόσβεση ή την ελαχιστοποίηση της ακατάλληλης σεξουαλικής συμπεριφοράς τους. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες έπρεπε: α) να αποκτήσουν λεξιλόγιο και γνώσεις που σχετίζονται με την εφηβεία και τη σεξουαλικότητα· β) να βελτιώσουν δεξιότητες που σχετίζονται με την προσωπική υγιεινή· γ) να αναπτύξουν ή να βελτιώσουν τους τρόπους με τους οποίους οδηγούνται σε σεξουαλική αυτοϊκανοποίηση και δ) να μειώσουν την ακατάλληλη συμπεριφορά που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα.

Αναλυτικότερα, σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να συνταχθεί και να εφαρμοστεί ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης που αφορά στην πρόσκτηση γνώσεων για τη σεξουαλικότητα και στην σεξουαλική συμπεριφορά των συμμετεχόντων, το οποίο περιλάμβανε τις παρακάτω θεματικές ενότητες, όπως έχουν διαμορφωθεί από την σύγχρονη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας: α) Τα Μέρη Του Σώματος Και Οι Εφηβικές Αλλαγές· β) Γνώσεις Για Την Αποφυγή Προβληματικής Συμπεριφοράς Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση και γ) Οι Βασικές Αρχές Για Τον Αυνανισμό Και Την Επίτευξη Αυτοϊκανοποίησης. Η κάθε κατηγορία περιλάμβανε συγκεκριμένες υποκατηγορίες οι οποίες ταίριαζαν στις ανάγκες του κάθε συμμετέχοντα.

Επιπλέον, η παρέμβαση στόχευσε σε δυο δευτερεύουσες παραμέτρους, που αφορούσαν τις δεξιότητες που σχετίζονται με την αυτοϊκανοποίηση και τις προβληματικές μορφές σεξουαλικής συμπεριφοράς. Στην πρώτη κατηγορία, εντάχθηκαν οι δεξιότητες που σχετίζονταν με την *Αυτοϊκανοποίηση* και αφορούσαν: α) Την Τήρηση Της Ιδιωτικότητας Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση και β) Την Επιτυχή Αυτοϊκανοποίηση (αυτοϊκανοποίηση που προκαλεί οργασμό και εκσπερμάτιση). Η

δεύτερη κατηγορία αφορούσε την *Προβληματική Συμπεριφορά* και περιλάμβανε 7 υποκατηγορίες, οι οποίες αφορούσαν διαφορετικές πτυχές της προβληματικής συμπεριφοράς, διαφορετικές για κάθε συμμετέχοντα. Οι υποκατηγορίες αυτές ήταν: 1) Μη Λειτουργική Αυτοϊκανοποίηση, 2) Μη Τήρηση Κανόνων Υγιεινής, 3) Άγγιγμα Των Γεννητικών Οργάνων Σε Δημόσιο Χώρο, 4) Τριβή Των Γεννητικών Οργάνων Στο Κρεβάτι/Πάτωμα, 5) Εμμονή Με Τηλεφωνική Επικοινωνία Κοριτσιών, 6) Αυξημένο Άγχος- Ένταση και 7) Αυξημένη Στερεοτυπία.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας καταδεικνύουν ότι μια συστηματική συμπεριφορική-αναλυτική παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά έφηβους και νέους ενήλικες με ΔΑΦ να βελτιωθούν στον τομέα της σεξουαλικής γνώσης και συμπεριφοράς και ταυτόχρονα να γίνει απόσβεση ή ελαχιστοποίηση της ακατάλληλης σεξουαλικής συμπεριφοράς τους. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε πως **η σεξουαλική εκπαίδευση,** σε τρεις εφήβους με ΔΑΦ και σε ένα νέο ενήλικα με ΔΑΦ, **συνέβαλε στην αύξηση των γνώσεων που σχετίζονται με την εφηβεία και τη σεξουαλικότητα** καθώς και στη **βελτίωση των δεξιοτήτων που σχετίζονται με την προσωπική υγιεινή**. Η παρούσα έρευνα κατέδειξε, επίσης, πως οι **έφηβοι και οι νέοι ενήλικες με ΔΑΦ μπορούν να αναπτύξουν ή να βελτιώσουν την ικανότητα σεξουαλικής αυτοϊκανοποίησης**, αλλά και να **μειώσουν την ακατάλληλη συμπεριφορά που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα, σε σημαντικό βαθμό**. Τα αποτελέσματα **διατηρήθηκαν σε βάθος χρόνου**, μετά τον τερματισμό της παρέμβασης και χωρίς να παρέχεται τμηματική βοήθεια και ενίσχυση από τον ερευνητή στους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα. Τα ευρήματα αυτά **αποτελούν μια πρώτη συσχέτιση της σεξουαλικής εκπαίδευσης με την περιστολή της προβληματικής συμπεριφοράς** στα άτομα με ΔΑΦ.

Οι αλλαγές που επιτυγχάνονται μέσω μιας παρέμβασης, ακόμη και αν η συμπεριφορά βελτιώνεται σε σημαντικό βαθμό, δε διασφαλίζουν την κοινωνική εγκυρότητα της βελτίωσης. Η κοινωνική εγκυρότητα προϋποθέτει τη διατήρηση κεκτημένων δεξιοτήτων σε βάθος χρόνου και μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, αλλά και τη γενίκευσή τους σε σημαντικά πλαίσια εκτός αυτού στο οποίο πραγματοποιήθηκε η παρέμβαση (Cooper και συν., 2007). Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ήταν **κλινικά σημαντικά** και **κοινωνικά έγκυρα**. Η παρέμβαση επέφερε **σημαντική αύξηση των γνώσεων που σχετίζονται με την εφηβεία και τη σεξουαλικότητα,** η οποία συνέβαλε στην τροποποίηση της κοινωνικής συμπεριφοράς

των συμμετεχόντων (π.χ. στη βελτίωση των δεξιοτήτων που σχετίζονται με την προσωπική υγιεινή, την ικανότητα της αυτοϊκανοποίησης και τη μείωση ή την απόσβεση της ακατάλληλης συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα) και ταυτόχρονα, διατηρήθηκε σε βάθος χρόνου. Επίσης, μετά την παρέμβαση, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι βελτιώθηκε, σε σημαντικό βαθμό, η ζωή των συμμετεχόντων, συνολικά, αφού τους βοήθησε να αποκτήσουν δεξιότητες με λειτουργική αξία, όπως αυτές **που σχετίζονται με την προσωπική υγιεινή και με την ικανότητα επίτευξης σεξουαλικής αυτοϊκανοποίησης** (π.χ. Hénault, 2006· Koller, 2000). Η κοινωνική εγκυρότητα των στόχων που τέθηκαν, καθώς και των αποτελεσμάτων της παρέμβασης, διασφαλίστηκε μέσω της αξιολόγησής τους από άτομα του άμεσου κοινωνικού περιβάλλοντος των συμμετεχόντων.

Η παρούσα έρευνα είναι εναρμονισμένη με το θεωρητικό πλαίσιο της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς. Η μεθοδολογία που υιοθετήθηκε για την τροποποίηση της συμπεριφοράς και για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων αντλήθηκε από αυτό το θεωρητικό πλαίσιο. Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μια Εφαρμοσμένη Αναλυτική-Συμπεριφοριστική έρευνα, καθώς έχει τα βασικά χαρακτηριστικά της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς (ΕΑΣ) (Baer και συν., 1968).

Συμπερασματικά, ο σκοπός της παρούσας έρευνας επιτεύχθηκε καθώς και οι τέσσερις συμμετέχοντες βελτιώθηκαν και στις τρεις κατηγορίες αντιδράσεων για τις οποίες έλαβαν εκπαίδευση. Ακόμα, επιτεύχθηκε η βελτίωση των δεξιοτήτων που σχετίζονται με την προσωπική υγιεινή, την ικανότητα της αυτοϊκανοποίησης και τη μείωση ή την απόσβεση της ακατάλληλης συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα. Συγκεκριμένα, επιτεύχθηκαν τα ακόλουθα αποτελέσματα: α) πρόσκτηση σημαντικών γνώσεων σχετικά με την εφηβεία και τη σεξουαλικότητα· β) εκμάθηση των βημάτων που διευκολύνουν την επίτευξη της αυτοϊκανοποίησης με λειτουργικό και ασφαλή τρόπο· γ) γενίκευση των αποκτηθέντων γνώσεων σε νέο θεραπευτή και δ) διατήρηση των νέων δεξιοτήτων 3 εβδομάδες μετά τη λήξη της θεραπείας.

## 9.2. Πειραματικό κριτήριο

Η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης αξιολογήθηκε με βάση τους ατομικούς πειραματικούς σχεδιασμούς με πολλαπλές γραμμές βάσης ανά κατηγορία αντιδράσεων (multiple baseline experimental design across response categories/ behaviors) (Kazdin, 2011), με σκοπό να καταδειχθεί ότι με την εισαγωγή της παρέμβασης, θα επιτευχθούν οι στόχοι της παρέμβασης. Για να αναδειχθεί η αιτιώδης σχέση μεταξύ ανεξάρτητης και εξαρτημένης μεταβλητής, πραγματοποιήθηκε σύγκριση των δεδομένων γραμμής βάσης με αυτά που προέκυψαν κατά την παρέμβαση.

### 9.2.1. Ευρήματα από τη Γραμμή Βάσης

Από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της γραμμής βάσης, και οι τέσσερις συμμετέχοντες έδειξαν ότι είχαν πολύ περιορισμένες γνώσεις σε βασικές πληροφορίες που αφορούν την εφηβεία και τη σεξουαλικότητα. Η συγκεκριμένη διαπίστωση συνάδει με τα ευρήματα προγενέστερων μελετών τα οποία έδειξαν πως τα παιδιά με ΔΑΦ είχαν λιγότερες γνώσεις σχετικά με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση (Stokes & Kaur, 2005). Όπως δείχνει η σχετική βιβλιογραφία, ακόμη και αν τα άτομα με ΔΑΦ δείχνουν ενδιαφέρον για τη σεξουαλικότητα, συχνά λαμβάνουν λιγότερη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ή τουλάχιστον λιγότερη εκπαίδευση που να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες τους (Gilmour και συν., 2012· Matson & Shoemaker, 2009). Σήμερα, τα προγράμματα σεξουαλικής εκπαίδευσης που είναι ειδικά σχεδιασμένα για τα άτομα με ΔΑΦ, έχουν γίνει πιο διαθέσιμα και φαίνεται να είναι αποτελεσματικά στην πρόσκτηση γνώσεων που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα στα παιδιά και τους εφήβους (Turner, Briken & Schöttle, 2017). Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ευθυγραμμίζονται με προγενέστερες μελέτες που ανέδειξαν τα οφέλη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης σε έφηβους με ΔΑΦ (Turner, Briken & Schöttle, 2017).

### 9.2.2. Πρώτη Κατηγορία αντιδράσεων: Μέρη Του Σώματος Και Εφηβικές Αλλαγές

Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν εκπαίδευση και βελτιώθηκαν στην πρώτη κατηγορία αντιδράσεων καθώς απόκτησαν σημαντικές γνώσεις σχετικά με την εφηβεία και τη σεξουαλικότητα. Σε αυτή την κατηγορία αντιδράσεων περιλαμβάνονταν οι υποκατηγορίες: 1) Ιδιωτικά Μέρη Του Σώματος, 2) Το Γεννητικό Σύστημα Του Άνδρα, 3) Πότε Κάποιος Μπορεί Να Σε Δει Γυμνό, 4) Σωματικές Αλλαγές Στην Εφηβεία- Αγόρι, 5) Σωματικές Αλλαγές Στην Εφηβεία- Κορίτσι, 6) Η Στύση, 7) Η Εκσπερμάτωση- Σπέρμα, 8) Υγρά Όνειρα/Ονείρωξη, 9) Αναζήτηση Ενημέρωσης Από Τον Πατέρα Σχετικά Με Τις Εφηβικές Αλλαγές και 10) Υγιεινή των Γεννητικών Οργάνων.

Στην πρώτη κατηγορία, δόθηκαν ελάχιστες σωστές απαντήσεις και οι γνώσεις τους ανά κατηγορία δεν ήταν κοινές. Οι συμμετέχοντες δε δυσκολεύτηκαν να κατανοήσουν και να μάθουν τις πληροφορίες που αφορούσαν την εφηβεία και τη σεξουαλικότητα, με εξαίρεση τον *πρώτο συμμετέχοντα,* ο οποίος δυσκολεύτηκε να κατανοήσει και να μάθει τις πληροφορίες που αφορούσαν τα **υγρά όνειρα/ την ονείρωξη** και το **πότε κάποιος μπορεί να τον δει γυμνό**. Σε αυτές τις υποκατηγορίες δυσκολεύτηκε στην κατανόηση των εννοιών. Το γεγονός αυτό μπορεί πιθανώς να αποδοθεί στο σχετικά χαμηλό επίπεδο της νοητικής του ανάπτυξης (ελαφρά νοητική υστέρηση). Ακόμα, ο *τρίτος συμμετέχοντας,* αν και δε δυσκολεύτηκε να μάθει τις απαραίτητες πληροφορίες σε καμία υποκατηγορία, ο μέσος όρος του ποσοστού κατοχής γνώσης του μετά την παρέμβαση ήταν σχετικά χαμηλός (65.39%), το οποίο οφείλεται στην άρνηση του να απαντήσει στις ερωτήσεις του θεραπευτή σε κάποιες συνεδρίες και όχι στην έλλειψη γνώσεων.

### 9.2.3. Δεύτερη Κατηγορία αντιδράσεων: Γνώσεις Για Την Αποφυγή Προβληματικής Συμπεριφοράς Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση

Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν εκπαίδευση και βελτιώθηκαν στην δεύτερη κατηγορία αντιδράσεων. Απόκτησαν σημαντικές γνώσεις σχετικά με την

προβληματική συμπεριφορά κατά την αυτοϊκανοποίηση. Σε αυτή την κατηγορία αντιδράσεων περιλαμβάνονταν οι υποκατηγορίες: 1) Προβληματική Αυτοϊκανοποίηση, 2) Προβληματική Συμπεριφορά Σχετικά Με Την Αυτοϊκανοποίηση και 3) Τραυματισμοί Από Τον Αυνανισμό.

Στην δεύτερη κατηγορία δόθηκαν ελάχιστες σωστές απαντήσεις και οι γνώσεις τους ανά κατηγορία δεν ήταν κοινές. Οι συμμετέχοντες δε δυσκολεύτηκαν να κατανοήσουν και να μάθουν τις πληροφορίες που αφορούσαν την Προβληματική Συμπεριφορά Κατά Την Αυτοϊκανοποίηση, με εξαίρεση τον *πρώτο συμμετέχοντα,* ο οποίος δυσκολεύτηκε να μάθει τις πληροφορίες που αφορούσαν την π**ροβληματική συμπεριφορά που σχετίζεται με την αυτοϊκανοποίηση** και συγκεκριμένα, τα θέματα της προσωπικής υγιεινής (καθαρισμός γεννητικών οργάνων και πλύσιμο χεριών). Το γεγονός αυτό μπορεί πιθανώς να αποδοθεί στο σχετικά χαμηλό επίπεδο της νοητικής του ανάπτυξης (ελαφρά νοητική υστέρηση).

### 9.2.4. Τρίτη Κατηγορία αντιδράσεων: Βασικές Αρχές Για Τον Αυνανισμό Και Την Επίτευξη Αυτοϊκανοποίησης

Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν εκπαίδευση και βελτιώθηκαν στην τρίτη κατηγορία αντιδράσεων. Απόκτησαν σημαντικές γνώσεις σχετικά με τον αυνανισμό και την επίτευξη αυτοϊκανοποίησης καθώς και την εκμάθηση αρκετών βημάτων που διευκολύνουν την επίτευξη της αυτοϊκανοποίησης με λειτουργικό και ασφαλή τρόπο. Σε αυτή την κατηγορία αντιδράσεων περιλαμβάνονταν οι υποκατηγορίες: 1) Τα Βήματα Που Πρέπει Να Ακολουθηθούν Για Την Λειτουργική Αυτοϊκανοποίηση, 2) Ιδιωτικότητα και Αυτοϊκανοποίηση, 3) Εκπαίδευση Στην Χρήση Λιπαντικών, 4) Αναζήτηση Ενημέρωσης Από Τον Πατέρα Σχετικά Με Την Αυτοϊκανοποίηση και 5) Υγιεινή Και Αυτοϊκανοποίηση.

Στην τελευταία κατηγορία αντιδράσεων, οι συμμετέχοντες δε δυσκολεύτηκαν να κατανοήσουν και να μάθουν τις πληροφορίες που αφορούσαν τον αυνανισμό και την επίτευξη αυτοϊκανοποίησης, με εξαίρεση τον *πρώτο συμμετέχοντα* που δυσκολεύτηκε να μάθει **τα τελικά βήματα της αυτοϊκανοποίησης**, **την χρήση λιπαντικού και την υγιεινή μετά την αυτοϊκανοποίηση**.

Το γεγονός ότι όλοι οι συμμετέχοντες, μετά την παρέμβαση, βελτιώθηκαν και στις τρεις κατηγορίες αντιδράσεων, άμεσα και χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες, συνάδει με τα ευρήματα από αρκετές έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία και επισημαίνει ότι τα άτομα με ΔΑΦ δείχνουν ενδιαφέρον για τη σεξουαλικότητα, είναι δεκτικοί στη σεξουαλική εκπαίδευση και μπορούν να μάθουν και να βελτιώσουν την σεξουαλική τους ζωή και υγεία (π.χ. Byers και συν., 2013· Haracopos & Pedersen, 1992· Hellemans και συν., 2007· Hénault, 2006· Ousley & Mesibov, 1991· Pecora και συν., 2016). Η εκπαίδευση και η επικοινωνία που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα είναι σημαντική για τα άτομα με ΔΑΦ, όπως και για τους συνομηλίκους τους. Η έγκαιρη εκπαίδευση που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα μπορεί να προετοιμάσει τους εφήβους με ΔΑΦ για να κατανοήσουν τη σεξουαλική τους ανάπτυξη και να ενισχύσουν τη θετική τους στάση για μια ικανοποιητική σεξουαλική ζωή (Dewinter και συν., 2015).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επεκτείνουν την υπάρχουσα έρευνα στα σεξουαλικά προγράμματα εκπαίδευσης που σχετίζονται με την εφηβεία, την υγιεινή και τη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων με ΔΑΦ. Η σεξουαλική συμπεριφορά ενός εφήβου με ΔΑΦ μπορεί να αποτελέσει πρόκληση για τους γονείς του. Ωστόσο, όταν οι γονείς λαμβάνουν σωστή εκπαίδευση για το πώς να διδάσκουν τη σεξουαλική συμπεριφορά των παιδιών τους, συστηματικά, η συνολική επικοινωνία γονέα-παιδιού μπορεί να βελτιωθεί. Επιπλέον, η απόκτηση της κατάλληλης σεξουαλικής συμπεριφοράς μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της προβληματικής συμπεριφοράς και στην πρόληψη της σεξουαλικής εκμετάλλευσης παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.

