

**ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ – ΓΟΝΕΩΝ
ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΚΑΙ ΓΟΝΕΩΝ
ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ**

Επιστημονικά Υπεύθυνη

Άννα Καρλοβασίτου

Θεσσαλονίκη 2008



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΕΑΕΚ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ



Η ΠΑΙΔΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΡΥΦΗ
Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Εκπαίδευσης και Αρχικής
Επαγγελματικής Κατάρτισης

ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΠΟΥ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΚΑΤΑ 75 %
ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΤΑ 25 %.

ΜΕΤΡΟ 1.1:

«ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΝΤΑΞΗΣ
ΣΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΤΟΜΩΝ
ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ»

ΕΝΕΡΓΕΙΑ 1.1.4:

«ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ»

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΑΞΕΩΝ Α

«ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ
ΘΕΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ
ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ»

Τίτλος Πράξης:

«ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ – ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ
ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΚΑΙ ΓΟΝΕΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ»

Τελικός Δικαιούχος:

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Εργαστήριο Κλινικής Νευροφυσιολογίας Α.Π.Θ.
Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

Δ/ντρια: Άννα Καρλοβασίτου,
Αν. Καθηγήτρια Νευρολογίας Α.Π.Θ.

Επιστημονικά Υπεύθυνη:

Άννα Καρλοβασίτου,
Αν. Καθηγήτρια Νευρολογίας Α.Π.Θ.

Copyright @ 2008, Άννα Καρλοβασίτου

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση ή αναπαραγωγή του συνόλου ή μέρους του παρόντος με οποιοδήποτε μέσο, μηχανικό, ηλεκτρονικό, φωτοτυπικό ή άλλο, καθώς και κάθε εκμετάλλευσή του χωρίς γραπτή άδεια του συγγραφέα και του εκδότη συμφώνως με τις διατάξεις του Νόμου 2121/1993 και των συμβάσεων του Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ	ix
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	xi
ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	xiii

ΚΕΦΑΛΑΙΑ

1. Αύξηση και ανάπτυξη του παιδιού. <i>Αικατερίνη Χαϊδοπούλου</i>	1
2. Ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. <i>Σταύρος Μπουφίδης</i>	5
3. Πότε ένα πρόβλημα είναι πρόβλημα. Προβλήματα ή συμπεριφορές που θέτουν υπόνοιες για υποκείμενη παθολογία – Πρώιμη παρέμβαση. <i>Δημήτριος Τσίπτσιος</i>	13
4. Βασικές έννοιες – Διεθνή συστήματα ταξινόμησης – Η έννοια της λειτουργικής κλίμακας αξιολόγησης. <i>Κωνσταντίνος Βαδικόλιας</i>	33
5. Οφθαλμολογικά προβλήματα. <i>Δέσποινα Νικολαΐδου & Εβελίνα Θεοδορίδου</i>	39
6. Εκπαίδευση ατόμων με προβλήματα όρασης. <i>Αικατερίνη Ματζιάρη</i>	45
7. Προβλήματα ακοής. <i>Γιώργος Φίρμπας</i>	57
8. Ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας και διαταραχές. <i>Χαρίκλεια Πρώιου</i>	65
9. Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες στη γλώσσα: Δυσλεξία. <i>Στέργιος Καπρίνης</i>	81
10. Εκπαίδευση ατόμων με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες. <i>Αικατερίνη Ματζιάρη</i>	85
11. Γνωστικές και μεταγνωστικές στρατηγικές μάθησης <i>Ιωάννης Ζυμβρακάκης</i>	93
12. Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες στα μαθηματικά – Δυσαριθμησία (Ψυχοπαιδαγωγική και διδακτική προσέγγιση). <i>Ιωάννης Ζυμβρακάκης</i>	101
13. Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. <i>Βασίλειος Στεργίου</i>	115
14. Εκπαίδευση ατόμων με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. <i>Ζωή Θεοδορίδου</i>	121
15. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ). <i>Βασίλειος Στεργίου</i>	137

16.	Διαταραχές συμπεριφοράς στη σχολική τάξη – Ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση- Εναλλακτικές τεχνικές παρέμβασης. <i>Ιωάννης Ζυμβρακάκης</i>	143
17.	Συνήθειες ψυχικές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους. <i>Ασπασία Σερντάρη</i>	159
18.	Σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης. <i>Μαρία Νάκου</i>	169
19.	Νοητική υστέρηση. <i>Δημήτριος Φωτίου</i>	175
20.	Συνήθη νευρολογικά νοσήματα σε παιδιά και εφήβους. <i>Σταυρούλα Κούκου</i>	181
21.	Κινητικές διαταραχές. <i>Αθανάσιος Τυχάλας</i>	189
22.	Σύνδρομο Down. <i>Ευαγγελία Δημητράκουδη</i>	207
23.	Επιληψίες. <i>Χαριτωμένη Πιπερίδου & Άννα Καρλοβασίτου</i>	215
24.	Συνήθη χρόνια νοσήματα στα παιδιά. <i>Αικατερίνη Χαϊδοπούλου</i>	225
25.	Ο ύπνος στα παιδιά και τους εφήβους. <i>Άννα Καρλοβασίτου & Χαριτωμένη Πιπερίδου</i>	231
26.	Ο ρόλος της φυσικής αγωγής στα άτομα με αναπηρίες. <i>Αντωνία Καλτσάτου</i>	241
27.	Η μουσική στην ειδική αγωγή. <i>Δήμητρα Κόνιαρη</i>	249
28.	Παιδαγωγική της ενσωμάτωσης. Ένα σχολείο για όλους. <i>Δόμνα Παντσάκη</i>	259
29.	Το εξατομικευμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης. <i>Ζωή Θεοδωρίδου</i>	263
30.	Ζώντας με το πρόβλημα. 1. Τα δυναμικά στην οικογένεια: <i>Ασπασία Σερντάρη</i> 2. Η αλλαγή του σχολικού μικροσυστήματος: <i>Ζωή Θεοδωρίδου</i>	277 281
31.	Μετάβαση στην ενήλικη ζωή. <i>Άννα Τσιακίρη</i>	287
32.	Βιωματικό εργαστήριο με θέμα: «Η συμβουλευτική εκπαιδευτικών-γονέων παιδιών με αναπηρία». <i>Σταύρος Μπουφίδης & Εύχαρις Κυζιρίδου</i>	297
33.	Συμβουλευτική και εκπαίδευση. <i>Βασιλική Δανιηλίδου</i>	305
34.	Νομοθεσία σχετική με την εκπαίδευση των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και αναπηρίες και με την απασχόληση των ατόμων με ειδικές ανάγκες. <i>Σοφία Κυράνου</i>	319
35.	NOMOS 3699/2008 για την Ειδική Αγωγή	335

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Με ιδιαίτερη προσωπική χαρά και μεγάλη θεσμική ικανοποίηση χαιρετίζω την έκδοση του παρόντος βιβλίου, το οποίο είναι το αποτέλεσμα της διεπιστημονικής συνεργασίας ιατρών, εκπαιδευτικών και άλλων ειδικοτήτων, μέσα στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος για την Εκπαίδευση και την Αρχική Επαγγελματική Κατάρτιση (ΕΠΕΑΕΚ) με τίτλο «Εκπαίδευση εκπαιδευτικών-γονέων και γονέων μαθητών με αναπηρίες».

Ο λόγος της προσωπικής χαράς είναι ότι το πιο πάνω Πρόγραμμα αποτέλεσε δράση της Ιατρικής Σχολής, από την οποία προέρχομαι, η δε αιτία της θεσμικής ικανοποίησης προέρχεται από το γεγονός ότι η έκδοση αυτή, ενισχύει εντυπωσιακά το σχετικό πρόγραμμα δράσης που έχει καθορίσει η Πρυτανεία ως πολιτική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και έχει εγκρίνει η Σύγκλητος. Ακριβώς αυτό το δεύτερο σκέλος σχετίζεται με την πολιτική ώσμωσης των επιστημόνων μεταξύ τους και με την κοινωνία που βρίσκεται σε εξέλιξη, και ειδικότερα το μέρος της προσφοράς του Α.Π.Θ. σε ευπαθείς και ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες. Επομένως, είναι μεγάλη η θεσμική ικανοποίηση εκ της συμβολής στην εκπλήρωση ενός τόσο σημαντικού διεπιστημονικού και κοινωνικού στόχου.

