



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

**ΠΜΣ «ΘΕΩΡΙΑ, ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ
ΕΡΓΟΥ»**

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΕ ΘΕΜΑ:

**Διερεύνηση της ενεργούς ενσυναίσθησης και της σύνδεσης
θεραπευτών με παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος ως
παράγοντες προαγωγής και ανάπτυξης της θεραπευτικής σχέσης υπό
το πρίσμα της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς**

Καθηγήτρια: Αγγελική Γενά

Ονοματεπώνυμο φοιτητή: Κυριάκος Αλέξανδρος Σαμπάγ

Αριθμός Μητρώου: 218054

Εαρινό εξάμηνο του ακαδ. έτους 2020-2021

Πανεπιστημιούπολη-Αθήνα

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ

Αγγελική Γενά, Καθηγήτρια Ειδικής Αγωγής, Παιδαγωγικό Τμήμα Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

ΜΕΛΗ

Πέτρος Γαλάνης, PhD, ΕΔΠ Ειδικής Αγωγής, Παιδαγωγικό Τμήμα Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Εριφύλλη Τσιρέμπολου, PhD, Ψυχολόγος, Διδάσκουσα στο ΠΜΣ «Θεωρία, Πράξη και Αξιολόγηση του Εκπαιδευτικού Έργου», κατεύθυνση Ειδικής Αγωγής, Παιδαγωγικό Τμήμα Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι η συγκεκριμένη Διπλωματική Εργασία για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών του ΠΜΣ «Θεωρία, Πράξη και Αξιολόγηση του Εκπαιδευτικού Έργου» – Πλήρους Φοίτησης, κατεύθυνσης Ειδικής Αγωγής, του Παιδαγωγικού Τμήματος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης της Φιλοσοφικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών έχει συγγραφεί από εμένα προσωπικά και δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.

Η εργασία αυτή έχοντας εκπονηθεί από εμένα, αντιπροσωπεύει τις προσωπικές μου απόψεις επί του θέματος. Οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης διπλωματικής αναφέρονται στο σύνολό τους, δίνοντας πλήρεις αναφορές στους συγγραφείς, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο.

Σε κάθε περίπτωση, αναληθούς ή ανακριβούς δηλώσεως, υπόκειμαι στις συνέπειες που προβλέπονται στον Κανονισμό Σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Θεωρία, Πράξη και Αξιολόγηση του Εκπαιδευτικού Έργου» και στις διατάξεις που προβλέπει η Ελληνική και Κοινοτική Νομοθεσία περί πνευματικής ιδιοκτησίας».

Ο ΔΗΛΩΝ

Όνοματεπώνυμο: Κυριάκος Αλέξανδρος Σαμπάγ

Αριθμός Μητρώου: 218054

Υπογραφή: Κυριάκος Αλέξανδρος Σαμπάγ

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	8
Περίληψη.....	10

A' Μέρος: Θεωρητικό Πλαίσιο

1. Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος

1.1. Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-5.....	12
1.2. Συμπτωματολογία.....	14
1.2.1. Σημαντικά ελλείμματα σε άτομα με ΔΑΦ.....	14
1.2.2. Πλεονασμοί στη συμπεριφορά ατόμων με ΔΑΦ.....	20
1.3. Επιδημιολογία.....	22
1.4. Αιτιολογία.....	23
1.5. Θεραπευτικές και Παιδαγωγικές Παρεμβάσεις – Επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές για τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος.....	24

2. Ανάλυση της Συμπεριφοράς

2.1. Συμπεριφορισμός και Ανάλυση της Συμπεριφοράς.....	28
2.2. Θεωρητική Πλαισίωση της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς.....	30
2.2.1. Κλασική ή εξαρτημένη αντανακλαστική μάθηση.....	31
2.2.2. Συντελεστική μάθηση.....	31
2.2.2.1. Μορφές συντελεστικής μάθησης.....	32
2.2.2.2. Τα είδη των ενισχυτών στη συντελεστική μάθηση.....	35

2.2.3. Κοινωνική μάθηση	37
2.3. Διδακτικές τεχνικές της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς	38
2.3.1. Κύκλος Συστηματικής Διδασκαλίας.....	39
2.3.2. Σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς.....	39
2.3.3. Τμηματική βοήθεια.....	40
2.3.4. Συστήματα ανταλλάξιμων αμοιβών.....	41
2.3.5. Σύστημα Επικοινωνίας μέσω Ανταλλαγής Εικόνων	42
2.3.6. «Κατ' ευκαιρία» διδασκαλία	42
2.3.7. Μάθηση μέσω παρατήρησης προτύπου	43

3. Θεραπευτική σχέση

3.1. Ορισμός θεραπευτικής σχέσης	44
3.2. Θεραπευτική σχέση και Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος.....	48
3.3. Στρατηγικές ενίσχυσης της θεραπευτικής σχέσης.....	51
3.4. Ενσυναίσθηση.....	57
3.5. Συμπόνια.....	61

4. Σκοπός της έρευνας

4.1. Σύνδεση με προγενέστερες έρευνες.....	66
4.2. Σκοπός της έρευνας	75

B' Μέρος: Έρευνα

5. Μέθοδος

5.1. Δείγμα	78
5.1.1. Δείγμα θεραπευτών	78
5.1.2. Δείγμα παιδιών.....	80
5.2. Λειτουργικοί ορισμοί μεταβλητών	81
5.3. Συνθήκες διεξαγωγής της έρευνας.....	88
5.4. Υλικό έρευνας.....	89
5.5. Διαδικασία	90
5.5.1. Γενική διαδικασία	90
5.5.2. Περιγραφή ερευνητικής διαδικασίας	91
5.5.3. Συλλογή δεδομένων.....	92
5.5.4. Έλεγχος της αξιοπιστίας της διαδικασίας συλλογής δεδομένων	93
5.5.5. Ανάλυση δεδομένων	95

6. Αποτελέσματα

6.1. Μεταβλητές.....	98
6.1.1. Μεταβλητές θεραπευτή και παιδιών με καταγραφή συμβάντων	98
6.1.2. Μεταβλητές θεραπευτή με μερική καταγραφή μεσοδιαστήματος	103

7. Συζήτηση

7.1. Σύνοψη των ευρημάτων της έρευνας	113
---	-----

7.1.1. <i>Ενεργός ενσυναίσθηση</i>	113
7.1.2. <i>Σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ</i>	118
7.2. Πρωτοτυπία της έρευνας	122
7.3. Περιορισμοί της έρευνας	124
7.4. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	125
Βιβλιογραφία	128
Γλωσσάριο	157
Παράρτημα	159

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί ένα προσωπικό κατόρθωμα, το οποίο δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς την αμέριστη συμβολή της ερευνητικής ομάδας που συνέβαλε στον μέγιστο βαθμό στη διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας. Για το λόγο αυτό, θα ήθελα να εκφράσω τις προσωπικές μου ευχαριστίες και την απεριόριστη ευγνωμοσύνη μου:

- Στην καθηγήτρια και επόπτριά μου, Αγγελική Γενά, για την ηθική και πρακτική της υποστήριξη στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια. Η δική της συνεχή σύνδεση με τα ερευνητικά τεκταινόμενα παγκοσμίως είναι που αποτέλεσε έμπνευση για τη σύλληψη της ιδέας της παρούσας έρευνας, αλλά και η κλινική και ερευνητική της εμπειρία που υπήρξε σημαντικός αρωγός στη διεξαγωγή της και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, το απεριόριστο πάθος για έρευνα που τη διακατέχει και η γενναιόδωρη αγάπη που δείχνει στους φοιτητές της δεν μπορούν παρά να εμπνέουν το βέλτιστο αποτέλεσμα σε κάθε προσπάθεια που εφοπτεί.
- Στο μέλος ΕΔΙΠ και επόπτη μου, Πέτρο Γαλάνη, ο οποίος ως συνεργάτης και συνοδοιπόρος, με ατελείωτη υπομονή και απίστευτες ώρες μελέτης και εργασίας, αποτέλεσε τον καθοδηγητή και δάσκαλό μου τόσο σε επίπεδο μεθοδολογίας όσο και ανάλυσης των ευρημάτων. Η συνεχής του ανατροφοδότηση από τα πρώτα στάδια σύλληψης της ιδέας της έρευνας μέχρι και το τελευταίο στάδιο της επιμέλειας της διπλωματικής μου εργασίας, καθώς και οι ιδέες που συνελάμβανε ανά καιρούς βοήθησαν στην ανάπτυξη του παρόντος ερευνητικού έργου και προσέφεραν έναν πολυδιάστατο χαρακτήρα διερεύνησης. Χωρίς τη δική του συμβολή, τίποτα δεν θα ήταν εφικτό.
- Στη φίλη, συμφοιτήτρια και συνερευνητριά μου, Κατερίνα Μπέρτου, η οποία με την αστείρευτη κλινική της εμπειρία ως θεραπεύτρια της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, βοήθησε σε όλα τα στάδια του παρόντος ερευνητικού έργου με προσωπική της μελέτη, με άπειρες ώρες συζητήσεων και με κάθε δυνατόν τρόπο συμβολής,

στερώντας χρόνο από τον εαυτό και την οικογένειά της. Αποτέλεσε το παντοτινό ηθικό και ψυχολογικό μου στήριγμα σε κάθε δυσκολία που μπορεί να ανέκυπτε, γι' αυτό και χωρίς τη δική της συνεχή παρουσία και προσπάθεια, τίποτα από την παρούσα ερευνητική προσπάθεια δεν θα ήταν ίδιο.

- Στη θεραπεύτρια του Ινστιτούτου Συστημικής Ανάλυσης της Συμπεριφοράς (ΙΣΑΣ), Φαίδρα Ταμπύρογλου, η οποία στερώντας προσωπικό της χρόνο για χάρη της ανάγκης και επιθυμίας της να εξελιχθεί και να μάθει τον τρόπο που διεξάγεται μια έρευνα, προθυμοποιήθηκε να βοηθήσει με την κλινική της εμπειρία στον έλεγχο της αξιοπιστίας συλλογής των δεδομένων του παρόντος ερευνητικού έργου.
- Στην οικογένεια και τους φίλους μου που, με περίσσια υπομονή, με πίστη στις δυνατότητές μου και με απόλυτη κατανόηση, μού συμπαραστάθηκαν καθόλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών, ωθώντας με να ξεπερνάω τα όριά μου, ακόμη και όταν πίστευα ότι αυτά έχουν εξαντληθεί. Αποτέλεσαν για εμένα μια κοινωνική «ανάσα», ένα «καταφύγιο» αλληλεγγύης, χωρίς τα οποία δεν θα μπορούσα να έχω ανταπεξέλθει στο δύσκολο αυτό έργο.

Περίληψη

Η θεραπευτική σχέση ελάχιστα έχει συνδεθεί με την επίτευξη βέλτιστων θεραπευτικών αποτελεσμάτων στη Συμπεριφορική – Αναλυτική προσέγγιση. Αν και έννοιες όπως η ενσυναίσθηση και η συμπόνια, που έχουν συνδεθεί με την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, έχουν μελετηθεί από διάφορες ψυχολογικές προσεγγίσεις, αλλά και στο επιστημονικό πεδίο της ιατρικής, κρίνεται σκόπιμη και η διερεύνηση της θεραπευτικής σχέσης υπό το πρίσμα της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς (ΕΑΣ), ώστε να δοθούν απαντήσεις σε ερωτήματα που δεν έχουν μέχρι σήμερα διερευνηθεί συστηματικά. Αυτά δε τα ερωτήματα τίθενται σε συνάρτηση με την ποιότητα της σχέσης που δυνάμει μπορεί να αναπτυχθεί μεταξύ θεραπευτή και παιδιού με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Επιπλέον, στο πλαίσιο της ανάπτυξης της θεραπευτικής σχέσης έχει διερευνηθεί η σημασία της σύνδεσης θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ, καθώς και οι δεξιότητες που οφείλουν οι θεραπευτές να εκδηλώνουν κατά τη διάρκεια της συνθήκης του ελεύθερου παιχνιδιού. Ωστόσο, το σύνολο των ερευνών εξέταζε την παραπάνω μεταβλητή μόνο στη συνθήκη ελεύθερου παιχνιδιού που πραγματοποιείται πριν από την έναρξη μιας θεραπευτικής συνεδρίας και όχι κατά τη διάρκεια αυτής.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτριών και παιδιών με ΔΑΦ υπό το πρίσμα της ΕΑΣ σε συνάρτηση με την κλινική εμπειρία των πρώτων, μέσα από την εκδήλωση της ενεργούς ενσυναίσθησης από την πλευρά των θεραπευτριών προς τα παιδιά με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια θεραπευτικών συνεδριών, καθώς και από την εκδήλωση συγκεκριμένων κύριων (φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση, κοινωνική ενίσχυση, πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση) και δευτερευόντων (λεκτική επανάληψη ή/και επέκταση, μίμηση, περιγραφή) δεξιοτήτων κατά τη σύνδεσή τους με παιδιά με ΔΑΦ σε συνθήκη παιχνιδιού κατά την παροχή ενίσχυσης. Στο πλαίσιο αυτής της διερεύνησης, μελετήθηκαν και οι συναισθηματικές εκδηλώσεις των παιδιών με ΔΑΦ προς τις θεραπεύτριές τους, καθώς και η ανταπόκριση των θεραπευτριών σε αυτές τις συναισθηματικές εκδηλώσεις σε συνάρτηση με την κλινική τους εμπειρία. Στην έρευνα συνολικά συμμετείχαν έξι θεραπεύτριες, τρεις αρχάριες και τρεις έμπειρες, και έντεκα

παιδιά με ΔΑΦ. Επιπλέον, έγινε χρήση περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής, ενώ η αξιοπιστία της συλλογής των δεδομένων ελέγχθηκε από ανεξάρτητους παρατηρητές.

Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι οι έμπειρες θεραπεύτριες εκδήλωναν σε υψηλότερα ποσοστά το σύνολο των προαναφερθεισών δεξιοτήτων, με εξαίρεση την ανταπόκριση των θεραπευτριών στα θετικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ, συνθήκη υπό την οποία οι αρχάριες θεραπεύτριες ανταποκρίθηκαν σε υψηλότερα ποσοστά. Ωστόσο, στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων θεραπευτριών παρατηρήθηκε μόνο ως προς την εκδήλωση της ενεργούς ενσυναίσθησης, των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων παιδιών με ΔΑΦ, την ανταπόκριση των θεραπευτριών στα αρνητικά συναισθήματα, την εκδήλωση της φυσικής εγγύτητας με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση και της δεξιότητας της περιγραφής.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας καταδεικνύουν ότι η κλινική εμπειρία των θεραπευτών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και προαγωγή της θεραπευτικής σχέσης τόσο μέσα από την εκδήλωση της ενεργούς ενσυναίσθησης, μιας διαπροσωπικής δεξιότητας, όσο και μέσα από την εκδήλωση κύριων και δευτερευουσών δεξιοτήτων που συντελούν στη σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ. Τέλος, η ενεργός ενσυναίσθηση φαίνεται ότι μπορεί να αποτελέσει τόσο ένδειξη για την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης όσο και τρόπο για την περαιτέρω ανάπτυξη και προαγωγή της.

Λέξεις – Κλειδιά: Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς, θεραπευτική σχέση, ενεργός ενσυναίσθηση, σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ, συναισθηματικές εκδηλώσεις παιδιών με ΔΑΦ, φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση, κοινωνική ενίσχυση, πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση, λεκτική επανάληψη ή/και επέκταση, μίμηση, περιγραφή.

A' Μέρος: Θεωρητικό Πλαίσιο

1. Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος

Στο παρόν κεφάλαιο θα εξεταστεί ο όρος «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος» (ΔΑΦ), όπως προτάθηκε από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών – 5 (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013), παρουσιάζοντας τα βασικά χαρακτηριστικά του. Συγκεκριμένα, θα γίνει λόγος για τα διαγνωστικά κριτήρια που χρειάζεται να πληροί ένα παιδί προκειμένου να λάβει διάγνωση για ΔΑΦ, η συμπτωματολογία, η επιδημιολογία και η αιτιολογία της διαταραχής αυτής, καθώς και οι επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές, ήτοι οι θεραπευτικές και παιδαγωγικές παρεμβάσεις που έχουν τεκμηριωθεί επιστημονικά, για την εκπαίδευση των παιδιών με ΔΑΦ και την αντιμετώπιση της διαταραχής αυτής.

1.1. Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-5

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (2013) με την αναθεωρημένη 5^η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών – 5 (DSM-5) όρισε τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) ως μια ενιαία διαγνωστική κατηγορία που περιλαμβάνει διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας βάσει συμπτωματολογίας. Σε αυτή συμπεριλήφθηκαν και οι παλαιότερα αποκαλούμενες Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ)¹ με εξαίρεση τη διαταραχή Rett,. Τα επίπεδα αυτά διακρίνονται σε: α) «Επίπεδο 1: απαιτεί στήριξη», β) «Επίπεδο 2: απαιτεί σημαντική στήριξη» και γ) «Επίπεδο 3: απαιτεί πολύ σημαντική στήριξη» και αφορούν στην στήριξη του ατόμου στους τομείς της κοινωνικής επικοινωνίας και των περιορισμένων ενδιαφερόντων και επαναληπτικών συμπεριφορών.

Η συμπτωματολογία της ΔΑΦ, επίσης, ομαδοποιήθηκε σε δύο βασικές κατηγορίες: α) σοβαρά ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση

¹ Στις ΔΑΔ συμπεριλαμβάνονταν διαγνώσεις όπως «Αυτισμός», «Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή», «Σύνδρομο Asperger» και «ΔΑΔ – Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς» (Γενά, 2002).

και β) στερεοτυπικές, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, δραστηριότητες και ενδιαφέροντα (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

Βάσει των παραπάνω, λοιπόν, σύμφωνα με το DSM-5 (APA, 2013), προκειμένου να διαγνωσθεί ένα άτομο με ΔΑΦ, οφείλει να πληροί τα παρακάτω πέντε κριτήρια:

1) Επίμονα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση, που εκδηλώνονται τόσο για μακρά χρονικά διαστήματα όσο και σε διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες. Τα ελλείμματα αυτά αφορούν: α) στην κοινωνικό-συναισθηματική ανταπόκριση (π.χ. αδυναμία λήψης πρωτοβουλιών επικοινωνίας και ανταπόκρισης στις πρωτοβουλίες άλλων), β) στην εξωλεκτική επικοινωνία που απαιτείται στην κοινωνική συνδιαλλαγή (π.χ. έλλειψη βλεμματικής επαφής και χρήσης γλώσσας σώματος), γ) στην ανάπτυξη, διατήρηση και κατανόηση σχέσεων (π.χ. απουσία ενδιαφέροντος για συναλλαγή και σύναψη σχέσεων με συνομηλίκους).

2) Περιορισμένα, επαναληπτικά πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων, που εκδηλώνονται με τουλάχιστον 2 από τα παρακάτω ελλείμματα: α) εκδήλωση στερεοτυπιών και επαναλήψεων στον λόγο και την κίνηση με ή χωρίς αντικείμενα (π.χ. ηχολαλία), β) επιμονή για αμεταβλητότητα και αδιάλλακτη επιμονή σε ρουτίνες και τελετουργικά μοτίβα λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς (π.χ. επιμονή στην κατανάλωση της ίδιας τροφής σε καθημερινή βάση), γ) περιορισμένα και εμμονικά ενδιαφέροντα σε πολύ μεγάλο βαθμό που προδίδουν παθολογία (π.χ. υπερβολική προσκόλληση σε ασυνήθιστα αντικείμενα), δ) υπερ- ή υποδιέγερση σε αισθητηριακά ερεθίσματα ή ασυνήθιστα ενδιαφέροντα που σχετίζονται με αισθητηριακές παραμέτρους του περιβάλλοντος (π.χ. ιδιαίτερη ευαισθησία ή πλήρης αδιαφορία σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος, όπως μια οσμή, που δεν δικαιολογεί τέτοια αντίδραση).

3) Τα συμπτώματα θα πρέπει να υπάρχουν από την πρώιμη παιδική ηλικία, ακόμη και αν δεν εκδηλώνονται σε μεγάλο βαθμό έως ότου κοινωνικές παράμετροι ξεπεράσουν τις δυνατότητες ή τις μαθημένες στρατηγικές αντιμετώπισης του ατόμου.

4) Πρόκληση σημαντικής έκπτωσης στον κοινωνικό, εργασιακό ή άλλο σημαντικό τομέα λόγω των συμπτωμάτων αυτών που περιορίζει τη λειτουργικότητα του ατόμου.

5) Έλλειψη δυνατότητας απόδοσης των προαναφερθέντων συμπτωμάτων σε διανοητική αναπηρία ή γενικευμένη αναπτυξιακή καθυστέρηση. Μπορεί να υπάρχει

συννοσηρότητα της ΔΑΦ με διανοητική αναπηρία, αρκεί όμως η κοινωνική επικοινωνία να παρουσιάζει ελλείμματα αναντίστοιχα του αναπτυξιακού επιπέδου του ατόμου.

Τέλος, για τη διάγνωση της ΔΑΦ χρειάζεται να δηλώνεται η τυχούσα ύπαρξη συννοσηρότητας με νοητική καθυστέρηση ή διανοητική δυσλειτουργία, όπως προαναφέρθηκε, με γλωσσική δυσλειτουργία ή κατατονία, καθώς και ο συσχετισμός της με κάποιον ιατρικό, γενετικό ή περιβαλλοντικό παράγοντα (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017: 45-47).

1.2. Συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα της ΔΑΦ διακρίνονται σε ελλείμματα και πλεονασμούς. Η ένταση και ο τρόπος εκδήλωσης των συμπτωμάτων διαφοροποιούνται ανάλογα με το παιδί, αφού παράγοντες όπως το νοητικό δυναμικό και το επίπεδο λόγου του παιδιού φαίνεται ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτά. Σε αυτό συμβάλλει και η ανάπτυξη του παιδιού με ΔΑΦ, λόγω της νευρολογικής του ωρίμανσης, καθώς και οι περιβαλλοντικές επιδράσεις, οι εμπειρίες διαμέσου κοινωνικών συναλλαγών και η εκπαίδευση της οποίας είναι αποδέκτης (Γενά, 2002· Γενά & Μακρυγιάννη, 2017). Παρακάτω, γίνεται ιδιαίτερη μνεία τόσο για τους τομείς σημαντικών ελλείψεων των παιδιών με ΔΑΦ όσο και πλεονασμών στη συμπεριφορά τους.

1.2.1. Σημαντικά ελλείμματα σε άτομα με ΔΑΦ

Τα παιδιά με ΔΑΦ παρουσιάζουν σημαντικά ελλείμματα σε διάφορους τομείς. Ένας από αυτούς είναι η συγκέντρωση προσοχής, όπου οι ελλείψεις αυτές εκδηλώνονται με ποικίλους τρόπους. Πρώτα απ' όλα, τα άτομα με ΔΑΦ χαρακτηρίζονται από απουσία βλεμματικής επαφής, αφού φαίνεται να την αποφεύγουν, να αδυνατούν να εστιάσουν στα μάτια των άλλων ατόμων, καθώς και να μην κοιτάνε ευθέως τα άλλα άτομα, αλλά να κάνουν χρήση κυρίως της περιφερειακής τους όρασης, χαρακτηριστικά που είναι εμφανή από τους πρώτους μήνες ζωής του

παιδιού με ΔΑΦ, γι' αυτό και λειτουργούν ως πρώιμοι δείκτες της διαταραχής (Clifford et al., 2007· Γενά & Μακρυγιάννη, 2017· Jones et al., 2008· Senju & Johnson, 2009· Yi et al., 2013). Επιπλέον, χαρακτηρίζονται από διάσπαση προσοχής που επηρεάζει τόσο τη μάθηση όσο και την κοινωνικοποίησή τους, αλλά και από υπερβολική προσήλωση σε αντικείμενα στα οποία επιδεικνύουν εμμονικό ενδιαφέρον και η αφαίρεση των οποίων μπορεί να οδηγήσει σε έντονες εκρήξεις θυμού, ενώ, τέλος, μπορεί να εκδηλώνουν ανησυχία με ακατάπαυστες επαναληπτικές κινήσεις του κορμού και των άκρων τους (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

Άλλος τομέας που χαρακτηρίζεται από σημαντικά ελλείμματα είναι αυτός του λόγου και της επικοινωνίας. Η πρόσκτηση και εκφορά λόγου είναι μία από τις μεγαλύτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΑΦ. Σε επίπεδο προφορικού λόγου, δύναται να υφίστανται ελλείψεις στη φωνητική, τη φωνολογία, τη μορφολογία, τη γραμματική και τη σύνταξη, ενώ μπορεί να παρατηρηθεί πλήρης απουσία του έως και ήπιες πραγματολογικές αποκλίσεις, που παρά την ηπιότητά τους μπορεί να γίνονται εμφανείς στον περιγραφικό και αφηγηματικό λόγο των παιδιών με ΔΑΦ (Durrleman et al., 2015· Γενά & Μακρυγιάννη, 2017). Δυσκολίες, ακόμη, αντιμετωπίζουν και στον αντιληπτικό λόγο, δηλαδή στην κατανόηση του λόγου και κυρίως στα πραγματολογικά χαρακτηριστικά αυτού, όπως το χιούμορ, οι μεταφορές και η επαγωγική λογική. Επιπλέον, τα άτομα με ΔΑΦ παρουσιάζουν ηχολαλία, ήτοι μη επικοινωνιακή, επαναληπτική χρήση μεμονωμένων ήχων, λέξεων, φράσεων παρουσία ή απουσία άλλων ατόμων (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017). Στοιχεία, επίσης, δυσφασίας² και δυσπραξίας³ μπορεί να εντείνουν τις δυσκολίες λόγου των παιδιών με ΔΑΦ (Rapin & Dunn, 2003). Επιπροσθέτως, παρατηρούνται δυσκολίες στην χροιά ή την προσωδία (π.χ. μονότονη, χωρίς χρωματισμό ή υπερβολικά μελωδική), στον ρυθμό (πολύ αργός ή γρήγορος) και στην ένταση (πολύ χαμηλή ή υψηλή) της φωνής του παιδιού με ΔΑΦ, καθώς και γλωσσικές δυσκολίες που αφορούν τη γραμματική και τη σύνταξη (π.χ. αντιστροφή αντωνυμιών) (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017). Τέλος, τα άτομα με ΔΑΦ

² Ως δυσφασία ορίζεται η μερική απώλεια ικανοτήτων του λόγου που έχουν σχέση με την κατανόηση και εκφορά του, με αποτέλεσμα την ήπια ή σοβαρή καθυστέρηση ανάπτυξής του (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

³ Ως δυσπραξία ορίζεται η ορισμένου βαθμού απώλεια κινητικού συντονισμού που είτε αφορά στη συνολική κίνηση του ατόμου είτε στην κίνηση της στοματικής κοιλότητας συγκεκριμένα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση προβλημάτων άρθρωσης (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στα πραγματολογικά χαρακτηριστικά του λόγου και της επικοινωνίας λόγω αδυναμίας αντίληψης των κοινωνικών παραμέτρων (π.χ. έλλειψη ευγένειας) (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017· Loucas et al., 2008· Tager-Flusberg et al., 2009), στη δημιουργική χρήση του λόγου (π.χ. αυστηρά κυριολεκτική χρήση του λόγου, έλλειψη αυτοσχεδιασμού, χρήση επιτηδευμένου λεξιλογίου, αδυναμία κατανόησης χιούμορ, παρομοιώσεων κλπ.), στον τομέα της Θεωρίας του Νου (π.χ. δυσκολία σε μεταγνωστικές επεξεργασίες, όπως ο αναστοχασμός) και στην επεξεργασία στοιχείων της εξωλεκτικής επικοινωνίας (π.χ. τόνος, χροιάς φωνής που προσδίδουν ειρωνεία, γλώσσα σώματος, μορφασμοί) (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

Ο τομέας των κοινωνικών και συναισθηματικών εκδηλώσεων είναι άλλος ένας που χαρακτηρίζεται από σημαντικές ελλείψεις για τα άτομα με ΔΑΦ. Πρώτα απ' όλα, όσον αφορά στις πρώιμες κοινωνικο-συναισθηματικές εκδηλώσεις του παιδιού με ΔΑΦ, κυριαρχεί η άρνηση ή η αποφυγή της σωματικής επαφής, ακόμη και με άτομα του οικείου τους περιβάλλοντος (π.χ. να αγκαλιάσουν με δική τους πρωτοβουλία τους γονείς τους ή να δεχτούν την αγκαλιά τους), ενώ η ίδια σωματική επαφή, όταν συμβαίνει, δύναται να επιφέρει την έντονη αντίδραση του παιδιού, όπως κλάμα (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017). Τα παραπάνω συνηγορούν και στην έλλειψη κινήτρων για κοινωνική αποδοχή, η οποία σε συνδυασμό με την άρνηση ή αποφυγή των παιδιών με ΔΑΦ για κοινωνική επαφή και επικοινωνία, οδηγεί συχνά σε αδυναμία δημιουργίας και διατήρησης κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και σχέσεων (Cotugno, 2009· Dawson et al., 2004· Γενά & Μακρυγιάννη, 2017). Για αυτή την αδυναμία των ατόμων αυτών ευθύνη φέρουν και οι δυσχέρειες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΑΦ τόσο σε συναισθηματικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο ενσυναίσθησης, αφού δυσκολεύονται να εκδηλώσουν τα συναισθήματά τους, καθώς και να μπουν στη θέση του άλλου. Τα προαναφερθέντα, σε συνδυασμό με την αδυναμία τους να αντιληφθούν κοινωνικές προσταγές, οδηγούν τα παιδιά με ΔΑΦ σε κοινωνικά ολισθήματα (faux-pas)⁴ (Bellini, et al., 2007). Τέλος, δυσκολίες αντιμετωπίζουν στην έναρξη ενός διαλόγου με δική τους πρωτοβουλία, αλλά και στη διατήρησή του, καθώς και στην αποκωδικοποίηση και χρήση του εξωλεκτικού κώδικα επικοινωνίας, όπως είναι για παράδειγμα η

⁴ Παράδειγμα κοινωνικού ολισθήματος είναι ο χαρακτηρισμός ενός ανθρώπου με πολλά κιλά ως «χοντρού», ενώ ο ίδιος είναι παρών. Τα παιδιά με ΔΑΦ δεν συνειδητοποιούν την αρνητική χροιά ορισμένων χαρακτηρισμών και μπορεί να είναι προσβλητικά, χωρίς να το επιθυμούν (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

διατήρηση της βλεμματικής επαφής με τον συνομιλητή τους κατά τη διάρκεια μιας συζήτησης, Η λεκτική, λοιπόν, με την εξωλεκτική επικοινωνία των παιδιών με ΔΑΦ συχνά δεν συμβαδίζουν (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

Άλλο ένα χαρακτηριστικό της συμπτωματολογίας ατόμων με ΔΑΦ είναι τα ελλείμματα στις δεξιότητες Θεωρίας του Νου (Andreou & Skrimpa, 2020· Baron-Cohen et al., 1985· Γενά & Μακρυγιάννη, 2017). Η Θεωρία του Νου αφορά στην ικανότητα των ατόμων να αξιολογούν τη συμπεριφορά των άλλων βάσει της δικής τους οπτικής, όπως τους στόχους, τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις τους, και για τον λόγο αυτό έχουν τη δυνατότητα να αντιλαμβάνονται τις προθέσεις και τα συναισθήματα των άλλων, καθώς και να διαθέτουν αυτεπίγνωση (Frith & Frith, 1999). Από τα πρώιμα στάδια της ανάπτυξης, τα βρέφη επιδεικνύουν αδυναμία εμπλοκής σε επεισόδια από κοινού εστίασης της προσοχής, που συνιστά την έλλειψη ικανότητας να ακολουθούν το βλέμμα κάποιου άλλου προς ένα αντικείμενο αμοιβαίου ενδιαφέροντος (Carpenter et al., 1998). Επιπλέον, εξαιτίας των ελλειμάτων αυτών, τα άτομα με ΔΑΦ δεν είναι σε θέση αμοιβαίου γνωστικού, συναισθηματικού και κοινωνικού συντονισμού με άλλους ανθρώπους, ενώ αντιμετωπίζουν και ελλείμματα στον αναστοχασμό και σε μεταγνωστικές δεξιότητες (π.χ. αδυναμία στη μεταγνωστική επεξεργασία της σκέψης, της συμπεριφοράς και της δράσης τόσο των ίδιων όσο και των άλλων ατόμων), τα οποία τους οδηγούν σε ανεπιτυχείς προσπάθειες κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Begeer et al. , 2010· Fernández, 2013· Shamsi et al., 2019· Zelazo et al., 2002). Το σύνολο των παραπάνω δυσχερειών έχει ονομαστεί και νοητική τύφλωση (mindblindness), η οποία οδηγεί στην αδυναμία αντίληψης και πρόβλεψης των προθέσεων και της συμπεριφοράς των άλλων (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

Όσον αφορά στον τομέα του παιχνιδιού, τα παιδιά με ΔΑΦ εμφανίζουν ορισμένες ιδιαιτερότητες λόγω απουσίας φαντασίας, ανελαστικής σκέψης, δυσκολιών στην κοινωνική αλληλεπίδραση και εμμονών. Τα παραπάνω έχουν ως συνέπεια την αποχή των παιδιών με ΔΑΦ από το συμβολικό ή αναπαραστατικό παιχνίδι, καθώς και από το παιχνίδια ρόλων, ενώ δυσκολίες αντιμετωπίζουν και κατά τη συμμετοχή τους σε δυαδικά ή ομαδικά παιχνίδια. Επομένως, η ενασχόλησή τους με το παιχνίδι είναι μοναχική, γεμάτη επαναλήψεις, ενώ η επιλογή αυτών γίνεται συνήθως βάσει των εμμονών τους. Επιπλέον, η χρήση των παιχνιδιών χαρακτηρίζεται ως ιδιόρρυθμη και το ρεπερτόριό τους ιδιαίτερα περιορισμένο (Γενά, 2002· Γενά & Μακρυγιάννη, 2017· Gena et al., 2007). Τέλος, η αδυναμία ανάπτυξης σχέσεων με συνομηλικούς ελλείπει

ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης για αυτές φαίνεται ότι συνδράμουν σε μεγάλο βαθμό στις προαναφερθείσες ελλείψεις (Cotugno, 2009· Dawson et al., 2004).

Τα άτομα με ΔΑΦ, επιπροσθέτως, παρουσιάζουν ελλείψεις και στον τομέα της αισθητηριακής επεξεργασίας. Οι αισθητηριακές δυσλειτουργίες, καθώς και η ιδιόρρυθμη αισθητηριακή επεξεργασία των ερεθισμάτων συνεπάγεται την αδυναμία σύνθεσης αισθητηριακών πληροφοριών (Ayres, 2005). Οι αισθητηριακές αυτές δυσλειτουργίες μπορεί να αφορούν απτικά, ακουστικά, οπτικά, γευστικά και οσφρητικά ερεθίσματα, ενώ εκδηλώνονται για παράδειγμα με απλανές βλέμμα, στερεοτυπίες, έλλειψη εστίασης σε πρόσωπα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον για φώτα, περιστροφή αντικειμένων, υπερβολική αντίδραση ή πλήρη απάθεια σε ακουστικά ερεθίσματα (Caminha & Lampreia, 2012· Γενά & Μακρυγιάννη, 2017· Robertson & Baron-Cohen, 2017).

Άλλο ένα χαρακτηριστικό των παιδιών με ΔΑΦ είναι η υπερεπιλεκτικότητα, δηλαδή η αδυναμία συνολικής επεξεργασίας των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος, συμπεριλαμβανομένων των εξωτερικών χαρακτηριστικών και της λειτουργίας τους και η επιλεκτική προσοχή που επιδεικνύουν σε μόνο ορισμένα χαρακτηριστικά αυτών. Αυτή η επιλεκτική προσοχή αφορά όχι μόνο σε αντικείμενα, αλλά και σε πρόσωπα και κοινωνικές καταστάσεις. Απότοκο των παραπάνω είναι η εμφάνιση δυσκολιών διάκρισης και αναγνώρισης αντικειμένων, συμβόλων, εννοιών που σχετίζονται με ιδιότητες αντικειμένων, καθώς και γενίκευσης γνώσεων και δεξιοτήτων σε ποικίλες και διαρκώς μεταβαλλόμενες συνθήκες (Γενά, 2002· Γενά & Μακρυγιάννη, 2017· Kelly et al., 2015· Kelly & Reed, 2021)

Ελλείμματα παρατηρούνται και στις γνωστικές λειτουργίες των ατόμων με ΔΑΦ. Οι νοητικές ικανότητες των ατόμων με ΔΑΦ είναι δύσκολα εκτιμήσιμες με εγκυρότητα και αξιοπιστία ελλείψει σταθμισμένων κλιμάκων αξιολόγησης νοημοσύνης σε δείγμα παιδιών με ΔΑΦ και μεγάλου αριθμού σταθμισμένων ψυχομετρικών κλιμάκων για όλο το εύρος της ηλικίας και των αναπτυξιακών χαρακτηριστικών τους. Ωστόσο, είναι γνωστό ότι υπάρχει μεγάλη διακύμανση στις νοητικές ικανότητες ατόμων με ΔΑΦ, αρχής γενομένης από σοβαρή Νοητική Υστέρηση έως και ανώτερη ευφυΐα, με το μεγαλύτερο πλήθος να έχει Δείκτη Νοημοσύνης κάτω του μέσου φυσιολογικού (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017). Επιπλέον, παιδιά με ΔΑΦ με Δείκτη Νοημοσύνης σε τυπικά ή ανώτερα φυσιολογικά επίπεδα

μπορεί να εμφανίζουν υψηλότερο λεκτικό Δείκτη Νοημοσύνης απ' ό,τι πρακτικό (Klin et al., 1995) ή λεκτικό και πρακτικό Δείκτη Νοημοσύνης σε παρόμοιο επίπεδο (Charman et al., 2011). Άλλο χαρακτηριστικό των παιδιών με ΔΑΦ είναι η ασταθής μάθηση, δηλαδή η έλλειψη συνέπειας στη μαθησιακή διαδικασία, η οποία χαρακτηρίζεται από περιόδους ταχείας ανάπτυξης νέων δεξιοτήτων σε εναλλαγή με περιόδους αργής προόδου ή στασιμότητας. Το παραπάνω οφείλεται είτε σε ψυχολογικούς παράγοντες, είτε στη συνεχή ανάγκη των ατόμων με ΔΑΦ για επανάληψη με σκοπό τη διατήρηση των κεκτημένων γνώσεων. Επιπλέον, ενδέχεται να υπάρξει σημαντική απώλεια γνώσεων στους περισσότερους αναπτυξιακούς τομείς ή και στο σύνολό τους, φαινόμενο το οποίο είναι γνωστό ως γνωστική ή νευρολογική παλινδρόμηση. Τελευταίο χαρακτηριστικό των ατόμων με ΔΑΦ είναι τα γνωστικά χάσματα στη μάθηση, δηλαδή η σημείωση σημαντικής προόδου σε ορισμένους τομείς μάθησης (π.χ. απομνημόνευση) σε αντιδιαστολή με άλλους τομείς που αντιμετωπίζουν δυσκολίες (π.χ. επικοινωνία) (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

Ο τελευταίος τομέας ελλειμμάτων των ατόμων με ΔΑΦ είναι αυτός που αφορά στην Αδύναμη Κεντρική Συνοχή και στις Επιτελικές / Εκτελεστικές δυσλειτουργίες. Τα άτομα με ΔΑΦ, λοιπόν, παρουσιάζουν καλύτερη ικανότητα παρατήρησης λεπτομερειών από τα νευροτυπικά άτομα, ωστόσο αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ένταξη των πληροφοριών αυτών σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, με αποτέλεσμα την αδυναμία σφαιρικής και σύνθετης θέασης της πραγματικότητας από πλευράς τους (Happé & Frith, 2006· Ozonoff et al., 1994). Επιπροσθέτως, οι Επιτελικές / Εκτελεστικές δυσλειτουργίες (Executive Functioning Deficits) έχουν ως αποτέλεσμα την ανάδειξη δυσκολιών σε γνωσιακές διεργασίες που αφορούν στον έλεγχο και τη ρύθμιση άλλων γνωσιακών διεργασιών, όπως είναι ο σχεδιασμός δράσης, η διαχείριση χρόνου, η εστίαση προσοχής για μεγάλα χρονικά διαστήματα και στα σημαντικά περιβαλλοντικά ερεθίσματα, η μνήμη εργασίας, η γνωστική ευελιξία, η αναστολή παρορμήσεων και η αυτορρύθμιση (Barnard et al., 2008· Jurado & Rosselli, 2007· Schmeichel, 2007· Schmeichel et al., 2008). Απότοκο των παραπάνω είναι η ανάδειξη δυσκολιών προσαρμογής και αλλαγής δράσεις βάσει των περιστάσεων, των κοινωνικών προσταγών και κανόνων, η αδυναμία δημιουργικής και αυθόρμητης σκέψης, η προβλεψιμότητα των αντιδράσεων, η κυριολεκτική και συγκεκριμένη σκέψη, η έλλειψη ετοιμολογίας και αυθορμητισμού, η αδυναμία μετα-ανάλυσης

σκέψεων και πράξεων, καθώς και αυτοπαρατήρησης, η επιλεκτική προσοχή και οι δυσκολίες στη μνήμη εργασίας των ατόμων με ΔΑΦ (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

1.2.2. Πλεονασμοί στη συμπεριφορά ατόμων με ΔΑΦ

Τα άτομα με ΔΑΦ χαρακτηρίζονται, εκτός από ελλείμματα, και από «πλεονασμούς» στη συμπεριφορά τους. Ένα χαρακτηριστικό των ατόμων με ΔΑΦ είναι η καταφυγή σε διασπαστικές συμπεριφορές ελλείψει καταλληλότερων και πιο αποδεκτών μορφών επικοινωνίας εντός του ρεπερτορίου τους. Η διασπαστική συμπεριφορά μπορεί να λάβει τις εξής μορφές: κρίσεις θυμού, επιθετικότητα και τραυματική συμπεριφορά. Ειδικά για τις κρίσεις θυμού, έχει φανεί ότι τέτοια εκδήλωση διασπαστικής συμπεριφοράς προκύπτει από άτομα που υπολείπονται σε εκφραστικά μέσα λόγου και επικοινωνίας, αλλά διαθέτουν ταυτόχρονα αρκετά ανεπτυγμένες ικανότητες αντίληψης (Γενά & Μακρυγιάννη). Σε κάθε περίπτωση, όμως, η εκδήλωση διασπαστικής συμπεριφοράς υπό όποια μορφή εξυπηρετεί έναν μοναδικό σκοπό, ο οποίος είναι η επιβολή του ατόμου με ΔΑΦ στο περιβάλλον του με στόχο την επιβίωσή του εξαιτίας της έλλειψης από το ρεπερτόριό του άλλων επικοινωνιακών δεξιοτήτων (Carr & Durand, 1985).

Άλλο χαρακτηριστικό των ατόμων με ΔΑΦ είναι οι στερεοτυπικές αντιδράσεις. Ως στερεοτυπία ορίζεται το σύνολο των συμπεριφορών με παρόμοια χαρακτηριστικά, που ενέχουν επαναληψιμότητα, αμεταβλητότητα, ακαμψία και είναι μη κοινωνικά αποδεκτά, λειτουργώντας στιγματιστικά και περιθωριοποιώντας το άτομο που τις εκδηλώνει (Cunningham & Schreibman, 2008· Turner, 1999). Οι στερεοτυπίες εξυπηρετούν ορισμένους σκοπούς, οι οποίοι είναι οι εξής: α) λειτουργούν ενισχυτικά και αυτοδιεγερτικά για το άτομο, γεγονός που τις καθιστά διατηρητέες για τα άτομα που τις εκδηλώνουν (Lovaas et al., 1987· Piazza et al., 2000· Rapp, 2006· Rincover, 1978· Rincover et al., 1979), β) αποτελούν μορφή κοινωνικής αλληλεπίδρασης που αποσκοπεί στην προσέλκυση της προσοχής των άλλων ή στη μείωση των απαιτήσεων του περιβάλλοντος προς τα ίδια (Kennedy et al., 2000) ή γ) αποσκοπούν στην αποφυγή ή διαφυγή από κάποια μη επιθυμητή συνθήκη (Mace & Belfiore, 1990). Επιπλέον, η μορφή των στερεοτυπιών μπορεί να διαφέρει, καθώς μπορεί να είναι λεκτική ή μη λεκτική, λεπτής ή αδρής κινητικότητας, απλές ή σύνθετες και να εμπεριέχουν ή όχι

αντικείμενα. Τέλος, οι στερεοτυπικές αντιδράσεις ενδέχεται να εκδηλώνονται στην όραση (π.χ. παρακολούθηση αντικειμένων κρατώντας ή στρίβοντάς τα), στην ομιλία (π.χ. ηχολαλία, χρήση ιδιοσυγκρασιακών φράσεων), στην όσφρηση (π.χ. μυρίζει επίμονα ανθρώπους), στη γεύση (π.χ. «αποθήκευση» τροφής για ώρα στο στόμα), στην αφή (π.χ. τρίψιμο δακτύλων μεταξύ τους), στην κίνηση (π.χ. «φτερούγισμα» χεριών) και με αντικείμενα (π.χ. ανοιγοκλείσιμο διακοπών) (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

Ένα επιπρόσθετο χαρακτηριστικό των ατόμων με ΔΑΦ είναι η επίμονη προσκόλληση σε ρουτίνες και τελετουργίες και η αντίσταση σε αλλαγές που παρουσιάζουν. Συγκεκριμένα, επιδεικνύουν εμμονή σε ορισμένες επιλογές τους, ανευελιξία σκέψης και προσπαθούν με κάθε τρόπο να διατηρήσουν σταθερά την καθημερινότητά τους. Εμπλέκονται, λοιπόν, σε ρουτίνες που ακολουθούν απαρέγκλιτα με εμμονικό τρόπο, συνοδευόμενο από τελετουργικούς τρόπους σύνδεσης με το περιβάλλον τους, κάτι που γενικεύεται και στον τρόπο λεκτικής επικοινωνίας τους. Τέλος, η διακοπή ή τροποποίηση των ρουτινών αυτών μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματική αποδιοργάνωση, η οποία μπορεί να εκφραστεί με έντονες εκρήξεις θυμού, δυσφορία, φωνές και αυτοτραυματική συμπεριφορά (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

Κλείνοντας, να σημειωθεί πως άλλο ένα τελευταίο χαρακτηριστικό ορισμένων ατόμων με ΔΑΦ είναι η παρουσίαση ιδιαίτερων ικανοτήτων. Παραδείγματα τέτοιων ικανοτήτων είναι η ευχέρεια στην απομνημόνευση, η πραγματοποίηση μαθηματικών πράξεων, ο προσδιορισμός με ακρίβεια της ημέρας συγκεκριμένων ημερομηνιών σε παρελθόν και μέλλον, η υπερλεξία⁵, η ευχερής ανάγνωση, η ορθογραφημένη γραφή, η μάθηση γραμματικών κανόνων, η επιδεξιότητα σε παζλ και παιχνίδια με πολύπλοκους μηχανισμούς, η ικανότητα διάλυσης και ανασύνθεσης πολύπλοκων μηχανών, η ευχέρεια στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές και τις νέες τεχνολογίες, καθώς και η παρακολούθηση και απομνημόνευση οπτικών λεπτομερειών, που τους βοηθά να επιδεικνύουν ιδιαίτερο ταλέντο στη ζωγραφική ή να προσανατολίζονται εύκολα στον χώρο (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

⁵ Ως υπερλεξία ορίζεται η ευχερής αποκωδικοποίηση δύσκολων και πολύπλοκων λέξεων (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

1.3. Επιδημιολογία

Στην παρούσα υποενότητα θα παρουσιαστούν τα επιδημιολογικά στοιχεία της ΔΑΦ. Κατά την εξέταση των στοιχείων αυτών, ως πιο σημαντικό κρίνεται ο επιπολασμός, η συχνότητα δηλαδή με την οποία εμφανίζεται η διαταραχή αυτή στον γενικό πληθυσμό (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

Πλήθος επιδημιολογικών ερευνών έχει καταδείξει μια αυξητική τάση στον επιπολασμό της ΔΑΦ, γεγονός που εγείρει προβληματισμούς και ανησυχία, καθώς υποστηρίζεται ότι η ΔΑΦ έχει λάβει επιδημικές διαστάσεις. Συγκεκριμένα, το 2001 ο επιπολασμός φαινόταν να ήταν 11:10.000 παιδιά κάτω των 8 ετών στις ΗΠΑ, ενώ το 2010 η αναλογία έφτασε τα 71:10.000 (Yau et al., 2013). Σύμφωνα με την Christensen και τους συνεργάτες της (2018), το 2012 στις ΗΠΑ για τα παιδιά ηλικίας 8 ετών, ο επιπολασμός ήταν 145:10.000, με αναλογία 1 στα 43 αγόρια και 1 στα 193 κορίτσια. Σε αντίστοιχη επιδημιολογική έρευνα στη Νότιο Κορέα, ο επιπολασμός σε παιδιά ηλικίας 7-12 ετών ανερχόταν σε 2,64% (Kim et al., 2011), ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν 116,1:10.000 (Baird et al., 2006). Στην Ισλανδία δε ο επιπολασμός ανερχόταν σε 120,1:10.000 για παιδιά που είχαν γεννηθεί μεταξύ 1994 και 1998 (Saemundsen et al., 2013). Ο Maenner και οι συνεργάτες του (2020), επιπλέον, υποστήριξαν στην έρευνά τους ότι το 2016 στις ΗΠΑ ο επιπολασμός της ΔΑΦ ήταν 1 στα 54 παιδιά ηλικίας 8 ετών, με αναλογία 4,3:1 αγόρια προς κορίτσια. Σε γενικές γραμμές, ωστόσο, φαίνεται ότι σήμερα ο επιπολασμός της ΔΑΦ στον γενικό πληθυσμό βρίσκεται μεταξύ 0,9-1,5% (Fombonne, 2020), κάτι που έχει παρατηρηθεί ήδη από την προηγούμενη δεκαετία, κατά την οποία υποστηριζόταν ότι ο επιπολασμός στον γενικό πληθυσμό αγγίζει ή και ξεπερνά το 1% (APA, 2013· Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2008 Principal Investigators, 2012).

Συνοψίζοντας, η παραπάνω αυξητική τάση μπορεί να εξηγηθεί από πλήθος παραγόντων. Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι τα διαγνωστικά κριτήρια διαχρονικά έχουν υπάρξει αρκετά ελαστικά, ενώ άλλη αιτιολόγηση αποδίδει την ευθύνη στις μεθοδολογικές διαφορές που παρουσιάζουν οι επιδημιολογικές έρευνες. Επιπλέον, η αυξημένη ενημερότητα που έχει ο γενικός πληθυσμός για τη ΔΑΦ οδηγεί σε παραπομπές ατόμων για αξιολόγηση, ακόμη και αν παρουσιάζουν ηπιότερη μορφή της διαταραχής. Τέλος, έχει ενοχοποιηθεί από κάποιους η αδυναμία προσαρμογής του

ανθρώπινου γονιδιώματος στις ραγδαίες κοινωνικές αλλαγές (APA, 2013· Fombonne, 2002· Γενά & Μακρυγιάννη, 2017).

1.4. Αιτιολογία

Η σύγχρονη επικρατούσα επιστημονική άποψη για τη ΔΑΦ είναι ότι πρόκειται για μια Νευρο-Αναπτυξιακή Διαταραχή που επηρεάζεται τόσο από γενετικούς όσο και περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι έχουν επίδραση στην τυπική ανάπτυξη του εγκεφάλου (Γενά & Μακρυγιάννη, 2017· Hodges et al., 2020).

Καταρχάς, γενετικοί παράγοντες φαίνεται ότι διαδραματίζουν ρόλο στην εμφάνιση της ΔΑΦ σε συγγενείς ατόμων με την αντίστοιχη διαταραχή, αφού έρευνες έχουν καταδείξει ότι υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να λάβουν επίσης διάγνωση με ΔΑΦ συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Οι πιθανότητες δε αυτές αυξάνονται κατά πολύ, όσον αφορά τα μονοζυγωτικά δίδυμα (Kim et al., 2019· Risch et al., 2014· Sandin et al., 2014). Επιπλέον, συνδυαστικά με τους γενετικούς παράγοντες, προγεννητικοί, περιγεννητικοί και μεταγεννητικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να συνεπικουρούν στην εκδήλωση της ΔΑΦ. Για παράδειγμα, η ηλικία των γονέων (> 35 ετών) ως προγεννητικός παράγοντας, η προεκλαμψία ως περιγεννητικός παράγοντας και η αιμορραγία της λοχείας (postpartum hemorrhage) ως μεταγεννητικός παράγοντας έχουν ενοχοποιηθεί ως περιβαλλοντικοί παράγοντες που δύνανται να οδηγήσουν στην εκδήλωση ΔΑΦ σε παιδιά (Wang et al., 2017).