Συνεπώς, σεξουαλική εκπαίδευση χρειάζονται τα άτομα με ΔΑΦ όπως και τα άτομα που τα φροντίζουν, σχετικά με τις σωματικές αλλαγές που επέρχονται με την εφηβεία. Η εκπαίδευση αυτή χρειάζεται να συμβεί λίγο πριν ή κατά την έναρξη της εφηβείας, ανάλογα με τις ανάγκες και το επίπεδο κατανόησης του ατόμου. Εκπαιδεύοντας τους ανθρώπους που φροντίζουν τα άτομα με ΔΑΦ σε θέματα εφηβείας και σεξουαλικότητας, τους βοηθάει, αφού τους ανακουφίζει από την αγωνία και το άγχος που προκαλείται από την παραπληροφόρηση ή την απουσία αυτών των πληροφοριών (Koller, 2000). Στην πλειοψηφία των ατόμων με ΔΑΦ, η εκδήλωση της σεξουαλικής συμπεριφοράς είναι κυρίως σε ατομικό επίπεδο με τη μορφή της αυτοϊκανοποίησης (Byers και συν., 2013· Haracopos & Pedersen, 1992· Hellemans και συν., 2007· Ousley & Mesibov, 1991· Pecora και συν., 2016).

### 9.2.5. Ανεκδοτολογικές Αναφορές

Δεδομένα συλλέχθηκαν για δύο ακόμα κατηγορίες μεταβλητών που αφορούσαν τις δεξιότητες που σχετίζονται με την αυτοϊκανοποίηση και τις προβληματικές μορφές σεξουαλικής συμπεριφοράς. Στην πρώτη κατηγορία, *Προαπαιτούμενα Για Την Αυτοϊκανοποίηση,* εντάχθηκαν οι δεξιότητες που σχετίζονταν με την αυτοϊκανοποίηση ενώ η δεύτερη κατηγορία αφορούσε την *Προβληματική Συμπεριφορά*. Για τις δύο αυτές μεταβλητές οι καταγραφές έγιναν αποκλειστικά από τον πατέρα, χωρίς να γίνεται χρήση βιντεοκάμερας και χωρίς τον έλεγχο της αξιοπιστίας των μετρήσεων από δεύτερο παρατηρητή, προκειμένου να προστατευτεί η ιδιωτικότητα του συμμετέχοντα. Συνεπώς, οι καταγραφές αυτές αντιμετωπίζονται ως ανεκδοτολογικές αναφορές.

Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης στα θέματα της αυτοϊκανοποίησης χρησιμοποιήθηκε ένα σύντομο βίντεο (αυτοϊκανοποίηση) ως πρότυπο προς μίμηση (video model) καθώς και ανάλυση έργου (task analysis) για την εκμάθηση των ασφαλών βημάτων επίτευξης αυτοϊκανοποίησης. Όλοι οι συμμετέχοντες βοηθήθηκαν από τις παραπάνω διαδικασίες και εξέφρασαν ότι ήταν πολύ βοηθητικές για να καταλάβουν τι πρέπει να κάνουν.

Τα άτομα με αναπτυξιακές διαταραχές αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα όταν εκδηλώνουν σεξουαλική συμπεριφορά μέσω αυνανισμού. Οι δυσκολίες αυτές συχνά παρουσιάζονται ως εκδηλώσεις ακατάλληλης συμπεριφοράς, όπως αυνανισμός σε δημόσιο χώρο, αλλά και το φαινόμενο του αναποτελεσματικού αυνανισμού, όπως η αδυναμία επίτευξης οργασμού, είναι αρκετά συχνό και χρειάζεται εξ ίσου την προσοχή των γονέων και των θεραπευτών (Cicero, 2018). Μεγάλο μέρος της ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς των ανθρώπων με ΔΑΦ μπορεί να οφείλεται στον αναποτελεσματικό αυνανισμό (Fegan και συν., 1993). Οι αναποτελεσματικές μέθοδοι αυνανισμού μπορούν να οδηγήσουν τα άτομα που προσπαθούν να αυτοϊκανοποιηθούν, σε αυνανισμό με υπερβολική διάρκεια χωρίς την επίτευξη οργασμού, με αποτέλεσμα την εκδήλωση άγχους και στρες, ακόμα και επιθετικής συμπεριφοράς. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έρχονται να επιβεβαιώσουν αρκετές έρευνες και μελέτες περιπτώσεων (π.χ. Cicero, 2018· Clay και συν., 2018· Davis και συν., 2016· Fegan και συν., 1993· Haracopos, 1995).

Όλοι οι συμμετέχοντες **μείωσαν την ακατάλληλη συμπεριφορά που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα, σε σημαντικό βαθμό,** και **βελτιώσαν την**

**ικανότητα σεξουαλικής αυτοϊκανοποίησης**. Κατανόησαν τα βήματα της αυτοϊκανοποίησης και έδειξαν ενδιαφέρον για την καινούρια διαδικασία. Ακόμα, εφάρμοσαν όλες τις προαπαιτούμενες διαδικασίες, όπως η τήρηση της ιδιωτικότητας και οι κανόνες υγιεινής. Τέλος, τα ευρήματα αυτά αποτελούν **μια πρώτη συσχέτιση της σεξουαλικής εκπαίδευσης και της περιστολής της προβληματικής συμπεριφοράς** στα άτομα με ΔΑΦ.

Στον πρώτο συμμετέχοντα, τον *Διονύση*, η εκδήλωση της προβληματικής συμπεριφοράς κατά την αυτοϊκανοποίηση (της τριβής), σύμφωνα με τις παρατηρήσεις του πατέρα του Διονύση, μειώθηκε σε μεγάλο βαθμό μόνο κατά τη διάρκεια των 3 τελευταίων συνεδριών παρέμβασης, η οποία δε διατηρήθηκε σε βάθος χρόνου μετά τη λήξη της θεραπείας. Είναι πιθανό ο Διονύσης να είχε διατηρήσει χαμηλά τα ποσοστά της ακατάλληλης συμπεριφοράς εάν η περίοδος εκπαίδευσης συνέχιζε για αρκετές συνεδρίες και μετά την επίτευξη των τελικών στόχων (overtraining). Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η προσωρινή μείωση της ακατάλληλης σεξουαλικής συμπεριφοράς συνοδεύτηκε από την υιοθέτηση των νεοαποκτηθέντων λειτουργικών και ασφαλών βημάτων που οδηγούν στην αυτοϊκανοποίηση. Παρόλο που ο Διονύσης έμαθε τα βήματα που οδηγούν στην λειτουργική και ασφαλή αυτοϊκανοποίηση, υποστήριξε ότι προτιμούσε να αυνανιστεί μέσω της τριβής στο κρεβάτι, μιμούμενος τη σεξουαλική επαφή, επειδή του έδινε περισσότερη ικανοποίηση σε σχέση με τα νεοαποκτηθέντα βήματα που οδηγούν στη αυτοϊκανοποίηση.

Μια παρατεταμένη περίοδος παρέμβασης-εκπαίδευσης της επιθυμητής σεξουαλικής συμπεριφοράς, ακόμη και μετά την επίτευξη των προς-διδασκαλία στόχων, μπορεί να είναι απαραίτητη προκειμένου να αντικατασταθεί η ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά με πιο κατάλληλη, για την επίτευξη αυτοϊκανοποίησης για μαθητές με ΔΑΦ και νοητική υστέρηση.

Για τον *Μανώλη*, η εκδήλωση της προβληματικής συμπεριφοράς, κατά την αυτοϊκανοποίηση (της τριβής), μειώθηκε σε μεγάλο βαθμό και διατηρήθηκε κατά τη διάρκεια των τριών εβδομάδων μετά το τέλος της παρέμβασης. Ο Μανώλης κατανόησε τα βήματα της αυτοϊκανοποίησης και έδειξε ενδιαφέρον στην καινούρια διαδικασία, κάνοντας τη μετάβαση στην αυτοϊκανοποίηση που αρμόζει περισσότερο στην ηλικία του. Ακόμα, εφάρμοσε όλες τις προαπαιτούμενες διαδικασίες όπως η τήρηση της ιδιωτικότητας και τους κανόνες υγιεινής.

Για τον τρίτο συμμετέχοντα, τον *Οδυσσέα*, στην προστασία της ιδιωτικής ζωής και της υγιεινής, η ανταπόκριση του Οδυσσέα ήταν χαμηλή πριν από την παρέμβαση. Από τις καταγραφές του πατέρα διαπιστώθηκε η **μη τήρηση των βασικών κανόνων υγιεινής**, δηλαδή η απουσία ή ο ελλιπής καθαρισμός των γεννητικών οργάνων του Οδυσσέα. Με την έναρξη της παρέμβασης και **με τη συμμετοχή του πατέρα, όπου αυτή χρειαζόταν**, ο Οδυσσέας είχε θεαματική αύξηση στις δεξιότητες που αφορούσαν τον τομέα της προσωπικής υγιεινής. Ακόμα, ο Οδυσσέας, πριν την εισαγωγή της παρέμβασης εκδήλωνε εμμονικά- στερεοτυπικά την ανάγκη για τηλεφωνική επικοινωνία με κορίτσια (συμμαθήτριες ή συγγενείς). Μετά την παρέμβαση αυτή η συμπεριφορά μειώθηκε θεαματικά και η μείωση διατηρήθηκε και μετά το πέρας της παρέμβασης.

Για τον *Χρήστο,* στην προστασία της ιδιωτικής ζωής και της υγιεινής, η ανταπόκριση του ήταν σχετικά υψηλή ακόμη και πριν από την παρέμβαση. Από τις καταγραφές του πατέρα διαπιστώθηκε ότι ο Χρήστος άγγιζε τα γεννητικά του όργανα σε δημόσιο χώρο και εκδήλωνε αυξημένη στερεοτυπία και άγχος πριν και μετά από την αυτοϊκανοποίηση, διότι δεν είχε κατακτήσει πλήρως τον μηχανισμό της αυτοϊκανοποίησης και δεν κατάφερνε να έχει οργασμό. Με την εισαγωγή της παρέμβασης και με την εκμάθηση των λειτουργικών και ασφαλών βημάτων που οδηγούν στην αυτοϊκανοποίηση και στην εκσπερμάτωση, ο Χρήστος, σύμφωνα με τις καταγραφές του πατέρα, κατάφερε να αποσβέσει την προβληματική συμπεριφορά μετά το πέρας της παρέμβασης και κατάφερε να την διατηρήσει σε βάθος χρόνου.

Η έρευνα για τη σεξουαλικότητα των ατόμων με ΔΑΦ έχει ιδιαίτερη σημασία λόγω του γεγονότος ότι, ενώ τα άτομα με ΔΑΦ έχουν σεξουαλικές συμπεριφορές, οι συμπεριφορές αυτές είναι συχνά ανάρμοστες (π.χ. Beddows & Brooks, 2016· Fernandes και συν., 2016· Hellemans και συν., 2007· Kolta & Rossi, 2018). Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έρχονται να επιβεβαιώσουν αρκετές έρευνες και μελέτες περιπτώσεων οι οποίες περιγράφουν σεξουαλικά προβλήματα και ειδικές σεξουαλικές συμπεριφορές σε άτομα με ΔΑΦ (π.χ. Baron-Cohen, 1988· Bleil Walters και συν., 2013· Chan & Saluja, 2011· Cooper και συν., 1993· Griffin-Shelley, 2010· Hellemans και συν., 2007· Kohn και συν., 1998· Milton και συν., 2002· Murrie και συν., 2002· Ray και συν., 2004· Silva και συν., 2002). Οι έρευνες αυτές δείχνουν ότι η σεξουαλικότητα μπορεί να είναι πηγή άγχους και προβλημάτων για τα άτομα με ΔΑΦ,

συμπεριλαμβάνοντας τις αποκλίνουσες πρακτικές αυνανισμού και αυτοϊκανοποίησης που μερικές φορές περιλαμβάνουν αυτό-ακρωτηριασμούς ή τη χρήση ασυνήθιστων αντικειμένων, τον υπερ- αυνανισμό (hyper-masturbation) προερχόμενο από τη δυσκολία επίτευξης οργασμού, τις ακατάλληλες συμπεριφορές (αυνανισμός, γδύσιμο) σε δημόσιες χώρους, τους παρενοχλητικούς τύπους συμπεριφοράς που παραβιάζουν τους κοινωνικούς κανόνες (ακατάλληλα αγγίγματα, θωπείες και τριβές, επιστολές με σεξουαλική υποκίνηση, σεξουαλικά τηλεφωνήματα, επίμονη βλεμματική επαφή, ηδονοβλεψία, λεκτική ηδονοβλεψία, δυσάρεστα σεξουαλικά σχόλια, καταδίωξη, σεξουαλικοποιημένος καλλωπισμός) και τις υψηλού κινδύνου σεξουαλικές πρακτικές (π.χ. Haracopos & Pedersen, 1992, 2004· Konstantareas & Lunsky, 1997· Ruble & Dalrymple, 1993· van Bourgondien και συν., 1997· van Son-Schoones & van Bilsen, 1995).

Τα αποτελέσματα των ερευνών εξακολουθούν να δείχνουν ότι τα παιδιά με αναπτυξιακές αναπηρίες συχνά χρειάζονται άμεση διδασκαλία για να μάθουν τις κατάλληλες και αποτελεσματικές τεχνικές αυνανισμού, αφού ο αυνανισμός είναι μια συμπεριφορά που απαιτεί μάθηση μέσω εμπειρίας και βιωματικής άσκησης (Hellemans και συν., 2010). Αν και δεν υπάρχουν επαρκείς έρευνες που να περιγράφουν εμπειρικές υποστηρικτικές παρεμβάσεις για την διδασκαλία του αυνανισμού, οι αρχές και οι τεχνικές της ΕΑΣ φαίνεται να είναι οι πλέον κατάλληλες για τη διαμόρφωση μιας συμπεριφοράς που οδηγεί σε επιτυχή αυνανισμό, αντί να γίνεται καταστολή της σεξουαλική επιθυμίας των ατόμων με ΔΑΦ (Beddows & Brooks, 2016).

Οι στρατηγικές παρέμβασης που βασίζονται στις αρχές της ΕΑΣ χρησιμοποιήθηκαν με επιτυχία για την αντιμετώπιση των προβληματικών συμπεριφορών και για την αύξηση της επικοινωνίας, της μάθησης και της κατάλληλης κοινωνικής συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΑΦ (National Autism Center, 2015· Rockville, 1999). Αυτές οι στρατηγικές παρέμβασης έχει αποδειχθεί ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην σεξουαλική εκπαίδευση (Wolfe και συν., 2009), ιδιαίτερα στη μείωση του αυνανισμού σε δημόσιο χώρο. Ενώ η αυτοϊκανοποίηση σαν συμπεριφορά δεν είναι προβληματική, θεωρείται ακατάλληλη όταν ασκείται σε δημόσιους χώρους, παρουσία άλλων, ή όταν η συχνότητά της συμπεριφοράς εμποδίζει άλλες σημαντικές δραστηριότητες (Hellemans και συν., 2007). Επομένως, αντί να γίνει καταστολή της συμπεριφοράς, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο άγχος ή επιθετικότητα, τα

άτομα με ΔΑΦ πρέπει να διδαχθούν τεχνικές για την επίτευξη κατάλληλων τρόπων και συνθηκών αυνανισμού, υπό την προϋπόθεση ότι οι τεχνικές δεν αντίκεινται στον νόμο, είναι κατάλληλες δεοντολογικά και αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου (Travers & Whitby, 2014).

Η πραγματοποίηση λειτουργικής αξιολόγησης πριν την παρέμβαση είναι σημαντική ώστε να εντοπιστούν, όχι μόνο τα προβλήματα συμπεριφοράς, αλλά και τα προγενόμενα και επακόλουθα που συνδέονται λειτουργικά με τα προβλήματα αυτά. Η λειτουργική αξιολόγηση πριν από τη θεραπεία, είναι ένα εξαιρετικά ευεργετικό εργαλείο της ΕΑΣ, το οποίο δεν έχει χρησιμοποιηθεί με μεγάλη συχνότητα από τους ερευνητές και τους θεραπευτές, όταν πρόκειται για τη θεραπεία αντιδράσεων σχετιζόμενων με τον αυνανισμό (Cicero, 2018). Εάν διαπιστωθεί ότι ο αναποτελεσματικός αυνανισμός είναι αποτέλεσμα έλλειψης των απαιτούμενων γνώσεων και δεξιοτήτων, οι αρχές της ΕΑΣ, συμπεριλαμβανομένης της διαφορικής ενίσχυσης, της κλιμακωτής διαμόρφωσης της συμπεριφοράς, της αλυσιδωτής αντίδρασης, της τμηματικής βοήθειας, της απόσβεσης και της επαναφοράς στο έργο, αποδεικνύονται αποτελεσματικές (Cicero, 2018). Η χρήση τεχνικών της ΕΑΣ, όπως οι κοινωνικές ιστορίες, η μίμηση προτύπου από βίντεο, η τμηματική βοήθεια μέσω οπτικών ερεθισμάτων και η ανάλυση έργου, έχουν προταθεί για τη διδασκαλία κοινωνικό-σεξουαλικής συμπεριφοράς σε παιδιά με ΔΑΦ, αλλά όχι γι' αυτή καθαυτή την πρόσκτηση δεξιοτήτων που οδηγούν σε σεξουαλική αυτοϊκανοποίηση (Tarnai & Wolfe, 2008· Wolfe και συν., 2009). Παρόλο που λίγες μελέτες έχουν παρουσιάσει μια λειτουργική ανάλυση των βημάτων που απαιτούνται για την επίτευξη αυτοϊκανοποίησης μέσω αυνανισμού, θεωρείται ότι η συγκεκριμένη συμπεριφορά είναι πιθανό να διατηρείται σε βάθος χρόνου, αφού πρώτα γίνει αντιληπτή, με αυτόματη ενίσχυση. Ως εκ τούτου, ο επιτυχής αυνανισμός παράγει άμεσα ενίσχυση με τη μορφή αισθητηριακών συνεπειών (Dozier και συν., 2011).

Τέλος, τα ευρήματα που προέκυψαν υπογραμμίζουν την ανάγκη για περαιτέρω και πιο εκτεταμένες έρευνες προκειμένου να σχεδιαστούν αξιόπιστες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις με σκοπό την αποκατάσταση της σεξουαλικής ελλειμματικότητας των ατόμων με ΔΑΦ.

### 9.2.6. Συμμετοχή των γονέων

Η πρόσφατη βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι η ενεργός συμμετοχή των γονέων είναι ζωτικής σημασίας για την εκπαίδευση των εφήβων με ΔΑΦ, σε θέματα που σχετίζονται με την εφηβεία και τη σεξουαλικότητα (Nichols & Blakeley-Smith, 2009). Οι γονείς πρέπει να είναι οι κύριοι παιδαγωγοί στα θέματα που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα των παιδιών τους (Sexuality Information and Education Council of the United States, 2012). Ο McCool (1995) τονίζει ότι οι γονείς είναι τα κατάλληλα πρόσωπα για να προάγουν την σεξουαλική αγωγή. Η ανοιχτή και σαφής επικοινωνία σχετικά με τη σεξουαλικότητα μεταξύ των εφήβων με ΔΑΦ και των γονέων τους, προσφέρει στους εφήβους την ευκαιρία να θέσουν ερωτήσεις και να επικοινωνήσουν τις δυσκολίες, που συναντούν, ή τις ανησυχίες τους.

