



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΚΑΛΩΝ ΤΕΧΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΙΚΑΣΤΙΚΩΝ ΤΕΧΝΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΣ**

“ Η θεραπευτική επίδραση της τέχνης σε άτομα στο φάσμα του αυτισμού ”

ΕΥΓΕΝΙΑ ΠΑΓΩΝΗ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2025



Αναφορά Δημιουργού – Παρόμοια Διανομή 4.0 (CC-BY-SA)



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΚΑΛΩΝ ΤΕΧΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΙΚΑΣΤΙΚΩΝ ΤΕΧΝΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΣ**

“ Η θεραπευτική επίδραση της τέχνης σε άτομα στο φάσμα του αυτισμού ”

ΕΥΤΕΝΙΑ ΠΑΓΩΝΗ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2025

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Εικαστικών Τεχνών και Επιστημών της Τέχνης της Σχολής Καλών Τεχνών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνωμών του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2».

Ημερομηνία αίτησης : 05/03/2014

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 01/07/2015

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπουσα: Α. Δήμου - Τζαβάρα

Μέλη: Μ. Κυπριωτάκη, Π. Παπαδημητρόπουλος

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 10/07/2014

Η θεραπευτική επίδραση της τέχνης σε άτομα στο φάσμα του αυτισμού

Ημερομηνία Ανασυγκρότησης Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής :
25/05/2022

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων: Βασίλειος Πασχάλης

Μέλη: Μ. Κυπριωτάκη, Σ. Σούλης

ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : 07/05/2025

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» στις 17/06/2025

Ο Πρόεδρος του Τμήματος

Η Γραμματέας του Τμήματος

**Ευάγγελος Γκόκας
Καθηγητής**

Γεωργία Ασλάνη

Εξεταστική Επιτροπή:

Πρώτος Συνεπιβλέπων: Βασίλειος Πασχάλης, Επικουρος Καθηγητής

Δεύτερη Συνεπιβλέπουσα: Μαρία Κυπριωτάκη, Αν. Καθηγήτρια

Τρίτος Συνεπιβλέπων : Σπυρίδων Σούλης, Καθηγητής

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: Μαρία Πουρνάρη, Ομοτ. Καθηγήτρια

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: Ελένη Μορφίδη, Αν. Καθηγήτρια

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: Μαρία Λιακοπούλου, Αν. Καθηγήτρια

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: Φίλιππος Ευαγγέλου, Επίκουρος Καθηγητής

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι η διδακτορική διατριβή είναι εξ ολοκλήρου δικό μου έργο και κανένα μέρος της δεν είναι αντιγραμμένο από έντυπες ή ηλεκτρονικές πηγές, μετάφραση από ξενόγλωσσες πηγές και αναπαραγωγή από εργασίες άλλων ερευνητών ή φοιτητών. Όπου έχω βασιστεί σε ιδέες ή κείμενα άλλων, έχω προσπαθήσει με όλες μου τις δυνάμεις να το προσδιορίσω σαφώς μέσα από την καλή χρήση αναφορών ακολουθώντας την ακαδημαϊκή δεοντολογία».

Παγώνη Δ. Ευγενία

Περίληψη

Η παρούσα διδακτορική διατριβή διερευνά τις προσλαμβάνουσες των εν ενεργεία εκπαιδευτικών σε σχέση με τη φύση, τον ρόλο και την επίδραση της θεραπείας μέσω της τέχνης σε παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Περιλαμβάνει μια εκτενή βιβλιογραφική επισκόπηση στους δύο κεντρικούς τομείς: τις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος και τη θεραπεία μέσω τέχνης. Διερευνήθηκαν η φύση και τα αίτια των ΔΑΦ, όπως επίσης οι θεωρητικές έννοιες και οι θεραπευτικοί μηχανισμοί που σχετίζονται με τη θεραπεία μέσω της τέχνης. Στο πλαίσιο της θεωρητικής επισκόπησης έγινε μια προσπάθεια να προσδιοριστεί το πώς οι θεραπευτικές παρεμβάσεις μέσω τέχνης, και συγκεκριμένα μέσω των εικαστικών τεχνών, μπορούν να εφαρμοστούν αποτελεσματικά στη διαχείριση των επικοινωνιακών, των κοινωνικών και των γνωσιακών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΑΦ. Προϊόν της θεωρητικής επισκόπησης είναι ένα εγχειρίδιο για την κατανόηση του τρόπου εφαρμογής της θεραπείας μέσω της τέχνης σε παρεμβάσεις σε παιδιά με ΔΑΦ, μέσω της τεκμηρίωσης των πλεονεκτημάτων και των ωφελειών της.

Στο δεύτερο μέρος της μελέτης παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας που έλαβε χώρα με τη συμμετοχή 223 εν ενεργεία εκπαιδευτικών ειδικής αγωγής, καλλιτεχνικών και θεάτρου, με χρήση ερωτηματολογίου κλειστού τύπου (ερωτήσεις n=54). Στην πρώτη ενότητα ερωτήσεων (n=14) καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, σπουδές, προϋπηρεσία, ειδικότητα, βαθμίδα εκπαίδευσης, τοποθεσία και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες εργασίας, γενική επιμόρφωση, ειδική επιμόρφωση σε θεραπείες μέσω τέχνης και σε άτομα με ΔΑΦ, προϋπηρεσία σε τάξεις με παιδιά με ΔΑΦ). Στην επόμενη ενότητα ερωτήσεων (n=26) καταγράφηκαν οι απόψεις των εκπαιδευτικών για τη θεραπευτική προσέγγιση μέσω τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ και στην τρίτη ενότητα (ερωτήσεις n=14), οι απόψεις τους για τον ρόλο του θεραπευτή-καλλιτέχνη. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε στο λογισμικό στατιστικής επεξεργασίας SPSSversion 25 και έλεγχος με t -test και one-way ANOVA (F-test).

Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί αναγνωρίζουν ότι η τέχνη και η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλουν στην κατάκτηση κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ, ότι πρόκειται για δυναμικές θεραπευτικές παρεμβάσεις που διεγείρουν τα αντιληπτικά, αισθητηριακά και κινητικά

μέρη του εγκεφάλου των παιδιών αυτών, την οπτική τους μνήμη, το αίσθημα ευεξίας, την αυτοέκφραση και την κριτική τους σκέψη, την αίσθηση του χώρου, του χρόνου, του προσανατολισμού, του ρυθμού και του συντονισμού. Όσο μεγαλύτεροι ηλικιακά είναι οι εκπαιδευτικοί, τόσο λιγότερο αναγνωρίζουν την αξία της θεραπείας μέσω τέχνης, ενώ όσο περισσότεροι καταρτισμένοι σε θέματα ΔΑΦ είναι, τόσο θετικότερη στάση διατηρούν έναντι των καλλιτεχνικών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Τέλος, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών αναγνωρίζει ότι ο θεραπευτής-καλλιτέχνης είναι αποτελεσματικός, όταν εστιάζει στο παραγόμενο έργο σε συσχέτιση με την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των παιδιών με ΔΑΦ, όταν καλλιεργεί κλίμα εμπιστοσύνης μέσα από αντιδράσεις επίγνωσης και κατανόησης του αυθορμητισμού και της αυθεντικότητας των παιδιών με ΔΑΦ, όταν έχει την ικανότητα να εξατομικεύει, να (ανα)προσαρμόζει και να παρεμβαίνει επιλέγοντας την κατάλληλη πρακτική.

Λέξεις Κλειδιά: Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος, Θεραπεία Τέχνης, Παιδιά, Εικαστική Παρέμβαση, Επικοινωνία, Κοινωνικές Δεξιότητες

Abstract

This PhD thesis explores the perceptions of practicing teachers regarding the nature, the role and the impact of art therapy for children with Pervasive Developmental Disorders (PDD). It includes an extensive literature review in the two central areas: Pervasive Developmental Disorders and art therapy. The nature and causes of PDD are explored, as well as theoretical concepts and therapeutic mechanisms related to art therapy. Within the framework of the theoretical overview, an attempt was made to determine how therapeutic interventions through art, and specifically through the visual arts, can be effectively applied in managing the communication, social and cognitive challenges faced by children with PDD. The product of the theoretical overview is a handbook for understanding how to apply art therapy in interventions for children with PDD, by documenting its advantages and benefits.

The second part of the study presents the results of the quantitative research that took place with the participation of 223 active special education, arts and theater teachers, using a closed questionnaire (n = 54 questions). In the first section of questions (n=14), the demographic data of the participants were recorded (gender, age, education, previous service, specialty, level of education, location and socio-economic working conditions, general training, special training in art therapies and in people with PDD, experience in classes with children with PDD). In the next section of questions (n=26), teachers' views on the therapeutic approach through art for children with PDD were recorded, and in the third section (n=14 questions), their views on the role of the therapist-artist. Data analysis was done in SPSS version 25 statistical processing software and tested with t-test and one way ANOVA (F-test).

The research found that teachers recognize that art and artistic creation contribute to the acquisition of social and communication skills in children with PDD, that these are dynamic therapeutic interventions that stimulate the perceptual, sensory and motor parts of the brain of these children, the visual their memory, sense of well-being, self-expression and critical thinking, sense of space, time, orientation, rhythm and coordination. The older teachers are, the less they recognize the value of art therapy, while the more educated they are in PDD issues, the more positive their attitude towards art therapy approaches. Finally, the majority of participating teachers recognize that the therapist-artist is effective when he focuses on the produced work

in relation to the psycho-emotional state of children with PDD, when he cultivates a climate of trust through reactions of awareness and understanding of the spontaneity and authenticity of children with PDD, when he has the ability to personalize, (re)adapt and intervene by choosing the keypractice.

Keywords: Pervasive Developmental Disorder, Art Therapy, Children, Visual Intervention, Communication, Social Skills

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους όσους μου παρείχαν βοήθεια και υποστήριξη στην ερευνητική μου προσπάθεια. Τις πιο βαθιές μου ευχαριστίες θέλω να εκφράσω στον βασικό επιβλέποντα της διατριβής μου, τον Επίκουρο καθηγητή του Πανεπιστημίου κ.κ Πασχάλη Βασίλειο, ο οποίος υπήρξε σύμβουλος, υποστηρικτής και αρωγός μου καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της ερευνητικής μου μελέτη, όταν ανέλαβε την εποπτεία της διατριβής, μετά τη θλιβερή απώλεια της πρώτης επιβλέπουσας. Η επιστημονική του καθοδήγηση, η αφιέρωση πολύ και σημαντικού προσωπικού χρόνου, η εμπιστοσύνη που έδειξε προς το πρόσωπό μου, ώστε να με επιλέξει ως διδάκτορα του και η διάθεσή του να μου παρέχει κάθε είδους βοήθεια, είναι ένα μικρό δείγμα της συμπαράστασης που έτυχα από αυτόν και για την οποία είμαι ιδιαίτερος ευγνώμων.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω από βάθος καρδιάς τα μέλη της τριμελούς επιτροπής, τον Επίκουρο καθηγητή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ.κ Πασχάλη Βασίλειο, την Αναπληρώτρια καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Κρήτης κ.κ. Κυπριωτάκη Μαρία, η οποία ήταν παρούσα σε κάθε μου αγωνία, ανησυχία , προσφέροντας μου τον καθησυχασμό της και ενισχύοντας την πίστη μου στην προσπάθειά μου και τον καθηγητή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ.κ. Σούλη Σπυρίδωνα. . Αισθάνομαι επίσης την ανάγκη να αναφέρω το όνομα της εκλιπούσης, Τζαβάρα Αναστασίας, που η απώλεια της ήταν μεγάλο πλήγμα ,βασικά ανθρώπινο που σαφώς επηρέασε την πορεία της διατριβής. Ωστόσο, η συνεργασία μας είχε ξεκινήσει άριστα κι ακόμα θυμάμαι αλλά και πάντα θα θυμάμαι ότι ήταν πάνω απ' όλα ανθρώπινη και μεγάλο μου στήριγμα, πέρα από την επιστημονική της ταυτότητα.

Για το τέλος αφήνω τις θερμότερες ευχαριστίες μου στα πρόσωπα του στενού οικογενειακού, φιλικού και επαγγελματικού περιβάλλοντός μου, που με υπομονή, κατανόηση, αγάπη και ενδιαφέρον μου παραστάθηκαν με πολλούς και διάφορους τρόπους, προκειμένου να ανταποκριθώ στις απαιτήσεις της ερευνητικής μου μελέτης με επιτυχία. Τους ευχαριστώ λοιπόν που υπάρχουν στη ζωή μου και την ομορφαίνουν καθημερινά.

*Στην κόρη μου , Δήμητρα, που είναι για όλα η έμπνευσή μου
και στην Καθηγήτριά μου, Βαρβάρα Παναρετάκη, το πρότυπό μου, που
πάντα στέκεται στο πλευρό μου.*

Πίνακας περιεχομένων	
Περίληψη	7
Abstract	9
Ευχαριστίες	11
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	16
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	18
Εισαγωγή.....	23
Κεφάλαιο 1 ^ο . Θεωρητική επισκόπηση επί των βασικών όρων.....	31
1.1 Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ).....	31
1.2 Ορισμός ΔΑΦ	32
1.3 Ιστορικά στοιχεία για τη ΔΑΦ	33
1.4 Αιτιολογία της ΔΑΦ.....	35
1.5 Διάγνωση και διαγνωστικά κριτήρια της ΔΑΦ	36
1.6 Συχνότητα εμφάνισης της ΔΑΦ	43
1.7 Χαρακτηριστικά-δυσκολίες των ατόμων με ΔΑΦ	45
1.8 Γενετική αιτιολογία της ΔΑΦ	47
1.9 Επικοινωνία και ΔΑΦ	49
1.10 Κοινωνικές δεξιότητες και ΔΑΦ.....	50
1.11 Τρόποι παρέμβασης	53
Κεφάλαιο 2 ^ο :Θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης	56
2.1 Παραδοσιακή θεραπεία και τέχνες	56
2.2 Ορισμοί και αντικείμενο της θεραπείας μέσω τέχνης	57
2.3 Η επίδραση της θεραπείας μέσω τέχνης στον ανθρώπινο εγκέφαλο.....	60
2.4 Θεωρητικές προσεγγίσεις για τη θεραπεία μέσω τέχνης.....	62
2.5 Αποτελεσματικότητα και χρησιμότητα της θεραπείας μέσω τέχνης	63
2.6 Ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη	68
2.7 Θεραπεία μέσω τέχνης και αναπηρία	71
2.8 Εικαστικές τέχνες και Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος.....	73
2.9 Καλλιτεχνικά ταλέντα και ικανότητα σχεδιασμού σε παιδιά με ΔΑΦ.....	77
2.10 Εφαρμογή της θεραπείας μέσω τέχνης	79
2.10.1 Οικογένεια.....	80
2.10.2 Ομάδα	82
2.10.3 Συμπεριληπτικό σχολείο	86

2.11 Εικαστικά υλικά	90
Κεφάλαιο 3 ^ο : Θεραπευτική Τέχνη και Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	94
3.1 Θεραπευτική εμπειρία μέσω τέχνης για παιδιά με ΔΑΦ	94
3.2 Φαντασία, αφηρημένη εικαστική δημιουργία και δημιουργικότητα	101
3.3 Θεραπεία μέσω τέχνης: τεχνικές και χρήση εικόνων	105
3.3.1 Θεραπευτικές κάρτες κολλάζ (soul collage), μεταφορά και αφηγηματική θεραπεία	106
3.3.2 Μέθοδος απεικόνισης του εαυτού ως Δέντρο	110
3.3.3 Ημέθοδος DelGiaco Art Therapy	111
3.4 Θεραπευτική τέχνη, επικοινωνία και κοινωνικές δεξιότητες	113
3.4.1 Η σταθερότητα του αντικειμένου	116
3.4.2 Δεξιότητες συντονισμένης προσοχής	117
3.4.4 Σχεδιασμός πορτραίτου	118
3.4.5 Το διαδραστικό τετράγωνο	120
3.5 Γνωστική συμπεριφορά και θεραπεία μέσω τέχνης	121
3.6 Η χρήση του χρώματος στη θεραπεία	123
Κεφάλαιο 4 ^ο : Εικαστικές τέχνες και εικαστική θεραπεία	125
4.1 Εικαστική θεραπεία: Θεραπεία μέσω της δημιουργικότητας	125
4.1.1 Ιστορικό υπόβαθρο	126
4.1.2 Θεωρητικό υπόβαθρο	127
4.1.3 Είδη εικαστικής θεραπείας	127
4.1.4 Τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην εικαστική θεραπεία	128
4.1.5 Οφέλη της εικαστικής θεραπείας	130
4.1.6 Η εικαστική θεραπεία σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες	131
4.1.7 Εικαστική θεραπεία και ψυχική υγεία	132
4.1.8 Η εικαστική θεραπεία στη φυσική αποκατάσταση	133
4.1.9 Εικαστική θεραπεία και πολιτισμικές προεκτάσεις	134
4.1.10 Προκλήσεις στην εικαστική θεραπεία	135
4.1.11 Μελλοντικές κατευθύνσεις στην έρευνα της εικαστικής θεραπείας	136
4.2 Η ηθική και αξιακή διάσταση της εικαστικής θεραπείας	137
Κεφάλαιο 5 ^ο : Θεραπεία μέσω τέχνης ως ισότητα πέραν του «κανονικού»	144
5.1 Το «κανονικό» και το «παθολογικό»	144
Κεφάλαιο 6 ^ο : Μεθοδολογία της έρευνας	150

6.1 Ερευνητική στρατηγική	150
6.2 Το εργαλείο της έρευνας	151
6.3 Το δείγμα της έρευνας.....	153
6.4 Ανάλυση δεδομένων.....	154
6.5 Διαδικασία, περιορισμοί και επεκτασιμότητα της έρευνας	154
6.6 Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας.....	156
Κεφάλαιο 7. Αποτελέσματα έρευνας	158
7.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος	158
7.2. Απόψεις για την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ	171
7.2.1. Έλεγχος διαφορών στις απόψεις για την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών	192
7.3. Απόψεις για το ρόλο του θεραπευτή.....	217
7.3.1. Έλεγχος διαφορών στις απόψεις για το ρόλο του θεραπευτή ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών	230
Συμπεράσματα-Συζήτηση	248
Ελληνόγλωσση.....	277
Διαδικτυακές πηγές.....	280

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Μέσος όρος (ΜΟ), διάμεση τιμή (Δ) και τυπική απόκλιση (ΤΑ) για τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ.....	190
Πίνακας 2. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με το φύλο τους	192
Πίνακας 3. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με την ηλικιακή ομάδα τους	195
Πίνακας 4. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με το επίπεδο σπουδών τους	199
Πίνακας 5. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με την ειδικότητα τους	203
Πίνακας 6. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με την προϋπηρεσία τους	205
Πίνακας 7. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με τη βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία εργάζονται	209
Πίνακας 8. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με το αν έχουν λάβει επιμόρφωση γενικά στην Ειδική Αγωγή	211
Πίνακας 9. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με το αν έχουν λάβει επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ.....	213
Πίνακας 10. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με το αν είχαν στο παρελθόν παιδιά με ΔΑΦ στις τάξεις τους	215
Πίνακας 11. Μέσος όρος (ΜΟ), διάμεση τιμή (Δ) και τυπική απόκλιση (ΤΑ) για τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή	229

Πίνακας 12. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με το φύλο τους	230
Πίνακας 13. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με την ηλικιακή ομάδα τους	233
Πίνακας 14. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με το επίπεδο σπουδών τους.....	235
Πίνακας 15. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με την ειδικότητα τους.....	237
Πίνακας 16. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με την προϋπηρεσία τους.....	239
Πίνακας 17. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με τη βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία εργάζονται.....	241
Πίνακας 18. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με το αν έχουν λάβει επιμόρφωση γενικά στην Ειδική Αγωγή.....	243
Πίνακας 19. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με το αν έχουν λάβει επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ	244
Πίνακας 20. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με το αν είχαν στο παρελθόν παιδιά με ΔΑΦ στις τάξεις τους.....	246

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1. Στοιχεία για το φύλο των εκπαιδευτικών στο δείγμα της μελέτης ...	158
Διάγραμμα 2. Στοιχεία για την ηλικιακή ομάδα των εκπαιδευτικών στο δείγμα της μελέτης.....	159
Διάγραμμα 3. Στοιχεία για το επίπεδο σπουδών των εκπαιδευτικών στο δείγμα της μελέτης.....	160
Διάγραμμα 4. Στοιχεία για τη συνολική προϋπηρεσία των εκπαιδευτικών στο δείγμα της μελέτης.....	161
Διάγραμμα 5. Στοιχεία για την ειδικότητα των εκπαιδευτικών στο δείγμα της μελέτης.....	162
Διάγραμμα 6. Στοιχεία για το αν οι εκπαιδευτικοί του δείγματος είναι εν ενεργεία	163
Διάγραμμα 7. Στοιχεία για τη βαθμίδα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στο δείγμα της μελέτης.....	164
Διάγραμμα 8. Στοιχεία για τον τόπο εργασίας των εκπαιδευτικών στο δείγμα της μελέτης.....	165
Διάγραμμα 9. Στοιχεία για το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της περιοχής που εργάζονται οι εκπαιδευτικοί στο δείγμα της μελέτης	166
Διάγραμμα 10. Στοιχεία για το αν οι εκπαιδευτικοί στο δείγμα της μελέτης έχουν λάβει επιμόρφωση γενικά στον τομέα της Ειδικής Αγωγής.....	167
Διάγραμμα 11. Στοιχεία για το είδος επιμόρφωσης που έχουν λάβει οι εκπαιδευτικοί στον τομέα της Ειδικής Αγωγής.....	168
Διάγραμμα 12. Στοιχεία για το αν οι εκπαιδευτικοί στο δείγμα της μελέτης έχουν λάβει επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ	169
Διάγραμμα 13. Στοιχεία για το είδος επιμόρφωσης που έχουν λάβει οι εκπαιδευτικοί στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ	170
Διάγραμμα 14. Στοιχεία για το αν οι εκπαιδευτικοί στο δείγμα της μελέτης είχαν στο παρελθόν παιδιά με ΔΑΦ στις τάξεις τους.....	171
Διάγραμμα 15. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ	172
Διάγραμμα 16. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.....	172

Διάγραμμα 17. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.....	173
Διάγραμμα 18. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	174
Διάγραμμα 19. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	175
Διάγραμμα 20. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.....	175
Διάγραμμα 21. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ..	176
Διάγραμμα 22. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	177
Διάγραμμα 23. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αντιληπτικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ.	178
Διάγραμμα 24. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αισθητηριακά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	178
Διάγραμμα 25. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα κινητικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ.....	179
Διάγραμμα 26. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης εμπλέκει και συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, μέσω της ενεργοποίησης πολλαπλών αισθήσεων στα παιδιά με ΔΑΦ.....	180
Διάγραμμα 27. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει τις λεκτικές δεξιότητες των παιδιών με ΔΑΦ.....	181
Διάγραμμα 28. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει την οπτική μνήμη στα παιδιά με ΔΑΦ	181
Διάγραμμα 29. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην τόνωση της ευεξίας στα παιδιά με ΔΑΦ	182
Διάγραμμα 30. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην καλλιέργεια του αισθήματος ικανοποίησης-ευχαρίστησης στα παιδιά με ΔΑΦ.....	183

Διάγραμμα 31. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση του έντονου στρες και της ανασφάλειας στα παιδιά με ΔΑΦ.	184
Διάγραμμα 32. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην αναγνώριση, αποδοχή και τη βελτίωση της έκφρασης των συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ.....	184
Διάγραμμα 33. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση της κριτικής ικανότητας των παιδιών με ΔΑΦ	185
Διάγραμμα 34. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	186
Διάγραμμα 35. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες ενισχύει την αίσθηση του χώρου, του χρόνου, του συντονισμού, του προσανατολισμού, του ρυθμού, βελτιώνοντας δηλαδή ψυχοκινητικά προβλήματα .	187
Διάγραμμα 36. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.....	187
Διάγραμμα 37. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν παιδιά με ΔΑΦ, τα οποία σχετίζονται με ηχολαλία και επανάληψη λέξεων, φράσεων και προτάσεων που ακούει το παιδί	188
Διάγραμμα 38. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση των συμπτωμάτων του αυτισμού που συνδέονται με τις επιθετικές συμπεριφορές.....	189
Διάγραμμα 39. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση της συμπτωματολογίας του αυτισμού που συνδέεται με φαινόμενα αυτοτραυματισμού.....	190
Διάγραμμα 40. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ	218
Διάγραμμα 41. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή του καλλιτεχνήματος στα παιδιά με ΔΑΦ	219

Διάγραμμα 42. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του υπόβαθρο στα παιδιά με ΔΑΦ.....	219
Διάγραμμα 43. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ	220
Διάγραμμα 44. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ.	221
Διάγραμμα 45. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό στα παιδιά με ΔΑΦ	222
Διάγραμμα 46. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ	223
Διάγραμμα 47. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της εξατομικευμένου προγράμματος στα παιδιά με ΔΑΦ.....	224
Διάγραμμα 48. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους τρόπους λήψης αποφάσεων και τα πρότυπα επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ	224
Διάγραμμα 49. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού έργου στα παιδιά με ΔΑΦ.....	225
Διάγραμμα 50. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να αξιοποιήσει το παραγόμενο έργο τέχνης ως μέσο ρύθμισης των παρεμβατικών του πολιτικών για την επίλυση των προβλημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ	226

- Διάγραμμα 51.** Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να επιλέγει τα κατάλληλα υλικά για την κατασκευή του εικαστικού έργου και τις κατάλληλες καλλιτεχνικές μεθόδους, ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ.....227
- Διάγραμμα 52.** Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να οριοθετεί αποφασιστικά το χρονικό διάστημα της καλλιτεχνικής προσέγγισης στα παιδιά με ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη την καταλληλότητα των συγκυριών και τον βαθμό αξιοποίησης όλων των πληροφοριακών δεδομένων που προέκυψαν κατά τη διαδικασία228
- Διάγραμμα 53.** Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να κατανοεί ότι η αμεσότητα του καλλιτεχνήματος εντείνει τα συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ, που σχετίζονται με τη δημιουργία του αυτή καθαυτή228

Εισαγωγή

Οι Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) επηρεάζουν αρνητικά την ικανότητα ενός ατόμου να επικοινωνεί αποτελεσματικά με τους άλλους, είτε λεκτικά, είτε μη λεκτικά, είτε χειρονομικά. Είναι επίσης, δύσκολο για τα άτομα με ΔΑΦ να εμπλακούν σε δραστηριότητες που απαιτούν προσοχή και εστίαση, και να μετατοπίσουν το βλέμμα τους προς ένα αντικείμενο ή πρόσωπο ή ενέργεια που τους επισημαίνεται (Wetherby, 2006:3-34). Εξίσου δύσκολο είναι για τα άτομα αυτά να παίζουν ή να δραστηριοποιούνται επιστρατεύοντας τη φαντασία τους (Evans&Dubowski, 2001:7-14), άρα να κοινωνικοποιούνται και να εντάσσονται ομαλά στο περιβάλλον γύρω τους. Ο αριθμός των παιδιών που έχουν διαγνωστεί με ΔΑΦ αυξάνεται σταθερά τα τελευταία χρόνια, εν μέρει λόγω αλλαγών στα διαγνωστικά κριτήρια και των εξελίξεων στον εντοπισμό και τη θεραπεία τους (Wetherby, 2006:3-34). Ο τομέας της ψυχικής υγείας που αφορά στις ΔΑΦ έχει αποδεδειγμένα αναπτύξει καλύτερους τρόπους ταξινόμησής τους, οι ειδικές εγκαταστάσεις εκπαίδευσης είναι πιο εξυπηρετικές και υπάρχουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ευαισθητοποίησης και υποστήριξης (Grinker, 2008:1-20).

Υπό τα νέα αυτά δεδομένα, οι περισσότερες περιπτώσεις ΔΑΦ διαγιγνώσκονται και οι επαγγελματίες του ιατρικού τομέα δύνανται να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα και να παρέμβουν για την αντιμετώπισή τους αποτελεσματικά. Έχουν διενεργηθεί μελέτες που καταδεικνύουν ότι υπάρχουν υποστηρικτικές προσεγγίσεις για την εκπαίδευση παιδιών και εφήβων με ΔΑΦ σε κοινωνικές, γλωσσικές και άλλες δεξιότητες που συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας της καθημερινότητάς τους και της ζωής τους. Όσο οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις αναλώνονται σε πολύπλοκα λεξιλόγια ή ασκήσεις, τόσο περισσότερο μειώνονται οι δεξιότητες των παιδιών με ΔΑΦ (Rogers, 2006:143-179) και τόσο περισσότερο μειώνονται οι πιθανότητες οι γονείς ή ειδικοί εκπαιδευτικοί να καταστούν σε θέση να υποστηρίξουν αποτελεσματικά τα παιδιά. Το εγχείρημα ανεύρεσης των κατάλληλων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων για παιδιά με ΔΑΦ δυσχεραίνεται από το γεγονός ότι δεν υπάρχει ούτε συγκεκριμένο μοτίβο της διαταραχής, ούτε συγκεκριμένη φόρμουλα για την επίτευξη αποτελεσματικής επικοινωνίας με το περιβάλλον ή/και εξωτερίκευσης των συναισθημάτων, των σκέψεων και των επιθυμιών.

Η θεραπεία μέσω τέχνης μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά ωφέλιμη για τα παιδιά και τους εφήβους με ΔΑΦ, καθώς όπως έχει καταδειχθεί ερευνητικά, βοηθά τους ανθρώπους να αποκτήσουν αυτοεπίγνωση και αυτογνωσία, άρα και να καλλιεργήσουν μεγαλύτερη ευχέρεια αυτοέκφρασης (EvanandDubowski 7-14). Η θεραπεία μέσω τέχνης, αν και συγκαταλέγεται στις αναδυόμενες παρεμβάσεις αντιμετώπισης και διαχείρισης των ΔΑΦ, λαμβάνει μικρή προσοχή, λόγω της κοινής αντίληψης ότι οι ΔΑΦ συνδέονται με έλλειμμα φαντασίας, άκαμπτα μοτίβα σκέψης και δυσεπίλυτα συμπεριφορικά προβλήματα, τα οποία δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη δημιουργικών δραστηριοτήτων (EvanandDubowski 7-14; Attwood, 2008:9-19). Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν σήμερα, ότι οι δημιουργικές διαδικασίες μπορούν να έχουν θετική νευρολογική επίδραση και να βελτιώσουν ορισμένες δυσλειτουργικές συμπεριφορές στα παιδιά με ΔΑΦ, υποστηρίζοντας ότι η υπερανalyτική, η άκαμπτη και η χωρίς φαντασία σκέψη τους μπορεί να διοχετευτεί αποτελεσματικά στην καλλιτεχνική έκφραση (EvanandDubowski7-14; Fitzgerald, 2006:9-25).

Η θεραπεία μέσω τέχνης είναι μια εκπαιδευτική και ταυτόχρονα θεραπευτική προσέγγιση που ενσωματώνει την έννοια της δημιουργικότητας με τα παράγωγα και τις διαδικασίες δημιουργίας τέχνης (Malchiodi, 2003:106-119). Είναι μια ήδη καθιερωμένη θεραπευτική προσέγγιση για πολλά κοινά ζητήματα που αντιμετωπίζει ο πληθυσμός με ΔΑΦ, όπως διαταραχές διάθεσης, συναισθηματικές διαταραχές, απογοήτευση και θυμός (Stewart, 2002:48-59). Η θεραπεία μέσω τέχνης μπορεί να ενισχύσει την καθιερωμένη θεραπεία μέσω των χρήσιμων προτύπων σκέψης της, των αντιληπτικών συστημάτων, των συστημάτων μνήμης και εκτελεστικής λειτουργίας, καθώς επίσης να διευκολύνει άμεσα την αισθητηριακή, την κινητική και τη γνωστική εμπειρία τόσο συνειδητά, όσο και ασυνείδητα (Hass-Cohen, 2008:283-309). Λόγω της εγγενούς φύσης της ως διαδραστικής και πρακτικής επικοινωνίας με τα άτομα με ΔΑΦ, η θεραπεία μέσω τέχνης δημιουργεί πολλαπλές ευκαιρίες ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων (EvanandDubowski7-14).

Δήλωση του προβλήματος και βασική υπόθεση

Μελέτες που δημοσιεύτηκαν ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 έδειξαν ότι περισσότερος από τον μισό πληθυσμό των ατόμων με ΔΑΦ δεν κατακτούν τη

δεξιότητα ομιλίας και της λεκτικής έκφρασης, επομένως μένουν πίσω όσον αφορά στην κοινωνικοποίηση και την επικοινωνία με τους γύρω τους (Wetherby, 2006:3-34). Με γνώμονα τα ευρήματά αυτά, καθίσταται εύλογο ότι πρέπει να προταθούν εναλλακτικές μέθοδοι αυτοέκφρασης και να διερευνηθεί το πώς και το πόσο συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών με ΔΑΦ. Άλλωστε, η κοινωνική περιθωριοποίηση και η αδυναμία λεκτικής και χειρονομικής επικοινωνίας είναι τα σημαντικότερα ίσως, προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΑΦ σε όλη τους τη ζωή. Ως μια τέτοια αποτελεσματική μέθοδος προτείνεται η θεραπεία μέσω τέχνης. Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει κάποια κινητικότητα ως προς την εμπειρική έρευνα για το πώς λειτουργεί η θεραπεία μέσω τέχνης. Συγκεκριμένα, καταδείχθηκε ότι η αυξημένη χρήση τεχνικών νευροεπιστημονικής απεικόνισης του εγκεφάλου για τη μελέτη των επιπτώσεων της δημιουργικής καλλιτεχνικής διαδικασίας στον εγκέφαλο έχει επικυρώσει τα πλεονεκτήματα που αποδίδονται στην εικαστική κυρίως, θεραπεία (Hass-Cohen, 2008:283-309; Lusebrink, 2004:125-135). Σε μια προσπάθεια σύζευξης των ανωτέρω δύο (2) δεδομένων, η κεντρική υπόθεση της παρούσας ερευνητικής μελέτης ορίζεται ως εξής: Οι παρεμβάσεις θεραπείας μέσω τέχνης βοηθούν τα παιδιά με ΔΑΦ να βελτιώσουν τις κοινωνικές και επικοινωνιακές τους δεξιότητες, και μέσω αυτών να αναβαθμίσουν την καθημερινότητά τους.

Σκοπός, σπουδαιότητα και αναγκαιότητα της έρευνας

Σκοπός της μελέτης και της ποσοτικής έρευνας είναι αφενός, να ανακαλυφθεί και να τεκμηριωθεί μέσω της σε βάθος βιβλιογραφικής επισκόπησης η χρησιμότητα και η αναγκαιότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων μέσω τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ που δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν, να (αυτο)εκφραστούν και να κοινωνικοποιηθούν, και αφετέρου, να διερευνηθούν ερευνητικά και ποσοτικά οι θέσεις και οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ωφελιμότητά τους στην εκπαιδευτική πραγματικότητα. Μέσω των δύο αυτών ερευνητικών οδών αποσκοπείται να επιβεβαιωθεί ή να διαψευστεί το αν η θεραπεία μέσω τέχνης που προορίζεται για παιδιά με ΔΑΦ μπορεί να τα βοηθήσει να αναπτύξουν οπτικο-χωρικές ικανότητες, εκτός φυσικά, από την αύξηση της αυτοπεποίθησης μέσω της δεξιότητας να δημιουργούν τέχνη.

Με την ολοκλήρωση της παρούσας ερευνητικής μελέτης ο αναγνώστης και η αναγνώστρια θα έχουν στα χέρια τους ένα χρήσιμο εγχειρίδιο για τη θεραπευτική παρέμβαση μέσω της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ, το οποίο θα προσφέρει τις απαιτούμενες και αναγκαίες γνώσεις, πληροφορίες και κατευθύνσεις για μελλοντικό σχεδιασμό, οργάνωση και εφαρμογή. Το εγχειρίδιο αυτό εστιάζει στα μοναδικά προβλήματα που σχετίζονται με τις ΔΑΦ κατά την παιδική ηλικία, τα οποία περιλαμβάνουν ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες, ελλιπής επικοινωνιακές δεξιότητες και συναισθηματική απορρύθμιση που επιδεινώνεται με την απόρριψη από τους συνομηλίκους, από τον εκφοβισμό και τη θυματοποίηση. Επιπροσθέτως, δίνει ιδιαίτερη προσοχή στους αναπτυξιακούς σταθμούς της παιδικής ηλικίας, τα οποία τίθενται υπό διακύβευση από τη ΔΑΦ. Τέτοιοι αναπτυξιακοί σταθμοί είναι η αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους, η εξατομίκευση και η ένταξη σε κοινωνικά περιβάλλοντα, όπως το σχολείο (Shephard et al., 2018:963-974). Στο εγχειρίδιο επισημαίνεται ότι η αδυναμία κατάκτησης των εν λόγω σταθμών οδηγεί στην ολοένα αυξανόμενη επίγνωση των παιδιών αναφορικά με τα ελλείμματά τους, η οποία αυξάνει το άγχος, τις συμπεριφορές θυμού και την περιπτωσιολογία καταθλιπτικών επεισοδίων. Τέλος, περιλαμβάνονται δείγματα συνεδριών, πρακτικών και μεθόδων που αφορούν συγκεκριμένους θεραπευτικούς τομείς που σχετίζονται με ΔΑΦ.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη και εγχειρίδιο για τη θεραπευτική παρέμβαση μέσω τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ προορίζεται να είναι κατατοπιστική ως προς την υφιστάμενη κατάσταση στην ελληνική εκπαίδευση. Η ερευνητική διαδικασία αποκαλύπτει τις στάσεις και τις αντιλήψεις εν ενεργεία εκπαιδευτικών και αποκαλύπτει αφενός, τον βαθμό ετοιμότητας της ελληνικής εκπαίδευσης να «ανοίξει τον δρόμο» για την ενσωμάτωση της θεραπείας μέσω της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ και αφετέρου, τον ρόλο της τέχνης στην ειδική αγωγή και τη συμπεριληπτική εκπαίδευση. Από τα ευρήματα της έρευνας προκύπτει εμμέσως, αν και σαφώς, το αν γίνονται οι κατάλληλες ενέργειες από πλευρά της επίσημης πολιτείας και από τους φορείς της επίσημης εκπαίδευσης σχετικά με μια δομημένη στρατηγική συμμετοχής των παιδιών με ΔΑΦ σε προγράμματα καλλιέργειας δεξιοτήτων επικοινωνίας, έκφρασης και κοινωνικοποίησης. Το έλλειμμα γνώσεων ή η γνώση των φορέων της εκπαίδευσης για την πραγματικότητα που βιώνουν τα παιδιά με ΔΑΦ καθορίζει άλλωστε, το πώς αντιμετωπίζονται.

Τα αποτελέσματα και τα πορίσματα της έρευνας έρχονται να εμπλουτίσουν περαιτέρω την εγχώρια και διεθνή βιβλιογραφία που σχετίζεται με τις ΔΑΦ και τις ανάγκες των παιδιών και των εφήβων που ζουν κοινωνικά αποκομμένα από τους άλλους και εκδηλώνουν συμπεριφορά απόσυρσης, λόγω της αδυναμίας τους να επικοινωνήσουν με λεκτικούς και μη λεκτικούς τρόπους. Η αναγκαιότητα ενσωμάτωσης των παιδιών αυτών είναι τόσο επιβεβλημένη και επιτακτική που κάθε έρευνα προς εξυπηρέτηση αυτού του σκοπού είναι κάτι παραπάνω από αναγκαία. Η ανάδειξη της τέχνης ως εργαλείο δημιουργίας θετικών διαπροσωπικών συνδέσεων μπορεί να αποδεικνύεται καθοριστικής σημασίας για την αντιμετώπιση της συναισθηματικής εξουθένωσης των παιδιών με ΔΑΦ και κάθε τεκμήριο ως προς αυτό λειτουργεί ενισχυτικά στον σχεδιασμό, στην οργάνωση και την υλοποίηση καταλληλότερων στρατηγικών. Η παρούσα έρευνα μπορεί να αποτελέσει το θεωρητικό υπόβαθρο για την έμπρακτη επένδυση σε καλλιτεχνικού τύπου θεραπευτικές λύσεις για τη συμπερίληψη και την ουσιαστική υποστήριξη των παιδιών με ΔΑΦ στο εκπαιδευτικό και κοινωνικό γίγνεσθαι, στην οποία ο ρόλος, οι θέσεις και οι αντιλήψεις είναι σημαίνουσας σημασίας.

Με την μελέτη της θεραπευτικής διάστασης της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ, η ερευνήτρια συμβάλλει στον εμπλουτισμό της βιβλιογραφίας και την κάλυψη του ερευνητικού κενού στην ελληνική βιβλιογραφία. Οι πιο πρόσφατες συναφείς ερευνητικές προσπάθειες συνήθως περιορίζονται στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακών και διδακτορικών διατριβών. Χαρακτηριστικές είναι οι περιπτώσεις της Τατιάνας Ρεμούνδου (*Εικαστική παρέμβαση σε εφήβους και μετεφήβους μαθητές με αυτισμό*, 2018), της Ελένης Σακκά (*Η θεραπευτική επίδραση της μουσειακής και εικαστικής αγωγής σε μαθητές με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος*, 2024), της Ευφροσύνης Ζουρνατζή και Γεωργίας Νούση (*Αυτισμός και εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας*, 2020), των Μαργαρίτη Βρη και Σταμάτιου Κυριάκου (*Θεραπείες μέσω τέχνης και η επίδρασή τους στην ψυχική υγεία του ατόμου*, 2019), της Ελένης Ανυφαντή (*Η συμβολή του παιχνιδιού στη θεραπεία παιδιών με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές-Βιβλιογραφική επισκόπηση πρόσφατων ερευνητικών ευρημάτων*, 2015). Οι ανωτέρω ερευνητικές μελέτες προσεγγίζουν μερικές πτυχές της παρούσας κεντρικής προβληματικής, χωρίς να εστιάζουν ακριβώς στη διερεύνηση της κεντρικής υπόθεσης ότι η θεραπεία μέσω τέχνης ωφελεί τα παιδιά με ΔΑΦ.

Κεντρικό ερευνητικό ερώτημα και επιμέρους ερωτήματα

Εκτός από το κεντρικό ερώτημα που αφορά στο πώς αντιλαμβάνονται οι Έλληνες εκπαιδευτικοί τη θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ και τον ρόλο του θεραπευτή-καλλιτέχνη στην αποτελεσματική διαχείριση των επικοινωνιακών, των εκφραστικών και των κοινωνικών ελλειμμάτων τους, τίθενται και απαντώνται ορισμένα δευτερεύοντα ερευνητικά ερωτήματα. Οι απαντήσεις σε αυτά οικοδομούν το θεωρητικό και εμπειρικό υπόβαθρο πάνω στο οποίο βασίζονται τα πορίσματα της έρευνας. Τα επιμέρους ερωτήματα είναι τα ακόλουθα:

- Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις μέσω τέχνης οδηγούν σε βελτίωση των κοινωνικών, εκφραστικών και επικοινωνιακών ελλειμμάτων των παιδιών με ΔΑΦ;
- Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις μέσω τέχνης οδηγούν σε βελτίωση των οπτικών και γνωσιακών δεξιοτήτων των παιδιών με ΔΑΦ;
- Υπάρχει ικανοποιητικός αριθμός θεραπευτικών παρεμβάσεων μέσω τέχνης που μπορούν να εξατομικευτούν;
- Ο εκπαιδευτικός-θεραπευτής μπορεί να αποτελέσει πραγματικότητα στην ελληνική εκπαιδευτική πραγματικότητα;
- Ποιος είναι ο βαθμός εξοικείωσης των σύγχρονων εκπαιδευτικών με την τέχνη και ιδίως, με τη θεραπευτική της διάσταση;

Δομή της ερευνητικής μελέτης

Η ερευνητική μελέτη χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο είναι το θεωρητικό όπου λαμβάνει χώρα η βιβλιογραφική επισκόπηση. Αποτελείται από τέσσερα (4) κεφάλαια, τα οποία με τη σειρά τους αποτελούνται από επιμέρους ενότητες και υποενότητες. Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται θεωρητική επισκόπηση των βασικών όρων, των σχετικών με τις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος. Συγκεκριμένα, εξετάζεται ο ορισμός της ΔΑΦ, τα ιστορικά στοιχεία της, η αιτιολογία, η διάγνωση και τα διαγνωστικά κριτήριά της, η συχνότητα εμφάνισής της, τα χαρακτηριστικά και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΔΑΦ, η γενετική της αιτιολογία, οι τρόποι

παρέμβασης και τέλος, γίνεται συσχέτισή της με τις κατηγορίες «επικοινωνία» και «κοινωνικές δεξιότητες».

Στο δεύτερο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους το ενδιαφέρον της μελέτης στρέφεται στις θεραπευτικές προσεγγίσεις μέσω τέχνης. Ειδικότερα, προσεγγίζονται οι παραδοσιακές θεραπευτικές μέθοδοι μέσω τέχνης, ακολουθεί η παράθεση του ορισμού και η περιγραφή του αντικειμένου της θεραπείας μέσω τέχνης, εξετάζεται η επίδρασή της στον ανθρώπινο εγκέφαλο, η αποτελεσματικότητα και η χρησιμότητά της, η συσχέτισή της με την «κατηγορία» αναπηρία, ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη. Στη συνέχεια, η θεραπεία μέσω τέχνης συνεξετάζεται σε πρώτο επίπεδο με τη ΔΑΦ και «φωτίζεται» η σχέση των εικαστικών τεχνών και υλικών με τη δεύτερη, και η ικανότητα σχεδιασμού και εφαρμογής καλλιτεχνικών προγραμμάτων σε παιδιά με ΔΑΦ εν γένει και συγκεκριμένα στο πλαίσιο της οικογένειας, της ομάδας ή του σχολείου.

Στο επόμενο, τρίτο, κεφάλαιο η συνεξέταση θεραπείας μέσω τέχνης και ΔΑΦ που προαναφέρθηκε γίνεται αναλυτικότερη και πιο ενδελεχής. Γίνεται εστίαση στα ζητήματα της σταθερότητας του αντικειμένου, των δεξιοτήτων συντονισμένης προσοχής, του σχεδιασμού πορτραίτου, του διαδραστικού τετραγώνου, της χρήσης του χρώματος στη θεραπεία και της γνωστικής συμπεριφοράς δια της καλλιτεχνικής θεραπευτικής οδού. Στο τελευταίο, τέταρτο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους γίνεται μια συνοπτική, αλλά περιεκτική παρουσίαση του «κανονικού» και του «παθολογικού», προκειμένου να κατανοηθεί φιλοσοφικά η αξία της εξατομικευμένης παρέμβασης, η οποία είναι καθοριστική για την πορεία της ζωής των ατόμων με αναπηρία εν γένει.

Στο εμπειρικό μέρος της εργασίας παρουσιάζεται η έρευνα με τη συμμετοχή των 223 εκπαιδευτικών και τα αποτελέσματά της. Αποτελείται από δύο (2) κεφάλαια. Το πρώτο (και πέμπτο συνολικά) είναι το κεφάλαιο της μεθοδολογίας, όπου περιγράφεται η ερευνητική στρατηγική, το ερευνητικό εργαλείο, ο πληθυσμός-το δείγμα της έρευνας, η διαδικασία της έρευνας και οι περιορισμοί της, η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της, η μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων. Στο δεύτερο (και έκτο συνολικά) αναλύονται τα ευρήματα της έρευνας και συγκεκριμένα, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, οι απόψεις για τη θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ και ο έλεγχος των διαφορών στις απόψεις για τη θεραπευτική

προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών, οι απόψεις για τον ρόλο του θεραπευτή και ο έλεγχος των διαφορών στις απόψεις για τον ρόλο του θεραπευτή ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών.

Η ερευνητική μελέτη ολοκληρώνεται με το κεφάλαιο των συμπερασμάτων, με τον κατάλογο των βιβλιογραφικών παραπομπών και με το παράρτημα όπου παρατίθεται το ερωτηματολόγιο και το πρωτόκολλό του.

Κεφάλαιο 1°. Θεωρητική επισκόπηση επί των βασικών όρων

1.1 Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)

Οι Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) είναι νευροαναπτυξιακές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από διαταραχές και προβλήματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση και την επικοινωνία, παράλληλα με την εκδήλωση επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων (Martin, 2008:15-23). Οι πέντε (5) βασικές ΔΑΦ είναι η ΔΑΦ, το Σύνδρομο Asperger, Η Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή, το Σύνδρομο Rett και η μη προσδιοριζόμενη αλλιώς-Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή. Τις προηγούμενες δεκαετίες, διακρίνονταν τρεις διαφορετικοί τύποι ΔΑΦ: Αυτιστική Διαταραχή, Διαταραχή Asperger και Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή (Rice, 2012:1-22). Η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση ταξινόμησε τις ανωτέρω τρεις διαταραχές στην κοινή κατηγορία ΔΑΦ, στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013:32-36). Στο παρόν πόνημα θα χρησιμοποιηθεί ο γενικότερος όρος «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος» (ΔΑΦ).

Η ΔΑΦ εμφανίζεται συνήθως μέχρι την ηλικία των τριών σε ένα παιδί και συνιστά μια δια βίου κατάσταση που εκδηλώνεται με ένα μεγάλο φάσμα ή εύρος χαρακτηριστικών γνωρισμάτων και περιπτώσεων, οι οποίες κυμαίνονται από χαμηλής μέχρι υψηλής λειτουργικότητας. Τα άτομα με ΔΑΦ, εκτός από τα σοβαρά κοινωνικά και επικοινωνιακά ελλείμματα, εμφανίζουν αυξημένη συννοσηρότητα, με κυριότερα προβλήματα τις διανοητικές αναπηρίες, τις ψυχοσυναισθηματικές κρίσεις, την υπερκινητικότητα ή την έλλειψη προσοχής, το αυξημένο στρες, τις γαστρεντερικές παθήσεις και τις διαταραχές ύπνου (Rice, 2012:1-22). Σύμφωνα με τους Dolphin και συνεργάτες (2014:12) «*autism affects normal brain development and all areas of cognitive function, related to social interaction and communication skills*», δηλαδή η ΔΑΦ επηρεάζει την κανονική ανάπτυξη του εγκεφάλου και όλες τις περιοχές γνωστικής λειτουργίας, που σχετίζονται με την κοινωνική αλληλεπίδραση και τις δεξιότητες επικοινωνίας. Οι δυσκολίες στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, η εμμονή στη σταθερότητα και την ομοιογένεια του περιβάλλοντος, καθώς και η αυτό-διεγερτική συμπεριφορά, εμποδίζουν τα άτομα με ΔΑΦ να αλληλεπιδρούν αποτελεσματικά με τους γύρω τους.

Η αδυναμία των ατόμων με ΔΑΦ να συνάψουν δεσμούς με τρίτους και η αδιάφορη στάση τους προς αυτούς, οφείλεται στη συναισθηματική αστάθεια εξαιτίας της ΔΑΦ. Ως αποτέλεσμα αυτής, πολύ συχνά εξάγεται το συμπέρασμα ότι τα άτομα με ΔΑΦ στερούνται συναισθημάτων και ότι αποφεύγουν να έρθουν σε επαφή (λεκτική ή μη λεκτική) με τους άλλους. Στηνπραγματικότητα, ηEpp (2008:29)δήλωσεότι *«people with ASD try hard to make eye contact with others, and when they fail to do so, they withdraw from their social environment and choose to live in isolation»*. Ότι δηλαδή, τα άτομα με ΔΑΦ καταβάλλουν μεγάλη προσπάθεια για να αναπτύξουν βλεμματική επαφή με τους άλλους, και όταν δεν το πετυχαίνουν, αποσύρονται, απεμπλέκονται από το κοινωνικό τους περίγυρο και επιλέγουν να ζουν απομονωμένα. Ένα επιμέρους σύμπτωμα της ΔΑΦ αφορά στην ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά, δηλαδή στην εστίαση στις λεπτομέρειες και τις επαναλαμβανόμενες κινήσεις/ συμπεριφορές. Στις περιπτώσεις που η ρουτίνα, τα πρότυπα και τα αντικείμενα αλλάζουν στον εξωτερικό τους κόσμο, τα άτομα με ΔΑΦ αποπροσανατολίζονται, αισθάνονται υψηλά επίπεδα άγχους και καταθλίβονται (Emery, 2004:143-147).

1.2 ΟρισμόςΔΑΦ

Κάθε άτομο με ΔΑΦ είναι διαφορετικό από τα άλλα και για τον λόγο αυτό δεν μπορεί περιληφθεί στα στενά όρια ενός αυστηρού επιστημονικού όρου. Σε κάθε περίπτωση, χαρακτηριστικά γνωρίσματα είναι η πληθώρα συμπτωμάτων και η μεταβλητότητά τους, γεγονός που τον αναγάγει, όχι σε συνθήκη, αλλά σε σύνδρομο (Geschwind: 2008:391-395). Ο ορισμός «φάσμα αυτισμού» εισήχθη από τη Wing, προκειμένου να αποδοθεί ακριβώς η πολλαπλότητα των διακυμάνσεων με τις οποίες εκδηλώνεται το εκάστοτε σύμπτωμα σε κάθε άτομο. Δεδομένου ότι η ΔΑΦ είναι δια βίου, κρίνεται αναγκαία και επιβεβλημένη η εφ' όρου ζωής υποστήριξης του ατόμου ΔΑΦ και της οικογένειάς του. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν εξαλείφουν τη διαταραχή, αλλά βελτιώνουν τη συμπεριφορά και την ποιότητα ζωής του ατόμου, μέσω της άμβλυνσης της συμπτωματολογίας του. Τα άτομα με ΔΑΦ αντιμετωπίζουν προκλήσεις σε κάθε ηλικιακό στάδιο της ζωής τους, οι οποίες στην ενήλικη περίοδο μεταφράζονται σε δυσκολίες στην κοινωνική και την επαγγελματική τους αποκατάσταση, καθώς και σε ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα (Myers&Johnson, 2007:1162-1182). Η αναφορά στην εν λόγω συμπτωματολογία γίνεται σήμερα με τη χρήση των όρων «Διαταραχή

Αυτιστικού Φάσματος», αλλά και «ΔΑΦ/ αυτιστικός-ή-ό», «στο φάσμα του αυτισμού» και «διαταραχή-ές αυτιστικού φάσματος». Ο πρώτος συνήθως χρησιμοποιείται από τα ίδια τα άτομα με ΔΑΦ και από τον οικογενειακό ή φιλικό τους περίγυρο, ενώ πολύ λιγότερο από ειδικούς. Οι τελευταίοι κάνουν χρήση των δύο άλλων όρων (Kennyetal., 2016:442-462).

1.3 Ιστορικά στοιχεία για τη ΔΑΦ

Ο όρος «αυτισμός» προέρχεται από την ελληνική λέξη «εαυτός» (Gallo, 2010:21) και προέκυψε για να περιγράψει το φαινόμενο μιας «νηπιακής διαταραχής-ψύχωσης» στο πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα (Frith&Happe, 1994:97-104; Rutter, 1990), το οποίο οδηγούσε σταδιακά στη σχιζοφρένεια («Αναζητώντας» 43). Αναφορές για την εκδήλωση συμπτωμάτων ΔΑΦ εντοπίζονται ήδη από τον 18^ο αιώνα, οι οποίες αφορούν σε «ξεχωριστά» άτομα, που είναι απομονωμένα στον κόσμο τους, τα οποία περιγράφονται εύγλωττα μέσω της λογοτεχνίας (Happe, 2003:86-88). Ο EugenBleuler, ένας Ελβετός ψυχίατρος, ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο γύρω στο 1911. Η εξέταση της ΔΑΦ τέθηκε σε πλαίσιο εξέλιξης, όταν έγινε ο διαχωρισμός του από την εμφάνιση της σχιζοφρένειας και όταν αναζητήθηκαν για πρώτη φορά τα αίτια της εμφάνισής του στο οικογενειακό περιβάλλον. Τη δεκαετία του 1940, ερευνητές στις ΗΠΑ και την Ευρώπη άρχισαν να χρησιμοποιούν τον όρο για να περιγράψουν τα παιδιά με συναισθηματικά ή/και κοινωνικά προβλήματα. Στα μέσα του 20^{ου} αιώνα και δύο δεκαετίες αργότερα, ήταν διάχυτη η αντίληψη μεταξύ των ερευνητών ότι οι «ψυχροί» γονείς, και ιδίως η «ψυχρή μητέρα», ευθύνονται για την εμφάνιση της ΔΑΦ, που οδήγησε σε μια τάση απομάκρυνση του παιδιού από τους γονείς του. Στο θεωρητικό αυτό πλαίσιο, διατυπώθηκαν απόψεις που διαχώριζαν πλήρως την προσωπικότητα των γονέων από την εμφάνιση ΔΑΦ στα παιδιά τους, καθώς επίσης απέκλειαν την επίδραση οποιουδήποτε ψυχογενούς παράγοντα (Feinstein, 2010:9-36).

Ο Αμερικανός ψυχίατρος LeoKanner το 1943 και ο Αυστριακός ψυχίατρος HansAsperger ένα χρόνο αργότερα, περιέγραψαν την έννοια και τα δύο άκρα της ΔΑΦ αναφερόμενοι σε περιπτώσεις παιδιών με ελλείμματα στη γλωσσική και κοινωνική ανάπτυξη, που εκδηλώνουν στερεοτυπικές συμπεριφορές, τα οποία απέφυγαν να διαγνώσουν ως σχιζοφρενή. Ωστόσο, μέχρι τα τέλη του 1970, οι εν λόγω

περιπτώσεις εξακολουθούσαν να διαγιγνώσκονται και να κατηγοριοποιούνται στη «*σχιζοφρένεια παιδικού τύπου*», βάσει των επίσημων συστημάτων ταξινόμησης DSM-2, (APA, 1968) και DSM-1, (APA, 1952). Την ίδια δεκαετία, εντάθηκε ιδιαιτέρως το επιστημονικό ενδιαφέρον για τον ακριβή προσδιορισμό της ΔΑΦ και έλαβαν χώρα πολλαπλές και σημαντικές κλινικές μελέτες. Βάσει αυτών, η ΔΑΦ ορίστηκε ως διαταραχή με χαρακτηριστική μια τριάδα γνωρισμάτων: έλλειμμα στην κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία, επαναλαμβανόμενες και περιορισμένες δραστηριότητες και ενδιαφέροντα. Το 1988 η Wing αναγνώρισε την έντονη ποικιλομορφία και το ευμετάβλητο της ενδοατομικής και διατομικής έκφρασης των συμπτωμάτων της εν λόγω κλινικής αναπτυξιακής μεταβλητής και εισήγαγε τον όρο «*Φάσμα του Αυτισμού*» (Happé, 2003:90).

Με το ταξινομικό σύστημα DSM-3 (APA, 1980) η ΔΑΦ αναγνωρίστηκε με τον όρο «*παιδικός αυτισμός*» και αποτέλεσε μια ανεξάρτητη κατηγορία διάγνωσης γενικών αναπτυξιακών διαταραχών. Με το DSM-3-R, επτά χρόνια αργότερα (APA, 1987), ο προηγούμενος όρος αντικαταστάθηκε από την «*αυτιστική διαταραχή*», δεδομένου ότι η ΔΑΦ χαρακτηρίζει ένα άτομο σε όλη την πορεία της ζωής του, σε διαφορετικές συχνότητες και εντάσεις της συμπτωματολογίας του, κι όχι μόνο κατά την παιδική ηλικία του. Με το DSM-4 (APA, 1994) και το DSM-4-TR (APA, 2000) η ΔΑΦ αναγνωρίστηκε ως μια από τις πέντε διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Οι υπόλοιπες είναι: Σύνδρομο Asperger, Αυτιστική Διαταραχή, Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή, Σύνδρομο Rett ή Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή. Σήμερα, έχει επικρατήσει ο όρος «*διαταραχή αυτιστικού φάσματος*» με βασικά συμπτώματα διάγνωσης την πρώιμη εκδήλωση δυσκολιών στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση, καθώς επίσης τις επαναλαμβανόμενες και περιορισμένες δραστηριότητες, συμπεριφορές και ενδιαφέροντα. Αντίθετα, η αποκλίνουσα γλωσσική ανάπτυξη θεωρείται κατάσταση συννοσηρότητας. Αυτό που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι έχει πλέον καταδειχθεί η βιολογική βάση και η οργανική αιτιολογία της ΔΑΦ, γεγονός που έχει οδηγήσει στη διαρκή αναθεώρηση της ταξινόμησής της από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία (από το ICD-10 ως το DMS-5 (Frazier et al., 2012:28-40; Frazier et al., 2002:167-177)).

1.4 Αιτιολογία της ΔΑΦ

Όπως ακριβώς η ΔΑΦ δεν δύναται να οριστεί ακριβώς, δεν μπορούν να προσδιοριστούν σαφώς και κατηγορηματικώς τα αίτια που τον προκαλούν. Το εν λόγω ερώτημα έχει απασχολήσει πλειστάκις πολλούς ερευνητές, τα πορίσματα των οποίων κυμαίνονται από ξεκάθαρη επικράτηση των βιολογικών παραγόντων, μέχρι τη συνύφανσή τους με τους ψυχολογικούς και τους υφιστάμενους περιβαλλοντικούς. Όσο η επιστημονική κοινότητα δεν δίνει ξεκάθαρες απαντήσεις ως προς την αιτιολογία πρόκλησης της ΔΑΦ, δεν μπορεί να είναι δυνατός ο σχεδιασμός, η οργάνωση και η εφαρμογή ενός προγεννητικού ελέγχου ή μιας έγκυρης θεραπευτικής παρέμβασης. Από την εξήγηση της «ψυχρής μητέρας» του Bettlheim (1967), τις ενδιάμεσες κοινωνιολογικές και ψυχολογικές ερμηνείες, τις σύγχρονες βιολογικές/γονιδιακές και τις «παρεμβατικές», όπως είναι ο εμβολιασμός, οι μαιευτικές επιπλοκές κ.ά., καμία αιτιολογία της ΔΑΦ σήμερα δεν θεωρείται ότι δεν επιδέχεται κριτικής και αμφισβήτησης. Η κυρίαρχη ερευνητική ωστόσο τάση αφορά στη διερεύνηση των παθολογικών γονιδίων και των χρωμοσωμάτων, που θεωρούνται ύποπτα για την εκδήλωση της ΔΑΦ (Feinstein, 2010:37-53; Hallmayeretal., 2002:941-946; Lauritsen & Ewald, 2001:411-427).

Ως αιτιολογία έχει αναφερθεί η κληρονομικότητα, καθώς μελέτες έχουν δείξει μια συχνότητα μεταξύ 3%-5,9% εμφάνισης περισσότερων κρουσμάτων ΔΑΦ σε μια οικογένεια (Lauritsen & Ewald, 2001:411-427). Σε αυτό, λαμβάνονται υπόψη και οι περιβαλλοντικές συνθήκες στις οποίες διαβίει η οικογένεια, όπως είναι τα υψηλά επίπεδα έκθεσης σε ραδιενέργεια, υδράργυρο κ.ά. Στις πιθανές αιτίες περιλαμβάνονται ορισμένοι περιγενετικοί παράγοντες, όπως είναι η μητρική αιμορραγία και η λήψη φαρμάκων κατά την κύηση, καθώς επίσης και ορισμένοι «παρεμβατικοί», όπως είναι ο εμβολιασμός, με χαρακτηριστικό παράδειγμα το εμβόλιο Ιλαράς-Ερυθράς-Παρωτίτιδας (MMR) (El-Bazetal., 2011:31-38). Σε κάθε περίπτωση, αυτό που πρέπει να καταστεί κατανοητό είναι ότι οι έρευνες κινούνται προς κάθε κατεύθυνση, αλλά αποδεικνύεται εξαιρετικά δύσκολο να εξεταστούν σταθερές σχέσεις μεταξύ των επικίνδυνων παραγόντων ή να προσδιοριστεί ο αριθμός των εμπλεκόμενων γονιδίων (Raznahanel., 2013:111-119).

Παρ' όλο που δεν έχει προσδιοριστεί ακόμα μια σαφής και συγκεκριμένη αιτία, υπάρχουν πολλές πιθανές αιτίες που εξετάζονται επί του παρόντος, σε μια

προσπάθεια να κατανοηθεί καλύτερα η ΔΑΦ. Ως προς αυτό, διενεργούνται προγεννητικοί, γενετικοί, πρώιμοι μεταγεννητικοί, μικροβιολογικοί, βιοχημικοί και περιβαλλοντικοί έλεγχοι, προκειμένου να εντοπιστούν οι παράγοντες εκείνοι που μπορούν να αξιολογηθούν ως πιθανές αιτίες ΔΑΦ (Kesli, 2013:101-109). Διατυπώθηκε ότι η δομή των ακουστικών πόρων των παιδιών με ΔΑΦ διαφέρει διαρθρωτικά από εκείνες των συνομηλίκων τους τυπικής ανάπτυξης. Υπό αυτό το πρίσμα, τα παιδιά με ΔΑΦ έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία για την εμφάνιση λοιμώξεων που σχετίζονται με αυτή ακριβώς τη διαφορά, γεγονός που επιτάσσει τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, η οποία ενδεχομένως οδηγεί στην «αύξηση εντερικών βακτηριδίων, που επηρεάζουν την αιτιολογία της ΔΑΦ (Kesli, 2013:101-109). Τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας βασίζονται σε τρεις διαφορετικές μελέτες που έχουν διενεργηθεί από τους Shaw (2010: 135-143), Parracho και συνεργάτες (2005: 987-991) και Finegold και συνεργάτες (2002:S6-S16), οι οποίες επιβεβαιώνουν την ανωτέρω υπόθεση.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ανέδειξε τον ρόλο των γενετικών παραγόντων και την επίδρασή τους στην αιτιολογία της ΔΑΦ. Οι μελέτες που εξετάζουν τις οικογένειες ατόμων με ΔΑΦ, έχουν καταδείξει ότι η ΔΑΦ ενέχει έναν βαθμό κληρονομικότητας που φτάνει μέχρι και το 50%, που μπορεί να εκδηλωθεί ως αυτισμός, αλλά και ως διαφορετικής φύσης διαταραχές, όπως ελλείμματα και ανωμαλίες λόγου, ψυχολογικά/ψυχιατρικά προβλήματα κ.ά.(Sandin, 2014:1170-1777). Ο αυτισμός συσχετίζεται συχνά με ειδικές γενετικές διαταραχές, όπως το FragileX και Rett, που σχετίζεται με την εμφάνιση σκλήρυνσης κατά πλάκας και με το MECP2. Ωστόσο, ως προς την εξέταση της αιτιολογίας, δεν θα πρέπει να παραβλέπονται οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, αν και η πλειονότητα των ερευνών καταλήγει στον παράγοντα της υψηλής κληρονομικότητας (Sandin, 2014:1170-1777; Currenti, 2010:161-171).

1.5 Διάγνωση και διαγνωστικά κριτήρια της ΔΑΦ

Μέχρι σήμερα, η αιτιολογία και η παθογένεια της ΔΑΦ παραμένει άγνωστη. Λόγω έλλειψης εξειδικευμένων βιοχημικών εξετάσεων για τη ΔΑΦ, η διάγνωση λαμβάνει χώρα μέσω κλινικής αξιολόγησης των κριτηρίων συμπεριφοράς (Raymondetal., 2014:1-15). Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) και η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση των Νόσων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας (International Classification of Diseases, ICD) έχουν καθορίσει τα κριτήρια διάγνωσης της ΔΑΦ. Τα άτομα με ΔΑΦ μπορεί να έχουν «τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα ενός παιδιού με νοητική αναπηρία και ανεπάρκεια λεκτικής επικοινωνίας, καθώς και ενός ενήλικα φοιτητή με υψηλή λειτουργικότητα και υψηλό μέσο όρο νοημοσύνης, αλλά με ανεπαρκείς κοινωνικές δεξιότητες» (Currenti, 2010:161).

Για την έγκαιρη διάγνωση απαραίτητη είναι η διενέργεια αξιολόγησης για τον εντοπισμό και την ταξινόμηση των χαρακτηριστικών και των προβλημάτων των ατόμων με ΔΑΦ. Η εν λόγω διαδικασία βασίζεται στην εκτίμηση του επιπέδου ανάπτυξης του ατόμου σε ψυχοκινητική και ψυχοσυναισθηματική βάση, και είναι εξαιρετικά απαιτητική λόγω της μεγάλης ετερογένειας των αιτίων που προκαλούν τη διαταραχή και των διαστάσεων μεταξύ των επιστημονικών πορισμάτων. Η αξιολόγηση της κατάστασης ενός ατόμου για τη διάγνωση μιας πιθανής διαταραχής λαμβάνει χώρα από την πολύ πρώιμη παιδική ηλικία, κατά την οποία καταγράφονται συμπεριφορές-ενδείξεις ΔΑΦ, όπως είναι ο φτωχός θηλασμός, η δυσφορία ή η αδιαφορία στο χάιδεμα, το συνεχές και ασταμάτητο κλάμα, η μη συνηθισμένη ήρεμη και καλή συμπεριφορά, η δυσφορία ή η αδιαφορία προς τους γονείς/φροντιστές, η εμμονική προσκόλληση σε ένα άτομο κ.ά. (Συριοπούλου-Δελλή & Κάσσιμος, 2013:4).

Στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (5^η έκδοση), αντικαταστάθηκε ο όρος «Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές» (ΔΑΔ) από τον όρο «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος» (ΔΑΦ) και εισήχθη μια ακριβέστερη διάγνωση μέσω μιας κατηγορίας ΔΑΦ, η οποία με τη σειρά της αντικατέστησε την προηγούμενη πολλαπλή κατηγοριοποίηση. Σε αυτό το πλαίσιο, κάθε άτομο διαγιγνώσκεται ως ΔΑΦ (Grzadzinski, 2013:12), αν και εφόσον, σύμφωνα με το Εγχειρίδιο, εμφανίζει:

- Σοβαρά ελλείμματα κοινωνικής αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας, δηλαδή στη μη λεκτική επικοινωνία που εξυπηρετεί τους σκοπούς της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, στην κοινωνική αμοιβαιότητα, στην ανάπτυξη και τη διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων αντιπροσωπευτικών κάθε ηλικιακού σταδίου,

- Επαναλαμβανόμενες και εμμονικές μορφές συμπεριφοράς, δράσης και ενδιαφέροντος, εκδηλωμένων μέσω των λεκτικών, σωματικών, αισθητηριακών, στερεοτυπικών, συνηθισμένων ή ασυνήθιστων συμπεριφορών, της επίμονης προσκόλλησης σε τελετουργικές ρουτίνες, των υπερβολικά σταθερών ενδιαφερόντων,
- Τα ανωτέρω συμπτώματα, σε έναν μη απόλυτο βαθμό, κατά την πρώιμη παιδική ηλικία.

DSM-5: Διαγνωστικά κριτήρια	
A.Επίμονα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση	A1: Έλλειμμα κοινωνικής συναισθηματικής αμοιβαιότητας. A2: Έλλειμμα μη λεκτικών επικοινωνιακών συμπεριφορών. A3: Έλλειμμα ανάπτυξης, διατήρησης και κατανόησης των σχέσεων.
B. Περιορισμένες, επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες, ενδιαφέροντα, πρότυπα συμπεριφοράς από το ιστορικό ή επί του παρόντος	B1: Επαναλαμβανόμενες ή στερεότυπες κινήσεις, λόγου ή χρήσης αντικειμένων. B2: Επιμονή και μη ευέλικτη εμμονή στην ομοιότητα, σε ρουτίνες ή τελετουργικά μοτίβα μη λεκτικής ή λεκτικής συμπεριφοράς. B3: Εξαιρετικά σταθερά/περιορισμένα ενδιαφέροντα που έχουν άτυπη εστίαση ή ένταση. B4: Υπερ-ευαισθησία ή υπο-ευαισθησία σε αισθητηριακά ερεθίσματα ή μη συνηθισμένου βαθμού ή έντασης ενδιαφέρον επί των αισθητηριακών πτυχών του περιβάλλοντος.
Ιστορικές διαγνώσεις Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)	Διάγνωση ΔΑΦ, καταγεγραμμένη σε διεξοδική αξιολόγηση, συμπεριλαμβανομένου συστήματος ταξινόμησης-διάγνωσης DSM-4 της αυτιστικής διαταραχής, του συνδρόμου Asperger, του συνδρόμου Rett ή της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής-μη άλλως προσδιοριζόμενης.

<i>DSM-5</i> <i>προσδιορισμός των περιπτώσεων</i>	Και τα τρία κωδικοποιημένα κριτήρια συμπεριφοράς του Α μέρους, και δύο τουλάχιστον από τα κωδικοποιημένα κριτήρια συμπεριφοράς του Β μέρους ή Κάθε ΔΑΦ διάγνωση καταγεγραμμένη σε διεξοδική αξιολόγηση είτε βασίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-4-TR ή του DSM-5. <u>Σημείωση:</u> Ένα παιδί μπορεί να μη διαγνωστεί ως περίπτωση ΔΑΦ σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-5, εάν, βάσει μιας ή περισσότερων κλινικών κρίσεων, υπάρχουν 1. αντικρουόμενες ή ανεπαρκείς πληροφορίες για την υποστήριξη της ΔΑΦ, 2. επαρκείς ή ισχυρές πληροφορίες για τον αποκλεισμό της ΔΑΦ, 3. μια ή περισσότερες επιμέρους διαγνωσμένες καταστάσεις που προσδιορίζουν καλύτερα τα συμπτώματά του.
--	---

Προσδιοριστικά κριτήρια των περιπτώσεων ΔΑΦ σύμφωνα με το DSM-V

Η σοβαρότητα της συμπτωματολογίας κάθε ατόμου με ΔΑΦ, σύμφωνα με το Εγχειρίδιο, διακρίνεται σε τρία επίπεδα, βάσει των οποίων καθορίζεται και ο βαθμός αναγκαιότητας της θεραπευτικής παρέμβασης. Στο πρώτο επίπεδο, το άτομο με ΔΑΦ «χρηρίζει ανάγκη υποστήριξης», καθώς αντιμετωπίζει αισθητά προβλήματα στην κοινωνική επικοινωνία, αδυνατεί να λάβει πρωτοβουλίες σε επίπεδο κοινωνικής αλληλεπίδρασης, αποτυγχάνει να ανταποκριθεί στα «καλέσματα» των τρίτων, είναι μη ευέλικτο στη συμπεριφορά και μη λειτουργικό σε ορισμένους τομείς, δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στις αλλαγές ή τις διαδικασίες μετάβασης, δεν δύναται να οργανώσει τις σκέψεις του ή να προβεί σε σχεδιασμό πλάνων αυτόνομα. Στο δεύτερο επίπεδο, το άτομο με ΔΑΦ παρουσιάζει τα ανωτέρω ελλείμματα σε μεγαλύτερο και εντονότερο βαθμό, καθώς και σε μια μεγαλύτερη ποικιλία κοινωνικών πλαισίων, και έχει «ανάγκη ουσιαστικής υποστήριξης». Στο τρίτο επίπεδο, το άτομο με ΔΑΦ εμφανίζει τα εν λόγω συμπτώματα σε υψηλό βαθμό σοβαρότητας, αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα λειτουργικότητας σε όλα τα

κοινωνικά πλαίσια και «χρηρίζει ανάγκη εξαιρετικά ουσιαστικής υποστήριξης» (American Psychiatric Association, 2013:31-87)¹.

Επίπεδο 3- «Απαίτηση ιδιαίτερης, ουσιαστικής υποστήριξης»	Σοβαρά ελλείμματα δεξιοτήτων κοινωνικής αλληλεπίδρασης, κοινωνικής ανταπόκρισης και λεκτικής ή μη λεκτικής κοινωνικής επικοινωνίας, που προκαλούν σοβαρές αποκλίσεις στη λειτουργικότητα του ατόμου. Π.χ. Ένα άτομο με φτωχότατο λεξιλόγιο ή αδυναμία αναπαραγωγής καταληπτού λόγου, που αδυνατεί να αλληλεπιδράει/και όταν το κάνει, χρησιμοποιεί ανορθόδοξες ή εξαιρετικά άμεσες επικοινωνιακές προσεγγίσεις, που κυρίως ικανοποιούν μόνο τις δικές του ανάγκες. Άκαμπτη ή εμμονική συμπεριφορά, αδυναμία ή δυσκολία στη διαχείριση των αλλαγών, περιορισμένες, επαναλαμβανόμενες και στερεότυπες συμπεριφορές, που πλήττουν τη λειτουργικότητα του ατόμου. Σοβαρό στρες και άγχος, δυσκολία στις εναλλαγές προσοχής ή τις εναλλαγές δράσεων.
Επίπεδο 2- «Απαίτηση ουσιαστικής υποστήριξης»	Σημαντικά ελλείμματα δεξιοτήτων λεκτικής ή μη λεκτικής κοινωνικής επικοινωνίας, εμφανείς κοινωνικές αποκλίσεις ακόμη και παρουσία υποστήριξης, περιορισμένη επιθυμία κοινωνικής αλληλεπίδρασης, ασυνήθιστη ή μειωμένη ανταπόκριση σε διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις με τρίτους. Π.χ. Ένα άτομο που επικοινωνεί λεκτικά μέσω απλών προτάσεων, με μειωμένη αλληλεπίδραση και περιορισμένα γενικά και ειδικά ενδιαφέροντα, που εκδηλώνει μια εξαιρετικά ιδιόμορφη μη λεκτική

¹ Από την ανάλυση διαπιστώνεται ότι το Εγχειρίδιο (5^η έκδοση) αναγνωρίζει μια κατηγορία αυτισμού με τον όρο Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, σε αντίθεση με την προηγούμενη έκδοσή του (4^η), όπου καταγράφονταν πέντε (5) διαφορετικές κατηγορίες: α) αυτιστική διαταραχή, β) Asperger, γ) παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή, δ) διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή και ε) σύνδρομο Rett (Matson & Sturney, 2016:37-51).

	επικοινωνία. Άκαμπτη ή εμμονική συμπεριφορά, δυσκολία αποδοχής ή διαχείρισης των αλλαγών, περιορισμένες, επαναλαμβανόμενες και στερεότυπες συμπεριφορές, που εκδηλώνονται συχνά, έτσι ώστε γίνονται άμεσα αντιληπτές και παρατηρήσιμες στον απλό παρατηρητή, σε διάφορα πλαίσια της λειτουργικότητας. Στρες και άγχος, δυσκολία στις εναλλαγές προσοχής ή στις εναλλαγές δράσεων.
Επίπεδο 1- «Απαίτηση υποστήριξης»	Ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία, κυρίως όταν δεν υπάρχει άμεση υποστήριξη, τα οποία προκαλούν αξιοσημείωτες αποκλίσεις. Δυσκολία διαπροσωπικών και κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, παραδείγματα ανεπιτυχούς ή μη τυπικής κοινωνικής ανταπόκρισης με τους τρίτους. Π.χ. Ένα άτομο εμφανίζει περιορισμένο ενδιαφέρον για κοινωνική αλληλεπίδραση ή σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων. Αν και είναι ικανό να επικοινωνεί λεκτικά μέσω σύνθετων προτάσεων και να εμπλακεί δι-επικοινωνιακά, η αλληλεπίδραση με τρίτους αποτυγχάνει, καθώς επίσης οι προσπάθειές του να αναπτύξει φιλικούς δεσμούς, οδηγούν σε επιλοκές και συνήθως δεν ευοδώνονται. Η άκαμπτη ή εμμονική συμπεριφορά εμποδίζει τη λειτουργικότητα σε ένα ή περισσότερα πλαίσια. Δυσκολία εναλλαγής των δράσεων. Προβλήματα σχεδιασμού και οργάνωσης παρεμποδίζουν τη λειτουργικότητα, άρα και την αυτονομία.

Επίπεδα σοβαρότητας της ΔΑΦ σύμφωνα με τον DSM-V

Ένα διαγνωστικό εργαλείο ΔΑΦ κατά την πρώιμη παρέμβαση σε παιδιά ηλικίας 18-36 μηνών είναι η λίστα ελέγχου (ερωτηματολόγιο) Checklist for Autism in Toddlers, που θέτει υπό επεξεργασία τις απαντήσεις αφενός των γονέων αναφορικά με τη συμπεριφορά των παιδιών τους, και αφετέρου του υπεύθυνου παιδιάτρου τους. Ένα

επιμέρους διαγνωστικό εργαλείο είναι το ChildhoodAutismRatingScale που σχεδιάστηκε από τους Eric Schopler, Robert J. Reichler και Barbara Rothen Renner το 1979. Αυτό αφορά σε παιδιά από τη βρεφική ηλικία μέχρι τα δώδεκα (12) τους έτη και προβλέπει τον συνδυασμό πληροφοριών από τους γονείς και τα παιδιά κατά τη διαδικασία άμεσης παρατήρησης. Η αν λόγω αξιολόγηση ολοκληρώνεται σε επτά (7) βαθμίδες και ταξινομεί τα χαρακτηριστικά σε δεκαπέντε (15) κατηγορίες. Η γλωσσική και επικοινωνιακή ικανότητα των παιδιών με πιθανή ΔΑΦ ελέγχεται με το εργαλείο DerbyshireLanguageScheme, σε επίπεδο ανάγνωσης, ακουστικής, κατανόησης, χρήσης γραπτού και προφορικού λόγου κ.ά. Το VinelandSocialMaturityScale-VinelandAdaptiveBehaviorScale είναι ένα διαγνωστικό εργαλείο πολλαπλών θεμάτων που εξετάζει την Προσαρμοστική και Δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά παιδιών διαφορετικών ηλικιακών κατηγοριών. Για την αξιολόγηση, διενεργούνται συνεντεύξεις με τους γονείς/φροντιστές και τα ίδια τα παιδιά με ερωτήσεις που αφορούν στην καθημερινότητά τους (Συριοπούλου-Δελλή & Κάσσιμος, 2013:4-6).

Η αξιολόγηση της γνωστικής, της κοινωνικής και της συμπεριφορικής εξέλιξης των παιδιών με ΔΑΦ γίνεται μέσω της αξιοποίησης των εργαλείων AutismDiagnosisObservationScaleGeneric και AutismDiagnosisInterviewRevised. Ουσιαστικά πρόκειται για συνεντεύξεις των γονέων/φροντιστών αναφορικά με την καθημερινότητα και τον τρόπο που μεγαλώνει το παιδί με ΔΑΦ. Το σταθμισμένο εργαλείο SensoryProfileTest συμβάλλει στην αξιολόγηση της δεξιότητας των παιδιών με ΔΑΦ, ηλικίας 5-10 ετών, να επεξεργάζονται τα αισθητηριακά δεδομένα που τους περιβάλλουν. Για την ολοκλήρωση της εν λόγω αξιολόγησης, προβλέπεται η συστηματική άμεση παρατήρηση και η συμπλήρωση ερωτηματολογίων από τους γονείς/φροντιστές αναφορικά με τις θετικές ή αρνητικές αντιδράσεις των παιδιών με ΔΑΦ (Συριοπούλου-Δελλή & Κάσσιμος, 2013:4-6).

Όλα τα διαγνωστικά εργαλεία, καθώς επίσης και η συνολική διαδικασία αξιολόγησης-διάγνωσης-εκτίμησης, βασίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό στην άμεση και συστηματική παρατήρηση. Σκοπός του παρατηρητή είναι ο εντοπισμός και η καταγραφή των συμπεριφορών του ατόμου με ΔΑΦ, των τρόπων που σκέφτεται και δρα στην καθημερινότητά του, ανάλογα πάντα με τα χαρακτηριστικά της ηλικιακής κατηγορίας που ανήκει. Αυτό που πρέπει να καταστεί κατανοητό είναι ότι η διαδικασία της εν λόγω παρατήρησης δεν είναι τυχαία, αλλά βασίζεται στη

δημιουργία ενός περιβάλλοντος υποστήριξης και ενός πρωτοκόλλου επικοινωνίας. Μόνο τότε ο παρατηρητής θα καταφέρει να διακρίνει τις συμπεριφορές σε περιστασιακές, σταθερές, επαναλαμβανόμενες και στερεοτυπικές. Για να διεκπεραιώσει την αξιολόγησή του ο παρατηρητής θα πρέπει να κρατά σημειώσεις για όλες τις δομημένες και ελεύθερες δραστηριότητες του παιδιού, να μην εμπλέκεται σε καμία από αυτές, καθώς επίσης να διακρίνει τις συμπεριφορικές αντιδράσεις ανά κατηγορία (Συριοπούλου-Δελλή & Κάσσιμος, 2013:4-6).

1.6 Συχνότητα εμφάνισης της ΔΑΦ

Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της ΔΑΦ καθιστά την εξαγωγή συμπερασμάτων όσον αφορά στη συχνότητα εμφάνισής του δύσκολη και επισφαλής, καθώς ποικίλουν οι τρόποι και τα μέσα διάγνωσης και ακριβούς προσδιορισμού της διαταραχής. Αυτό που πρέπει να κατανοηθεί στη μελέτη συχνότητας της ΔΑΦ είναι ότι παρουσιάζει αύξηση στον γενικό πληθυσμό, γεγονός που αφενός προκαλεί ανησυχίες στην επιστημονική κοινότητα και αφετέρου επιτάσσει τον σχεδιασμό, την οργάνωση και την υλοποίηση αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Σε μια περίοδο έρευνας που περιλαμβάνει τις τελευταίες πέντε (5) δεκαετίες, οι καταγεγραμμένες περιπτώσεις ΔΑΦ παρουσιάζουν αύξηση συχνότητας, εμφάνιση περιπτώσεων ΔΑΦ σε όλα τα κράτη και μια γενική σταθερότητα των αριθμών τους, χωρίς σημαντικές αποκλίσεις (Baioetal., 2018:1-23; Elsabbagh, 2012:160-176; Happe, 2003:63).

Το 2011-2012 η αύξηση της συχνότητας εμφάνισης ΔΑΦ στις ΗΠΑ έφτασε από το ένα (1) παιδί με ΔΑΦ στα 91 μέσα σε μια πενταετία (Solomon&Chung, 2012:250-264), όταν το 2007 ο ίδιος αριθμός ήταν ένα (1) παιδί στα 150 (Koganetal., 2008:e1159-e1158). Σύμφωνα με τους Elsabbaghκαι συνεργάτες (2012:160-176), η μέση τιμή επιπολασμού σε παγκόσμιο επίπεδο, στον γενικό πληθυσμό, στις αρχές της δεκαετίας του 2010, οι περιπτώσεις ατόμων με ΔΑΦεκτιμήθηκαν 62/10.000. Οι Baio και συνεργάτες, (2018:1-23) αναφέρουν ότι σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νόσων των ΗΠΑ, ο επιπολασμός της ΔΑΦσε παιδιά 8-11 ετών ήταν 1/150 το 2000, 1/110 το 2006, 1/69 το 2012 και 1/59 το 2014. Τα ίδια, πρόσφατα, στοιχείαδημοσιοποιεί και το δίκτυο AutismandDevelopmentalDisabilitiesMonitoring (ADDM) σήμερα [1/59 παιδιά διαγιγνώσκονται με ΔΑΦ] (Baioetal., 2018:1-23), χωρίς επισημαίνει περιορισμούς σε εθνοτικό, φυλετικό ή κοινωνικοοικονομικό

επίπεδο (Baioetal., 2018:1-23). Αυτή η φαινομενική «επιδημία»² ΔΑΦ ερμηνεύτηκε από πολλούς ερευνητές ως απόρροια της αλλαγής των δυνητικών παραγόντων, του εκσυγχρονισμού των διαγνωστικών εργαλείων, στη διευκόλυνση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, στη μεταβολή των διαγνωστικών κριτηρίων και στην εξαγωγή νέων κλινικών δεδομένων (Matson & Sturney, 2016:37-51).

Όσον αφορά στη συχνότητα της ΔΑΦ στα δύο φύλα, ερευνητικά έχει εξαχθεί ότι τα αγόρια συγκεντρώνουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ΔΑΦ από τα κορίτσια (Baioetal., 2018:1-23). Η εν λόγω συχνότητα, αυξάνεται σημαντικά στην περίπτωση εμφάνισης συνδρόμου Asperger, όπου τα αγόρια διαγιγνώσκονται εννιά φορές περισσότερο από τα κορίτσια (Cumine et al., 2000:15). Η απόκλιση στην εκδήλωση ΔΑΦ μεταξύ των δύο βιολογικών φύλων, φαίνεται ότι οφείλεται στον διαφορετικό τρόπο έκφρασης και εκδήλωσης της συμπτωματολογίας της. Ειδικότερα, τα κορίτσια δεν παρουσιάζουν την τυπική κλινική εικόνα που παρουσιάζουν τα αγόρια, γεγονός που πολύ συχνά οδηγεί στην υπό-γνωμάτευση των πρώτων (Ruzichetal., 2015:2). Ανάλογου ενδιαφέροντος είναι και οι έρευνες που εξετάζουν τον παράγοντα «ηλικία». Οι Christersen και συνεργάτες κατέδειξαν ότι η συχνότητα εκδήλωσης της ΔΑΦ σε παιδιά 4 ετών εντοπίζεται να είναι χαμηλότερη κατά 30% συγκριτικά με εκείνη των παιδιών που είναι 8 ετών (Christensenetal., 2018:1-23).

Οι εν λόγω καταγραφές των διακυμάνσεων της συχνότητας της ΔΑΦ (σε γενικό πληθυσμό, σε φύλα και ηλικία) δεν συνοδεύονται από πορίσματα για τα πιθανά αίτια των διαφοροποιήσεων, γεγονός που εντάσσεται στην αβεβαιότητα ως προς τη συμπτωματολογία και κυρίως την αιτιολογία της εμφάνισης της ΔΑΦ. Παράλληλα, θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα στατιστικά στοιχεία διαφέρουν από χώρα σε χώρα, αλλά συμφωνούν στην αυξητική τάση των καταγεγραμμένων περιπτώσεων, που επιτάσσει την άμεση και αποτελεσματική συνεργασία των φορέων, την οργάνωση προγραμμάτων και την πληροφόρηση της κοινής γνώμης (Dolah et al., 2012:618-

²Σύμφωνα με το Centers for Disease Control and Prevention η καταγεγραμμένη συχνότητα εμφάνισης περιπτώσεων ΔΑΦ το διάστημα 2000-2014 ήταν: (2000) 1 παιδί ΔΑΦ στα 150, (2002) 1 παιδί ΔΑΦ στα 150, (2004) 1 παιδί ΔΑΦ στα 125, (2006), 1 παιδί ΔΑΦ στα 110, (2008) 1 παιδί ΔΑΦ στα 88, (2010) 1 παιδί ΔΑΦ στα 68, (2012) 1 παιδί ΔΑΦ στα 69, (2014) 1 παιδί ΔΑΦ στα 59 ("Data and Statistics").

("Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder". U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 2024. https://www.cdc.gov/autism/data-research/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html. Πρόσβαση 26 Ιουλίου 2024.

625). Στην Ελλάδα οι έρευνες αφορούν κυρίως στην αναζήτηση παραγόντων συσχετισμένων με την εμφάνιση ΔΑΦ (Cassimosetal., 2013:241-251). Στη χώρα, αν και δεν υπάρχουν επίσημα στατιστικά δεδομένα, υπολογίζεται ότι 700 με 1.000 παιδιά κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται με ΔΑΦ, και για τον λόγο αυτό προτείνεται από τις αρμόδιες αρχές η καταγραφή των βασικών οροσήμων επικοινωνίας και των αισθητηριακών-ρυθμιστικών λειτουργιών, για την έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση των πρώτων ανησυχητικών ενδείξεων (In.gr)³.

1.7 Χαρακτηριστικά-δυσκολίες των ατόμων με ΔΑΦ

Ένα άτομο με ΔΑΦ μπορεί να αναγνωριστεί ως τέτοιο μέσω της συμπεριφοράς του και όχι από την εξωτερική του εμφάνιση ή τα χαρακτηριστικά του προσώπου του. Για τον λόγο αυτό, η διάγνωση στη νηπιακή ή πρώιμη παιδική ηλικία μπορεί να λάβει χώρα μέσω της παρατήρησης. Συγκεκριμένα, ο γονέας ή ένας ειδικός θα παρατηρήσει ότι το παιδί με ΔΑΦ, συγκριτικά με εκείνο της τυπικής ανάπτυξης, δεν δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για αντικείμενα ή καταστάσεις γύρω τους, δεν προσανατολίζονται στην κατεύθυνση που κοιτούν ή τους δείχνουν οι τρίτοι, δεν αναπτύσσουν το συμβολικό παιχνίδι. Αν και οι σε γενικές γραμμές οι γονείς εντοπίζουν τις συμπεριφορικές αυτές ιδιαιτερότητες των παιδιών τους, συνήθως δεν θεωρούν ότι αυτές συνιστούν αναπτυξιακό πρόβλημα (Quinn, 2006:9). Τα άτομα, παιδιά και ενήλικες, με ΔΑΦ, εμφανίζουν ένα μικρό ή μεγάλο βαθμό νοητικής υστέρησης (Baioetal., 2018:1-23), σε αντίθεση με εκείνα με Asperger, των οποίων ο δείκτης είναι σε πολλές περιπτώσεις, όχι μόνο «φυσιολογικός», αλλά και υψηλότερος (Dawsonetal., 2010:e17-e23).

Τα κατεξοχήν χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΑΦ είναι η μειωμένη επικοινωνία, κοινωνική αλληλεπίδραση και φαντασία, συνοδευόμενη από ένα επαναλαμβανόμενο πρότυπο περιορισμένων δραστηριοτήτων. Η μειωμένη επικοινωνία συνεπάγεται τη σχολαστική χρήση και κατανόηση ορισμένων εκφράσεων, την περιορισμένη κατανόηση των μη λεκτικών τρόπων επικοινωνίας, τη μη συνειδητοποίηση της αξίας της επικοινωνίας, ως μέσο μετάδοσης γνώσεων, πληροφοριών, σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων και ικανοποίησης κοινωνικών αναγκών. Η μειωμένη

³Κάθε χρόνο 700-1.000 παιδιά διαγιγνώσκονται με αυτισμό στην Ελλάδα. Έλλειμμα ενημέρωσης γονέων και επαγγελματιών υγείας (29/03/2018).

κοινωνική αλληλεπίδραση συνεπάγεται την αδιαφορία, την απόσυρση, την επαναλαμβανόμενη προσέγγιση τρίτων, με ιδιαίτερο ή και ακατάλληλο τρόπο, και την παθητική προσκόλληση και εμμονή σε πρόσωπα. Η μειωμένη φαντασία συνεπάγεται την αδυναμία του ατόμου με ΔΑΦ να παρατηρήσει τις λεπτομέρειες που το περιβάλλουν, δηλαδή όλα τα επουσιώδη στοιχεία του περιβάλλοντος, καθώς και την ανικανότητά του να δημιουργήσει φανταστικό παιχνίδι.

Ανάλογα από τον βαθμό που εμφανίζει κάθε άτομο με ΔΑΦ τα ανωτέρω χαρακτηριστικά, διακρίνονται τέσσερις τύποι: 1) του αποσυρμένου κοινωνικά, 2) του κοινωνικά παθητικού, που δεν αναλαμβάνει πρωτοβουλίες για δράση, 3) του ιδιόρρυθμου και ενεργητικού, που είναι κοινωνικός και προσεγγίζει τους άλλους με έναν ιδιαίτερο δικό του τρόπο, και 4) του συμπεριφορικά εξεζητημένου, που είναι επαρκώς λειτουργικός και επικοινωνιακά ικανός. Σύμφωνα με τη Theory of Mind (Θεωρία του Νου), ένα άτομο με ΔΑΦ αδυνατεί να κοινωνικοποιηθεί και να αλληλεπιδράσει με τους γύρω του, λόγω ότι έχει εξαιρετικά μειωμένη ενσυναίσθηση και αδυναμία κατανόησης των μη λεκτικών εκφράσεων του προσώπου, δηλαδή δεν κατανοεί τις καταστάσεις που βιώνουν τα άτομα γύρω του, δε δύναται να τις ερμηνεύσει και να αποκομίσει από αυτούς τις δυνητικές πολιτισμικές πληροφορίες (Ozdemir, 2010:1827-1830; Hirschfeld et al., 2007:R451-R452). Παράλληλα με την έλλειψη ενσυναίσθησης τα άτομα με ΔΑΦ παρουσιάζουν ανεπάρκεια στη δεξιότητα συναισθηματικής εμπειρίας όσον αφορά στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, τα οποία είτε δεν προσλαμβάνουν, είτε αδυνατούν να τους αποδώσουν σημασία (Powell et al., 2016:137-146).