Η Ιατρική Σχολή την τελευταία πενταετία έχει έλθει με επιτυχία στο προσκήνιο της διεπιστημονικής έρευνας και της προσφοράς προς την κοινωνία. Η επιτυχία αυτή είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακή αν κανείς προσμετρήσει το γεγονός ότι η Ιατρική Σχολή, πέραν των τριών ιδιαίτερα δύσκολων λειτουργιών που έχουν και όλα τα άλλα Τμήματα του Α.Π.Θ., δηλαδή την εκπαίδευση, την έρευνα και τις διοικητικές λειτουργίες, έχει επί πλέον μία ακόμη ιδιαίτερα απαιτητική, χρονοβόρα, και επαχθή υποχρέωση, που αφορά στην κλινική δράση, με όλες της τις παραμέτρους. Επομένως, δράση όπως η παρούσα τιμά την Ιατρική Σχολή, διότι γίνεται με όρους και συνθήκες πολύ περισσότερο δύσκολες και απαιτητικές.

Είθε η δράση αυτή να ευοδώσει ακόμη και πέραν από τις προσδοκίες των ταγών της.

*Αναστάσιος Μάνθος
Καθηγητής Ιατρικής Σχολής
Πρύτανης Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης*

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με το βιβλίο αυτό παραδίδουμε στην κρίση σας την προσπάθεια που ξεκινήσαμε περίπου 1 χρόνο πριν, να προσεγγίσουμε με διεπιστημονικό τρόπο θέματα που απασχολούν συνανθρώπους μας, παιδιά και ενήλικες, και πηγάζουν από νευροψυχιατρικές διαταραχές. Με την πεποίθηση ότι η αναγκαιότητα διεπιστημονικής προσέγγισης και συνεργασίας σε ιατρικά, εκπαιδευτικά και κοινωνικά ζητήματα, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για παιδιά, είναι επιτακτική, ξεκινήσαμε αυτό το ταξίδι με ευαισθησία και επίγνωση της μεγάλης μας ευθύνης.

Η ανταπόκριση που συναντήσαμε από γονείς και εκπαιδευτικούς ήταν πολύ μεγάλη. Εάν εμείς τους προσφέραμε κάποιες γνώσεις επιπλέον, εκείνοι μας γέμισαν με ποικίλα συναισθήματα. Συναντήσαμε οργισμένους γονείς και γίναμε κυματοθραύστες της οργής τους. Οργή για την ελλιπή προσφορά από την πολιτεία, για την ανάγκη κατάλληλων υποδομών και δομών υποστήριξης, ιδιαίτερα στην επαρχία. Συναντήσαμε όμως και άλλους γονείς που ανέπτυξαν ένα δυναμισμό που δεν τον φαντάζονταν και οι ίδιοι, διαμορφώνοντας έτσι ένα νόημα ζωής κοντά στα παιδιά τους.

Στο παρόν βιβλίο έχει συμπτυχθεί η ύλη των δραστηριοτήτων μας. Καταβλήθηκε προσπάθεια για την όσο το δυνατόν καλλίτερη συσχέτιση των παρουσιάσεων. Παρ' όλ' αυτά, πιθανόν ορισμένες έννοιες αποδίδονται με διαφορετικές λέξεις από παιδαγωγούς και ιατρούς, χωρίς όμως να αλλοιώνεται η ουσία τους.

Κλείνοντας θα ήθελα να ευχαριστήσω τις Πανεπιστημιακές αρχές και το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων που μας εμπιστεύτηκαν την υλοποίηση αυτού του Προγράμματος. Επίσης, τον Περιφερειακό διευθυντή Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Κεντρικής Μακεδονίας για την πολύτιμη συμβολή του στην υλοποίηση του προγράμματος και τον Διοικητή του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ για την ευαισθησία με την οποία περιβάλλει πάντοτε ανάλογες προσπάθειες.

Ευχαριστώ όλους τους συνεργάτες στην προσπάθεια, οι οποίοι κυριολεκτικά έδωσαν την ψυχή τους για την υλοποίηση του Προγράμματος. Τέλος, ευχαριστούμε θερμά όλους όσους παρακολούθησαν το Πρόγραμμα για την εμπιστοσύνη που μας έδειξαν και στους οποίους αφιερώνουμε το παρόν βιβλίο.

Θεσσαλονίκη, 2008

Άννα Καρλοβασίτου
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νευρολογίας
Διευθύντρια Εργαστηρίου Κλινικής Νευροφυσιολογίας
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Βαδικόλιας Κωνσταντίνος. Λέκτορας Νευρολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Δανιηλίδου Βασιλική. Ψυχολόγος

Δημητρακούδη Ευαγγελία. Νευρολόγος, Υποψήφια Δρ. Νευροεπιστημών Ιατρικής Σχολής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Ζυμβρακάκης Ιωάννης. M. Ed, Εκπαιδευτικός ειδικής αγωγής, Διευθυντής Σ.Μ.Ε.Α.

Θεοδωρίδου Ευαγγελία. Οφθαλμίατρος

Θεοδωρίδου Ζωή. Εκπαιδευτικός ειδικής αγωγής. Υποψήφια Δρ. Τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Καρλοβασίτου Άννα. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νευρολογίας, Διευθύντρια Εργαστηρίου Κλινικής Νευροφυσιολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Καπρίνης Στέργιος. Λέκτορας Ψυχιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Κιζιρίδου Εύχαρις. Ψυχολόγος

Κόνιαρη Δήμητρα. Καθηγήτρια Μουσικής στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Υποψήφια Δρ. Τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Κούκου Σταυρούλα. Νευρολόγος. Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Υποψήφια Δρ. Νευροεπιστημών Ιατρικής Σχολής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Κυράνου Σοφία. Δικηγόρος. Διπλωματούχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Εμπορικού & Οικονομικού Δικαίου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Υποψήφια Δρ. Τμήματος Νομικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Ματζιάρη Αικατερίνη. Εκπαιδευτικός Ειδικής Αγωγής

Μπουφίδης Σταύρος. Ψυχίατρος, Υποψήφιος Δρ. Νευροεπιστημών Ιατρικής Σχολής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Νάκου Μαρία. Ψυχίατρος, Υποψήφια Δρ. Νευροεπιστημών Ιατρικής Σχολής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Νικολαΐδου Δέσποινα. Οφθαλμίατρος

Παντσάκη Δόμνα. Εκπαιδευτικός Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης

Πιπερίδου Χαριτωμένη. Καθηγήτρια Νευρολογίας. Διευθύντρια Νευρολογικής Κλινικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Πρώιου Χαρίκλεια. Λογοπαθολόγος, PhD, CCC-SLP

Σερντάρη Ασπασία. Παιδοψυχίατρος. Δρ. Ιατρικής Σχολής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Στεργίου Βασίλειος. Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής. Υποψήφιος Δρ. Νευροεπιστημών Ιατρικής Σχολής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Τσιακίρη Άννα. Ψυχολόγος. Υποψήφια Δρ. Ιατρικής Σχολής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Τσίπτσιος Δημήτριος. Δρ. Νευροεπιστημών Ιατρικής Σχολής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Τυχάλας Αθανάσιος. Νευρολόγος

Φωτίου Δημήτριος. Δρ. Νευροεπιστημών Ιατρικής Σχολής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Φύρμπας Γιώργος. Ωτορυνολαρυγγολόγος. Υποψήφιος Δρ. Ιατρικής Σχολής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Χαϊδοπούλου Αικατερίνη. Λέκτορας Παιδιατρικής. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΑΥΞΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Αικατερίνη Χαϊδοπούλου

Από την πρώτη στιγμή που ένα παιδί φθάνει στον κόσμο, το συχνότερο ερώτημα που απασχολεί τους γονείς του καθώς παρακολουθούν την πρόοδό του είναι: Πώς θα ξέρω ότι το παιδί μου μεγαλώνει φυσιολογικά; Ο όρος *αύξηση* αναφέρεται στη διαδικασία της σωματικής ανάπτυξης του παιδιού που περιλαμβάνει τις μεταβολές στο βάρος του, στο ύψος του αλλά και άλλες αλλαγές που παρατηρούνται στο σώμα του καθώς μεγαλώνει: φυτρώνουν τα πρώτα δόντια του, μακραίνουν τα μαλλιά του, αλλάζουν τα δόντια του και τέλος ξεκινά η εφηβεία. Επιπλέον, ο όρος *αύξηση* αφορά και τα επιμέρους μέρη του σώματος και τα όργανα του παιδιού: όταν συμπληρωθεί το πρώτο έτος ζωής το κεφάλι ενός παιδιού έχει αποκτήσει σχεδόν το οριστικό του μέγεθος. Ο εγκέφαλος αποκτά το 90% της τελικής ανάπτυξής του μέσα στα πρώτα 5 χρόνια της ζωής του. Ο όρος *ανάπτυξη* αναφέρεται στις αλλαγές της λειτουργικότητας που προκαλούν δομικές, συναισθηματικές ή κοινωνικές αλλαγές. Τα πρότυπα αύξησης και ανάπτυξης είναι διαφορετικά και εξατομικευμένα για κάθε παιδί, υπάρχουν όμως ευρέα όρια που βοηθούν στον καθορισμό του φυσιολογικού από το παθολογικό και εκφράζονται με στατιστικούς όρους.