Επιπροσθέτως, επίκτητες γενετικές ανωμαλίες των γονέων, σε συνδυασμό με την προχωρημένη ηλικία που είναι παράγοντας υψηλού κινδύνου για εμφάνιση επιπλοκών στην κύηση (Shelton et al., 2010), διαταραχές στη δραστηριότητα νευροδιαβιβαστών, όπως η σεροτονίνη και η ντοπαμίνη, και των θυμοειδών ορμονών (Li et al., 2012) και οι επιγενετικές μεταβολές του γονιδιώματος, δηλαδή οι αναστρέψιμες κληρονομικές αλλαγές που ευθύνονται για τη ρύθμιση της έκφρασης του γονιδιώματος χωρίς παρέμβαση στην αλληλουχία του πυρηνικού DNA, δύνανται να επηρεάσουν τη φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου. Σε κάθε περίπτωση, όμως, η έρευνα για την αιτιολογία της ΔΑΦ συνεχίζεται απρόσκοπτα και αποκαλύπτει όλο και περισσότερους παράγοντες, γενετικούς και περιβαλλοντικούς, που δύνανται να

ενοχοποιηθούν για αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης της ΔΑΦ σε άτομα (Ruzzo et al., 2019).

1.5. Θεραπευτικές και Παιδαγωγικές Παρεμβάσεις – Επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές για τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος

Στην παρούσα υποενότητα θα γίνει λόγος για τις θεραπευτικές και παιδαγωγικές παρεμβάσεις που απευθύνονται σε παιδιά με ΔΑΦ και έχουν λάβει επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση, ώστε να επιτυγχάνονται τα βέλτιστα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Οι επιστημονικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις (evidence-based practices) είναι πρακτικές που η αποτελεσματικότητά τους είναι αποδεδειγμένη από τη διεξαγωγή αξιόπιστων ερευνών (Odom et al., 2005). Προκειμένου μια πρακτική να θεωρηθεί επιστημονικά τεκμηριωμένη, είναι αναγκαίο να έχουν λάβει χώρα δύο ανεξάρτητες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (randomized clinical trials) από ξεχωριστές ερευνητικές ομάδες, από τις οποίες να εξάγονται παρόμοια δεδομένα για την αποτελεσματικότητα αυτής (Reichow et al., 2008). Οι έρευνες δε αυτές χρειάζεται να πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια που αφορούν τον ερευνητικό σχεδιασμό, την ποιότητα, την ποσότητα και το μέγεθος επίδρασης (Cook & Cook, 2013). Λαμβάνοντας, λοιπόν, κατ' αυτόν τον τρόπο μια πρακτική τον χαρακτηρισμό «επιστημονικά τεκμηριωμένη» συνεπάγεται ότι μεγάλος αριθμός ερευνών υψηλής ποιότητας που έχουν κάνει χρήση πειραματικού σχεδιασμού έχουν αποδείξει την ουσιαστική επίδραση της συγκεκριμένης πρακτικής στη ζωή του μαθητή, καθώς και τα θεραπευτικά της οφέλη (Cook & Odom, 2013).

Οι επιστημονικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: α) τις «καθολικές παρεμβάσεις» (“comprehensive treatment models – CTMs”), στις οποίες εμπεριέχονται επιμέρους πρακτικές με κοινό εννοιολογικό πλαίσιο και οι οποίες έχουν σκοπό τη θετική επίδραση σε μαθησιακά και αναπτυξιακά ελλείμματα ατόμων με ΔΑΦ, και β) τις «εστιασμένες παρεμβάσεις» (“focused interventions”), οι οποίες στοχεύουν στη διδασκαλία συγκεκριμένης δεξιότητας ή είναι σχεδιασμένες για έναν συγκεκριμένο σκοπό (Odom et al., 2010).

Στην έρευνά τους οι Odom, Boyd, Hall και Hume (2010) κατέδειξαν 30 αποτελεσματικές καθολικές παρεμβάσεις. Ως πλέον αποτελεσματικό προκρίθηκε το μοντέλο του Lovaas (Early Intensive Behavioral Intervention) (Cohen et al., 2006), ακολουθούμενο από τα Early Start Denver Model (Rogers et al., 2006), Learning experiences: an alternative program for preschoolers and parents (LEAP (Hoysen et al., 1984), May Institute (Campbell et al., 1998), Princeton Child Development Institute Princeton (PCDI) (Fenske et al., 1985) και Pivotal Response Treatment (PRT) (Koegel & Koegel, 2006).

Σε αντίστοιχη έρευνα οι Odom, Collet-Klingenberg, Rogers και Hatton (2010) κατέδειξαν 24 αποτελεσματικές εστιασμένες παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις αυτές πληρούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά: α) είναι σχεδιασμένες έτσι, ώστε να δύναται να λάβουν χώρα στις σχολικές τάξεις, στις κλινικές, στο σπίτι ή στο πλαίσιο μιας κοινότητας, β) αποτελούν τον θεμέλιο λίθο των καθολικών παρεμβάσεων, γ) ορίζονται βάσει των χαρακτηριστικών τους, δ) έχουν συγκεκριμένα επιδιωκόμενα αποτελέσματα, ε) είναι μικρότερης διάρκειας από τις καθολικές παρεμβάσεις και στ) περιλαμβάνουν πολλαπλά βήματα και στάδια. Στην προαναφερθείσα έρευνα, λοιπόν, οι 24 αυτές εστιασμένες παρεμβάσεις με επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση διακρίθηκαν σε δύο κατηγορίες: 1) Η πρώτη κατηγορία είναι οι συμπεριφορικές διδακτικές στρατηγικές, οι οποίες είναι βασικές τεχνικές παρέμβασης, όπως η τμηματική βοήθεια (prompting) και η ενίσχυση (reinforcement), που βασίζονται στις αρχές της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς (ΕΑΣ), ενώ αποτελούν και μέρη άλλων εστιασμένων παρεμβάσεων, όπως ο Κύκλος Συστηματικής Διδασκαλίας (Discrete-Trial Teaching – DTT). Άλλα παραδείγματα συμπεριφορικών διδακτικών στρατηγικών είναι η ανάλυση έργου (task analysis), η διδασκαλία αλυσιδωτών αντιδράσεων (chaining) και το Σύστημα Επικοινωνίας μέσω Ανταλλαγής Εικόνων (Picture-Exchange Communication System – PECS). 2) Η δεύτερη κατηγορία είναι η θετική/άμεση υποστήριξη της συμπεριφοράς (positive behavior support – PBS), η οποία περιλαμβάνει στρατηγικές που χρησιμοποιούνται πρωτίστως για τη μείωση εκδήλωσης ή εξάλειψη διασπαστικών συμπεριφορών (π.χ. επιθετικότητα, αυτοτραυματισμός), όπως η διαφορική ενίσχυση άλλων αντιδράσεων (Differential Reinforcement of Other Behavior – DRO). Άλλα παραδείγματα τέτοιων στρατηγικών είναι η Λειτουργική Αξιολόγηση της Συμπεριφοράς (ΛΑΣ, Functional Behavior

Assessment – FBA), η Λειτουργική Εκπαίδευση Επικοινωνίας (Functional Communication Training – FCT) και η αυτοδιαχείριση (self-management).

Σε συνέχεια της προαναφερθείσας έρευνας, η Wong και οι συνεργάτες της (2015) στην ανασκόπησή τους κατέδειξαν 27 επιστημονικά τεκμηριωμένες εστιασμένες παρεμβάσεις, τις οποίες διέκριναν σε βασικές τεχνικές της ΕΑΣ (π.χ. ενίσχυση, απόσβεση), σε αξιολογητικές και αναλυτικές τεχνικές που λειτουργούν ως βάση για την παρέμβαση (π.χ. ΛΑΣ) και σε συνδυασμούς πρωταρχικών συμπεριφορικών πρακτικών που χρησιμοποιούνται με συστηματικό τρόπο και λειτουργούν ως επαναληπτική διαδικασία (π.χ. διδασκαλία καίριων δεξιοτήτων). Αυτές οι εστιασμένες παρεμβάσεις έχει αποδειχτεί ότι έχουν θετικά αποτελέσματα στους τομείς της επικοινωνίας, των κοινωνικών δεξιοτήτων, της συμπεριφοράς, του παιχνιδιού, των προσχολικών και ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, της προσαρμοστικότητας, της από κοινού εστίασης ης προσοχής, της κινητικότητας, της γνωστικής ανάπτυξης, των επαγγελματικών δεξιοτήτων και της ψυχικής υγείας. Ενδεικτικά, σε αυτές τις εστιασμένες παρεμβάσεις υπάγονται η απόσυρση της τμηματικής βοήθειας με χρονική καθυστέρηση, τα οπτικά βοηθήματα και η μίμηση προτύπου μέσω βίντεο.

Γενικώς, έχει φανεί ότι τα συμπεριφοριστικά προγράμματα παρέμβασης για τη θεραπεία των παιδιών με ΔΑΦ είναι τα πιο αποτελεσματικά σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Myers & Johnson, 2007). Η εντατικότητα δε των παρεμβάσεων που βασίζονται στις αρχές της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς (ΕΑΣ) οδηγεί σε βέλτιστα αποτελέσματα, όσον αφορά στην αντιμετώπιση των ελλειμμάτων των παιδιών με ΔΑΦ, καθώς επίσης βοηθά στη διατήρηση των αποτελεσμάτων για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μετά το πέρας αυτών (Eikeseth et al., 2007. McEachin et al., 1993. Peters-Scheffer et al., 2011). Η έρευνα του Eldevik και των συνεργατών του (2010) υπέδειξε ότι οι επιστημονικά τεκμηριωμένες εντατικές συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις για παιδιά με ΔΑΦ βελτιώνουν τόσο τον δείκτη νοημοσύνης των παιδιών αυτών, όσο και την προσαρμοστική συμπεριφορά τους. Μάλιστα, σύμφωνα με τη μεταναλυτική έρευνα της Peters-Scheffer και των συνεργατών της (2011), το Πρόγραμμα Πρώιμης Εντατικής Συμπεριφοριστικής Παρέμβασης (Early Intensive Behavioral Intervention – EIBI) συντελεί στη βελτίωση της λεκτικής και πρακτικής νοημοσύνης, του εκφραστικού και προσληπτικού λεξιλογίου και της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΑΦ, αποδεικνύοντας τη σημαντικότητα της εφαρμογής προγραμμάτων βασισμένων στις αρχές της ΕΑΣ.

Σε πρόσφατη μετα-ανάλυση, οι Makrygianni, Gena, Katoudi και Galanis (2018) κατέδειξαν την αποτελεσματικότητα των εφαρμοσμένων συμπεριφορικών αναλυτικών παρεμβάσεων σε παιδιά με ΔΑΦ. Από τη μετα-αναλυτική αξιολόγηση 29 ερευνών που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα, φάνηκε ότι τα προγράμματα που βασίζονται στις αρχές της ΕΑΣ έχουν μεγάλη αποτελεσματικότητα στην ανάπτυξη των διανοητικών ικανοτήτων, μέτρια έως μεγάλη αποτελεσματικότητα στην ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων και στον εκφραστικό και προσληπτικό λόγο, μέτρια αποτελεσματικότητα στη βελτίωση του Δείκτη Νοημοσύνης όπως προκύπτει από τα μη λεκτικά τεστ, καθώς και στη βελτίωση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς και της κοινωνικοποίησης, ενώ χαμηλή αποτελεσματικότητα παρουσιάζουν στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτόνομης διαβίωσης. Τα παραπάνω επιβεβαιώνουν και τη προγενέστερη μετα-αναλυτική έρευνα των Makrygianni και Reed (2010) που κατέδειξε επίσης την υπεροχή των συμπεριφορικών αναλυτικών παρεμβάσεων συγκριτικά με άλλες προσεγγίσεις.

Τέλος, ως μέγιστα αποτελεσματικές κρίνονται οι συμπεριφορικές αναλυτικές παρεμβάσεις, όπως η Πρώιμη Εντατική Συμπεριφορική Παρέμβαση (Early Intensive Behavioral Intervention – EIBI), αρκεί να πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις: α) έγκαιρη παροχή θεραπείας (πριν την ηλικία των 4-5 ετών), β) πολύωρη παροχή θεραπείας (τουλάχιστον 20 ώρες / εβδομάδα) και γ) παροχή θεραπείας σε όλα τα σημαντικά πλαίσια για το παιδί (π.χ. σπίτι, σχολείο, ειδικό θεραπευτικό πλαίσιο) (Γενά κ.ά., 2017).

2. Ανάλυση της Συμπεριφοράς

Στο παρόν κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην Ανάλυση της Συμπεριφοράς, την επιστήμη που είναι βασισμένη στο φιλοσοφικό και επιστημολογικό πλαίσιο του Συμπεριφορισμού (Γενά, 2007, 2017). Αρχικά, θα γίνει μια σύντομη περιγραφή της ιστορικής εξέλιξης της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, καθώς και μια προσπάθεια ορισμού αυτής και των δύο μορφών της, ως Βασικής και ως Εφαρμοσμένης. Στη συνέχεια, θα γίνει λόγος για τις θεωρίες μάθησης που υπάγονται στην Ανάλυση της Συμπεριφοράς και συγκεκριμένα, για την κλασική ή εξαρτημένη αντανακλαστική, τη συντελεστική και την κοινωνική μάθηση. Τέλος, θα γίνει αναφορά σε βασικές διδακτικές τεχνικές της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς.

2.1. Συμπεριφορισμός και Ανάλυση της Συμπεριφοράς

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, ο J.B. Watson με τα δύο του βιβλία «Psychology as the behaviorist views it» (1913) και «Behaviorism» (1924/1930) ξεκινά μια προσπάθεια αναγωγής της ψυχολογίας σε θετική επιστήμη, μεταφέροντας το επίκεντρο της ψυχολογίας από τη μελέτη της συνείδησης στη μελέτη της συμπεριφοράς. Ο Συμπεριφορισμός ως νέα σχολή της ψυχολογίας, αναπτύσσεται και εξελίσσεται κατά το ίδιο διάστημα, αποδεσμεύοντας την ανάλυση της συμπεριφοράς του ανθρώπου από το ιατροκεντρικό και ντετερμινιστικό πρίσμα της εποχής και επισημαίνοντας τη σημασία των περιβαλλοντικών επιδράσεων στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς και του ψυχισμού του ανθρώπου. Επιπλέον, συμπίπτει με την έκδοση των προαναφερθέντων βιβλίων του Watson, που έχει χαρακτηριστεί πρωτοπόρος του Συμπεριφορισμού, αλλά και εμπνευστής του Μεθοδολογικού Συμπεριφορισμού, καθώς η επιστημονική του αυτή συνεισφορά οδήγησε στην ανάπτυξη της φιλοσοφικής θεωρίας αυτού. Έπειτα, ο Skinner με το βιβλίο του «About behaviorism» (1974), αφού αναθεώρησε και επαναπροσδιόρισε τον Συμπεριφορισμό, εισήγαγε τον Ριζοσπαστικό Συμπεριφορισμό, επισημαίνοντας τις βασικές του διαφορές από τον Μεθοδολογικό (Γενά, 2007, 2017).

Εν συντομία, οι υποστηρικτές του Μεθοδολογικού Συμπεριφορισμού υποστηρίζουν ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά μπορεί να μελετηθεί μόνο μέσω της χρήσης πειραματικών ερευνητικών διεργασιών, ώστε να υπάρχει αντικειμενικότητα και εγκυρότητα στην εξαγωγή συμπερασμάτων για την ψυχολογία του ανθρώπου, ενώ αναγνωρίζουν μεν την ύπαρξη εσωτερικών διεργασιών που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά, ωστόσο, εφόσον δεν μπορούν να τεθούν υπό άμεση παρατήρηση, δεν μπορούν και να μελετηθούν σε πειραματικό επίπεδο (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017). Από την άλλη, ο Skinner με τον Ριζοσπαστικό Συμπεριφορισμό υποστήριξε την ύπαρξη εσωτερικών δρωμένων (private events) που υπακούν στην ίδια νομοτέλεια με την εξωτερική συμπεριφορά του ανθρώπου, τόνισε την σημασία της ερμηνείας της συμπεριφοράς σε συνάρτηση με τις σύγχρονες περιβαλλοντικές συνθήκες που εκδηλώνεται και έδωσε έμφαση στο ιστορικό μάθησης του κάθε ατόμου (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017· Skinner, 1974).

Η Ανάλυση της Συμπεριφοράς ή η Πειραματικά Θεμελιωμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς (Experimental Analysis of Behavior), επομένως, σε συνέχεια των παραπάνω, βασιζόμενη στις θεωρία και τις φιλοσοφικές παραδοχές του Συμπεριφορισμού, είναι η επιστήμη εκείνη που έχει ως αντικείμενο την ανάλυση της συμπεριφοράς του ανθρώπου και ορίζεται από τα εξής στοιχεία: 1) έμφαση τίθεται στη λειτουργία της συμπεριφοράς του ανθρώπου και όχι στη δομή της, αφού αυτή οφείλει να αναλύεται και να ερμηνεύεται σε συνάφεια με το περιβάλλον που εκδηλώνεται. Επιπλέον, κατ' αυτή την ανάλυση πρέπει να λαμβάνονται στοιχεία που δύνανται να καταστούν αντικείμενο άμεσης παρατήρησης, αλλά ενδέχεται και να εκφράζουν την εξελικτική πορεία του ανθρώπου. 2) Τα ευρήματα της ανάλυσης της συμπεριφοράς σχετικά με τη σχέση του περιβάλλοντος και της εκάστοτε αντίδρασης δεν επιδέχονται υποκειμενικές ερμηνείες, αλλά αξιοποιούνται αυτούσια, προκειμένου να εξηγήσουν μια συμπεριφορά. 3) Τα εσωτερικά δρώμενα, όπως οι σκέψεις και τα συναισθήματα, είναι αποδεκτό ότι επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ανθρώπου σε συνδυασμό με άλλα εξωτερικά ερεθίσματα, γι' αυτό και κρίνονται ως σημαντικά (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017).

Η Ανάλυση της Συμπεριφοράς, τέλος, αποτελείται από δύο αλληλένδετες μορφές, τη Βασική και την Εφαρμοσμένη, και έχει ως στόχο να βελτιώσει τη ζωή του ατόμου ατομικά, κοινωνικά και οικολογικά (Γενά, 2007, 2017). Η Βασική Ανάλυση της Συμπεριφοράς έχει ως στόχο της επαλήθευση των θεωρητικών θέσεων της

Πειραματικά Θεμελιωμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς και για τον λόγο αυτό υπό το πλαίσιο αυτής διεξάγονται οι λεγόμενες «βασικές έρευνες», μελέτες δηλαδή με πειραματικούς σχεδιασμούς που λαμβάνουν χώρα σε εργαστήρια υπό πλήρως ελεγχόμενες πειραματικές συνθήκες και προσπαθούν να συγκεντρώσουν με συστηματικότητα δεδομένα προς επιβεβαίωση της ισχύος των επιστημονικών υποθέσεων της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, συνεισφέροντας με καθοριστικό τρόπο στην ανάπτυξη μιας έγκυρης, αξιόπιστης και εναρμονισμένης με τα αποτελέσματα θεωρίας. Η Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς (ΕΑΣ), από την άλλη, στοχεύει στη βελτίωση της ζωής του ανθρώπου, δίνοντας έμφαση στη λεγόμενη «κοινωνική εγκυρότητα» (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017). Σε αυτήν επιλέγονται προσεγγίσεις που προκύπτουν από τις αρχές του Συμπεριφορισμού, εφαρμόζονται συστηματικά και οδηγούν σε βελτίωση μιας κοινωνικά σημαντικής συμπεριφοράς σε σημαντικό βαθμό, κάτι που καταδεικνύεται με πειραματική αξιοπιστία. Επομένως, στην ΕΑΣ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο η σημασία και η επιδίωξη της βελτίωσης της ζωής του ανθρώπου όσο και οι πειραματικά αποτελεσματικοί μέθοδοι που επιλέγονται, ώστε να επέλθει η βελτίωση αυτή (Baer et al., 1968).

2.2. Θεωρητική Πλαισίωση της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς

Στην Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς η μελέτη επικεντρώνεται στην επίκτητη συμπεριφορά του ανθρώπου, δηλαδή στη συμπεριφορά που προκύπτει από τη δυναμική αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του και που είναι προϊόν μάθησης. Στο πλαίσιο της μελέτης αυτής της επίκτητης συμπεριφοράς, λαμβάνονται υπόψιν και οι εγγενείς αντιδράσεις του, δηλαδή οι αντιδράσεις εκείνες που δεν είναι προϊόν μάθησης, αλλά εκδηλώνονται αυτόματα χάρη στη φυλογενετική τους αξία, ήτοι λειτουργούν προστατευτικά για την προστασία και την επιβίωση του ατόμου. Οι επίκτητες, λοιπόν, αντιδράσεις του ανθρώπου προκύπτουν από τις εξής τρεις θεωρίες μάθησης: 1) την κλασική ή εξαρτημένη αντανακλαστική μάθηση, 2) τη συντελεστική μάθηση και 3) την κοινωνική μάθηση (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017). Παρακάτω ακολουθεί μια σύντομη περιγραφή των προαναφερθέντων.

2.2.1. Κλασική ή εξαρτημένη αντανακλαστική μάθηση

Η κλασική ή εξαρτημένη αντανακλαστική μάθηση περιλαμβάνει δύο κατηγορίες αντιδράσεων: α) τις ανεξάρτητες αντανακλαστικές αντιδράσεις και β) τις εξαρτημένες αντανακλαστικές αντιδράσεις. Στις ανεξάρτητες αντανακλαστικές αντιδράσεις ανήκουν οι αντιδράσεις εκείνες που είναι έμφυτες στον άνθρωπο, εκδηλώνονται αυτόματα και φυσικά, ενώ εξυπηρετούν διάφορους σκοπούς, όπως την προστασία του από επιβλαβή ερεθίσματα (π.χ. δάκρυσμα ματιών για την απομάκρυνση σωματιδίων), τη ρύθμιση της εσωτερικής ισορροπίας του οργανισμού (π.χ. έκκριση ιδρώτα ως αντίδραση στην αύξηση της θερμοκρασίας) και την προώθηση της αναπαραγωγής (π.χ. σεξουαλική διέγερση). Στις εξαρτημένες αντανακλαστικές αντιδράσεις, από την άλλη, ανήκουν οι αντιδράσεις εκείνες που αποτελούν προϊόν μάθησης για τον άνθρωπο και έχουν προκύψει από τη χωροχρονική σύζευξη ανεξάρτητων και εξαρτημένων ερεθισμάτων. Ως ανεξάρτητο ερέθισμα ορίζεται το εσωτερικό ή περιβαλλοντικό ερέθισμα που προκαλεί φυσικές και αυτόματες ή ανεξάρτητες αντανακλαστικές αντιδράσεις, ενώ ως εξαρτημένο ερέθισμα το εσωτερικό ή περιβαλλοντικό ερέθισμα που προκαλεί εξαρτημένες αντανακλαστικές αντιδράσεις εξαιτίας της χωροχρονικής σύζευξής του με κάποιο ανεξάρτητο ερέθισμα (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017).

2.2.2. Συντελεστική μάθηση

Η συντελεστική μάθηση αφορά στις εκούσιες αντιδράσεις του ατόμου, οι οποίες βρίσκονται υπό τον έλεγχό του, όταν βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Η πρόσκτηση ή η τροποποίηση των συντελεστικών αντιδράσεων βρίσκεται σε συνάφεια τριών όρων: 1) τα προγενόμενα ή διακριτικά ερεθίσματα, 2) τη (συντελεστική) συμπεριφορά και 3) τα επακόλουθα ή συνέπειες. Οι συντελεστικές αντιδράσεις αλληλεπιδρούν με τα προαναφερθέντα τόσο χρονικά όσο και χωρικά.

Ως προγενόμενα χαρακτηρίζονται εκείνα τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα ή οι συνθήκες που προηγούνται χρονικά μιας αντίδρασης και διακρίνονται σε εσωτερικά

(π.χ. σκέψεις, συναισθήματα, αναμνήσεις) και εξωτερικά δρώμενα (π.χ. οποιοδήποτε εξωτερικό περιβαλλοντικό ερέθισμα προηγείται μιας αντίδρασης). Ως διακριτικά ερεθίσματα χαρακτηρίζονται εκείνα τα προγενόμενα ερεθίσματα που, λόγω της χωροχρονικής τους σύζευξης με τα αποτελέσματα των συντελεστικών αντιδράσεων, σηματοδοτούν μια ενδεδειγμένη αντίδραση και συνδέονται με θετικά ή αρνητικά επακόλουθα αυτής. Ως συντελεστική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται κάθε εκδήλωση συντελεστικής αντίδρασης που προκύπτει από τα προγενόμενα και επιδέχεται τροποποίησης βάσει των επακολούθων της. Ως επακόλουθα χαρακτηρίζονται οι εσωτερικές ή εξωτερικές αλλαγές που έπονται μιας συγκεκριμένης συντελεστικής αντίδρασης, έχουν ως αποτέλεσμα την τροποποίηση της πιθανότητας μελλοντικής εκδήλωσής της και διακρίνονται σε ενισχυτικά ή τιμωρητικά.

Τέλος, στη συντελεστική μάθηση λαμβάνονται υπόψιν άλλοι δύο όροι, οι εξωγενείς και ενδοοργανισμικοί καθοριστικοί παράγοντες, που καθορίζουν τον βαθμό ενισχυτικότητας ενός επακολούθου και επομένως και την πιθανότητα μελλοντικής εκδήλωσης μιας συμπεριφοράς (π.χ. άλλο βαθμό ενίσχυσης βιώνει κανείς όταν πίνει νερό τον χειμώνα και άλλον τον καλοκαίρι, αφού οι υψηλές θερμοκρασίες του καλοκαιριού λειτουργούν ως εξωγενείς καθοριστικές παράγοντες. Αντιστοίχως, ο βαθμός κορεσμού ή αποστέρησης από την τροφή τροποποιούν την ενισχυτικότητα της πρόσληψης τροφής, για αυτό και λειτουργούν ως ενδοοργανισμικοί καθοριστικοί παράγοντες), καθώς και ο τέταρτος όρος της συνάφειας, δηλαδή το προγενόμενο ερέθισμα που συμβάλλει στην πιθανότητα εκδήλωσης μιας αντίδρασης (π.χ. μεγαλύτερη πιθανότητα να σταματήσει ένας οδηγός στο κόκκινο φανάρι παρουσία αστυνομικού περιπολικού) (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017).

2.2.2.1. Μορφές συντελεστικής μάθησης

Η συντελεστική μάθηση πραγματοποιείται όταν μια συντελεστική αντίδραση υφίσταται κάποια αλλαγή ή τροποποίηση βάσει των επακολούθων της. Η αλλαγή αυτή ή η τροποποίηση μπορεί να αφορά στη συχνότητα, τη διάρκεια ή / και την ένταση μιας συντελεστικής αντίδρασης. Τα επακόλουθα δε που συντελούν σε αυτή την αλλαγή ή τροποποίηση μπορεί να είναι ενισχυτικά, δηλαδή να συμβάλλουν στην αύξηση της πιθανότητας μελλοντικής εκδήλωσης της συντελεστικής αντίδρασης, ή τιμωρητικά,

ήτοι να συμβάλλουν στη μείωση της πιθανότητας μελλοντικής εκδήλωσης της συντελεστικής αντίδρασης. Σε κάθε περίπτωση, η αλλαγή που προκύπτει σε μια συντελεστική αντίδραση αποτελεί μια αποτύπωση της λειτουργικής σχέσης που υφίσταται μεταξύ συμπεριφοράς και επακολούθων. Όσον αφορά δε τα ενισχυτικά και τα τιμωρητικά επακόλουθα, ήτοι τις διαδικασίες της ενίσχυσης και της τιμωρίας, αυτά έχουν ποσοτικό και όχι ποιοτικό χαρακτήρα, ενώ στοχεύουν στην τροποποίηση αντιδράσεων και όχι ανθρώπων (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017).

Επί αυτής της βάσης, λοιπόν, προκύπτουν και οι τέσσερις μορφές συντελεστικής μάθησης, οι οποίες διακρίνονται ως προς δύο κριτήρια: α) την ποιότητα των επακολούθων (θετικά ή αρνητικά) και β) την πρόσθεση ή αφαίρεση αυτών σε συνάφεια με την εκάστοτε συντελεστική αντίδραση. Συνοπτικά, οι τέσσερις μορφές συντελεστικής μάθησης είναι οι εξής: α) Θετική Ενίσχυση (Positive Reinforcement), β) Αρνητική Ενίσχυση (Negative Reinforcement), γ) Άμεση Τιμωρία (Positive Punishment) και δ) Έμμεση Τιμωρία (Negative Punishment) (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017). Παρακάτω ακολουθεί μια συνοπτική παρουσίαση των προαναφερθεισών μορφών.

Γενικώς, η ενίσχυση είναι μία από τις σημαντικότερες, αν όχι η πιο σημαντική, αρχές της συμπεριφοράς και κατέχει εξέχουσα θέση σε πλήθος συμπεριφορικών προγραμμάτων που έχουν σχεδιαστεί με στόχο την τροποποίηση μιας συντελεστικής συμπεριφοράς από αναλυτές της συμπεριφοράς (Flora, 2004 ό.α. στο Doughty & Shields, 2009· Northup et al., 1993). Επιπλέον, ο όρος «ενίσχυση» αποτελεί συνώνυμο για τους αναλυτές της συμπεριφοράς με τον όρο «αύξηση», ο οποίος αναφέρεται στην αύξηση της συχνότητας, της διάρκειας ή / και της έντασης μιας συντελεστικής αντίδρασης. Οι δύο μορφές που μπορεί να λάβει είναι η Θετική και η Αρνητική Ενίσχυση. Η Θετική Ενίσχυση, λοιπόν, ορίζεται ως την προσθήκη ενός θετικού ερεθίσματος, δηλαδή επιθυμητού και ευχάριστου για τον αποδέκτη, σε συνάφεια με τη συντελεστική αντίδραση που εκδήλωσε, με σκοπό την αύξηση της μελλοντικής συχνότητας της συμπεριφοράς. Η Αρνητική Ενίσχυση, από τη άλλη, ενώ και αυτή στοχεύει στην αύξηση της μελλοντικής συχνότητας της συμπεριφοράς, αναφέρεται στην απόσυρση ενός αρνητικού ερεθίσματος, δηλαδή μη επιθυμητού και δυσάρεστου για τον αποδέκτη, σε συνάφεια με τη συντελεστική αντίδραση που εκδήλωσε, προκειμένου να επιτύχει τον προαναφερθέντα σκοπό. Λαμβάνει δε δύο μορφές που είναι οι εξής: α) τη Διαφυγή (escape), ήτοι απομάκρυνση του προσώπου από

τιμωρητικές (ανεπιθύμητες) καταστάσεις ή επακόλουθα σε συνάφεια με μια συντελεστική αντίδραση και β) την Αποφυγή (avoidance), δηλαδή την παντελή απαλλαγή του προσώπου από τιμωρητικές (ανεπιθύμητες) καταστάσεις ή επακόλουθα σε συνάφεια με μια συντελεστική αντίδραση (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017).

Αντίθετα ως προς την ενίσχυση, η τιμωρία ως όρος είναι συνώνυμη με τη μείωση και αναφέρεται στη μείωση της συχνότητας, της διάρκειας ή / και της έντασης μια συντελεστικής αντίδρασης. Οι δύο μορφές που μπορεί να λάβει είναι η Άμεση και η Έμμεση τιμωρία. Η Άμεση Τιμωρία ορίζεται ως την προσθήκη ενός αρνητικού ερεθίσματος, δηλαδή μη επιθυμητού και δυσάρεστου για τον αποδέκτη, σε συνάφεια με τη συντελεστική αντίδραση που εκδήλωσε, με σκοπό τη μείωση της μελλοντικής συχνότητας της συμπεριφοράς. Η Έμμεση Τιμωρία, από τη άλλη, στοχεύοντας και αυτή στη μείωση της μελλοντικής συχνότητας της συμπεριφοράς, αναφέρεται στην απόσυρση ενός θετικού ερεθίσματος, δηλαδή επιθυμητού και ευχάριστου για τον αποδέκτη, σε συνάφεια με τη συντελεστική αντίδραση που εκδήλωσε, προκειμένου να επιτύχει τον προαναφερθέντα σκοπό. Λαμβάνει κι αυτή, κατ' αντιστοιχία με την αρνητική ενίσχυση, δύο μορφές που είναι οι εξής: α) τη Διακοπή Ενίσχυσης (time out from reinforcement), που συνεπάγεται την ολοκληρωτική απομάκρυνση του προσώπου από περιβαλλοντικές συνθήκες που σχετίζονται με ενισχυτικά επακόλουθα, με φυσικό επόμενο και την αφαίρεση της δυνατότητας πρόσβασης σε οποιοδήποτε ενισχυτικό ερέθισμα, και β) τη Διακοπή Κεκτημένων Προνομίων (response cost), που συνεπάγεται την απόσυρση συγκεκριμένου ή συγκεκριμένων ενισχυτικών ερεθισμάτων ή επακολούθων, χωρίς τον αποκλεισμό πρόσβασης του προσώπου σε άλλα ενισχυτικά ερεθίσματα ή επακόλουθα (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017).

Τέλος, χρειάζεται να αναφερθεί ότι η μείωση στη μελλοντική συχνότητα μιας συντελεστικής αντίδρασης μπορεί να επιτευχθεί, εκτός από τις δύο προαναφερθέντες μορφές τιμωρίας, και με τη διαδικασία της απόσβεσης. Ως απόσβεση ορίζεται η διακοπή προσθήκης ή απόσυρσης θετικών ή αρνητικών επακολούθων σε συνάφεια με μια συντελεστική αντίδραση με σκοπό την τροποποίηση της μελλοντικής συχνότητας αυτής της αντίδρασης, με αποτέλεσμα την αύξηση εκδήλωσης των συμπεριφορών που τιμωρούνταν και τη μείωση εκδήλωσης των συμπεριφορών που ενισχύονταν στο παρελθόν. Η διαδικασία της απόσβεσης, με λίγα λόγια, ανατρέπει την προϋπάρχουσα συνάφεια μεταξύ συντελεστικής αντίδρασης και επακολούθων (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017).

2.2.2.2. Τα είδη των ενισχυτών στη συντελεστική μάθηση

Στην παρούσα υποενότητα θα γίνει λόγος για την κατηγοριοποίηση των ενισχυτών με βάση τόσο την προέλευσή τους όσο και άλλα χαρακτηριστικά τους, τα οποία αξιοποιούνται τόσο από τους ερευνητές όσο και από τους θεραπευτές. Ανεξάρτητα, όμως, από την κατηγορία στην οποία εμπίπτουν, όλοι οι ενισχυτές αυξάνουν τη συχνότητα, την ένταση, τη διάρκεια ή άλλα χαρακτηριστικά των συντελεστικών αντιδράσεων (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017).

Τα δύο βασικότερα είδη ενισχυτών με βάση την προέλευσή τους είτε αποτελούν προϊόν της εξέλιξης του ανθρώπινου είδους (πρωτογενείς ή φυσικοί ενισχυτές) είτε αποτελούν αποτέλεσμα ιστορικού μάθησης του ατόμου (δευτερογενείς ή υπό συνθήκες ενισχυτές). Ειδικότερα, οι πρωτογενείς ενισχυτές ορίζονται ως τα ερεθίσματα τα οποία λειτουργούν ως ενισχυτές, παρόλο που δεν αποτελούν αντικείμενο διδασκαλίας από το άτομο, αλλά έχουν εγγενείς ενισχυτικές ιδιότητες λόγω του ότι συμβάλλουν στην επιβίωση του ατόμου. Για τους παραπάνω λόγους οι πρωτογενείς ενισχυτές είναι κοινοί για όλα τα έμβια όντα. Μερικά παραδείγματα φυσικών ενισχυτών είναι η τροφή, το νερό, το οξυγόνο και η ζεστασιά (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017). Ακόμα, έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι και το ανθρώπινο άγγιγμα ενδέχεται να λειτουργήσει ως πρωτογενής ενισχυτής ιδιαίτερα για παιδιά μικρής ηλικίας (Peláez-Nogueras et al., 1996). Οι δευτερογενείς ενισχυτές, από την άλλη, είναι τα ερεθίσματα τα οποία ενώ αρχικά είναι ουδέτερα, απέκτησαν ενισχυτικές ιδιότητες μέσω σύζευξής τους με πρωτογενείς ή δευτερογενείς ενισχυτές. Σε πολλές περιπτώσεις ενδέχεται οι προσπάθειες για σύζευξη ενισχυτών να είναι επαναλαμβανόμενες, έως ότου ένα ουδέτερο ερέθισμα να αποκτήσει ενισχυτικές ιδιότητες. Τα ηλεκτρονικά παιχνίδια, αγαπημένα αντικείμενα των παιδιών, η τηλεόραση και οι αθλητικές δραστηριότητες αποτελούν μερικά χαρακτηριστικά παραδείγματα δευτερογενών ενισχυτών (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017).

Εκτός όμως από τα παραπάνω υπάρχει και ακόμα μια κατηγορία ενισχυτών, οι κοινωνικοί ενισχυτές, όπως ο έπαινος, οι βαθμοί, η προσοχή, η εγγύτητα με ένα άτομο και εκείνοι που προωθούν τη σωματική επαφή (π.χ. η αγκαλιά, το άγγιγμα στην πλάτη κ.ά.), οι οποίοι αποτελούν μορφές κοινωνικής αποδοχής και κατέχουν καίρια θέση

όσον αφορά την έκβαση της μαθησιακής διαδικασίας (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017). Σημαντικός αριθμός ερευνών επισημαίνει την ισχύ της κοινωνικής προσοχής των ενηλίκων που λειτουργεί ως ενισχυτής για τη συμπεριφορά των παιδιών (Allen et al., 1964), ενώ έχει φανεί ότι ο σημαντικότερος κοινωνικός ενισχυτής είναι η προσοχή από τον ενήλικα και μάλιστα σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να χαρακτηριστεί και ως πρωτογενής ενισχυτής (Vollmer & Hackenberg, 2001).

Επιπλέον, στους δευτερογενείς ενισχυτές ανήκουν και οι γενικευμένοι ενισχυτές, οι οποίοι έχουν συνδεθεί με μεγάλο αριθμό πρωτογενών και δευτερογενών ενισχυτών, με αποτέλεσμα να έχουν υψηλή ισχύ. Τα χρήματα, η δόξα, τα κουπόνια, η γνώση κ.ά. αποτελούν ισχυρούς γενικευμένους ενισχυτές, καθώς παρέχουν άμεση πρόσβαση σε πολλά θετικά επακόλουθα. Όσοι περισσότεροι είναι οι ενισχυτές με τους οποίους συνδέεται ένας γενικευμένος ενισχυτής, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να έχει διαχρονική αξία (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017).

Ένα παράδειγμα γενικευμένων ενισχυτών είναι τα συστήματα ανταλλάξιμων αμοιβών (token economy), τα οποία εφαρμόζονται στην καθημερινή ζωή (π.χ. συλλογή πόντων από αγορές με κάρτα) και χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά στη διδασκαλία ατόμων με περιορισμένο νοητικό δυναμικό, με ΔΑΦ ή Νοητική Υστέρηση, εφόσον δυσκολεύονται να κατανοήσουν έννοιες όπως εκείνη του χρήματος. Σημαντικό, εξάλλου, είναι οι γενικευμένοι ενισχυτές να αποκτώνται με συστηματικότητα (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007, 2017). Συνεπώς, με τη χρήση των συστημάτων ανταλλάξιμων αμοιβών, τα οποία βασίζονται στην ενίσχυση, το άτομο συλλέγει τις μάρκες, αφού εκδηλώνει τις επιθυμητές συμπεριφορές και τις ανταλλάσσει με άλλους δευτερογενείς ενισχυτές που έχει ήδη επιλέξει, όπως για παράδειγμα διάλειμμα, παιχνίδι στον υπολογιστή, φαγητό κ.ά. (Phillips et al., 1971).

Εκτός, όμως, από την περιγραφή των ενισχυτών με βάση την προέλευσή τους, η κατηγοριοποίησή τους με βάση τα φυσικά τους χαρακτηριστικά αποτελεί τακτική μεταξύ των θεραπευτών και των ερευνητών, ώστε να επικοινωνούν ορθότερα μεταξύ τους. Έτσι, οι ενισχυτές χωρίζονται σε τροφικούς, απτούς, αισθητηριακούς, σε δραστηριότητες ή σε κοινωνικούς (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007). Αρχικά, ως τροφικοί ενισχυτές χρησιμοποιούνται τα μπισκότα, ο χυμός, οι καραμέλες, τα πατατάκια κ.ά. Το παραπάνω είδος ενισχυτών φαίνεται να έχει αξιοσημείωτα αποτελέσματα στη θεραπεία παιδιών που παρουσιάζουν χρόνια άρνηση για φαγητό

(Riordan et al., 1984). Επίσης, οι αισθητηριακοί ενισχυτές αποτελούνται από διάφορες μορφές αισθητηριακής ανατροφοδότησης, όπως μασάζ, γαργαλητό, έντονο φως, αλλά και μουσική. Περνώντας στους απτούς ενισχυτές, αντικείμενα όπως αυτοκόλλητα, σφραγίδες, κάρτες, μικρά παιχνίδια, παζλ κ.ά. αποκτούν ενισχυτική αξία ως θετικοί ενισχυτές ανεξάρτητα από την αντικειμενική τους αξία. Παράλληλα, η ενασχόληση με μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, η οποία λειτουργεί ως ενισχυτής, ενδέχεται να αποτελεί ενισχυτική δραστηριότητα. Τέτοιες δραστηριότητες μπορεί να είναι καθημερινές (π.χ. επιτραπέζια παιχνίδια, ανάγνωση βιβλίων κ.ά.), δραστηριότητες που παρέχουν προνόμια (π.χ. το να μπει ο μαθητής πρώτος στη σειρά, γεύμα με τη δασκάλα του κ.ά.) αλλά και ειδικές περιστάσεις (π.χ. εκδρομή, συμμετοχή σε πάρτι κ.ά.) (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007).

Κάνοντας λόγο για επακόλουθα, τέλος, ο Premack (1959) θεώρησε ότι το σύνολο των επακόλουθων που λειτουργούν ως ενισχυτικά για κάθε άνθρωπο είναι ιεραρχημένα ανάλογα με την ισχύ τους, η οποία καθορίζεται αφενός από ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες και αφετέρου και κατά κύριο λόγο από εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες. Συνεπώς, οι ενισχυτές με την υψηλότερη ισχύ είναι πιθανότερο να εγείρουν συντελεστικές αντιδράσεις από ότι οι ενισχυτές με χαμηλότερη ισχύ. Παρομοίως, μια συμπεριφορά που έχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης μπορεί να λειτουργήσει ενισχυτικά για συντελεστικές αντιδράσεις με μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης. Για έναν μαθητή, λοιπόν, που προτιμά να περνάει αρκετό χρόνο βλέποντας τηλεόραση από το να κάνει τα μαθήματά του, η σύζευξη των δύο συμπεριφορών, θα αυξήσει τη μελλοντική συχνότητα μελέτης των μαθημάτων του.

2.2.3. Κοινωνική μάθηση

Η κοινωνική μάθηση δεν διαφέρει με τις προαναφερθείσες θεωρίες μάθησης, την κλασική ή εξαρτημένη αντανακλαστική και τη συντελεστική μάθηση, ως προς τους μηχανισμούς που χρησιμοποιούνται και τις συνεξαρτήσεις που υφίστανται μεταξύ συμπεριφοράς και περιβάλλοντος, ωστόσο για να λάβει χώρα χρειάζονται ορισμένες προϋποθέσεις ύπαρξης κοινωνικών συνθηκών που δεν είναι προαπαιτούμενες στις άλλες δύο θεωρίες. Ο άνθρωπος ως κοινωνικό ον εγγενώς διαθέτει συγκεκριμένους μηχανισμούς κοινωνικής μάθησης, που εξασφαλίζουν τη μετάδοση της γνώσης και της

εμπειρίας από γενιά σε γενιά με σκοπό την επιβίωση του είδους. Οι μηχανισμοί κοινωνικής μάθησης είναι: α) η μάθηση μέσω παρατήρησης και β) η μίμηση προτύπου (Γενά, 2017).

Η μάθηση μέσω παρατήρησης λαμβάνει χώρα όταν σε ένα άτομο αυξάνεται ή μειώνεται η πιθανότητα εκδήλωσης μιας συμπεριφοράς, μόνο και μόνο επειδή παρατήρησε ένα άλλο πρόσωπο να ενισχύεται ή να τιμωρείται αντίστοιχα, επειδή εκδήλωσε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά. Η μίμηση προτύπου, από την άλλη, λαμβάνει χώρα, όταν το άτομο εκδηλώνει μια συμπεριφορά μόνο και μόνο διότι παρατήρησε και αντέγραψε ένα πρότυπο, χωρίς απαραίτητα αυτή η συμπεριφορά να συσχετίστηκε με κάποιο είδος επακολούθων. Και στις δύο προαναφερθείσες περιπτώσεις περιλαμβάνεται η αντιγραφή μιας συμπεριφοράς ενός προτύπου, το οποίο γίνεται αντικείμενο παρατήρησης από το άτομο, χωρίς τη διαμεσολάβηση άλλου προσώπου (Γενά, 2017).

Τέλος, οι προαναφερθέντες μηχανισμοί κοινωνικής μάθησης προάγουν τη γνώση, τη μάθηση, καθώς και την ανάπτυξη του συναισθηματικού, γνωστικού και κοινωνικού τομέα του ανθρώπου, ενώ δεν απαιτούν ιδιαίτερη κατανάλωση ενέργειας από το άτομο, όπως συμβαίνει με άλλες διεργασίες μάθησης. Προωθούν, έτσι, την εξέλιξη του ανθρώπου, υπό την προϋπόθεση ότι αυτός λειτουργεί και δρα εντός της κοινωνίας και του κοινωνικού συνόλου (Γενά, 2017).

2.3. Διδακτικές τεχνικές της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς

Πλήθος μεθόδων εκπαίδευσης και θεραπείας παιδιών με ΔΑΦ υφίστανται στην Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς. Στην παρούσα υποενότητα θα γίνει λόγος στις διδακτικές τεχνικές της ΕΑΣ, όπως είναι ο Κύκλος Συστηματικής Διδασκαλίας, η σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς, η τμηματική βοήθεια, τα συστήματα ανταλλάξιμων αμοιβών, το Σύστημα Επικοινωνίας μέσω Ανταλλαγής Εικόνων, η «κατ' ευκαιρία» διδασκαλία και η μάθηση μέσω παρατήρησης προτύπου, για τις οποίες θα δοθεί ένας σύντομος ορισμός.

2.3.1. Κύκλος Συστηματικής Διδασκαλίας

Μια πρακτική που έχει σχεδιαστεί για τη βελτίωση συγκεκριμένων δεξιοτήτων είναι ο Κύκλος Συστηματικής Διδασκαλίας (Discrete – Trial Teaching – DTT), μια επιστημονικά τεκμηριωμένη παρέμβαση για τη διδασκαλία ποικίλων δεξιοτήτων σε παιδιά με ΔΑΦ που βασίζεται στις αρχές της ΕΑΣ (Gena & Taylor, 1993· Odom et al., 2010). Η διδακτική αυτή μέθοδος εισήχθη πρώτη φορά από τους Koegel, Russo και Rincover (1977), οι οποίοι περιέγραψαν με ακρίβεια τα βήματα που πρέπει να ακολουθεί ο θεραπευτής για να την εφαρμόσει. Ο Κύκλος Συστηματικής Διδασκαλίας, λοιπόν, είναι ένας αποτελεσματικός, συστηματικός και πολύ δομημένος τρόπος διδασκαλίας με αναλογία θεραπευτή - παιδιού ένας προς έναν (one-to-one), ο οποίος ενδείκνυται για το ξεκίνημα της εκπαίδευσης παιδιών με ΔΑΦ, αφού επιτρέπει στον θεραπευτή, χωρίς χρονική καθυστέρηση, να διδάξει ποικίλες δεξιότητες παρέχοντας επαναλαμβανόμενες ευκαιρίες μάθησης (Γενά & Γαλάνης, 2017· Gena & Taylor, 1993· Odom et al., 2010). Συνοπτικά, περιλαμβάνει πέντε βήματα που συνοψίζονται στα εξής: 1) συγκέντρωση της προσοχής του παιδιού με ΔΑΦ, 2) παρουσίαση διακριτικού ερεθίσματος από τον θεραπευτή, 3) αντίδραση του παιδιού στο διακριτικό ερέθισμα, 4) απόδοση επακόλουθων σε συνάφεια με την αντίδραση του παιδιού και 5) χρονικό διάστημα μεταξύ των προσπαθειών (Anderson et al., 1996· Γενά & Γαλάνης, 2017).

2.3.2. Σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς

Η σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς (Shaping) ανήκει στις τεχνικές της ΕΑΣ και παρουσιάστηκε πρώτη φορά από τον Skinner (1953). Αφορά στη διαδικασία κατά την οποία με συστηματικότητα παρέχεται διαφορική ενίσχυση σε σταδιακά βελτιούμενες αντιδράσεις μέχρι την επίτευξη της τελικής επιθυμητής συμπεριφοράς που πρέπει να διδαχθεί το παιδί με ΔΑΦ, ενώ χρησιμοποιείται για τη διδασκαλία καινούργιων συντελεστικών αντιδράσεων που δεν βρίσκονται εντός του ρεπερτορίου του παιδιού. Η παροχή διαφορικής ενίσχυσης κατά τη σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς εξαρτάται όχι από τα διακριτικά ερεθίσματα, αλλά από την εγγύτητα κάθε αντίδρασης του παιδιού προς την τελική επιθυμητή συμπεριφορά. Τέλος, κάθε

φορά που το παιδί παρουσιάζει πρόοδο πλησιάζοντας όλο και περισσότερο στη συμπεριφορά – στόχο με τις αντιδράσεις του, ενισχύονται μόνο οι αντιδράσεις που είναι εγγύτερες προς τη συμπεριφορά – στόχο, ενώ όλες οι προηγούμενες τίθενται σε απόσβεση (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007· Γενά & Γαλάνης, 2017).

2.3.3. Τμηματική βοήθεια

Η τμηματική βοήθεια αποτελεί άλλη μία βασική τεχνική της ΕΑΣ και αφορά στη διαδικασία χειρισμού προγενόμενων ερεθισμάτων ή εισαγωγής πρόσθετων ερεθισμάτων (response prompt) ή τροποποίησης των ίδιων των διακριτικών ερεθισμάτων (stimulus prompt) που στοχεύει στην εκδήλωση της επιθυμητής συμπεριφοράς, όταν το διακριτικό ερέθισμα από μόνο του δεν είναι αρκετό να οδηγήσει στην εκδήλωση της επιθυμητής αντίδρασης. Η παρουσίαση των ερεθισμάτων λαμβάνει χώρα πριν ή ταυτόχρονα με την εκδήλωση της συμπεριφοράς (Cooper et al., 2014) και αμέσως πριν ή μετά το φυσικό διακριτικό ερέθισμα (MacDuff et al., 2001). Για να λειτουργήσει ένα προγενόμενο ερέθισμα ως τμηματική βοήθεια χρειάζεται να πληρούνται δύο κριτήρια: α) να αυξάνεται η πιθανότητα πρόκλησης της επιθυμητής αντίδρασης κατά την παροχή και β) να περιλαμβάνονται ερεθίσματα που πρόκειται μελλοντικά να αποσυρθούν, ώστε ο έλεγχος της συμπεριφοράς να μεταβιβάζεται ξανά στο φυσικό διακριτικό ερέθισμα (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007· Γενά & Γαλάνης, 2017). Επιπλέον, σκοπός τόσο της χρήσης τμηματικής βοήθειας όσο και της απόσυρσής της είναι η διδασκαλία χωρίς λάθη ή έστω η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη μείωση λαθών του παιδιού (Γενά & Γαλάνης, 2017).