Σύμφωνα με τις νευροαναπτυξιακές θεωρίες, τα άτομα με ΔΑΦ εμφανίζουν συναισθηματικά και επικοινωνιακά ελλείμματα, λόγω της μη φυσιολογικής λειτουργίας και δομής του νευρικού τους συστήματος. Ωστόσο, δεν είναι καθόλου σίγουρο ότι τα νευροαναπτυξιακά χαρακτηριστικά του ατόμου με ΔΑΦ αποκαλύπτουν σημαντικές πληροφορίες για τον βαθμό των προβλημάτων που προκαλούνται από τη διαταραχή. Κι αυτό γιατί δεν προβλέπεται νευρολογική αξιολόγηση, παρά μόνο μετά από μια μακρά και ενδελεχή κλινική παρατήρηση των καθημερινών συμπεριφορών του ατόμου (Fecteau et al., 2006:P131-R133). Προγνωστικά, όσον αφορά στη ΔΑΦ, μπορεί να αξιοποιηθεί η νοημοσύνη του ατόμου με ΔΑΦ, δεδομένου ότι όσο πιο υψηλός είναι ο δείκτης του τόσο πιο ευδιάκριτος καθίσταται ο βαθμός της διαταραχής του. Τα άτομα με υψηλό δείκτη

νοημοσύνης εξελίσσονται καλύτερα, διευκολύνουν τις διαγνωστικές διαδικασίες από την πολύ πρώιμη παιδική ηλικία και λαμβάνουν έγκαιρα θεραπευτική υποστήριξη. Κατά ανάλογο τρόπο, τα άτομα με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας, αν και διαθέτουν ισχυρή μνήμη μόνο σε ορισμένα πεδία (Williamsetal., 2005:1-15), εμφανίζουν ελαφρύτερα συμπτώματα και σημειώνουν ταχύτερη και σημαντικότερη πρόοδο (Whiteetal., 2013:19).

Τα άτομα με ΔΑΦ πολύ συχνά εμφανίζουν διαταραχές, όπως η νοητική αναπηρία, οι αγχώδεις και ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)κ.ά., για τις οποίες οι ερευνητές δεν έχουν υιοθετήσει μια ξεκάθαρη θέση για το αφορούν σε συννοσηρές καταστάσεις ή συνιστούν συμπτωματολογίες της ΔΑΦ. Ερευνητικά έχει καταδειχθεί ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των ατόμων με ΔΑΦ εμφανίζουν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό κάποιες από τις ανωτέρω διαταραχές. Συγκεκριμένα, οι Hoffmann και συνεργάτες (2016:44-53) κατέγραψαν ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων με ΔΑΦ που εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ ή που πληρούν ορισμένα από τα κριτήρια διάγνωσης της. Παράλληλα, τα άτομα με ΔΑΦ, σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό τους, παρουσιάζουν αισθητηριακή υπερευαισθησία ή υποευαισθησία, δηλαδή αντιδρούν έντονα, θετικά ή αρνητικά, σε αισθητηριακά ερεθίσματα, στα οποία τα άτομα της τυπικής ανάπτυξης παραμένουν συνήθως αδιάφορα. Οι αντιδράσεις των ατόμων με ΔΑΦ στα εν λόγω ερεθίσματα είναι η έντονη χαρά, το έντονο άγχος, ο έντονος φόβος, η εγρήγορση και η κινητοποίηση προς ή από αυτό, καθώς και η πλήρης αγνόησή τους (Case-Smithetal., 2015:133-148). Τα αισθητηριακά προβλήματα, σε συνδυασμό με την εμμονική προσκόλληση των ατόμων με ΔΑΦ σε επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές συμπεριφορές, επηρεάζουν αρνητικά την καθημερινότητά τους και μειώνουν την ποιότητα της ζωής τους, γεγονός που τους προκαλεί περαιτέρω στρες και επιδεινώνει την ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση (Case-Smithetal., 2015:133-148;Schaafetal., 2011:373-389).

1.8 Γενετική αιτιολογία της ΔΑΦ

Αν και τα πρόσφατα ερευνητικά πορίσματα (Jiangetal., 2013:249-263; Sandersetal., 2012:237-241;Levyetal., 2011:886-897;Schaafetal., 2011:373-389;Gregoryetal., 2009:62; Newschaffer etal., 2007:235-258) καταδεικνύουν ότι η ΔΑΦσυνιστά μια

πολυπαραγοντική διαταραχή, της οποίας η εμφάνιση προκύπτει ως αποτέλεσμα ενός συνδυασμού ή μη μια πληθώρας παραγόντων, όπως γενετικών, ανοσολογικών, επιγενετικών, ορμονικών, νευροφυσιολογικών, μεταβολικών, νευροανατομικών, καθώς και περιβαλλοντικών. Πιθανοί παθογενετικοί παράγοντες, που επιδρούν ως μηχανισμοί εμφάνισης της ΔΑΦ, θεωρούνται επιμέρους συννοσηρές καταστάσεις και διαταραχές, όπως είναι οι γενετικές παραλλαγές, που υποστηρίζεται ερευνητικά ότι συμβάλλουν επιδραστικά σε ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 15-20% (Abrahams& Geschwind 2008:341-355). Οι Baiοκαι συνεργάτες (2018:1-23) κατέδειξαν ότι το 31% των ατόμων με ΔΑΦεμφανίζουν παράλληλα και νοητική υστέρηση, ενώ, σύμφωνα με τους Canitatoκαι Yasuhara (2010:791-798),ένα ποσοστό των ατόμων με ΔΑΦπου κυμαίνεται μεταξύ 20-37%, εμφανίζουν επιληψία. Επίσης, τα παιδιά με ΔΑΦ, πολύ συχνά εμπλέκονται σε ψυχιατρικές και ιατρικές καταστάσεις, με υψηλό ποσοστό, όπως είναι η Διαταραχή Υπερκινητικού Συνδρόμου (ΔΕΠΥ), κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου, αγχώδεις διαταραχές, καθώς και γαστρεντερικά προβλήματα (Whiteetal., 2009:216-229;Goldmanetal., 2009:30-38;Alliketal.,2006:1;Valicientietal., 2006:128-136).

Πολλαπλούς παράγοντες, που επιδρούν επιβαρυντικά στην εμφάνιση ΔΑΦ, έχουν επισημάνει σημαντικές επιδημιολογικές μελέτες, όπως είναι η μεγάλη ηλικία των γονέων (Sheltonetal., 2010:30-39;Gretheretal., 2009:1118-1126), οι νεογνικές περιγεννητικές επιπλοκές (Gardeneretal., 2011:344-355) και η έκθεση σε επικίνδυνες περιβαλλοντικές συνθήκες (McCanliesetal., 2012:2323-2334; Windham etal., 2006:1438-1444), χωρίς όμως να έχουν καταλήξει σε έναν συγκεκριμένο τρόπο μετάδοσης ή εμφάνισης, δεδομένης της εξαιρετικά πολυπαραγοντικής αιτιολογίας της (Grønborgetal., 2013:947-953). Σύμφωνα με τους Wisniowiecka-Kowalnik και Nowakowska, αν και οι αιτιολογικοί παράγοντες της ΔΑΦπαραμένουν σε πολύ μεγάλο βαθμό άγνωστοι, οι περιβαλλοντικοί και οι γενετικοί παράγοντες επιδρούν εξίσου σημαντικά στην εμφάνιση της ΔΑΦ. Ειδικά, η γενετική αιτιολογία φαίνεται να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στο 25-35% περίπου των ατόμων που διαγιγνώσκονται με ΔΑΦ(Wisniowiecka-Kowalnikand Nowakowska,2019:37-47). Στην ίδια ερευνητική μελέτη, επισημαίνεται ότι καταλυτικής σημασίας παράγοντας για την εμφάνιση ΔΑΦφαίνεται να είναι οι νουκλεοτιδικές παραλλαγές στα γονίδια, που κωδικοποιούν τις πρωτεΐνες, οι οποίες συμβάλλουν στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, και συνεπώς συμβάλλουν στη λειτουργία και των σχηματισμό των

νευρώνων. Οι μελέτες που καταλήγουν στη σημαντικότητα της γενετικής αιτιολογίας καταδεικνύουν την ύπαρξη ενός σπάνιου και κοινού αριθμού μονών παραλλαγών ή αντιγράφων, στο πλαίσιο της αποκωδικοποίησης της αλληλουχίας γονιδιώματος/εξωμίου (Hormozdiarietal., 2015:142-154;Pintoetal., 2014:677-694;Iossifovetal., 2014:216-221;DeRubeisetal., 2014:209-215).

1.9 Επικοινωνία και ΔΑΦ

Τα άτομα με ΔΑΦ αντιμετωπίζουν ένα πλήθος προβλημάτων επικοινωνίας. Για τα άτομα με ΔΑΦ, η ανάπτυξη της γλωσσικής ικανότητας και των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, είναι συνήθως «αργή», «ιδιόμορφη», «ιδιοσυγκρασιακή» κ.ά. Τα παιδιά με ΔΑΦ έρχονται αντιμέτωπα με γλωσσικές δυσκολίες, που προκύπτουν ως απόρροια του τρόπου λειτουργίας του εγκεφάλου τους. Τα ελλείμματα επικοινωνίας διαφέρουν από άτομο σε άτομο, αν και οι δυσκολίες στην αυθόρμητη ή τεχνική ομιλία είναι λίγο ή πολύ εμφανείς σε όλα τα άτομα με ΔΑΦ(Matsonetal., 2012:144-150). Ένα ποσοστό που κυμαίνεται από το 25% ως το 50% των παιδιών με ΔΑΦ, έχει καταδειχθεί ερευνητικά ότι δεν αναπτύσσει πλήρως λειτουργική γλωσσική ικανότητα, και για τον λόγο αυτό είναι απαραίτητη η εξοικείωσή τους με συμβατικούς τρόπους επικοινωνίας. Δεδομένου ότι τα παιδιά με ΔΑΦ δε δύνανται να εκφραστούν επαρκώς λεκτικά, είναι αναγκαίο να παρακολουθούν και να προσέχουν τα κοινωνικά ερεθίσματα, συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών και του εκφράσεων του προσώπου, καθώς και της κατεύθυνσης του ματιού. Η αδυναμία κατάκτησης των εν λόγω δεξιοτήτων, που στην περίπτωση των ατόμων με ΔΑΦ αξιολογούνται ως ζωτικής σημασίας, επιφέρει σημαντικές συνέπειες στην ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση (Carboneetal., 2013:139-159). Η δυσκολία επικοινωνίας των παιδιών με ΔΑΦ επιβραδύνει ή αναστέλλει την κοινωνική τους ανάπτυξη, συμβάλλει στην εκδήλωση ανεπιθύμητων συμπεριφορών, καθώς και στην αύξηση του βαθμού κοινωνικού στρες (Hattier&Matson, 2012:871-880).

Οι επικοινωνιακές, αλλά και οι κοινωνικές δυσκολίες των ατόμων με ΔΑΦ που θα προσεγγιστούν στην επόμενη ενότητα, εξηγούνται από τη θεωρία της τύφλωσης του μυαλού (Mind-blindness Theory) και τη θεωρία των καθυστερήσεων και των ελλειμμάτων ενσυναίσθησης (The Empathizing–SystemizingTheory). Σύμφωνα με την πρώτη, τα παιδιά με ΔΑΦκαθυστερούν να αναπτύξουν μια θεωρία του νου,

στερούμενα τη δυνατότητα να μπαίνουν στη θέση του άλλου, να φαντάζονται τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Αδυνατούν να κατανοήσουν τη συμπεριφορά του, να φανταστούν μια ολόκληρη σειρά ψυχικών καταστάσεών του, να προβλέψουν τι μπορεί να κάνει στη συνέχεια. Τα παιδιά με ΔΑΦμένουν δηλαδή, με έναν βαθμό «τύφλωσης του μυαλού» με αποτέλεσμα να αντιλαμβάνονται τη συμπεριφορά των άλλων συγκεχυμένη, απρόβλεπτη, ακόμα και τρομακτική. Ένα παιδί τυπικής ανάπτυξης, ήδη από τη βρεφική ηλικία, είναι σε θέση να ακολουθεί το βλέμμα άλλου ατόμου και να δίνει προσοχή σε αυτό που μπορεί να το ενδιαφέρει, να προσπαθεί να «μπει» στο μυαλό του και να «διαβάσει» αυτό που «κρύβεται πίσω από τις λέξεις». Τα παιδιά με ΔΑΦπαρουσιάζουν μειωμένη συχνότητα της κοινής προσοχής και τείνουν να εκλαμβάνουν τα πάντα κυριολεκτικά και όπως φαίνονται (Baron-Cohen, 2009:68-70).

Σύμφωνα με τη θεωρία των δύο παραγόντων Empathizing–Systemizing (E-S) τα παιδιά με ΔΑΦεμφανίζουν υψηλή συχνότητα ακατάλληλης συναισθηματικής αντίδρασης σε σκέψεις και συναισθήματα άλλων ατόμων, καθώς επίσης υψηλά επίπεδα συστηματοποίησης. Αφενός, η αδυναμία ενσυναίσθησης εξηγεί τις επικοινωνιακές και τις κοινωνικές δυσκολίες των παιδιών με ΔΑΦκαι αφετέρου, η μέση ή υψηλή τάση τους να συστηματοποιούν είναι ένας τρόπος να εξηγηθούν τα στενά ενδιαφέροντά τους, την επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά τους, την αντίστασή τους στην αλλαγή, την ανάγκη τους για σταθερότητα και μη μεταβλητότητα. Μέσω της συστηματοποίησης κατασκευάζουν συστήματα μηχανικά, αριθμητικά, αφηρημένα, φυσικά, κοινωνικά κ.ά., συνήθως θέτοντας οικείους κανόνες και δομές. Με τη θεωρία E-S χαρακτηρίζεται το μοναδικό προφίλ των συνθηκών της ΔΑΦ, καθώς, αν και πολλές ομάδες εμφανίζουν δυσκολίες ενσυναίσθησης, αναμφισβήτητο μόνο τα άτομα με ΔΑΦεμφανίζουν διάσταση μεταξύ αυτής και της άθικτης ή ακόμη και ανώτερης ορμής τους να συστηματοποιούν (Baron-Cohen, 2009:71-72).

1.10 Κοινωνικές δεξιότητες και ΔΑΦ

Οι κοινωνικές δεξιότητες, ως ολοκληρωμένες και κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές που εμπνέουν θετικές αλληλεπιδράσεις με άλλους, είναι αναγκαίες στη σχολική επιτυχία, στην προσαρμογή και την ενσωμάτωση στο κοινωνικό γίγνεσθαι (Greshametal., 2011:27-44). Τα παιδιά με ΔΑΦ, που εμφανίζονται δυσλειτουργικά ως

προς αυτό, είναι δυνατό να αποτυγχάνουν στη συνεργασία τους με τους συνομηλίκους τους, να προκαλούν προβλήματα με ενδεχόμενη διαταραγμένη συμπεριφορά εντός της σχολικής τάξης, και συγκεντρώνουν περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν δυσκολίες και να υποστούν βλάβες εντός του σχολικού περιβάλλοντος/ συστήματος. Οι επικοινωνιακές και κοινωνικοποιητικές ανεπάρκειες των παιδιών με ΔΑΦ είναι αναμφίβολα το πιο μειονεκτικό χαρακτηριστικό τους, γεγονός που μπορεί να αποβεί επιζήμιο για την ποιότητα της ζωής τους. Οι τρεις πιο κοινές και εύκολα αναγνωρίσιμες κοινωνικές βλάβες κατά τη διάρκεια της παιδική ηλικίας ενός ατόμου με ΔΑΦ είναι η αδυναμία σύναψης συνεργασίας με τρίτους, η αποτυχία στη δημιουργία φιλικών και διαπροσωπικών δεσμών, καθώς και η ανικανότητα στην αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων (Hattier&Matson, 2012:871-880). Η δυνατότητα διάκρισης και αναγνώρισης των εκφράσεων του προσώπου ενός ατόμου, είναι κεφαλαιώδους σημασίας για τη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων, γεγονός που ανάγει σε πρόκληση την εκδήλωση της κατάλληλης συμπεριφοράς έναντι των άλλων από τα άτομα με ΔΑΦ(Rumpetal., 2009:1434-1447).

Πολύ συχνά, τα άτομα με ΔΑΦ δεν δύνανται να αντιληφθούν ή να διαχειριστούν τα κοινωνικά ερεθίσματα, καθώς τα ενδιαφέροντά τους δεν συσχετίζονται με αυτά. Ωστόσο, η κατάσταση αυτή μπορεί να αλλάξει μέσω της θεραπευτικής οδού στην αναπτυξιακή πορεία του ατόμου, μέσω της οποίας αφαιρείται η κοινωνική διέγερση που οδηγεί στην επικοινωνιακή ή κοινωνική βλάβη. Τα άτομα με ΔΑΦ εκδηλώνουν μια εσωστρέφεια, δεδομένου ότι δεν δύνανται να συνδεθούν συναισθηματικά με τρίτους. Η εσωστρέφεια αυτή, τα καθιστά κοινωνικά δύσκαμπτα και αμήχανα, χωρίς ενσυναίσθηση, συχνά με ανεπιθύμητη συμπεριφορά και με άγνοια των λεκτικών και μη λεκτικών σημείων, καθώς επίσης τα οδηγεί στην κοινωνική απόσυρση και αυξάνει το κοινωνικό τους άγχος (Hattier&Matson, 2012:871-880; Gresham et al., 2011:27-44;Epp, 2008:27-36). Οι κοινωνικές δυσκολίες των παιδιών με ΔΑΦ, όπως επισημάνθηκε στην προηγούμενη ενότητα», συνδέονται και συνοδεύονται από επικοινωνιακές δυσκολίες, άρα και τις προαναφερθείσες αδυναμία ενσυναίσθησης και τάση συστηματοποίησης (Baron-Cohen, 2009:68-80). Παραδείγματα συστηματοποίησης στην κλασική ΔΑΦ που επηρεάζουν την κοινωνική και επικοινωνιακή ικανότητα των παιδιών με ΔΑΦ παρατίθενται στον κατωτέρω πίνακα.

Είδος συστηματοποίησης	Αντιδράσεις
Αισθητηριακή συστηματοποίηση	• Χτυπά τις επιφάνειες • Επιμονή στα ίδια τρόφιμα κάθε μέρα
Κινητική συστηματοποίηση	• Επαναλαμβανόμενες κινήσεις μπρος-πίσω ή περιστροφή γύρω-γύρω • Εκμάθηση κινήσεων πλεξίματος ή κινήσεων τένις
Συλλεκτική συστηματοποίηση	• Συλλογή φύλλων ή αυτοκόλλητων • Δημιουργία λιστών και καταλόγων
Αριθμητική συστηματοποίηση	• Εμμόνη με το ημερολόγιο ή δρομολόγια μέσων μεταφοράς • Επίλυση μαθηματικών προβλημάτων
Κινητική συστηματοποίηση	• Παρακολούθηση περιστροφικής κίνησης πλυντηρίου • Ανάλυση συμβάντων σε επαναλαμβανόμενο κύκλο
Χωρική συστηματοποίηση	• Εμμόνη με συγκεκριμένες διαδρομές • Ανάπτυξη ζωγραφικών τεχνικών
Περιβαλλοντική συστηματοποίηση	• Επιμονή στην παράταξη αντικειμένων σε αμετάβλητη σειρά • Επιμονή στη διατήρηση των αντικειμένων σε σταθερή θέση
Κοινωνική συστηματοποίηση	• Αναφορά του πρώτου μισού μίας φράσης και αναμονή συμπλήρωσης από κάποιον τρίτο • Επιμονή σε συγκεκριμένο παιχνίδι με συγκεκριμένα άτομα
Φυσική συστηματοποίηση	• Επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις για τον καιρό • Εκμάθηση-αποστήθιση πληροφοριών μη κοινωνικής/επικοινωνιακής σημασίας (π.χ. λατινικοί όροι φυτολογίας)

Μηχανική συστηματοποίηση	• Εκμάθηση χειρισμού τεχνολογικών μέσων ή εργαλείων • Αποσυναρμολόγηση και επανασυναρμολόγηση gadget
Φωνητική/ακουστική/λεκτική συστηματοποίηση	• Μίμηση ήχων • Αναπαραγωγή λέξεων, φράσεων και σημασιών
Συστηματοποίηση αλληλουχιών ή ακολουθιών ενεργειών	• Παρακολούθηση ίδιου βίντεο ξανά και ξανά • Ανάλυση τεχνικών βίντεο
Μουσική συστηματοποίηση	• Συνεχής επανάληψη μελωδιών • Ανάλυση της μουσικής δομής ενός τραγουδιού ή μίας μελωδίας

Είδη συστηματοποίησης και αντιδράσεις παιδιών με ΔΑΦ (πηγή: Baron-Cohen, 2009:74)

1.11 Τρόποι παρέμβασης

Με βάση τον ορισμό της ΔΑΦ, είναι απαραίτητη και επιβεβλημένη η δημιουργία θεραπευτικών παρεμβάσεων για τη μείωση της έντασης των συμπτωμάτων, για τη βελτίωση των επικοινωνιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων, καθώς και της συμπεριφοράς των ατόμων με ΔΑΦ(Wong& Kwan, 2010:677-688). Πολλές από αυτές επικεντρώνονται στην καλλιέργεια ή την κατάκτηση δεξιοτήτων λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, στην διευκόλυνση της κοινωνικοποίησης και τη βελτίωση της βλεμματικής επαφής των ατόμων με ΔΑΦ(Matsonetal., 2012:144-150), προκειμένου να εξασφαλιστεί η υψηλότερη δυνατή ποιότητα ζωής, σε όλες τις φάσεις της ανάπτυξής τους. Οι επικρατέστερες θεραπευτικές παρεμβάσεις σχετίζονται με την Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς (ABA), συμπεριλαμβανομένης της Πρώιμης Εντατικής Συμπεριφορικής Παρέμβασης (ΠΕΣΠ), που οδηγεί στην ανάπτυξη της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας (CBT), καθώς επίσης την Παρέμβαση Ομάδων Συνομηλίκων και η Διαιτητική Θεραπεία. Αυτές οι μέθοδοι θεραπείας θα εξεταστούν συνοπτικά στην παρούσα ενότητα.

Τα προβλήματα διατροφής και ύπνου των ατόμων με ΔΑΦ, παρώθησαν την επέκταση των ερευνών σε αυτούς τους τομείς. Η ΔΑΦ συχνά ταυτίζεται με την ακραία επιλεκτικότητα των τροφών και την προσκόλληση σε ορισμένα μόνο είδη. Οι

διαιτητικές θεραπευτικές παρεμβάσεις που αξιοποιούνται στη διαχείριση της ΔΑΦ θεωρούνται ακόμα εναλλακτικές και σχετίζονται κυρίως με την καταγραφή αντιδράσεων σε συγκεκριμένες διατροφικές ουσίες, και με τη λήψη αντισωμάτων. Η βιβλιογραφία όσον αφορά στη διαιτητική θεραπεία κατέδειξε βελτίωση της συμπεριφορά των ατόμων με ΔΑΦ, μέσω της εξαίρεσης τροφίμων από την καθημερινή διατροφή, καθώς και εκδήλωση ανεπιθύμητης με την αντικατάσταση ορισμένων διατροφικών ουσιών (Herbert & Buckley, 2013:975-982; Matson et al., 2012:144-150).

Η Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς είναι μια μορφή παρέμβασης που επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της άμεσης, απροσδόκητης κακής ή μη επιθυμητής συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΑΦ (Roth, 2001:195). Οι συμπεριφοριστές θεωρούν της μη «φυσιολογικές» συμπεριφορές ως ένα φαινόμενο που μαθαίνεται και συντηρείται από περιβαλλοντικές καταστάσεις και καθοριστικούς παράγοντες. Για τον λόγο αυτό επιδιώκουν να τροποποιήσουν τις ανεπιθύμητες συμπεριφορές με τη διδασκαλία νέων, μέσω της θετικής ενίσχυσης, της τιμωρίας, της προτροπής, της αποτροπής, τη συστηματική απευαισθητοποίηση ή μοντελοποίηση κ.ά. Οι τεχνικές που αξιοποιούνται στη συμπεριφοριστική θεραπεία βασίζονται στις θεωρητικές προσεγγίσεις της κλασικής προετοιμασίας του Pavlov, του λειτουργικού ρυθμού του Skinner και της κοινωνικής μάθησης του Bandura. Από το 1968 και έπειτα, η Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς κατέστη συνώνυμη με τη θεραπεία για προβλήματα συμπεριφοράς που συνδέονται με τη νοητική υστέρηση, τη ΔΑΦ και άλλες διαταραχές. Στο πλαίσιο των θεραπευτικών αυτών παρεμβάσεων, είναι δυνατή η καλλιέργεια βασικών δεξιοτήτων, όπως είναι η μίμηση, η ακρόαση και η αναζήτηση, καθώς και των «προχωρημένων» δεξιοτήτων, όπως είναι η συνδιαλλαγή και η ενσυναίσθηση (Axelrod, 2012:1-15).

Η Πρώιμη Εντατική Συμπεριφορική Παρέμβαση αποτελεί επέκταση της προηγούμενης και εστιάζει στη βελτίωση των γλωσσικών και των κοινωνικών δεξιοτήτων, μέσα από εντατικά εφαρμοσμένες διαδικασίες συμπεριφοράς. Τέτοιες παρεμβατικές θεραπείες, υποστηρίζεται ερευνητικά ότι βοηθούν τα άτομα με ΔΑΦ, ιδίως των μικρότερων ηλικιών, και συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους (Matson et al., 2012:144-150; Lovaas, 1987:3-9). Η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία προέκυψε ως αποτέλεσμα της σύγκλισης στρατηγικών γνωστικών και συμπεριφορικών διαδικασιών με στόχο την επίτευξη αλλαγών σε

επίπεδο συμπεριφοράς και γνώσης (Dobson&Dozois, 2010:11). Οι βασικές αρχές της περιλαμβάνουν την ευαισθητοποίηση σχετικά με τη συνάφεια σκέψεων, συμπεριφορών και συναισθημάτων, καθώς και την ικανότητα καθορισμού θεραπευτικών στόχων, οι οποίοι δικαιολογούν τον σχεδιασμό και την υλοποίηση συγκεκριμένων συμπεριφορικών και γνωστικών παρεμβάσεων (Rector&Cassin, 2010:153-161). Η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία ενθαρρύνει και προάγει την ψυχοεκπαίδευση και τονίζει τη σημασία αφενός της επικοινωνίας μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου και αφετέρου της αντιμετώπισης του προβλήματος. Αξιοποιείται αποτελεσματικότερα στις παρεμβάσεις που αφορούν σε παιδιά με ΔΑΦ, καθώς αποσκοπούν στην ανάπτυξη των λεκτικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων των θεραπευόμενων, δεδομένου ότι είναι πολύ σημαντικό τα άτομα με ΔΑΦ να κατακτήσουν ευελιξία στη χρήση της γλώσσας για τη μετέπειτα ζωή τους. Προσαρμογές των θεραπευτικών παρεμβάσεων εστιάζουν και αφορούν στην αξιοποίηση των δυνατών σημείων και ορίων ενός ατόμου, στην αύξηση της συμμετοχής και της προσοχής του, μέσω της υποστήριξης της συμπεριφοράς και την προώθηση της γενίκευσης των δεξιοτήτων μέσω της ομαδικής θεραπείας (Rotheram-Fuller& MacMullen, 2011:263-271).

Τα άτομα με ΔΑΦ είναι πολύ συχνό να μη δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους συνομηλίκους τους, φαινόμενο που τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον των ερευνητών. Διαπιστώθηκε ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις με συμμετοχή σε ομάδες συνομηλίκων, μπορούν να λειτουργήσουν ως ένα σύστημα κοινωνικής υποστήριξης για τα άτομα με ΔΑΦ. Η δομημένη αλληλεπίδραση μεταξύ τους, είναι δυνατό να βελτιώσει τις επικοινωνιακές, λεκτικές και μη λεκτικές, δεξιότητές τους και να ενισχύσουν την κοινωνικοποίησή τους. Τα αποτελέσματα της εν λόγω αλληλεπίδρασης είναι εμφανή στην κοινωνική συμπεριφορά των ατόμων με ΔΑΦ(Rogers, 2000:399-409).

Κεφάλαιο 2^ο:Θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης

2.1 Παραδοσιακή θεραπεία και τέχνες

Αν και η Θεραπεία μέσω της Τέχνης (ή Τέχνη ως μέσο Θεραπείας) (ArtTherapy) συνιστά ένα νέο πεδίο της επιστήμης της ψυχολογίας, οι απεικονιστικές και αφηγηματικές πρακτικές είναι εκφράσεις που αξιοποιούνται εδώ και πολλούς αιώνες, οι οποίες συμβάλλουν καταλυτικά στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς και της προσωπικότητας του ατόμου, μέσω του σχηματισμού μιας θετικής αυτοεικόνας, αυτογνωσίας και αυτοεπίγνωσης. Στις αρχές του 20^ο αιώνα, ο Freud και ο Jung μίλησαν για την ύπαρξη ενός ασυνείδητου εσωτερικού κόσμου με εικόνες και καθολικά αρχέτυπα και σύμβολα της ψυχής αντίστοιχα, και εστίασαν στην εικαστική έκφραση για την εξωτερικότητά τους (Malchiodi, 2003:18-21). Στο δεύτερο μισό του αιώνα, οι εικαστικές τέχνες προβλήθηκαν ως μέσα εκδήλωσης του ασυνείδητου, της φαντασίας, των εσωτερικών συγκρούσεων, των συναισθημάτων και των σκέψεων, και ενσωματώθηκαν στις ψυχοθεραπευτικές και κλινικές πρακτικές της εποχής ως ένας ιδιότυπος συμβολικός λόγος (Robb, 2012:33-37).

Οι εικαστικές παρεμβάσεις ήταν προσανατολισμένες σε μια διαδικασία εσωτερικής αναζήτησης, όπου οι δεξιότητες και οι ικανότητες κατακτιούνται ή καλλιεργούνται με τέτοιο τρόπο, ώστε να αξιοποιηθούν ως ισχυρά εφόδια για τη ορθή και αποτελεσματική διαχείριση της απαιτητικής πραγματικότητας. Στις περιπτώσεις μάλιστα των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή μαθησιακές δυσκολίες, ανάγεται σε ζήτημα καταλυτικής σημασίας το κατά πόσο αυτά θα καταφέρουν να αναπτύξουν τις ικανότητες εκείνες που θα τους βοηθήσουν να ανταποκριθούν και να ανταπεξέλθουν στις παραδοσιακές και γραμμικές προσδοκίες, τόσο σε επίπεδο σκέψης όσο και έκφρασης.

Για να καταστεί αντιληπτή η αναπηρία ως διαφορά και όχι σαν αδυναμία είναι επιβεβλημένο να κατανοηθούν οι διαφορετικοί τρόποι χρήσης του εγκεφάλου, ο σημαίνων ρόλος της αντιστάθμισης της δυσκολίας με την ανάπτυξη προς μια άλλη κατεύθυνση, καθώς η επίδραση του περιβάλλοντος στον τρόπο που το άτομο επιλέγει να αξιοποιήσει τις εγκεφαλικές του δυνατότητες. Οι ειδικοί που χρησιμοποιούν την τέχνη ως μέσο θεραπείας στις συνεδρίες τους με άτομα διαγνωσμένης ικανότητας και αναπηρίας, λαμβάνοντας υπόψη το διαφορετικό στυλ μάθησης, ενεργούν πολύ

διαφορετικά από όσους υιοθετούν και εφαρμόζουν μια τυποποιημένη τακτική ή πρακτική μάθησης.

Οι εν λόγω ειδικοί-θεραπευτές συμβάλλουν στην αποκάλυψη νέων δεξιοτήτων ταυτότητας, οι οποίες διαμορφώνονται σταδιακά με το πέρασμα του χρόνου. Τα ζητήματα της αυτό-αντίληψης διαχωρίζονται από τα χαρακτηριστικά της αναπηρίας και εξωτερικοποιούνται μέσω των απεικονιστικών αναπαραστάσεων. Η μεταβολή που οδηγεί σε πραγματική αλλαγή του ατόμου με αναπηρία ή μαθησιακή δυσκολία, έγκειται στα φυσικά γνωρίσματα της διαδικασίας κατάκτησης δεξιοτήτων. Αυτή, γίνεται σε βάθος κατανοητή και συμβάλλει στην αλλαγή, είτε μικρή είτε μεγάλη, του τρόπου που τα άτομα αντιλαμβάνονται την ικανότητά τους. Μέλημα και προτεραιότητα του ειδικού είναι να διεξάγει συνεχή έρευνα, σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο, προκειμένου να ανιχνεύσει και να εντοπίσει μια εναλλακτική πρακτική, που να επιφέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα στην ψυχοσυναισθηματική και γνωστική ανάπτυξη του θεραπευόμενου, και να εισάγει νέα, πολύτιμα στοιχεία στο πεδίο της επιστήμης της ψυχολογίας. Η θεραπεία μέσω τέχνης αποδεικνύεται αποτελεσματική για τη βελτίωση της αυτοσυνείδησης των ατόμων με ειδικές μαθησιακές ανάγκες, ως μέρος μιας πολυτροπικής παρέμβασης στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας. Τα δεδομένα της βιβλιογραφίας και της έρευνας, καταδεικνύουν ότι οι δημιουργικές δραστηριότητες προάγουν τη θεραπεία, τη χαλάρωση, την ανακούφιση και το άγχος, καθώς παρέχουν ένα μέσο αυτοέκφρασης (Lechey, 2011:501-509). Εξάλλου, οι συμπεριφορικές, οι νευρολογικές και οι ιατρικές θεραπείες ενισχύονται και καθίστανται αποτελεσματικότερες από την αμοιβαία συμπερίληψη όλων των σκέψεων και δράσεων που αποσκοπούν στη βελτίωση της αυτό-ιδέας και αυτο-εικόνας.

2.2 Ορισμοί και αντικείμενο της θεραπείας μέσω τέχνης

Στη θεραπεία μέσω τέχνης ουσιαστικά συντίθενται δύο πεδία: η τέχνη και η ψυχολογία. Η ψυχική υγεία, η προσωπικότητα, η συμπεριφορά, η ανθρώπινη ανάπτυξη, η δημιουργικότητα και η διαδικασία κατασκευής εικαστικών έργων, μεταξύ άλλων, περικλείονται στον ορισμό της θεραπείας μέσω τέχνης (Malchiodi, 2009:20-21). Αν και για τις εικαστικές τέχνες εντοπίζονται πολλαπλοί και ποικίλοι ορισμοί, για τη θεραπεία μέσω αυτών έχουν οριστεί μόνο δύο κατηγορίες που την

αντιπροσωπεύουν εννοιολογικά. Η πρώτη αφορά στην αντίληψη ότι η δημιουργική κατασκευή τέχνης διαθέτει θεραπευτική δύναμη εγγενώς. Η θεραπευτική αυτή διαδικασία ως ιδιότητα, είναι αυτή που αποκαλείται από πολλούς θεραπεία μέσω τέχνης ή τέχνη ως μέσο θεραπείας. Διαφορετικά, ο ανωτέρω ορισμός μπορεί να αναφερθεί ως η δυναμική θεραπευτική διαδικασία παραγωγής τέχνης, στην οποία συμμετέχει το άτομο που χρήζει θεραπείας (Malchiodi, 2009:22).

Η δεύτερη κατηγορία ετυμολογικού προσδιορισμού της θεραπείας μέσω τέχνης επικεντρώνεται στην πεποίθηση ότι η τέχνη, μεταξύ άλλων, λειτουργεί ως αποτελεσματικό μέσο συμβολικής επικοινωνίας. Η εν λόγω προσέγγιση, γνωστή ως «εικαστική ψυχοθεραπεία», βασίζεται στη χρησιμότητα των υλικών, εικαστικών ή μη, μέσω των οποίων το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα, μπορεί να εκφραστεί. Με την καθοδήγηση, τη βοήθεια και την υποστήριξη του θεραπευτή, το άτομο κατανοεί την τέχνη και σταδιακά πορεύεται, αφενός στην απεικονιστική της απόδοση και αφετέρου στην προσωπική του ολοκλήρωση και αυτογνωσία. Πολύ σημαντικό στοιχείο της διαδικασίας αυτής είναι να καταδείξει ο θεραπευτής την αναγκαία ενσυναίσθηση. Σε κάθε περίπτωση, η εικαστική δημιουργική δράση συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση των προβλημάτων από το ίδιο το άτομο, στην ανάπτυξη νέων ιδεών και στην εξωτερίκευσή τους προς τρίτους (Malchiodi, 2009:22).

Η θεραπεία μέσω τέχνης συνεπάγεται μια διαδικασία αυτό-συνειδητοποίησης, η οποία προϋποθέτει τη δημιουργία και σύνθεση εικόνων των ψυχικών πόρων του ασυνειδήτου του ατόμου, την ανάδυσή τους στην περιοχή του συνειδητού, στη σχηματοποίηση και μορφοποίησή τους, προκειμένου να τις καταστήσει εξωτερικές, απτές, ορατές και κατά κάποιο τρόπο πραγματικές. Η ανωτέρω εσωτερική πορεία του ανθρώπου αφορά αποκλειστικά σε μια διαδικασία ενδοσκόπησης, επικοινωνίας και ενσυναίσθησης, η οποία εκτείνεται από τον δημιουργό στη δημιουργία του, δηλαδή από το εγώ στον εαυτό του. Σε αυτή την διαδικασία εσωτερικής αναζήτησης και έκφρασης, η εικαστική αναπαράσταση, δηλαδή κάθε είδους εικόνα, σχήμα, καλλιτέχνημα, ανάγεται σε μεσολαβητής του δημιουργού, ενώ ο τελευταίος γίνεται θεραπευτής του εαυτού του (Dalley, 2010:261-262).

Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά ένα πεδίο σύνθεσης, το οποίο λειτουργεί ως γέφυρα, ανάμεσα στο μη λεκτικό και το λεκτικό, στο συνειδητό και το ασυνειδητό, στο εξωτερικό και το εσωτερικό, στην πραγματικότητα και τη φαντασία, στον ορθό

λόγο και τη διαίσθηση, που οδηγεί στην αποτελεσματική αντιμετώπιση τηςσχάσης, μέσω της δημιουργίας μιας ολότητας του πνεύματος, του νου και του σώματος του ατόμου. Μέσω της εικαστικής δράσης, ο δημιουργός εκφράζεται και εξωτερικεύει τις ρεαλιστικές και φανταστικές σκέψεις και τα συναισθήματά του. Η διέξοδος αυτή, θέτει το άτομο σε μια κατάσταση προσωπικής ικανοποίησης και συναισθηματικής αυτάρκειας, που αμφότερες συμβάλλουν στην αλλαγή της προσωπικότητας και του χαρακτήρα του, και κυρίως στην αλλαγή του τρόπου που αντιλαμβάνεται τον εαυτό (Dalley, 2010:261-262). Υπό αυτό το πρίσμα, όταν το άτομο αρχίζει να νιώθει πραγματικά καλά για τον εαυτό του, όταν δύναται να διαχειριστεί όσα αισθάνεται και συλλογίζεται, καθίσταται πολύ περισσότερο υγιές και ισορροπημένο (Malchiodi, 2009:22).

HDalley(2010:162) υποστηρίζειότι *«the process of healing through artistic creation and expression, the use of visual materials and the individual's engagement with them, gradually contributes to the stirring of his innermost feelings, thoughts and desires, at the same time that doubts and defense mechanisms against the external interventions»*. Δηλαδή, η διαδικασία της θεραπείας μέσω της καλλιτεχνικής δημιουργίας και έκφρασης, η χρήση των εικαστικών υλικών και η ενασχόληση του ατόμου μαζί τους, σταδιακά συμβάλλει στην ανάδευση των ενδόμυχων αισθημάτων, σκέψεων και επιθυμιών του, την ίδια στιγμή που αποδυναμώνονται οι ενδοιασμοί και οι αμυντικοί μηχανισμοί έναντι των εξωτερικών παρεμβάσεων. Κατά την εν λόγω θεραπευτική διαδικασία, δεν τοποθετείται, όπως είναι αναμενόμενο, το αισθητικό αποτέλεσμα της δημιουργίας. Συνήθως αυτό πολύ δύσκολα μπορεί να ονομαστεί τέχνη ή καλλιτέχνημα, καθώς είναι πολύ αποδιοργανωμένο. Κι αυτό γιατί, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων προκύπτει ως απόρροια των εκρηκτικών συναισθημάτων, της αμφιθυμίας και της επιθετικότητας που βιώνουν τα άτομα, κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Σύμφωνα με τους ειδικούς, η ψυχοσυναισθηματική αυτή ένταση, συνιστά και την ουσία της θεραπευτικής διαδικασίας. Σε αυτό το θεωρητικό πλαίσιο, οποιαδήποτε εστίαση στο αισθητικό ή εικαστικό αποτέλεσμα της δημιουργικής-θεραπευτικής διαδικασίας, ουσιαστικά συνεπάγεται την πλήρη παρερμηνεία και παρανόηση του καθαριστικού χαρακτήρα της.

Η Landgarten(1999:29) διατύπωσε ότι *«η εικαστική εμπειρία και η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει καταλυτικά και διευκολυντικά στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων, στην όξυνση των ευαισθησιών, στο συναισθηματικό «άνοιγμα» και στην ενίσχυση της*

αλληλεπιδραστικής δυναμικής». Όλα τα ανωτέρω πραγματώνονται στην πράξη μέσα από τη δοκιμή ενός νέου και ιδιαίτερου ύφους επικοινωνίας, καθώς και μέσω της οικειοποίησης νέων ρόλων. Στην καλλιτεχνική θεραπευτική διαδικασία, παρέχεται στους θεραπευόμενους η ευκαιρία να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν δημιουργικά τη νέα, απειλητική για αυτούς, εμπειρία που τους παρουσιάζεται. Εξάλλου, η θεραπεία μέσω της εικαστικής δράσης αποτελεί μια πολυπρισματική, πολυδιάστατη και πολυεπίπεδη διαδικασία, που πρέπει να εκλαμβάνεται ολιστικά. Σε κάθε περίπτωση, οι εικόνες θεωρούνται κυρίαρχες μορφές μιας συμβολικής επικοινωνίας, ανεξαρτήτως των αρχετυπικών συστατικών της (Dalley, 2010:244).

Όταν γίνεται λόγος για «συμβολική επικοινωνία», ουσιαστικά αναφέρεται σε έναν τρόπο επικοινωνιακής αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατόμων, μέσω μεταφορικών και έμμεσων αναπαραστάσεων μη συνειδητών ιδεών, επιθυμιών, πεποιθήσεων ή συγκρούσεων. Υπό αυτό το πρίσμα, η επικοινωνία μέσω συμβόλων συνεπάγεται τις αποθηκευμένες και προβεβλημένες ψυχοσυναισθηματικές παρορμήσεις, που με κάποιον τρόπο αποσπώνται από κάποιο υποκείμενο ή αντικείμενο, και μεταβιβάζονται σε κάποια άλλα. Η έννοια της συμβολικής επικοινωνίας ή της επικοινωνίας μέσω συμβόλων αξιοποιείται εκτενώς στο πεδίο της ψυχανάλυσης, στην οποία επικρατεί η επιστημονική αντίληψη ότι κάθε υποκατάστατο σκέψης, συναισθήματος ή επιθυμίας μπορεί να είναι συμβολικό (Dalley, 2010:162).

2.3 Η επίδραση της θεραπείας μέσω τέχνης στον ανθρώπινο εγκέφαλο

Κατά τη δημιουργική διαδικασία στο πλαίσιο της θεραπείας μέσω τέχνης, λαμβάνει χώρα ένα είδος συνδυασμού των αντιληπτικών και κινητικών δεξιοτήτων του θεραπευόμενου, ο οποίος λειτουργεί αγχολυτικά. Διευκολύνει την κατάκτηση επικοινωνιακών και γλωσσικών δεξιοτήτων, μέσω της αφήγησης και ερμηνείας της καλλιτεχνικής δράσης, ενώ παράλληλα αποκτά και εικαστικές ικανότητες, οι οποίες, συνδυαστικά με τις ανωτέρων, συμβάλλουν στην ανάπτυξη του θεραπευόμενου να αλληλεπιδρά με τους γύρω του και να συνάπτει διαπροσωπικές σχέσεις. Οι τύποι επικοινωνίας που τίθενται σε λειτουργία κατά τη δημιουργική διαδικασία, ενεργοποιεί τις δομές του εγκεφάλου που οδηγούν στο αίσθημα της ευχαρίστησης. Σύμφωνα με τη Melchiodi, «*technical-visual skills increase serotonin in the body, which is responsible for a person's positive or negative mood, as well as acting as positive*

or negative stimuli that bring about different thoughts and behaviors» (“Expressive “ 106-109). Δηλαδή, οι τεχνικές-εικαστικές δεξιότητες αυξάνουν τη σεροτονίνη στον οργανισμό, η οποία ευθύνεται για τη θετική ή την αρνητική διάθεση του ατόμου, καθώς επίσης επιδρούν ως θετικά ή αρνητικά ερεθίσματα που επιφέρουν διαφορετικές σκέψεις και συμπεριφορές. Αυτό που πρέπει να καταστεί κατανοητό είναι ότι με την εικαστική δραστηριότητα δεν εγείρονται μόνο οι εγκεφαλικές λειτουργίες του θεραπευόμενου, αλλά και του θεραπευτή, ο οποίος κατά τη διαδικασία μετασχηματίζεται σε πρότυπο μίμησης για τον πρώτο, γεγονός ενδεικτικό της αντίληψης ότι η μάθηση ως θεραπεία διευκολύνεται από τη μίμηση (Gallese, 2006:15-24; Rizzolatti & Craighero, 2004:169-192; MacNamee, 2004:136-142).

Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αντιληπτικά, τα αισθητηριακά και κινητικά μέρη του εγκεφάλου, η ανάπτυξη των οποίων μέσω των θετικών ψυχοσυναισθηματικών εμπειριών, οδηγεί στη δημιουργία ή την ανάπλαση εγκεφαλικών νευρών (Hass-Cohen, 2008:283-309). Ερευνητικά αποδεδειγμένο είναι ότι η ενασχόληση του θεραπευόμενου με τις εικαστικές τέχνες ενεργοποιούν πολλαπλά επίπεδα έκφρασης, δεδομένου ότι εγείρει το δεξί ημισφαίριο του εγκεφάλου, που σχετίζεται με τις συγκριτικές και ενστικτώδεις διαδικασίες, και το αριστερό, που εμπλέκεται στις διαδοχικές και αναλυτικές. Η εν λόγω ενεργοποίηση λαμβάνει χώρα όταν ο θεραπευόμενος συλλαμβάνει τις οπτικές εικόνες, ανατρέχει στην οπτική μνήμη, επεξεργάζεται με τρόπο χωρικό-οπτικό τα πληροφοριακά δεδομένα και διαχωρίζει τις αποχρώσεις και τα χρώματα (δεξί ημισφαίριο εγκεφάλου), καθώς επίσης, όταν καλείται να ερμηνεύσει λεκτικά την εικαστική του δράση στον θεραπευτή του (αριστερό ημισφαίριο εγκεφάλου) (Lusebrink, 2004:125-135).

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, η θεραπεία μέσω τέχνης θεωρείται ότι εμπλέκει και συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, μέσω της ενεργοποίησης πολλαπλών αισθήσεων και τις επεξεργασίας ποικίλων σωματικών, αισθητικών και κινητικών ερεθισμάτων. Σε αυτό το θεωρητικό πλαίσιο, η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια παρεμβατική δράση, που δεν στοχεύει μόνο στην ψυχή του θεραπευόμενου, αλλά στο μυαλό και το σώμα του, γεγονός που συμβάλλει αναμφίβολα στην τόνωση της ευεξίας, στην καλλιέργεια του αισθήματος ικανοποίησης-ευχαρίστησης και κυρίως στη μείωση του έντονου στρες και της ανασφάλειας (MacNamee, 2004:136-142; Kaplan, 2000:13-21).

Ο ρόλος του θεραπευτή και η ποιότητα της σχέσης που αναπτύσσει με τον θεραπευόμενο ανάγονται σε ζητήματα κρίσιμης σημασίας, καθώς επιδρούν απευθείας στη λειτουργία του εγκεφάλου και τη φυσιολογική ανάπτυξη των νευρολογικών δομών του τελευταίου. Σε αυτές περιλαμβάνεται η παρακίνηση, η μνήμη και το συναίσθημα, τα κατεξοχήν δηλαδή στοιχεία της δημιουργικής δραστηριότητας, η οποία οδηγεί με τη σειρά της στην κατάκτηση ή την καλλιέργεια των επικοινωνιακών και γλωσσικών δεξιοτήτων. Από τα παραπάνω, διαπιστώνεται ότι η διαδικασία απόκτησης ικανοτήτων μέσω της τέχνης δεν διαφέρει σημαντικά από τη διαδικασία που ακολουθείται για την επίτευξη της γλωσσικής-επικοινωνιακής επάρκειας του ατόμου (Hass-Cohen, 2008:283-309).

2.4 Θεωρητικές προσεγγίσεις για τη θεραπεία μέσω τέχνης

Όσον αφορά στη θεραπεία του ατόμου μέσω της ενασχόλησής του με τις εικαστικές κυρίως τέχνες, έχουν διατυπωθεί κατά διαστήματα θεωρήσεις ψυχαναλυτικού, ανθρωπιστικού και αναπτυξιακού τύπου, οι οποίες συγκλίνουν και συμφωνούν στον ωφελμιστικό της χαρακτήρα. Οι ειδικοί στην ψυχοθεραπεία, ακολουθώντας τη γραμμή που χάραξαν οι Freud, Jung, Naumburg και Kramer, επικεντρώθηκαν στην αυθόρμητη ζωγραφική δράση, ως μέσο έκφρασης, προβολής και αναπαράστασης των συναισθημάτων και των σκέψεων του ατόμου, που παραμένουν αφανείς στον χώρο του ασυνείδητου. Για την προσέγγισή τους, εστίασαν στη φαντασία και τα όνειρα, και ενθάρρυναν τους θεραπευόμενους να τα αποτυπώσουν απεικονιστικά, να τα νοηματοδοτήσουν και να τα ερμηνεύσουν, μέσω ποικίλων πρακτικών, όπως η μεταφορά, η αυθόρμητη έκφραση, η ενεργή φαντασία, η μετάβαση. Για αυτούς, η καλλιτεχνική δραστηριότητα συνιστά το μέσο ανάπτυξης-ανάδυσης του εσωτερικού κόσμου του θεραπευτή ως θετικό στοιχείο του χαρακτήρα του, ενώ τα εικαστικά υλικά αξιοποιούνται ως εργαλεία γνωστοποίησης των αφανών νοημάτων (Malchiodi, 2006:48-56).

Αναφορικά με την ανθρωπιστική διάσταση της θεραπευτικής διαδικασίας μέσω τέχνης, οι ειδικοί προάγουν την αξία της εικαστικής έκφρασης για την αντιμετώπιση και καταπολέμηση των δυσάρεστων βιωμάτων και συναισθημάτων του θεραπευόμενου. Έχουν επικρατήσει οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που είναι επικεντρωμένες στον θεραπευόμενο, όπου ο θεραπευτής παρατηρεί, συναισθάνεται,

επικοινωνεί και εν τέλει παρέχει την επιστημονική του βοήθεια, καθώς επίσης και εκείνες που είναι σαφώς προσανατολισμένες στη δημιουργική δράση. Οι τελευταίες, είναι γνωστές ως Geslat, και αφορούν στην ενθάρρυνση του θεραπευόμενου να εξωτερικεύσει τις ενδόμυχες σκέψεις και συναισθήματα, προκειμένου να τα αντιμετωπίσει με την υποστήριξη του θεραπευτή (Malchiodi, 2006:48-56).

Οι θεραπευτικές διαδικασίες μέσω τέχνης, που απευθύνονται κυρίως σε άτομα νεαρότερων ηλικιών, αντανακλούν τα αναπτυξιακά στάδια και αξιολογούν την καλλιτεχνική δράση, σύμφωνα με το τι ορίζεται «φυσιολογικό» ανά ηλικιακή κατηγορία. Έχοντας ως μέτρο σύγκρισης τα χαρακτηριστικά των σταδίων εξέλιξης του παιδιού, ο θεραπευτής εκτιμά το εικαστικό έργο των παιδιών ως ενδεικτικό της κοινωνικής, της γνωσιακής και κινητικής τους ανάπτυξης (Malchiodi, 2006:63-69)⁴. Στην εν λόγω θεραπευτική διαδικασία, ο θεραπευτής προάγει και αξιολογεί την αισθητηριακή διέγερση του θεραπευόμενου, την κατάκτηση ή καλλιέργεια των δεξιοτήτων του και την προσαρμογή του σε δραστηριότητα, εξοπλισμό και υλικά (Malchiodi, 2006:64).

2.5 Αποτελεσματικότητα και χρησιμότητα της θεραπείας μέσω τέχνης

Η Malchiodi(2009:28) υποστηρίζει ότι «η θεραπεία μέσω τέχνης ή η τέχνη ως μέσο θεραπείας, συνεπικουρεί στην ανάπτυξη των ατόμων και στην αποκατάσταση ορισμένων ψυχοσυναισθηματικών και διανοητικών πτυχών τους, μέσα από την εικαστική δημιουργία. Αν και σε καμία περίπτωση δεν αμφισβητείται η ωφέλεια της λεκτικής ερμηνείας των εικόνων και των έργων τέχνης μέσω της ενεργοποίησης των αφηγηματικών μεθόδων, χαρακτηρίζεται ως πολύ, αν όχι εξίσου, σημαντική η

⁴ Τα «φυσιολογικά» στάδια της καλλιτεχνικής έκφρασης των παιδιών είναι έξι (6): Στο πρώτο (18 μηνών-3 ετών) τα παιδιά «μουτζουρώνουν», καθώς δεν ελέγχουν τις κινήσεις τους, δεν συνειδητοποιούν τη χρήση των χρωμάτων, δεν έχουν εστιασμένη προσοχή και δεν συνδέουν τη λογική με την απεικόνιση. Στο δεύτερο (3-4 ετών) τα παιδιά «μουτζουρώνουν» αλλά ταυτόχρονα νοηματοδοτούν, ονοματίζουν και πλαισιώνουν με ιστορίες τη δημιουργία τους, η οποία μπορεί να συνδυάζει σχήματα. Στο τρίτο (4-6 ετών) τα παιδιά αποτυπώνουν ζωγραφικά ανθρώπινες μορφές, αποδίδουν ρεαλιστικά τις χρωματικές αποχρώσεις βάσει της εμπειρίας τους και δεν δίνουν έμφαση στα μεγέθη ή τη θέση των αντικειμένων. Στο τέταρτο (6-9 ετών) τα παιδιά αναπτύσσουν οπτικά σχήματα-φιγούρες, χρησιμοποιούν αντικειμενικά τα χρώματα, προσδίδουν στη ζωγραφιά βάθος. Στο πέμπτο (9-12 ετών) τα παιδιά δημιουργούν ρεαλιστικές ζωγραφιές, αξιοποιούν με ακρίβεια τα χρώματα, αναπαριστούν λεπτομερώς τις μορφές, υιοθετούν νέες πρακτικές και εναλλακτικά υλικά. Στο έκτο (12 ετών και άνω) οι έφηβοι ζωγραφίζουν με ακρίβεια και προοπτική, δίνουν έμφαση στα χρώματα και τα σχήματα, ενώ αποτυπώνουν αφηρημένα νοήματα (Malchiodi, 2006).

δημιουργία απεικονιστικών αναπαραστάσεων». Η ικανότητα των ατόμων να οπτικοποιούν, να ταξινομούν και να ομαδοποιούν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις επιθυμίες τους, μέσω των εικόνων, τους βοηθά να αντιληφθούν τον κόσμο που τους περιβάλλει και να κατανοήσουν τον τρόπο που αυτός λειτουργεί.

Η διαδικασία αυτή της οπτικοποίησης είναι διαρκής και συνεχίζεται καθ' όλη την πορεία της ζωής των ατόμων, καθώς εκπηγάζει από την έμφυτή τους τάση να ερμηνεύουν τα πράγματα, τα πρόσωπα και τις καταστάσεις που τους περιβάλλουν στο πραγματικό γίγνεσθαι. Ουσιαστικά, η εξωτερίκευση αυτή της ενδόμυχης ερμηνευτικής διαδικασίας συνεπάγεται την καλλιτεχνική δράση και την ανάγκη του καλλιτέχνη να επικοινωνήσει όσα νιώθει, όσα σκέφτεται και όσα τον προβληματίζουν, και υποκαθιστά την αδυναμία του να εκφραστεί λεκτικά. Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες αποκαλύπτει συνεχώς στον δημιουργό-καλλιτέχνη νέες πτυχές του εαυτού του, που ο ίδιος είτε αγνοούσε, είτε είχε θέσει στο περιθώριο του συνειδητού του. Μέσω της εικαστικής του δράσης, ο καλλιτέχνης έρχεται αντιμέτωπος με συναισθήματα που δεν γνώριζε ότι τα είχε, τα οποία βλέπει αποτυπωμένα στη ζωγραφική ή άλλη, επιφάνεια (Malchiod, 2009:28).

Η θεραπεία μέσω τέχνης αποδεικνύεται αποτελεσματικότερη στις περιπτώσεις των παιδιών που δεν έχουν αναπτυγμένο λεξιλόγιο, που αδυνατούν να εκφραστούν σε τρίτους, καθώς και να κοινωνικοποιηθούν, να επικοινωνήσουν και να μεταδώσουν αυτό που αισθάνονται, σκέφτονται και επιθυμούν. Σε αυτά τα παιδιά, συγκαταλέγονται αναμφισβήτητα και εκείνα με ΔΑΦ, τα οποία χαρακτηρίζονται από γνωρίσματα που αναφέρθηκαν και εξετάστηκαν διεξοδικώς στα προηγούμενα κεφάλαια της παρούσας διατριβής. Η κατασκευή ενός εικαστικού έργου και η ερμηνεία του, απαιτεί ταυτόχρονα τη διανοητική, τη συναισθηματική, την ψυχική και τη σωματική ενεργοποίηση του δημιουργού, ο οποίος καλείται να ζωγραφίσει, να συνδέσει, να σχεδιάσει, να κολλήσει, να πλάσει, να αγγίξει, να χρωματίσει και να προβεί σε κάθε ενέργεια μέσω των χεριών του, έχοντας ως γνώμονα τη συλλογιστική και τις επιθυμίες του. Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες (ζωγραφική, σχέδιο, γλυπτική) αποτελεί μια αισθητηριακή-ψυχοκινητική δραστηριότητα, που προϋποθέτει την οπτική, την απτική, την ακουστική και την κινητική εγρήγορση των συμμετεχόντων σε θεραπευτική διαδικασία, οι οποίοι αδυνατούν να συγκεντρωθούν και να εκφραστούν λεκτικά (Malchiod, 2009:41-49).

Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει παράλληλα στην ψυχική ανάταση και κάθαρση του ατόμου, εφόσον το βοηθά να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του και να απελευθερωθεί από σκέψεις που το ταλανίζουν ή το «κρατούν πίσω». Η ψυχική κάθαρση θεωρείται συνώνυμη με την ανακούφιση του ατόμου, το οποίο αποφορτίζεται ψυχοσυναισθηματικά, «ανοίγεται» προς την κοινωνία και ουσιαστικά αποκαλύπτεται στους γύρω του, αλλά και στον ίδιο του τον εαυτό. Το κατασκευασμένο έργο, που προκύπτει κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, είτε είναι ζωγραφικό, είτε γλυπτό, είτε σχέδιο, αποτελεί την απεικονιστική αναπαράσταση του εσωτερικού κόσμου του ατόμου, το οποίο «βλέπει» μπροστά του αυτά που ένιωθε ή σκεφτόταν και δεν μπορούσε να εξωτερικεύσει. Αισθάνεται ανακούφιση και «ορατό» τόσο στο ίδιο όσο και στους γύρω του (Malchiod, 2009:41-49).

Η θεραπευτική καλλιτεχνική διαδικασία είναι αγχολυτική, καθώς λειτουργεί κατευναστικά όσον αφορά στα επίπεδα στρες, μέσω της αντιστάθμισης της αυξημένης όρεξης, της καλής διάθεσης και του υψηλού αισθήματος ευχαρίστησης. Τονώνει και ενισχύει τη θέληση του ατόμου για πειραματισμό, ενθαρρύνει την ενασχόλησή του με υλικά κάθε είδους, αυξάνει το αίσθημα αυτογνωσίας και αυτοαντίληψης, αναπτύσσει και διευρύνει το φάσμα της δημιουργικότητας, καλλιεργεί τις μη γλωσσικές/λεκτικές δεξιότητες έκφρασης, αυξάνει τις ευκαιρίες επικοινωνίας του ατόμου με τους γύρω του, ενισχύει και βελτιώνει την αυτό-εικόνα, την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμησή του, παρέχει τα εναλλακτικά, αλλά κατάλληλα, μέσα επικοινωνίας, έκφρασης και εξωτερίκευσης του ψυχοσυναισθηματικού του κόσμου, προάγει την αξία και τη σημασία της φαντασίας του, αποκαλύπτει τις πτυχές του χαρακτήρα και της προσωπικότητάς του που παραμένουν κρυμμένες στον χώρο του ασυνείδητου, μεταδίδει ένα αίσθημα οικειότητας όσον αφορά στην έκφραση των στρεσογόνων συναισθημάτων (φόβος, άγχος κ.ά.) που λειτουργούν ανασταλτικά στη «φυσιολογική» ή «ομαλή» λειτουργία του, καλλιεργεί την ψυχή και το πνεύμα του, καθώς επίσης αναδεικνύει το ουσιαστικό νόημα της ζωής του στον κόσμο, τον οποίο αντιλαμβάνεται ως δυσλειτουργικό και εχθρικό (Malchiod, 2009:52).

Η θεραπεία μέσω τέχνης καθίσταται αποτελεσματική και ωφέλιμη για τον θεραπευόμενο, όταν τα απεικονιστικά σύμβολα μετατοπίζουν την προσοχή του από το αντικείμενο στον εαυτό του, δηλαδή στο εγώ του. Η εν λόγω μετατόπιση,

λαμβάνει χώρα μέσα από τη δημιουργία ενός καλλιτεχνήματος, ανεξαρτήτως αισθητικών προδιαγραφών. Σύμφωνα με τη Weir (Dalley, 2010:177-178), η μετάβαση από το αρχικό αντικείμενο στο εγώ του θεραπευόμενου, είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί χωρίς το στάδιο της εσωτερίκευσης, εφόσον συνειδητοποιηθεί ότι το έργο τέχνης, ως μέσο προβολής, δεν έχει αποβάλει το αρχικό αντικείμενο, αλλά το εμπεριέχει στην ολότητά του. Η θεραπεία μέσω τέχνης παρέχει στους θεραπευόμενους την ευκαιρία να εξερευνήσουν και να εκφράσουν πρωτίστως τα συναισθήματα που επιδέχονται αποδοχής, και δευτερευόντως όσα και οι ίδιοι όχι απλώς δεν αποδέχονται, αλλά μάλλον αγνοούν (Dalley, 2010:177-178).

Η καλλιτεχνική δημιουργία ως μέσο θεραπείας, έχει αναχθεί σε μια δομική και απελευθερωτική δραστηριότητα που δίνει τη δυνατότητα στους θεραπευόμενους να νιώσουν ασφαλείς σε ένα ελεγχόμενο θεραπευτικό περιβάλλον, έτοιμοι να εκφραστούν και να αποκαλύψουν τον εαυτό τους ξεδιπλώνοντας όλες τις πτυχές του είναι τους, καθώς επίσης να επικοινωνήσουν με τους γύρω τους μέσω παραστάσεων και εικόνων, συνοδευόμενων από αφηγηματικές πρακτικές και μη. Ευεργετικό, ελεγχόμενο και ασφαλές είναι το θεραπευτικό περιβάλλον που αποφορτίζει τους συμμετέχοντες από «προβλήματα», θέτοντάς τα στο περιθώριο του ενδιαφέροντος, είναι εκείνο όπου τα άτομα δεν αναγκάζονται να συμπεριφέρονται βάσει τυπικοτήτων, είναι εκείνο που διακρίνεται από αυθεντικότητα και χαλαρότητα. Η Hall υποστηρίζει ότι η μεγαλύτερη αλλαγή που επιφέρει η θεραπεία μέσω τέχνης στους συμμετέχοντες είναι η απόκτηση μιας ρεαλιστικής επαφής με τα άτομα που τους περιβάλλουν, η οποία σταδιακά τους βοηθά να αναπτύσσουν στέρεες και σταθερές διαπροσωπικές σχέσεις, που διέπονται από υψηλό αίσθημα εμπιστοσύνης, κατανόησης και περαιτέρω εξέλιξης (Dalley, 2010:259-260).

Μια πολύ σημαντική πτυχή της θεραπευτικής καλλιτεχνικής διαδικασίας είναι ότι «θέτει» κυριολεκτικά και μεταφορικά το εικαστικό έργο ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο, αποφορτίζοντας τον τελευταίο από το άγχος να απευθύνεται απευθείας στον πρώτο, να τον κοιτάει στο πρόσωπο-μάτια και να μοιράζεται μαζί του τα ευαίσθητα προσωπικά του θέματα. Η αγχολυτική παρουσία του έργου τέχνης κατά τη θεραπεία, διευκολύνει την απελευθέρωση του θεραπευόμενου, ο οποίος εκφράζει και εξωτερικεύει τα συναισθήματά του, επικοινωνεί λεκτικά θέτοντας στο περιθώριο τις όποιες δυσκολίες, ανακαλεί στη μνήμη του, βελτιώνει τη διάθεσή του και

διαμορφώνει μια σχέση εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας με τον θεραπευτή του (Gross&Hayne: 1998:163-179).

Οι Sholt και Gavron(2006:66-72) επισήμαναν έξι (6) παράγοντες που ενισχύουν τη θεραπευτική ιδιότητα της ενασχόλησης του θεραπευόμενου με την τέχνη: ο πρώτος σχετίζεται με την έκφραση των ενδόμυχων σκέψεων και συναισθημάτων, ο δεύτερος με την αποκάλυψη-ανακάλυψη των εσωτερικών στοιχείων του εαυτού, ο τρίτος με την εκτόνωση του θυμού και του φόβου, η οποία οδηγεί στην κάθαρση της ψυχής, ο τέταρτος με την αποδέσμευση και ανάσυρση των επιθυμιών, των συναισθημάτων και των μνημών από τον χώρο του ασυνείδητου, ο πέμπτος με την κατάκτηση, την καλλιέργεια και την ενίσχυση της λεκτικής επικοινωνίας, ο έκτος με την ανάπτυξη της συμβολικής γλώσσας ως εργαλείο έκφρασης απόψεων, φαντασιών, σκέψεων, συναισθημάτων και επιθυμιών.

Στην ίδια μελέτη τους, οι Sholt και Gavron (2006:66-72), διερεύνησαν τα οφέλη της θεραπείας μέσω της τέχνης του πηλού, και διαπίστωσαν ότι λειτουργεί εξαιρετικά ωφελιμιστικά για άτομα με περιορισμένες ικανότητες λεκτικής επικοινωνίας. Η διαδραστική έκφραση μέσω του πηλού, δηλαδή της αφής, της κίνησης και της τριών διαστάσεων μορφής, διευκολύνει τους θεραπευόμενους να εκφράσουν το ασυνείδητό τους και να προσεγγίσουν την πραγματικότητα που τους περιβάλλει. Η δράση της κατασκευής και της ανακατασκευής με χρήση πηλού, βοηθά τον θεραπευόμενο να ενσωματώσει στον κόσμο της απτότητας τον εσωτερικό του κόσμο, τον οποίο καθιστά εξίσου χειροπιαστό. Η καλλιτεχνική δραστηριότητα με τη χρήση πηλού επιτρέπει στον θεραπευόμενο την εξωτερίκευση της παιγνιώδους διάθεσής του (χρονική παλινδρόμηση) και του θυμού του (επιθετική παλινδρόμηση), την αυτό-επίγνωση μέσω της συμβολικής δράσης (παλινδρόμηση αντιρρόπησης), καθώς και την ενίσχυση της επικοινωνιακής-κοινωνικής του υπόστασης (διαρθρωτική και τοπογραφική παλινδρόμηση) (Sholt&Gavron, 2006:66-72).

Οι Slayton και συνεργάτες(2010:12-15) επιχείρησαν να καταδείξουν μέσω της διερεύνησης της υφιστάμενης βιβλιογραφίας, ότι η θεραπεία μέσω τέχνης απευθύνεται σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες και κατηγορίες ατόμων, διαμορφωμένες ανάλογα με τα συμπτώματα, τις ιδιαιτερότητες και τα χαρακτηριστικά που αυτά εμφανίζουν. Διαπίστωσαν ότι πράγματι η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες στο πλαίσιο θεραπευτικών διαδικασιών, είναι αποτελεσματική

για πάσχοντες και μη, διαφόρων ηλικιών. Συγκεκριμένα, συνόψισαν τα αποτελέσματα ερευνών, οι οποίες κατέδειξαν βελτίωση στα παιδιά με συναισθηματικές διαταραχές, ύστερα από εξατομικευμένη θεραπεία μέσω τέχνης, βελτίωση των σχέσεων παιδιών-μητέρων, βελτίωση των γνωστικών διαταραχών σε ενήλικες, θετικά αποτελέσματα σε άτομα με διαγνωσμένα ψυχικά τραύματα, βελτίωση της συμπεριφοράς σε παιδιά και ενήλικες, αύξηση της αυτοπεποίθησης και ενίσχυση του αυτοσεβασμού σε άτομα κάθε ηλικίας, εκτόνωση του αντίκτυπου των τραυματικών εμπειριών σε νέους, βελτίωση της διάθεσης, μείωση του θυμού και του άγχους, καθώς και προαγωγή της συναισθηματικής έκφρασης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Slaytonetal., 2010:12-15).

2.6 Ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη

Πρωτεύουσας σημασίας μέλημα και καθήκον του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να σχεδιάζει κάθε φορά την κατάλληλη στρατηγική προσέγγισης του θεραπευόμενου, ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του, μέσω της αποτελεσματικότερης δυνατής θεραπευτικής διάδρασης. Αναφορικά με αυτή, δεν θα πρέπει να ενισχύεται ή να αποδυναμώνεται, βάσει του το αν ο πυρήνας της θεραπευτικής διαδικασίας μέσω τέχνης είναι μη λεκτικός ή λεκτικός, μη ενεργητικός ή ενεργητικός, ή συνδυαστικός όλων των ανωτέρων ή κάποιων από αυτά. Ο χρόνος που πρέπει να διαθέσει στη διαδικασία ο θεραπευτής εξαρτάται και καθορίζεται από τη στάση και τη διάθεση του θεραπευόμενου, δηλαδή από το πόσο πρόθυμος ή απρόθυμος είναι, από την ένταση της άρνησής του να συμμετάσχει σε αυτό, από τον βαθμό συνειδητότητας της συμμετοχής του σε αυτό, από την εσωτερική ανάγκη δημιουργικής δραστηριότητας. Υπό αυτό το πρίσμα, μπορεί η θεραπεία να κυμανθεί από λίγες ως πολλές εβδομάδες, απόφαση που θα ληφθεί από τον θεραπευτή, εφόσον λάβει υπόψη του τις συνθήκες επικοινωνίας και αξιολόγησης των εν ενεργεία και εν δυνάμει δυνατοτήτων του εκάστοτε θεραπευόμενου την παρούσα στιγμή(Dalley, 2010:21).

Η Ηλιάδη (2006) διατυπώνει ότι *«ο θεραπευτής-καλλιτέχνης καλείται να μεταδώσει την προσωπική του καλλιτεχνική επάρκεια και γνώση στον θεραπευόμενο, προκειμένου να τον βοηθήσει να εκφραστεί ψυχοσυναισθηματικά και διανοητικά, ακολουθώντας στοιχειωδώς τους υφιστάμενους κανόνες και τις επικρατούσες νόρμες της τέχνης»*. Ο ρόλος του μπορεί να είναι βοηθητικός ή βασικός, ανάλογα με τη βαθμίδα ηλικιών

στην οποία ανήκουν οι θεραπευόμενοι, καθώς επίσης και με το μέγεθος και τη φύση του προβλήματος που παρουσιάζουν. Ο θεραπευτής-καλλιτέχνης παρατηρεί τον τρόπο που εκφράζεται και συμπεριφέρεται ο θεραπευόμενος, και αξιολογεί την ψυχολογική και συναισθηματική του κατάσταση. Τότε μόνο προχωρά στον σχεδιασμό της θεραπευτικής στρατηγικής που θα ακολουθήσει και στη διαμόρφωση του πλαισίου-περιβάλλοντος, εντός του οποίου ο τελευταίος θα νιώσει ελεύθερος και ασφαλείς να εξωτερικεύσει τις ενδόμυχες σκέψεις και τα συναισθήματά του. Καταλυτικής σημασίας για την επιτυχία της θεραπείας μέσω τέχνης είναι η καλλιέργεια ενός κλίματος εμπιστοσύνης και κατανόησης, κυρίως μέσω της πλήρους απουσίας διάθεσης ή τάσης επιβλητικότητας και αυστηρής κριτικής από πλευράς του θεραπευτή.

Ο θεραπευτής-καλλιτέχνης, μαζί με τον θεραπευόμενο, προσπαθούν, αρχικά μεμονωμένα και στη συνέχεια από κοινού, να αποδώσουν ερμηνευτικά το έργο τέχνης που προκύπτει ως απόρροια της δημιουργικής δράσης και αυτό-έκφρασης του δεύτερου. Βασική σκοποθεσία του εν λόγω αφηγηματικού-ερμηνευτικού σταδίου της θεραπευτικής διαδικασίας είναι η κατανόηση των συναισθημάτων που εξωτερικεύονται κατά τη διάρκεια της καλλιτεχνικής δραστηριότητας. Ο θεραπευτής-καλλιτέχνης θα πρέπει επίσης να έχει πλήρη συναίσθηση της έννοιας και της αξίας της μετάδοσης, όχι μόνο των προσωπικών του γνώσεων περί τέχνης, αλλά και των συμβολισμών που διευκολύνουν στην ερμηνεία του έργου τέχνης του θεραπευόμενου. Η εν λόγω μεταβίβαση καθίσταται αποτελεσματική και αποδοτική για την ίδια τη θεραπεία, όταν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης μπορεί να αξιοποιήσει τις γνώσεις του για τη φύση του προβλήματος ή για τα γεγονότα που έχει βιώσει στο παρελθόν ο θεραπευόμενος, προκειμένου να ενισχύσει τον συμβολικό χαρακτήρα της απεικονιστικής επικοινωνίας. Ο θεραπευτής-καλλιτέχνης είναι υποχρεωμένος να ενθαρρύνει τη δημιουργικότητα και την αυθόρμητη έκφραση του θεραπευόμενου, χωρίς να θέτει αισθητικά ή καλλιτεχνικά όρια (Αναγνωστοπούλου, 1999:311-317).

Η Dalley(2010:26) θεωρεί ότι «ο θεραπευτής-καλλιτέχνης υποχρεούται να θέτει κατά τη διάρκεια της δημιουργικής θεραπευτικής διαδικασίας, περιορισμό αναφορικά με τον χαρακτήρα, τη φύση και το περιεχόμενο της σχέσης με τον θεραπευόμενο». Κι αυτό γιατί, η θεραπευτική αυτή στρατηγική πολιτική που θα σχεδιάσει, θα οργανώσει και θα θέσει σε εφαρμογή, δεν βασίζεται στην τύχη ή την αόριστη συμπτωματολογία. Αντίθετα βασίζεται σε μια προσωπική, βαθειά κατανόηση του πλαισίου στο οποίο

λειτουργεί ο θεραπευόμενος, στην οποία είναι σκόπιμο και επιβεβλημένο να προσαρμοστεί, προκειμένου να βιώνει αισθητικά, ψυχοσυναισθηματικά και διανοητικά τον αντίκτυπο της εικόνας που δημιουργεί ο πρώτος. Υπό αυτό το πρίσμα, η μεταβίβαση λαμβάνει χώρα εντός του εν λόγω σχεσιακού πλαισίου, γεγονός που συμβάλλει διευκολυντικά στην καλλιτεχνική δραστηριότητα, δηλαδή στην αυθόρμητη εξωτερίκευση των συναισθημάτων από τον χώρο του ασυνείδητου και τη συμβολή τους στην κάθαρση της ψυχής του θεραπευόμενου.

Ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί (Landgarten, 1999:53-64):

- να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία,
- να δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή του καλλιτεχνήματος,
- να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του υπόβαθρο,
- να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση εμπιστοσύνης υψηλής συνοχής με τον θεραπευόμενο,
- να προσεγγίσει τον θεραπευόμενο ψυχοσυναισθηματικά,
- να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό,
- να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα του θεραπευόμενου,
- να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της εξατομικευμένης θεραπείας,
- να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους τρόπους λήψης αποφάσεων και τα πρότυπα επικοινωνίας,
- να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού έργου, εκπαιδευτικά προσανατολισμένου στη θετική ενίσχυση του θεραπευόμενου,
- να αξιοποιήσει το παραγόμενο έργο τέχνης ως μέσο ρύθμισης των παρεμβατικών του πολιτικών για την επίλυση των προβλημάτων του θεραπευόμενου,

- να επιλέγει τα κατάλληλα υλικά για την κατασκευή του εικαστικού έργου και τις κατάλληλες καλλιτεχνικές μεθόδους, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε θεραπευόμενου,
- να οριοθετεί αποφασιστικά το χρονικό διάστημα της θεραπείας και τον χρονικό ορίζοντα αποκάλυψης του έργου τέχνης του θεραπευόμενου, λαμβάνοντας υπόψη την καταλληλότητα των συγκυριών και του βαθμού αξιοποίησης όλων των πληροφοριακών δεδομένων που προέκυψαν κατά τη διαδικασία,
- να συνειδητοποιεί ότι το εικαστικό έργο του θεραπευόμενου, αποκαλύπτει βασικές πτυχές του χαρακτήρα του, όχι μόνο στον θεραπευτή και στους άλλους συμμετέχοντες (αν και εφόσον υπάρχουν), όσο και στον ίδιο,
- να κατανοεί ότι η αμεσότητα του καλλιτεχνήματος εντείνει τα συναισθήματα του θεραπευόμενου, που σχετίζονται με τη δημιουργία του αυτή καθαυτή.

Καθήκον του θεραπευτή, εκτός από τη δημιουργία ενός ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος, είναι και εκείνη ενός κλίματος ενισχυτικής μάθησης, όπου ο/κάθε θεραπευόμενος θα μπορεί να νιώθει και να είναι ελεύθερος να εκφραστεί. Η δόμηση ενός τέτοιου περιβάλλοντος-κλίματος, εκκινεί από τον χώρο, που πρέπει να παραπέμπει σε εργαστήριο, με διαθέσιμους χώρους δημιουργίας (τραπέζια, τοίχους, πάτωμα κ.ά.), τετράγωνου σχήματος, προκειμένου να παρέχει ένα είδος «κρησφύγετου», όπου κάθε θεραπευόμενος μπορεί να καταφύγει για να κρυφτεί και να νιώσει ασφαλής. Το εν λόγω θεραπευτικό εργαστήριο, κρίνεται σκόπιμο να είναι εξοπλισμένο με μια πληθώρα εικαστικών υλικών, για την κατασκευή ζωγραφικών και γλυπτών έργων, παρέχοντας στον θεραπευόμενο περισσότερες εναλλακτικές έκφρασης. Η επιλογή των υλικών και του τρόπου της εικαστικής έκφρασης του θεραπευόμενου είναι αποκλειστικά προσωπική, συνεπώς ο ρόλος του θεραπευτή είναι φαινομενικά περισσότερο συμβουλευτικός (Rubin, 2009:122).

2.7 Θεραπεία μέσω τέχνης και αναπηρία

Οι πρακτικές της θεραπείας μέσω τέχνης δεν εμφανίζουν διαφοροποίηση ως προς το άτομο ή την ομάδα ατόμων στην οποία απευθύνονται. Υπό αυτό το πρίσμα, ο θεραπευτής-καλλιτέχνης είναι πιθανό να αξιοποιήσει το ίδιο είδος θεραπείας τόσο στα παιδιά που, για παράδειγμα, εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες όσο και σε εκείνα

που αντιμετωπίζουν συναισθηματικές διαταραχές. Η ταύτιση αυτή των θεραπευτικών πρακτικών δεν έγκειται στην ομοιότητα των αισθητηριακών, των αντιληπτικών ή των σωματικών ικανοτήτων των ατόμων, αλλά στα κοινά ενδιαφέροντά τους όσον αφορά στην τέχνη, στους κοινούς φόβους και τις ανησυχίες, στην κοινή ανάγκη τους να κοινωνικοποιηθούν και να κατακτήσουν τις δεξιότητες εκείνες που θα συμβάλλουν στην ανάπτυξή τους. Δεδομένου ότι υπάρχουν άτομα με αναπηρίες και ορατές ή μη μειονεξίες, που διαφέρουν είτε λίγο είτε πολύ από εκείνα που θεωρούνται τυπικής ανάπτυξης, θα πρέπει να καταστεί σαφές ότι παρατηρείται σχεδόν πάντα διαφοροποίηση όσον αφορά στον βαθμό αντίληψης της πραγματικότητας που τους περιβάλλει. Αυτό σημαίνει ότι, αν και οι θεραπευτικές πρακτικές μέσω τέχνης δεν διαφοροποιούνται, καλείται ο θεραπευτής να επιδείξει περισσότερη ή λιγότερη δραστηριοποίηση ανάλογα με τον θεραπευόμενο στον οποίο απευθύνεται. Στις περιπτώσεις των ατόμων με αναπηρία, τα οποία αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς την κινητικότητα, την αισθητηριακή ή διανοητική αντίληψη και τον έλεγχο, ο θεραπευτής-καλλιτέχνης θα πρέπει να προσαρμόσει τη θεραπευτική στρατηγική του, προκειμένου πρωτίστως να ενεργήσει συμπληρωματικά στα κενά που δημιουργούνται λόγω της υστέρησης και στη συνέχεια να διαμορφώσει μια ασφαλή κατάσταση (Rubin, 2009:134-152).

Το αίσθημα της ασφάλειας και της ελευθερίας στο θεραπευτικό περιβάλλον, εκπηγάζει από την εμπιστοσύνη που επιδεικνύει ο θεραπευτής στους θεραπευόμενους. Αυτή αποτυπώνεται στη δυνατότητα του παιδιού να λαμβάνει αποφάσεις, να κάνει προσωπικές επιλογές και να αξιοποιεί τα υλικά και τις τεχνικές με τρόπο που το ίδιο επιθυμεί, προκειμένου να ολοκληρώσει το έργο του. Αυτή ακριβώς η ελευθερία χειρισμού των μέσω και των υλικών, της κιναισθησίας και της κίνησης, προκαλούν στους θεραπευόμενους αίσθημα χαράς, απόλαυσης, ψυχοσυναισθηματικής ηρεμίας και εγρήγορσης εντός των επιτρεπτών ορίων. Ωστόσο, ακόμα και στις περιπτώσεις που η ένταση της δημιουργίας μεταδίδει στα άτομα με αναπηρία μια νευρική κατάσταση, η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες αποβαίνει εξαιρετικά ωφέλιμη, καθώς τους παρέχει τη διέξοδο εξωτερίκευσης έντονων αισθημάτων, όπως φόβου ή θυμού, τα οποία εκ των πραγμάτων είναι δύσκολο να διοχετευτούν αλλού (Rubin, 2009:134-152).

Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια διαδικασία αυτό-επίγνωσης και αυτό-γνώσης, κατά την οποία οι θεραπευόμενοι συνειδητοποιούν την αναπηρία ή την υστέρησή

τους, έρχονται αντιμέτωποι συναισθηματικά με όσα αυτή τους προκαλεί, διαχειρίζονται τις αρνητικές σκέψεις και τα αισθήματα θυμού, θλίψης, απογοήτευσης, αδικίας, φόβου, και μαθαίνουν να εκτιμούν τα υγιή στοιχεία του εαυτού τους. Ουσιαστικά, ανακαλύπτουν τις κρυφές πτυχές του χαρακτήρα και της προσωπικότητάς τους, τις οποίες αναδεικνύουν σε πρωτεύοντα γνωρίσματα και ενισχύουν με τις προσωπικές επιλογές, αποφάσεις και δράσεις κατά τη δημιουργική διαδικασία. Υπό αυτό το πρίσμα, η τελευταία δεν εκλαμβάνεται ως δραστηριότητα ελεύθερου χρόνου ή κατάκτησης εικαστικών δεξιοτήτων, αλλά ανάγεται σε διαδικασία αυτό-πραγμάτωσης και πλήρωσης των ψυχοσυναισθηματικών κενών. που οφείλονται στη σωματική, στη διανοητική ή αισθητηριακή αναπηρία (Omizo&Omizo, 1989:167-176).

2.8 Εικαστικές τέχνες και Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος

Η θεραπευτική παρέμβαση μέσω τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦπρέπει να λαμβάνει χώρα το νωρίτερο δυνατό, δηλαδή κατά την πρώιμη περίοδο της ανάπτυξης τους, καθώς ο εγκέφαλός τους είναι ελαστικότερος και πιο ευπροσάρμοστος στα εξωτερικά ερεθίσματα. Κατά την αναπτυξιακή περίοδο του εγκεφάλου, οι νευρωτικές συνδέσεις του δημιουργούνται με ταχείς ρυθμούς και με την κατάλληλη θεραπευτική/καλλιτεχνική πρακτική είναι δυνατή η επίτευξη της ενδυνάμωσής τους σε αρκετά υψηλό επίπεδο. Η εν λόγω πρώιμη παρέμβαση μπορεί να εκκινήσει μόλις το παιδί συμπληρώσει τους 18 πρώτους μήνες ζωής ή στην ηλικία μεταξύ 2 και 3 ετών, όπου το παιδί αρχίζει να χρησιμοποιεί υλικά για να αποτυπώσει στο χαρτί ενστικτωδώς τις σκέψεις του, ή στη ηλικία των 5 ετών, όταν δηλαδή το παιδί ξεκινά να φοιτά στην προσχολική εκπαίδευση (Malchiodi, 2003:106-119; Schweizeretal., 2019:1-9).

Μέσω της εικαστικής θεραπευτικής οδού, τα παιδιά με ΔΑΦαρχίζουν σταδιακά να διαμορφώνουν την αυτό-εικόνα τους, μέσω κυρίως της καλλιέργειας της αίσθησης της αφής και των ελεύθερων και δημιουργικών πειραματισμών. Ο θεραπευτής/καλλιτέχνης βοηθάει τα παιδιά να περάσουν από το στάδιο της μουτζούρας σε εκείνο όπου ζωγραφιά φέρει ένα νόημα, έστω και αφηρημένο. Τα παιδιά που είναι «τυπικής» ανάπτυξης, κατά την προσχολική ηλικία (18 μηνών-4 ετών), μουτζουρώνουν για να νιώσουν την χαρά της κίνησης και του αισθητικού

αποτελέσματος, είτε χωρίς έλεγχο ή οργάνωση, είτε με τρόπο οργανωμένο και με ποικίλους πειραματισμούς είτε με ρεαλιστική απόδοση πραγματικών προσώπων και αντικειμένων. Κατά το εν λόγω στάδιο, ο ρόλος του εκπαιδευτικού/καλλιτέχνη είναι εξαιρετικά σημαντικός, καθώς τότε είναι που το παιδί θα μάθει να είναι θετικά προσκείμενο στις εικαστικές τέχνες, στις οποίες θα ασκηθεί στη συνέχεια της ζωής του. Μετά τα πρώτα 4 έτη ως και τα 7, το παιδί αποτυπώνει ζωγραφικά στο χαρτί πρόσωπα και πράγματα συνειδητά, τα οποία είναι όσα τους ενδιαφέρουν στην πραγματική τους ζωή, γεγονός που αποκαλύπτει σημαντικά στοιχεία του χαρακτήρα τους (Schweizeretal., 2019:1-9; Martin, 2009a:187-190;Malchiodi, 2003:106-119).

Προτεραιότητα του θεραπευτή/καλλιτέχνη είναι βοηθήσει τα παιδιά με ΔΑΦνα εντείνουν και να επισπεύσουν την βραδεία εικαστική τους ανάπτυξη, ώστε να ξεπεράσουν το συντομότερο δυνατό το στάδιο της ανοργάνωτης μοντζούρας (Gilroy· 2006:36). Η υποστηρικτική και παρωθητική τους παρέμβαση λαμβάνει χώρα μέσω της ποικιλίας των πειραματισμών, της ονοματοδοσίας των «δημιουργημάτων» και τον έλεγχο ή τον περιορισμό των εξωτερικών ερεθισμάτων, όπως είναι το έντονο φως και οι ξαφνικοί ήχοι. Τα αποτελέσματα της θεραπευτικής διαδικασίας είναι καλύτερα όταν ο θεραπευτής αποφεύγει τις πολύπλοκες λεκτικές περιγραφές, όταν παρέχει οπτικές οδηγίες, όταν διαμορφώνει ένα προβλέψιμο και άνετο περιβάλλον εργασίας, όταν αναθέτει εργασίες που ολοκληρώνονται ανά στάδια, όταν εξασφαλίζει μια πληθώρα εύχρηστων υλικών, που δεν εκνευρίζουν ή κουράζουν τους θεραπευόμενους (Martin, 2009a:187-190).

Καθοριστικής σημασίας είναι ο θεραπευτής να ενθαρρύνει τα παιδιά με ΔΑΦνα δημιουργούν ελεύθερα, να αποτυπώνουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους χωρίς περιορισμούς, καθώς επίσης να προτείνουν νέα πράγματα που μπορούν να υλοποιηθούν στο θεραπευτικό περιβάλλον. Τα παιδιά που συμμετέχουν στο θεραπευτικό εικαστικό πρόγραμμα πρέπει να νιώθουν χαρά και άνεση (Schweizeretal., 2014:577-593), να λαμβάνουν την έμπρακτη υποστήριξη του θεραπευτή, ο οποίος μπορεί να είναι συν-δημιουργός και συμπράττων. Με την επικράτηση ενός πνεύματος ελευθεριότητας, ο θεραπευτής επιδεικνύει πίστη στις δεξιότητες των παιδιών, γεγονός που καλλιεργεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης, και δύναται έτσι να ελέγχει τις κατακτημένες ή καλλιεργημένες εικαστικές δεξιότητες, και να αναπροσαρμόζει προς όφελος της διαδικασίας, τον παρεμβατικό του σχεδιασμό (Martin, 2009a:187-190).

Τα ζωγραφικά έργα των παιδιών με ΔΑΦ, αποτυπώνουν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό τις ιδιαιτερότητες της αναπηρίας τους, παράλληλα με εκείνες του χαρακτήρα τους. Τα έργα τους διακρίνονται από μια εικαστική αναπτυξιακή καθυστέρηση, δηλαδή από την προσκόλληση στο στάδιο της μουτζούρας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, συγκριτικά με εκείνα των παιδιών της τυπικής ανάπτυξης, στην αδυναμία τους να δημιουργήσουν γλυπτά έργα, καθώς επίσης από το ανοργάνωτο και ξαφνικό πέρασμα από την χωρίς έλεγχο μουτζούρα στη ζωγραφική απόδοση αναγνωρίσιμων σχημάτων ή φιγούρων. Είναι δυνατό επίσης, κατά τη θεραπευτική διαδικασία, τα παιδιά με ΔΑΦ να επιλέγουν αντισυμβατική θεματολογία, να προσπερνούν τα αναμενόμενα στάδια της εικαστικής δημιουργίας ή ακόμα και να αργούν στο να αρχίσουν να ζωγραφίζουν (Emery, 2004:143-147). Οι εικαστικές αναπαραστάσεις τους συνήθως χαρακτηρίζονται από την πληθώρα των λεπτομερειών, τις οποίες οι θεραπευόμενοι εμμένουν να μην παραλείπουν, τη λανθασμένη απόδοση των μερών ενός προσώπου ή πράγματος, όσον αφορά στην τοποθέτησή τους στον χώρο, καθώς επίσης την τάση τους να διορθώνουν ή να προσθέτουν λεπτομέρειες στα δικά τους έργα ή των άλλων, παρακινούμενα από την παρόρμηση που προκαλείται από τα οπτικά και τα χωρικά τους ελλείματα. Το ζωγραφικό έργο ενός παιδιού με ΔΑΦ είναι σε γενικές γραμμές «παραγεμισμένο» με άναρχη και ανοργάνωτη τοποθέτηση προσώπων ή αντικειμένων στον χώρο (Haeyen et al., 2020:1-8; Hinz, 2019:137-156).

Η πληθώρα των λεπτομερειών που αποτυπώνουν στα έργα τους, εκπληγάζει και από την έμφυτή τους τάση και ανάγκη να «πετύχουν» γύρω τους ένα αίσθημα οργάνωσης και τάξης. Αυτή, καταδεικνύεται καθαρότερα από τη συχνή χρήση των χρωμάτων. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιούν συχνά ορισμένη χρωματική ακολουθία και συνδέουν τα χρώματα με αντικείμενα ή πρόσωπα, τα οποία έγκεινται στα άμεσα και απτά ενδιαφέροντά τους. Το ζήτημα της απτότητας της θεματολογίας των έργων τους, σχετίζεται με την ελλιπή ή αποσπασματική φαντασία τους, γεγονός που τα αναγκάζει να εστιάζουν σε πραγματικά, ρεαλιστικά και κυριολεκτικά πράγματα, πρόσωπα, καταστάσεις και σκέψεις. Για τον λόγο αυτό, τα παιδιά με ΔΑΦ ζωγραφίζουν αυτό που κοιτούν, είτε με μια πρώτη ματιά είτε με πιο επισταμένη παρατήρηση, και αρέσκονται να δημιουργούν πορτραίτα υπαρκτών προσώπων, για τα οποία δεν χρειάζεται ούτε να πειραματιστούν, αλλά ούτε και να προβούν σε πρωτότυπες σκέψεις (Emery, 2004:143-147).

Η ζωγραφική αποτύπωση των πραγματικών πραγμάτων και προσώπων καλλιεργεί στα παιδιά με ΔΑΦ ένα αίσθημα σιγουριάς και ασφάλειας, γεγονός που εκδηλώνεται μέσω της διαρκούς επανάληψης των ίδιων μοτίβων. Η επανάληψη αυτή είναι ενδεικτική της παρορμητικά εμμονικής συμπεριφοράς τους, η οποία συμπληρώνεται και εντείνεται από τη σταθερότητα της θεματολογίας, από τα οικεία σχέδια και σχήματα, καθώς και από την αξιοποίηση ποικίλων χρωμάτων που γεμίζουν τη ζωγραφική επιφάνεια (Schweizeretal., 2014:577-593). Η εικαστική δημιουργία των παιδιών με ΔΑΦ, επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις θετικές ή τις αρνητικές αλλαγές που συμβαίνουν στη ζωή τους ανά χρονικές περιόδους. Για παράδειγμα, η επίδοσή τους στη ζωγραφική δραστηριότητα μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά όταν τα παιδιά έρχονται αντιμέτωπα με κάποια δυσκολία που τους φαίνεται ανυπέρβλητη ή με ασθένεια. Κατά ανάλογο τρόπο, μπορεί να επηρεαστεί όταν μάθουν εναλλακτικούς τρόπους χαλάρωσης, που δεν σχετίζονται με την καλλιτεχνική δημιουργία ή την ενασχόληση με τα χρώματα και τα υλικά, οι οποίοι ουσιαστικά επιδεινώνουν τις αισθητηριακές δεξιότητές τους (Martin, 2009a:187-190).

Η καλλιτεχνική δημιουργία των παιδιών με ΔΑΦ κατά τη θεραπευτική διαδικασία, αποκαλύπτει και το κοινωνικό έλλειμμα που συνήθως τα διακρίνει. Υπό αυτό το πρίσμα, τα παιδιά δεν είναι σε θέση να συγκρίνουν τα έργα τους με εκείνα των άλλων, δεν δύνανται να αξιολογούν το εικαστικό ταλέντο/ικανότητά τους και δεν διαθέτουν την κριτική σκέψη, ώστε να εκτιμήσουν την πορεία της εικαστικής τους εξέλιξης. Όσο πιο ελλειμματική είναι η κοινωνική συμπεριφορά ενός παιδιού με ΔΑΦ, τόσο πιο δύσκολο είναι για αυτό να παρατηρήσει τα ξένα εικαστικά έργα, να λάβει κάποια χρήσιμα στοιχεία από αυτά, να τα χρησιμοποιήσει ως έναυσμα για τη δική τους αυθόρμητη δραστηριότητα και δημιουργία (Schweizeretal., 2017:183-191; Schweizeretal., 2014:577-593; Hinz, 2019:137-156).