1. Η φυσιολογική αύξηση

Ένα τελειόμηνο νεογνό γεννιέται με βάρος που κυμαίνεται από 2500-4600 γρ (Μ.Ο. 3400 γρ), μήκος σώματος 45-55 εκ (Μ.Ο. 50 εκ) και περίμετρο κεφαλής 32,6 - 37,2 εκ (Μ.Ο. 35 εκ). Τον πρώτο χρόνο της ζωής του μεγαλώνει με πολύ γρήγορους ρυθμούς: κατά μέσο όρο μέχρι τα πρώτα του γενέθλια θα τριπλασιάσει το βάρος της γέννησής του και θα πάρει 25 εκ. σε μήκος. Μετά την ηλικία του ενός έτους ο ρυθμός με τον οποίο αυξάνονται το βάρος και το ύψος του παιδιού επιβραδύνονται ενώ αντίστοιχα μειώνονται οι θρεπτικές ανάγκες και η όρεξη του παιδιού, γεγονός απόλυτα φυσιολογικό που δεν θα πρέπει να δημιουργεί ανησυχίες στους γονείς. Από την ηλικία των 2 ετών και μέχρι την έναρξη της εφηβείας ο μέσος όρος αύξησης του ύψους υπολογίζεται σε 6 εκ το χρόνο, χωρίς όμως να διατηρούνται σταθεροί ρυθμοί: εβδομάδες ή και μήνες που το παιδί μεγαλώνει αργά (και ο γονιός φοβάται ότι δεν μεγαλώνει καθόλου) εναλλάσσονται με σύντομες περιόδους ταχείας αύξησης του παιδιού, που συχνότερα παρατηρούνται τους ανοιξιάτικους ή καλοκαιρινούς μήνες.

Η εφηβεία αρχίζει φυσιολογικά στην ηλικία των 8-13 ετών στα κορίτσια και των 10-15 ετών στα αγόρια. Διαρκεί 2-5 χρόνια, συνοδεύεται από έντονους ρυθμούς αύξησης, ενώ παράλληλα ωριμάζουν τα χαρακτηριστικά του φύλου των παιδιών (εμφανίζεται τριχοφυΐα στις μασχάλες και στην περιοχή του εφηβαίου, αναπτύσσονται τα γεννητικά όργανα, αρχίζει η έμμηνος ρύση στα κορίτσια). Περίπου στην ηλικία των 15 ετών για τα κορίτσια και των 16-17 για τα αγόρια, η αύξηση που χαρακτηρίζει την εφηβεία ολοκληρώνεται.

Από τη βρεφική ηλικία το παιδί θα πρέπει να επισκέπτεται συχνά τον παιδίατρο και να καταγράφονται το βάρος του και το ύψος του σε ειδικούς πίνακες (καμπύλες σωματικής ανάπτυξης) που επιτρέπουν τη σύγκριση του βάρους και του ύψους του παιδιού με τα συνο-

μήλικα παιδιά και αποτελούν το πιο χρήσιμο εργαλείο για την έγκαιρη ανίχνευση διαταραχών στην αύξηση του παιδιού.

Οι περισσότεροι γονείς ανησυχούν συνήθως για το παιδί που είναι αδύνατο ή κοντό σε σχέση με τα συνομήλικα. Ωστόσο, το σημαντικότερο πρόβλημα της εποχής μας αποτελεί η παιδική παχυσαρκία, η εκδήλωση της οποίας παίρνει διαστάσεις επιδημίας. Οι γονείς καλό είναι να έχουν υπ' όψη τους ότι με τρία απλά βήματα βοηθούν το παιδί τους να μεγαλώσει φυσιολογικά και να διατηρήσει ικανοποιητικό βάρος: 1) αρκετές ώρες ύπνου, 2) ισορροπημένη διατροφή μέχρι την ολοκλήρωση της εφηβείας και 3) ικανοποιητική άσκηση.

2. Ψυχοκινητική ανάπτυξη

Τα στάδια της ψυχοκινητικής εξέλιξης του παιδιού πρέπει να εξετάζονται απαραίτητα από τη νεογνική μέχρι και τη σχολική ηλικία, ώστε να τεθεί έγκαιρα η διάγνωση τυχόν καθυστέρησης.

- 1 μηνός: προσηλώνει το βλέμμα, αρχίζει να παρακολουθεί.
- 2 μηνών: χαμογελά, παρακολουθεί αντικείμενα οριζόντια και κάθετα.
- 3 μηνών: παρακολουθεί άνετα κινούμενο αντικείμενο ή τα χέρια του, στηρίζει καλά το κεφάλι του, αναστηλώνει το κεφάλι του και το στήθος του σε πρηνή θέση, βγάζει φωνές, αντιδρά σε ήχους.
- 4 μηνών: πιάνει αντικείμενα και τα περνά από χέρι σε χέρι ή τα φέρνει στο στόμα του.
- 6 μηνών: γυρίζει από την πρηνή στην ύπτια θέση και αντίστροφα, κάθετα με υποστήριξη, αντιδρά στη φωνή της μητέρας του, γελά δυνατά.
- 9 μηνών: κάθετα καλά χωρίς στήριξη και διατηρεί την ισορροπία του, αρχίζει να αγκυρίζει, στέκεται όρθιο για λίγο, μιμείται ήχους και φωνές με προσπάθεια επικοινωνίας.
- 12 μηνών: στέκεται μόνο του χωρίς υποστήριξη, κάνει βήματα με υποστήριξη, καταλαβαίνει απλές λέξεις και οδηγίες, δείχνει με το δάκτυλο αντικείμενα, γυρίζει στο όνομά του, πίνει από ποτήρι.
- 15 μηνών: περπατά και σηκώνεται μόνο του, λέει 2 ή περισσότερες λέξεις, καταλαβαίνει και υπακούει σε εντολές.
- 18 μηνών: περπατά καλά, αρχίζει να τρέχει, ανεβαίνει σκαλοπάτια με βοήθεια, γυρίζει σελίδες, χρησιμοποιεί 20 και παραπάνω λέξεις και καταλαβαίνει πολύ περισσότερες.
- 2 χρονών: τρέχει, ανεβοκατεβαίνει σκάλα χρησιμοποιώντας το κάγκελο, σχηματίζει απλές φράσεις με συνδυασμό 2 λέξεων, μπορεί να φάει με κουτάλι και να πει νερό από ποτήρι σηκώνοντάς το από το τραπέζι.

Προτεινόμενη Βιβλιογραφία

- Baumann, T. (ed) (2007). *Atlas der Entwicklungsdiagnostik*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Behrman, R.E., Kleigman, R.M. & Jenson, H.B. (eds) (2004). *Nelson's Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Κανακούδη-Τσακαλίδου, Φ. & Κατζός, Γ. (2005). *Βασική Παιδιατρική*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

ΠΡΟΣΟΧΗ ΕΑΝ.....