Η τμηματική βοήθεια που αφορά σε πρόσθετα προγενόμενα ερεθίσματα μπορεί να λάβει τις εξής μορφές: 1) λεκτική καθοδήγηση (verbal instructions), 2) παρουσίαση προτύπου προς μίμηση, είτε με φυσική παρουσία (modeling) είτε μέσω βίντεο (video modeling), 3) σωματική καθοδήγηση (physical guidance), 4) νεύματα και χειρονομίες, 5) καθοδήγηση με οπτικά ερεθίσματα (visual prompts), 6) καθοδήγηση μέσω της χρήσης γραπτού λόγου και 7) άλλες μορφές βοήθειας (π.χ. απτικά ερεθίσματα) (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007· Γενά & Γαλάνης, 2017· MacDuff et al., 2001). Η τμηματική βοήθεια, επίσης, που αφορά σε τροποποίηση αυτού καθαυτού του διακριτικού ερεθίσματος μπορεί να λάβει δύο μορφές: α) τη μερική τροποποίηση του

διακριτικού ερεθίσματος και β) την ολική τροποποίηση του διακριτικού ερεθίσματος (Γενά, 2007).

Αντιστοίχως, οι μέθοδοι συστηματικής απόσυρσης της τμηματικής βοήθειας υπό τη μορφή πρόσθετων ερεθισμάτων, ώστε να αποφευχθεί η εξάρτηση του παιδιού από αυτά, διακρίνονται σε: α) μέγιστη προς ελάχιστη τμηματική βοήθεια, όπου αρχικά παρέχεται ολοκληρωτική βοήθεια στο παιδί και η οποία σταδιακά και συστηματικά μειώνεται, σύμφωνα με την πρόοδό του, β) ελάχιστη προς μέγιστη τμηματική βοήθεια, όπου παρέχεται αρχικά η μικρότερη δυνατή βοήθεια στο παιδί και αυξάνεται μόνο σε αδυναμία ανταπόκρισής του, γ) σταδιακή καθοδήγηση, που αφορά στη σταδιακή απόσυρση της σωματικής καθοδήγησης υπό τη μορφή της μέγιστης προς ελάχιστης τμηματικής βοήθειας και δ) χρονική καθυστέρηση, όπου η τμηματική βοήθεια παρέχεται σε ολοένα και αυξανόμενα χρονικά διαστήματα, χωρίς αυτή να τροποποιείται (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007· Γενά & Γαλάνης, 2017).

Τέλος, οι μέθοδοι συστηματικής απόσυρσης της τμηματικής βοήθειας υπό τη μορφή τροποποίησης αυτού καθαυτού του διακριτικού ερεθίσματος είναι οι εξής: α) η σταδιακή απόσυρση της τροποποίησης του διακριτικού ερεθίσματος, δηλαδή η σταδιακή και συστηματική επαναφορά του διακριτικού ερεθίσματος στην αρχική μορφή, με εξάλειψη του υπερτονισμού κάποιας διάστασής του, και β) η κλιμακωτή διαμόρφωση του διακριτικού ερεθίσματος, όπου γίνεται, επίσης, σταδιακή και συστηματική επαναφορά του διακριτικού ερεθίσματος στην αρχική του μορφή, με βαθμηδόν εξάλειψη της ολικής τροποποίησής του (Cooper et al., 2014· Γενά, 2007· Γενά & Γαλάνης, 2017).

2.3.4. Συστήματα ανταλλάξιμων αμοιβών

Τα συστήματα ανταλλάξιμων αμοιβών (token economy systems) εφαρμόζονται πολύ συχνά κατά την εκπαίδευση παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στην ΕΑΣ και αφορούν σε ένα σύστημα τροποποίησης της συμπεριφοράς που αποτελείται από τρία βασικά στοιχεία: α) τη συμπεριφορά ή τις μορφές συμπεριφοράς που αποτελούν στόχο του διδακτικού προγράμματος, β) «σύμβολα ενίσχυσης» ή πόντους που λαμβάνει το παιδί, όταν εκδηλώνει τις συμπεριφορές – στόχους, και γ) μια λίστα από

ενισχυτές, που μπορεί να περιλαμβάνει επιθυμητά αντικείμενα, δραστηριότητες ή και δικαιώματα, στην οποία αποκτά πρόσβαση το παιδί ανταλλάσσοντας τα κατακτηθέντα «σύμβολα ενίσχυσης». Τα συστήματα ανταλλάξιμων αμοιβών, επομένως, καθίστανται ένα μέσο παροχής ενίσχυσης που λειτουργεί ως διαμεσολαβητής μεταξύ ενός συνόλου επιθυμητών αντιδράσεων και της παροχής ενός απτού ενισχυτή, με στόχο τόσο την καλλιέργεια της υπομονής του παιδιού για τη λήψη απτών ενισχυτών όσο και την παροχή συχνής ενίσχυσης συναφούς με επιθυμητές αντιδράσεις (Cooper et al., 2014· Γενά & Γαλάνης, 2017).

2.3.5. Σύστημα Επικοινωνίας μέσω Ανταλλαγής Εικόνων

Το Σύστημα Επικοινωνίας μέσω Ανταλλαγής Εικόνων (Picture-Exchange Communication System – PECS) χρησιμοποιείται στο πλαίσιο της ΕΑΣ ως ένα σύστημα εναλλακτικής επικοινωνίας που αναπτύχθηκε από τους Bondy και Frost (1994). Πρόκειται για ένα ολοκληρωμένο σύστημα, το οποίο αφορά στην εναλλακτική εκφορά λόγου και επικοινωνίας με πλήρη ανταπόκριση στις ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί μέσο ενίσχυσης των δυνατοτήτων επικοινωνίας τους και των πρώτων προσπαθειών τους για ανάπτυξη προφορικού λόγου μέσω της χρήσης φωτογραφιών και συμβόλων . Τέλος, το σύστημα αυτό ανταποκρίνεται τόσο στις μη λεκτικές όσο και στις λεκτικές προσπάθειες των παιδιών με ΔΑΦ για ικανοποίηση των αναγκών τους, είτε έχουν αναπτύξει είτε όχι προφορικό λόγο (Γενά & Γαλάνης, 2017).

2.3.6. «Κατ' ευκαιρία» διδασκαλία

Η «κατ' ευκαιρία» διδασκαλία (incidental teaching) χρησιμοποιείται στο πλαίσιο της ΕΑΣ και αφορά στην προαγωγή της ανάπτυξης τόσο του προφορικού λόγου όσο και των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των παιδιών με ΔΑΦ, ώστε να καταφέρνουν να χρησιμοποιούν τις αποκτηθείσες γνώσεις τους με αυθόρμητο και λειτουργικό τρόπο στο φυσικό τους περιβάλλον, δηλαδή και πέρα από τις αυστηρές συνθήκες θεραπείας υπό την εποπτεία του θεραπευτή τους (Γενά & Γαλάνης, 2017· McGee et al., 1985, 1992). Η διδακτική διαδικασία αυτή έχει ως σημείο έναρξης τη

λεκτική ή εξωλεκτική πρωτοβουλία επικοινωνίας του παιδιού με ΔΑΦ, την οποία εκμεταλλεύεται ο θεραπευτής με σκοπό τη διδασκαλία νέων δεξιοτήτων ή τη συντήρηση και γενίκευση ήδη κατακτηθέντων δεξιοτήτων σχετικών με την εκφορά του λόγου (Anderson et al., 1996· Γενά & Γαλάνης, 2017). Τέλος, βασικό στοιχείο της «κατ' ευκαιρία» διδασκαλίας είναι η επανάληψη και λεκτική επέκταση που διδάσκει ο θεραπευτής, ώστε να προάγει την όσο το δυνατόν συχνότερη αυθόρμητη χρήση στοιχείων του λόγου που έχει ήδη διδαχτεί το παιδί με ΔΑΦ (Γενά & Γαλάνης, 2017).

2.3.7. Μάθηση μέσω παρατήρησης προτύπου

Η μάθηση μέσω παρατήρησης προτύπου (observation learning) έχει άμεση εφαρμογή στην ΕΑΣ και βασίζεται στην αρχή ότι η συμπεριφορά ενός παρατηρητή δύναται να επηρεαστεί από την παρατήρηση της συμπεριφοράς ενός άλλου (Γενά & Γαλάνης, 2017). Ο Bandura (1969) υποστήριξε ότι ένας παρατηρητής μπορεί να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του βάσει των συνεπειών που δέχεται η συμπεριφορά ενός άλλου παρατηρηθέντα. Επομένως, ένας παρατηρητής μπορεί να διδαχθεί μια συμπεριφορά που εκδηλώνεται από ένα παρατηρηθέν πρότυπο, του οποίου η συμπεριφορά ενισχύεται ή τιμωρείται, οπότε και την εκδηλώνει ή την αποφεύγει αντιστοίχως. Με τον τρόπο αυτό, λοιπόν, κι ένα παιδί με ΔΑΦ, υπό τις προϋποθέσεις ότι έχει αναπτύξει δεξιότητες μίμησης, δύναται να εστιάσει την προσοχή του σε άλλα άτομα, να γενικεύσει σε νέα ερεθίσματα, καθώς και να διακρίνει ενισχυτικά και τιμωρητικά επακόλουθα, είναι σε θέση να διδαχτεί μέσω της παρατήρησης προτύπου μια νέα αντίδραση, να αυξήσει ή να μειώσει τη συχνότητα κάποιων αντιδράσεων ή/και να επανεκτελέσει ήδη οικείες αντιδράσεις (Bandura, 1969· Γενά & Γαλάνης, 2017).

3. Θεραπευτική σχέση

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει λόγος για την έννοια της θεραπευτικής σχέσης. Αρχικά, θα γίνει μια προσπάθεια ορισμού της μέσα από διάφορες ψυχολογικές θεωρητικές προσεγγίσεις και σχολές. Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν και θα αναλυθούν τόσο οι έρευνες που έχουν λάβει χώρα στο πλαίσιο της ΕΑΣ για τη διερεύνηση της θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα σε θεραπευτές και παιδιά με ΔΑΦ, καθώς και οι στρατηγικές ενίσχυσής της που έχουν έως και σήμερα αναπτυχθεί και προταθεί. Στο τελευταίο μέρος της ενότητας, θα παρουσιαστούν οι έννοιες της ενσυναίσθησης και της συμπόνιας, οι οποίες θα οριστούν, θα παρουσιαστούν τα διακριτά τους χαρακτηριστικά και θα επισημανθούν οι διαφορές τους.

3.1. Ορισμός θεραπευτικής σχέσης

Διάφοροι ερευνητές έχουν προσπαθήσει να ορίσουν τη θεραπευτική σχέση υπό το πρίσμα διάφορων ψυχολογικών θεωρητικών προσεγγίσεων και σχολών. Στο λεξικό του Webster πάντως, η θεραπευτική σχέση ορίζεται ως ο συναισθηματικός δεσμός ή η φιλική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ δύο ανθρώπων και που βασίζεται στην αμοιβαία συμπάθεια, στην εμπιστοσύνη και στην αίσθηση ότι υπάρχει αμοιβαία κατανόηση των ανησυχιών τους (Rapport, 1989).

Στην Ψυχοδυναμική προσέγγιση, η θεραπευτική σχέση ορίζεται ως τη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα σε θεραπευόμενο και θεραπευτή από την αρχή της συνεργασίας τους, αναπόσπαστο μέρος της οποίας είναι η θεραπευτική συμμαχία. Η θεραπευτική συμμαχία αναφέρεται στη συνεργασία που υφίσταται μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, η οποία στοχεύει στην αναγνώριση του προβλήματος που αντιμετωπίζει ο τελευταίος (Σταλίκας & Μερτίκα, 2004). Η θεραπευτική συμμαχία, επιπλέον, αναφέρεται και στην ικανότητα του πελάτη για αποτελεσματική συνεργασία με τον θεραπευτή του, με σκοπό τη θεραπεία του (Greenson, 1965). Η θεραπευτική σχέση, στην Ψυχοδυναμική προσέγγιση, ορίζεται από τρεις παραμέτρους: α) τη θεραπευτική συμμαχία, η οποία ερμηνεύεται ως μια διαδικασία ταύτισης ενός μέρους του «εγώ» του πελάτη και ενός μέρους του «εγώ» του θεραπευτή, ενώ ταυτόχρονα έχει

διευκολυντική λειτουργία στη συντήρηση και πρόοδο της θεραπευτικής σχέσης, γι' αυτό και αποτελεί το πιο σημαντικό στοιχείο της, β) τη μεταβίβαση, η οποία αφορά στα ασυνείδητα μεταβιβαστικά συναισθήματα του πελάτη προς τον θεραπευτή και γ) την πραγματική σχέση, που αφορά στην αυθεντικότητα του θεραπευτή και την ικανότητα αναγνώρισης των λαθών του (Gelso & Carter, 1994· Greenson, 1965).

Στην Ανθρωπιστική – Πελατοκεντρική προσέγγιση, η θεραπευτική σχέση αφορά περισσότερο στον συναισθηματικό δεσμό που αναπτύσσεται μεταξύ πελάτη και θεραπευτή και όχι τόσο στους θεραπευτικούς στόχους και τεχνικές που χρησιμοποιούνται. Το πλαίσιο της ορίζεται από τρεις αναγκαίες συνθήκες, οι οποίες χρειάζεται να πληρούνται για επιτυχή έκβαση της θεραπείας. Οι συνθήκες αυτές αφορούν: α) στην άνευ όρων αποδοχή του πελάτη, δηλαδή στην πλήρη αποδοχή, στην επίδειξη ειλικρινούς ενδιαφέροντος και στη θετική προδιάθεση του θεραπευτή απέναντι στον πελάτη, β) στην ενσυναίσθηση, δηλαδή στην ικανότητα του θεραπευτή να δύναται να υιοθετήσει την οπτική του πελάτη του, και γ) στη γνησιότητα του θεραπευτή, δηλαδή στην ικανότητά του να επιδεικνύει αυθεντικότητα, συνέπεια και ειλικρίνεια σε σχέση με τα συναισθήματά του. Επομένως, η θεραπευτική σχέση ενέχει μεγάλη σημασία για την Ανθρωπιστική – Πελατοκεντρική προσέγγιση, καθώς επιτελεί διευκολυντικό ρόλο στην επίτευξη θεραπευτικής αλλαγής και συμβάλλει στην παραμονή του θεραπευόμενου στη θεραπεία (Rogers, 1957· Watson & Greenberg, 1998).

Στη Γνωστική – Συμπεριφοριστική προσέγγιση, η θεραπευτική σχέση εμπεριέχει την ενσυναίσθηση και τον συνεργατικό εμπειρισμό. Ο συνεργατικός εμπειρισμός, όρος που προτάθηκε από τους Beck, Rush, Shaw και Emery (1979), αναφέρεται στην ανάληψη ενεργητικού ρόλου εκ μέρους του θεραπευτή, ώστε να παρέχει στήριξη στον θεραπευόμενο κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας, με σκοπό την από κοινού επίλυση των προβλημάτων του τελευταίου (Καλπάκογλου & Χαρίλα, 2007· Παπακώστας & Μιχόπουλος, 2015). Στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης, οι Wright και Davis (1994) όρισαν τη θεραπευτική σχέση ως την αλληλεπίδραση μεταξύ των προσωπικών χαρακτηριστικών και αξιών του θεραπευτή με τα προσωπικά χαρακτηριστικά και τις αξίες του θεραπευόμενου. Επιπροσθέτως, για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, ο θεραπευτής χρειάζεται να επιδεικνύει ζεστασιά, ενσυναίσθηση και αυθεντικότητα (Beck et al., 1979). Τέλος, έχουν προταθεί τέσσερις τρόποι για δημιουργική χρήση της θεραπευτικής σχέσης από τους θεραπευτές. Ο πρώτος αφορά

στην ανάδειξη του συναισθηματικού δεσμού μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου ως ενός είδους θετικής ενίσχυσης που επιτελεί βοηθητικό ρόλο στη υιοθέτηση πιο επιθυμητών και αποτελεσματικών συμπεριφορών από την πλευρά του θεραπευόμενου. Ο δεύτερος αφορά στην ενίσχυση της συναισθηματικής εγγύτητας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, με αποτέλεσμα την αύξηση των πιθανοτήτων να επιτελέσει η συμπεριφορά του θεραπευτή πρότυπο προς μίμηση για τον θεραπευόμενο. Ο τρίτος αφορά στην εδραίωση σχέσης συνεργασίας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου με σκοπό την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων και, επομένως, την αποτελεσματικότερη διεξαγωγή της θεραπείας. Ο τέταρτος και τελευταίος αφορά στην αντιμετώπιση της αντίστασης του θεραπευόμενου στις υποδείξεις του θεραπευτή του (Raue & Goldfried, 1994).

Στη Συμπεριφορική προσέγγιση είναι κοινά αποδεκτό ότι η θεραπευτική σχέση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επιτυχή έκβαση μιας θεραπείας (Crisp, 1966· Meyer & Gelder, 1963). Η θεραπευτική σχέση επηρεάζεται τόσο από τη διαπροσωπική επαφή που αναπτύσσεται μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή όσο και από τις δεξιότητες και τεχνικές που ο τελευταίος χρησιμοποιεί (Sweet, 1984). Στην έρευνα του Sloane και των συνεργατών του (1975) που αφορούσε στη σύγκριση συμπεριφοριστών θεραπευτών και ψυχοθεραπευτών άλλων προσεγγίσεων, φάνηκε ότι οι συμπεριφοριστές θεραπευτές έλαβαν υψηλότερη αξιολόγηση από τους πελάτες τους στο επίπεδο της διαπροσωπικής επαφής, της ενσυναίσθησης και της γνησιότητας, ενώ φάνηκε ότι είχαν πιο ενεργό ρόλο στη συνεδρία. Επιπλέον, οι πελάτες αξιολόγησαν ως τον σημαντικότερο παράγοντα της θετικής έκβασης της θεραπείας τους τη θεραπευτική σχέση που ανέπτυξαν με τους θεραπευτές τους. Σε άλλη έρευνα του Alexander και των συνεργατών του (1976) φάνηκε ότι τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του θεραπευτή, όπως η ζεστασιά, το χιούμορ και η στοργή, αλλά και μεταβλητές «δόμησης», όπως η ευθύτητα και η αυτοπεποίθηση, επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας. Επιπλέον, ο Lejuez και οι συνεργάτες του (2006) υποστήριξαν ότι για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης χρειάζεται ο θεραπευτής να επιδείξει κατανόηση στις μοναδικές περιβαλλοντικές εμπειρίες του θεραπευόμενου του, αλλά και στο ιστορικό μάθησής του, ώστε να είναι σε θέση να προσδιορίσει επιτυχώς ενισχυτικά ή τιμωρητικά επακόλουθα σε συγκεκριμένο πλαίσιο. Με τον τρόπο αυτό επιδεικνύει κατανόηση και ενσυναίσθηση προς τον θεραπευόμενο, κάτι που ενισχύει τη μεταξύ τους θεραπευτική σχέση. Τέλος, οι O'Leary και Wilson (1975) θεώρησαν ότι η

θεραπευτική σχέση στη Συμπεριφοριστική προσέγγιση διαφοροποιείται από τις άλλες προσεγγίσεις, καθώς οι θεραπευόμενοι λογίζονται ως συνθεραπευτές. Αυτό συμβαίνει, διότι είναι καίρια η συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τους στόχους και της μεθόδους της θεραπείας τους, αφού στόχος είναι η εκμάθηση της αυτορρύθμισης της συμπεριφοράς τους, έπειτα από απόκτηση των απαραίτητων δεξιοτήτων που θα συντελέσουν σε αυτό.

Στη Συμπεριφορική – Αναλυτική προσέγγιση, η θεραπευτική σχέση δεν έχει διερευνηθεί εκτενώς. Αν και είναι κοινά αποδεκτό, όπως έχει φανεί και από τα παραπάνω, ότι η θεραπευτική σχέση συμβάλλει στην κλινική αλλαγή, η έρευνα επικεντρώνεται κυρίως στην ανάπτυξη θεραπευτικών τεχνικών. Ωστόσο, δεν φαίνεται να υπάρχει προσπάθεια συμπεριφορικής ερμηνείας των αλλαγών που πραγματοποιούνται εντός του πλαισίου της θεραπευτικής σχέσης (Rosenfarb, 1992). Επιπλέον, υποστηρίζεται από την Rosenfarb (1992) ότι η Ανάλυση της Συμπεριφοράς δύναται να ερμηνεύσει και να κατανοήσει τις διαδικασίες αλλαγής που προκύπτουν μέσα από τη θεραπευτική σχέση. Συγκεκριμένα, σε μια προσπάθεια κατανόησης αυτών των αλλαγών, θεωρεί ότι η θεραπευτής της Συμπεριφορικής – Αναλυτικής προσέγγισης χρειάζεται να ενισχύουν τις επιθυμητές κοινωνικές συμπεριφορές των θεραπευόμενων τους που δεν λάμβαναν πρωτίτερα ενίσχυση από το οικείο περιβάλλον τους, κάνοντας χρήση περισσότερο φυσικών παρά τεχνητών ενισχυτών, με σκοπό την προαγωγή της γενίκευσης των θεραπευτικών οφελών εκτός θεραπευτικού πλαισίου. Στην προσπάθεια αυτή, η θεραπευτής οφείλουν να προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους στη συμπεριφορά των θεραπευόμενων τους, κάνοντας χρήση νύξεων, με τη στάση του σώματός τους, με διαφοροποίηση της φωνής τους, καθώς και με λεκτική καθοδήγηση, η οποία λειτουργεί ως διακριτικό ερέθισμα και ως ενισχυτικό επακόλουθο στη συνεδρία. Η παραπάνω διαδικασία αποσκοπεί στην δημιουργία νέων και θετικών συμπεριφορών στους θεραπευόμενους. Μεγάλη σημασία, επίσης, στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης διαδραματίζει η αξιοποίηση της ενίσχυσης υπό τη μορφή της συναφειακής ενίσχυσης (contingent reinforcement), με τη χρήση φυσικών ενισχυτών. Επιπλέον, η καλή θεραπευτική σχέση επιτρέπει στον θεραπευτή να λειτουργεί ο ίδιος ως διακριτικό ερέθισμα που σηματοδοτεί τη δυνατότητα τροποποίησης της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου (Follete et al., 1996).

Ο Egan (1975) όρισε τον δεσμό μεταξύ δύο ανθρώπων στην κλινική πράξη ως συναισθηματική εγγύτητα, ενσυναίσθηση, αποδοχή και αμοιβαία επιθυμία για

επικοινωνία. Ωστόσο, δεν φαίνεται να υπάρχει ένας λειτουργικός ορισμός της θεραπευτικής σχέσης που να διευκολύνει την έρευνα αυτής υπό το πρίσμα της Συμπεριφορικής – Αναλυτικής προσέγγισης. Για το λόγο αυτό και δεν έχει διερευνηθεί διεξοδικά από τους αναλυτές της συμπεριφοράς (Padgett, 2010). Μια πρώτη πιο σύγχρονη προσπάθεια ορισμού της θεραπευτικής σχέσης έγινε από τους Carr, McConnachie, Levin και Kemp (1993), οι οποίοι δήλωσαν ότι η θεραπευτική σχέση είναι αποτέλεσμα της αμοιβαίας ενίσχυσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, όπως προκύπτει μέσα από τις διάφορες επικοινωνιακές επαφές τους, αποδεχόμενοι ωστόσο και οι ίδιοι ότι δεν υπάρχει συστηματική ανάλυση της έννοιας αυτής στο πλαίσιο της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, παρόλο που στην Κλινική Ψυχολογία αποτελεί πυρηνικό στοιχείο και έχει μελετηθεί από μεγάλο αριθμό ερευνητών.

3.2. Θεραπευτική σχέση και Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος

Η θεραπευτική σχέση αποτελεί ένα από τα βασικότερα και πρωταρχικά στοιχεία για την ανάπτυξη και τη θετική έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας, ιδιαίτερα για τα παιδιά με ΔΑΦ. Επιπροσθέτως, οι εκρήξεις θυμού και οι διασπαστικές συμπεριφορές φαίνεται ότι μειώνονται, όταν υφίσταται καλή θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ. Αυτά τα δύο πιθανά αποτελέσματα συμβάλλουν σε πολύ μεγάλο βαθμό στη γρήγορη πρόοδο του παιδιού και στην πρόσκτηση δεξιοτήτων, που αποτελεί και τον πλέον σημαντικό κλινικό στόχο. Τα πλεονεκτήματα που συνδέονται με τη σύναψη θεραπευτικής σχέσης για τον θεραπευτή είναι πολλά και αυξάνουν σημαντικά την ικανότητά του να αξιοποιεί στο έπακρο διδακτικά επεισόδια με το παιδί (Γενά & Γκόγκος, 2017).

Ήδη από το 1944, ο Hans Asperger είχε δηλώσει για τα παιδιά με ΔΑΦ το εξής: *«Αυτά τα παιδιά συχνά επιδεικνύουν ανέλπιστη ευαισθησία στην προσωπικότητα του θεραπευτή [...]. Μπορούν να εκπαιδευτούν, αλλά μόνο από εκείνους που δείχνουν ότι πραγματικά τους κατανοούν και τους δίνουν στοργή, από ανθρώπους που τους επιδεικνύουν καλοσύνη και ναι, χιούμορ [...]. Η βαθύτερη συμπεριφορά του θεραπευτή επηρεάζει, άθελα και υποσυνείδητα, τη διάθεση και τη συμπεριφορά του παιδιού»*⁶ (ό.α.

⁶ Πρόκειται για ελεύθερη μετάφραση του αντίστοιχου αποσπάσματος από τον συγγραφέα της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

στο Γενά & Γκόγκος, 2017: 487). Αν και ήδη, λοιπόν, τα τελευταία 70 χρόνια έχει αναδειχτεί η σημασία της θεραπευτικής σχέσης – όχι ίσως με αυτή την έννοια, αλλά περιγραφικά κατά κάποιο τρόπο – και υπάρχει ορισμός της θεραπευτικής σχέσης, όπως περιγράφηκε στην προηγούμενη υποενότητα, ο οποίος όμως δεν είναι λειτουργικός, φαίνεται ότι υπάρχει ένδεια ερευνών και έλλειψη διεξοδικής και συστηματικής διερεύνησης με πειραματική μεθοδολογία της σημασίας της θεραπευτικής σχέσης, όπως αυτή αναπτύσσεται ανάμεσα στον θεραπευτή και το παιδί με ΔΑΦ (Γενά & Γκόγκος, 2017).

Η πρώτη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της ΕΑΣ για τη θεραπευτική σχέση και τη σημασία της σε κλινικές συνθήκες έλαβε χώρα από τους McLaughlin και Carr (2005). Στην έρευνα αυτή διερευνήθηκε συστηματικά η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης, η επίδραση που έχει αυτή σε προβλήματα συμπεριφοράς και στην ολοκλήρωση των υποχρεώσεων ενηλίκων με ΔΑΦ και βαριά Νοητική Υστέρηση, καθώς και η συστηματική εκπαίδευση θεραπευτών σε θέματα θεραπευτικής σχέσης. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι η ύπαρξη καλής θεραπευτικής σχέσης οδηγούσε σε μείωση της εκδήλωσης προβληματικής συμπεριφοράς, σε αύξηση της συνέπειας των ενηλίκων με ΔΑΦ και βαριά Νοητική Υστέρηση απέναντι στην ολοκλήρωση των εκπαιδευτικών τους υποχρεώσεων, ενώ καταδείχθηκε ότι μπορεί να υπάρξει βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης με συστηματική εκπαίδευση των θεραπευτών σε θέματα θεραπευτικής σχέσης. Έτσι, λοιπόν, καταδεικνύεται η σημαντικότητα της θετικής θεραπευτικής σχέσης, αφού οδηγεί σε τροποποίηση του κλίματος της συνεδρίας, που πολλές φορές δεν είναι ευχάριστο για τα παιδιά με ΔΑΦ. Η θετική θεραπευτική σχέση, επομένως, καθίσταται ένα συμβάν πλαισίου (setting event) που οδηγεί σε τροποποίηση του βαθμού ενισχυτικότητας της συμμετοχής του παιδιού με ΔΑΦ στη θεραπευτική διαδικασία (Γενά & Γκόγκος, 2017).

Αν και χρειάζονται συγκεκριμένοι και ιεραρχημένοι στόχοι για την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης, στη διεθνή βιβλιογραφία δίνεται έμφαση και σε άλλα στοιχεία, ποιοτικής φύσεως, τα οποία συμβάλλουν σε αυτό. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους McGee, Menolascino, Hobbs και Menousek (1987), η φροντίδα, η φιλία και η ζεστασιά είναι κάποια από τα στοιχεία που χρειάζεται να εμπνέει ο θεραπευτής στο παιδί, ώστε να αναπτυχθεί θετική θεραπευτική σχέση. Στην Ανάλυση της Συμπεριφοράς, ωστόσο, αυτά τα στοιχεία βάσει μεθοδολογίας δεν είναι εύκολο να ποσοτικοποιηθούν και να καταστούν επομένως μετρήσιμα, με σκοπό την αξιολόγησή τους με τους

παραδοσιακούς τρόπους μέτρησης της συμπεριφοράς. Επειδή, όμως, υπάρχει βεβαιότητα ότι στοιχεία σαν κι αυτά βελτιώνουν τη θεραπευτική σχέση, αξίζει μια πιο συστηματική διερεύνησή τους (Γενά & Γκόγκος, 2017).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το ερευνητικό έργο που αφορά στη συστηματική μελέτη της σύναψης θεραπευτικής σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ παιδιών με ΔΑΦ και των θεραπευτών τους, είναι εξαιρετικά περιορισμένο, ενώ ακόμα πιο περιορισμένη είναι η έρευνα που εξετάζει τη θεραπευτική σχέση υπό το πρίσμα της επιστήμης της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς. Στο πλαίσιο μιας πιλοτικής έρευνας (Ράτση, 2019) έγινε προσπάθεια να προσεγγιστεί η έννοια της θεραπευτικής σχέσης με σαφήνεια και αντικειμενικότητα και με όρους Ανάλυσης της Συμπεριφοράς. Η θεραπευτική σχέση παρουσιάστηκε υπό το πρίσμα των διδακτικών τεχνικών και διαδικασιών που χρησιμοποιούν οι έμπειροι και άπειροι θεραπευτές, οι οποίες διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν την ανάπτυξή της. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι σαφώς υπήρχε σημαντική διαφοροποίηση στον τρόπο που οι άπειροι και οι έμπειροι θεραπευτές εφαρμόζαν τις πρακτικές και τεχνικές κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας με το παιδί με ΔΑΦ, με τους έμπειρους θεραπευτές να τις εφαρμόζουν ορθότερα σε μεγαλύτερο ποσοστό.

Σε πρόσφατη έρευνα των Kerns, Collier, Lewin και Storch (2018), η οποία βέβαια πραγματοποιήθηκε επί τη βάση της Γνωστικής – Συμπεριφορικής προσέγγισης, υποδείχθηκε ότι η θετική θεραπευτική σχέση είχε θετική συσχέτιση με την καλή θεραπευτική έκβαση για την αντιμετώπιση του άγχους των παιδιών με ΔΑΦ. Επιπλέον, καταδείχθηκε ότι ποικίλα χαρακτηριστικά του παιδιού, πριν την έναρξη της θεραπείας, όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η σοβαρότητα της ΔΑΦ, τα επίπεδα άγχους και η συμπεριφορά του, δεν είχαν σημαντική συσχέτιση με τη σύναψη και ποιότητα της σχέσης μεταξύ παιδιού και θεραπευτή.

Όπως φάνηκε από τα παραπάνω, οι διδακτικές πρακτικές και τεχνικές της ΕΑΣ επηρεάζουν τόσο τη μάθηση και τον έλεγχο της συμπεριφοράς του παιδιού όσο και αποτελούν παράγοντες που προάγουν τη θεραπευτική σχέση, για αυτό και έχουν βρεθεί στο επίκεντρο της έρευνας στο πλαίσιο της ΕΑΣ. Τομείς, όμως, εξίσου σημαντικοί για το άτομο, που ενδεχομένως φαίνεται να επηρεάζουν επίσης την προαγωγή της θεραπευτικής σχέσης, όπως είναι η ψυχαγωγία και η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου βάσει των ενδιαφερόντων του παιδιού, δεν έχουν αναλυθεί επαρκώς (Γενά & Γκόγκος,

2017). Οι Carr, McConnachie, Levin και Kemp (1993) αναφέρουν ότι η παροχή της δυνατότητας επιλογής από την πλευρά του παιδιού ενισχυτών της επιθυμίας του, καθώς και η συμμετοχή του σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες οδηγούν σε μείωση του άγχους τους, ανεξαρτήτως των χαρακτηριστικών τους (π.χ. ανεξαρτήτως ηλικίας ή διάγνωσης).

Όλα τα παραπάνω δίνουν έμφαση στα χαρακτηριστικά που οφείλει να αναπτύξει ένας θεραπευτής, αλλά και στις ενέργειες και τις επιλογές στις οποίες χρειάζεται να προβεί, προκειμένου να αναπτύξει θεραπευτική σχέση. Εξίσου σημαντικό είναι, ωστόσο, να ερευνηθούν και τρόποι με τους οποίους το ίδιο το παιδί θα βοηθηθεί, ώστε να γίνεται ελκυστικό στους θεραπευτές του. Σύμφωνα με την έρευνα, έντονα συναισθήματα απόρριψης προκαλούνται από παιδιά με ατημέλητη εμφάνιση, που παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς ή που στερούνται κίνητρα για κοινωνική επαφή (Carr et al., 1993). Η Κοινωνική Ψυχολογία τονίζει, επίσης, τη συμβολή της κοινωνικής άνεσης, της εμφάνισης και της εκδήλωσης ενδιαφέροντος για άλλους στη δημοτικότητα ενός ατόμου (Aronson, 2011). Με δεδομένα τα παραπάνω, επομένως, θα παρουσίαζε ενδιαφέρον η αξιοποίηση των ευρημάτων της Κοινωνικής Ψυχολογίας στην έρευνα που αφορά τα άτομα με ΔΑΦ και την ανάπτυξη θετικής θεραπευτικής σχέσης. Συγκεκριμένα, είναι αναγκαίο να βρεθούν τρόποι που θα βοηθήσουν άτομα με ΔΑΦ στην απόκτηση των χαρακτηριστικών εκείνων που θα οδηγήσουν τόσο σε βελτίωση του κοινωνικού τους προφίλ όσο και στην αποδοχή τους από τον κοινωνικό περίγυρο γενικότερα και από τους θεραπευτές τους ειδικότερα (Γενά & Γκόγκος, 2017).

3.3. Στρατηγικές ενίσχυσης της θεραπευτικής σχέσης

Ήδη από την πρώτη έρευνα των McLaughlin και Carr (2005) που αφορούσε στη συστηματική αξιολόγηση της θεραπευτικής σχέσης σε κλινικές συνθήκες υπό το πρίσμα της ΕΑΣ, έχει τονιστεί η σημαντικότητα της εύρεσης και διερεύνησης τρόπων για αποτελεσματική βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης. Ερευνητικά έχουν αναδειχθεί τέσσερις στρατηγικές για τη βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές: α) η απόδοση ιδιοτήτων γενικευμένου ενισχυτή (generalized reinforcers) στους θεραπευτές (Padgett, 2010), β) η ενθάρρυνση του

θεραπευτή για συχνότερη ανταπόκριση στις επικοινωνιακές προσπάθειες του παιδιού (Dunst et al., 1985), γ) η ενίσχυση της αμοιβαιότητας (turn – taking strategy) (Gaylord-Ross & Haring, 1987) και δ) η εμπλοκή του θεραπευτή σε δραστηριότητες ή παιχνίδια της προτίμησης του παιδιού πριν την έναρξη της θεραπευτικής συνεδρίας (pre-session pairing) (Lugo et al., 2017).

Έχει υπογραμμιστεί το γεγονός ότι τόσο η απουσία θεραπευτικής σχέσης όσο και η ανεπιτυχής ανάπτυξη μιας ικανοποιητικής θεραπευτικής σχέσης είναι συνέπεια του ιστορικού αλληλεπίδρασης μεταξύ θεραπευτή και παιδιού. Συνήθως οι αλληλεπιδράσεις αυτές έχουν αρνητικό χαρακτήρα, καθώς εμπεριέχουν μη προτιμώμενες ή αποτρεπτικές απαιτήσεις (aversive demands), όπως είναι η απαίτηση για εκπλήρωση εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων (work tasks). Αν και τέτοιες απαιτήσεις είναι λογικό να υφίστανται στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής συνεδρίας, όταν παρουσιάζονται σε υψηλό ποσοστό από τους θεραπευτές, φαίνεται ότι επιδρούν αρνητικά στη θεραπευτική σχέση, αφού το παιδί με ΔΑΦ ενδέχεται να εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά με σκοπό τη διαφυγή και την αποφυγή από τις απαιτήσεις του θεραπευτή του (Carr et al., 2003· Kemp & Carr, 1995· McLaughlin & Carr, 2005). Η αποδυνάμωση, επομένως, της σύνδεσης του θεραπευτή με τέτοιου είδους αρνητικά ερεθίσματα κρίνεται σημαντική και μπορεί να λάβει χώρα με τη χωροχρονική σύζευξη της παρουσίας του θεραπευτή με μια ευρεία ποικιλία υψηλά προτιμώμενων ενισχυτών, που μπορεί να είναι κοινωνικοί, απτοί ή υπό τη μορφή δραστηριοτήτων. Στην παραπάνω προσπάθεια έγκειται και η πρώτη στρατηγική ενίσχυσης της θεραπευτικής σχέσης που αφορά στην απόδοση ιδιοτήτων γενικευμένου ενισχυτή στους θεραπευτές (Skinner, 1953). Συνεπώς, χάρη στη συνεπή και αλληπάλληλη σύζευξη των θεραπευτών με πλήθος ενισχυτών, καθίστανται οι ίδιοι για το παιδί με ΔΑΦ διακριτικό ερέθισμα που συνδέεται με την προσέγγιση και την κοινωνική αλληλεπίδραση και όχι με την εκδήλωση προβληματικών συμπεριφορών με σκοπό την αποφυγή και διαφυγή από τη θεραπευτική διεργασία. Η παραπάνω στρατηγική έχει εφαρμοστεί σε πλήθος ερευνών ως ένα από τα στοιχεία παρέμβασης για τον περιορισμό της εκδήλωσης προβληματικών συμπεριφορών (Carr et al., 1999, 2003· Kemp & Carr, 1995).

Σε συνέχεια των παραπάνω, είναι γνωστό ότι, προκειμένου να είναι πετυχημένη η προσέγγιση του θεραπευτή στο παιδί με ΔΑΦ, εκτός από τη χρήση γενικότερα ενισχυτών, οφείλει ο ίδιος να λειτουργεί ως εξαρτημένος / δευτερογενής ενισχυτής (conditioned reinforcer), δηλαδή το παιδί με ΔΑΦ βιώνει ως ενισχυτική την παρουσία

του θεραπευτή. Για να συμβεί αυτό, όμως, χρειάζεται συνεχής συσχέτιση του θεραπευτή με άλλα ενισχυτικά επακόλουθα της προτίμησης του παιδιού με ΔΑΦ (Padgett, 2010). Σύμφωνα με τους Cooper, Heron και Heward (2014), ως εξαρτημένος / δευτερογενής ενισχυτής ορίζεται το ερέθισμα εκείνο που, ενώ αρχικά είχε ουδέτερη ισχύ (δεν οδηγούσε στην αύξηση ή τη μείωση δηλαδή της εκδήλωσης μιας συμπεριφοράς), αργότερα απέκτησε ενισχυτικές ιδιότητες εξαιτίας της αλληπάλληλης σύζευξής του με έναν ή περισσότερους πρωτογενείς ή άλλους δευτερογενείς ενισχυτές. Βάσει αυτού, λοιπόν, η Padgett (2010) εξηγεί πως και ο θεραπευτής κατά την έναρξη της σχέσης με το παιδί με ΔΑΦ λειτουργεί ως ουδέτερο ερέθισμα, καθώς είναι ένα άγνωστο πρόσωπο για εκείνο. Στη συνέχεια, όμως, η θεραπευτική σχέση μπορεί να αναπτυχθεί μέσα από την αλληπάλληλη σύζευξη του θεραπευτή με ενισχυτικά ερεθίσματα, τα οποία ο θεραπευτής παρέχει ελεύθερα και χωρίς συναφειακή συσχέτιση με τη συμπεριφορά του παιδιού, ώστε να αποκτήσει και ο ίδιος ενισχυτικές ιδιότητες για το παιδί με ΔΑΦ και επομένως να καταστήσει τον εαυτό του δευτερογενή ενισχυτή. Για την Padgett (2010), επομένως, η συστηματική χρήση της ασυναφούς ενίσχυσης (noncontingent reinforcement) από τον θεραπευτή αποτελεί το «κλειδί» βελτίωσης της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ του ίδιου και του παιδιού με ΔΑΦ, ιδιαίτερα κατά την έναρξη της σχέσης τους. Ως ασυναφής ενίσχυση ορίζεται η διαδικασία κατά την οποία ερεθίσματα με γνωστές ενισχυτικές ιδιότητες παρέχονται στο παιδί βάσει σταθερών ή μεταβλητών προγραμμάτων ενίσχυσης, ανεξάρτητα από τη συμπεριφορά που επιδεικνύει αυτό (Cooper et al., 2014).

Η χρήση της τεχνικής της ασυναφούς ενίσχυσης, υποστηρίζεται και από τους Carr, McConnachie, Levin και Kemp (1993), ειδικά κατά τα πρώτα στάδια της θεραπείας, ώστε να αναπτυχθεί θεραπευτική σχέση και να καταστεί ο θεραπευτής γενικευμένος ενισχυτής. Η δε αλληπάλληλη ασυναφής συσχέτιση του ίδιου πρέπει να γίνεται τόσο με πρωτογενείς όσο και με δευτερογενείς κοινωνικούς ενισχυτές. Απώτερος στόχος του θεραπευτή, όμως, είναι η εισαγωγή κοινωνικών ενισχυτών στη θεραπευτική διαδικασία, αφού και η ίδια η θεραπευτική σχέση, όταν είναι θετική, λειτουργεί ως κοινωνικός ενισχυτής. Η χρήση της ασυναφούς ενίσχυσης, επομένως, έχει ως συνέπεια να αποκτά ο θεραπευτής ενισχυτικές ιδιότητες για το παιδί, οδηγώντας σε μείωση των προσπαθειών διαφυγής του από τη θεραπευτική διαδικασία και αύξηση των προσπαθειών προσέγγισης του θεραπευτή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα όχι μόνο τη μείωση εκδήλωσης προβλημάτων συμπεριφοράς από την πλευρά του

παιδιού, αλλά και τη βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης, κάτι που είναι αναγκαίο ειδικά αν υφίσταται ένδεια θετικής ενίσχυσης κατά την αλληλεπίδραση παιδιού και θεραπευτή στο παρελθόν (Γενά & Γκόγκος, 2017· Padgett, 2010).

Οι Carr, McConnachie, Levin και Kemp (1993), τέλος, στη διαδοχή βημάτων για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, προτείνουν μετά το πέρας των πρώτων 2 – 3 συνεδριών που γίνεται χρήση ασυναφούς ενίσχυσης, ο θεραπευτής να συνεχίσει πλέον με συναφή ενίσχυση, δηλαδή παροχή ενισχυτικών επακολούθων σε συνάφεια με τη συμπεριφορά του παιδιού. Η συμπεριφορά του παιδιού που θα ενισχύεται όμως πλέον θα πρέπει να υπάγεται σε κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους, ώστε να αντιληφθεί το παιδί ότι η ικανοποίηση των αναγκών του μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από την επικοινωνία, χωρίς να εκδηλώνει διασπαστικές συμπεριφορές. Αρχικά, επομένως, ο θεραπευτής ενισχύει το παιδί όταν τον πλησιάζει, ενώ στη συνέχεια η παροχή ενίσχυσης γίνεται για όλο και πιο σύνθετες μορφές επικοινωνίας (π.χ. όταν το παιδί παίρνει το χέρι του θεραπευτή οδηγώντας τον σε κάποια δραστηριότητα, όταν ζητάει ή δείχνει κάτι κλπ.).

Η ενθάρρυνση του θεραπευτή για μεγαλύτερη ανταπόκριση στις επικοινωνιακές προσπάθειες του παιδιού με αναπτυξιακή διαταραχή αποτελεί τη δεύτερη στρατηγική για ανάπτυξη καλής θεραπευτικής σχέσης (Evans & Scotti, 1989). Ο Dunst και οι συνεργάτες του (1985) στην έρευνά τους κατέδειξαν ότι οι προσπάθειες των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές αυξάνονταν χάρη στην ανταπόκριση των θεραπευτών τους σε αυτές. Έχει φανεί, επίσης, ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευτή και παιδιού δύναται να έχει ενισχυτική ισχύ, αφού η συμπεριφορά του θεραπευτή που αλληλεπιδρά μπορεί να λειτουργεί ενισχυτικά στη συμπεριφορά του παιδιού που κάνει προσπάθειες αλληλεπίδρασης, επιτυγχάνοντας με τον τρόπο αυτό τη διατήρηση αυτής της αλληλεπίδρασης (Koegel et al., 1988· Seifer et al., 1991). Κατά συνέπεια, η όλο και αυξανόμενη κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευτή και παιδιού δύναται να οδηγήσει στην ταυτόχρονη μείωση εκδηλώσεων διασπαστικής συμπεριφοράς του παιδιού (Koegel et al., 1992), ενώ ταυτόχρονα φαίνεται ότι συμβάλλει και στην τροποποίηση της γνώμης του θεραπευτή για το παιδί, με αύξηση των θετικών δηλώσεών του για αυτό (Flannery et al., 1993).

Η ενίσχυση της αμοιβαιότητας (turn-taking strategy) αποτελεί την τρίτη στρατηγική για ανάπτυξη καλής θεραπευτικής σχέσης. Οι Gaylord-Ross και Haring

(1987) στην έρευνά τους δίδαξαν δυάδες μαθητών, όπου ο ένας ήταν τυπικής ανάπτυξης και ο άλλος με κάποια μορφή αναπηρίας, να προβαίνουν με σειρά σε λεκτικές και μη λεκτικές ανταλλαγές, με αποτέλεσμα την αύξηση της κοινωνικά αποδεκτής συμπεριφοράς, δηλαδή την αύξηση της θετικής λεκτικής αλληλεπίδρασης και τη μείωση εκδήλωσης κοινωνικά μη αποδεκτής συμπεριφοράς. Επιπλέον, η ενίσχυση της αμοιβαιότητας προάγεται από την ύπαρξη κοινών ενισχυτών, όπως για παράδειγμα δραστηριοτήτων που αμφίπλευρα θεωρούνται διασκεδαστικές και ενδιαφέρουσες (Carr et al., 1994).

Όσον αφορά στους ενισχυτές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά την ανάπτυξη μιας καλής θεραπευτικής σχέσης, οι Rolider και Van Houten (1993) προτείνουν τα ομαδικά ή δυαδικά παιχνίδια, τα οποία προϋποθέτουν την αλληλεπίδραση (π.χ. παιχνίδια με μπάλα), την παροχή βοήθειας από τον θεραπευτή στο παιδί με σκοπό την ενασχόληση του παιδιού με παιχνίδια και δραστηριότητες της προτίμησής του, το γαργάλημα και τα παιδικά τραγούδια που συνοδεύονται από παντομίμα (π.χ. «χαρωπά τα δυο μου χέρια τα χτυπά»). Επιπλέον, μεγάλη σημασία έχει και η συναναστροφή του θεραπευτή με το παιδί σε περιβάλλοντα λιγότερο δομημένα, όπως είναι το πλαίσιο του παιχνιδιού, αφού με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η συσχέτιση του θεραπευτή με δραστηριότητες ενισχυτικού χαρακτήρα, καθώς και η έμμεση προαγωγή της μαθησιακής διαδικασίας, η οποία προκύπτει από την ενδυνάμωση και προαγωγή της συμμετοχής του παιδιού σε αυτή (Carr et al., 1993).

Η εμπλοκή του θεραπευτή με δραστηριότητες ή παιχνίδια της προτίμησης του παιδιού πριν την έναρξη της θεραπευτικής συνεδρίας (pre-session pairing) αποτελεί την τέταρτη στρατηγική ανάπτυξης της καλής θεραπευτικής σχέσης. Η Lugo και οι συνεργάτες της (2017) στην έρευνά τους διερεύνησαν τη σημασία αυτής της στρατηγικής, ενώ ταυτοχρόνως όρισαν λειτουργικά επτά δεξιότητες (φυσική εγγύτητα, παροχή επαίνου, επανάληψη και λεκτική επέκταση, μίμηση, περιγραφή, ανάληψη πρωτοβουλίας, δημιουργία) που οφείλει να επιδεικνύει ο θεραπευτής κατά τη διάρκεια της προαναφερθείσας διαδικασίας, τονίζοντας τη σημασία της συνθήκης του παιχνιδιού. Σε αυτή τη προσπάθεια, επομένως, της Lugo και των συνεργατών της (2017) τονίστηκε η σημασία των στρατηγικών που αφορούν στις προγενόμενες συνθήκες μιας θεραπευτικής συνεδρίας, στόχος των οποίων είναι η μείωση του άγχους που προκαλεί η θεραπευτική διαδικασία στον θεραπευόμενο. Φάνηκε ότι στην προσπάθεια μείωσης της εκδήλωσης προβληματικής συμπεριφοράς μεγάλο ρόλο

διαδραματίζει και η δημιουργία ενός ευχάριστου θεραπευτικού περιβάλλοντος. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι είναι δυνατή η διδασκαλία των προαναφερθεισών δεξιοτήτων στους θεραπευτές.

Οι Shillingsburg, Hansen και Wright (2019) στη δική τους έρευνα τόνισαν, επίσης, τη σημασία του ελεύθερου παιχνιδιού πριν την έναρξη της συνεδρίας, δίνοντας όμως έμφαση στον τρόπο ομαλής μετάβασης από αυτό σε προγράμματα που εμπεριέχουν τον Κύκλο Συστηματικής Διδασκαλίας (DTT), τη μετάβαση δηλαδή από ένα αδόμητο σε ένα δομημένο πλαίσιο. Οι ερευνητές τόνισαν το γεγονός ότι για τα παιδιά με ΔΑΦ που μόλις έχουν ξεκινήσει εντατικό, συμπεριφορικό πρόγραμμα παρέμβασης, η μη ομαλή μετάβαση από το ελεύθερο παιχνίδι σε απαιτητικά προγράμματα μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών, αλλά και εκρήξεων θυμών του παιδιού, γεγονότα τα οποία όχι μόνο δεν συντελούν στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, αλλά δημιουργούν ρήξη. Οι ερευνητές προτείνουν την ύπαρξη ενός μεσοδιαστήματος μεταξύ ελεύθερου παιχνιδιού και δομημένου προγράμματος, κατά τη διάρκεια του οποίου ξεκινά μια σταδιακή απομάκρυνση από τη μία συνθήκη και εισαγωγή στην επόμενη (instructional fading). Προκειμένου, όμως, να είναι αποτελεσματική η προαναφερθείσα διαδικασία, ήτοι να συντελεί στην ελαχιστοποίηση των εκδηλώσεων δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών, καθώς και στη σταδιακή ενίσχυση της λήψης πρωτοβουλιών επικοινωνίας από τα παιδιά με ΔΑΦ, είναι απαραίτητη η εκπαίδευση των θεραπειών.

Κατά την εκπαίδευση, επομένως, των θεραπειών, ακολουθήθηκαν κάποια στάδια, προκειμένου να επιτευχθεί η ομαλή μετάβαση από τη συνθήκη του παιχνιδιού σε πιο δομημένα προγράμματα. Αρχικά, έμφαση δόθηκε στην εστίαση του θεραπευτή στην εμπλοκή με το παιδί σε ιδιαίτερα ενισχυτικές δραστηριότητες για το ίδιο, στοχεύοντας στην αύξηση των πρωτοβουλιών επικοινωνίας του παιδιού (π.χ. να πιάνει αντικείμενα, δακτυλοδείξιμο) και κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Kelly et al., 2015). Στη συνέχεια, ακολουθεί σταδιακή μείωση των ενισχυτικών για το παιδί ερεθισμάτων και εισαγωγή πολυπλοκότερων και συχνότερων οδηγιών προς το παιδί έως και το τελικό στάδιο που αφορά στη συμμετοχή του παιδιού σε μια πολύ καλά δομημένη συνεδρία. Τέλος, η προαναφερθείσα διαδικασία στοχεύει στην προαγωγή της αυθόρμητης και οικειοθελούς προσέγγισης του παιδιού με ΔΑΦ στον θεραπευτή του, στη διατήρηση της εγγύτητας και της παραμονής του στην καρέκλα, στην παρακολούθηση οδηγιών και στη μείωση εκδηλώσεων προβληματικής συμπεριφοράς.