Ερευνητικά έχει καταδειχθεί ότι τα έργα των παιδιών με ΔΑΦ είναι ευέλικτα όσον αφορά στη θεματολογία, στα χρώματα και τα σχέδια, χωρίς να διαφέρουν σημαντικά από εκείνα των παιδιών της τυπικής ανάπτυξης, η οποία αυξάνει παράλληλα με την ηλικιακή ωρίμανσή τους. Αντίθετα, δεν είναι καθόλου πρωτότυπα, καθώς οι θεραπευόμενοι αδυνατούν σχεδόν να παρεκκλίνουν από τους κανόνες ή να προσαρμοστούν σε νέους, να παραποιήσουν την πραγματικότητα, να απεμπλακούν από την αναγκαιότητα απόδοσης των λεπτομερειών και να δημιουργήσουν με γνώμονα τη φαντασία τους (Frith, 1972:160-173). Υπό αυτό το πρίσμα, τα έργα των

παιδιών με ΔΑΦέχουν υψηλό βαθμό κοινοτοπίας και ομοιότητας, εφόσον, λόγω των ελλειμματικών δημιουργικών τους δεξιοτήτων, εμμένουν στα απτά και οικεία πρόσωπα και πράγματα (Lewis&Boucher, 1991:393-416).

Τα εικαστικά έργα των παιδιών με ΔΑΦπου συμμετέχουν σε θεραπευτικό πρόγραμμα μέσω τέχνης, αποτυπώνουν σε μεγάλο βαθμό σημαντικά στοιχεία της αυτό-αντίληψής τους. Υποστηρίζεται ερευνητικά ότι τα δημιουργήματα των παιδιών αποκαλύπτουν τα ελλείμματά τους, τα άγχη τους, τις εσωτερικές τους συγκρούσεις, καθώς επίσης την εικόνα των «φυσιολογικών» σωματικών, φυσιολογικών και συμπεριφορικών χαρακτηριστικών (Hobsonetal., 1988:441-453). Όσον αφορά στη ζωγραφική απόδοση της ανθρώπινης φιγούρας, έχουν εξαχθεί πολλαπλές ερευνητικές διαπιστώσεις, που καταλήγουν στο ότι τα παιδιά με ΔΑΦεμφανίζουν σημαντικό έλλειμμα. Αυτό έχει ερμηνευτεί ως περιορισμένο ενδιαφέρον για την πραγματικότητα που τους περιβάλλει και σαφή προσήλωση στον δικό τους κόσμο. Η θέση αυτή ενισχύεται από το κοινό χαρακτηριστικό των έργων τους που είναι η έλλειψη πρωτοτυπίας, το μεγάλο μέγεθος και η χαμηλή εικαστική τους αξία (Lim&Slaughter, 2008:988-994).

Έρευνες που έχουν διενεργηθεί τις τελευταίες δεκαετίες επιβεβαιώνουν ότι τα παιδιά με ΔΑΦ, ενώ αδυνατούν να αποτυπώσουν φανταστικές εικόνες ή όντα που προέχονται από ονειρικούς κόσμους, ανταπεξέρχονται καλύτερα όταν τους ανατίθεται να προσθέσουν προσωπικά στοιχεία σε μια ζωγραφιά φανταστικής θεματολογίας. Αναφορικά με την εν λόγω δραστηριότητα, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι θεραπευόμενοι δεν την εκλαμβάνουν ως απαιτητικού σχεδιασμού, την ίδια στιγμή που καταδεικνύεται ότι δεν προβαίνουν στην σφαιρική επεξεργασία των σχεδίων που συμπληρώνουν. Υπό αυτό το πρίσμα, αν και φαίνεται ότι αξιολογούν σωστά την εικαστική δραστηριότητα, τόσο όσον αφορά στις εικόνες αυτές καθαυτές όσο και στη χωρική τους διάσταση, αδυνατούν να τις προσεγγίσουν ολιστικά (Drake&Winner, 2011:9-29;Leevers&Harris, 1998:399-410).

2.9 Καλλιτεχνικά ταλέντα και ικανότητα σχεδιασμού σε παιδιά με ΔΑΦ

Τα έργα των ατόμων με ΔΑΦπου διαθέτουν ταλέντο στις εικαστικές τέχνες, χαρακτηρίζονται ως λεπτομερή και περίτεχνα, δεδομένου ότι οι καλλιτέχνες δείχνουν μια σαφή κλίση προς την ακριβή απόδοση της πραγματικότητας. Οι Pring και συνεργάτες (Randick&Derner, 2013:30-35) κατέδειξαν ερευνητικά ότι οι σπουδαστές

στις υψηλού επιπέδου σχολές καλών τεχνών που ανήκουν στα άτομα με ΔΑΦεμφανίζονται περισσότερο δημιουργικοί, όσον αφορά στην ευελιξία, στην επεξεργασία, στην ευχέρεια και την αυθεντικότητα της θεματολογίας, συγκριτικά με τους «φτασμένους» καλλιτέχνες που ανήκουν στην ίδια κατηγορία ατόμων. Η διαφορά μεταξύ τους έγκειται στο ότι τα έργα των τελευταίων είναι πολύ περισσότερο άρτια όσον αφορά στην εικαστική τους αξία και το εικαστικό τους αποτέλεσμα. Σε σχέση με τους σπουδαστές και τους καλλιτέχνες με ΔΑΦ, απέχουν πολύ ως προς τους δείκτες δημιουργικότητας και απόδοσης τα άτομα της ίδιας κατηγορίας που δεν διακρίνονται για το εικαστικό τους ταλέντο.

Μέσα από τη συγκριτική προσέγγιση των ατόμων με ΔΑΦμε καλλιτεχνικό ταλέντο και εκείνων χωρίς, διαπιστώνεται ότι οι πρώτοι νιώθουν υψηλά επίπεδα ευχαρίστησης και απόλαυσης κατά τη διάρκεια της δημιουργικής διαδικασίας, καλύπτουν σε μεγάλο βαθμό τα ελλείμματά τους στην κοινωνική αλληλεπίδραση και την επικοινωνία, και αναπτύσσουν διαπροσωπικές σχέσεις με το προσωπικό των εκπαιδευτικών/εικαστικών προγραμμάτων στα οποία συμμετέχουν. Οι ίδιοι, μέσω της εντατικής καλλιτεχνικής δραστηριότητας εμφανίζουν συμπεριφορική μεταστροφή με θετικό πρόσημο, μπορούν να συνδιαλλαγούν με τρίτους αποκαλύπτοντάς τους τα ενδιαφέροντα και τα σημαντικά στοιχεία της προσωπικότητάς τους, ενώ αποκαθιστούν τις σχέσεις με τους γονείς και τους οικείους τους, οι οποίοι αντιλαμβάνονται και αναγνωρίζουν την ειλικρινή προσπάθειά του να διαχειριστεί αποτελεσματικά τη διαταραχή του και να αναδείξει τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα του (Mullin, 2015:359-361).

Τα παιδιά με ΔΑΦκατά την εικαστική θεραπευτική και εκπαιδευτική διαδικασία διαπιστώνεται ότι δύνανται να ερμηνεύουν, να αποκωδικοποιούν και να αποδίδουν αφηγηματικά καλύτερα τα προσωπικά τους έργα, συγκριτικά με εκείνα των άλλων. Κι αυτό γιατί, δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν σε δραστηριότητες που απαιτούν την επεξήγηση νοητικών αναπαραστάσεων ή μετανάπαραστάσεων (Charman& Baron-Cohen 1992:1105-1112). Όταν καλούνται να περιγράψουν τις εικαστικές δημιουργίες των άλλων ατόμων, είτε της ομάδας, είτε των συν-θεραπευόμενων, είτε του θεραπευτή, είτε τρίτων, τα παιδιά με ΔΑΦεμμένουν στην εξωτερική τους εμφάνιση και προσπαθούν να τα συσχετίσουν, όχι μόνο με πράγματα, πρόσωπα ή καταστάσεις που γνωρίζουν, αλλά με κυρίως με αντικείμενα που βρίσκονται στον συγκεκριμένο χωροχρόνο γύρω τους. Το γεγονός αυτό αποκαλύπτει το σημαντικό έλλειμμα των

παιδιών αυτών στο να συνδέουν και να ερμηνεύουν τα εικαστικά έργα τόσο με τον κόσμο της φαντασίας όσο και με εκείνον της πραγματικότητας. Όσον αφορά στα δικά τους έργα, εμφανίζονται πολύ περισσότερα ευέλικτα και ικανά να τα αναγνωρίσουν, να τα ερμηνεύσουν αφηγηματικά, να τα ονοματίσουν και να φανερώσουν τους λόγους που τους ώθησαν να τα κατασκευάσουν (Allen, 2009:539-543).

Τα παιδιά που θεωρούνται «τυπικής» ανάπτυξης διέρχονται από τρία στάδια ανάπτυξης, όσον αφορά στη δεξιότητά τους να αποτυπώνουν απεικονιστικά αυτά που τους περιβάλλουν. Μέχρι τα πρώτα πέντε χρόνια τους, τα παιδιά αυτά περνούν από τη φάση του αποτυχημένου ρεαλισμού, όπου οι ζωγραφιές τους αποτελούνται από ασύνδετα στοιχεία που δύσκολα συνθέτουν κάποια ενιαία θεματική, σε εκείνη του νοητικού ρεαλισμού, όπου τα έργα τους ουσιαστικά εμπεριέχουν όλες τις πληροφορίες που διαθέτουν τα παιδιά για την αναπαριστάμενο πρόσωπο/πράγμα/κατάσταση. Από την ηλικία των πέντε και μετά, τα παιδιά ζωγραφίζουν αυτό που βλέπουν, μένοντας σε πολύ μεγάλο βαθμό στις πληροφορίες που λαμβάνουν από τις αισθήσεις τους (Selfe, 1977:49).

Τα παιδιά με ΔΑΦ, θα αναμενόταν να μη συμβαδίζουν με την ανωτέρω, σχεδόν καθολικά παραδεδομένη πορεία εξέλιξης της σχεδιαστικής δεξιότητας. Παρ' όλα αυτά, ερευνητικά έχει καταδειχθεί ήδη από τη δεκαετία του 1970 ότι πολύ σπάνια τα παιδιά με ΔΑΦ, τα οποία διαθέτουν έναν σημαντικό βαθμό εικαστικού ταλέντο, παρεκκλίνουν αυτής. Συγκεκριμένα, υποστηρίχθηκε ότι τα παιδιά με ΔΑΦπου είναι ταλαντούχα στη ζωγραφική, περνούν από το ένα στάδιο στο άλλο ταχύτερα, χωρίς να παρακάμπτουν κάποιο. Αντίθετα, ζωγραφίζουν με μεγαλύτερη ακρίβεια, ρεαλισμό και απτές λεπτομέρειες όσων βλέπουν από πολύ μικρή ηλικία. Αυτό που αξίζει να αναφερθεί είναι ότι τα ποσοστά των παιδιών με ΔΑΦπου διαθέτουν ένα αξιοσημείωτο ταλέντο στις εικαστικές τέχνες είναι μικρότερο από εκείνο που παρατηρείται ποσοστιαία στα παιδιά της τυπικής ανάπτυξης (Charman&Baron-Cohen, 1993:171-185;Feinetal., 1990:263-269).

2.10 Εφαρμογή της θεραπείας μέσω τέχνης

Η θεραπευτική διαδικασία μέσω τέχνης μπορεί να λαμβάνει χώρα σε ατομικό-εξατομικευμένο επίπεδο, δηλαδή με τη συμμετοχή του ενός και μόνο θεραπευόμενου, σε οικογενειακό επίπεδο και σε ομαδικό. Η ανωτέρω πραγματικότητα είναι ενδεικτική

του ότι οι καλλιτεχνικές δραστηριότητες είναι προσαρμόσιμες σε πολλαπλές περιπτώσεις θεραπείας, ανάλογα από το σημείο που ο θεραπευτής θα εστιάσει στην εκάστοτε περίπτωση (Selfe, 1983:11-13). Δεδομένου ότι η πλειοψηφία των μελετητών που έχουν εντυφώσει στο θέμα της θεραπείας μέσω της τέχνης, επικεντρώνονται στην προσωπική θεραπεία που περιλαμβάνει συνεδρίες με έναν θεραπευόμενο, σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να γίνει μια σύντομη αναφορά σε εκείνες που αφορούν σε οικογενειακό και ομαδικό επίπεδο.

2.10.1 Οικογένεια

Η θεραπεία μέσω τέχνης επεκτείνεται σε ποικίλες εκφάνσεις της οικογενειακής ζωής και καθημερινότητας, όπως είναι η διεύρυνση ή η μείωση της γονικής οικογένειας, η προσέγγιση γεγονότων του παρόντος και του παρελθόντος, η αποκάλυψη ή ανάκληση των πρώιμων βιωματικών εμπειριών ανά στάδια, η αποδέσμευση του υλικού από τον χώρο του ασυνείδητου, ο περιορισμός της άμυνας, η καλλιέργεια ή ενίσχυση των ευαισθησιών, η ψυχοσυναισθηματική βίωση των εμπειριών, η κατανόηση της σχέσης αιτίας-αποτελέσματος, η εξέταση, η ανάλυση και η κατανόηση των φαινομένων συνδιαλλαγής, η επισήμανση των δυσλειτουργιών όσον αφορά στη συμπεριφορά, στη μάθηση, στην κοινωνικοποίηση, η διάγνωση νευροαναπτυξιακών διαταραχών, η διαφοροποίηση ενός ή περισσότερων μελών της οικογένειας, η αποκάλυψη συγκρουσιακών σχέσεων, η καλλιέργεια ή κατάκτηση δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, η αλλαγή της γονικής στάσης, η αντιμετώπιση του πένθους και της θλίψης που απορρέει από αυτό κ.ά. (Landgrarten, 1999:24-25).

Η προσέγγιση των γονέων και των μελών της οικογένειας του θεραπευόμενου μέσω εικαστικών συνεδριών, από πλευράς θεραπευτή, διευκολύνει σε σημαντικό βαθμό την κατανόηση των διαπροσωπικών σχέσεων που αναπτύσσουν μεταξύ τους, καθώς και τη συμπεριφορά του θεραπευόμενου. Η εν λόγω διαδικασία ολοκληρώνεται σε τρεις φάσεις, σε έναν χώρο της οικίας της οικογένειας, όπου όλα τα μέλη δύνανται να συμμετέχουν ταυτόχρονα. Το πρώτο στάδιο αφορά στη δημιουργία ενός ατομικού πίνακα που παραπέμπει περισσότερο σε «μουτζούρα», το δεύτερο, στην αποτύπωση των οικογενειακών πορτρέτων και το τρίτο, στην απόδοση μιας κοινής τοιχογραφίας. Η δημιουργία μουτζούρας κατά την πρώτη φάση, εξυπηρετεί αφενός στην καλλιέργεια ενός κλίματος άνεσης και καταπολέμησης της αβεβαιότητας για τη μη

γνώση των βασικών αισθητικών ή εικαστικών αρχών, και αφετέρου στη διάγνωση της ενδοοικογενειακής κατάστασης. Η δημιουργία του πορτρέτου της οικογένειας που λαμβάνει χώρα κατά τη δεύτερη φάση της διαδικασίας, συμβάλλει στην αυθόρμητη αντίδραση των εμπλεκόμενων στη θεραπεία, στην ερμηνεία και νοηματοδότηση μέσω της αφηγηματικής οδού. Η δημιουργία της κοινής τοιχογραφίας της τρίτης φάσης βασίζεται στην ελεύθερη δημιουργία των συμμετεχόντων και παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την ποιότητα των ενδοοικογενειακών δεσμών, για τον βαθμό συνοχής των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των μελών της και για την τάση τους να μένουν ενωμένα στις εύκολες και κυρίως, στις δύσκολες καταστάσεις. Κατά το εν λόγω «ελεύθερο» στάδιο της εικαστικής διαδικασίας, ο θεραπευτής συλλέγει σημαντικά πληροφοριακά δεδομένα για την οικογένεια συνολικά και για τα μέλη μεμονωμένα, ενώ λαμβάνει απαντήσεις αναφορικά με τα ενδεχόμενα διαγνωσμένα προβλήματα. Αυτό που πρέπει να διασαφηνιστεί είναι ότι καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής εικαστικής παρέμβασης, ο θεραπευτής επιτρέπει την ελεύθερη επιλογή μέσων, χρωμάτων και υλικών, για να εξασφαλίσει την αυθόρμητη έκφραση όλων (Judith 213-245).

Ο θεραπευτής δεν θέτει χρονικό περιορισμό και επιτρέπει σε όλους να ολοκληρώσουν τα έργα τους στον χρόνο που μπορούν. Για όσους αποδεικνύονται ταχύτεροι των άλλων, ο θεραπευτής δίνει τη δυνατότητα να κατασκευάσουν περαιτέρω καλλιτεχνήματα, ελεύθερα έργα, με την αξιοποίηση εναλλακτικών υλικών. Στις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η παρουσία όλης της οικογένειας, είτε για λόγους χωρητικότητας είτε για άλλους λόγους, ο θεραπευτής καλείται να δημιουργήσει υπο-ομάδες εργασίας-συνεδρίας, έχοντας ως βασικό μέλημα να διατηρεί σε παράλληλη και ταυτόχρονη παρουσία τη μητέρα με το παιδί που βρίσκεται υπό θεραπεία. Η δυάδα μητέρας-παιδιού είναι η σημαντικότερη, καθώς η μεταξύ σχέση των μελών της ασκεί την ισχυρότερη επίδραση στη ζωή του παιδιού (Judith 213-245).

Η δεδομένη επιρροή της μητέρας στη ζωή και την προσωπικότητα του παιδιού, δεν αφορά μόνο στους δεσμούς αγάπης, αφοσίωσης και φροντίδας, αλλά σχετίζεται και με τις εντονότερες συγκρουσιακές καταστάσεις που ενδεχομένως αυτό βιώνει. Υπό αυτό το πρίσμα, κατά την εικαστική θεραπευτική διαδικασία, το θεραπευόμενο παιδί θα έρθει αντιμέτωπο και με τους έντονους ανταγωνισμούς που διατηρεί με τη μητέρα του. Το ίδιο μπορεί και πρέπει να λαμβάνει χώρα και με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, σε δυαδικού δηλαδή τύπου συνεδρίες. Η δημιουργία υπο-ομάδων

λειτουργεί ωφελιμιστικά για τη θεραπεία, όταν μέλη της οικογένειας αδυνατούν να «ανοιχτούν» και να εκφραστούν άνετα ή ακόμα και όταν αυτά χαρακτηρίζονται για τη φλυαρία τους. Η παρουσία και η καθοδήγηση του θεραπευτή κρίνεται σκόπιμη και επιβεβλημένη σε κάθε περίπτωση, ο οποίος καλείται, μεταξύ άλλων, να θέσει σε εφαρμογή την κατάλληλη μέθοδο, καθώς επίσης να διαγνώσει και να εντοπίσει πιθανά ενδοοικογενειακά προβλήματα (Judith 213-245).

2.10.2 Ομάδα

Η θεραπεία μέσω τέχνης μπορεί να εφαρμοστεί και σε ομαδο-συνεργατικό επίπεδο, όπου τα οφέλη είναι πολλαπλά, εφόσον το επιτρέπουν οι υφιστάμενες συνθήκες και οι προσωπικές περιπτώσεις των συμμετεχόντων. Η ωφελιμιστική αυτή λειτουργία των ομαδικών θεραπευτικών δράσεων έγκειται στην αλληλεπίδραση των ατόμων, τα οποία μέσω των συμπεριφορών, των στάσεων, των πεποιθήσεων και των ιδιοσυμπεριφορών τους επηρεάζουν και επηρεάζονται, ενισχύονται θετικά, παρωθούνται, ενθαρρύνονται, ενεργοποιούνται, μιμούνται και αισθάνονται μέλη ενός συνόλου. Με την παρουσία των άλλων συμμετεχόντων και με την καλλιέργεια ενός κλίματος αμοιβαιότητας, εμπιστοσύνης, κατανόησης και αλληλεγγύης, το άτομο, καταπολεμά τους φόβους του, δεν νιώθει ότι απειλείται και αισθάνεται ασφαλές ώστε να εξωτερικεύσει τα βαθύτερα συναισθήματά του. Σε ένα τέτοιο, συνεργατικό, ελεγχόμενο και διαδραστικό θεραπευτικό-καλλιτεχνικό περιβάλλον, το άτομο δύναται να εξερευνήσει τον εαυτό του και να φτάσει στα υψηλότερα δυνατά επίπεδα αυτογνωσίας, αυτοπεποίθησης και αυτοεπίγνωσης (Judith 9 και 250).

Η ομαδική θεραπευτική συνεδρία μέσω των εικαστικών τεχνών, παρέχει πολλαπλές και ποικίλες δυνατότητες, όσον αφορά σε επίπεδο επικοινωνίας, κιναισθητικής, απτικής και οπτικής έκφρασης. Το ομαδο-συνεργατικό πλαίσιο λειτουργεί ευεργετικά στους θεραπευόμενους που είναι «κλεισμένοι» στον εαυτό τους και ντρέπονται να έρθουν σε διαπροσωπική επαφή με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ την ίδια στιγμή επιδεικνύουν μια μεγαλύτερη άνεση με τους συνομηλίκους τους. Η παρουσία των υπολοίπων μελών της ομάδας συμβάλλει στη διαμόρφωση ενός πιο αξιόπιστου, ασφαλέστερου και λιγότερου απειλητικού περιβάλλοντος, όπου μπορούν να φτάσουν σε υψηλά επίπεδα αυτό-γνωσίας και αυτό-επίγνωσης. Η ομαδο-συνεργατική εικαστική θεραπεία επιτρέπει την ανοικτή προσέγγιση, όπου κάθε μέλος αποφασίζει

για το αν θα συμμετέχει στην καλλιτεχνική δράση ή αν θα μείνει απλός παρατηρητής της διαδικασίας, αν θα είναι σιωπηλό ή θα μιλά, αν θα εργάζεται μόνος ή θα βρίσκεται σε σύμπραξη με τους άλλους, αν θα συνάψει σχέση διάδρασης με το θεραπευτή ή θα απέχει από αυτόν κ.ά. Η εν λόγω προσέγγιση βασίζεται πρωτίστως στην έμφυτη, και εν μέρει καθοδηγούμενη από τον θεραπευτή, τάση επικοινωνίας, συνέργειας και συνεπικουρίας με τους γύρω τους, στο πλαίσιο ότι όλοι εργάζονται για έναν «κοινό» σκοπό (Judith 250).

Το ομαδο-συνεργατικό πνεύμα της θεραπευτικής διαδικασίας μέσω των εικαστικών τεχνών, επιτυγχάνεται από τη στρατηγική που σχεδιάζει, οργανώνει και θέτει σε εφαρμογή ο θεραπευτής. Σε πρώτο επίπεδο, καλείται να ορίσει και να δομήσει τους στόχους της ομάδας εργασίας-συνεδρίας, οι οποίοι πραγματώνονται σε ένα ανοικτό πλαίσιο. Αυτό συνεπάγεται την ελεύθερη επιλογή υλικών, μέσων και χρωμάτων, την ελεύθερη επιλογή θεματολογίας, την ελεύθερη αναζήτηση, συλλογή και διαχείριση των δεδομένων-ερεθισμάτων, την αυτόβουλη επιλογή του τρόπου εργασίας για τη δημιουργία του εικαστικού, ενδοσκοπικού τους έργου. Μέλημα του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να αποφασίσει για το αν θα διενεργήσει «ασκήσεις» προθέρμανσης των μελών της ομάδας, λαμβάνοντας υπόψη του τις ανάγκες τους, αλλά και τον κίνδυνο ότι έτσι μπορεί να μειωθεί ο αυθορμητισμός και να αυξηθεί το άγχος τους. Αν τα άτομα που συμμετέχουν αισθάνονται άνετα με την παρουσία τρίτων στον χώρο, οι εν λόγω ασκήσεις κρίνονται περιττές. Αντίθετα, στις περιπτώσεις που διαγιγνώσκεται απροθυμία συνεργασίας από πλευράς των συμμετεχόντων, ο θεραπευτής οργανώνει δραστηριότητες προσαρμογής (Judith 252-255).

Στα θεραπευτικά προγράμματα μέσω τέχνης που απευθύνονται σε νεαρούς θεραπευόμενους, θετικά συμβάλλει η εστίαση σε μια ορισμένη θεματική, η οποία προτείνεται από τον θεραπευτή-καλλιτέχνη, σε συνδυασμό με τη συχνή αλλά περιστασιακή αξιοποίηση της δυνατότητας ελεύθερης επιλογής. Η θεματολογία μιας θεραπευτικής εικαστικής διαδικασίας θα πρέπει να βρίσκεται σε άμεση συνάφεια με την βαθειά κατανόηση και την αποδοχή του εαυτού, καθώς κι όλων εκείνων των στοιχείων που τον φέρνουν σε μειονεκτική θέση συγκριτικά με τους άλλους. Συνήθης στόχος είναι η επίγνωση της υπόστασης και της θέσης του καθένα συμμετέχοντα, εντός του θεραπευτικού-εικαστικού ομαδο-συνεργατικού περιβάλλοντος. Για την επίτευξή του, ο θεραπευτής ορίζει παρατηρητές, οι οποίοι παρακολουθούν τον τρόπο και τον ρυθμό εργασίας όσων δημιουργούν, και στη συνέχεια προσπαθούν αφενός να

τους μιμηθούν και αφετέρου να τους ανατροφοδοτήσουν. Κατά την ίδια διαδικασία, είναι δυνατό οι παρατηρητές να προτείνουν ή να επιβάλλουν στους δημιουργούς τι υλικά ή μέσα ή χρώματα να χρησιμοποιήσουν για να δημιουργήσουν το έργο τους, ενώ βρίσκονται σε διαρκή συνδιαλλαγή και ανταλλαγή εμπειριών. Σε ένα τέτοιο θεραπευτικό περιβάλλον, κάθε συμμετέχοντας βρίσκει τη θέση του στο σύνολο και μάλιστα δημιουργεί την εικόνα του, την οποία κοινωνεί σιωπηλά στο σύνολο (Judith 252-255).

Η θεραπευτική παρέμβαση μέσω τέχνης σε ομάδες προάγει την κοινωνική συμπεριφορά και τις εικαστικές δεξιότητες των παιδιών με ΔΑΦ, παράλληλα με τη σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων και φιλιών, τη σωματική κινητοποίηση και τη λεκτική αλληλεπίδραση, καθώς επίσης και τη δημιουργική επίλυση προβλημάτων μέσω καταγιισμό ιδεών. Για την πραγμάτωση των ανωτέρω, στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαδικασίας, συνήθως προτείνονται συγκεκριμένες ζωγραφικές δραστηριότητες. Οι κυριότερες από αυτές είναι 1) η αποτύπωση της ομαδικής τοιχογραφίας προς αντίχρεση της σκιάς και του σώματος, τόσο σε ρεαλιστικό επίπεδο όσο και σε φαντασιακό, 2) ο σχεδιασμός συμβατικών ή διαδραστικών πορτραίτων και φιγούρων, 3) η επίδειξη των έργων σε τρίτους, 4) το κουτί της φιλίας και 5) το ύφασμα της τάξης (Martin, 2009a:187-190).

Συγκεκριμένα, η πρώτη δραστηριότητα αφορά στην αντίληψη του σώματος και την ενεργοποίηση της φαντασίας των θεραπευόμενων. Ο θεραπευτής κολλάει στον τοίχο ένα μεγάλο χαρτόνι και παρωθεί τα παιδιά να εργαστούν συνεργατικά. Το ένα από αυτά στέκεται μπροστά στο χαρτόνι, το δεύτερο το φωτίζει από την πίσω πλευρά, έτσι ώστε να διαγράφεται η σκιά του στο χαρτόνι. Το τρίτο μέλος της ομάδας ιχνογραφεί τη σκιά του πρώτου και η διαδικασία επαναλαμβάνεται έτσι ώστε τα παιδιά να περάσουν από τις τρεις θέσεις. Μια εναλλακτική δραστηριότητα προβλέπει την τοποθέτηση του χαρτονιού στο πάτωμα, όπου κάθε φορά ξαπλώνει ένα παιδί και ένα δεύτερο ιχνογραφεί το σώμα του. Και αυτή η δραστηριότητα είναι κυκλική, όπου συμμετέχουν όλοι. Μετά την ολοκλήρωσή τους, οι θεραπευόμενοι θα γνωρίσουν το σώμα τους, θα ενισχύσουν την προσοχή τους, θα εξοικειωθούν με την κοντινή επαφή, θα αντιληφθούν τη σημασία της γλώσσας του σώματος και θα αποδεχτούν το γεγονός ότι θα πρέπει να περιμένουν τη σειρά τους για να συμμετέχουν στην ομαδοσυνεργατική διαδικασία. Στο πλαίσιο επέκτασης των ανωτέρω δραστηριοτήτων, είναι δυνατόν ο θεραπευτής να αναθέσει στα παιδιά να προσθέσουν

στοιχεία της φαντασίας τους, προκειμένου να δημιουργήσουν αφηρημένο εικαστικό αποτέλεσμα, με τρόπο εργασίας διαδοχικό. Υπό αυτό το πρίσμα, κάθε παιδί θα προσθέτει στο χαρτόνι στοιχεία της φαντασίας του και κάθε ένα που ακολουθεί θα συνεχίζει με τον δικό του τρόπο την κοινή ζωγραφιά (Martin, 2009a:187-190).

Αναφορικά με τη δεύτερη δραστηριότητα, τον σχεδιασμό δηλαδή συμβατικών και διαδραστικών πορτραίτων και φιγούρων, ο θεραπευτής μπορεί να χωρίσει τους θεραπευόμενους κατά ζεύγη ή να αναθέσει στον κάθε ένα να αποτυπώσει ένα μέρος ενός κοινού μοντέλου ή ορίζει μια κυκλική εναλλαγή μοντέλων. Συγκεκριμένα, όταν οι θεραπευόμενοι δουλεύουν σε ζευγάρια, κάθονται αντικριστά και ο καθένας ζωγραφίζει το πρόσωπο του άλλου. Ο θεραπευτής προτρέπει τα παιδιά να παρατηρήσουν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του απέναντί τους, δηλαδή εκείνες τις λεπτομέρειες που το διαφοροποιούν και το ξεχωρίζουν από τους άλλους. Σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπει παρεμβάσεις του ενός στο έργο του άλλου, αλλά αντίθετα ανατροφοδοτεί μέσω ενός κοινού διαλόγου. Στις δραστηριότητες που τα παιδιά εργάζονται ομαδικά, ο θεραπευτής αναθέτει στον καθένα θεραπευόμενο να ζωγραφίσει ένα σημείο του μοντέλου, εστιάζοντας και πάλι στις λεπτομέρειες. Η διαδικασία αυτή είναι διαδοχική, άρα τα παιδιά θα καλούνται να συμβιβαστούν με την ιδέα ότι θα πρέπει να περιμένουν τη σειρά τους. Σε μια επίσης διαδοχική δραστηριότητα, ο θεραπευτής αναθέτει σε κάθε παιδί να διαδραματίσει τον ρόλο του μοντέλου, το οποίο στέκεται στο κέντρο και εκτίθεται στα βλέμματα της ομάδας, η οποία πρέπει να το απεικονίσει ζωγραφικά. Η εν λόγω δραστηριότητα βοηθά τα παιδιά να μάθουν να ελέγχουν την παρορμητικότητά τους, περιμένοντας τη σειρά τους και έχοντας υπομονή για να ολοκληρώσουν όλοι το έργο τους (Martin, 2009a:187-190).

Οι επιμέρους τρεις ομαδοσυνεργατικές δραστηριότητες οργανώνονται και υλοποιούνται για την εξάσκηση της κινητικότητας, τη βελτίωση της λεπτών κινήσεων, την ενεργοποίηση της μνήμης, την οικειοποίηση εναλλακτικών μεθόδων κοινωνικοποίησης και τη συνειδητοποίηση της αξίας των εικαστικών τεχνών στη ζωή των ανθρώπων. Συγκεκριμένα, ο θεραπευτής παρακινεί τους θεραπευόμενους να ζωγραφίσουν από κοινού σε ένα ενιαίο κομμάτι ύφασμα, αφού πρώτα συζητήσουν μεταξύ τους για το προτίθεται να αποδώσει απεικονιστικά ο καθένας. Κατά ανάλογο τρόπο, προτείνει σε κάθε παιδί να αφιερώσει ένα κουτί σε έναν συνομήλικό του, το οποίο θα δωρίσει μετά, όπου θα ζωγραφίσει πράγματα και καταστάσεις που

σχετίζονται με εκείνο, ανακαλώντας τα στη μνήμη του. Τέλος, επιδίωξη του θεραπευτή είναι να εκτεθούν τα έργα των θεραπευόμενων σε τρίτους, όπως είναι οι γονείς ή τα άτομα του οικογενειακού και του φιλικού περιβάλλοντος, προκειμένου να ενεργοποιηθεί μια εικαστική και αφηγηματική κοινωνικοποιητική και διαδραστική δραστηριότητα, από την οποία αναδεικνύεται η πολυπρισματική συμβολή της τέχνης στη βελτίωση της ζωής των ανθρώπων (Martin, 2009a:187-190;Epp, 2008:27-36;Cohen-Liebman, 2015:227–258;Noble, 2001:82-114).

2.10.3 Συμπεριληπτικό σχολείο

Τα ομαδικά θεραπευτικά προγράμματα που θέτουν ως πρώτης προτεραιότητας στόχο την κοινωνικοποίηση των συμμετεχόντων μέσω της ευθείας αλληλεπίδρασης, πολύ συχνά οργανώνονται με την ταυτόχρονη συμμετοχή τόσο ατόμων με ΔΑΦόσο και «τυπικής» ανάπτυξης (Odom& Strain, 1984:544-557; Voeltz et al., 1983:28). Σε αυτά τα συμπεριληπτικά θεραπευτικά και εκπαιδευτικά περιβάλλοντα, η ανάπτυξη των κοινωνικών συμπεριφορών και των επικοινωνιακών δεξιοτήτων επιτυγχάνεται μέσω ομαδοσυνεργατικών δραστηριοτήτων, όπου όλοι οι εμπλεκόμενοι διαδραματίζουν προκαθορισμένους ρόλους, σημαντικούς για την πραγμάτωση του ενός και σημαίνοντος κοινού στόχου. Σε αυτό το πλαίσιο, όλα τα μέλη της ομάδας αξιολογούνται ως σημαντικά για την επιτυχή ολοκλήρωση της δραστηριότητας και νιώθουν ωφέλιμα για το σύνολο (Odom& Strain, 1984:544-557). Εκτός από θεραπευτικές εικαστικές παρεμβάσεις συμπεριληπτικού τύπου σε οργανωμένο περιβάλλον, τα παιδιά με ΔΑΦμπορούν να συμπεριληφθούν σε ομάδες καλλιτεχνικών δραστηριοτήτων που επισκέπτονται μουσεία ή εναλλακτικούς χώρους τέχνης (Schleien et al., 1995:397-413).

Η συμπεριληπτική θεραπευτική εικαστική προσέγγιση οδηγεί στην ανάπτυξη των κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων και συμπεριφορών των παιδιών με ΔΑΦ, αλλά κυρίως αποδεικνύεται ευεργετική για την κοινωνικοποίηση των παιδιών της τυπικής ανάπτυξης. Σύμφωνα με τους Schleien (1995:398) και συνεργάτες *«it is very important to choose the appropriate visual materials, objects and practices to prevent the participants on the autism spectrum from isolating themselves from the rest of the participants»*. Δηλαδή, είναι καθοριστικής σημασίας η επιλογή των κατάλληλων εικαστικών υλικών, αντικειμένων και πρακτικών, ώστε να αποτρέπουν τους συμμετέχοντες με ΔΑΦ να απομονώνονται από τους υπόλοιπους εμπλεκόμενους. Για

παράδειγμα, ένα ή περισσότερα εικαστικά υλικά ή μια εικαστική δραστηριότητα μπορεί να τους φαίνεται τόσο ευχάριστη και διασκεδαστική, που εν τέλει να τους αποτρέπει να έρθουν σε επαφή με τους άλλους εμπλεκόμενους. Η ιδιαιτερότητα των συμπεριληπτικών θεραπευτικών μεθόδων μέσω τέχνης έγκειται στο ότι οι εμπλεκόμενοι της τυπικής ανάπτυξης μπορούν να μάθουν να ενθαρρύνουν εκείνους με ΔΑΦ, ώστε να συμμετέχουν μαζί τους στις εικαστικές δραστηριότητες που τους αναθέτει ο θεραπευτής/εκπαιδευτικός-καλλιτέχνης. Υπό αυτό το πρίσμα, τα παιδιά με ΔΑΦ, δεν παρακινούνται μόνο από τον επικεφαλής της θεραπευτικής/εκπαιδευτικής διαδικασίας, αλλά και από τους «συναδέλφους» τους, κατά τη διάρκεια που λαμβάνει χώρα από κοινού η εικαστική δραστηριότητα. Όσον αφορά στην κοινωνικοποίηση που λαμβάνει χώρα στα οργανωμένα συμπεριληπτικά θεραπευτικά και εκπαιδευτικά περιβάλλοντα, δεν έχει καταδειχθεί ερευνητικά κατά πόσο, πως και σε ποιο βαθμό διατηρήθηκε εκτός αυτού.

Η συμπεριληπτική ομαδική εργασία ατόμων με ΔΑΦ και τυπικής ανάπτυξης δίνει την ευκαιρία κυρίως τους πρώτους να περιορίσουν το άγχος και την ανασφάλειά τους, που εκπηγάζουν από την παρουσία του θεραπευτή/εκπαιδευτικού-καλλιτέχνη, από τον (ενδεχομένως) υψηλό βαθμό δυσκολίας των δραστηριοτήτων και από την (ενδεχομένως) απαιτητική διαχείριση των υλικών. Η κοινωνική αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους της τυπικής ανάπτυξης δημιουργεί ένα αίσθημα μετέχει σε μια ισότιμη και ισόνομη κοινότητα, όπου όλοι συμβάλλουν προς επίτευξη του κοινού σκοπού (Gilliman, 2014:7-12). Μέλημα του εκπαιδευτή/θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να επιλέξει το κατάλληλο περιβάλλον για την υλοποίηση του συμπεριληπτικού εικαστικού προγράμματος, λαμβάνοντας πάντα υπόψη της ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και της απαιτήσεις του κάθε συμμετέχοντα με ΔΑΦ, να δίνει σαφείς οδηγίες προς όλους λαμβάνοντας υπόψη τη νοητική τους ανάπτυξη, να επιτρέπει σημαντικά περιθώρια αυτενέργειας και επιλογής, να παρέχει τον απαραίτητο χρόνο για την ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων από όλους, να «σπάει» την παρεμβατική του στρατηγική σε μικρότερα μέρη με πολλά σύντομα διαλείμματα (Wirkus et al., 2009:Sect.3 3-5; Bellini & Peters, 2008:857-873).

Οι αποτελεσματικές συμπεριληπτικές θεραπευτικές εικαστικές προσεγγίσεις συμβάλλουν στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης και της αυτό-εκτίμησης των παιδιών τόσο της τυπικής ανάπτυξης όσο και εκείνων με ΔΑΦ. Η επιτυχία τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από ορισμένες βασικές λεπτομέρειες, όπως είναι η αναπαραστάσεις

των δραστηριοτήτων με αριθμούς, με διαφορετικά χρώματα και κωδικούς, προκειμένου να μπορούν όλοι οι συμμετέχοντες να τα αντιλαμβάνονται οπτικά, να καλλιεργηθεί ένα γενικότερο κλίμα ρουτίνας, μέσω επαναλαμβανόμενων διαδικασιών, το οποίο προκαλεί μια αίσθηση αυτονομίας, να γίνεται μια σύντομη αλλά περιεκτική σύνοψη της επόμενης συνεδρίας (θεραπευτικής ή εκπαιδευτικής), όσον αφορά στις πρακτικές, τις εικαστικές μορφές, τα υλικά και τα χρώματα που θα αξιοποιηθούν, προκειμένου να καταπολεμηθεί ο φόβος και η ανασφάλεια του άγνωστου, και να εξασκηθεί η αυτορρύθμισή τους (Wirkusetal., 2009:Sect.4 40-44;Bellini&Peters, 2008:857-873;Siegel, 2003:49-53).

Αναφορικά με την εξέταση της συμπεριληπτικής εικαστικής προσέγγισης, εγείρεται το ερώτημα κατά πόσο αυτή μπορεί να θεωρείται θεραπευτική ή εκπαιδευτική. Κι αυτό γιατί τα παιδιά της τυπικής ανάπτυξης μετέχουν σε μια διαδικασία όπου ο ενήλικας εκπαιδευτής θέτει στόχους, επιλέγει πρακτικές και δίνει κατευθύνσεις, προκειμένου αυτά να αποκτήσουν κυρίως καλλιτεχνικές δεξιότητες. Αντίθετα, τα παιδιά με ΔΑΦμετέχουν σε μια διαδικασία όπου ο ενήλικας θεραπευτής θέτει στόχους, σχεδιάζει, οργανώνει και υλοποιεί στρατηγικές προκειμένου αυτά να βελτιώσουν την αυτό-αντίληψη και την αυτό-εικόνα τους, κατανοώντας βαθιά τον ψυχοσυναισθηματικό τους κόσμο και συνειδητοποιώντας την αξία της επικοινωνίας. Παρ' όλα αυτά, τόσο η εκπαιδευτική όσο και η θεραπευτική εικαστική προσέγγιση εστιάζουν στην όξυνση της δημιουργικότητας των παιδιών, στην καλλιέργεια ή την κατάκτηση αισθητικής κρίσης, στην αντίληψη του χώρου, στον συγχρονισμό των χεριών και των ματιών, στην κατανόηση του εαυτού, στην εξωτερίκευση των ενδόμυχων, ασυνείδητων ή κρυφών σκέψεων και συναισθημάτων τους (Osborne, 2003:411-423).

Η θεραπευτική εικαστική παρέμβαση δεν είναι προσανατολισμένη στο αποτέλεσμα αλλά στη διαδικασία, όχι όμως ως μια τυποποιημένη εκπαιδευτική διαδικασία, αλλά ως μια αυστηρά οργανωμένη στρατηγική. Σε αυτή, ο συντονιστής δεν είναι ένας εκπαιδευτικός που ακολουθεί ένα προκαθορισμένο και τυπικό διδακτικό μοτίβο σε όλους τους μαθητές, που είναι αναγκασμένος να υιοθετεί τις επιβαλλόμενες από το εκάστοτε Υπουργείο Παιδείας αλλαγές, χωρίς να διαθέτει την απαραίτητη ενημέρωση, με γνώσεις περιορισμένες μόνο στις εικαστικές τέχνες ή με αμφίβολης ποιότητας διδακτικές εμπειρίες. Αντίθετα είναι ένας θεραπευτής που προσαρμόζει την παρέμβασή του σύμφωνα με τις ανάγκες των παιδιών με τα οποία «δουλεύει», που

διαθέτει την εμπειρία να παρεκκλίνει από τις συμβατικές θεραπευτικές και εκπαιδευτικές οδούς και μεθόδους, που δύναται να διαχειριστεί τις απρόσμενες καταστάσεις και τις επιθετικές ή απροσάρμοστες συμπεριφορές των συμμετεχόντων, που καθοδηγεί τα παιδιά και δημιουργεί συνθήκες δημιουργίας, αλληλεπίδρασης, συνεργασίας και συζήτησης (Evans&Dubowski, 2001:45; Schopler & Mesibov, 1986:321-350).

Ένα εικαστικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα που λαμβάνει χώρα σε μια σχολική μονάδα όπου εφαρμόζονται οι αρχές της συμπερίληψης, μπορεί να είναι ωφέλιμο για τα παιδιά με ΔΑΦ, όταν προβλέπει πρακτικές εξατομικευμένης θεραπείας μέσω τέχνης. Παράλληλα, ο εκπαιδευτικός που θα οργανώσει και τα συντονίσει τη διαδικασία θα πρέπει να είναι θεραπευτής/καλλιτέχνης, που θα διαμορφώσει ένα δημιουργικά αλληλεπιδραστικό και ασφαλές περιβάλλον. Σε αυτό, τα παιδιά, τόσο της τυπικής ανάπτυξης όσο και εκείνα με ΔΑΦ, εξοικειώνονται με την παρουσία των συνομηλίκων τους, μαθαίνουν να αναγνωρίζουν και να εξωτερικεύουν τα συναισθήματά τους, εξασκούν τις δεξιότητες κοινωνικοποίησης, αναπτύσσουν την αυτό-επίγνωση και την αυτό-εκτίμησή τους, ενισχύουν τη συναισθηματική έκφραση μέσω της αφηγηματικής οδού, αντιλαμβάνονται την πραγματικότητα, συμφιλώνονται με τους γύρω τους, αναπτύσσουν συνεργατικό πνεύμα και αισθάνονται πραγματικά μέλη μιας «κανονικής» κοινότητας.

Μια αποτελεσματική συμπεριληπτική θεραπευτική/εκπαιδευτική προσέγγιση στο σχολείο θα πρέπει να ανατροφοδοτεί διαρκώς τα παιδιά, προκειμένου να εξασκούν τις κοινωνικές δεξιότητες που κατέκτησαν, να τις διατηρούν και να τις αναπτύσσουν περαιτέρω (Lasry, 2010:28-31). Ο χώρος του σχολείου είναι σημαίνουσας σημασίας για τα παιδιά, καθώς καταλαμβάνει μεγάλο μέρος της αναπτυξιακής τους πορείας, ανεξάρτητα αν αυτά συγκαταλέγονται στα τυπικής ανάπτυξης ή σε εκείνα με ΔΑΦ. Εντός της σχολικής μονάδας, τα παιδιά κατακτούν δεξιότητες μάθησης, κοινωνικοποίησης και επικοινωνίας, συνάπτουν υποστηρικτικές και στενές διαπροσωπικές σχέσεις, οι οποίες διατηρούνται και στη μετέπειτα ζωή τους. Η εικαστική εκπαιδευτική-θεραπευτική παρέμβαση στο συμπεριληπτικό σχολείο έχει καταδειχθεί ερευνητικά ότι συμβάλλει στην επίγνωση και τη γνωστική κατανόηση των σκέψεων και των συναισθημάτων του ίδιου του ατόμου και των άλλων, και έτσι μπορεί να αλλάξει τη ζωή ενός παιδιού που σε διαφορετικές συνθήκες θα ήταν

καταδικασμένο στην κοινωνική απομόνωση (Dalley, 2010:272; Trevarthen et al. 1998:117-135).

2.11 Εικαστικά υλικά

Ο θεραπευτής-καλλιτέχνης που συντονίζει τις ομαδο-συνεργατικές συνεδρίες, εκτός του ότι διαμορφώνει ένα «ελεύθερα» δομημένο εικαστικό περιβάλλον, όπου συνδυάζεται ισόρροπα η ελεύθερη επιλογή, η αυτοέκφραση και η επικέντρωση σε μια ορισμένη θεματική, διαδραματίζει πολλαπλούς ρόλους, όπως είναι αυτό του καθοδηγητή, του ενεργητικού ή παθητικού παρατηρητή κ.ά.. Καθοριστικής σημασίας είναι η στρατηγική που θα σχεδιάσει και θα υλοποιήσει ο θεραπευτής, με τον συνδυασμό τόσο των δομημένων όσο και των ελεύθερων δραστηριοτήτων, προκειμένου να παράσχει τις ευκαιρίες στους συμμετέχοντες να έρθουν σε επαφή με τη μεγαλύτερη δυνατή ποικιλία ρόλων, μέσων και υλικών, την οποία θα μπορούν να αξιοποιήσουν προς όφελος της διαδικασίας ενδοσκόπησης και διαμόρφωσης της αυτό-εικόνας (Rubin, 2009:181).

Καταλυτικής σημασίας για την επιτυχή ή μη έκβαση της θεραπείας είναι η ορθή επιλογή και χρήση των υλικών και των μέσων για την ζωγραφική, τη γλυπτική ή τη σχεδιαστική αποτύπωση των εικόνων κατά τη διαδικασία. Κι αυτό γιατί, κάθε υλικό που αξιοποιείται στις εικαστικές τέχνες, εκτός από πολλαπλές χρήσεις, διαθέτει ξεχωριστές θεραπευτικές ιδιότητες. Ως προς αυτό, η Dalley (2010:180) διατύπωσε ότι *«η ζωγραφική τέχνη και η γλυπτική με τη χρήση υλικών όπως είναι ο πηλός ή η άμμος, αξιολογείται ως πολύ σημαντική για την αποτελεσματική θεραπεία του θεραπευόμενου μέσω τέχνης»* (180). Στο ίδιο πνεύμα, η Landgarten (1999:29) υποστήριξε ότι *«the use of visual materials is directly related to the choice of visual art for the execution of the artistic work»*. Η αξιοποίηση εικαστικών υλικών βρίσκεται σε άμεση συνάφεια με την επιλογή της εικαστικής τέχνης για τη διεκπεραίωση του καλλιτεχνικού έργου. Τα υλικά, εκτός από δημιουργία του έργου αυτού καθαυτού, εξυπηρετούν πολλαπλούς σκοπούς, όπως η άμβλυνση ή τόνωση της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης του θεραπευόμενου, ο θετικός επηρεασμός της αυτό-έκφραση, η ενίσχυση του αισθήματος ελευθερίας, καθώς επίσης η άρση των αμυνών και ο περιορισμός, αν όχι η εξάλειψη, του φόβου. Σε αυτό το θεωρητικό πλαίσιο, οι ιδιότητες, η φύση και το

μέγεθος των εικαστικών υλικών εξετάζονται διεξοδικά πριν από την έναρξη της θεραπευτικής διαδικασίας (Landgrarten, 1999:29-30).

Η Landgrarten (1999:29-30) επεκτάθηκε περαιτέρω όσο αφορά στον ρόλο των υλικών στην θεραπεία μέσω της τέχνης, και εισήγαγε μια κλίμα δέκα (10) σημείων, όπου κατέταξε τα υλικά από τα λιγότερο στα περισσότερα ελεγχόμενα από αυτά. Συγκεκριμένα, όρισε ως λιγότερο ελεγχόμενο υλικό τον υγρό πηλό και ως περισσότερα τα μολύβια. Εν τω μεταξύ τους παρέμβαλε στην ίδια κλίμακα με τη σειρά τις νερομπογιές, τη μαλακή πλαστελίνη, τις λαδομπογιές, τους λεπτούς μαρκαδόρους, το κολλάζ, τη σκληρή πλαστελίνη, τους χοντρούς μαρκαδόρους και τις ξυλομπογιές. Ο θεραπευτής, διαμορφώνοντας ένα περιβάλλον προστασίας, ασφάλειας και σεβασμού του θεραπευόμενου, επιτρέπει την αξιοποίηση όλων των διαθέσιμων υλικών και των μέσων, όπως η φύση του έργου, ο βαθμός δόμησης, ο χρόνος, ο χώρος κ.ά. Με τα ανωτέρω μέσα, κάθε θεραπευόμενος δύναται να οργανώσει με τρόπο δημιουργικό τις εικαστικές δραστηριότητες που του ανατίθενται και οι οποίες καλύπτουν τις ανάγκες του ή τις ανάγκες της ομάδας του μια ορισμένη χρονική στιγμή. Επιπρόσθετα, η φύση του εικαστικού υλικού, επιτρέπει αφενός την κωδικοποίηση των χρωμάτων, τον καθορισμό των μεγεθών, των θέσεων και των σχημάτων, και αφετέρου την αλληλοκάλυψη των επιμέρους τμημάτων ή κομματιών του (Dalley, 2010:180-181).

HRubin (2009:258) υποστηρίζει ότι «*in many cases of therapy through art, the combined organization of structured and free artistic activities is deemed appropriate and imperative,*

as this allows the patient to come into contact with a much greater variety of roles and materials». Δηλαδή, σε πολλές περιπτώσεις θεραπειών μέσω της τέχνης, κρίνεται σκόπιμη και επιβεβλημένη η συνδυαστική οργάνωση δομημένων και ελεύθερων καλλιτεχνικών δραστηριοτήτων, καθώς έτσι παρέχεται η δυνατότητα στον θεραπευόμενο να έρθει σε επαφή με πολύ μεγαλύτερη ποικιλία ρόλων και υλικών. Όσο πιο σύνθετη είναι μια εικαστική θεραπευτική διαδικασία, τόσο περισσότερα εικαστικά υλικά απαιτούνται και τόσοι περισσότεροι είναι οι ρόλοι που ο κάθε εκπαιδευόμενος καλείται να διαδραματίσει, προκειμένου να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της θεραπείας. Μοναδική απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας είναι ότι οι επιλεγόμενες δραστηριότητες που συντίθενται, θα πρέπει να συμβατές μεταξύ τους και σε μεγάλο βαθμό συναφείς.

Η γνωριμία και ο χειρισμός των υλικών από τον θεραπευόμενο αποτελεί το πρώτο στάδιο ανάπτυξης δεξιοτήτων που καλλιεργούνται ή κατακτιούνται κατά τη θεραπευτική καλλιτεχνική διαδικασία. Το δεύτερο είναι η δημιουργία μορφών, ως φυσική συνέπεια της νοητικής και φυσιολογικής ωρίμανσης του παιδιού που ελέγχει πλήρως τις κινήσεις του, το τρίτο αφορά στην ονοματοδοσία στο δημιούργημα, το τέταρτο στην αναπαράσταση, το πέμπτο στον έλεγχο των παρορμήσεων, το έκτο στη σταθεροποίηση και τον πειραματισμό στην κοινωνική συμπεριφορά και την καλλιτεχνική δράση, το έβδομο στη ρεαλιστική απόδοση του πραγματικού, δηλαδή στην ακρίβεια των αναλογιών, του χώρου, των μεγεθών, της θέσης και των χρωμάτων, καθώς επίσης το όγδοο στην αισθητικοποίηση και προσωποποίηση. Στο τελευταίο αυτό στάδιο, το άτομο κατακτά την ικανότητα να αναζητά και να εντοπίζει τις προσωπικές καλλιτεχνικές του «ανησυχίες», με γνώμονα τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις, που εκπηγάζουν τόσο από το εξωτερικό κόσμο που τους περιβάλλει, όσο κυρίως από το εσωτερικό τους (Rubin, 2009:260-261).

Οι Regev και Snir (2013:251-260) κατέδειξαν ερευνητικά ότι τα εικαστικά υλικά 1) διευκολύνουν την επικοινωνία των παιδιών με ΔΑΦ, καθώς συνιστούν εναλλακτικό μέσο έκφρασης που καλύπτει σημαντικό μέρος του γλωσσικού τους ελλείμματος, 2) ενεργοποιούν τις αισθήσεις μέσω της πρόκλησης του ενδιαφέροντος των παιδιών, στο να τα περιεργαστούν, να τα διαχειριστούν και να τα επεξεργαστούν, μέσω των οποίων βιώνουν αισθητηριακές εμπειρίες και συναισθήματα, 3) ενθαρρύνουν τα παιδιά να εμπλακούν σε θετικές δραστηριότητες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της αίσθησης του εαυτού τους, 4) λειτουργούν αγχολυτικά για τα παιδιά και αλληλεπιδραστικά στη διαπροσωπική επαφή που αναπτύσσουν με τον θεραπευτή, ο οποίος με τη σειρά του οργανώνει τις συνεδρίες βάσει της αναγκαιότητας διαμοιρασμού των καθηκόντων και από κοινού δράσης, 5) βοηθούν τα παιδιά να υπερβούν τη πεζότητα της καθημερινότητάς τους και να κάνουν κάτι διαφορετικό, 6) καλλιεργούν στα παιδιά ένα αίσθημα ασφάλειας, σταθερότητας και ελέγχου, 7) δημιουργούν την εντύπωση της συνέχειας μεταξύ των θεραπευτικών εικαστικών παρεμβάσεων, 8) ικανοποιούν την ανάγκη των παιδιών να δημιουργήσουν κάτι καινούριο, να ξεφύγουν από την εμμονική τους έμφυτη τάση τους να επαναλαμβάνονται, η οποία ενισχύεται από τις ιδιαιτερότητες της αναπηρίας τους, και 9) επιτρέπουν και προάγουν την επικοινωνία, την ομαδοσυνεργατική εικαστική

εργασία και την αλληλεπίδραση μεταξύ όλων των εμπλεκομένων στη θεραπευτική διαδικασία.

Κεφάλαιο 3^ο: Θεραπευτική Τέχνη και Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος

3.1 Θεραπευτική εμπειρία μέσω τέχνης για παιδιά με ΔΑΦ

Η θεραπεία μέσω της τέχνης για τα παιδιά με ΔΑΦ συμβάλλει στη βελτίωση των ικανοτήτων τους να ελέγχουν το σώμα τους και να ενσωματώνουν τις βιωματικές εμπειρίες που αποκομίζουν μέσω των αισθήσεών του, στις εικαστικές τους δημιουργίες. Όσον αφορά στην πρώτη, ο θεραπευτής/καλλιτέχνης λαμβάνοντας υπόψη τις ελλειμματικές σωματικές δυνατότητες των παιδιών αυτών που τα δυσκολεύει να αντιλαμβάνονται και να αξιοποιούν τα εξωτερικά ερεθίσματα που τα περιβάλλουν, τα ενθαρρύνει κατά τη θεραπευτική διαδικασία να ενασχολούνται διεξοδικά με τα εικαστικά υλικά. Μέσω της ενδεδειγμένης παρατήρησης και των διαρκών πειραματισμών, τα παιδιά αναπτύσσουν θετικά ή αρνητικά συναισθήματα για συγκεκριμένα υλικά και αντιδρούν ανάλογα μέσω σωματικών κινήσεων (Martin 2009a:187-190; Powers, 2006:3-11).

Ο θεραπευτής/καλλιτέχνης καλείται να επικεντρωθεί στον σχεδιασμό και την εφαρμογή δραστηριοτήτων και ασκήσεων που αποσκοπούν στην ανάπτυξη των λεπτών κινήσεων των θεραπευόμενων με ΔΑΦ. Η εξάσκηση των παιδιών στις εν λόγω δραστηριότητες θα πρέπει να είναι επαναλαμβανόμενες και βασισμένες σε συγκεκριμένα προκαθορισμένα στάδια. Αυτά θα είναι επάλληλα και άμεσα εξαρτώμενα από τα προηγούμενα. Υπό αυτό το πρίσμα, ο θεραπευτής δεν δύναται να παραβλέψει ή να υπερκεράσει κάποιο, καθώς αντί να διευκολύνει τους θεραπευόμενους θα τους αποπροσανατολίζει περαιτέρω. Η εν λόγω σταδιακή θεραπευτική εικαστική μέθοδος επιβάλλεται να είναι προσαρμοσμένη στην ηλικιακή ωρίμανση των θεραπευόμενων, καθώς σε κάθε περίοδο της ζωής τους τα άτομα με ΔΑΦ δύνανται να βελτιώσουν τις εικαστικές δεξιότητες τους, και επίσης πρέπει να είναι σαφώς εστιασμένη στην ανάπτυξη της καλλιτεχνικής κινητικότητάς τους (Haeyen 2020:1-8; Hinz, 2019:172; Gilroy, 2006; Malchiodi, 2003:106-119).

Μέλημα του θεραπευτή είναι να κατανοήσει ποια είναι τα υλικά που επιδρούν θετικά στην ψυχοσύνθεση του εκάστοτε θεραπευόμενου, να διευκολύνει την επαφή μαζί τους, αλλά και να μετριάξει τον ενθουσιασμό του, προκειμένου να αποφεύγονται ανοργάνωτες εικαστικές δράσεις, όπως είναι οι χωρίς έλεγχο και όρια μουτζούρες. Η σωματική κινητοποίηση των παιδιών με ελεγχόμενο τρόπο κατά την θεραπευτική

εικαστική διαδικασία συνεπάγεται ουσιαστικά την πλήρη ενσωμάτωση του θεραπευόμενου και συμβάλλει στην ανάπτυξη συναισθημάτων ευχαρίστησης και ικανοποίησης. Ο θεραπευόμενος βρίσκεται σε ένα καλά ρυθμισμένο περιβάλλον όπου μπορεί να οργανώνει ο ίδιος τον κόσμο του, μέσω της αυτόβουλης αξιοποίησης των ποικίλων υλικών, των χρωμάτων, των αισθητηριακών εμπειριών του, που παρέχονται από τον θεραπευόμενο. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, το παιδί με ΔΑΦμειώνει την αμυντική του διάθεση, απελευθερώνεται και συμμετέχει «ψυχή τε και σώματι» (Martin, 2009a:187-190).

Όταν το θεραπευτικό εικαστικό περιβάλλον εγείρει στους θεραπευόμενους συναισθήματα ασφάλειας, εμπιστοσύνης, κατανόησης, ευχαρίστησης και οικειότητας, όπως έχει προαναφερθεί πλειστάκις, τους διευκολύνει να εξωτερικεύσουν τον εσωτερικό τους κόσμο. Κι αυτό γιατί περιορίζει σημαντικά το άγχος τους, τη συγκρουσιακή τους διάθεση και τον έμφυτό τους σκεπτικισμό αναφορικά με τις ικανότητές τους και τις προθέσεις του θεραπευτή τους. Παράλληλα, τους βοηθά να κοινωνικοποιηθούν και να συνάψουν ειλικρινείς σχέσεις με τους συνομηλίκους τους, με τα μέλη της οικογένειάς τους, καθώς και με τους ενήλικους που τους περιστοιχίζουν. Η δυνατότητά για αυτόεκφραση, η οποία τους παρέχεται μέσω της εικαστικής θεραπευτικής οδού, που έγκειται στην έκφραση των θετικών και αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων, συμβάλλει στη επίτευξη της αυτό-επίγνωσης, στην κατάκτηση της αυτορρύθμισης και στη βελτίωση της αυτοπεποίθησης (Haque&Haque, 2015:202-203; Schweizeretal., 2019:1-9; Martin, 2009b:81; Gabriels & Gaffey, 2012:196-206).

Παράλληλα με την αυτό-αντίληψη, τα παιδιά με ΔΑΦπου συμμετέχουν σε ένα εικαστικό θεραπευτικό περιβάλλον, έχουν τη δυνατότητα να καλλιεργήσουν τη μνήμη τους, τόσο τη βραχυπρόθεσμη όσο και τη μακροπρόθεσμη, μέσω δραστηριοτήτων που απαιτούν την ανάκληση γεγονότων, προσώπων ή αντικειμένων. Η ζωγραφική απεικόνιση των προσώπων και των καταστάσεων του παρελθόντος, επαναφέρει στη μνήμη πράγματα που παραμένουν αδρανή και δεσμευμένα στον χώρο του ασυνείδητου και αποκαλύπτουν κρυμμένες πτυχές, που τόσο οι οικείοι όσο και το ίδιο το άτομο με διαταραχή φαίνεται ότι αγνοούν. Τα εικαστικά δημιουργήματά τους μετασχηματίζονται σε μέσα αυτό-έκφρασης, αυτό-αποκάλυψης, προσαρμογής στο κοινωνικό γίνεσθαι και επικοινωνίας με τους γύρω τους (Haque&Haque, 2015:202-203; Emery, 2004:143-147).

Η θεραπεία μέσω των εικαστικών τεχνών μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά με ΔΑΦνα κατανοήσουν τη χωρική διάσταση της πραγματικότητας που τους περιβάλλει μέσω της ενεργοποίησης των οπτικών δεξιοτήτων τους (Malchiodi, 2003:106-119). Η συνειδητοποίηση αυτή μπορεί να λάβει χώρα σταδιακά, δηλαδή μέσω της συμβατικής ζωγραφικής αποτύπωσης των απτών πραγμάτων ή προσώπων σε πρώτο επίπεδο, μέσω της εναλλακτικής απεικονιστικής απόδοσης τους σε δεύτερο επίπεδο και μέσω της αξιοποίησης εικαστικών υλικών για τη τρισδιάστατη αναπαράστασή τους σε τρίτο επίπεδο. Όσον αφορά στις εναλλακτικές ζωγραφικές μεθόδους, ο θεραπευτής μπορεί να αναθέσει στους «προχωρημένους» θεραπευόμενους, όσους δηλαδή έχουν περάσει επιτυχώς το πρώτο στάδιο, να σχεδιάσουν διαφορετικές πλευρές ή την ανάποδη πλευρά ενός προσώπου ή αντικειμένου, με κλειστά μάτια ή με το «μη δυνατό» τους χέρι. Αναφορικά με το τρίτο στάδιο, της δημιουργίας δηλαδή τρισδιάστατων καλλιτεχνημάτων, ο θεραπευτής αναθέτει στους θεραπευόμενους να δημιουργήσουν αξιοποιώντας υλικά όπως πλαστελίνη ή πηλό. Πριν από την συνειδητοποίηση των τριών διαστάσεων, ο θεραπευόμενος μπορεί να έρθει σε επαφή με μορφές τέχνης που καλλιεργούν την επίγνωση των δύο διαστάσεων, όπως είναι η χαρακτηριστική (Martin, 2009a:187-190; Haeyen, 2020:1-9;Hinz, 2019:137-156).

Οι εικαστικές θεραπευτικές δραστηριότητες θα πρέπει να είναι οργανωμένες έτσι ώστε οι θεραπευόμενοι να τηρούν τους ζωγραφικούς κανόνες και να δημιουργούν σε ένα πλαίσιο εξωτερικής ρύθμισης και αυτό-ρύθμισης. Δεδομένου ότι οι συμμετέχοντες στο θεραπευτικό πρόγραμμα έχουν ελάχιστη ή μηδαμινή καλλιτεχνική εμπειρία και γνώση, καθώς επίσης και ελλειμματικές νοητικές, κοινωνικές, αισθητηριακές και σωματικές ικανότητες, ο θεραπευτής υποχρεούται να προσδιορίσει με τρόπο ρητό, κατηγορηματικό και σαφή τα χρονικά, τα δομικά και τα συμπεριφορικά πλαίσια της διαδικασίας. Εντός αυτών, τα παιδιά θα γνωρίσουν τη ζωγραφική ως πηγή ευχαρίστησης, αυτό-έκφρασης, φαντασίας, κατανόησης του κόσμου και αυτό-αντίληψης. Παράλληλα, μέσω των επαναλαμβανόμενων δραστηριοτήτων σχεδίασης, δηλαδή χωρίς τη χρήση χρωμάτων, τα παιδιά με ΔΑΦεκτός ότι βελτιώνουν την κινητικότητα των χεριών και των ματιών τους, κατακτούν δεξιότητες γραφής και καταφέρνουν λεπτές κινήσεις (Haeyen, 2020:1-9; Martin, 2009a:187-190;Hinz, 2019:137-156).

Η αξιοποίηση εύπλαστων υλικών στη θεραπευτική εικαστική διαδικασία, συμβάλλει στην περαιτέρω εξάσκηση των ώμων και των δακτύλων των θεραπευόμενων.

Παράλληλα με αυτό, οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα παρωθούνται να χρησιμοποιήσουν πλαστελίνη ή πηλό για να συμβολίσουν κάτι ή κάποιον, να παραποιήσουν κάτι ή κάποιον, να εμπλακούν φυσικά στο παιχνίδι απεικόνισης και να διαδραματίσουν εναλλακτικούς ρόλους (Dunn-Snow&Joy-Smellie, 2000:125-131). Η τοποθέτηση του θεραπευόμενου στη θέση ενός άλλου προσώπου, υποστηρίζεται, επιτυγχάνεται και διευκολύνεται μέσω ειδικών εικαστικών εργαλείων, που παρέχονται από τον θεραπευτή και μπορούν να τον βοηθήσουν να αποδώσει τις τρεις διαστάσεις. Με τη δημιουργία ενός γλυπτού έργου, ο θεραπευόμενος ουσιαστικά εξασκείται σωματικά, αναπτύσσεται κινητικά, αποκτά λεπτότητα στη διαχείριση των χεριών του και ευελιξία στη διαχείριση του σώματός του, κατανοεί και αντιλαμβάνεται τον χώρο, καλλιεργεί τις οπτικές δεξιότητές του και φαντάζεται. Στις περιπτώσεις των θεραπευόμενων που αδυνατούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της ζωγραφικής, της χαρακτικής, της γλυπτικής τέχνης ή του σχεδίου, ο θεραπευτής μπορεί να θέσει σε εφαρμογή δραστηριότητες που βασίζονται στη δημιουργία κολάζ, με την αξιοποίηση εικόνων από πολλαπλές έντυπες πηγές (Hinz, 2019:137-156; Gilroy, 2006:93).

Σύμφωνα με τη Martin (2009b:82) «*an effective visual therapy experience depends on some specific conditions*». Δηλαδή, μια αποδοτική εικαστική θεραπευτική εμπειρία εξαρτάται από ορισμένες συγκεκριμένες προϋποθέσεις, όπως είναι 1) η διαμόρφωση ενός ποιοτικού θεραπευτικού/εκπαιδευτικού περιβάλλοντος, 2) η σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου, 3) η κοινωνικοποίηση και η ανάπτυξη διαύλων επι-κοινωνίας μεταξύ των συμμετεχόντων στη διαδικασία, 4) η συνεργασία θεραπευτή και γονέων των παιδιών με ΔΑΦ, 5) ο σχεδιασμός, η οργάνωση και η υλοποίηση τόσο καθοδηγούμενων όσο και μη καθοδηγούμενων θεραπευτικών εικαστικών πρακτικών, 6) η έγκαιρη και ψύχραιμη διαχείριση των «προβληματικών» συμπεριφορών, 7) ο προσαρμοστικός χαρακτήρας των εφαρμόσιμων θεραπευτικών εικαστικών στρατηγικών, 8) η καλλιέργεια ενός αισθήματος ασφάλειας στους θεραπευόμενους, σε συνδυασμό με την τήρηση αυστηρών κανόνων ασφαλείας στον χώρο θεραπείας, 9) η προαγωγή της ενσυναίσθησης, της κατανόησης και της εμπιστοσύνης μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου-γονέων, 10) η χαρά της εικαστικής δημιουργίας (Martin, 2009b:82-83).

Συγκεκριμένα, θεμελιώδες στοιχείο της θεραπευτικής εικαστικής διαδικασίας είναι η δημιουργία ενός περιβάλλοντος με δυνητικά πολλαπλά ευχάριστα ή ουδέτερα ερεθίσματα, που δεν θα προκαλούν φόβο, ανασφάλεια ή άγχος. Δεδομένου ότι οι θεραπευόμενοι αποτελούν μοναδικές περιπτώσεις, ο θεραπευτής θα πρέπει να δύναται να προσθέτει ή να αφαιρεί ερεθίσματα που ενδεχομένως θα λειτουργούν ωφελιμιστικά ή ανασταλτικά στη διαδικασία (Gabriel and Gaffey 2015:221; Thoemke, 2012:75). Το ίδιο «ευέλικτοι» θα πρέπει να είναι και οι θεραπευτές, όσον αφορά στην ανάπτυξη διαπροσωπικής, απτικής και βλεμματικής σχέσης με τους θεραπευόμενους. Υπό αυτό το πρίσμα, οι θεραπευτές θα πρέπει να αντιλαμβάνονται ποια παιδιά με ΔΑΦ αποδέχονται την κοντινή επαφή και ποια όχι, ποια είναι ανεκτικά, ανοικτά, υπομονετικά και με πλήρη επίγνωση του εαυτού τους στο κοινωνικό σύνολο. Οι σχέσεις μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου δεν βασίζονται στην εικαστική δημιουργία, αλλά διευκολύνονται και προάγονται μέσω αυτής. Αυτό σημαίνει ότι ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να περιμένει να επικοινωνήσει με τον θεραπευόμενο μέσω της τέχνης, δηλαδή των εξωτερικευμένων ασυνείδητων σκέψεων, επιθυμιών και συναισθημάτων, αλλά θα καταστήσει μέσω αυτής την επικοινωνία ελκυστικότερη. Αυτό επιτυγχάνεται με την ανταμοιβή, με τη γλώσσα του σώματος, με τη βαθιά κατανόηση, με την εκμείευση όσων οι θεραπευόμενοι αδυνατούν να εκφράσουν λεκτικά, με την παροχή βοήθειας στον κατάλληλο χρόνο (Haque & Haque, 2015:202-203; Martin, 2009b:91).

Οι θεραπευτές/καλλιτέχνες πρέπει να προσεγγίζουν τους γονείς και τον οικείο περίγυρο των παιδιών με ΔΑΦ, όχι μόνο προς όφελος των τελευταίων, αλλά και για την ψυχοσυναισθηματική τόνωση των πρώτων. Η συμμετοχή των γονέων και των παιδιών σε κοινές πολιτιστικές και καλλιτεχνικές δράσεις, αφενός βοηθάει τους πρώτους να συνειδητοποιήσουν ότι δεν είναι μόνοι τους ή μοναδικοί και αφετέρου λειτουργεί θετικά για τα δεύτερα, τα οποία αναπτύσσουν δεξιότητες, οι οποίες καλύπτουν σημαντικό μέρος από τα κοινωνικά, τα νοητικά, τα σωματικά και τα αισθητηριακά τους ελλείμματα. Η εμπλοκή των γονέων στη θεραπευτική εικαστική παρέμβαση μπορεί να συντελέσει στην αλλαγή της κουλτούρας τους όσον αφορά στο ζήτημα της «αναπηρίας», στη σε βάθος γνωριμία τους με το παιδί τους, στην επιθυμία τους να δημιουργήσουν ένα οικογενειακό περιβάλλον προσαρμοσμένο στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της διαταραχής του, το οποίο θα λειτουργεί ως συνέχεια εκείνου της θεραπείας (Schweizer et al., 2014:577-593).

Στο πλαίσιο της προσπάθειας πειθούς των γονέων των παιδιών με ΔΑΦ, ώστε να αλλάξουν τις πεποιθήσεις και τις οπτικές τους αναφορικά με την εν λόγω αναπηρία, ο θεραπευτής καλείται να εστιάσει στην αξία της εικαστικής δημιουργικότητας. Να δώσει δηλαδή έμφαση στο γεγονός ότι η καλλιτεχνική δημιουργικότητα δεν αφορά σε ένα ταλέντο ή σε μια ικανότητα που διαθέτει ή όχι ένα παιδί, αλλά σε μια δεξιότητα που μπορεί να διδαχθεί και να κατακτηθεί. Άλλωστε αυτή, προκύπτει ως αποτέλεσμα του διαρκούς πειραματισμού των παιδιών με τα υλικά, τα χρώματα και τις τεχνικές, με την ενεργοποίηση της φαντασίας τους, με τη συνειδητοποίηση ότι μπορούν έτσι να επικοινωνήσουν μη λεκτικά με τους γύρω τους και να προκαλέσουν μέσω των έργων τους θετικά αισθήματα για τον ίδιο τους τον εαυτό (Schweizeretal., 2014:577-593; Goucher, 2012:305-313; Etherington, 2012:22-49; Luetal., 2010:56-64; Bragge&Fenner, 2009:17-28).

Σε μια εικαστική θεραπευτική διαδικασία είναι εξίσου σημαντικό ο θεραπευτής να σχεδιάζει και να θέτει σε εφαρμογή αυστηρά καθοδηγούμενες παρεμβατικές μεθόδους, καθώς επίσης και μη καθοδηγούμενες στρατηγικές. Κι αυτό γιατί η περιπτωσιολογική ποικιλία των ιδιομορφιών των παιδιών με ΔΑΦ είναι τόσο ευρεία που προκύπτουν κάθε φορά διαφορετικές θεραπευτικές αναγκαιότητες. Υπό αυτό το πρίσμα, όταν ο θεραπευτής/καλλιτέχνης «δουλεύει» με θεραπευόμενους με Άσπεργκερ αντενδείκνυται να υιοθετεί αυστηρά καθοδηγούμενες προσεγγίσεις, σε αντίθεση με τις περιπτώσεις των παιδιών με ΔΑΦ, που ωφελούνται πολύ περισσότερο από αυστηρά καθοδηγούμενες παρεμβάσεις. Τα παιδιά με Άσπεργκερ είναι υψηλής λειτουργικότητας, συνεπώς οι αυστηρές οδηγίες, κατευθύνσεις και προτάσεις λειτουργούν ανασταλτικά στην απελευθέρωσή τους. Αντίθετα, τα παιδιά με ΔΑΦ αποδεσμεύονται από το άγχος και την ανασφάλειά τους, και καθίστανται παραγωγικότερα νοητικά, συναισθηματικά, κοινωνικά και σωματικά, όταν λειτουργούν σε ένα αυστηρά ελεγχόμενο, οριοθετημένο, ρυθμισμένο και οργανωμένο εκπαιδευτικό/θεραπευτικό περιβάλλον (Martin, 2009b:80-83; GabrielandGaffey 193-206).

Η διαμόρφωση του αποτελεσματικότερου δυνατού θεραπευτικού περιβάλλοντος, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, που λίγο πολύ έχουν ήδη αναφερθεί. Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι το ζήτημα της ασφάλειας είναι καταλυτικής σημασίας, καθώς δεν σχετίζεται μόνο με την αίσθηση που αποπνέει στα παιδιά με ΔΑΦ, αλλά με τη φυσική προστασία όλων των εμπλεκόμενων στη διαδικασία. Δεδομένου ότι τα παιδιά

με ΔΑΦπολύ συχνά εκδηλώνουν επιθετικές συμπεριφορές, τόσο απέναντι στον εαυτό τους όσο και απέναντι στους άλλους, ο θεραπευτής καλείται να εντοπίσει τους λόγους, να τους διαχειριστεί και να τους εξαλείψει. Η επιθετική ή απροσάρμοστη συμπεριφορά των παιδιών αυτών προκαλείται συνήθως από την αδυναμία τους επικοινωνήσουν ή από ρυθμίσουν αισθητηριακά τη σκέψης και τα συναισθήματά τους (Rubin, 2005:384-386). Εφόσον ο θεραπευτής αντιληφθεί και αξιολογήσει το πρόβλημα, θα μπορεί να το αντιμετωπίσει αφαιρώντας ή προσθέτοντας το ερέθισμα που ευθύνεται για τον αποπροσανατολισμό του θεραπευόμενου, θα προσπαθήσει να τον ηρεμήσει αποτρέποντάς τον να τα «παρατήρει», θα εισάγει τις κατάλληλες πάντα μεθόδους επιβράβευσης που λειτουργούν πολύ θετικά στην ενδυνάμωση των «προσδοκώμενων» συμπεριφορών του και θα αναπτύξει έντονη βλεμματική επαφή μαζί του (Emery, 2004:143-147).

Η επιθετική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΑΦπολλές φορές εκδηλώνεται με βίαιες πράξεις, με τις οποίες στρέφονται ενάντια στον ίδιο τους τον εαυτό. Σπανιότερα επιτίθενται στους άλλους θεραπευόμενους, ενώ είναι πιο σύνηθες να προσπαθούν να βλάψουν τον θεραπευτή. Προς αντιμετώπιση των ιδιαίτερα δυσάρεστων και προβληματικών αυτών κρουσμάτων επιθετικότητας, ο θεραπευτής καλείται πρωτίστως να αυτοσυγκρατείται και να διατηρεί την ψυχραιμία του, και στη συνέχεια να καθιστά σαφές στον επιτιθέμενο θεραπευόμενο ότι υποχωρεί και εγκαταλείπει πρώτος τη συγκρουσιακή αυτή κατάσταση. Είναι πολύ σημαντικό ο θεραπευτής να μπορεί να παρέχει τις πρώτες βοήθειες και να αξιολογεί εκ των προτέρων, βάσει των περιπτώσεων των παιδιών με τα οποία «δουλεύει, ποια διαθέσιμα υλικά μπορούν να προκαλέσουν σωματική βλάβη σε κάποιον συμμετέχοντα. Ως προς αυτό, ερευνητικά έχει καταδειχθεί ότι τα παιδιά με ΔΑΦ, όταν βρίσκονται σε μια εκτός ελέγχου επιθετικότητα, είναι δυνατό να βάλουν στο στόμα τους διάφορα αντικείμενα και να φράξουν έτσι τις αναπνευστικές οδούς. Εκεί καλείται ο θεραπευτής αφενός να προνοήσει ώστε να τα αφαιρέσει από τη θεραπευτική διαδικασία, και αφετέρου να παράσχει τις πρώτες βοήθειες προκειμένου να αποσοβήσει τους κινδύνους για την υγεία του θεραπευόμενου (Thomson 13-16).

Η ορθή και αποτελεσματική διαχείριση των συμπεριφορών των θεραπευόμενων, οι οποίες εμφανίζουν σημαντικές διακυμάνσεις και εναλλαγές, προϋποθέτει ακόμα μια σημαντική πτυχή της θεραπευτικής διαδικασίας: την ευχέρεια του θεραπευτή να προσαρμόζεται στις νέες ανάγκες, στις νέες απαιτήσεις και στις νέες συνθήκες. Οι

προσαρμογές αυτές είναι δυνατό να αφορούν στα υλικά που διατίθενται κατά τη διαδικασία, στη στάση του ίδιου του θεραπευτή απέναντι στους θεραπευόμενους, στην αναδιαμόρφωση και αναπροσαρμογή του περιβάλλοντος ως χώρου, καθώς επίσης και στις εικαστικές μορφές και στα τεχνολογικά μέσα ή εργαλεία. Εξάλλου, αυτοσκοπός του θεραπευτή και βασική σκοποθεσία της θεραπευτικής δράσης δεν είναι η βαθιά γνώση της ζωγραφικής, της γλυπτικής ή οποιασδήποτε άλλης εικαστικής τέχνης, αλλά η προσαρμογή τους στις ανάγκες και τις συμπεριφορές των θεραπευόμενων, προκειμένου αυτά να παρακινηθούν να δραστηριοποιηθούν, να δημιουργήσουν, να εκφραστούν, να απελευθερωθούν και να φτάσουν σε υψηλά επίπεδα αυτό-επίγνωσης και αυτοπεποίθησης (Shapiroetal., 2006:25-32 και 426). Σε ένα καλά οργανωμένο και ποιοτικό θεραπευτικό περιβάλλον, το παιδί με ΔΑΦδεν αναμένεται να μάθει να ζωγραφίζει ή να κατασκευάζει τρισδιάστατα καλλιτεχνήματα, αλλά προσδοκάται να ελέγχει τη συμπεριφορά του, να ρυθμίζει τις κινήσεις του, να αυτό-εκφράζεται και να καλύπτει τις ελλειμματικές ικανότητές του (Schweizer etal., 2014:577-593;Epp, 2008:27-36;Malchiodi, 2003:106-119).

3.2 Φαντασία, αφηρημένη εικαστική δημιουργία και δημιουργικότητα

Τα παιδιά με ΔΑΦδιακρίνονται για την ελλειμματική κοινωνική τους συμπεριφορά, τις ελλειμματικές επικοινωνιακές τους δεξιότητες και την αδυναμία ενεργοποίησης της φαντασίας τους. Δεδομένου ότι η τελευταία συνεπάγεται την έμφυτη δημιουργικότητα, καθίσταται σαφές ότι μια θεραπευτική διαδικασία εστιασμένη στην καλλιέργεια, την ενδυνάμωση και την έκφρασή της, συμβάλλει θετικά στην ανάπτυξη και την εξωτερίκευση της φαντασίας. Η ενασχόληση των παιδιών με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει καταλυτικά στην εξοικείωσή τους με τη δημιουργική διαδικασία, η οποία ουσιαστικά οδηγεί τους θεραπευόμενους να γνωρίσουν τις ιδέες και τα συναισθήματά τους, να ανακαλύψουν νέους τρόπους έκφρασης, να πειραματιστούν με εναλλακτικά υλικά, χρώματα και πρακτικές, να αποκτήσουν την ψυχραιμία να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τα προβλήματα που προκύπτουν, να αντιλαμβάνονται και να εκτιμούν την αξία του τελικού δημιουργήματος, να ερμηνεύουν και να αποδίδουν αφηγηματικά το έργο τους, προκειμένου να το «κοινωνήσουν» στον θεραπευτή και τους άλλους.

Είναι πολύ σημαντικό ο θεραπευτής/καλλιτέχνης να εξάψει τη φαντασία των παιδιών με ΔΑΦ, μέσα από την ενθάρρυνσή τους στο να δημιουργήσουν εικαστικά μη πραγματικά όντα, να εμπνευστούν φανταστικές ιστορίες και να μεταμορφώσουν, είτε λίγο είτε πολύ, τα πράγματα και τα πρόσωπα που τους περιβάλλουν, προβαίνοντας σε αυθόρμητες συμπληρωματικές παρεμβάσεις. Η συνειδητοποίηση της λειτουργίας και της αξίας της φαντασίας έγκειται στην καλλιέργεια της δυνατότητας αφηρημένης αναπαράστασης των ενδιαφερόντων τους και των ενδόμυχων σκέψεων τους. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της υλοποίησης θεραπευτικών προγραμμάτων συμβολικού και δημιουργικού παιχνιδιού, με την αξιοποίηση πολλαπλών και ποικίλων υλικών. Στη διαδικασία απεικόνισης των αφηρημένων σκέψεων, τα παιδιά με ΔΑΦ, παρωθούνται από τον θεραπευτή/καλλιτέχνη να συνθέσουν την ύλη και το χρώμα, να χαράξουν γραμμές, να τοποθετήσουν στον χώρο σχήματα και να προσδώσουν αφηγηματική οντότητα στα έργα τους.

Η παρουσία του θεραπευτή/καλλιτέχνη θα πρέπει να είναι ταυτόχρονα συνεργατική και παρεμβατική, με βασική σκοποθεσία να καθοδηγήσει τον θεραπευόμενο στο να αναπτύξει δράση για την καλλιέργεια της φαντασίας του και για την κατανόηση της αξίας του ατομικού έργου. Για τον λόγο αυτό, ο θεραπευτής δεν μένει εκτός της εικαστικής δραστηριότητας, αλλά συμμετέχει από την ίδια θέση, δηλαδή του ζωγράφου, με διττή αποστολή: αφενός να καθοδηγήσει καλλιτεχνικά τον θεραπευόμενο να αναπτύξει τη φαντασία και τη γλώσσα του συμβολισμού για να αποτυπώσει απεικονιστικά πρόσωπα, αντικείμενα ή νοήματα, και αφετέρου να τον αποτρέψει από το να παρεμβαίνει στα έργα των άλλων και να τα «διορθώνει». Ως προς το τελευταίο, είναι πολύ σημαντικό το παιδί με ΔΑΦ να κατανοήσει την αξία του σεβασμού του έργου των άλλων και να συνειδητοποιήσει ότι μπορεί να προσθέτει στοιχεία αποκλειστικά και μόνο στα δικά του δημιουργήματα (Martin, 2009b:98).

Κατά τη θεραπευτική παρέμβαση μέσω τέχνης, κρίνεται σκόπιμο ο θεραπευτής να καταστήσει σαφή και να επιβάλλει την αντίληψη ότι η δημιουργικότητα δεν είναι κάτι που κάποιος διαθέτει ή όχι, αλλά ότι είναι κάτι που μπορεί να κατακτηθεί, να βελτιωθεί και να ενισχυθεί μέσω πολλαπλών και ποικίλων διαδικασιών μάθησης. Καταλυτικό ρόλο σε αυτό διαδραματίζει τόσο ο θεραπευτής όσο και το οικείο περιβάλλον των θεραπευόμενων, οι οποίοι δύνανται να διαψεύσουν τις λιγοστές ερευνητικές προσεγγίσεις που κάνουν λόγο περί μη δημιουργικότητας και φαντασίας

στα παιδιά με ΔΑΦ. Εξάλλου, η πλειοψηφία των σύγχρονων ερευνών καταδεικνύει ότι τα παιδιά με ΔΑΦ εμφανίζουν είτε μια πιο περιορισμένης έντασης έμφυτη τάση καλλιτεχνικής δημιουργικότητας είτε μια που παραμένει αδρανής, και αναγνωρίζει ότι αυτή μπορεί να αναπτυχθεί ή να αποκαλυφθεί μέσω της άμεσης ενθάρρυνσης του θεραπευτή/καλλιτέχνη και της έμμεσης του οικογενειακού περιβάλλοντός τους (Belmonteetal., 2004:9228-9231;Lowetal., 2009:425-444;Madden-Zibman, 2014:243-256).

Η ελλειμματική δημιουργικότητα ή φαντασία των παιδιών με ΔΑΦθα πρέπει να συσχετιστεί με την αδυναμία τους να επεξεργαστούν τα δεδομένα μέσω των αισθήσεών τους, καθώς και να κοινωνήσουν με τρόπο αφηγηματικό αυτά που σκέφτονται, επιθυμούν ή νιώθουν. Δεδομένου ότι μέσω της εικαστικής θεραπευτικής διαδικασίας ενισχύονται σε μεγάλο βαθμό οι αισθητηριακές, οι κοινωνικές και οι επικοινωνιακές δεξιότητες των παιδιών αυτών, ενθαρρύνεται και ενεργοποιείται η δημιουργικότητα και η φαντασία τους, και κατ' επέκταση ανταποκρίνονται με ιδιαίτερη επιτυχία και αποτελεσματικότητα τόσο στις χειροτεχνικές, τις σωματικές και οπτικές δραστηριότητες που τους ανατίθενται, όσο και σε εκείνες που απαιτούν τη δημιουργία νέων αναπαραστάσεων και τη συμπλήρωση ή αλλαγή ή εναλλακτική διαχείρισή των υπαρχόντων (Lowetal., 2009:425-444;Madden-Zibman, 2014:243-256).

Πειραματικά έχει καταδειχθεί ότι τα παιδιά με ΔΑΦδυσκολεύονται να εκτελέσουν δραστηριότητες, όπου τους ζητείται να δημιουργήσουν κάτι διαφορετικό, να προσθέσουν ή να αφαιρέσουν στοιχεία σε ένα υφιστάμενο σχέδιο. Υπό αυτό το πρίσμα, η ελλειμματική εκτελεστική τους δεξιότητα είναι αυτή που λειτουργεί ανασταλτικά στην ανάπτυξη της εικαστικής φαντασίας και δημιουργικότητάς τους. Κατά ανάλογο τρόπο, τα παιδιά με ΔΑΦδυσκολεύονται να αποδώσουν απεικονιστικά πράγματα ή πρόσωπα που δεν υπάρχουν ή που δεν γνωρίζουν, να εμπνευστούν ένα φανταστικό γεγονός, να αξιοποιήσουν με τρόπο εναλλακτικό τα εικαστικά και μη υλικά, τα οποία έχουν συνηθίσει να χρησιμοποιούν διαφορετικά. Περιορισμένη είναι η ανταπόκριση των παιδιών αυτών και στις δραστηριότητες που απαιτούν την ενεργοποίηση της φαντασίας για την ερμηνεία απεικονίσεων που δεν παραπέμπουν ευθέως σε κάτι οικείο ή απτό, καθώς περιορίζονται στο να περιγράφουν πράγματα ή πρόσωπα που γνωρίζουν καλά και δεν χρειάζεται να επινοήσουν εκείνη τη στιγμή (Russelletal., 1996:673-686;Ozonoff, 1991:1081-1105; Gathercole & Badelley,

1990:336-360). Το κοινό χαρακτηριστικό των ανωτέρω ερευνητικών πορισμάτων έγκειται στο ότι οι δραστηριότητες πραγματοποιήθηκαν στο συμβατικό περιβάλλον μιας σχολικής αίθουσας, χωρίς δηλαδή τα κατάλληλα ερεθίσματα ή την εμπλοκή ενός ειδικού θεραπευτή/καλλιτέχνη.

Όταν οι ερευνητικές μελέτες διενεργούνται σε αλληλεπιδραστικά και διαδραστικά εικαστικά θεραπευτικά και εκπαιδευτικά περιβάλλοντα τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται και επιβεβαιώνεται η σύγχρονη αντίληψη ότι η φαντασία στα άτομα με ΔΑΦ μπορεί να αναπτυχθεί, να ενισχυθεί και να αναδειχθεί. Η οργανωμένη θεραπευτική και εκπαιδευτική εικαστική παρέμβαση λειτουργεί καταλυτικά στον τρόπο που τα παιδιά με ΔΑΦ εκφράζουν τα συναισθήματα και τις ιδέες τους, όταν καλούνται να ερμηνεύσουν τα σχέδια, τα σχήματα και τις ζωγραφίες, είτε τις δικές τους είτε άλλων. Όταν ο θεραπευτής ρυθμίζει τις θεραπευτικές παρεμβάσεις μέσω τέχνης, λαμβάνοντας υπόψη του τις ανάγκες και τις δυνατότητες των παιδιών με τα οποία «δουλεύει», τα συμπτώματα της διαταραχής τους μετριάζονται και ανταποκρίνονται με επιτυχία στις δραστηριότητες (Koo 57-60).

Αν θα μπορούσε να εξαχθεί ένα γενικό συμπέρασμα αναφορικά με τη φαντασία και τη δημιουργικότητα των παιδιών με ΔΑΦ, θα ήταν ότι η ευρύτητα της περιπτωσιολογίας δεν επιτρέπει εύκολες και καθολικές διαπιστώσεις. Δεδομένου ότι είναι κοινώς παραδεκτό ότι τα παιδιά με ΔΑΦ δυσκολεύονται να ενεργοποιήσουν από μόνα τους την αυθόρμητη φαντασία και δημιουργικότητα, παρατηρούνται σημαντικές διακυμάνσεις ως προς τον βαθμό της δυσκολίας αυτής. Αυτές εξαρτώνται από την ποιότητα της θεραπευτικής ή εκπαιδευτικής υποστήριξης, ενθάρρυνσης και καθοδήγησης που τυγχάνουν από τον θεραπευτή/καλλιτέχνη, από τον βαθμό εξοικείωσής τους με εικαστικές δραστηριότητες και από τα επίπεδα αυτογνωσίας, αυτοαντίληψης και αυτοπεποίθησης. Παράλληλα, η ποικιλία στη θεματολογία των εικαστικών έργων και η έκταση της φαντασίας καθορίζονται από τα ατομικά καλλιτεχνικά ταλέντα που διαθέτουν εκ φύσεως τα παιδιά με ΔΑΦ, όπως ακριβώς συμβαίνει και σε εκείνα που συγκαταλέγονται στα «τυπικής» ανάπτυξης. Για τον λόγο αυτό, είναι σύνηθες τα παιδιά με ΔΑΦ με υψηλή δημιουργικότητα να ανταποκρίνονται καλύτερα στις εικαστικές δραστηριότητες από συνομηλίκους τους της «τυπικής» ανάπτυξης, που δεν χαρακτηρίζονται από το ίδιο ταλέντο (Graiget al. 242-253; Alexandrovitch & Zoglowek 2014:25-28; Lee & Hobson, 2006:547-565).

3.3 Θεραπεία μέσω τέχνης: τεχνικές και χρήση εικόνων

Οι θεραπείες μέσω τη δημιουργικών τεχνών πολύ συχνά αξιοποιούνται ως ιατρικές, κυρίως για την αντιμετώπιση του άγχους. Οι κλασικές πρακτικές διαχείρισης του στρες σχετίζονται με μακροπρόθεσμες ή βραχυπρόθεσμες πρακτικές ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης, μέχρι όπου ο θεραπευόμενος νιώσει τα πρώτα στέρεα σημάδια ανακούφισης από τα συμπτώματα. Αυτά βέβαια, είναι πολύ πιθανό να συνιστούν ένα μόνο σύντομο, περιοδικό ή εφήμερο αποτέλεσμα. Η θεραπεία μέσω της τέχνης ως ψυχολογική παρέμβαση, υιοθετείται και εφαρμόζεται τόσο σε εκπαιδευτικά όσο και σε ιατρικά περιβάλλοντα, των οποίων η φιλοσοφία ευθυγραμμίζεται με τις βασικές θεωρίες της εμπειρικής ανθρώπινης συμπεριφοράς. Οι θεραπευτές μέσω τέχνης έχουν κατορθώσει να εδραιώσουν το έργο του σε ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών πλαισίων αναφοράς, συμπεριλαμβανομένων των ψυχοδυναμικών, των ανθρωπιστικών, των αναπτυξιακών και των γνωστικών (Rubin, 2005:356-367; Malchiodi 2009:224).

Ο συνδυασμός των σύγχρονων γνωστικών και συμπεριφορικών θεραπευτικών πρακτικών και των δημιουργικών θεραπευτικών οδών είναι ευεργετική, καθώς αμφότερες δανείζονται τις μεταμοντέρνες εκφράσεις των πρώιμων ψυχαναλυτικών θεραπειών και αποδεικνύονται εξαιρετικά χρήσιμες, όπως προαναφέρθηκε σε ιατρικά και εκπαιδευτικά θεραπευτικά περιβάλλοντα. Το σημαντικό χαρακτηριστικό της συμπερίληψης των προσεγγίσεων θεραπειών μέσω τέχνης, βασίζεται στη παροχή βοήθειας στους θεραπευόμενους, ώστε να θέσουν το περιθώριο ή να αποβάλλουν πλήρως τα υφιστάμενα πρότυπα σκέψης, προκειμένου να εντοπίσουν και να οικειοποιηθούν έναν νέο τρόπο σκέψης αναφορικά με την ανάδειξη ζητημάτων κατά τη διαδικασία της θεραπείας (Malchiodi 2009:219-244).