Στην παρούσα μελέτη, **η συμμετοχή του πατέρα στην ερευνητική διαδικασία ήταν καθοριστικής σημασίας για την μείωση ή απόσβεση της συσχετιζόμενης-με-την- σεξουαλικότητα προβληματικής συμπεριφοράς των συμμετεχόντων**, ιδιαίτερα στην περίπτωση του τρίτου συμμετέχοντα, ο οποίος αντιμετώπισε θέματα ελλιπούς καθαρισμού των γεννητικών οργάνων και γενικότερα θέματα προσωπικής υγιεινής. Επιπλέον, οι καταγραφές που αφορούσαν τις δεξιότητες που σχετίζονταν με την Αυτοϊκανοποίηση και την Προβληματική Συμπεριφορά έγιναν αποκλειστικά από τον πατέρα των συμμετεχόντων, χωρίς να γίνεται χρήση βιντεοκάμερας και χωρίς έλεγχο της αξιοπιστίας των μετρήσεων από δεύτερο παρατηρητή, προκειμένου να προστατευτεί η ιδιωτικότητα των συμμετεχόντων. Ακόμα, η συμμετοχή του πατέρα των συμμετεχόντων ήταν πολύτιμη και αναγκαία για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής διαδικασίας. Επιπλέον, οι γονείς αξιολογήσαν την κοινωνική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

Στην ιδανική περίπτωση, η επικοινωνία για τα θέματα σεξουαλικότητας μεταξύ γονέα και παιδιού θα πρέπει να είναι μια συνεχής, αμφίδρομη διαδικασία που αρχίζει από την παιδική ηλικία και εκτείνεται στην εφηβεία και στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης (Holmes και συν., 2016). Οι γονείς αναμένεται να προσαρμόσουν τις συζητήσεις, που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα, στις αναπτυξιακές ανάγκες του παιδιού τους, επιλέγοντας ποια θέματα θα καλύψουν, σε ποια ηλικία θα τα συζητήσουν, πόση πληροφορία θα παράσχουν και διασφαλίζοντας ότι το παιδί τους μαθαίνει και είναι σε θέση να εφαρμόσει τις πληροφορίες που του μεταδίδουν.

## 9.3. Θεραπευτικό κριτήριο

### 9.3.1. Αξιοπιστία και Εσωτερική Εγκυρότητα της Έρευνας

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας ήταν αξιόπιστα, όπως προέκυψε από ενδελεχή έλεγχο αξιοπιστίας μεταξύ των παρατηρητών. Η αξιοπιστία επιτεύχθηκε στα δεδομένα όλων των συμμετεχόντων. Ο πειραματικός σχεδιασμός που εφαρμόστηκε επέτρεψε τον έλεγχο της επίδρασης της ανεξάρτητης μεταβλητής στην εξαρτημένη. Συνεπώς, τα ευρήματα της έρευνας κατέδειξαν με αξιοπιστία πως η τροποποίηση της συμπεριφοράς μπορεί να αποδοθεί στην παρέμβαση, και όχι σε παρασιτικές μεταβλητές. Στην παρούσα έρευνα ο πειραματικός έλεγχος ενισχύεται και από παραμέτρους που σχετίζονται με την επίδοση των συμμετεχόντων. Οι τέσσερις γραμμές βάσης που πραγματοποιήθηκαν ήταν επαρκείς για την ανάδειξη της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης, διότι: α) η επίδοση των συμμετεχόντων παρέμεινε σταθερή κατά τη γραμμή βάσης· β) η επίδραση της παρέμβασης στο ποσοστό κατοχής γνώσης ήταν σαφής και άμεση, και τέλος γ) οι τάσεις των δεδομένων της παρέμβασης ήταν ανοδικές, σε αντίθεση με τις τάσεις των δεδομένων της γραμμής βάσης, οι οποίες ήταν σταθερές ή καθοδικές (Kazdin, 2011).

Η Κοινωνική Εγκυρότητα των θεραπευτικών αποτελεσμάτων της παρέμβασης αξιολογήθηκε μέσω του ελέγχου της κοινωνικής σημαντικότητας των θεραπευτικών αποτελεσμάτων της παρέμβασης και της κοινωνικής αποδοχής της (Cooper και συν., 2007). Το γεγονός πως η συχνότητα των σωστών απαντήσεων του κάθε συμμετέχοντα που σχετίζονται με την εφηβεία και τη σεξουαλικότητα άρχισε να αυξάνεται ταυτόχρονα με την έναρξη της παρέμβασης, δηλαδή, όταν και μόνο όταν εισήχθη η ανεξάρτητη μεταβλητή, διασφαλίζει την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας. Ακόμα, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δεν μπορούν να αποδοθούν στην ωρίμαση των συμμετεχόντων ή σε άλλες παρασιτικές μεταβλητές διότι πραγματοποιήθηκε συνεχής αξιολόγηση της επίδοσης των συμμετεχόντων στην έρευνα, σε βάθος χρόνου. Η κοινωνική συμπεριφορά των συμμετεχόντων δεν παρουσίασε καμία βελτίωση στο χρονικό διάστημα πριν την έναρξη της παρέμβασης, δηλαδή, καμία βελτίωση δεν παρατηρήθηκε στις δεξιότητες που σχετίζονται με την προσωπική υγιεινή, στην ικανότητα της αυτοϊκανοποίησης και στη μείωση της ακατάλληλης συμπεριφοράς που

σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα πριν από την παρέμβαση. Ακόμα, η κοινωνική σημαντικότητα στις κατηγορίες αντιδράσεων που αποτελούσαν το στόχο της παρέμβασης διασφαλίστηκε, διότι, η επιλογή τους είχε ως βάση τις υποκειμενικές εκτιμήσεις των αναγκών των συμμετεχόντων, από άτομα πολύ οικία τους - τους γονείς και τους θεραπευτές τους (Cooper και συν., 2007· Kazdin, 2011).

## 9.4. Πρωτοτυπία της Παρούσας Έρευνας

*Συλλογή δεδομένων μέσω Άμεσης παρατήρησης συμμετεχόντων και όχι βάσει αναφορών των γονέων*. Στην παρούσα έρευνα το δείγμα αποτέλεσαν έφηβοι και νέοι ενήλικες με ΔΑΦ το οποίο συνιστά πρωτότυπη επιλογή, διότι από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας των τελευταίων δεκαετιών, προκύπτει ότι η πλειονότητα των ερευνητικών αποτελεσμάτων σχετικά με τη σεξουαλικότητα και την ΔΑΦ βασίζονται στη μελέτη ενηλίκων (Byers και συν., 2013· Gilmour και συν., 2012· Hénault & Attwood, 2006· Ousley & Mesibov, 1991). Ακόμα, τα δεδομένα της σεξουαλικής εκπαίδευσης συλλέχθηκαν μέσω άμεσης παρατήρησης των συμμετεχόντων και όχι από αναφορές των γονέων τους. Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, οι περισσότερες έρευνες βασίζονται σε δεδομένα που προκύπτουν από αναφορές γονέων ή φροντιστών, αν και οι περισσότεροι έφηβοι εμφανίζουν τις σεξουαλικές τους συμπεριφορές στις ιδιωτικές τους στιγμές και μπορεί να μην γίνουν εύκολα αντιληπτές από τους γονείς ή τους φροντιστές (Haracopos & Pedersen, 1992· Hellemans και συν., 2007· Stokes & Kaur, 2005· Stokes και συν., 2007). Η αξιοπιστία των δεδομένων με βάση παρατηρήσεις από άλλους είναι αμφισβητήσιμη και διάφοροι ερευνητές τόνισαν τη σημασία της συλλογή δεδομένων που βασίζεται σε άμεση παρατήρηση ατόμων με ΔΑΦ (Haracopos & Pedersen, 1992· Hellemans και συν., 2007). Στις λιγοστές έρευνες που συλλέχθηκαν δεδομένα που προέκυψαν από άμεση παρατήρηση των συμμετεχόντων, το δείγμα αποτελούταν αποκλειστικά από ενήλικες (Byers και συν., 2013· Gilmour και συν., 2012· Hénault & Attwood, 2006· Ousley & Mesibov, 1991).

*Σεξουαλική εκπαίδευση και η συσχέτιση με την περιστολή της προβληματικής συμπεριφοράς.* Δεδομένα συλλέχθηκαν για δύο ακόμα κατηγορίες μεταβλητών που

αφορούσαν τις δεξιότητες που σχετίζονταν με την αυτοϊκανοποίηση και τις προβληματικές μορφές σεξουαλικής συμπεριφοράς. Αν και γι' αυτές τις μεταβλητές οι καταγραφές αντιμετωπίζονται ως ανεκδοτολογικές αναφορές, διότι έγιναν αποκλειστικά από τον πατέρα, χωρίς να γίνεται χρήση βιντεοκάμερας και χωρίς τον έλεγχο της αξιοπιστίας των μετρήσεων από δεύτερο παρατηρητή, μεθοδολογία που επιλέγει με σκοπό την προστασία της ιδιωτικότητας των συμμετεχόντων, αποτελούν, όμως, μια πρώτη ένδειξη συσχέτιση της σεξουαλικής εκπαίδευσης και της περιστολής της προβληματικής συμπεριφοράς στα άτομα με ΔΑΦ. Στην διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν έρευνες που να επιχειρούν να συνδέσουν την σεξουαλική εκπαίδευση με την περιστολή της προβληματικής συμπεριφοράς.

Όλοι οι συμμετέχοντες μείωσαν την ακατάλληλη συμπεριφορά που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα, σε σημαντικό βαθμό και βελτιώσαν την ικανότητα σεξουαλικής αυτοϊκανοποίησης. Κατανόησαν τα βήματα της αυτοϊκανοποίησης και έδειξαν ενδιαφέρον στην καινούρια διαδικασία. Ακόμα, εφάρμοσαν όλες τις προαπαιτούμενες διαδικασίες όπως η τήρηση της ιδιωτικότητας και των κανόνων υγιεινής.

*Συμβολή του πατέρα στην εκπαίδευση.* Η ενεργή συμμετοχή των πατέρων των συμμετεχόντων στην ερευνητική διαδικασία αποτέλεσε βασικό κριτήριο επιλογής για τη συμμετοχή των εφήβων στην έρευνα, το οποίο αποτελεί πρωτότυπη επιλογή. Η συμμετοχή του πατέρα στην ερευνητική διαδικασία ήταν καθοριστικής σημασίας για την μείωση ή απόσβεση της συσχετιζόμενης-με-την-σεξουαλικότητα προβληματικής συμπεριφοράς των συμμετεχόντων. Ακόμα, η συμμετοχή του πατέρα των συμμετεχόντων ήταν πολύτιμη και αναγκαία για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής διαδικασίας.

Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε μια επιμορφωτική συνεδρία με τον πατέρα του κάθε συμμετέχοντα ξεχωριστά, σε θέματα που αφορούσαν τους στόχους της έρευνας (θέματα εφηβείας, αυτοϊκανοποίηση, σεξουαλικότητα και υγιεινή), ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν σε τυχόν ερωτήσεις και απορίες των παιδιών τους ή, εφόσον χρειαζόταν, να καθοδηγήσουν τον κάθε συμμετέχοντα σε δεξιότητες υγιεινής και αυτοϊκανοποίησης. Επιπροσθέτως, τους χορηγήθηκε έντυπο υλικό με απαντήσεις σε βασικές ερωτήσεις που αφορούσαν τους στόχους της έρευνας, όπως και υλικό με τα βήματα σε δεξιότητες υγιεινής και αυτοϊκανοποίησης.

Στην διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν έρευνες που να εντάσσουν τον πατέρα στην εκπαιδευτική διαδικασία και να τον επιμορφώνουν ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στις ερωτήσεις και απορίες του παιδιού του. Οι ειδικοί συστήνουν ότι

οι γονείς πρέπει να είναι οι κύριοι παιδαγωγοί στα θέματα που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα των παιδιών τους (Sexuality Information and Education Council of the United States, 2012). Ο McCool (1995) τονίζει ότι οι γονείς είναι τα κατάλληλα πρόσωπα για να προάγουν την σεξουαλική αγωγή. Εάν, για οποιονδήποτε λόγο, οι γονείς δεν μπορούν να αναλάβουν αυτό το καθήκον, οι εκπαιδευτικοί ή οι θεραπευτές του παιδιού θα κληθούν να καλύψουν αυτό το ρόλο.

*Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς.* Η επιλογή της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς (ΕΑΣ), ως θεραπευτικής προσέγγισης για την υλοποίηση των στόχων της παρούσας έρευνας, θεωρείται πρωτότυπη. Μέσω της ΕΑΣ, η έρευνα εστίασε στην εξάλειψη των προβλημάτων σεξουαλικής συμπεριφοράς, όπως η μη λειτουργική αυτοϊκανοποίηση, η επιθετικότητα και το άγχος, που είναι ικανά να θέσουν σε κίνδυνο την ασφάλεια και την λειτουργική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΑΦ (Carr & Durand, 1985).

Η εν λόγω έρευνα στοχεύει να αποτελέσει ένα πρωτότυπο μοντέλο παρέμβασης, βασισμένο στις αρχές της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, σύμφωνα με το οποίο το παιδί με ΔΑΦ και η οικογένειά του θα αντιμετωπιστούν υπό το πρίσμα αυτής της προσέγγισης, τόσο για την αξιολόγηση όσο και για την αντιμετώπιση των αναγκών τους. Επιπλέον, υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των ερευνητών και των επαγγελματιών που ειδικεύονται στη ΔΑΦ ότι η εξάλειψη των προβλημάτων συμπεριφοράς είναι ένα σημαντικό πρώτο βήμα για την αποκατάσταση και την ένταξή τους στο κοινωνικό γίγνεσθαι (Carr & Durand, 1985).

*Ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο*. Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια πρωτότυπη έρευνα για το ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο, διότι η έρευνα για τη σεξουαλικότητα των ατόμων με ΔΑΦ δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο συστηματικής έρευνας στην Ελλάδα και εξελίσσεται με πολύ αργούς ρυθμούς. Την τελευταία δεκαετία έχει πραγματοποιηθεί μόνο μια έρευνα, η οποία εστιάζεται στις απόψεις και τις στάσεις των εκπαιδευτικών για τη σεξουαλικότητα των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (Kalyva, 2010). Η ανεπάρκεια των ερευνητικών δεδομένων, ως προς τη διερεύνηση του φαινομένου της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ, είναι προφανής, καθώς δεν υφίσταται μελέτη η οποία να εξετάζει συστηματικά τα θέματα της σεξουαλικότητας των ατόμων με ΔΑΦ στο ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο. Εκτός της προαναφερθείσας, από την ελληνική ερευνητική βιβλιογραφία απουσιάζει ο ερευνητικός προβληματισμός για τη διερεύνηση του φαινομένου και υπολείπεται η επαρκής επιστημονική γνώση, καθώς η κατανόηση της σεξουαλικότητας των ατόμων

με ΔΑΦ εμφανίζεται διαφοροποιημένη στα διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια στα οποία έχει μελετηθεί.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας επιλέγηκαν κάποιες πρακτικές, η αποτελεσματικότητα των οποίων έχει τεκμηριωθεί και από έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε χώρες του εξωτερικού (Hellemans και συν., 2007· 2010· Hénault, 2006· Hénault & Attwood, 2002· Koller, 2000). Με τη παρούσα έρευνα πραγματοποιείται μια σύνδεση με τα προϋπάρχοντα ερευνητικά ευρήματα από την διεθνή βιβλιογραφία, στον τομέα της σεξουαλικής εκπαίδευσης των παιδιών με ΔΑΦ.

## 9.5. Περιορισμοί και Προτάσεις Για Μελλοντική Έρευνα

*Εξωτερική Εγκυρότητα*

Εκτός από τα πλεονεκτήματά της, η παρούσα μελέτη έχει αρκετούς περιορισμούς. Ένας σημαντικός περιορισμός των ατομικών πειραματικών σχεδιασμών με πολλαπλές γραμμές βάσης ανά κατηγορία αντιδράσεων σχετίζεται με τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον υπό μελέτη πληθυσμό. Ο τρόπος επιλογής του δείγματος και το μέγεθος του, ο οποίος στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με συμπτωματική δειγματοληψία, δεν παρέχει τη δυνατότητα για γενίκευση των ευρημάτων της συγκεκριμένης έρευνας στο σύνολο του πληθυσμό των ατόμων με ΔΑΦ. Τα ευρήματα μπορούν να γενικευτούν μόνο σε άτομα με παρόμοια χαρακτηριστικά και ιδιότητες με εκείνες του δείγματος, δηλαδή, αγόρια εφηβικής ηλικίας και νέους ενήλικες με ΔΑΦ με τα χαρακτηριστικά λειτουργικότητας των συμμετεχόντων. Συνεπώς, η διερεύνηση της εξωτερικής εγκυρότητας προϋποθέτει τη συστηματική επανάληψη της έρευνας με τυχαίο και μεγαλύτερο δείγμα ατόμων με ΔΑΦ (π.χ. των συμμετεχόντων, του πλαισίου κ.ά.). Τέλος, ο Kazdin (2011) επισημαίνει ότι η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων των ατομικών πειραματικών σχεδιασμών στον πληθυσμό που μελετάται ισχυροποιείται, όταν, μέσω της οπτικής αξιολόγησης των δεδομένων, μπορούν να εντοπιστούν οι ισχυρές επιδράσεις της ανεξάρτητης μεταβλητής στη συμπεριφορά (Cooper και συν., 2007), όπως συμβαίνει στην παρούσα έρευνα.

Επιπλέον, δεδομένα συλλέχθηκαν για δύο ακόμα κατηγορίες μεταβλητών που αφορούσαν τις δεξιότητες που σχετίζονταν με την αυτοϊκανοποίηση και τις προβληματικές μορφές σεξουαλικής συμπεριφοράς. Λόγω της ευαίσθητης φύσης της εκδήλωσης των παραπάνω συμπεριφορών, η διδασκαλία των ασφαλών βημάτων της αυτοϊκανοποίησης και της τροποποίησης της προβληματικής συμπεριφοράς δεν μπορούσε να γίνει με άμεση διδασκαλία και παρέμβαση, για λόγους δεοντολογίας που προϋποθέτουν σεβασμό στην ιδιωτικότητα των συμμετεχόντων αλλά και για την προστασία τους κατά των κινδύνων της σεξουαλικής εκμετάλλευσης. Για τις δύο αυτές μεταβλητές, οι καταγραφές έγιναν αποκλειστικά από τον πατέρα, χωρίς να γίνεται χρήση βιντεοκάμερας και χωρίς έλεγχο της αξιοπιστίας των μετρήσεων από δεύτερο παρατηρητή, προκειμένου να προστατευτεί η ιδιωτικότητα του συμμετέχοντα. Συνεπώς, η αξιοπιστία αυτών των δεδομένων είναι περιορισμένη. Επιπλέον, τα ευρήματα απαιτούν περαιτέρω αναπαραγωγή με κορίτσια και νεαρές γυναίκες.