3.4. Ενσυναίσθηση

Η ενσυναίσθηση έχει οριστεί με ποικίλους τρόπους από διάφορους ερευνητές (Cuff et al., 2016). Για παράδειγμα, ως ενσυναίσθηση ορίζεται: α) η αντίδραση του ατόμου στις παρατηρηθείσες εμπειρίες ενός άλλου ατόμου (Davis, 1980), β) η ικανότητα του ατόμου να μοιράζεται και να κατανοεί τα συναισθήματα των άλλων (Trimmer et al., 2017), γ) η ικανότητα του ατόμου να προβλέπει και να μοιράζεται τη συναισθηματική κατάσταση των άλλων ανθρώπων (Pelligrà, 2011), δ) η εμπειρία αισθημάτων συμπαράστασης και ανησυχίας για ένα άλλο άτομο που νιώθει δυσφορία (Pavey et al., 2012).

Αναλόγως με τον τρόπο που ορίζεται, η ενσυναίσθηση μπορεί να διακριθεί σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορά στην ενσυναίσθηση που ερμηνεύεται ως ικανότητα, χαρακτηριστικό, γνώρισμα, τάση της προσωπικότητας ενός ατόμου (trait empathy). Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι ορισμοί που ερμηνεύουν την ενσυναίσθηση ως ικανότητα του ατόμου να κατανοεί και να μοιράζεται τα συναισθήματα άλλων ατόμων (Bos & Stokes, 2018 · Foell et al., 2018 · Trimmer et al., 2017). Η δεύτερη κατηγορία αφορά στην ενσυναίσθηση που ερμηνεύεται ως στιγμιαία ψυχολογική κατάσταση, ως «καταστασιακή» ενσυναίσθηση (state empathy), η οποία ορίζεται ως η διαπροσωπική ψυχολογική διαδικασία ή κατάσταση που προκαλείται από μια συγκεκριμένη κατάσταση ή ερέθισμα (Davis, 1980 · Pavey et al., 2012 · Stocks et al., 2011). Και οι δύο κατηγορίες της ενσυναίσθησης είναι σχετικές μεταξύ τους (Song et al., 2019). Η ειδοποιός διαφορά τους είναι ότι η «καταστασιακή» ενσυναίσθηση (state empathy) είναι εξαρτημένη από τις συνθήκες (Cuff et al., 2016), η εκδήλωσή της δηλαδή προϋποθέτει την πρόκλησή της από μια συγκεκριμένη κατάσταση ή ερέθισμα (Zhao et al., 2019) και έχει σύντομη διάρκεια, αφού είναι στιγμιαία ψυχολογική κατάσταση και διαδικασία για το άτομο (Song et al., 2019). Από την άλλη, η ενσυναίσθηση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait empathy) είναι σχετικά σταθερή στον χρόνο (Cuff et al., 2016) και η εκδήλωσή της δεν προϋποθέτει την πρόκλησή της από μια συγκεκριμένη κατάσταση ή ερέθισμα (Song et al., 2019).

Η ενσυναίσθηση, επιπλέον, έχει τρία δομικά στοιχεία: α) τη γνωστική ενσυναίσθηση (cognitive empathy), β) τη συναισθηματική ενσυναίσθηση (affective empathy) και γ) την ενσυναισθητική ανησυχία (empathic concern). Ως γνωστική ενσυναίσθηση ορίζεται μια σειρά από γνωστικές διαδικασίες προσανατολισμένες προς τους άλλους που αναφέρονται στην ικανότητα του ατόμου να κατανοεί και να συμπεραίνει τις πεποιθήσεις, τις προθέσεις και τα συναισθήματα των άλλων, κάτι που μοιάζει με την υιοθέτηση προοπτικής (perspective-taking) ή τη Θεωρία του Νου (Decety & Yoder, 2016), ή η διαδικασία της ακριβούς αναγνώρισης και κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων. Ως συναισθηματική ενσυναίσθηση ορίζεται ο συναισθηματικός συντονισμός (emotional resonance) ή η ενσυναισθητική ακρίβεια (empathic accuracy), η οποία αναφέρεται στη διαδικασία κατά την οποία το άτομο μοιράζεται τα συναισθήματα των άλλων (Decety, 2011· Fan et al., 2011· Jones et al., 2010· Lang et al., 2011· Patalich et al., 2014). Ως ενσυναισθητική ανησυχία ορίζεται η συγκεκριμένη συναισθηματική αντίδραση προς ένα άτομο που υποφέρει και περιλαμβάνει το αίσθημα της συμπάραστασης (sympathy), τη συμπόνια (compassion) και το αίσθημα παρακίνησης (Stocks et al., 2011· Stellar et al., 2015· Van de Graaff et al., 2016· Zhao et al., 2019).

Για πολλά χρόνια η ενσυναισθητική ακρίβεια και η ενσυναισθητική ανησυχία δεν διακρίνονταν από τους ερευνητές μεταξύ τους, γι' αυτό και για την αναφορά τους επιλεγόταν ο όρος «συναισθηματική ενσυναίσθηση» (Oliver et al., 2016). Ωστόσο, φαίνεται ότι αυτοί οι δύο όροι έχουν τα δικά τους διακριτά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, η ενσυναισθητική ακρίβεια έχει να κάνει με το μοίρασμα των αρνητικών συναισθημάτων των άλλων που βρίσκονται σε κατάσταση πόνου, κάτι το οποίο βιώνεται συνήθως από το άτομο ως μια ενσυναισθητική ή προσωπική δυσφορία προσανατολισμένη προς τον εαυτό του (Eisenberg et al., 1989· Lamm et al., 2011· Pérez-Manrique & Gomila, 2018). Από την άλλη, η ενσυναισθητική ανησυχία για τον πόνο των άλλων επιτρέπει στα άτομα να βιώνουν σχετικά θετικά συναισθήματα για τους άλλους, τα οποία έχουν σχέση με τη ζεστασιά και την ανησυχία, αντικατοπτρίζοντας μια συναισθηματική ανησυχία για την ευημερία των άλλων (Klimecki et al., 2014· Stellar et al., 2015). Επιπλέον, ενώ στην ενσυναισθητική ακρίβεια το άτομο φαίνεται να αποκτά σύμφωνη συναισθηματική κατάσταση με τους άλλους, στην ενσυναισθητική ανησυχία αυτό δεν συμβαίνει, καθώς αυτή μοιάζει

περισσότερο με μια ασύμφωνη, κατάλληλη ενσυναισθητική αντίδραση (Zhao et al., 2019).

Οι Song, Nie, Shi, Zhao και Yang (2019) για τις ανάγκες της μετα-ανάλυσής τους διέκριναν την ενσυναίσθηση σε δύο επίπεδα, το επίπεδο χαρακτηριστικού προσωπικότητας (trait empathy) και το επίπεδο κατάστασης (state empathy), καθένα από τα οποία αποτελείται από τρία δομικά στοιχεία.

Η ενσυναίσθηση σε επίπεδο χαρακτηριστικού προσωπικότητας διακρίνεται σε: α) γνωστική ενσυναίσθηση ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας (trait-cognitive empathy – T-CE), η οποία αναφέρεται στην ικανότητα και την τάση του ατόμου να κατανοεί και να συμπεραίνει τις πεποιθήσεις, τις προθέσεις και τα συναισθήματα των άλλων ανθρώπων (Decety & Yoder, 2016), β) την ενσυναισθητική ανησυχία ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας (trait-empathic concern – T-EC), η οποία αναφέρεται στην τάση των ατόμων να ανταποκρίνονται στα συναισθήματα των ανθρώπων που βιώνουν πόνο, ενώ συμπεριλαμβάνεται και η τάση να βιώνουν το αίσθημα της συμπράστασης, συμπόνια και αίσθημα παρακίνησης (Stocks et al., 2011) και γ) την ενσυναισθητική ακρίβεια ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας (trait-empathic accuracy – T-EA), η οποία αναφέρεται στην ικανότητα και τάση των ατόμων να μοιράζονται ή να γίνονται συναισθηματικά σύμφωνοι με τις συναισθηματικές καταστάσεις των άλλων τουλάχιστον σε επίπεδο σθένους και έντασης, κάτι το οποίο μοιάζει με τον συναισθηματικό συντονισμό (Decety & Yoder, 2016· Jordan et al., 2016).

Η ενσυναίσθηση σε επίπεδο κατάστασης διακρίνεται σε: α) «καταστασιακή»-γνωστική ενσυναίσθηση (state-cognitive empathy – S-CE), η οποία αντικατοπτρίζει την άμεση γνωστική διαδικασία ενός ατόμου για την πίστη σε άλλους, την πρόθεση των άλλων και το συναίσθημα για τους άλλους, β) «καταστασιακή»-ενσυναισθητική ανησυχία (state-empathic concern – S-EC), η οποία αντικατοπτρίζει την άμεση αντίδραση ενός ατόμου στα ξεχωριστά συναισθήματα άλλων ανθρώπων που βιώνουν πόνο και γ) «καταστασιακή»-ενσυναισθητική ακρίβεια (state-empathic accuracy – S-EA), η οποία αντικατοπτρίζει το άμεσο μοίρασμα και τον άμεσο συντονισμό του ατόμου με τα συναισθήματα των άλλων (Powell & Roberts, 2017).

Η ενσυναίσθηση μπορεί να εκδηλωθεί τόσο με λεκτική όσο και με μη λεκτική συμπεριφορά (Haase & Terper, 1972). Στο πεδίο της ιατρικής, όσον αφορά στη μη

λεκτική συμπεριφορά, φαίνεται ότι η «ανοιχτή» στάση σώματος (π.χ. χέρια ανοιχτά, που δεν είναι σταυρωμένα), η βλεμματική επαφή, το χαμόγελο και το άγγιγμα έχουν θετική επίδραση, ενώ υποδηλώνουν την ενασχόληση, τη διαθεσιμότητα, την προσοχή, τη ζεστασιά, την ενθάρρυνση, τον σεβασμό και την κατανόηση του θεραπευτή - ιατρού προς τον θεραπευόμενο - ασθενή, καθώς και τον δεσμό με τον θεραπευόμενο - ασθενή (Kraft-Todd et al., 2017· Riess et al., 2012· Riess & Kraft-Todd, 2014· Suchman et al., 1997). Στην έρευνά τους, μάλιστα, ο Kraft-Todd και οι συνεργάτες του (2017) κατέδειξαν ότι οι θεραπευτές – ιατροί που επιδεικνύουν ενσυναίσθητική μη λεκτική συμπεριφορά (π.χ. διατηρούν βλεμματική επαφή και «ανοιχτή» στάση σώματος, βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο ματιών με τον θεραπευόμενο – ασθενή, δεν υπάρχει φυσικό εμπόδιο ανάμεσά τους, τον αγγίζουν και έχουν αποτυπωμένη έκφραση ανησυχίας στο πρόσωπό τους) χαρακτηρίζονται ως επαγγελματίες με περισσότερη ενσυναίσθηση, ζεστασιά, αλλά και με επιστημονική επάρκεια.

Όσον αφορά στη λεκτική συμπεριφορά, η Windover και οι συνεργάτες της (2014), περιγράφοντας το μοντέλο REDE (Relationship: Establishment, Development and Engagement), το οποίο είναι ένα θεωρητικό πλαίσιο για διδασκαλία της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας που έχει ως επίκεντρο τη θεραπευτική σχέση, στο στάδιο της εγκαθίδρυσης (establishment) της σχέσης, αναφέρουν ότι ο θεραπευτής οφείλει να δείχνει ενσυναίσθηση, εκτός από μη λεκτικό τρόπο, και με λεκτικό τρόπο, όπως για παράδειγμα να αναγνωρίζει, να ονοματίζει και να επιβεβαιώνει τα συναισθήματα που εκδηλώνει ο θεραπευόμενος, να επιδεικνύει κατανόηση και να τον υποστηρίζει.

Στο πεδίο της ιατρικής η ενσυναίσθηση γίνεται αντιληπτή σε τρία επίπεδα: α) η ενσυναίσθηση ως στάση, η οποία αντιστοιχεί στη συναισθηματική ενσυναίσθηση (Shapiro, 2002· Suchman et al., 1997), β) η ενσυναίσθηση ως επάρκεια, η οποία αντιστοιχεί στη γνωστική ενσυναίσθηση (Irving & Dickson, 2004· Norfolk et al., 2007) και γ) η ενσυναίσθηση ως συμπεριφορά (Irving & Dickson, 2004· Neumann et al., 2009). Τα πρώτα δύο επίπεδα έχουν αναλυθεί παραπάνω, έχει όμως ιδιαίτερη σημασία να δοθεί έμφαση στο τρίτο επίπεδο της ενσυναίσθησης ως συμπεριφοράς, αφού αυτή αποτελείται από δύο μέρη, το γνωστικό και το συναισθηματικό. Το γνωστικό μέρος της ενσυναίσθησης ως συμπεριφοράς περιλαμβάνει τις λεκτικές και μη λεκτικές δεξιότητες του θεραπευτή – ιατρού (Benbassat & Baumal, 2004· Norfolk et al., 2007· Coulehan et al., 2001· Shapiro, 2002· Suchman et al., 1997). Το συναισθηματικό μέρος

της, από την άλλη, περιλαμβάνει την αναγνώριση της συναισθηματικής κατάστασης του θεραπευόμενου – ασθενή, το αίσθημα παρακίνησης, καθώς και την ταυτοποίηση του συναισθήματος του θεραπευόμενου – ασθενή που βιώνει θυμό, θρήνο ή απογοήτευση. Έπειτα από αυτή την αναγνώριση, ο θεραπευτικής – ιατρός μέσα από τη συμπεριφορά του αντικατοπτρίζει και επικοινωνεί την κατανόησή του απέναντι στον θεραπευόμενο – ασθενή του (Reynolds & Scott, 1999· Spiro, 2009).

Στην έρευνά τους ο Norfolk και οι συνεργάτες του (2007) εξέτασαν τον τρόπο που η ενσυναίσθηση επηρεάζει τη θεραπευτική σχέση. Για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, προτείνουν ένα μοντέλο με τέσσερα στάδια: 1) το ενσυναισθητικό κίνητρο, την θέλησή του δηλαδή να κατανοήσει τον θεραπευόμενο, κατά το οποίο ο θεραπευτής δείχνει ότι είναι «ανοιχτός» προς τον θεραπευόμενο, δείχνει σεβασμό στην ατομικότητα αυτού, αλλά και ζεστασιά, 2) την ενσυναισθητική προσοχή, κατά την οποία χρειάζεται να αναζητά ενδείξεις για τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις προσδοκίες του θεραπευόμενου, καθώς και να παρακολουθεί τη λεκτική και μη λεκτική συμπεριφορά του, 3) τις ενσυναισθητικές δεξιότητες, σύμφωνα με τις οποίες εφαρμόζει όσα ορίζει η ενσυναισθητική προσοχή και κάνει χρήση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του, οι οποίες αφορούν στη λεκτική και μη λεκτική συμπεριφορά του και 4) την ενσυναισθητική κατανόηση, κατά την οποία αποκτά μια σαφή εικόνα των σκέψεων, των συναισθημάτων και των προσδοκιών του θεραπευόμενου, κάτι το οποίο υποδεικνύει και την ισχυρή ή αδύναμη ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης. Τέλος, οι Derksen, Bensing και Lagro-Janssen (2013) στη συστηματική ανασκόπησή τους κατέδειξαν ότι η ενσυναίσθηση του θεραπευτή – ιατρού έχει άμεση συσχέτιση με την ικανοποίηση του θεραπευόμενου – ασθενούς, καθώς και υποδεικνύει μια καλή θεραπευτική σχέση, εντός της οποίας ο θεραπευόμενος – ασθενής κατέχει ενεργό ρόλο, ενώ ταυτόχρονα μειώνεται το άγχος και η δυσφορία του, οδηγώντας σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα.

3.5. Συμπόνια

Η συμπόνια (compassion), όπως και η ενσυναίσθηση, έχει οριστεί ποικιλοτρόπως από τους ερευνητές. Ο Gilbert (2009, 2010) ορίζει τη συμπόνια ως μια βαθιά επίγνωση του πόνου των άλλων σε συνδυασμό με μια επιθυμία για ανακούφιση

αυτού του πόνου. Επιπλέον, θεωρεί ότι είναι μια πολυσύνθετη έννοια απαρτιζόμενη από γνωστικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά στοιχεία, ενώ διαθέτει και έξι γνωρίσματα: α) την ευαισθησία, β) το αίσθημα συμπαράστασης, γ) την ενσυναίσθηση, δ) το κίνητρο / τη φροντίδα, ε) την ανοχή στην πίεση και στ) την έλλειψη επικριτικής στάσης⁷. Οι Feldman και Kuyken (2011) ορίζουν την συμπόνια ως έναν προσανατολισμό του μυαλού που αναγνωρίζει τον πόνο και την καθολικότητα αυτού στην ανθρώπινη εμπειρία, καθώς και ως την ικανότητα να έρχεται κανείς σε επαφή με αυτόν τον πόνο με καλοσύνη, ενσυναίσθηση, γαλήνη και υπομονή. Οι Sprecher και Fehr (2005), από την πλευρά τους, ορίζουν την συμπόνια ως τη γνωστική, συναισθηματική και συμπεριφορική ικανότητα του ατόμου που επικεντρώνεται στην προσοχή, την φροντίδα, την τρυφερότητα και τον προσανατολισμό στην υποστήριξη, φροντίδα και κατανόηση των άλλων, ιδιαίτερα αν οι άλλοι βιώνουν πόνο ή έχουν ανάγκη βοήθειας. Η Goetz και οι συνεργάτες της (2010), ακόμη, θεωρούν ότι η συμπόνια είναι ένα συναίσθημα που αναδύεται στη θέα του πόνου ενός άλλου ατόμου, που έχει ως επακόλουθο την παρακίνηση της επιθυμίας για βοήθεια. Σε κάθε περίπτωση, όλοι οι παραπάνω ορισμοί τονίζουν ότι η συμπόνια αφορά τόσο τα συναισθήματα που προκαλούνται από τον πόνο των άλλων όσο και την ανάγκη να ανακουφίσει κανείς αυτόν τον πόνο και να τον εξαλείψει (Desiningrum et al., 2020).

Η συμπόνια είναι μια σύνθετη πολυδιάστατη έννοια που αποτελείται από τέσσερα δομικά στοιχεία: α) ένα γνωστικό στοιχείο, που αφορά στην επίγνωση του πόνου, β) ένα συναισθηματικό στοιχείο, που αφορά σε μια συμπονετική ανησυχία που σχετίζεται από τη συναισθηματική παρακίνηση που προκαλεί ο πόνος, γ) ένα προθετικό στοιχείο, που αφορά στην επιθυμία να δει κανείς την ανακούφιση από αυτόν τον πόνο και δ) ένα παρακινητικό στοιχείο, που αφορά στην αντίδραση ή την ετοιμότητα για παροχή βοήθειας με σκοπό την απαλοιφή αυτού του πόνου (Jazaieri et al., 2013). Ο Gilbert (2014), επιπλέον, αναγνωρίζει δύο βασικά στοιχεία στη συμπόνια, την εμπλοκή και τη δράση. Η εμπλοκή αφορά στην ευαισθησία του ατόμου στον πόνο που βιώνει τόσο ο ίδιος όσο και οι άλλοι, ενώ η δράση αφορά στη δέσμευσή του να προσπαθήσει να απαλείψει τον πόνο αυτό και να τον αποτρέψει. Η Strauss και οι συνεργάτες της (2016), από την πλευρά τους, υποστηρίζουν ότι η συμπόνια

⁷ Ως έλλειψη επικριτικής στάσης ορίζεται η ικανότητα του ατόμου να παραμένει δεκτικός κι ανεκτικός απέναντι σε ένα άλλο άτομο, ακόμη και όταν η κατάστασή του ή αντίδρασή του σε αυτή αναδεικνύει αρνητικά συναισθήματα, όπως εκνευρισμό, θυμό, φόβο ή αηδία (Gilbert, 2010).

αποτελείται από πέντε στοιχεία: α) την αναγνώριση του πόνου, β) την κατανόηση της καθολικότητας του πόνου στην ανθρώπινη εμπειρία, γ) την επίδειξη ενσυναίσθησης προς το άτομο που βιώνει πόνο, καθώς και τη σύνδεση με τη δυσφορία του (συναισθηματικός συντονισμός), δ) την ανοχή στα άβολα συναισθήματα που προκύπτουν από την αντίδραση στον πόνο του άλλου ανθρώπου (π.χ. δυσφορία, θυμός, φόβος) και ε) το κίνητρο για δράση ή τη δράση για απαλοιφή αυτού του πόνου.

Στο σημείο αυτό κρίνεται σημαντικό να διαφοροποιηθεί η συμπόνια (compassion) από το αίσθημα της συμπαράστασης (sympathy) και την ενσυναίσθηση (empathy). Το αίσθημα της συμπαράστασης περιλαμβάνει την αίσθηση λύπης που νιώθει κανείς απέναντι στον πόνο και τη θλίψη ενός άλλου ανθρώπου, αλλά δεν συνεπάγεται αναγκαστικά το μοίρασμα της εμπειρίας του πόνου του άλλου (Sinclair et al., 2017). Η ενσυναίσθηση, από την άλλη, προϋποθέτει την υιοθέτηση της προοπτικής του άλλου, αφού το άτομο πρέπει να αντιληφθεί την εμπειρία μέσα από την προοπτική του άλλου και να επιδείξει κατανόηση στη συναισθηματική αντίδραση του άλλου εντός αυτής της εμπειρίας (Goetz & Simon-Thomas, 2017). Στην έρευνα του Sinclair και των συνεργατών του (2017) στην οποία συμμετείχαν καρκινοπαθείς ασθενείς και διερευνήθηκαν η κατανόηση, οι εμπειρίες και οι προτιμήσεις τους σχετικά με τους όρους του αισθήματος συμπαράστασης, της ενσυναίσθησης και της συμπόνιας, φάνηκε ότι το αίσθημα συμπαράστασης για αυτούς αντιστοιχεί σε μια μη επιθυμητή αντίδραση βασισμένη στη λύπηση απέναντι σε μια κατάσταση που προκαλεί δυσφορία, ενώ χαρακτηρίζεται από έλλειψη κατανόησης και το ένστικτο αυτοσυντήρησης του παρατηρητή. Η ενσυναίσθηση, από την άλλη, βιώνεται ως μια συναισθηματική αντίδραση που επιδεικνύει επίγνωση και προσπάθεια για κατανόηση του πόνου του άλλου μέσα από τον συναισθηματικό συντονισμό. Τέλος, η συμπόνια φαίνεται ότι ενισχύει τις βασικές πτυχές της ενσυναίσθησης, ενώ προσθέτει τα διακριτά χαρακτηριστικά της, όπως το αίσθημα παρακίνησης από αγάπη, τον αλτρουιστικό ρόλο του ατόμου που την επιδεικνύει, τη δράση και μικρές πέραν του δέοντος πράξεις καλοσύνης. Γίνεται εμφανές, επομένως, ότι το αίσθημα συμπαράστασης δεν κρίνεται ως επιθυμητό, σε αντίθεση με την ενσυναίσθηση και τη συμπόνια, με τη συμπόνια να προκρίνεται ως την πιο επιθυμητή και με τη μεγαλύτερη θετική επίδραση.

Ο βαθμός, επιπλέον, με τον οποίο κάποιος επιδεικνύει συμπόνια ή άλλα κοινωνικά συναισθήματα, όπως η ενσυναίσθηση, σε μια κατάσταση εξαρτάται από πολλαπλά περιστασιακά χαρακτηριστικά, τον δεσμό μεταξύ του ανθρώπου που βιώνει

ένα συναίσθημα (π.χ. φόβος) και του παρατηρητή (Schreuders et al., 2018), όπως και από τον παρατηρητή αυτόν καθ' αυτόν (Kanske, 2018). Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διάκριση ενσυναίσθησης και συμπόνιας ως προς τον αντίκτυπό τους σε αυτόν που επιδεικνύει αυτές τις δεξιότητες. Κατά την επίδειξη ενσυναίσθησης και συμπόνιας, μπορεί να υπάρχει μεν συναισθηματικός συντονισμός με το συναίσθημα του άλλου ατόμου, ωστόσο το άτομο που επιδεικνύει τις δεξιότητες μπορεί να διακρίνει τη δική του συναισθηματική κατάσταση από την αντίστοιχη του άλλου. Ωστόσο, αν η ενσυναίσθηση δεν μετεξελιχθεί σε συμπόνια, το άτομο που επιδεικνύει τις δεξιότητες μπορεί να βιώσει ενσυναισθητική δυσφορία, η οποία είναι μια αρνητική κατάσταση κατά την οποία δεν μπορεί κάποιος να διακρίνει αν ο φόβος που βιώνει (π.χ. σε περίπτωση ενός ατυχήματος που συμβαίνει μπροστά του) έχει ως επίκεντρο τον ίδιο ή το άλλο άτομο (Förster & Kanske, 2021). Σε αντίθεση με την επίδειξη συμπόνιας, η οποία θεωρείται εγγενώς θετική και δύναται να έχει θετική επίδραση γενικώς (Kok & Singer, 2017), η ενσυναισθητική δυσφορία θεωρείται μια αποτρεπτική συναισθηματική αντίδραση προς τον πόνο των άλλων, προσανατολισμένη στον ίδιο τον εαυτό αυτού που την επιδεικνύει, η οποία αυξάνει την αρνητική επίδραση και προωθεί την απόσυρση του ατόμου (Batson et al., 1987).

Η παραπάνω διαφορά, βέβαια, ως προς την βίωση της ενσυναίσθησης και της συμπόνιας του ατόμου που τις επιδεικνύει δικαιολογείται και από τις διαφορές στις νευρολογικές βάσεις που έχουν παρατηρηθεί (Lamm et al., 2019). Συγκεκριμένα, κατά την επίδειξη ενσυναίσθησης ενεργοποιούνται περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την επεξεργασία του πόνου (Kanske et al., 2015), ενώ κατά την επίδειξη συμπόνιας η περιοχή του εγκεφάλου που σχετίζεται με τα θετικά συναισθήματα, τον δεσμό και την επιβράβευση (Bartels & Zeki, 2004· Kringelbach & Berridge, 2009· Strathearn et al., 2009).

Τέλος, δεξιότητες όπως η ενσυναίσθηση και η συμπόνια δεν έχουν ερευνηθεί σε μεγάλο βαθμό στο πλαίσιο της ΕΑΣ. Δύο έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί υπό το πρίσμα της ΕΑΣ για τη συμπονετική φροντίδα (compassionate care) είναι αυτή της Taylor και των συνεργατών της (2019) και των LeBlanc, Taylor και Marchese (2020). Στην έρευνα της Taylor και των συνεργατών της (2019) συνδέθηκε η έννοια της συμπονετικής φροντίδας με το αίσθημα της συμπαράστασης (sympathy), την ενσυναίσθηση και τη συμπόνια, ενώ η έρευνα των LeBlanc, Taylor και Marchese (2020) υπέδειξε την έλλειψη εκπαίδευσης των αναλυτών της συμπεριφοράς στις

δεξιότητες της συμπόνιας, της ενσυναίσθησης και της ανάπτυξης δεξιοτήτων απαραίτητων για τη θεραπευτική σχέση. Ωστόσο, και οι δύο προαναφερθείσες έρευνες εξέταζαν τη συμπονετική φροντίδα σε συνάρτηση με τους φροντιστές και τις οικογένειες των παιδιών με ΔΑΦ και όχι με τα παιδιά με ΔΑΦ αυτά καθ' αυτά.

4. Σκοπός της έρευνας

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει λόγος για τον σκοπό της έρευνας. Αρχικά, θα πραγματοποιηθεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με έρευνες που αφορούν στην ενσυναίσθηση και την συμπόνια, οι οποίες αποτέλεσαν το έναυσμα για τον σχεδιασμό της παρούσας έρευνας και τη δημιουργία του λειτουργικού ορισμού της ενεργούς ενσυναίσθησης. Στη συνέχεια, θα γίνει αναφορά σε έρευνες που έχουν προσεγγίσει με συστηματικότητα τη θεραπευτική σχέση υπό το πρίσμα της Συμπεριφορικής – Αναλυτικής προσέγγισης, με έμφαση στη σημαντικότητα της σύνδεσης θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια ελεύθερου παιχνιδιού ή παιγνιώδους δραστηριότητας. Τέλος, θα παρουσιαστούν οι σκοποί της παρούσας έρευνας.

4.1. Σύνδεση με προγενέστερες έρευνες

Η θεραπευτική σχέση φαίνεται ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επίτευξη βέλτιστων θεραπευτικών αποτελεσμάτων, όπως έχει φανεί από έρευνες υπό το πρίσμα της Συμπεριφορικής – Αναλυτικής προσέγγισης (Crisp, 1966· Meyer & Gelder, 1963· Rosenfarb, 1992). Ωστόσο, η έρευνα στην Ανάλυση της Συμπεριφοράς εμμένει περισσότερο στην ανάπτυξη θεραπευτικών τεχνικών και την ορθή κατάρτιση των θεραπευτών επί αυτών, χωρίς να προχωρά σε μια πιο συστηματική ανάλυση της έννοιας (Carr et al., 1993· Rosenfarb, 1992).

Στη Συμπεριφορική προσέγγιση έχει γίνει αναφορά στη διαπροσωπική επαφή μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή, καθώς και στις δεξιότητες και τεχνικές που αυτός χρησιμοποιεί, ως παράγοντες που επηρεάζουν τη θεραπευτική σχέση (Sweet, 1984). Επίσης, παρότι γίνεται αναφορά στις έννοιες της ενσυναίσθησης, της ζεστασιάς και της στοργής (affection) (Alexander et al., 1976· Sloane et al., 1975), οι συγκεκριμένες έννοιες δεν έχουν οριστεί λειτουργικά. Μόνο ο Lejuez και οι συνεργάτες του (2006) συνέδεσαν την ενσυναίσθηση με την ικανότητα του θεραπευτή να λαμβάνει υπόψιν κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας τις περιβαλλοντικές εμπειρίες, το ιστορικό μάθησης του θεραπευόμενου, καθώς και να

προσδιορίζει βάσει των παραπάνω τα κατάλληλα ενισχυτικά ή τιμωρητικά επακόλουθα υπό συγκεκριμένο πλαίσιο.

Φυσικά, με τον όρο «ενσυναίσθηση» έχει ασχοληθεί πλήθος ερευνών στο πεδίο της ιατρικής, εμμένοντας οι περισσότερες στη διασαφήνιση της έννοιας (Decety & Yoder, 2016· Jordan et al., 2016· Song et al., 2019· Stocks et al., 2011). Στον όρο αυτό αναγνωρίστηκαν συμπεριφορικά στοιχεία που αφορούν στη λεκτική και μη λεκτική συμπεριφορά, καθώς και πραγματοποιήθηκαν έρευνες που διερεύνησαν τα παραπάνω στοιχεία (Haase & Tepper, 1972· Kraft-Todd et al., 2017· Riess et al., 2012· Riess & Kraft-Todd, 2014· Suchman et al., 1997· Windover et al., 2014). Επιπλέον, συνδέθηκε ο όρος με τη στάση, την επάρκεια και τη συμπεριφορά του θεραπευτή, αναγνωρίζοντας περαιτέρω στοιχεία που αφορούσαν τόσο στην ικανότητα αναγνώρισης, ταυτοποίησης και αντικατοπτρισμού των συναισθημάτων των θεραπευόμενων όσο και επίδειξη κατανόησης σε αυτά από την πλευρά του θεραπευτή (Benbassat & Baumal, 2004· Irving & Dickson, 2004· Neumann et al., 2009· Norfolk et al., 2007· Reynolds & Scott, 1999· Shapiro, 2002· Spiro, 2009· Suchman et al., 1997).

Ο όρος της συμπόνιας (compassion), επίσης, έχει αναλυθεί από πλήθος ερευνών, τον οποίο συνέδεσαν με την ενσυναίσθηση, την καλοσύνη, την ευαισθησία, τη φροντίδα, το κίνητρο και το αίσθημα συμπαράστασης, ενώ τόνισαν το στοιχείο της δράσης που χρειάζεται να αναλαμβάνει αυτός που επιδεικνύει τη συμπόνια (Feldman & Kuyken, 2011· Gilbert, 2009, 2010· Goetz et al., 2010· Sprecher & Fehr, 2005). Η συμπόνια, όμως, συνδέθηκε κατά βάση με τον πόνο του άλλου και την παρακίνηση του ατόμου να δράσει για την απαλοιφή αυτού του πόνου (Gilbert, 2014· Jazaieri et al., 2013· Strauss et al., 2016). Πάντως, ερευνητικά έχει καταδειχθεί ότι μεταξύ ενσυναίσθησης και συμπόνιας, η συμπόνια προκρίνεται ως πιο επιθυμητή και με τη μεγαλύτερη θετική επίδραση στους θεραπευόμενους, ενώ η επίδειξη ενσυναίσθησης χωρίς αντίστοιχη δράση μπορεί να προκαλέσει ενσυναισθητική δυσφορία στους θεραπευτές (Förster & Kanske, 2021· Sinclair et al., 2017). Ακόμη, τόσο η ενσυναίσθηση όσο και η συμπόνια έχουν συνδεθεί με τον δεσμό μεταξύ του ατόμου που επιδεικνύει τις δεξιότητες και του ατόμου που βιώνει ένα αρνητικό συναίσθημα (Schreuders et al., 2018), καταδεικνύοντας ότι ίσως χρειάζεται να ληφθούν υπόψη κατά τη μελέτη των παραγόντων που προάγουν τη θεραπευτική σχέση.

Μια έρευνα που διερευνά τη συμπονετική φροντίδα (compassionate care) υπό το πρίσμα της ΕΑΣ είναι αυτή της Taylor και των συνεργατών της (2019). Οι συγκεκριμένοι ερευνητές μελέτησαν την έννοια σε συνάρτηση με τους φροντιστές των παιδιών με ΔΑΦ. Η συμπονετική φροντίδα, σύμφωνα με την ερευνητική ομάδα, είναι δύσκολο να οριστεί λειτουργικά, αλλά φαίνεται ότι περιλαμβάνει το αίσθημα της συμπαράστασης (sympathy), την ενσυναίσθηση και τη συμπόνια. Το αίσθημα της συμπαράστασης ορίζεται ως την επίδειξη λύπης απέναντι σε όσα περνάει κάποιος, ενώ η ενσυναίσθηση μπορεί να προκύψει, όταν κάποιος μοιράζεται κοινές παρόμοιες εμπειρίες με ένα άλλο πρόσωπο. Η συμπόνια για την Taylor και τους συνεργάτες της (2019) είναι μια εξέλιξη της ενσυναίσθησης, καθώς περιλαμβάνει τη δράση, έπειτα από μια ενσυναισθητική αντίδραση. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι αναλυτές της συμπεριφοράς φαίνεται ότι διαθέτουν το σύνολο των δεξιοτήτων που χρειάζονται για την ανάπτυξη μιας καλής θεραπευτικής σχέσης (π.χ. επιδεικνύουν ενδιαφέρον προς το παιδί με ΔΑΦ και είναι φιλικοί), ωστόσο χρειάζονται περαιτέρω ανάπτυξη. Για παράδειγμα, 27,37% των γονέων παιδιών με ΔΑΦ δεν συμφώνησαν ότι ο θεραπευτής του παιδιού τους ήταν συμπονετικός και μη επικριτικός.

Σε αντίστοιχη έρευνα των LeBlanc, Taylor και Marchese (2020) για τη συμπονετική φροντίδα με δείγμα 221 πιστοποιημένους αναλυτές της συμπεριφοράς, δόθηκαν ερωτηματολόγια με ερωτήσεις σχετικές με τις εκπαιδευτικές τους εμπειρίες στη συμπόνια, την ενσυναίσθηση και την ανάπτυξη δεξιοτήτων απαραίτητων για τη θεραπευτική σχέση σε σχέση με τις οικογένειες των παιδιών στα οποία παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων κατέδειξε ότι δεν είχε λάβει καμία εκπαίδευση για τίποτα από τα παραπάνω ούτε στο πλαίσιο του πανεπιστημίου ούτε κατά τη διάρκεια της πρακτικής του άσκησης ούτε σε επίπεδο εποπτείας. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι πολλές φορές νιώθουν απροετοίμαστοι να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν τις συναισθηματικές αντιδράσεις των άλλων. Μάλιστα, το 47% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι συχνά προβληματίζονται για την έλλειψη τέτοιων δεξιοτήτων στους συναδέλφους τους, ενώ το 48% δήλωσε ότι μερικές φορές νιώθουν αντίστοιχο προβληματισμό. Ενδιαφέρον εύρημα προκύπτει και από τους συμμετέχοντες υπό τον ρόλο του επόπτη, αφού από αυτούς μόνο το 19% δήλωσε ότι συχνά προβληματίζεται για την έλλειψη τέτοιων δεξιοτήτων στους εποπτευόμενούς τους, ενώ το 52% συμφώνησε ότι μερικές φορές νιώθουν αντίστοιχο προβληματισμό. Επίσης, η πλειονότητα των συμμετεχόντων

συμφώνησε ότι αυτές οι δεξιότητες κρίνονται ως σημαντικές και χρειάζεται να αναπτυχθεί επίσημη εκπαίδευση για αναλυτές της συμπεριφοράς με σκοπό τη βελτίωση των συγκεκριμένων δεξιοτήτων.

Οι McLaughlin και Carr (2005) διερεύνησαν, υπό το πρίσμα της ΕΑΣ, την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης και τον τρόπο που αυτή επιδρά στην προβληματική συμπεριφορά ενηλίκων με ΔΑΦ και βαριά Νοητική Υστέρηση σε κλινικές συνθήκες. Επιπλέον, εξέτασαν τη συστηματική εκπαίδευση των θεραπευτών σε θέματα θεραπευτικής σχέσης. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι η ύπαρξη καλής θεραπευτικής σχέσης οδηγούσε σε μείωση της εκδήλωσης προβληματικής συμπεριφοράς, ενώ συνέβαινε το αντίθετο, αυξανόταν δηλαδή, αν η θεραπευτική σχέση δεν ήταν ικανοποιητική. Επιπλέον, υπεδείχθη ότι η συστηματική εκπαίδευση θεραπευτών στη βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης με τη χρήση τριών στρατηγικών ενίσχυσής της (απόδοση ιδιοτήτων γενικευμένου ενισχυτή στους θεραπευτές μέσω παροχής ασυναφούς ενίσχυσης, ενθάρρυνση του θεραπευτή για μεγαλύτερη ανταπόκριση στις επικοινωνιακές προσπάθειες του παιδιού και ενίσχυση της αμοιβαιότητας) είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση εκδήλωσης προβληματικών συμπεριφορών και την αύξηση των επιπέδων συμμόρφωσης των ατόμων με ΔΑΦ και βαριά Νοητική Υστέρηση ως προς την ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων τους, ακόμη και για τους θεραπευτές που προηγουμένως χαρακτηρίζονταν ως μη έχοντες καλή θεραπευτική σχέση. Με τον τρόπο αυτό συνδέθηκε η θετική θεραπευτική σχέση με τη δημιουργία ευχάριστου κλίματος στη θεραπευτική συνεδρία για τα άτομα με ΔΑΦ και βαριά Νοητική Υστέρηση. Βέβαια, χρειάζεται να σημειωθεί ότι η ποιότητας θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτών και ενηλίκων ατόμων με ΔΑΦ και βαριά Νοητική Υστέρηση βασίστηκε στις προτιμήσεις των θεραπευομένων, σε αυτοαξιολογήσεις των θεραπευτών και σε ετεροαξιολογήσεις των συναδέλφων των θεραπευτών.

Άλλη μια σημαντική έρευνα που εξέτασε τη θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ και τη συμβολή συγκεκριμένων συμπεριφορών των θεραπευτών για τη βελτίωσή της είναι αυτή της Lugo και των συνεργατών της (2017). Συγκεκριμένα, έκαναν λόγο για τη σημαντικότητα της σύνδεσης του θεραπευτή και του παιδιού με ΔΑΦ κατά τα πρώτα στάδια επαφής και γνωριμίας τους με μια διαδικασία που πραγματοποιείται πριν την έναρξη μιας συνεδρίας (pre-session pairing). Στο στάδιο αυτό ο θεραπευτής συνδέεται με ενισχυτικά για το παιδί με ΔΑΦ παιχνίδια

ή παιγνιώδεις δραστηριότητες, με σκοπό να αποκτήσει ο ίδιος ενισχυτική ισχύ κατά την αλληλεπίδρασή του με το παιδί με ΔΑΦ. Οι ερευνητές όρισαν λειτουργικά επτά συμπεριφορές που οφείλει να επιδεικνύει ο θεραπευτής κατά τη συνθήκη του παιχνιδιού, ώστε να προαχθεί η θεραπευτική σχέση. Οι δεξιότητες αυτές ήταν α) η φυσική εγγύτητα (proximity), κατά την οποία ο θεραπευτής οφείλει να βρίσκεται σε απόσταση ενός χεριού από το παιδί, β) η παροχή κοινωνικής ενίσχυσης υπό τη μορφή επαίνου (praise), την οποία ο θεραπευτής οφείλει να παρέχει σε συνάφεια με αποδεκτούς τρόπους ενασχόλησης του παιδιού με το παιχνίδι, γ) η επανάληψη και λεκτική επέκταση (reflect), κατά την οποία ο θεραπευτής επαναλαμβάνει τους ήχους που παράγει το παιδί και επεκτείνει τις λεκτικές εκπομπές του, δ) η μίμηση (imitate), κατά την οποία ο θεραπευτής μιμείται τους αποδεκτούς τρόπους ενασχόλησης του παιδιού με το παιχνίδι, ε) η περιγραφή (describe), κατά την οποία ο θεραπευτής περιγράφει λεκτικά τους αποδεκτούς τρόπους ενασχόλησης του παιδιού με το παιχνίδι, στ) η ανάληψη πρωτοβουλίας (initiate), κατά την οποία ο θεραπευτής προσφέρει απτά αντικείμενα στο παιδί με σκοπό την εισαγωγή μιας νέας παιγνιώδους δραστηριότητας και ζ) η δημιουργία (create), κατά την οποία ο θεραπευτής διδάσκει τρόπους συμβολικού παιχνιδιού μέσα από τη δημιουργία νέων δραστηριοτήτων με τροποποίηση της χρήσης των παιχνιδιών.

Επιπλέον, χρειάζεται να τονιστεί ότι στην έρευνα 6 θεραπευτές έλαβαν εκπαίδευση στις προαναφερθείσες δεξιότητες, η οποία περιελάμβανε προφορική παρουσίαση των ζητούμενων μεταβλητών από τον ερευνητή, ακολουθούμενη από παρουσίαση προτύπου προς μίμηση (modeling) και παροχή ανατροφοδότησης (feedback) μετά το πέρας της συνεδρίας. Στο πλαίσιο της ανατροφοδότησης επισημαίνονταν οι σωστές και λανθασμένες αντιδράσεις των θεραπευτών ως προς την εκδήλωση των δεξιοτήτων, ώστε να γίνει αντιληπτό ποιες είχαν ήδη κατακτήσει και σε ποιες υπήρχε ανάγκη για πρόσθετη εκπαίδευση (Reinke et al., 2007). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, όλοι οι εκπαιδευόμενοι καλλιέργησαν τις απαιτούμενες δεξιότητες, σε διαφορετικό αριθμό συνεδριών ο καθένας. Βέβαια, χρειάζεται να σημειωθεί ότι στην έρευνα δεν εξετάστηκε αν η βελτίωση των προαναφερθεισών δεξιοτήτων των θεραπευτών οδήγησε και σε μείωση της εκδήλωσης προβληματικών συμπεριφορών των παιδιών με ΔΑΦ που συμμετείχαν στην έρευνα.

Στην προαναφερθείσα έρευνα, επιπλέον, παρουσιάζει ενδιαφέρον η διάκριση των θεραπευτών σε έμπειρους και άπειρους, δηλαδή σε θεραπευτές με πλούσια

εμπειρία και σπουδές στην Ανάλυση της Συμπεριφοράς και σε θεραπευτές με περιορισμένη κλινική εμπειρία. Από την έρευνα φάνηκε ότι και οι δύο ομάδες θεραπευτών ανταπεξήλθαν επιτυχώς στην εκπαίδευση επί των προαναφερθεισών δεξιοτήτων, με τους έμπειρους θεραπευτές να φαίνεται ότι τις κατακτούν και αναπτύσσουν με πιο γρήγορο ρυθμό. Τέλος, χρειάζεται να σημειωθεί ότι στην έρευνα αυτή η στρατηγική της σύνδεσης του θεραπευτή και του παιδιού με ΔΑΦ πριν την έναρξη της συνεδρίας αφορά στην τροποποίηση των προγενόμενων συνθηκών της θεραπευτικής συνεδρίας και δεν εξετάστηκε η σύνδεση κατά τη διάρκεια αυτής.

Σε αντίστοιχη έρευνα της Shireman και των συνεργατών της (2016) διερευνήθηκαν τρεις μεταβλητές που συμβάλλουν στην προαγωγή της θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα στον θεραπευτή και το παιδί με ΔΑΦ. Τον ρόλο του θεραπευτή ανέλαβαν άτομα με ΔΑΦ, υψηλής λειτουργικότητας, οι οποίοι έλαβαν εκπαίδευση στην ΕΑΣ για τις ανάγκες της ερευνητικής διαδικασίας. Οι τρεις μεταβλητές αφορούσαν στη φυσική εγγύτητα θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ (proximity), στην εκδήλωση λεκτικών αντιδράσεων από το παιδί (mands) και στη συμμόρφωση του παιδιού με ΔΑΦ στις οδηγίες του θεραπευτή (compliance). Από την έρευνα φάνηκε ότι οι προαναφερθείσες μεταβλητές αυξήθηκαν σε ποσοστό εμφάνισης, έπειτα από εκπαίδευση των θεραπευτών με ΔΑΦ.

Η Shillingsburg και οι συνεργάτες της (2014) στην έρευνά τους, επίσης, διερεύνησαν τις επιδράσεις της σύνδεσης θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ στην κοινωνικά αποφευκτική συμπεριφορά των παιδιών (π.χ. διαφυγή από την διδακτική διαδικασία και τον χώρο της θεραπευτικής συνεδρίας, αργοπορία στο να καθίσει στη θέση του και δυσκολία να παραμείνει καθισμένος κατά τη διάρκεια της συνεδρίας). Στη συγκεκριμένη έρευνα η σύνδεση θεραπευτή και παιδιού περιγράφηκε ως μια συνθήκη χωρίς καθόλου απαιτήσεις, κατά την οποία παρέχεται πολύ συχνά ενίσχυση και το παιδί με ΔΑΦ έχει ελεύθερη πρόσβαση σε επιθυμητά αντικείμενα. Από την έρευνα φάνηκε ότι η σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ οδήγησε σε μείωση της συχνότητας εκδήλωσης κοινωνικά αποφευκτικής συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΑΦ και σε αύξηση της συχνότητας εκδήλωσης κοινωνικής εγγύτητας (π.χ. να κάθεται το παιδί από μόνο του στη θέση του και να παραμένει εκεί, ενώ ο θεραπευτής βρίσκεται κοντά του).

Σε πιο πρόσφατη έρευνα της Shillingsburg και των συνεργατών της (2019) διερευνήθηκε η ομαλή μετάβαση των παιδιών με ΔΑΦ από τη συνθήκη του ελεύθερου παιχνιδιού πριν την έναρξη της συνεδρίας στη συνθήκη της θεραπευτικής συνεδρίας με προγράμματα βασισμένα στον Κύκλο Συστηματικής Διδασκαλίας (DTT) και τον τρόπο που αυτή επιδρά στην εκδήλωση προβληματικών συμπεριφορών παιδιών με ΔΑΦ, στην παραμονή στη θέση τους και στη διατήρηση κοντινής εγγύτητας με τον θεραπευτή τους. Πρότειναν, επομένως, μια σταδιακή απομάκρυνση (instructional fading) εννέα σταδίων από τη συνθήκη του ελεύθερου παιχνιδιού πριν την έναρξη της συνεδρίας, κατά την οποία λαμβάνει χώρα η σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ (pairing), και εισαγωγή στην επόμενη συνθήκη, αυτή της θεραπευτικής συνεδρίας που περιλαμβάνει προγράμματα που εμπεριέχουν τον Κύκλο Συστηματικής Διδασκαλίας (DTT). Κατά τη διαδοχή των σταδίων ξεκινά και τροποποιείται τόσο η συμπεριφορά του θεραπευτή (π.χ. στην αρχή δεν υπάρχει καμία απαίτηση, ενώ στη συνέχεια ο θεραπευτής εκδηλώνει απαιτήσεις όλο και πιο συχνά – ανά λεπτό έως και ανά 15 δευτερόλεπτα - και όλο και περισσότερες – από 1 έως 5) όσο και ο χώρος στον οποίο οφείλουν να παρευρίσκονται ο ίδιος και το παιδί με ΔΑΦ (π.χ. αρχικά χρειάζεται απλώς να βρίσκεται κοντά στο παιδί με ΔΑΦ και να αλληλεπιδρά μαζί του με αντικείμενα της προτίμησης του παιδιού, ενώ αργότερα πρέπει να παραμένει στο τραπέζι που θα λάβει χώρα η συνεδρία ο ίδιος και στη συνέχεια και το παιδί καθισμένο στην καρέκλα), καθώς και ο χώρος και ο χρόνος στον οποίο παρέχεται ελεύθερη πρόσβαση σε αντικείμενα της προτίμησης του παιδιού με ΔΑΦ (π.χ. αρχικά υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση είτε μακριά είτε πάνω στο τραπέζι ανά 30 δευτερόλεπτα ενώ αργότερα η πρόσβαση δίνεται μόνο στα αντικείμενα πάνω στο τραπέζι, χωρίς να παρέχεται η δυνατότητα απομάκρυνσής τους από αυτό). Η έρευνα κατέδειξε ότι με τον τρόπο αυτό υπήρχαν ελάχιστες εκδηλώσεις προβληματικής συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΑΦ, ενώ παράλληλα αυξήθηκε η παραμονή των παιδιών με ΔΑΦ στη θέση τους, καθώς και η κοντινή εγγύτητα με τους θεραπευτές τους.

Τέλος, στην έρευνα της Ράτση (2019) που διερευνήθηκε η θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ υπό το πρίσμα της ΕΑΣ, οι θεραπευτές χωρίστηκαν σε έμπειρους και άπειρους, ενώ η διερεύνηση αφορούσε στις τεχνικές που χρησιμοποιούν αυτές οι δύο κατηγορίες θεραπευτών με σκοπό την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης. Διακρίθηκαν, επίσης, οι τεχνικές που εφαρμόζαν σε «ζητούμενες» και «αποφευκταίες» πρακτικές με κριτήριο την ορθότητα της εφαρμογής

τους σύμφωνα με το θεωρητικό υπόβαθρο της ΕΑΣ, ευελπιστώντας ότι κάτι τέτοιο θα υποβοηθούσε τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης. Παραδείγματα «ζητούμενων» πρακτικών ήταν η ορθή παροχή τμηματικής βοήθειας και η κοινωνική ενίσχυση, ενώ «αποφευκταίων» η λανθασμένη παροχή τμηματικής βοήθειας και η παροχή ενίσχυσης με στερεοτυπική συμπεριφορά. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι οι έμπειροι θεραπευτές έκαναν μεγαλύτερο ποσοστό χρήσης των «ζητούμενων» πρακτικών και λιγότερο των «αποφευκταίων», ενώ το αντίθετο συνέβαινε με τους άπειρους. Επιπλέον, στις θεραπευτικές συνεδρίες που πραγματοποιούνταν με έμπειρες θεραπεύτριες, φάνηκε ότι τα παιδιά με ΔΑΦ εκδήλωναν περισσότερες σωστές αποκρίσεις, είχαν λιγότερες στερεοτυπικές και διασπαστικές συμπεριφορές, ήταν περισσότερη ώρα εποικοδομητικά απασχολημένα, εκδήλωναν σε μικρότερο βαθμό δυσανασχέτηση και περισσότερα συναισθήματα χαράς. Σύμφωνα με τη Ράτση (2019), επομένως, σημαντικό ρόλο στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης διαδραματίζει η ορθή χρήση και εφαρμογή «ζητούμενων» πρακτικών και τεχνικών.