Σύμφωνα με τον Carl Jung, τα κύρια αρχέτυπα δεν είναι «τύποι» με τους οποίους κάθε άτομο μπορεί να κατηγοριοποιηθεί στο πλαίσιο της κλασικής ψυχανάλυσης. Αντίθετα, καταδεικνύουν τα βασικά αρχετυπικά χαρακτηριστικά που έχει το κάθε άτομο μέσα του, τα οποία αποκαλύπτονται στη συμπεριφορά τους και ουσιαστικά συνθέτουν τους πολλαπλούς τρόπους ύπαρξης της προσωπικότητάς τους. Παράλληλα, είναι πολιτιστικές εικόνες και σύμβολα που ενυπάρχουν στο συλλογικό ασυνείδητο και ασκούν σημαντική επιρροή στο προσωπικό ασυνείδητο. Τα εν λόγω

αρχέτυπα προκύπτουν ως έμφυτη τάση απεικονιστικής αναπαράστασης ή δημιουργίας εικόνων, οι οποίες έχουν έντονη συναισθηματική διάσταση και εκφράζουν την ανθρώπινη σκέψη και ζωή. Πρόκειται για αποτυπώματα που μένουν αφανή, «θαμμένα» στο προσωπικό ασυνείδητο κάθε ατόμου (Goodwyn, 2010:502-521).

Τα βασικότερα από τα αρχέτυπα είναι ο Εαυτός (theSelf), η Περσόνα (Persona), η Σκιά (Shadow) και η Ψυχή (Anima/Animus). Στο πρώτο, περιλαμβάνεται όλη η ψυχή και το σύνολο των ικανοτήτων του ατόμου, που το βοηθούν να προσαρμόζεται σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο, ενώ βασικός σκοπός του είναι η κατάκτηση της ολότητας σε μια διαδικασία εξατομίκευσης, για την επίτευξη του μεγαλύτερου δυνατού βαθμού ανάπτυξης. Το δεύτερο, είναι μέρος της προσωπικότητας που εξυπηρετεί στην κοινωνική προσαρμογή και ουσιαστικά είναι αυτό που το κάθε άτομο επιλέγει να αποκαλύψει στον κόσμο που το περιβάλλει. Είναι δηλαδή ένα είδος «προσωπείου», από το οποίο εξαρτάται η κοινωνική επιτυχία του ατόμου και το οποίο ουσιαστικά κρύβει τις βασικές πτυχές του εαυτού του. Το τρίτο αρχέτυπο, η σκιά, κρύβει από το άτομο όλα τα στοιχεία του εαυτού του, που το ίδιο δεν επιθυμεί να μάθει ή που δεν του αρέσουν. Εντοπίζεται στο προσωπικό ασυνείδητο και τρέφεται από το συλλογικό, ενώ ενυπάρχει στο άτομο με τρόπο αντισταθμιστικό. Το τέταρτο αφορά στις δύο όψεις της ψυχής. Αυτή σημαίνει ότι σε κάθε άτομο, εντοπίζεται το αντίθετο σεξουαλικό αρχέτυπο, στο οποίο καταλυτικής σημασίας είναι η σχέση του με τους γονείς του (Goodwyn, 2010:502-521).

3.3.1 Θεραπευτικές κάρτες κολλάζ (soul collage), μεταφορά και αφηγηματική θεραπεία

Η μεταφορά και οι αφηγηματικές μέθοδοι είναι βασικά στοιχεία που φέρουν τα έργα τέχνης στη θεραπεία. Εκκινώντας από εικόνες που ανταποκρίνονται σε προκλήσεις της ζωής, μπορούν να διαμορφώσουν τις συνθήκες για τη δημιουργία ενός οπτικού διαλόγου που διευκολύνει μια διαδικασία αποκάλυψης των εσωτερικών συμπεριφορικών αυτό-μηνυμάτων. Είναι απαραίτητο ο θεραπευόμενος να είναι ήρεμος, χαλαρός και συγκεντρωμένος, καθώς τότε η εικόνα εξυπηρετεί τους θεραπευτικούς σκοπούς, καθώς επιβραδύνει τα άτομα να δουν τον τρόπο με τον οποίο οι αντιλήψεις τους οδηγούν σκέψεις και ενέργειες. Μόλις αυτή η συνειδητοποίηση

κατακτηθεί ως δεξιότητα, τότε άλλες εικόνες μπορούν να δημιουργήσουν νέους τρόπους αντιμετώπισης προβληματικών καταστάσεων και σεναρίων (White&Epston, 2008:13-17).

Η ανωτέρω διαδικασία αποτελεί μια ευκαιρία για διάλογο του θεραπευόμενου με την εικόνα. Βγαίνοντας έξω από τη συμβατική γραμματική, ο διάλογος με μια εικόνα-έργο τέχνης, εμβαθύνει τη δημιουργική διαδικασία. OMcNiff(1998:50) υποστηρίζει ότι «*the dialogue that the person develops with the images, differentiates the states of consciousness and connects the inner experience with an external object, which works helpfully in cases of perceptual fragmentation, withdrawal and extreme self-protection*». Δηλαδή, ο διάλογος που αναπτύσσει το άτομο με τις εικόνες, διαφοροποιεί τις συνειδησιακές καταστάσεις και συνδέει την εσωτερική εμπειρία με ένα εξωτερικό αντικείμενο, γεγονός που λειτουργεί βοηθητικά στις περιπτώσεις αντιληπτικού κατακερματισμού, απόσυρσης και ακραίας αυτοπροστασίας. Η εν λόγω αντιληπτικότητα συνδέει το εγώ, που «βλέπει» τον εαυτό του στα πάντα, και συμβάλλει στη βελτίωση της αυτοεικόνας και της διάθεσης του θεραπευόμενου (McNiff, 207-217).

Οι κάρτες κολλάζ ή SoulCollage συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επικοινωνίας του ατόμου με τη διαίσθησή του και στη δημιουργία ενός συνόλου καρτών με βαθύ προσωπικό νόημα, που δίνουν απαντήσεις στις ερωτήσεις της ζωής (Frost, 2001:ch.1)). Η διαδικασία του κολλάζ είναι μια πολυεπίπεδη δημιουργική διαδικασία, που επιτρέπει σε οποιονδήποτε να συμμετάσχει, ανεξάρτητα από την καλλιτεχνική του ικανότητα, και αξιοποιεί κοινά υλικά, όπως είδη οικιακής χρήσης, καταλόγους, ημερολόγια, καρτ ποστάλ, ευχετήριες κάρτες, προσωπικές φωτογραφίες, εικόνες από περιοδικά, κάλλα, ψαλίδι, μαρκαδόρους κ.ά. Σύμφωνα με τη Frost (2001:ch.2), «*the use of the cards in therapeutic groups highlighted their transformative potential, as they were found to allow for the speed of movement and range of expression necessary in the art-making process*». Δηλαδή, η αξιοποίηση των καρτών σε θεραπευτικές ομάδες ανέδειξαν τις μεταμορφωτικές τους δυνατότητες, καθώς βρέθηκε ότι επιτρέπουν την ταχύτητα της κίνησης και την έκταση της έκφρασης, οι οποίες είναι αναγκαίες στη διαδικασία παραγωγής τέχνης. Οι εικόνες περιορίζονται σε ένα προκαθορισμένο μέγεθος, που οριοθετεί τη δράση του χρήστη, αλλά δεν θέτει περιορισμούς όσων αφορά στη δημιουργική διαδικασία που αποφασίζει εκείνος να ακολουθήσει. Η διάταξη των καρτών δεν είναι τυχαία, αλλά κατά τέτοιο τρόπο

δρομολογημένη, ώστε να προάγουν την αυτό-εξερεύνηση και την αυτό-αποδοχή. Οι κάρτες δεν βασίζονται σε μια άτυπα ανταγωνιστική καλλιτεχνική έκφραση, αλλά προορίζονται για ενδοσκόπηση, η οποία διευκολύνεται και καθοδηγείται από τον θεραπευτή-ειδικό. Κάθε άτομο ενθαρρύνεται να ερμηνεύσει τις δικές του επιλεγμένες εικόνες προτού, είτε ο θεραπευτής είτε τα άλλα μέλη της ομάδας προτείνουν περαιτέρω πιθανές σημασίες των καρτών (Frost, 2001).

Το κολλάζ είναι μια σημαντική τεχνική για την ενθάρρυνση της ελευθερίας έκφρασης, η οποία δεν υπόκειται σε καλλιτεχνικούς ή νομικούς περιορισμούς (βλ. πνευματικά δικαιώματα καλλιτέχνη), καθώς κατά τη διαδικασία της κατασκευής χρησιμοποιούνται πραγματικές εικόνες. Η απαγόρευση πώλησης ή εξοικονόμησης κέρδους από την τέχνη, είναι το κλειδί για την επιτυχία της εν λόγω τεχνικής, κι αυτό την ανάγει στην καθαρότερη μορφή τέχνης, καθώς τα καλλιτεχνήματα που παράγονται προορίζονται μόνο για τον δημιουργό. Δεδομένου ότι αυτές οι κάρτες θεωρούνται εργαλεία για προσωπική χρήση, οι άνθρωποι δεν στρέφονται σε εικόνες που δεν μπορούν να αναγνωρίσουν οι ίδιοι ή να αναγνωριστούν από τρίτους, όπως επίσης σε εκείνες που προστατεύονται από πνευματική δικαιώματα. Το παιδί με ΔΑΦ μπορεί να συγκεντρώσει αυτές τις εικόνες για να δημιουργήσει σημαντικές συνθέσεις, ανεξάρτητα από περιορισμούς, δικαιώματα ή και καλλιτεχνικό ταλέντο. Η διαδικασία βασίζεται στη λογική ότι όλοι έχουν ιδέες. Οι άνθρωποι με την ικανότητα να επικοινωνούν οπτικά ή προφορικά μια ιδέα, μια σκέψη, ένα συναίσθημα, αποκτούν ένα πλεονέκτημα έναντι εκείνων που δεν το κάνουν. Είτε αυτές αρθρώνονται με λόγια είτε με εικόνες, η εκτέλεση μιας ιδέας είναι πρωταρχικής σημασίας για την επιτυχία της (Chilton&Scotti, 2014:163-171).

Η θεραπευτική χρήση των καρτών κολλάζ είναι μια μοναδική τεχνική που μπορεί να προωθήσει τη δημιουργική σκέψη και την ενδόμυχη-αυθόρμητη έκφραση των παιδιών με ΔΑΦ. Το κολλάζ επιτρέπει στα παιδιά να βιώσουν μια αίσθηση του παιχνιδιού και της τέχνης, ενώ αποκαλύπτουν-ανακαλύπτουν τις προσωπικές τους ιστορίες. Η χρήση των εικόνων κολλάζ επιτρέπει στο παιδί με αναπηρίες να βρει φωνή, ανεξάρτητα από το ταλέντο, ενώ η άσκηση του δεξιού τμήματος του εγκεφάλου κατά την παιδική ηλικία, αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης ευέλικτης και πρωτότυπης σκέψης στη μετέπειτα πορεία της ανάπτυξής τους. Οι κάρτες ανάγονται σε εύκολο εργαλείο για να έχουν τα παιδιά με ΔΑΦ πρόσβαση σε συναισθήματα και ιδέες. Συμβάλλουν στην ανάσυρση στην επιφάνεια των ανεξερευνήτων

συναισθήματα και σκέψεων, που συνήθως αναστέλλουν ή καταστέλλουν με τρόπο μη συνειδητό τη συλλογιστική του ατόμου, καθώς και στη διαχείρισή τους. Η αίσθηση της ανακάλυψης μέσω των δημιουργημένων εικόνων, επιτρέπουν τα παιδιά να ξεκλειδώνουν τις ασυνείδητες δυνάμεις που τα κρατά «πίσω», ενώ οι κάρτες κολλάζ γίνονται εργαλείο ερμηνείας και επανερμηνείας των άρρητων συναισθημάτων και σκέψεων (McClymont 2023:part.1-2).

Η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η θεραπευτική αξιοποίηση των καρτών κολλάζ συμβάλλει στη διαμόρφωση ενός δημιουργικού κλίματος μάθησης, όπου τα παιδιά όλων των ηλικιών και όλων των δεξιοτήτων αισθάνονται περισσότερο ελεύθερα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, ακόμα κι όταν είναι παρόντες οι γονείς τους. Στην ενασχόληση των παιδιών με ΔΑΦ με τις κάρτες κολλάζ, βρίσκει έμπρακτη εφαρμογή μια βασική πτυχή της θεωρίας του Vygotsky, αναφορικά με την αίσθηση ότι τα παιδιά, ανεξαρτήτως δεξιοτήτων, πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στις σχέσεις διδασκαλίας/μάθησης σε ένα συνεργατικό περιβάλλον, από το οποίο τα παιδιά μαθαίνουν να αλληλεπιδρούν με τους άλλους σε ένα παράλληλο πολιτιστικό κόσμο, που το κάθε ένα από αυτά αποκαλύπτει στους άλλους (Scrimscher & Tudgem 2003:207-228).

Όσον αφορά στην ομαδική διαδραστική θεραπεία μέσω της δημιουργίας κολλάζ, αυτή ενισχύεται όταν αφαιρείται το στίγμα του περιβάλλοντος θεραπείας και μετατρέπεται σε δημιουργία τέχνης σε ένα ομαλοποιημένο και ρυθμισμένο φυσικό περιβάλλον, όπως είναι το παραδοσιακό στούντιο τέχνης (McClymont 2023:part.1-2; Chilton & Scotti, 2014:163-171). Η επίδραση του περιβάλλοντος στην ψυχοσύνθεση των ασθενών θεωρείται καταλυτική, γεγονός που καταδεικνύεται και στις περιπτώσεις που ακόμα και οι παραδοσιακές θεραπείες ανθίζουν σε εναλλακτικά περιβάλλοντα (Miller, 2004:77-84). Η εξερεύνηση και η αποκατάσταση της φαντασίας σε όλους τους πληθυσμούς, ανεξαρτήτως δεξιοτήτων ή αναπηριών, είναι όχι μόνο απαραίτητα, αλλά και δυνατά. Σύμφωνα με τη γιουνγκιανή σκέψη, *«focusing on the image can constitute the transcendental function that helps the person to understand who he really is, to hold the moments and to accept himself as he is and not as he should be»* (Miller, 2004:80). Δηλαδή, η εστίαση στην εικόνα μπορεί να συνιστά την υπερβατική λειτουργία που βοηθάει το άτομο να κατανοήσει το ποιο είναι πραγματικά, να κρατήσει τις στιγμές και να δεχτεί τον εαυτό του όπως είναι κι όχι όπως θα έπρεπε να είναι. Ο στόχος της

υπέρβασης, ως καταλύτης της αλλαγής, είναι κάτι που διαφοροποιεί τον τρόπο με τον οποίο οι θεραπευτές μέσω τέχνης «δουλεύουν» με τα άτομα, συγκριτικά με τους άλλους επαγγελματίες (Miller, 2004:77-84).

Εκτός από τις θεραπευτικές κάρτες, η τεχνική του κολλάζ μπορεί να αξιοποιηθεί και σε περιπτώσεις παιδιών με ΔΑΦγια την καταπολέμηση του άγχους, της ανασφάλειας, της δυσκολίας στην κοινωνικοποίηση και την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με συνομηλίκους. Τέτοιες δραστηριότητες συνδυάζουν την τεχνική κολλάζ με εναλλακτικά υλικά, που διεγείρουν τις αισθήσεις και διευκολύνουν την αναγνώριση και την κατανόηση των εκφράσεων του προσώπου. Στο πλαίσιο αυτών, ο θεραπευόμενος θα κληθεί από τον θεραπευτή να δημιουργήσει κολλάζ με αποκλειστική χρήση γεωμετρικών σχημάτων, με μαλακά εικαστικά και μη υλικά, με αντικείμενα καθημερινής χρήσης, όπως είναι τα φίλτρα καφέ, την εφαρμογή των κομματιών σε επιφάνεια από καθρέπτη για την δημιουργία «κολλάζ εκφράσεων» μέσω των οποία προάγεται η ενίσχυση της βλεμματικής δεξιότητας, η διακόσμηση με ποικίλα υλικά και σχήματα μιας μάσκας, που βοηθά στην εξοικείωση με τα πρόσωπα (Eliks-Abuhoff, 2008:262-270).

3.3.2 Μέθοδος απεικόνισης του εαυτού ως Δέντρο

Οι Gunnarsson και συνεργάτες (2006:230) αναφέρθηκαν στη μέθοδο απεικόνισης του εαυτού ως Δέντρο, σύμφωνα με την οποία *«the treated person draws or paints trees, which symbolize specific periods of his life or his thoughts»*. Με άλλα λόγια, το άτομο-θεραπευόμενος σχεδιάζει ή ζωγραφίζει δέντρα, τα οποία συμβολίζουν συγκεκριμένες περιόδους της ζωής του ή σκέψεις του. Μετά τη ζωγραφική απεικόνιση των δέντρων, ο θεραπευτής αξιοποιεί τα σχέδια και βοηθά τον ασθενή να αφηγηθεί όλα όσα τον παρώθησαν στις εν λόγω παραστάσεις. Βασική σκοποθεσία της μεθόδου αυτής είναι να αρχίσει ο θεραπευόμενος να εκφράζει απόψεις για τη ζωγραφιά του και σταδιακά να αντικαταστήσει τον θεραπευτή. Κι αυτό γιατί, κάθε ιδέα που ενυπάρχει πίσω από την εν λόγω μέθοδο, προορίζεται να αξιοποιηθεί ως μέσο και εργαλείο έκφρασης αισθημάτων, συναισθημάτων και σκέψεων του ασθενή. Η σχεδίαση, ο χρωματισμός και εν τέλει η δημιουργία του δέντρου επιτρέπει την αποκάλυψη χειροπιαστών αναπαραστάσεων, οι οποίες αποτυπώνουν παραστατικά όσα το παιδί αδυνατεί να περιγράψει και να επικοινωνήσει. Κι αυτό γιατί, οι εικόνες

του δέντρου που δημιουργεί, με όλες τις λεπτομέρειές του, το βοηθούν να πλαισιώσει τις πρωτεύουσες και τις δευτερεύουσες πτυχές της ιστορίας του, της προσωπικότητας και του χαρακτήρα του, τις οποίες καλείται να αφηγηθεί στον θεραπευτή (Gunnarssonetal., 2006:229-240).

Μέσω του σχεδιασμού των δέντρων, το παιδί με ΔΑΦέχει τη δυνατότητα να προσεγγίσει με τρόπο αυθόρμητο, δημιουργικό και φυσικό, τόσο σημαίνοντα γεγονότα της ζωής του και καταλυτικής σημασίας σκέψεις και συναισθήματα, όσο και λεπτομέρειες. Κατά την ανατροφοδοτική διαδικασία, έχει διαπιστωθεί ερευνητικά ότι η μέθοδος απεικόνισης του εαυτού ως δέντρο, βοηθά τον ασθενή να επεξεργαστεί ή να επανεπεξεργαστεί την οπτική για τη ζωή, τα πρόσωπα και τα πράγματα, για τον εαυτό του, καθώς επίσης και τον τρόπο που οραματίζεται ή φαντάζεται το μέλλον του. Η διαδικασία αυτή προσφέρει στον ασθενή ένα εναλλακτικό είδος ενόρασης και τον βοηθάει να υπερκεράσει τις δυσκολίες που του επιβάλλονται από τις παραδοσιακές πρακτικές θεραπείας και λόγου (Gunnarssonetal., 2006:229-240).

Η μέθοδος είναι εστιασμένη στην κατανόηση της ζωής ως όλο και την ενθάρρυνση της αλλαγής στην καθημερινή ζωή σε σχέση με τους άλλους. Οι θεραπευόμενοι καλούνται να σχεδιάσουν ένα δέντρο που θα αντιπροσωπεύει τον τρόπο με τον οποίο βλέπουν τον εαυτό τους. Η ζωγραφική αυτή απεικόνιση θα αφορά στις υφιστάμενες πεποιθήσεις, οι οποίες σταδιακά θα οδηγήσουν στην έκφραση της ατομικότητας, ως δείγμα καλλιέργειας μιας νέας ταυτότητας και ως σύμβολο αλλαγής. Ενώ η δημιουργική δραστηριότητα είναι θεραπευτική από μόνη της, η δημιουργία εικόνας μπορεί να είναι μια μαθησιακή διαδικασία που προσφέρεται για την επίλυση προβλημάτων αναφορικά με την ύπαρξη, με την αυτό-επίγνωση και την αυτογνωσία. Η μέθοδος απεικόνισης του εαυτού ως δέντρο συνιστά μια πρακτική αφηγηματική θεραπεία, πολύτιμη για την οικοδόμηση των δεξιοτήτων για την καταπολέμηση της ανασταλτικής εσωστρέφειας, του άγχους και των αναπηριών (Gunnarssonetal., 2006:229-240).

3.3.3 ΗμέθοδοςDelGiaccioArtTherapy

Το σύστημα DelGiaccioArtTherapy αποτελεί μια γνωστική διαδικασία θεραπείας μέσω τέχνης, που επικεντρώνεται στην τόνωση των ψυχικών και διανοητικών αισθητηρίων συστημάτων, στη σταθεροποίηση του νευρικού συστήματος και τη

δημιουργία νέων νευρικών συνδέσεων του εγκεφάλου. Το εν λόγω σύστημα δημιουργήθηκε από τη MaureenDelGiacco(2010) και βασίζεται σε εκτεταμένη έρευνα των θεωρήσεων της νευροεπιστήμης και στην παρατήρηση των ατόμων με άνοια και με εγκεφαλικά προβλήματα που έχουν προκύψει κυρίως από τραυματισμούς. Η σειρά Θεραπευτικών Σχεδίων που δημιουργήθηκε από τη DelGiacco(2010) αποτελείται από μια ομάδα αφηρημένων χρωματικών σχεδίων, τα οποία παρουσιάζονται σταδιακά από το απλούστερο προς το συνθετότερο.

Ο θεραπευτής ζητά από τον ασθενή να αναπαράγει τα σχέδια αυτά χρησιμοποιώντας παστέλ λαδιού. Η εν λόγω εικαστική δραστηριότητα ολοκληρώνεται σε τρία επίπεδα: Πρώτα, εντοπίζεται ο παθητικός τρόπος, με τον οποίο ο θεραπευόμενος δύναται να παρατηρήσει τον θεραπευτή που σχεδιάζει. Τότε, ο θεραπευόμενος καλείται να αντιγράψει το σχέδιο του θεραπευτή, χωρίς να κοιτάζει σχέδιό του και χωρίς να ανησυχούν για την ακριβή αναπαραγωγή τους. Το επόμενο στάδιο είναι ημι-ενεργητική, καθώς ο θεραπευόμενος σχεδιάζει κοιτάζοντας το πρωτότυπο και παρωθείται να επικεντρωθεί στη χρήση των μέσων και τις επιλογές των χρωμάτων. Το τελευταίο τρίτο μέρος της άσκησης σχετίζεται περισσότερο με την ενεργοποίηση των αναλυτικών διανοητικών διεργασιών, οι οποίες είναι δυνατό να αντικαταστήσουν την πραγματική διαδικασία σχεδίασης. Η εν λόγω μέθοδος προτείνει τη χρήση τους για τη βελτίωση των οπτικό-κινητικών δεξιοτήτων, αναγνώρισης χρωμάτων και χώρου, καθώς και για την ενίσχυση της προσοχής. Μπορούν να αξιοποιηθούν διάφορα είδη καλλιτεχνικών μέσων, ανάλογα πάντα με τις ανάγκες, τις ικανότητες και τις προτιμήσεις του θεραπευόμενου (DelGiacco, 2010).

Η σημαντική ιδέα είναι να αξιοποιηθούν οι οπτικο-χωρικές δραστηριότητες για να τονωθεί η δημιουργία νέων εγκεφαλικών οδών, για την αναδημιουργία ή την τόνωση των περιοχών που έχουν πληγεί ή που υπολείπονται λόγω βιολογικής αναπηρίας. Αυτή η διαδικασία εγείρει εγκεφαλικά τον ασθενή, καθώς επιτρέπει την επικοινωνία του δεξιού και του αριστερού ημισφαιρίου. Οι ασκήσεις αυτές, ενεργοποιούν περιοχές του εγκεφάλου που δεν χρησιμοποιούνται κανονικά για την επεξεργασία δεδομένων, όπως για παράδειγμα για τη λεκτική ομιλία. Υπό αυτό το πρίσμα, ο εγκέφαλος αναγκάζεται να ενσωματώσει αμφοτέρωτα τα ημισφαίριά του, για να δημιουργήσει χωρικές αναπαραστάσεις αντί να βασίζεται σε γραμμικές οδηγίες που απαιτούν πιο συγκεκριμένες διαδικασίες του αριστερού εγκεφάλου. Το χρώμα μπορεί να είναι το μέσο δημιουργίας μιας ήρεμης κατάστασης, όπως στο φαινόμενο Mozart,

όπου αναφέρεται ότι η ακρόαση της μουσικής του, μειώνει το άγχος, την κατάθλιψη ή το άγχος, και ότι προκαλεί χαλάρωση ή ύπνο. Οι καινοτόμες και πειραματικές χρήσεις του χρώματος, της μουσικής και του ήχου, μπορούν να βελτιώσουν τις διαταραχές ακρόασης, τη δυσλεξία, τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, τον ΔΑΦ και άλλες ψυχικές και σωματικές ασθένειες (Campbell, 2009:3-13).

3.4 Θεραπευτική τέχνη, επικοινωνία και κοινωνικές δεξιότητες

Στη πιο βασική της εννοιολογική προσέγγιση, η τέχνη μέσω της θεραπείας είναι η δημιουργία εικόνων, ζωγραφικών ή γλυπτών, στο πλαίσιο μιας ασφαλούς σχέσης (Schaverien, 1992:2). Στη βιβλιογραφία της θεραπείας μέσω τέχνης, οι περισσότεροι μελετητές δεν καθορίζουν την πρωταρχική τους προσέγγιση, κατά τη θεραπεία ατόμων με ΔΑΦ (Martin, 2009b:117). Ωστόσο, οι στρατηγικές και οι μέθοδοι θεραπείας που έχουν προσδιοριστεί ή που προτείνονται, περιλαμβάνουν αναπτυξιακές προσεγγίσεις (Emery, 2004:143-147), αναπτυξιακές/συμπεριφορικές προσεγγίσεις (Martin, 2009b:117-118), γνωσιακές συμπεριφορικές προσεγγίσεις (Epp, 2008:27-36) και ψυχοθεραπεία (Henley, 2001:113-121). Η Emery (2004:143-147) εκλαμβάνει την παιδική τέχνη ως αναπτυξιακή διαδικασία. Τόνισε την αξία της θεραπείας μέσω τέχνης στην εξέλιξη, την ανάπτυξη και την κατάκτηση των δεξιοτήτων των παιδιών, καθώς επίσης την πρόοδο προς τη σταθερότητα του αντικειμένου. Η Martin (2009b:65-82) εξέτασε τα οφέλη της τέχνης ως εργαλείο πρώιμης παρέμβασης για παιδιά με ΔΑΦ. Η θεραπεία μέσω τέχνης παρέχει τη δυνατότητα στους θεραπευτές να συνδυάζει διάφορους ειδικούς και σύνθετους στόχους θεραπείας, αξιοποιώντας την επιθυμητή χρήση υλικών τέχνης, συμβατών με ΔΑΦ (Martin, 2009b:65-82).

Μέσω της πρώιμης θεραπευτικής παρέμβασης μέσω τέχνης, η Martin (2009b:99-131) παρείχε σωματική και αισθητηριακή υποστήριξη στα παιδιά με ΔΑΦ, βοηθώντας τους να μεταβούν πέρα από το στάδιο γραφής, οργανώνοντας το περιβάλλον τους για να αυξήσουν την αίσθηση άνεσης και ασφάλειας. Η Martin (2009b:63) *«pointed out that an art therapist can be scientifically and artistically adequate when they possess the appropriate social and emotional skills, when they can manage visual schemas and provide crucial resources for the individual to self-express»*. Με άλλα λόγια, θεώρησε ότι για να είναι επιστημονικά και καλλιτεχνικά επαρκής ένας θεραπευτής μέσω τέχνης, θα πρέπει να διαθέτει τις κατάλληλες

κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες, όπως επίσης να μπορεί να διαχειρίζεται τα οπτικά σχήματα δίνοντας ένα καθοριστικής σημασίας πλεονέκτημα κατά την εργασία για την αυτό-εκδήλωση του ατόμου. Οι θεραπευτές, δεν περιορίζονται μόνο στην ανάθεση θεραπευτικών δραστηριοτήτων, αλλά νιώθουν άνεση να εργαστούν συνεργατικά με τον ασθενή, καθώς του παρέχουν οπτική ανατροφοδότηση και χρησιμοποιούν τέχνη για να οικοδομήσουν τις μεταξύ τους σχέσεις (Martin, 2009b:65-82).

Η Epp (2008:27-36) διερεύνησε την αποτελεσματικότητα ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, χρησιμοποιώντας τεχνικές γνωστικές συμπεριφοράς και καλλιτεχνικών μέσων και πρακτικών. ΗEpp(2008:29) θεωρεί ότι *«believes that art therapy is suitable for people on the autism spectrum, as the majority of them rely on their visual perception rather than their reasoning»*. Δηλαδή, η θεραπεία μέσω τέχνης είναι κατάλληλη για άτομα με ΔΑΦ, καθώς στην πλειοψηφία τους βασίζονται στην οπτική τους αντίληψη, παρά στη συλλογιστική τους. Η θεραπεία μέσω τέχνης παρέχει την ευκαιρία στους ανθρώπους να επιλύσουν προβλήματα μέσω της οπτικής οδού, η οποία τους επιτρέπει να είναι λιγότερο κυριολεκτικοί και περιορισμένοι όσον αφορά στην αυτοέκφραση, καθώς επίσης να διαχειρίζονται αποτελεσματικά και με τόλμη το ενδεχόμενο ή τη βεβαιότητα της απόρριψης (Epp, 2008:27-36). Συγκριτικά με τα ανωτέρω, ο Henley (2001:113) είχε επικεντρωθεί στους αμυντικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιούν τα παιδιά με ΔΑΦ, ως έναν τρόπο εκτροπής και ελαχιστοποίησης του άγχους και του φόβου για απόρριψη. Ο Henley(2001:113) αξιοποίησε τη θεραπεία μέσω τέχνης, ως μέσο κατανόησης της ανησυχίας για απόρριψη. Ανακάλυψε ότι με την πάροδο του χρόνου, οι συμμετέχοντες είχαν πολύ λιγότερο κοινωνικό άγχος.

Παρόμοια με τη Martin, οι Mundy και Crowson (1993:653-676) διερεύνησαν το πόσο η πολύ καλά δομημένη πρόωμη παρέμβαση μπορεί να συμβάλλει θετικά ή αρνητικά σε πρακτικό νευρολογικό υπόβαθρο, το οποίο με τη σειρά του οδηγεί σε σημαντική αναπτυξιακή πρόοδο για παιδιά με ΔΑΦ. Για τα άτομα με ΔΑΦ, η χρήση υλικών τέχνης μπορεί να προσφέρει μια απτή, συγκεκριμένη εστίαση (Ginsberg, 2014:35-50). Η λεκτική επικοινωνία και τα κοινωνικά σημάδια μπορεί να είναι δύσκολο να κατανοηθούν για τα άτομα με ΔΑΦ, ενώ οι αλληλεπιδράσεις μέσω και με τα υλικά τέχνης και με τον θεραπευτή, επιτρέπουν μια ευρύτερη, πιο ευέλικτη ευκαιρία ερμηνείας προς ένα ευρύτερο πεδίο εμπλοκής (Jones, 2014:105-118).

Η θεραπεία μέσω τέχνης παρουσιάζει ένα δομημένο, μη απειλητικό τρόπο καλλιέργειας και κατάκτησης κοινωνικών δεξιοτήτων για άτομα με ΔΑΦ. Η διαδικασία δημιουργίας τέχνης ή κατασκευής καλλιτεχνημάτων, βοηθά στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων επικοινωνίας, ενισχύοντας έτσι τη θεραπευτική σχέση σε άτομα με ΔΑΦ (Evans, 1998:17-22). Η Evans (1998:17-22) πρότεινε την έκθεση των ατόμων με ΔΑΦ στη δημιουργία παραστάσεων, απεικονίσεων και συμβόλων. Μέσω της συμβολικής και της αναπαραστατικής μορφής, εγείρεται ένα είδος ικριώματος ως βάση για τη μελλοντική ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων. Επίσης, δήλωσε ότι *«the art materials, the patient, the therapist and the environment shaped by the therapeutic artistic experience lead to the development of expressive and cognitive communication»* (Evans, 1998:21). Δηλαδή, τα υλικά τέχνης, ο θεραπευόμενος, ο θεραπευτής και το περιβάλλον που διαμορφώνεται από την θεραπευτική καλλιτεχνική εμπειρία, οδηγούν στην ανάπτυξη της εκφραστικής και της γνωστικής επικοινωνίας.

Ουσιαστικά, η επικοινωνία δεν εντοπίζεται στο τελικό καλλιτέχνημα, αλλά εντός της αναδυόμενης και μεταβαλλόμενης δυναμικής της όλης θεραπευτικής διαδικασίας και το περιεχόμενό της (Evans, 1998:17-22). Η Evans (1998:18) διαπίστωσε ότι *«focusing on the art-making process, rather than interpersonal interactions, alleviated concerns that may arise from interpersonal interaction being more accessible, tolerable, and desirable for children with autism»*. Με άλλα λόγια, η εστίαση στη διαδικασία κατασκευής τέχνης, αντί στις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις, καταπραΰνει τις ανησυχίες που μπορεί να προκύψουν από τη διαπροσωπική αλληλεπίδραση που είναι πιο προσιτή, ανεκτή και επιθυμητή για τα παιδιά με ΔΑΦ. Η θεραπεία μέσω τέχνης παρέχει τη δυνατότητα για μια αποτελεσματική κοινωνική διαδραστική εμπειρία, που μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με ΔΑΦ να αναπτύξουν κοινωνικά κατάλληλες δεξιότητες. Ως εκ τούτου, ένα θεραπευτικό περιβάλλον τέχνης, είναι δυνατό να βοηθήσει τα άτομα με ΔΑΦ, να μεταβούν από την ελεγχόμενη κοινωνική εμπειρία της θεραπευτικής συνεδρίας μέσω τέχνης, σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις στην καθημερινή τους ζωή (Evans, 2008:17-22).

Η θεραπεία μέσω τέχνης διαθέτει τη δυναμική να ενισχύει την επικοινωνία, η οποία μπορεί να οδηγήσει στη διαμόρφωση ουσιαστικών διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων (Martin, 2009b:109-109). Τα προγράμματα της εν λόγω θεραπείας είναι δομημένα για να ανταποκρίνονται σε συγκεκριμένους στόχους. Για παράδειγμα η Martin (2008:15-23), ανακάλυψε ότι η σχεδίαση ενός πορτρέτου ήταν ένας τρόπος

για να συνδεθεί και να εμπλακεί ψυχοσυναισθηματικά και κοινωνικά σε μια εποικοδομητική σχέση με άτομα με ΔΑΦ. Άλλες κατευθυντήριες γραμμές που αξιοποιούνται στην θεραπεία μέσω τέχνης για την αντιμετώπιση προβλημάτων στους τομείς της επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης, περιλαμβάνουν σταθερότητα των αντικειμένων (Emery, 2004:143-147), κοινές δεξιότητες προσοχής (Isserow, 2008:34-42), σχεδίαση πορτρέτου (Martin, 2008:15-23), προσέγγιση του «διαδραστικού τετραγώνου» (Bragge&Fenner, 2009:17-28) και γνωστική συμπεριφορική τέχνη.

3.4.1 Η σταθερότητα του αντικειμένου

Η Emery (2004:144) δήλωσε ότι *«in typical child development objects can be related to what remains constant in the child's inner experience»*. Ότι στην τυπική παιδική ανάπτυξη τα αντικείμενα μπορούν να σχετίζονται με όσα παραμένουν σταθερά στην εσωτερική εμπειρία του παιδιού. Τα παιδιά αρέσκονται να σχεδιάζουν, γιατί η δραστηριότητα αυτή τους επιτρέπει να οργανώνουν τα αντικείμενα που αντιπροσωπεύουν τον εσωτερικό τους κόσμο (Emery, 2004:143-147). Υπό αυτό το πρίσμα, είναι σε θέση να σχετίζονται σωματικά και συναισθηματικά με τα σχέδιά τους. Ωστόσο, τα παιδιά με ΔΑΦ δεν μπορούν να επιτύχουν σταθερότητα των αντικειμένων, και για αυτό η Emery (2004:145) ισχυρίστηκε ότι *«obsessive and compulsive behaviors, insistence on environmental uniformity, specialized and specific interests, constitute the efforts of individuals with autism to satisfy their need for object stabilization»*. Σε ελεύθερη απόδοση δήλωσε ότι οι ιδεοψυχαναγκαστικές συμπεριφορές, η επιμονή στην περιβαλλοντική ομοιομορφία, τα εξειδικευμένα και συγκεκριμένα ενδιαφέροντα, συνιστούν τις προσπάθειες των ατόμων με ΔΑΦ να ικανοποιήσουν την ανάγκη τους για σταθεροποίηση των αντικειμένων.

Η Emery (2004:143-147) διεξήγαγε έρευνα μέσω της μελέτης περίπτωσης, στην οποία ο συμμετέχων ήταν ένα εξάχρονο αγόρι με ΔΑΦ. Η Emery (2004:143-147) αντιλήφθηκε ότι το παιδί βίωνε μια εσωτερική αίσθηση του χάους και αγωνιζόταν διαρκώς να βάλει σε τάξη τα αντικείμενα στην αίθουσα ψυχαγωγίας. Παρουσίασε τρία σχέδια που κατέδειξαν την πρόωρη εξέλιξη του παιδιού προς την κατεύθυνση της σταθερότητας των αντικειμένων. Τα σχέδια συνδέθηκαν καθώς απεικόνιζαν ένα σήμα των ταχυφαγείων McDonald's, το θέατρο του McDonald's και το περίγραμμα ενός αυτοκινήτου που κατευθύνονταν σε ένα McDonald's. Η μη λεκτική έκφραση της

διαδικασία δημιουργίας τέχνης, ενθαρρύνει τα άτομα με ΔΑΦνα απεικονίζουν τον κόσμο τους βάσει των προσωπικών τους εμπειριών, και είναι δυνατό, η πράξη του σχεδίου αυτή καθαυτή να ενθαρρύνει την προσκόλληση του παιδιού με ΔΑΦσε ένα αντικείμενο ή σε ένα πρόσωπο (Emery, 2004:143-147).

3.4.2 Δεξιότητες συντονισμένης προσοχής

Ο Isserow (2008:34-42) διερεύνησε την ανάπτυξη των κοινών δεξιοτήτων συντονισμένης προσοχής στην θεραπεία μέσω τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ. Επικεντρώθηκε στη χρήση των ματιών κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών, και ειδικότερα με το πως ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος κοιτάζουν μαζί ένα έργο τέχνης. Η πράξη αυτή, δηλαδή της από κοινού εξέτασης ενός καλλιτεχνήματος, είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχημένη θεραπεία, καθώς ενώνει τις «γωνίες του τριγώνου» που σχηματίζουν ο θεραπευτής, η εικόνα και ο θεραπευόμενος, και θέτει τις βάσεις για την οικοδόμηση μιας καλά δομημένης θεραπευτικής σχέσης μεταξύ τους (Isserow, 2008:34-42). Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνάς του, ο Isserow(2008:37) παρατήρησε ότι τα παιδιά με ΔΑΦαποφεύγουν συνήθως την οπτική επαφή. Αντ' αυτού, γοητεύονται από τα άψυχα αντικείμενα, αρνούμενοι την οποιαδήποτε γνώση ή σύναψη επαφής με τα «ζωντανά αντικείμενα» που βρίσκονται στον χώρο.

Μέσω της μελέτης περίπτωσης, ο Isserow (2008:34-42) ανακάλυψε ότι η τέχνη έχει τη δυνατότητα να εμπλέξει συναισθηματικά τα άτομα με ΔΑΦ, καθώς τα καθιστά ικανά να αντιληφθούν όσα τα περιβάλλον με άλλο μυαλό, με άλλη ματιά και με άλλον τρόπο σκέψης. Η θεραπευτική διαδικασία μέσω τέχνης, δημιουργεί στα άτομα με ΔΑΦ μια μεγαλύτερη αίσθηση της κοινής εμπειρίας, η οποία συνεπάγεται μια ευαισθητοποίηση, που τα επιτρέπει να ανταποκρίνονται σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό στην παρουσία του θεραπευτή. Ο Isserow (2008:34-42) εξέφρασε την ανάγκη να καθιερωθεί μια κοινή εμπειρία στο πλαίσιο της θεραπευτικής συνεδρίας, προτού αναπτυχθεί η κοινή προσοχή. Οι κοινές δεξιότητες προσοχής, ενθαρρύνουν την οπτική επαφή, τη σύναψη μιας ιδιότυπης διαπροσωπικής συγγένειας και επιτρέπουν στα άτομα με ΔΑΦ να κατανοήσουν ότι κάθε άνθρωπος έχει το δικό του μυαλό, τον δικό του τρόπο ανάπτυξης συλλογιστικών και τις δικές του σκέψεις. Παράλληλα, αφορούν στην επικοινωνία και τη κοινωνική δέσμευση, καθώς συμβάλλουν στην

επισήμανση και την κατάδειξη πραγμάτων σε τρίτους, μέσω της αλληπάλληλης ευθείας και μη, βλεμματικής επαφής του ατόμου με το αντικείμενο, το οποίο εκλαμβάνεται ως μέσο εκκίνησης του παιχνιδιού (Isserow, 2008:34-42).

3.4.4 Σχεδιασμός πορτραίτου

Η αδυναμία παρακολούθησης του ανθρώπινου προσώπου, είναι χαρακτηριστικό έλλειμμα των ατόμων με ΔΑΦ(Martin, 2008:15-23). Η Martin(2008:15-23) διενέργησε έρευνα στην οποία συγκέντρωσε και αναθεώρησε τα δεδομένα όσον αφορά στον τρόπο που τα παιδιά με ΔΑΦενεργούν κατά τη διαδικασία σχεδιασμού και απόδοσης της ζωγραφικής απεικόνισης ενός ανθρώπινου προσώπου. Έκανε μια συγκριτική μελέτη της εμπειρίας των παιδιών με ΔΑΦ, με μια ομάδα νευροτυπικών συνομήλικων, δηλαδή παιδιών με σύνδρομο Asperger. Στη μελέτη, τόσο ο θεραπευτής όσο και ο συμμετέχων, ζωγράφισαν το πορτραίτο του άλλου. Η Martin(2008:23) διαπίστωσε ότι *«children on the autism spectrum can in this way reach satisfactory levels of self-awareness and self-awareness»*, δηλαδή ανακάλυψε ερευνητικά ότι μέσω του έργου, τα παιδιά ήταν σε θέση να αποκτήσουν πληροφορίες για τον εαυτό τους από τον άλλο.

Κατά ανάλογο τρόπο, η Betts διαπίστωσε ότι *«people with autism benefited both from the process of making the portrait and from the stimulus of the painting itself»* (77). Ανακάλυψε ότι τα άτομα με ΔΑΦ επωφελήθηκαν τόσο από τη διαδικασία κατασκευής του πορτραίτου όσο και από το ερέθισμα της ίδιας της ζωγραφικής απεικόνισης. Για παράδειγμα, κατά την «ανάγνωση» και ερμηνεία του πορτραίτου ενός άλλου, το παιδί επεξεργάζεται πληροφορίες σχετικά με το συναίσθημα που εξωτερικεύεται και αποτυπώνεται στο πρόσωπο του ατόμου, μέσω της χρήσης οπτικών, γνωστικών και κινητικών δεξιοτήτων (Betts, 2011:77-82). Η Martin(2008:15-23) διαπίστωσε ότι η παράλληλη ζωγραφική δραστηριότητα λειτούργησε ως κάτι πολύ περισσότερο από την απλή συλλογή δεδομένων. Η κατασκευή του πορτραίτου κατέστη ένας δομημένος τρόπος συμπερίληψης των ατόμων σε μια σχέση. Οι συμμετέχοντες με ΔΑΦ ήταν στην πραγματικότητα πιο ομιλητικοί από τους περισσότερους τυπικούς συνομηλίκους τους, κυρίως όσον αφορά στα ζητήματα για τη χρήση των χρωμάτων, των μερών, των εκφράσεων και των συναισθημάτων του προσώπου, καθώς επίσης για των

εκφερόμενων εννοιολογικών αναφορών, όπως «εγώ» έναντι «εσύ», που αναπτύσσονται με τρόπο φυσικό (Martin, 2008:15-23).

Η σχεδίαση πορτραίτων ως δραστηριότητα κατά τη θεραπευτική εικαστική προσέγγιση είναι πολύ βοηθητική, όχι μόνο για τη βελτίωση της αυτό-επίγνωσης των θεραπευόμενων, αλλά και για τη αποκάλυψη του πραγματικού αναπτυξιακού τους επιπέδου, βάσει του οποίου ο θεραπευτής θα σχεδιάσει την παρέμβασή του, θα οργανώσει το εκπαιδευτικό/θεραπευτικό περιβάλλον και θα θέσει σε εφαρμογή τη στρατηγική του. Τα παιδιά με ΔΑΦόταν κληθούν να δημιουργήσουν ένα πορταίτο, παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις ως προς τη δημιουργικότητα και τις λεπτομέρειες, ανάλογα με το περιβάλλον και με την υποστήριξη του υπεύθυνου για την υλοποίηση της δραστηριότητας. Υπό αυτό το πρίσμα, όταν τους ζητείται να σχεδιάσουν ένα πορταίτο σε μια συμβατική σχολική αίθουσα με την επικουρία ενός εκπαιδευτικού, το αποτέλεσμα παραπέμπει σε μια επιπόλαιη εικονική αποτύπωση των άμεσα ορατών χαρακτηριστικών, χωρίς συναισθηματική εμβάθυνση. Αντίθετα, όταν η εν λόγω δραστηριότητα λαμβάνει χώρα σε ένα οργανωμένο θεραπευτικό και εκπαιδευτικό περιβάλλον, με την έμπρακτη υποστήριξη, τη διάδραση και την αλληλεπίδραση με έναν ειδικό θεραπευτή/καλλιτέχνη, τα παιδιά δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη δομή του προσώπου και των χαρακτηριστικών του, στα χρώματα, στις ομοιότητες και τις διαφορές του συγκριτικά με κάποιο άλλο (Chengetal., 2011:44-51).

Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης μέσω σχεδιασμού πορταίτων, ο θεραπευτής/καλλιτέχνης συμμετέχει ενεργητικά τόσο σε εικαστικό επίπεδο όσο και σε αφηγηματικό, ζωγραφίζοντας το πορτρέτο του εαυτού του ή ενός θεραπευόμενου-μοντέλου και ανοίγει συζητήσεις όσον αφορά σε αυτό που κάθε φορά σχεδιάζει. Κι αυτό γιατί η στρατηγική του είναι προσανατολισμένη στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που οφείλονται στην αδυναμία των παιδιών με ΔΑΦαφενός να ξεχωρίζουν τα πρόσωπα, ανεξαρτήτως αν αυτά συγκαταλέγονται στα οικεία ή μη και αφετέρου να παρατηρούν το πρόσωπο ως σύνολο χαρακτηριστικών και όχι σαν μεμονωμένα κομμάτια (Hobsonetal., 1988:441-453). Όταν σε μια θεραπευτική εικαστική συνεδρία, ο θεραπευτής αναθέτει σε ένα άτομο με ΔΑΦνα σχεδιάσει το πορταίτο ενός μοντέλου, το παρωθεί να συλλέξει πληροφορίες για αυτό, που σχετίζονται με την εξωτερική του εμφάνιση, με τη συναισθηματική του κατάσταση, με τα σωματικά του χαρακτηριστικά, με τις κινητικές και τις γνωστικές του δεξιότητες. Το εν λόγω πορταίτο, στη συνέχεια, αξιοποιείται ως εργαλείο διαμόρφωσης της αντίληψης του

αναπαριστάμενου ατόμου και της αυτό-αντίληψης του ίδιου του δημιουργού. Σύμφωνα με τη Martin (2008:17) «*the visual outcome of the therapeutic process of portrait design depends to a large extent, on the developmental level of each client*». Με άλλα λόγια, το εικαστικό αποτέλεσμα της θεραπευτικής διαδικασίας σχεδιασμού πορτραίτου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, εκτός από το περιβάλλον και την επάρκεια του θεραπευτή, από το αναπτυξιακό επίπεδο του κάθε θεραπευόμενου. Υπό αυτό το πρίσμα, εγείρεται και πάλι το ζήτημα της ευρείας περιπτώσιολογίας των παιδιών με ΔΑΦ.

3.4.5 Το διαδραστικό τετράγωνο

Οι Bragge και Fenner (2009:17-28) άλλαξαν την «τριγωνική θεραπεία μέσω τέχνης» του Schaverien (2000) με την έννοια του «διαδραστικού τετραγώνου», που αναδεικνύει μια τέταρτη συνιστώσα στην αρχική εξίσωση της θεραπείας της τέχνης: το καλλιτεχνικό έργο που παράγει ο θεραπευτής κατά τη διαδικασία της θεραπευτικής συνεδρίας, δημιουργώντας ένα οπτικό, μη λεκτικό διάλογο, μεταξύ του ίδιου και του θεραπευόμενου. Οι Bragge και Fenner (2009:17) έθεσαν σε εφαρμογή προσέγγιση του «διαδραστικού τετραγώνου» στη θεραπεία μέσω τέχνης, στα παιδιά με ΔΑΦ, ως έναν τρόπο να αναπτύξουν μια θετική εμπειρία κοινωνικής δέσμευσης με στόχο «*to help children find ways to assimilate external phenomena and adapt to the social world*». Δηλαδή, να βοηθήσουν τα παιδιά να βρουν τρόπους να αφομοιώσουν τα εξωτερικά φαινόμενα και να προσαρμοστούν στον κοινωνικό κόσμο.

Αυτός ο τρόπος θεραπευτικής προσέγγισης θεωρήθηκε ως μια αμοιβαία, συν-δημιουργική και δια-υποκειμενική εμπειρία, όχι διδακτική ή αναλυτική. Κι αυτό γιατί περικλείει και αξιοποιεί την προσωπικότητα του θεραπευτή προκειμένου να συνδεθεί με τους θεραπευόμενους με ΔΑΦ σε προσωπικό επίπεδο. Αυτή η θεραπευτική οδός φαντάζει πολύ λιγότερο απειλητική μορφή κοινωνικής αλληλεπίδρασης, αφού η τέχνη συνιστά εναλλακτικό μέσο διαλόγου, επικοινωνίας και εστίασης, κατάλληλο για τα παιδιά με ΔΑΦ και εμφανίζουν τάσεις απόσυρσης από τις δραστηριότητες επικεντρωμένης εστίασης ή άμεσων προσδοκιών. Κατά συνέπεια, το «διαδραστικό τετράγωνο» επικεντρώνεται στον «καλλιτέχνη» που ενυπάρχει στον θεραπευτή μέσω τέχνης.

Αυτή η προσέγγιση παρουσιάζει μια άλλη μέθοδο για την εδραίωση της θεραπευτικής σχέσης και την οικοδόμηση της εμπιστοσύνης. Παρέχει επίσης την ευκαιρία ενθάρρυνσης της αυτό-έκφρασης για παιδιά με ΔΑΦ, τα οποία πασχίζουν να προσαρμοστούν σε μια κοινωνία που βασίζεται σχεδόν αποκλειστικά στη λεκτική επικοινωνία, που τους δυσκολεύει και εν τέλει τους θέτει στο περιθώριο. Μέσα από μια σειρά περιπτωσιολογικών μελετών, οι Bragge και Fenner (2009:26) διαπίστωσαν ότι *«the interactive dialogue consisting of both verbal and visual expression led to the creation of a series of artworks in which there was stylistic and thematic influence between therapist and client»*. Κατέδειξαν δηλαδή, ερευνητικά ότι ο διαδραστικός διάλογος που αποτελείται τόσο από λεκτική όσο και από οπτική έκφραση, οδήγησε στη δημιουργία μιας σειράς έργων τέχνης στα οποία σημειώθηκε στιλιστική και θεματική επίδραση μεταξύ του θεραπευτή και του πελάτη. Χαρακτηριστικό είναι ότι αναπτύχθηκε μια θετική σχέση των θεραπειών με όλους τους συμμετέχοντες, ως απόρροια μιας πολύ λιγότερο εκφοβιστικής και απειλητικής κοινωνικής αλληλεπίδρασης, δηλαδή μέσω μιας κοινής καλλιτεχνικής εμπειρίας, η οποία επέτρεψε στους θεραπευόμενους να αισθάνονται ότι βρίσκονται σε ένα ασφαλές περιβάλλον, όπου διατηρούν τον έλεγχό του. Όπως δήλωσε Emery (2004:147) *«the act of forming an interpersonal relationship will always be the most valuable and important feature of the developmental process, regardless of the children's genetic or biological identity»*. Σε ελεύθερη απόδοση, η Emery υποστηρίζει ότι η πράξη της συγκρότησης μιας διαπροσωπικής σχέσης θα είναι πάντοτε το πιο πολύτιμο και σημαντικό χαρακτηριστικό της διαδικασίας ανάπτυξης, ανεξάρτητα από τη γενετική ή βιολογική ταυτότητα των παιδιών.

3.5 Γνωστική συμπεριφορά και θεραπεία μέσω τέχνης

Το 2008, η Epp (2008:27-36) αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα ενός ομαδικού θεραπευτικού προγράμματος κατάκτησης κοινωνικών δεξιοτήτων για παιδιά με ΔΑΦ. Το πρόγραμμα αυτό ονομάστηκε SuperKids και οργανώθηκε το 1999 στο Ridgefield του Connecticut, στο πλαίσιο κατά τόπους θεραπευτικής διαχείρισης των αναγκών ιδιωτών όλης της πόλης. Η Epp (2008:30) ανέφερε ότι *«each practice involved a large number of children on the autism spectrum, experiencing significant communication and social deficits. Δηλαδή, κάθε πρακτική αφορούσε ένα μεγάλο αριθμό παιδιών με*

ΔΑΦ, που βίωναν σημαντικά επικοινωνιακά και κοινωνικά ελλείμματα. Δεδομένου ότι η ατομική θεραπεία δεν αξιολογούνταν ως αποτελεσματική, καθώς δεν ανταποκρίνονταν στις ανάγκες των ασθενών με αδυναμίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, οι τοπικοί θεραπευτές αποφάσισαν να δημιουργήσουν ένα πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας, για όλους τους θεραπευόμενους με ΔΑΦ.

Στο πλαίσιο του προγράμματος SuperKids, όπου αξιοποιήθηκε η ομαδική θεραπεία, διαμορφώθηκαν ομάδες περίπου έξι παιδιών, παρόμοιων ηλικιών και κοινωνικής-επικοινωνιακής ικανότητας (Epp, 2008:30). Από τον Σεπτέμβριο ως τον Μάιο του 1999, κάθε ομάδα συναντιόταν μια φορά εβδομαδιαίως για τις συνεδρίες μετά το ωράριο του σχολείου. Οι συνεδρίες αυτές επικεντρώθηκαν σε ένα συγκεκριμένο σύνολο κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως ο συμβιβασμός, η ευγενής νίκη ή ήττα στο παιχνίδι, οι δεξιότητες συνομιλίας, η επαφή με τα μάτια, η διαμόρφωση της φωνής, η δεξιότητες φιλίας, η κατανόηση μη λεκτικών δεικτών, η αναγνώριση και η έκφραση των συναισθημάτων, η κατανόηση και συνειδητοποίηση των συναισθημάτων των άλλων, η ρύθμιση των έντονων συναισθημάτων κ.ά. (Epp, 2008:31).

Οι συμμετέχοντες έκαναν κτήμα τους τις κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες παρακολουθώντας, απομνημονεύοντας και οικειοποιούμενοι τις κινήσεις και πράξεις των θεραπειών. Το πρόγραμμα SuperKids ενσωμάτωσε τη θεραπεία μέσω τέχνης και τη συνδύασε με τις γνωστικές τεχνικές συμπεριφοράς σε μια ομάδα, για να παράσχει την απαραίτητη βοήθεια στα παιδιά με ΔΑΦ, προκειμένου να αναπτύξουν τις κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητές τους. Για παράδειγμα, ο θεραπευτής ρωτούσε τους συμμετέχοντες: όταν αισθάνεστε απογοητευμένοι ή χαρούμενοι, τι λέτε στον εαυτό σας; Ήποιαείναιαυτό-ομιλίασας; (Epp, 2008:31).

ΓιατηνEpp(2008:31) η *«art provides an alternative form of communication for those children who make significant (ineffective) efforts to acquire appropriate communication and social skills»*. Ουσιαστικά, διαπίστωσε ότι η τέχνη παρέχει μια εναλλακτική μορφή επικοινωνίας για αυτά τα παιδιά που καταβάλλουν σημαντικές (αναποτελεσματικές) προσπάθειες να αποκτήσουν τις κατάλληλες επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες. Τα έργα τέχνης, εμφανίζουν ένα βαθύτερο επίπεδο σημαία από ό,τι μπορούν να αποδώσουν οι λέξεις, και ανακάλυψε ότι η παραγωγή έργων τέχνης οδηγεί συχνά σε συζήτηση για τρόπους αλλαγής της αυτό-διάθεσης και της βελτίωσης

των συναισθημάτων, για την καλύτερη δυνατή επιλογή κοινωνικών και επικοινωνιακών συμπεριφορών.

3.6 Η χρήση του χρώματος στη θεραπεία

Το χρώμα εντάσσεται στους τομείς εκείνους, τους οποίους οι θεραπευτές-καλλιτέχνες συχνά επικαλούνται αναφορικά με την ανάπτυξη των δεξιοτήτων των θεραπευόμενων κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Για παράδειγμα, μερικά χρώματα δημιουργούν χαλαρά συναισθήματα στον παρατηρητή, ενώ άλλα προκαλούν ταυτόχρονα και άγχος. Στην παραδοσιακή θεραπεία μέσω τέχνης, είναι δυνατή η ανάλυση του έργου ενός θεραπευόμενου εν μέρει, με την εξέταση, την ανάλυση και την ερμηνεία της επιλογής των χρωμάτων. Αλλά η θεραπευτική καλλιτεχνική δραστηριότητα, δεν απαιτεί από έναν θεραπευτή να εκτιμήσει ή να είναι κριτικός είτε με την δημιουργική διαδικασία, είτε με το προϊόν αυτό καθαυτό, δηλαδή το εικαστικό έργο. Αντίθετα, το σημείο-κλειδί της θεραπείας είναι να δίδεται έμφαση στην ενίσχυση του θετικού συναισθήματος των θεραπευόμενων, το οποίο βρίσκεται σε άμεση συνάφεια με την επιλογή των χρωματισμών για τη διεκπεραίωση του καλλιτεχνήματος. Υπό αυτό το πρίσμα, η επιλογή και η χρήση του χρώματος μπορεί να είναι μια πολύ ισχυρή ένδειξη στην προσπάθεια του θεραπευτή να εξερευνήσει τα ζητήματα που σχετίζονται με την αρνητική αυτό-αντίληψη (Del Giacco, 2010).

Η θεραπεία με αξιοποίηση πολλαπλών επιλογών χρωμάτων, έχει εφαρμοστεί πολλάκις στο πλαίσιο της λειτουργίας των σχολών εκπαίδευσης ή κατάρτισης εκπαιδευτικών για την αντιμετώπιση και διαχείριση των μαθησιακών δυσκολιών. Το χρώμα χρησιμεύει για να βοηθήσει τα άτομα με διαταραχές και δυσλειτουργίες να αναπτύξουν δεξιότητες επικοινωνίας και να ενισχύσουν την κοινωνική τους παρουσία και έκφραση προς τρίτους, μέσω κοινωνικών ασκήσεων, στις οποίες σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η θεραπεία μέσω τέχνης, στην οποία συμπεριλαμβάνεται και η επιλογή χρώματος. Οι μορφές λήψης και απόδοσης των εικόνων, λειτουργούν αντίστοιχα στις σφαίρες της σκέψης, της αίσθησης και της θέλησης, της ενίσχυσης της ικανότητας και της λειτουργίας. Δεδομένου ότι όλες οι καλλιτεχνικές εργασίες γίνονται με προσοχή και πρόθεση, η διείσδυση του εγώ σε αυτές τις σφαίρες, διευκολύνεται μέσω της χρήσης του χρώματος ως τρίτης οντότητας που εντοπίζεται στη θεραπευτική διαδικασία (Del Giacco, 2010).

Κεφάλαιο 4ο: Εικαστικές τέχνες και εικαστική θεραπεία

4.1 Εικαστική θεραπεία: Θεραπεία μέσω της δημιουργικότητας

Τα τελευταία χρόνια, οι δημιουργικές καλλιτεχνικές θεραπείες (Creative Arts Therapies–CATs) έχουν γνωρίσει αυξανόμενο ενδιαφέρον και εφαρμογή στο πλαίσιο της κλινικής πράξης παγκοσμίως. Ο όρος «δημιουργικές καλλιτεχνικές θεραπείες» περιλαμβάνει τη θεραπευτική αξιοποίηση των εικαστικών τεχνών, της μουσικής, του χορού, του θεάτρου και της ποίησης με σκοπό την αποκατάσταση, διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής ευεξίας, της λειτουργικής ικανότητας, της αυτονομίας, της ανεξαρτησίας και της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρίες, με ανίατες ή χρόνιες παθήσεις, με νευρο(βιο)λογικές και ψυχικές διαταραχές. Μεταξύ αυτών, η εικαστική θεραπεία χρησιμοποιεί τις εικαστικές τέχνες για την ενίσχυση της σωματικής, της νευρο(βιο)λογικής, της ψυχικής και της συναισθηματικής ίασης. Πρόκειται για μια θεραπευτική προσέγγιση που κερδίζει διαρκώς έδαφος σε διεθνές επίπεδο στον τομέα της ψυχικής υγείας, της αποκατάστασης, της επανένταξης και της γενικότερης θεραπευτικής παρέμβασης.

Υπό το πρίσμα της πανδημίας COVID-19, πρόσφατες ανασκοπήσεις εστίασαν στην εφαρμογή τεχνικών δημιουργικής καλλιτεχνικής θεραπείας και την επίδρασή τους στην ψυχική υγεία και την ευημερία. Η αναζήτηση στις κύριες επιστημονικές βάσεις δεδομένων ανέδειξε ότι η εικαστική θεραπεία χρησιμοποιήθηκε ως βασική μορφή θεραπευτικής παρέμβασης για άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά ελλείμματα. Πρόσφατες ποιοτικές μελέτες υψηλής μεθοδολογικής αξίας κατέδειξαν ποσοστά αποτελεσματικότητας που κυμαίνονται μεταξύ 60% και 79% για την εικαστική θεραπεία στη μείωση του άγχους, της κατάθλιψης, του μετατραυματικού στρες, του φόβου, στη ρύθμιση των συναισθημάτων και τη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Αξιοσημείωτο είναι ότι η διάρκεια οκτώ θεραπευτικών συνεδριών σχετίστηκε με ποσοστά αποτελεσματικότητας της τάξης του 75–79%. Πολλές ποιοτικές μελέτες έχουν καταγράψει υποκειμενικές αφηγήσεις ατόμων που βιώνουν μοναδικές και πρωτόγνωρες μεταμορφωτικές εμπειρίες, οι οποίες αποδίδονται ειδικά στη θεραπεία μέσω της τέχνης (Shukla et al., 2022· Sigal, 2021:23-29).

4.1.1 Ιστορικό υπόβαθρο

Η χρήση της τέχνης για θεραπευτικούς σκοπούς έχει μακρά και σύνθετη ιστορία. Παραδείγματα αυτής της πρακτικής εντοπίζονται ήδη σε αρχαίους πολιτισμούς, όπως στις βραχογραφίες του Λασκώ στη Γαλλία, καθώς και σε έργα τέχνης των πρώιμων αιγυπτιακών, αφρικανικών και αυστραλιανών πολιτισμών. Για αιώνες, η τέχνη θεωρούταν ότι κατείχε μυστικιστικές ή θρησκευτικές ιδιότητες, οδηγώντας στη δημιουργία ιερών масκών, φυλαχτών και αμυγδαλών, τα οποία προορίζονταν να αποτρέπουν τα κακά πνεύματα ή να επηρεάζουν τις δυνάμεις της φύσης. Οι Αζτέκοι και οι Μάγια ανέπτυξαν σύνθετα συστήματα ημερολογίων και ιερογλυφικών, τα οποία ενδεχομένως λειτουργούσαν ως «φόρμουλες» επικοινωνίας με το θείο, ενώ η σαμανική τέχνη θεωρούταν άμεσο κανάλι σύνδεσης με τον πνευματικό κόσμο και μέσο πρόκλησης οραμάτων. Ορισμένοι λαοί, με πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα τους ιθαγενείς της Αμερικής Χόπι, χρησιμοποιούσαν τις τελετουργικές κούκλες «Κατσίνα» (Kachina), οι οποίες ενσάρκωναν τα πνεύματα των θεών και είχαν παιδαγωγικό ρόλο στη διδασκαλία των παιδιών για τον φυσικό κόσμο. Η τέχνη, διαχρονικά, εκλαμβάνόταν είτε ως μέσο επιβολής τάξης και ελέγχου έναντι του χάους, είτε ως μαγική τεχνική ελέγχου επί του φυσικού κόσμου (Alzola et al., 2024).

Η δημιουργική έκφραση των ανθρώπων καταγράφηκε ιστορικά με μεγαλύτερη πληρότητα από τον Sigmund Freud, ο οποίος θεώρησε την καλλιτεχνική δημιουργία ως μορφή εξιδανίκευσης (sublimation) της σεξουαλικότητας ή, εναλλακτικά, ως εκτόνωση της επιθετικότητας. Κατέληξε, λοιπόν, στο συμπέρασμα ότι αυτού του είδους η θεραπεία θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση των συμπτωμάτων σε ενήλικες ασθενείς που παρουσίαζαν παρορμητική ή ψυχοσωματική συμπτωματολογία χωρίς σαφή αιτιολογία. Δεδομένου ότι η τέχνη αποτελεί έναν από τους βασικότερους διαύλους ανθρώπινης εμπειρίας, ήταν εύλογο να στραφούν και οι σωματοκεντρικές προσεγγίσεις στην αναζήτηση της θεραπευτικής της αξίας. Η ψυχαναλυτική θεώρηση της δημιουργικότητας ως παραγώγου της σεξουαλικότητας οδήγησε σε θεωρητικούς παραλληλισμούς μεταξύ της ζωγραφικής και του ονείρου, αμφότερα νοούμενα ως «συμβολικά μετωνυμικά» υποκατάστατα βαθύτερων επιθυμιών και συγκρούσεων (Klein-Junior et al., 2021).

4.1.2 Θεωρητικό υπόβαθρο

Η εικαστική θεραπεία ενσωματώνει θεωρίες της μνήμης με την κατανόηση των συναισθημάτων. Η μνήμη υπερβαίνει τις γνωστικές λειτουργίες· περιλαμβάνει τόσο ρητά (λεκτικοποιημένα) όσο και άρρητα (μη λεκτικά) συστατικά. Η ρητή μνήμη μπορεί να εκφραστεί με λόγο, ενώ η άρρητη μνήμη επηρεάζει τη συμπεριφορά χωρίς να υπάρχει συνειδητή επίγνωση. Οι συναισθηματικά συγκεκαλυμμένες μνήμες υποδηλώνουν αισθήματα ασφάλειας ή δυσφορίας και επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου για σκέψη, ιδιαίτερα όταν σχετίζονται με τραυματικές εμπειρίες. Οι πρόσφατες εξελίξεις στη νευροεπιστήμη, συμπεριλαμβανομένης της απεικόνισης του εγκεφάλου, θέτουν υπό αμφισβήτηση παλαιότερες αντιλήψεις σχετικά με τα συστήματα μνήμης (Kossak, 2021).

Τα δεδομένα υποδεικνύουν την ύπαρξη δύο διακριτών οδών για την κωδικοποίηση και ανάκληση των μνημονικών βιωμάτων. Παράλληλα, η επιστημονική έρευνα διερευνά τη λειτουργία του εγκεφάλου αναφορικά με τη στοχαστική συνείδηση και τη συναισθηματική μνήμη. Το δίκτυο φλοιού–ιππόκαμπου ρυθμίζει τη ρητή μνήμη, ενώ η δεξιά αμυγδαλή και άλλες δομές του δεξιού ημισφαιρίου εμπλέκονται στη διαχείριση της συναισθηματικής μνήμης. Για τους εικαστικούς θεραπευτές, η κατανόηση των τρόπων πρόσβασης στα συγκεκριμένα συστήματα μνήμης μέσω της τέχνης απαιτεί διεπιστημονική γνώση που γεφυρώνει διαφορετικά επιστημονικά πεδία (Malik, 2022:50-57).

4.1.3 Είδη εικαστικής θεραπείας

Οι θεραπευτές μέσω τέχνης χρησιμοποιούν διάφορα εικαστικά μέσα, όπως το σχέδιο, τη ζωγραφική, το γλυπτό, το ημερολόγιο ή τις παστέλ για να βοηθήσουν τους ασθενείς/ θεραπευόμενους να αποκτήσουν επίγνωση και να αναπτύξουν τη δημιουργικότητά τους. Αυτά τα μέσα τους εμπλέκουν συναισθηματικά, προωθώντας οπτικές εικόνες που οι θεραπευτές μπορούν να ερμηνεύσουν ευκολότερα από αφηγήσεις. Η επιλογή του μέσου και των ασκήσεων εξαρτώνται από τις γνωστικές ικανότητες, τις εμπειρίες, τον διαθέσιμο χρόνο και τους στόχους του ασθενούς. Οι ασκήσεις σχεδιάζονται, έτσι ώστε να διεγείρουν τη φαντασία, την έκφραση ή

συγκεκριμένη ενασχόληση, με διαφοροποιημένη πολυπλοκότητα ανάλογα με την πρόοδο του ασθενούς/ θεραπευόμενου. Ασθενείς/ θεραπευόμενοι καλούνται να δημιουργήσουν σχέδια που αντικατοπτρίζουν τις εμπειρίες τους, κατόπιν υπόδειξης του θεραπευτή (Allen, 1995).

Αρχικά, οι ασκήσεις τέχνης εστιάζουν σε πρόσφατα γεγονότα, εξελίσσονται όμως σε πιο αφηρημένες έννοιες όσο οι ασθενείς/ θεραπευόμενοι εξοικειώνονται με την καλλιτεχνική-δημιουργική διαδικασία. Σε αντίθεση με τους παραδοσιακούς ψυχολόγους, οι θεραπευτές μέσω τέχνης αναλύουν το ασυνείδητο υλικό οπτικά. Η θεραπεία μέσω τέχνης είναι κρίσιμη για τη νευρο(βιο)λογική και ψυχική υγεία, καθώς επιτρέπει την έκφραση συναισθημάτων και τη διαχείριση των εκάστοτε διαταραχών. Με τον διαχωρισμό των συναισθημάτων από τις αναμνήσεις, συμβάλλει στη μείωση του άγχους και της αγωνίας. Σε αυτό συμβάλλει η ερευνητικά αποδεδειγμένη ετοιμότητα των ασθενών/ θεραπευόμενων να ανταποκρίνονται, και μάλιστα να ανταποκρίνονται θετικά, στο εικαστικά υποστηρικτικό θεραπευτικό περιβάλλον (Hunter, 2019:1-3).

Η μη λεκτική ή οπτική επικοινωνία εκφράζεται μέσω των χρωμάτων, με τα οποία υποδηλώνονται συναισθήματα, όπως η ευτυχία, η δυστυχία κ.ά.. Η επιτυχημένη μεταβίβαση και αντι-μεταβίβαση επιτρέπουν την εξερεύνηση του ιστορικού τόσο του θεραπευτή όσο και του ασθενούς/ θεραπευόμενου. Οι δυναμικές της ομάδας επίσης αναπαρίστανται, απεικονίζοντας συνδέσεις και ανατροφοδότηση. Η θεραπεία μέσω τέχνης επηρεάζει διάφορες νοητικές λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένων των γνωστικών ικανοτήτων και της ανάπτυξης της σκέψης, προσφέροντας έναν ασφαλή χώρο για διαχείριση των διαταραχών και των ελλειμμάτων, ενώ προάγει τη δημιουργικότητα και την συναισθηματική κατανόηση (Hunter, 2019:1-3).

4.1.4 Τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην εικαστική θεραπεία

Η εικαστική θεραπεία αποτελεί μια θεραπευτική προσέγγιση που αξιοποιεί τη δημιουργία τέχνης ως μέσο επικοινωνίας και έκφρασης. Ορισμένα άτομα βρίσκουν πιο εύκολο να μοιραστούν ανησυχητικές σκέψεις μέσα από το σχέδιο παρά μέσω του προφορικού λόγου, ενώ απλές χειροτεχνίες μπορούν να προκαλέσουν συναισθήματα ή αναμνήσεις που αποκαλύπτουν την ιστορία πίσω από τη δημιουργία. Η ενσωμάτωση ενός απτού στοιχείου σε ένα αντικείμενο, σε ένα σχέδιο ή πίνακα, το

συγκρατεί και επιτρέπει την επανεξέτασή του. Μόλις ξεκινήσει η τέχνη, το μυαλό ανοίγει. Οι μορφές εικαστικής θεραπείας ποικίλλουν σημαντικά, όπως και οι θεραπευτικοί στόχοι. Οι τεχνικές αυτές διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες: κατευθυνόμενη, ημι-κατευθυνόμενη και μη-κατευθυνόμενη. Στην κατευθυνόμενη εικαστική θεραπεία, δημιουργείται έργο τέχνης βάσει συγκεκριμένων οδηγιών που προωθούν ένα προκαθορισμένο αποτέλεσμα. Παραδείγματα αποτελούν η καθοδηγούμενη ζωγραφική ατμόσφαιρας, οι κάρτες ανταλλαγής έργων τέχνης (artist trading cards) ή οι κόμικς που απεικονίζουν ένα γεγονός (Reilly et al., 2021: 246-247).

Οι ημι-κατευθυνόμενες τεχνικές διαθέτουν επίσης, συγκεκριμένες οδηγίες, ωστόσο ο δημιουργός έχει μεγαλύτερη ελευθερία στην επιλογή υλικών και τεχνικής. Για παράδειγμα, μια απεικόνιση ανεμοστρόβιλου σε υδατοχρωματικούς μολύβδους με χρήση αλατιού και λευκαντικού μπορεί να συμβολίζει ένα συντριπτικό συναίσθημα, ενώ ένας αφηρημένος πίνακας ζωγραφισμένος με το μη κυρίαρχο χέρι μπορεί να εκφράζει σύγχυση. Η μη-κατευθυνόμενη εικαστική θεραπεία θέτει ελάχιστες οδηγίες, περιοριζόμενη μόνο στον καθορισμό των υλικών, των διαστάσεων και της ουσίας της ιστορίας ή του συναισθήματος που απεικονίζεται. Αυτό το είδος θεραπείας επιτρέπει την αυτοανακάλυψη, όπου ο θεραπευόμενος εξερευνά θέματα τόσο πολύπλοκα και αφηρημένα όσο οι εσωτερικές λειτουργίες του νου (Uka&Uka, 2022:281-286).

Η εικαστική θεραπεία αποτελεί μια πρόσκληση για δημιουργική έκφραση, επεξεργασία άγχους, φόβων, παθών, ενθουσιασμού και ευτυχίας με ασφάλεια. Η μορφή της έκφρασης, είτε γραπτή, σχεδιαστική, ζωγραφική, χειροτεχνική, χορευτική, φωτιστική, φωνητική ή σκηνική, είναι απολύτως επιλογή του ατόμου ή κατάλληλη της γνωστικής, ψυχοκοινωνικής και μαθησιακής του κατάστασης. Επιπλέον, η εικαστική θεραπεία προσφέρει μια πρόσκληση για αναζήτηση ενόρασης, ανάπτυξης, κατανόησης, μεταμόρφωσης και επίγνωσης της προσωπικής διαδικασίας. Μέσω της πρόθεσης, αναπτύσσεται η κατανόηση, και η δημιουργική απελευθέρωση οικοδομεί μια γνώση που οδηγεί όσους την αναζητούν σε απαντήσεις. Η εικαστική θεραπεία αποτελεί αυτό το μονοπάτι, το οποίο μπορεί να απαιτεί δέσμευση, διαμορφώνοντας μια πρακτική τέχνης που αποδέχεται και προτεραιοποιεί την ιδέα της δημιουργίας τέχνης ως μέσο αναπαραγωγής του χάους ή, όπως συχνά συμβαίνει, ως έναν τρόπο «τακτοποίησης» (Reilly et al., 2021:247-249· Uka&Uka, 2022:281-286).

4.1.5 Οφέλη της εικαστικής θεραπείας

Η τέχνη ως θεραπεία βασίζεται στη σύνδεση μεταξύ της δημιουργικής πράξης, δηλαδή μιας δραστηριότητας που ενσωματώνει την αυτοανακάλυψη και τον αυτοπειραματισμό, και των αντιδράσεων και συναισθημάτων που αυτή προκαλεί. Η συσχέτιση με την έννοια του κάλλους συμβάλλει στην επανασύνδεση του ατόμου με την ουσία του εαυτού και τις δυνατότητές του. Αυτή η προοπτική έχει σταδιακά ενισχυθεί, αναγνωριζόμενη ως ευαισθησία και δημιουργικότητα, σύμφωνα με την αντίληψη ότι στο βάθος όλα είναι μια ευαισθησία. Οι άνθρωποι εξοικειώνονται με τη ζωή, τον κόσμο, τον εαυτό τους και τους άλλους, ξεκινώντας από και μέσω των αισθήσεων. Μαθαίνουν να ζουν μέσω της σύνδεσης και της πρόσθετης υποστήριξης. Τρέφονται και αναγεννώνται μέσω της Τέταρτης Διάστασης, της διάστασης του να είναι κανείς γνωστός και να γνωρίζει, δηλαδή της διάστασης της σχέσης, της συνειδητοτητας και της αυθεντικής ύπαρξης μέσα από την αλληλεπίδραση με τον εαυτό και τους άλλους⁵ (Rahna & Nithya, 2022:197-199).

Η τέχνη ως θεραπεία έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την αυτοεκτίμηση ενισχύοντας τα συναισθήματα αυτοαξίας και ικανότητας. Η αυτοεκτίμηση ατόμων με νευρο(βιο)λογικές και ψυχικές διαταραχές, όπως η ΔΑΦ, η κατάθλιψη, η άνοια, η σχιζοφρένεια και η ψύχωση, έχει ενισχυθεί μέσω της εφαρμογής της τέχνης ως θεραπευτικής παρέμβασης. Έχει προταθεί ότι η τέχνη μπορεί να συμβάλλει στην ενδυνάμωση της αυτοεκτίμησης, παρέχοντας δεξιότητες που μπορούν να κατακτηθούν και να καλλιεργηθούν περαιτέρω. Όπως έχει τεκμηριωθεί από το πρώτο κίνημα της τέχνης ως θεραπείας στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ, καθώς και με την ίδρυση των πρώτων οργανώσεων τέχνης-θεραπείας στις εν λόγω περιοχές, η τέχνη αποτελεί μέσο επικοινωνίας που μπορεί να ξεπεράσει τη διστακτικότητα ή την αδυναμία ορισμένων ασθενών/ θεραπευόμενων. Μέσω της τέχνης, ορισμένα άτομα μαθαίνουν

⁵ Πιο αναλυτικά, η Τέταρτη Διάσταση είναι ένα ψυχοκοινωνικό και υπαρξιακό επίπεδο ανθρώπινης εμπειρίας. Είναι η διάσταση της ενσυναίσθησης, της αυτεπίγνωσης και της αναγνώρισης, τόσο από τον εαυτό όσο και από τους άλλους. Συνδέεται με την υπαρξιακή εμπειρία του ανθρώπου, που ξεπερνά την απλή σωματική ή ψυχολογική υπόσταση, και εισέρχεται στον χώρο της δημιουργικότητας, της αυθεντικής επαφής και της εσωτερικής σύνδεσης. Μέσω της τέχνης, το άτομο εισέρχεται σε αυτόν τον «χώρο», την Τέταρτη Διάσταση, όπου αναγνωρίζει τον εαυτό του, επαναπροσδιορίζει την ταυτότητά του και συχνά, θεραπεύεται μέσα από αυτή τη διαδικασία.

να κατανοούν τον εαυτό τους, τους άλλους, να κοινωνικοποιούνται και να ανακουφίζουν τον πόνο τους (Alam et al., 2022:2083-2090).

Η συμμετοχή σε δημιουργικές δραστηριότητες μπορεί να μειώσει και να αποτρέψει τη συσσώρευση στρες, απελπισίας και εν γένει, αρνητικών συναισθημάτων, ελαττώνοντας το φορτίο χρόνιων νευρο(βιο)λογικών και ψυχικών ασθενειών. Προερχόμενη από την ιδέα ότι η καλλιτεχνική έκφραση μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στη διαδικασία επούλωσης, η ανωτέρω αντίληψη έγινε σχεδόν καθολικά αποδεκτή και βρήκε θετική υποδοχή στους ειδικούς επιστήμονες, οι οποίοι εξέτασαν τον τρόπο με τον οποίο η τέχνη βοηθά στην αποκατάσταση από ψυχοκοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα, στην αύξηση της αυτογνωσίας και της κατανόησης των άλλων, στην κοινωνικοποίηση, καθώς και στην ανάπτυξη της ικανότητας για αυτοαντανάκλαση. Πολλά στοιχεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς ή ψυχολογικής κατάστασης μπορούν να αναδομηθούν, ενώ εξετάστηκε και ο τρόπος με τον οποίο η τέχνη ως θεραπεία μειώνει τις ψυχικές εκδηλώσεις. Επιπλέον, επισημάνθηκε η δυνατότητα της τέχνης να υπερβεί τους φόβους και τις αναστολές των ατόμων. Σήμερα, η τέχνη ως θεραπεία χρησιμοποιείται ευρέως ως θεραπευτική προσέγγιση σε ποικίλους τομείς, όπως μεταξύ ασθενών με καρκίνο, ΔΑΦ, νόσο Alzheimer, άνοια και νόσο Πάρκινσον κ.ά. (Alam et al., 2022:2083-2090).

4.1.6 Η εικαστική θεραπεία σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες

Η εικαστική θεραπεία έχει εφαρμοστεί με επιτυχία σε ποικίλες πληθυσμιακές ομάδες, καλύπτοντας όλο το φάσμα της ανθρώπινης ανάπτυξης, από τη βρεφική ηλικία έως την τρίτη ηλικία, και περιλαμβάνοντας ευρύ φάσμα κοινωνικά αποδεκτών συμπεριφορών και ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων. Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της εικαστικής θεραπείας σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες εστιάζει κυρίως σε αναπτυξιακά ζητήματα, τα οποία σχετίζονται με τη θεραπευτική ανταπόκριση, με ιδιαίτερη έμφαση στην αντιμετώπιση τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία. Κατωτέρω, εξετάζονται εφαρμογές της εικαστικής θεραπείας σε δευτερεύουσες, πλην όμως σημαντικές, ομάδες, όπως οι άνθρωποι που πάσχουν από Σύνδρομο Μετατραυματικού Στρες, οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με ιατρική ευαλωτότητα. Παράλληλα, διερευνώνται ζητήματα διαδραστικότητας μεταξύ των θεραπευτικών τεχνικών και των ιδιαίτερων αναγκών των προαναφερθέντων ομάδων.

Παρέχεται, επιπλέον, εκτενής βιβλιογραφία και πόροι τόσο για θεραπευόμενους όσο και για επαγγελματίες του κλάδου (Ketch et al., 2015:174-178).

Ο ρόλος του εικαστικού θεραπευτή (Clinical Art Therapist) αναδεικνύεται ως κομβικός. Πρόκειται για επαγγελματία που δεσμεύεται στη θεραπευτική αξιοποίηση των εικαστικών μέσων και της δημιουργικής έκφρασης εντός κλινικών πλαισίων, ο οποίος δεσμεύεται από την ηθική υποχρέωση αποφυγής της χρήσης υλικών ή τεχνικών που δύνανται να διαταράξουν το αίσθημα ασφάλειας των θεραπευόμενων, ιδίως σε ομάδες με βεβαρημένο ιστορικό διαταραχών, προβλημάτων υγείας, τραύματος κ.ά. Λόγω του ότι η παρούσα ερευνητική μελέτη εστιάζει στην περίπτωση της θεραπείας μέσω τέχνης για άτομα με ΔΑΦ, στο παρόν κεφάλαιο κρίνεται σκόπιμη η διερεύνηση της εικαστικής θεραπείας σε άτομα με άλλους είδους προβλήματα. Συγκεκριμένα, θα εξεταστεί η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής προσέγγισης μέσω τέχνης σε άτομα που πάσχουν από μετατραυματική διαταραχή άγχους (PTSD), δηλαδή η παροχή ενός εναλλακτικού καναλιού επικοινωνίας εν αντιθέσει με τις παραδοσιακές λεκτικές μεθόδους που ενδέχεται να μην είναι προσβάσιμες ή κατάλληλες για όλους. Η εικαστική θεραπεία αναδεικνύεται σε ζήτημα ύψιστης προτεραιότητας όταν συντρέχει η ανάγκη πρόσληψης των αυτοκτονικών τάσεων σε άτομα με PTSD. Μέσα από την ανασκόπηση αφηγήσεων τόσο των ίδιων των θεραπευόμενων όσο και των ερευνητών, εξετάζεται η θεραπευτική συμβολή των παραγόμενων καλλιτεχνημάτων των θεραπευόμενων, όπως ζωγραφιές, σχέδια και εγκαταστάσεις, για την επεξεργασία του ψυχικού τραύματος (Backos, 2021).

4.1.7 Εικαστική θεραπεία και ψυχική υγεία

Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δημιουργική θεραπευτική προσέγγιση, διακριτή από τη διδασκαλία καλλιτεχνικών δεξιοτήτων ή την καλλιτεχνική ψυχαγωγία. Ο πιστοποιημένος θεραπευτής επιδιώκει μέσω τέχνης πρωτίστως, την αντιμετώπιση ψυχικών νόσων και την ενίσχυση της αυτογνωσίας. Η μέθοδος αυτή έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη μείωση του άγχους σε ασθενείς με χρόνιο πόνο, ενώ έχουν αναφερθεί θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα σε επιζώντες τραυματικών γεγονότων. Έφηβοι με ψυχιατρικές διαταραχές συχνά ανταποκρίνονται πιο θετικά σε μη λεκτικές μορφές έκφρασης, όπως η δημιουργική εικαστική απεικόνιση, σε σύγκριση με τις παραδοσιακές, προφορικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η θεραπεία

μέσω τέχνης αξιοποιεί τη δημιουργικότητα, το χρώμα και την εικόνα ως μέσα συναισθηματικής έκφρασης και ανάκλησης αναμνήσεων. Οι ψυχολόγοι υγείας αναλύουν τα έργα τέχνης προκειμένου να ερμηνεύσουν συμπεριφορές υγείας και να κατανοήσουν τη διαδικασία ίασης που συνδέεται με την καλλιτεχνική δημιουργία (Ongesa et al., 2025).

Η ερευνητική τεκμηρίωση καταδεικνύει ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει ουσιαστικά στην ανάρρωση από τραύματα, στην ενίσχυση της αυτογνωσίας, στην ανακούφιση από συμπτώματα και στην τροποποίηση συμπεριφορών και αντιλήψεων. Παράλληλα, εξετάζονται τεχνικές που συσχετίζουν μεθόδους σύνθεσης καλλιτεχνικών έργων με ψυχολογικά αποτελέσματα, διερευνώντας τη δυνατότητα της τέχνης να λειτουργήσει ως δείκτης ψυχικής κατάστασης. Το συνεργατικό στοιχείο της θεραπείας μέσω τέχνης έγκειται στη μελέτη των εικόνων ως ανακλάσεις των συναισθημάτων των δημιουργών τους, συμβάλλοντας στη διασύνδεση της τέχνης με την ιατρική της συμπεριφοράς. Η κοινή εμπειρία της δημιουργίας και της ερμηνείας των καλλιτεχνικών έργων υπογραμμίζει την εν δυνάμει θεραπευτική επίδραση της τέχνης, τόσο για τους θεραπευόμενους όσο και για τους θεραπευτές, ακόμη και στην περίπτωση έργων που στερούνται λεκτικού περιεχομένου (Shukla et al., 2022).

4.1.8 Η εικαστική θεραπεία στη φυσική αποκατάσταση

Στο πλαίσιο ενός ολοένα και πιο ανταγωνιστικού περιβάλλοντος, όπως αυτό του εργασιακού χώρου, η καλλιτεχνική έκφραση μπορεί να λειτουργήσει ως διέξοδος για την εκτόνωση του συναισθηματικού στρες, εκτός των άμεσων πιέσεων της καθημερινότητας. Για πολλούς ανθρώπους, αυτή η διέξοδος ενεργοποιείται ήδη από την παιδική ή την εφηβική ηλικία, εκφραζόμενη σε πρόχειρα σκίτσα στο περιθώριο των τετραδίων, αφίσες για σχολικές ή κοινωνικές δραστηριότητες ή σε κάρτες που προσφέρονται σε συγγενείς και φίλους. Ωστόσο, για ορισμένα άτομα, η ανάγκη για δημιουργική έκφραση εξελίσσεται περαιτέρω, μετατρέπόμενη σε τεχνική αντιμετώπισης έντονων ψυχοσυναισθηματικών πιέσεων (Alwledat et al., 2023).

Η δημιουργική δραστηριότητα, όπως η καλλιγραφία, η σκίαση σε σχέδια ή η ύφανση χρωματιστών νημάτων, ενδέχεται να αποτελέσει ένα είδος ψυχοσωματικής κάθαρσης. Ο συμμετέχων/ουσα απορροφάται πλήρως στη διαδικασία, φτάνοντας σε μια κατάσταση στην οποία χάνει την αίσθηση του χρόνου και του χώρου, δηλαδή σε μια

κατάσταση βαθιάς ενσυνείδητης εμπλοκής. Στο θεραπευτικό πλαίσιο, αυτή η κατάσταση αξιοποιείται με τη συμβολή ειδικά εκπαιδευμένων επαγγελματιών-θεραπευτών, οι οποίοι καθοδηγούν τους θεραπευόμενους στη δημιουργία εικαστικού έργου με στόχο την ψυχική ίαση. Ωστόσο, η συγκεκριμένη διαδικασία παρουσιάζει αξιοσημείωτες και ενίοτε απρόβλεπτες εφαρμογές και πέραν του πεδίου της ψυχοθεραπείας. Στον χώρο της φυσικής αποκατάστασης, οι τομείς της ψυχαγωγίας και της σωματικής άσκησης έχουν παραδοσιακά κεντρικό ρόλο. Αρχικά, δόθηκε έμφαση σε άμεσες και σωματικές δραστηριότητες όπως ο χορός ή το παιχνίδι με στεφάνι (hula-hooping), ενώ οι εικαστικές τέχνες παρέμειναν στο περιθώριο των κλινικών παρεμβάσεων. Καθώς, όμως, η θεωρία της τέχνης άρχισε να εφαρμόζεται με μεγαλύτερη στόχευση, οι αντιδράσεις που προκαλούνται από τη σύνθεση σώματος και νου διαμόρφωσαν νέες, καινοτόμες προσεγγίσεις στη θεραπευτική πράξη (Hartanto et al., 2025:235-248).

Η διέγερση της φαντασίας μέσω της ζωγραφικής αποτέλεσε βασική τεχνική σε θεραπευτικές προσεγγίσεις ασθενών μετά από εγκεφαλικά επεισόδια. Η έκθεση των ασθενών σε έργα τέχνης με εμπνευστικό και θετικό περιεχόμενο σχετίστηκε με αισθητή μείωση των επιπέδων κατάθλιψης, άγχους και στρες. Συγκεκριμένα, αναλύθηκαν 116 καμβάδες από εξειδικευμένους θεραπευτές, ενώ διαπιστώθηκε ότι μια ώρα παθητικής ενατένισης καλλιτεχνικών έργων ήταν ικανή να επιφέρει σημαντική αύξηση των επιπέδων ενδορφινών, γεγονός που επιβεβαιώνει τη σωματογνωστική επίδραση της τέχνης σε πλαίσια φυσικής αποκατάστασης (Hartanto et al., 2025:235-248).

4.1.9 Εικαστική θεραπεία και πολιτισμικές προεκτάσεις

Όπως συμβαίνει με κάθε θεραπευτική προσέγγιση, οι πολιτισμικές προεκτάσεις στη διαδικασία της δημιουργίας τέχνης πρέπει να αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερη φροντίδα και σεβασμό. Οι εικαστικοί θεραπευτές, ειδικά εκείνοι που εργάζονται στον δημόσιο τομέα, οφείλουν να επιδιώκουν την κατανόηση αντικειμένων και συμβόλων που μπορεί να έχουν υψηλή σημασία ή να είναι δυνητικά προσβλητικά για τους πελάτες-θεραπευόμενούς τους. Επιπλέον, θεραπευτές που καλούνται να ηγηθούν ομάδων, όπως σε κέντρα φιλοξενίας προσφύγων και αιτούντων άσυλο, ενδέχεται να απευθύνονται σε πληθυσμούς με πολιτισμικά χαρακτηριστικά διαφορετικά από τα

δικά τους. Η προσεκτική διαχείριση αυτών των διαφορών συμβάλλει στην άμβλυνση του φόβου και της σύγχυσης σε κάθε συγκεκριμένο περιβάλλον (Maetal., 2024).

Για τους ιδιωτικούς δημιουργικούς ψυχοθεραπευτές, η παρουσίαση σε συνέδρια ή εργαστήρια μεπολιτισμικά διαφοροποιημένο κοινό μπορεί να προκαλέσει αίσθημα ανασφάλειας. Οι θεραπευτές ενδέχεται να αντιμετωπίζουν τα εργαλεία τέχνης, όπως για παράδειγμα τις πένες ή τα χρώματα, ως μέσα έκφρασης, λειτουργώντας παράλληλα μέσα σε ένα πλαίσιο ευάλωτης αποστασιοποίησης. Η διατήρηση διαρκούς επαγρύπνησης και αυτοπαρατήρησης είναι αναγκαία, ώστε να παραμένουν «ανοιχτοί» στο αναπάντεχο και να φωτίζουν τα ερωτήματα που γεννώνται από άτομα που ίσως ζουν σε περιβάλλοντα πολιτισμικής ετεροδοξίας και περιθωριοποίησης (Maetal., 2024).

Η παρούσα πρόκληση έγκειται στην ικανότητα να διατηρείται αυτός ο χώρος με γενναιοδωρία και σεβασμό. Η αυτοσυνείδηση δημιουργείται μέσα από νοητικά πειράματα και καλλιτεχνικές επιλογές, που μπορεί να απεικονίζονται ως κουτιά ή τείχη διαφορετικού ύψους και χρωμάτων, με ανάγλυφες ή αιχμηρές επιφάνειες. Σε ορισμένες χώρες, υπάρχουν ακόμη και κυβερνητικοί περιορισμοί, όπως απαγορεύσεις στη χρήση μαύρων μαρκαδόρων ή κιμωλίας. Παράλληλα, κάποιες μορφές ζωής αντιστέκονται σθεναρά σε έντονες ροές, ενώ άλλες κινούνται αργά πάνω σε επιφάνειες γεμάτες από υπολείμματα πετρελαίου. Η εμπειρία του να βρίσκεται κανείς έξω από τον πολιτισμικό του κόσμο συνεπάγεται την έκθεση σε ανεξερεύνητα χρώματα και υφές, καθώς και σε πλήθος θεραπευτικών ερωτημάτων που πλημμυρίζουν το νου (Zawadi, 2024:11-14).