Είναι 9 μηνών και δεν κάθεται



Είναι 18 μηνών και δεν περπατά



Είναι 2½ χρόνων και δεν ανεβο-κατεβαίνει σκάλες



Είναι 3 χρόνων και δεν κάνει ποδήλατο



Είναι 12 μηνών και δεν μπορεί να περάσει αντικείμενα από το ένα χέρι στο άλλο



Είναι 15 μηνών και δεν μπορεί να πιάσει με δείκτη και αντίχειρα



Είναι 18 μηνών και δεν μπορεί να κάνει πύργο με 3 κύβους



Είναι 3 χρόνων και δεν μπορεί να κόψει ένα κομμάτι χαρτί



Είναι 4 χρόνων και δεν μπορεί να αντιγράψει απλά γεωμετρικά σχήματα



Είναι 5 χρόνων και δεν μπορεί να δέσει τα κορδόνια του



Είναι 6 χρόνων και δεν γράφει «αναγνώσιμα»



Είναι 12 μηνών και δεν λέει καμιά λέξη

Είναι 2 χρόνων και δεν συνδυάζει 2 λέξεις σε πρόταση



Είναι 3 χρόνων και δεν κάνει καθαρές προτάσεις/δεν ενδιαφέρεται για ιστορίες-βιβλία



Είναι 6 μηνών και δεν χαμογελά



Είναι 18 μηνών και δεν χαιρετά



Είναι 3 χρόνων και δεν αυτοεξυπηρετείται



Είναι 3 χρόνων και δεν παίζει με άλλα παιδιά



Είναι 4 χρόνων και δεν «καθάρισε»



Είναι 7 χρόνων και δεν παίζει ομαδικά παιχνίδια

Εικόνα 1: Τι να προσέχει ο φροντιστής του παιδιού

ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Σταύρος Μπουφίδης

1. Εισαγωγή

Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού συμβαίνει παράλληλα με τη βιολογική και τη σωματική ανάπτυξη και συμμετέχει στη διαδικασία της κοινωνικοποίησης και αυτονομίας του ατόμου. Με τον όρο ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη νοείται η ανάπτυξη των νοητικών ικανοτήτων, η οργάνωση και η δόμηση της σκέψης και της προσωπικότητας που τείνουν προς εκείνη του ενήλικα. Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού αποτελεί μέρος του κύκλου της ζωής του ανθρώπου που στηρίζεται στην υπόθεση της επιγενετικής αρχής. Σύμφωνα με αυτήν, η αλληλοδιαδοχή των σταδίων ακολουθεί μια καθορισμένη σειρά και κάθε στάδιο θα πρέπει να περνιέται με επιτυχία προκειμένου να προχωρήσει η ανάπτυξη ομαλά. Η μελέτη της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού είναι έργο της εξελικτικής ψυχολογίας και αφορά διαφορετικά μεταξύ τους στοιχεία, όπως είναι η βιολογική ωριμότητα, οι ψυχολογικές ικανότητες, οι προσαρμοστικές τεχνικές, οι μηχανισμοί άμυνας, η κοινωνική συμπεριφορά, οι ρόλοι, και οι γνωσιακές λειτουργίες.

Η παιδική ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της ενήλικης προσωπικότητας. Η οργάνωση του ψυχισμού του βρέφους γίνεται σταδιακά μέσω της σχέσης που αναπτύσσει το βρέφος με τη μητέρα του και στη συνέχεια με τον πατέρα του και άλλα σημαντικά πρόσωπα που συμμετέχουν στη φροντίδα του. Η αλληλεπίδραση που αναπτύσσεται γίνεται εφικτή χάρη στις ικανότητες αντίληψης, μάθησης και επικοινωνίας που διαθέτει το βρέφος από πολύ νωρίς, οι οποίες εμπλουτίζονται με το πέρασμα των μηνών. Μέσω της αλληλεπίδρασης χτίζεται ένα σύστημα επικοινωνίας το οποίο επιτρέπει στους γονείς να αρχίσουν σιγά-σιγά να κατανοούν τις αντιδράσεις, τις επιθυμίες και τη συναισθηματική κατάσταση του μωρού τους και συγχρόνως να του μαθαίνουν νέες αντιδράσεις και σχήματα συμπεριφοράς.

Ο πρώτος χρόνος της ζωής θεωρείται σημαντικός για τη σχέση του παιδιού με τη μητέρα του και την έναρξη της συναλλαγής του με τον εξωτερικό κόσμο. Η ανάπτυξη της κινητικότητας, του λόγου και της ομιλίας επεκτείνουν τη σχέση του παιδιού και με τους δύο γονείς, θέτουν τα όρια απέναντί τους και το οδηγούν στην ανακάλυψη σημαντικών πτυχών της εξωτερικής πραγματικότητας. Σ' αυτήν, το παιδί καλείται να ενταχθεί ξεκινώντας τη φοίτησή του σε προσχολικές βαθμίδες εκπαίδευσης, έχοντας πλέον κατακτήσει τη διαφορετικότητα που του προσδίδει το φύλο του και οι αποκτημένες, έως τότε, ικανότητες.

Με την έναρξη της σχολικής ζωής, το παιδί είναι έτοιμο και διαθέσιμο να επενδύσει στη μάθηση, στην επεξεργασία και στην αξιοποίηση των γνώσεων. Η είσοδος στην εφηβεία οδηγεί το παιδί σε νέες αναζητήσεις και επιδιώξεις που αφορούν τόσο στην ίδια του την ύπαρξη, όσο και στη σχέση του με τους άλλους, γονείς και συνομηλίκους.

Πολλοί κορυφαίοι επιστήμονες μελέτησαν και διέκριναν τα στάδια και τις φάσεις της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού προσεγγίζοντάς την από ποικίλες οπτικές: της ψυχανάλυσης, των αντικειμενότροπων και διαπροσωπικών σχέσεων (Sigmund Freud, Klein, Mahler, Anna Freud, Bowlby, Erikson, Sullivan)· της γνωστικής ωρίμανσης (Piaget, Kohl-

berg)· της μάθησης της συμπεριφοράς και της κοινωνικής μάθησης (Skinner, Bandura)· αλλά και της ανθρωπιστικής άποψης για την ανάπτυξη του εαυτού (Maslow, Rogers). Σε γενικές γραμμές όλες οι προσεγγίσεις συμφωνούν ότι η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη αρχίζει με τη γέννηση του παιδιού και ολοκληρώνεται με το τέλος της εφηβείας. Κατά τη διάρκεια αυτής της ηλικιακής περιόδου διακρίνονται στάδια που το καθένα εκφράζεται στη συμπεριφορά και στις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού.

2. Ψυχαναλυτικές οπτικές: Ψυχοσεξουαλική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη (αντικειμενότητες και διαπροσωπικές σχέσεις)

2.1. Sigmund Freud

Ο Sigmund Freud πρώτος περιέγραψε πέντε φάσεις της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης του παιδιού: 1) τη στοματική, 2) την πρωκτική, 3) τη φαλλική, 4) την περίοδο της λανθάνουσας σεξουαλικότητας και 5) τη γεννητική φάση.

1) Στη *στοματική φάση* (γέννηση έως 1 έτος) το βρέφος βιώνει τη μεγαλύτερη ευχαρίστηση και ένταση από το στόμα, τα χείλη και τη γλώσσα. Συμπεριλαμβάνονται κυρίως δηκτικές και θηλαστικές δραστηριότητες μέσω των οποίων το μωρό εξερευνά τον κόσμο. Επαρκής ικανοποίηση ή αντίθετα ματαίωση των στοματικών αναγκών υποτίθεται πως έχει κάποια σχέση με μια αισιόδοξη ή αντίστοιχα απαισιόδοξη οπτική στην ενήλικη ζωή.

2) Η *πρωκτική φάση* αρχίζει στην ηλικία του ενός έτους και τελειώνει στα τρία έτη. Το παιδί αποκτά εθελούσιο έλεγχο των σφιγκτήρων και η κύρια πηγή ενδιαφέροντός του είναι ο πρωκτός και η γύρω περιοχή. Ό,τι αποβάλλεται θεωρείται πολύτιμο μέρος του εαυτού και από τη στάση των γονέων απέναντί του εξαρτάται η αυτοεκτίμηση και η ανάπτυξη αργότερα καταναγκαστικών ή επαναστατικών στοιχείων στην προσωπικότητα του ατόμου.