Οι παραπάνω περιορισμοί, αν και είναι συνήθεις στις έρευνες που σχετίζονται με θέματα σεξουαλικής εκπαίδευσης και σεξουαλικής προβληματικής συμπεριφοράς, δε θέτουν σε αμφισβήτηση την αξιοπιστία και εσωτερική εγκυρότητα της παρούσας έρευνας.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επεκτείνουν την υπάρχουσα έρευνα σε σεξουαλικά προγράμματα εκπαίδευσης σχετικά με την εφηβεία, την υγιεινή και τη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων με ΔΑΦ. Είναι γεγονός ότι η σεξουαλική συμπεριφορά ενός εφήβου με ΔΑΦ μπορεί να αποτελέσει πρόκληση για τους γονείς του αλλά και κοινωνική πρόκληση. Ωστόσο, όταν οι γονείς λαμβάνουν σωστή εκπαίδευση για το πώς να διδάσκουν σεξουαλική συμπεριφορά, με συστηματικότητα, η συνολική επικοινωνία γονέα-παιδιού στα καίρια αυτά ζητήματα μπορεί να βελτιωθεί. Επιπλέον, η απόκτηση της κατάλληλης σεξουαλικής συμπεριφοράς μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της προβληματικής συμπεριφοράς και στην πρόληψη της σεξουαλικής εκμετάλλευσης παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ


Abdalgadr, A.A.A. (2009). *Standardization of Raven's Standard Progressive Matrices Test for a Libyan sample*. PhD Thesis, University of Salford.

Adams, W. V., & Sheslow, D. V. (1985). A developmental perspective of adolescence. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Autism in adolescents and adults*, 11–36. New York: Plenum Press.

Alberto, P. A., & Troutman, A. C. (1999). *Applied behavior analysis for teachers.* Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall.

Allely, C. S., & Creaby-Attwood, A. (2016). Sexual offending and autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, 7(1), 35–51.

American Academy of Pediatrics (1996). Committee on children with disabilities: Sexuality education of children and adolescents with developmental disabilities. *Pediatrics*, *97*, 275-278.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders,* (5$^{th}$ *ed.), (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Andari, E., Duhamel, J. -R., Zalla, T., Herbrecht, E., Leboyer, M., & Sirigu, A. (2010). Promoting social behavior with oxytocin in high-functioning autism spectrum disorders. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107(9), 4389–4394. http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0910249107

Antonopoulou, K., & Tsitsas, G. (2011). The investigation of Greek mothers' parenting styles: Adaptation and standardization of the Parenting Styles & Dimensions Questionnaire (PSDQ). *Science of Education*, *2*, 51-60.

Arnold-Saritepe, A. M., Phillips, K. J., Mudford, O. C., De Rozario, K. A., & Taylor, S. A. (2010). Generalization and maintenance. In J. L. Matson (Ed.), *Applied behavior analysis for children with autism spectrum disorders* (pp. 207-224). New York: Springer.

Aston, M. (2012). Asperger syndrome in the bedroom. *Sexual and Relationship Therapy*, *27*(1), 73-79.

Attwood, T. (1998). *Asperger's Syndrome: A Guide for Parents and Professionals*. London: Jessica. Kingsley.

Attwood, A. (2006). *The complete guide to Asperger's syndrome*. Jessica Kingsley Publishers.

Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2008 Principal Investigators (2012). Prevalence of autism spectrum disorders–Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*, *61*(SS03), 1–19. Retrieved from https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6103a1.htm?s_cid=ss6103a1_w

Autism Genome Project Consortium. (2007). Mapping autism risk loci using genetic linkage and chromosomal rearrangements. *Nature Genetics 39*(3), 319-328.

Avery, D. R., Tonidandel, S., & Phillips, M. G. (2008). Similarity on sports sidelines: How mentor–protégé sex similarity affects mentoring. *Sex Roles*, *58*(1-2), 72-80.

Baer, D. M. (1977α). "Perhaps it would be better not to know everything". *Journal of Applied Behavior Analysis, 10*, 167-172.

Baer, D. M. (1977β). Reviewer's comment: Just because it's reliable doesn't mean that you can use it. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *10*, 117-119.

Baer, D., M., Wolf, M. M., & Risley, R. R. (1968). Some current dimensions in applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.

Bailey, A., Phillips, W., & Rutter, M. (1996). Autism: towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 37*(1), 89–126.

Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., & Charman, T. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: The Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet*, *368*(9531), 210-215.

Ballan, M. S. (2012). Parental perspectives of communication about sexuality in families of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *42*(5), 676-684.

Ballan, M. S., & Freyer, M. B. (2017). Autism spectrum disorder, adolescence, and sexuality education: Suggested interventions for mental health professionals. *Sexuality and Disability*, *35*(2), 261-273.

Barlow, D. H., & Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs: Strategies for studying behaviour change*. Boston: Allyn and Bacon.

Barmann, B. C., & Murray, W. J. (1981). Suppression of inappropriate sexual behavior by facial screening. *Behavior Therapy*, *12*(5), 730-735.

Baron-Cohen, S. (1988). An assessment of violence in a young man with Asperger's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 351–360.

Barry-Walsh, J. B, & Mullen, P. E. (2004). Forensic aspects of Asperger's Syndrome. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(1), 96–107.

Bauman, M. L., & Kemper, T. L. (2005). Neuroanatomic observations of the brain in autism: A review and future directions. *International Journal of Developmental Neuroscience*, *23*(1), 183-187.

Beddows, N., & Brooks, R. (2016). Inappropriate sexual behaviour in adolescents with autism spectrum disorder: what education is recommended and why. *Early intervention in Psychiatry*, *10*(4), 282-289.

Bejerot, S., & Eriksson, J. M. (2014). Sexuality and gender role in Autism Spectrum Disorder: A case control study. *Plos One*, 9(1), e87961.

Bender, M. P., Aitman, J. B., Biggs, S. J., & Haug, U. (1983). Initial findings concerning a sexual knowledge questionnaire. *Journal of the British Institute of Mental Handicap (APEX)*, *11*(4), 168-169.

Bernhard, L. (2002). Sexuality and Sexual Health Care for Women [Lifestyle Issuesin Women]. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 45(4), 1089-1098.

Bhattacharyya, G. (2008). *Σεξουαλικότητα και Κοινωνία*. Αθήνα: Εκδόσεις Σαββάλας.

Bibby, P., Eikeseth, S., Martin, N. T., Mudford, O. C., & Reeves, D. (2002). Progress and outcome for children with autism receiving parent-managed intensive interventions. *Research in Developmental Disabilities*, 23, 81-104.

Bijl, R. V., Ravelli, A., & Van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 33(12), 587–595.

Billstedt, E., Gillberg, I. C., & Gillberg, C. (2011). Aspects of quality of life in adults diagnosed with autism in childhood: A population-based study. *Autism*, *15*(1), 7-20.

Bleil Walters, J., Hughes, T. L., Sutton, L. R., Marshall, S. N., Crothers, L. M., Lehman, C., et al. (2013). Maltreatment and depression in adolescent sexual offenders with an autism spectrum disorder. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(1), 72–89.

Blumer, D., & Migeon, C. (1975). Hormone and hormonal agents in the treatment of aggression. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

Brossart, D. F., Parker, R. I., Olson, E. A., & Mahadevan, L. (2006). The relationship between visual analysis and five statistical analyses in a simple AB single-case research design. *Behavior Modification*, *30*, 531-563.

Brown, R. D. (1997). *The Individual with Intellectual Disabilities and Sex Education: Perspectives of Involved Adults*.

Brown-Lavoie, S. M., Viecili, M. A., & Weiss, J. A. (2014). Sexual knowledge and victimization in adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*(9), 2185-2196.

Browning, A., & Caulfield, L. (2011). The prevalence and treatment of people with Asperger's syndrome in the criminal justice system. *Criminology and Criminal Justice*, 11(2), 165–180. http://dx.doi.org/10.1177/1748895811398455

Byers, E. S., Nichols, S., & Voyer, S. D. (2013). Challenging stereotypes: Sexual functioning of single adults with high functioning autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, *43*(11), 2617-2627.

Byers, E. S., Nichols, S., Voyer, S. D., & Reilly, G. (2013). Sexual well-being of a community sample of high-functioning adults on the autism spectrum who have been in a romantic relationship. *Autism*, *17*(4), 418-433.

Campbell, M. (1996). The treatment of autistic disorder. *J' Am Acad Child Adolescent Psychiatry 35*(2), 134-143. Στο Β. Παπαγεωργίου, *Η συνεργασία με τους γονείς*, Σ. Νότας (Επιμ.), *Το φάσμα του αυτισμού: Συνεργασία-σύγκλιση οικογένειας και επαγγελματιών* (σελ.21-44). Τρίκαλα: Εκδόσεις «έλλα».

Campbell, M., & Shay, J. (1995). Pervasive developmental disorders. In: H. I. Kaplan, B.J. Sadock (eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV, Vol 2*. (pp. 2277-2293). Baltimore: William & Wilkins.

Cappadocia, M. C., Weiss, J. A., & Pepler, D. (2012). Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, *42*(2), 266-277.

Carey, B. (2012). *A Tense Compromise on Defining Disorders*. http://www.nytimes.com/2012/12/11/health/a-compromise-on-defining-and-diagnosing-mental-disorders.html?pagewanted=all.

Carlson, G., Taylor, M., & Wilson, J. (2000). Sterilization, drugs which suppress sexual drive, and young men who have intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *25*(2), 91-104.

Carr, E. G., & Durand, V. M. (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *18*(2), 111-126.

Carter, S. (2009). Bullying of students with Asperger syndrome. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, *32*(3), 145-154.

Caruso, S. M., Baum, R. B., Hopkins, D., Lauer, M., Russell, S., Meranto, E., & Stisser, K. (1997). The development of a regional association to address the sexuality needs of individuals with disabilities. *Sexuality and Disability*, *15* (4), 285–291.

Chan, J., & John, R. M. (2012). Sexuality and sexual health in children and adolescents with autism. *The Journal for Nurse Practitioners*, *8*(4), 306-315.

Chan, L. G., & Saluja, B. (2011). Sexual offending and improvement in autistic characteristics after acquired brain injury: A case report. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 902–903.

Charman, T. (2008). Autism spectrum disorders. *Psychiatry*, *7*(8), 331–334.

Christie, D., & Viner, R. (2005). Adolescent development. *Bmj*, *330*(7486), 301-304.

Cicero, F. R. (2018). Shaping Effective Masturbation in Persons with Developmental Disabilities: A Review of the Literature. *Sexuality and Disability*, 1-18.

Clay, C. J., Bloom, S. E., & Lambert, J. M. (2018). Behavioral interventions for inappropriate sexual behavior in individuals with developmental disabilities and acquired brain injury: a review. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, *123*(3), 254-282.

Clements, J., & Zarkowska, E. (2000). *Behavioural concerns and autistic spectrum disorders: explorations and strategies for change*. Jessica Kingsley Publishers.

Cook, J. W., Altman, K., Shaw, J., & Blaylock, M. (1978). Use of contingent lemon juice to eliminate public masturbation by a severely retarded boy. *Behaviour Research and Therapy*, *16*(2), 131-134.

Cooper, A., Boies, S., Maheu, M., & Greenfield, D. (2000). Sexuality and the Internet: The next sexual revolution. In L. Szuchman, & F. Muscarella (Eds.), *Psychological perspectives on human sexuality* (pp. 519–545). New York: Wiley. doi.org/10.1080/10720160490902630

Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied behavior analysis*. New Jersey: Pearson Merrill Prentice Hall.

Cooper, S., Mohamed, W. N., & Collacott, R. A. (1993). Possible Asperger's syndrome in a mentally handicapped transvestite offender. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 189–194.

Creaby-Attwood, A., & Allely, C. S. (2017). A psycho-legal perspective on sexual offending in individuals with Autism Spectrum Disorder. *International journal of law and psychiatry*, *55*, 72-80.

Cridland, E. K., Jones, S. C., Caputi, P., & Magee, C. A. (2014). Being a girl in a boys' world: Investigating the experiences of girls with autism spectrum disorders during adolescence. *Journal of autism and developmental disorders, 44*(6), 1261-1274.

Dalldorf, J. S. (1985). Medical needs of the autistic adolescent. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Autism in adolescents and adults,* 149–168. New York: Plenum Press.

Davey, A., Bouman, W. P., Arcelus, J., & Meyer, C. (2014). Social support and psychological well-being in gender dysphoria: A comparison of patients with matched controls. *The Journal of Sexual Medicine, 11*(12), 2976–2985.

Davis, T. N., Machalicek, W., Scalzo, R., Kobylecky, A., Campbell, V., Pinkelman, S., ... & Sigafoos, J. (2016). A review and treatment selection model for individuals with developmental disabilities who engage in inappropriate sexual behavior. *Behavior analysis in practice, 9*(4), 389-402.

Dekker, L. P., van der Vegt, E. J., van der Ende, J., Tick, N., Louwerse, A., Maras, A., ... & Greaves-Lord, K. (2017). Psychosexual functioning of cognitively-able adolescents with autism spectrum disorder compared to typically developing peers: the development and testing of the teen transition inventory-a self-and parent report questionnaire on psychosexual functioning. *Journal of autism and developmental disorders, 47*(6), 1716-1738.

DeMyer, M. K. (1979). *Parents and children in autism.* New York: Wiley.

de Graaf H., Kruijer H., van Acker J., & Meijer S. (2012). *Seks onder je 25e: seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012* (Sex under the age of 25: sexual health among youth in The Netherlands in 2012). Utrecht: Eburon.

De Vries, A. C., Noens, I. J., Cohen-Kettenis, P., van Berckelaer- Onnes, I., & Doreleijers, T. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*(8), 930–936. https ://doi.org/10.1007/s1080 3-010-0935-9

Dewinter, J., Van Parys, H., Vermeiren, R., & Van Nieuwenhuizen, C. (2017). Adolescent boys with an autism spectrum disorder and their experience of sexuality: An interpretative phenomenological analysis. *Autism, 21*(1), 75-82.

Dewinter, J., Vermeiren, R., Vanwesenbeeck, I., Lobbestael, J., & Van Nieuwenhuizen, C. (2015). Sexuality in adolescent boys with autism spectrum disorder: Self-reported behaviours and attitudes. *Journal of autism and developmental disorders*, *45*(3), 731-741.

Dewinter, J., Vermeiren, R., Vanwesenbeeck, I., & van Nieuwenhuizen, C. (2013). Autism and normative sexual development: A narrative review. *Journal of Clinical Nursing*, *22*(23-24), 3467-3483.

Dewinter, J., Vermeiren, R. R. J. M., Vanwesenbeeck, I., & Van Nieuwenhuizen, C. (2016). Adolescent boys with autism spectrum disorder growing up: follow-up of self-reported sexual experience. *European child & adolescent psychiatry*, *25*(9), 969-978.

Διαμαντόπουλος, Ε. (2012). *Σημειώσεις Στατιστικής*. Ξάνθη. http://users.sch.gr/epdiaman/images/stories/ergasies/biblia/statistics_with_calc_and_R_project.pdf.

Diamond, L. M., & Savin-Williams, R. C. (2009). Adolescent sexuality. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology, volume 1: Individual bases of adolescent development* (3rd ed.), (pp. 479–523). Hoboken, NJ: Wiley.

DiIorio, C., Kelley, M., & Hockenberry-Eaton, M. (1999). Communication about sexual issues: mothers, fathers, and friends. *Journal of Adolescent Health*, 24, 181–189.

DiIorio, C., Resnicow, K., Dudley, W. N., Thomas, S., Terry Wang, D., Van Marter, D. F., ... & Lipana, J. (2000). Social cognitive factors associated with mother-adolescent communication about sex. *Journal of health communication*, *5*(1), 41-51.

Dozier, C. L., Iwata, B. A., & Worsdell, A. S. (2011). Assessment and treatment of foot-shoe fetish displayed by a man with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *44*, 133-137. doi:10.1901/jaba.2011.44-133

Elgar, S. (1985). Sex education and sexual awareness building for autistic children and youth: Some viewpoints and considerations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *15*, 214-216.

Esmail, S., Esmail, Y., & Murno, B. (2002). Sexuality and Disability: The Role of Health Care Professionals in Providing Options and Alternatives for Couples. *Sexuality and Disability*, 19(4), 267-282.

Eyberg, S., & Pincus, D. (1999). ECBI & SESBI-R: Eyberg Child Behavior Inventory & Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised: Professional Manual. *Psychological Assessment Resources*. Odessa, FL.

Faherty, C. (2003). *Τι σημαίνει για μένα.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Fegan, L., Rauch, A., & McCarthy, W. (1993). *Sexuality and people with intellectual disability*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Feis, Y. F. (2010). Raven's progressive Matrices. In C. S. Clauss-Ehlers (Ed.), *Encyclopedia of Cross-Cultural School Psychology* (pp. 787). New York: Springer Science & Business Media.

Feldmann, J., & Middleman, A. B. (2002). Adolescent sexuality and sexual behavior. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, *14*(5), 489-493.

Fernandes, L. C., Gillberg, C. I., Cederlund, M., Hagberg, B., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2016). Aspects of sexuality in adolescents and adults diagnosed with autism spectrum disorders in childhood. *Journal of autism and developmental disorders*, *46*(9), 3155-3165.

Fiedler, P. (2004). *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung.* Weinheim, Basel: Julius Beltz Verlag.

Fisher, W. W., Thompson, R. H., Hagopian, L. P., Bowman, L. G., & Krug, A. (2000). Facilitating tolerance of delayed reinforcement during functional communication training. *Behavior Modification*, *24*(1), 3-29.

Fortenberry, J. D. (2013). Puberty and adolescent sexuality. *Hormones and behavior*, *64*(2), 280-287.

Φουκό, Μ. (1978). *Η ιστορία της σεξουαλικότητας. Η δίψα της γνώσης.* Αθήνα: Εκδόσεις Ράππα.

Fouse, B., & Wheeler, M. (1997). *A treasure chest of behavioral strategies for individuals with autism.* Arlington, TX: Future Horizons, Inc.

Foxx, R. M., & Azrin, N. H. (1973). The elimination of autistic self-stimulatory behavior by overcorrection. *Journal of applied behavior analysis*, *6*(1), 1-14.

Franić, T., & Ujević Franić, I. (2011). Infantile masturbation-exclusion of severe diagnosis does not exclude parental distress-case report. *Psychiatria Danubina*, *23*(4.), 398-399.

Freckelton, I., & List, D. (2009). Asperger's disorder, criminal responsibility and criminal culpability. *Psychiatry, Psychology and Law*, *16*(1), 16-40.

Fujikawa, Y., Umeshita, S., & Mutura, H. (2002). Sexual crimes committed by adolescents with Asperger's disorder: Problems of management by the viewpoint of probation officers at a family court. *Japanese Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 280–289.

Gabriels, R., & Van Bourgondien, M. (2007). Sexuality and Autism. In Gabriels, R. L., & D. E. Hill (eds.), *Growing up with Autism* (pp. 58–72). Guilford Press, New York.

Γαλάνης, Π. (2009). *Εκπαίδευση παιδιών με αυτισμό στην αυτοδιαχείριση: Μια συμπεριφοριοαναλυτική παρέμβαση για την ένταξή τους στο σχολείο* (Διδακτορική διατριβή). Ανακτήθηκε από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/24403#page/1/mode/2up.

Gantman, A., Kapp, S. K., Orenski, K., & Laugeson, E. A. (2012). Social skills training for young adults with high-functioning autism spectrum disorders: A randomized controlled pilot study. *Journal of autism and developmental disorders*, *42*(6), 1094-1103.