4.1.10 Προκλήσεις στην εικαστική θεραπεία

Παρά τις δυνατότητες που προσφέρει η εικαστική θεραπεία όσον αφορά στη διαδικασία της ίασης, της ψυχολογικής και νευρο(βιο)λογικής ανάπτυξης, υπάρχουν σημαντικές προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Αυτές περιλαμβάνουν αμφιβολίες σχετικά με τη νομιμότητα της μεθόδου, το κατά πόσο δηλαδή, η δημιουργική έκφραση μπορεί πραγματικά να συμβάλλει στη θεραπεία, ποιοι μπορούν να ωφεληθούν από την τέχνη της θεραπείας, τον τρόπο παρουσίασης του έργου και την ανάδειξη της αξίας του. Οι αμφιβολίες και οι προκλήσεις αυτές οφείλουν να αναγνωρίζονται και να γίνονται αποδεκτές, με την πεποίθηση ότι η τέχνη της

θεραπείας αποτελεί μια αναγνωρισμένη, με ιστορία άνω του ενάμισι αιώνων, επαγγελματική επιστήμη, ισάξια και έγκυρη ως προς την αποτελεσματικότητα, συγκρίσιμη με τις λεκτικές θεραπείες (Srolowitz et al., 137-142).

Ωστόσο, αυτές οι προκλήσεις δεν πρέπει να κυριαρχούν στον τομέα ή να αποθαρρύνουν τους θεραπευτές από το να βρουν το θάρρος και τα μέσα για να αφηγηθούν τις εμπειρίες και τα αποτελέσματα του έργου τους. Οι δημιουργικοί επαγγελματίες συχνά διευρύνουν τα όρια των επιστημών τους, και στον χώρο της εικαστικής τέχνης αυτό επιτυγχάνεται μέσω του σχεδίου και της γραφής. Τα σχέδια μπορούν να μεταδώσουν παροδικά συναισθήματα και να εκφράσουν σκέψεις και συναισθήματα που είναι ωμά, κενά, σκληρά, αφελή ή εκθαμβωτικά — εκφράσεις που συχνά δεν μπορούν να αποδοθούν με λόγια ή ακόμη και με γραπτές εικόνες. Η γραπτή λέξη, παρότι ενδέχεται να μη διαθέτει το ίδιο επίπεδο αμεσότητας, και παρά το επίσημο λόγο που ενίοτε χαρακτηρίζει τη χρήση της σε έργα ορισμένων ψυχαναλυτών, έχει τη δυνατότητα να αποτελεί ένα ιδιαίτερα εκφραστικό μέσο. Στο πεδίο της τέχνης της θεραπείας, όπου το φαινόμενο της γραπτής λέξης πραγματοποιείται μέσω της σύνθεσης δημιουργικών μορφών, ανοίγονται νέες και ποικιλόμορφες δυνατότητες επικοινωνίας (Frank, 2025:5).

4.1.11 Μελλοντικές κατευθύνσεις στην έρευνα της εικαστικής θεραπείας

Η διερεύνηση της εικαστικής θεραπείας και της διαδικασίας δημιουργίας τέχνης από εικαστικούς θεραπευτές έχει ενθαρρυνθεί. Εξετάζεται πώς η εικαστική θεραπεία μπορεί να μελετηθεί μέσα από την υποκειμενική εμπειρία. Ποικίλες μέθοδοι, όπως συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια και αυτοεθνογραφία, που διερευνούν τον τρόπο με τον οποίο απόφοιτοι προγραμμάτων εικαστικής θεραπείας συνδέονται με την τέχνη τους, μπορούν να προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες. Εφόσον οι εκπαιδευτικοί τέχνης και οι εικαστικοί θεραπευτές μοιράζονται έναν κοινό ρόλο στην ενίσχυση της σύνδεσης του θεραπευόμενου με την εικαστική θεραπεία, την εκπαίδευση και τη δημιουργική αυτοέκφραση μέσω της τέχνης, καθώς και στην παροχή μιας συμπονετικής θεώρησης στους καλλιτέχνες και δημιουργούς, επιδιώκεται η αύξηση του όγκου της ποιοτικής έρευνας που καταγράφει τις μεθόδους και τα νοήματα της προσωπικής δημιουργίας τέχνης εντός του σχολικού περιβάλλοντος (Lawson, 2022).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι πρόκειται για έναν σχετικά ανεξερευνήτο τομέα εντός του πεδίου της εκπαίδευσης τέχνης. Εκφράζεται η ελπίδα ότι το θέμα αυτό θα προκαλέσει δημιουργική σκέψη και διάλογο, ότι η έρευνα θα περιλαμβάνει εκτενείς εικονογραφικές μελέτες περίπτωσης που θα διερευνούν την προσωπική δημιουργία τέχνης από προπτυχιακούς εικαστικούς θεραπευτές/εκπαιδευτικούς τέχνης, καθώς και από ενεργούς εκπαιδευτικούς τέχνης, και ότι θα εξεταστεί μια ευρεία γκάμα μεθόδων, συμπεριλαμβανομένης της ψηφιακής βιντεοσκόπησης, της φωτογραφικής τεκμηρίωσης και των αφηγηματικών αντιδράσεων στην προβολή προσωπικών βιντεοσκοπήσεων όπου ο δημιουργός αναστοχάζεται το έργο του (Lawson, 2022).

Η εικαστική θεραπεία αποτελεί επίσης έναν ανεξερευνήτο τομέα έρευνας εντός της εκπαίδευσης τέχνης, αν και αναγνωρίζεται η πρόοδος που έχει επιτευχθεί σε ακαδημαϊκές δημοσιεύσεις, όπως η πρόσφατη ειδική έκδοση του περιοδικού *Studies in Art Education* αφιερωμένη στην εικαστική θεραπεία. Ζητούνται περαιτέρω βήματα, συμπεριλαμβανομένης της διεύρυνσης του ερευνητικού πεδίου πέρα από τις σημαντικές και παραγωγικές φυσιολογικές μελέτες, και της δειγματοληψίας εμπειριών από πελάτες, εικαστικούς θεραπευτές σε διάφορους εργασιακούς χώρους, καθώς και από τους επιβλέποντες εικαστικούς θεραπευτές. Οι μελλοντικές ευκαιρίες για έρευνα και συγγραφή περιλαμβάνουν την ανάπτυξη μοντέλων εποπτείας, δεδομένου ότι ελάχιστα έχουν καταγραφεί ή διερευνηθεί σε αυτόν τον τομέα (Nikolaidouetal., 2025).

4.2 Η ηθική και αξιακή διάσταση της εικαστικής θεραπείας

Για δεκαετίες, η τέχνη σε όλες τις εκφάνσεις της έχει αξιοποιηθεί με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας των ανθρώπων. Η ποίηση, το θέατρο, η μουσική, ο χορός και οι εικαστικές τέχνες έχουν χρησιμοποιηθεί ως μέσα επεξεργασίας τραυματικών εμπειριών, μείωσης της ψυχολογικής δυσφορίας, ενίσχυσης της επικοινωνίας και της ευημερίας, διαχείρισης των αναπηριών. Ο όρος «καλλιτεχνική θεραπεία» (art therapy) εισήχθη το 1942 από τον Βρετανό καλλιτέχνη Adrian Hill, ο οποίος, βασισμένος στην προσωπική του εμπειρία μακράς νοσηλείας, διαπίστωσε ότι η εμπλοκή με την τέχνη και η δημιουργία καλλιτεχνικών έργων συνέβαλε στην ανακούφιση του πόνου του (Braitoetal., 2022:1370-1377). Έκτοτε, προγράμματα καλλιτεχνικής θεραπείας έχουν αναπτυχθεί διεθνώς και σε πλήθος

ειδικοτήτων, περιλαμβανομένων της ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης, της ψυχιατρικής, της νευρολογίας, της διαχείρισης χρόνιου πόνου και της ογκολογίας (Fancourt&Finn, 2019·Jiangetal., 2020· Joschkoeta., 2024·Raudenská etal., 2023) . Σε ποικίλα καλλιτεχνικά μέσα και κλινικά περιβάλλοντα, πληθαίνουν οι ενδείξεις ότι οι μεθοδολογίες βασισμένες στην τέχνη υποστηρίζουν την ψυχοκοινωνική ευημερία, την ενδυνάμωση και την ενίσχυση της αυτονομίας τόσο των ασθενών όσο και των υποστηρικτικών τους δικτύων.

Ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στην «εικαστική θεραπεία», η οποία ορίζεται ως κάθε μορφή καλλιτεχνικής δραστηριότητας κατά την οποία οι ασθενείς/ θεραπευόμενοι εμπλέκονται ενεργά στη χειρονακτική επεξεργασία υλικών, όπως η ζωγραφική, το σχέδιο, η γλυπτική και οι χειροτεχνίες (Joschko etal., 2024). Η επιστημονική βιβλιογραφική τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας της εικαστικής θεραπείας διαρκώς εμπλουτίζεται και σύμφωνα με πρόσφατες συστηματικές ανασκοπήσεις τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών, η θεραπευτική ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συσχετίστηκε με σημαντικές βελτιώσεις σε δείκτες υγείας, κυρίως στον τομέα της ψυχικής υγείας ή σε περιπτώσεις διαταραχών και σωματικών παθήσεων με ταυτόχρονη ψυχολογική επιβάρυνση (Joschko etal., 2024). Αξιοσημείωτο είναι ότι η πλειονότητα των μελετών αυτών έχει διεξαχθεί σε πλαίσια ψυχιατρικής ή σωματικής αποκατάστασης, κυρίως σε εξωνοσοκομειακές/ εξωιδρυματικές δομές ή εκπαιδευτικές δομές, όπου τα επίπεδα στρες και άγχους των ασθενών/ θεραπευόμενων κυμαίνονται σε θεωρητικά, χαμηλά επίπεδα (Walker etal., 2021:133-136).

Έχει τεκμηριωθεί ότι η καλλιτεχνική θεραπεία δύναται να βελτιώσει την καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών/ θεραπευόμενων, καθώς τους βοηθά να αντιμετωπίσουν την αφανή ψυχοκοινωνική δυσφορία τους, βελτιώνοντας όχι μόνο τη διαχείριση των διανοητικών ή ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, αλλά και τη γενικότερη ευημερία και κοινωνικότητά τους (Kapitan, 2012:48-49). Η εικαστική θεραπεία έχει αποδειχθεί ότι μειώνει το άγχος και ρυθμίζει τη συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια θεραπευτικών παρεμβάσεων τόσο σε ενήλικες (Brady etal., 2017· Shella, 2018:59-63) όσο και σε εφήβους (Bifano & Tsze, 2024:564-567).Υπό το πρίσμα αυτό, το θεωρητικό πλαίσιο των τεσσάρων βασικών αρχών της αυτονομίας, της ευεργεσίας, της μη βλάβης και της δικαιοσύνης, της βιοϊατρικής ηθικής, όπως διατυπώθηκε το 1979 από τους Childress και Beauchamps, μπορεί να προσφέρει ένα

γόνιμο υπόδειγμα για την κριτική αξιολόγηση της εφαρμογής της εικαστικής θεραπείας, ενοποιώντας τα διαθέσιμα εμπειρικά δεδομένα με τις παραδοσιακές προσεγγίσεις ψυχοκοινωνικών και σωματικών εκβάσεων (Beauchamp & Childress, 2013).

Η έννοια της αυτονομίας αναφέρεται στο δικαίωμα του ατόμου για αυτοκαθορισμό και στην ικανότητά του να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με τη θεραπευτική του αγωγή, βάσει των προσωπικών του αξιών και πεποιθήσεων. Η αυτονομία αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για τη διαβίωση μιας αξιοπρεπούς και ποιοτικής ζωής, για τη διατύπωση ενσυνείδητης συγκατάθεσης. Τρεις είναι οι βασικές διαστάσεις που συγκροτούν την έννοια της αυτονομίας: η κατανόηση, δηλαδή η ικανότητα του ασθενούς/ θεραπευόμενου να αντιληφθεί τι πρόκειται να συμβεί κατά την παρέμβαση και να κατανοήσει τις αναμενόμενες, πιθανές ή ενδεχόμενες θετικές συνέπειές της, η πρόθεση δηλαδή η εκούσια επιθυμία υποβολής στην εν λόγω παρέμβαση, και η απουσία εξωτερικού καταναγκασμού ή επιρροής (non-control) (Varkey, 2021:17-25).

Πέραν τούτων, το μοντέλο της αυτονομίας του ασθενούς/ θεραπευόμενου οφείλει να λαμβάνει υπόψη την επίδραση της διανοητικής ή/και ψυχοσωματικής κατάστασης του ατόμου και την ικανότητά του να λαμβάνει αυτόνομες αποφάσεις. Η ίδια η ασθένεια, σε συνδυασμό με το συναισθηματικό βάρος που προκαλεί, ενδέχεται να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στην άσκηση της αυτονομίας του ασθενούς/ θεραπευόμενου. Αν και οι ειδικές επιδράσεις της καλλιτεχνικής θεραπείας στην αυτονομία των ασθενών δεν έχουν μελετηθεί άμεσα, ερευνητικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η εικαστική θεραπεία μπορεί να ενισχύσει την αυτονομία μέσω της αύξησης της αυτοπεποίθησης και της βελτίωσης της επικοινωνίας.

Η μελέτη των Brady και συνεργατών (2017:30-32), η οποία διεξήχθη σε οξεία ψυχιατρική μονάδα ενηλίκων με χρήση μικτής μεθοδολογίας και συμμετοχή τόσο νοσηλευομένων όσο και επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ανέδειξε σημαντικά οφέλη από την εφαρμογή της καλλιτεχνικής θεραπείας κατά τη διάρκεια τριών μηνών. Οι συμμετέχοντες/ουσες ανέφεραν ως βασικά στοιχεία τη βελτίωση της αυτοπεποίθησης, της επικοινωνίας με τους άλλους και της κατανόησης της προσωπικής τους κατάστασης, καθώς και ένα αίσθημα επίτευξης στόχων ή ανανεωμένης πίστης στον εαυτό τους. Αντίστοιχα, τα μέλη του προσωπικού επισήμαναν τη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και την προσφορά μιας

θετικής, δημιουργικής δραστηριότητας με δυνατότητα προσωπικής έκφρασης για τους νοσηλευόμενους. Παρά τους περιορισμούς της μελέτης ως προς το μικρό μέγεθος δείγματος και την απουσία ομάδας ελέγχου, τα ευρήματα υποστηρίζουν τον ρόλο της καλλιτεχνικής θεραπείας στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της επικοινωνίας των ασθενών, συμβάλλοντας εν τέλει στην προαγωγή της αυτονομίας τους στο πλαίσιο μιας πολυεπιστημονικής υπηρεσίας ψυχικής υγείας.

Όσον αφορά στην πτυχή της κατανόησης, η τέχνη μπορεί επίσης, να αξιοποιηθεί πιο στοχευμένα, προκειμένου να βοηθήσει τους ασθενείς/ θεραπευόμενους να κατανοήσουν την ασθένειά τους ή μια συγκεκριμένη παρέμβαση. Η χρήση τρισδιάστατων μοντέλων, σχεδίων ή άλλων μορφών εικαστικής απεικόνισης μπορεί να διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς/ θεραπευόμενου, ενισχύοντας έτσι την κατανόηση της κατάστασής τους και της επερχόμενης θεραπείας ή επέμβασης, με απώτερο στόχο την πληρέστερη και ουσιαστικότερη ενσυνείδητη συγκατάθεση. Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη ανασκόπησης των Traynor και συνεργατών (Traynor et al., 2022:13-20) εξετάζει τη χρήση τρισδιάστατων μοντέλων για την ενίσχυση της επικοινωνίας μεταξύ θεραπειών και ασθενών/ θεραπευόμενων και δείχνουν ότι διαφαίνεται ως πολλά υποσχόμενη μεθοδολογία, ιδίως σε επίπεδο εκπαίδευσης και επικοινωνίας.

Η ευεργεσία ορίζεται ως η ηθική υποχρέωση των θεραπειών να διασφαλίζουν την ευημερία των ασθενών/ θεραπευόμενων, ενεργώντας αποκλειστικά προς όφελός τους. Αντιστοίχως, η αρχή της μη βλάβης αναφέρεται στην υποχρέωση των πρώτων να αποφεύγουν οποιαδήποτε ενέργεια που θα μπορούσε να προκαλέσει ζημία στους δεύτερους (Varkey, 2021:17-26). Αμφότερες οι αρχές αποτελούν θεμελιώδεις ηθικές παραμέτρους κατά τη λήψη αποφάσεων για την εφαρμογή παρεμβάσεων, απαιτώντας στάθμιση μεταξύ των ενδεχόμενων κινδύνων και των προσδοκώμενων ωφελειών. Τα τελευταία χρόνια, καταγράφεται αυξανόμενο ενδιαφέρον για την αξιολόγηση των επιδράσεων της εικαστικής θεραπείας σε ασθενείς/ θεραπευόμενους με διαφορετικούς διανοητικούς, σωματικούς και ψυχοκοινωνικούς δείκτες υγείας.

Οι Joschko και συνεργάτες (2024) διεξήγαγαν συστηματική ανασκόπηση για την αποτίμηση της επίδρασης της εικαστικής θεραπείας στην υγεία των ασθενών/ θεραπευόμενων, αναλύοντας τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες και παραμέτρους αποτελέσματος, συμπεριλαμβανομένων της ψυχολογικής δυσφορίας, της

αυτοεκτίμησης, της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής προσαρμογής. Η ανασκόπηση περιλάμβανε έναν μεγάλο αριθμόσυμμετεχόντων/ουσών ενός πολύ μεγάλου ηλικιακού φάσματος, και περιέγραφε ένα ευρύ φάσμα καλλιτεχνικών παρεμβάσεωνμε έμφαση πρωτίστως, στη ζωγραφική και το σκίτσο, και δευτερευόντως, στις χειροτεχνίες και τη γλυπτική. Η πλειονότητα των μελετών εστιάζει στον τομέα της ψυχικής υγείας, των νευρο(βιο)λογικώνδιαταραχών και της πρόληψης. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι οι καλλιτεχνικές παρεμβάσεις παρουσίασαν θετική επίδραση στις περιπτώσεις των εξεταζόμενων των περιπτώσεων, κυρίως στον τομέα της ψυχικής υγείας, των νευρο(βιο)λογικώνδιαταραχών και των σωματικών παθήσεων με συνακόλουθη ψυχολογική επιβάρυνση.

Οι Mengqin και συνεργάτες(2024) διερεύνησαν την επίδραση της εικαστικής θεραπείας με μαντάλα σε γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο και έδειξαν σημαντική προεγχειρητική μείωση του στρες και του άγχους, ενώ ο Shella (2018:60-62) διεξήγαγε αναδρομική μελέτη για να αξιολογήσει την επίδραση μιας μεμονωμένης συνεδρίας εικαστικής θεραπείας στη διάθεση, στο άγχος ή/και τον πόνο του ασθενούς/ θεραπευόμενου. Για τις παρεμβάσεις χρησιμοποιήθηκαν διάφορα υλικά, κατάλληλα για εικαστικές δραστηριότητες. Τα αποτελέσματα της μελέτης ανέδειξαν βελτίωση στον έλεγχο και διαχείριση της κατάστασης, βελτίωση της διάθεσης και μείωση του άγχους. Ομοίως, οι Mollaoğlu και συνεργάτες (2024:372-379) και Zahmatkesh και συνεργάτες(2024) μελέτησαν τα αποτελέσματα της εικαστικής θεραπείας σε γυναίκες με προβλήματα υγείαςκαι σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα άγχους και ψυχοσωματικών επιπτώσεων, καθώς και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στην εφαρμογή της εικαστικής θεραπείας σε παιδιά και εφήβους. Όπως αναφέρει η Hen (2023:83-92), προηγούμενες μελέτες έχουν καταδείξει την αποτελεσματικότητα της μακροχρόνιας καλλιτεχνικής θεραπείας παιδιά με σοβαρές και χρόνιες παθήσεις, με νευρο(βιο)λογικές και ψυχικές διαταραχές (Lyshak-Stelzer, 2007·Metzl etal., 2016:4-9· Nainis, 2008:116-119). Οι Ferrari και συνεργάτες(2024:220-224) περιέγραψαν καλλιτεχνικές δραστηριότητες που υλοποιήθηκαν για εφήβους και νέους με στόχο την ενίσχυση της επικοινωνίας με τους συνομηλίκους, τη δημιουργία θετικού κλίματος κατά τις περιόδους υποτροπής της κατάστασης και την αναζήτηση προοπτικής για το μέλλον. Σημείωσαν τα θετικά αποτελέσματα, αλλά εστίασαν στην ανάγκη διατήρησης της ιδιωτικότητας, καθώς και η σημασία ύπαρξης κατάλληλων χώρων και επαγγελματικά σχεδιασμένων

προγραμμάτων θεραπευτικής τέχνης. Σε διαφορετικό πλαίσιο, οι Bifano και Tsze (2024:565-567) διερεύνησαν την επίδραση της εικαστικής θεραπείας στη μείωση του άγχους σε παιδιά και «βρήκαν» μείωση του αντιλαμβανόμενου άγχους και αύξηση του αισθήματος ενδυνάμωσης.

Οι Versitano και συνεργάτες (2024:483-488) διαπίστωσαν ότι η εικαστική θεραπεία συνέβαλε στη μείωση των περιοριστικών πρακτικών, όπως είναι η απομόνωση, ο φυσικός περιορισμός και η ενδομυϊκή καταστολή σε παιδιά και εφήβους με νευρο(βιο)λογικές και ψυχικές διαταραχές, καθώς και στην αισθητική και ψυχολογική «ανθρωποποίηση» των θεραπευτικών ή/και εκπαιδευτικών χώρων. Οι Lankston και συνεργάτες (2010:491-498) κατέδειξαν ότι τα χρώματα και οι αναπαραστάσεις της φύσης στους τοίχους των χώρων όπου λαμβάνουν χώρα οι εικαστικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, μπορούν να λειτουργήσουν καταπραϋντικά, ενώ η συστηματική ανασκόπηση των Law και συνεργατών (2021) τεκμηρίωσε μείωση της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας κατά την έκθεση των θεραπευόμενων σε εικαστικά καλλιτεχνήματα.

Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες μπορεί να ωφελήσει ταυτόχρονα θεραπευόμενους και θεραπευτές. Οι Moss και συνεργάτες (2022) μελέτησαν τις επιπτώσεις τεσσάρων (4) παρεμβάσεων εικαστικής θεραπείας σε θεραπευτές με συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν μείωση του άγχους, της κατάθλιψης, των συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες και της πρόθεσης εγκατάλειψης της εργασίας. Στο ίδιο πνεύμα, οι Avallone Mantelli και συνεργάτες (2022:1032-1034) επισήμαναν τη βελτίωση στη θετική συναισθηματική διάθεση των θεραπειών. Οι Ong και συνεργάτες (2024) εξέτασαν την επίδραση της εικαστικής θεραπείας σε νέους θεραπευτές, οι οποίοι ανέφεραν αύξηση της ενσυναίσθησης και βελτίωση των σχέσεων με συναδέλφους και ασθενείς/θεραπευόμενους.

Η δικαιοσύνη αναφέρεται στην ανάγκη των ασθενών/θεραπευόμενων για κατάλληλη, δίκαιη και ισότιμη κατανομή των πόρων (Varkey, 2021:18-26), για ισότητα ευκαιριών στη ζωή και την καθημερινότητα. Έχει καταδειχθεί βιβλιογραφικά ότι τα οφέλη και η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας της ομαδικής εικαστικής θεραπείας σε άτομα με νευρο(βιο)λογικές και ψυχικές διαταραχές είναι αδιαμφισβήτητα. Επομένως, ενδείκνυται ερευνητικά η εφαρμογή καλλιτεχνικών παρεμβάσεων, καθώς

εξασφαλίζουν τα περισσότερα δυνατά θεραπευτικά οφέλη σε περιπτώσεις ασθενών/ θεραπευόμενων ανεξαρτήτως κλινικής κατάστασης και κοινωνικοοικονομικού υποβάθρου (Shella, 2018:60-62). Αν και η ισότιμη πρόσβαση στις θεραπευτικές παρεμβάσεις αποτελεί θεμελιώδες ηθικό ζήτημα, η συστηματική ανασκόπηση των Joshko και συνεργατών(2024) ανέδειξε σημαντικές ανισότητες γύρω από την εικαστική θεραπεία, οι οποίες αντανακλούν διαφορετικές προτεραιότητες, κουλτούρες και αξιολόγηση των εικαστικών τεχνών ως θεραπευτικά εργαλεία. Οι ίδιοι ερευνητές αναδεικνύουν την ανάγκη προώθησης της ισότιμης πρόσβασης στις εικαστικές θεραπευτικές παρεμβάσεις μέσω της διεύρυνσης των ωφελειών τους σε πληθυσμούς με διαφορετικά κοινωνικά, πολιτισμικά και υγειονομικά χαρακτηριστικά.

Η εικαστική θεραπεία μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών/ θεραπευόμενων και θεραπειών, η οποία είναι ιδιαίτερος κρίσιμη ανήλικους και ενήλικες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην έκφραση μέσω των τυπικών λεκτικών μορφών επικοινωνίας, όπως απαιτείται από τις τυπικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Οι θεραπείες μέσω τέχνης μπορούν να προσφέρουν ένα εναλλακτικό εκφραστικό μέσο, βοηθώντας τους ασθενείς/ θεραπευόμενους να κατανοήσουν, να ερμηνεύσουν και να διαχειριστούν την πραγματικότητα γύρω τους (Brady et al., 2017:31-33· Uttley et al., 2015). Η δυνατότητα αυτή εναλλακτικής επικοινωνίας στο πλαίσιο της εικαστικής θεραπείας προάγει την αυτονομία των ασθενών/ θεραπευόμενων, συμβάλλει στην ευεργεσία χωρίς σημαντικούς κινδύνους, εξασφαλίζει τη δικαιοσύνη και την ισότητα των ευκαιριών μεταξύ των ανθρώπων.

Τα ανωτέρω οφέλη προστίθενται και συμπληρώνουν το εγχείρημα της «ανθρωποποίησης της θεραπείας», η οποία είναι εξατομικευμένη, προσανατολισμένη και επικεντρωμένη στον ασθενή/ θεραπευόμενο και τις ιδιαίτερες ανάγκες και δυνατότητές του. Η ανθρωποποιημένη θεραπεία περιλαμβάνει όλους τους εμπλεκόμενους στη θεραπευτική διαδικασία και τις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις, όπου κυριαρχεί η ενσυναίσθηση και ο σεβασμός προς τον ασθενή/ θεραπευόμενο, η επάρκεια ανθρώπινων και υλικών πόρων, καθώς και η ισόρροπη κατανομή του ψυχοσυναισθηματικού κυρίως, φόρτου του θεραπευτή (Molloy, 1997:239-258). Η εικαστική θεραπεία δύναται να συμβάλει σε όλους αυτούς τους άξονες.

Προηγούμενες μελέτες έχουν αναδείξει τον ρόλο της τέχνης στην αποκατάσταση της ελπίδας, της χαράς και της δημιουργικής έκφρασης ως μέσων απεγκλωβισμού από τη

νευρο(βιο)λογική αδυναμία και την ψυχολογική ακαμψία, καθώς και στην επανασύνδεση με τη δημιουργική, αλλά λανθάνουσα φαντασία (Brady et al., 2017:31-33· Molloy, 1997:239-258). Επίσης, ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η ενεργητική αλληλεπίδραση με καλλιτεχνικά υλικά ενεργοποιεί διεργασίες διασωματικής και αισθητηριακής επεξεργασίας, οι οποίες μπορούν να μετριάσουν το άγχος και να κινητοποιήσουν το άτομο, ενισχύοντας θετικές συναισθηματικές αντιδράσεις. Ωστόσο, μια σημαντική διάσταση της εικαστικής θεραπείας είναι η ασφάλεια, δηλαδή η καταλληλότητα του τρόπου υλοποίησης των εικαστικών παρεμβάσεων τέχνης σε ευάλωτους πληθυσμούς, άρα και η τήρηση ενός κώδικα ηθικής και δεοντολογίας, με θεμελιώδεις αξίες την αξιοπρέπεια, την επάρκεια, την υπευθυνότητα και την ακεραιότητα (Ferrari et al., 2024:220-224· Pavarini et al., 2021:1558-1566).

Κεφάλαιο 5^ο: Θεραπεία μέσω τέχνης ως ισότητα πέραν του «κανονικού»

5.1 Το «κανονικό» και το «παθολογικό»

Η ΔΑΦείναι μια κατάσταση που με καθαρά στατιστικά δεδομένα, θεωρείται αποκλίνουσα της τυπικής, αλλά όχι εναλλακτική της υγειονομικά «κανονικής». Είναι πολύ χρήσιμο και σημαντικό να διευκρινιστεί ότι στο πλαίσιο της παρούσας ερευνητικής μελέτης τόσο η ΔΑΦ, όσο και τα παιδιά με ΔΑΦδεν αντιμετωπίζονται ως ασθένεια και ασθενείς αντιστοίχως. Αντίθετα, θεωρούνται αμφότερα ως κατάσταση και περιπτώσεις που διαφοροποιούνται από την τυπική και επιδέχονται θεραπείας προς βελτίωση και αναβάθμιση της καθημερινότητας και της ποιότητας ζωής. Εξάλλου, όπως διατυπώνει Boorse (1975:50) *«to call a condition unhealthy is at least in part to condemn it»*.

Βάσει της ανωτέρω αντίληψης, η ερευνητική προσέγγιση της ΔΑΦ απέχει του κανονικισμού, δηλαδή ενός κοινού συστήματος «υγιών καταστάσεων» που διαχωρίζει τα άτομα σε υγιή ή άρρωστα και τους ειδικούς που ασχολούνται μαζί τους ως ιατρούς ή θεραπευτές. Άλλωστε, η επιλογή του όρου «διαταραχή» διαφοροποιεί τη ΔΑΦ από μία ανθυγιεινή κατάσταση που αναπόφευκτα θα το καθιστούσε αντικείμενο μίας ξεκάθαρης αποδοκιμασίας, άρα και μίας ματαιότητας ενασχόλησης με τα άτομα με ΔΑΦ (Boorse, 1975:51-52). Όπως κάθε μεμονωμένη ασθένεια έχει μια διακριτή ουσία, έτσι και κάθε διαταραχή έχει αντιστοίχως μια δική της, κι όταν κάποιος βρίσκεται σε αυτή εισέρχεται στην εν λόγω ουσία και τη χαρακτηρίζει. Έτσι, κάθε

παιδί με ΔΑΦείναι μία ξεχωριστή οντότητα, μία αυτόνομη ύπαρξη που εισβάλλει στην ουσία της διαταραχής και τη διαφοροποιεί. Υπό αυτό το πρίσμα, τα γνωρίσματά του είναι διαφορετικά, όπως και οι τρόποι προσέγγισης και θεραπείας τους (Broome, 2006:303).

Πριν από οποιαδήποτε περαιτέρω ανάλυση, κρίνεται αναγκαία η προσέγγιση των όρων «κανονική» και «παθολογική» κατάσταση. Στο δοκίμιο *Κανονικό και Παθολογικό*, ο Canguilhem (2007:194-205) επιχειρεί να νοηματοδοτήσει την έννοια του «κανόνα», μέσα από παθολογικές καταστάσεις του ατόμου. Τη διαφοροποιεί από εκείνη της «μέσης τιμής», η οποία αφορά σε ένα μεγάλο σύνολο ατόμων και δεν επαληθεύει πάντα τις καταστάσεις τους. Αντίθετα, υποστηρίζει ότι ο κανόνας είναι αυτός που προσδιορίζει τη μοναδική και ξεχωριστή μοναδικότητα του καθενός, συνεπώς είναι λανθασμένο αυτός να ανάγεται στη μέση τιμή (Canguilhem, 2007:194-205). Η επισφάλεια των πορισμάτων της μέσης τιμής, έγκειται επίσης και στο ότι προέρχονται από εργαστηριακά περιβάλλοντα, τα οποία διαφέρουν παρασάγγας από το πραγματικό πεδίο (Canguilhem, 2007:185-186). Σύμφωνα με τον ίδιο, οι κανόνες τίθενται από τα ίδια τα άτομα, είναι εντελώς προσωπικοί και καθορίζονται από τον τρόπο που διαβιών και επιβιώνουν, καθώς ενεργούν και πράττουν βάσει των παραγόντων που τους περιβάλλουν, οι οποίοι λειτουργούν για αυτούς ως ερεθίσματα. Οι εν λόγω κανόνες είναι ποικίλοι και πολλαπλοί, συνιστούν την προσπάθεια του ατόμου να διατηρηθεί στη ζωή και να δραστηριοποιηθεί, καθώς επίσης προκύπτουν και επιλέγονται ασυνείδητα με μοναδικό γνώμονα την επινόηση και την κατάκτηση μιας διαφορετικής μορφής ζωής (Canguilhem, 2007:165).

Όταν οι συνθήκες διαφοροποιούνται, αλλάζουν και οι κανόνες των ατόμων. Κάθε ένας από αυτούς έχει μεμονωμένη και ξεχωριστή αξία, και συνολικά συνθέτουν το βίωμα της ζωής των ατόμων στιγμιαία. Σε κάθε περίπτωση, ο ανώτερος κανόνας της ζωής ενός ατόμου είναι εκείνος που δυνητικά συμπεριλαμβάνει όσα επιτρέπει αυτός και όσα απαγορεύουν οι άλλοι. Όλοι οι κανόνες είναι «κανονικοί» και «ισότιμοι», εφόσον επιλέγονται από το άτομο που τους ορίζει ως «κανόνες της ζωής του» και το βοηθούν να τη διατηρήσει και να τη βελτιώσει (Canguilhem, 2007:227). Αν οι εν λόγω κανόνες ιεραρχούνται με γνώμονα την «ασθένεια» και την «υγεία», η πρώτη αναβιβάζεται σε κανόνας της ζωής που είναι αδύνατο να μετασχηματιστεί σε οποιονδήποτε άλλο. Για παράδειγμα ένας άνθρωπος με ΔΑΦ δεν μπορεί αλλάξει τον εν λόγω κανόνα, καθώς δεν δύναται να διαφοροποιήσει τις συνθήκες στις οποίες

βρίσκεται. Υπό αυτό το πρίσμα, προσπαθεί να μετασχηματίσει τους κανόνες της ζωής του, αν και αυτοί του εξασφαλίζουν μια κανονική ομολογουμένως κατάσταση, αποσκοπώντας στην κατάκτηση των ανώτερων ή των ιδανικών για το ίδιο κι όχι για όλους (Canguilhem, 2007:218,228 και 248).

Η έννοια του «κανονικού», του «μη κανονικού» και του «παθολογικού» στο πλαίσιο της φιλοσοφίας του βιολογικού και στο πεδίο της επιστημολογίας των βιο-ιατρικών επιστημών παραπέμπει στην πράξη καθορισμού των ισχυόντων κανόνων και σε εκείνη του εξαναγκασμού πειθάρχησης και συμμόρφωσης, υπό το πρίσμα ότι μια ύπαρξη, ένα άτομο, υπόκειται αναγκαστικά σε αξιώσεις, οι οποίες λαμβάνουν με αρνητικό πρόσημο την ιδιαιτερότητα, την ανομοιογένεια και την ποικιλομορφία που το χαρακτηρίζει. Η εισαγωγή των αξιώσεων αυτών, βασίζεται στους αξιολογικούς κανόνες που το διακρίνουν ως κανονικό ή μη κανονικό, θέση που παραπέμπει σε μια αρκετά πρώιμη φιλοσοφική εκδοχή της έννοιας του «κανονικού». Σε αυτό το πλαίσιο, «κανονικό» είναι το άτομο που έχει υποστεί κανονικοποίηση, η οποία το «διορθώνει» και το καθιστά σταθερό (Φουρτούνης, 2007:392). Ωστόσο, ο Canguilhem (2007) αναγνωρίζει ότι τα άτομα διακρίνονται από την έμφυτη τάση τους να διαφέρουν μεταξύ τους, συνεπώς κάθε ένα από αυτά παρεκκλίνει αναπόφευκτα από την κανονικότητα. Για τον λόγο αυτό, λογίζει την «κανονική» ως τη θετική κατάσταση στην οποία πρέπει να βρίσκεται το άτομο, και τη «μη κανονική» ως την αρνητική κατάσταση στην οποία δεν πρέπει να βρίσκεται το άτομο (Canguilhem, 2007:336).

Στο νεότερο επιστημονικό πεδίο, η έννοια του κανονικού ορίζεται βάσει ενός περιγραφικού κανόνα: το «κανονικό» διακρίνεται από το «μη κανονικό» δεδομένου ότι αποκλίνει από αυτό και αντιστρόφως. Για παράδειγμα, ένα παιδί με ΔΑΦείναι μη κανονικό, εφόσον δεν φέρει τα κανονικά χαρακτηριστικά εκείνων της τυπικής ανάπτυξης και δε «συμμορφώνεται» στους νόμους της «κανονικότητας» ή της «μέσης τιμής». Έτσι, μη κανονικό είναι το άτομο που αποκλίνει της συνηθισμένης κατάστασης, στην οποία βρίσκεται εκείνο που θεωρείται κανονικό, και αμφότερες οι έννοιες αποδίδουν το γεγονός και την αξία του (Canguilhem, 2007:176). Ο Canguilhem (2007:312) διαφωνεί, τοποθετεί την έννοια του κανονικού σε εκείνη της ζωής και υποστηρίζει ότι τα άτομα (και όλα τα έμβια όντα) είναι «κανονικά», όχι ως σταθερή κατάσταση, αλλά ως δράση. Κανονικό είναι ένα άτομο ευέλικτο και δραστήριο, κι όχι ένα τέλειο, αμετάβλητο και σταθερό. Επομένως, ένα παιδί με

ΔΑΦείναι κανονικό όσο είναι δραστήριο και ευέλικτο, κι όχι όσο συμμορφώνεται σταθερά και απολύτως στους «κανόνες» της «κανονικότητας».

Για τον Canguilhem (2007) το συνήθως στατικό και επαναλαμβανόμενο κριτήριο της πλειονότητας είναι αυτό που ευνοεί την αυθαίρετη ταύτιση του συχνού με το κανονικό και του μη συχνού με το μη κανονικό, καθώς υποδαυλίζει την αξία των επικρατουσών συνθηκών και της ατομικής ιδιαιτερότητας. Αυτό σημαίνει ότι παραγνωρίζεται η αξία της δυνατότητας κάθε ατόμου να κατηγοριοποιηθεί στους «κανονικούς» ή τους «μη κανονικούς» ανάλογα με την ευελιξία που διαθέτει να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στο φυσικό του περιβάλλον και στα ιδιαίτερα του προσωπικά γνωρίσματα/ιδιότητες. Σε κάθε περίπτωση, η ευελιξία αυτή εκπηγάει από μέσα του, άρα και η κανονικότητά του εκπηγάει από τον ίδιο και συνεπάγεται την ευχέρειά του να δημιουργεί νέους κανόνες, να διαμορφώνει τη δική του «κανονικότητα». Έτσι, ως κανονιστικός θα πρέπει να νοείται κάθε άνθρωπος που δύναται να θέτει τους κανόνες του, οργανικούς και μη, οι οποίοι ορίζουν την ύπαρξή του (Φουρτούνης, 2007:385). Βάσει αυτού, καθιστά σαφές ότι δεν υπάρχουν και ότι δεν πρέπει να υπάρχουν μοναδικοί κανόνες (Canguilhem, 2007:223).

Ένα άτομο δεν είναι κανονικό από μόνο του, αλλά πάντα σε συσχέτιση με το περιβάλλον που ζει και δραστηριοποιείται. Έτσι, ένα άτομο με ΔΑΦείναι κανονικό στα περιβάλλοντα που του επιτρέπουν να ευημερεί και να προσαρμόζεται στις μεταβολές και τους μετασχηματισμούς του. Κανονικό είναι ένα άτομο με ΔΑΦ σε άμεση συνάφεια με το περιβάλλον του, όπως ένα περιβάλλον είναι κανονικό σε άμεση συνάφεια με το άτομο με ΔΑΦ που ζει σε αυτό. Ένα θεραπευτικό περιβάλλον για παράδειγμα, επιτρέπει στο άτομο με ΔΑΦ να λαμβάνει μέρος σε φυσιολογικά γεγονότα που παραπέμπουν σε αναπτυξιακές διαδικασίες, οι οποίες προκύπτουν από τις αλληλεπιδράσεις των βιολογικών και των κοινωνικών κανόνων (Canguilhem, 2007:213; Canguilhem, 2008:183-184). Βάσει της εν λόγω συλλογιστικής, στα θεραπευτικά περιβάλλοντα η αξία της ζωής δεν εντοπίζεται σε «αντικειμενικούς» κανόνες, αλλά σε υποκειμενικούς που παρέχουν τη δυνατότητα στα άτομα με ΔΑΦ να νιώσουν κανονικά και να συμμετάσχουν ακόμα και σε συλλογικές δραστηριότητες.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις με τη χρήση εικαστικών και άλλων τεχνών, και τα θεραπευτικά καλλιτεχνικά περιβάλλοντα συνιστούν χωροχρόνους που η λειτουργική βιολογία, δηλαδή η πρότερη κατάσταση των ατόμων με ΔΑΦ, διορθώνεται ή

ισορροπείται από την εξελικτική, δηλαδή την ύστερη κατάστασή τους (Rose 43;Φορτούνης 397). Στο πλαίσιο αυτών, η γενετική διάσταση που χαρακτηρίζεται για την αμεταβλητότητά της, διαφοροποιείται από την εξελικτική που συνιστά τη δυναμική-ενεργητική κατάσταση που ωθεί τα άτομα να αυτορρυθμίσουν τη ζωή και την επιβίωσή τους (Canguilhem, 2007:339). Η αυτορρύθμισή αυτή βρίσκεται σε άμεση συνάφεια με την ελεγχόμενη και συστηματοποιημένη μεταβλητότητα των θεραπευτικών περιβαλλόντων, όπου η μη αναστρέψιμη βιολογική κανονικότητα υποκαθίσταται από μια διαδικασία ομοιοδυναμικής καθοδηγούμενης από τον εκάστοτε θεραπευτή-καλλιτέχνη ρύθμισης. Κατά την εν λόγω διαδικασία, το άτομο με ΔΑΦθεσπίζει νέους κανόνες που ανταποκρίνονται στη χωροχρονικά φυσιολογική του ζωή. Υπό αυτό το πρίσμα, η στατική βιολογική κατάσταση είναι το μη κανονικό που παραβιάζει την κανονική εξελικτική κατάσταση, δηλαδή της εφαρμογής ομοιοδυναμικών ρυθμιστικών κανόνων σε δημιουργικά θεραπευτικά περιβάλλοντα (Canguilhem, 2007:206-207 και 280-281).

Συνήθως, αντίθετο του κανονικού θεωρείται το μη κανονικό ή όπως το ορίζει ο Canguilhem (2007:231), το «παθολογικό». Για τον ίδιο, το παθολογικό είναι ενέργεια του ατόμου που πάσχει, που νοσεί ή διαταράσσεται και αφορά στον τρόπο που το άτομο αυτό βιώνει τη ζωή του, αντιλαμβάνεται συνειδησιακά την κατάστασή του, την προσδιορίζει και τη γνωστοποιεί στον θεραπευτή του. Είναι μια κατάσταση του οργανισμού, που αντιλαμβάνεται πρώτο το άτομο, συνεπώς είναι ένας νέος ή διαφορετικός τρόπος βίωσης της ζωής, αντίληψης των κανονικών λειτουργιών του οργανισμού του και θέσης υποκειμενικών ομοιοδυναμικών κανόνων ύπαρξης και ρύθμισης της ασθένειας, της νόσου ή της διαταραχής. Επομένως, η ΔΑΦείναι μια παθολογική, άρα κανονική κατάσταση με δικούς της κανόνες ύπαρξης, που συνιστά θετική εμπειρία καινοτομίας του ατόμου και όχι μειωτικό γεγονός. Υπό αυτό το πρίσμα, το άτομο με ΔΑΦείναι «κανονικό» και πρέπει να λαμβάνει θετική αξία για τα ιδιαίτερα του φυσιολογικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά.

Ο Canguilhem (2007:275) υποστηρίζει ότι *«ένα άτομο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ολιστικά, καθώς δεν αποτελείται μόνο από όργανα, ιστούς ή κύτταρα, αλλά και από τη συμπεριφορά του, που καθορίζεται από την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον που ζει»*. Μια διαταραχή δεν συνεπάγεται τις ίδιες ακριβώς συνέπειες σε κάθε άτομο, εφόσον ενεργοποιούνται εξωτερικοί παράγοντες που καθορίζουν καταλυτικά το βίωμα της διαταραχής και το διαφοροποιούν συγκριτικά με τα άλλα. Στο ίδιο πνεύμα, η ίδια

διαταραχή δεν προϋποθέτει τη λήψη κοινής θεραπευτικής παρέμβασης για όλους τους, εφόσον αυτό εξαρτάται από τον τρόπο που κάθε ένας από αυτούς βιώνει την «ίδια» διαταραχή. Η διαφορετική και μοναδική θεραπευτική παρέμβαση προϋποθέτει την ορθή αξιολόγηση της συμπεριφοράς του ατόμου, παραπέμποντας στην έννοια της εξατομικευμένης θεραπείας. Μία τέτοια θεραπεία μπορεί να οργανωθεί και να υλοποιηθεί με καλλιτεχνικά μέσα.

Η διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στο κανονικό και το παθολογικό δεν μπορεί και δεν πρέπει να προσδιορίζεται ακριβώς για άτομα που εξετάζονται συγκριτικά με άλλα. Μόνο μέσω της εξατομίκευσης της κανονικής κατάστασης και του κανόνα καθίσταται ευδιάκριτη η μεταξύ τους διαχωριστική γραμμή. Είναι εξαιρετικά σημαντικό το άτομο με ΔΑΦ να αντιλαμβάνεται και να γνωστοποιεί τη διαταραχή του, γιατί έτσι συνεπάγεται ότι την αισθάνεται και τη νοσηματοδοτεί σε σχέση με το φυσιολογικό του εξωτερικό περιβάλλον. Συνεπώς, η εξατομικευμένη θεραπευτική παρέμβαση μέσω τέχνης για παιδιά με ΔΑΦ είναι αναγκαία και επιτάσσεται από τη σχετικότητα της παθολογικής τους κατάστασης, άρα και της κανονικότητάς τους (Canguilhem, 2007:226). Η ΔΑΦ, ακόμα κι αυτή που χαρακτηρίζεται ως υψηλής λειτουργικότητας, μπορεί να λάβει αρνητική αξία για τη ζωή του παιδιού, να καταστεί δηλαδή παθολογική, όταν οι συνέπειές της συνεκτιμώνται με τα βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα ενός περιβάλλοντος, όπου υπάρχουν περιορισμοί, τόσο στερεοτυπικοί όσο και πραγματικοί, ως προς αυτή. Σύμφωνα με τον Canguilhem (2007:279), «αν και η διαταραχή δεν συνιστά από μόνη της παθολογική κατάσταση, μετασχηματίζεται σε τέτοια όταν το άτομο βρεθεί σε εχθρικές ή μη ευνοϊκές κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες». Στις περιπτώσεις που τα παιδιά με ΔΑΦ έχουν τη δυνατότητα να διαμορφώσουν τα ίδια και με τη βοήθεια των θεραπειών-καλλιτεχνών το περιβάλλον στο οποίο ζουν και δραστηριοποιούνται, η παθολογική κατάσταση μπορεί να αποτραπεί. Αντίθετα, όταν λόγω των επιμέρους παραγόντων, αδυνατούν να θέσουν τους δικούς του κανόνες, δεν μπορούν να διαχειριστούν τις νευροαναπτυξιακές τους αποκλίσεις, παραμένουν σε αρνητικά για τα ίδια περιβάλλοντα και η ΔΑΦ του καθίσταται παθολογική.

Κεφάλαιο 6ο: Μεθοδολογία της έρευνας

6.1 Ερευνητική στρατηγική

Για τη διενέργεια της έρευνας επιλέχθηκε η ποσοτική μέθοδος συλλογής, ανάλυσης και ερμηνείας των δεδομένων με στόχο την κατανόηση των προσλαμβανουσών των εκπαιδευτικών σχετικά με τον ρόλο της θεραπείας μέσω τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ. Η ποσοτική μέθοδος προτιμήθηκε από την ερευνήτρια αφενός, για την ποσοτικοποίηση των δεδομένων και αφετέρου, για τη δυνατότητα που παρέχει να είναι ταυτόχρονα περιγραφική, ερευνητική και αιτιολογική περιλαμβάνοντας συγκεκριμένους παράγοντες που σχετίζονται με την υπό εξέταση προβληματική και συσχέτιση συγκεκριμένων φαινομένων (Leedy & Ormrod, 2000:82-123). Η παρούσα έρευνα είναι ποσοτική και περιγραφική, και συλλέγει τις απόψεις των υποκειμένων μέσα από ερωτηματολόγιο.

Η ποσοτική μέθοδος προτιμήθηκε λόγω των πλεονεκτημάτων του μεγάλου μεγέθους του δείγματος που κάνει τα αποτελέσματα περισσότερο γενικεύσιμα και της χρήσης των στατιστικών μεθόδων που κάνουν την ανάλυση περισσότερο αξιόπιστη και εγκυρότερη. Η ωφέλεια των πλεονεκτημάτων αυτών για την παρούσα έρευνα εκτιμήθηκε ως σημαντικότερη από τους περιορισμούς των μειονεκτημάτων της ποσοτικής έρευνας, όπως το ότι δεν εξετάζει την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης εμπειρίας, το ότι μπορεί να αποδώσει το εύρος του εξεταζόμενου φαινομένου, αλλά όχι την αιτία του, και το ότι συχνά δημιουργεί λανθασμένα την εντύπωση ενός ομοιογενούς δείγματος (LUMS, 2016). Έχοντας υπόψη τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, τις δυνατότητες και τις αδυναμίες, τις ευκαιρίες και τους περιορισμούς της ποσοτικής μεθόδου, ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας εκκίνησε με την παράθεση της προβληματικής και των υποθέσεων, και συνεχίστηκε με τη βιβλιογραφική επισκόπηση και την ανάλυση των δεδομένων (Creswell, 2016:141-172).

Η παρούσα έρευνα είναι μια ποσοτική προσέγγιση που δοκιμάζει «αντικειμενικές θεωρίες εξετάζοντας τη σχέση μεταξύ μεταβλητών», οι οποίες περιγράφουν όλα όσα μπορούν να μετρηθούν μέσω στατιστικών διαδικασιών. Κατά τη διαδικασία έλαβαν χώρα μη πειραματικοί σχεδιασμοί, οι οποίοι παρείχαν μια ποσοτική περιγραφή των στάσεων, των τάσεων ή/και των απόψεων του πληθυσμού των εκπαιδευτικών του δείγματος (Creswell, 2016:141-172). Ουσιαστικά, υιοθετήθηκε ένας μη πειραματικός

σχεδιασμός με σκοπό να καταγραφούν οι απόψεις των εκπαιδευτικών για τη θεραπεία μέσω της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦκαι για τον ρόλο του εκπαιδευτικού-θεραπευτή. Η περιγραφική αυτή διάσταση της ποσοτικής έρευνας την αναβιβάζει (και) σε περιγραφική, δεδομένου ότι ασχολείται με το ποια είναι τα στοιχεία του υπό εξέταση φαινομένου και όχι τον λόγο για τον οποίο είναι έτσι. Η περιγραφική αυτή έρευνα διαδραματίζει βασικό ρόλο στην αποκάλυψη της ύπαρξης και της έκτασης των μεταβλητών που επιδρούν θετικά ή αρνητικά στη δράση, ενώ παρέχει τη βάση καλά στοχευμένων παρεμβάσεων. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία είναι αυτά που «συνοψίζουν τα πρότυπα» στις απαντήσεις του δείγματος (DeVaus, 2014:22).

6.2 Το εργαλείο της έρευνας

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων είναι το ερωτηματολόγιο. Κατασκευάστηκε από την ερευνήτρια ως μέσο ποσοτικής καταγραφής των πεποιθήσεων των ερωτώμενων που συγκεντρώνει δύο σημαντικά πλεονεκτήματα: την οικονομία χρόνου και κόπου. Έχοντας ως ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου καλύφθηκε μια ευρεία γεωγραφική περιοχή και δεν δαπανήθηκε σημαντικός και πολύτιμος χρόνος για τη συλλογή των δεδομένων (DeVaus, 2014:39-52; Galletal., 2007:222-229). Το ερωτηματολόγιο που αξιοποιήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας(παρατίθεται στο παράρτημα) για τη συλλογή δεδομένων περιλαμβάνει ερωτήματα που προορίζονται να δώσουν τις απαραίτητες απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα και να εξυπηρετήσουν τον γενικό σκοπό και τους επιμέρους στόχους της, χωρίς την παρουσία της ερευνήτριας (Robson, 2010:331-366). Η αξία του έγκειται στη διευκόλυνση της διενέργειας της στατιστικής ανάλυσης των μετρήσιμων ερευνητικών ευρημάτων (Cohen et al., 2007:415-432).

Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια με σκοπό την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας διαχωρίστηκε σε τρεις ενότητες ερωτήσεων οι οποίες συνολικά αποτελούνταν από 54 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Πριν από την παράθεσή τους, στην πρώτη σελίδα του χορηγούμενου ερωτηματολογίου υπάρχει ένα εισαγωγικό σημείωμα που ενημερώνει τους συμμετέχοντες για την αναγκαιότητα διενέργειας της έρευνας, για τους σκοπούς που εξυπηρετεί, για τον τρόπο συμπλήρωσής του, καθώς επίσης τους πληροφορεί για

την τήρηση της ανωνυμίας τους και τους παρέχει εγγυήσεις για την εμπιστευτικότητα της διαδικασίας. Τέλος, κλείνει με την έκφραση της εκτίμησης και των ευχαριστιών της ερευνήτριας για την παρεχόμενη βοήθεια και συμβολή των συμμετεχόντων στην υλοποίηση της έρευνας.

Η πρώτη ενότητα ερωτήσεων είχε σκοπό να καταγράψει τα δημογραφικά στοιχεία των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Αναλυτικότερα, σε αυτήν την ενότητα του ερωτηματολογίου συμπεριλήφθηκαν συνολικά 14 ερωτήσεις στις οποίες καταγράφηκαν το φύλο, η ηλικιακή ομάδα, το επίπεδο σπουδών, η προϋπηρεσία, η ειδικότητα, το αν οι συμμετέχοντες είναι εν ενεργεία εκπαιδευτικοί, η βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία εργάζονται, ο τόπος εργασίας, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της περιοχής στην οποία εργάζονται, το αν έχουν λάβει επιμόρφωση γενικά στον τομέα της Ειδικής Αγωγής, το είδος της επιμόρφωσης που έχουν λάβει, το αν έχουν λάβει επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ, το είδος της επιμόρφωσης που έχουν λάβει επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ και το αν οι εκπαιδευτικοί είχαν στο παρελθόν παιδιά με ΔΑΦ στις τάξεις τους.

Η δεύτερη ενότητα ερωτήσεων είχε σκοπό να καταγράψει τις απόψεις των εκπαιδευτικών για την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος. Συνολικά οι εκπαιδευτικοί κλήθηκαν να απαντήσουν σε 26 ερωτήσεις σε κλίμακα Likert με διαβάθμιση μεταξύ 1 = διαφωνώ απόλυτα και 5 = συμφωνώ απόλυτα. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούσαν το κατά πόσο η εικαστική εμπειρία και η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων και ικανοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ, το κατά πόσο η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αισθητηριακά και κινητικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ και το κατά πόσο η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει σε διάφορες πτυχές της κοινωνικό-συναισθηματικής ανάπτυξης των παιδιών με ΔΑΦ (πχ αν η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων ή της αυτοεκτίμησης των παιδιών με ΔΑΦ) και το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση των συμπτωμάτων του αυτισμού (πχ μείωση μείωση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν παιδιά με ΔΑΦ, τα οποία σχετίζονται με ηχολαλία και επανάληψη λέξεων, φράσεων και προτάσεων που ακούει το παιδί ή μείωση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν παιδιά με ΔΑΦ και συνδέονται με τις επιθετικές συμπεριφορές).

Η τρίτη ενότητα ερωτήσεων είχε σκοπό να καταγράψει τις απόψεις των εκπαιδευτικών για το ρόλο του θεραπευτή-καλλιτέχνη στην αποτελεσματική διαχείριση μαθητών με ΔΑΦ. Συνολικά οι εκπαιδευτικοί κλήθηκαν να απαντήσουν σε 14 ερωτήσεις σε κλίμακα Likert με διαβάθμιση μεταξύ 1 = διαφωνώ απόλυτα και 5 = συμφωνώ απόλυτα. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούσαν το κατά πόσο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός πρέπει να έχει κάποιες δεξιότητες, πρέπει να μπορεί να προβεί σε κατάλληλες ενέργειες και να εντάσσει τους μαθητές με ΔΑΦ στο μάθημα του.

6.3 Το δείγμα της έρευνας

Στην παρούσα ποσοτική έρευνα η δειγματοληψία ήταν βολική και σκοπιμότητας (Patton, 2002:379-386), καθώς η επιλογή του δείγματος των συμμετεχόντων δεν ήταν τυχαία, ώστε να εξασφαλιστεί η αντιπροσωπευτικότητα που θα επέτρεπε και τη γενίκευση στον πληθυσμό (Creswell, 2016:141-174). Η ερευνήτρια επέλεξε το δείγμα της έρευνας με γνώμονα την ταχύτερη, ευκολότερη και οικονομικότερη συλλογή και συγκέντρωση ικανοποιητικού αριθμού πληροφοριακών δεδομένων, ικανών και κατάλληλων να δώσουν απαντήσεις στο κεντρικό και τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα (Bailey, 1987:44-45). Υπό αυτό το πρίσμα, η στρατηγική της δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε από την ερευνήτρια ήταν μη αντιπροσωπευτική, στο πλαίσιο της οποίας επιλέγονται άτομα που δηλώνουν άμεσα διαθέσιμα (Robson, 2010:331-366). Η μη αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος καθιστά τα ευρήματα ακατάλληλα προς γενίκευση, αλλά μόνο ενδεικτικά των ερευνητικών υποθέσεων και των αντιλήψεων του υπό μελέτη πληθυσμού.

Εξαιτίας της έλλειψης προϋποθέσεων στην παρούσα έρευνα, το δείγμα των 223 εκπαιδευτικών επιλέγει τυχαία για λόγους ευκολίας και σκοπιμότητας. Δηλαδή, κατά τη διαδικασία επιλογής των συμμετεχόντων δεν τέθηκαν κριτήρια που να αφορούν στην πρότερη εργασία τους με παιδιά με ΔΑΦ ή στην εξειδίκευσή τους στη θεραπεία μέσω τέχνης σε άτομα με ΔΑΦ ή στην πρότερη συμμετοχή τους σε συναφή προγράμματα. Έτσι, σύμφωνα με το δειγματοληπτικό σχέδιο προτιμήθηκε ένα δείγμα απροσδιόριστης πιθανότητας, δηλαδή υποκείμενα που είναι «εγγύτερα» στην ερευνήτρια και πιθανότερο να συμμετάσχουν στην έρευνά της. Υπό αυτό το πρίσμα, τα υποκείμενα αυτά διαφοροποιούνται από τον υπόλοιπο πληθυσμό με τα

συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, λόγω της μεγαλύτερης τους πιθανότητας να συμμετάσχουν σε αυτή (Παπαγεωργίου, 2015:17-41; Suenetal., 2014:105-111).

6.4 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο λογισμικό στατιστικής επεξεργασίας SPSSversion 25. Για την αποτύπωση των απόψεων των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ και το ρόλο του θεραπευτή-καλλιτέχνη στην αποτελεσματική διαχείριση μαθητών με ΔΑΦ χρησιμοποιήθηκαν μέτρα περιγραφικής ανάλυσης, όπως ο μέσος όρος (ΜΟ) και η τυπική απόκλιση (SD). Για την αξιολόγηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικών διαφορών στις απόψεις των εκπαιδευτικών ως προς τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά τους εφαρμόστηκαν στα δεδομένα έλεγχοι επαγωγικής στατιστικής. Αναλυτικότερα, στα δεδομένα εφαρμόστηκαν ο έλεγχος t-test και ο έλεγχος onewayANOVA (F-test). Ο έλεγχος t-test εφαρμόστηκε για τη σύγκριση μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων (πχ μεταξύ αντρών και γυναικών) ενώ ο έλεγχος onewayANOVA εφαρμόστηκε για τη σύγκριση μεταξύ τριών ή περισσότερων ανεξάρτητων ομάδων (πχ μεταξύ των πέντε ηλικιακών ομάδων). Οι αναλύσεις επαγωγικής στατιστικής εφαρμόστηκαν στα δεδομένα σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

6.5 Διαδικασία, περιορισμοί και επεκτασιμότητα της έρευνας

Η ερευνήτρια, αφού εξασφάλισε τη συναίνεση των συμμετεχόντων, διένειμεταερωτηματολόγια ηλεκτρονικά, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Οι συμμετέχοντες πληροφορήθηκαν από την αρχή αναφορικά με τον σκοπό και τους στόχους της έρευνας, με την ταυτότητα της ερευνήτριας, με την πορεία και τη διαδικασία της έρευνας, με τα κριτήρια της επιλογής τους, με την τήρηση των αρχών της εχεμύθειας και της ανωνυμίας, με το δικαίωμα τους να αποχωρήσουν από τη διαδικασία χωρίς περιορισμό και χωρίς να λαμβάνεται υπόψη σε ποια φάση βρίσκεται η διαδικασία (Ισαρη & Πουρκός, 2015:106). Πρωταρχικό μέλημα της ερευνήτριας ήταν να υπογραμμίσει σαφώς τη δέσμευσή της για την τήρηση του απορρήτου των συμμετεχόντων, δηλαδή την προστασία της ανωνυμίας και τη συμμόρφωση στην αρχή της εχεμύθειας. Επίσης, τους κατέστη απολύτως κατανοητό το ανοικτό

ενδεχόμενο να αποχωρήσουν σε όποια φάση της διαδικασίας ένιωθαν άβολα και επιθυμούσαν τη διακοπή της (Creswell, 2016:174-202).

Ωστόσο, η ποσοτική έρευνα δεν μπορεί να εκλαμβάνεται ως αναμφισβήτητη αξιόπιστη, καθώς αδυνατεί να εξετάσει την συνθετότητα της ανθρώπινης εμπειρίας και αντίληψης (LUMS, 2016). Επιπλέον, στο πλαίσιο της διενέργειας της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε δείγμα βολικό, σκοπιμότητας, μη αντιπροσωπευτικό και απροσδιόριστης πιθανότητας, ως πιο άμεσο στην ερευνήτρια και πιο εύκολα διαχειρίσιμο για τους τιθέμενους στόχους και υποθέσεις. Η επιλογή του δείγματος με τις περισσότερες πιθανότητες να συμμετέχει στην έρευνα αναμφίβολα δεν συμβάλλει στη γενίκευση της έρευνας στον πληθυσμό και σίγουρα, λειτουργεί περιοριστικά. Εκτός από τον ανωτέρω περιορισμό, η επιτυχία της έρευνας επηρεάζεται και καθορίζεται από την ποιότητα και την πορεία της ερευνητικής διαδικασίας. Δεδομένου ότι η ερευνήτρια δεν επιβλέπει ή ελέγχει τη διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, δεν μπορεί να εγγυηθεί για τον βαθμό υπευθυνότητας που επιδεικνύουν οι συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια που απαντούν στις προκαθορισμένες ερωτήσεις του. Εξίσου περιοριστικά για την έρευνα λειτουργούν οι συνθήκες, ο τόπος και ο χρόνος που λαμβάνει χώρα η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη μπορεί να αποτελέσει τη βάση για μελλοντικές εργασίες με περισσότερο πρακτικό-παρεμβατικό χαρακτήρα. Αφενός, στη σύνταξη ενός εγχειριδίου θεραπευτικής παρέμβασης μέσω τέχνης για παιδιά και εφήβους με ΔΑΦπροορισμένο για χρήση από θεραπευτές τέχνης που εργάζονται σε αυτόν τον τομέα. Το εν λόγω εγχειρίδιο θα μπορούσε να παρουσιάζει λεπτομερείς συνεδρίες που εξετάζουν συγκεκριμένα θεραπευτικά θέματα κοινά σε παιδιά και εφήβους με ΔΑΦσε ελεγχόμενα περιβάλλοντα, όπως το σχολικό, το οικογενειακό κ.ά. Αφετέρου, στη σύνταξη ενός βοηθητικού υλικού για τον σχεδιασμό, την οργάνωση και την υλοποίηση παρεμβατικών προγραμμάτων θεραπείας μέσω τέχνης σε παιδιά και εφήβους με ΔΑΦσε λιγότερο ελεγχόμενα περιβάλλοντα, όπως μιας θερινής κατασκήνωσης. Τα προγράμματα αυτά θα είναι προσανατολισμένα να προκαλούν την αυτοέκφραση των παιδιών και των εφήβων με ΔΑΦγια βελτίωση των επικοινωνιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων τους.

6.6 Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας

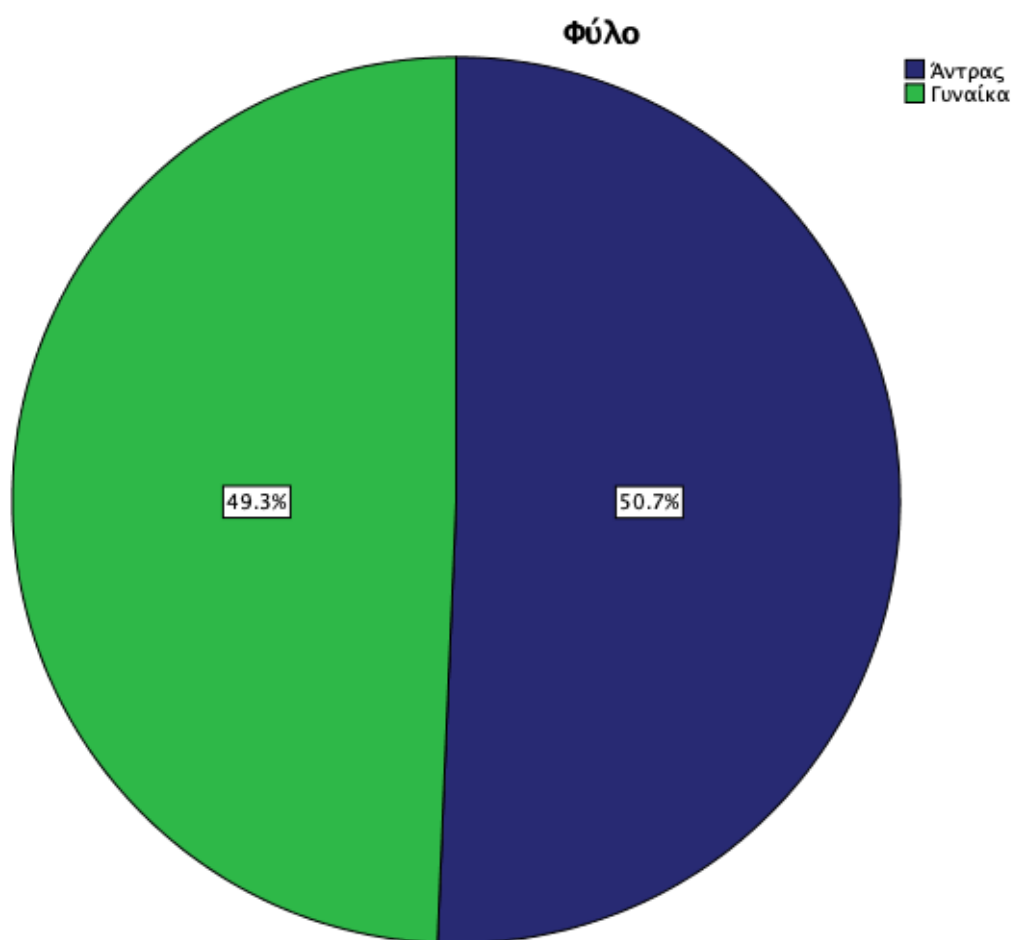
Η αξιοπιστία της παρούσας ποσοτικής έρευνας έγκειται στην ακρίβεια και τη συνέπεια των αποτελεσμάτων της, καθώς και στη συμφωνία τους με τα ευρήματα και τα αποτελέσματα των προηγούμενων συναφών ερευνών, που έχουν διεξαχθεί με παρόμοια μεθοδολογία, με παρόμοιο ερευνητικό και στατιστικό εργαλείο, και με παρόμοιο δείγμα. Ασφαλέστερα περαιτέρω αποτελέσματα όσον αφορά στην αξιοπιστία της έρευνας εξάγονται από τις συνεχείς διασταυρώσεις και τις αλληπάλληλες επαναλήψεις υπό τις ίδιες προϋποθέσεις, συνθήκες και στόχους. Η ποσοτική έρευνα είναι έγκυρη, εφόσον τα συλλεγόμενα ερευνητικά δεδομένα της συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό με τα ζητήματα της έρευνας που τίθενται υπό εξέταση.

Όσον αφορά στο κομμάτι της εγκυρότητας της έρευνας, αυτή διασφαλίστηκε με την πραγματοποίηση των πιλοτικών ελέγχων και δοκιμών του ερωτηματολογίου από την ερευνήτρια. Μέσω της δοκιμαστικής αυτής διαδικασίας, εκφράστηκαν γνώμες και έγιναν παρατηρήσεις από ειδικούς ή μη συμμετέχοντες και εμπλεκόμενους, οι οποίες λήφθηκαν υπόψη κατά τον τελικό σχεδιασμό και την επιλογή των ερωτήσεων. Το ζήτημα της εύστοχης επιλογής ερωτημάτων υπήρξε από την αρχή της εκπόνησης της παρούσας ερευνητικής μελέτης καίριο και σημαίνον, καθώς μια από τις βασικές προθέσεις της ερευνήτριας ήταν η ταυτόχρονη κάλυψη όλων των πτυχών και των εκφάνσεων της προβληματικής της έρευνας από τη μια, και η αποφυγή κάθε περίπτωσης πρόκλησης δυσφορίας ή σύγχυσης στους ερωτώμενους από την άλλη. Ενισχυτικά ως προς την εγκυρότητα και θετικά ως προς την αξιοπιστία της έρευνας λειτούργησε η αρτιότητα των οδηγιών που δόθηκαν από την ερευνήτρια πριν από τη διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου στους ερωτώμενους, καθώς επίσης και οι εγγυήσεις που δόθηκαν για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας τους. Παράλληλα, η αξιοποίηση του κατάλληλου, σύγχρονου και ακριβούς στατιστικού εργαλείου SPSS, ενισχύει την αξιοπιστία της έρευνας, καθώς παρέχει την ασφάλεια ότι η επεξεργασία των δεδομένων και των ευρημάτων που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων, γίνονται σωστά.

Κεφάλαιο 7. Αποτελέσματα έρευνας

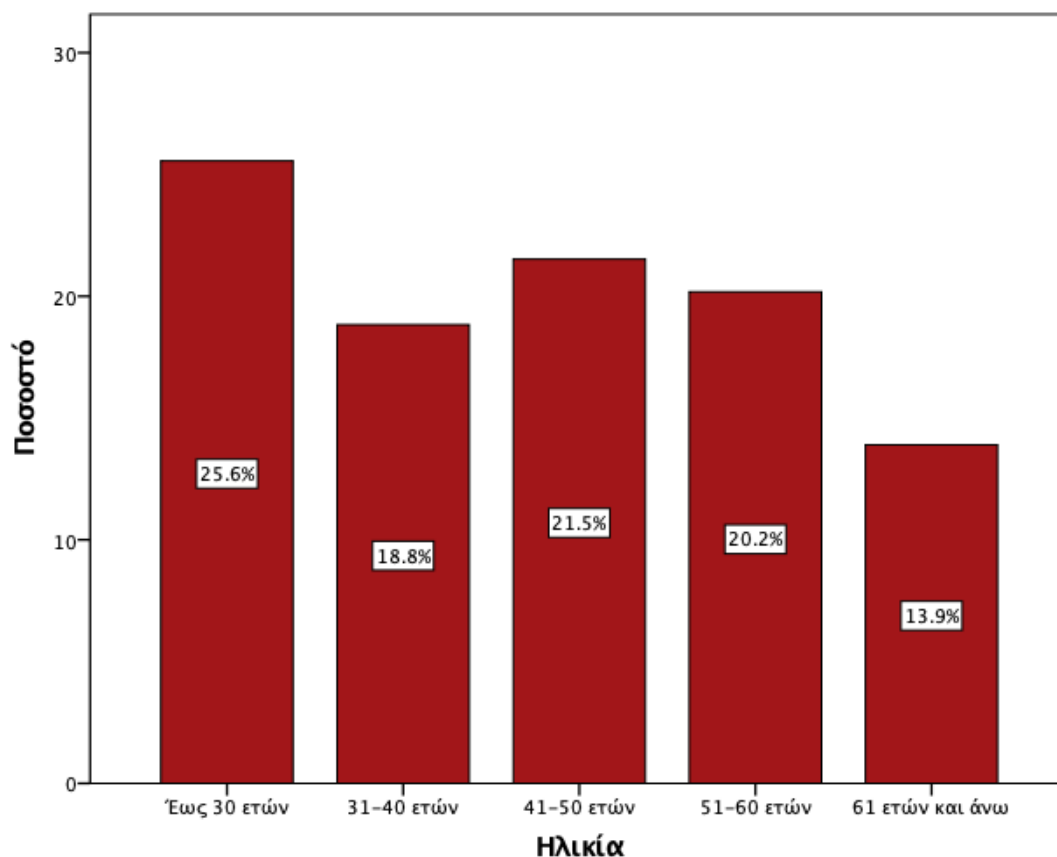
7.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Στην πρώτη ενότητα δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία των 223 εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Στο Διάγραμμα 1 δίνεται η κατανομή των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας με βάση το φύλο τους. Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 113 (50.7%) άντρες και 110 (49.3%) γυναίκες.



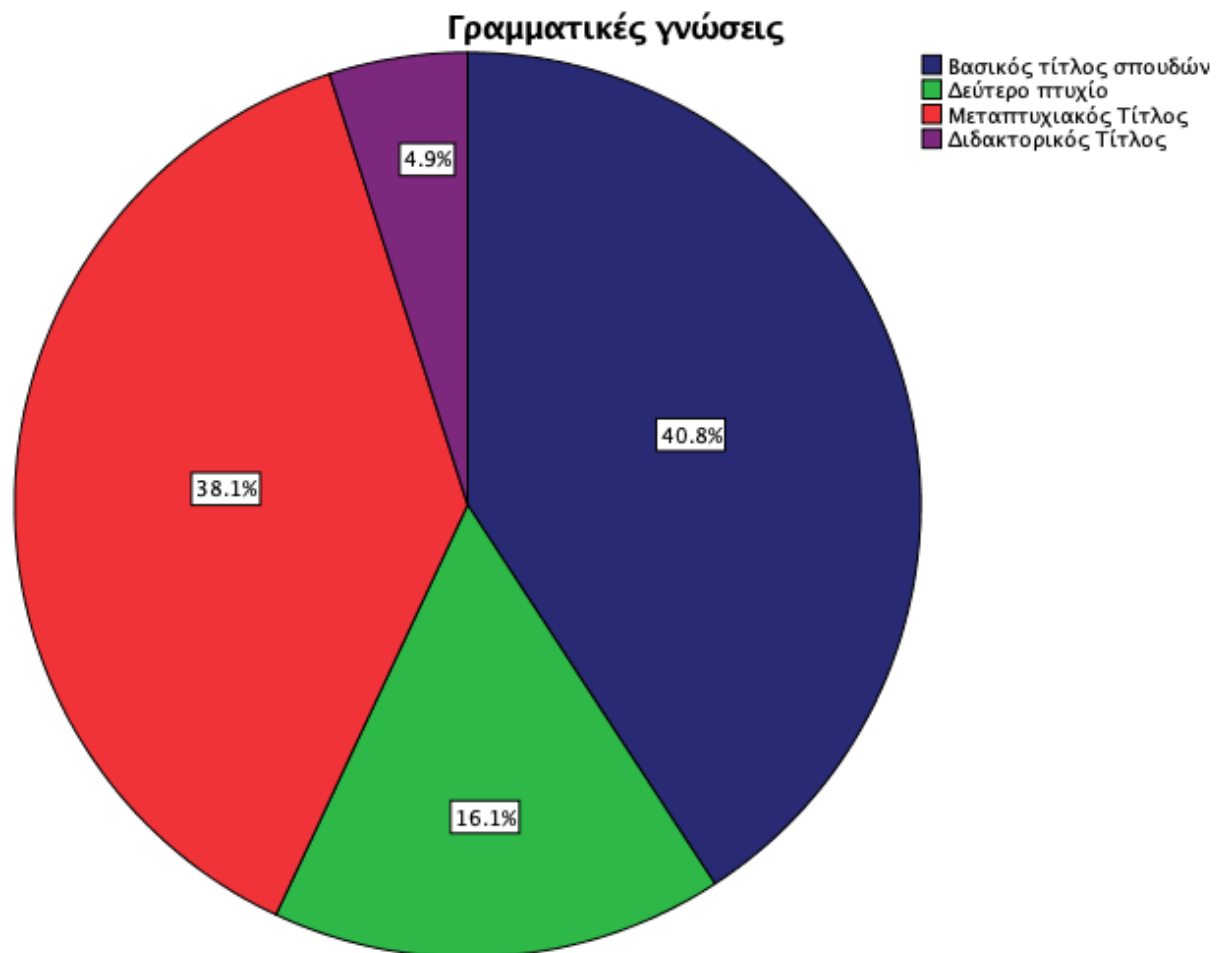
Διάγραμμα 1. Στοιχεία για το φύλο των εκπαιδευτικών στο δείγμα της μελέτης

Στο Διάγραμμα 2 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης αναφορικά με την ηλικιακή ομάδα των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας. Από τους 223 συμμετέχοντες, οι 57 (25.6%) ήταν ηλικίας έως 30 ετών, οι 42 (18.8%) ήταν ηλικίας 31-40 ετών, οι 48 (21.5%) ήταν ηλικίας 41-50 ετών, οι 45 (20.2%) ήταν ηλικίας 51-60 ετών και οι 31 (13.9%) ήταν ηλικίας άνω των 60 ετών.



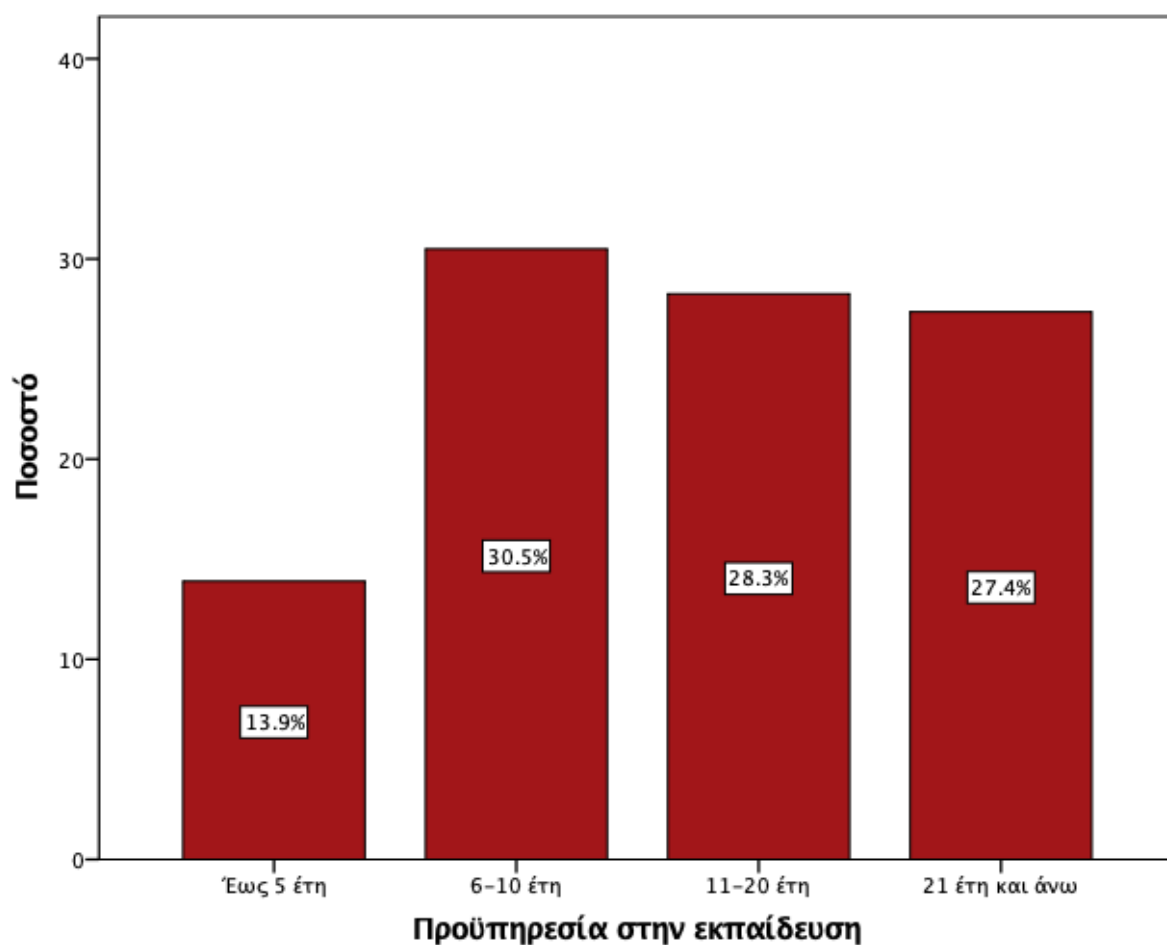
Διάγραμμα 2. Στοιχεία για την ηλικιακή ομάδα των εκπαιδευτικών στο δείγμα της μελέτης

Στη συνέχεια δίνονται τα στοιχεία που αφορούν το επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων στο δείγμα της μελέτης (Διάγραμμα 3). Το 40.8% ($n = 91$) των εκπαιδευτικών είχαν το βασικό τίτλο σπουδών ενώ το 16.1% ($n = 36$) των εκπαιδευτικών είχαν δεύτερο πτυχίο. Επιπρόσθετα, το 38.1% ($n = 85$) των συμμετεχόντων είχαν μεταπτυχιακές σπουδές και το 4.9% ($n = 11$) των συμμετεχόντων είχαν διδακτορικές σπουδές.



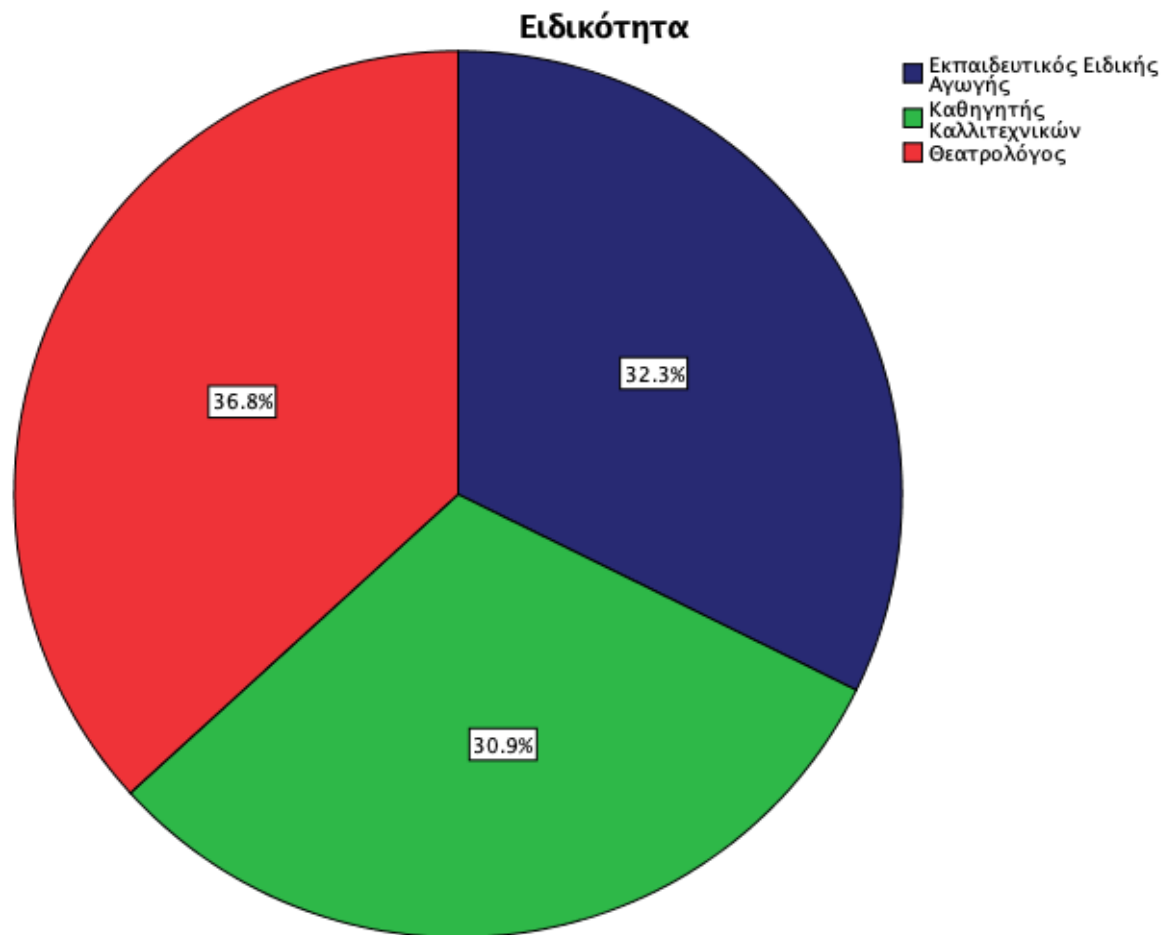
Διάγραμμα 3. Στοιχεία για το επίπεδο σπουδών των εκπαιδευτικών στο δείγμα της μελέτης

Στο Διάγραμμα 4 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης αναφορικά με την προϋπηρεσία των εκπαιδευτικών στο χώρο της εκπαίδευσης. Συνολικά το 13.9% ($n = 31$) των εκπαιδευτικών είχαν συνολική προϋπηρεσία μικρότερη των 5 ετών, το 30.5% ($n = 68$) είχαν συνολική προϋπηρεσία μεταξύ 6 και 10 ετών, το 28.3% ($n = 63$) είχαν συνολική προϋπηρεσία μεταξύ 11 και 20 ετών και το 27.4% ($n = 61$) είχαν συνολική προϋπηρεσία πάνω από 20 έτη.



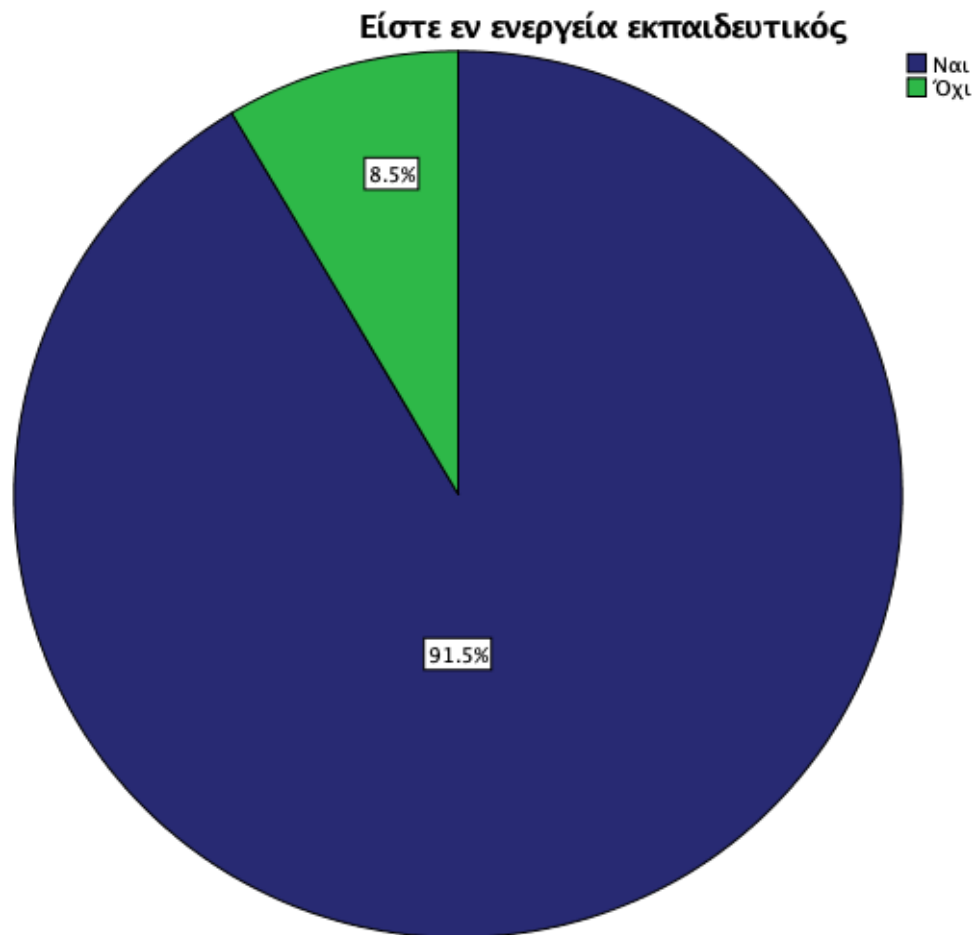
Διάγραμμα 4. Στοιχεία για τη συνολική προϋπηρεσία των εκπαιδευτικών στο δείγμα της μελέτης

Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 72 (32.3%) εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής, 69 (30.9%) καθηγητές καλλιτεχνικών και 82 (36.8%) θεατρολόγοι (Διάγραμμα 5).



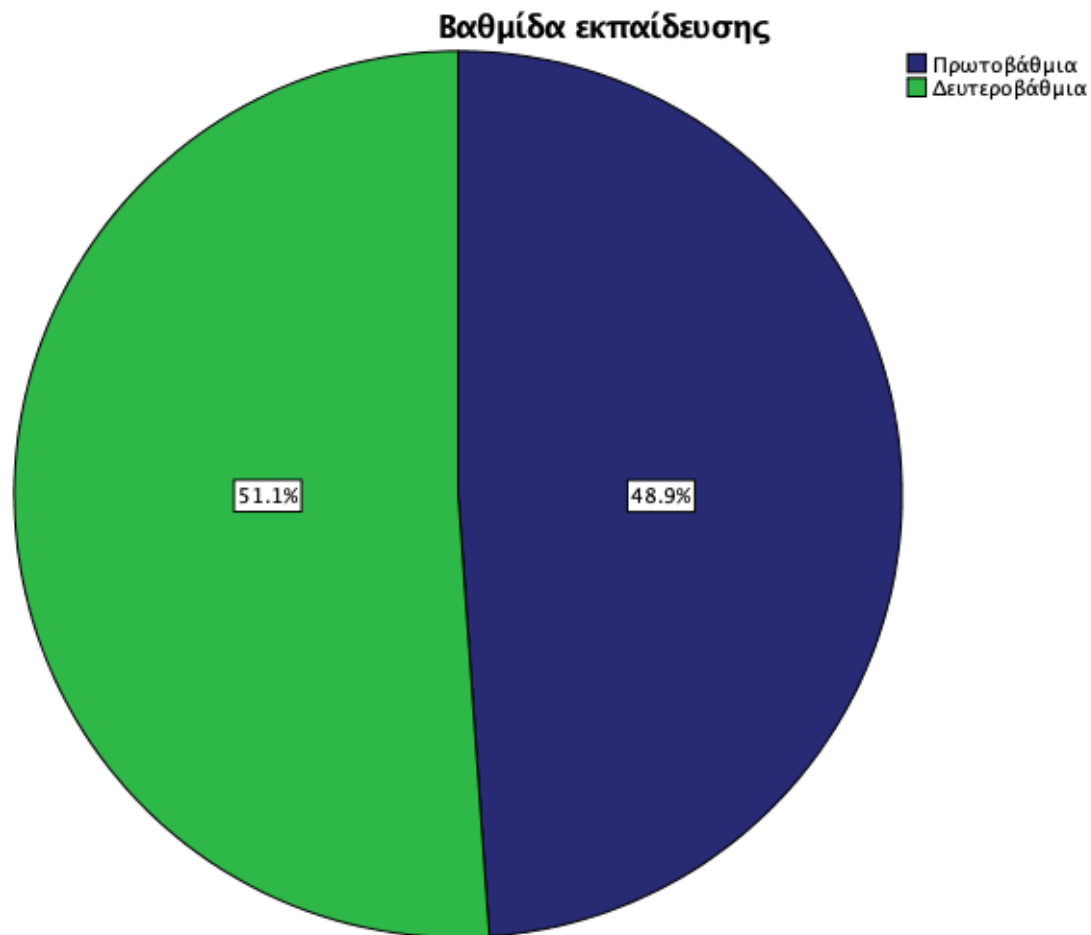
Διάγραμμα 5. Στοιχεία για την ειδικότητα των εκπαιδευτικών στο δείγμα της μελέτης

Από το Διάγραμμα 6 προκύπτει πως από το σύνολο των εκπαιδευτικών στο δείγμα της μελέτης, το 91.5% ($n = 204$) ήταν εν ενεργεία εκπαιδευτικοί και το 8.5% ($n = 19$) ήταν εκπαιδευτικοί που δεν ήταν εν ενεργεία (συνταξιούχοι).



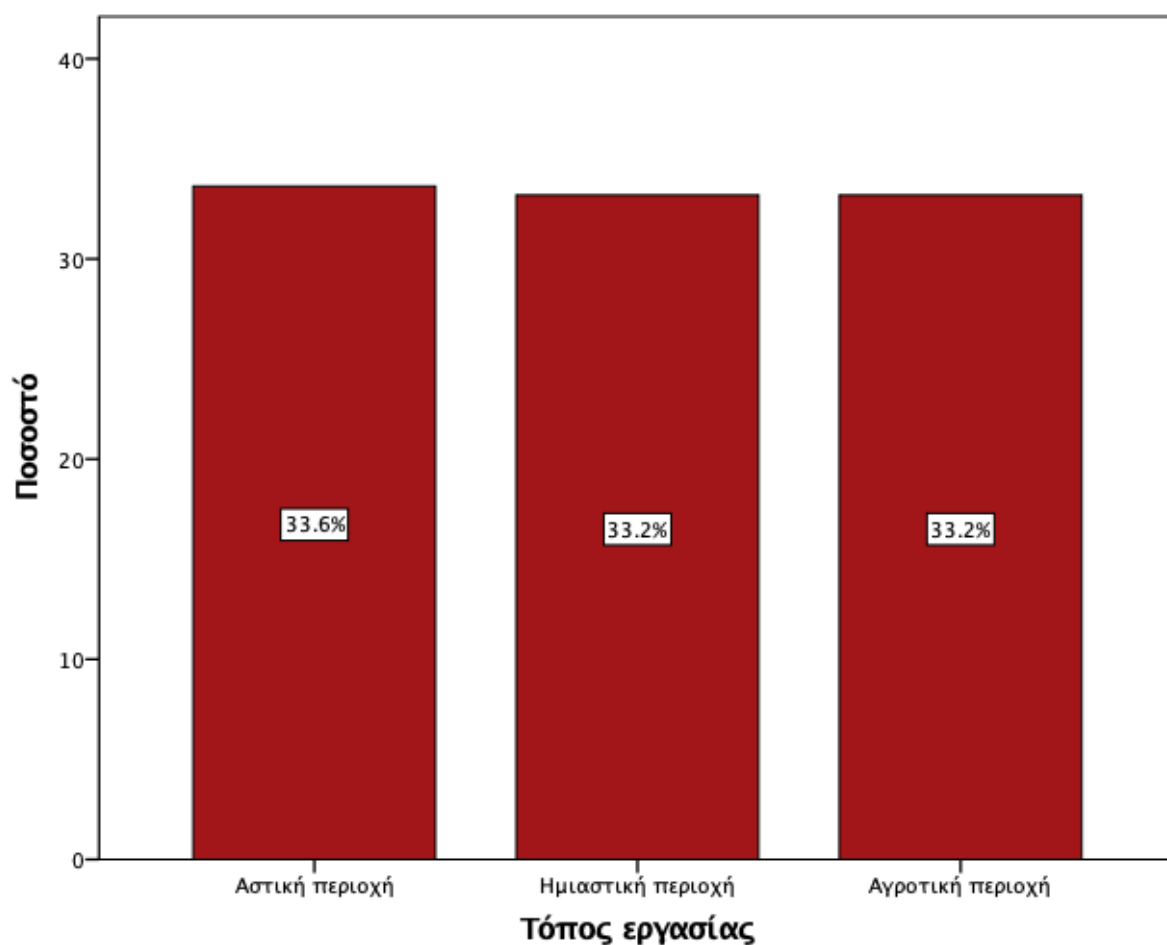
Διάγραμμα 6. Στοιχεία για το αν οι εκπαιδευτικοί του δείγματος είναι εν ενεργεία

Στο Διάγραμμα 7 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης αναφορικά με τη βαθμίδα εργασίας των 223 εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στη μελέτη. Συνολικά από το σύνολο του δείγματος το 51.1% ($n = 114$) ήταν εκπαιδευτικοί Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 48.9% ($n = 109$) ήταν εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.