3) Μετά την πρωκτική φάση ακολουθεί η *φαλλική ή Οιδιπόδεις φάση* που διαρκεί ως τα πέντε έτη του παιδιού. Τα γεννητικά όργανα είναι η εστία του ενδιαφέροντος, των ερεθισμάτων και της διέγερσης του παιδιού. Το πέος είναι το όργανο που ενδιαφέρει και τα δύο φύλα και ο γεννητικός αυνανισμός είναι κοινό φαινόμενο. Τα παιδιά σε αυτή τη φάση βιώνουν το φόβο της απώλειας ή του τραυματισμού των γεννητικών οργάνων (άγχος ευνουχισμού) και τα κορίτσια αυτής της ηλικίας νιώθουν δυσχερησθέντα με τα γεννητικά όργανα που φέρουν και επιθυμούν την κατοχή ανδρικών γεννητικών οργάνων. Σ' αυτή τη φάση εμφανίζεται το Οιδιπόδειο σύμπλεγμα, ένα παγκόσμιο φαινόμενο, κατά το οποίο το παιδί επιθυμεί τη σεξουαλική σχέση και το γάμο με το γονέα του αντίθετου φύλου, επιθυμώντας ταυτόχρονα την απόσυρση του ομόφυλου γονέα. Αν και αυτή η φάση χαρακτηρίζεται από εγωκεντρικότητα (ναρκισσισμό), εντούτοις οι άλλοι αρχίζουν να διακρίνονται ως διακριτές οντότητες και να επενδύονται με έντονα συναισθήματα αγάπης αλλά και μίσους.

4) Λίγο πριν την τελική φάση, από την ηλικία των 5-6 χρονών έως την ηλικία των 11-12 χρονών, το παιδί βιώνει την περίοδο της *λανθάνουσας σεξουαλικότητας*. Οι σεξουαλικές ενορμήσεις ηρεμούν και το οιδιπόδειο λύεται. Το ενδιαφέρον προσανατολίζεται στις διαδικασίες της κοινωνικοποίησης και της εκπαίδευσης. Το Υπερεγώ, μία από τις τρεις ψυχικές δομές που τους σπόρους της βρίσκουμε στις απαγορεύσεις και την ενοχή που εμπλέκονται στο οιδιπόδειο, οδηγεί τώρα στη διαμόρφωση της ηθικής κρίσης και της συνείδησης. Οι άλλες δύο ψυχικές δομές είναι το Εγώ, μια ομάδα λειτουργιών που μεσολαβούν ανάμεσα στις ενορμήσεις και στον εξωτερικό κόσμο και αναπτύσσεται σταδιακά από στοιχειώδεις δομές, ήδη παρούσες από τη γέννηση, και το Εκείνο που ως δομή υπάρχει από τη στιγμή της γέννησης και είναι η δεξαμενή των σεξουαλικών και επιθετικών ενορμήσεων. Ο Freud

πίστευε ότι η επιτυχής επίλυση αυτών των φάσεων της παιδικής ηλικίας είναι θεμελιώδης για τη φυσιολογική λειτουργικότητα του ενήλικα.

Τρεις διάσημες ψυχαναλύτριες που ακολούθησαν τον δρόμο του Freud, η Melanie Klein, η Margaret Mahler και η κόρη του Άννα, αν και διαφοροποιήθηκαν η καθεμία με τον τρόπο της από εκείνον, όλες μελέτησαν την ανάπτυξη του παιδιού ως μια όλο και αυξανόμενη ικανότητα *αυτορρύθμισης του συναισθήματος*, ανακούφισης από το άγχος και *αυτονομίας*.

2.2. Melanie Klein

Η Melanie Klein μελέτησε το παιχνίδι των παιδιών και διέκρινε σε αυτά συμβολικές εκφράσεις πρώιμων ασυνείδητων συγκρούσεων και σχέσεων αντικειμένου, σχέσεων δηλαδή του βρέφους-νηπίου με πρόσωπα του περιβάλλοντός του, κυρίως τη μητέρα, μέσω των οποίων διαμορφώνει μια ξεχωριστή αίσθηση ταυτότητας.

Η Klein εντοπίζει φάσεις στην ανάπτυξη που θυμίζουν αρκετά τον Freud: *στοματική, πρωκτική και ουρηθρική σαδιστική φάση* κατά τις οποίες κυριαρχεί η *διχοτόμηση* των πλευρών του σώματος της μητέρας και του πατέρα σε «καλά» («ο ιδεώδης στοργικός μαστός») και «κακά» αντικείμενα («ο κακός διωκτικός μαστός», «το κακό πέος»). Από τη μια επιθυμεί να τα καταστρέψει (καταβροχθίζοντας, κόβοντας, αποβάλλοντας) και από την άλλη να τα απολαύσει. Το αναπτυξιακό κέρδος από την παρούσα φάση είναι η δυνατότητα διάκρισης του καλού από το κακό. Σταδιακά, οι φαντασιώσεις επεκτείνονται σε όλο το μητρικό σώμα που εμπεριέχει το πατρικό πέος.

Λόγω της έντονης όμως αμφιθυμίας, το σώμα της μητέρας γίνεται πηγή άγχους. Στην προσπάθεια ανακούφισης από το άγχος, το νήπιο *προβάλλει* το φθόνο που νιώθει σε μερικά ή ολικά αντικείμενα και πιστεύει ότι αυτά επιθυμούν την καταστροφή του (*παρανοειδής θέση*). Με το μερικό έλεγχο του άγχους, το βρέφος είναι πλέον σε θέση να μεταθέσει το ενδιαφέρον του από το σώμα στον έξω κόσμο. Σε αυτή τη φάση, αναπτύσσεται το εγώ και η ικανότητα διατήρησης εσωτερικά της εικόνας της μητέρας. Καθώς διαφοροποιείται από το σώμα της μητέρας, αντιλαμβάνεται τους δύο γονείς του ως δύο ξεχωριστές οντότητες που έρχονται σε συνουσία και νιώθει θυμό και ζήλια για το ζεύγος. Προβάλλει σε εκείνους τα καταστρεπτικά του συναισθήματα και *ενδοβάλλει* τις κακές μορφές των γονιών.

Η ενοχή και ο φόβος που αισθάνεται αιχλούθα γεννούν μέσα του την επιθυμία να διατηρήσει θετικά συναισθήματα για εκείνους, και να *επανορθώσει* αγαπώμενο και αγαπώντας (*καταθλιπτική θέση*). Ενισχύεται μέσα του η ιδεώδης εικόνα των γονιών και η ενόρμηση της λίμπιντο επικρατεί της επιθετικότητας. Σε αυτό το σημείο, η βασική ανάπτυξη ολοκληρώνεται, καθώς το καλό και το κακό συναρθρώνονται, τα ένστικτα αναστέλλονται και υποκαθίστανται από *σύμβολα*. Στη θεωρία της Klein βρίσκουμε σημαντικά στοιχεία για την ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας των ενηλίκων.

2.3. Margaret Mahler

Η Margaret Mahler επίσης μελέτησε τις σχέσεις αντικειμένου της πρώιμης παιδικής ηλικίας (από τη γέννηση ως την ηλικία των τριών ετών). Διακρίνει τη φυσιολογική *αυτιστική φάση* (γέννηση έως 4 εβδομάδες), όπου το βρέφος το μισό χρόνο κοιμάται και το μισό είναι ξύπνιο, με κύριο στόχο την επίτευξη της ομοιοστατικής ισορροπίας με το περιβάλλον. Τη φυσιολογική αυτιστική φάση ακολουθεί η φυσιολογική *συμβιωτική φάση* που κρατά έως τον τέταρτο με πέμπτο μήνα και έχει ως κύριο χαρακτηριστικά τη σχεδόν αδιάσπαστη ενότητα με τη μητέρα και παράλληλα την εμφάνιση του κοινωνικού χαμόγελου (2-4 μηνών). Η ανα-

πτυξιακή φάση που περιγράφεται ως «*αποχωρισμός-εξατομίκευση*» ξεκινάει τον τέταρτο ή πέμπτο μήνα της ζωής και ολοκληρώνεται στην ηλικία των τριών χρόνων. Κύρια χαρακτηριστικά της φάσης αυτής είναι το άγχος στην παρουσία των ξένων στο οποίο περιλαμβάνεται η περιέργεια αλλά και ο φόβος να εξερευνησει το περιβάλλον μέσω των αυξανόμενων κινητικών ικανοτήτων του. Καθώς απομακρύνεται φυσικά από τη μητέρα και αποκτά επίγνωση της ξεχωριστής υπόστασής του, πυροδοτείται το άγχος του αποχωρισμού (συνήθως πιο έντονο στην ηλικία των 16-24 μηνών). Η φάση της *επαναπροσέγγισης* προς τη μητέρα που ακολουθεί χαρακτηρίζεται από συνεργασία και τρυφερότητα. Η ανάπτυξη ολοκληρώνεται με την *εσωτερίκευση* μιας σταθερής εικόνας του αντικειμένου (της μητέρας) και τη σταθεροποίηση της αίσθησης ατομικής ταυτότητας (2-3 ετών).