Γενά, Α. (2002). *Αυτισμός και Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές*. Εκδ. ιδίας. Αθήνα.

Γενά, Α. (2007). *Θεωρία και πράξη της ανάλυσης της συμπεριφοράς*. Αθήνα: Gutenberg.

Γενά, Α. (2017). (επιμ. Εκδ.) *Συστημική, Συμπεριφορική-Αναλυτική Προσέγγιση.* Αθήνα: Gutenberg.

Γενά, Α., & Γαλάνης, Π. (2007). Εφαρμογές της ανάλυσης της συμπεριφοράς στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση του αυτισμού. *Εγκέφαλος, 44* (2).

Γενά, Α., & Γαλάνης, Π. (2017). Βασικές αρχές, προγραμματικές συνθήκες και μέθοδοι εκπαίδευσης και θεραπείας παιδιών με ΔΑΦ. Στο Α. Γενά (επιμ. Εκδ.), *Συστημική, Συμπεριφορική-Αναλυτική Προσέγγιση.* Αθήνα: Gutenberg.

Γενά, Α., & Γκόγκος, Γ. (2017). Μια εναλλακτική προσέγγιση στη διαχείριση των προβλημάτων συμπεριφοράς: λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς και θεραπευτική σχέση. Στο Γενά, Α. (Επιμ. Εκδ.), *Συστημική, Συμπεριφορική - Αναλυτική Προσέγγιση* (σελ. 444-492), Αθήνα: Gutenberg.

Γενά, Α., & Μακρυγιάννη, Μ. (2017). Διάγνωση της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος. Στο Α. Γενά (επιμ. Εκδ.), *Συστημική, Συμπεριφορική-Αναλυτική Προσέγγιση.* Αθήνα: Gutenberg.

George, R., & Stokes, M. (2016). "Gender Is Not on My Agenda!": Gender dysphoria and autism spectrum disorder. In: L. Mazzone, & B. Vitiello (Eds), *Psychiatric symptoms and comorbidities in autism spectrum disorder* (pp. 139– 150). Cham: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-29695-110

George, R., & Stokes, M. A. (2018α). A quantitative analysis of mental health among sexual and gender minority groups in ASD. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(6), 2052-2063.

George, R., & Stokes, M. A. (2018β). Sexual orientation in autism spectrum disorder. *Autism Research*, 11(1), 133-141.

Γεώργας, Δ., Παρασκευόπουλος, Ι. Ν., Μπεζεβέγκης, Η., & Γιαννίτσας, Ν. Δ. (1997). *Ελληνικό Wisc-III*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Γιαννακόπουλος, Κ. (2006). Ιστορίες σεξουαλικότητας. Στο ανθολόγιο: Γιαννακόπουλος, Κ. (Επιμελητής έκδοσης). *Σεξουαλικότητα. Θεωρίες και Πολιτικές της Ανθρωπολογίας* (σελ. 17-102). Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.

Gillberg, C., & Schaumann, H. (1992). Autism: Specific problems of adolescence. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Autism in adolescents and adults*, 375–382. New York: Plenum Press.

Gilmour, L., Schalomon, P. M., & Smith, V. (2012). Sexuality in a community based sample of adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *6*(1), 313-318.

Gómez de la Cuesta, G. (2010). A selective review of offending behavior in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Learning Disabilities and Offending Behavior*, 1(2), 47–58. http://dx.doi.org/10.5042/jldob.2010.0419

Green, G. (1996). Early behavioural intervention for autism: What does research tell us? In C. Maurice, G. Green & S. C. Luce (Eds.), *Behavioral intervention for young children with autism: A manual for parents and professionals* (pp. 29-44). Austin, TX: Pro-Ed.

Green, J., Gilchrist, A., Burton, D., & Cox, A. (2000). Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger's syndrome compared with conduct disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 279–293.

Griffin-Shelley, E. (2010). An Asperger's adolescent sex addict, sex offender: A case study. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17, 46–64.

Griffiths, D. M., Quinsey, V. L., & Hingsburger, D. (1989). *Changing inappropriate sexual behavior: A community-based approach for persons with developmental disabilities*. Paul H. Brookes Publishing.

Grzadzinski, R., Huerta, M., & Lord, C. (2013). DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): an opportunity for identifying ASD subtypes. *Molecular autism*, *4*(1), 12.

Guastella, A. J., Einfeld, S. L., Gray, K. M., Rinehart, N. J., Tonge, B. J., Lambert, T. J., et al. (2010). Intranasal oxytocin improves emotion recognition for youth with autism spectrum disorders. *Biological Psychiatry*, 67(7), 692–694. http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.09.020

Haas, A. P., Rodgers, P. L., & Herman, J. L. (2014). Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults. *Work*, *50*, 59.

Hagopian, L. P., Rush, K. S., Richman, D. M., Kurtz, P. F., Contrucci, S. A., & Crosland, K. (2002). The development and application of individualized levels systems for the treatment of severe problem behavior. *Behavior Therapy*, *33*(1), 65-86.

Hallmayer, J., Cleveland, S., Torres, A., Phillips, J., Cohen, B., Torigoe, T., et al. (2015). Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Archives of General Psychiatry*, *68*(11), 1095–1102.

Handen, B. L., Johnson, C. R., McAuliffe-Bellin, S., Murray, P. J., & Hardan, A. Y. (2011). Safety and efficacy of Donepezil in children and adolescents with autism: Neuropsychological measures. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 21(1), 43–50. http://dx.doi.org/10.1089/cap.2010.0024

Hannah, L. A., & Stagg, S. D. (2016). Experiences of sex education and sexual awareness in young adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, *46*(12), 3678-3687.

Haracopos, D. (Speaker). (1995). *Autism and sexuality* (Cassette Recording). Santa Barbara, CA: Devereux Santa Barbara.

Haracopos, D., & Pedersen, L. (1992): Sexuality and autism, a nationwide survey in Denmark, Preliminary Report. http://www.autismuk.com/?page_id=1293.

Haracopos, D., & Pedersen L. (2004). Sexuality and autism: A national survey in Denmark, Centre for Autisme, Bagsvaerd, Denmark.

Hare, D. J., Gould, J., Mills, R., & Wing, L. (1999). *A preliminary study of individuals with autistic spectrum disorders in three special hospitals in England*. London: National Autistic Society.

Harris, S. L., Handleman, J. S., & Jennett, H. K. (2005). Models of educational intervention for students with autism: home, center, and school-based programming. In F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders. Volume 2: Assessment, interventions, and policy* (pp. 1043-1054). New Jersey: John Wiley & Sons.

Haskins, B. G., & Silva, J. A. (2006). Asperger's disorder and criminal behavior: Forensic– psychiatric considerations. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34(3), 374–384.

Hatton, S., & Tector, A. (2010). Sexuality and relationship education for young people with Autistic Spectrum Disorder: curriculum change and staff support. *British Journal of Special Education*, 37: 69– 76.

Head, A. M., McGillivray, J. A., & Stokes, M. A. (2014). Gender differences in emotionality and sociability in children with autism spectrum disorders. *Molecular autism*, *5*(1), 19.

Hellemans, H., Colson, K., Verbraeken, C., Vermeiren, R., & Deboutte, D. (2007). Sexual behavior in high functioning male adolescents and young adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 37, 260–269.

Hellemans, H., Roeyers, H., Leplae, W., Dewaele, T., & Deboutte, D. (2010). Sexual behavior in male adolescents and young adults with autism spectrum disorder and borderline/mild mental retardation. *Sexuality and Disability*, *28*(2), 93-104.

Hénault, I. (2006). *Asperger's syndrome and sexuality: From adolescence through adulthood*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.

Hénault, I., & Attwood, T. (2002). *The sexual profile of adults with Asperger's Syndrome: The need for understanding, support and sex education*. Inaugural World Autism Congress, Melbourne, Australia.

Hénault, I., & Attwood, T. (2006). The sexual profile of adults with Asperger's syndrome: The need for support and intervention. In I. Hénault (Ed.), *Asperger's syndrome and sexuality: From adolescence through adulthood* (pp. 183–192). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

Hénault, I., Forget, J., & Giroux, N. (2003). *Le Développement d'Habiletés Sexuelles Adaptatives chez des Individus Atteints d'Autisme de Haut Niveau ou du Syndrome d'Asperger* (Doctoral dissertation, Thèse présentée comme exigence partielle du Doctorat en Psychologie. University of Québec at Montréal).

Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 58*(3), 259–261.

Herbert, M. (2012). *Narrowing the Definition of Autism*. http://www.nytimes.com/2012/01/28/opinion/narrowing-the-definition-of-autism.html.

Herold, E., & Connors, E. (2012). DSM-5 Proposed criteria for autism spectrum disorder designed to provide more accurate diagnosis and treatment. *American Psychiatric Association. Press Release No. 12-03*.

Hibbard, R. A., & Desch, L. W. (2007). Maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics*, *119*(5), 1018-1025.

Higgs, T., & Carter, A. J. (2015). Autism spectrum disorder and sexual offending: Responsivity in forensic interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 22, 112–119.

Hingsburger, D. (1994). Masturbation: a consultation for those who support individuals with developmental disabilities. *Canadian Journal of Human Sexuality*, *3*(3), 278-82.

Hingsburger, D. (1995). *Just say know!: Understanding and reducing the risk of sexual victimization of people with developmental disabilities.* Eastman, Quebec: Diverse City Press, Inc.

Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O. et al. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9(1), 35.

Holmes, L. G., & Himle, M. B. (2014). Brief report: Parent–child sexuality communication and autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, *44*(11), 2964-2970.

Holmes, L. G., Himle, M. B., & Strassberg, D. S. (2016). Parental sexuality-related concerns for adolescents with autism spectrum disorders and average or above IQ. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *21*, 84-93.

Howlin, P. (1997). *Autism and Asperger syndrome: Preparing for adulthood*. Routledge.

Howlin, P. (2004). *Autism: Preparing for adulthood*. London, England: Routledge.

Howlin, P., Mawhood, L., & Rutter, M. (2000). Autism and developmental receptive language disorder—A follow-up comparison in early adult life. II: Social, behavioural, and psychiatric outcomes. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *41*(5), 561-578.

Jacobi, F., Wittchen, H. U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(04), 597–611.

Jacobs, L. A., Rachlin, K., Erickson-Schroth, L., & Janssen, A. (2014). Gender dysphoria and co-occurring autism spectrum disorders: review, case examples, and treatment considerations. *LGBT health*, *1*(4), 277-282.

Jones, R. M., Wheelwright, S., Farrell, K., Martin, E., Green, R., Di Ceglie, D., & Baron-Cohen, S. (2012). Brief report: Female-to male transsexual people and autistic traits. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*(2), 301–306. https ://doi.org/10.1007/s1080 3-011-1227-8

Jordan, R., Jones, G., & Murray, D. (1998). *Educational interventions for children with autism: A literature review of recent and current research.* Norwich: Crown

Jordan, T. R., Price, J. H., & Fitzgerald, S. (2000). Rural parents' communication with their teenagers about sexual issues. *Journal of School Health*, 70, 338–344.

Kaeser, F. (1996). Developing a philosophy of masturbation training for persons with severe or profound mental retardation. *Sexuality and Disability*, *14*(4), 295-308.

Kaeser, F., & O'Neill, J. (1987). Task analyzed masturbation instruction for a profoundly mentally retarded adult male: A data based case study. *Sexuality and disability*, *8*(1), 17-24.

Kahn, G. (1989). Thema Sexualität in der Sonderschule. *Vierteljahrsschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 3,* 288-298.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2002). *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων – Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Kalmuss, D. (2004). Nonvolitional Sex and Sexual Health. *Sexuality and Disability, 33*(3), 197-209.

Kalyva, E. (2010). Teachers' perspectives of the sexuality of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *4*(3), 433-437.

Karim, A. E. A., & Mohammed, A. H. (2015). Effectiveness of sensory integration program in motor skills in children with autism. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, *16*(4), 375-380.

Kasari, C. (2002). Assessing children in early intervention programs for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *32*(5), 447-461.

Katz, N., & Zemishlany, Z. (2006). Criminal responsibility in Asperger's syndrome. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 43, 166–173.

Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. Oxford University Press.

Kellaher, D. C. (2015). Sexual behavior and autism spectrum disorders: An update and discussion. *Current Psychiatry Reports*, 17(4), 1–8.

Kempton, W. (1998). *Socialization and sexuality: A comprehensive training guide for professionals helping people with disabilities that hinder learning.* Peachtree City, GA: McGowan Publications.

Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E. C., ... & Song, D. H. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry*, *168*(9), 904-912.

Koegel, L. K., Detar, W. J., Fox, A., & Koegel, R. L. (2014). Romantic relationships, sexuality, and autism spectrum disorders. In *Adolescents and adults with autism spectrum disorders* (pp. 87-104). Springer, New York, NY.

Kohn, Y., Tarek, F., Ratzoni, G., & Apter, A. (1998). Aggression and sexual offense in Asperger's syndrome. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 35, 293–299.

Koller, R. (2000). Sexuality and adolescents with autism. *Sexuality and Disability*, *18*(2), 125-135.

Kolta, B., & Rossi, G. (2018). Paraphilic Disorder in a Male Patient with Autism Spectrum Disorder: Incidence or Coincidence. *Cureus*, *10*(5).

Konstantareas, M. M., & Lunsky, Y. J. (1997). Sociosexual knowledge, experience, attitudes, and interests of individuals with autistic disorder and developmental delay. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *27* (4), 397–413.

Lai, M. C., Lombardo, M. V., Pasco, G., Ruigrok, A. N., Wheelwright, S. J., Sadek, S. A., ... & MRC AIMS Consortium. (2011). A behavioral comparison of male and female adults with high functioning autism spectrum conditions. *PloS one*, *6*(6), e20835.

Lang, R., O'Reilly, M., Healy, O., Rispoli, M., Lydon, H., Streusand, W., ... & Didden, R. (2012). Sensory integration therapy for autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders, 6*(3), 1004-1018.

Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States.* Chicago: University of Chicago Press.

Λάζος, Γ. (1997). *Η σεξουαλικότητα ως αξία στη σύγχρονη Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Δελφίνι.

Lemaire, M., Thomazeau, B., & Bonnet-Brilhault, F. (2014). Gender identity disorder and autism spectrum disorder in a 23-year-old female. *Archives of sexual behavior*, *43*(2), 395-398.

Leskovec, T. L., Rowles, B. M., & Findling, R. L. (2008). Pharmacological treatment options for autism spectrum disorders in children and adolescents. *Harvard Review of Psychiatry*, 16, 97–112. http://dx.doi.org/10.1080/10673220802075852 \

Lewis, L. (2004). Examining Sexual Health Discourses in a Racial/Ethnic Context. *Sexuality and Disability*, 33(3), 223-234.

Loeber, O., Reuter, S., Apter, D., van der Doef, S., Lazdane, G., & Pinter, B. (2010). Aspects of sexuality education in Europe–definitions, differences and developments. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *15*(3), 169-176.

Lugnegård, T., Hallerbäck, M. U., & Gillberg, C. (2011). Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 32(5), 1910–1917.

Lunsky, Y., & Konstantareas, M. M. (1998). The attitudes of individuals with autism and mental retardation towards sexuality. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 33* (1), 24–33.

Makrygianni, M. K., Gena, A., Katoudi, S., & Galanis, P. (2018). The effectiveness of applied behavior analytic interventions for children with Autism Spectrum Disorder: A meta-analytic study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 51, 18-31.

Makrygianni, M., Gena, A., & Reed, P. (2011). The effectiveness of behavioural and eclectic intervention programmes for 6.5-14 years old children with Autistic Spectrum Disorders: A cross-cultural study. In R. V. Nata (ed.). *Progress in Education*. Volume 26 (pp.53-74). New York: Nova Science Publishers.

Mandell, D. S., Walrath, C. M., Manteuffel, B., Sgro, G., & Pinto-Martin, J. A. (2005). The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community-based mental health settings. *Child Abuse & Neglect*, *29*(12), 1359-1372.

Mandy, W. (2013). Upcoming changes to autism spectrum disorder: evaluating DSM-5. *Neuropsychiatry*, *3*(2), 127-130.

Mandy, W., Chilvers, R., Chowdhury, U., Salter, G., Seigal, A., & Skuse, D. (2012). Sex differences in autism spectrum disorder: evidence from a large sample of children and adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, *42*(7), 1304-1313.

Μαριδάκη-Κασσωτάκη, Α. (2009). Τυπολογία του Έλληνα πατέρα με βάση τον τρόπο διαπαιδαγώγησης των παιδιών του: Προσαρμογή και στάθμιση του ερωτηματολογίου : "Parenting Styles & Dimensions Questionnaire (PSDQ)". *Επιστήμες της Αγωγής*, 4,8-23.

Matson, J. L., & Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in developmental disabilities*, *30*(6), 1107-1114.

Matson, J. L., Sipes, M., Fodstad, J. C., & Fitzgerald, M. E. (2011). Issues in the management of challenging behaviors of adults with autism spectrum disorder. *CNS Drugs*, 25(7), 597–606. http://dx.doi.org/10.2165/11591700-000000000-00000

May, T., Pang, K. C., O'Connell, M. A., & Williams, K. (2017). Typical Pubertal Timing in an Australian Population of Girls and Boys with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, *47*(12), 3983-3993.

McCool, T. P. (1995). *Human sexuality issues for children and adults with autism.* Paper presented at the meeting of the National Conference on Autism, Arlington, Texas.

Mehtar, M., & Mukaddes, N. M. (2011). Posttraumatic stress disorder in individuals with diagnosis of autistic spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 539–546.

Mehzabin, P., & Stokes, M. A. (2011). Self-assessed sexuality in young adults with high-functioning autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *5*(1), 614-621.

Μέλλον, Ρ. (2007). *Ψυχολογία της συμπεριφοράς*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

Melone, M. B., & Lettick, A. L. (1985). Sex education at Benhaven. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Autism in adolescents and adults*, 169–186. New York: Plenum Press.

Mesibov, G. B. (1985). Current perspectives and issues in autism and adolescence. In E. Schopler, & G. B. Mesibov (Eds.), *Autism in adolescents and adults*, 37–56, New York: Plenum Press.

Miller, A. (2001). Uneasy Promises: Sexuality, Health, and Human Rights. *American Journal of Public Health*, 91(6), 861-864.

Miller, K. S., Kotchick, B. A., Dorsey, S., Forehand, R., & Ham, A. Y. (1998). Family communication about sex: What are parents saying and are their adolescents listening?. *Family planning perspectives*, 218-235.

Milton, J., Duggan, C., Latham, A., Egan, V., & Tantam, D. (2002). Case history of co-morbid Asperger's syndrome and paraphilic behaviour. Medicine, *Science and Law*, 42, 237–244.

Minshew, N. L., & Keller, T. A. (2010). The nature of brain dysfunction in autism: functional brain imaging studies. *Current Opinion in Neurology*. *23*, 124-130.

Mogavero, M. C., & Mogavero, M. C. (2016). Autism, sexual offending, and the criminal justice system. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, 7(3), 116–126.

Money, J. (1968). *Sex errors of the body: Dilemmas, education, counseling*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Press.

Money, J. (1985). Response to Sybil Elgar. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *15*, 217-218.