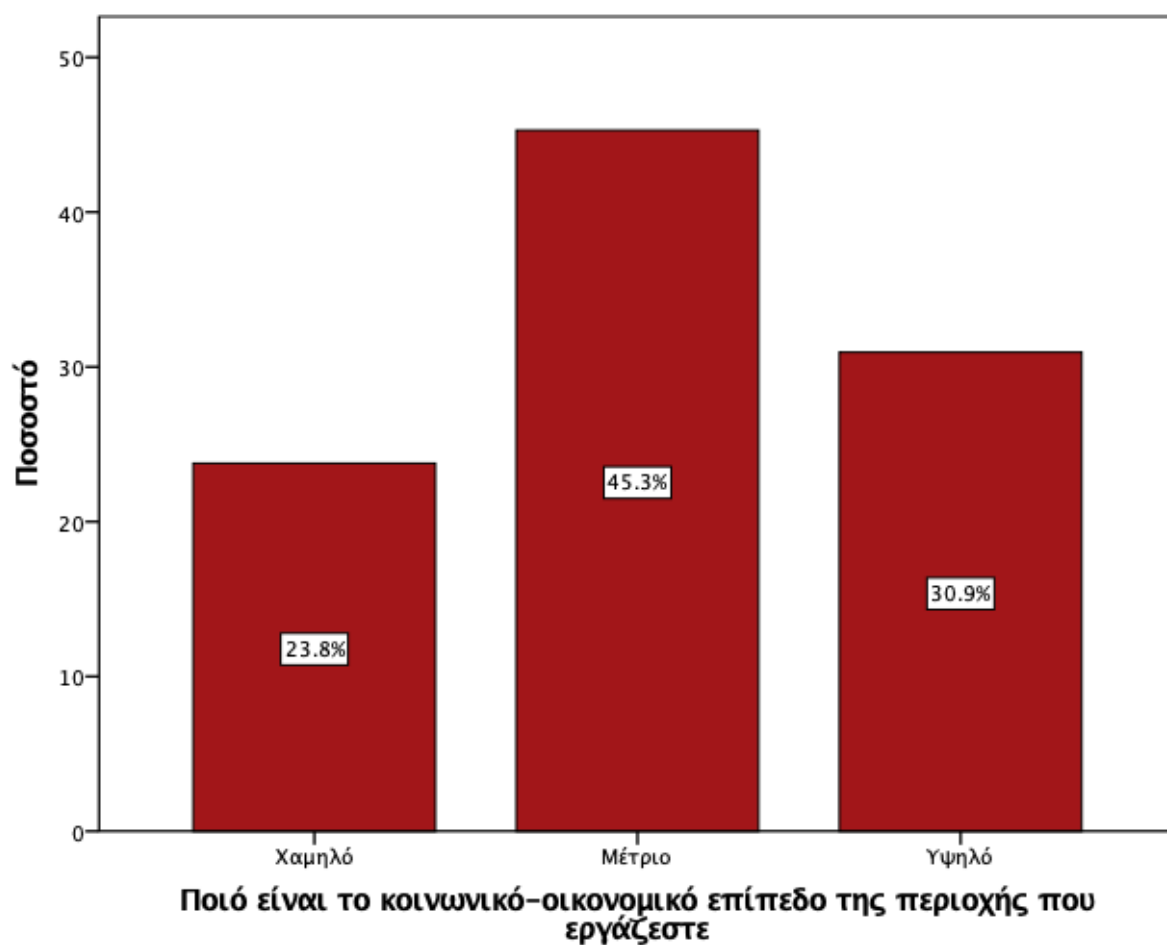
Διάγραμμα 7. Στοιχεία για τη βαθμίδα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στο δείγμα της μελέτης

Στο Διάγραμμα 8 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης αναφορικά με τον τόπο εργασίας των 223 εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στη μελέτη. Οι 75 (33.6%) από τους 223 εκπαιδευτικούς εργαζόντουσαν σε αστική περιοχή, οι 74 (33.2%) από τους 223 εκπαιδευτικούς εργαζόντουσαν σε ημιαστική περιοχή και οι 74 (33.2%) από τους 223 εκπαιδευτικούς εργαζόντουσαν σε αγροτική περιοχή.



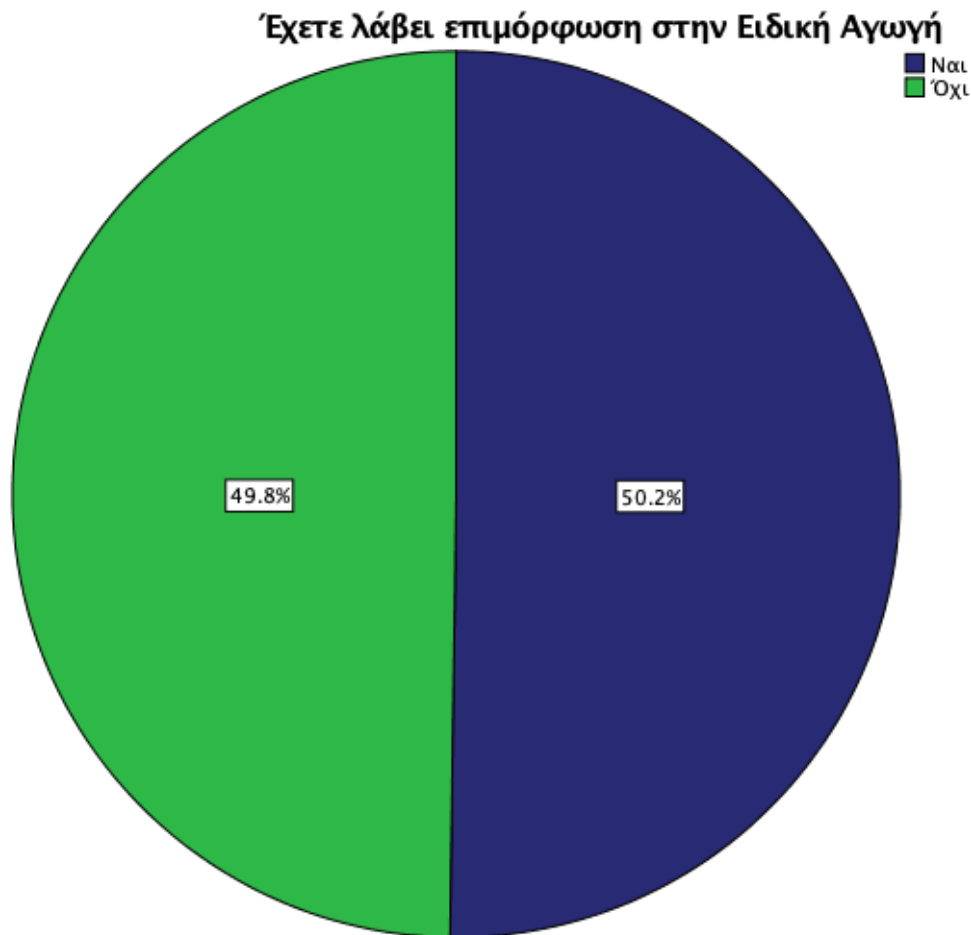
Διάγραμμα 8. Στοιχεία για τον τόπο εργασίας των εκπαιδευτικών στο δείγμα της μελέτης

Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε πως το 23.8% ($n = 53$) των συμμετεχόντων ανέφεραν πως το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της περιοχής που εργάζονται είναι χαμηλό ενώ το 45.3% ($n = 101$) των συμμετεχόντων ανέφεραν πως το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της περιοχής που εργάζονται είναι μέτριο. Αντίστοιχα, το 30.9% ($n = 69$) των συμμετεχόντων ανέφεραν πως το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της περιοχής που εργάζονται είναι υψηλό (Διάγραμμα 9).



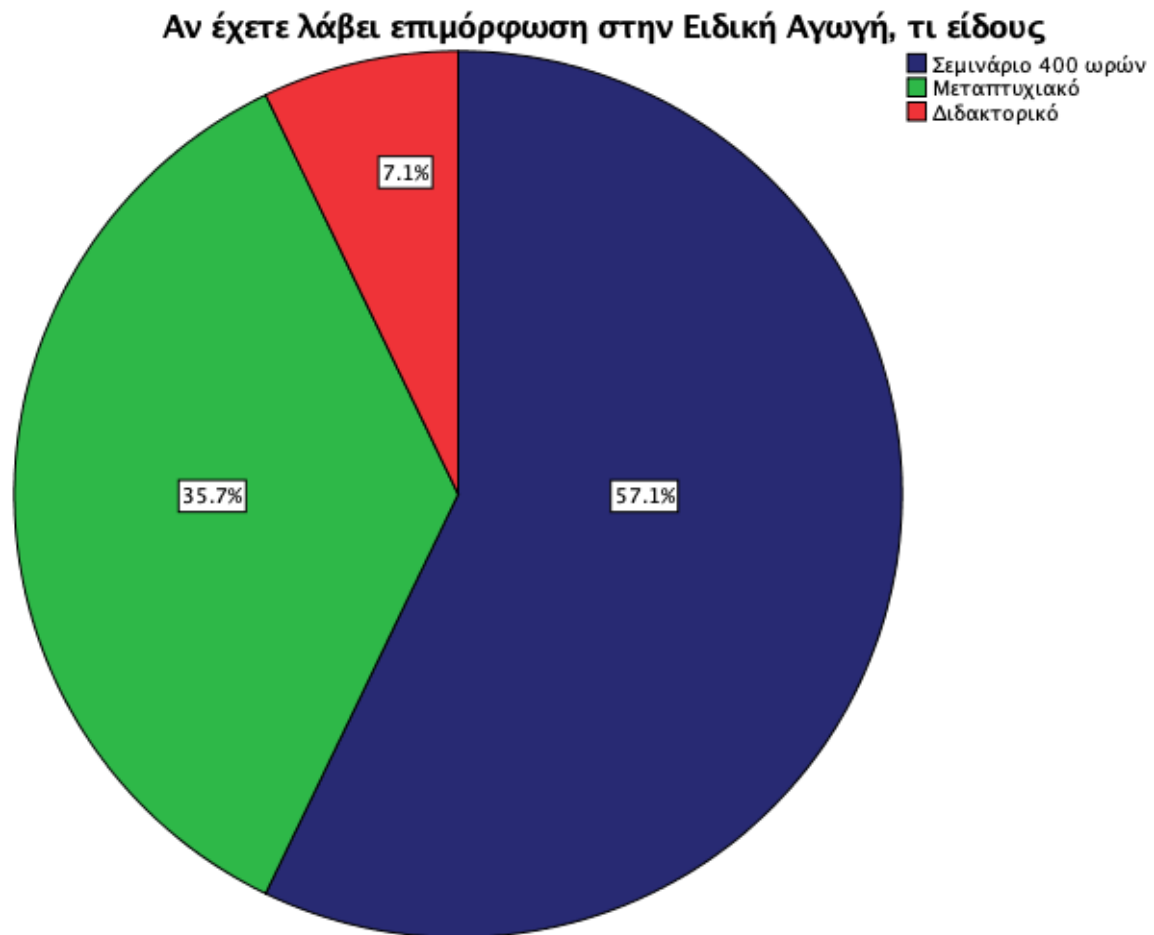
Διάγραμμα 9. Στοιχεία για το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της περιοχής που εργάζονται οι εκπαιδευτικοί στο δείγμα της μελέτης

Στο Διάγραμμα 10 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης αναφορικά με το αν οι εκπαιδευτικοί στο δείγμα της μελέτης έχουν λάβει επιμόρφωση γενικά στον τομέα της Ειδικής Αγωγής. Συνολικά, το 50.2% ($n = 112$) των συμμετεχόντων δήλωσαν πως έχουν λάβει επιμόρφωση γενικά στον τομέα της Ειδικής Αγωγής γενικά.



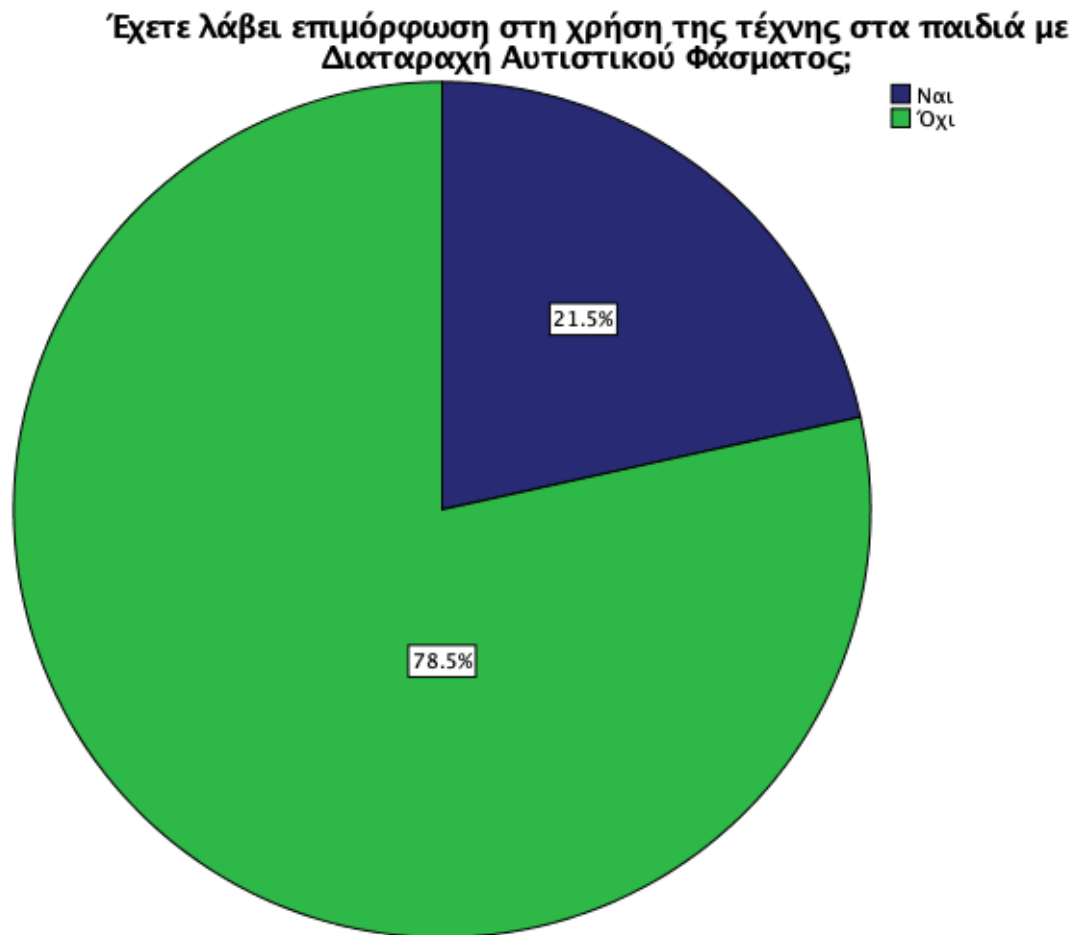
Διάγραμμα 10. Στοιχεία για το αν οι εκπαιδευτικοί στο δείγμα της μελέτης έχουν λάβει επιμόρφωση γενικά στον τομέα της Ειδικής Αγωγής

Από τους 112 εκπαιδευτικούς που ανέφεραν πως έχουν λάβει επιμόρφωση γενικά στον τομέα της Ειδικής Αγωγής γενικά, το 57.1% ($n = 64$) ανέφεραν πως η επιμόρφωση αφορούσε σεμινάριο 400+ ωρών. Αντίστοιχα, το 35.7% ($n = 40$) ανέφεραν πως η επιμόρφωση στον τομέα της Ειδικής Αγωγής προκύπτει από την παρακολούθηση κάποιου μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών και το 7.1% ($n = 8$) ανέφεραν πως η επιμόρφωση στον τομέα της Ειδικής Αγωγής προκύπτει από την παρακολούθηση κάποιου διδακτορικού προγράμματος σπουδών (Διάγραμμα 11).



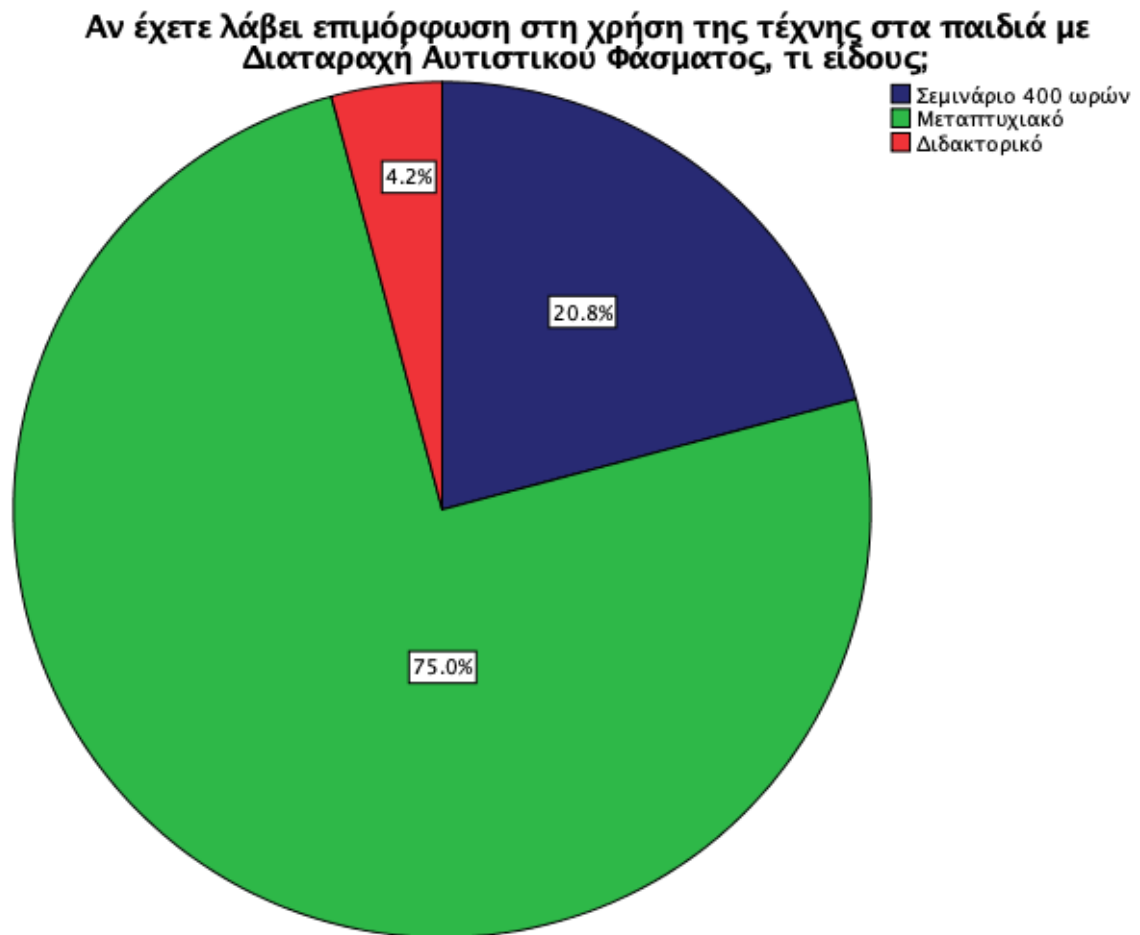
Διάγραμμα 11. Στοιχεία για το είδος επιμόρφωσης που έχουν λάβει οι εκπαιδευτικοί στον τομέα της Ειδικής Αγωγής

Στο Διάγραμμα 12 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης αναφορικά με το αν οι εκπαιδευτικοί στο δείγμα της μελέτης έχουν λάβει επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ. Συνολικά, το 21.5% ($n = 48$) των συμμετεχόντων δήλωσαν πως έχουν λάβει επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ.



Διάγραμμα 12. Στοιχεία για το αν οι εκπαιδευτικοί στο δείγμα της μελέτης έχουν λάβει επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ

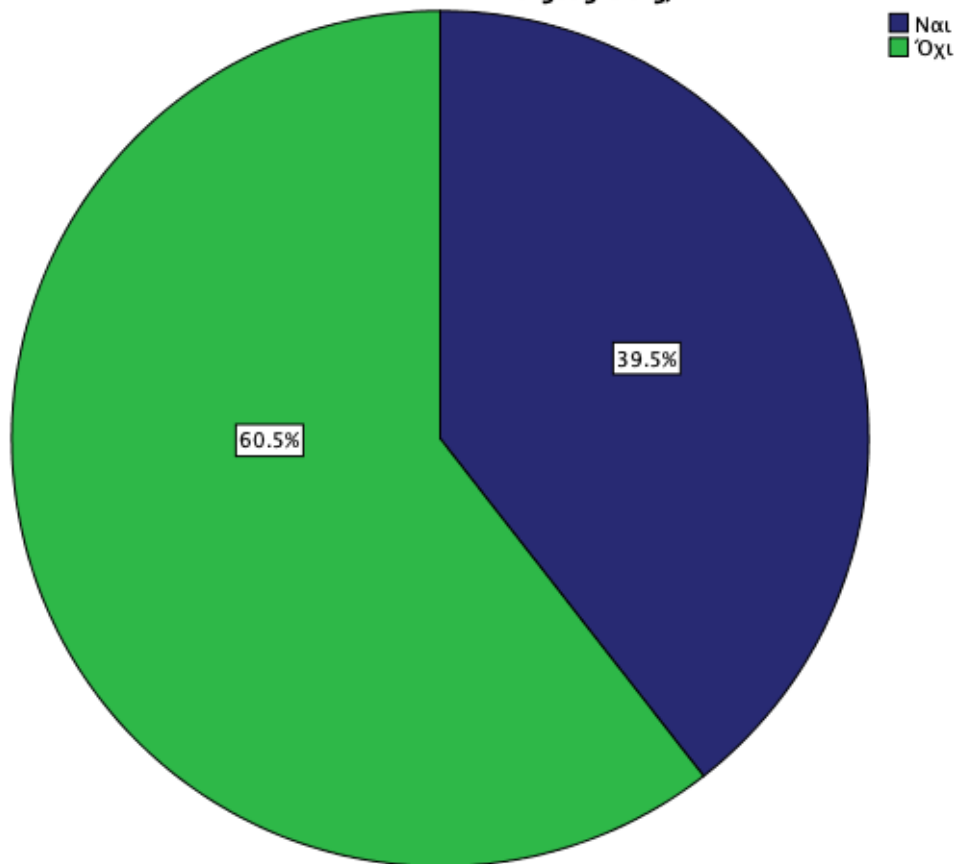
Από τους 48 εκπαιδευτικούς που ανέφεραν πως έχουν λάβει επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ, το 20.8% ($n = 10$) ανέφεραν πως η επιμόρφωση αφορούσε σεμινάριο 400+ ωρών. Αντίστοιχα, το 75% ($n = 36$) ανέφεραν πως η επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ από την παρακολούθηση κάποιου μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών και το 4.2% ($n = 2$) ανέφεραν πως η επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ προκύπτει από την παρακολούθηση κάποιου διδακτορικού προγράμματος σπουδών (Διάγραμμα 13).



Διάγραμμα 13. Στοιχεία για το είδος επιμόρφωσης που έχουν λάβει οι εκπαιδευτικοί στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ

Τέλος, από το Διάγραμμα 14 προκύπτει πως από το σύνολο των εκπαιδευτικών στο δείγμα της μελέτης, το 39.5% ($n = 88$) ανέφερε πως είχαν στο παρελθόν παιδιά με ΔΑΦ στις τάξεις τους.

Είχατε στο παρελθόν παιδιά με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος στις τάξεις σας;

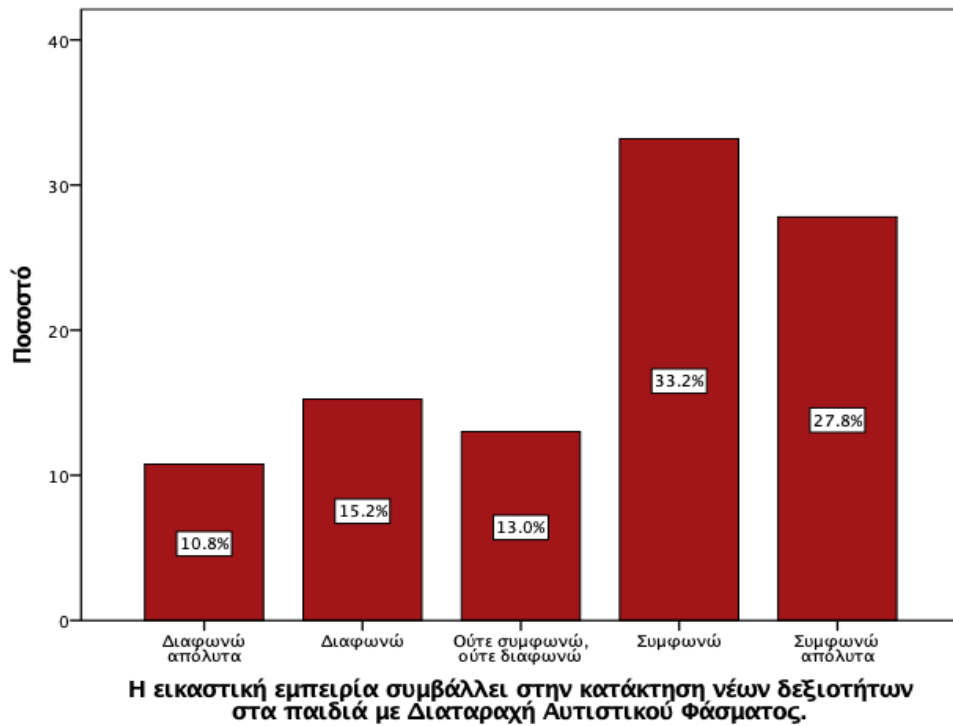


Διάγραμμα 14. Στοιχεία για το αν οι εκπαιδευτικοί στο δείγμα της μελέτης είχαν στο παρελθόν παιδιά με ΔΑΦ στις τάξεις τους

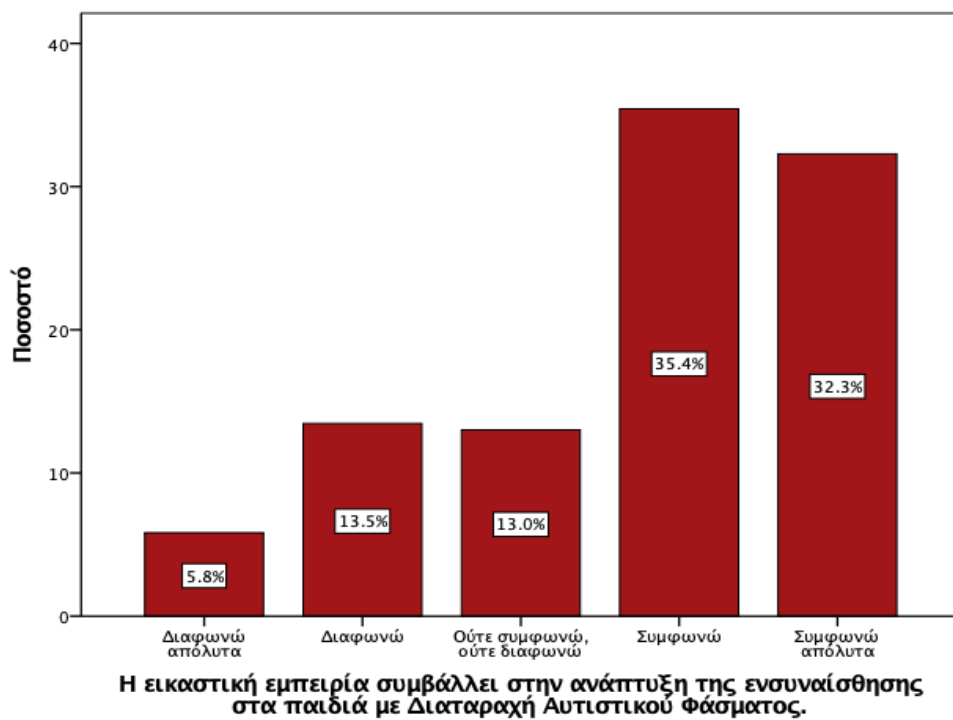
7.2. Απόψεις για την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ

Στη συνέχεια δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών για την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ. Οι πρώτες δύο ερωτήσεις είχαν σκοπό να καταγράψουν τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το αν η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων και στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 15 προκύπτει πως το 61 % ($n = 136$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 16 προκύπτει πως το 67.7% ($n = 151$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν

απόλυτα με το ότι η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.

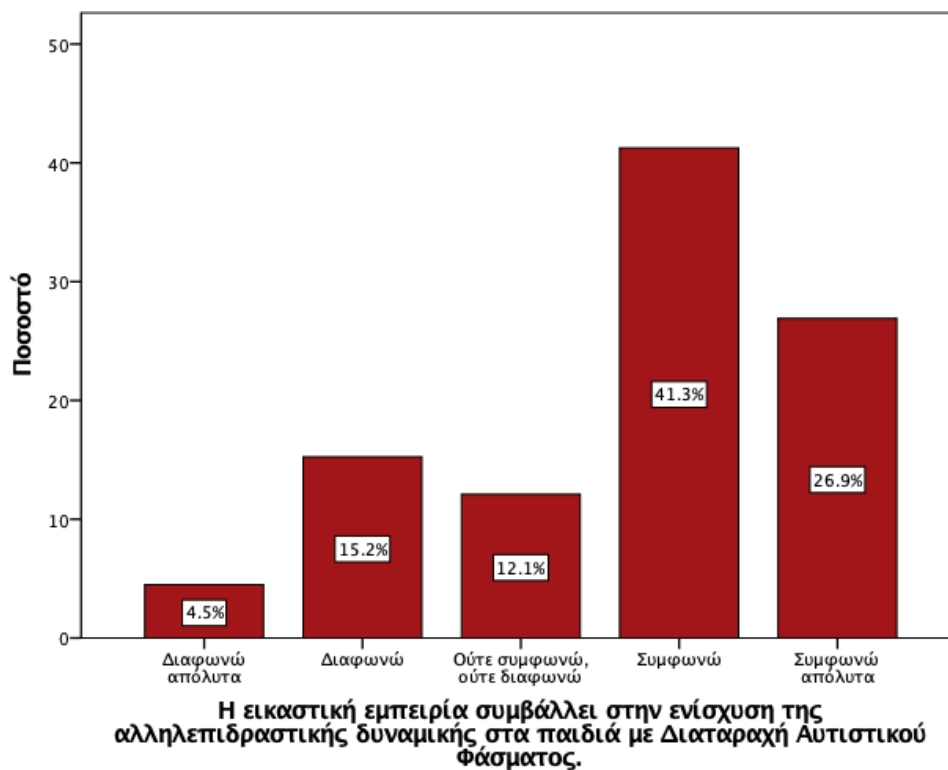


Διάγραμμα 15. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ

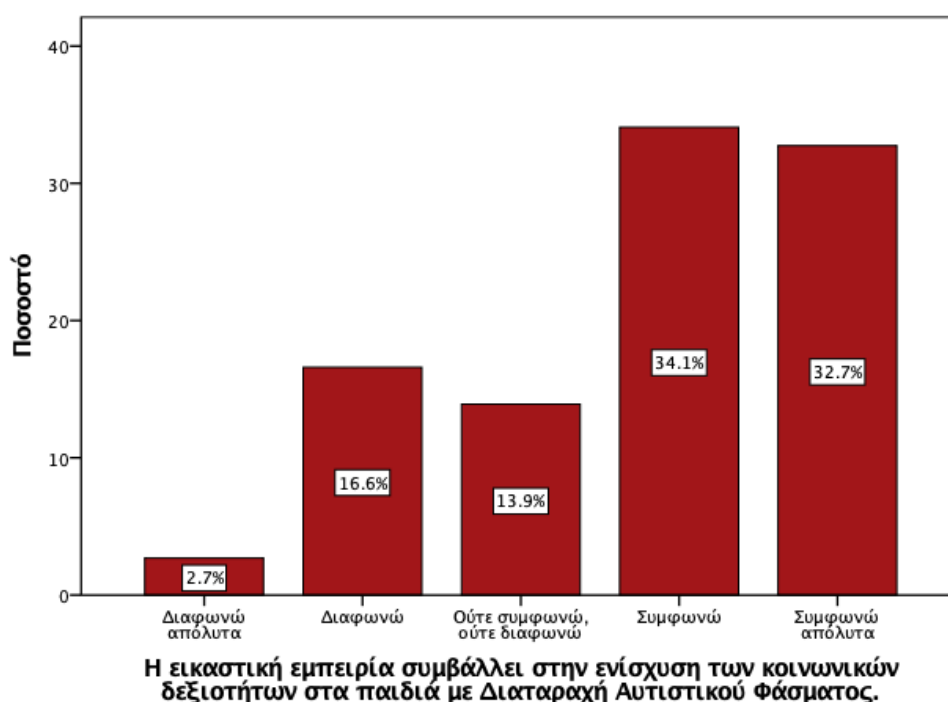


Διάγραμμα 16. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ

Οι επόμενες δύο ερωτήσεις είχαν σκοπό να καταγράψουν τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το αν η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής και στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 17 προκύπτει πως το 68.2 % ($n = 152$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 18 προκύπτει πως το 66.8% ($n = 149$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.

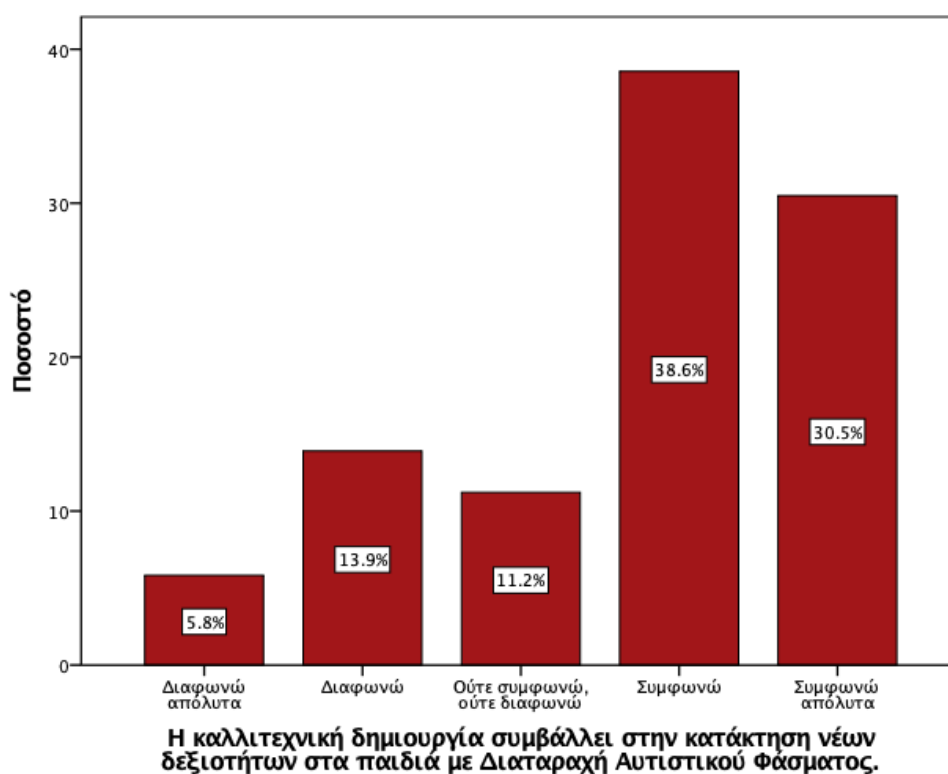


Διάγραμμα 17. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.

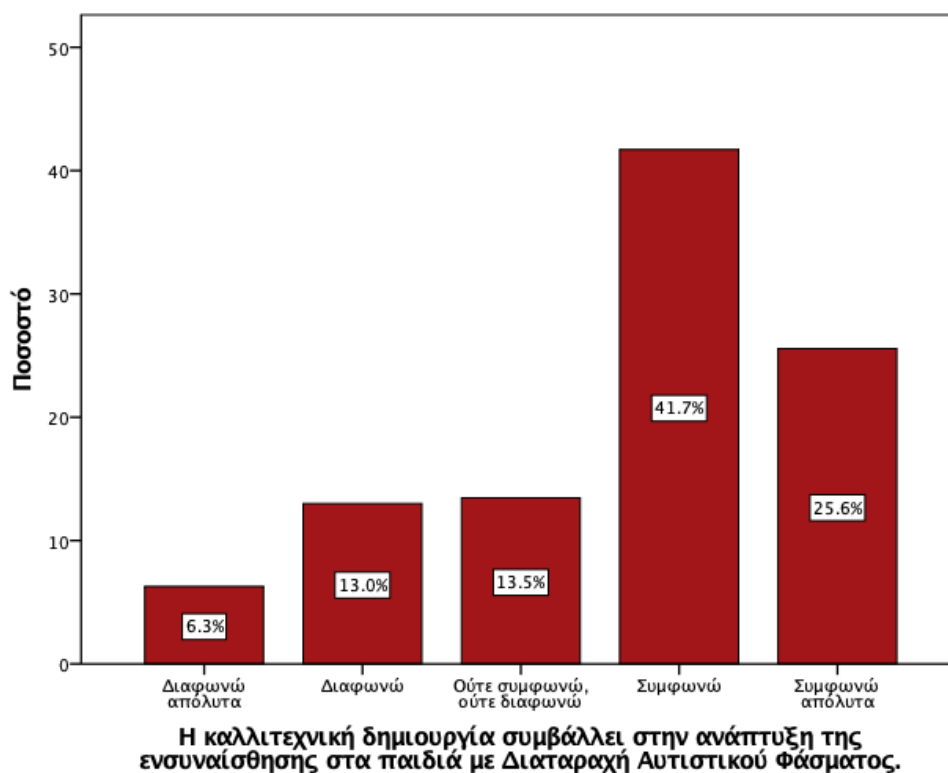


Διάγραμμα 18. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.

Στη συνέχεια οι εκπαιδευτικοί κλήθηκαν να αναφέρουν αν συμφωνούν ή όχι με το ότι η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων και στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 19 προκύπτει πως το 69.1% ($n = 154$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 20 προκύπτει πως το 67.3% ($n = 150$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.

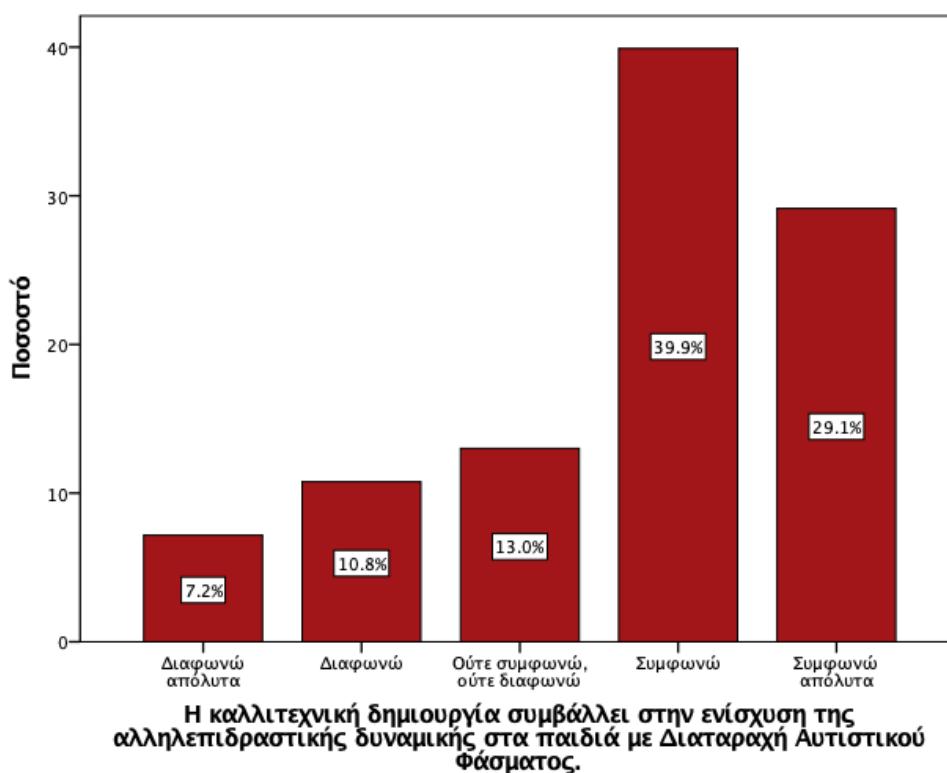


Διάγραμμα 19. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.

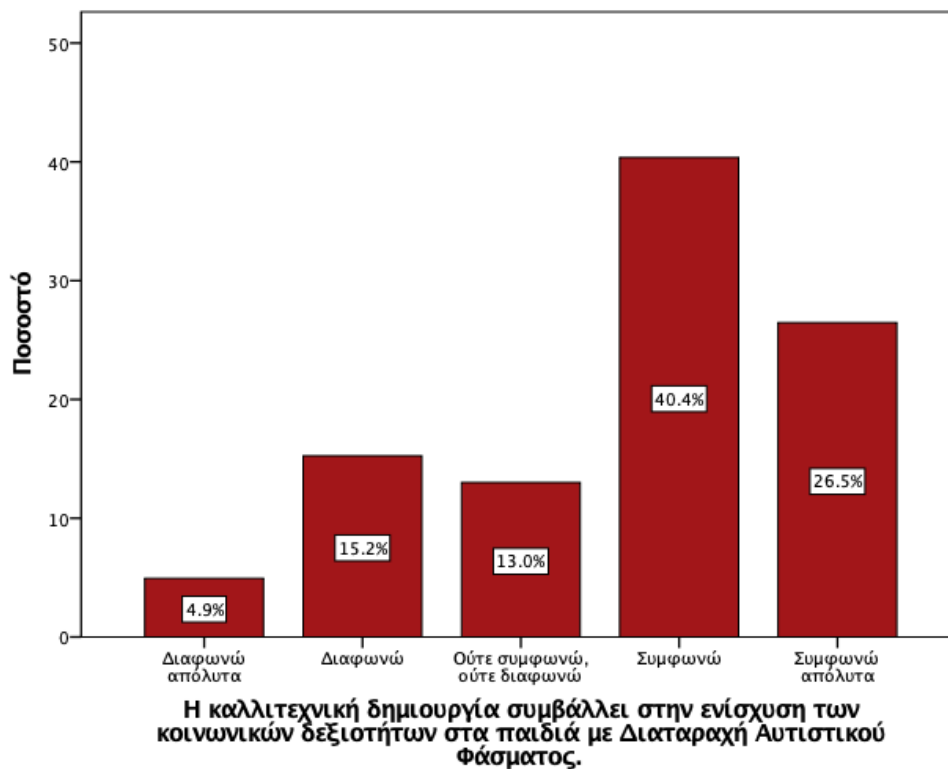


Διάγραμμα 20. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ

Οι επόμενες δύο ερωτήσεις είχαν σκοπό να καταγράψουν τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το αν η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής και στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 21 προκύπτει πως το 69 % ($n = 154$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 22 προκύπτει πως το 66.9% ($n = 149$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.

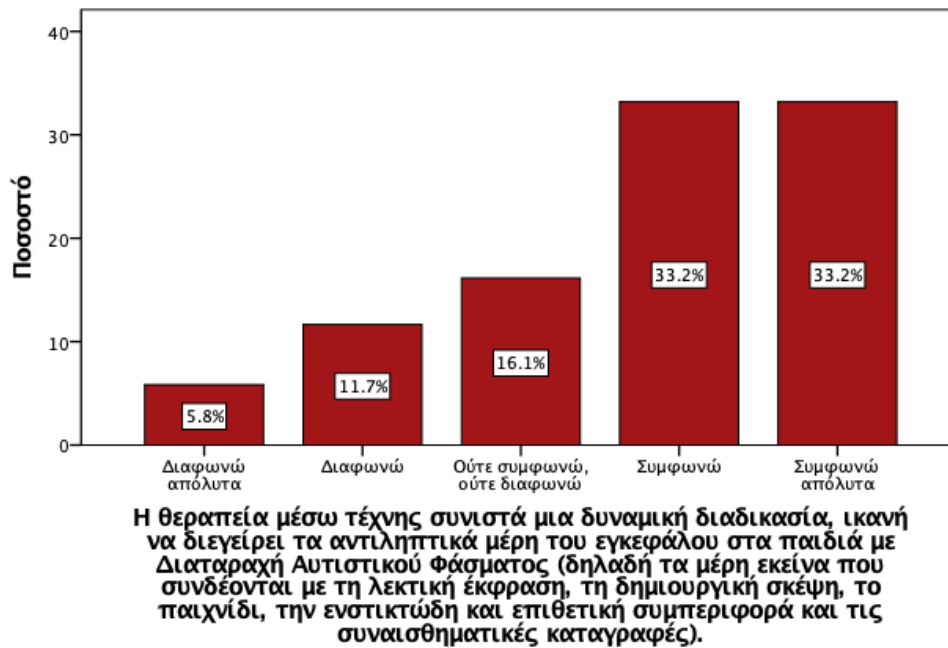


Διάγραμμα 21. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.

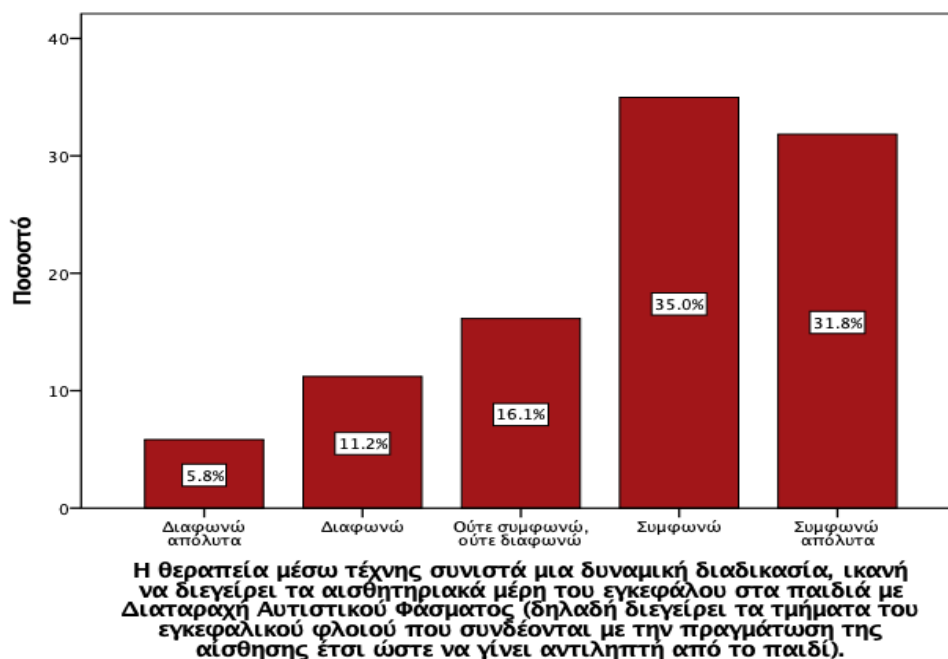


Διάγραμμα 22. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.

Οι επόμενες δύο ερωτήσεις είχαν σκοπό να καταγράψουν τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αντιληπτικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ και με το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αισθητηριακά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 23 προκύπτει πως το 66.4 % ($n = 148$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αντιληπτικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 24 προκύπτει πως το 66.8% ($n = 149$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αισθητηριακά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ.

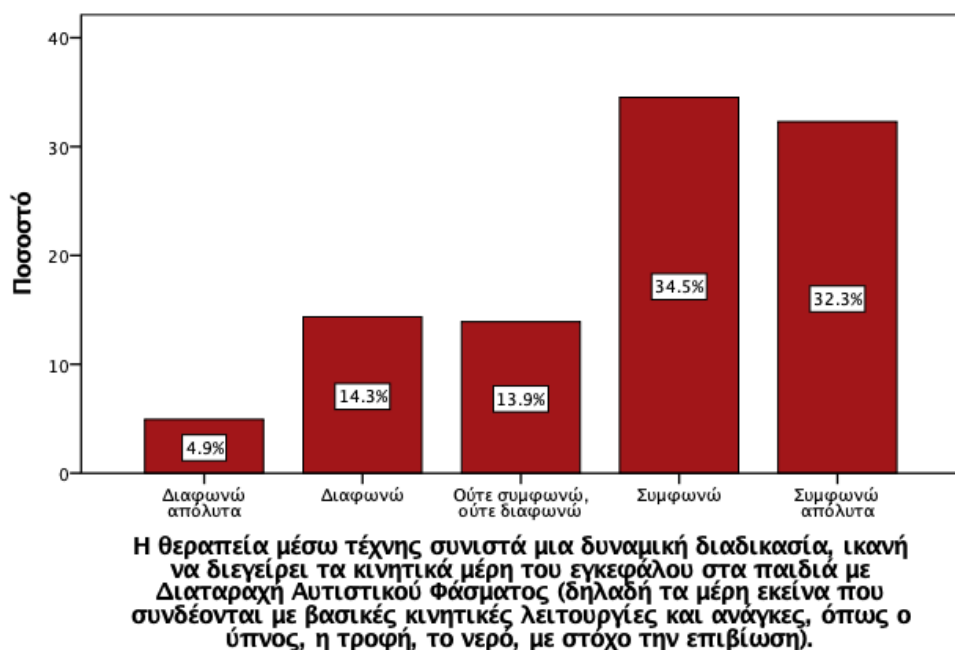


Διάγραμμα 23. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αντιληπτικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ.

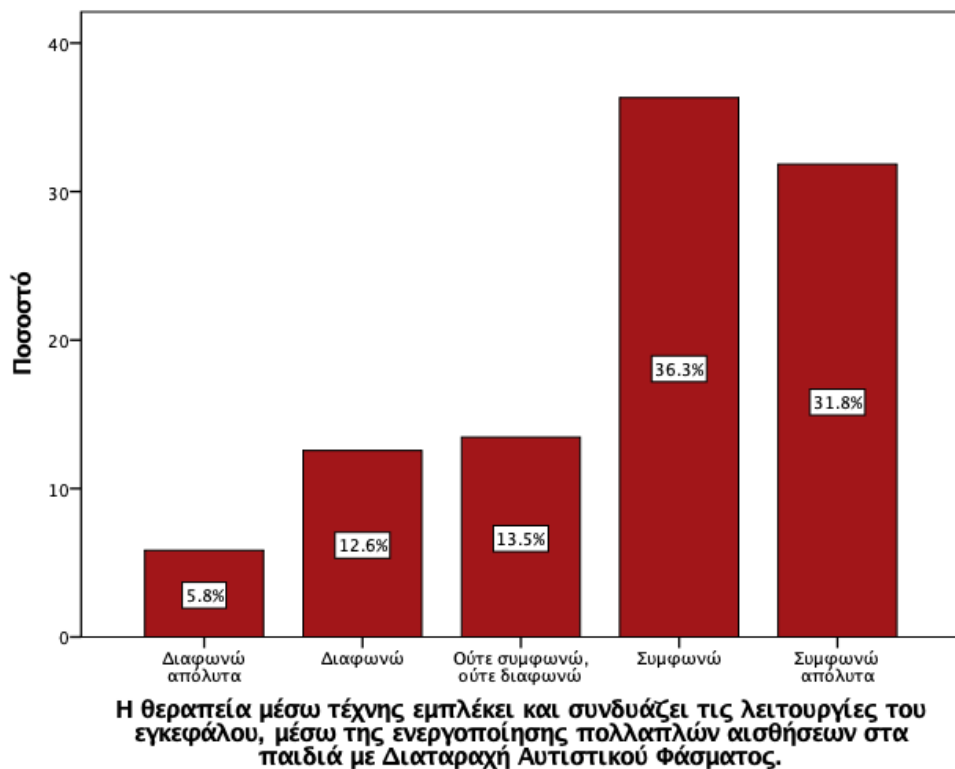


Διάγραμμα 24. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αισθητηριακά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ

Στη συνέχεια οι εκπαιδευτικοί κλήθηκαν να αναφέρουν αν συμφωνούν ή όχι με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα κινητικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ και αν η θεραπεία μέσω τέχνης εμπλέκει και συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, μέσω της ενεργοποίησης πολλαπλών αισθήσεων στα παιδιά με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 25 προκύπτει πως το 66.9% ($n = 149$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα κινητικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 26 προκύπτει πως το 68.1% ($n = 152$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης εμπλέκει και συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, μέσω της ενεργοποίησης πολλαπλών αισθήσεων στα παιδιά με ΔΑΦ.

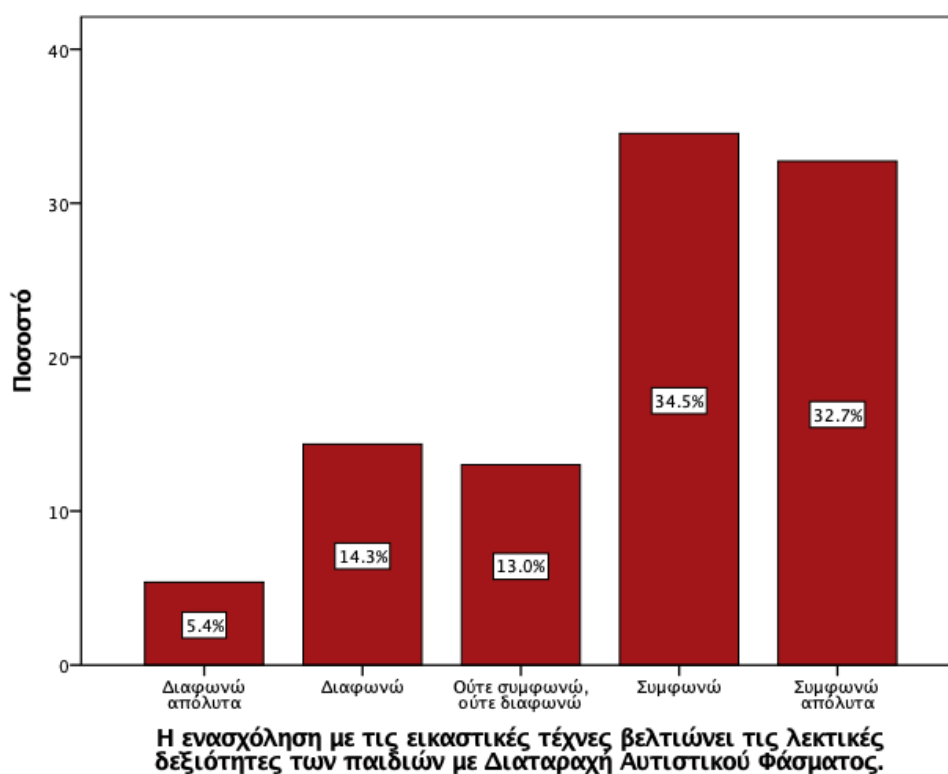


Διάγραμμα 25. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα κινητικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ

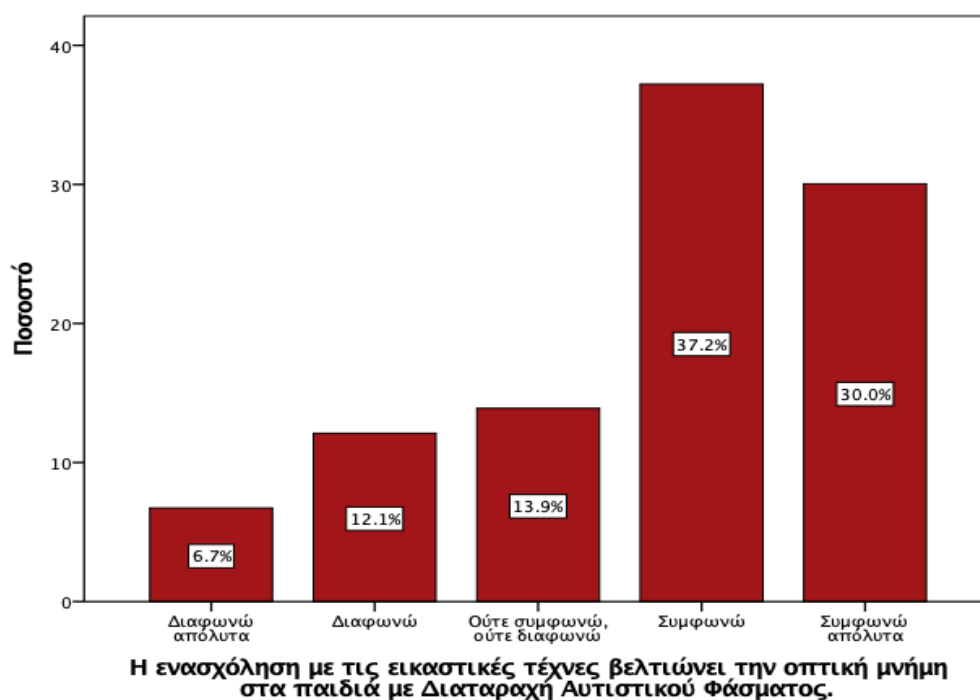


Διάγραμμα 26. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης εμπλέκει και συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, μέσω της ενεργοποίησης πολλαπλών αισθήσεων στα παιδιά με ΔΑΦ

Οι επόμενες δύο ερωτήσεις είχαν σκοπό να καταγράψουν τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το αν η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει τις λεκτικές δεξιότητες και την οπτική μνήμη των παιδιών με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 27 προκύπτει πως το 67.2 % ($n = 150$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει τις λεκτικές δεξιότητες των παιδιών με ΔΑΦ. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 28 προκύπτει πως το 67.2% ($n = 150$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει την οπτική μνήμη των παιδιών με ΔΑΦ.

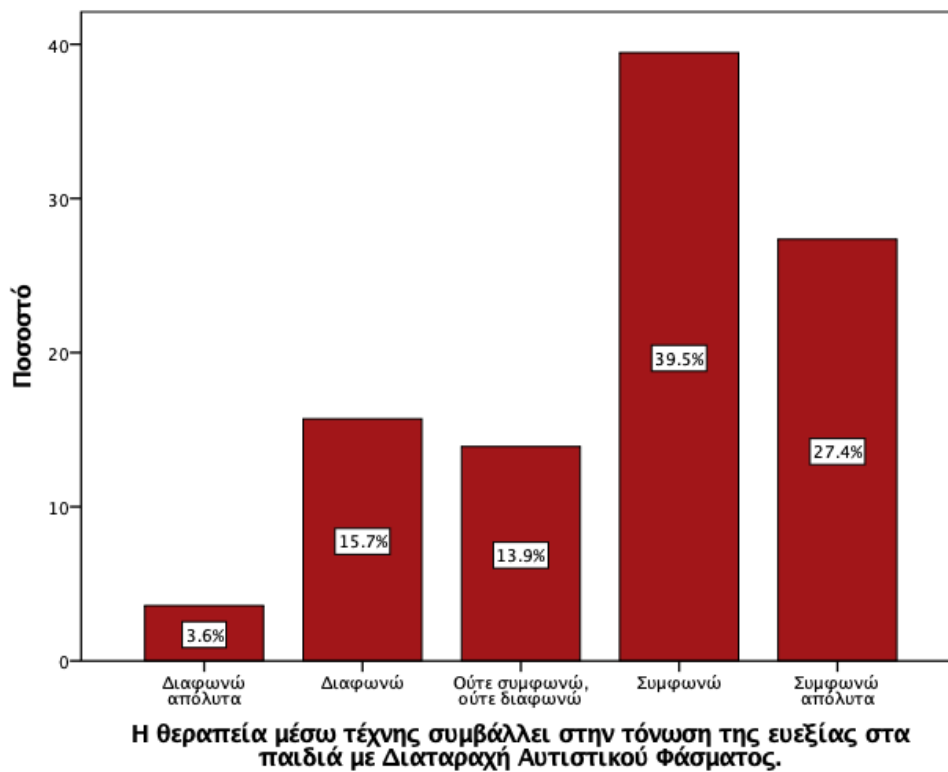


Διάγραμμα 27. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει τις λεκτικές δεξιότητες των παιδιών με ΔΑΦ

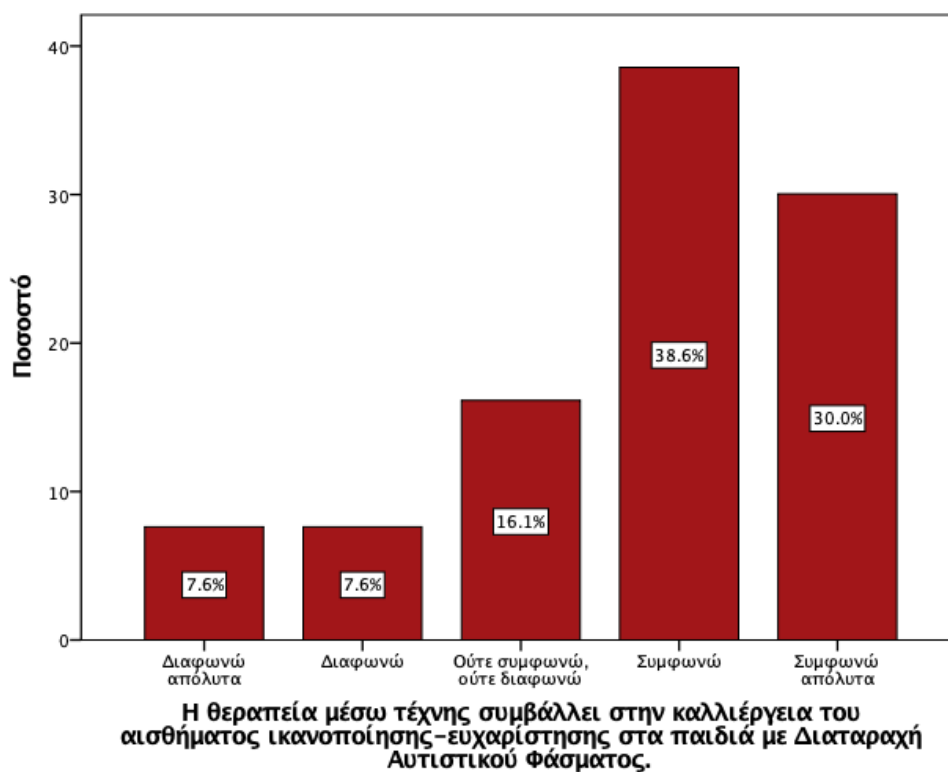


Διάγραμμα 28. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει την οπτική μνήμη στα παιδιά με ΔΑΦ

Οι επόμενες δύο ερωτήσεις είχαν σκοπό να καταγράψουν τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην τόνωση της ευεξίας και στην καλλιέργεια του αισθήματος ικανοποίησης-ευχαρίστησης στα παιδιά με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 29 προκύπτει πως το 66.9% ($n = 149$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην τόνωση της ευεξίας στα παιδιά με ΔΑΦ. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 30 προκύπτει πως το 68.6% ($n = 153$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην καλλιέργεια του αισθήματος ικανοποίησης-ευχαρίστησης στα παιδιά με ΔΑΦ.

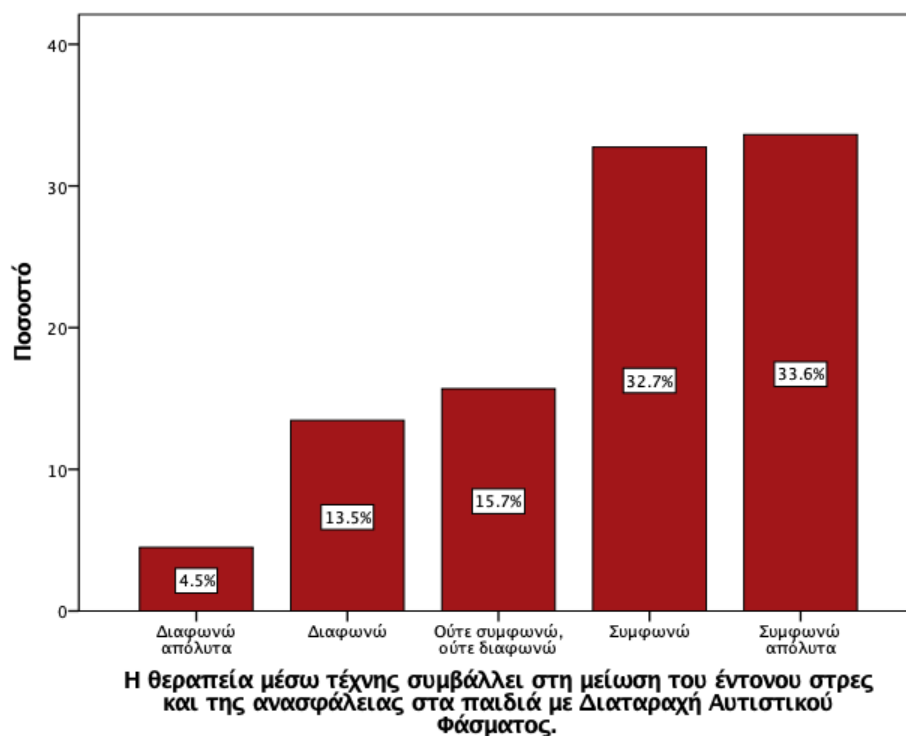


Διάγραμμα 29. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην τόνωση της ευεξίας στα παιδιά με ΔΑΦ

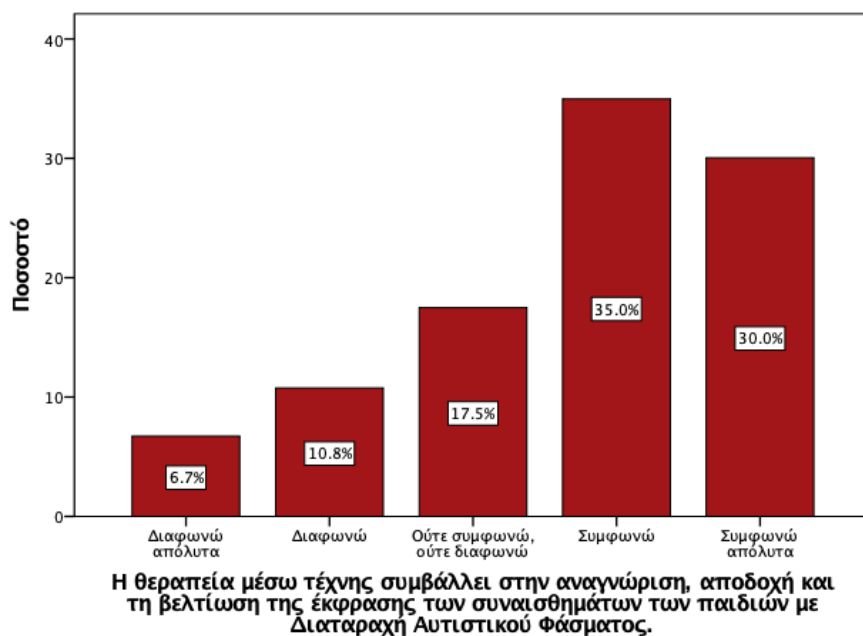


Διάγραμμα 30. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην καλλιέργεια του αισθήματος ικανοποίησης-ευχαρίστησης στα παιδιά με ΔΑΦ.

Στη συνέχεια οι εκπαιδευτικοί κλήθηκαν να αναφέρουν αν συμφωνούν ή όχι με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση του έντονου στρες και της ανασφάλειας και στην αναγνώριση, αποδοχή και τη βελτίωση της έκφρασης των συναισθημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 31 προκύπτει πως το 66.3% ($n = 148$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση του έντονου στρες στα παιδιά με ΔΑΦ. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 32 προκύπτει πως το 65% ($n = 145$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην αναγνώριση, αποδοχή και τη βελτίωση της έκφρασης των συναισθημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.

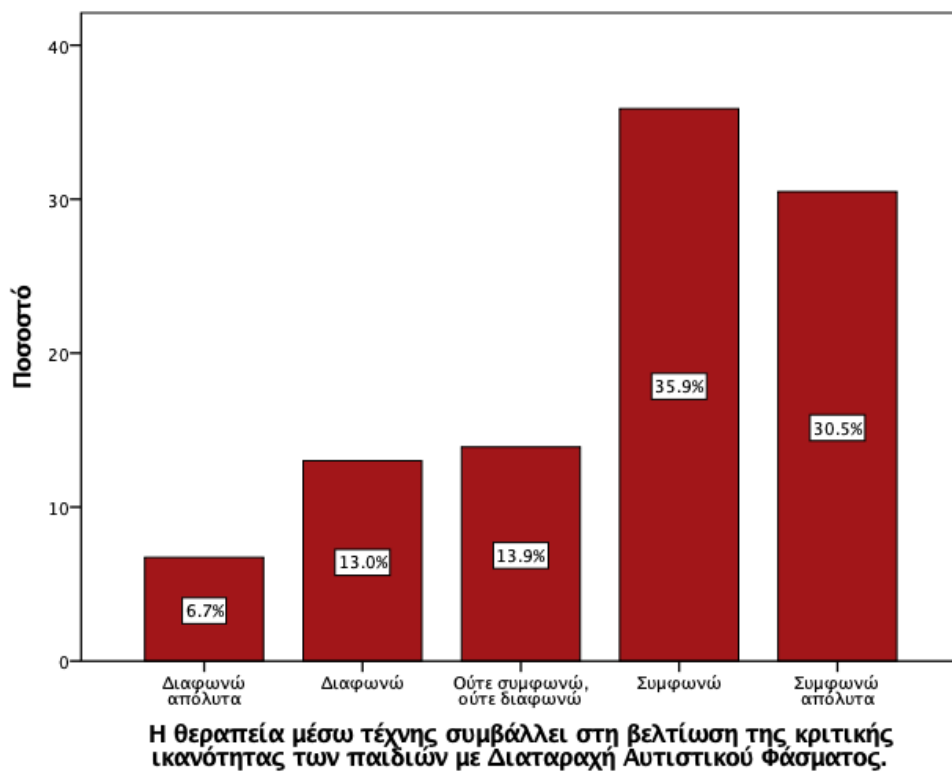


Διάγραμμα 31. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση του έντονου στρες και της ανασφάλειας στα παιδιά με ΔΑΦ.

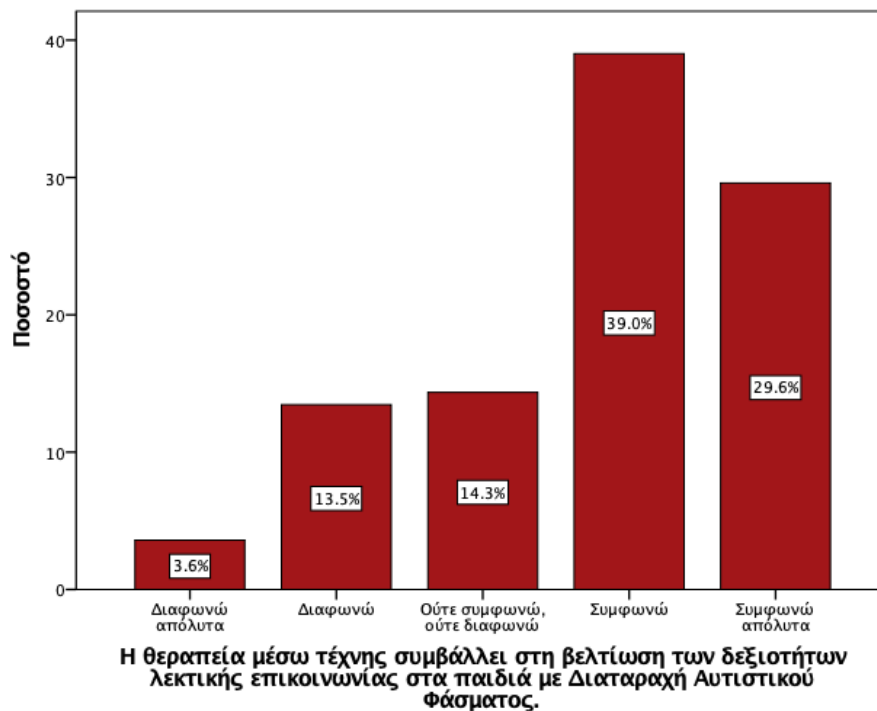


Διάγραμμα 32. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην αναγνώριση, αποδοχή και τη βελτίωση της έκφρασης των συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ

Οι επόμενες δύο ερωτήσεις είχαν σκοπό να καταγράψουν τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση της κριτικής ικανότητας και στη βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 33 προκύπτει πως το 66.4% ($n = 148$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση της κριτικής ικανότητας στα παιδιά με ΔΑΦ. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 34 προκύπτει πως το 68.6% ($n = 153$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.

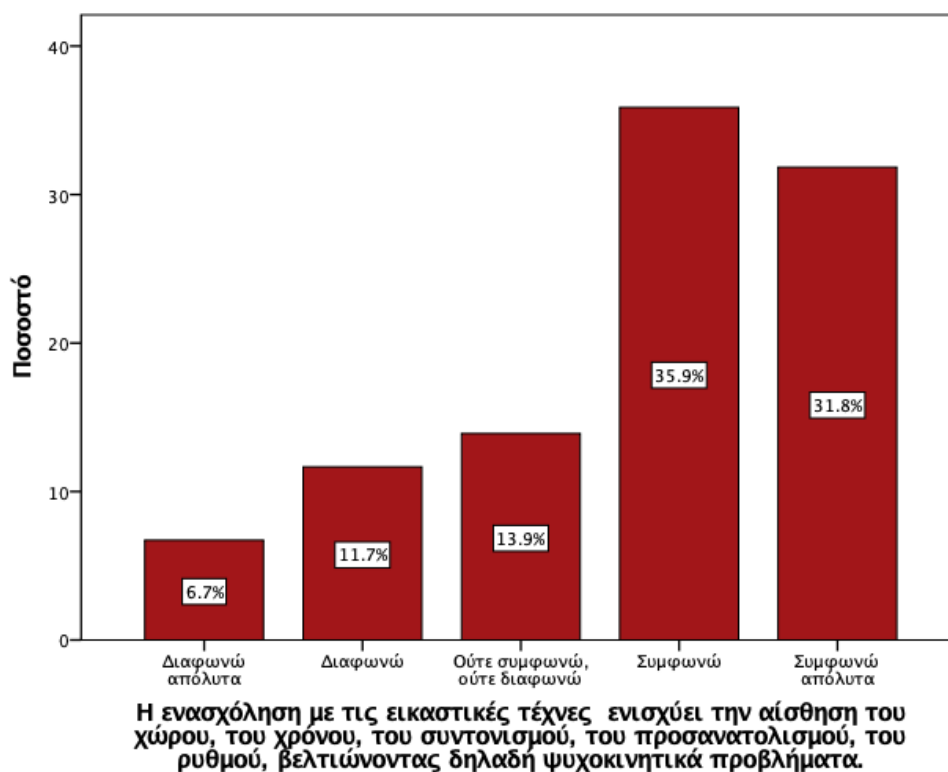


Διάγραμμα 33. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση της κριτικής ικανότητας των παιδιών με ΔΑΦ

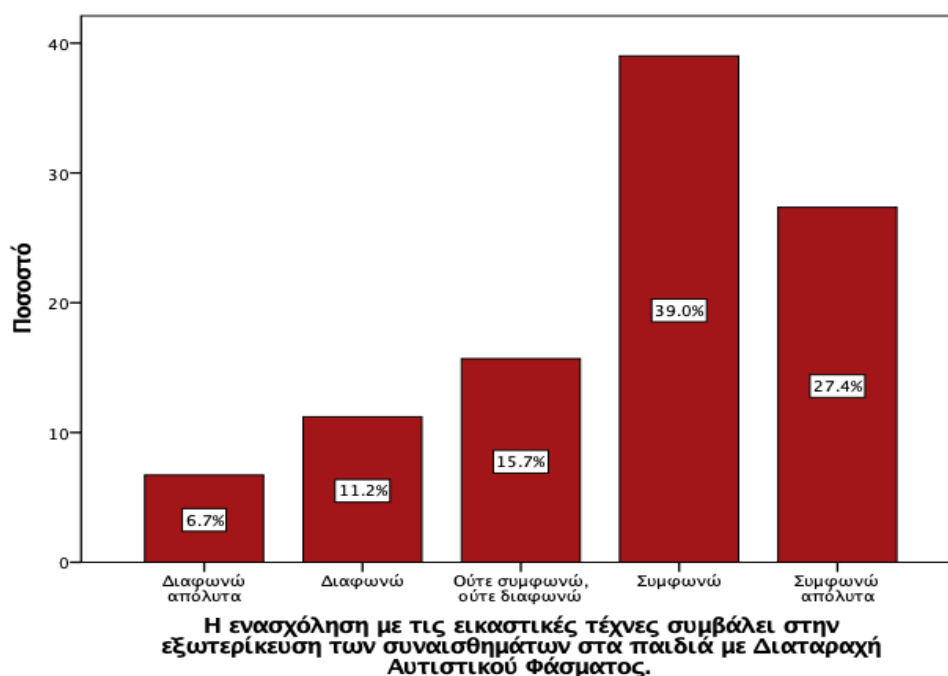


Διάγραμμα 34. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.

Στη συνέχεια οι εκπαιδευτικοί κλήθηκαν να αναφέρουν αν συμφωνούν ή όχι με το ότι η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες ενισχύει την αίσθηση του χώρου, του χρόνου, του συντονισμού, του προσανατολισμού, του ρυθμού, βελτιώνοντας δηλαδή ψυχοκινητικά προβλήματα και συμβάλλει στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 35 προκύπτει πως το 67.7% ($n = 151$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες ενισχύει την αίσθηση του χώρου, του χρόνου, του συντονισμού, του προσανατολισμού, του ρυθμού, βελτιώνοντας δηλαδή ψυχοκινητικά προβλήματα. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 36 προκύπτει πως το 66.4% ($n = 148$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.

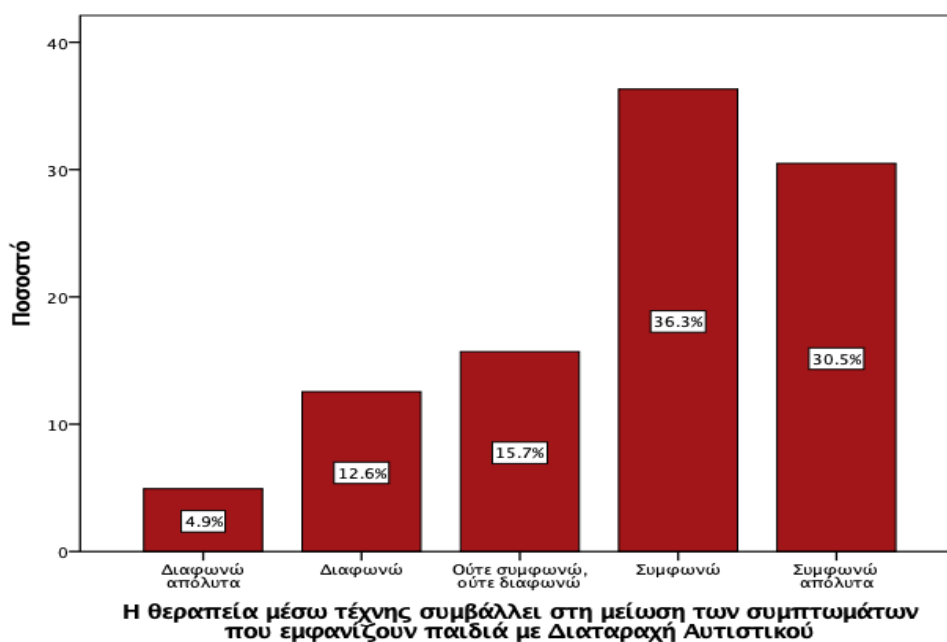


Διάγραμμα 35. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες ενισχύει την αίσθηση του χώρου, του χρόνου, του συντονισμού, του προσανατολισμού, του ρυθμού, βελτιώνοντας δηλαδή ψυχοκινητικά προβλήματα



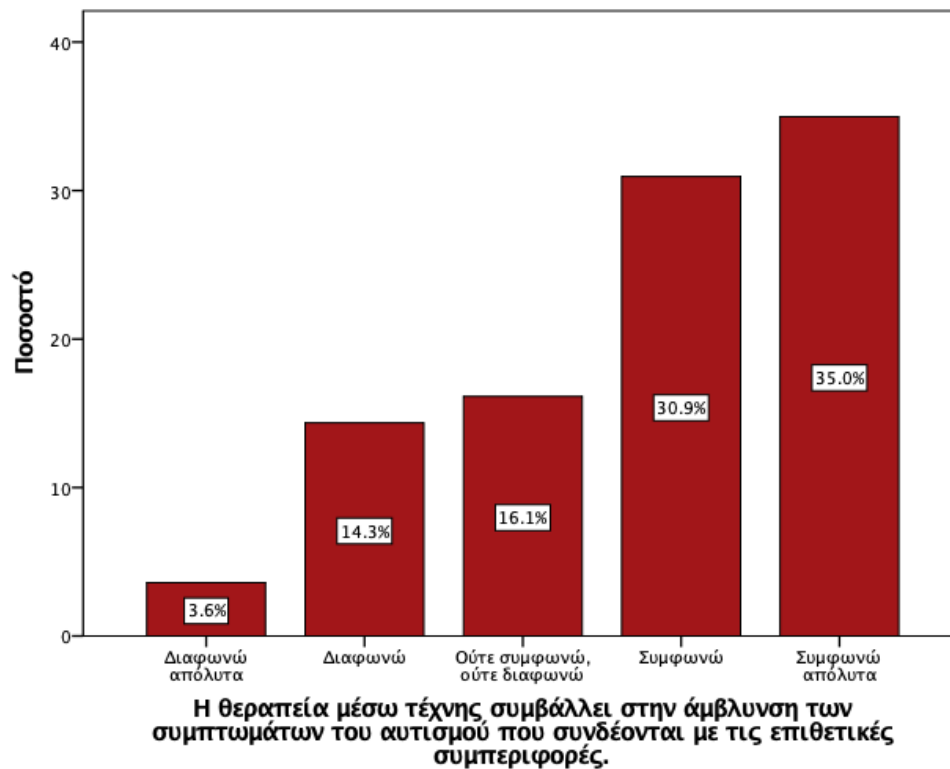
Διάγραμμα 36. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλει στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.

Οι τελευταίες τρεις ερωτήσεις είχαν σκοπό να καταγράψουν τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το αν η θεραπεία μέσω τέχνης (1) συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν παιδιά με ΔΑΦ, τα οποία σχετίζονται με ηχολαλία και επανάληψη λέξεων, φράσεων και προτάσεων που ακούει το παιδί, (2) συμβάλλει στην άμβλυνση των συμπτωμάτων του αυτισμού που συνδέονται με τις επιθετικές συμπεριφορές και (3) συμβάλλει στην άμβλυνση της συμπτωματολογίας του αυτισμού που συνδέεται με φαινόμενα αυτοτραυματισμού. Από το Διάγραμμα 37 προκύπτει πως το 66.8% ($n = 149$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν παιδιά με ΔΑΦ, τα οποία σχετίζονται με ηχολαλία και επανάληψη λέξεων, φράσεων και προτάσεων που ακούει το παιδί. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 38 προκύπτει πως το 65.9% ($n = 147$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση των συμπτωμάτων του αυτισμού που συνδέονται με τις επιθετικές συμπεριφορές. Τέλος, από το Διάγραμμα 39 προκύπτει πως το 66.4% ($n = 148$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση της συμπτωματολογίας του αυτισμού που συνδέεται με φαινόμενα αυτοτραυματισμού.

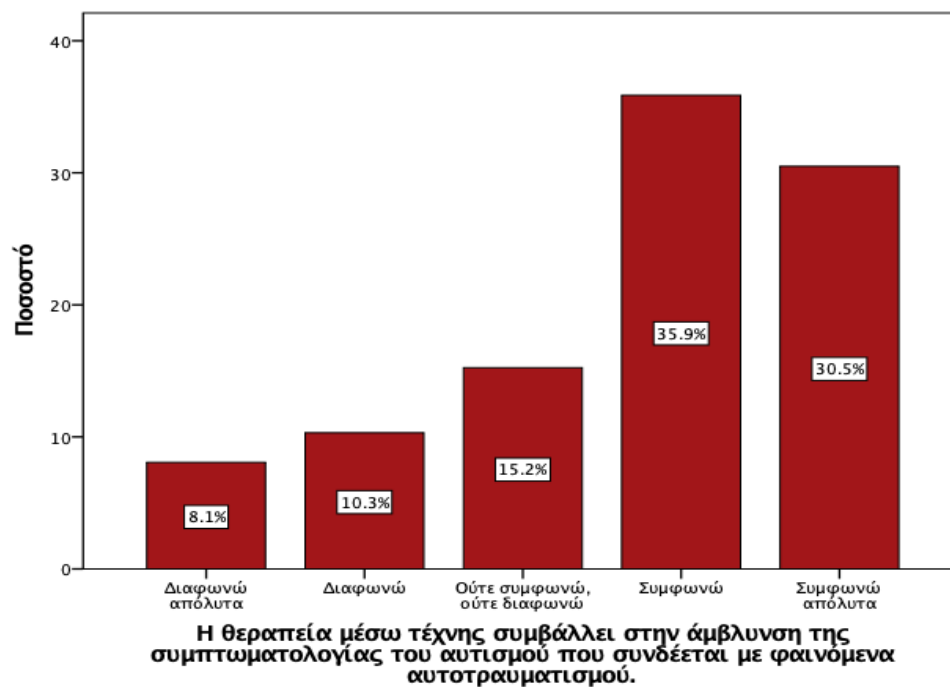


Διάγραμμα 37. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν παιδιά με ΔΑΦ, τα οποία

σχετίζονται με ηχολαλία και επανάληψη λέξεων, φράσεων και προτάσεων που ακούει το παιδί.



Διάγραμμα 38. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση των συμπτωμάτων του αυτισμού που συνδέονται με τις επιθετικές συμπεριφορές.



Διάγραμμα 39. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση της συμπτωματολογίας του αυτισμού που συνδέεται με φαινόμενα αυτοτραυματισμού.

Τέλος, στον Πίνακα 1 δίνονται τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα για τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών στις ερωτήσεις που αξιολογούν τις αντιλήψεις τους αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως γενικά οι εκπαιδευτικοί τείνουν να συμφωνήσουν με το ότι η θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ έχει σημαντικά οφέλη. Το εύρημα αυτό προκύπτει από το γεγονός πως σε όλες τις ερωτήσεις καταγράφηκε μέσος όρος πάνω από 3.5 και διάμεση τιμή ίση με 4 (η τιμή 4 αντιστοιχεί στο συμφωνώ).

Πίνακας 1. Μέσος όρος (ΜΟ), διάμεση τιμή (Δ) και τυπική απόκλιση (ΤΑ) για τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ

	ΜΟ	Δ	ΤΑ
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.5	4.0	1.3
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.7	4.0	1.2
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.7	4.0	1.2
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.8	4.0	1.2
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.7	4.0	1.2
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.7	4.0	1.2
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.7	4.0	1.2
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.7	4.0	1.2
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αντιληπτικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ (δηλαδή τα μέρη εκείνα που συνδέονται με τη λεκτική έκφραση, τη δημιουργική σκέψη, το παιχνίδι, την ενστικτώδη και επιθετική συμπεριφορά και τις συναισθηματικές καταγραφές).	3.8	4.0	1.2

Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αισθητηριακά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ (δηλαδή διεγείρει τα τμήματα του εγκεφαλικού φλοιού που συνδέονται με την πραγμάτωση της αίσθησης έτσι ώστε να γίνει αντιληπτή από το παιδί).	3.8	4.0	1.2
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα κινητικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ (δηλαδή τα μέρη εκείνα που συνδέονται με βασικές κινητικές λειτουργίες και ανάγκες, όπως ο ύπνος, η τροφή, το νερό, με στόχο την επιβίωση).	3.7	4.0	1.2
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει τις λεκτικές δεξιότητες των παιδιών με ΔΑΦ.	3.7	4.0	1.2
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει την οπτική μνήμη στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.7	4.0	1.2
Η θεραπεία μέσω τέχνης εμπλέκει και συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, μέσω της ενεργοποίησης πολλαπλών αισθήσεων στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.8	4.0	1.2
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην τόνωση της ευεξίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.7	4.0	1.1
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην καλλιέργεια του αισθήματος ικανοποίησης-ευχαρίστησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.8	4.0	1.2
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση του έντονου στρες και της ανασφάλειας στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.8	4.0	1.2
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην αναγνώριση, αποδοχή και τη βελτίωση της έκφρασης των συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ.	3.7	4.0	1.2
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση της κριτικής ικανότητας των παιδιών με ΔΑΦ.	3.7	4.0	1.2
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.8	4.0	1.1
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες ενισχύει την αίσθηση του χώρου, του χρόνου, του συντονισμού, του προσανατολισμού, του ρυθμού, βελτιώνοντας δηλαδή ψυχοκινητικά προβλήματα.	3.7	4.0	1.2
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.7	4.0	1.2
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.7	4.0	1.2
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν παιδιά με ΔΑΦ, τα οποία σχετίζονται με ηχολαλία και επανάληψη λέξεων, φράσεων και προτάσεων που ακούει το παιδί.	3.7	4.0	1.2
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση των συμπτωμάτων του αυτισμού που συνδέονται με τις επιθετικές συμπεριφορές.	3.8	4.0	1.2
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση της συμπτωματολογίας του αυτισμού που συνδέεται με φαινόμενα αυτοτραυματισμού.	3.7	4.0	1.2

7.2.1. Έλεγχος διαφορών στις απόψεις για την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών

Η επόμενη ανάλυση είχε σκοπό να διερευνήσει το κατά πόσο υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ ως προς τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά τους. Για το σκοπό αυτό στα δεδομένα εφαρμόστηκαν ο έλεγχος t-test και ο έλεγχος onewayANOVA (F-test).

Αρχικά, αξιολογήθηκε το κατά πόσο οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ διαφέρουν σε σύγκριση με το φύλο τους. Από τον έλεγχο t-test δεν καταγράφηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στις αντιλήψεις των αντρών και των γυναικών εκπαιδευτικών (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με το φύλο τους

	Φύλο	N	MO	TA	t	p
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.5	1.3	0.223	0.823
	Γυναίκα	110	3.5	1.3		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.8	1.2	0.817	0.415
	Γυναίκα	110	3.7	1.2		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.8	1.1	0.574	0.567
	Γυναίκα	110	3.7	1.2		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.8	1.2	0.387	0.699
	Γυναίκα	110	3.7	1.1		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.7	1.2	-0.180	0.858
	Γυναίκα	110	3.8	1.2		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.7	1.2	-0.229	0.819
	Γυναίκα	110	3.7	1.1		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.7	1.2	-0.067	0.947
	Γυναίκα	110	3.7	1.2		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην	Άντρας	113	3.7	1.2	0.457	0.648

ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Γυναίκα	110	3.6	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αντιληπτικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	Άντρας	113	3.8	1.2	0.207	0.836
	Γυναίκα	110	3.7	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αισθητηριακά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	Άντρας	113	3.8	1.2	-0.072	0.943
	Γυναίκα	110	3.8	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα κινητικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	Άντρας	113	3.8	1.2	0.828	0.409
	Γυναίκα	110	3.7	1.2		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει τις λεκτικές δεξιότητες των παιδιών με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.8	1.2	0.484	0.629
	Γυναίκα	110	3.7	1.3		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει την οπτική μνήμη στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.8	1.2	0.879	0.380
	Γυναίκα	110	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης εμπλέκει και συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, μέσω της ενεργοποίησης πολλαπλών αισθήσεων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.8	1.2	0.152	0.879
	Γυναίκα	110	3.7	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην τόνωση της ευεξίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.8	1.2	0.522	0.602
	Γυναίκα	110	3.7	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην καλλιέργεια του αισθήματος ικανοποίησης-ευχαρίστησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.8	1.3	0.154	0.878
	Γυναίκα	110	3.7	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση του έντονου στρες και της ανασφάλειας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.8	1.2	0.151	0.880
	Γυναίκα	110	3.8	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην αναγνώριση, αποδοχή και τη βελτίωση της έκφρασης των συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.7	1.2	0.440	0.661
	Γυναίκα	110	3.7	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση της κριτικής ικανότητας των παιδιών με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.8	1.3	1.258	0.210
	Γυναίκα	110	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.7	1.1	-0.557	0.578
	Γυναίκα	110	3.8	1.1		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες ενισχύει την αίσθηση του χώρου, του χρόνου, του συντονισμού, του προσανατολισμού, του ρυθμού, βελτιώνοντας δηλαδή ψυχοκινητικά προβλήματα.	Άντρας	113	3.8	1.2	0.539	0.591
	Γυναίκα	110	3.7	1.2		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.7	1.3	0.676	0.500
	Γυναίκα	110	3.6	1.1		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει	Άντρας	113	3.8	1.3	0.610	0.543

στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Γυναίκα	110	3.7	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν παιδιά με ΔΑΦ, τα οποία σχετίζονται με ηχολαλία και επανάληψη λέξεων, φράσεων και προτάσεων που ακούει το παιδί.	Άντρας	113	3.7	1.2	-0.532	0.595
	Γυναίκα	110	3.8	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση των συμπτωμάτων του αυτισμού που συνδέονται με τις επιθετικές συμπεριφορές.	Άντρας	113	3.9	1.2	0.950	0.343
	Γυναίκα	110	3.7	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση της συμπτωματολογίας του αυτισμού που συνδέεται με φαινόμενα αυτοτραυματισμού.	Άντρας	113	3.7	1.3	-0.386	0.700
	Γυναίκα	110	3.7	1.2		

Στη συνέχεια, αξιολογήθηκε το κατά πόσο οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ διαφέρουν σε σύγκριση με την ηλικιακή ομάδα τους. Από τον έλεγχο one-wayANOVA καταγράφηκαν αρκετές στατιστικά σημαντικές διαφορές (Πίνακας 3). Αναλυτικότερα, προέκυψε πως οι εκπαιδευτικοί ηλικίας 51-60 ετών και 60+ ετών έχουν μια πιο ουδέτερη στάση απέναντι στη θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς ηλικίας έως 30 ετών, 31-40 ετών και 41-50 ετών. Ενδεικτικά προκύπτει πως οι εκπαιδευτικοί ηλικίας 51-60 ετών και 60+ ετών συμφωνούν σε σημαντικά μικρότερο βαθμό από τους εκπαιδευτικούς ηλικίας έως 30 ετών, 31-40 ετών και 41-50 ετών για το ότι η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων ($F = 4.801$, $p = 0.001$), στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης ($F = 4.473$, $p = 0.002$), στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής ($F = 4.383$, $p = 0.002$) και στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων ($F = 3.365$, $p = 0.011$) στα παιδιά με ΔΑΦ. Παρόμοια, προκύπτει πως οι εκπαιδευτικοί ηλικίας 51-60 ετών και 60+ ετών συμφωνούν σε σημαντικά μικρότερο βαθμό από τους εκπαιδευτικούς ηλικίας έως 30 ετών, 31-40 ετών και 41-50 ετών για το ότι η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων ($F = 3.180$, $p = 0.015$), στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης ($F = 3.240$, $p = 0.013$), στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής ($F = 2.648$, $p = 0.034$) και στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων ($F = 3.885$, $p = 0.005$) στα παιδιά με ΔΑΦ.

Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί ηλικίας 51-60 ετών και 60+ ετών συμφωνούν σε σημαντικά μικρότερο βαθμό από τους εκπαιδευτικούς ηλικίας έως 30 ετών, 31-40 ετών και 41-50 ετών με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αντιληπτικά ($F = 2.658, p = 0.034$), αισθητηριακά ($F = 3.259, p = 0.013$) ή κινητικά ($F = 3.682, p = 0.006$) μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ.

Παρόμοια, τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι εκπαιδευτικοί ηλικίας 51-60 ετών και 60+ ετών συμφωνούν σε σημαντικά μικρότερο βαθμό από τους εκπαιδευτικούς ηλικίας έως 30 ετών, 31-40 ετών και 41-50 ετών με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης εμπλέκει και συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, μέσω της ενεργοποίησης πολλαπλών αισθήσεων στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 3.842, p = 0.005$) ή συμβάλλει στην τόνωση της ευεξίας ($F = 3.388, p = 0.010$) και στην καλλιέργεια του αισθήματος ικανοποίησης-ευχαρίστησης ($F = 3.754, p = 0.006$) στα παιδιά με ΔΑΦ.