Από την ανασκόπηση, επομένως, της διεθνούς και της εγχώριας βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι έχουν διερευνηθεί έννοιες όπως η ενσυναίσθηση (empathy), η ζεστασιά (warmth) και η στοργή (affection) στο πλαίσιο της Συμπεριφορικής - Αναλυτικής προσέγγισης (Alexander et al., 1976· Lejuez et al., 2006· Sloane et al., 1975), χωρίς όμως δεν έχουν οριστεί λειτουργικά, ενώ έρευνες στο πεδίο της ιατρικής (Benbassat & Bauml, 2004· Norfolk et al., 2007· Coulehan et al., 2001), ασχολούμενες με τον όρο της ενσυναίσθησης, έχουν αποδώσει συμπεριφορικά στοιχεία σε αυτόν. Δεν υφίστανται, ωστόσο, έρευνες στην ΕΑΣ που να έχουν ορίσει λειτουργικά με συμπεριφορικούς – αναλυτικούς όρους την έννοια της ενσυναίσθησης, να διερευνούν τον τρόπο που επηρεάζει τη θεραπευτική σχέση ή που υποδεικνύει την ποιότητά της, δηλαδή αν υφίσταται καλή ή «φτωχή» θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ, και να εξετάζουν την ανταπόκριση του θεραπευτή τόσο στις θετικές όσο και στις αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις των παιδιών με ΔΑΦ.

Όσον αφορά στην έννοια της συμπόνιας, αν και υπάρχουν έρευνες υπό το πρίσμα της ΕΑΣ που να έχουν διερευνήσει τη συμπονετική φροντίδα (LeBlanc et al., 2020· Taylor et al., 2019), αυτή δεν ορίστηκε λειτουργικά με συμπεριφορικούς – αναλυτικούς όρους κι επομένως δεν διερευνήθηκε η συμβολή της στη θεραπευτική σχέση. Επιπλέον, όλες οι έρευνες συνέδεαν τη συμπονετική φροντίδα με τους φροντιστές και τις οικογένειες των παιδιών με ΔΑΦ κι όχι με τα παιδιά με ΔΑΦ αυτά

καθ' αυτά κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας, ενώ δεν εξεταζόταν και ο τρόπος που η ενσυναίσθηση και η συμπόνια πρέπει να επιδεικνύονται από τους θεραπευτές.

Όσον αφορά στη θεραπευτική σχέση, οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο της ΕΑΣ έχουν ασχοληθεί με την ποιότητα και την προαγωγή της, αλλά χωρίς τη χρήση αντικειμενικών μεθόδων αξιολόγησης, και σε συνάρτηση με ενήλικες με ΔΑΦ και βαριά Νοητική Υστέρηση αντί για παιδιά με ΔΑΦ (McLaughlin & Carr, 2005) ή με θεραπευτές με ΔΑΦ κι όχι τυπικής ανάπτυξης (Shireman et al., 2016) ή με την ορθή εφαρμογή πρακτικών και τεχνικών της ΕΑΣ βάσει της κλινικής εμπειρίας των θεραπευτών (Ράτση, 2019). Βάσει των παραπάνω, επομένως, δεν εντοπίστηκε από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έρευνα που να εξετάζει τη θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτών τυπικής ανάπτυξης και παιδιών με ΔΑΦ υπό το πρίσμα της ΕΑΣ, αξιοποιώντας την άμεση παρατήρηση ως μέθοδο συλλογής δεδομένων και λαμβάνοντας υπόψιν διαπροσωπικές δεξιότητες του θεραπευτή.

Κλείνοντας, όσον αφορά στη σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ, οι έρευνες της ΕΑΣ που έχουν πραγματοποιηθεί, όπως διαφάνηκε από τα παραπάνω, εξετάζουν τη μεταβλητή δίνοντας έμφαση στη συνθήκη του ελεύθερου παιχνιδιού, χωρίς να ορίζουν τις δεξιότητες που οφείλει να εκδηλώνει ο θεραπευτής κατά τη διάρκεια αυτής της συνθήκης (Shillingsburg et al., 2014). Ακόμη, εξετάζουν τον τρόπο που πρέπει να γίνεται η μετάβαση από την αδόμητη συνθήκη του ελεύθερου παιχνιδιού στη δομημένη συνθήκη της θεραπευτικής διαδικασίας (Shillingsburg et al., 2019) δίνοντας έμφαση στη συμπεριφορά του θεραπευτή όσον αφορά στις οδηγίες που δίνει και την πρόσβαση του παιδιού σε αντικείμενα της προτίμησής του, καθώς και σε χωροταξικά δεδομένα, χωρίς πάλι να εξετάζουν συγκεκριμένες δεξιότητες που χρειάζεται να επιδεικνύει ο θεραπευτής, ώστε να προάγεται η θεραπευτική σχέση. Ακόμη και στην έρευνα της Lugo και των συνεργατών της (2017) που έχουν οριστεί λειτουργικά δεξιότητες που οφείλει να εκδηλώνει ο θεραπευτής κατά τη σύνδεσή του με το παιδί με ΔΑΦ στη συνθήκη του ελεύθερου παιχνιδιού, η έμφαση δίνεται στη συνθήκη του παιχνιδιού που λαμβάνει χώρα πριν από την έναρξη της συνεδρίας. Γίνεται, επομένως, αντιληπτό ότι δεν εντοπίστηκε έρευνα υπό το πρίσμα της ΕΑΣ που να εξετάζει τη σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασής τους στο πλαίσιο της ενασχόλησης του παιδιού με τα ενισχυτικά

επακόλουθα κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας και την εκδήλωση συγκεκριμένων δεξιοτήτων από πλευράς θεραπευτών, προκειμένου να την προάγουν.

4.2. Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα πιλοτική έρευνα αποσκοπεί στη διερεύνηση της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτών και παιδιών με ΔΑΦ υπό το πρίσμα της ΕΑΣ. Συγκεκριμένα, η θεραπευτική σχέση στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια διερευνάται μέσα από την εκδήλωση της ενεργούς ενσυναίσθησης από την πλευρά των θεραπευτών. Αυτή απαρτίζεται από στοιχεία της ενσυναίσθησης και της συμπόνιας, ώστε να περιλαμβάνει τόσο την κατανόηση της συναισθηματικής κατάστασης των παιδιών με ΔΑΦ όσο και τον συναισθηματικό συντονισμό θεραπευτών και παιδιών με ΔΑΦ. Από τον όρο της συμπόνιας διατηρήθηκε το στοιχείο της δράσης, αφού έχει συμπεριληφθεί η κατά δύναμιν δράση των θεραπευτών απέναντι στα παιδιά με ΔΑΦ στις περιπτώσεις εκδήλωσης αρνητικών συναισθημάτων και δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών, όπως εκφράζονται μέσα από τη λεκτική (π.χ. ο θεραπευτής προτείνει εναλλακτικές λύσεις με βάση την κατάσταση αν χρειάζεται) και μη λεκτική συμπεριφορά (π.χ. ο θεραπευτής προσφέρει χαμόγελο, γέλιο, χάδι, αγκαλιά, φιλή) των θεραπευτών. Επιπλέον, μελετάται στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης η εκδήλωση συγκεκριμένων κύριων και δευτερευόντων δεξιοτήτων που οφείλουν να επιδεικνύουν οι θεραπευτές κατά τη σύνδεσή τους με τα παιδιά με ΔΑΦ σε συνθήκη παιχνιδιού ή παιγνιώδους δραστηριότητας, η οποία μπορεί να λαμβάνει χώρα σε οποιαδήποτε στιγμή της συνεδρίας. Όλα τα παραπάνω, επίσης, διερευνώνται συνδεδόμενα και με την κλινική εμπειρία των θεραπευτών, προσπαθώντας να διαφανεί η όποια τυχούσα διαφορά υφίσταται μεταξύ θεραπευτών με μεγάλη κλινική εμπειρία και θεωρητική κατάρτιση στις αρχές, πρακτικές και τεχνικές της ΕΑΣ και θεραπευτών με μικρή κλινική εμπειρία. Τέλος, μέσα από αυτή την έρευνα γίνεται μια προσπάθεια μελέτης τόσο των συναισθηματικών εκδηλώσεων των παιδιών με ΔΑΦ όσο και της ανταπόκρισης των θεραπευτών σε αυτές, καθώς και τον τρόπο που αυτές συνδέονται με την κλινική εμπειρία των θεραπευτών.

Βάσει των παραπάνω, επομένως, οι στόχοι της παρούσας έρευνας διαμορφώνονται ως εξής:

1. Να διερευνηθεί κατά πόσο οι θεραπευτές εκδηλώνουν ενεργό ενσυναίσθηση στα παιδιά με ΔΑΦ, όταν αυτά εκδηλώνουν μια θετική ή αρνητική συναισθηματική αντίδραση, και αν η συχνότητα της εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης διαφοροποιείται μεταξύ έμπειρων και αρχάριων θεραπευτών.

2. Να εντοπιστούν οι θετικές και αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις των παιδιών με ΔΑΦ στις θεραπεύτριες και να διερευνηθεί η συχνότητα και η ποιότητα εκδήλωσής τους ανάλογα με την κλινική εμπειρία των θεραπευτών.

3. Να αξιολογηθεί η συχνότητα με την οποία οι θεραπευτές εκδηλώνουν μορφές συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού που συμβάλλουν στη σύνδεσή τους με το παιδί με ΔΑΦ (κύριες αντιδράσεις, όπως είναι η φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση, η κοινωνική ενίσχυση, η πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση, και δευτερεύουσες αντιδράσεις, όπως η λεκτική επανάληψη ή/και επέκταση, η μίμηση, η περιγραφή) και να διερευνηθεί αν οι αντιδράσεις των θεραπευτών διαφοροποιούνται ως προς αυτή τη μεταβλητή, ανάλογα με την εμπειρία τους.

Αναφορικά με τους παραπάνω στόχους, αναμένεται:

1. Οι έμπειροι θεραπευτές, οι οποίοι έχουν μεγάλη κλινική εμπειρία και είναι καλύτερα καταρτισμένοι να επιδεικνύουν σε μεγαλύτερο βαθμό ενεργό ενσυναίσθηση απ' ό,τι οι αρχάριοι θεραπευτές.
2. Τα παιδιά με ΔΑΦ να εκδηλώνουν περισσότερα θετικά συναισθήματα στους έμπειρους θεραπευτές και λιγότερα στους αρχάριους, ενώ να συμβαίνει το αντίθετο με την εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων.
3. Οι έμπειροι θεραπευτές να υπερτερούν ως προς την ανταπόκριση μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης τόσο στις θετικές όσο και στις αρνητικές συναισθηματικές εκδηλώσεις των παιδιών με ΔΑΦ συγκριτικά με τους αρχάριους.
4. Οι έμπειροι θεραπευτές να εκδηλώνουν συχνότερα τις κύριες δεξιότητες που συμβάλλουν στη σύνδεσή τους με το παιδί κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού σε σχέση με τους αρχάριους.

Κατά συνέπεια, αναμένεται γενικότερα η κλινική εμπειρία να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επίδειξη ενεργούς ενσυναίσθησης και στη σύναψη θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ.

B' Μέρος: Έρευνα

5. Μέθοδος

Το παρόν κεφάλαιο παρουσιάζει την ερευνητική μεθοδολογία της έρευνας. Συγκεκριμένα περιγράφεται λεπτομερώς το δείγμα των θεραπειών, καθώς και αδρομερώς το δείγμα των παιδιών που συμμετείχαν με έμφαση στις προϋποθέσεις που χρειαζόταν να πληρούν για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Στη συνέχεια, παρατίθενται οι λειτουργικοί ορισμοί των μεταβλητών, όπως δημιουργήθηκαν και διαμορφώθηκαν για τις ανάγκες της ερευνητικής διαδικασίας. Έπειτα, παρουσιάζονται οι συνθήκες διεξαγωγής της έρευνας και το υλικό που χρησιμοποιήθηκε κατά τη διενέργεια των θεραπευτικών συνεδριών. Τέλος, περιγράφεται η ερευνητική διαδικασία, η συλλογή και ανάλυση δεδομένων, καθώς και ο έλεγχος της αξιοπιστίας της διαδικασίας συλλογής δεδομένων.

5.1. Δείγμα

5.1.1. Δείγμα θεραπειών

Στην παρούσα πιλοτική έρευνα συμμετείχαν συνολικά έξι θεραπεύτριες που εργάζονταν στο Ινστιτούτο Συστημικής Ανάλυσης της Συμπεριφοράς (Ι.Σ.Α.Σ.), στο οποίο λαμβάνουν εκπαίδευση και θεραπεία παιδιά και έφηβοι με Αναπτυξιακές και άλλες Διαταραχές. Και οι έξι θεραπεύτριες είχαν εξειδικευτεί με σεμινάρια από τον ίδιο φορέα στις αρχές της ΕΑΣ και στις θεραπευτικές εφαρμογές της σε παιδιά με ΔΑΦ.

Η επιλογή των θεραπειών βασίστηκε στην εμπειρία τους σε προγράμματα βασισμένα στην Εφαρμοσμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς (ΕΑΣ) για παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), προκειμένου να υπάρχει σαφής διάκριση σε εμπειρες και αρχάριες θεραπεύτριες. Για να χαρακτηριστεί, λοιπόν, μία θεραπεύτρια έμπειρη, έπρεπε να διαθέτει τουλάχιστον 3 χρόνια εμπειρία σε θεραπευτικές παρεμβάσεις της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, ενώ για να χαρακτηριστεί αρχάρια, η

εμπειρία της δεν θα έπρεπε να ξεπερνά τα 2 χρόνια. Επιπλέον, χρειάζεται να αναφερθεί ότι μέρος του δείγματος είχε αξιοποιηθεί και στην έρευνα της Ράτση (2019), στο πλαίσιο της διερεύνησης των τεχνικών που χρησιμοποιούν αυτές οι δύο κατηγορίες θεραπευτών με σκοπό την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ υπό το πρίσμα της ΕΑΣ.

Όλες οι θεραπεύτριες παρείχαν εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα σε πλήθος παιδιών στο Ι.Σ.Α.Σ. Από την ομάδα των αρχάριων θεραπευτριών, η μία διέθετε μεταπτυχιακό τίτλο στην Ειδική Αγωγή, ενώ οι άλλες δύο βασικό πτυχίο στη Φιλοσοφία – Παιδαγωγική – Ψυχολογία και στη Λογοθεραπεία αντίστοιχα. Από την ομάδα των έμπειρων θεραπευτριών, η μία διέθετε μεταπτυχιακό τίτλο στη Σχολική Ψυχολογία, η άλλη μεταπτυχιακό τίτλο στην Ειδική Αγωγή, ενώ η τρίτη βασικό πτυχίο στην Ψυχολογία.

Συγκεντρωτικά, περιγραφικά χαρακτηριστικά των έξι θεραπευτριών παρατίθενται στον Πίνακα 1 που ακολουθεί:

Ηλικία	Σπουδές	Κλινική εμπειρία με παιδιά με ΔΑΦ
23	Πτυχίο στη Λογοθεραπεία	1 έτος
24	Πτυχίο στη Φιλοσοφία - Παιδαγωγική - Ψυχολογία	1 έτος
24	Μεταπτυχιακό στην Ειδική Αγωγή	1 έτος
30	Πτυχίο στην Ψυχολογία	8 έτη
34	Μεταπτυχιακό στην Ειδική Αγωγή	10 έτη
31	Μεταπτυχιακό στη Σχολική Ψυχολογία	9 έτη

Πίνακας 1. Τα χαρακτηριστικά των θεραπευτριών

5.1.2. Δείγμα παιδιών

Το δείγμα των παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα ανέρχεται σε πλήθος 11 παιδιών. Προκειμένου τα παιδιά να είναι επιλέξιμα για την έρευνα, θα έπρεπε να πληρούν τα παρακάτω κριτήρια: α) να έχουν λάβει διάγνωση με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος είτε από κάποιο Κέντρο Εκπαιδευτικής και Συμβουλευτικής Υποστήριξης (Κ.Ε.Σ.Υ.) είτε από κάποιο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο, βάσει των κριτηρίων της 5^{ης} έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-5, APA, 2013), β) να παρακολουθούν εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα στο Ι.Σ.Α.Σ., βασισμένο στις αρχές της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς. Χρειάζεται, επίσης, να αναφερθεί ότι και ως προς το δείγμα των παιδιών, μέρος αυτού είχε λάβει μέρος στην έρευνα της Ράτση (2019), με σκοπό την αξιολόγηση της κλινικής εικόνας και συμπεριφοράς τους κατά τη διάρκεια των συνεδριών με αρχάριες και έμπειρες θεραπεύτριες.

Συνοπτικά, τα επιπλέον χαρακτηριστικά των 11 παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν τα εξής: α) τα 7 ήταν αγόρια και τα 4 κορίτσια, β) έχριζαν στήριξης έως πολύ σημαντικής στήριξης, γ) από αυτά 5 είχαν ανεπτυγμένο προφορικό λόγο, ενώ 6 δεν είχαν αναπτύξει προφορικό λόγο με επικοινωνιακή σκοπιμότητα και δ) τα παιδιά είχαν μέσο όρο ηλικίας τα 5:7 έτη (εύρος 2 έως 11 έτη), δηλαδή επρόκειτο για παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας.

Φύλο	Ηλικία	Βαθμός στήριξης	Προφορικός λόγος
Αγόρι	5	Απαιτεί σημαντική στήριξη	Ναι
Αγόρι	2	Απαιτεί πολύ σημαντική στήριξη	Όχι
Κορίτσι	3	Απαιτεί πολύ σημαντική στήριξη	Όχι
Αγόρι	4	Απαιτεί στήριξη	Ναι
Αγόρι	4	Απαιτεί πολύ σημαντική στήριξη	Όχι

Αγόρι	5	Απαιτεί πολύ σημαντική στήριξη	Όχι
Αγόρι	8	Απαιτεί πολύ σημαντική στήριξη	Όχι
Κορίτσι	6	Απαιτεί πολύ σημαντική στήριξη	Ναι
Κορίτσι	8	Απαιτεί πολύ σημαντική στήριξη	Ναι
Κορίτσι	11	Απαιτεί σημαντική στήριξη	Ναι
Αγόρι	7	Απαιτεί πολύ σημαντική στήριξη	Όχι

Πίνακας 2. Τα χαρακτηριστικά των παιδιών

5.2. Λειτουργικοί ορισμοί μεταβλητών

Στην παρούσα πιλοτική διερεύνηση οι μεταβλητές που σχετίζονται με τους θεραπευτές ορίστηκαν λειτουργικά με τον εξής τρόπο:

Ενεργός ενσυναίσθηση

Ως ενεργός ενσυναίσθηση (compassion) ορίζεται η ικανότητα αναγνώρισης και ανταπόκρισης του θεραπευτή στη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού, όταν αυτό εκδηλώνει λεκτική ή μη λεκτική συναισθηματική αντίδραση (π.χ. χαρά, θυμό, λύπη, δυσαρέσκεια, κούραση, στοργή), η οποία συνάδει με τις εκάστοτε επικρατούσες συνθήκες (π.χ. η εκδήλωση χαράς, θυμού, λύπης, δυσαρέσκειας, κούρασης, στοργής σχετίζονται με έναν εμφανή λόγο, όπως για παράδειγμα όταν το παιδί γελάει, γιατί χαίρεται που παίζει το αγαπημένο του παιχνίδι). Η ενεργός ενσυναίσθηση εκδηλώνεται λεκτικά ή / και εξωλεκτικά (Benbassat & Bauml, 2004· Goetz et al., 2010· Norfolk et al., 2007· Coulehan et al., 2001· Shapiro, 2002· Suchman et al., 1997). Συγκεκριμένα, η θεραπεύτρια εκφράζει **λεκτικά** την κατανόησή της στα συναισθήματα του παιδιού: α) είτε από τη σκοπιά της (π.χ. «Καταλαβαίνω ότι είσαι λυπημένος / αναστατωμένος /

χαρούμενος / θυμωμένος»), είτε μπαίνοντας στη θέση του παιδιού (π.χ. «Είμαι λυπημένος / κουρασμένος / θυμωμένος / χαρούμενος, [όνομα θεραπευτή]») και β) προτείνει εναλλακτικές λύσεις, αν χρειάζεται (π.χ. σε περίπτωση εκδήλωσης δυσπροσαρμοστικής / στερεοτυπικής συμπεριφοράς λόγω θυμού ή λύπης) με βάση την κατάσταση (π.χ. «Μπορείς να ξεκουραστείς τώρα» ή «Θέλω να ξεκουραστώ, [όνομα θεραπευτή]», «Μπορείς να κάνεις ένα διάλειμμα τώρα» ή «Χρειάζομαι διάλειμμα, [όνομα θεραπευτή]», «Δείξε μου πού πονάς» ή «Πονάω / Πεινάω / Διψάω, [όνομα θεραπευτή]», «Είμαι άρρωστος, [όνομα θεραπευτή]», «Θέλω να πάω στη μαμά μου, [όνομα θεραπευτή]»), ή γ) ανταποκρίνεται στο θετικό συναίσθημα του παιδιού (π.χ. «Ναι! Τέλειο παιχνίδι!», «Τι ωραία που χαμογελάς!», «Ναι! Ζήτη!») (Reynolds & Scott, 1999· Spiro, 2009· Windover et al., 2014). Η θεραπεύτρια μπορεί εναλλακτικά ή αποκλειστικά να εκφράζει **μη λεκτικά** την κατανόησή της στα συναισθήματα του παιδιού: α) διατηρώντας βλεμματική επαφή με το παιδί, β) υιοθετώντας «ανοικτή» στάση σώματος (π.χ. βρίσκεται κοντά στο παιδί, έχει ανοιχτά χέρια και πόδια) και έχοντας στραμμένο το σώμα της προς το παιδί, γ) έχοντας ήρεμο και χωρίς ένταση τόνο φωνής, δ) εκδηλώνοντας την κατάλληλη έκφραση προσώπου ανάλογα με την περίσταση (π.χ. λυπημένη / χαρούμενη έκφραση, έκφραση πόνου) και ε) προσφέροντας χαμόγελο, γέλιο, χάδι, αγκαλιά, φιλή, σωματική / φυσική εγγύτητα (π.χ. ο θεραπευτής πλησιάζει το παιδί σε απόσταση ενός χεριού), εφόσον είναι επιθυμητό από το παιδί (Haase & Tepper, 1972· Kraft-Todd et al., 2017· Riess et al., 2012· Riess & Kraft-Todd, 2014· Suchman et al., 1997).

Μη ενεργός ενσυναίσθηση

Ως μη ενεργός ενσυναίσθηση ορίζεται η μη ανταπόκριση της θεραπεύτριας στο ευχάριστο ή δυσάρεστο συναίσθημα του παιδιού που δεν συνάδει με τις συνθήκες της συνεδρίας (π.χ. στην περίπτωση που η χαρά, ο θυμός, η λύπη, η δυσαρέσκεια, η κούραση και η στοργή επιδεικνύονται από το παιδί ως προσπάθεια διαφυγής/αποφυγής από τη μαθησιακή διαδικασία ή αποτελούν ένδειξη διάσπασης ή μέρος της στερεοτυπικής συμπεριφοράς του παιδιού).

Σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ

Η σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ (pairing) ορίζεται ως η διαδικασία κατά την οποία η θεραπεύτρια εμπλέκεται από κοινού και αλληλεπιδρά με το παιδί με αντικείμενα και δραστηριότητες της προτίμησης του τελευταίου (π.χ. παιχνίδια, παιγνιώδεις δραστηριότητες) κατά τη διάρκεια της παροχής ενισχυτικών επακόλουθων στο πλαίσιο της συνεδρίας, ενώ ταυτόχρονα διατηρεί βλεμματική επαφή μαζί του (Lugo et al., 2017).

Προκειμένου η θεραπεύτρια να αναπτύξει τη σύνδεσή του με το παιδί με ΔΑΦ, χρειάζεται να εκδηλώνει τις ακόλουθες 3 κύριες δεξιότητες:

1. Φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση: η θεραπεύτρια παραμένει σε απόσταση μικρότερη του μισού μέτρου από το παιδί, αν το επιτρέπουν οι συνθήκες⁸, και ακολουθεί/εμπλέκεται σε αλληλεπίδραση με το παιδί, έχοντας στραμμένο το σώμα της προς αυτό και διατηρώντας «ανοικτή» στάση σώματος (π.χ. βρίσκεται σε κοντινή απόσταση με το παιδί, δεν έχει σταυρωμένα χέρια ή πόδια). Για παράδειγμα, αν το παιδί παίζει με μία κούκλα, η θεραπεύτρια βρίσκεται σε απόσταση μικρότερη του μισού μέτρου από το παιδί και εμπλέκεται στο παιχνίδι μαζί του με εποικοδομητικό τρόπο. Η από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση με το παιδί προϋποθέτει την: α) αποχή από στερεοτυπική (π.χ. λεκτική, κινητική) και διασπαστική συμπεριφορά (π.χ. κλάμα, επιθετική συμπεριφορά, καταστροφική χρήση αθυρμάτων, προσπάθεια αποφυγής από την ενδεδειγμένη δραστηριότητα), β) διατήρηση της βλεμματικής επαφής με τη θεραπεύτρια και με τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται, γ) κατάλληλο χειρισμό των αθυρμάτων ή συμμετοχή με κοινωνικά αποδεκτό τρόπο στις παιγνιώδεις δραστηριότητες (π.χ. τραγούδια, μπάλα, κινητικά παιχνίδια) (Γενά, 2007· Lugo et al., 2017· Ράτση, 2019).
2. Κοινωνική ενίσχυση: η θεραπεύτρια παρέχει ενίσχυση υπό τις εξής μορφές: α) με χρήση επαίνων (π.χ. «Μπράβο, παίζεις πολύ ωραία!»), β) προσφέροντας αγκαλιά, γ) ή/και με την επίδειξη κατάλληλης έκφρασης προσώπου (π.χ. χαμόγελο) (Cooper et al., 2014· Ράτση, 2019), με σκοπό να ενισχύσει: α) τις επιθυμητές δεξιότητες παιχνιδιού (π.χ. «Τι ωραία που χτενίζεις την κούκλα!», «Πόσο ωραία παίζουμε μαζί!»), β) ή/και την επιθυμητή συμπεριφορά (π.χ.

⁸ Για παράδειγμα, αν το παιδί παίζει μπάλα με την θεραπεύτρια, η απόσταση μπορεί να είναι μεγαλύτερη του μισού μέτρου.

αποχή από στερεοτυπίες, συγκέντρωση προσοχής στο άθυρμα ή την παιγνιώδη δραστηριότητα), γ) ή/και το αυθόρμητο κοίταγμα του παιδιού (π.χ. το παιδί διατηρεί βλεμματική επαφή με την θεραπεύτρια, χωρίς προτροπή, κατά τη διάρκεια του αθύρματος ή της παιγνιώδους δραστηριότητας) (Lugo et al., 2017).

3. Πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση: η θεραπεύτρια λαμβάνει πρωτοβουλίες για αλληλεπίδραση:

α) προσφέροντας απτά αντικείμενα στο παιδί ή

β) εισάγοντας δραστηριότητες με σκοπό την αλληλεπίδραση μαζί του και την πρόκληση ενδιαφέροντος του παιδιού μέσω ποικίλων ερεθισμάτων (οπτικών, ακουστικών, απτικών) (π.χ. η θεραπεύτρια ρίχνει μια μπάλα που φωτίζει, όταν πέσει στο πάτωμα, και έπειτα την τοποθετεί στο χέρι του παιδιού) (Lugo et al., 2017).

Η πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση μπορεί να είναι: α) λεκτική, όπου η θεραπεύτρια προτείνει έναν διαφορετικό τρόπο ενασχόλησης με ένα άθυρμα (π.χ. αν το παιδί παίζει με μία κούκλα, ο θεραπευτής μπορεί να ρωτήσει «Θες να της χτενίσεις τα μαλλιά;») ή παράγοντας ήχους προκειμένου το παιδί να μιμηθεί, σύμφωνα με τις δυνατότητές του (π.χ. «Τι είναι αυτό; Μπάλα!») ή/και β) μη λεκτική, όπου η θεραπεύτρια επιδεικνύει στο παιδί έναν διαφορετικό τρόπο ενασχόλησης με ένα άθυρμα (π.χ. το παιδί παίζει με μία κούκλα και η θεραπεύτρια λαμβάνει πρωτοβουλία να της χτενίσει τα μαλλιά, προκειμένου το παιδί να μιμηθεί) ή παρέχοντας την επιλογή στο παιδί να επιλέξει τον ενισχυτή του.

Εκτός από τις παραπάνω κύριες για την επίτευξη της σύνδεσης δεξιότητες η θεραπεύτρια ενδέχεται να εκδηλώνει και τις ακόλουθες 3 δευτερεύουσες δεξιότητες, εφόσον παρουσιάζεται η σχετική ευκαιρία:

1. Λεκτική επανάληψη ή/και επέκταση: η θεραπεύτρια επαναλαμβάνει τους ήχους που παράγει το παιδί ή/και επεκτείνει (π.χ. παιδί: «Βρουμ, βρουμ», θεραπευτής: «Βρουμ, βρουμ (επανάληψη), το αυτοκίνητο τρέχει στο δρόμο! (επέκταση)») (Lugo et al., 2017).

2. Μίμηση: η θεραπεύτρια μιμείται τις επιθυμητές δεξιότητες αθύρματος που εκδηλώνει το παιδί (π.χ. το παιδί ταΐζει την κούκλα, η θεραπεύτρια ταΐζει την κούκλα). (Lugo et al., 2017).

3. Περιγραφή: η θεραπεύτρια περιγράφει τις επιθυμητές, κοινωνικά αποδεκτές δεξιότητες αθύρματος που εκδηλώνει το παιδί (π.χ. «Α! Κάνεις μπάνιο την κούκλα!») (Lugo et al., 2017).

Αδυναμία σύνδεσης θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ

Η αδυναμία σύνδεσης θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ ορίζεται ως η κατάσταση κατά την οποία η θεραπεύτρια δεν εμπλέκεται από κοινού με το παιδί με αντικείμενα και δραστηριότητες της προτίμησης του παιδιού (π.χ. παιχνίδια, παιγνιώδεις δραστηριότητες) κατά την παροχή ενίσχυσης κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, ενώ ταυτόχρονα δεν διατηρεί βλεμματική επαφή.

Η αδυναμία σύνδεσης θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ κατά την παροχή ενίσχυσης κατά τη διάρκεια της συνεδρίας χαρακτηρίζεται από την έλλειψη των εξής κύριων δεξιοτήτων των θεραπευτριών:

1. Έλλειψη φυσικής εγγύτητας με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση: η θεραπεύτρια δεν παραμένει σε απόσταση μικρότερη του μισού μέτρου από το παιδί, ενώ το επιτρέπουν οι συνθήκες, και δεν ακολουθεί/εμπλέκεται σε αλληλεπίδραση με το παιδί, δεν έχει στραμμένο το σώμα της προς αυτό και δεν διατηρεί «ανοικτή» στάση σώματος (π.χ. δεν βρίσκεται σε κοντινή απόσταση με το παιδί, έχει σταυρωμένα χέρια ή πόδια). Για παράδειγμα, αν το παιδί παίζει με μία κούκλα, η θεραπεύτρια είτε δεν βρίσκεται σε απόσταση ενός χεριού από το παιδί είτε το αγνοεί, ενώ αν εμπλέκεται στο παιχνίδι ή στην παιγνιώδη δραστηριότητα μαζί του, αυτό δεν συμβαίνει με εποικοδομητικό τρόπο. Η έλλειψη από κοινού εποικοδομητικής ενασχόλησης με το παιδί συνεπάγεται ότι η θεραπεύτρια επιτρέπει στο παιδί την: α) εκδήλωση στερεοτυπικής (π.χ. λεκτική, κινητική) και διασπαστικής συμπεριφοράς (π.χ. κλάμα, επιθετική συμπεριφορά, καταστροφική χρήση αθυρμάτων, προσπάθεια αποφυγής από την ενδεδειγμένη δραστηριότητα), β) μη διατήρηση της βλεμματικής επαφής με τη θεραπεύτρια και έλλειψη παρατήρησης των αντικειμένων που χρησιμοποιούνται, γ) ακατάλληλο χειρισμό των αθυρμάτων ή συμμετοχή με κοινωνικά μη αποδεκτό τρόπο στις παιγνιώδεις δραστηριότητες (π.χ. τραγούδια, μπάλα, κινητικά παιχνίδια)
2. Μη παροχή κοινωνικής ενίσχυσης: η θεραπεύτρια: α) δεν παρέχει λεκτικούς επαίνους (π.χ. «Μπράβο, παίζεις πολύ ωραία!»), β) δεν παρέχει κοινωνική

ενίσχυση με μη λεκτικό τρόπο (π.χ. αγκαλιά, χάδι), γ) ή/και δεν παρέχει την ενίσχυση υιοθετώντας κατάλληλη έκφραση προσώπου (π.χ. κατά την παροχή ενίσχυσης η θεραπεύτρια διατηρεί ουδέτερο ύφος, δεν χαμογελά, δεν έχει ενθουσιώδη τόνο στη φωνή), αγνοώντας: α) τις επιθυμητές δεξιότητες παιχνιδιού (π.χ. «Τι ωραία που χτενίζεις την κούκλα!», «Πόσο ωραία παίζουμε μαζί!»), β) ή/και την επιθυμητή συμπεριφορά (π.χ. αποχή από στερεοτυπίες, συγκέντρωση προσοχής στο άθυρμα ή την παιγνιώδη δραστηριότητα), γ) ή/και το αυθόρμητο κοίταγμα του παιδιού (π.χ. το παιδί διατηρεί βλεμματική επαφή με την θεραπεύτρια, χωρίς προτροπή, κατά τη διάρκεια του αθύρματος ή της παιγνιώδους δραστηριότητας).

3. Έλλειψη πρωτοβουλίας για αλληλεπίδραση: η θεραπεύτρια δεν λαμβάνει πρωτοβουλίες για αλληλεπίδραση, δηλαδή:
- α) δεν προσφέρει απτά αντικείμενα στο παιδί ή
 - β) δεν εισάγει δραστηριότητες με σκοπό την αλληλεπίδραση μαζί του και την πρόκληση ενδιαφέροντος του παιδιού μέσω ποικίλων ερεθισμάτων (οπτικών, ακουστικών, απτικών).

Η έλλειψη πρωτοβουλίας για αλληλεπίδραση συνεπάγεται ότι η θεραπεύτρια δεν λαμβάνει: α) λεκτική πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση, αφού δεν προτείνει έναν διαφορετικό τρόπο ενασχόλησης με ένα άθυρμα ή δεν παράγει ήχους προκειμένου το παιδί να μιμηθεί, σύμφωνα με τις δυνατότητές του ή/και β) μη λεκτική πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση, αφού δεν επιδεικνύει στο παιδί έναν διαφορετικό τρόπο ενασχόλησης με ένα άθυρμα ή δεν παρέχει την επιλογή στο παιδί να επιλέξει τον ενισχυτή του.

Εκτός από την έλλειψη των παραπάνω κύριων για την επίτευξη της σύνδεσης δεξιοτήτων η θεραπεύτρια ενδέχεται να μην εκδηλώνει και τις ακόλουθες 3 δευτερεύουσες δεξιότητες, εφόσον παρουσιάζεται η σχετική ευκαιρία::

1. Έλλειψη λεκτικής επανάληψης: η θεραπεύτρια δεν επαναλαμβάνει τους ήχους που παράγει το παιδί.
2. Έλλειψη μίμησης: η θεραπεύτρια δεν μιμείται την επιθυμητή ενασχόληση του παιδιού με αθύρματα.
3. Έλλειψη περιγραφής: η θεραπεύτρια δεν περιγράφει τις επιθυμητές, κοινωνικά αποδεκτές δραστηριότητες του παιδιού κατά την ενασχόλησή του με παιχνίδια.

Στην παρούσα πιλοτική έρευνα οι μεταβλητές που σχετίζονται με τα παιδιά με ΔΑΦ ορίστηκαν λειτουργικά με τον εξής τρόπο:

Συναισθήματα παιδιού με ΔΑΦ

Τα συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ διακρίθηκαν σε θετικά και αρνητικά. Στα θετικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ συμπεριλαμβάνονται τα εξής:

1. Χαρά: το παιδί με ΔΑΦ χαμογελάει ή έχει χαρούμενη έκφραση προσώπου ή γελάει κοιτάζοντας τον θεραπευτή του ή το παιχνίδι του. Ταυτόχρονα, μπορεί να έχει αντίστοιχη λεκτική αντίδραση (π.χ. «Είναι αστείο αυτό!»), η οποία συνοδεύεται από αντίστοιχη χαρούμενη χροιά φωνής. Η λεκτική ή μη λεκτική αντίδραση χαράς του παιδιού πρέπει να συνάδει με τις εκάστοτε επικρατούσες συνθήκες (π.χ. να παίζει με το αγαπημένο του παιχνίδι), διαφορετικά έγκειται σε στερεοτυπική έκφραση χαράς που δεν συμπεριλαμβάνεται στον ορισμό (Ράτση, 2019).
2. Στοργή: το παιδί με ΔΑΦ χαϊδεύει ή αγκαλιάζει την θεραπεύτρια. Ταυτόχρονα, η αντίδραση αυτή μπορεί να συνοδεύεται από αντίστοιχη λεκτική αντίδραση (π.χ. «Σ' αγαπώ, [όνομα θεραπεύτριας]»). Η λεκτική ή μη λεκτική αντίδραση στοργής πρέπει να συνάδει με τις εκάστοτε επικρατούσες συνθήκες (π.χ. κατά τη διάρκεια διαλείμματος ή έπειτα από παροχή ενίσχυσης από την πλευρά της θεραπεύτριας), διαφορετικά θεωρείται προσπάθεια διαφυγής από τη μαθησιακή διαδικασία που δεν συμπεριλαμβάνεται στον ορισμό.

Στα αρνητικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ συμπεριλαμβάνονται τα εξής:

1. Λύπη: το παιδί με ΔΑΦ κλαίει, έχει ύφος λυπημένο και δακρύζει. Ταυτόχρονα, μπορεί να έχει αντίστοιχη λεκτική αντίδραση (π.χ. «Δεν θέλω!»), η οποία συνοδεύεται από αντίστοιχη λυπημένη χροιά φωνής. Η λεκτική ή μη λεκτική αντίδραση χαράς του παιδιού πρέπει να συνάδει με τις εκάστοτε επικρατούσες συνθήκες (π.χ. να χτύπησε ή να τρόμαξε από έναν δυνατό ήχο), διαφορετικά έγκειται σε προσπάθεια διαφυγής από τη μαθησιακή διαδικασία που δεν συμπεριλαμβάνεται στον ορισμό.
2. Θυμός: το παιδί με ΔΑΦ φωνάζει, χτυπάει την θεραπεύτρια, πετάει πράγματα στο πάτωμα με δύναμη και γενικότερα μπορεί να εκδηλώνει μια διασπαστική ή

στερεοτυπική συμπεριφορά, με συνοφρυωμένο ύφος. Ταυτόχρονα, μπορεί να έχει αντίστοιχη λεκτική αντίδραση (π.χ. «Άσε με!») που συνοδεύεται από αντίστοιχη θυμωμένη χροιά φωνής και υψωμένο τόνο (Ράτση, 2019). Η λεκτική ή μη λεκτική αντίδραση χαράς του παιδιού πρέπει να συνάδει με τις εκάστοτε επικρατούσες συνθήκες (π.χ. να χτύπησε ή να τρόμαξε από έναν δυνατό ήχο), διαφορετικά έγκειται σε προσπάθεια διαφυγής από τη μαθησιακή διαδικασία που δεν συμπεριλαμβάνεται στον ορισμό.

3. Δυσαρέσκεια: το παιδί με ΔΑΦ εκδηλώνει σοβαρή έκφραση προσώπου, ενώ αρνείται να συμμετέχει στη μαθησιακή διαδικασία. Δείχνει ότι κάτι τον ενοχλεί (π.χ. ένας ήχος ή δυσκολεύεται με μια δραστηριότητα). Επίσης, σπρώχνει το διδακτικό υλικό από μπροστά του. Ταυτόχρονα, η αντίδραση αυτή μπορεί να συνοδεύεται και από λεκτική αντίδραση (π.χ. «Δεν μου αρέσει αυτό!») με αντίστοιχη έντονη χροιά δυσαρέσκειας στη φωνή (Ράτση, 2019).
4. Κούραση: το παιδί με ΔΑΦ χασμουριέται ή τεντώνει τα χέρια και το σώμα του κοιτάζοντας αλλού ή αναστενάζει, ενώ το ύφος του είναι νυσταγμένο ή κουρασμένο. Επιπλέον, κινείται γενικότερα με αργό τρόπο κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Ταυτόχρονα, η αντίδραση αυτή μπορεί να συνοδεύεται από αντίστοιχη λεκτική αντίδραση (π.χ. «Δεν μπορώ άλλο»). Η λεκτική ή μη λεκτική αντίδραση κούρασης του παιδιού πρέπει να συνάδει με τις εκάστοτε επικρατούσες συνθήκες (π.χ. η θεραπευτική συνεδρία να πραγματοποιείται αργά το απόγευμα ή να είναι μεγάλη σε διάρκεια ή να έχουν προηγηθεί απαιτητικές δραστηριότητες προηγουμένως), διαφορετικά έγκειται σε προσπάθεια διαφυγής από τη μαθησιακή διαδικασία που δεν συμπεριλαμβάνεται στον ορισμό (Ράτση, 2019).

5.3. Συνθήκες διεξαγωγής της έρευνας

Η ερευνητική διαδικασία έλαβε χώρα στο Ινστιτούτο Συστημικής Ανάλυσης της Συμπεριφοράς (Ι.Σ.Α.Σ.) στη Νέα Σμύρνη Αθήνας, στην Ελλάδα. Το Ι.Σ.Α.Σ. είναι μία αστική μη κερδοσκοπική επιστημονική εταιρεία που στοχεύει στην εκπαίδευση, θεραπεία και αποκατάσταση παιδιών και εφήβων με Αναπτυξιακές και άλλες Διαταραχές, εφαρμόζοντας επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές που βασίζονται στην ΕΑΣ.

Για κάθε συνεδρία, χρησιμοποιήθηκε η εκάστοτε προγραμματισμένη αίθουσα, η οποία περιείχε στο κέντρο ένα τραπεζάκι με δύο καρέκλες, στις οποίες κάθονταν το παιδί με ΔΑΦ και η θεραπεύτριά του, ενώ απέναντι ήταν τοποθετημένη η ψηφιακή βιντεοκάμερα επάνω σε τρίποδο με τέτοιο τρόπο, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα βιντεοσκόπησης της θεραπευτικής συνεδρίας τόσο κατά τη διάρκεια των διδακτικών επεισοδίων όσο και κατά την παροχή ενίσχυσης υπό τη μορφή παιχνιδιού ή παιγνιώδους δραστηριότητας. Μέριμνα λήφθηκε, ώστε να φαίνονται τα πρόσωπα και οι εκφράσεις τόσο του παιδιού με ΔΑΦ όσο και της θεραπεύτριας. Χρειάζεται να σημειωθεί ότι η βιντεοσκόπηση πραγματοποιήθηκε από μέλος της ερευνητικής ομάδας.

Τέλος, το μέλος της ερευνητικής ομάδας παρευρισκόταν στο σύνολο των συνεδριών, αλλά εκτός του οπτικού πεδίου του παιδιού με ΔΑΦ, ώστε να αποφευχθεί η διάσπαση προσοχής. Ο ρόλος του περιοριζόταν μόνο στον χειρισμό της βιντεοκάμερας και την ανακοίνωση της έναρξης και λήξης κάθε συνεδρίας.

5.4. Υλικό έρευνας

Το σύνολο των συνεδριών βιντεοσκοπήθηκε με τη χρήση μιας ψηφιακής βιντεοκάμερας Sony Handycam HDR-CX240E. Ο σκοπός της βιντεοσκόπησης ήταν η καταγραφή και ο έλεγχος των αντιδράσεων τόσο του παιδιού με ΔΑΦ όσο και της θεραπεύτριας, καθώς και η αξιολόγηση της αξιοπιστίας της διαδικασίας συλλογής των δεδομένων και των ευρημάτων της έρευνας από ανεξάρτητους παρατηρητές.

Για τη διεξαγωγή των συνεδριών, χρησιμοποιήθηκε το προγραμματισμένο από τις θεραπεύτριες υλικό, χωρίς την προσθήκη υλικού από την ερευνητική ομάδα, όπως επίσης και διεξήχθησαν οι προγραμματισμένες δραστηριότητες, χωρίς καμία επέμβαση από αυτήν. Σκοπός της έρευνας, εξάλλου, ήταν η αξιολόγηση της εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης από την πλευρά του θεραπευτή προς το παιδί με ΔΑΦ, όταν αυτό παρουσίαζε κάποια λεκτική ή μη λεκτική συμπεριφορά βάσει της συναισθηματικής του κατάστασης, καθώς και της ποιότητας σύνδεσης θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ, μέσα από την εκδήλωση συγκεκριμένων δεξιοτήτων από πλευράς θεραπευτή. Για τον παραπάνω λόγο και δεν χρησιμοποιήθηκε επιπρόσθετο ερευνητικό υλικό.

5.5. Διαδικασία

5.5.1. Γενική διαδικασία

Πριν την έναρξη της έρευνας, πραγματοποιήθηκε ενημέρωση τόσο στις θεραπεύτριες που επρόκειτο να συμμετέχουν στην έρευνα όσο και στους γονείς των παιδιών σχετικά με τη μαγνητοσκόπηση των συνεδριών, τους σκοπούς, τους στόχους και τη σπουδαιότητα της έρευνας. Η ενημέρωση είχε προφορικό χαρακτήρα, αλλά επιπλέον επιδόθηκε και ένα δελτίο πληροφοριών που συγκέντρωνε τις πληροφορίες της προφορικής ενημέρωσης σε έντυπο υλικό, το οποίο το έλαβαν οι θεραπεύτριες και οι γονείς με σκοπό να το υπογράψουν. Με την υπογραφή τους, οι γονείς παρείχαν τη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή των παιδιών τους στην έρευνα και οι θεραπευτές για τη δική τους συμμετοχή αντίστοιχα, καθώς και για τη βιντεοσκόπηση των συνεδριών. Οι θεραπεύτριες και οι γονείς των παιδιών που θα συμμετείχαν στην έρευνα έλαβαν διαβεβαίωση από μέλος της ερευνητικής ομάδας ότι το όποιο παραγόμενο μαγνητοσκοπημένο υλικό θα χρησιμοποιούνταν μόνο για ερευνητικούς λόγους, ενώ πρόσβαση σε αυτό θα είχε κατ' αποκλειστικότητα η ερευνητική ομάδα. Απαγορευόταν η πρόσβαση τρίτων ατόμων σε αυτό και ως εκ τούτου και στα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων θεραπευτριών και παιδιών.

Όσον αφορά συγκεκριμένα τις θεραπεύτριες, η ενημέρωση περιορίστηκε στους γενικούς σκοπούς της έρευνας, χωρίς να δοθούν περαιτέρω διευκρινήσεις που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τόσο τη συμπεριφορά τους όσο και την έκβαση της ερευνητικής διαδικασίας. Στόχος ήταν οι θεραπεύτριες να εφαρμόσουν τα ατομικά θεραπευτικά προγράμματα των παιδιών όπως θα συνέβαινε υπό φυσιολογικές συνθήκες. Αυτή ήταν και η γενική οδηγία που δόθηκε. Η παρούσα έρευνα, εξάλλου, στόχευε στη διερεύνηση της εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης των θεραπευτριών στα παιδιά με ΔΑΦ, αλλά και της ποιότητας σύνδεσης των θεραπευτριών με τα παιδιά με ΔΑΦ, ενώ ταυτόχρονα είχε στόχο και την αναζήτηση τυχουσών διαφορών στην εκδήλωση των προαναφερθεισών δεξιοτήτων ανάμεσα σε αρχάριες και έμπειρες θεραπεύτριες. Επιπλέον, επρόκειτο για μια πιλοτική προσπάθεια αξιολόγησης των δεξιοτήτων αυτών ως προς την εκδήλωσή τους από τις θεραπεύτριες, δεξιότητες οι

οποίες αναμένεται να συμβάλλουν στην ύπαρξη περισσότερο ή λιγότερο ποιοτικής θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ. Για τους παραπάνω λόγους, η απόκρυψη των πληροφοριών αυτών από τις θεραπεύτριες κρίθηκε αναγκαία, αφού ενδεχόμενη γνώση των προαναφερθέντων μπορούσε να λειτουργήσει αρνητικά ως προς τη συμπεριφορά των συμμετεχουσών θεραπευτριών, προκαλώντας αντιδράσεις που πιθανόν δεν θα εκδηλώνονταν χωρίς αυτή τη γνώση, εισάγοντας έτσι παρασιτικές μεταβλητές στην έρευνα.

5.5.2. Περιγραφή ερευνητικής διαδικασίας

Σε συνέχεια των ερευνών της Ράτση (2019) και της Lugo και των συνεργατών της (2017), η παρούσα έρευνα αποτελεί τη συνέχεια μιας προσπάθειας διερεύνησης των στοιχείων που απαρτίζουν τη θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτών και παιδιών με ΔΑΦ. Εξαιτίας της σχετικής ερευνητικής ένδειας που υπάρχει στο συγκεκριμένο πεδίο, η παρούσα έρευνα συγκαταλέγεται στις πιλοτικές αξιολογικές διερευνήσεις.

Για τις ανάγκες της έρευνας, συνολικά βιντεοσκοπήθηκαν 36 συνεδρίες με μέσο όρο διάρκειας τα 15 λεπτά ανά συνεδρία, από τις οποίες οι 24 συγκέντρωναν αρκετά δεδομένα προς ερευνητική αξιοποίηση. Στις συνεδρίες το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα των παιδιών με ΔΑΦ πραγματοποιούνταν είτε από μία αρχάρια θεραπεύτρια είτε από μία έμπειρη, ενώ το ίδιο το παιδί με ΔΑΦ μπορεί να συνεργαζόταν μόνο με μια αρχάρια ή μόνο με μια έμπειρη ή με δύο αρχάριες ή δύο έμπειρες θεραπεύτριες. Για να μην παρακωλυθεί το πρόγραμμα του Ι.Σ.Α.Σ., των παιδιών με ΔΑΦ, καθώς και των θεραπευτριών, η μαγνητοσκόπηση των συνεδριών ανά παιδί ή θεραπεύτρια λάμβανε χώρα ανάλογα με τη διαθεσιμότητα του κάθε συμμετέχοντα.

Μέλος της ερευνητικής ομάδας ανακοίνωνε την έναρξη και τη λήξη των λήψεων. Στις θεραπεύτριες δεν έγινε κανένα σχόλιο ή επισήμανση πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη συνεδρία, ενώ δεν διατυπώθηκε και καμία αξιολογική κρίση για την ποιότητα των παρεχόμενων θεραπευτικών υπηρεσιών, ώστε να διασφαλιστεί η απρόσκοπτη συνέχεια της ερευνητικής διαδικασίας, χωρίς τροποποίηση της συμπεριφοράς των πειραματοπροσώπων. Τόσο οι αρχάριες όσο και οι έμπειρες

θεραπεύτριες ήταν ελεύθερες να επιλέξουν τις δραστηριότητες, το υλικό, τις τεχνικές και τις μεθόδους που θα αξιοποιούσαν σε κάθε θεραπευτική συνεδρία.

5.5.3. Συλλογή δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων στην παρούσα έρευνα, δημιουργήθηκε και χρησιμοποιήθηκε ένα φύλλο συλλογής δεδομένων (βλ. Παράρτημα). Σε αυτό αξιολογήθηκαν οι μεταβλητές της ενεργούς ενσυναίσθησης, καθώς και της σύνδεσης του θεραπευτή με το παιδί με ΔΑΦ.

Η συλλογή δεδομένων για την ενεργό ενσυναίσθηση έγινε μέσω καταγραφής συμβάντων, όπου με «+» καταγραφόταν η εκδήλωση της συμπεριφοράς και με «-» η απουσία ή η λανθασμένη εκδήλωσή της. Το σημείο δεδομένων προέκυπτε από τον υπολογισμό του ποσοστού εκδήλωσης της ενσυναίσθησης ανά 5 ευκαιρίες. Παράλληλα, στο φύλλο συλλογής δεδομένων αναγράφονταν το χρονικό σημείο εκδήλωσης της συμπεριφοράς (για τις ανάγκες του ελέγχου της αξιοπιστίας της διαδικασίας συλλογής δεδομένων δια μέσου της συμφωνίας μεταξύ ανεξάρτητων παρατηρητών), καθώς και το συναίσθημα του παιδιού κατά τη δεδομένη στιγμή. Τα συναισθήματα του παιδιού κωδικοποιούνταν σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία απαρτιζόταν από τα θετικά συναισθήματα, στα οποία υπάγονταν η χαρά και η στοργή, ενώ η δεύτερη από τα αρνητικά συναισθήματα, στα οποία υπάγονταν η λύπη, ο θυμός, η δυσαρέσκεια και η κούραση.