Moore, S., & Rosenthal, D. (2006). *Sexuality in adolescence: Current trends*. Hove, UK: Taylor & Francis.

Moran, M. (2013). DSM-5 provides new take on neurodevelopment disorders. *Psychiatr News*, *48*, 6-23.

Moreno, S. (1992). A parent's view of more able people with autism. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *High-functioning individuals with autism*, 91–104. New York: Plenum Press.

Mouridsen, S. E. (2012). Current status of research on autism spectrum disorders and offending. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 79–86. http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2011.09.003

Μπακαλάκη, Α. (1994). Από την ανθρωπολογία των γυναικών στην ανθρωπολογία των φύλων. Στο ανθολόγιο: Μπακαλάκη, Α. (Επιμέλεια έκδοσης). *Ανθρωπολογία, Γυναίκες και Φύλο* (σελ. 13-74). Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.

Μπάουμαν, Ζ. (2007). *Ρευστή αγάπη. Για την ευθραυστότητα των ανθρωπίνων δεσμών*. Αθήνα: Βιβλιοπωλείο της Εστίας.

Μπούρας, Α. (2009). *Μεθοδολογία Έρευνας και Στατιστική*. [Πανεπιστημιακές Σημειώσεις, αρχείο pdf]. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Παιδαγωγικό Δημοτικής Εκπαίδευσης, χειμερινό Εξάμηνο, 2009-2010. Αθήνα. http://users.sch.gr//abouras/ptde2.pdf.

Mudford, O. C., Martin, N. T., Eikeseth, S., & Bibby, P. (2001). Parent-managed behavioral treatment for preschool children with autism: some characteristics of UK programs. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 173-182.

Mukaddes, N. M. (2002). Gender identity problems in autistic children. *Child: Care, Health and Development*, *28*(6), 529-532.

Murphy, N. (2011). Maltreatment of Children With Disabilities The Breaking Point. *Journal of child neurology*, *26*(8), 1054-1056.

Murrie, D. C., Warren, J. I., Kristiansson, M., & Dietz, P. E. (2002). Asperger's syndrome in forensic settings. *International Journal of Forensic Mental Health*, *1*(1), 59-70.

Myers, S. M., & Plauché-Johnson, C. (2007). Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1162–1182. http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-2362

National Autism Center (2015). *Findings and conclusions: National standards project, phase 2*. Retrieved from https://www.nationalautismcenter.org/national-standards-project/phase-2/.

National Guidelines Task Force (1996). *Guidelines for comprehensive sexuality education: Kindergarten–12th grade.* New York: Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS).

National Research Council (2001). *Educating children with autism (Committee on education interventions for children with autism, division of behavioral and social sciences and education).* Washington, DC: National Academy Press.

Nichols, S., & Blakeley-Smith, A. (2009). "I'm Not Sure We're Ready for This…": Working With Families Toward Facilitating Healthy Sexuality for Individuals With Autism Spectrum Disorders. *Social Work in Mental Health*, *8*(1), 72-91.

Nichols, S., Moravcik, G. M., & Tetenbaum, S. P. (2009). *Girls growing up on the autism spectrum: What parents and professionals should know about the pre-teen and teenage years*. Jessica Kingsley Publishers.

Ousley, O., & Mesibov, G. (1991). Sexual attitudes and knowledge of high-functioning adolescents and adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders 21* (4), 471–481.

Ozonoff, S., & Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 25-32.

Papanikolaou, K., Richardson, C., Pehlivanidis, A., & Papadopoulou-Daifoti, Z. (2006). Efficacy of antidepressants in child and adolescent depression: A meta-analytic study. *Journal of Neural Transmission 113*(3), 399-415.

Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1993). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*. Αθήνα: Έκδοση Συγγραφέως.

Parchomiuk, M. (2018). Sexuality of Persons with Autistic Spectrum Disorders (ASD). *Sexuality and Disability*, 1-16.

Parker, R. I., & Hagan-Burke, S. (2007). Useful effect size interpretations for single case research. *Behavior Therapy, 38*, 95-105.

Parkinson, J. (2014). Gender dysphoria in Asperger's syndrome: A caution. *Australasian Psychiatry*, *22*(1), 84-85.

Pasterski, V., Gilligan, L., & Curtis, R. (2014). Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior, 43*(2), 387–393. https ://doi.org/10.1007/s10508-013-0154-5

Pecora, L. A., Mesibov, G. B., & Stokes, M. A. (2016). Sexuality in high-functioning autism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, *46*(11), 3519-3556.

Peeters, T. (2000). *Αυτισμός: Από τη θεωρητική κατανόηση στην εκπαιδευτική παρέμβαση*. Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.

Petersen, J. L., & Hyde, J. S. (2011). Gender differences in sexual attitudes and behaviors: A review of meta-analytic results and large datasets. *Journal of Sex Research*, *48*(2-3), 149-165.

Pinto, D., Pagnamenta, A. T., Klei, L., Anney, R., Merico, D., Regan, R., Conroy, J., Magalhaes, T. R., Correia, C., Abrahams, B. S., et al. (2010). Functional impact of global rare copy number variation in autism spectrum disorders. *NIH Public Access, Author Manuscript, Nature, 466*(7304), 368–372.

Polvinale, R. A., & Lutzker, J. R. (1980). Elimination of assaultive and inappropriate sexual behavior by reinforcement and social-restitution. *Mental Retardation*.

Powdthavee, N., & Wooden, M. (2015). Life satisfaction and sexual minorities: Evidence from Australia and the United Kingdom. *Journal of Economic Behavior & Organization, 116*, 107–126.

Raven, J. C., Court, J. H., & Raven, J. (1992). *Standard Progressive Matrices-Raven Manual: Section 3,* Oxford: Oxford Psychologists Press.

Ray, F., Marks, C., & Bray-Garretson, H. (2004). Challenges to treating adolescents with Asperger's syndrome who are sexually abusive. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11, 265–285.

Realmuto, G. M., & Ruble, L. A. (1999). Sexual behaviors in autism: problems of definition and management. *Journal of autism and developmental disorders*, *29*(2), 121-127.

Rich, S. S., & Ovsiew, F. (1994). Leuprolide acetate for exhibitionism in Huntington's disease. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, *9*(3), 353-357.

Roberts, J., & Ridley, G. (2004). *Review of the research to identify the most effective models of best practice in the management of children with autism spectrum disorders*. University of Sydney, Centre for Development Disability Studies.

Robinson, C. C., Mandleco, B., Olsen, S. F., & Hart, C. H. (2001). The parenting styles and dimensions questionnaire (PSDQ). *Handbook of family measurement techniques*, *3*, 319-321.

Rockville, M. D. (1999). Mental health: A report of the Surgeon General. *US Department of Health and Human Services*.

Rogers, S. J. (1998). Empirically supported comprehensive treatments for young children with autism. *Journal of Clinical Child Psychology*, *27*(1), 168-179.

Rogers, S. J., Cook, I., & Meryl, A. (2005). Imitation and play in autism. In F. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders. Volume 1: Diagnosis, development, neurology and behavior* (pp. 382-405). New Jersey: John Wiley & Sons.

Rogers, S. J., Stackhouse, T., Hepburn, S. L., & Wehner, E. A. (2003). Imitation performance in toddlers with autism and those with other developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *44*, 763-781.

Rubin, G. (2006). Σκέψεις για τη σεξουαλικότητα: Σημειώσεις για μία ριζοσπαστική θεωρία των πολιτικών της σεξουαλικότητας. Στο ανθολόγιο: Γιαννακόπουλος, Κ. (Επιμελητής έκδοσης). *Σεξουαλικότητα. Θεωρίες και Πολιτικές της Ανθρωπολογίας* (σελ. 401-481) Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.

Ruble, M. S., & Dalrymple, N. J. (1993). Social/sexual awareness of persons with autism: A parental perspective. *Archives of Sexual Behavior* 22 (3), 229–240.

Rudolph, C. E., Lundin, A., Åhs, J. W., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Brief report: Sexual orientation in individuals with autistic traits: Population based study of 47,000 adults in Stockholm County. *Journal of autism and developmental disorders*, *48*(2), 619-624.

Sandfort, T. G., de Graaf, R., Bijl, R. V., & Schnabel, P. (2001). Same sex sexual behavior and psychiatric disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry, 58*(1), 85–91.

Saxe, A., & Flanagan, T. (2014). Factors that impact support workers' perceptions of the sexuality of adults with developmental disabilities: a quantitative analysis. *Sexuality and Disability*, *32*(1), 45-63.

Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. R. (1988). *The child autism rating scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services Corporation.

Schöttle, D., Briken, P., Tüscher, O., & Turner, D. (2017). Sexuality in autism: hypersexual and paraphilic behavior in women and men with high-functioning autism spectrum disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, *19*(4), 381.

Schreibman, L., & Ingersoll, B. (2005). Behavioral interventions to promote learning in individuals with autism. In F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders. Volume 2: Assessment, interventions, and policy* (pp. 882-896). New Jersey: John Wiley & Sons.

Schroeder, S. R., LeBlanc, J. M., & Mayo, L. (1996). Brief report: A life-span perspective on the development of individuals with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 26* (2), 251–255.

Scragg, P., & Shah, A. (1994). Prevalence of Asperger's syndrome in a secure hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 165, 679–682. http://dx.doi.org/10.1192/bjp.165.5.679

Sexuality Information and Education Council of the United States (2012). Position Statements. Retrieved from: http://www.siecus.org/index.cfm?fuseaction=page.viewPage&pageId=494&parentID=472#sexuality%20education.

Sielert, U. (2005). *Einfürung in die Sexualpädagogik.* Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Shakespeare, T. (1996). Power and prejudice: Issues of gender, sexuality and disability. In L. Barton (Ed.), *Disability and society: Emerging issues and insights,* 191–214. Essex, England: Addison, Wesley Longman.

Shakespeare, T., Gillespie-Sells, K., & Davies, D. (1996). *The sexual politics of disability*. London and New York: Cassell.

Sheerin, F., & Sines, D. (1999). Marginalization and its effects on the sexuality-related potentials of the learning disabled person. *Journal of Learning Disabilities for Nursing, Health and Social Care*, 3(1), 39-49.

Shields, J. (2001). The NAS earlybird programme: Partnership with parents in early intervention. *Autism, 5*(1), 49-56.

Silva, J. A., Ferrari, M. M., & Leong, G. B. (2002). The case of Jeffrey Dahmer: Sexual serial homicide from a neuropsychiatric developmental perspective. *Journal of Forensic Science*, *47*(6), 1347-1359.

Smith, T. (1999). Outcome of early intervention for children with autism. *Clinical Psychology: Research and Practice, 6*(1), 33-49.

Smith, T., Buch, G. A., & Gamby, T. E. (2000). Parent-directed, intensive early intervention for children with pervasive developmental disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 297-309.

Smith, L. H., Guthrie, B. J., & Oakley, D. J. (2005). Studying adolescent male sexuality: Where are we? *Journal of Youth and Adolescence*, 34(4), 361–377.

Sparrow, S.S., Balla, D.A., & Cicchetti, D.V. (1984). *Vineland: Adaptive Behavior Scales*. USA: American Guidance Service, Inc.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). Stai. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). Palo Alto California: Consulting Psychologist*, *22*, 1-24.

Stokes, T. F., & Baer, D., M. (1977). An implicit technology of generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis, 10,* 349-367.

Stokes, M.A., & Kaur, A. (2005). High-functioning autism and sexuality: a parental perspective. *Autism*, 9, 266–289.

Stokes, M., Newton, N., & Kaur, A. (2007). Stalking, and social and romantic functioning among adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, *37*(10), 1969-1986.

Stokes, T. F., & Osnes, P. G. (1986). Programming the generalization of children's social behavior. In P. S. Strain, M. J. Guralnick & H. M. Walker (Eds.), *Children's social behavior: Development, assessment, and modification* (pp. 407-443). Orlando, FL: Academic Press.

Strunz, S., Schermuck, C., Ballerstein, S., Ahlers, C. J., Dziobek, I., & Roepke, S. (2017). Romantic Relationships and Relationship Satisfaction Among Adults With Asperger Syndrome and High-Functioning Autism. *Journal of Clinical Psychology*, *73*(1), 113-125.

Sullivan, A., & Caterino, L. C. (2008). Addressing the sexuality and sex education of individuals with autism spectrum disorders. *Education and Treatment of Children*, *31*(3), 381-394.

Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child abuse & neglect*, 24(10), 1257-1273.

Talbot, T. J., & Langdon, P. E. (2006). A revised sexual knowledge assessment tool for people with intellectual disabilities: is sexual knowledge related to sexual offending behaviour?. *Journal of Intellectual Disability Research*, *50*(7), 523-531.

Tanguay, P. E. (2000). Pervasive Developmental Disorders: A 10-Year Review. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, *39*(9), 1079-1095.

Tarnai, B. (2006). Review of effective interventions for socially inappropriate masturbation in persons with cognitive disabilities. *Sexuality and Disability*, *24*(3), 151.

Tarnai, B., & Wolfe, P. S. (2008). Social stories for sexuality education for persons with autism/pervasive developmental disorder. *Sexuality and Disability*, *26*(1), 29-36.

Tepper, M. (2000). Sexuality and Disability: The Missing Discourse of Pleasure. *Sexuality and Disability*, 18(4), 283-290.

Tharinger, D., Horton, C. B., & Millea, S. (1990). Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse & Neglect, 14*(3), 301-312.

Timmermanns, S., Tuider, E., & Sielert, U. (Hrsg.) (2004). Sexualpädagogik weiter denken. *Postmoderne Entgrenzungen und pädagogische Orientierungsversuche*. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Tissot, C. (2009). Establishing a sexual identity: Case studies of learners with autism and learning difficulties. *Autism, 13*(6), 551-566.

Tissot, C., & Evans, R. (2003). Visual teaching strategies for children with autism. *Early Child Development and Care, 173*(4), 425-433.

Tolman, D. L., & McClelland, S. I. (2011). Normative sexuality development in adolescence: A decade in review, 2000–2009. *Journal of Research on Adolescence, 21*(1), 242-255.

Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: school victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology, 46*(6), 1580.

Torisky, D., & Torisky, C. (1985). Sex education and sexual awareness building for autistic children and youth: Some viewpoints and considerations. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 15,* 213, 221-223.

Travers, J., & Tincani, M. (2010). Sexuality education for individuals with autism spectrum disorders: Critical issues and decision making guidelines. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 284-293.

Travers, J. C., & Whitby, P. J. S. (2014). Sexuality and relationships for individuals with autism spectrum disorders. *Autism spectrum disorders in adolescents and adults: evidence-based and promising interventions*, 182-207.

Travers, J., Tincani, M., Whitby, P. S., & Boutot, E. A. (2014). Alignment of sexuality education with self determination for people with significant disabilities: a

review of research and future directions. *Education and training in autism and developmental disabilities*, 232-247.

Τσιρεμπόλου, Ε. (2012). *Ανάπτυξη δεξιοτήτων της θεωρίας του νου και συναισθηματικής έκφρασης παιδιών με αυτισμό: μελέτη παρέμβασης* (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Φιλοσοφική. Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας. Τομέας Παιδαγωγικής).

Tullis, C. A., & Zangrillo, A. N. (2013). Sexuality education for adolescents and adults with autism spectrum disorders. *Psychology in the Schools*, *50*(9), 866-875.

Turnbull III, H. R., Turnbull, A. P., Bronicki, G. J., Summers, J. A., & Roeder-Gordon, C. (1992). *Disability and the family: A guide to decisions for adulthood.* Baltimore: Paul H. Brookes.

Turner, D., Briken, P., & Schöttle, D. (2017). Autism-spectrum disorders in adolescence and adulthood: focus on sexuality. *Current opinion in psychiatry*, *30*(6), 409-416.

Vance, C. (2006). Η ανθρωπολογία ανακαλύπτει εκ νέου τη σεξουαλικότητα: ένα θεωρητικό πλαίσιο. Στο ανθολόγιο: Γιαννακόπουλος, Κ. (Επιμελητής έκδοσης). *Σεξουαλικότητα. Θεωρίες και Πολιτικές της Ανθρωπολογίας* (σελ. 103-138) Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.

Van Bourgondien, M. E., Reichle, N. C., & Palmer, A. (1997). Sexual behavior in adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *27*(2), 113-125.

Van Der Miesen, A. I., Hurley, H., Bal, A. M., & de Vries, A. L. (2018). Prevalence of the Wish to be of the Opposite Gender in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder. *Archives of sexual behavior*, 47(8), 2307-2317.

Van Der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 70-80.

Van Heijst, B. F., & Geurts, H. M. (2014). Quality of life in autism across the lifespan: A meta-analysis. *Autism*, *19*(2), 158–167.

Van Son-Schoones, N., & Van Bilsen, P. (1995). Sexuality and Autism: A Pilot-Study of Parents, Health-Care Workers and Autistic Persons. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *8*, 87-102.

Van Wijngaarden-Cremers, P. J., van Eeten, E., Groen, W. B., Van Deurzen, P. A., Oosterling, I. J., & Van der Gaag, R. J. (2014). Gender and age differences in the core triad of impairments in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, *44*(3), 627-635.

Vargas, D. L., Nascimbene, C., Krishnan, C., Zimmerman, A. W., & Pardo C. A. (2005). Neuroglial activation and neuroinflammation in the brain of patients with autism. *Annals of Neurology*, 57(1), 67-81.

Wagner, M. K. (1968). A case of public masturbation treated by operant conditioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *9*, 61-65. doi:10.1111/j.1469-7610.1968.tb02208.x

Walcott, D. D. (1997). Education in human sexuality for young people with moderate and severe mental retardation. *Teaching Exceptional Children, 29* (6), 72–74.

Wallis, P. J. (2000). Issues in social sexuality for people with disabilities, their families, and professionals. *Collaboration with parents and families of children and youth with exceptionalities*, 391-407.

Walsh, A. (2000). Improve and care: responding to inappropriate masturbation in people with severe intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, *18*(1), 27-39.

Walter, J. (1991). Überlegungen zu Sexualität und Partnerschaft, zu Kinderwunsch und Sterilisation geistig behinderter Menschen – ein Plädoyer für die Sexual pädagogik. In: Mohr, J., Schubert, Ch. (Hrsg.). *Partnerschaft und Sexualität bei geistiger Behinderung* (s. 17-26). Berlin: Springer – Verlag.

Walter, J. (1996). Grundrecht auf Sexualität? Einführende Überlegungen zum Thema «Sexualität und geistige Behinderung». In: Walter, J. (Hrsg.). *Sexualität un geistige Behinderung.* Heidelberg: Edition Schindele im Universitätsverlag C. Winter.

Weeks, J. (2003). *Sexuality*. London and New York: Routledge.

Weeks, J. (2006). Ζητήματα ταυτότητας. Στο ανθολόγιο: Γιαννακόπουλος, Κ. (Επιμελητής έκδοσης). *Σεξουαλικότητα. Θεωρίες και Πολιτικές της Ανθρωπολογίας* (σελ. 139-168). Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.

Weiss, J. A., & Fardella, M. A. (2018). Victimization and perpetration experiences of adults with autism. *Frontiers in psychiatry*, *9*.

Wilkerson, A. (2002). Disability, Sex Radicalism, and Political Agency. *NWSA Journal*, 14(3), 33-57.