Τέλος, οι εκπαιδευτικοί ηλικίας 51-60 ετών και 60+ ετών συμφωνούν σε σημαντικά μικρότερο βαθμό από τους εκπαιδευτικούς ηλικίας έως 30 ετών, 31-40 ετών και 41-50 ετών με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση της κριτικής ικανότητας ($F = 3.525, p = 0.008$), στη βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας ($F = 3.581, p = 0.008$), στη μείωση των συμπτωμάτων ($F = 3.427, p = 0.010$), στην άμβλυνση των συμπτωμάτων του αυτισμού που συνδέονται με τις επιθετικές συμπεριφορές ($F = 4.076, p = 0.003$) και στην άμβλυνση της συμπτωματολογίας του αυτισμού που συνδέεται με φαινόμενα αυτοτραυματισμού ($F = 3.205, p = 0.014$). Παρόμοια, εκπαιδευτικοί ηλικίας 51-60 ετών και 60+ ετών συμφωνούν σε σημαντικά μικρότερο βαθμό από τους εκπαιδευτικούς ηλικίας έως 30 ετών, 31-40 ετών και 41-50 ετών με το ότι η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει ψυχοκινητικά προβλήματα ($F = 4.525, p = 0.002$), συμβάλλει στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων ($F = 3.757, p = 0.006$) και συμβάλλει στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης ($F = 3.435, p = 0.010$). στα παιδιά με ΔΑΦ.

Πίνακας 3. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με την ηλικιακή ομάδα τους

	N	MO	SD	F	p
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην Έως 30	57	3.6	1.4	4.801	0.001
κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με 31-40	42	4.0	1.2		

ΔΑΦ.	41-50	48	3.8	1.2		
	51-60	45	3.0	1.4		
	61 +	31	3.0	1.3		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30	57	4.0	1.3	4.473	0.002
	31-40	42	4.0	1.0		
ΔΑΦ.	41-50	48	4.0	1.0		
	51-60	45	3.2	1.3		
	61 +	31	3.4	1.3		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30	57	3.8	1.2	4.383	0.002
	31-40	42	4.0	0.9		
	41-50	48	4.1	1.0		
	51-60	45	3.3	1.2		
	61 +	31	3.3	1.3		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30	57	3.9	1.1	3.365	0.011
	31-40	42	4.1	1.0		
	41-50	48	4.0	1.0		
	51-60	45	3.3	1.3		
	61 +	31	3.5	1.2		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30	57	3.9	1.3	3.180	0.015
	31-40	42	4.1	1.0		
	41-50	48	3.8	1.0		
	51-60	45	3.3	1.2		
	61 +	31	3.5	1.4		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30	57	3.7	1.3	3.240	0.013
	31-40	42	4.0	0.8		
	41-50	48	3.9	0.9		
	51-60	45	3.4	1.3		
	61 +	31	3.3	1.4		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30	57	3.7	1.2	2.648	0.034
	31-40	42	4.0	1.0		
	41-50	48	4.0	1.1		
	51-60	45	3.5	1.3		
	61 +	31	3.4	1.3		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30	57	3.7	1.1	3.885	0.005
	31-40	42	4.1	1.0		
	41-50	48	3.9	1.1		
	51-60	45	3.4	1.3		
	61 +	31	3.2	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αντιληπτικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	Έως 30	57	3.8	1.3	2.658	0.034
	31-40	42	4.0	1.0		
	41-50	48	4.0	1.0		
	51-60	45	3.4	1.3		
	61 +	31	3.4	1.3		

Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αισθητηριακά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	Έως 30 31-40 41-50 51-60 61 +	57 42 48 45 31	3.8 4.0 4.0 3.4 3.4	1.2 1.0 1.1 1.3 1.2	3.259	0.013
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα κινητικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	Έως 30 31-40 41-50 51-60 61 +	57 42 48 45 31	3.9 4.1 3.9 3.3 3.5	1.3 1.0 1.1 1.2 1.1	3.682	0.006
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει τις λεκτικές δεξιότητες των παιδιών με ΔΑΦ.	Έως 30 31-40 41-50 51-60 61 +	57 42 48 45 31	3.8 4.1 3.9 3.4 3.5	1.2 1.1 1.1 1.3 1.2	2.288	0.061
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει την οπτική μνήμη στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30 31-40 41-50 51-60 61 +	57 42 48 45 31	3.9 4.0 4.0 3.3 3.4	1.2 1.0 1.1 1.4 1.2	3.686	0.006
Η θεραπεία μέσω τέχνης εμπλέκει και συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, μέσω της ενεργοποίησης πολλαπλών αισθήσεων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30 31-40 41-50 51-60 61 +	57 42 48 45 31	3.8 4.2 3.9 3.4 3.4	1.3 1.0 1.0 1.3 1.2	3.842	0.005
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην τόνωση της ευεξίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30 31-40 41-50 51-60 61 +	57 42 48 45 31	3.7 4.1 3.9 3.3 3.5	1.1 1.0 1.0 1.1 1.3	3.388	0.010
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην καλλιέργεια του αισθήματος ικανοποίησης-ευχαρίστησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30 31-40 41-50 51-60 61 +	57 42 48 45 31	3.8 4.1 4.0 3.3 3.5	1.2 0.9 1.1 1.3 1.2	3.754	0.006
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση του έντονου στρες και της ανασφάλειας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30 31-40 41-50 51-60 61 +	57 42 48 45 31	3.8 4.1 4.0 3.6 3.4	1.2 1.0 1.1 1.3 1.3	2.356	0.055
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην αναγνώριση, αποδοχή και τη βελτίωση της έκφρασης των συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ.	Έως 30 31-40 41-50	57 42 48	3.8 4.1 3.9	1.3 1.0 1.0	3.006	0.019

ΔΑΦ.	51-60	45	3.3	1.3		
	61 +	31	3.4	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση της κριτικής ικανότητας των παιδιών με ΔΑΦ.	Έως 30	57	3.6	1.2	3.525	0.008
	31-40	42	4.1	0.9		
	41-50	48	4.0	1.0		
	51-60	45	3.4	1.4		
	61 +	31	3.4	1.4		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30	57	3.9	1.2	3.581	0.008
	31-40	42	4.0	1.0		
	41-50	48	4.0	1.0		
	51-60	45	3.4	1.2		
	61 +	31	3.4	1.1		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες ενισχύει την αίσθηση του χώρου, του χρόνου, του συντονισμού, του προσανατολισμού, του ρυθμού, βελτιώνοντας δηλαδή ψυχοκινητικά προβλήματα.	Έως 30	57	3.7	1.2	4.525	0.002
	31-40	42	4.2	1.0		
	41-50	48	4.0	1.0		
	51-60	45	3.4	1.3		
	61 +	31	3.3	1.3		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30	57	3.7	1.2	3.757	0.006
	31-40	42	4.1	1.0		
	41-50	48	3.9	1.2		
	51-60	45	3.3	1.3		
	61 +	31	3.4	1.1		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30	57	3.8	1.2	3.435	0.010
	31-40	42	4.1	1.0		
	41-50	48	3.9	1.1		
	51-60	45	3.4	1.3		
	61 +	31	3.3	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν παιδιά με ΔΑΦ, τα οποία σχετίζονται με ηχολαλία και επανάληψη λέξεων, φράσεων και προτάσεων που ακούει το παιδί.	Έως 30	57	3.7	1.2	3.427	0.010
	31-40	42	4.1	1.0		
	41-50	48	4.0	1.0		
	51-60	45	3.4	1.2		
	61 +	31	3.5	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση των συμπτωμάτων του αυτισμού που συνδέονται με τις επιθετικές συμπεριφορές.	Έως 30	57	3.9	1.2	4.076	0.003
	31-40	42	4.1	1.0		
	41-50	48	4.1	1.1		
	51-60	45	3.4	1.2		
	61 +	31	3.4	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση της συμπτωματολογίας του αυτισμού που συνδέεται με φαινόμενα αυτοτραυματισμού.	Έως 30	57	3.7	1.3	3.205	0.014
	31-40	42	4.0	1.1		
	41-50	48	4.0	1.1		
	51-60	45	3.4	1.4		
	61 +	31	3.3	1.2		

Στη συνέχεια, αξιολογήθηκε το κατά πόσο οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ διαφέρουν σε σύγκριση με το επίπεδο σπουδών τους. Από τον έλεγχο one-wayANOVA δεν καταγράφηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σε σύγκριση με το επίπεδο σπουδών τους(Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με το επίπεδο σπουδών τους

	N	MO	SD	F	p
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην A	91	3.6	1.4	0.584	0.626
κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με B	36	3.3	1.4		
ΔΑΦ. Γ	85	3.5	1.3		
Δ	11	3.6	1.1		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην A	91	3.8	1.2	0.485	0.693
ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με B	36	3.5	1.3		
ΔΑΦ. Γ	85	3.8	1.2		
Δ	11	3.8	1.2		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην A	91	3.7	1.2	0.509	0.677
ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής B	36	3.5	1.2		
στα παιδιά με ΔΑΦ. Γ	85	3.8	1.1		
Δ	11	3.9	.9		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην A	91	3.8	1.1	1.227	0.301
ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα B	36	3.5	1.1		
παιδιά με ΔΑΦ. Γ	85	3.8	1.2		
Δ	11	4.2	1.0		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην A	91	3.8	1.2	1.315	0.270
κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με B	36	3.4	1.3		
ΔΑΦ. Γ	85	3.7	1.2		
Δ	11	4.2	.9		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην A	91	3.7	1.1	0.594	0.620
ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με B	36	3.4	1.2		
ΔΑΦ. Γ	85	3.8	1.2		
Δ	11	3.7	1.1		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην A	91	3.8	1.2	0.451	0.717
ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής B	36	3.6	1.2		
στα παιδιά με ΔΑΦ. Γ	85	3.7	1.2		
Δ	11	3.9	.9		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην A	91	3.7	1.2	0.461	0.710

ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα B	36	3.5	1.1		
παιδιά με ΔΑΦ. Γ	85	3.7	1.2		
Δ	11	3.7	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια A	91	3.8	1.3	0.396	0.756
δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα B	36	3.6	1.1		
αντιληπτικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά Γ	85	3.7	1.2		
με ΔΑΦ Δ	11	4.0	.9		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια A	91	3.8	1.2	0.773	0.510
δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα B	36	3.5	1.2		
αισθητηριακά μέρη του εγκεφάλου στα Γ	85	3.8	1.2		
παιδιά με ΔΑΦ Δ	11	4.1	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια A	91	3.7	1.2	0.570	0.635
δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα B	36	3.5	1.2		
κινητικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με Γ	85	3.8	1.2		
ΔΑΦ Δ	11	3.8	1.2		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες A	91	3.8	1.2	1.132	0.337
βελτιώνει τις λεκτικές δεξιότητες των B	36	3.4	1.2		
παιδιών με ΔΑΦ. Γ	85	3.8	1.2		
Δ	11	4.1	.9		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες A	91	3.8	1.2	1.158	0.327
βελτιώνει την οπτική μνήμη στα παιδιά με B	36	3.4	1.2		
ΔΑΦ. Γ	85	3.7	1.2		
Δ	11	3.8	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης εμπλέκει και A	91	3.8	1.1	1.279	0.282
συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, B	36	3.4	1.3		
μέσω της ενεργοποίησης πολλαπλών Γ	85	3.8	1.3		
αισθήσεων στα παιδιά με ΔΑΦ. Δ	11	4.0	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην A	91	3.8	1.1	0.398	0.755
τόνωση της ευεξίας στα παιδιά με ΔΑΦ. B	36	3.5	1.2		
Γ	85	3.7	1.2		
Δ	11	3.7	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην A	91	3.8	1.2	0.310	0.818
καλλιέργεια του αισθήματος ικανοποίησης- B	36	3.6	1.1		
ευχαρίστησης στα παιδιά με ΔΑΦ. Γ	85	3.8	1.2		
Δ	11	3.8	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη A	91	3.8	1.2	0.566	0.638
μείωση του έντονου στρες και της B	36	3.6	1.2		
ανασφάλειας στα παιδιά με ΔΑΦ. Γ	85	3.8	1.2		
Δ	11	3.9	.9		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην A	91	3.8	1.1	1.123	0.341
αναγνώριση, αποδοχή και τη βελτίωση της B	36	3.4	1.3		
έκφρασης των συναισθημάτων των παιδιών Γ	85	3.7	1.2		
με ΔΑΦ. Δ	11	4.0	1.0		

Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση της κριτικής ικανότητας των παιδιών με ΔΑΦ.	A	91	3.7	1.3	1.017	0.386
	B	36	3.4	1.3		
	Γ	85	3.8	1.1		
	Δ	11	4.0	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	91	3.8	1.1	0.212	0.888
	B	36	3.7	1.2		
	Γ	85	3.8	1.2		
	Δ	11	4.0	0.8		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες ενισχύει την αίσθηση του χώρου, του χρόνου, του συντονισμού, του προσανατολισμού, του ρυθμού, βελτιώνοντας δηλαδή ψυχοκινητικά προβλήματα.	A	91	3.8	1.2	0.707	0.549
	B	36	3.5	1.2		
	Γ	85	3.8	1.2		
	Δ	11	4.1	0.9		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλει στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	91	3.7	1.2	0.861	0.462
	B	36	3.5	1.2		
	Γ	85	3.7	1.2		
	Δ	11	4.1	1.2		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	91	3.7	1.3	1.257	0.290
	B	36	3.4	1.2		
	Γ	85	3.8	1.1		
	Δ	11	4.0	.9		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν παιδιά με ΔΑΦ, τα οποία σχετίζονται με ηχολαλία και επανάληψη λέξεων, φράσεων και προτάσεων που ακούει το παιδί.	A	91	3.9	1.1	0.832	0.477
	B	36	3.5	1.3		
	Γ	85	3.7	1.1		
	Δ	11	3.8	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση των συμπτωμάτων του αυτισμού που συνδέονται με τις επιθετικές συμπεριφορές.	A	91	3.8	1.2	0.560	0.642
	B	36	3.6	1.0		
	Γ	85	3.8	1.2		
	Δ	11	4.1	1.0		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση της συμπτωματολογίας του αυτισμού που συνδέεται με φαινόμενα αυτοτραυματισμού.	A	91	3.8	1.3	0.687	0.561
	B	36	3.4	1.2		
	Γ	85	3.7	1.2		
	Δ	11	3.7	1.1		

A= Βασικός τίτλος σπουδών, B=δεύτερο πτυχίο, Γ=Μεταπτυχιακό, Δ=PhD

Η επόμενη ανάλυση είχε στόχο να αξιολογήσει το κατά πόσο οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ διαφέρουν σε σύγκριση με την ειδικότητα τους. Από τον έλεγχο one-wayANOVA καταγράφηκαν αρκετές στατιστικά σημαντικές διαφορές (Πίνακας 5). Αναλυτικότερα, προέκυψε πως οι θεατρολόγοι έχουν μια πιο ουδέτερη στάση

απέναντι στη θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής και τους καθηγητές καλλιτεχνικών.

Από την ανάλυση προέκυψε πως οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής και οι καθηγητές καλλιτεχνικών συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τους θεατρολόγους με το ότι η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων ($F = 4.635, p = 0.011$), στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης ($F = 5.543, p = 0.004$) και στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων ($F = 4.687, p = 0.010$) στα παιδιά με ΔΑΦ. Παρόμοια, προκύπτει πως οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής και οι καθηγητές καλλιτεχνικών συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τους θεατρολόγους με το ότι η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων ($F = 5.346, p = 0.005$), στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης ($F = 3.524, p = 0.031$), στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής ($F = 3.998, p = 0.020$) και στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων ($F = 3.493, p = 0.032$) στα παιδιά με ΔΑΦ.

Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής και οι καθηγητές καλλιτεχνικών συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τους θεατρολόγους με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αντιληπτικά ($F = 4.156, p = 0.017$), αισθητηριακά ($F = 3.278, p = 0.040$) ή κινητικά ($F = 5.765, p = 0.004$) μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ.

Παρόμοια, τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής και οι καθηγητές καλλιτεχνικών συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τους θεατρολόγους με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην τόνωση της ευεξίας ($F = 3.259, p = 0.040$) και στη μείωση του έντονου στρες και της ανασφάλειας ($F = 5.548, p = 0.004$) στα παιδιά με ΔΑΦ.

Τέλος, οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής και οι καθηγητές καλλιτεχνικών συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τους θεατρολόγους με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση της κριτικής ικανότητας ($F = 4.470, p = 0.013$), στη βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας ($F = 4.269, p = 0.015$) και στη μείωση των συμπτωμάτων ($F = 5.681, p = 0.004$).

Πίνακας 5. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με την ειδικότητα τους

		N	MO	SD	F	p
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.7	1.3	4.635	0.011
	B	69	3.7	1.3		
	Γ	82	3.2	1.4		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	4.0	1.2	5.543	0.004
	B	69	3.9	1.1		
	Γ	82	3.4	1.3		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.9	1.1	3.000	0.052
	B	69	3.8	1.2		
	Γ	82	3.5	1.1		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	4.0	1.2	4.687	0.010
	B	69	3.9	1.1		
	Γ	82	3.5	1.2		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	4.0	1.1	5.346	0.005
	B	69	3.8	1.1		
	Γ	82	3.4	1.3		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.8	1.1	3.524	0.031
	B	69	3.8	1.1		
	Γ	82	3.4	1.2		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.9	1.2	3.998	0.020
	B	69	3.9	1.2		
	Γ	82	3.4	1.2		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.8	1.2	3.493	0.032
	B	69	3.8	1.0		
	Γ	82	3.4	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αντιληπτικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	A	72	3.9	1.2	4.156	0.017
	B	69	3.9	1.2		
	Γ	82	3.5	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αισθητηριακά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	A	72	4.0	1.2	3.278	0.040
	B	69	3.9	1.1		
	Γ	82	3.5	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα κινητικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	A	72	3.9	1.1	5.765	0.004
	B	69	4.0	1.1		
	Γ	82	3.4	1.2		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει τις λεκτικές δεξιότητες των παιδιών με ΔΑΦ.	A	72	3.9	1.2	4.969	0.008
	B	69	4.0	1.1		
	Γ	82	3.4	1.3		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει την οπτική μνήμη στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.9	1.1	2.749	0.066
	B	69	3.8	1.2		

	Γ	82	3.5	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης εμπλέκει και συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, μέσω της ενεργοποίησης	A	72	3.9	1.1	2.888	0.058
πολλαπλών αισθήσεων στα παιδιά με ΔΑΦ.	B	69	3.9	1.1		
	Γ	82	3.5	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην τόνωση της ευεξίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.9	1.1	3.259	0.040
	B	69	3.8	1.0		
	Γ	82	3.5	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην καλλιέργεια του αισθήματος ικανοποίησης-ευχαρίστησης στα	A	72	3.9	1.2	2.300	0.103
παιδιά με ΔΑΦ.	B	69	3.9	1.1		
	Γ	82	3.5	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση του έντονου στρες και της ανασφάλειας στα παιδιά με	A	72	4.0	1.1	5.548	0.004
ΔΑΦ.	B	69	3.9	1.1		
	Γ	82	3.4	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην αναγνώριση, αποδοχή και τη βελτίωση της έκφρασης των	A	72	3.9	1.2	2.839	0.061
συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ.	B	69	3.8	1.2		
	Γ	82	3.5	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση της κριτικής ικανότητας των παιδιών με ΔΑΦ.	A	72	3.9	1.2	4.470	0.013
	B	69	3.9	1.1		
	Γ	82	3.4	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας στα παιδιά με	A	72	3.9	1.0	4.269	0.015
ΔΑΦ.	B	69	4.0	1.0		
	Γ	82	3.5	1.2		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες ενισχύει την	A	72	4.0	1.2	3.887	0.022
αίσθηση του χώρου, του χρόνου, του συντονισμού,	B	69	3.8	1.1		
του προσανατολισμού, του ρυθμού, βελτιώνοντας	Γ	82	3.5	1.3		
δηλαδή ψυχοκινητικά προβλήματα.						
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει στην	A	72	3.8	1.2	1.943	0.146
εξωτερίκευση των συναισθημάτων στα παιδιά με	B	69	3.8	1.0		
ΔΑΦ.	Γ	82	3.5	1.3		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει	A	72	3.9	1.2	2.419	0.091
στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης στα παιδιά με	B	69	3.8	1.1		
ΔΑΦ.	Γ	82	3.5	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση των	A	72	3.9	1.0	5.681	0.004
συμπτωμάτων που εμφανίζουν παιδιά με ΔΑΦ, τα	B	69	4.0	1.1		
οποία σχετίζονται με ηχολαλία και επανάληψη	Γ	82	3.4	1.3		
λέξεων, φράσεων και προτάσεων που ακούει το παιδί.						
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση	A	72	3.9	1.1	2.331	0.100
των συμπτωμάτων του αυτισμού που συνδέονται με	B	69	3.9	1.2		
τις επιθετικές συμπεριφορές.	Γ	82	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση	A	72	3.8	1.2	2.263	0.106
της συμπτωματολογίας του αυτισμού που συνδέεται	B	69	3.8	1.1		
με φαινόμενα αυτοτραυματισμού.	Γ	82	3.5	1.3		

A = Εκπαιδευτικός Ειδικής Αγωγής, B = Καθηγητής Καλλιτεχνικών, Γ = Θεατρολόγος

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται τα ευρήματα των συγκρίσεων ως προς την προϋπηρεσία των εκπαιδευτικών. Από τον έλεγχο one-wayANOVA καταγράφηκαν μόνο δύο σημαντικές διαφορές. Οι εκπαιδευτικοί με προϋπηρεσία 11-20 έτη και οι εκπαιδευτικοί με προϋπηρεσία πάνω από 20 έτη έχουν μια πιο ουδέτερη στάση από τους εκπαιδευτικούς με προϋπηρεσία έως 5 έτη ή τους εκπαιδευτικούς με προϋπηρεσία από 6 έως 10 έτη αναφορικά με το αν η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ. ($F = 3.760$, $p = 0.012$) και με το αν η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 3.512$, $p = 0.016$).

Πίνακας 6. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με την προϋπηρεσία τους

	N	MO	SD	F	p
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην < 5	31	3.5	1.5	1.582	0.195
κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά 6-10	68	3.8	1.2		
με ΔΑΦ. 11-20	63	3.3	1.4		
21 +	61	3.4	1.4		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην < 5	31	4.0	1.4	3.760	0.012
ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά 6-10	68	4.1	1.0		
με ΔΑΦ. 11-20	63	3.4	1.2		
21 +	61	3.6	1.2		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην < 5	31	3.8	1.4	1.983	0.117
ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής 6-10	68	3.9	0.9		
δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ. 11-20	63	3.5	1.2		
21 +	61	3.7	1.3		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην < 5	31	3.9	1.2	1.559	0.200
ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων 6-10	68	4.0	1.0		
στα παιδιά με ΔΑΦ. 11-20	63	3.6	1.2		
21 +	61	3.6	1.2		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει < 5	31	3.8	1.4	2.125	0.098
στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα 6-10	68	4.0	1.0		
παιδιά με ΔΑΦ. 11-20	63	3.6	1.2		
21 +	61	3.5	1.2		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει < 5	31	3.7	1.3	1.518	0.211
στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα 6-10	68	3.9	1.1		
παιδιά με ΔΑΦ. 11-20	63	3.6	1.2		
21 +	61	3.5	1.2		

Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει < 5	31	3.5	1.3	2.130	0.097
στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής 6-10	68	4.0	1.1		
δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ. 11-20	63	3.6	1.2		
21 +	61	3.7	1.2		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει < 5	31	3.6	1.1	0.975	0.405
στην ενίσχυση των κοινωνικών 6-10	68	3.9	1.0		
δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ. 11-20	63	3.7	1.3		
21 +	61	3.5	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια < 5	31	3.8	1.3	1.835	0.142
δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει 6-10	68	4.0	1.1		
τα αντιληπτικά μέρη του εγκεφάλου στα 11-20	63	3.7	1.1		
παιδιά με ΔΑΦ 21 +	61	3.6	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια < 5	31	3.7	1.3	1.818	0.145
δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει 6-10	68	4.0	1.1		
τα αισθητηριακά μέρη του εγκεφάλου 11-20	63	3.6	1.2		
στα παιδιά με ΔΑΦ 21 +	61	3.7	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια < 5	31	3.8	1.4	2.419	0.067
δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει 6-10	68	4.0	1.1		
τα κινητικά μέρη του εγκεφάλου στα 11-20	63	3.5	1.2		
παιδιά με ΔΑΦ 21 +	61	3.7	1.1		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες < 5	31	3.7	1.3	1.676	0.173
βελτιώνει τις λεκτικές δεξιότητες των 6-10	68	4.0	1.1		
παιδιών με ΔΑΦ. 11-20	63	3.5	1.2		
21 +	61	3.7	1.3		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες < 5	31	3.8	1.3	1.523	0.209
βελτιώνει την οπτική μνήμη στα παιδιά 6-10	68	4.0	1.1		
με ΔΑΦ. 11-20	63	3.6	1.3		
21 +	61	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης εμπλέκει και < 5	31	3.9	1.4	1.814	0.146
συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, 6-10	68	4.0	1.1		
μέσω της ενεργοποίησης πολλαπλών 11-20	63	3.6	1.2		
αισθήσεων στα παιδιά με ΔΑΦ. 21 +	61	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην < 5	31	3.7	1.1	1.370	0.253
τόνωση της ευεξίας στα παιδιά με ΔΑΦ. 6-10	68	3.9	1.0		
11-20	63	3.6	1.2		
21 +	61	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην < 5	31	3.9	1.3	1.646	0.180
καλλιέργεια του αισθήματος 6-10	68	4.0	1.1		
ικανοποίησης-ευχαρίστησης στα παιδιά 11-20	63	3.6	1.1		
με ΔΑΦ. 21 +	61	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη < 5	31	3.7	1.3	1.039	0.376
μείωση του έντονου στρες και της 6-10	68	4.0	1.1		
ανασφάλειας στα παιδιά με ΔΑΦ. 11-20	63	3.7	1.2		

	21 +	61	3.7	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην	< 5	31	3.8	1.4	2.126	0.098
αναγνώριση, αποδοχή και τη βελτίωση	6-10	68	4.0	1.1		
της έκφρασης των συναισθημάτων των	11-20	63	3.5	1.2		
παιδιών με ΔΑΦ.	21 +	61	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη	< 5	31	3.6	1.4	0.736	0.532
βελτίωση της κριτικής ικανότητας των	6-10	68	3.9	1.0		
παιδιών με ΔΑΦ.	11-20	63	3.7	1.2		
	21 +	61	3.6	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη	< 5	31	3.9	1.4	3.512	0.016
βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής	6-10	68	4.1	.9		
επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	11-20	63	3.5	1.2		
	21 +	61	3.6	1.1		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες	< 5	31	3.6	1.4	2.459	0.064
ενισχύει την αίσθηση του χώρου, του	6-10	68	4.1	1.0		
χρόνου, του συντονισμού, του	11-20	63	3.6	1.2		
προσανατολισμού, του ρυθμού,						
βελτιώνοντας δηλαδή ψυχοκινητικά	21 +	61	3.6	1.3		
προβλήματα.						
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες	< 5	31	3.6	1.2	1.353	0.258
συμβάλλει στην εξωτερίκευση των	6-10	68	3.9	1.1		
συναισθημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	11-20	63	3.5	1.2		
	21 +	61	3.7	1.2		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες	< 5	31	3.8	1.3	1.129	0.338
συμβάλλει στην ενίσχυση της	6-10	68	3.9	1.1		
αυτοεκτίμησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	11-20	63	3.6	1.2		
	21 +	61	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη	< 5	31	3.6	1.4	1.271	0.285
μείωση των συμπτωμάτων που	6-10	68	4.0	1.0		
εμφανίζουν παιδιά με Διαταραχή	11-20	63	3.6	1.2		
Αυτιστικού	21 +	61	3.7	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην	< 5	31	3.8	1.4	2.504	0.060
άμβλυνση των συμπτωμάτων του	6-10	68	4.1	1.0		
αυτισμού που συνδέονται με τις	11-20	63	3.6	1.2		
επιθετικές συμπεριφορές.	21 +	61	3.7	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην	< 5	31	3.6	1.3	1.396	0.245
άμβλυνση της συμπτωματολογίας του	6-10	68	4.0	1.1		
αυτισμού που συνδέεται με φαινόμενα	11-20	63	3.6	1.3		
αυτοτραυματισμού.	21 +	61	3.6	1.2		

Στον Πίνακα 7 δίνονται τα αποτελέσματα από τον έλεγχο t-test αναφορικά με τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης

στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με τη βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία εργάζονται. Τα ευρήματα δείχνουν πως σε πολλές περιπτώσεις οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης αναγνωρίζουν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό τα οφέλη για παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Για παράδειγμα οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό με το ότι η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων ($t = 2.166, p = 0.031$), στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης ($t = 2.166, p = 0.031$), στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής ($t = 2.084, p = 0.038$) και στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων ($t = 2.888, p = 0.004$) στα παιδιά με ΔΑΦ. Παρόμοια, προκύπτει πως οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό με το ότι η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων ($t = 2.066, p = 0.040$), στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης ($t = 2.152, p = 0.032$), στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής ($t = 2.067, p = 0.040$) και στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων ($t = 2.172, p = 0.031$) στα παιδιά με ΔΑΦ.

Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αντιληπτικά ($t = 2.595, p = 0.010$), αισθητηριακά ($t = 2.098, p = 0.037$) ή κινητικά ($t = 2.660, p = 0.008$) μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ.

Παρόμοια, τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης εμπλέκει και συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, μέσω της ενεργοποίησης πολλαπλών αισθήσεων στα παιδιά με ΔΑΦ ($t = 2.087, p = 0.039$) ή συμβάλλει στην τόνωση της ευεξίας ($t = 3.041, p = 0.003$), στην καλλιέργεια του αισθήματος ικανοποίησης-ευχαρίστησης ($t = 2.215, p = 0.028$) και στη μείωση του έντονου στρες ($t = 2.581, p = 0.010$) στα παιδιά με ΔΑΦ.

Τέλος, οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό με το ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση των συμπτωμάτων του αυτισμού που συνδέονται με τις επιθετικές συμπεριφορές ($t = 2.249, p = 0.026$) και στην άμβλυνση της συμπτωματολογίας του αυτισμού που συνδέεται με φαινόμενα αυτοτραυματισμού ($t = 2.563, p = 0.011$). Παρόμοια, οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό με το ότι η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει ψυχοκινητικά

προβλήματα ($t = 2.442$, $p = 0.015$), συμβάλει στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων ($t = 2.493$, $p = 0.013$) και συμβάλλει στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης ($t = 2.437$, $p = 0.016$) στα παιδιά με ΔΑΦ.

Πίνακας 7. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με τη βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία εργάζονται

	N	MO	TA	t	p
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην Πρωτοβάθμια	109	3.7	1.2	2.166	0.031
κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με Δευτεροβάθμια ΔΑΦ.	114	3.3	1.4		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.1	2.166	0.031
ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με Δευτεροβάθμια ΔΑΦ.	114	3.6	1.3		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.0	2.084	0.038
ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.	114	3.6	1.3		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην Πρωτοβάθμια	109	4.0	1.1	2.888	0.004
ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	114	3.6	1.2		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.1	2.066	0.040
κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με Δευτεροβάθμια ΔΑΦ.	114	3.6	1.3		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην Πρωτοβάθμια	109	3.8	1.0	2.152	0.032
ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	114	3.5	1.3		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.0	2.067	0.040
ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.	114	3.6	1.4		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.0	2.172	0.031
ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	114	3.5	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια Πρωτοβάθμια	109	4.0	1.1	2.595	0.010
δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αντληπτικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	114	3.6	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.1	2.098	0.037
δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αισθητηριακά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	114	3.6	1.3		

Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα κινητικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	Πρωτοβάθμια	109	4.0	1.1	2.660	0.008
	Δευτεροβάθμια	114	3.5	1.3		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει τις λεκτικές δεξιότητες των παιδιών με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.1	2.052	0.041
	Δευτεροβάθμια	114	3.6	1.3		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει την οπτική μνήμη στα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.1	1.875	0.062
	Δευτεροβάθμια	114	3.6	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης εμπλέκει και συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, μέσω της ενεργοποίησης πολλαπλών αισθήσεων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.1	2.078	0.039
	Δευτεροβάθμια	114	3.6	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην τόνωση της ευεξίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.0	3.041	0.003
	Δευτεροβάθμια	114	3.5	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην καλλιέργεια του αισθήματος ικανοποίησης-ευχαρίστησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.0	2.215	0.028
	Δευτεροβάθμια	114	3.6	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση του έντονου στρες και της ανασφάλειας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	4.0	1.1	2.581	0.010
	Δευτεροβάθμια	114	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην αναγνώριση, αποδοχή και τη βελτίωση της έκφρασης των συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.1	2.464	0.014
	Δευτεροβάθμια	114	3.5	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση της κριτικής ικανότητας των παιδιών με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.1	1.906	0.058
	Δευτεροβάθμια	114	3.6	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.1	1.129	0.260
	Δευτεροβάθμια	114	3.7	1.1		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες ενισχύει την αίσθηση του χώρου, του χρόνου, του συντονισμού, του προσανατολισμού, του ρυθμού, βελτιώνοντας δηλαδή ψυχοκινητικά προβλήματα.	Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.1	2.442	0.015
	Δευτεροβάθμια	114	3.6	1.3		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.1	2.493	0.013
	Δευτεροβάθμια	114	3.5	1.3		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες	Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.0	2.437	0.016

συμβάλλει στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Δευτεροβάθμια	114	3.5	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν παιδιά με ΔΑΦ, τα οποία σχετίζονται με ηχολαλιά και επανάληψη λέξεων, φράσεων και προτάσεων που ακούει το παιδί.	Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.1	2.134	0.034
	Δευτεροβάθμια	114	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση των συμπτωμάτων του αυτισμού που συνδέονται με τις επιθετικές συμπεριφορές.	Πρωτοβάθμια	109	4.0	1.1	2.249	0.026
	Δευτεροβάθμια	114	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση της συμπτωματολογίας του αυτισμού που συνδέεται με φαινόμενα αυτοτραυματισμού.	Πρωτοβάθμια	109	3.9	1.1	2.563	0.011
	Δευτεροβάθμια	114	3.5	1.3		

Στον Πίνακα 8 δίνονται τα αποτελέσματα από τον έλεγχο t-test αναφορικά με τη σύγκριση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ ως προς το αν έχουν λάβει επιμόρφωση γενικά στην Ειδική Αγωγή. Τα ευρήματα έδειξαν πως οι εκπαιδευτικοί που έχουν λάβει επιμόρφωση γενικά στην Ειδική Αγωγή συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε όλες τις δηλώσεις, αναγνωρίζοντας σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό όλα τα αναφερόμενα οφέλη της θεραπευτικής προσέγγισης της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ.

Πίνακας 8. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με το αν έχουν λάβει επιμόρφωση γενικά στην Ειδική Αγωγή

		N	MO	TA	t	p
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.2	0.9	9.699	0.000
	Όχι	111	2.8	1.3		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.3	0.8	8.236	0.000
	Όχι	111	3.2	1.3		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.2	0.7	7.174	0.000
	Όχι	111	3.2	1.3		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.3	0.8	8.585	0.000
	Όχι	111	3.2	1.2		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.3	0.7	8.322	0.000
	Όχι	111	3.2	1.3		

Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.2	0.7	7.487	0.000
	Όχι	111	3.1	1.3		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.3	0.7	7.846	0.000
	Όχι	111	3.2	1.3		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.3	0.7	8.400	0.000
	Όχι	111	3.1	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αντιληπτικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	Ναι	112	4.3	0.7	8.245	0.000
	Όχι	111	3.2	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αισθητηριακά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	Ναι	112	4.3	0.8	7.631	0.000
	Όχι	111	3.2	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα κινητικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	Ναι	112	4.3	0.7	8.543	0.000
	Όχι	111	3.2	1.3		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει τις λεκτικές δεξιότητες των παιδιών με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.3	0.7	7.593	0.000
	Όχι	111	3.2	1.3		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει την οπτική μνήμη στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.3	0.8	7.528	0.000
	Όχι	111	3.2	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης εμπλέκει και συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, μέσω της ενεργοποίησης πολλαπλών αισθήσεων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.4	0.7	8.697	0.000
	Όχι	111	3.2	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην τόνωση της ευεξίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.2	0.8	7.888	0.000
	Όχι	111	3.2	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην καλλιέργεια του αισθήματος ικανοποίησης-ευχαρίστησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.3	0.8	7.631	0.000
	Όχι	111	3.2	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση του έντονου στρες και της ανασφάλειας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.4	0.7	8.672	0.000
	Όχι	111	3.2	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην αναγνώριση, αποδοχή και τη βελτίωση της έκφρασης των συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.3	0.7	8.255	0.000
	Όχι	111	3.1	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση της κριτικής ικανότητας των παιδιών με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.3	0.7	7.657	0.000
	Όχι	111	3.1	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.3	0.7	8.182	0.000
	Όχι	111	3.2	1.2		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες ενισχύει την αίσθηση του χώρου, του χρόνου, του συντονισμού, του προσανατολισμού, του ρυθμού, βελτιώνοντας δηλαδή ψυχοκινητικά προβλήματα.	Ναι	112	4.3	0.7	8.613	0.000
	Όχι	111	3.1	1.3		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει στην	Ναι	112	4.3	0.7	8.065	0.000

εξωτερίκευση των συναισθημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Όχι	111	3.1	1.3		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει στην	Ναι	112	4.3	0.7	7.779	0.000
ενίσχυση της αυτοεκτίμησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Όχι	111	3.2	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση των	Ναι	112	4.3	0.8	7.808	0.000
συμπτωμάτων που εμφανίζουν παιδιά με ΔΑΦ, τα οποία	Όχι	111	3.2	1.2		
σχετίζονται με ηχολαλία και επανάληψη λέξεων, φράσεων και προτάσεων που ακούει το παιδί.						
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση	Ναι	112	4.4	0.7	8.401	0.000
των συμπτωμάτων του αυτισμού που συνδέονται με τις	Όχι	111	3.2	1.3		
επιθετικές συμπεριφορές.						
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση της	Ναι	112	4.3	0.7	8.695	0.000
συμπτωματολογίας του αυτισμού που συνδέεται με	Όχι	111	3.1	1.3		
φαινόμενα αυτοτραυματισμού.						

Στον Πίνακα 9 δίνονται τα αποτελέσματα από τον έλεγχο t-test αναφορικά με τη σύγκριση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ ως προς το αν έχουν λάβει επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ. Τα ευρήματα έδειξαν πως οι εκπαιδευτικοί που έχουν λάβει επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ, συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε όλες τις δηλώσεις, αναγνωρίζοντας σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό όλα τα αναφερόμενα οφέλη της θεραπευτικής προσέγγισης της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ.

Πίνακας 9. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με το αν έχουν λάβει επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ

		N	MO	TA	t	p
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων	Ναι	48	4.2	0.9	3.608	0.000
δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Όχι	175	3.3	1.4		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ανάπτυξη της	Ναι	48	4.3	0.8	3.328	0.001
ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Όχι	175	3.6	1.3		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση της	Ναι	48	4.2	0.7	3.594	0.000
αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.	Όχι	175	3.6	1.2		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση των	Ναι	48	4.3	0.8	2.828	0.005
κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Όχι	175	3.6	1.2		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην κατάκτηση	Ναι	48	4.2	0.8	3.673	0.000
νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Όχι	175	3.6	1.3		

Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.2	0.7	4.073	0.000
	Όχι	175	3.5	1.2		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.3	0.7	5.061	0.000
	Όχι	175	3.6	1.2		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.4	0.8	2.820	0.005
	Όχι	175	3.5	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αντιληπτικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	Ναι	48	4.2	0.7	3.325	0.001
	Όχι	175	3.6	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αισθητηριακά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	Ναι	48	4.3	0.7	4.414	0.000
	Όχι	175	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα κινητικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	Ναι	48	4.4	0.7	3.755	0.000
	Όχι	175	3.6	1.2		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει τις λεκτικές δεξιότητες των παιδιών με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.3	0.7	2.962	0.003
	Όχι	175	3.6	1.3		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει την οπτική μνήμη στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.2	0.8	3.439	0.001
	Όχι	175	3.6	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης εμπλέκει και συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, μέσω της ενεργοποίησης πολλαπλών αισθήσεων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.3	0.8	2.887	0.004
	Όχι	175	3.6	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην τόνωση της ευεξίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.1	0.8	3.623	0.000
	Όχι	175	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην καλλιέργεια του αισθήματος ικανοποίησης-ευχαρίστησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.3	0.8	3.960	0.000
	Όχι	175	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση του έντονου στρες και της ανασφάλειας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.4	0.7	4.083	0.000
	Όχι	175	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην αναγνώριση, αποδοχή και τη βελτίωση της έκφρασης των συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.3	0.7	3.448	0.001
	Όχι	175	3.5	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση της κριτικής ικανότητας των παιδιών με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.2	0.8	4.022	0.000
	Όχι	175	3.6	1.3		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.3	0.8	4.369	0.000
	Όχι	175	3.6	1.2		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες ενισχύει την αίσθηση του χώρου, του χρόνου, του συντονισμού, του προσανατολισμού, του ρυθμού, βελτιώνοντας δηλαδή ψυχοκινητικά προβλήματα.	Ναι	48	4.4	0.9	4.121	0.000
	Όχι	175	3.6	1.2		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλει στην	Ναι	48	4.3	0.7	3.811	0.000

εξωτερίκευση των συναισθημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Όχι	175	3.5	1.2		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει στην	Ναι	48	4.3	0.8	3.454	0.001
ενίσχυση της αυτοεκτίμησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Όχι	175	3.6	1.2		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση των	Ναι	48	4.3	0.9	3.106	0.002
συμπτωμάτων που εμφανίζουν παιδιά με ΔΑΦ, τα οποία						
σχετίζονται με ηχολαλιά και επανάληψη λέξεων,	Όχι	175	3.6	1.2		
φράσεων και προτάσεων που ακούει το παιδί.						
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση των	Ναι	48	4.3	0.7	3.847	0.000
συμπτωμάτων του αυτισμού που συνδέονται με τις	Όχι	175	3.7	1.2		
επιθετικές συμπεριφορές.						
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση της	Ναι	48	4.3	0.8	3.608	0.000
συμπτωματολογίας του αυτισμού που συνδέεται με	Όχι	175	3.5	1.3		
φαινόμενα αυτοτραυματισμού.						

Τέλος, στον Πίνακα 10 δίνονται τα αποτελέσματα από τον έλεγχο t-test αναφορικά με τη σύγκριση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ ως προς το αν είχαν στο παρελθόν παιδιά με ΔΑΦ στις τάξεις τους. Τα ευρήματα έδειξαν πως οι εκπαιδευτικοί που δεν είχαν παιδιά με αυτισμό στην τάξη τους στο παρελθόν φαίνεται να αναγνωρίζουν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό τα οφέλη της θεραπευτικής προσέγγισης της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ.

Πίνακας 10. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ σε σύγκριση με το αν είχαν στο παρελθόν παιδιά με ΔΑΦ στις τάξεις τους

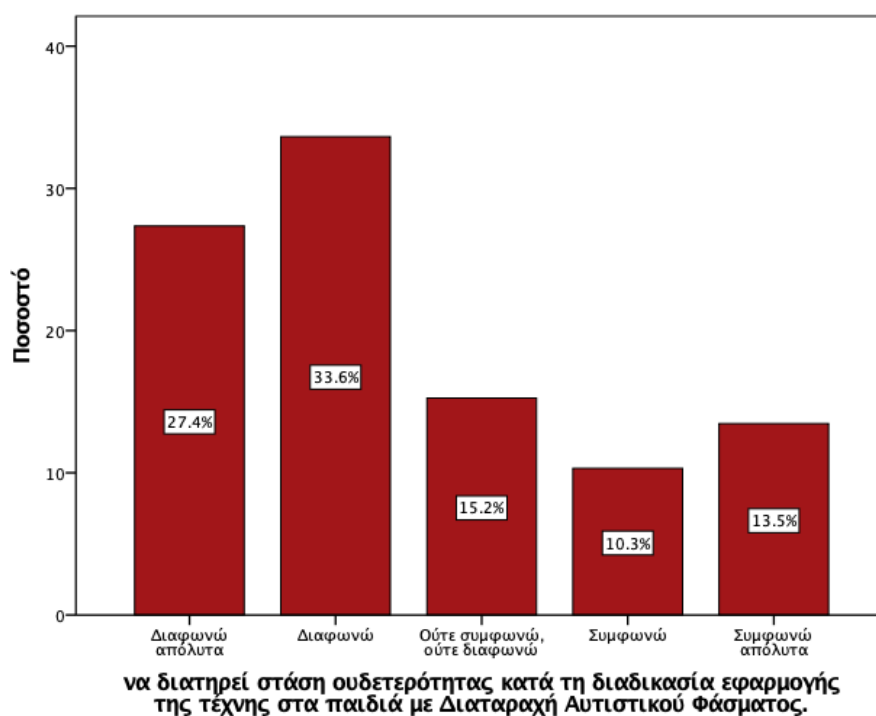
		N	MO	TA	t	p
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην κατάκτηση νέων	Ναι	88	3.3	1.4	-2.267	0.024
δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Όχι	135	3.7	1.2		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ανάπτυξη της	Ναι	88	3.5	1.3	-2.514	0.013
ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Όχι	135	3.9	1.1		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση της	Ναι	88	3.5	1.3	-2.203	0.029
αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.	Όχι	135	3.8	1.1		
Η εικαστική εμπειρία συμβάλλει στην ενίσχυση των	Ναι	88	3.6	1.2	-2.313	0.022
κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Όχι	135	3.9	1.1		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην κατάκτηση	Ναι	88	3.5	1.3	-2.559	0.011
νέων δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Όχι	135	3.9	1.1		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ανάπτυξη	Ναι	88	3.5	1.3	-2.023	0.044
της ενσυναίσθησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Όχι	135	3.8	1.1		

Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.5	1.3	-2.232	0.027
	Όχι	135	3.9	1.1		
Η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.4	1.2	-2.500	0.013
	Όχι	135	3.8	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αντιληπτικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	Ναι	88	3.6	1.3	-1.734	0.084
	Όχι	135	3.9	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα αισθητηριακά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	Ναι	88	3.6	1.3	-1.590	0.113
	Όχι	135	3.9	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία, ικανή να διεγείρει τα κινητικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ	Ναι	88	3.5	1.3	-2.071	0.040
	Όχι	135	3.9	1.1		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει τις λεκτικές δεξιότητες των παιδιών με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.6	1.3	-1.813	0.071
	Όχι	135	3.9	1.1		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες βελτιώνει την οπτική μνήμη στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.5	1.3	-2.427	0.016
	Όχι	135	3.9	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης εμπλέκει και συνδυάζει τις λειτουργίες του εγκεφάλου, μέσω της ενεργοποίησης πολλαπλών αισθήσεων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.5	1.4	-2.517	0.013
	Όχι	135	3.9	1.0		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην τόνωση της ευεξίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.5	1.2	-2.662	0.008
	Όχι	135	3.9	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην καλλιέργεια του αισθήματος ικανοποίησης-ευχαρίστησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.5	1.3	-2.784	0.006
	Όχι	135	3.9	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση του έντονου στρες και της ανασφάλειας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.5	1.3	-2.621	0.009
	Όχι	135	3.9	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην αναγνώριση, αποδοχή και τη βελτίωση της έκφρασης των συναισθημάτων των παιδιών με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.5	1.3	-1.882	0.061
	Όχι	135	3.8	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση της κριτικής ικανότητας των παιδιών με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.5	1.3	-2.378	0.018
	Όχι	135	3.9	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη βελτίωση των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.5	1.1	-3.021	0.003
	Όχι	135	4.0	1.1		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες ενισχύει την αίσθηση του χώρου, του χρόνου, του συντονισμού, του προσανατολισμού, του ρυθμού, βελτιώνοντας δηλαδή ψυχοκινητικά προβλήματα.	Ναι	88	3.5	1.3	-2.107	0.036
	Όχι	135	3.9	1.1		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλει στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.5	1.3	-2.436	0.016
	Όχι	135	3.8	1.1		
Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες συμβάλλει στην	Ναι	88	3.5	1.3	-2.374	0.018

ενίσχυση της αυτοεκτίμησης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Όχι	135	3.9	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν παιδιά με ΔΑΦ, τα οποία σχετίζονται με ηχολαλιά και επανάληψη λέξεων, φράσεων και προτάσεων που ακούει το παιδί.	Ναι	88	3.6	1.3	-2.006	0.046
	Όχι	135	3.9	1.0		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση των συμπτωμάτων του αυτισμού που συνδέονται με τις επιθετικές συμπεριφορές.	Ναι	88	3.6	1.3	-2.345	0.020
	Όχι	135	3.9	1.1		
Η θεραπεία μέσω τέχνης συμβάλλει στην άμβλυνση της συμπτωματολογίας του αυτισμού που συνδέεται με φαινόμενα αυτοτραυματισμού.	Ναι	88	3.5	1.3	-2.241	0.026
	Όχι	135	3.9	1.2		

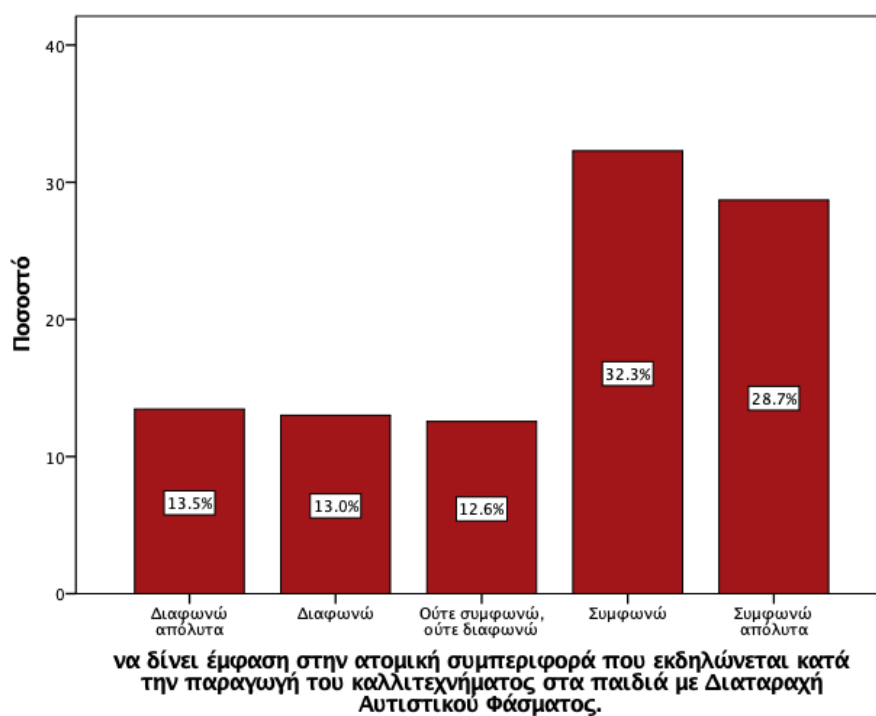
7.3. Απόψεις για το ρόλο του θεραπευτή

Στη συνέχεια δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναφορικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών για το ρόλο του θεραπευτή-καλλιτέχνη στην αποτελεσματική διαχείριση μαθητών με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 40 προκύπτει πως το 61% ($n = 136$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας διαφωνούν ή διαφωνούν απόλυτα με το ότι ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ. Αντίθετα, το 23.8% ($n = 53$) των εκπαιδευτικών ανέφερε πως συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα με το συγκεκριμένο ρόλο του θεραπευτή-καλλιτέχνη.

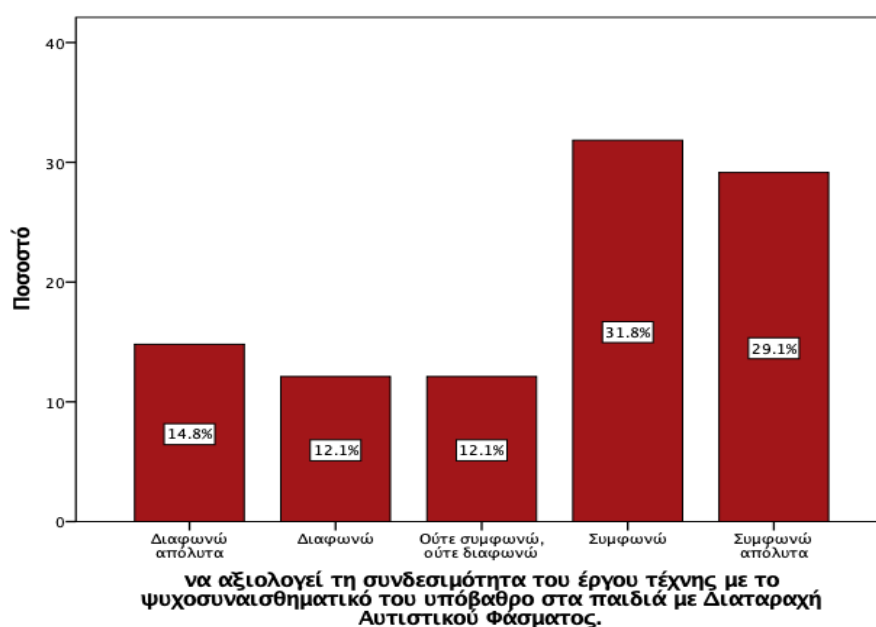


Διάγραμμα 40. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ

Οι επόμενες δύο ερωτήσεις είχαν σκοπό να καταγράψουν τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το αν ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή του καλλιτεχνήματος στα παιδιά με ΔΑΦ και να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του υπόβαθρο στα παιδιά με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 41 προκύπτει πως το 61 % ($n = 136$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή του καλλιτεχνήματος στα παιδιά με ΔΑΦ . Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 42 προκύπτει πως το 61% ($n = 136$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του υπόβαθρο στα παιδιά με ΔΑΦ.

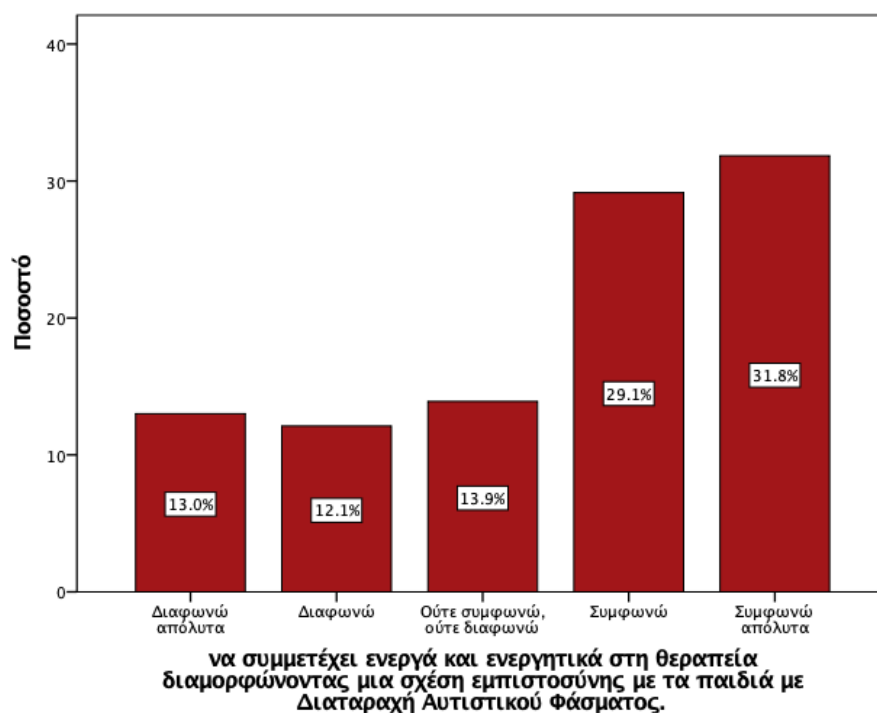


Διάγραμμα 41. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή του καλλιτεχνήματος στα παιδιά με ΔΑΦ

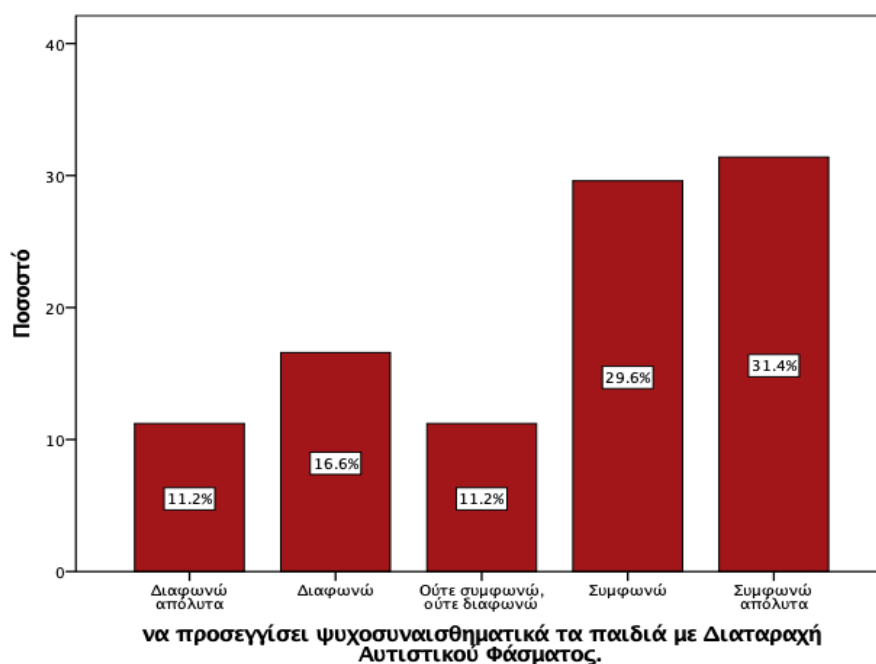


Διάγραμμα 42. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του υπόβαθρο στα παιδιά με ΔΑΦ

Οι επόμενες δύο ερωτήσεις είχαν σκοπό να καταγράψουν τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το αν ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ και να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 43 προκύπτει πως το 61 % ($n = 136$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 44 προκύπτει πως το 61% ($n = 136$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ.

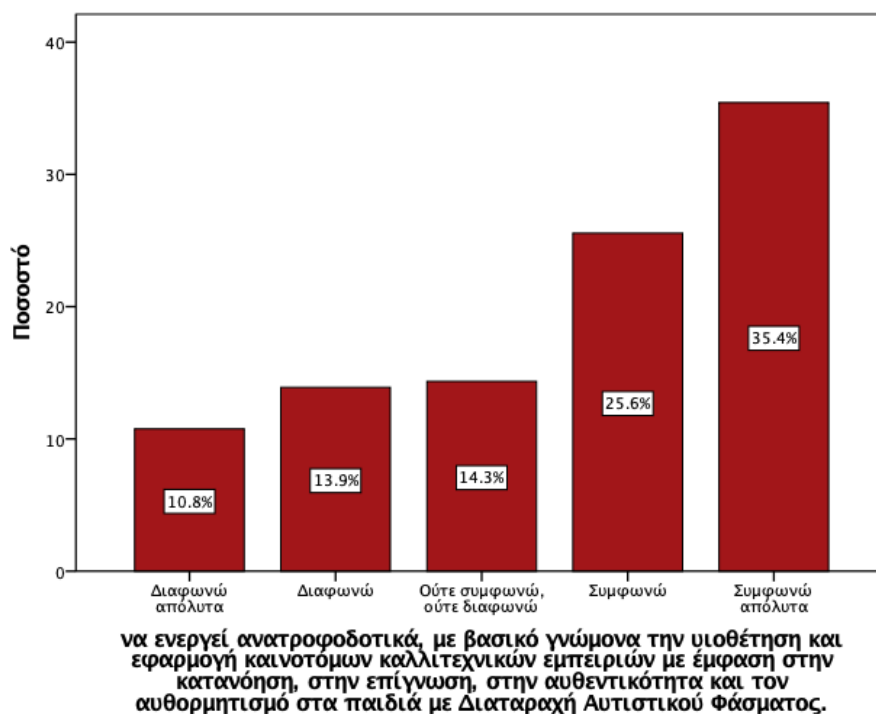


Διάγραμμα 43. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ

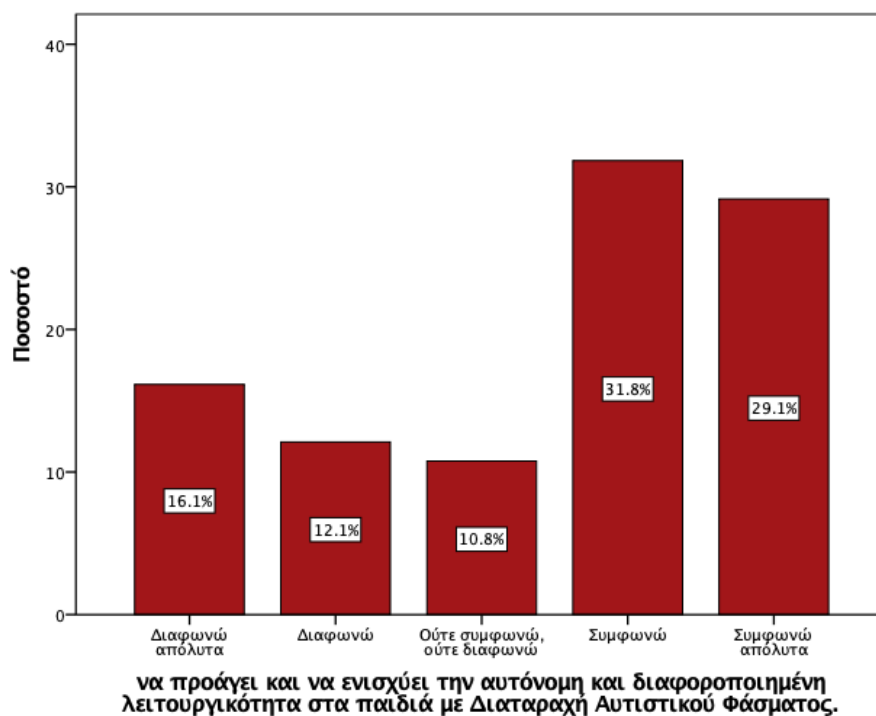


Διάγραμμα 44. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ.

Στη συνέχεια οι εκπαιδευτικοί κλήθηκαν να αναφέρουν αν συμφωνούν ή όχι με το ότι ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό στα παιδιά με ΔΑΦ ή να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 45 προκύπτει πως το 61% ($n = 136$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότιο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό στα παιδιά με ΔΑΦ. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 46 προκύπτει πως το 61% ($n = 136$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ.

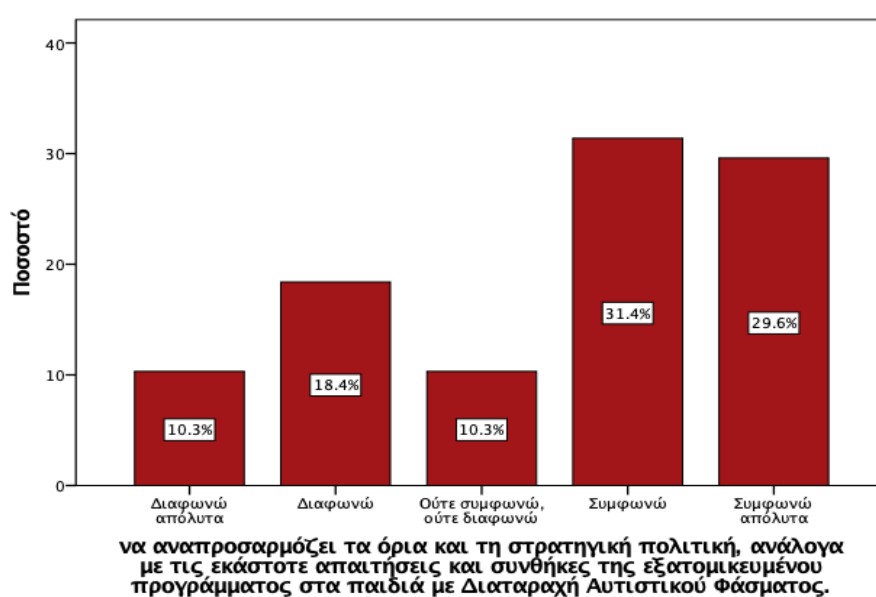


Διάγραμμα 45. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό στα παιδιά με ΔΑΦ

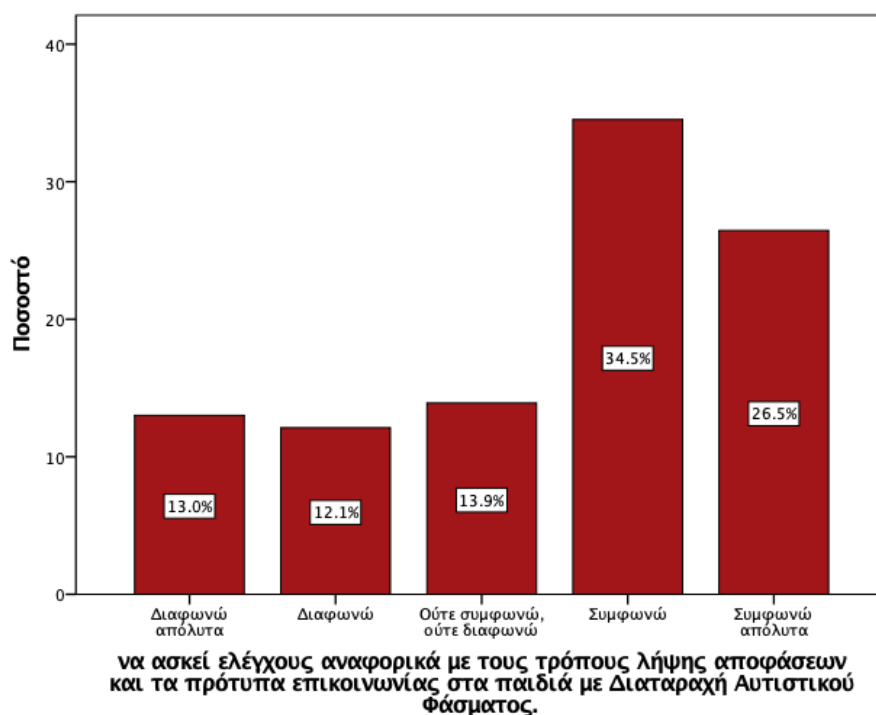


Διάγραμμα 46. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ

Οι επόμενες δύο ερωτήσεις είχαν σκοπό να καταγράψουν τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το αν ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της εξατομικευμένου προγράμματος στα παιδιά με ΔΑΦ και να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους τρόπους λήψης αποφάσεων και τα πρότυπα επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 47 προκύπτει πως το 61 % ($n = 136$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της εξατομικευμένου προγράμματος στα παιδιά με ΔΑΦ. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 48 προκύπτει πως το 61% ($n = 136$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους τρόπους λήψης αποφάσεων και τα πρότυπα επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.



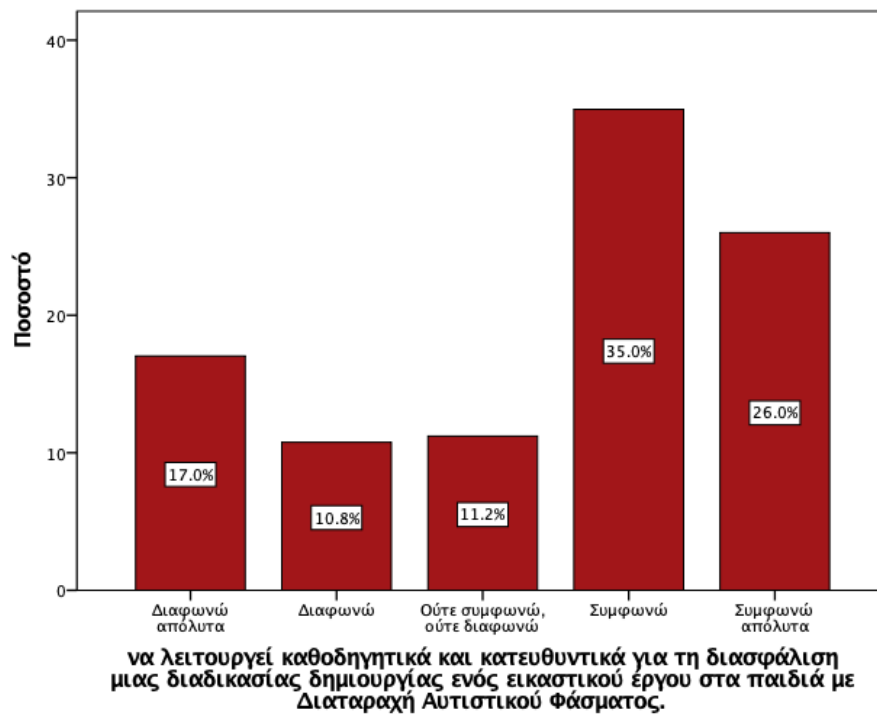
Διάγραμμα 47. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της εξατομικευμένου προγράμματος στα παιδιά με ΔΑΦ.



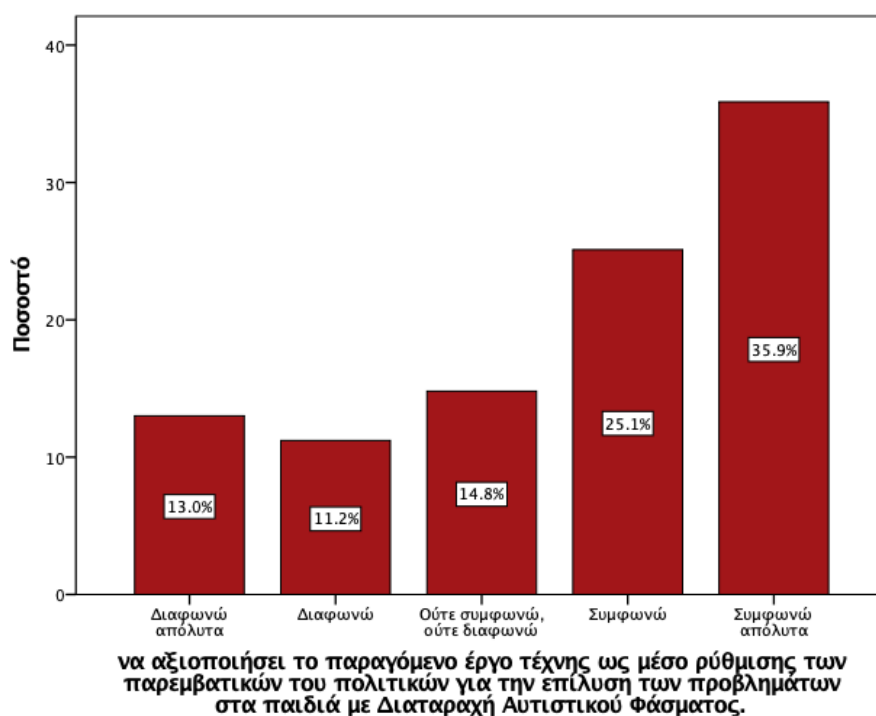
Διάγραμμα 48. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους τρόπους λήψης αποφάσεων και τα πρότυπα επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ

Στη συνέχεια οι εκπαιδευτικοί κλήθηκαν να αναφέρουν αν συμφωνούν ή όχι με το ότι ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού έργου στα παιδιά με ΔΑΦ και να αξιοποιήσει το παραγόμενο έργο τέχνης ως μέσο ρύθμισης των παρεμβατικών του πολιτικών για την επίλυση των προβλημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ. Από το Διάγραμμα 49 προκύπτει πως το 61% ($n = 136$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού έργου στα παιδιά με ΔΑΦ. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 50 προκύπτει πως το 61% ($n = 136$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να αξιοποιήσει το

παραγόμενο έργο τέχνης ως μέσο ρύθμισης των παρεμβατικών του πολιτικών για την επίλυση των προβλημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.



Διάγραμμα 49. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού έργου στα παιδιά με ΔΑΦ

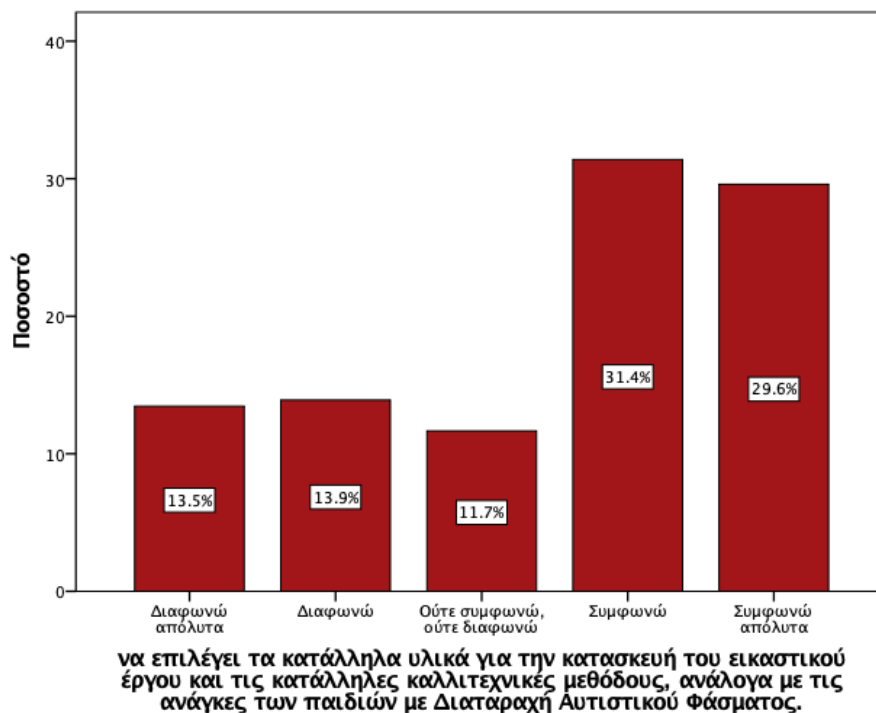


Διάγραμμα 50. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να αξιοποιήσει το παραγόμενο έργο τέχνης ως μέσο ρύθμισης των παρεμβατικών του πολιτικών για την επίλυση των προβλημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ

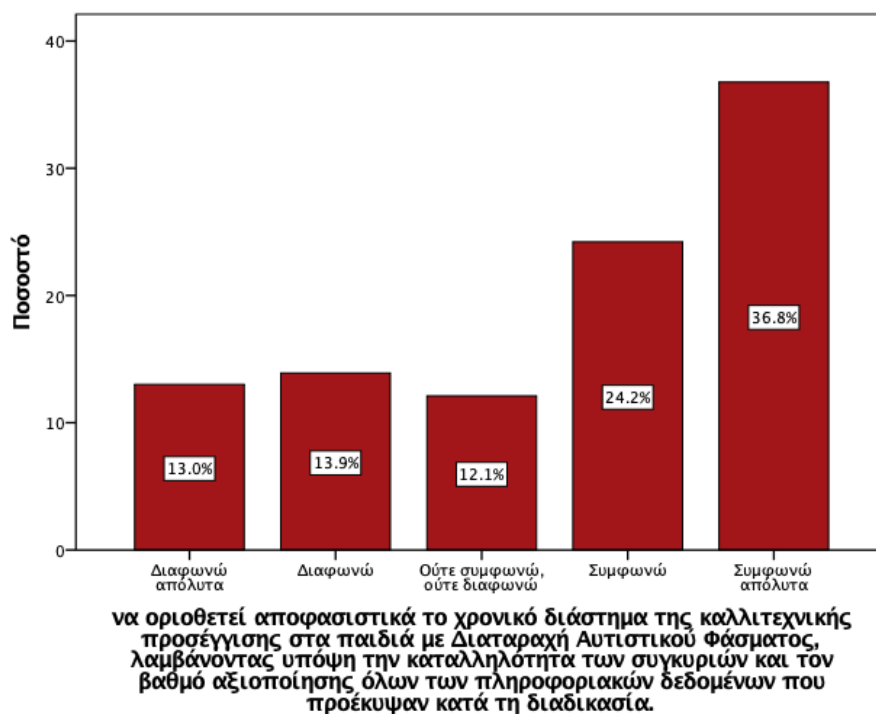
Τέλος, οι εκπαιδευτικοί κλήθηκαν να αναφέρουν αν συμφωνούν ή όχι με το ότι ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να επιλέγει τα κατάλληλα υλικά για την κατασκευή του εικαστικού έργου και τις κατάλληλες καλλιτεχνικές μεθόδους, ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ, να οριοθετεί αποφασιστικά το χρονικό διάστημα της καλλιτεχνικής προσέγγισης στα παιδιά με ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη την καταλληλότητα των συγκυριών και τον βαθμό αξιοποίησης όλων των πληροφοριακών δεδομένων που προέκυψαν κατά τη διαδικασία και να κατανοεί ότι η αμεσότητα του καλλιτεχνήματος εντείνει τα συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ, που σχετίζονται με τη δημιουργία του αυτή καθαυτή.

Από το Διάγραμμα 51 προκύπτει πως το 61% ($n = 136$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να επιλέγει τα κατάλληλα υλικά για την κατασκευή του εικαστικού έργου και τις κατάλληλες καλλιτεχνικές μεθόδους, ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ. Αντίστοιχα, από το Διάγραμμα 52

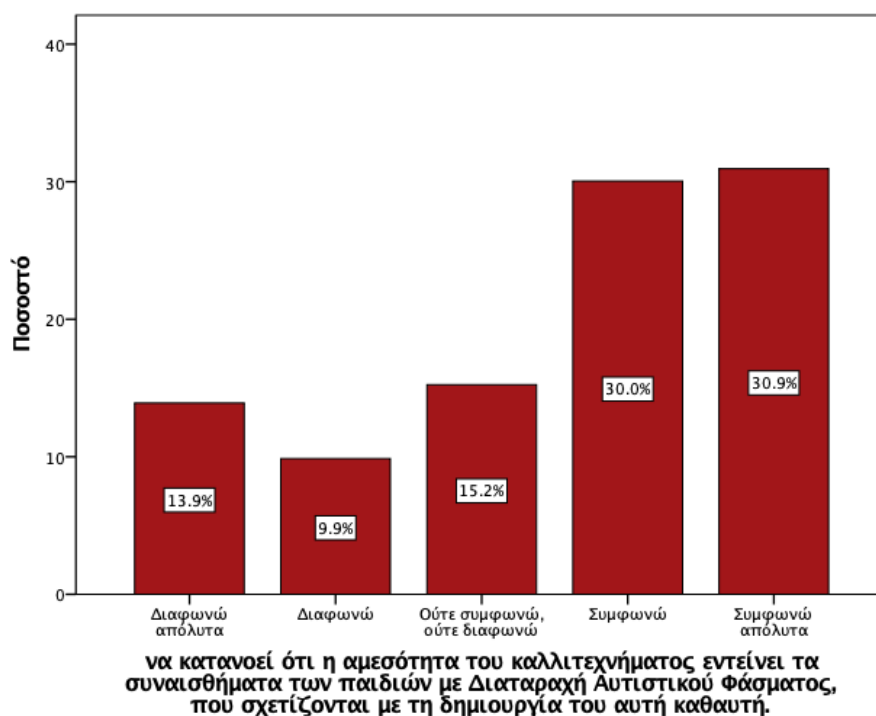
προκύπτει πως το 61% ($n = 136$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να οριοθετεί αποφασιστικά το χρονικό διάστημα της καλλιτεχνικής προσέγγισης στα παιδιά με ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη την καταλληλότητα των συγκυριών και τον βαθμό αξιοποίησης όλων των πληροφοριακών δεδομένων που προέκυψαν κατά τη διαδικασία. Τέλος, από το Διάγραμμα 53 προκύπτει πως το 61% ($n = 136$) των εκπαιδευτικών στο δείγμα της έρευνας δήλωσαν πως συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με το ότι ο ρόλος του θεραπευτή-καλλιτέχνη είναι να κατανοεί ότι η αμεσότητα του καλλιτεχνήματος εντείνει τα συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ, που σχετίζονται με τη δημιουργία του αυτή καθ αυτή.



Διάγραμμα 51. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να επιλέγει τα κατάλληλα υλικά για την κατασκευή του εικαστικού έργου και τις κατάλληλες καλλιτεχνικές μεθόδους, ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ



Διάγραμμα 52. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να οριοθετεί αποφασιστικά το χρονικό διάστημα της καλλιτεχνικής προσέγγισης στα παιδιά με ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη την καταλληλότητα των συγκυριών και τον βαθμό αξιοποίησης όλων των πληροφοριακών δεδομένων που προέκυψαν κατά τη διαδικασία



Διάγραμμα 53. Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για το αν ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί να κατανοεί ότι η

αμεσότητα του καλλιτεχνήματος εντείνει τα συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ, που σχετίζονται με τη δημιουργία του αυτή καθαυτή

Τέλος, στον Πίνακα 11 δίνονται τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα για τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως γενικά οι εκπαιδευτικοί τείνουν να συμφωνήσουν με το όλους τους ρόλους που αναφέρονται εκτός από τη στάση της ουδετερότητας. Το εύρημα αυτό προκύπτει από το γεγονός πως σε όλες τις ερωτήσεις καταγράφηκε μέσος όρος πάνω από 3.5 και διάμεση τιμή ίση με 4 (η τιμή 4 αντιστοιχεί στο συμφωνώ), εκτός από την ερώτηση που αφορούσε το κατά πόσο ο ρόλος του θεραπευτή είναι να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ (ΜΟ = 2.5, Δ = 2.0, ΤΑ = 1.3).

Πίνακας 11. Μέσος όρος (ΜΟ), διάμεση τιμή (Δ) και τυπική απόκλιση (ΤΑ) για τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή

Ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί:	ΜΟ	Δ	ΤΑ
να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ.	2.5	2.0	1.3
να δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή του καλλιτεχνήματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.5	4.0	1.4
να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του υπόβαθρο στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.5	4.0	1.4
να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ.	3.5	4.0	1.4
να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ.	3.5	4.0	1.4
να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.6	4.0	1.4
να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.5	4.0	1.4
να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της εξατομικευμένου προγράμματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.5	4.0	1.4
να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους τρόπους λήψης αποφάσεων και τα πρότυπα επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.5	4.0	1.3

να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού έργου στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.4	4.0	1.4
να αξιοποιήσει το παραγόμενο έργο τέχνης ως μέσο ρύθμισης των παρεμβατικών του πολιτικών για την επίλυση των προβλημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	3.6	4.0	1.4
να επιλέγει τα κατάλληλα υλικά για την κατασκευή του εικαστικού έργου και τις κατάλληλες καλλιτεχνικές μεθόδους, ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ.	3.5	4.0	1.4
να οριοθετεί αποφασιστικά το χρονικό διάστημα της καλλιτεχνικής προσέγγισης στα παιδιά με ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη την καταλληλότητα των συγκυριών και τον βαθμό αξιοποίησης όλων των πληροφοριακών δεδομένων που προέκυψαν κατά τη διαδικασία.	3.6	4.0	1.4
να κατανοεί ότι η αμεσότητα του καλλιτεχνήματος εντείνει τα συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ, που σχετίζονται με τη δημιουργία του αυτή καθαυτή.	3.5	4.0	1.4

7.3.1. Έλεγχος διαφορών στις απόψεις για το ρόλο του θεραπευτή ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών

Η επόμενη ανάλυση είχε σκοπό να διερευνήσει το κατά πόσο υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή ως προς τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά τους. Για το σκοπό αυτό στα δεδομένα εφαρμόστηκαν ο έλεγχος t-test και ο έλεγχος onewayANOVA (F-test).

Αρχικά, αξιολογήθηκε το κατά πόσο οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή διαφέρουν σε σύγκριση με το φύλο τους. Από τον έλεγχο t-test δεν καταγράφηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στις αντιλήψεις των αντρών και των γυναικών εκπαιδευτικών (Πίνακας 12).

Πίνακας 12. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με το φύλο τους

Ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί:		N	MO	SD	t	p
να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Αντρας	113	2.4	1.4	-1.016	0.311
	Γυναίκα	110	2.6	1.3		

να δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή του καλλιτεχνήματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.6	1.4	0.753	0.452
	Γυναίκα	110	3.4	1.3		
να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του υπόβαθρο στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.6	1.3	1.557	0.121
	Γυναίκα	110	3.3	1.5		
να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.7	1.4	1.277	0.203
	Γυναίκα	110	3.4	1.3		
να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.7	1.3	1.633	0.104
	Γυναίκα	110	3.4	1.4		
να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.7	1.4	1.182	0.238
	Γυναίκα	110	3.5	1.4		
να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.6	1.4	1.530	0.127
	Γυναίκα	110	3.3	1.5		
να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της εξατομικευμένου προγράμματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.7	1.3	1.760	0.080
	Γυναίκα	110	3.4	1.4		
να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους τρόπους λήψης αποφάσεων και τα πρότυπα επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.6	1.3	1.022	0.308
	Γυναίκα	110	3.4	1.4		
να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού έργου στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.5	1.3	1.169	0.244
	Γυναίκα	110	3.3	1.5		
να αξιοποιήσει το παραγόμενο έργο τέχνης ως μέσο ρύθμισης των παρεμβατικών του πολιτικών για την επίλυση των προβλημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.7	1.4	1.204	0.230
	Γυναίκα	110	3.5	1.4		
να επιλέγει τα κατάλληλα υλικά για την κατασκευή του εικαστικού έργου και τις κατάλληλες καλλιτεχνικές μεθόδους, ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ.	Άντρας	113	3.6	1.4	0.649	0.517
	Γυναίκα	110	3.4	1.4		
να οριοθετεί αποφασιστικά το χρονικό διάστημα της καλλιτεχνικής προσέγγισης στα παιδιά με ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη την καταλληλότητα των συγκυριών και τον βαθμό αξιοποίησης όλων των πληροφοριακών δεδομένων που προέκυψαν κατά τη διαδικασία.	Άντρας	113	3.6	1.4	0.339	0.735
	Γυναίκα	110	3.5	1.5		

να κατανοεί ότι η αμεσότητα του καλλιτεχνήματος	Άντρας	113	3.7	1.3	1.428	0.155
εντείνει τα συναισθήματα των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Γυναίκα	110	3.4	1.4		

Στη συνέχεια, αξιολογήθηκε το κατά πόσο οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή διαφέρουν σε σύγκριση με την ηλικιακή ομάδα τους. Από τον έλεγχο one-wayANOVA καταγράφηκαν αρκετές στατιστικά σημαντικές διαφορές (Πίνακας 13). Αναλυτικότερα, προέκυψε πως οι εκπαιδευτικοί ηλικίας 51-60 ετών και 60+ ετών συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τους εκπαιδευτικούς ηλικίας έως 30 ετών, 31-40 ετών και 41-50 ετών για το ότι ρόλος του θεραπευτή είναι να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 3.157, p = 0.015$). Αντίθετα, οι εκπαιδευτικοί ηλικίας έως 30 ετών, 31-40 ετών και 41-50 ετών συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τους εκπαιδευτικούς ηλικίας 51-60 ετών και 60+ ετών με το ότι ο ρόλος του θεραπευτή είναι να δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή του καλλιτεχνήματος στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 4.841, p = 0.001$), να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του υπόβαθρο στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 5.678, p = 0.000$), να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 4.377, p = 0.002$), να προσεγγίζει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 4.913, p = 0.001$), να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 4.702, p = 0.001$), να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 5.596, p = 0.000$), να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της εξατομικευμένου προγράμματος στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 3.730, p = 0.006$), να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους τρόπους λήψης αποφάσεων και τα πρότυπα επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 5.379, p = 0.000$), να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού έργου στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 5.345, p = 0.000$), να αξιοποιήσει το παραγόμενο έργο τέχνης ως μέσο ρύθμισης των παρεμβατικών του πολιτικών για την επίλυση των προβλημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 4.137, p = 0.003$), να οριοθετεί αποφασιστικά το χρονικό

διάστημα της καλλιτεχνικής προσέγγισης στα παιδιά με ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη την καταλληλότητα των συγκριτών και τον βαθμό αξιοποίησης όλων των πληροφοριακών δεδομένων που προέκυψαν κατά τη διαδικασία ($F = 3.760$, $p = 0.006$) και να κατανοεί ότι η αμεσότητα του καλλιτεχνήματος εντείνει τα συναισθήματα των παιδιών με ΔΑΦ ($F = 3.046$, $p = 0.018$).

Πίνακας 13. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με την ηλικιακή ομάδα τους

	N	MO	SD	F	p
να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30 31-40 41-50 51-60 61 +	57 42 48 45 31	2.3 2.1 2.4 2.9 2.9	1.3 1.2 1.3 1.4 1.4	3.157 0.015
να δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή του καλλιτεχνήματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30 31-40 41-50 51-60 61 +	57 42 48 45 31	3.6 3.8 3.9 3.1 2.8	1.4 1.4 1.2 1.3 1.4	4.841 0.001
να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του υπόβαθρο στα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30 31-40 41-50 51-60 61 +	57 42 48 45 31	3.6 4.0 3.8 2.9 2.9	1.4 1.2 1.3 1.4 1.5	5.678 0.000
να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30 31-40 41-50 51-60 61 +	57 42 48 45 31	3.6 3.9 3.9 3.2 2.9	1.4 1.1 1.3 1.5 1.5	4.377 0.002
να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ.	Έως 30 31-40 41-50 51-60 61 +	57 42 48 45 31	3.8 3.9 3.8 3.0 3.0	1.3 1.3 1.3 1.5 1.3	4.913 0.001
να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση,	Έως 30 31-40 41-50 51-60	57 42 48 45	3.8 4.0 3.9 3.0	1.3 1.2 1.4 1.5	4.702 0.001

στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό 61 + στα παιδιά με ΔΑΦ.	31	3.2	1.3		
να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και Έως 30	57	3.7	1.3	5.596	0.000
διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά 31-40	42	3.9	1.3		
με ΔΑΦ. 41-50	48	3.8	1.3		
51-60	45	2.9	1.5		
61 +	31	2.8	1.5		
να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική Έως 30	57	3.6	1.4	3.730	0.006
πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις 31-40	42	3.9	1.2		
και συνθήκες της εξατομικευμένου 41-50	48	3.8	1.3		
προγράμματος στα παιδιά με ΔΑΦ. 51-60	45	2.9	1.3		
61 +	31	3.3	1.4		
να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους τρόπους Έως 30	57	3.7	1.2	5.379	0.000
λήψης αποφάσεων και τα πρότυπα 31-40	42	3.8	1.3		
επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ. 41-50	48	3.9	1.2		
51-60	45	3.0	1.5		
61 +	31	2.8	1.4		
να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά Έως 30	57	3.5	1.5	5.345	0.000
για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας 31-40	42	3.9	1.1		
δημιουργίας ενός εικαστικού έργου στα παιδιά 41-50	48	3.8	1.2		
με ΔΑΦ. 51-60	45	2.8	1.5		
61 +	31	3.0	1.4		
να αξιοποιήσει το παραγόμενο έργο τέχνης ως Έως 30	57	3.7	1.4	4.137	0.003
μέσο ρύθμισης των παρεμβατικών του 31-40	42	4.1	.9		
πολιτικών για την επίλυση των προβλημάτων 41-50	48	3.8	1.4		
στα παιδιά με ΔΑΦ. 51-60	45	3.0	1.5		
61 +	31	3.2	1.5		
να επιλέγει τα κατάλληλα υλικά για την Έως 30	57	3.7	1.4	2.259	0.064
κατασκευή του εικαστικού έργου και τις 31-40	42	3.8	1.2		
κατάλληλες καλλιτεχνικές μεθόδους, ανάλογα 41-50	48	3.6	1.4		
με τις ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ. 51-60	45	3.1	1.4		
61 +	31	3.1	1.5		
να οριοθετεί αποφασιστικά το χρονικό Έως 30	57	3.7	1.3	3.760	0.006
διάστημα της καλλιτεχνικής προσέγγισης στα 31-40	42	4.0	1.2		
παιδιά με ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη την 41-50	48	3.9	1.4		
καταλληλότητα των συγκυριών και τον βαθμό 51-60	45	3.1	1.6		
αξιοποίησης όλων των πληροφοριακών 61 +					
δεδομένων που προέκυψαν κατά τη 31	31	3.0	1.5		
διαδικασία.					
να κατανοεί ότι η αμεσότητα του Έως 30	57	3.7	1.3	3.046	0.018
καλλιτεχνήματος εντείνει τα συναισθήματα 31-40	42	4.0	1.2		
των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού 41-50	48	3.6	1.4		

51-60	45	3.2	1.4
61 +	31	3.0	1.5

Στη συνέχεια, αξιολογήθηκε το κατά πόσο οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή διαφέρουν σε σύγκριση με τις σπουδές τους. Από τον έλεγχο t-test δεν καταγράφηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σε σύγκριση με το επίπεδο σπουδών τους (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με το επίπεδο σπουδών τους

		N	MO	SD	F	p
να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	91	2.5	1.3	1.360	0.256
	B	36	2.8	1.3		
	Γ	85	2.3	1.3		
	Δ	11	2.6	1.6		
να δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή του καλλιτεχνήματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	91	3.5	1.4	0.589	0.623
	B	36	3.2	1.4		
	Γ	85	3.6	1.3		
	Δ	11	3.5	1.3		
να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του υπόβαθρο στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	91	3.6	1.4	1.261	0.289
	B	36	3.1	1.4		
	Γ	85	3.6	1.4		
	Δ	11	3.4	1.6		
να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ.	A	91	3.6	1.4	1.254	0.291
	B	36	3.1	1.4		
	Γ	85	3.6	1.4		
	Δ	11	3.6	1.6		
να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ.	A	91	3.6	1.4	0.385	0.764
	B	36	3.4	1.4		
	Γ	85	3.5	1.4		
	Δ	11	3.8	1.2		
να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	91	3.7	1.3	0.923	0.431
	B	36	3.3	1.4		
	Γ	85	3.6	1.4		
	Δ	11	3.6	1.4		
να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και	A	91	3.6	1.4	0.843	0.472

διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ.	B	36	3.1	1.6		
	Γ	85	3.4	1.5		
	Δ	11	3.6	1.4		
να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της εξατομικευμένου προγράμματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	91	3.6	1.2	0.961	0.412
	B	36	3.2	1.4		
	Γ	85	3.6	1.4		
	Δ	11	3.6	1.7		
να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους τρόπους λήψης αποφάσεων και τα πρότυπα επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	91	3.6	1.4	1.181	0.318
	B	36	3.1	1.5		
	Γ	85	3.5	1.2		
	Δ	11	3.5	1.6		
να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού έργου στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	91	3.5	1.5	0.567	0.637
	B	36	3.1	1.4		
	Γ	85	3.5	1.4		
	Δ	11	3.5	1.4		
να αξιοποιήσει το παραγόμενο έργο τέχνης ως μέσο ρύθμισης των παρεμβατικών του πολιτικών για την επίλυση των προβλημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	91	3.7	1.4	0.824	0.482
	B	36	3.3	1.4		
	Γ	85	3.6	1.4		
	Δ	11	3.7	1.3		
να επιλέγει τα κατάλληλα υλικά για την κατασκευή του εικαστικού έργου και τις κατάλληλες καλλιτεχνικές μεθόδους, ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ.	A	91	3.6	1.4	1.599	0.191
	B	36	3.1	1.5		
	Γ	85	3.5	1.3		
	Δ	11	3.5	1.3		
να οριοθετεί αποφασιστικά το χρονικό διάστημα της καλλιτεχνικής προσέγγισης στα παιδιά με ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη την καταλληλότητα των συγκυριών και τον βαθμό αξιοποίησης όλων των πληροφοριακών δεδομένων που προέκυψαν κατά τη διαδικασία.	A	91	3.7	1.3	1.214	0.305
	B	36	3.2	1.6		
	Γ	85	3.7	1.4		
	Δ	11	3.5	1.5		
να κατανοεί ότι η αμεσότητα του καλλιτεχνήματος εντείνει τα συναισθήματα των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού	A	91	3.6	1.3	1.100	0.350
	B	36	3.2	1.6		
	Γ	85	3.6	1.3		
	Δ	11	3.5	1.4		

A= Βασικός τίτλος σπουδών, B=δεύτερο πτυχίο, Γ=Μεταπτυχιακό, Δ=PhD

Στη συνέχεια, αξιολογήθηκε το κατά πόσο οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή διαφέρουν σε σύγκριση με την ειδικότητα τους. Από τον έλεγχο one-wayANOVA καταγράφηκαν αρκετές στατιστικά σημαντικές διαφορές (Πίνακας 15). Αναλυτικότερα, προέκυψε πως οι θεατρολόγοι συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τους εκπαιδευτικούς ειδικής Αγωγής και τους

καθηγητές καλλιτεχνικών για το ότι ρόλος του θεραπευτή είναι να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 4.458, p = 0.013$). Αντίθετα, οι εκπαιδευτικοί ειδικής Αγωγής και οι καθηγητές καλλιτεχνικών συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τους θεατρολόγους με το ότι ο ρόλος του θεραπευτή είναι να δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή του καλλιτεχνήματος στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 5.349, p = 0.005$), να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του υπόβαθρο στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 3.135, p = 0.045$), να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 5.746, p = 0.004$), να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 4.690, p = 0.010$), να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 4.012, p = 0.019$), να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της εξατομικευμένου προγράμματος στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 3.175, p = 0.044$), να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού έργου στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 3.736, p = 0.025$) και να επιλέγει τα κατάλληλα υλικά για την κατασκευή του εικαστικού έργου και τις κατάλληλες καλλιτεχνικές μεθόδους, ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ ($F = 3.990, p = 0.020$).