Η συλλογή δεδομένων για τη σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ έγινε με μερική καταγραφή μεσοδιαστήματος. Συγκεκριμένα, κάθε μεσοδιάστημα διαρκούσε τριάντα δευτερόλεπτα. Το ποσοστό που προέκυπτε από τα δεδομένα 5 μεσοδιαστημάτων απάρτιζε ένα σημείο δεδομένων. Σε κάθε ευκαιρία σύνδεσης θεραπεύτριας και παιδιού με ΔΑΦ κατά την παροχή ενίσχυσης υπό τη μορφή παιχνιδιού ή παιγνιάδους δραστηριότητας που παρουσιαζόταν, σημειωνόταν ο συνολικός χρόνος παροχής της ενίσχυσης. Έπειτα, ο χρόνος αυτός κατατιμιζόταν σε πέντε μεσοδιαστήματα των τριάντα δευτερολέπτων. Στη συνέχεια, σε κάθε μεσοδιάστημα σημειωνόταν θετικό πρόσημο (+), αν οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκειά του η θεραπεύτρια εκδήλωνε τις κύριες δεξιότητες ή τις δευτερεύουσες

δεξιότητες. Αν η θεραπεύτρια δεν εκδήλωνε κάποια από τις προαναφερθείσες δεξιότητες, τότε σημειωνόταν αρνητικό πρόσημο (-). Μετά την ολοκλήρωση των πέντε μεσοδιαστημάτων, υπολογίζονταν το ποσοστό για κάθε επιμέρους δεξιότητα, αλλά και το συνολικό ποσοστό εκδήλωσης δεξιοτήτων που σχετίζονται με τη σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ. Συγκεκριμένα, σημειωνόταν «+» όταν ο θεραπευτής εκδήλωνε και τις 3 κύριες δεξιότητες (φυσική εγγύτητα με από κοινού επικοινωνιακή ενασχόληση, κοινωνική ενίσχυση, πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση) και «-», αν δεν εκδήλωνε έστω μία εξ αυτών. Αυτό το σύνολο δεν επηρεαζόταν από την εκδήλωση ή μη των δευτερευουσών δεξιοτήτων.

5.5.4. Έλεγχος της αξιοπιστίας της διαδικασίας συλλογής δεδομένων

Προκειμένου να διασφαλιστεί η αξιοπιστία της συλλογής δεδομένων, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της συμφωνίας μεταξύ ανεξάρτητων παρατηρητών (Interobserver Agreement). Για τις ανάγκες της έρευνας, δύο ανεξάρτητοι παρατηρητές, πέραν του βασικού ερευνητή, ένας με κλινική και ερευνητική εμπειρία κι άλλος ένας με μόνο κλινική εμπειρία, ενημερώθηκαν από τον ερευνητή για τους σκοπούς της έρευνας, τους λειτουργικούς ορισμούς και το σύστημα συλλογής δεδομένων με τη χρήση του φύλλου συλλογής δεδομένων (βλ. Παράρτημα). Στη συνέχεια, εξασκήθηκαν στη συλλογή δεδομένων παρατηρώντας βιντεοσκοπημένες συνεδρίες που δεν χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα εξαιτίας της μικρής τους διάρκειας, έως ότου επιτεύχθηκε 90% συμφωνία.

Διενεργήθηκε έλεγχος της συμφωνίας στο 100% των συνεδριών για τη μεταβλητή της ενεργούς ενσυναίσθησης, εξαιτίας της αδρής φύσης της μεταβλητής, καθώς και στο 50% των συνεδριών για τη μεταβλητή της σύνδεσης θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ κατά την παροχή ενίσχυσης, σχετικά με την επίδειξη ή μη των κύριων και δευτερευουσών δεξιοτήτων. Ορίστηκε ως κατώτατο αποδεκτό ποσοστό συμφωνίας το 80%, όπως ορίζεται και στη βιβλιογραφία από τους Cooper, Heron και Heward (2014) και τον Kazdin (1982).

Η συμφωνία μεταξύ των παρατηρητών για την ενεργό ενσυναίσθηση προέκυπτε όταν όλοι οι παρατηρητές το ίδιο πρόσημο για την επίδειξη ή μη της

ενεργούς ενσυναίσθησης («+» για επίδειξη και «-» για μη επίδειξη) και την ίδια τουλάχιστον κατηγορία συναισθημάτων (θετικά – αρνητικά συναισθήματα). Η διαφωνία προέκυπτε όταν κάποιος από τους παρατηρητές κατέγραφε πρόσημο ή κατηγορία συναισθημάτων.

Η συμφωνία μεταξύ των παρατηρητών για τη σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ προέκυπτε, όταν όλοι οι παρατηρητές κατέγραφαν το ίδιο πρόσημο για εκάστοτε δεξιότητα που επεδείκνυε ο θεραπευτής (+ για επίδειξη και – για μη επίδειξη). Η διαφωνία προέκυπτε, όταν κάποιος από τους παρατηρητές κατέγραφε διαφορετικό πρόσημο.

Οι μετρήσεις των μεταβλητών κρίθηκαν αξιόπιστες, αφού η συμφωνία παρατηρητών για το σύνολο των μεταβλητών της παρούσας έρευνας ήταν μεγαλύτερη από 80% (Cooper et al., 2014· Kazdin, 1982). Ο μέσος όρος συμφωνίας μεταξύ των παρατηρητών, συγκεκριμένα, για το σύνολο των μεταβλητών ήταν 90% με διακύμανση από 80% έως 100%.

Ειδικότερα, όσον αφορά στη μεταβλητή της ενεργούς ενσυναίσθησης που αξιολογήθηκε με καταγραφή συμβάντων, επιλέχθηκε η μέθοδος της συνολικής καταγραφής (Total Count IOA), όπως ορίζεται από τον Cooper και τους συνεργάτες του (2014), για τη συμφωνία μεταξύ παρατηρητών. Στη μέθοδο της συνολικής καταγραφής, η συμφωνία μεταξύ των παρατηρητών εκφράζεται με ένα ποσοστό επί τοις εκατό (100%) για το σύνολο των καταγραφών της συμπεριφοράς, το οποίο υπολογίζεται από τη διαίρεση του μικρότερου αριθμού καταγραφής της συμπεριφοράς του ενός παρατηρητή προς τον μεγαλύτερο αριθμό καταγραφής της συμπεριφοράς του άλλου παρατηρητή. Έπειτα, το πηλίκο που προκύπτει πολλαπλασιάζεται με το 100. Ο μέσος όρος συμφωνίας μεταξύ των παρατηρητών για την ενεργό ενσυναίσθηση ήταν 85% με διακύμανση από 80 έως 100%.

Όσον αφορά τη μεταβλητή της σύνδεσης θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ που αξιολογήθηκε με μερική καταγραφή μεσοδιαστήματος, επιλέχθηκε η μέθοδος ελέγχου συμφωνίας σημείο προς σημείο (Interval by Interval IOA) για τη συμφωνία μεταξύ παρατηρητών. Στη μέθοδο ελέγχου συμφωνίας σημείο προς σημείο η συμφωνία, η συμφωνία μεταξύ των παρατηρητών εκφράζεται με ένα ποσοστό επί τοις εκατό (100%), το οποίο υπολογίζεται από τη διαίρεση του αριθμού των σημείων όπου προέκυπτε συμφωνία προς το σύνολο όλων των σημείων (συμφωνιών και διαφωνιών).

Στη συνέχεια, το πηλίκο που προκύπτει πολλαπλασιάζεται με το 100 (Cooper et al., 2014). Ο μέσος όρος συμφωνίας μεταξύ παρατηρητών για τη σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ κατά την παροχή ενίσχυσης υπό τη μορφή παιχνιδιού ή παιγνιώδους δραστηριότητας ήταν 95% με διακύμανση από 90 έως 100%.

5.5.5. Ανάλυση δεδομένων

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν σε υπολογιστικά φύλλα με τη χρήση του προγράμματος ανάλυσης υπολογιστικών φύλλων Excel 2016. Έπειτα, υπέστησαν στατιστική επεξεργασία και για την ανάλυσή τους έγινε χρήση περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής με τη χρήση του Excel 2016 και του SPSS 26.

Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης στις συναισθηματικές αντιδράσεις των παιδιών, της ανταπόκρισης μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης των αρχάριων ή έμπειρων θεραπευτριών σε κάθε κατηγορία συναισθημάτων (θετικά ή αρνητικά) των παιδιών με ΔΑΦ ξεχωριστά, της συχνότητας εκδήλωσης θετικών ή αρνητικών συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ, της σύνδεσης θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ και των δεξιοτήτων που εκδήλωναν οι θεραπεύτριες κατά τη σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ στη συνθήκη παιχνιδιού επιλέχθηκε η μορφή των ραβδογραμμάτων.

Συγκεκριμένα, για την ενεργό ενσυναίσθηση, το ραβδόγραμμα αντικατοπτρίζει τους μέσους όρους των συνολικών ποσοστών ορθής εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης από τις αρχάριες και έμπειρες θεραπεύτριες στο σύνολο των συνεδριών. Για τη συχνότητα εκδήλωσης θετικών συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ, τα ραβδογράμματα αντικατοπτρίζουν το ποσοστό που προέκυψε από το άθροισμα της συχνότητας εκδήλωσης θετικών συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης με αρχάριες ή έμπειρες θεραπεύτριες προς το άθροισμα της συχνότητας εκδήλωσης θετικών και αρνητικών συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης με αρχάριες ή έμπειρες θεραπεύτριες στο σύνολο των συνεδριών, πολλαπλασιάζοντας το πηλίκο με το 100. Με ανάλογο τρόπο υπολογίστηκε και η συχνότητα εκδήλωσης αρνητικών

συναισθημάτων. Για την ανταπόκριση μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης των αρχάριων ή έμπειρων θεραπευτριών στα θετικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ, τα ραβδογράμματα αντικατοπτρίζουν το ποσοστό που προέκυψε από το άθροισμα της συχνότητας ανταπόκρισης μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης των έμπειρων ή αρχάριων θεραπευτριών στα θετικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ προς το άθροισμα της συχνότητας εκδήλωσης θετικών συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ σε αρχάριες ή έμπειρες θεραπεύτριες στο σύνολο των συνεδριών, πολλαπλασιάζοντας το πηλίκο με το 100. Με ανάλογο τρόπο υπολογίστηκε και το ποσοστό ανταπόκρισης μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης των έμπειρων ή αρχάριων θεραπευτριών στα αρνητικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ.

Για τη μεταβλητή της σύνδεσης θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ που αξιολογήθηκε με μερική καταγραφή μεσοδιαστήματος, το ραβδόγραμμα αντικατοπτρίζει τους μέσους όρους των συνολικών ποσοστών της μεταβλητής, όπως προκύπτει από την εκδήλωση και των τριών κύριων δεξιοτήτων, δηλαδή της φυσικής εγγύτητας με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση, της κοινωνικής ενίσχυσης και της πρωτοβουλίας για αλληλεπίδραση, για τις αρχάριες και τις έμπειρες θεραπεύτριες στο σύνολο των συνεδριών, αντιπαραβάλλοντας και τη διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες θεραπευτριών. Τέλος, τα ραβδογράμματα των κύριων δεξιοτήτων (φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση, κοινωνική ενίσχυση, πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση) και των δευτερευουσών δεξιοτήτων (λεκτική επανάληψη ή/και επέκταση, μίμηση, περιγραφή), οι οποίες απαρτίζουν τη σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ, αντικατοπτρίζουν τους μέσους όρους των συνολικών ποσοστών κάθε δεξιότητας ξεχωριστά για τις αρχάριες και έμπειρες θεραπεύτριες.

Συμπληρωματικά προς τα ραβδογράμματα, παρέχονται στα αποτελέσματα πίνακες με τους μέσους όρους, το εύρος τιμών (ελάχιστη και μέγιστη τιμή) και την τυπική απόκλιση για κάθε μεταβλητή.

Τέλος, για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών μεταξύ αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στις μεταβλητές: α) θετικά συναισθήματα παιδιών με ΔΑΦ, β) αρνητικά συναισθήματα παιδιών με ΔΑΦ, γ) σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ και δ) παροχή κοινωνικής ενίσχυσης, διενεργήθηκε έλεγχος μέσω του παραμετρικού στατιστικού κριτηρίου t-test, αφού, με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου καλής προσαρμογής των δεδομένων στην κανονική κατανομή μέσω του

κριτηρίου Shapiro-Wilk, τα δεδομένα που προέκυψαν από τις συγκεκριμένες μεταβλητές θεωρήθηκε ότι σχηματίζουν κανονική κατανομή. Αντίθετα, από τον ίδιο έλεγχο διαπιστώθηκε ότι τα δεδομένα που προέκυψαν από τις μεταβλητές: α) ενεργός ενσυναίσθηση, β) ανταπόκριση του θεραπευτή στα θετικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ, γ) ανταπόκριση του θεραπευτή στα αρνητικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ, δ) φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση, ε) πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση, στ) λεκτική επανάληψη ή/και επέκταση, ζ) μίμηση και η) περιγραφή, δεν μπορεί να θεωρηθούν ότι σχηματίζουν κανονική κατανομή και, επομένως, ο έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών μεταξύ αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών έγινε μέσω του μη παραμετρικού στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney. Τα συγκεκριμένα κριτήρια επελέγησαν, επειδή επιτρέπουν την ανάλυση των διαφορών μεταξύ δύο μικρών ($N < 20$) ανεξάρτητων δειγμάτων (Ρούσσος & Τσαούσης, 2011). Για τον έλεγχο των μηδενικών υποθέσεων χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha = 0,05$. Για τον υπολογισμό των τιμών των στατιστικών συναρτήσεων χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα 12 συνεδριών με αρχάριες θεραπεύτριες και 12 συνεδριών με έμπειρες θεραπεύτριες (ανεξάρτητα δείγματα).

6. Αποτελέσματα

Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται αναλυτική παρουσία των ευρημάτων της έρευνας, όπως προέκυψαν από τη συλλογή των δεδομένων. Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται τα ευρήματα για την εκδήλωση ενεργούς ενσυναίσθησης αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στο σύνολο των συνεδριών, την εκδήλωση θετικών και αρνητικών συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ σε αρχάριες και έμπειρες θεραπεύτριες, καθώς και την ανταπόκριση μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στα θετικά και αρνητικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ. Επιπλέον, παρουσιάζονται τα ευρήματα για τη σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ, αλλά και για την εκδήλωση των επιμέρους κύριων και δευτερευόντων δεξιοτήτων που την απαρτίζουν.

6.1. Μεταβλητές

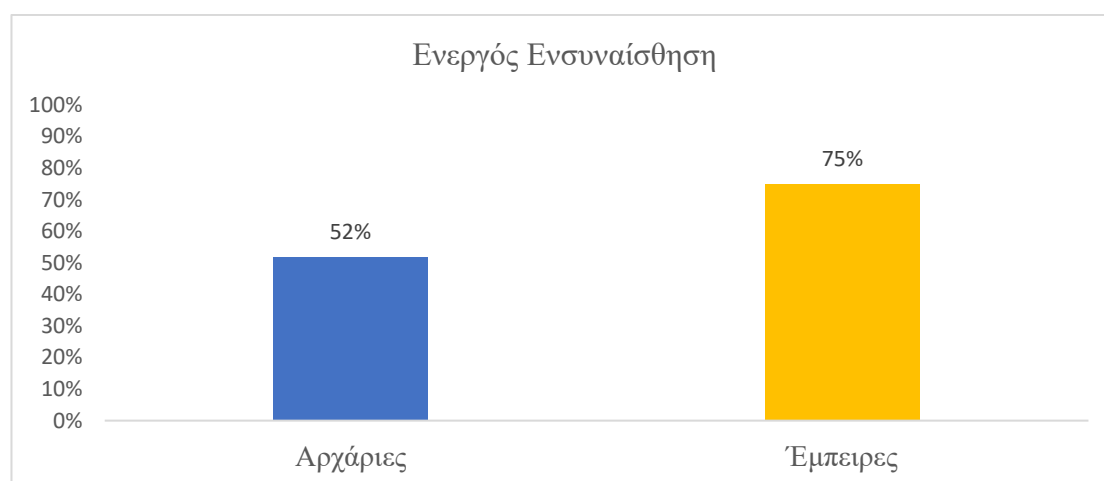
Στην παρούσα υποενότητα, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τις μεταβλητές του θεραπευτή. Κάθε μεταβλητή παρουσιάζεται με τη μορφή ραβδογράμματος, στο οποίο απεικονίζεται η επίδοση των αρχάριων και των έμπειρων θεραπευτριών. Εξαιρέση αποτελούν τα ραβδογράμματα που αφορούν στην εκδήλωση θετικών και αρνητικών συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ, όπου δεν παρουσιάζουν την επίδοση των θεραπευτριών, αλλά συνδέουν την εκδήλωση των συναισθημάτων με την κλινική εμπειρία των θεραπευτριών.

6.1.1. Μεταβλητές θεραπευτή και παιδιών με καταγραφή συμβάντων

Το ποσοστό της ορθής εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης από τις αρχάριες θεραπεύτριες ήταν κατά μέσο όρο 52% (με εύρος: 0-100%). Οι έμπειρες θεραπεύτριες σε σύνολο 12 συνεδριών παρουσίασαν κατά μέσο όρο 75% (με εύρος: 20-100%) ορθή εκδήλωση ενεργούς ενσυναίσθησης προς το παιδί με ΔΑΦ. Η διαφορά μεταξύ αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στη συγκεκριμένη μεταβλητή είναι 23%. Το

παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας (p-value), όπως προέκυψε από το κριτήριο Mann-Whitney, έχει τιμή $0,035 < \alpha = 0,05$ [$U(12,12) = 36,500$, $z = -2,101$, $p = 0,035$], οπότε απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και γίνεται αποδεκτή η εναλλακτική υπόθεση σύμφωνα με την οποία υπάρχει διαφορά μεταξύ αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών ως προς τη συγκεκριμένη μεταβλητή.

Ακολούθως, παρουσιάζονται το Γράφημα 1 και ο Πίνακας 3 στα οποία απεικονίζονται συνοπτικά τα δεδομένα της περιγραφικής στατιστικής:



Γράφημα 1. Μέσοι όροι ποσοστών των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στο σύνολο των συνεδριών για την εκδήλωση ενεργούς ενσυναίσθησης.

	Αρχάριες Θερ.	Έμπειρες Θερ.
Μέσος όρος	51,7	75,0
Ελάχιστη τιμή	0	20
Μέγιστη τιμή	100	100
Τυπική απόκλιση	27,6	21,8

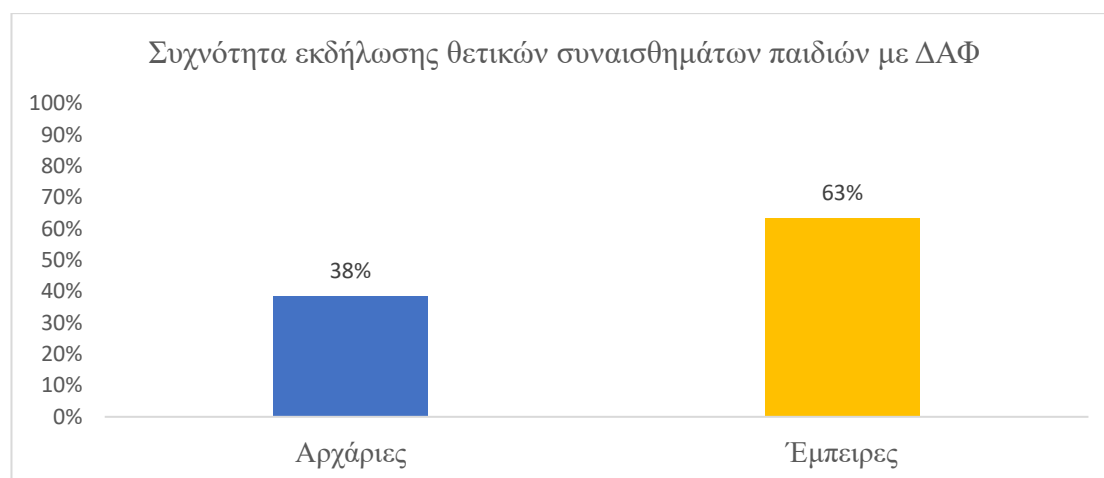
Πίνακας 3. Μέσοι όροι, ελάχιστη – μέγιστη τιμή και τυπική απόκλιση αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στο σύνολο των συνεδριών για την εκδήλωση ενεργούς ενσυναίσθησης.

Όσον αφορά στη συχνότητα εκδήλωσης θετικών και αρνητικών συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ, σε σύνολο 12 συνεδριών για τις αρχάριες και 12 για τις έμπειρες θεραπεύτριες, τα παιδιά με ΔΑΦ εκδήλωσαν θετικά συναισθήματα (χαρά, στοργή) στο 38% (με εύρος: 0-80%) των περιπτώσεων με τις αρχάριες και στο 63% (με εύρος: 20-100%) με τις έμπειρες θεραπεύτριες. Αντίστροφα είναι τα αποτελέσματα για την εκδήλωση των αρνητικών συναισθημάτων (λύπη, θυμός,

δυσαρέσκεια, κούραση) των παιδιών με ΔΑΦ, με εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων κατά 62% (με εύρος: 20-100%) με τις αρχάριες και κατά 37% (με εύρος: 0-80%) με τις έμπειρες θεραπεύτριες.

Αντιπαραβάλλοντας τα προαναφερθέντα ποσοστά, αποτυπώνεται μια διαφορά της τάξεως του 25% μεταξύ αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών ως προς την εκδήλωση τόσο θετικών όσο και αρνητικών συναισθημάτων παιδιών με ΔΑΦ, με τα παιδιά με ΔΑΦ να εκδηλώνουν περισσότερα θετικά και λιγότερο αρνητικά συναισθήματα στις συνεδρίες με έμπειρες θεραπεύτριες, ενώ το αντίθετο να συμβαίνει στις συνεδρίες με αρχάριες θεραπεύτριες. Σύμφωνα με το κριτήριο t-test οι παρατηρούμενες διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές, καθώς τόσο για τα θετικά όσο και για τα αρνητικά συναισθήματα το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας έχει τιμή $0,043 < \alpha = 0,05$ [$t(22) = -2,15$, $p = 0,043$].

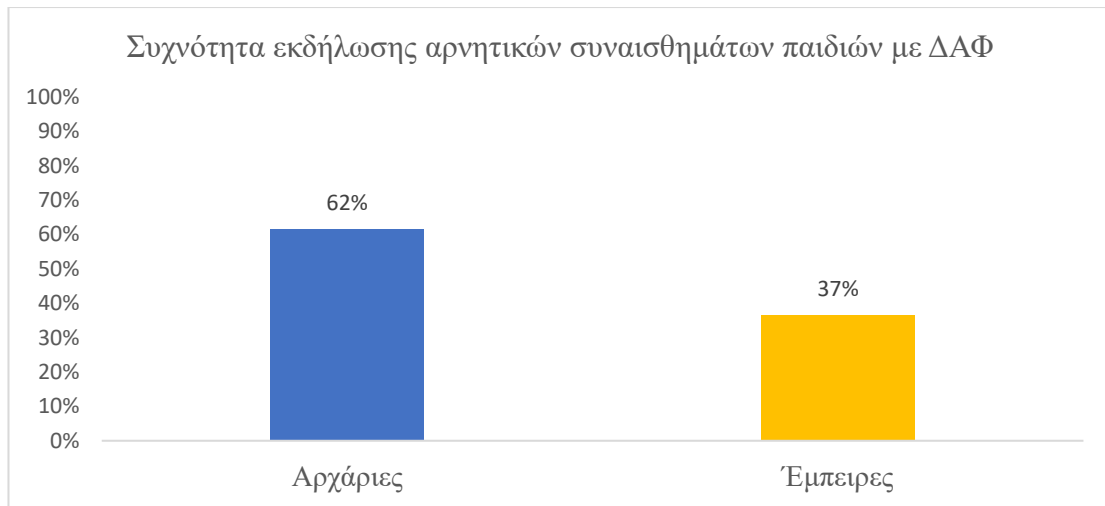
Ακολούθως, παρουσιάζονται τα Γραφήματα 2 και 3 και οι Πίνακες 4 και 5 στα οποία απεικονίζονται συνοπτικά τα δεδομένα της περιγραφικής στατιστικής:



Γράφημα 2. Ποσοστά συχνότητας εκδήλωσης θετικών συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ στις αρχάριες και έμπειρες θεραπεύτριες στο σύνολο των συνεδριών.

	Αρχάριες Θερ.	Έμπειρες Θερ.
Μέσος όρος	38,3	63,3
Ελάχιστη τιμή	0	20
Μέγιστη τιμή	80	100
Τυπική απόκλιση	23,7	30,4

Πίνακας 4. Μέσοι όροι, ελάχιστη – μέγιστη τιμή και τυπική απόκλιση εκδήλωσης θετικών συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ στις αρχάριες και έμπειρες θεραπεύτριες στο σύνολο των συνεδριών.



Γράφημα 3 Ποσοστά συχνότητας εκδήλωσης αρνητικών συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ στις αρχάριες και έμπειρες θεραπεύτριες στο σύνολο των συνεδριών.

	Αρχάριες Θερ.	Έμπειρες Θερ.
Μέσος όρος	61,7	36,7
Ελάχιστη τιμή	20	0
Μέγιστη τιμή	100	80
Τυπική απόκλιση	23,7	30,4

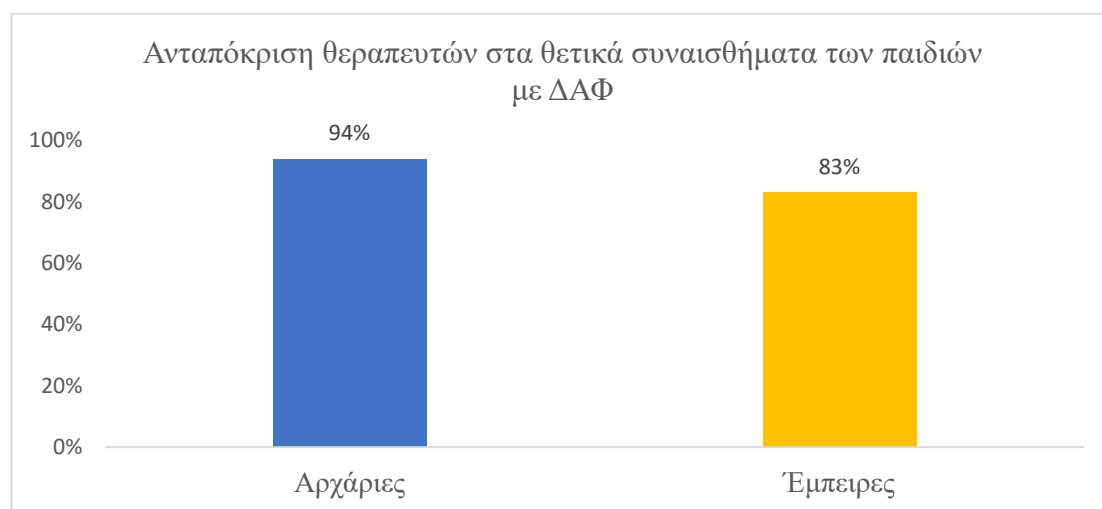
Πίνακας 5. Μέσοι όροι, ελάχιστη – μέγιστη τιμή και τυπική απόκλιση εκδήλωσης αρνητικών συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ στις αρχάριες και έμπειρες θεραπεύτριες στο σύνολο των συνεδριών.

Όσον αφορά στην ανταπόκριση μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στα θετικά και αρνητικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ, οι αρχάριες θεραπεύτριες ανταποκρίθηκαν στο 94% (με εύρος: 67-100%) των ευκαιριών με εκδήλωση ενεργούς ενσυναίσθησης στα θετικά συναισθήματα που εκδήλωσαν τα παιδιά με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια των συνεδριών, ενώ οι έμπειρες θεραπεύτριες ανταποκρίθηκαν αντιστοίχως στο 83% (με εύρος: 0-100%). Επιπλέον, οι αρχάριες θεραπεύτριες ανταποκρίθηκαν στο 29% (με εύρος: 0-100%) με εκδήλωση ενεργούς ενσυναίσθησης στα αρνητικά συναισθήματα που εκδήλωσαν τα παιδιά με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια των συνεδριών, ενώ οι έμπειρες θεραπεύτριες ανταποκρίθηκαν αντιστοίχως στο 64% (με εύρος: 25-100%).

Αντιπαραβάλλοντας τα προαναφερθέντα ποσοστά, αποτυπώνεται μια διαφορά της τάξεως του 11% μεταξύ αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών ως προς την ανταπόκριση μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης στα θετικά συναισθήματα των

παιδιών με ΔΑΦ, με τις αρχάριες να ανταποκρίνονται λίγο περισσότερο στη θετική συναισθηματική κατάσταση του εκάστοτε παιδιού με ΔΑΦ απ' ό,τι οι έμπειρες θεραπεύτριες. Ωστόσο, σύμφωνα με το κριτήριο Mann-Whitney η παρατηρούμενη διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας έχει τιμή $0,377 > \alpha=0,05$ [$U(12,12)=49,50, p=0,377$]. Όσον αφορά στην ανταπόκριση μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης στα αρνητικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ, υπάρχει διαφορά 35% μεταξύ αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών, με τις έμπειρες θεραπεύτριες να ανταποκρίνονται περισσότερο συχνά στα αρνητικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ. Σύμφωνα με το κριτήριο Mann-Whitney η παρατηρούμενη διαφορά είναι στατιστικά σημαντική, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας έχει τιμή $0,011 < \alpha=0,05$ [$U(12,12)=15,50, p=0,011$].

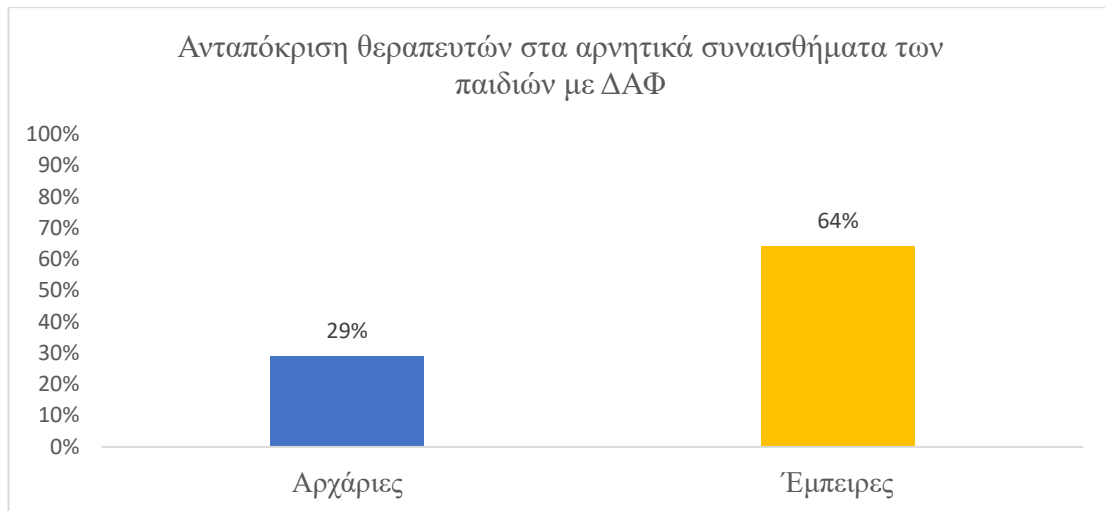
Ακολούθως, παρουσιάζονται τα Γραφήματα 4 και 5 και οι Πίνακες 6 και 7 στα οποία απεικονίζονται συνοπτικά τα δεδομένα της περιγραφικής στατιστικής:



Γράφημα 4. Ποσοστά ανταπόκρισης μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στα θετικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ στο σύνολο των συνεδριών.

	Αρχάριες Θερ.	Έμπειρες Θερ.
Μέσος όρος	94,2	82,9
Ελάχιστη τιμή	67	0
Μέγιστη τιμή	100	100
Τυπική απόκλιση	11,7	29,3

Πίνακας 6. Μέσοι όροι, ελάχιστη – μέγιστη τιμή και τυπική απόκλιση ανταπόκρισης μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στα θετικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ στο σύνολο των συνεδριών.



Γράφημα 5. Ποσοστά ανταπόκρισης μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στα αρνητικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ στο σύνολο των συνεδριών.

	Αρχάριες Θερ.	Έμπειρες Θερ.
Μέσος όρος	28,7	63,6
Ελάχιστη τιμή	0	25
Μέγιστη τιμή	100	100
Τυπική απόκλιση	28	24,3

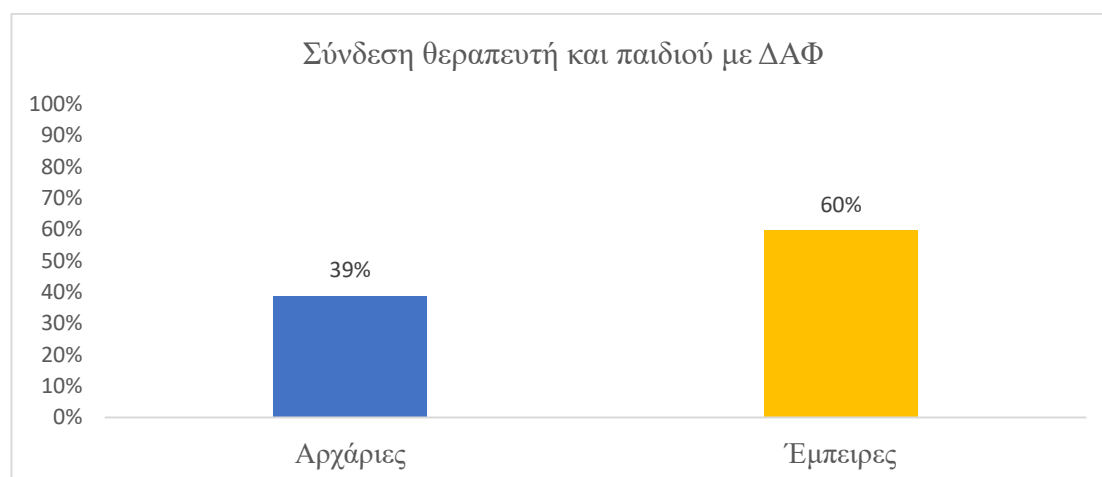
Πίνακας 7. Μέσοι όροι, ελάχιστη – μέγιστη τιμή και τυπική απόκλιση ανταπόκρισης μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στα αρνητικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ στο σύνολο των συνεδριών.

6.1.2. Μεταβλητές θεραπευτή με μερική καταγραφή μεσοδιαστήματος

Οι αρχάριες θεραπεύτριες, σε σύνολο 12 συνεδριών, παρουσίασαν, κατά μέσο όρο, 39% (με εύρος: 0-100%) των μεσοδιαστημάτων σύνδεση με το παιδί με ΔΑΦ, δηλαδή εκδήλωσαν και τις τρεις κύριες δεξιότητες, όταν παρείχαν ενίσχυση υπό τη

μορφή παιχνιδιού ή παιγνιάδους δραστηριότητας. Οι έμπειρες θεραπεύτριες, σε σύνολο 12 συνεδριών, παρουσίασαν, κατά μέσο όρο, 60% (με εύρος: 0-100%) σύνδεση με το παιδί με ΔΑΦ. Από τα παραπάνω ποσοστά είναι εμφανής μια διαφορά της τάξεως του 21% μεταξύ αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών, με τις έμπειρες να φαίνεται ότι επιτυγχάνουν καλύτερη σύνδεση με το παιδί με ΔΑΦ, εκδηλώνοντας τις κύριες δεξιότητες (φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση, κοινωνική ενίσχυση, πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση). Ωστόσο, σύμφωνα με το κριτήριο t-test η παρατηρούμενη διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας έχει τιμή $0,155 > \alpha = 0,05$ [$t(22) = -1,47, p = 0,155$].

Ακολούθως, παρουσιάζονται το Γράφημα 6 και ο Πίνακας 8 στα οποία απεικονίζονται συνοπτικά τα δεδομένα της περιγραφικής στατιστικής:



Γράφημα 6. Μέσοι όροι ποσοστών της σύνδεσης θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ των αρχάριων και των έμπειρων θεραπευτριών στο σύνολο των συνεδριών.

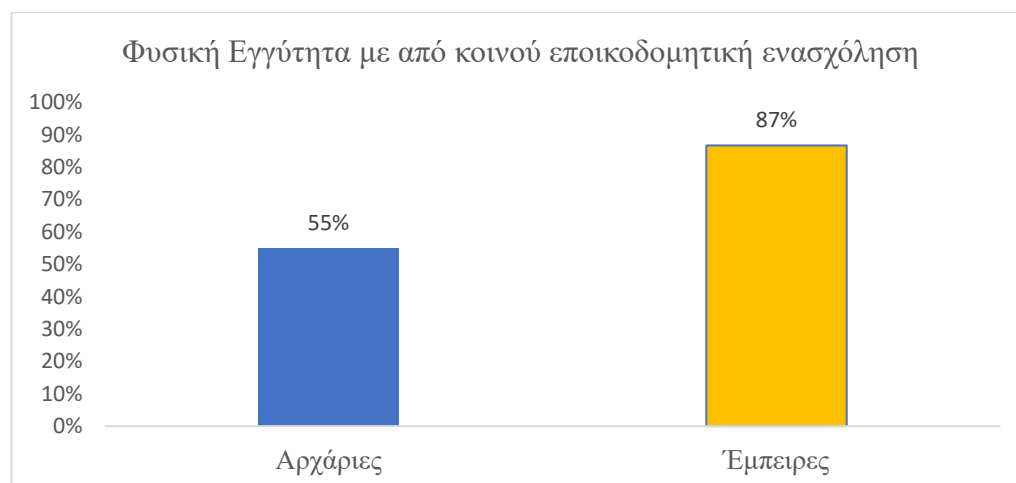
	Αρχάριες Θερ.	Έμπειρες Θερ.
Μέσος όρος	38,8	59,7
Ελάχιστη τιμή	0	0
Μέγιστη τιμή	100	100
Τυπική απόκλιση	36,4	29,6

Πίνακας 8. Μέσοι όροι, ελάχιστη – μέγιστη τιμή και τυπική απόκλιση σύνδεσης θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ των αρχάριων και των έμπειρων θεραπευτριών στο σύνολο των συνεδριών.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τις κύριες δεξιότητες που απαρτίζουν τη σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ. Ειδικότερα, όσον αφορά στη

φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση, οι αρχάριες θεραπεύτριες, σε σύνολο 12 συνεδριών, εκδήλωσαν, κατά μέσο όρο, 55% (με εύρος: 0-100%) των μεσοδιαστημάτων φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση, δηλαδή παρέμεναν σε απόσταση μικρότερη του μισού μέτρου από το παιδί, αν το επέτρεπαν οι συνθήκες, και εμπλεκόντουσαν σε αλληλεπίδραση μαζί του με εποικοδομητικό τρόπο, έχοντας στραμμένο το σώμα τους προς αυτό και διατηρώντας «ανοικτή» στάση σώματος. Οι έμπειρες θεραπεύτριες, από την άλλη, σε σύνολο 12 συνεδριών, εκδήλωσαν, κατά μέσο όρο, 87% (με εύρος: 25-100%) φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση με το παιδί με ΔΑΦ. Όπως γίνεται φανερό από τα παραπάνω, αποτυπώνεται μια διαφορά της τάξεως του 32% μεταξύ αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών, με τις έμπειρες να εκδηλώνουν συχνότερα φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση. Σύμφωνα με το κριτήριο Mann-Whitney η παρατηρούμενη διαφορά είναι στατιστικά σημαντική, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας έχει τιμή $0,014 < \alpha = 0,05$ [$U(12,12)=31,00, p=0,014$].

Ακολούθως, παρουσιάζονται το Γράφημα 7 και ο Πίνακας 9 στα οποία απεικονίζονται συνοπτικά τα δεδομένα της περιγραφικής στατιστικής:



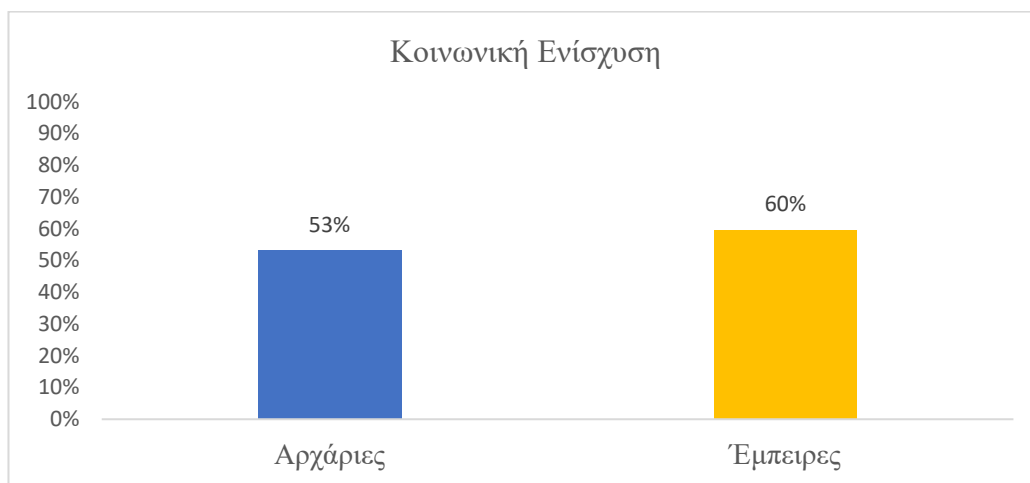
Γράφημα 7. Μέσοι όροι ποσοστών εκδήλωσης φυσικής εγγύτητας με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στο σύνολο των συνεδριών.

	Αρχάριες Θερ.	Έμπειρες Θερ.
Μέσος όρος	54,9	86,7
Ελάχιστη τιμή	0	25
Μέγιστη τιμή	100	100
Τυπική απόκλιση	32,2	22,6

Πίνακας 9. Μέσοι όροι, ελάχιστη – μέγιστη τιμή και τυπική απόκλιση εκδήλωσης φυσικής εγγύτητας με από κοινού επικοινωνιακή ενασχόληση των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στο σύνολο των συνεδριών.

Όσον αφορά στην κοινωνική ενίσχυση, οι αρχάριες θεραπεύτριες, σε σύνολο 12 συνεδριών, παρείχαν, κατά μέσο όρο, 53% (με εύρος: 0-100%) των μεσοδιαστημάτων κοινωνική ενίσχυση, δηλαδή ενίσχυαν τις επιθυμητές δεξιότητες παιχνιδιού ή/και την επιθυμητή συμπεριφορά ή/και το αυθόρμητο κοίταγμα του παιδιού, κάνοντας χρήση επαίνων, προσφέροντας αγκαλιά ή/και χαμόγελο. Οι έμπειρες θεραπεύτριες αντιστοίχως, σε σύνολο 12 συνεδριών, παρείχαν, κατά μέσο όρο, 60% (με εύρος: 0-100%) κοινωνική ενίσχυση. Αντιπαραβάλλοντας τα παραπάνω ποσοστά, αποτυπώνεται μια διαφορά της τάξεως του 7% μεταξύ αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών, με τις έμπειρες να παρέχουν συχνότερα κοινωνική ενίσχυση. Ωστόσο, σύμφωνα με το κριτήριο t-test η παρατηρούμενη διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας έχει τιμή $0,654 > \alpha = 0,05$ [$t(22) = -0,45, p = 0,654$].

Ακολουθώς, παρουσιάζονται το Γράφημα 8 και ο Πίνακας 10 στα οποία απεικονίζονται συνοπτικά τα δεδομένα της περιγραφικής στατιστικής:



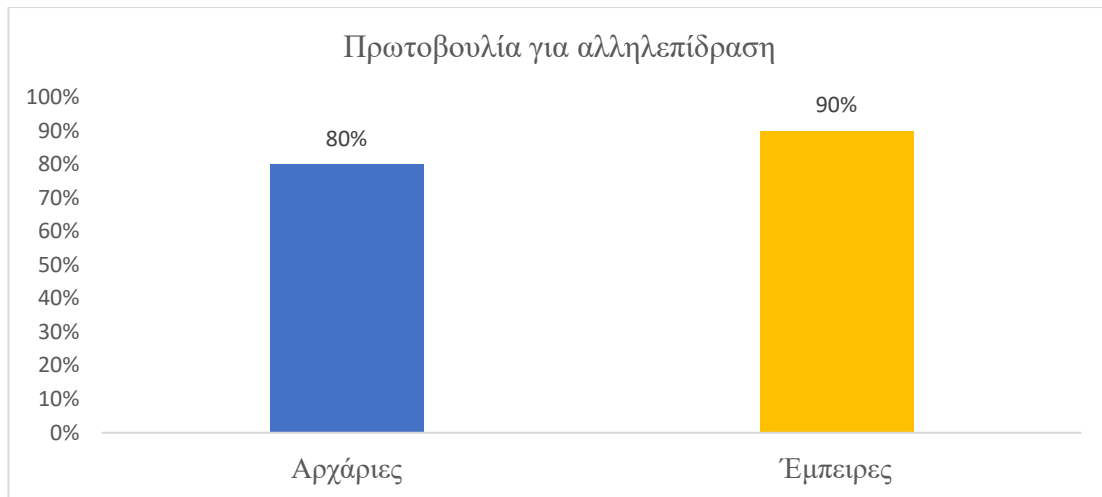
Γράφημα 8. Μέσοι όροι ποσοστών παροχής κοινωνικής ενίσχυσης των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στο σύνολο των συνεδριών.

	Αρχάριες Θερ.	Έμπειρες Θερ.
Μέσος όρος	53,3	59,7
Ελάχιστη τιμή	0	0
Μέγιστη τιμή	100	100
Τυπική απόκλιση	36,3	29,6

Πίνακας 10. Μέσοι όροι, ελάχιστη – μέγιστη τιμή και τυπική απόκλιση παροχής κοινωνικής ενίσχυσης των αρχάριων και έμπειρων θεραπειών στο σύνολο των συνεδριών.

Όσον αφορά στην τρίτη και τελευταία από τις κύριες δεξιότητες, την πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση, οι αρχάριες θεραπεύτριες, σε σύνολο 12 συνεδριών, εκδήλωσαν, κατά μέσο όρο, 80% (με εύρος: 33-100%) των μεσοδιαστημάτων πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση, δηλαδή παρείχαν ευκαιρίες στο παιδί με ΔΑΦ είτε με προσφορά απτών αντικειμένων είτε με την εισαγωγή δραστηριοτήτων με σκοπό την αλληλεπίδραση μαζί και του και την πρόκληση του ενδιαφέροντός του. Οι έμπειρες θεραπεύτριες αντιστοίχως, σε σύνολο 12 συνεδριών, εκδήλωσαν, κατά μέσο όρο, 90% (με εύρος: 25-100%) πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση. Σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι εμφανής μια διαφορά της τάξεως του 10% μεταξύ αρχάριων και έμπειρων θεραπειών, με τις έμπειρες να εκδηλώνουν συχνότερα πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση. Σύμφωνα με το κριτήριο Mann-Whitney η παρατηρούμενη διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας έχει τιμή $0,092 > \alpha = 0,05$ [$U(12,12) = 45,50, p = 0,092$].

Ακολούθως, παρουσιάζονται το Γράφημα 9 και ο Πίνακας 11 στα οποία απεικονίζονται συνοπτικά τα δεδομένα της περιγραφικής στατιστικής:



Γράφημα 9. Μέσοι όροι ποσοστών εκδήλωσης πρωτοβουλίας για αλληλεπίδραση των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στο σύνολο των συνεδριών.

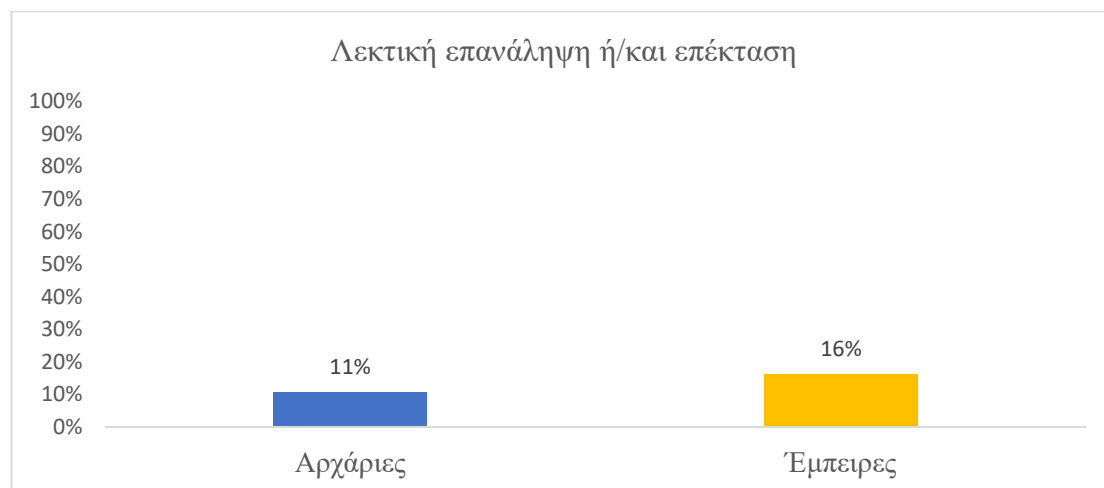
	Αρχάριες Θερ.	Έμπειρες Θερ.
Μέσος όρος	79,9	90
Ελάχιστη τιμή	33	25
Μέγιστη τιμή	100	100
Τυπική απόκλιση	19,2	21,3

Πίνακας 11. Μέσοι όροι, ελάχιστη – μέγιστη τιμή και τυπική απόκλιση εκδήλωσης πρωτοβουλίας για αλληλεπίδραση των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στο σύνολο των συνεδριών.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τις δευτερεύουσες δεξιότητες που απαρτίζουν τη σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ. Συγκεκριμένα, όσον αφορά στη λεκτική επανάληψη ή/και επέκταση, οι αρχάριες θεραπεύτριες, σε σύνολο 12 συνεδριών, εφάρμοσαν, κατά μέσο όρο, 11% (με εύρος: 0-60%) των μεσοδιαστημάτων λεκτική επανάληψη ή/και επέκταση, δηλαδή επαναλάμβαναν ή/και επέκτειναν τους ήχους που μπορεί να παρήγε το παιδί και που σχετίζονταν με το παιχνίδι ή τη παιγνιώδη δραστηριότητα. Οι έμπειρες θεραπεύτριες αντιστοίχως, σε σύνολο 12 συνεδριών, εφάρμοσαν, κατά μέσο όρο, 16% (με εύρος: 0-66%) λεκτική επανάληψη ή/και επέκταση. Από τα παραπάνω ποσοστά είναι εμφανής μια διαφορά της τάξεως του 5% μεταξύ αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών, με τις έμπειρες να εφαρμόζουν ελάχιστα πιο συχνά λεκτική επανάληψη ή/και επέκταση. Σύμφωνα με το κριτήριο Mann-Whitney η παρατηρούμενη διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική,

καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας έχει τιμή $0,429 > \alpha = 0,05$ [$U(12,12) = 60,50, p = 0,429$].

Ακολούθως, παρουσιάζονται το Γράφημα 10 και ο Πίνακας 12 στα οποία απεικονίζονται συνοπτικά τα δεδομένα της περιγραφικής στατιστικής:



Γράφημα 10. Μέσοι όροι ποσοστών εφαρμογής λεκτικής επανάληψης ή/και επέκτασης των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στο σύνολο των συνεδριών.