Williams, L. J., & Downing, J. E. (1998). Membership and belonging in inclusive classrooms: What do middle students have to say? *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, *23* (2), 98–110.

Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine*, 11(1), 115–129. http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700053332

Wing, L. (1985). Social and interpersonal needs. In E. Schopler & G. G. Mesibov (Eds.), *Autism in adolescents and adults*, 337–354, New York: Plenum Press.

Wing, L. (1992). Manifestations of social problems in high-functioning autistic people. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *High-functioning individuals with autism*, 129–143. New York: Plenum Press.

Wing, L. (2000). *Το αυτιστικό φάσμα. Ένας οδηγός για γονείς και επαγγελματίες*. Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.

Wing, L., Gould, J., & Gillberg, C. (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? *Research in Developmental Disabilities 3*(1), 768–773.

Wolf, M. M. (1978). Social validity: The care for subjective measurement, or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *11*, *2*03-214.

Wolfe, P. S., Condo, B., & Hardaway, E. (2009). Sociosexuality education for persons with autism spectrum disorders using principles of applied behavior analysis. *Teaching Exceptional Children*, *42*(1), 50-61.

Woodbury-Smith, M. R., Clare, I. C. H., Holland, A. J., & Kearns, A. (2006). High functioning autistic spectrum disorders, offending and other law-breaking:

Findings from a community sample. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 17(1), 108–120.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva: World Health Organization.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## Παράρτημα Α. Φύλλα Συλλογής Δεδομένων

### Αυτοσχέδια Φύλλα Καταγραφής Οικογενειακού Ιστορικού και Δημογραφικών Χαρακτηριστικών

**Φύλλο Καταγραφής Δημογραφικών στοιχείων και Οικογενειακού Ιστορικού**

1. **Όνομα και Επίθετο γονέων:** _____
2. **Όνομα και Επίθετο παιδιού:** _____
3. **Ηλικία γονέων:** _____
4. **Τηλέφωνο επικοινωνίας:** _____
5. **E-mail επικοινωνίας:** _____
6. **Οικογενειακή κατάσταση:** _____
7. **Αριθμός μελών στην οικογένεια:** _____
8. **Η σειρά γέννησης των παιδιών:** _____
9. **Το επίπεδο μόρφωσης των γονέων:** _____
   _____
10. **Η απασχόληση των γονέων: α)**_____ _____
    **β)**_____
11. **Ηλικία παιδιού:** _____
12. **Τάξη φοίτησης:** _____
13. **Χρόνια φοίτησης σε σχολείο:** _____
14. **Διάγνωση Παιδιού:** **Ναι** **Όχι**
    a. **Ποια είναι η διάγνωση:** _____
       _____
    b. **Πότε έγινε η διάγνωση:** _____
    c. **Φορέας Διάγνωσης:** _____
15. **Φαρμακευτική Αγωγή:** **Ναι** **Όχι**
16. **Ποια είναι τα φάρμακα και ποια είναι η δοσολογία:** _____
    _____
    _____
    _____
17. **Σύντομο ιατρικό ιστορικό του παιδιού:** _____
    _____
    _____
    _____

1

**18. Σημαντικά γεγονότα της ζωής του παιδιού:** _____
_____
_____
_____

**19. Δραστηριότητες του παιδιού (από την προεφηβεία έως και την εφηβεία):**
_____
_____
_____
_____

**20. Προβληματικές συμπεριφορές:** _____
_____
_____
_____

**21. Προβληματικές συμπεριφορές στην εφηβεία:** _____
_____
_____
_____

**22. Σεξουαλική δραστηριότητα στην εφηβεία:** _____
_____
_____
_____

**23. Άλλες σημαντικές πληροφορίες:**_____
_____
_____
_____
_____

**Όλες οι πληροφορίες είναι αυστηρά εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας.**

**Ευχαριστώ πολύ για τη συνεργασία.**

2

**Παράδειγμα Ειδικού φυλλαδίου παρατήρησης της συμπεριφοράς του συμμετέχοντα από τον Πατέρα**

**Φύλλο καταγραφής Πατέρα για την αυτοϊκανοποίηση**

**Ημερομηνία εβδομάδας:**

**Ονοματεπώνυμο:**

**Παρακαλώ, γράψτε την μέρα και επιλέξτε/ κυκλώστε.**

| **Συμπεριφορές** | **Ημέρα** | | | | | **Παρατηρήσεις** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| **Χρονικό διάστημα παρατήρησης** | Πρωί<br>Μεσημέρι<br>Απόγευμα<br>Βράδυ | Πρωί<br>Μεσημέρι<br>Απόγευμα<br>Βράδυ | Πρωί<br>Μεσημέρι<br>Απόγευμα<br>Βράδυ | Πρωί<br>Μεσημέρι<br>Απόγευμα<br>Βράδυ | Πρωί<br>Μεσημέρι<br>Απόγευμα<br>Βράδυ | |
| **Αυτοϊκανοποίηση - αυνανισμός** | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | |
| **Πόσες Φορές** | 0, 1, 2,<br>2> | 0, 1, 2,<br>2> | 0, 1, 2,<br>2> | 0, 1, 2,<br>2> | 0, 1, 2,<br>2> | |
| **Ιδιωτικός χώρος** (υπνοδωμάτιο ή μπάνιο) | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | |
| **Κλειστή πόρτα Κλειστές κουρτίνες** | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | |
| **Επιτυχής Αυτοϊκανοποίηση** (επίτευξη οργασμού-εκσπερμάτωση) | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | |
| **Τήρηση κανόνων υγιεινής** | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | |
| **Προβληματική συμπεριφορά** (Χέρια στα γεννητικά όργανα) | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | |

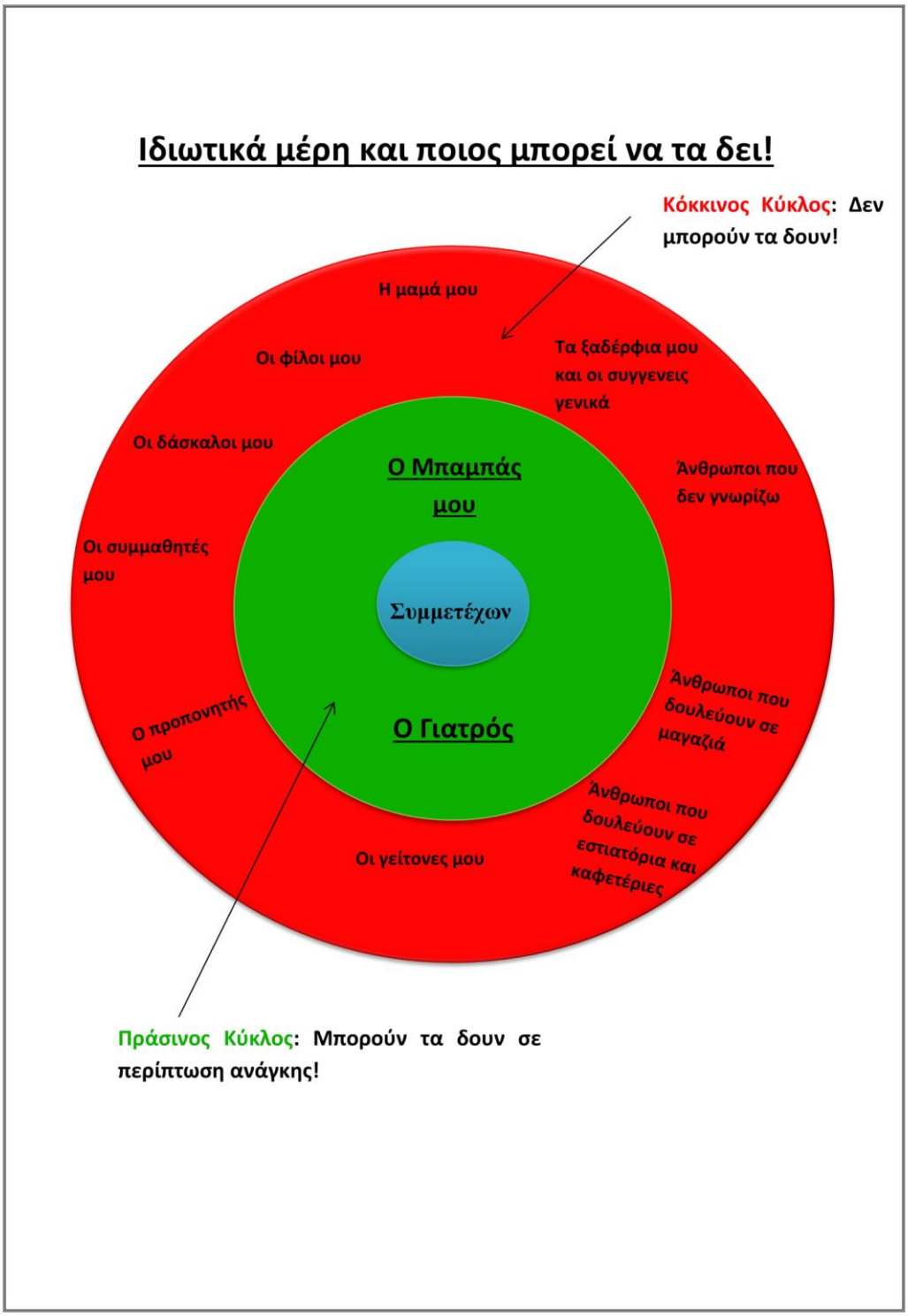
1

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Προβληματική συμπεριφορά** (τριβή στο κρεβάτι/πάτωμα ή με αντικείμενα) | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | |
| **Προβληματική συμπεριφορά** (Αυξημένο Άγχος-Ένταση) | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | |
| **Προβληματική συμπεριφορά** (Αυξημένη Στερεοτυπία) | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | Ναι<br>Όχι | |

2

## Παράρτημα Β. Ενδεικτικές Δραστηριότητες

### Παράδειγμα κοινωνικού κύκλου



**Ενδεικτικό παράδειγμα εργασίας με ερωτήσεις τύπου «σωστό- λάθος»**

**Βάλε ✓ στις ιστορίες που κρίνεις σωστές:**

**Όνομα:**_____ **Ημερομηνία:**_____

- Ο Ιάκωβος έχει πυρετό και θα πάει στο γιατρό του. Ο γιατρός θα τον εξετάσει. Ο γιατρός μπορεί να τον δει γυμνό για να τον εξετάσει.

- Ο Κώστας έβγαλε ένα σπυράκι στα γεννητικά του όργανα. Τον ενοχλεί αρκετά. Θα το δείξει στη μαμά του για να του πει τι να κάνει.

- Ο Δημήτρης είδε ένα κόκκινο σημάδι στο πέος του. Δε ξέρει γιατί βγήκε. Θα το δείξει στον ξάδερφό του για να του πει τη γνώμη του.

- Ο Πέτρος κάνει μπάνιο. Η μαμά του χτυπάει την πόρτα γιατί θέλει να μπει στο μπάνιο και να πάρει την πετσέτα της. Ο Πέτρος την αφήνει να μπει μέσα και να τον δει γυμνό.

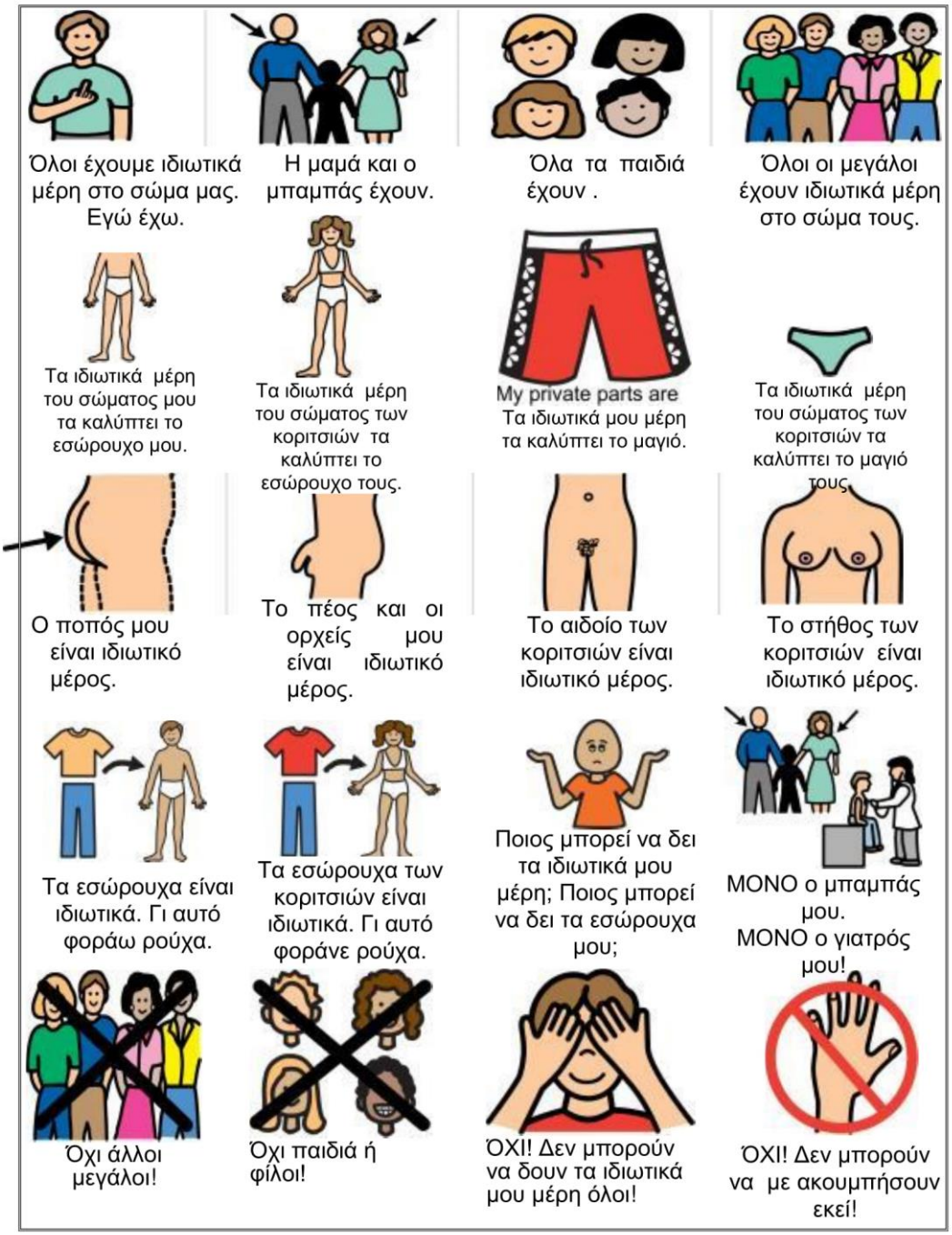
- Η Χριστίνα πηγαίνει στο δωμάτιο της για ντυθεί. Ο αδερφός της χτυπά την πόρτα γιατί θέλει να πάρει ένα στυλό από το δωμάτιό της. Η Χριστίνα δεν τον αφήνει να μπει μέσα γιατί ντύνεται.

- Ο Χάρης νιώθει έντονη φαγούρα στα γεννητικά του όργανα. Από το ξύσιμο κοκκίνησε την περιοχή. Ανησύχησε και ζήτησε από τον μπαμπά του να το δει.

- Ο Πέτρος κάνει μπάνιο. Η μαμά του μπαίνει μέσα χωρίς να χτυπήσει την πόρτα.

- Ο Νίκος ετοιμάζεται για το σχολείο. Είναι στο δωμάτιό του γυμνός και αρχίζει να ντύνεται. Ο μπαμπάς του μπαίνει μέσα στο δωμάτιο χωρίς να χτυπήσει την πόρτα για να πάρει ένα τετράδιο να γράψει κάτι.

**Ενδεικτικό παράδειγμα κοινωνικής ιστορίας**



## Ενδεικτικό παράδειγμα ανάλυσης έργου

### Πως αυτοϊκανοποιούμαι;

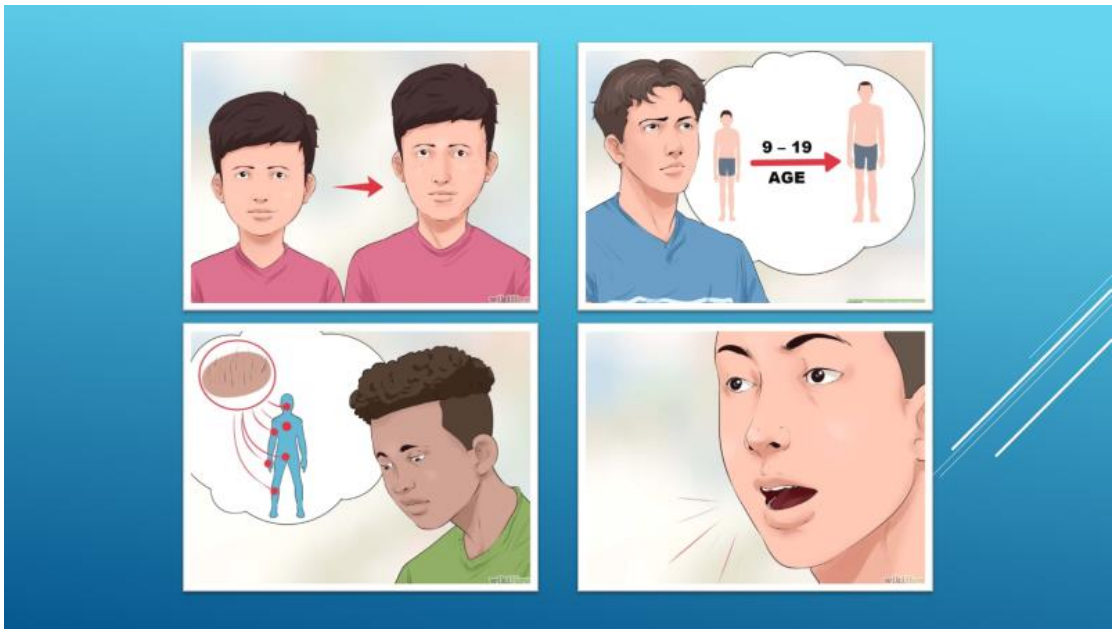
Πριν ξεκινήσεις την αυτοϊκανοποίηση βεβαιώσου ότι είσαι σε ιδιωτικό χώρο (όπως το δωμάτιο σου ή το μπάνιο σου). Η πόρτα να είναι κλειστή και να είσαι μόνος στο δωμάτιο. Η αυτοϊκανοποίηση είναι μια φυσιολογική διαδικασία και δεν είναι επικίνδυνη. Οι περισσότεροι έφηβοι την κάνουν. Με την αυτοϊκανοποίηση μπορείς να εξερευνήσεις το σώμα σου και να βιώσεις ευχαρίστηση.