2.4. Anna Freud

Η Anna Freud περιέγραψε πλευρές της φυσιολογικής ανάπτυξης των παιδιών και εστίασε κυρίως στο πώς τα παιδιά αντιμετωπίζουν τα προσαρμοστικά τους καθήκοντα κατά την πορεία τους από τη βιολογική ενότητα με τη μητέρα στη μήτρα και τη μακρά εξάρτηση από αυτήν μετά τη γέννηση στην ανεξάρτητη κίνηση, από το βρέξιμο του κρεβατιού προς τον έλεγχο της κύστης και από την ενασχόληση με τον εαυτό προς τη συντροφικότητα. Τα προαναφερθέντα στάδια αντιπροσωπεύουν τη μετακίνηση από το ανώριμο βρέφος προς το αναπτυγμένο παιδί.

2.5. John Bowlby

Ένας Βρετανός ψυχίατρος και ψυχαναλυτής, ο Bowlby, επηρεασμένος από μελέτες της ηθολογίας στις οποίες φάνηκε ότι τα ζώα γεννιούνται με την τάση να ακολουθήσουν ή να προσκολληθούν στην πρώτη φιγούρα που θα δουν (βλ. Lorenz με νεογέννητες πάπιες, Harlow με μικρές μαϊμούδες), διατύπωσε τη λεγόμενη θεωρία δεσμού ή προσκόλλησης. Σύμφωνα με αυτήν, και το ανθρώπινο μωρό γεννιέται με την τάση να αναπτύξει ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς με τους γονείς ή άλλα άτομα που το φροντίζουν, καθώς από εκείνους εξαρτάται η ικανοποίηση των βιολογικών και συναισθηματικών του αναγκών. Η ανάπτυξη του δεσμού περιγράφεται σε τέσσερα στάδια:

Φάση προ της προσκόλλησης. Το βρέφος προσανατολίζεται προς τους άλλους, ακόμη και ξένους, χωρίς διάκριση (γέννηση έως 8-12 μήνες).

Έναρξη προσκόλλησης. Από τους 3 ως τους 6-8 μήνες τα βρέφη δέχονται να πάνε στην αγκαλιά κάποιου ξένου αλλά ανταποκρίνονται επιλεκτικά και δείχνουν από τώρα την προτίμηση στους γονείς τους.

Φάση της κυρίως προσκόλλησης (6-8 μήνες έως 3 έτη). Τα μωρά έχοντας πια την ικανότητα να απομακρύνονται από τους γονείς, εξερευνούν διστακτικά το περιβάλλον τους αλλά φροντίζουν να διατηρούν φυσική εγγύτητα με τους γονείς και δείχνουν μεγάλη επιφύλαξη απέναντι σε ξένους.

Διαμόρφωση μιας στοχο-κατευθυνόμενης συνεργατικής σχέσης (3-4 έτη και έπειτα). Τα νήπια αντιλαμβάνονται σιγά-σιγά τους γονείς τους ως ξεχωριστές οντότητες με τους δικούς τους στόχους και επιθυμίες. Έτσι, προσαρμόζουν τις δικές τους συμπεριφορές και επιθυμίες σε αυτές των γονέων. Πέρα από τη συνεργασία, τα παιδιά μπορούν τώρα να αναπαραστήσουν και εσωτερικά τον δεσμό που έχουν με τους γονείς, θέτοντας τις βάσεις για πιο ώριμες σχέσεις και θέση στόχων στο μέλλον.

Ο Bowlby ωστόσο παρατήρησε ότι, ακόμη και μετά τη διαμόρφωση του δεσμού, εάν το παιδί αποχωριστεί τη μητέρα επί μακρόν, εκδηλώνει μια σειρά αντιδράσεων που χαρακτηρίζονται αρχικά από έντονη διαμαρτυρία, έπειτα από απόσυρση με απόγνωση, σταδι-

ακή ανάρρωση και τελικά συναισθηματική αποστασιοποίηση, όταν η μητέρα επιστρέφει. Το 1967 μια συνεργάτιδα του Bowlby, η Ainsworth, παρατήρησε παιδιά που αποχωρίζονταν για λίγα λεπτά τη μητέρα τους και αφήνονταν μόνα με ένα ξένο στο δωμάτιο (stranger situation). Όταν η μητέρα επέστρεφε, τα παιδιά έτειναν να αντιδρούν με τρεις τρόπους που θεωρήθηκαν ως τρεις διαφορετικοί τύποι προσκόλλησης: την ασφαλή προσκόλληση, την αγχώδη/αποφευκτική προσκόλληση και την αγχώδη/αμφιθυμική προσκόλληση. Αργότερα προστέθηκε ένας τέταρτος τύπος προσκόλλησης, η αποδιοργανωμένη προσκόλληση (Main & Solomon, 1985). Οι τρεις τελευταίοι τύποι είναι μη-ασφαλείς. Κατά την επιστροφή της μητέρας στο δωμάτιο, τα παιδιά με τον αποφευκτικό δεσμό μένουν θυμωμένα μακριά της, τα παιδιά με τον αμφιθυμικό δεσμό πλησιάζουν και απομακρύνονται, ενώ τα παιδιά με τον αποδιοργανωμένο τύπο επιδίδονται σε ασυνάρτητες, φοβισμένες και περίεργες εκδηλώσεις.

2.6. Eric Erikson

Ο Eric Erikson αποδεχόταν τη φροϋδική θεωρία για την παιδική ηλικία και τα πρώτα πέντε στάδια της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης που περιέγραψε έχουν μια σαφή αντιστοιχία με τα ψυχοσεξουαλικά στάδια του Freud. Συνοψίζονται ως εξής:

Στάδιο 1: *Βασική πίστη σε αντίθεση με δυσπιστία*. Το στάδιο αυτό αντιστοιχεί στο στοματοαισθητικό στάδιο. Ξεκινά με τη γέννηση και έχει διάρκεια ενός έτους. Η πίστη εκφράζεται στην ευκολία στη διατροφή, στο βάθος του ύπνου και στη χαλάρωση του εντέρου. Το βρέφος εξαρτάται από τη σταθερότητα και την ομοιογένεια της παρεχόμενης φροντίδας. Η έκφυση των οδόντων στην ηλικία των 6 μηνών και η δυνατότητα να δαγκώνει, μετακινούν το βρέφος από τη θέση του «δέχομαι» στη θέση του «παίρνω». Εάν η βασική πίστη είναι ισχυρή, το παιδί θα υιοθετήσει στη ζωή του αισιόδοξη στάση.

Στάδιο 2: *Αυτονομία σε αντίθεση με ντροπή* (1-3 ετών). Το στάδιο αυτό αντιστοιχεί στην πρωκτική φάση. Το παιδί μαθαίνει να περπατάει, να τρώει μόνο του και να μιλάει. Την περίοδο αυτή μαθαίνει να ελέγχει τους σφιγκτήρες του και έχει ανάγκη για εξωτερικό έλεγχο και σταθερότητα στα πρόσωπα που το φροντίζουν. Οι ανάγκες αυτές προηγούνται της ανάπτυξης της αυτονομίας. Η ντροπή παρατηρείται στο βρέφος που γνωρίζει την κατάσταση της αδυναμίας του. Η αυτεπίγνωση επιτυγχάνεται μετά από την υπερβολική έκθεσή του στις εμπειρίες του εξωτερικού κόσμου. Η αμφιβολία επίσης μπορεί να εμφανιστεί όταν οι γονείς είναι υπερβολικοί στο να κάνουν το παιδί τους να ντρέπεται ιδιαίτερα όταν χάνει τον έλεγχο των σφιγκτήρων του.

Στάδιο 3: *Πρωτοβουλία σε αντίθεση με ενοχή* (3-5 ετών). Η πρωτοβουλία εμφανίζεται μαζί με το καθήκον για κινητική και διανοητική δραστηριότητα και αντιστοιχεί στην κινητική-γεννητική φάση. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου υπάρχει έντονη επιθυμία του παιδιού να μιμηθεί τον κόσμο των ενηλίκων και η ταύτιση του παιδιού με κοινωνικούς ρόλους οδηγεί στη λύση του Οιδιπόδειου συμπλέγματος. Ο ανταγωνισμός ανάμεσα στα αδέρφια είναι συνήθης και η ενοχή που εμφανίζεται και συσχετίζεται συνήθως με την επιθετικότητα είναι διάχυτη.