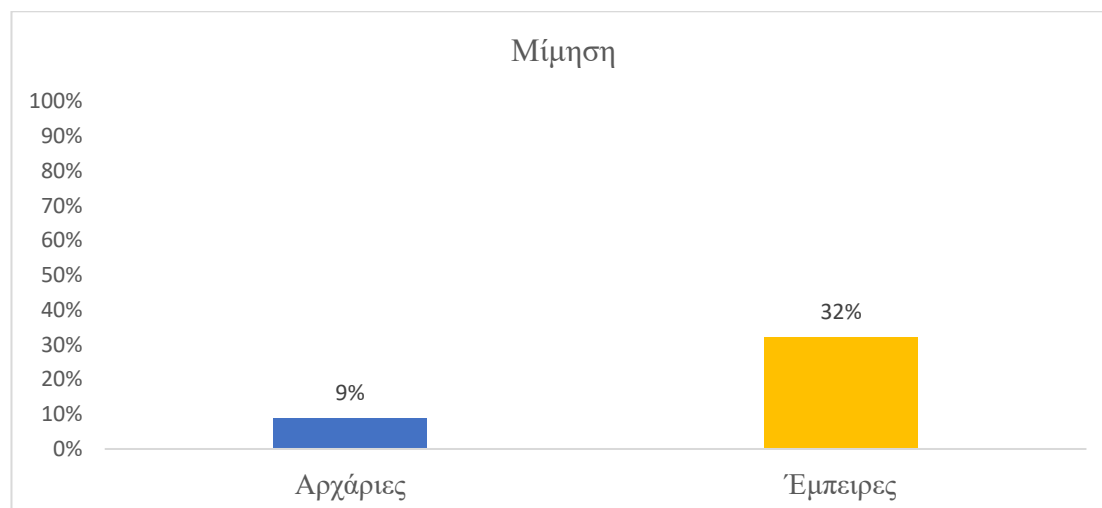
	Αρχάριες Θερ.	Έμπειρες Θερ.
Μέσος όρος	10,5	15,9
Ελάχιστη τιμή	0	0
Μέγιστη τιμή	60	66
Τυπική απόκλιση	19,3	21,5

Πίνακας 12. Μέσοι όροι, ελάχιστη – μέγιστη τιμή και τυπική απόκλιση εφαρμογής λεκτικής επανάληψης ή/και επέκτασης των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στο σύνολο των συνεδριών.

Αναφορικά με τη μίμηση, οι αρχάριες θεραπεύτριες, σε σύνολο 12 συνεδριών, εκδήλωσαν, κατά μέσο όρο, 9% (με εύρος: 0-66%) των μεσοδιαστημάτων μίμηση, δηλαδή μιμούνταν τις επιθυμητές δεξιότητες αθύρματος που εκδήλωνε το παιδί. Οι έμπειρες θεραπεύτριες αντιστοίχως, σε σύνολο 12 συνεδριών, εκδήλωσαν, κατά μέσο όρο, 32% (με εύρος: 0-100%) μίμηση. Αντιπαραβάλλοντας τα παραπάνω ποσοστά, αποτυπώνεται μια διαφορά της τάξεως του 23% μεταξύ αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών, με τις έμπειρες να εκδηλώνουν αρκετά συχνότερα μίμηση. Ωστόσο, σύμφωνα με το κριτήριο Mann-Whitney η παρατηρούμενη διαφορά δεν είναι

στατιστικά σημαντική, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας έχει τιμή $0,122 > \alpha = 0,05$ [$U(12,12) = 50,00$, $p = 0,122$].

Ακολούθως, παρουσιάζονται το Γράφημα 11 και ο Πίνακας 13 στα οποία απεικονίζονται συνοπτικά τα δεδομένα της περιγραφικής στατιστικής:



Γράφημα 11. Μέσοι όροι ποσοστών εκδήλωσης μίμησης των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στο σύνολο των συνεδριών.

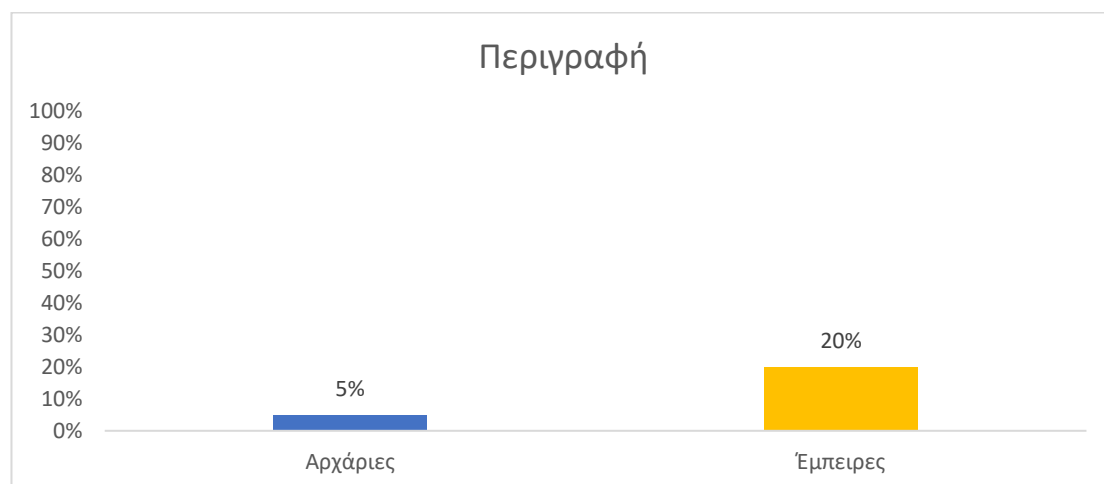
	Αρχάριες Θερ.	Έμπειρες Θερ.
Μέσος όρος	8,8	31,7
Ελάχιστη τιμή	0	0
Μέγιστη τιμή	66	100
Τυπική απόκλιση	20,5	39,5

Πίνακας 13. Μέσοι όροι, ελάχιστη – μέγιστη τιμή και τυπική απόκλιση εκδήλωσης μίμησης των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στο σύνολο των συνεδριών.

Τέλος, αναφορικά με την τελευταία από τις δευτερεύουσες δεξιότητες, την περιγραφή, οι αρχάριες θεραπεύτριες, σε σύνολο 12 συνεδριών, παρείχαν, κατά μέσο όρο, 5% (με εύρος: 0-60%) των μεσοδιαστημάτων περιγραφή, δηλαδή περιέγραφαν τις επιθυμητές, κοινωνικά αποδεκτές δεξιότητες αθύρματος που εκδήλωνε το παιδί με ΔΑΦ, διατηρώντας παράλληλα βλεμματική επαφή. Οι έμπειρες θεραπεύτριες αντιστοίχως, σε σύνολο 12 συνεδριών, παρείχαν, κατά μέσο όρο, 20% (με εύρος: 0-80%) περιγραφή. Σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι εμφανής μια διαφορά της τάξεως του 15% μεταξύ αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών, με τις έμπειρες να παρέχουν

συχνότερα περιγραφή. Σύμφωνα με το κριτήριο Mann-Whitney η παρατηρούμενη διαφορά είναι στατιστικά σημαντική, καθώς το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας έχει τιμή $0,021 < \alpha = 0,05$ [$U(12, 12) = 38,50, p = 0,021$].

Ακολούθως, παρουσιάζονται το Γράφημα 12 και ο Πίνακας 14 στα οποία απεικονίζονται συνοπτικά τα δεδομένα της περιγραφικής στατιστικής:



Γράφημα 12. Μέσοι όροι ποσοστών παροχής περιγραφής των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στο σύνολο των συνεδριών.

	Αρχάριες Θερ.	Έμπειρες Θερ.
Μέσος όρος	5	20,4
Ελάχιστη τιμή	0	0
Μέγιστη τιμή	60	80
Τυπική απόκλιση	16,6	23,1

Πίνακας 14. Μέσοι όροι, ελάχιστη – μέγιστη τιμή και τυπική απόκλιση παροχής περιγραφής των αρχάριων και έμπειρων θεραπευτριών στο σύνολο των συνεδριών.

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται συγκεντρωτικά οι μέσοι όροι και τα παρατηρούμενα επίπεδα σημαντικότητας για όλες τις μεταβλητές (με έντονο μαύρο επισημαίνονται οι περιπτώσεις που διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές).

Εξαρτημένες Μεταβλητές	Αρχάριες Θεραπεύτριες	Έμπειρες Θεραπεύτριες	p-value
Ενεργός ενσυναίσθηση	52	75	0,035
Θετικά συναισθήματα παιδιών	38	63	0,043
Αρνητικά συναισθήματα παιδιών	62	37	0,043
Ανταπόκριση στα θετικά συναισθήματα	94	83	0,377
Ανταπόκριση στα αρνητικά συναισθήματα	29	64	0,011
Σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ	39	60	0,155
Φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση	55	87	0,014
Κοινωνική ενίσχυση	53	60	0,654
Πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση	80	90	0,092
Λεκτική επανάληψη ή/και επέκταση	11	16	0,429
Μίμηση	9	32	0,122
Περιγραφή	5	20	0,021

Πίνακας 15. Συγκεντρωτικός πίνακας αποτελεσμάτων.

7. Συζήτηση

Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια ερμηνείας και αξιολόγησης των ευρημάτων της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα, γίνεται μια σύνοψη των ευρημάτων αυτών, ενώ στη συνέχεια γίνεται αναφορά στην πρωτοτυπία της και στους περιορισμούς της. Τέλος, παρατίθενται οι προτάσεις του ερευνητή για πιθανή μελλοντική έρευνα σχετικά με τη θεραπευτική σχέση, τον ρόλο που διαδραματίζει η ενεργός ενσυναίσθηση σε αυτή, καθώς και με τη σύνδεση θεραπειών και παιδιών με ΔΑΦ.

7.1. Σύνοψη των ευρημάτων της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπειών και παιδιών με ΔΑΦ υπό το πρίσμα της ΕΑΣ. Η διερεύνηση αυτή έλαβε χώρα μέσα από την εκδήλωση της ενεργούς ενσυναίσθησης των θεραπειών στις συναισθηματικές εκδηλώσεις των παιδιών με ΔΑΦ σε συνάρτηση με την κλινική τους εμπειρία. Επιπλέον, σε μια προσπάθεια εμβάθυνσης της εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης των θεραπειών, διερευνήθηκε η ποσότητα και η ποιότητα των συναισθηματικών εκδηλώσεων των παιδιών με ΔΑΦ στους θεραπευτές, αλλά και η ανταπόκριση αυτών μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης στα θετικά και αρνητικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ βάσει της κλινικής τους εμπειρίας. Επίσης, έγινε μια προσπάθεια διερεύνησης της σύνδεσης θεραπειών και παιδιών με ΔΑΦ σε συνάρτηση με την κλινική τους εμπειρία, η οποία απαρτίστηκε από την εκδήλωση συγκεκριμένων κύριων και δευτερευουσών δεξιοτήτων κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού ή της παιγνιώδους δραστηριότητας.

7.1.1. Ενεργός ενσυναίσθηση

Όσον αφορά τη μεταβλητή της ενεργούς ενσυναίσθησης, από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι οι έμπειρες θεραπεύτριες, οι οποίες διαθέτουν πολυετή

κλινική εμπειρία, καθώς και θεωρητική κατάρτιση στις αρχές, πρακτικές και τεχνικές της ΕΑΣ εκδηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ενεργό ενσυναίσθηση στα παιδιά με ΔΑΦ, όταν αυτά έχουν μια συναισθηματική εκδήλωση, συγκριτικά με τις αρχάριες, που διαθέτουν ελάχιστη κλινική εμπειρία. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι έμπειρες θεραπεύτριες εκδηλώνουν ενεργό ενσυναίσθηση 3 στις 4 φορές (75%), ενώ οι αρχάριες περίπου 2 στις 4 αντιστοίχως (52%). Η διαφορά που παρουσιάζουν οι δύο ομάδες θεραπευτριών ανέρχεται στην τάξη του 23%, η οποία είναι στατιστικά σημαντική.

Μια ερμηνεία της καλύτερης επίδοσης των έμπειρων θεραπευτριών συγκριτικά με τις αρχάριες αφορά στην καλύτερη θεωρητική και κλινική τους κατάρτιση στις αρχές, πρακτικές και τεχνικές της ΕΑΣ. Στο πλαίσιο μιας συνεδρίας, γίνεται εμφανές ότι ίσως οι έμπειρες θεραπεύτριες που ενδέχεται να έχουν αυτοματοποιήσει την εφαρμογή των πρακτικών και τεχνικών της ΕΑΣ βρίσκονται σε μεγαλύτερη ετοιμότητα να ανταποκριθούν και στις τυχούσες συναισθηματικές εκδηλώσεις των παιδιών με ΔΑΦ, ενώ οι αρχάριες μπορεί να παρουσιάζουν μικρότερη επίδοση, επειδή ενδέχεται να τις απασχολεί περισσότερο η όσο το δυνατόν σωστότερη εφαρμογή των πρακτικών και τεχνικών της ΕΑΣ. Το παραπάνω έχει ίσως ως συνέπεια την αγνόηση ή τη μη σωστή διαχείριση των τυχουσών συναισθηματικών εκδηλώσεων των παιδιών με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια της συνεδρίας από την πλευρά των αρχάριων θεραπευτριών. Ωστόσο, η παρούσα ερμηνεία των παρατηρούμενων διαφορών μπορεί να αποτελέσει μόνο υπόθεση για μελλοντική έρευνα, καθώς ο ερευνητικός σχεδιασμός της παρούσας έρευνας δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων ως προς την αιτιολόγηση του φαινομένου.

Σε μια προσπάθεια μεγαλύτερης εμβάθυνσης στην εκδήλωση της ενεργούς ενσυναίσθησης βάσει της κλινικής εμπειρίας των θεραπευτριών, διερευνήθηκε η ποσότητα και η ποιότητα των συναισθηματικών εκδηλώσεων των παιδιών με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια των συνεδριών, καθώς και η ανταπόκριση μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης των θεραπευτριών σε αυτές. Συγκεκριμένα, τα παιδιά με ΔΑΦ σε συνεδρίες με έμπειρες θεραπεύτριες εκδήλωναν περισσότερα θετικά συναισθήματα απ' ό,τι αρνητικά (63% και 37% αντιστοίχως), ενώ το αντίστροφο συνέβαινε στις συνεδρίες με τις αρχάριες θεραπεύτριες (38% θετικά και 62% αρνητικά συναισθήματα). Υφίσταται, επομένως, μια διαφορά της τάξεως του 25% τόσο στην εκδήλωση θετικών όσο και αρνητικών συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ στις συνεδρίες με τις έμπειρες και αρχάριες θεραπεύτριες, ενώ φαίνεται ότι υπάρχει

αντίστροφη αναλογικότητα στα προαναφερθέντα ποσοστά. Και στις δύο περιπτώσεις παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Τα παραπάνω επιβεβαιώνουν και την παρατήρηση της Ράτση (2019) ότι στις συνεδρίες με έμπειρες θεραπεύτριες τα παιδιά με ΔΑΦ φαίνεται να είναι πιο χαρούμενα συγκριτικά με τις συνεδρίες με αρχάριες. Επιπλέον, θα μπορούσαν τα παραπάνω δεδομένα να ερμηνευθούν και βάσει της κλινικής εμπειρίας των θεραπευτών, αφού, όπως επέδειξε η Ράτση (2019), οι έμπειρες θεραπεύτριες χρησιμοποιούν περισσότερες «ζητούμενες» πρακτικές απ' ό,τι «αποφευκταίες», ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τις αρχάριες. Επομένως, η ορθότερη εφαρμογή πρακτικών και τεχνικών της ΕΑΣ από την πλευρά των έμπειρων θεραπευτριών ίσως οδηγεί τα παιδιά με ΔΑΦ να βιώνουν μικρότερο άγχος και αποτέλεσμα αυτού να είναι η εκδήλωση περισσότερων θετικών συναισθημάτων, ενώ το αντίστροφο να συμβαίνει με τις αρχάριες.

Ενδιαφέρον, βέβαια, παρουσιάζει και η ανταπόκριση των θεραπευτριών σε συνάρτηση με την κλινική τους εμπειρία σε αυτές τις συναισθηματικές εκδηλώσεις των παιδιών με ΔΑΦ. Όσον αφορά τα θετικά συναισθήματα, οι έμπειρες θεραπεύτριες στο 63% των θετικών συναισθηματικών εκδηλώσεων των παιδιών με ΔΑΦ που προαναφέρθηκαν, ανταποκρίθηκαν μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης στο 83% αυτών. Οι αρχάριες στο 38% των θετικών συναισθηματικών εκδηλώσεων των παιδιών με ΔΑΦ ανταποκρίθηκαν μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης στο 94% αυτών. Όσον αφορά τα αρνητικά δε συναισθήματα, οι έμπειρες θεραπεύτριες στο 37% των αρνητικών συναισθηματικών εκδηλώσεων των παιδιών με ΔΑΦ, ανταποκρίθηκαν μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης στο 64% αυτών, ενώ οι αρχάριες στο 62% των αρνητικών συναισθηματικών εκδηλώσεων των παιδιών με ΔΑΦ ανταποκρίθηκαν μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης στο 29% αυτών. Βάσει των παραπάνω, επομένως, υπάρχει διαφορά μεταξύ έμπειρων και αρχάριων θεραπευτριών της τάξεως του 11% στην ανταπόκριση στα θετικά συναισθήματα και της τάξεως του 35% στην ανταπόκριση στα αρνητικά συναισθήματα. Ωστόσο, χρειάζεται να σημειωθεί ότι μόνο ως προς την ανταπόκριση στα αρνητικά συναισθήματα παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων θεραπευτριών, σε αντίθεση με την ανταπόκριση στα θετικά συναισθήματα που δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Τα παραπάνω ευρήματα παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον, ειδικά ως προς την ανταπόκριση στα θετικά συναισθήματα των παιδιών. Μια ερμηνεία της καλύτερης επίδοσης των αρχάριων θεραπευτριών συγκριτικά με τις έμπειρες ως προς την ανταπόκριση μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης στις θετικές συναισθηματικές εκδηλώσεις των παιδιών με ΔΑΦ αφορά ίσως στην εγγενώς φυσική ανταπόκριση του ανθρώπου στο θετικό συναίσθημα του άλλου. Με λίγα λόγια, ίσως είναι πιο εύκολο να χαρεί κάποιος με τη χαρά του άλλου ή να επιδείξει στοργή, αν ο άλλος προσφέρει εξίσου στοργή ή φαίνεται ότι έχει ανάγκη στοργής και την επιζητά. Επίσης, για τις αρχάριες θεραπεύτριες, που γενικώς φαίνονται να είναι πιο ενθουσιασμένες ως νέες στη θεραπευτική διαδικασία, ενδέχεται να ενισχύεται αυτός ο ενθουσιασμός τους από τα θετικά συναισθήματα των παιδιών, κάτι που οδηγεί σε μεγαλύτερη ανταπόκριση σε αυτά. Επιπλέον, χρειάζεται να σημειωθεί ότι αν και αναμενόταν οι έμπειρες θεραπεύτριες να παρουσιάσουν αν όχι μεγαλύτερο, τουλάχιστον ίσο ποσοστό ανταπόκρισης στα θετικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ, φάνηκε ότι αυτό δεν ισχύει. Ωστόσο, παρουσίασαν παρόλα αυτά μεγάλο ποσοστό ορθής ανταπόκρισης στις θετικές συναισθηματικές εκδηλώσεις των παιδιών με ΔΑΦ, γεγονός που ενισχύει την άποψη περί εγγενούς θετικής ανταπόκρισης του ανθρώπου στα θετικά συναισθήματα των άλλων, αφού και οι δύο ομάδες θεραπευτριών είχαν εξαιρετική επίδοση. Βέβαια, η ιδιαίτερα ισχνή υπεροχή των αρχάριων θεραπευτριών έναντι των έμπειρων στη συγκεκριμένη μεταβλητή, δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Δεν συμβαίνει το ίδιο, ωστόσο, στην ανταπόκριση στα αρνητικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ, όπως φάνηκε παραπάνω. Οι έμπειρες θεραπεύτριες υπερτερούν κατά πολύ στην ανταπόκριση μέσω εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης στις αρνητικές συναισθηματικές εκδηλώσεις των παιδιών με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια της συνεδρίας έναντι των αρχάριων. Αυτό το εύρημα θα μπορούσε να ερμηνευθεί πάλι βάσει της μεγαλύτερης θεωρητικής και κλινικής εμπειρίας των έμπειρων θεραπευτριών, αφού η ενδεχόμενη αυτοματοποίηση των πρακτικών και τεχνικών της ΕΑΣ ίσως επιτρέπει και μεγαλύτερη ευελιξία ως προς την ανταπόκριση των θεραπευτριών σε τυχούσες αρνητικές συναισθηματικές εκδηλώσεις των παιδιών με ΔΑΦ. Αντιθέτως, οι αρχάριες θεραπεύτριες ίσως απασχολούνται περισσότερο με την ορθή εφαρμογή των πρακτικών και τεχνικών της ΕΑΣ και οι τυχούσες αρνητικές συναισθηματικές εκδηλώσεις των παιδιών με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια της συνεδρίας να τους προκαλούν περισσότερο άγχος και αβεβαιότητα ως προς την επάρκειά τους.

Επιπλέον, ενδέχεται οι αρχάριες θεραπεύτριες να προχωρούν σε υπεργενίκευση της αγνόησης των αρνητικών συναισθημάτων του παιδιού, από ανασφάλεια μην ενισχυθεί ενδεχομένως κάποια στερεοτυπική ή διασπαστική συμπεριφορά των παιδιών.

Σε κάθε περίπτωση πάντως, ρόλο στην ορθή εκδήλωση ενεργούς ενσυναίσθησης, ασχέτως κλινικής εμπειρίας, μπορεί να διαδραματίζει και η ιδιοσυγκρασία και η προσωπικότητα του θεραπευτή, αλλά και η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ. Με λίγα λόγια, η επίδειξη ενεργούς ενσυναίσθησης ίσως οδηγεί από τη μία σε βελτίωση και ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ, ενώ από την άλλη μπορεί να αποτελεί και ένδειξη της ποιότητας της θεραπευτικής σχέσης, δηλαδή να εκδηλώνει ο θεραπευτής σε μεγαλύτερο βαθμό ενεργό ενσυναίσθηση στα παιδιά με ΔΑΦ που έχει καλή θεραπευτική σχέση και σε λιγότερο βαθμό στα παιδιά με ΔΑΦ με τα οποία δεν έχει τόσο καλή θεραπευτική σχέση. Τέλος, άλλος ένας παράγοντας που μπορεί να επηρεάζει την εκδήλωση ενεργούς ενσυναίσθησης του θεραπευτή ενδέχεται να είναι η συναισθηματική προσφορότητα ή απροσφορότητα του παιδιού με ΔΑΦ. Αυτό σημαίνει πως τα παιδιά με ΔΑΦ που είναι πιο εκδηλωτικά ως προς το συναίσθημά τους μπορεί να προκαλούν σε μεγαλύτερο βαθμό την ανάγκη για εκδήλωση ενεργούς ενσυναίσθησης στους θεραπευτές, ενώ τα παιδιά με ΔΑΦ που δεν είναι τόσο εκδηλωτικά ως προς το συναίσθημα μπορεί να προκαλούν σε λιγότερο βαθμό την ανάγκη για επίδειξη της προαναφερθείσας δεξιότητας.

Αυτό που χρειάζεται να σημειωθεί, τέλος, είναι ότι τα παραπάνω δεδομένα, παρόλο που αναφέρονται σε μια πρωτοαναφερθείσα δεξιότητα για την ΕΑΣ που δεν έχει μελετηθεί ακόμη περαιτέρω, προϋποθέτουν ότι η ενεργός ενσυναίσθηση ίσως είναι μια δεξιότητα η οποία ενδέχεται να μπορεί να διδαχθεί ως προς τη λεκτική και μη λεκτική εκδήλωσή της τόσο στους αρχάριους όσο και στους έμπειρους θεραπευτές ως μία από τις δεξιότητες που συμβάλλουν στην προαγωγή και ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης.

7.1.2. Σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ

Όσον αφορά στη μεταβλητή της σύνδεσης θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ, φαίνεται ότι κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού ή της παιγνιώδους δραστηριότητας οι έμπειρες θεραπεύτριες εκδηλώνουν σε αρκετά μεγαλύτερο βαθμό τις κύριες δεξιότητες της φυσικής εγγύτητας με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση, της κοινωνικής ενίσχυσης και της πρωτοβουλίας για αλληλεπίδραση στα παιδιά με ΔΑΦ συγκριτικά με τις αρχάριες. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι στο 60% των μεσοδιαστημάτων οι έμπειρες θεραπεύτριες εκδήλωσαν τις προαναφερθείσες δεξιότητες, ενώ οι αρχάριες στο 39%, καταδεικνύοντας μια διαφορά της τάξεως του 21%.

Παρά την απουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των δύο ομάδων θεραπευτριών, η παρατηρούμενη διαφορά μπορεί να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι οι έμπειρες θεραπεύτριες, όντας καλύτερα καταρτισμένες κι έχοντας μεγαλύτερη κλινική εμπειρία απ' ό,τι οι αρχάριες, καταφέρνουν όχι μόνο να διατηρούν φυσική εγγύτητα σε χωροταξικό επίπεδο με το παιδί, αλλά και να αλληλεπιδρούν μαζί του εποικοδομητικά, παρέχοντας ταυτόχρονα κοινωνική ενίσχυση και λαμβάνοντας πρωτοβουλίες για νέες μορφές αλληλεπίδρασης με τα παιδιά με σκοπό την πρόκληση του ενδιαφέροντος των παιδιών. Αυτό δεν συμβαίνει στον ίδιο βαθμό με τις αρχάριες θεραπεύτριες, οι οποίες μεν εκδηλώνουν τις προαναφερθείσες δεξιότητες, αλλά όχι σε αρκετά συχνά διαστήματα, ώστε να επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό σύνδεσή τους με το εκάστοτε παιδί με ΔΑΦ.

Πιο αναλυτικά, όσον αφορά στην πρώτη από τις κύριες δεξιότητες, τη φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση, οι έμπειρες θεραπεύτριες εκδήλωσαν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό τη δεξιότητα αυτή έναντι των αρχάριων (87% έναντι 55% αντιστοίχως). Η φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση, αν και συμπεριλαμβάνει και τη χωροταξική συνύπαρξη θεραπευτή και παιδιού με ΔΑΦ σε απόσταση μικρότερη του μισού μέτρου, δεν αφορά μόνο αυτή, αλλά περιλαμβάνει και την εμπλοκή του θεραπευτή σε εποικοδομητική αλληλεπίδραση με το παιδί, ώστε να μην καταφεύγει αυτό σε στερεοτυπικές και δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές. Η διαφορά της τάξεως του 32%, επομένως, που προκύπτει μεταξύ εμπειρών και αρχάριων θεραπευτριών έγκειται στο γεγονός ότι οι αρχάριες θεραπεύτριες έτειναν να διατηρούν μεν χωροταξική φυσική εγγύτητα, δηλαδή

απόσταση μικρότερη του μισού μέτρου από το παιδί, αλλά πολλές φορές δεν αλληλεπιδρούσαν εποικοδομητικά μαζί του κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού ή της παιγνιώδους δραστηριότητας. Μάλιστα, υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων θεραπευτριών ως προς αυτή τη δεξιότητα.

Μια ερμηνεία για την παραπάνω παρατήρηση αφορά στον τρόπο που λαμβάνεται υπόψιν από τον εκάστοτε θεραπευτή η διακοπή της κλασικής διδακτικής διαδικασίας και η εισαγωγή της συνθήκης του παιχνιδιού. Ίσως η ελλιπής κατάρτιση και κλινική εμπειρία των αρχάριων θεραπευτριών να συνεπάγεται και μεγαλύτερη κόπωση κατά τη διάρκεια της διδακτικής διαδικασίας εξαιτίας της προσπάθειάς τους για όσο το δυνατόν σωστότερη εφαρμογή των πρακτικών και τεχνικών της ΕΑΣ. Το παραπάνω ενδεχομένως έχει ως αποτέλεσμα να λαμβάνεται υπόψιν η διακοπή της μαθησιακής διαδικασίας και η εισαγωγή της συνθήκης του παιχνιδιού ως ευκαιρία για διάλειμμα, ξεκούραση και αναδιοργάνωση. Αντιθέτως, μπορεί σε μεγαλύτερο βαθμό οι έμπειρες θεραπεύτριες, χάρη στην αυτοματοποίηση που έχουν επιτύχει στην ορθή εφαρμογή των πρακτικών και τεχνικών της ΕΑΣ, να λαμβάνουν υπόψιν τη συνθήκη του παιχνιδιού ή της παιγνιώδους δραστηριότητας ως μια ευκαιρία για αλληλεπίδραση με το παιδί και ως μια συνθήκη που ενδείκνυται για κατ' ευκαιρία διδασκαλία. Σε κάθε περίπτωση πάντως τα παραπάνω δεδομένα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η κλινική εμπειρία των θεραπευτών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της φυσικής εγγύτητας με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση του θεραπευτή με το παιδί με ΔΑΦ και κατά συνέπεια και στη σύνδεση του θεραπευτή με αυτό.

Όσον αφορά στη δεύτερη από τις κύριες δεξιότητες, την κοινωνική ενίσχυση, οι έμπειρες θεραπεύτριες εκδήλωσαν σε ελάχιστο μεγαλύτερο βαθμό τη δεξιότητα αυτή έναντι των αρχάριων (60% έναντι 53% αντιστοίχως). Το εύρημα αυτό παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς, αν και η παροχή κοινωνικής ενίσχυσης είναι μια από τις πιο βασικές τεχνικές της ΕΑΣ, φαίνεται ότι τόσο οι έμπειρες θεραπεύτριες, που αναμενόταν να παρουσιάζουν σε αρκετά μεγάλο βαθμό την προαναφερθείσα δεξιότητα, όσο και οι αρχάριες ξεχνούσαν να παρέχουν κοινωνική ενίσχυση ανά συχνά διαστήματα, με αποτέλεσμα να αποτυγχάνουν στη σύνδεσή τους με το παιδί με ΔΑΦ. Αυτό συνέβαινε, διότι πολλές φορές, κατά τη διάρκεια της σύνδεσης των θεραπευτριών με τα παιδιά κατά τη συνθήκη του παιχνιδιού, και οι δύο ομάδες θεραπευτριών στην προσπάθειά τους να αλληλεπιδράσουν εποικοδομητικά με το παιδί, δεν παρείχαν κοινωνική ενίσχυση ανά συχνά διαστήματα. Το εύρημα αυτό εγείρει προβληματισμό

όσον αφορά στον ρόλο που διαδραματίζει η κλινική εμπειρία στην παροχή κοινωνικής ενίσχυσης. Αν και οι έρευνες έχουν καταδείξει ότι οι έμπειροι θεραπευτές επιδεικνύουν σε μεγαλύτερο βαθμό και πιο ορθά την τεχνική της ενίσχυσης (π.χ. Ράτση, 2019), επιμένουν στον τρόπο που αυτή παρέχεται και πάντα σε συνάρτηση με τη διδακτική διαδικασία. Στην προκειμένη περίπτωση, ωστόσο, όπου κυριαρχεί η συνθήκη του παιχνιδιού, η παροχή κοινωνικής ενίσχυσης φαίνεται ότι λησμονιέται από τους θεραπευτές ανεξαρτήτου κλινικής εμπειρίας, ίσως διότι εκλαμβάνεται η συνθήκη αυτή από αυτούς ως συνθήκη που δεν χρειάζεται να βρίσκονται σε εγρήγορση για ενίσχυση των συμπεριφορών του παιδιού, όπως συμβαίνει κατά την κλασική διδακτική διαδικασία.

Στην τρίτη από τις κύριες δεξιότητες, την πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση, τόσο οι έμπειρες όσο και οι αρχάριες θεραπεύτριες εκδήλωσαν σε αρκετά μεγάλο βαθμό τη δεξιότητα (90% έναντι 80% αντιστοίχως), με τις έμπειρες να παρουσιάζουν καλύτερη επίδοση. Βέβαια, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων θεραπειών. Έτσι, φαίνεται ότι η κλινική εμπειρία δεν διαδραματίζει τόσο μεγάλο ρόλο στην λήψη πρωτοβουλιών για αλληλεπίδραση από την πλευρά των θεραπειών. Τόσο στη λεκτική όσο και στη μη λεκτική της μορφή, η πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση είναι μια δεξιότητα που φαίνεται ότι εύκολα εκδηλώνουν οι θεραπευτές. Ωστόσο, ορισμένες φορές αποτύγγαναν τόσο αρχάριες όσο και έμπειρες θεραπεύτριες. Αυτό ίσως συνέβαινε, διότι εκλαμβανόταν η συνθήκη του παιχνιδιού ως μια ευκαιρία για αναδιοργάνωση και συγγραφή σημειώσεων για την επίδοση του παιδιού κατά τη διδακτική διαδικασία που προηγήθηκε ή ως ευκαιρία για ξεκούραση και χαλάρωση.

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα για τις δευτερεύουσες δεξιότητες της σύνδεσης θεραπειών με παιδιά με ΔΑΦ, αυτές της λεκτικής επανάληψης ή/και επέκτασης, της μίμησης και της περιγραφής, αφού και οι δύο κατηγορίες θεραπειών παρουσίασαν χαμηλά ποσοστά εκδήλωσης. Συγκεκριμένα, στη λεκτική επανάληψη ή/και επέκταση έμπειρες και αρχάριες θεραπεύτριες εκδήλωσαν τη δεξιότητα κατά 16% και 11% αντιστοίχως, με τις έμπειρες να την εκδηλώνουν ελάχιστα πιο συχνά. Μεγαλύτερη διαφορά ως προς την εκδήλωση παρουσιάζουν οι δεξιότητες της μίμησης και της περιγραφής. Στη μίμηση οι έμπειρες θεραπεύτριες εκδήλωσαν τη δεξιότητα σε ποσοστό 32%, ενώ οι αρχάριες σε ποσοστό 9%, διαφορά της τάξεως του 23%. Στην περιγραφή αντιστοίχως, οι έμπειρες

θεραπεύτριες εκδήλωσαν τη δεξιότητα σε ποσοστό 20%, ενώ οι αρχάριες σε ποσοστό 5%, διαφορά της τάξεως του 15%. Φαίνεται, επομένως, ότι οι έμπειρες θεραπεύτριες προκρίνονται ως προς την εκδήλωση όλων των δευτερευουσών δεξιοτήτων, με μεγαλύτερη εκδήλωση των δεξιοτήτων της μίμησης και της περιγραφής. Ωστόσο, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων θεραπευτριών μόνο στη δεξιότητα της περιγραφής σε αντίθεση με τις δεξιότητες της λεκτικής επανάληψης ή/και επέκτασης και της μίμησης, όπου δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά. Κατ' επέκταση, φαίνεται ότι η κλινική εμπειρία διαδραματίζει ρόλο μόνο στην εκδήλωση της δεξιότητας της περιγραφής.

Σε μια προσπάθεια ερμηνείας της χαμηλής επίδοσης και των δύο κατηγοριών των θεραπευτριών για τις παραπάνω δεξιότητες, φαίνεται ότι και οι αρχάριες και οι έμπειρες θεραπεύτριες αγνοούσαν σε μεγάλο βαθμό τις λεκτικές εκπομπές που παρήγε το παιδί, χωρίς να προβαίνουν σε λεκτική επανάληψη ή/και επέκταση. Αυτό ίσως οφείλεται στην προσπάθεια αποφυγής της εκ παραδρομής ενίσχυσης στερεοτυπικών λεκτικών εκπομπών. Άλλη μια ερμηνεία της χαμηλής επίδοσης στη δεξιότητα της λεκτικής επανάληψης ή/και επέκτασης αφορά στον τρόπο που επιδρούσαν οι λεκτικές εκπομπές των παιδιών με ΔΑΦ στη συμπεριφορά των θεραπευτριών. Με λίγα λόγια, πολλές φορές οι λεκτικές εκπομπές των παιδιών με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού λειτουργούσαν ως διακριτικό ερέθισμα για να προτείνουν οι ίδιες έναν διαφορετικό τρόπο ενασχόλησης με το εκάστοτε παιχνίδι, δηλαδή να λάβουν πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση. Αποτέλεσμα αυτού ήταν να μην εκλαμβάνονται οι λεκτικές εκπομπές του παιδιού ως μια συντελεστική συμπεριφορά που χρειάζεται να ενισχυθεί με τη μορφή της λεκτικής επανάληψης ή / και επέκτασης από τις θεραπεύτριες. Κατά τον ίδιο τρόπο μπορεί να ερμηνευθεί και η χαμηλή επίδοση των δύο κατηγοριών των θεραπευτριών στις δεξιότητες της μίμησης και της περιγραφής, αφού τόσο οι αρχάριες όσο και οι έμπειρες δεν προέβαιναν ούτε σε μίμηση ούτε σε περιγραφή των επιθυμητών και κοινωνικά αποδεκτών δεξιοτήτων παιχνιδιού που εκδήλωναν τα παιδιά με ΔΑΦ. Φαίνεται ότι η προσπάθεια των θεραπευτριών εξαντλούνταν είτε στη διδασκαλία νέων δεξιοτήτων παιχνιδιού είτε στη διασφάλιση της μη εκδήλωσης προβληματικών και διασπαστικών συμπεριφορών των παιδιών κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού, αγνοώντας σε ιδιαίτερα μεγάλο βαθμό την ενίσχυση μέσω της μίμησης και της περιγραφής των επιθυμητών και κοινωνικά αποδεκτών δεξιοτήτων που τα παιδιά με ΔΑΦ ήδη εκδήλωναν.

7.2. Πρωτοτυπία της έρευνας

Η παρούσα πιλοτική έρευνα αποτελεί μια προσπάθεια για διερεύνηση νέων παραγόντων που ενδέχεται να αποτελούν τόσο ενδείξεις ποιότητας της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτών και παιδιών με ΔΑΦ όσο και παράγοντες προαγωγής και ανάπτυξης αυτής. Σε αυτή γίνεται, επομένως, μια πρώτη προσπάθεια να διερευνηθεί ο ρόλος της ενεργούς ενσυναίσθησης στη θεραπευτική σχέση υπό το πρίσμα της ΕΑΣ, γεγονός που αποδεικνύει την πρωτοτυπία της. Η ενεργός ενσυναίσθηση αποτελεί μια νέα πρόταση που έγκειται σε συνδυασμό των εννοιών της ενσυναίσθησης, της συμπόνιας, ενώ εμπεριέχει στοιχεία των εννοιών της ζεστασιάς και της στοργής, που έχουν αποδοθεί όσο το δυνατόν καλύτερα με συμπεριφορικούς – αναλυτικούς όρους, εμπνευσμένη από έρευνες της Συμπεριφορικής - Αναλυτικής προσέγγισης και της επιστήμης της ιατρικής (Alexander et al., 1976· Lejuez et al., 2006· Sloane et al., 1975· Benbassat & Baupal, 2004· Norfolk et al., 2007· Coulehan et al., 2001). Επιπλέον, αυτή η δεξιότητα των θεραπευτών διερευνάται μέσω συστηματικής παρατήρησης σε συνάρτηση μόνο με παιδιά με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας και της συνθήκης παιχνιδιού και όχι σε συνάρτηση με τους φροντιστές ή τις οικογένειές τους (LeBlanc et al., 2020· Taylor et al., 2019). Ακόμη, η θεραπευτική σχέση ερευνάται όχι βάσει υποκειμενικών εκτιμήσεων, όπως στην έρευνα των McLaughlin και Carr (2005), αλλά με συστηματικές και εμπειριστατωμένες μετρήσεις από ανεξάρτητους παρατηρητές. Επίσης, σε μια προσπάθεια μεγαλύτερης διερεύνησης της έννοιας, συνδέθηκε η ενεργός ενσυναίσθηση με την κλινική εμπειρία των θεραπευτών.

Άλλη μια καινοτομία της παρούσας πιλοτικής έρευνας αφορά στη προσέγγιση της θεραπευτικής σχέσης υπό το πρίσμα της ΕΑΣ δίνοντας έμφαση σε μια διαπροσωπική δεξιότητα των θεραπευτών και όχι στην ορθή χρήση πρακτικών και τεχνικών της ΕΑΣ βάσει της κλινικής εμπειρίας των θεραπευτών, όπως στην έρευνα της Ράτση (2019). Ακόμη, σε αντίθεση με την προαναφερθείσα έρευνα, στην παρούσα έρευνα γίνεται χρήση επαγωγικής στατιστικής για τη συναγωγή συμπερασμάτων που αφορούν στον ρόλο που διαδραματίζει η κλινική εμπειρία στην εκδήλωση συγκεκριμένων δεξιοτήτων. Επιπλέον, στην παρούσα πιλοτική έρευνα λαμβάνονται υπόψιν τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ, σε

αντίθεση με τις έρευνες που λαμβάνουν υπόψιν μόνο τα αρνητικά συναισθήματα των ατόμων (π.χ. Reynolds & Scott, 1999), ενώ δεν προσεγγίζεται η συμβολή της ενεργούς ενσυναίσθησης στον περιορισμό της εκδήλωσης προβληματικών ή δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών, όπως είθισται στις έρευνες της ΕΑΣ (π.χ. McLaughlin & Carr, 2005). Η φιλοδοξία της παρούσας πιλοτικής έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι μπορεί να αποτελέσει το έρεισμα, ώστε η ενεργός ενσυναίσθηση ως έννοια να διερευνηθεί μελλοντικά εις βάθος ως προς τη συμβολή της στη θεραπευτική σχέση, καθώς και τη λειτουργία της ως ένδειξη της ποιότητας αυτής.

Η παρούσα πιλοτική έρευνα, ακόμη, καινοτομεί ως προς τη σύνδεση θεραπευτών και παιδιών με ΔΑΦ. Δανειζόμενη τα χαρακτηριστικά που όρισαν η Lugo και οι συνεργάτες της (2017), προχωρά σε μια διεύρυνση των ορισμών ορισμένων από αυτών (π.χ. φυσική εγγύτητα), μειώνει τις δεξιότητες από 7 σε 6, ενσωματώνοντας τη δεξιότητα της δημιουργίας στη δεξιότητα της πρωτοβουλίας για αλληλεπίδραση και τροποποιώντας τον ορισμό της δεξιότητας με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να μην εμπεριέχει διδασκαλία τρόπων συμβολικού παιχνιδιού, αλλά αντ' αυτού να προτείνεται ή να επιδεικνύεται από τον θεραπευτή ένας διαφορετικός τρόπος ενασχόλησης με το παιχνίδι. Επιπλέον, διευρύνει τη δεξιότητα της φυσικής εγγύτητας, η οποία μετονομάστηκε σε «φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση», ώστε να περιλαμβάνεται στον ορισμό τόσο η χωροταξική φυσική εγγύτητα όσο και η εμπλοκή του θεραπευτή με εποικοδομητικό τρόπο με το παιδί. Επίσης, τις διακρίνει σε κύριες και δευτερεύουσες, υποστηρίζοντας πως η εκδήλωση των κύριων δεξιοτήτων (φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση, κοινωνική ενίσχυση και πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση) διαδραματίζουν καίριο ρόλο στη σύνδεση των θεραπευτών και παιδιών με ΔΑΦ και προάγουν τη θεραπευτική σχέση, ενώ οι δευτερεύουσες δεξιότητες (λεκτική επανάληψη ή/και προέκταση, μίμηση, περιγραφή) λειτουργούν συνεπικουρικά και ως εκ τούτου η μη εκδήλωσή τους δεν μειώνει την ποιότητα της σύνδεσης ούτε εμποδίζει τη σύναψη καλής θεραπευτικής σχέσης. Τέλος, η συνθήκη του παιχνιδιού «απαγκιστρώθηκε» στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια από την υποχρεωτική ύπαρξή της πριν από την έναρξη της συνεδρίας, όπως σε άλλες έρευνες (Lugo et al., 2017· Shillingsburg et al., 2019), καθώς δεν αντιμετωπίστηκε ως μια στρατηγική που αφορά στην τροποποίηση των προγενόμενων συνθηκών μιας θεραπευτικής συνεδρίας, αλλά ως μια συνθήκη που μπορεί να αξιοποιηθεί σε οποιαδήποτε στιγμή της συνεδρίας στο πλαίσιο της ενίσχυσης για ποιοτική σύνδεση

θεραπευτών και παιδιών με ΔΑΦ, με σκοπό την προαγωγή και ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης.

7.3. Περιορισμοί της έρευνας

Κάθε έρευνα επιδέχεται ορισμένων περιορισμών λόγω του σχεδιασμού και της μεθοδολογίας της. Και η παρούσα έρευνα, επομένως, δεν θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση, αφού το γεγονός ότι αποτελεί μια πρωτότυπη πιλοτική αξιολόγηση, επιβάλλει και περιορισμούς που αφορούν στην ανάλυση και γενίκευση των αποτελεσμάτων της.

Ένας πρώτος περιορισμός προκύπτει από τη δειγματοληψία μη πιθανοτήτων που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκε η δειγματοληψία σκοπιμότητας, ώστε να γίνει η επιλογή των θεραπευτριών και των παιδιών με ΔΑΦ από τον ερευνητή βάσει της τυπικότητας που διέκρινε το δείγμα. Αυτό σε συνδυασμό με το μικρό μέγεθος του δείγματος έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων της έρευνας στον γενικό πληθυσμό των θεραπευτών της ΕΑΣ και των παιδιών με ΔΑΦ, καθώς το παρόν δείγμα δεν αντιπροσωπεύει τον ευρύτερο πληθυσμό (Cohen et al., 2008· Νόβα-Καλτσούνη, 2006). Δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων υφίσταται μόνο για τους θεραπευτές της ΕΑΣ που διαθέτουν παρόμοια θεωρητική κατάρτιση και κλινική εμπειρία, καθώς και για τα παιδιά με ΔΑΦ παρόμοιας ηλικίας και χαρακτηριστικών.

Άλλος ένας περιορισμός αφορά στη δομημένη παρατήρηση που επιλέχθηκε για την καταγραφή των δεδομένων. Η συμπεριφοριστική φύση της δομημένης παρατήρησης οδηγεί σε αποκλεισμό των προθέσεων και κινήτρων των θεραπευτών που συμμετείχαν, ενώ επίσης χάνεται και η υποκειμενικότητα αυτών, αφού δεν λαμβάνονται υπόψιν γνωρίσματα της προσωπικότητάς τους που ενδέχεται να επηρεάζουν τις παρατηρούμενες συμπεριφορές. Επιπλέον, η παρατηρούμενη συμπεριφορά των θεραπευτών και των παιδιών αποτελεί μόνο ένδειξη των συναισθημάτων που μπορεί να υποβόσκουν. Το γεγονός, ακόμη, ότι η παρατήρηση δεν είναι τίποτα άλλο από συγκεκριμένα «χρονικά στιγμιότυπα», τα οποία αποκλείουν τα προγενόμενα και επιγενόμενα της εκδήλωσης μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς, δεν

επιτρέπει τη γενίκευση των συμπερασμάτων, αλλά ούτε και την απόλυτη κατανόηση σύνθετων εννοιών, όπως είναι η ενεργός ενσυναίσθηση (Cohen et al., 2008).

Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό της παρούσας έρευνας που πρέπει να αντιμετωπίζεται με προσοχή σχετίζεται με την αξιολογική πιλοτική της φύση. Το γεγονός ότι αποτελεί διερευνητική έρευνα δεν επιτρέπει την απόδοση αιτιωδών σχέσεων με απόλυτο τρόπο. Για τον λόγο αυτό και η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας έχει πιθανολογικό χαρακτήρα (Παρασκευόπουλος, 1993α). Αν και γίνεται χρήση επαγωγικής στατιστικής που επιτρέπει τον εντοπισμό των ακριβών συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών της κλινικής εμπειρίας των θεραπειών και της εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης από την πλευρά των θεραπειών ή της σύνδεσης των θεραπειών με τα παιδιά με ΔΑΦ (Creswell, 2016), πρέπει να σημειωθεί ότι η συσχέτιση αυτή δεν πρέπει να ερμηνεύεται με απόλυτο τρόπο. Επίσης, τα ευρήματα της στατιστικής ανάλυσης πρέπει να αντιμετωπίζονται με προσοχή, καθώς οι δύο ομάδες θεραπειών, εκτός από τη διαφορετική εμπειρία, διέφεραν και σε άλλες μεταβλητές, όπως το επίπεδο σπουδών (1 από τις αρχάριες θεραπεύτριες είχε σπουδές μεταπτυχιακού επιπέδου σε αντίθεση με 2 από την ομάδα των έμπειρων θεραπειών).

7.4. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας προκύπτει πλήθος ερευνητικών ερωτημάτων σχετικά με τη θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπειών της ΕΑΣ και παιδιών με ΔΑΦ, της εκδήλωσης ενεργούς ενσυναίσθησης από την πλευρά των θεραπειών, καθώς και των δεξιοτήτων που οφείλουν οι θεραπευτές να εκδηλώνουν κατά τη σύνδεσή τους με παιδιά με ΔΑΦ.

Μια αρχική πρόταση είναι η επανάληψη της παρούσας έρευνας με μεγαλύτερο τυχαία επιλεγμένο δείγμα, με μεγαλύτερη χρονική έκταση της παρατήρησης συνεδριών και με ταυτόχρονη χρήση επαγωγικής στατιστικής. Αυτό θα επιτρέψει την καλύτερη διερεύνηση των μεταβλητών της παρούσας έρευνας και τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον γενικό πληθυσμό των θεραπειών της ΕΑΣ, ενισχύοντας την εξωτερική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων, ενώ θα δοθεί και η δυνατότητα να

αποδειχτούν υψηλού βαθμού συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της ενεργούς ενσυναίσθησης και της σύνδεσης των θεραπειών με παιδιά με ΔΑΦ και της κλινικής εμπειρίας των θεραπειών.

Επιπλέον, η ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση του ρόλου που διαδραματίζει η ενεργός ενσυναίσθηση στην ποιότητα της διαμορφωθείσας θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπειών και παιδιών με ΔΑΦ, καθώς και στην προαγωγή της οδηγεί στη δημιουργία μιας δεύτερης πιθανής ερευνητικής πρότασης. Η μελλοντική έρευνα, επομένως, χρειάζεται να διερευνήσει τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των θεραπειών και τη σχέση που δύνανται να έχουν αυτά με την εκδήλωση της ενεργούς ενσυναίσθησης. Επίσης, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση χαρακτηριστικών των παιδιών με ΔΑΦ που ενδέχεται να επηρεάζουν την εκδήλωση ενεργούς ενσυναίσθησης ή και των δεξιοτήτων σύνδεσης των θεραπειών με παιδιά με ΔΑΦ, όπως είναι η ύπαρξη ή έλλειψη προφορικού λόγου, η συναισθηματική προσφορότητα ή απροσφορότητα, καθώς και η ύπαρξη συννοσηρότητας με Νοητική Υστέρηση. Ακόμη, η μελλοντική έρευνα μπορεί να προχωρήσει στη δημιουργία λειτουργικών ορισμών με συμπεριφορικούς – αναλυτικούς όρους για κάθε συναίσθημα που μπορεί να εκδηλώσουν τα παιδιά με ΔΑΦ, ώστε να μελετηθούν σε συνάρτηση με την εκδήλωση ενεργούς ενσυναίσθησης από την πλευρά των θεραπειών και να διαφανεί αν διαδραματίζουν συγκεκριμένα συναισθήματα μεγαλύτερο ή μικρότερο ρόλο στην εκδήλωση αυτής της δεξιότητας από την πλευρά των θεραπειών. Τέλος, μια πρόταση για τον ρόλο της ενεργούς ενσυναίσθησης αφορά στη μελέτη της επίδρασης αυτής της δεξιότητας στις προβληματικές και διασπαστικές συμπεριφορές των παιδιών με ΔΑΦ κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ή στη συνθήκη παιχνιδιού.

Άλλη μια πρόταση για μελλοντική έρευνα αφορά στη δημιουργία ενός πρωτοκόλλου εκπαίδευσης προσωπικού που θα αφορά στη διδασκαλία της δεξιότητας της ενεργούς ενσυναίσθησης και των κύριων και δευτερευουσών δεξιοτήτων που βοηθούν στη σύνδεση των θεραπειών με τα παιδιά με ΔΑΦ. Θα είχε ενδιαφέρον αυτό το πρωτόκολλο εκπαίδευσης προσωπικού να εφαρμοστεί τόσο σε έμπειρους θεραπευτές με μεγάλη κλινική εμπειρία όσο και σε αρχάριους, ώστε να μελετηθεί η βελτίωσή τους στις προαναφερθείσες δεξιότητες σε συνάρτηση και με τον χρόνο που χρειάζεται να βελτιωθούν. Με τον τρόπο αυτό, ενδέχεται να καλλιεργηθεί, προαχθεί και αναπτυχθεί περαιτέρω και η θεραπευτική σχέση που διαμορφώνουν οι θεραπευτές με τα παιδιά με ΔΑΦ.