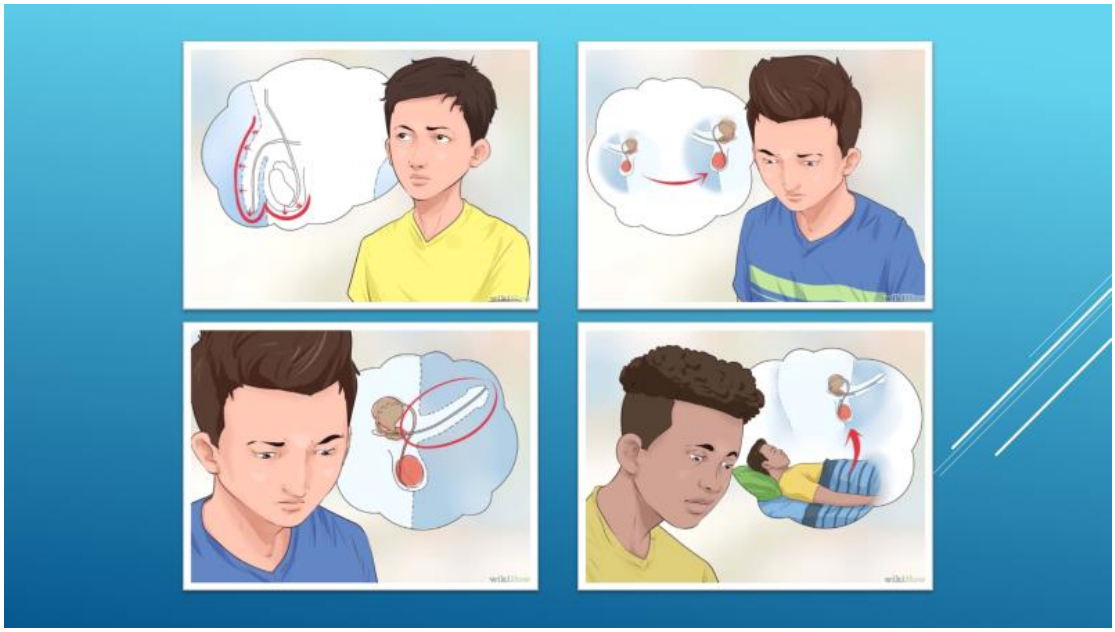
Τα βήματα αυτά θα σε βοηθήσουν να πετύχεις οργασμό, εκσπερμάτιση και ευχαρίστηση.

1. Χάιδεψε το πέος σου με το χέρι σου από την κορυφή μέχρι την βάση του (ρυθμική κίνηση πάνω κάτω).
2. Αν αισθάνεσαι μεγάλη τριβή (κάψιμο ή ενόχληση στο δέρμα του πέους), μπορείς να χρησιμοποιήσεις λιπαντικό που θα κάνει το χέρι σου να γλιστράει πιο εύκολα (βεβαιώσου ότι το λιπαντικό είναι φτιαγμένο με βάση το νερό. Ποτέ μην χρησιμοποιείς λιπαντικό με βάση το πετρέλαιο όπως η βαζελίνη.
3. Συνέχισε να ανεβοκατεβάζεις το χέρι σου για 5 με 10 λεπτά ή περισσότερο.
4. Κατά την διάρκεια αυτή θα νοιώθεις αυξανόμενη ευχαρίστηση στο πέος σου μέχρι να εκσπερματώσεις, δηλαδή, ένα άσπρο υγρό να βγει από την τρύπα του πέους σου (ουρήθρα). Το άσπρο υγρό είναι το σπέρμα και είναι φυσιολογικό να βγαίνει. Αυτό σημαίνει ότι τελείωσες τον αυνανισμό.
5. Χρησιμοποίησε υγρό χαρτομάντιλο ή μια πετσέτα για να σκουπιστείς καλά. Ακόμα καλύτερα να κάνεις ένα μπάνιο μετά τον αυνανισμό.
6. Υπάρχουν και αρκετές περιπτώσεις που μπορεί να μην εκσπερματίσεις [να βγει το άσπρο υγρό από την τρύπα του πέους σου (ουρήθρα)]. Και αυτό είναι φυσιολογικό (Hénault, 2006).

**Ενδεικτικό παράδειγμα οπτικών ερεθισμάτων**

Αλλαγές στην Εφηβεία



**Ενδεικτικό παράδειγμα Βίντεο**

*Σύντομο βίντεο αυτοϊκανοποίησης άντρα διάρκειας 1 λεπτού*

Το βίντεο δείχνει τα γεννητικά όργανα ενός άντρα[22] σε στύση και το χέρι του άντρα το οποίο πιάνει το πέος. Με την επαναλαμβανόμενη κίνηση πάνω- κάτω του χεριού, ο άντρας έρχεται σε οργασμό- εκσπερμάτωση.

[22] Χωρίς πρόσωπο και κορμό σώματος. Οπτική «μέσα από τα μάτια του ατόμου».

# Παράρτημα Γ. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Εγκυρότητας

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΓΥΡΟΤΗΤΑΣ**

**(Προς τους γονείς των συμμετεχόντων στην έρευνα)**

**Όνομα Συμμετέχοντα:**

**Ημερομηνία:**

1. Ποια πιστεύετε ότι είναι τα οφέλη του προγράμματος σεξουαλικής εκπαίδευσης τα οποία αποκόμισε ο συμμετέχοντας;

2. Παρατηρήσατε κάποια αλλαγή στη συμπεριφορά του …… από την παρέμβαση;

3. Συνολικά το πρόγραμμα σεξουαλικής εκπαίδευσης βοήθησε τον …… ;

4. Θα μετείχατε ξανά στο πρόγραμμα σεξουαλικής εκπαίδευσης ή σε ανάλογο πρόγραμμα, στο μέλλον;

# Παράρτημα Δ. Έντυπο Υλικό που δόθηκε στον πατέρα

**Επικουρικό φυλλάδιο για τον Πατέρα**

Οι πιθανές ερωτήσεις που μπορείτε να δεχτείτε και οι απαντήσεις τους βάσει της ερευνητικής πορείας.[1]

1. **Ποια είναι τα ιδιωτικά μέρη του σώματος ενός έφηβου αγοριού;**
   Τα ιδιωτικά μέρη του αντρικού σώματος είναι τα μέρη του σώματος που καλύπτουν τα εσώρουχα ή το μαγιό, δηλαδή τα γεννητικά όργανα (πέος και όρχεις) και τα οπίσθια.
2. **Ποια είναι τα ιδιωτικά μέρη του σώματος ενός έφηβου κοριτσιού;**
   Τα ιδιωτικά μέρη του γυναικείου σώματος είναι τα μέρη του σώματος που καλύπτουν τα εσώρουχα ή το μαγιό, δηλαδή τα γεννητικά όργανα, το στήθος και τα οπίσθια.
3. **Ποια είναι τα όργανα που αποτελούν το γεννητικό σύστημα ενός έφηβου αγοριού;**
   Το γεννητικό σύστημα του άντρα αποτελείται από το πέος και τους όρχεις.
4. **Ποιος μπορεί να σε δει γυμνό; Για ποιο λόγο;**
   Ο μπαμπάς και ο γιατρός. Ο μπαμπάς μπορεί να τον δει γυμνό όταν θέλει βοήθεια στο μπάνιο, όταν είναι άρρωστος, όταν πονά ή όταν έχει κάποια ενόχληση/κοκκινίλα στα γεννητικά του όργανα. Ο γιατρός μπορεί να τον δει γυμνό για να τον εξετάσει όταν είναι άρρωστος ή αν έχει κάποια ενόχληση σε κάποιο σημείο του σώματός του.
5. **Μπορεί να σε δει γυμνό ο μπαμπάς σου; Πότε;**
   Ναι. Όταν θέλει βοήθεια στο μπάνιο, όταν είναι άρρωστος, όταν πονά ή όταν έχει κάποια ενόχληση/κοκκινίλα στα γεννητικά του όργανα.
6. **Μπορεί να σε δει γυμνό ο αδερφός σου;**
   Όχι.

[1] Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις δουλεύονται κατά τη διάρκεια της έρευνας-διδασκαλίας του παιδιού.

1

7. **Σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν στην εφηβεία.**

Στην εφηβεία συμβαίνουν διάφορες αλλαγές στο σώμα. Οι αλλαγές αυτές είναι:

1. Αύξηση ύψους
2. Αλλαγή φωνής
3. **Μεγαλώνουν τα γεννητικά όργανα (πέος και όρχεις)**
4. Τριχοφυΐα σε μασχάλες, πόδια, πρόσωπο και ηβική περιοχή
5. Ακμή (όχι απαραίτητα)
6. Μυρωδιά σώματος
7. Αλλαγές στα συναισθήματα (θυμός, άγχος αίσθημα ντροπής, νευρικότητα)- (Χωρίς έμφαση)
8. **Στύση**
9. **Εκσπερμάτωση**
10. **Ονείρωξη**
11. **Ανάγκη για αυτοϊκανοποίηση-Ενασχόληση με σεξουαλικά θέματα**

8. **Σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν στα κορίτσια.**

Στην εφηβεία συμβαίνουν διάφορες αλλαγές στο σώμα. Οι αλλαγές αυτές είναι:

1. Αύξηση ύψους
2. Αύξηση στήθους
3. Μεγαλώνουν τα γεννητικά όργανα (αιδοίο)
4. Τριχοφυΐα σε μασχάλες, πόδια και ηβική περιοχή
5. Ακμή ( όχι απαραίτητα)
6. Μυρωδιά σώματος
7. Αλλαγές στα συναισθήματα (θυμός, άγχος, αίσθημα ντροπής, νευρικότητα)
8. 1η περίοδος (Χωρίς έμφαση)

9.Ανάγκη για αυτοϊκανοποίηση- Ενασχόληση με σεξουαλικά θέματα

9. **Η στύση είναι μια αλλαγή που συμβαίνει στην εφηβεία στα αγόρια και τα κορίτσια;**

Όχι στα κορίτσια.

10. **Τι είναι το σπέρμα;**

Το (λευκό) υγρό που βγαίνει από το πέος κατά την εκσπερμάτωση.

2

**11. Τα κορίτσια έχουν στα γεννητικά τους όργανα σπέρμα;**

Όχι.

**12. Τι είναι τα υγρά όνειρα;**

Τα υγρά όνειρα ή ονείρωξη, είναι η εκσπερμάτιση που γίνεται την ώρα του ύπνου. Κατά τη διάρκεια του ύπνου μπορεί να συμβεί στον έφηβο στύση, δηλαδή να μεγαλώσει και να σκληρύνει το πέος του. Αυτό συχνά συνοδεύεται από εκσπερμάτωση και ονομάζεται ονείρωξη.

**13. Ποιον θα ρωτήσεις αν έχεις μια απορία για τις αλλαγές που βλέπεις στο σώμα σου;**

Τον πατέρα μου (ή τον γιατρό).

**14. Στην εφηβεία όλα τα έφηβα αγόρια έχουν στύση μερικές φορές. Αν έχουν απορίες για τη στύση, μπορούν να τις συζητήσουν μεταξύ τους στο διάλειμμα;**

Όχι.

**15. Πώς πρέπει να πλένει ένας έφηβος τα γεννητικά του όργανα;**

1. Τραβάω το δέρμα από το πέος μου λίγο προς τα πίσω, μέχρι να εμφανιστεί όλο το κεφαλάκι του πέους.
2. Ρίχνω νερό και ξεπλένω καλά την περιοχή.
3. Βάζω σαπούνι και τρίβω απαλά για να μην τραυματιστώ.
4. Ξεπλένω με άφθονο νερό.
5. Σκουπίζω απαλά το πέος μου με καθαρή πετσέτα.
6. Όταν το πέος μου είναι στεγνό, φοράω καθαρό εσώρουχο.

**16. Είναι καλό ένας έφηβος να αυνανίζεται χωρίς να το θέλει πραγματικά;**

Όχι.

**17. Μπορεί ένας έφηβος να τρίβει το πέος του στο κρεβάτι;**

Όχι.

**18. Μπορεί ένας έφηβος να τρίβει το πέος του στο μαξιλάρι;**

Όχι.

**19. Μπορεί ένας έφηβος να τρίβει το πέος του πάνω σε αντικείμενα;**

Όχι.

**20. Μετά τον αυνανισμό τι πρέπει να κάνει ένας έφηβος;**

Να καθαρίσει τα γεννητικά του όργανα και να πλύνει τα χέρια του.

**21. Μπορεί ένας έφηβος να τραυματιστεί από την αυτοϊκανοποίηση; (αυνανισμό;)**

Ναι.

**22. Πώς ένας έφηβος μπορεί να τραυματίσει το πέος του όταν αυνανίζεται;**

1. Όταν αυτοϊκανοποιείται πιάνοντας το πέος πολύ σφιχτά. Αυτό μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό/ κοκκινίλα στο δέρμα του πέους και πόνο.
2. Όταν αυτοϊκανοποιείται υπερβολικά/πολύ συχνά. Αυτό μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό στο δέρμα του πέους και πόνο.
3. Όταν αυτοϊκανοποιείται και βάζει πάνω στο πέος του αλοιφές ακατάλληλες για το δέρμα. Αυτό μπορεί να προκαλέσει κάψιμο στο πέος.

**23. Τι μπορεί να πάθει το πέος αν τραυματιστεί;**

Κοκκινίλες, αίμα, αίσθηση καψίματος, πόνο.

**24. Τι πρέπει να κάνεις όταν θέλεις να αυτοϊκανοποιηθείς; (διαδικασία).**

(αναλυτικά στο παράρτημα)

**25. Που μπορεί ένας έφηβος να αυτοϊκανοποιηθεί;**

Στο υπνοδωμάτιο και το μπάνιο του.

**26. Μπορεί ένας έφηβος να αυτοϊκανοποιηθεί στη τουαλέτα του σπιτιού του ξάδερφου του;**

Όχι.

**27. Μπορεί ένας έφηβος να αυτοϊκανοποιηθεί στην παραλία όταν έχει όμορφα κορίτσια αλλά δεν τον βλέπει κανείς;**

Όχι.

**28. Τι πρέπει να κάνεις όταν θέλεις να αυτοϊκανοποιηθείς στο δωμάτιο σου;**

Κλείσιμο πόρτας- κουρτίνας- πατζουριών/ Ιδιωτικός χώρος.

**29. Τι θα κάνεις αν όταν αυτοϊκανοποιείσαι, ο αδερφός σου χτυπήσει την πόρτα και θέλει να μπει στο δωμάτιο;**

(Ενδεικτική απάντηση) - Δε μπορείς αυτή τη στιγμή, έχω μια δουλειά. Θα σε φωνάξω εγώ.

**30. Τι θα κάνεις αν όταν αυτοϊκανοποιείσαι στο μπάνιο του σπιτιού σου, η μαμά σου χτυπάει την πόρτα;**

(Ενδεικτική απάντηση) - Δε μπορείς αυτή τη στιγμή, έχω/ κάνω μια δουλειά. Θα σε φωνάξω εγώ.

**31. Θα αφήσεις το μπαμπά σου να μπει μέσα στο μπάνιο όταν αυτοϊκανοποιείσαι για να πάρει μία πετσέτα που την χρειάζεται άμεσα;**

Όχι.

(Ενδεικτική απάντηση) - Δε μπορείς αυτή τη στιγμή, έχω/ κάνω μια δουλειά. Θα σε φωνάξω εγώ.

**32. Όταν αυνανίζεσαι μπορείς να βάζεις πάνω στο πέος σου αλοιφές όλων των ειδών;**

Όχι.

**33. Τι πρέπει να κάνεις όταν νιώθεις κάψιμο ή ερεθισμό στο δέρμα κατά τη διάρκεια της αυτοϊκανοποίησης;**

Χρησιμοποιώ λίγο λιπαντικό. Βάζω μερικές σταγόνες πάνω στο πέος.

**34. Μπορεί ένας άντρας να χρησιμοποιεί κατά τη διάρκεια του αυνανισμού λιπαντικό;**

Ναι.

**35. Ποιόν θα ρωτήσεις αν έχεις μια απορία για την αυτοϊκανοποίηση;**

Τον πατέρα μου (ή τον γιατρό).

**36. Μπορείς να ρωτήσεις την μητέρα σου αν έχεις μια απορία για την αυτοϊκανοποίηση;**

Όχι.

**37. Θα μιλήσεις στους φίλους σου για τις απορίες που ίσως έχεις για τον αυνανισμό;**

Όχι.

**38. Ποιο άτομο θα ρωτήσεις αν θελήσεις κάποια συμβουλή για την αυτοϊκανοποίηση;**

Τον πατέρα μου (ή τον γιατρό).

**39. Σε ποιο άτομο μπορείς να μιλήσεις για τον αυνανισμό;**

Τον πατέρα μου (ή τον γιατρό).

**40. Δύο τρόποι ώστε τα γεννητικά όργανα ενός άντρα να είναι καθαρά μετά τον αυνανισμό.**

Α) Πλύσιμο με νερό και σαπούνι.

Β) Καθαρισμός με μωρομάντηλο ή χαρτομάντηλο.

**41. Όταν ολοκληρώσεις τη διαδικασία του αυνανισμού, τι πρέπει να κάνεις;**

Καθαρισμός γεννητικών οργάνων και χεριών.

**Παράρτημα**

## 1. Πως αυτοϊκανοποιούμαι;

Πριν ξεκινήσεις την αυτοϊκανοποίηση βεβαιώσου ότι είσαι σε ιδιωτικό χώρο (όπως το δωμάτιο σου ή το μπάνιο σου). Η πόρτα να είναι κλειστή και να είσαι μόνος στο δωμάτιο. Η αυτοϊκανοποίηση είναι μια φυσιολογική διαδικασία και δεν είναι επικίνδυνη. Οι περισσότεροι έφηβοι την κάνουν. Με την αυτοϊκανοποίηση μπορείς να εξερευνήσεις το σώμα σου και να βιώσεις ευχαρίστηση.

Τα βήματα αυτά θα σε βοηθήσουν να πετύχεις οργασμό, εκσπερμάτιση και ευχαρίστηση.

1. Χάιδεψε το πέος σου με το χέρι σου από την κορυφή μέχρι την βάση του (ρυθμική κίνηση πάνω κάτω).
2. Αν αισθάνεσαι μεγάλη τριβή (κάψιμο ή ενόχληση στο δέρμα του πέους), μπορείς να χρησιμοποιήσεις λιπαντικό που θα κάνει το χέρι σου να γλιστράει πιο εύκολα (βεβαιώσου ότι το λιπαντικό είναι φτιαγμένο με βάση το νερό. Ποτέ μην χρησιμοποιείς λιπαντικό με βάση το πετρέλαιο όπως η βαζελίνη).
3. Συνέχισε να ανεβοκατεβάζεις το χέρι σου για 5 με 10 λεπτά ή περισσότερο.
4. Κατά την διάρκεια αυτή θα νοιώθεις αυξανόμενη ευχαρίστηση στο πέος σου μέχρι να εκσπερματώσεις, δηλαδή, ένα άσπρο υγρό να βγει από την τρύπα του πέους σου (ουρήθρα). Το άσπρο υγρό είναι το σπέρμα και είναι φυσιολογικό να βγαίνει. Αυτό σημαίνει ότι τελείωσες τον αυνανισμό.
5. Χρησιμοποίησε υγρό χαρτομάντιλο ή μια πετσέτα για να σκουπιστείς καλά. Ακόμα καλύτερα να κάνεις ένα μπάνιο μετά τον αυνανισμό.
6. Υπάρχουν και αρκετές περιπτώσεις που μπορεί να μην εκσπερματίσεις [να βγει το άσπρο υγρό από την τρύπα του πέους σου (ουρήθρα)]. Και αυτό είναι φυσιολογικό (Hénault, 2006).

## 2. Αυτοϊκανοποίηση