Στάδιο 4: *Φιλοπονία σε αντίθεση με κατωτερότητα* (3-11 ετών). Το στάδιο αυτό αντιστοιχεί στην περίοδο της λανθάνουσας σεξουαλικότητας και το παιδί απασχολείται με το να κατασκευάζει, να δημιουργεί και να ολοκληρώνει στόχους. Η περίοδος αυτή είναι πολύ σημαντική για την κοινωνικότητά του και υπάρχει ο κίνδυνος της εμφάνισης αισθήματος ανεπάρκειας και κατωτερότητας, εάν απογοητευθεί από τις ικανότητές του και τη θέση του ανάμεσα στους συνομηλίκους του.

Στάδιο 5: *Ταυτότητα σε αντίθεση με τη διάχυση ρόλων* (11 ετών μέχρι το τέλος της εφηβείας). Είναι μία ιδιαίτερα δυναμική περίοδος με κύρια χαρακτηριστικά τον αγώνα για την ανάπτυξη της ταυτότητας του Εγώ, την ενασχόληση με την εμφάνιση και τη λατρεία ηρώων, τη σύγχυση ρόλων (σεξουαλική και επαγγελματική ταυτότητα) και την ένταξη στην ομάδα συνομήλικων. Είναι επίσης η περίοδος ανάμεσα στην ηθική της παιδικής του ηλικίας και στο ήθος που πρέπει να αναπτύξει ως ενήλικας.

Ο Erikson επίσης πρόσθεσε τρία ακόμη στάδια: τη *συντροφικότητα*, τη *γεννητικότητα* και την *ολοκλήρωση*, τα οποία εκτείνονται και πέρα από την πρώιμη ενήλικη ζωή και συμπεριλαμβάνουν το γήρας. Αυτά τα οκτώ στάδια έχουν και θετικές και αρνητικές πλευρές. Κάθε στάδιο έχει δύο πιθανές εκβάσεις: μία θετική ή υγιή και μία άλλη αρνητική ή νοσηρή. Τα περισσότερα άτομα δεν επιτυγχάνουν μία απολύτως θετική έκβαση στο κάθε στάδιο, άλλα μάλλον πλησιάζουν περισσότερο προς το θετικό παρά προς τον αρνητικό πόλο.

2.7. Harry Stack Sullivan

Έμφαση στην ανάπτυξη του εαυτού σε σχέση με τις αντιδράσεις ενός «σημαντικού άλλου» έδωσε ο Αμερικανός ψυχίατρος και ψυχαναλυτής Harry Stack Sullivan. Αντίθετα με τον Freud, ο Sullivan μίλησε περισσότερο για τις αναπτυξιακές προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο έφηβος παρά για την πρώιμη ανάπτυξη του παιδιού. Περιέγραψε επτά περιόδους στην εξέλιξη του παιδιού: α) *βρεφική ηλικία* (γέννηση-1 έτος), β) *παιδική ηλικία* (1-5 έτη) με κύριο χαρακτηριστικό την ανάπτυξη του λόγου και τη βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας, γ) *ύστερη παιδική ηλικία* (6-8 έτη), κατά την οποίαν γεννάται η ανάγκη για συντρόφους στο παιχνίδι και ξεκινά η υγιής κοινωνικοποίηση. δ) *Προ-εφηβεία* (9-12 έτη), οπότε το παιδί συνδέεται στενά με ένα ομόφυλο συνήθως παιδί, νιώθει άξιο εκτίμησης και αγάπης και προετοιμάζεται για άλλες στενές σχέσεις στην ύστερη εφηβεία και την ενήλικη ζωή. ε) *Πρώιμη εφηβεία* (13-17 έτη): το ενδιαφέρον για φιλία μετατίθεται στην ανάγκη για σεξουαλική έκφραση και αποδοχή από άτομα του άλλου φύλου. στ) *Υστερη εφηβεία* (18 έως 22-23 έτη): τώρα η ανάγκη για συντροφικότητα και η σεξουαλική έλξη συνδυάζονται μεταξύ τους και πολλοί νέοι επιχειρούν την πρώτη μακροχρόνια ερωτική σχέση. Οι συγκρούσεις με τους γονείς γι αυτοδιάθεση και αυτο-έκφραση είναι κοινές. ζ) *Ενήλικη ζωή* (23 έτη και άνω) κατά την οποίαν, εάν ο έφηβος έχει διαπραγματευθεί επιτυχώς τους στόχους των προηγούμενων φάσεων, προχωρά στο κτίσιμο της καριέρας του και την οικονομική ανεξαρτησία και τη δημιουργία στενών δεσμών ή και οικογένειας.

3. Μελέτη της γνωστικής ανάπτυξης

Η μελέτη του κύκλου της ζωής και της ψυχосоυναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού επηρεάστηκε ιδιαίτερα από το έργο του **Jean Piaget**. Ο Piaget επικεντρώθηκε στο πώς σκέπτονται και αποκτούν γνώσεις τα παιδιά και οι έφηβοι. Ο Piaget ονόμασε τη θεωρία του γενετική επιστημολογία και βάση των θεωριών του ήταν η άμεση παρατήρηση παιδιών και οι ερωτήσεις στα παιδιά γύρω από τη σκέψη τους. Ο Piaget εστίασε κυρίως στο πώς τα παιδιά φθάνουν στην απάντησή τους και λιγότερο στο αν απαντούν σωστά, αφού θεωρούσε ότι η νοημοσύνη είναι επέκταση της βιολογικής προσαρμογής και έχει λογική δομή.

Η γνωσιακή οργάνωση είναι η διεργασία μάθησης και γνώσης και στηρίζεται κυρίως στις διαδικασίες της αφομοίωσης και της προσαρμογής. *Αφομοίωση* είναι η διαδικασία μέσω της οποίας ο οργανισμός ενσωματώνει εμπειρίες σε ήδη υπάρχοντα σχήματα, δηλαδή σε οργανωμένες ομάδες γνώσεων που διαθέτει. *Προσαρμογή* είναι η διαδικασία τροποποίησης

των ήδη υπαρχόντων σχημάτων, ώστε το άτομο να μπορεί να ανταποκριθεί σε νέες απαιτήσεις που του θέτει το περιβάλλον του.

Η οργάνωση εμφανίζεται με τέσσερα στάδια που οδηγούν στην ικανότητα για ενήλικη σκέψη:

1) Το *αισθητικοκινητικό στάδιο*, όπου τα βρέφη αρχίζουν να μαθαίνουν παρατηρώντας με τις αισθήσεις και αποκτούν έλεγχο των κινητικών τους λειτουργιών μέσω της δραστηριότητας, της εξερεύνησης και του κατάλληλου χειρισμού του περιβάλλοντος· διαρκεί από τη γέννηση ως την ηλικία του 1 έτους.

2) Το *στάδιο της προ-ενεργητικής σκέψης* (2-7 ετών), όπου το παιδί χρησιμοποιεί τα σύμβολα και τη γλώσσα πιο πολύ από ότι στο προηγούμενο στάδιο. Η προ-ενεργητική σκέψη είναι στο μέσο μεταξύ της σκέψης του κοινωνικοποιημένου ενηλίκου και του αυτιστικού Φρουϊδικού ασυνείδητου. Το παιδί αυτή την περίοδο γίνεται εγωκεντρικό και αναπτύσσει επίσης ανιμιστική σκέψη¹.

3) Το *στάδιο των συγκεκριμένων ενεργειών* (7-11 ετών) χαρακτηρίζεται από την ενεργητική σκέψη που έχει αντικαταστήσει την εγωκεντρική σκέψη της προηγούμενης περιόδου. Τώρα εμφανίζεται η συλλογιστική λογική και οι ικανότητες της *διατήρησης* και της *αναστρεψιμότητας*. Διατήρηση είναι η ικανότητα του παιδιού να αναγνωρίζει ότι, αν και το σχήμα και η φόρμα των αντικειμένων μπορεί να αλλάζει, παρ' όλ' αυτά, τα αντικείμενα συγκρατούν ή διατηρούν άλλα χαρακτηριστικά τα οποία τους επιτρέπουν να αναγνωρίζονται ως ίδια. Αναστρεψιμότητα είναι η ικανότητα κατανόησης της σχέσης μεταξύ δύο πραγμάτων, δηλ. η κατανόηση ότι το ένα πράγμα μπορεί να μετατραπεί στο άλλο και τανάπαλιν.