Κλείνοντας, είναι γεγονός ότι υφίσταται ένδεια ερευνών που αφορούν στη θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτών και παιδιών με ΔΑΦ, όπως αυτή εκδηλώνεται στο πλαίσιο της ΕΑΣ. Ακόμη και οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί υπό το πρίσμα της ΕΑΣ δίνουν έμφαση κυρίως στην ορθή εφαρμογή πρακτικών και τεχνικών της ΕΑΣ από τους θεραπευτές, καθώς και στον τρόπο που επιδρά στον περιορισμό των προβληματικών ή διασπαστικών συμπεριφορών των παιδιών με ΔΑΦ. Η παρούσα έρευνα είχε ως στόχο την ανάδειξη ποιοτικών στοιχείων, λειτουργικά ορισμένων με συμπεριφορικούς – αναλυτικούς όρους, που ενδέχεται να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη και προαγωγή της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτών και παιδιών με ΔΑΦ, δίνοντας έμφαση στα συναισθήματα που εκδηλώνει το παιδί με ΔΑΦ. Ο περιορισμός της εκδήλωσης προβληματικών ή διασπαστικών συμπεριφορών των παιδιών με ΔΑΦ, που είθισται να εξετάζεται στις έρευνες της ΕΑΣ, δεν αποτελεί ταυτόσημος του συναισθήματος της χαράς που μπορεί να βιώνουν ούτε συνεπάγεται απαραίτητως στη δημιουργία ενός χαρούμενου κλίματος για τα παιδιά αυτά. Με λίγα λόγια, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα, ώστε να διερευνηθεί όχι μόνο τι βοηθά στη διεξαγωγή της θεραπευτικής συνεδρίας και τι οδηγεί σε βέλτιστα θεραπευτικά αποτελέσματα, αλλά και τι είναι αυτό που μπορεί να κάνει τα παιδιά με ΔΑΦ χαρούμενα κατά τη διάρκεια αυτής. Η προσπάθεια της παρούσας έρευνας, τέλος, έγκειται στη μελέτη της διαπροσωπικής δεξιότητας της ενεργούς ενσυναίσθησης των θεραπευτών, καθώς και δεξιοτήτων που υποβοηθούν τη σύνδεση των θεραπευτών με παιδιά με ΔΑΦ, δεξιότητες που ενδέχεται να επηρεάζουν τη θεραπευτική σχέση, φιλοδοξώντας να αποτελέσει έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση των διαστάσεων της θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα στους θεραπευτές και των παιδιών με ΔΑΦ όπως αυτή διαμορφώνεται υπό το πρίσμα της ΕΑΣ.

Βιβλιογραφία

- Alexander, J. F., Barton, C., Schiaro, R. S., & Parsons, B. V. (1976). Systems-behavioral intervention with families of delinquents: Therapist characteristics, family behavior, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(4), 656–664. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.44.4.656>
- Allen, K. E., Hart, B., Buell, J. S., Harris, F. T., & Wolf, M. M. (1964). Effects of social reinforcement on isolate behavior of a nursery school child. *Child Development*, 35(2), 511–518. Retrieved March 7, 2021, from <https://psycnet.apa.org/record/1965-05442-001>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, S. R., Taras, M., & O' Malley-Cannon, B. (1996). Teaching new skills to young children with autism. In C. Maurice, G. Green, & S. C. Luce (Eds.), *Behavioral intervention for young children with autism* (pp. 181-194). Austin, TX: Pro-Ed.
- Aronson, E. (2011). *The Social Animal* (11th ed.). New York: Worth / Freeman.
- 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(3), 1–19. Retrieved 28 February, 2021, from <https://www.jstor.org/stable/24806043>
- Ayres, A. (2005). *Sensory Integration and the Child: Understanding Hidden Sensory Challenges* (25th Anniversary Edition). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some still-current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(1), 91–97. <https://doi.org/10.1901/jaba.1987.20-313>

- 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. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69041-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69041-7)
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Barnard, L., Muldoon, K., Hasan, R., O'Brien, G., & Stewart, M. (2008). Profiling executive dysfunction in adults with autism and comorbid learning disability. *Autism*, *12*(2), 125–141. <https://doi.org/10.1177/1362361307088486>
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, *21*(1), 37–46. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)
- Bartels, A., & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage*, *21*(3), 1155–1166. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2003.11.003>
- Batson, C. D., Fultz, J., & Schoenrade, P. A. (1987). Distress and Empathy: Two Qualitatively Distinct Vicarious Emotions with Different Motivational Consequences. *Journal of Personality*, *55*(1), 19–39. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00426.x>
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Begeer, S., Malle, B. F., Nieuwland, M. S., & Keysar, B. (2010). Using theory of mind to represent and take part in social interactions: Comparing individuals with high-functioning autism and typically developing controls. *European Journal of Developmental Psychology*, *7*(1), 104–122. <https://doi.org/10.1080/17405620903024263>

- Bellini, S., Peters, J. K., Benner, L., & Hopf, A. (2007). A meta-analysis of school-based social skills interventions for children with autism spectrum disorders. *Remedial and Special Education, 28*(3), 153–162. <https://doi.org/10.1177/07419325070280030401>
- Benbassat, J., & Baumal, R. (2004). What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Academic Medicine, 79*(9), 832–839. <https://doi.org/10.1097/00001888-200409000-00004>
- Bondy, A. S., & Frost, L. A. (1994). The Picture Exchange Communication System. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 9*(3), 1–19. <https://doi.org/10.1177/108835769400900301>
- Bos, J., & Stokes, M. A. (2019). Cognitive empathy moderates the relationship between affective empathy and wellbeing in adolescents with autism spectrum disorder. *European Journal of Developmental Psychology, 16*(4), 433–446. <https://doi.org/10.1080/17405629.2018.1444987>
- Caminha, R. C., & Lampreia, C. (2012). Findings on sensory deficits in autism: Implications for understanding the disorder. *Psychology and Neuroscience, 5*(2), 231–237. <https://doi.org/10.3922/j.psns.2012.2.14>
- Campbell, S., Cannon, B., Ellis, J. T., Lifter, K., Luiselli, J. K., Navalta, C. P., & Taras, M. (1998). The may center for early childhood education: Description of a continuum of services model for children with autism. *International Journal of Disability, Development and Education, 45*(2), 173–187. <https://doi.org/10.1080/1034912980450204>
- Carpenter, M., Nagell, K., Tomasello, M., Butterworth, G., & Moore, C. (1998). Social Cognition, Joint Attention, and Communicative Competence from 9 to 15 Months of Age. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 63*(4), i+iii+v-vi+1-174. Retrieved 27 February, 2021, from <https://www.jstor.org/stable/1166214>

- Carr, E. G., & Durand, V. M. (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis, 18*(2), 111–126. <https://doi.org/10.1901/jaba.1985.18-111>
- Carr, E. G., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J. I., Kemp, D. C., & Smith, C. E. (1994). *Communication-based intervention for problem behavior: A user's guide for producing positive change*. Baltimore: Brookes.
- Carr, E. G., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J. I., Kemp, D. C., Smith, C. E., & McLaughlin, D. M. (1999). Comprehensive Multisituational Intervention for Problem Behavior in the Community: Long-Term Maintenance and Social Validation. *Journal of Positive Behavior Interventions, 1*(1), 5–25. <https://doi.org/10.1177/109830079900100103>
- Carr E.G., McConnachie G., Levin L., Kemp D.C. (1993) Communication-Based Treatment of Severe Behavior Problems. In R. Van Houten & S. Axelrod (Eds.), *Behavior Analysis and Treatment* (pp. 231-267). New York: Plenum Press.
- Carr, E. G., McLaughlin, D. M., Giacobbe-Grieco, T., & Smith, C. E. (2003). Using Mood Ratings and Mood Induction in Assessment and Intervention for Severe Problem Behavior. *American Journal on Mental Retardation, 108*(1), 32–55. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2003\)108<0032:UMRAMI>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2003)108<0032:UMRAMI>2.0.CO;2)
- Charman, T., Pickles, A., Simonoff, E., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2011). IQ in children with autism spectrum disorders: data from the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Psychological Medicine, 41*(3), 619–627. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000991>
- Christensen, D. L., Braun, K. V. N., Baio, J., Bilder, D., Charles, J., Constantino, J. N., ... Yeargin-Allsopp, M. (2018). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 65*(13), 1–23. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6745a7>

- Clifford, S., Young, R., & Williamson, P. (2007). Assessing the early characteristics of autistic disorder using video analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(2), 301–313. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0160-8>
- Cohen, H., Amerine-Dickens, M., & Smith, T. (2006). Early intensive behavioral treatment: Replication of the UCLA model in a community setting. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2), 145–155. <https://doi.org/10.1097/00004703-200604002-00013>
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2008). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Cook, B. G., & Cook, S. C. (2013). Unraveling Evidence-Based Practices in Special Education. *Journal of Special Education*, 47(2), 71–82. <https://doi.org/10.1177/0022466911420877>
- Cook, B., & Odom, S. (2013). Evidence-based practices and implementation science in special education. *Exceptional Children*, 79(2), 135–144. <https://doi.org/10.1177/001440291307900201>
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2014). *Applied behavior analysis (2nd ed.)*. New Jersey: Pearson Merrill Prentice Hall.
- Cotugno, A. J. (2009). Social competence and social skills training and intervention for children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(9), 1268–1277. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0741-4>
- Coulehan, J. L., Platt, F. W., Egener, B., Frankel, R., Lin, C. T., Lown, B., & Salazar, W. H. (2001). "Let me see if I have this right... ": Words that help build empathy. *Annals of Internal Medicine*, 135(3), 221–227. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-135-3-200108070-00022>
- Creswell, J. (2016). *Η έρευνα στην εκπαίδευση: σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση της ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα: Ίων.

- Crisp, A. H. (1966). “Transference” “symptom emergence” and “social repercussion” in behaviour therapy: A study of fifty-four treated patients. *British Journal of Medical Psychology*, 39(3), 179-196. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1966.tb01327.x>
- Cuff, B. M. P., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy: A review of the concept. *Emotion Review*, 8(2), 144–153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>
- Cunningham, A. B., & Schreibman, L. (2008). Stereotypy in autism: The importance of function. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2(3), 469–479. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2007.09.006>
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85. Retrieved 23 March, 2021, from https://www.uv.es/friasnav/Davis_1980.pdf
- Dawson, G., Toth, K., Abbott, R., Osterling, J., Munson, J., Estes, A., & Liaw, J. (2004). Early Social Attention Impairments in Autism: Social Orienting, Joint Attention, and Attention to Distress. *Developmental Psychology*, 40(2), 271–283. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.2.271>
- Decety, J. (2011). Dissecting the neural mechanisms mediating empathy. *Emotion Review*, 3(1), 92–108. <https://doi.org/10.1177/1754073910374662>
- Decety, J., & Yoder, K. J. (2016). Empathy and motivation for justice: Cognitive empathy and concern, but not emotional empathy, predict sensitivity to injustice for others. *Social Neuroscience*, 11(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/17470919.2015.1029593>
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), 76–84. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>
- Desiningrum, D. R., Suminar, D. R., & Surjaningrum, E. R. (2020). Religiosity and Compassionate Love in Mother of Children with Autism Spectrum Disorder.

International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 24(1), 1364–1373.
<https://doi.org/10.37200/ijpr/v24i1/pr200235>

Doughty, A. H., & Shields, M. C. (2009). The Power of Reinforcement: A Review. *The Psychological Record*, 59(2), 313–319. Retrieved March 10, 2021, from <https://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1022&context=tpr>

Dunst, C. J., Cushing, P. J., & Vance, S. D. (1985). Response-contingent learning in profoundly handicapped infants: A social systems perspective. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 5(1), 33–47.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0270-4684\(85\)80004-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0270-4684(85)80004-5)

Durand, V. M., & Carr, E. G. (1987). Social Influences on “Self-Stimulatory” Behavior: Analysis and Treatment Application. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20(2), 119–132. <https://doi.org/10.1901/jaba.1987.20-119>

Durrleman, S., Hippolyte, L., Zufferey, S., Iglesias, K., & Hadjikhani, N. (2015). Complex syntax in autism spectrum disorders: A study of relative clauses. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 50(2), 260–267. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12130>

Egan, G. (1975). *The skilled helper: A model for systematic helping and interpersonal relating*. Monterey, CA: Brooks / Cole.

Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2007). Outcome for Children with Autism who Began Intensive Behavioral Treatment Between Ages 4 and 7: A Comparison Controlled Study. *Behavior Modification*, 31(3), 264–278. <https://doi.org/10.1177/0145445506291396>

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Miller, P. A., Fultz, J., Shell, R., Mathy, R. M., & Reno, R. R. (1989). Relation of Sympathy and Personal Distress to Prosocial Behavior: A Multimethod Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(1), 55–66. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.1.55>

Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2010). Using Participant Data to Extend the Evidence Base for Intensive

- Behavioral Intervention for Children With Autism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115(5), 381–405. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-115.5.381>
- Evans, I. M., & Scotti, J. R. (1989). Defining meaningful outcomes for persons with profound disabilities. In F. Brown & D. Lehr (Eds.), *Persons with profound disabilities: Issues and practices*. Baltimore: Brookes.
- Fan, Y., Duncan, N. W., de Greck, M., & Northoff, G. (2011). Is there a core neural network in empathy? An fMRI based quantitative meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 903–911. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.10.009>
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 143–155. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564831>
- Fenske, E. C., Zalenski, S., Krantz, P. J., & McClannahan, L. E. (1985). Age at intervention and treatment outcome for autistic children in a comprehensive intervention program. *Analysis and Intervention In Developmental Disabilities*, 5(1–2), 49–58. [https://doi.org/10.1016/S0270-4684\(85\)80005-7](https://doi.org/10.1016/S0270-4684(85)80005-7)
- Fernández, C. (2013). Mindful storytellers: Emerging pragmatics and theory of mind development. *First Language*, 33(1), 20–46. <https://doi.org/10.1177/0142723711422633>
- Flannery, K. B., Horner, R. H., Albin, R. W., Shukla, S., & Heathfield, L. T. (1993). *A descriptive analysis of rapport development and its effects on problem behaviors*. Unpublished manuscript, University of Oregon, Eugene.
- Foell, J., Brislin, S. J., Drislane, L. E., Dziobek, I., & Patrick, C. J. (2018). Creation and Validation of an English-Language Version of the Multifaceted Empathy Test (MET). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 40(3), 431–439. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9664-8>

- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27(4), 623–641. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80047-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80047-5)
- Fombonne, E. (2002). Epidemiological trends in rates of autism. *Molecular Psychiatry*, 7, 4–6. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001162>
- Fombonne, E. (2020). Epidemiological controversies in autism. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 171(1), 3–5. <https://doi.org/10.4414/sanp.2020.03084>
- Förster, K., & Kanske, P. (2021). Exploiting the plasticity of compassion to improve psychotherapy. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 39, 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2021.01.010>
- Frith, C. D., & Frith, U. (1999). Interacting Minds--A Biological Basis. *Science*, 286(5445), 1692–1695. <https://doi.org/10.1126/science.286.5445.1692>
- Gaylord-Ross, R., & Haring, T. (1987). Social Interaction Research for Adolescents with Severe Handicaps. *Behavioral Disorders*, 12(4), 264–275. <https://doi.org/10.1177/019874298701200404>
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the Psychotherapy Relationship: Their Interaction and Unfolding During Treatment. *Journal of Counseling Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.3.296>
- Γενά, Α. (2002). *Αυτισμός και διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Αξιολόγηση – Διάγνωση – Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Γενά, Α. (2007). *Θεωρία και Πράξη της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς*. Αθήνα: Gutenberg.
- Γενά, Α. (2017). Κύρια χαρακτηριστικά, τρόποι μάθησης και βασικές έννοιες της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης της Συμπεριφοράς. Στο Α. Γενά (Επιμ.), *Συστημική, Συμπεριφορική–Αναλυτική Προσέγγιση: Αξιολόγηση, διάγνωση, εκπαίδευση,*

θεραπευτικές παρεμβάσεις και ένταξη παιδιών με Νευρο-Αναπτυξιακές Διαταραχές με έμφαση στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (σσ. 170-206). Αθήνα: Gutenberg.

Γενά, Α. (2017). Ο Συμπεριφορισμός και η Πειραματικά Θεμελιωμένη Ανάλυση της Συμπεριφοράς: φιλοσοφικές και επιστημονικές επιδράσεις και ιστορική πορεία. Στο Α. Γενά (Επιμ.), *Συστημική, Συμπεριφορική-Αναλυτική Προσέγγιση: Αξιολόγηση, διάγνωση, εκπαίδευση, θεραπευτικές παρεμβάσεις και ένταξη παιδιών με Νευρο-Αναπτυξιακές Διαταραχές με έμφαση στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος* (σσ. 145-166). Αθήνα: Gutenberg.

Γενά, Α., & Γαλάνης, Π. (2017). Βασικές αρχές, προγραμματικές συνθήκες και μέθοδοι εκπαίδευσης και θεραπείας παιδιών με ΔΑΦ. Στο Α. Γενά (Επιμ.), *Συστημική, Συμπεριφορική-Αναλυτική Προσέγγιση: Αξιολόγηση, διάγνωση, εκπαίδευση, θεραπευτικές παρεμβάσεις και ένταξη παιδιών με Νευρο-Αναπτυξιακές Διαταραχές με έμφαση στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος* (σσ. 209-340). Αθήνα: Gutenberg.

Γενά, Α., Γαλάνης, Π., Κατούδη, Σ. & Μακρυγιάννη, Μ. (2017). Η αποτελεσματικότητα των συμπεριφορικών αναλυτικών παρεμβάσεων στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΑΦ. Στο Α. Γενά (Επιμ.), *Συστημική, Συμπεριφορική-Αναλυτική Προσέγγιση: Αξιολόγηση, διάγνωση, εκπαίδευση, θεραπευτικές παρεμβάσεις και ένταξη παιδιών με Νευρο-Αναπτυξιακές Διαταραχές με έμφαση στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος* (σσ. 557-584). Αθήνα: Gutenberg.

Γενά, Α., & Γκόγκος, Γ. (2017). Μια εναλλακτική προσέγγιση στη διαχείριση των προβλημάτων συμπεριφοράς: Λειτουργική Ανάλυση της Συμπεριφοράς και θεραπευτική σχέση. Στο Α. Γενά (Επιμ.), *Συστημική, Συμπεριφορική-Αναλυτική Προσέγγιση: Αξιολόγηση, διάγνωση, εκπαίδευση, θεραπευτικές παρεμβάσεις και ένταξη παιδιών με Νευρο-Αναπτυξιακές Διαταραχές με έμφαση στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος* (σσ. 487-491). Αθήνα: Gutenberg.

Γενά, Α., & Μακρυγιάννη, Μ. (2017). Διάγνωση της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος. Στο Α. Γενά (Επιμ.), *Συστημική, Συμπεριφορική-Αναλυτική Προσέγγιση: Αξιολόγηση, διάγνωση, εκπαίδευση, θεραπευτικές παρεμβάσεις και*

ένταξη παιδιών με Νευρο-Αναπτυξιακές Διαταραχές με έμφαση στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (σσ. 40-112). Αθήνα: Gutenberg.

Gena, A., Papadopoulou, E., Loukrezi, S., & Galanis, P. (2007). The Play of Children with Autism: Theory, Assessment, and Research on Treatment. In L. B. Zhao (Ed.), *Autism Research Advances* (pp. 1-40). New York: Nova Science Publishers, Inc.

Gena, A. & Taylor, B. (1993). *Alpine Learning Group Staff Training Manual*. New Jersey: Alpine Learning Group, Inc.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>

Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind*. London: Constable & Robinson Ltd.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>

Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An Evolutionary Analysis and Empirical Review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351–374. <https://doi.org/10.1037/a0018807>

Goetz, J. L., & Simon-Thomas, E. (2017). The landscape of compassion: Definitions and scientific approaches. In E. M. Seppala, E. Simon-Thomas, S. L. Brown, M. C. Worline, C. D. Cameron, & J. R. Doty (Eds.), *The Oxford handbook of compassion science* (pp. 3–17). New York, NY: Oxford University Press.

Greenson, R. R. (1965). The Working Alliance and the Transference Neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34(2), 155–181. <https://doi.org/10.1080/21674086.1965.11926343>

Haase, R. F., & Tepper, D. T. (1972). Nonverbal components of empathic communication. *Journal of Counseling Psychology*, 19(5), 417–424. <https://doi.org/10.1037/h0033188>

- Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 5-25. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0039-0>
- Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational Pediatrics*, 9(S1), S55–S65. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09>
- Hoysou, M., Jamieson, B., & Strain, P. S. (1984). Individualized Group Instruction of Normally Developing and Autistic-like Children: The LEAP Curriculum Model. *Journal of Early Intervention*, 8(2), 157–172. <https://doi.org/10.1177/105381518400800209>
- Irving, P., & Dickson, D. (2004). Empathy: Towards a conceptual framework for health professionals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(4), 212–220. <https://doi.org/10.1108/09526860410541531>
- Jaenisch, R., & Bird, A. (2003). Epigenetic regulation of gene expression: How the genome integrates intrinsic and environmental signals. *Nature Genetics*, 33(3S), 245–254. <https://doi.org/10.1038/ng1089>
- Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E. L., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., ... Goldin, P. R. (2013). Enhancing Compassion: A Randomized Controlled Trial of a Compassion Cultivation Training Program. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1113–1126. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9373-z>
- Jones, A. P., Happé, F. G. E., Gilbert, F., Burnett, S., & Viding, E. (2010). Feeling, caring, knowing: different types of empathy deficit in boys with psychopathic tendencies and autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51(11), 1188–1197. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02280.x>
- Jones, W., Carr, K., & Klin, A. (2008). Absence of preferential looking to the eyes of approaching adults predicts level of social disability in 2-year-old toddlers with

- autism spectrum disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(8), 946–954.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.8.946>
- Jordan, M. R., Amir, D., & Bloom, P. (2016). Are empathy and concern psychologically distinct? *Emotion*, 16(8), 1107–1116.
<https://doi.org/10.1037/emo0000228>
- Jurado, M. B., & Rosselli, M. (2007). The elusive nature of executive functions: A review of our current understanding. *Neuropsychology Review*, 17(3), 213–233.
<https://doi.org/10.1007/s11065-007-9040-z>
- Καλπάκογλου, Θ. & Χαρίλα, Ν. (2007). Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία: επιρροές και θεραπευτικά εργαλεία. Στο Μ. Μαλικιώση-Λοϊζου Μαρία (Επιμ.), *Συμβουλευτική Ψυχολογία: Σύγχρονες Προσεγγίσεις* (σσ. 97-126). Αθήνα: Ατραπός.
- Kanske, P. (2018). The social mind: disentangling affective and cognitive routes to understanding others. *Interdisciplinary Science Reviews*, 43(2), 115–124.
<https://doi.org/10.1080/03080188.2018.1453243>
- Kanske, P., Böckler, A., Trautwein, F. M., & Singer, T. (2015). Dissecting the social brain: Introducing the EmpaToM to reveal distinct neural networks and brain-behavior relations for empathy and Theory of Mind. *NeuroImage*, 122, 6–19.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.07.082>
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-Case Research Designs: Methods for clinical and applied settings*. New York, NY, USA: Oxford University Press.
- Kelly, A. N., Axe, J. B., Allen, R. F., & Maguire, R. W. (2015). Effects of pre-session pairing on the challenging behavior and academic responding of children with autism. *Behavioral Interventions*, 30(2), 135-156.
<https://doi.org/10.1002/bin.1408>
- Kelly, M. P., Leader, G., & Reed, P. (2015). Stimulus Over-Selectivity and Extinction-Induced Recovery of Performance as a Product of Intellectual Impairment and

Autism Severity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(10), 3098–3106. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2466-x>

Kelly, M. P., & Reed, P. (2021). Examination of Stimulus Over-Selectivity in Children With Autism Spectrum Disorder and Its Relationship to Stereotyped Behaviors and Cognitive Flexibility. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 36(1), 47–56. <https://doi.org/10.1177/1088357620943504>

Kemp, D. C., & Carr, E. G. (1995). Reduction of Severe Problem Behavior in Community Employment Using an Hypothesis-Driven Multicomponent Intervention Approach. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 20(4), 229–247. <https://doi.org/10.1177/154079699602000401>

Kennedy, C. H., Meyer, K. A., Knowles, T., & Shukla, S. (2000). Analyzing the Multiple Functions of Stereotypical Behavior for Students With Autism: Implications for Assessment and Treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33(4), 559–571. <https://doi.org/10.1901/jaba.2000.33-559>

Kerns, C. M., Collier, A., Lewin, A. B., & Storch, E. A. (2018). Therapeutic alliance in youth with autism spectrum disorder receiving cognitive-behavioral treatment for anxiety. *Autism*, 22(5), 636–640. <https://doi.org/10.1177/1362361316685556>

Kim, H., Keifer, C., Rodriguez-Seijas, C., Eaton, N., Lerner, M., & Gadow, K. (2019). Quantifying the Optimal Structure of the Autism Phenotype: A Comprehensive Comparison of Dimensional, Categorical, and Hybrid Models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(9), 876–886.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.09.431>

Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E. C., ... Grinker, R. R. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry*, 168(9), 904–912. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10101532>

Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social*

Cognitive and Affective Neuroscience, 9(6), 873–879.
<https://doi.org/10.1093/scan/nst060>

Klin, A., Volkmar, F. R., Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Rourke, B. P. (1995). Validity and Neuropsychological Characterization of Asperger Syndrome: Convergence with Nonverbal Learning Disabilities Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(7), 1127–1140.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01361.x>

Koegel, L. K., Koegel, R. L., Hurley, C., & Frea, W. D. (1992). Improving Social Skills and Disruptive Behavior in Children With Autism Through Self-Management. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25(2), 341–353.
<https://doi.org/10.1901/jaba.1992.25-341>

Koegel, R., & Koegel, L. (2006). *Pivotal response treatments for autism*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Koegel, R. L., O'Dell, M., & Dunlap, G. (1988). Producing speech use in nonverbal autistic children by reinforcing attempts. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18(4), 525–538. <https://doi.org/10.1007/BF02211871>

Koegel, R., Russo, D., & Rincover, A. (1977). Assessing and training teachers in the generalized use of behavior modification with autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10(2), 197–205. <https://doi.org/10.1901/jaba.1977.10-197>

Kok, B. E., & Singer, T. (2017). Phenomenological Fingerprints of Four Meditations: Differential State Changes in Affect, Mind-Wandering, Meta-Cognition, and Interoception Before and After Daily Practice Across 9 Months of Training. *Mindfulness*, 8(1), 218–231. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0594-9>

Kraft-Todd, G. T., Reinero, D. A., Kelley, J. M., Heberlein, A. S., Baer, L., & Riess, H. (2017). Empathic nonverbal behavior increases ratings of both warmth and competence in a medical context. *PLoS ONE*, 12(5), 1–16.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177758>

- Kringelbach, M. L., & Berridge, K. C. (2009). Towards a functional neuroanatomy of pleasure and happiness. *Trends in Cognitive Sciences*, *13*(11), 479–487. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.08.006>
- Lamm, C., Decety, J., & Singer, T. (2011). Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *NeuroImage*, *54*(3), 2492–2502. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.10.014>
- Lamm, C., Rütgen, M., & Wagner, I. C. (2019). Imaging empathy and prosocial emotions. *Neuroscience Letters*, *693*, 49–53. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.06.054>
- Lang, S., Yu, T., Markl, A., Müller, F., & Kotchoubey, B. (2011). Hearing others' pain: Neural activity related to empathy. *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, *11*(3), 386–395. <https://doi.org/10.3758/s13415-011-0035-0>
- LeBlanc, L. A., Taylor, B. A., & Marchese, N. V. (2020). The Training Experiences of Behavior Analysts: Compassionate Care and Therapeutic Relationships with Caregivers. *Behavior Analysis in Practice*, *13*(2), 387–393. <https://doi.org/10.1007/s40617-019-00368-z>
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Levine, S., Gholkar, R., & Collins, L. M. (2006). The therapeutic alliance in behavior therapy. *Psychotherapy*, *42*(4), 456–468. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.4.456>
- Li, X., Zou, H., & Brown, W. T. (2012). Genes associated with autism spectrum disorder. *Brain Research Bulletin*, *88*(6), 543–552. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2012.05.017>
- Loucas, T., Charman, T., Pickles, A., Simonoff, E., Chandler, S., Meldrum, D., & Baird, G. (2008). Autistic symptomatology and language ability in autism spectrum disorder and specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *49*(11), 1184–1192. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01951.x>

- Lovaas, I., Newsom, C., & Hickman, C. (1987). Self-Stimulatory Behavior and Perceptual Reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20(1), 45–68. <https://doi.org/10.1901/jaba.1987.20-45>
- Lugo, A. M., King, M. L., Lamphere, J. C., & McArdle, P. E. (2017). Developing Procedures to Improve Therapist–Child Rapport in Early Intervention. *Behavior Analysis in Practice*, 10, 395–401. <https://doi.org/10.1007/s40617-016-0165-5>
- MacDuff, G. S., Krantz, P. J., & McClannahan, L. E. (2001). Prompts and prompt-fading strategies for people with autism. In C. Maurice, G. Green & R.M. Foxx (Eds.), *Making a difference: Behavioral intervention for autism* (pp. 37–50). Austin, TX, US: Pro-Ed.
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., Baio, J., Washington, A., Patrick, M., DiRienzo, M., ... Dietz, P. M. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 Years–Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR Surveillance Summaries*, 69(4), 1–12. <https://doi.org/10.15585/MMWR.SS6904A1>
- McGee, J. J., Menolascino, E. J., Hobbs, D. C., Menousek, P. E. (1987). *Gentle teaching: A non-aversive approach to helping persons with mental retardation*. New York: Human Sciences Press.
- McLaughlin, D. M., & Carr, E. G. (2005). Quality of Rapport as a Setting Event for Problem Behavior: Assessment and Intervention. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 7(2), 68–91. <https://doi.org/10.1177/10983007050070020401>
- Mace, F. C., & Belfiore, P. (1990). Behavioral Momentum in the Treatment of Escape-Motivated Stereotypy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23(4), 507–514. <https://doi.org/10.1901/jaba.1990.23-507>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.03.006>

- Makrygianni, M. K., & Reed, P. (2010). A meta-analytic review of the effectiveness of behavioural early intervention programs for children with Autistic Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(4), 577–593. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.01.014>
- McEachin, J. J., Smith, T., & Ivar Lovaas, O. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation*, 97(4), 359-359. Retrieved March 11, 2021, from <https://earlyautismservices.ca/wp-content/uploads/2018/01/McEachin-1993.pdf>
- McGee, G. G., Almeida, M. C., Sulzer-Azaroff, B., & Feldman, R. S. (1992). Promoting Reciprocal Interactions Via Peer Incidental Teaching. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25(1), 117–126. <https://doi.org/10.1901/jaba.1992.25-117>
- McGee, G. G., Krantz, P. J., & McClannahan, L. E. (1985). The facilitative effects of incidental teaching on preposition use by autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18(1), 17–31. <https://doi.org/10.1901/jaba.1985.18-17>
- Meyer, V., & Gelder, M. G. (1963). Behaviour Therapy and Phobic Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 109(458), 19–28. <https://doi.org/10.1192/bjp.109.458.19>
- Myers, S. M., & Johnson, C. P. (2007). Management of Children With Autism Spectrum Disorders. *PEDIATRICS*, 120(5), 1162–1182. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2362>
- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 339–346. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.013>
- Norfolk, T., Birdi, K., & Walsh, D. (2007). The role of empathy in establishing rapport in the consultation: a new model. *Medical Education*, 41(7), 690-697. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02789.x>

- Northup, J., Vollmer, T. R., & Serrett, K. (1993). Publication trends in 25 years of the Journal of Applied Behavior Analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26(4), 527–537. <https://doi.org/10.1901/jaba.1993.26-527>
- Νόβα – Καλτσούνη, Χ. (2006). *Μεθοδολογία εμπειρικής έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*. Αθήνα: Gutenberg.
- Odom, S., Boyd, B., Hall, L., & Hume, K. (2010). Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(4), 425–436. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0825-1>
- Odom, S. L., Brantlinger, E., Gersten, R., Horner, R. H., Thompson, B., & Harris, K. R. (2005). Research in special education: Scientific methods and evidence-based practices. *Exceptional Children*, 71(2), 137–148. <https://doi.org/10.1177/001440290507100201>
- Odom, S. L., Collet-Klingenberg, L., Rogers, S. J., & Hatton, D. D. (2010). Evidence-Based Practices in Interventions for Children and Youth with Autism Spectrum Disorders. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, 54(4), 275–282. <https://doi.org/10.1080/10459881003785506>
- O’Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1975). *Behavior therapy: Application and outcome*. *Behavior therapy: Application and outcome*. Oxford, England: Prentice-Hall.
- Oliver, L. D., Neufeld, R. W. J., Dziobek, I., & Mitchell, D. G. V. (2016). Distinguishing the relationship between different aspects of empathic responding as a function of psychopathic, autistic, and anxious traits. *Personality and Individual Differences*, 99, 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.058>
- Ozonoff, S., Strayer, D. L., McMahon, W. M., & Filloux, F. (1994). Executive Function Abilities in Autism and Tourette Syndrome: An Information Processing Approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(6), 1015–1032. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01807.x>

- Padgett, A. K. (2010). *The effects of noncontingent reinforcement on rapport building in children with autism*. (Master's Thesis). California State University, Fresno. Retrieved March 16, 2021, from <http://repository.library.fresnostate.edu/bitstream/handle/10211.3/118907/AlysonPADGETT.pdf?sequence=1>
- Παπακόστας Γ., & Μιχόπουλος Γ. (2015). Η Θεραπευτική Σχέση στη Γνωσιακή Προσέγγιση. Στο Χ. Καραμανωλάκη, Κ. Χαραλαμπίκη & Γ. Μιχόπουλος (Επιμ.), *Η Θεραπευτική Σχέση: Ψυχοθεραπευτικές Προσεγγίσεις από την Ψυχαναλυτική, τη Γνωσιακή και τη Συστημική Οπτική* (σσ. 68-84). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1993α). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Pasalich, D. S., Dadds, M. R., & Hawes, D. J. (2014). Cognitive and affective empathy in children with conduct problems: Additive and interactive effects of callous-unemotional traits and autism spectrum disorders symptoms. *Psychiatry Research*, *219*(3), 625–630. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.025>
- Pavey, L., Greitemeyer, T., & Sparks, P. (2012). “I help because i want to, not because you tell me to”: Empathy increases autonomously motivated helping. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *38*(5), 681–689. <https://doi.org/10.1177/0146167211435940>
- Peláez-Nogueras, M., Field, T. M., Hossain, Z., & Pickens, J. (1996). Depressed Mothers' Touching Increases Infants' Positive Affect and Attention in Still-Face Interactions. *Child Development*, *67*(4), 1780–1792. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01827.x>
- Pelligra, V. (2011). Empathy, guilt-aversion, and patterns of reciprocity. *Journal of Neuroscience, Psychology, and Economics*, *4*(3), 161–173. <https://doi.org/10.1037/a0024688>
- Pérez-Manrique, A., & Gomila, A. (2018). The comparative study of empathy: sympathetic concern and empathic perspective-taking in non-human animals. *Biological Reviews*, *93*(1), 248–269. <https://doi.org/10.1111/brv.12342>

- Peters-Scheffer, N., Didden, R., Korzilius, H., & Sturmey, P. (2011). A meta-analytic study on the effectiveness of comprehensive ABA-based early intervention programs for children with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 60–69. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.03.011>
- Phillips, E. L., Phillips, E. A., Fixsen, D. L., & Wolf, M. M. (1971). Achievement Place: modification of the behaviors of pre-delinquent boys within a token economy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 4(1), 45–59. <https://doi.org/10.1901/jaba.1971.4-45>
- Piazza, C. C., Adelinis, J. D., Hanley, G. P., Goh, H.-L., & Delia, M. D. (2000). An Evaluation of the Effects of Matched Stimuli on Behaviors Maintained By Automatic Reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33(1), 13–27. <https://doi.org/10.1901/jaba.2000.33-13>
- Powell, P. A., & Roberts, J. (2017). Situational determinants of cognitive, affective, and compassionate empathy in naturalistic digital interactions. *Computers in Human Behavior*, 68, 137–148. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.11.024>
- Premack, D. (1959). Toward empirical behavior laws: I. Positive reinforcement. *Psychological Review*, 66(4), 219–233. <https://doi.org/10.1037/h0040891>
- Rapin, I., & Dunn, M. (2003). Update on the language disorders of individuals on the autistic spectrum. *Brain and Development*, 25(3), 166–172. [https://doi.org/10.1016/S0387-7604\(02\)00191-2](https://doi.org/10.1016/S0387-7604(02)00191-2)
- Rapp, J. T. (2006). Toward an Empirical Method for Identifying Matched Stimulation for Automatically Reinforced Behavior: a Preliminary Investigation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39(1), 137–140. <https://doi.org/10.1901/jaba.2006.37-05>
- Rapport. (1989). In *The new lexicon Webster's dictionary of the English language* (Encyclopedic ed.). New York, NY: Lexicon.
- Ράτση, Μ. (2019). *Η θεραπευτική σχέση των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος με τους θεραπευτές τους ως μέσο προαγωγής βέλτιστης θεραπευτικής*

έκβασης. (Διπλωματική Εργασία). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Raue, P. J., & Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *Wiley series on personality processes. The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 131–152). Oxford, England: John Wiley & Sons.

Reichow, B., Volkmar, F. R., & Cicchetti, D. V. (2008). Development of the evaluative method for evaluating and determining evidence-based practices in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1311–1319. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0517-7>

Reinke, W. M., Lewis-Palmer, T., & Martin, E. (2007). The effect of visual performance feedback on teacher use of behavior-specific praise. *Behavior Modification*, 31(3), 247–263. <https://doi.org/10.1177/0145445506288967>

Reynolds, W. J., & Scott, B. (1999). Empathy: A crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5), 363–370. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1999.00228.x>

Riess, H., Kelley, J. M., Bailey, R. W., Dunn, E. J., & Phillips, M. (2012). Empathy training for resident physicians: A randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1280–1286. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2063-z>

Riess, H., & Kraft-Todd, G. (2014). E.M.P.A.T.H.Y.: A tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Academic Medicine*, 89(8), 1108–1112. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000287>

Rincover, A. (1978). Sensory Extinction: A procedure for eliminating self-stimulatory behavior in developmentally disabled children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6(3), 299–310. <https://doi.org/10.1007/BF00924733>

Rincover, A., Cook, R., Peoples, A., & Packard, D. (1979). Sensory extinction and sensory reinforcement principles for programming multiple adaptive behavior

- change. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12(2), 221–233. <https://doi.org/10.1901/jaba.1979.12-221>
- Riordan, M. M., Iwata, B. A., Finney, J. W., Wohl, M. K., & Stanley, A. E. (1984). Behavioral assessment and treatment of chronic food refusal in handicapped children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17(3), 327–341. <https://doi.org/10.1901/jaba.1984.17-327>
- Risch, N., Hoffmann, T. J., Anderson, M., Croen, L. A., Grether, J. K., & Windham, G. C. (2014). Familial recurrence of autism spectrum disorder: Evaluating genetic and environmental contributions. *American Journal of Psychiatry*, 171(11), 1206–1213. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13101359>
- Robertson, C. E., & Baron-Cohen, S. (2017). Sensory perception in autism. *Nature Reviews Neuroscience*, 18, 671–684. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.112>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*. US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, S. J., Hayden, D., Hepburn, S., Charlifue-Smith, R., Hall, T., & Hayes, A. (2006). Teaching young nonverbal children with autism useful speech: A pilot study of the Denver model and PROMPT interventions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(8), 1007–1024. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0142-x>
- Rolider, A., & Van Houten, R. (1993). The Interpersonal Treatment Model. In R. Van Houten & S. Axelrod (Eds.), *Behavior Analysis and Treatment* (pp. 127–168). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9374-1_6
- Rosenfarb, I. S. (1992). A Behavior Analytic Interpretation of the Therapeutic Relationship. *The Psychological Record*, 42(3), 341–354. <https://doi.org/10.1007/BF03399606>
- Ρούσσοις, Π. Λ., & Τσαούσης, Γ. (2011). *Στατιστική στις επιστήμες της συμπεριφοράς με τη χρήση του SPSS*. Αθήνα: Τόπος.

- Ruzzo, E. K., Pérez-Cano, L., Jung, J. Y., Wang, L., Kashef-Haghighi, D., Hartl, C., ... Wall, D. P. (2019). Inherited and De Novo Genetic Risk for Autism Impacts Shared Networks. *Cell*, *178*(4), 850-866.e26. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.07.015>
- Saemundsen, E., Magnússon, P., Georgsdóttir, I., Egilsson, E., & Rafnsson, V. (2013). Prevalence of autism spectrum disorders in an Icelandic birth cohort. *BMJ Open*, *3*(6), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002748>
- Sandin, S., Lichtenstein, P., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Hultman, C. M., & Reichenberg, A. (2014). The familial risk of autism. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, *311*(17), 1770–1777. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.4144>
- Schmeichel, B. J. (2007). Attention control, memory updating, and emotion regulation temporarily reduce the capacity for executive control. *Journal of Experimental Psychology: General*, *136*(2), 241–255. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.136.2.241>
- Schmeichel, B. J., Volokhov, R. N., & Demaree, H. A. (2008). Working Memory Capacity and the Self-Regulation of Emotional Expression and Experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, *95*(6), 1526–1540. <https://doi.org/10.1037/a0013345>
- Schreuders, E., Klapwijk, E. T., Will, G. J., & Güroğlu, B. (2018). Friend versus foe: Neural correlates of prosocial decisions for liked and disliked peers. *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, *18*(1), 127–142. <https://doi.org/10.3758/s13415-017-0557-1>
- Seifer, R., Clark, G. N., & Sameroff, A. J. (1991). Positive effects of interaction coaching on infants with developmental disabilities and their mothers. *American Journal on Mental Retardation*, *96*(1), 1–11.
- Senju, A., & Johnson, M. H. (2009). Atypical eye contact in autism: Models, mechanisms and development. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *33*(8), 1204–1214. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.06.001>

- Shamsi, F., Hosseini, S., Tahamtan, M., & Bayat, M. (2019). Methodology Report: The Impaired Theory of Mind in Autism Spectrum Disorders and the Possible Remediative Role of Transcranial Direct Current Stimulation. *Journal of Advanced Medical Sciences and Applied Technologies*, 3(3), 175–178. <https://doi.org/10.32598/jamsat.3.3.175>
- Shapiro, J. (2002). How do physicians teach empathy in the primary care setting? *Academic Medicine*, 77(4), 323–328. <https://doi.org/10.1097/00001888-200204000-00012>
- Shelton, J. F., Tancredi, D. J., & Hertz-Picciotto, I. (2010). Independent and dependent contributions of advanced maternal and paternal ages to autism risk. *Autism Research*, 3(1), 30–39. <https://doi.org/10.1002/aur.116>
- Shillingsburg, M. A., Bowen, C. N., & Shapiro, S. K. (2014). Increasing social approach and decreasing social avoidance in children with autism spectrum disorder during discrete trial training. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(11), 1443–1453. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.07.013>
- Shillingsburg, M. A., Hansen, B., & Wright, M. (2019). Rapport Building and Instructional Fading Prior to Discrete Trial Instruction: Moving From Child-Led Play to Intensive Teaching. *Behavior Modification*, 43(2), 288–306. <https://doi.org/10.1177/0145445517751436>
- Shireman, M. L., Lerman, D. C., & Hillman, C. B. (2016). Teaching social play skills to adults and children with autism as an approach to building rapport. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 49(3), 512–531. <https://doi.org/10.1002/jaba.299>
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), 437–447. <https://doi.org/10.1177/0269216316663499>
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Mcmillan.

- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Knopf.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy. Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Song, Y., Nie, T., Shi, W., Zhao, X., & Yang, Y. (2019). Empathy Impairment in Individuals With Autism Spectrum Conditions From a Multidimensional Perspective: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01902>
- Spiro, H. (2009). Commentary: The practice of empathy. *Academic Medicine*, *84*(9), 1177–1179. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b18934>
- Sprecher, S., & Fehr, B. (2005). Compassionate love for close others and humanity. *Journal of Social and Personal Relationships*, *22*(5), 629–651. <https://doi.org/10.1177/0265407505056439>
- Σταλίκας, Α. & Μερτίκας, Α. (2004). *Η Θεραπευτική Συμμαχία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Stellar, J. E., Cohen, A., Oveis, C., & Keltner, D. (2015). Affective and physiological responses to the suffering of others: Compassion and vagal activity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *108*(4), 572–585. <https://doi.org/10.1037/pspi0000010>
- Stocks, E. L., Lishner, D. A., Waits, B. L., & Downum, E. M. (2011). I'm Embarrassed for You: The Effect of Valuing and Perspective Taking on Empathic Embarrassment and Empathic Concern. *Journal of Applied Social Psychology*, *41*(1), 1–26. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2010.00699.x>
- Strathearn, L., Fonagy, P., Amico, J., & Montague, P. R. (2009). Adult Attachment Predicts Maternal Brain and Oxytocin Response to Infant Cues. *Neuropsychopharmacology*, *34*(13), 2655–2666. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.103>

- Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, *47*, 15–27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>
- Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B., & Frankel, R. (1997). A Model of Empathic Communication in the Medical Interview. *JAMA*, *277*(8), 678–682. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03540320082047>
- Sweet, A. A. (1984). The therapeutic relationship in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, *4*(3), 253–272. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(84\)90003-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(84)90003-5)
- Tager-Flusberg, H., Rogers, S., Cooper, J., Landa, R., Lord, C., Paul, R., ... Yoder, P. (2009). Defining spoken language benchmarks and selecting measures of expressive language development for young children with autism spectrum disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *52*(3), 643–652. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2009/08-0136\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2009/08-0136))
- Taylor, B. A., LeBlanc, L. A., & Nosik, M. R. (2019). Compassionate Care in Behavior Analytic Treatment: Can Outcomes be Enhanced by Attending to Relationships with Caregivers? *Behavior Analysis in Practice*, *12*(3), 654–666. <https://doi.org/10.1007/s40617-018-00289-3>
- Trimmer, E., McDonald, S., & Rushby, J. A. (2017). Not knowing what I feel: Emotional empathy in autism spectrum disorders. *Autism*, *21*(4), 450–457. <https://doi.org/10.1177/1362361316648520>
- Turner, M. (1999). Repetitive behaviour in autism: A review of psychological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *40*(6), 839–849. <https://doi.org/10.1017/S0021963099004278>
- Van der Graaff, J., Meeus, W., de Wied, M., van Boxtel, A., van Lier, P. A. C., Koot, H. M., & Branje, S. (2016). Motor, affective and cognitive empathy in adolescence: Interrelations between facial electromyography and self-reported

- trait and state measures. *Cognition and Emotion*, 30(4), 745–761.
<https://doi.org/10.1080/02699931.2015.1027665>
- Vollmer, T. R., & Hackenberg, T. D. (2001). Reinforcement contingencies and social reinforcement: some reciprocal relations between basic and applied research. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(2), 241–253.
<https://doi.org/10.1901/jaba.2001.34-241>
- Wang, C., Geng, H., Liu, W., & Zhang, G. (2017). Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: A meta-analysis. *Medicine*, 96(18), 699–702.
<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000006696>
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20(2), 158–177. <https://doi.org/10.1037/h0074428>
- Watson, J. B. (1924/1930). *Behaviorism*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (1998). The therapeutic alliance in short-term humanistic and experiential therapies. In *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 123–145). Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10306-005>
- Windover, A. K., Boissy, A., Rice, T. W., Gilligan, T., Velez, V. J., & Merlino, J. (2014). The REDE Model of Healthcare Communication: Optimizing Relationship as a Therapeutic Agent. *Journal of Patient Experience*, 1(1), 8–13.
<https://doi.org/10.1177/237437431400100103>
- Wright, J. H., & Davis, D. (1994). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: Patient perceptions and therapist responses. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1(1), 25–45. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80085-9](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80085-9)
- Yau, V., Lynch, F., Madden, J., Owen-Smith, A., Coleman, K., Bent, S., ... Pomichowski, M. (2013). Variation in the Incidence and Prevalence of Autism from Multiple Health Systems: Findings from the Mental Health Research Network Autism Registry Study. *Clinical Medicine & Research*, 11(3), 166.
<https://doi.org/10.3121/cmr.2013.1176.ps1-13>

- Yi, L., Fan, Y., Quinn, P. C., Feng, C., Huang, D., Li, J., ... Lee, K. (2013). Abnormality in face scanning by children with autism spectrum disorder is limited to the eye region: Evidence from multi-method analyses of eye tracking data. *Journal of Vision*, *13*(10), 1-13. <https://doi.org/10.1167/13.10.5>
- Zelazo, D. P., Jacques, S., Burack, J. A., & Frye, D. (2002). The relation between theory of mind and rule use: evidence from persons with autism-spectrum disorders. *Infant and Child Development*, *11*(2), 171–195. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/icd.304>
- Zhao, X., Li, X., Song, Y., & Shi, W. (2019). Autistic Traits and Prosocial Behaviour in the General Population: Test of the Mediating Effects of Trait Empathy and State Empathic Concern. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *49*(10), 3925–3938. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3745-0>

Γλωσσάριο

Affection: στοργή

Affective empathy: συναισθηματική ενσυναίσθηση

Aversive demands: οι μη προτιμώμενες ή αποτρεπτικές απαιτήσεις

Cognitive empathy: γνωστική ενσυναίσθηση

Compassion: συμπόνια, ενεργός ενσυναίσθηση

Compassionate care: η συμπονετική φροντίδα

Create: δημιουργία

Describe: περιγραφή

Emotional resonance: συναισθηματικός συντονισμός

Empathic accuracy: ενσυναισθητική ακρίβεια

Empathic concern: ενσυναισθητική ανησυχία

Empathy: ενσυναίσθηση

Imitate: μίμηση

Initiate: ανάληψη πρωτοβουλίας

Pairing: η σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος

Perspective-taking: η υιοθέτηση προοπτικής

Praise: παροχή κοινωνικής ενίσχυσης υπό τη μορφή επαίνου

Pre-session pairing: η εμπλοκή του θεραπευτή σε δραστηριότητες ή παιχνίδια της προτίμησης του παιδιού πριν την έναρξη της θεραπευτικής συνεδρίας

Proximity: φυσική εγγύτητα

Reflect: επανάληψη και λεκτική επέκταση

State-cognitive empathy (S-CE): η «καταστασιακή»-γνωστική ενσυναίσθηση,

State-empathic accuracy (S-EA): η «καταστασιακή»-ενσυναισθητική ακρίβεια

State-empathic concern (S-EC): η «καταστασιακή»-ενσυναισθητική ανησυχία

State empathy: η «καταστασιακή» ενσυναίσθηση, η διαπροσωπική ψυχολογική διαδικασία ή κατάσταση που προκαλείται από μια συγκεκριμένη κατάσταση ή ερέθισμα

Sympathy: αίσθημα συμπαράστασης

Trait-cognitive empathy (T-CE): η γνωστική ενσυναίσθηση ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας του ατόμου

Trait-empathic accuracy (T-EA): η ενσυναισθητική ακρίβεια ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας του ατόμου

Trait-empathic concern (T-EC): η ενσυναισθητική ανησυχία ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας του ατόμου

Trait empathy: η ενσυναίσθηση ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός ατόμου

Turn – taking strategy: η ενίσχυση της αμοιβαιότητας.

Warmth: ζεστασιά

Work tasks: εκπαιδευτικές δραστηριότητες.

Παράρτημα

ΦΥΛΛΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ημερομηνία:
Όνομα θεραπευτή:
Όνομα παιδιού:
Κωδικός βίντεο:

Μεταβλητές θεραπευτή και παιδιού:

Ενεργός ενσυναίσθηση						
sec						Ποσοστό:
+/-						/100%
Συναίσθημα (χαρά, λύπη, θυμός, δυσαρέσκεια, κούραση, στοργή)						

Σύνδεση θεραπευτή και παιδιού με ΛΑΦ						
<u>ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ</u>	<u>ΜΕΣΟΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ</u>					
<u>ΚΥΡΙΕΣ</u>	1	2	3	4	5	ΣΥΝ ⁹
Φυσική εγγύτητα με από κοινού εποικοδομητική ενασχόληση						/100%
Κοινωνική ενίσχυση						/100%
Πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση						/100%
<u>ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΕΣ</u>						
Λεκτική επανάληψη ή/και επέκταση						/100%
Μίμηση						/100%
Περιγραφή						/100%
ΣΥΝ ¹⁰						/100%

⁹ Προκύπτει από το άθροισμα των «+» στα μεσοδιαστήματα και είναι μοναδικό για κάθε δεξιότητα ανά συνεδρία.

¹⁰ Προκύπτει μόνο από τις εκδηλώσεις των κύριων δεξιοτήτων του θεραπευτή και είναι μοναδικό ανά μεσοδιάστημα. Σκοράρουμε «+» όταν η φυσική εγγύτητα, η κοινωνική ενίσχυση και η πρωτοβουλία για αλληλεπίδραση έχουν εκδηλωθεί από τον θεραπευτή. Σκοράρουμε «-», αν έστω μία δεν έχει εκδηλωθεί. Η εκδήλωση των δευτερευουσών δεξιοτήτων δεν επηρεάζει το σκοράρισμα.