Πίνακας 15. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με την ειδικότητά τους

		N	MO	SD	F	p
να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	2.2	1.2	4.458	0.013
	B	69	2.4	1.3		
	Γ	82	2.8	1.4		
να δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή του καλλιτεχνήματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.7	1.4	5.349	0.005
	B	69	3.7	1.3		
	Γ	82	3.1	1.4		
να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του υπόβαθρο στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.7	1.3	3.135	0.045
	B	69	3.6	1.3		
	Γ	82	3.2	1.5		
να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.7	1.3	5.746	0.004
	B	69	3.8	1.3		
	Γ	82	3.1	1.5		
να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.7	1.3	4.690	0.010

ΔΑΦ.	B	69	3.8	1.3		
	Γ	82	3.2	1.4		
να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.8	1.4	2.764	0.065
	B	69	3.8	1.3		
	Γ	82	3.3	1.4		
να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.7	1.3	4.012	0.019
	B	69	3.6	1.3		
	Γ	82	3.1	1.6		
να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της εξατομικευμένου προγράμματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.7	1.2	3.175	0.044
	B	69	3.7	1.4		
	Γ	82	3.2	1.4		
να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους τρόπους λήψης αποφάσεων και τα πρότυπα επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.7	1.3	2.734	0.067
	B	69	3.6	1.3		
	Γ	82	3.2	1.4		
να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού έργου στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.6	1.3	3.736	0.025
	B	69	3.6	1.3		
	Γ	82	3.1	1.5		
να αξιοποιήσει το παραγόμενο έργο τέχνης ως μέσο ρύθμισης των παρεμβατικών του πολιτικών για την επίλυση των προβλημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	A	72	3.7	1.4	2.624	0.075
	B	69	3.8	1.4		
	Γ	82	3.3	1.4		
να επιλέγει τα κατάλληλα υλικά για την κατασκευή του εικαστικού έργου και τις κατάλληλες καλλιτεχνικές μεθόδους, ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ.	A	72	3.7	1.4	3.990	0.020
	B	69	3.7	1.3		
	Γ	82	3.2	1.4		
να οριοθετεί αποφασιστικά το χρονικό διάστημα της καλλιτεχνικής προσέγγισης στα παιδιά με ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη την καταλληλότητα των συγκυριών και τον βαθμό αξιοποίησης όλων των πληροφοριακών δεδομένων που προέκυψαν κατά τη διαδικασία.	A	72	3.7	1.4	1.282	0.279
	B	69	3.7	1.4		
	Γ	82	3.4	1.5		
να κατανοεί ότι η αμεσότητα του καλλιτεχνήματος εντείνει τα συναισθήματα των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού	A	72	3.8	1.3	2.748	0.066
	B	69	3.6	1.4		
	Γ	82	3.3	1.4		

A = Εκπαιδευτικός Ειδικής Αγωγής, B = Καθηγητής Καλλιτεχνικών, Γ = Θεατρολόγος

Στη συνέχεια, αξιολογήθηκε το κατά πόσο οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή διαφέρουν σε σύγκριση με την προϋπηρεσία τους. Από τον έλεγχο one-wayANOVA καταγράφηκαν αρκετές στατιστικά σημαντικές διαφορές (Πίνακας 16). Αναλυτικότερα, προέκυψε πως οι εκπαιδευτικοί

με προϋπηρεσία έως 10 έτη συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τους εκπαιδευτικούς με προϋπηρεσία πάνω από 10 έτη για το ότι ρόλος του θεραπευτή είναι να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 2.812, p = 0.040$), να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 2.774, p = 0.042$), να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 3.023, p = 0.031$) και να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της εξατομικευμένου προγράμματος στα παιδιά με ΔΑΦ ($F = 2.768, p = 0.043$).

Πίνακας 16. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με την προϋπηρεσία τους

	N	MO	SD	F	p
να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά < 5	31	2.3	1.3	1.324	0.267
τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα 6-10	68	2.3	1.3		
παιδιά με ΔΑΦ. 11-20	63	2.7	1.4		
21 +	61	2.6	1.3		
να δίνει έμφαση στην ατομική < 5	31	3.6	1.4	2.325	0.076
συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την 6-10	68	3.8	1.2		
παραγωγή του καλλιτεχνήματος στα 11-20	63	3.3	1.5		
παιδιά με ΔΑΦ. 21 +	61	3.3	1.4		
να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου < 5	31	3.7	1.4	2.534	0.058
τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του 6-10	68	3.8	1.3		
υπόβαθρο στα παιδιά με ΔΑΦ. 11-20	63	3.3	1.5		
21 +	61	3.2	1.4		
να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη < 5	31	3.7	1.5	1.082	0.358
θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση 6-10	68	3.7	1.2		
εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ. 11-20	63	3.5	1.4		
21 +	61	3.3	1.5		
να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα < 5	31	3.9	1.3	2.812	0.040
παιδιά με ΔΑΦ. 6-10	68	3.8	1.3		
11-20	63	3.3	1.4		
21 +	61	3.3	1.4		
να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό < 5	31	3.8	1.3	2.774	0.042
γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή 6-10	68	3.9	1.2		
καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με 11-20	63	3.4	1.5		

έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον 21 +	61	3.4	1.4		
αυθορμητισμό στα παιδιά με ΔΑΦ.					
να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη < 5	31	3.8	1.3	3.023	0.031
και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα 6-10	68	3.7	1.3		
στα παιδιά με ΔΑΦ. 11-20	63	3.3	1.5		
21 +	61	3.1	1.5		
να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη < 5	31	3.6	1.4	2.768	0.043
στρατηγική πολιτική, ανάλογα με τις 6-10	68	3.9	1.3		
εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της 11-20	63	3.2	1.4		
εξατομικευμένου προγράμματος στα 21 +	61	3.4	1.3		
παιδιά με ΔΑΦ.					
να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους < 5	31	3.7	1.1	1.980	0.118
τρόπους λήψης αποφάσεων και τα 6-10	68	3.7	1.3		
πρότυπα επικοινωνίας στα παιδιά με 11-20	63	3.3	1.4		
ΔΑΦ. 21 +	61	3.3	1.5		
να λειτουργεί καθοδηγητικά και < 5	31	3.7	1.5	1.851	0.139
κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας 6-10	68	3.7	1.4		
διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού 11-20	63	3.2	1.4		
έργου στα παιδιά με ΔΑΦ. 21 +	61	3.3	1.4		
να αξιοποιήσει το παραγόμενο έργο < 5	31	3.7	1.4	2.048	0.108
τέχνης ως μέσο ρύθμισης των 6-10	68	3.9	1.3		
παρεμβατικών του πολιτικών για την 11-20	63	3.4	1.5		
επίλυση των προβλημάτων στα παιδιά με 21 +	61	3.4	1.5		
ΔΑΦ.					
να επιλέγει τα κατάλληλα υλικά για την < 5	31	3.7	1.3	1.002	0.393
κατασκευή του εικαστικού έργου και τις 6-10	68	3.6	1.4		
κατάλληλες καλλιτεχνικές μεθόδους, 11-20	63	3.3	1.4		
ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών με 21 +	61	3.4	1.4		
ΔΑΦ.					
να οριοθετεί αποφασιστικά το χρονικό < 5	31	3.9	1.0	2.376	0.071
διάστημα της καλλιτεχνικής προσέγγισης 6-10	68	3.8	1.4		
στα παιδιά με ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη 11-20	63	3.4	1.4		
την καταλληλότητα των συγκυριών και τον βαθμό αξιοποίησης όλων των 21 +	61	3.3	1.6		
πληροφοριακών δεδομένων που προέκυψαν κατά τη διαδικασία.					
να κατανοεί ότι η αμεσότητα του < 5	31	3.8	1.4	2.070	0.105
καλλιτεχνήματος εντείνει τα 6-10	68	3.8	1.3		
συναισθήματα των παιδιών με Διαταραχή 11-20	63	3.3	1.4		
Αυτιστικού 21 +	61	3.4	1.4		

Στον Πίνακα 17 δίνονται τα αποτελέσματα αναφορικά με το κατά πόσο οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή διαφέρουν σε σύγκριση με την βαθμίδα εργασίας τους. Από τον έλεγχο t-test προέκυψε πως οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τους εκπαιδευτικούς δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για το ότι ρόλος του θεραπευτή είναι να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ ($t = 1.991, p = 0.048$) και να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους τρόπους λήψης αποφάσεων και τα πρότυπα επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ ($t = 2.029, p = 0.044$).

Πίνακας 17. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με τη βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία εργάζονται

Ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί:		N	MO	SD	t	p
να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	2.3	1.3	-1.825	0.069
	Δευτεροβάθμια	114	2.6	1.4		
να δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή του καλλιτεχνήματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.7	1.4	1.931	0.055
	Δευτεροβάθμια	114	3.3	1.3		
να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του υπόβαθρο στα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.6	1.4	1.166	0.245
	Δευτεροβάθμια	114	3.4	1.4		
να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.7	1.3	1.787	0.075
	Δευτεροβάθμια	114	3.4	1.4		
να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.6	1.3	1.154	0.250
	Δευτεροβάθμια	114	3.4	1.5		
να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό στα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.8	1.3	1.621	0.106
	Δευτεροβάθμια	114	3.5	1.4		
να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.7	1.4	1.991	0.048
	Δευτεροβάθμια	114	3.3	1.5		
να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική	Πρωτοβάθμια	109	3.7	1.3	1.969	0.050

πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της εξατομικευμένου προγράμματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	Δευτεροβάθμια	114	3.3	1.4		
να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους τρόπους λήψης αποφάσεων και τα πρότυπα επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.7	1.3	2.029	0.044
	Δευτεροβάθμια	114	3.3	1.4		
να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού έργου στα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.6	1.4	1.521	0.130
	Δευτεροβάθμια	114	3.3	1.5		
να αξιοποιήσει το παραγόμενο έργο τέχνης ως μέσο ρύθμισης των παρεμβατικών του πολιτικών για την επίλυση των προβλημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.8	1.3	1.821	0.070
	Δευτεροβάθμια	114	3.4	1.5		
να επιλέγει τα κατάλληλα υλικά για την κατασκευή του εικαστικού έργου και τις κατάλληλες καλλιτεχνικές μεθόδους, ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ.	Πρωτοβάθμια	109	3.6	1.3	1.520	0.130
	Δευτεροβάθμια	114	3.4	1.4		
να οριοθετεί αποφασιστικά το χρονικό διάστημα της καλλιτεχνικής προσέγγισης στα παιδιά με ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη την καταλληλότητα των συγκυριών και τον βαθμό αξιοποίησης όλων των πληροφοριακών δεδομένων που προέκυψαν κατά τη διαδικασία.	Πρωτοβάθμια	109	3.7	1.4	1.119	0.264
	Δευτεροβάθμια	114	3.5	1.5		
να κατανοεί ότι η αμεσότητα του καλλιτεχνήματος εντείνει τα συναισθήματα των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού	Πρωτοβάθμια	109	3.6	1.4	0.664	0.507
	Δευτεροβάθμια	114	3.5	1.4		

Στον Πίνακα 18 δίνονται τα αποτελέσματα αναφορικά με το κατά πόσο οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή διαφέρουν σε σύγκριση με το αν έχουν λάβει επιμόρφωση γενικά στην Ειδική Αγωγή. Από τον έλεγχο t-test προέκυψε πως οι εκπαιδευτικοί χωρίς επιμόρφωση στην Ειδική Αγωγή συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τους εκπαιδευτικούς με επιμόρφωση στην Ειδική Αγωγή για το ότι ρόλος του θεραπευτή είναι να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ ($t = -7.112$, $p = 0.000$). Αντίθετα, οι εκπαιδευτικοί με επιμόρφωση στην Ειδική Αγωγή συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τους εκπαιδευτικούς χωρίς επιμόρφωση στην Ειδική Αγωγή για όλους τους υπόλοιπους ρόλους που αναφέρονται στον Πίνακα 18.

Πίνακας 18. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με το αν έχουν λάβει επιμόρφωση γενικά στην Ειδική Αγωγή

Ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί:		N	MO	SD	t	p
να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	1.9	1.0	-7.112	0.000
	Όχι	111	3.1	1.4		
να δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή του καλλιτεχνήματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.2	1.0	8.521	0.000
	Όχι	111	2.8	1.4		
να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του υπόβαθρο στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.2	1.0	8.103	0.000
	Όχι	111	2.8	1.4		
να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.2	1.1	7.415	0.000
	Όχι	111	2.9	1.4		
να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.1	1.1	7.412	0.000
	Όχι	111	2.9	1.4		
να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.2	1.1	7.231	0.000
	Όχι	111	3.0	1.4		
να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.2	1.1	8.314	0.000
	Όχι	111	2.8	1.4		
να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της εξατομικευμένου προγράμματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.2	1.0	8.116	0.000
	Όχι	111	2.9	1.3		
να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους τρόπους λήψης αποφάσεων και τα πρότυπα επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.1	0.9	8.270	0.000
	Όχι	111	2.8	1.4		
να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού έργου στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.1	1.0	8.571	0.000
	Όχι	111	2.7	1.4		
να αξιοποιήσει το παραγόμενο έργο τέχνης ως μέσο ρύθμισης των παρεμβατικών του πολιτικών για την επίλυση των προβλημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.2	1.1	7.215	0.000
	Όχι	111	3.0	1.4		
να επιλέγει τα κατάλληλα υλικά για την κατασκευή του εικαστικού έργου και τις κατάλληλες καλλιτεχνικές μεθόδους, ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ.	Ναι	112	4.2	0.9	9.168	0.000
	Όχι	111	2.8	1.4		
να οριοθετεί αποφασιστικά το χρονικό διάστημα της	Ναι	112	4.2	1.1	7.437	0.000

καλλιτεχνικής προσέγγισης στα παιδιά με ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη την καταλληλότητα των συγκυριών και τον βαθμό αξιοποίησης όλων των πληροφοριακών δεδομένων που προέκυψαν κατά τη διαδικασία.	Όχι	111	2.9	1.4		
να κατανοεί ότι η αμεσότητα του καλλιτεχνήματος εντείνει τα συναισθήματα των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού	Ναι	112	4.1	1.0	6.972	0.000
	Όχι	111	3.0	1.4		

Στον Πίνακα 19 δίνονται τα αποτελέσματα αναφορικά με το κατά πόσο οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή διαφέρουν σε σύγκριση με το αν έχουν λάβει επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ. Από τον έλεγχο t-test προέκυψε πως οι εκπαιδευτικοί χωρίς επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τους εκπαιδευτικούς με επιμόρφωση για το ότι ρόλος του θεραπευτή είναι να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ ($t = -3.137, p = 0.002$). Αντίθετα, οι εκπαιδευτικοί με επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ συμφωνούν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τους εκπαιδευτικούς χωρίς επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ για όλους τους υπόλοιπους ρόλους που αναφέρονται στον Πίνακα 19.

Πίνακας 19. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με το αν έχουν λάβει επιμόρφωση στη χρήση της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ

Ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί:		N	MO	SD	t	p
να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	2.0	1.0	-3.137	0.002
	Όχι	175	2.6	1.4		
να δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή του καλλιτεχνήματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.1	1.1	3.401	0.001
	Όχι	175	3.3	1.4		
να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του υπόβαθρο στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.3	1.0	4.441	0.000
	Όχι	175	3.3	1.4		
να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.2	1.0	3.851	0.000
	Όχι	175	3.4	1.4		
να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.1	1.2	3.065	0.002
	Όχι	175	3.4	1.4		
να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την	Ναι	48	4.2	1.1	3.500	0.001

υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών
εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση,
στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό στα παιδιά με
ΔΑΦ.

υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.1	1.0	3.627	0.000
	Όχι	175	3.4	1.4		
να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.1	1.0	3.627	0.000
	Όχι	175	3.3	1.5		
να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της εξατομικευμένου προγράμματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.2	1.0	4.006	0.000
	Όχι	175	3.3	1.4		
να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους τρόπους λήψης αποφάσεων και τα πρότυπα επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.1	0.9	3.781	0.000
	Όχι	175	3.3	1.4		
να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού έργου στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.2	1.0	4.266	0.000
	Όχι	175	3.2	1.4		
να αξιοποιήσει το παραγόμενο έργο τέχνης ως μέσο ρύθμισης των παρεμβατικών του πολιτικών για την επίλυση των προβλημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.1	1.1	2.874	0.004
	Όχι	175	3.5	1.4		
να επιλέγει τα κατάλληλα υλικά για την κατασκευή του εικαστικού έργου και τις κατάλληλες καλλιτεχνικές μεθόδους, ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ.	Ναι	48	4.2	1.0	4.006	0.000
	Όχι	175	3.3	1.4		
να οριοθετεί αποφασιστικά το χρονικό διάστημα της καλλιτεχνικής προσέγγισης στα παιδιά με ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη την καταλληλότητα των συγκυριών και τον βαθμό αξιοποίησης όλων των πληροφοριακών δεδομένων που προέκυψαν κατά τη διαδικασία.	Ναι	48	4.2	1.1	3.286	0.001
	Όχι	175	3.4	1.5		
να κατανοεί ότι η αμεσότητα του καλλιτεχνήματος εντείνει τα συναισθήματα των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού	Ναι	48	4.1	1.1	3.375	0.001
	Όχι	175	3.4	1.4		

Τέλος, στον Πίνακα 20 δίνονται τα αποτελέσματα αναφορικά με το κατά πόσο οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή διαφέρουν σε σύγκριση με το αν είχαν στο παρελθόν παιδιά με ΔΑΦ στις τάξεις τους. Από τον έλεγχο t-test προέκυψε πως οι εκπαιδευτικοί που δεν είχαν παιδιά με ΔΑΦ στις τάξεις τους συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό με το ότι ο ρόλος του θεραπευτή είναι να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ ($t = -2.105$, $p = 0.036$), να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό στα παιδιά με ΔΑΦ ($t = -2.808$, $p = 0.005$), να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη

λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ ($t = -2.146, p = 0.033$) και να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού έργου στα παιδιά με ΔΑΦ ($t = -2.252, p = 0.025$).

Πίνακας 20. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών αναφορικά με το ρόλο του θεραπευτή σε σύγκριση με το αν είχαν στο παρελθόν παιδιά με ΔΑΦ στις τάξεις τους

Ο θεραπευτής-καλλιτέχνης για να θεωρείται και να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να μπορεί:		N	MO	SD	t	p
να διατηρεί στάση ουδετερότητας κατά τη διαδικασία εφαρμογής της τέχνης στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	2.6	1.4	0.913	0.362
	Όχι	135	2.4	1.3		
να δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή του καλλιτεχνήματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.3	1.5	-1.576	0.116
	Όχι	135	3.6	1.3		
να αξιολογεί τη συνδεσιμότητα του έργου τέχνης με το ψυχοσυναισθηματικό του υπόβαθρο στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.3	1.4	-1.826	0.069
	Όχι	135	3.6	1.4		
να συμμετέχει ενεργά και ενεργητικά στη θεραπεία διαμορφώνοντας μια σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.3	1.5	-1.906	0.058
	Όχι	135	3.7	1.3		
να προσεγγίσει ψυχοσυναισθηματικά τα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.3	1.4	-2.105	0.036
	Όχι	135	3.7	1.3		
να ενεργεί ανατροφοδοτικά, με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, στην επίγνωση, στην αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.3	1.4	-2.808	0.005
	Όχι	135	3.8	1.3		
να προάγει και να ενισχύει την αυτόνομη και διαφοροποιημένη λειτουργικότητα στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.2	1.5	-2.146	0.033
	Όχι	135	3.6	1.3		
να αναπροσαρμόζει τα όρια και τη στρατηγική πολιτική, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και συνθήκες της εξατομικευμένου προγράμματος στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.3	1.4	-1.766	0.079
	Όχι	135	3.6	1.3		
να ασκεί ελέγχους αναφορικά με τους τρόπους λήψης αποφάσεων και τα πρότυπα επικοινωνίας στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.3	1.4	-1.678	0.095
	Όχι	135	3.6	1.3		
να λειτουργεί καθοδηγητικά και κατευθυντικά για τη διασφάλιση μιας διαδικασίας δημιουργίας ενός εικαστικού έργου στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.2	1.4	-2.252	0.025
	Όχι	135	3.6	1.4		
να αξιοποιήσει το παραγόμενο έργο τέχνης ως μέσο ρύθμισης των παρεμβατικών του πολιτικών για την επίλυση των προβλημάτων στα παιδιά με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.4	1.5	-1.813	0.071
	Όχι	135	3.7	1.3		

να επιλέγει τα κατάλληλα υλικά για την κατασκευή του εικαστικού έργου και τις κατάλληλες καλλιτεχνικές μεθόδους, ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ.	Ναι	88	3.3	1.3	-1.561	0.120
	Όχι	135	3.6	1.4		
να οριοθετεί αποφασιστικά το χρονικό διάστημα της καλλιτεχνικής προσέγγισης στα παιδιά με ΔΑΦ, λαμβάνοντας υπόψη την καταλληλότητα των συγκυριών και τον βαθμό αξιοποίησης όλων των πληροφοριακών δεδομένων που προέκυψαν κατά τη διαδικασία.	Ναι	88	3.4	1.4	-1.237	0.217
	Όχι	135	3.7	1.5		
να κατανοεί ότι η αμεσότητα του καλλιτεχνήματος εντείνει τα συναισθήματα των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού	Ναι	88	3.3	1.4	-1.769	0.078
	Όχι	135	3.7	1.4		

Συμπεράσματα-Συζήτηση

Κεντρική υπόθεση της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν ότι η θεραπεία μέσω τέχνης προσφέρει έναν μοναδικό και αποτελεσματικό τρόπο υποστήριξης των παιδιών με ΔΑΦ. Κι αυτό, γιατί μέσω της δημιουργικής έκφρασης τα παιδιά που δυσκολεύονται με τις παραδοσιακές λεκτικές θεραπείες, μπορούν να επικοινωνούν, να επεξεργάζονται συναισθήματα και να αναπτύσσουν κριτικές δεξιότητες με τρόπο που μοιάζει σε αυτά φυσικός. Για την τεκμηρίωσή της διενεργήθηκε ποσοτική έρευνα με 223 συμμετέχοντες εκπαιδευτικούς θεάτρου, ειδικής αγωγής και εικαστικών, οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε 54 κλειστού τύπου ερωτήματα σχετικά με τον ρόλο της θεραπείας μέσω της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ και με τον ρόλο του καλλιτέχνη-θεραπευτή. Τα ευρήματα που προέκυψαν κατόπιν της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια αφενός, τεκμηριώνουν πράγματι την κεντρική υπόθεση και αφετέρου, επιβεβαιώνουν τα συμπεράσματα από τη βιβλιογραφική επισκόπηση που προηγήθηκε. Το γεγονός αυτό ενισχύει την αξιοπιστία της έρευνας.

Από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών αναγνωρίζει ότι η εικαστική εμπειρία και η καλλιτεχνική δημιουργία συμβάλλουν στην κατάκτηση νέων δεξιοτήτων, στην ενδυνάμωση της ενσυναίσθησης, στην ενίσχυση της αλληλεπιδραστικής δυναμικής, στη βελτίωση της επικοινωνίας και της κοινωνικότητας των παιδιών με ΔΑΦ (Landgarten, 1999:29· Dalley, 2010:244). Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί συμμετέχοντες υπογραμμίζουν ότι η θεραπεία μέσω της τέχνης συνιστά μια δυναμική διαδικασία (s-Cohen 283-309· Evans, 1998:17-22· Martin, 2009b:09-109· 2008:15-23), ταυτόχρονα εσωστρεφή και εξωστρεφή, ενδοσκόπησης και διάδρασης-αλληλεπίδρασης, που είναι ικανή να διεγείρει τα αντιληπτικά, τα αισθητηριακά και τα κινητικά μέρη του εγκεφάλου στα παιδιά με ΔΑΦ (Hass-Cohen, 2008:283-309· Lusebrink, 2004:125-135· Melchiodi“Expressive“ 106-109), όπως επίσης και την οπτική τους μνήμη (Lusebrink, 2004:125-135). Η εικαστική θεραπεία παρέχει μια εναλλακτική μέθοδο επικοινωνίας, επιτρέποντας τα παιδιά με ΔΑΦ να εκφράσουν τις σκέψεις, τα βιώματα και τα συναισθήματά τους, όταν δυσκολεύονται να το κάνουν με λεκτικά μέσα (Evans&Dubowski, 2001:7-14). Για παιδιά με σημαντικές γλωσσικές καθυστερήσεις ή ελλείμματα κοινωνικής επικοινωνίας (Carboneetal., 2013:139-159· Hattier&Matson, 2012:871-880) αυτό είναι ιδιαιτέρως σημαντικό.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα συμφωνούν ότι η ενασχόληση με τις τέχνες, και ιδίως με τις εικαστικές τέχνες, βοηθά τα παιδιά με ΔΑΦ να αναγνωρίζουν, να αποδέχονται και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους (Malchiodi, 2006:48-56· 2009:28· Dalley, 2012:177-178· Rubin, 2009:260-261· Regev&Snir, 2013:251-260· Martin, 2009a:187-190· Powers, 2006:3-11· Koo, 2008:57-60), τονώνοντας έτσι, το αίσθημα της ευεξίας (MacNamee, 2004:136-142· Kaplan, 2000:13-21). Παράλληλα, συμβάλλει και στην καλλιέργεια του αισθήματος της ικανοποίησης και της ευχαρίστησης, που αμφότερα οδηγούν στη μείωση του έντονου στρες στα παιδιά με ΔΑΦ (Dalley, 2010:261-262· Malchiodi, 2009:22· Martin, 2009a:187-190). Το τελευταίο προκαλείται από την αδυναμία τους να επεξεργαστούν τις αισθητηριακές εισροές, να ρυθμίσουν τα συναισθήματά τους ή/και να εκφράσουν λεκτικά και χειρονομικά αυτό που σκέφτονται. Οι δημιουργικές καλλιτεχνικές δραστηριότητες, με την αισθητηριακή τους δέσμευση (υφές, χρώματα, σχήματα), βοηθούν τα παιδιά με ΔΑΦ να βελτιώσουν την κριτική τους ικανότητα (Schweizeretal., 2017:183-191· Schweizeretal., 2014:577-593· Hinz, 2019:137-156), άρα και να διαχειριστούν τις προκλήσεις των επικοινωνιακών, αντιληπτικών, γνωσιακών και κοινωνικών ελλειμμάτων τους. Άλλωστε, η θεραπεία μέσω τέχνης συχνά ενσωματώνει αισθητηριακά στοιχεία που διευκολύνουν τη συναισθηματική έκφραση και ρύθμιση, παρέχοντας ένα ηρεμιστικό αποτέλεσμα, ενώ ταυτόχρονα εμπλέκει τα παιδιά σε μια ουσιαστική θεραπευτική εργασία (McClymont, 2023:part.1-2· Gunnarssonetal., 2006:229-240· Del Giacco, 2010).

Η ενασχόληση με τις εικαστικές τέχνες, σύμφωνα με την πλειοψηφία των ερωτώμενων εκπαιδευτικών, λειτουργεί ενισχυτικά στη χωροχρονική αίσθησης των παιδιών με ΔΑΦ (Osborne, 2003:411-423· Rubin, 2009:260-261· DelGiacco, 2010), ενώ βελτιώνει τις ικανότητες συντονισμού, ρυθμού και προσανατολισμού τους (Isserow, 2008:34-42), οι οποίες με τη σειρά τους μειώνουν την ένταση των ψυχοκινητικών προβλημάτων τους (Malchiod, “Εικαστική” 41-49). Οι θεραπευτικές καλλιτεχνικές παρεμβάσεις ενισχύουν επίσης, τις λεπτές κινητικές δεξιότητες και τη γνωστική ανάπτυξη των παιδιών με ΔΑΦ (Hass-Cohen, 2008:283-309· Dolphin etal., 2014:12), ιδιαιτέρως με δραστηριότητες που περιλαμβάνουν σχεδιασμό, επίλυση προβλημάτων και δημιουργικότητα (Haeyen, 2020:1-9; Martin, 2009a:187-190· Hinz, 2019:137-156). Για τα παιδιά αυτά, είναι πολύτιμες ευκαιρίες ενίσχυσης των ικανοτήτων που διαφορετικά θα μπορούσαν να παραμένουν αδρανείς και μη

αναπτυγμένες. Επομένως, όπως σημειώνουν και οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα, είναι ευκαιρίες άμβλυνσης της συμπτωματολογίας των ΔΑΦ (Slayton et al., 2010:121-15· Koo, 2008:57-60· Rubin, 2005:356-367· Malchiodi, 2009:224).

Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών στην έρευνα, τα πιο αξιοσημείωτα ευρήματα αφορούν στις διαφοροποιήσεις λόγω ηλικίας, ειδικότητας, επιμόρφωσης και προϋπηρεσίας. Ειδικότερα, οι εκπαιδευτικοί μεγαλύτερης ηλικίας (51-60 ετών και 60+ ετών) που συμμετείχαν στην έρευνα αναγνωρίζουν στην πλειονότητά τους ότι η επίδραση της θεραπευτικής προσέγγισης της τέχνης σε παιδιά με ΔΑΦ δεν είναι τόσο μεγάλη όσο πιστεύεται από τους νεότερους εκπαιδευτικούς και από ένα μεγάλο μερίδιο ερευνητών. Αυτή η στάση θα μπορούσε να εξηγηθεί ως απόρροια της έλλειψης εξειδικευμένης κατάρτισης ή μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας, ως μη εξοικείωση με την πραγματικότητα της συμπεριληπτικής εκπαίδευσης και ως προσκόλληση στα ως πριν από λίγα χρόνια παραδεδομένα. Αντίθετα με τους ανωτέρω, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών της ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης, της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και όσων έχουν επιμορφωθεί σε θέματα χρήσης των τεχνών σε παιδιά με ΔΑΦ αναγνωρίζουν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό τη συμβολή των καλλιτεχνικών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Ως προς το τελευταίο, μπορεί να υποτεθεί ότι η γνώση και η κατάρτιση οδηγούν σαφώς και ασφαλώς στην κατανόηση, την αποδοχή και την αναγνώριση του προβλήματος και των λύσεών του (Dalley, 2010:21· Ηλιάδη, 2006· Αναγνωστοπούλου, 1999:311-317· Landgarten, 1999:53-64· Rubin, 2009:122).

Στην τρίτη ενότητα του ερωτηματολογίου, δηλαδή σε εκείνη που περιλάμβανε ερωτήσεις για τον θεραπευτή-καλλιτέχνη και τον ρόλο του στις καλλιτεχνικές θεραπευτικές παρεμβάσεις σε παιδιά με ΔΑΦ, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών συμφωνούν ότι είναι σημαίνων (Malchiodi, 2009:22· 2006:48-56· Hass-Cohen, 2008:283-309· Dalley, 2010:21· Rubin, 2009:134-152· Schweizer et al., 2014:577-593· Judith 213-245· Martin, 2009a:187-190). Ωστόσο, συνδέουν την αποτελεσματικότητά του με μια σειρά προϋποθέσεων που πρέπει να καλύπτει και με ένα σύνολο χαρακτηριστικών που επιβάλλεται να διαθέτει. Συγκεκριμένα, θεωρούν ότι ο αποτελεσματικός θεραπευτής-καλλιτέχνης είναι αυτός που δίνει έμφαση στην ατομική συμπεριφορά (Selfe, 1983:11-13· Dalley, 2010:21· Landgarten, 1999:53-64· Judith 213-245· Evans&Dubowski, 2001:45· Schopler&Mesibov, 1986:321-350) που εκδηλώνεται κατά την παραγωγή ενός καλλιτεχνήματος και που

αποτυπώνεται στα υλικά του (Jones, 2014:105-118· Evans, 1998:21). Είναι επίσης, εκείνος που αξιολογεί πάντα το παραγόμενο από τα παιδιά με ΔΑΦ έργο τέχνης σε συνδυασμό με το ψυχοσυναισθηματικό υπόβαθρό τους και όχι ανεξάρτητα από αυτό (Osborne, 2003:411-423· Landgarten, 1999:53-64). Εξάλλου, το εν λόγω έργο τέχνης είναι κατεξοχήν προϊόν ενδοσκόπησης, αυτοέκφρασης, ανάγκης ανταλλαγής και κατανόησης μη λεκτικών ενδείξεων, κατάλληλο για ερμηνεία κι όχι για εικαστική αξιολόγηση (Osborne, 2003:411-423).

Από τις απαντήσεις των ερωτώμενων προκύπτει επίσης, ότι αποτελεσματικός μπορεί να είναι ο θεραπευτής-καλλιτέχνης που αναπτύσσει μια σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά με ΔΑΦ (Gross&Hayne, 1998:163-179· Martin· 2009a:187-190) και με τους γονείς τους (Judith 213-245· Epp, 2008:27-36· Cohen-Liebman, 2015:227–258· Noble, 2001:82-114· Wirkusetal., 2009:Sect.3 3-5· Bellini&Peters, 2008:857-873), που ενεργεί ανατροφοδοτικά (Landgarten, 1999:53-64· Judith 252-255· Martin, 2009a:187-190· Gunnarssonetal., 2006:229-240) με βασικό γνώμονα την υιοθέτηση και την εφαρμογή καινοτόμων καλλιτεχνικών εμπειριών με έμφαση στην κατανόηση, την επίγνωση, την αυθεντικότητα και τον αυθορμητισμό των παιδιών με ΔΑΦ (Landgarten, 1999:53-64· Campbell, 2009:3-13). Οι εκπαιδευτικοί του δείγματος υπογραμμίζουν την αξία της εξατομίκευσης (Canguilhem, 2007:226) και συμφωνούν ότι είναι απαραίτητο ο θεραπευτής-καλλιτέχνης να είναι σε θέση να προσαρμόζει και να αναπροσαρμόζει τη στρατηγική και τις παρεμβάσεις του, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις, συνθήκες και ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ. Μόνο τότε η θεραπευτικές του καλλιτεχνικές δραστηριότητες μπορούν να έχουν τα προσδοκώμενα θετικά αποτελέσματα (Dalley, 2010:21· Landgarten, 1999:53-64· Goodwyn, 2010:502-521· Selfe, 1983:11-13).

Τέλος, η πλειοψηφία των ερωτώμενων εκπαιδευτικών αναγνωρίζουν ότι ο θεραπευτής-καλλιτέχνης θα καταστεί ικανός να υποστηρίξει και να βοηθήσει τα παιδιά με ΔΑΦ μέσω των παρεμβάσεών του, αν και εφόσον ασκεί συνεχείς ελέγχους επί των αποτελεσμάτων, της ποιότητας των προτύπων επικοινωνίας και των τρόπων λήψης αποφάσεων που υιοθετεί κατά τη θεραπευτική διαδικασία (Landgarten, 1999:53-64· Regev & Snir, 2013:251-260). Επίσης, είναι πολύ σημαντικό να αξιοποιήσει το παραγόμενο έργο τέχνης ως μέσο ρύθμισης των παρεμβατικών του πολιτικών για τη διαχείριση των προβλημάτων των παιδιών με ΔΑΦ (Landgarten, 1999:53-64). Μόνο τότε η καλλιτεχνική θεραπεία θα προωθήσει τις κοινωνικές

αλληλεπιδράσεις ή και το συνεργατικό παιχνίδι, που θα βοηθήσουν τα παιδιά με ΔΑΦ να αναπτύξουν τις βασικές κοινωνικές δεξιότητες, που θα εμφυσήσουν σε αυτά ένα αίσθημα κυριαρχίας και υπερηφάνειας για το τι μπορούν να επιτύχουν. Η αποτελεσματικότητα του καλλιτέχνη-θεραπευτή κρίνεται στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, ιδίως στα παιδιά εκείνα που δυσκολεύονται στους τομείς της ανάπτυξης, στην ενδυνάμωση της αίσθησης της αυτονομίας και του (αυτό)ελέγχου.

Ενώ η θεραπεία μέσω τέχνης είναι μια πολλά υποσχόμενη παρέμβαση για παιδιά με ΔΑΦ, υπάρχουν αρκετές σημαντικές εκτιμήσεις και συνεχείς προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν στη συζήτηση της ευρύτερης και αποτελεσματικότερης εφαρμογής της. Η ποικιλομορφία της ΔΑΦ σημαίνει ότι οι ανάγκες και οι ικανότητες κάθε παιδιού ποικίλουν πολύ. Απαιτείται υψηλός βαθμός εξατομίκευσης, ώστε οι παρεμβάσεις που λειτουργούν ικανοποιητικά σε ένα παιδί να μην επεκτείνονται αυθαίρετα και στα υπόλοιπα. Οι θεραπευτές-καλλιτέχνες πρέπει να υιοθετήσουν εξαιρετικά εξατομικευμένες προσεγγίσεις για να καλύψουν το αναπτυξιακό επίπεδο κάθε παιδιού και να προσαρμόσουν τις μοναδικές αισθητηριακές προτιμήσεις, τις γνωστικές του ικανότητες και τις συναισθηματικές του ανάγκες. Για παράδειγμα, μια θεραπεία μέσω τέχνης χωρίς κατευθυντήριες μπορεί να λειτουργήσει καλύτερα σε κάποια παιδιά με ΔΑΦ, ενώ σε άλλα να βοηθήσει καλύτερα μια παρέμβαση με σαφείς κατευθυντήριες.

Η θεραπεία μέσω τέχνης θα πρέπει ιδανικά να ενσωματώνεται με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις για την υποστήριξη της συνολικής ανάπτυξης του παιδιού με ΔΑΦ. Για παράδειγμα, ο συνδυασμός θεραπείας μέσω τέχνης και λογοθεραπείας ή εργοθεραπείας μπορεί να δημιουργήσει μια πιο ολιστική προσέγγιση που να ανταποκρίνεται στις πολλαπλές ανάγκες του συγκεκριμένου παιδιού. Είναι σημαντικό να διασφαλιστεί ότι η θεραπεία μέσω τέχνης συμπληρώνει τις άλλες παρεμβάσεις, αντί να θεωρείται ως μια μεμονωμένη, διακριτή και αποκομμένη. Επιπροσθέτως, είναι πολύ σημαντικό οι καλλιτέχνες-θεραπευτές να έχουν λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση ή επιμόρφωση, ώστε να εργάζονται ειδικά με παιδιά με ΔΑΦ. Η εξειδικευμένη γνώση σχετικά με τις ΔΑΦ, την αισθητηριακή επεξεργασία και τις μοναδικές επικοινωνιακές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα παιδιά αυτά, είναι εξαιρετικά κρίσιμης σημασίας. Οι καλλιτέχνες-θεραπευτές που εργάζονται με παιδιά με ΔΑΦ πρέπει να είναι έμπειροι στην κατανόηση όχι μόνο της καλλιτεχνικής

έκφρασης, αλλά και των πολύπλοκων νευρολογικών και ψυχολογικών πτυχών των ΔΑΦ.

Η συμμετοχή των γονέων είναι ένα επιμέρους σημαντικό ζήτημα. Οι συνεδρίες εικαστικής θεραπευτικής παρέμβασης παρέχουν συχνά πληροφορίες για τον εσωτερικό κόσμο του παιδιού, τις οποίες μπορούν να μοιραστούν με τους γονείς τους για να τους βοηθήσουν να κατανοήσουν καλύτερα τα συναισθήματα και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους. Επιπλέον, η συμμετοχή των γονέων στη διαδικασία αυτή, είτε μέσω κοινών δραστηριοτήτων, είτε μέσω της παροχής εργαλείων δημιουργικής έκφρασης στο σπίτι, μπορεί να ενισχύσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα και να προσφέρει συνεχή υποστήριξη και έξω από την αίθουσα της εκπαίδευσης ή της θεραπείας.

Ενώ η θεραπεία μέσω τέχνης έχει αποδειχθεί αποτελεσματική μέσω των πολυάριθμων περιπτώσιολογικών μελετών, υπάρχει ανάγκη για μια ριζοσπαστική έρευνα και τεκμηριωμένη πρακτική, βασισμένη σε αποδεικτικά στοιχεία. Στόχος της εν λόγω έρευνας είναι να διαπιστωθεί η μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητά της στα παιδιά με ΔΑΦ. Μελέτες που χρησιμοποιούν ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα και εργαλεία μέτρησης, καθώς και η διαχρονική παρακολούθηση, θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην επικύρωση των πλεονεκτημάτων της θεραπείας μέσω τέχνης και να διασφαλίσουν τη θέση της ως τυπική θεραπευτική επιλογή για παιδιά με ΔΑΦ. Μια πρόκληση σήμερα είναι η πρόσβαση σε προγράμματα θεραπείας μέσω τέχνης, ιδίως σε υποχρηματοδοτούμενα εκπαιδευτικά ή θεραπευτικά περιβάλλοντα όπως το ελληνικό. Ενώ η θεραπεία μέσω τέχνης μπορεί να είναι μια πολύτιμη παρέμβαση, δεν είναι διαθέσιμη στις οικογένειες λόγω κόστους, έλλειψης ασφαλιστικής κάλυψης ή περιορισμένης διαθεσιμότητας εξειδικευμένων θεραπειών-καλλιτεχνών. Η υπεράσπιση πολιτικών συμπερίληψης και ευρύτερης προσβασιμότητας σε προγράμματα δημιουργικής καλλιτεχνικής θεραπείας σε σχολεία και κλινικά περιβάλλοντα, είναι απαραίτητη προκειμένου να διασφαλιστεί ότι τα περισσότερα παιδιά με ΔΑΦ επωφελούνται και υποστηρίζονται.

Η θεραπεία μέσω τέχνης ανοίγει έναν κόσμο δυνατοτήτων για παιδιά με ΔΑΦ, επιτρέποντάς τους να επικοινωνούν, να εξερευνούν και να αναπτύσσονται με τρόπους που υπερβαίνουν τις αναπτυξιακές τους προκλήσεις. Ωστόσο, η πλήρης δυναμική της θα μπορούσε να αξιοποιηθεί μόνο μέσω της συνεχούς έρευνας, της εξειδικευμένης

εκπαίδευσης για θεραπευτές-καλλιτέχνες και μεγαλύτερης προσβασιμότητας σε ειδικά προγράμματα. Για τα παιδιά με ΔΑΦ, η τέχνη μπορεί να χρησιμεύσει όχι απλώς ως δημιουργική διέξοδος, αλλά ως γέφυρα σύνδεσης, κατανόησης και προσωπικής ανάπτυξης. Μέσω της περαιτέρω ενσωμάτωσης της θεραπείας μέσω τέχνης σε ολοκληρωμένα προγράμματα, είναι δυνατή και εφικτή η εκμετάλλευση της θεραπευτικής της δυναμικής, ώστε να βοηθηθούν τα παιδιά με ΔΑΦ και να αξιοποιήσουν στο έπακρο τις δυνατότητές τους.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- Abrahams, B. S., & Geschwind, D. H. (2008). Advances in autism genetics: on the threshold of a new neurobiology. *Nature reviews Genetics*, 9(5), 341-355. 10.1038/nrg2346
- Alexandrovitch, M. & Zoglowek, H. (2014). Autistic Spectrum Disorders and Creativity: Comparative Study of the art works. *Academic Journal of Creative Art Therapies*, 2(2), 25-28. <https://hdl.handle.net/10037/31050>
- Allen, M.L. (2009). Brief report: decoding representations: how children with autism understand drawings. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(3), 539-543. doi.org/10.1007/s10803-008-0650-y
- Allik, H., Larsson, J.-O., & Smedje, H. (2006). Health-related quality of life in parents of school- age children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(1), 1. 10.1186/1477-7525-4-1
- American Psychiatric Association (APA), (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), American Psychiatric Publishing
- Attwood, T. (2008). *Complete guide to Aspergers Syndrome*. Jessica Kingsley Publishers
- Axelrod, S., & McElrath, K. K. (2012). Applied behavior analysis: Autism and beyond. *Behavioral Interventions*, 27(1), 1-15. doi.org/10.1002/bin.1335
- Bailey, L. F. (1987). What Determines Quality in Qualitative Research?. *The Market Research Society Newsletter*, October, 44-45. <https://eprints.leedsbeckett.ac.uk/id/eprint/705/>
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., Kurzius-Spencer, M., Zahorodny, W., Robinson Rosenberg, C., White, T., Durkin M. S., Imm, P., Nikolaou, L., Yeargin-Allsopp, M., Lee, L.-C., Harrington, R., Lopez, M., Fitzgerald, R. T., Hewitt, A., ... Dowling, N. F. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8

- Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries*, 67(6), 1-23. 10.15585/mmwr.ss6706a1
- Baron-Cohen, S. (2009). Autism: The Empathizing-Systemizing (E-S) Theory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 156(1), 68-80. 10.1111/j.1749-6632.2009.04467.x
- Bellini, S., & Peters, J. (2008). Social skills training for youth with autism spectrum disorders. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(4), 857-873. 10.1016/j.chc.2014.09.002
- Belmonte, M. K., Allen, G., Beckel-Mitchener, A., Boulanger, L. M., Carper, R. A., & Webb, S. J. (2004). Autism and abnormal development of Brain Connectivity. *The Journal of Neuroscience*, 24(42), 9228-9231. doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3340-04.2004
- Betts, D., (2011). Developing a projective drawing test: Experiences with the face stimulus assessment (FSA). *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 20(2), 77-82. doi.org/10.1080/07421656.2003.10129393
- Bliss, S.E. (1991). The Art Process in Therapy: a Phenomenological Study (Unpublished Doctoral Thesis). University of North Texas. <https://digital.library.unt.edu/ark:/67531>
- Boorse, C., (1975). On the distinction between health & illness. *Philosophy and Public Affairs*, 5(1), 49-68. <http://www.jstor.org/stable/2265020>
- Bragge, A., & Fenner, P. (2009). The emergence of the «Interactive Square» as an approach to art therapy with children on the autism spectrum. *International Journal of Art Therapy*, 14(1), 17-28. doi.org/10.1080/17454830903006323
- Broome, M. R. (2006). Taxonomy and ontology in psychiatry: a survey of recent literature. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 13(4), 303-319. doi:10.1353/ppp.2007.0026

- Brown, L. (2006). Is Art Therapy ? : Art for Mental Health at the Millenium [Unpublished Doctoral Thesis]. Manchester Metropolitan University. <http://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.426461>
- Campbell, D. (2009). *The Mozart effect: Tapping the power of music to heal the body, strengthen the mind, and unlock the creative spirit*. Avon Books
- Carbone, V. J., O'Brien, L., Sweeney-Kerwin, E. J., & Albert, K. M. (2013). Teaching eye contact to children with autism: A conceptual analysis and single case study. *Education and Treatment of Children*, 26(2), 139-159. 10.1353/etc.2013.0013
- Canguilhem, G. (2008). *The Knowledge of Life*. University Press
- Case-Smith, J, Weaver, L. L., & Fristad, M. A. (2015). A systematic review of sensory processing interventions for children with autism spectrum disorders. *Autism*, 19(2), 133-148. 10.1177/1362361313517762
- Cassimos, D. C., Polychronopoulou, S. A., Tripsianis, G. I., & Syriopoulou-Delli, C. K. (2013). Views and attitudes of teachers on the educational integration of students with autism spectrum disorders. *Developmental Neurorehabilitation*, 18(4), 241-251. 10.3109/17518423.2013.794870
- Charman, T., Baron-Cohen, S. (1992). Understanding drawings and beliefs: A further test of the metarepresentational theory of autism: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(6), 1105-1112. doi.org/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00929.x
- Charman, T., & Baron-Cohen, S. (1993). Drawing development in autism: The intellectual to visual realism shift. *British Journal of Developmental Psychology*, 11(2), 171-185. doi.org/10.1111/j.2044-835X.1993.tb00596.x
- Cheng, Y. B., Salleh., A., Kamaruzaman, J. (2011). Portrait Drawings Therapy: Windows of hope for children with Autism Spectrum Disorder. *World Applied Sciences Journal*, 14, 44-51. ISSN 1818-4952; ESSN: 1991-6426

- Chilton, G., & Scotti, V. (2014). Snipping, Gluing, Writing: The Properties of Collage as an Arts-Based Research Practice in Art Therapy. *Art Therapy*, 31(4), 163-171. doi:10.1080/07421656.2015.963484
- Christensen, D. L., Van Naarden Braun, K., Baio, J., Bilder, D., Charles, J., Constantino, J.N., Daniels, J., Durkin, M.S., Fitzgerald, R.T., Kurzius-Spender, M., Lee, L.-C., Pettygrove, S., Robinson, C., Schulz, E., Wells, C., Wella, C., Wingate, M.S., Zahorodny, W. & 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. Surveillance summaries*, 65(13), 1-23. 10.15585/mmwr.ss6513a1
- Chloe, N.S. (2013). *An Exploration of the Qualities and Features of Digital Art Media in Art Therapy*. Digital Commons at Loyola Marymount University and Loyola Law School. <https://digitalcommons.lmu.edu/etd/19>.
- Cohen-Liebman, M. S. (2015). Art therapy. In: Giardino, A. P., Shaw, L., Speck, P. M., & Giardino, E. R. (eds), *Recognition of child abuse for the mandated reporter*, STM Learning
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Research Methods in Education*. Routledge.
- Craig, J., Baron-Cohen, S., & Scott, F. (2001). Drawing ability in autism: A window into the imagination. *The Israel Journal of Psychiatry and related sciences*, 38(3/4), 242-253. 11725423
- Currenti, S.A. (2010). Understanding and determining the etiology of autism. *Cellular and Molecular Neurobiology*. 30(2), 161-171. 10.1007/s10571-009-9453-8
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Donaldson, A., Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1), e17-e23. 10.1542/peds.2009-0958
- De Rubeis, S., He, X., Goldberg, A. P., Poultney, C. S., Kamocha, K., Ciek, A. E., Kou, Y., Liu, L., Fromer, M., Walker, S., Singh, T., Klei, L., Kosmicki, J., Fu,

- S.-C., Aleksic, B., Biscaldi, M., Bolton, P. F., Brownfeld, J. M., Cai., J., ... Buxbaum, J. D. (2014). Synaptic, transcriptional and chromatin genes disrupted in autism. *Nature*, 515(7526),209-215. doi.org/10.1038/nature13772
- De Vaus, D. (2014). *Surveys in Social Research*. Routledge
- Disque, J.G., (1997). *Gestalt Art Therapy for Children of All Ages*. East Tennessee State University. <https://dc.etsu.edu/etsu-works/2822>
- Dobson, K. S., &Dozois, D. J. A. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. The Guilford Press
- Dolah, J., Yahaya, W. A. J. W., Chong, T.S., & Mohamed, R.A.(2012). Identifying Autism Symptoms using Autism Spectrum Quotient (ASQ): A survey amongst Universiti Sains Malaysia Students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*,64,618-625. doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.11.072
- Dolphin, M., Byers, A., Goldsmith, A., & Jones, R. (2014). *Psychodynamic art therapy practice with people on the autistic spectrum*. Routledge.
- Drake, J.E.,&Winner, E.(2011) Superior analysis imagery in an autistic child with drawing talent. *Imagination, Cognition and Personality*, 31(1), 9-29. 10.2190/IC.31.1-2.d
- Dunn-Snow, P., &Joy-Smellie, S. (2000). Teaching art therapy techniques: Maskmaking, a case in point. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 7(2), 125-131. doi.org/10.1080/07421656.2000.10129512
- El-Baz, F., Ismael. A. A., & El-Din, S. M. N. (2011). Risk factors for autism: An Egyptian study. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, 12(1),31-38. doi:10.1016/j.ejmhg.2011.02.011
- Eliks-Abuhoff, D. (2008). Art Therapy applied to an adolescent with Asperger's syndrome.*The Arts in Psychotherapy*, 35(4),262-270.doi.org/10.1016/j.aip.2008.06.007
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y.-J., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., Montiel-Nava, C., Patel, V., Paula, C.S., Wang, C., Yasamy, M.T., Fombonne, E.

- (2012). Autism Research: Official journal of the International Society for Autism Research". *Autism Research: Official journal of the International Society for Autism Research*, 5(3),160-179. 10.1002/aur.239.
- Emery, M. J. (2004). Art therapy as an intervention for autism. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(3), 143-147. doi.org/10.1080/07421656.2004.10129500
- Epp, K. M. (2008). Outcome-based evaluation of a social skills program using art therapy and group therapy for children on the autism spectrum. *Children & Schools*, 30(1), 27-36. 10.1093/cs/30.1.27
- Etherington, N. (2012). *Gardening for children with autism spectrum disorders and special educational needs: Engaging with nature to combat anxiety, promote sensory integration and build social skills*. Jessica Kingsley Publishers
- Evans, K., & Dubowski, K. (2001). *Art therapy with children on the autistic spectrum. Beyond words*. Jessica Kingsley Publishers
- Evans, K. (1998). Shaping experience and sharing meaning: Art therapy for children with autism. *Inscape*, 3(1), 17-22. doi.org/10.1080/17454839808413055
- Fecteau, S., Lepage, J. F., & Théoret, H. (2006). Autism Spectrum Disorder: seeing is not understanding. *Current Biology*, 16(4), R131-R133. doi.org/10.1016/j.cub.2006.02.008
- Fein, D., Lucci, D., & Waterhouse, L. (1990). Brief report: Fragmented drawings in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20(2), 263-269. doi.org/10.1007/BF02284723
- Feinstein, A. (2010). *A history of autism, conversations with the pioneers*. Wiley Black Well.
- Finegold, S. M., Molitoris, D., Song, Y., Liu, C., Vaisanen, M-L., Bolte, E., McTeague, M., Sandler, R., Wexler, H., Marlowe, E. M., Collns, M. D., Lawson P. A., Summanen, P., Baysallar, M., Tomzynski, T.J., Read, E., Johnson, E., Rolfe, R., Nasir, P., ... Kaul, A. (2002). Gastrointestinal

- microflora studies in Late-Onset Autism. *Clinical Infectious Diseases*, 35(1), S6–S16. 10.1086/341914
- Fitzgerald, M.V. (2006). *The genesis of artistic creativity: Aspergers syndrome and the arts*. Jessica Kingsley Publishers.
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Speer, L., Embacher, R., Law, P., Constantino, J., Findling, R. L., Hardan, A. Y., & Eng, C. (2012). Validation of proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(1), 28-40. 10.1016/j.jaac.2011.09.021
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Haycook, T., Sinoff, A., Dimitriou, F., Knapp, J., & Sinclair, L. (2010). Effectiveness of medication combined with intensive behavioral intervention for reducing aggression in youth with autism spectrum disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 20(3), 167-177. 10.1089/cap.2009.0048
- Frith, U. (1972). Cognitive mechanisms in autism: Experiments with color and tone sequence production. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 2(2), 160-173. 10.1007/BF01537569
- Frith, U., & Happe, F. (1994). Language and communication in autistic disorders. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 346(1315), 97-104. 10.1098/rstb.1994.0133
- Frost, S.B. (2001). *Soul collage evolving: An intuitive collage process for self-discovery & community*, Hanford Mead Publishers
- Gabriels, R. L., & Gaffey, L. J. (2012). Art therapy with children who have autism and their families. In: Malchiodi, C. A. (ed), *Clinical Handbook of Art Therapy*, Guilford Publications.
- Gallese, V. (2006). Intentional Attunement: A Neurophysiological Perspective on Social Cognition and its Disruption in Autism. *Brain Research*, 1079(1), 15-24. 10.1016/j.brainres.2006.01.054

- Gall, M. D., Gall, J. P., & Borg, W. R. (2007). *Educational Research: An Introduction*. Pearson.
- Gallo, D. P. (2010). *Diagnosing Autism Spectrum Disorders. A lifespan perspective*. Wiley- Blackwell.
- Gamel, N. (2007). Art Therapy. *Neurology Now*, 3, 6-17.
- Gardener, H., Spiegelman, D., & Buka, S.L. (2011). Perinatal and neonatal risk factors for autism: a comprehensive meta-analysis. *Pediatrics*, 128(2),344-355. 10.1542/peds.2010-1036
- Gathercole, S. E., & Baddeley, A. D. (1990). Phonological memory deficits in language disordered children: Is there a causal connection?. *Journal of Memory and Language*, 29,336–360. doi.org/10.1016/0749-596X(90)90004-J
- Geschwind, D. J. (2008). Autism: many genes, common pathways?. *Cell*, 135(3), 391-395. 10.1016/j.cell.2008.10.016
- Gilliman, C. A. (2014). *A major project proposal. Creating community. A mosaic art project with adults who have autism*, 2014[Unpublished doctoral dissertation]. Art Therapy Institute, University of Toronto.
- Gilroy, A. (2006). *Art therapy, research and evidence-based practice*. Sage Publications
- Ginsberg, S. (2014). Emptiness and silence: art therapy with a child with autism. In: Dolphin, M., Byers, A., Goldsmith, A., & Jones, P. (eds). *Psychodynamic art therapy practice with people on the autistic spectrum*. Routledge, Taylor & Francis Group
- Goldman, S., Wang, C., Salgado, M. W., Greene, P. E. Kim, M., & Rapin, I. (2009). Motor stereotypies in children with autism and other developmental disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(1), 30-38. 10.1111/j.1469-8749.2008.03178.x
- Gooday, J.(2010). Art and Art Therapy. *Australasian Occupational Therapy Journal*, 2, 9-13.

- Goodwyn, E. (2010). Approaching archetypes: Reconsidering innateness. *Journal of Analytical Psychology*, 55(4),502-521. 10.1111/j.1468-5922.2010.01862.x
- Goucher, C. (2012). Connecting and Communicating with Children on the Autism Spectrum. In: Gallo-Lopez, L. &Rubin, L.C. (eds),*Play based interventions for children and adolescents with Autism Spectrum Disorders*. Taylor & Francis Group.
- Gregory, S.G., Connelly, J. J., Towers, A.J., Johnson, J., Biscocho, D., Markunas, C.A., Lintas, C, Abramson, R. K., Wright, H.H., Ellis, P., Langford, C.F., Worley, G., Delong, R.G., Murphy, S.K., Cuccaro, M.L., Persico, A., & Pericak-Vance, M. (2009). Genomic and epigenetic evidence for oxytocin receptor deficiency in autism. *BMC Medicine*, 7, 62. 10.1186/1741-7015-7-62
- Gresham, F. M., Elliott, S. N., Vance, M. J., & Cook, C. R. (2011). Comparability of the social skills rating system to the social skills improvement system: Content and psychometric comparisons across elementary and secondary age levels. *School Psychology Quarterly*, 26(1), 27-44. doi.org/10.1037/a0022662
- Grether, J., Anderson, M. C., Croen, L. A, Smith, D., & Windham, G. C. (2009). Risk of autism and increasing maternal and paternal age in a large north American population. *American Journal of epidemiology*, 170(9), 1118-1126. 10.1093/aje/kwp247
- Grinker, R. R. (2008). *Unstrange minds: Remapping the world of autism*. Basic Books.
- Grønberg, T. K., Schendel, D.E., & Parner, E. T. (2013). Recurrence of autism spectrum disorders in full- and half-siblings and trends over time: a population-based cohort study. *JAMA Pediatrics*, 167(10),947-953. 10.1001/jamapediatrics.2013.2259
- Gross, J.,& Hayne, H.(1998). Drawing facilitates children's verbal reports of emotionally laden events. *Journal of Experimental Psychology*, 4(2), 163-179. 10.1037/1076-898X.4.2.163

- Grzadzinski, R., Huerta, M., & Lord, C. (2013). DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): an opportunity for identifying ASD subtypes. *Molecular autism*, 4(12). 10.1186/2040-2392-4-12
- Gunnarsson, B., Jansson, J.-A., & Eklund, M. (2006). The Tree Theme Method in Psychosocial Occupational Therapy: A Case Study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13(4), 229-240. 10.1080/11038120600772908
- Haeyen, S., Chakhssi, F., & van Hooren, S. (2020). Benefits of Art Therapy in People Diagnosed With Personality Disorders: A Quantitative Survey”. *Frontiers in Psychology*, 11(668), 1-8. doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00686
- Hallmayer, J., Glasson, E.J., Bower, C., Petterson, B., Croen, L., Grether, J., & Risch, N. (2002). On the twin risk in autism. *The American Journal of Human Genetics*, 71(4), 941-946. 10.1086/342990
- Haque, M., & Haque, S. (2015). Art therapy and autism. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 8(6), 202-203. <https://journals.innovareacademics.in/index.php/ajpcr/article/view/8242>
- Hass-Cohen, N. (2008). Create: Art therapy relational neuroscience principles (ATR-N). In: Hass-Cohen, N., & Carr, R. (eds), *Art therapy and clinical neuroscience*. Jessica Kingsley.
- Hattier, M.A., & Matson, J. L. (2012). An examination of the relationship between communication and socialization deficits in children with autism and PDD-NOS. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(2), 871-880. doi.org/10.1016/j.rasd.2011.12.001
- Henley, D. R. (2001). Annihilation anxiety and fantasy in the art of children with Asperger's syndrome and others on the autistic spectrum. *American Journal of Art Therapy*, 39(4), 113-121
- Herbert, M. R., & Buckley, J. A. (2013). Autism and dietary therapy: Case report and review of the literature. *Journal of Child Neurology*, 28(8), 975-982. doi.org/10.1016/j.rasd.2011.03.014

- Hinz, L. D. (2019). *Expressive therapies continuum: A framework for using art in therapy*. Taylor & Francis Group.
- Hirschfeld, L., Bartmess, E., White, S., & Frith, U. (2007). Can autistic children predict behavior by social stereotypes?. *Current Biology*, 17(12), R451-R452. 10.1016/j.cub.2007.04.051
- Hobson, P. R., Ouston, J., & Lee, A. (1988). What's in a face? The case of autism. *British Journal of Psychology*, 79(4), 441–453. 10.1111/j.2044-8295.1988.tb02745.x
- Hoffmann, W., Weber, L., König, U., Becker, K., & Kamp-Becker, I. (2016). The role of the CBCL in the assessment of autism spectrum disorders: An evaluation of symptom profiles and screening characteristics. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 27, 44-53. doi.org/10.1016/j.rasd.2016.04.002
- Hormozdiari, F., Penn, O., Borestein, E., & Eichler, E. E. (2015). The discovery of integrated gene networks for autism and related disorders. *Genome research*, 25(1), 142-154. 10.1101/gr.178855.114
- Iossifov, I., O'Roak, B. J., Sanders, S. J., Ronemus, M., Krymm, N., Levy, D., Stessman, H. A., Witherspoon, K. T., Vives, L., Patterson, K. E., Smith, J. D., Paep, B., Nickerson, D. A., Dea, J., Dong, S., Gonzales, L. E., Mandell, J. D., Mane, S. M., Murtha, M. T., ... Wigler, M. (2014). The contribution of de novo coding mutations to autism spectrum disorder. *Nature*, 515(7526), 216-221. doi.org/10.1038/nature13908
- Isserow, J. (2008). Looking together: Joint attention in art therapy. *International Journal of Art Therapy*, 13(1), 34-42. 10.1080/17454830802002894
- Jackson, L. (1998). *Art therapy: What is Art therapy?* LCPDT.
- Jones, R. E. (2014). It is joy to be hidden but disaster not to be found: art therapy with a girl diagnosed with autism. In: Dolphin, M., Byers, A., Goldsmith, A., & Jones, R. (ed). *Psychodynamic art therapy practice with people on the autistic spectrum*. Routledge, Taylor & Francis Group

- Jiang, Y.-H., Yuen, R.K., Jin, X., Wang, M., Chen, N., Wu, X., Ju, J., Mei, J., Shi, Y., He, M., Wang, G., Liang, J., Wang, Z., Cao, D., Carter, M. T., Chrysler, C., Drmic, I. E., Howe, J. L., Lau, L., ... Scherer, S. W. (2013). Detection of clinically relevant genetic variants in autism spectrum disorder by whole-genome sequencing. *American Journal of Human Genetics*, 93(2), 249-263. 10.1016/j.ajhg.2013.06.012
- Kaplan, F. (2000). *Art, science and art therapy*. JessicaKingsley
- Kenny, L., Hattersley, C., Molins, B., Buckley, C., Povey, C., & Pellicano, E. (2016). Which terms should be used to describe autism? Perspectives from the UK autism community. *Autism*, 20(4),442-462. 10.1177/1362361315588200
- Keşli, R., Gökçen, C., Buluğ, U., & Terzi, Y. (2013). Investigation of the relation between anaerobic bacteria genus clostridium and late-onset autism etiology in children. *Journal of Immunoassay and Immunochemistry*, 35(1),101-109. 10.1080/15321819.2013.792834
- Koo, S. (2008). *Re-examining the creative artistic ability of children with autism*. [Unpublisheddoctoral dissertation]. University of Illinois at Urbana-Champaign. <http://hdl.handle.net/2142/83062>
- Kogan, M. D., Strickland, B.B., Blumberg, S.J., Singh, G.K., Perrin, J.M., van Dyck, P.C. (2008). A national profile of the health care experiences and family impact of autism spectrum disorder among children in the United States, 2005–2006. *Pediatrics*, 122(6), e1149-e1158. 10.1542/peds.2008-1057
- Kilick, K. (2017). *Art Therapy for Psychosis*. Routledge.
- Lasry, N. (2010). *Incorporating group art therapy for children with autism in the school system*. [Unpublisheddoctoral dissertation], Michigan State University
- Lath, W. Art Therapy. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 1, 41-49.<https://doi.org/10.1007/s40737-014-0007-0>
- Lauritsen, M. B. & Ewald, H. (2001). The genetics of autism.*Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(6), 411-427. doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00086.x

- Lechey, J. A. (2011). The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being: a systematic review of the literature". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6), 501-509. 10.1111/j.1365-2850.2011.01693.x
- Lee, A.& Hobson, P. R. (2006). Drawing self and others: How do children with autism differ from those with learning difficulties?. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 547-565. 10.1348/026151005X49881
- Leedy, P. D. & Ormrod, J. E. (2000). *Practical research: Planning and design*. Pearson College Div
- Leevers, H. J. & Harris, P. L. (1998). Drawing impossible entities: A measure of the imagination in children with autism, children with learning disabilities, and normal 4-year-old. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(3), 399–410. 10.1111/1469-7610.00335
- Leone, L. (2020). *Craft in Art Therapy*. Routledge.
- Levy, D., Ronemus, M., Yamrom, B., Lee, Y.H., Leotta, A., Kendall, J., Marks, S., Lakshmi, B., Pai, D., Ye, K., Buja, A., Krieger, A., Yoon, S., Troge, J., Rodgers, L., Iossifov, I. & Wigler, M. (2011). Rare de novo and transmitted copy-number variation in autistic spectrum disorders. *Neuron*, 70(5), 886-897. 10.1016/j.neuron.2011.05.015
- Lewis, V.& Boucher, J. (1991). Skill, content and generative strategies in autistic children's drawings. *British Journal of Developmental Psychology*, 9(3), 393-416, doi.org/10.1111/j.2044-835X.1991.tb00885.x
- Lim, H. K.& Slaughter, V. (2008). Brief report: human figure drawing by children with Asperger's syndrome, *Journal of Autism Disorder*, 38(5), 988-994. 10.1007/s10803-007-0468-z
- Lindsay, A. (2007). Art Therapy. *Neurology Now*, 3, 20-29.
- Lovaas, I. O. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 3-9. 10.1037//0022-006x.55.1.3

- Low, J., Goddard, E. & Melser, J. (2009). Generativity and imagination in autism spectrum disorder: Evidence from individual differences in children's impossible entity drawings. *British Journal of Developmental Psychology*, 27(2), 425-444. 10.1348/026151008x334728
- Lu, L., Petersen, F., Lacroix, L., & Rousseau, C. (2010). Stimulating creative play in children with autism through sandplay. *The Arts in Psychotherapy*, 37(1), 56-64. 10.1016/j.aip.2009.09.003
- Lusebrink, V. B. (2004). Art Therapy and the Brain: An Attempt to Understand the Underlying Processes of Art Expression in Therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(3), 125-135. doi.org/10.1080/07421656.2004.10129496
- MacNamee, C. M. (2004). Using Both Sides of the Brain: Experiences that Integrate Art and Talk Therapy Through Scribble Drawings. *Art Therapy, Journal of the American Art Therapy Association*, 21(3), 136-142. doi.org/10.1080/07421656.2004.10129495
- Malchiodi, C.A. (2003). Expressive Arts Therapy and Multimodal Approaches. In: Malchiodi, C.A. (ed), *Handbook of Art Therapy*, The Guilford Press
- Martin, N. (2008). · portrait drawings created by children and adolescents with autism spectrum disorder. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 25(1), 15-23. doi.org/10.1080/07421656.2008.10129348
- Martin, N. (2009a). Art therapy and autism: Overview and recommendations. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 26(4), 187-190. doi.org/10.1080/07421656.2009.10129616
- Martin, N. (2009b). *Art as an early intervention tool for children with autism*. Jessica Kingsley Publishers
- Matson, J., & Sturney, P. (Ed) (2016). *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. Diagnostic Systems*. Springer
- Matson, J.L., Turygin, N.C., Beighley, J., Rieske, R., Tureck, K. & Matson, M.L. (2012). Applied behavior analysis in Autism Spectrum Disorders: Recent

- developments, strengths, and pitfalls. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1)144-150. doi.org/10.1016/j.rasd.2011.03.014
- McCanlies, E.C., Fekedulegn, D., Mnatsakanova, A., Burchfiel, C.M., Sanderson, W.T., Charles, L.E., & Hertz-Piccioto, I.(2012). Parental occupational exposures and autism spectrum disorder.*Journal of autism and developmental disorders*, 42(11),2323-2334. 10.1007/s10803-012-1468-1
- McNiff, S. (1998). *Art based research*. Jessica Kingsley Publishers.
- Miller, J. C. (2004). *The transcendent function: Jung's model of psychological growth through dialogue with the unconscious*, State University of New York Press.
- Morales, M.R. (2018). *Defining Community Based Art Therapy: How Art Therapy in School Settings is Facilitating Community- Based Art Therapy*. Digital Commons of Loyola Marymount University and Loyola Law School. <https://digitalcommons.lmu.edu/etd/497>.
- Mullin, J. (2015). Drawing autism: showcasing the artistic talents of people with autism. *American Medical Association Journal of ethics*, 17(4), 359-361. 10.1001/journalofethics.2015.17.4.imhl1-1504
- Mundy, P.& Crowson, M. (1997). Joint attention and early social communication: Implications for research on intervention with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(6), 653-676. doi.org/10.1023/A:1025802832021
- Myers, S.M. & Johnson, C. P. (2007). Management of children with autism spectrum disorders. *American Academics of Pediatrics*, 120(5), 1162-1182. doi.org/10.1542/peds.2007-2362
- Newschaffer, C. J., Croen, L. A., Daniels, J., Giarelli, E., Grether, J. K., Levy, S. E., Mandell, D. S., Miller, L. A., Pinto-Martin, J., Reaven, J., Reynolds, A. M., Rice, C. E., Schendel, D., & Windham, G.C. (2007). The Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Annual Review of Public Health*,28(1), 235-258. doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144007

- Noble, J. (2001). Art as an instrument for creating social reciprocity: Social skills group for children with autism. In: Riley, S. (ed), *Group process made visible: Group art therapy*. Brunner-Routledge.
- Odom, S. L., & Strain, P. S. (1984). Peer-mediated approaches to promoting children's social interaction: A review". *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 544–557. 10.1111/j.1939-0025.1984.tb01525.x
- Omizo, M., & Omizo, S. A. (1989). Art activities to improve self-esteem among native Hawaiian children. *Journal of Humanistic Education and Development*, 27(4), 167-176. doi.org/10.1002/j.2164-4683.1989.tb00173.x
- Osborne, J. (2003). Art and the Child with autism: therapy or education?. *Early Child Development and Care*, 173(4), 411-423. 10.1080/0300443032000079096
- Ozdemir, S. (2010). Social stories: An intervention technique for children with autism". *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1827-1830. doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.372
- Ozonoff, S., Pennington, P.F., & Rogers, S. J. (1991). Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: relationship to theory of mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1081–1105. 10.1111/j.1469-7610.1991.tb00351.x
- Parracho, H. M. R. T., Bingham, M. O., Gibson, G. R., & McCartney, A. L. (2005). Differences between the gut microflora of children with autistic spectrum disorders and that of healthy children. *Journal of Medical Microbiology*, 54(10), 987–991. doi.org/10.1099/jmm.0.46101-0
- Patton. M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Sage Publications.
- Pinto, D., Delaby, E., Merico, D., Barbosa, M., Merikangas, A., Klei, L., Gallagher, L., Betancur, C., Scherer, S.W., Thiruvahindrapuram, B., Xu, X., Ziman, R., Wang, Z., Vorstman, J.A.S., Thompson, A., Regan, R., Pilorge, M., Pellecchia, G., Pagnamenta, A.T., ... Schere, S.W. (2014). Convergence of genes and cellular pathways dysregulated in autism spectrum disorders.

- American journal of human genetics*, 94(5), 677-694.
doi.org/10.1016/j.ajhg.2014.03.018
- Powell, P. S., Travers, B.G., Klinger, L.G., & Klinger, M.R. (2016). Difficulties with multisensory fear conditioning in individuals with autism spectrum disorder, *Research in Autism Spectrum Disorders*, 25, 137-146.
doi.org/10.1016/j.rasd.2016.02.008
- Powers, J. (2006). *A behavioural approach to developmental art therapy: a case study of utilizing this approach with a young boy with Autism Spectrum Disorder*. [Unpublished doctoral dissertation], Concordia University of Montreal
- Quinn, C.E. (2006). *100 Questions & Answers About Congestive Heart Failure*. Jones & Bartlett Learning
- Randick, N. M., & Dermer, S. B. (2013). The relationship of school art therapy and the American School Counselor National Model. *Art Therapy*, 30(1), 30-35.
doi.org/10.1080/07421656.2013.757507
- Raymond, L. J. (2014). Potential role of selenoenzymes and antioxidant metabolism in relation to autism etiology and pathology". *Autism Research and Treatment*, 2014(4), 1-15. 10.1155/2014/164938
- Raznahan, A., Lenroot, R., Thurm, A., Gozzi, M., Hanley, A., Spence, S. K., Swedo, S.E., & Giedd, J.N. (2013). Mapping cortical anatomy in preschool aged children with autism using surface-based morphometry. *NeuroImage: Clinical*, 2, 111-119. doi.org/10.1016/j.nicl.2012.10.005
- Rector, N. A., & Cassin, S.E. (2010). Clinical expertise in cognitive behavioural therapy: Definition and pathways to acquisition. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(3), 153-161. doi:10.1007/s10879-010-9136-2
- Regev, D. & Snir, S. (2013). Art therapy for treating children with Autism Spectrum Disorders (ASD): The unique contribution of art materials. *The Academic Journal of Creative Arts Therapies*, 3(2), 251-260.
- Rice, C. E., Rosanoff, M., Dawson, G., Durkin, M.S., Croen, L.A., Singer, A., Yeargin-Allsopp, M. (2012). Evaluating changes in the prevalence of the

- autism spectrum disorders (ASDs). *Public Health Reviews*, 34(2), 1-22.
10.1007/BF03391685
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror neuron system. *Annual Review Of Neuroscience*, 27(1), 169-192.
doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230
- Robb, M. A. (2012). The history of art therapy at the national institutes of health. *Art Therapy, Journal of the American Art Therapy Association*, 29(1), 33-37.
doi:10.1080/07421656.2012.648097
- Robb, M.A. (2001). *Group Art Therapy*. Routledge.
- Rogers, S. (2006). Evidence-based interventions for language development in young children with autism. In: Charman, T. & Stone, W. (eds), *Social & communication development in autism spectrum disorders: Early identification, diagnosis, & intervention*. The Guilford Press
- Rogers, S. (2000). Interventions that facilitate socialization in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(5), 399-409.
10.1023/a:1005543321840
- Rosal, M.L. (2018). *Cognitive-Behavioral Art Therapy*. Routledge
- Roth, E. (2001). Behavioral Art Therapy. In: Rubin, J. A. (ed), *Approaches to art therapy: Theory & technique*. Routledge.
- Rotheram-Fuller, E. & MacMullen, L. (2011). Cognitive-behavioral therapy for children with autism spectrum disorders. *Psychology in Schools*, 48(3), 263-271. doi.org/10.1002/pits.20552
- Rubin, J. A. (2005). *Child art therapy*. John Wiley & Sons.
- Rump, K. M. (2009). The development of emotion recognition in individuals with autism. *Child Development*, 80(5), 1434-1447. 10.1017/S0954579423000913
- Russell, J., Jarrold, C., & Henry, L. (1996). Working memory in children with autism and with moderate learning difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(6), 673-686. 10.1111/j.1469-7610.1996.tb01459.x

- Ruzich, E. (2015). Measuring autistic traits in the general population: a systematic review of the Autism-Spectrum Quotient (AQ) in a nonclinical population sample of 6,900 typical adult males and females. *Molecular Autism*, 6(2). 10.1186/2040-2392-6-2
- Sanders, G.J. (2017). *Art Response to Confusion, Uncertainty, and Curiosity During Group Art Therapy Supervision*. Thesis, Notre Dame de Namur University. <http://pqdtopen.proquest.com/#viewpd?dispub=10246527>.
- Sanders, S. J., Murtha, M.T., Gupta, A.R., Murdoch, J.D., Raubeson, M.J., Wilsey, J.A., Ercan-Sencicek, G.A., DiLullo, N.M., Rarikshak, N.N., Stein, J.L., Walker, M.F., Ober, G.T., Teran, N.A., Song, Y., El-Fishawy, Murtha, R.C., Choi, M., Overton, J.D. Bjornson, R.D., ... State, M.W. (2012). De novo mutations revealed by whole-exome sequencing are strongly associated with autism. *Nature*, 485(7397), 237-241. doi.org/10.1038/nature10945
- Sandin, S., Lichtenstein, P., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Hultman, C.M., & Reichenberg, A. (2014). The familial risk of autism. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 311(17), 1770-1777. 10.1001/jama.2014.4144
- Schaaf, R. C., Toth-Cohen, S., Johnson, S.L., Outten, G., & Benevides, T.W. (2011). The everyday routines of families of children with autism. *Autism. SAGE Publications and The National Autistic Society*, 15(3), 373-389. 10.1177/1362361310386505
- Schaverien, J. (2000). *The changing shape of art therapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Schaverien, J. (1992). *The revealing image: Analytical art psychotherapy in theory and practice*. Tavistock/Routledge
- Schleien, S.J., Mustonen, T., & Rynders, J.E. (1995). Participation of children with autism and nondisabled peers in a cooperatively structured community art program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25(4), 397-413. 10.1007/BF02179375
- Schopler, E., & Mesibov, G. (1986). *Social behavior in autism*. Plenum Press

- Schweizer, C., Knorth, E. J., van Yperen, T. A., & Spreen, M. (2019). Evaluating art therapy processes with children diagnosed with Autism Spectrum Disorders: Development and testing of two observation instruments for evaluating children's and therapists' behaviour. *The Arts in Psychotherapy*, 66(101578), 1-9. 10.1016/j.aip.2019.101578
- Schweizer, C., Knorth, E.J., & Spreen, M.(2014). Art therapy with children with autism spectrum disorders: A review of clinical case descriptions on 'what works'. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 577-593. doi.org/10.1016/j.aip.2014.10.009
- Schweizer, C., Spreen, M., & Knorth, E. J. (2017). Exploring What Works in Art Therapy With Children With Autism: Tacit Knowledge of Art Therapists". *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*,34(4), 183–191. 10.1080/07421656.2017.1392760
- Scrimsher, S., & Tudgem, J. (2003). Lev Vygotsky on Education: A cultural-historical, interpersonal, and individual approach to development. In: Zimmerman, B.J. & Schunk, D. H. (eds), *Educational psychology: A century of contributions*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Selfe, L. (1983). *Normal and anomalous representational drawings ability in children*. Academic Press.
- Selfe, L. (1977). *Nadia, a case of extraordinary drawing ability in an autistic child*. Academic Press.
- Shahai, S. (2024). *How Art Therapy Can Empower Neurodivergent Students*. Monash University. <http://dx.doi.org/10.54377/c639-f181>.
- Shapiro, J. P. (2006). *Child and adolescent therapy: Science and art*. John Wiley & Sons.
- Shaw, W. (2010). Increased urinary excretion of a 3-(3-hydroxyphenyl)-3-hydroxypropionic acid (HPHPA), an abnormal phenylalanine metabolite of clostridia spp. in the gastrointestinal tract, in urine samples from patients with autism and schizophrenia. *Nutritional Neuroscience*, 13(3), 135–143. 10.1179/147683010X12611460763968

- 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: official journal of the international Society for Autism Research*, 3(1), 30-39. 10.1002/aur.116
- Shephard, E., Bedford, R., Milosavljevic, B., Gliga, T., Jones, E. J. H., Pickles, A., Johnson, M. H., Charman, T., & BASIS Team. (2019). Early developmental pathways to childhood symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder, anxiety and autism spectrum disorder. *The Journal of Child Psychol and Psychiatry*, 60(9), 963-974. 10.1111/jcpp.12947
- Sholt, M. & Gavron, T. (2006). Therapeutic qualities of clay-work in art therapy and psychotherapy: A review. *Art Therapy, Journal of the American Art Therapy Association*, 23(2), 66-72. doi.org/10.1080/07421656.2006.10129647
- Siegel, D. J. (2003). An interpersonal neurobiology of psychotherapy: The developing mind and the resolution of trauma. In: Siegel, D. J., & Solomon, M. F. (eds), *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain*, W. W. Norton.
- Silverstone, L. (1994). Art Therapy. *Self and Society*, 2, 33-36.
- Slayton, S. C., D'Archer, J., & Kaplan, F. (2010). Outcome studies on the efficacy of art therapy: A review of filming. *Art Therapy, Journal of the American Art Therapy Association*, 22(2), 12-15. 10.1080/07421656.2010.10129660
- Solomon, A. H., & Chung, B. (2012). Understanding autism: How family therapists can support parents of children with autism spectrum disorders. *Family process*, 51(2)250- 264. 10.1111/j.1545-5300.2012.01399.x
- Stewart, K. (2002). *Helping a child with nonverbal learning disorder or Asperger syndrome*. New Harbinger Publications.
- Suen, L.-J. W., Huang, H. M., & Lee, H. H. (2014). A comparison of convenience sampling and purposive sampling. *HuLiZaZhi*, 61(3), 105-111. 10.6224/JN.61.3.105
- Thoemke, J. (2012). *Art Therapy for children with ASD, ADHD & Siblings*, [Unpublished doctoral dissertation]. University of London.

- Trevarthen, C., Aitken, K., Papoudi, D., & Robarts, J. Z.(1998). *Children with autism: Diagnosis and interventions to meet their needs*. Jessica Kingsley Publishers.
- Valicenti-McDermott, M., McVicar, K., Rapin, I., Wershil, B. K., Cohen, H., & Shinnar, S. (2006). Frequency of gastrointestinal symptoms in children with autistic spectrum disorders and association with family history of autoimmune disease. *Journal of developmental behavioral pediatrics*, 27(2 Suppl), 128-136. 10.1097/00004703-200604002-00011
- Voeltz, L. M. (1983). *The special friend's program: A trainer's manual for integrated school settings*. University of Hawaii Department of Education.
- Wellman, H. M., Baron-Cohen, S., Caswel, R., Gomez, J. C., Swettenham, J., Toye, E., & Lagattuta, K. (2002). Thought-bubbles help children with autism acquire an alternative to a theory of mind. *Journal of Autism*, 6(4), 343-363. 10.1177/1362361302006004003
- Wetherby, A. M. (2006). Understanding and measuring social communication in children with autism spectrum disorders. In: Charman, T., & Stone, W. (eds), *Social & communication development in autism spectrum disorders: Early identification, diagnosis, & intervention*. The Guilford Press.
- Windham, G. C., Zhang, L., Gunier, R., Croen, L. A., & Grether, J. K. (2006). Autism Spectrum Disorders in relation to distribution of hazardous air pollutants in the san francisco bay area. *Environmental health perspectives*, 114(9)1438-1444. 10.1289/ehp.9120
- Winkel, M. (2022). *Virtual Art Therapy*. Routledge.
- Wirkus, M., Comer, L., Swenson, K., & Weingarten, S.(2009). *Assistive Technology Supports for Individuals with Autism Spectrum Disorders*. University of Wisconsin.
- White, L., Leekam, L., Shenow, S., & Gómez de la Cuesta, G. (2013). *The autism research toolkit. A research –aware resource for professionals working with autism spectrum disorder*. Intervetion: Part 1, Cardiff University.

- White, M.& Epston, D. (2008). *Narrative means to therapeutic ends*. W.W. Norton & Company.
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 216-229. 10.1016/j.cpr.2009.01.003
- Williams, D. L., Goldstein, G., & Minshew, N. J.(2005). Impaired memory for faces and social scenes in autism: clinical implications of memory dysfunction. *Archives of clinical neuropsychology*, 20(1)1-15. doi.org/10.1016/j.acn.2002.08.001
- Wiśniowiecka-Kowalnik, B.& Nowakowska, B. A. (2019). Genetics and epigenetics of autism spectrum disorder-current evidence in the field. *Journal of applied genetics*, 60(1), 37-47. 10.1007/s13353-018-00480-w
- Wong, V. C. N., &Kwan. Q. K. (2010). Randomized controlled trial for early intervention for autism: A pilot study of the autism 1-2-3 project. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(6), 677-688. 10.1007/s10803-009-0916-z
- Wood, C.(2000). Art, Psychotherapy and Psychosis: The Nature and Politics of Art Therapy. Thesis, University of Sheffield. <http://ethos.bl.uk?OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.441832>.
- Yasuhara, A. (2010). Correlation between EEG abnormalities and symptoms of autism spectrum disorder (ASD). *Brain&Development*, 32(10), 791-798. 10.1016/j.braindev.2010.08.010

Ελληνόγλωσση

- Αδαμοπούλου, Χ. (2020). *Μουσικοθεραπεία και παιδική επιθετικότητα*. Αθήνα: Orpheus
- Αναγνωστοπούλου, Ν. Δ. (1999). ArtTherapy: Εικόνεςτηςψυχής. Μια εισαγωγή στη χρήση των εικόνων σα θεραπευτική προσέγγιση. *Εκλογή*, 25, 311–317.

- Αντωνοπούλου, Α. (2023). *Εισαγωγή στη θεραπευτική δημιουργική γραφή. Βιβλιοθεραπεία- θεραπεία μέσω ποίησης: θεωρία και τεχνικές*. 24 Γράμματα.
- Βιβιλάκης, Ιωσήφ (επιμ.) (2023). *Θέατρο- τραύμα-θεραπεία: κείμενα και μαρτυρίες για τον ιαματικό χαρακτήρα των επιτελεστικών τεχνών*. Αρμός.
- Campbell, D. (2011). *Η επίδραση του Μότσαρτ*, μετ. Αλίκη Τσοτσόρου- Μυστάκα. Φιλομάθεια.
- Canguilhem, G. (2007). *Το Κανονικό και το Παθολογικό* (Γ. Φουρτούνης, Μετ.). Νήσος.
- Γιώτης, Α., Μαραβελής, Δ., Πανταγούτσου, Α., & Γιαννούλη, Ε. (επιμ.) (2019). *Η συμβολή των ψυχοθεραπειών μέσω τέχνης στην ψυχιατρική θεραπευτική*. Βήτα.
- Γκόρεν-Μπαρ, Α. & Τσέρνιτς, Κ. (2021). *Τα μυστικά της εκφραστικής θεραπείας μέσω τεχνών και coaching*. Καστανιώτης.
- Creswell, J. W. (2016). *Η Έρευνα στην Εκπαίδευση: Σχεδιασμός, Διεξαγωγή και Αξιολόγηση της Ποσοτικής και Ποιοτικής Έρευνας* (Ν. Κουβαράκου, Μετ.) (Χ. Τσορμπατζούδης, Επιμ.). Ίων.
- Cumine, V., Leach, J., & Stevenson, G. (2000). *ΣύνδρομοAperger. Ένας Πρακτικός Οδηγός για Δασκάλους*. Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.
- Dalley, T. (2010). *Θεραπεία μέσω της τέχνης: Η εικαστική προσέγγιση* (Γ. Σκαρβέλη, Μετ.) (Ν. Αναγνωστοπούλου-Ιωαννίδου, Επιμ.).Ελληνικά Γράμματα.
- Dubos, R. (1999). *Το όραμα της υγείας: Ουτοπίες, Πρόοδος και Βιολογικές Αλλαγές* (Β. Πασχάλης, Μετ., Επιμ.). Κάτοπτρο.
- Ένωση δραματοθεραπευτών και παιγνιοθεραπευτών Ελλάδος (2010). *Δραματοθεραπεία και εφαρμογές: 14 κείμενα για τη δραματοθεραπευτική διεργασία*. Θυμάρι.
- Gilroy, A. & Colin, L. (2017). *Εικαστικές τέχνες και μουσική : θεραπεία και έρευνα*. Έλλην.

- Grimmens, P. (2021). *Δραματοθεραπεία και δημιουργία ιστοριών στην ειδική αγωγή* (Μ. Σούμπερτ, Μετ.). Παρισιάνος
- Happe, F. (2003). *Αυτισμός. Σύγχρονη ψυχολογική θεώρηση*(Δ. Στασινός, Μετ.) (Χ. Σταυρόπουλος, Επιμ.). Gutenberg.
- Ίσαρη, Φ.& Πουρκός, Μ. (2015).*Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στην Ψυχολογία και στην Εκπαίδευση*. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις.
- Jennings, S. (2005). Εισαγωγή στη δραματοθεραπεία. θεραπευτικό θέατρο: ο μίτος της Αριάδνης (Φ. Μεγαλούδη, Μετ.) (Β. Μπαχούρου, Επιμ.). Σαββάλας.
- Jones, P. (2021). *Δραματοθεραπεία: θεωρία, πρακτική και έρευνα*(Σ. Κρασσανάκης, Μετ.) (Σ. Κρασσανάκης. Επιμ.). Πεδίο.
- Kessler-Κακουλίδη, L. (2011). *Θεραπευτική ρυθμική: εφαρμογές στην εκπαίδευση παιδιών με και δίχως αναπηρία*. Fagotto.
- Landgarten, H. B. (1999). *Οικογενειακή Εικαστική Θεραπεία* (Γ. Καλομοίρης, Μετ.)(Ν. Αναγνωστοπούλου, Επιμ.). ΕλληνικάΓράμματα.
- Malchiodi, C. A. (2009). *Εικαστική θεραπεία: Ένας πρακτικός οδηγός*(Ε. Αστερίου, Μετ.) (Ν. Αναγνωστοπούλου, Επιμ.). Ελληνικά Γράμματα.
- Malchiodi, C. A. (2006). *Κατανοώντας τη ζωγραφική των παιδιών* (Χ. Ξενάκη, Μετ.), (Ν. Αναγνωστοπούλου, Επιμ.). Ελληνικά Γράμματα.
- Ματζίκος, Κ. Ν. (2015). *Η μουσική θεραπεύει: η θεραπευτική δράση της μουσικής στις αναπτυξιακές διαταραχές*. iWrite.
- McClellan, R. (1997). *Οι θεραπευτικές δράσεις της μουσικής: ιστορία, θεωρία και πρακτική* (Ε. Πέππα, Μετ.). Fagotto.
- Παπαγεωργίου, Ι. (2015). *Απλή Τυχαία Δειγματοληψία*. Στο: Παπαγεωργίου, Ι. (επιμ), *Θεωρία δειγματοληψίας*. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις.
- Robson, C. (2010). *Η Έρευνα του Πραγματικού Κόσμου: ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές* (Β. Νταλάκου& Κ. Βασιλικού, Μετ.)(Κ. Μιχαλοπούλου, Επιμ.). Gutenberg.

- Ρόμπερτσον, Τ. (επιμ.) (2019). *Ψυχοθεραπείες μέσω εκφραστικών τεχνών*. Το Έρμα.
- Ρόμπερτσον, Τ. (2017). *Παιγνιοθεραπεία: ψυχοθεραπευτική προσέγγιση για παιδιά και εφήβους*. Το Έρμα.
- Rubin, J. A. (2009). *Θεραπεύοντας παιδιά μέσα από την τέχνη* (Γ. Σκαρβέλη, Μετ.) (Ν. Αναγνωστοπούλου, Επιμ.). Ελληνικά Γράμματα.
- Rutter, M. (1990). *Νηπιακός Αυτισμός. Σύγχρονες Αντιλήψεις και Αντιμετώπιση* (Γ. Καραντάνος, Μετ. και Επιμ.). Ελληνικά Γράμματα.
- Saboutin, S. (2005). *Ιατρικές δυνάμεις της μουσικής*. PLS.
- Συριοπούλου- Δελλή, Χ.& Κάσσιμος, Δ. (2013) . *Επικοινωνία και Εκπαίδευση Ατόμων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές/ ΔΑΦ*. Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας.
- Τόμπλερ, Μ. (2001). *Ήχων στόχων ηχώ: η μουσική στην ειδική αγωγή και θεραπεία*. Orpheus.
- Τσέργας, Ν. (2014). *Θεραπευτικές προσεγγίσεις μέσω τέχνης*. Τόπος.
- Τσιλούνη-Τζίκα, Δ. (2018). *Επί σκηνής: όταν η δραματοθεραπεία συναντά το θέατρο*. Αρμός.
- Φουρτούνης, Γ. (2007). Επίμετρο. Στο: Canguilhem, G., *Κανονικό και Παθολογικό*. Νήσος.
- Waller, D. (2001). *Ομαδική Διαντιδραστική Art therapy* (Β. Ελευθερίου, Μετ.) (Π. Βασιλειάδης, Επιμ.). University Studio Press.

Διαδικτυακές πηγές

- “Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder”. *U.S. Centers for Disease Control and Prevention*, 2024. https://www.cdc.gov/autism/data-research/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html. Πρόσβαση 26 Ιουλίου 2024.

Del Giacco, M. (2010). *Art therapy: The visual spatial factor and the hippocampus*.
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED513946.pdf>

Ηλιάδη, Α. Κ. (2006). Οι τέχνες ως παράγοντας διατήρησης και ανάκτησης της ψυχικής υγείας του ανθρώπου–Art Therapy, χοροθεραπεία, μουσικοθεραπεία, δραματοθεραπεία. <http://my.aegean.gr/web/article215.html>

Κάθε χρόνο 700 – 1.000 παιδιά διαγιγνώσκονται με ΔΑΦ στην Ελλάδα (2018).
In.gr.<https://www.in.gr/2018/03/29/health/health-news/kathe-xrono-700-1-000-paidia-diagignwskontai-me-aytismo-stin-ellada/>. Πρόσβαση στις 22 Ιανουαρίου 2020

Lancaster University Management School (2016). Qualitative and quantitative research. LUMS Effective Learning.
<https://www.research.lancs.ac.uk/portal/en/browse.html?from=publications&word=Quantitative%20and%20qualitative%20methods>

Madden-Zibman, E. (2014). Smith, Ashley. Creativity in Autism. *Dialogues Rutgers education*, 9,343-258. <https://dialogues.rutgers.edu/files/72/Volume-9/148/Creativity-in-Autism.pdf>

McClymont, J. (2023). The Therapeutic Power of Collage: A Creative Path to Alleviating Anxiety. pt.1 & 2

https://reflectonacademy.co.uk/wp-content/uploads/sites/1969/2024/02/The_Therapeutic_Power_of_Collage_-_A_Creative_Path_to_Alleviating_Anxiety_part1.pdf

και

https://reflectonacademy.co.uk/wp-content/uploads/sites/1969/2024/02/The_Therapeutic_Power_of_Collage_-_A_Creative_Path_to_Alleviating_Anxiety_part2.pdf