4) Το *στάδιο των τυπικών ενεργειών* (11 ετών έως το τέλος της εφηβείας). Χαρακτηρίζεται από την ικανότητα του νεαρού ατόμου να σκέπτεται αφηρημένα, υποθετικά και αναγωγικά, όπως και να προσδιορίζει έννοιες.

Ο Piaget θεωρούσε ότι όσο πιο πλούσιο, σύνθετο και ποικίλο είναι το περιβάλλον, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να επιτευχθεί υψηλότερο επίπεδο νοητικής λειτουργίας. Οι θεωρίες του Piaget έχουν περισσότερο εφαρμοστεί στην εκπαίδευση και την εξελικτική ψυχολογία παρά στην ψυχιατρική. Ενδεικτικά, επηρεασμένος από το έργο του Piaget, ο **Lawrence Kohlberg** διαμόρφωσε θεωρίες σχετικά με την ανάπτυξη σε στάδια της ηθικής κρίσης στα παιδιά (1958) και για την καλλιέργεια της ταυτότητας του ρόλου του φύλου (1966).

4. Η οπτική της μάθησης συμπεριφοράς

Μεγάλη είναι η συνεισφορά των μελετητών της μάθησης στην κατανόηση της διαμόρφωσης της συμπεριφοράς και των στόχων των παιδιών. Τα μοντέλα της κλασικής (**Pavlov**) και της συντελεστικής μάθησης (**Skinner**) δίνουν χρήσιμες πληροφορίες για τις αντιδράσεις που αποκτούν τα παιδιά σε ερεθίσματα του περιβάλλοντός τους καθώς αναπτύσσονται. Για παράδειγμα, η αξία της θετικής ενίσχυσης με τη μορφή της επιβράβευσης στην κατάνκτηση νέων γνώσεων και συμπεριφορών από ένα παιδί είναι αδιαμφισβήτητη.

Ο **Bandura** είναι όμως αυτός που τοποθέτησε τη συμπεριφορά στο κοινωνικό της πλαίσιο: μίλησε για τη μάθηση μέσω μίμησης προτύπου και παρατήρησης και την ανάπτυξη της ικανότητας για παροχή εσωτερικής ενίσχυσης που επιτρέπει την επιμονή για την επίτευξη ενός στόχου. Τα παιδιά μαθαίνοντας νέες συμπεριφορές είναι σε θέση να διαμορφώνουν προσδοκίες, να αξιολογούν την προσπάθειά τους και να πλησιάζουν μέσω της αυτοδιόρθωσης.

¹ Ανιμιστική σκέψη: απόδοση ψυχικών ιδιοτήτων σε άψυχα αντικείμενα.

σης περισσότερο τον στόχο τους. Κατ' αυτόν τον τρόπο, ενισχύουν ολοένα την αυτο-αποτελεσματικότητά τους, την πεποίθηση δηλαδή ότι οι προσπάθειές τους μπορούν να έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα.

5. Η ανθρωπιστική προσέγγιση στην ανάπτυξη

Στα πλαίσια της συζήτησης για την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού αξίζει μια αναφορά στο έργο του **Maslow** και του **Rogers**, των πιο γνωστών εκπροσώπων της ανθρωπιστικής προσέγγισης στην ανάπτυξη της προσωπικότητας. Ο πρώτος είναι πολύ γνωστός για την εισαγωγή της έννοιας της αυτο-πραγμάτωσης που ενώ είναι η κορυφαία αναπτυξιακή εμπειρία δεν απαιτεί την πλήρη ικανοποίηση των αναγκών του αναπτυσσόμενου ανθρώπου. Αυτές έχουν καταταχθεί από τον Maslow σε μια ιεραρχική κλίμακα. Ικανή αλλά όχι πάντα αναγκαία προϋπόθεση για την ικανοποίηση των ανώτερων αναγκών είναι η εκπλήρωση των υποκείμενων αναγκών. Το παιδί χρειάζεται να καλυφθούν διαδοχικά: οι βιολογικές του ανάγκες · η ανάγκη του να νιώσει ασφαλές· η ανάπτυξη του αισθήματος ότι ανήκει σε μια κοινότητα και ότι αγαπιέται, πάνω στο οποίο θα βασιστεί ακόλουθα η πίστη στις δυνατότητές του. Στην κορωνίδα της ιεραρχίας των αναγκών βρίσκεται η ανάγκη για *αυτοπραγμάτωση*, που σημαίνει το αίσθημα ωρίμανσης και πλήρωσης των δυνατοτήτων του.

Ο **Rogers** μίλησε για τη σημασία που έχει για την ανάπτυξη ενός γνήσιου και διαφοροποιημένου εαυτού στο παιδί η *άνευ όρων αποδοχή* της αξίας του από το περιβάλλον του. Αντίθετα, η διαμόρφωση συγκεκριμένων όρων που, αν πληρούνται, και μόνον τότε, το παιδί αισθάνεται πως αξίζει την αγάπη και τον σεβασμό, μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την ψυχική ισορροπία ενός παιδιού και του μελλοντικού ενήλικα.

Οι θεωρίες στις οποίες αναφερθήκαμε αλληλεπικαλύπτονται σε κάποια σημεία ή αλληλοσυμπληρώνονται σε άλλα. Ωστόσο, είναι όλες χρήσιμες για την κατανόηση της αρχής της ζωής ενός ανθρώπου, της παιδικής ηλικίας. Άλλωστε, όπως ο Freud έχει πει: «Το παιδί είναι ο πατέρας του ανθρώπου».

Σχετική Βιβλιογραφία

- Beck, L.E. (1994). *Infants and children. Prenatal through middle childhood*. Boston: Allyn & Bacon.
- Bee, H. (1998). *Lifespan development*. Longman.
- Cole, M. & Cole, S.R. (2001). *Η ανάπτυξη των παιδιών, Τόμος Β'* (επιμέλεια: Μπαμπλέκου, Ζ.). Αθήνα: τυπωθήτω.
- Harwood, R., Miller, S.A. & Vasta, R. (2008). *Child psychology: Development in a changing society*. John Wiley & Sons.
- Jolley, J.M. & Mitchell, M.L. (1996). *Lifespan Development: A topical approach*. Brown & Benchmark Publishers.
- Messe, D. & Miller, S. (1999). *Exploring Developmental Psychology: From infancy to adolescence*. London: Arnold.
- Μπόλμπυ, Τζ. (1995). *Δημιουργία και διακοπή των συναισθηματικών δεσμών*. Αθήνα: Εκδ. Καστανιώτη.
- Σηγκάλ, Χ. (2001). *Εισαγωγή στο έργο της Μέλανι Κλάιν*. Αθήνα: Εκδ. Καστανιώτη.
- Wolman, B.B. (1982). *Handbook of Developmental Psychology*. Prentice-Hall.

ΠΟΤΕ ΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΘΕΤΟΥΝ ΥΠΟΝΟΙΕΣ ΓΙΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ - ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Δημήτριος Ι. Τσίπτσιος

1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, αν υπήρχε η δυνατότητα συνεχούς παρακολούθησης της σωματικής και της ψυχοδιανοητικής ανάπτυξης τριάντα μαθητών -οι οποίοι αποτελούν ένα συνηθισμένο σχολικό τμήμα- από τη στιγμή της εισόδου τους στην αρχική σχολική τάξη, δηλαδή στο νηπιαγωγείο, μέχρι τη στιγμή της αποφοίτησής τους από την τελευταία τάξη του λυκείου, θα διαπιστωνόταν το εξής: Ότι, στα δεκατρία με δεκατέσσερα χρόνια που διαρκεί συνολικά η φοίτησή τους στην πρωτοβάθμια και στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, θα εμφάνιζαν ποικίλες μορφές διαταραχών. Ειδικότερα, θα παρουσίαζαν:

1. τουλάχιστον τέσσερις μαθητές σοβαρή διαταραχή όρασης,
2. ένας μαθητής σοβαρή διαταραχή ακοής,
3. δύο μαθητές διαταραχές σκέψης, συμπεριφοράς ή συναισθήματος,
4. τουλάχιστον ένας μαθητής μαθησιακές διαταραχές,
5. ένας μαθητής κινητική ή ορθοπεδική διαταραχή,
6. ένας μαθητής επιληπτική κρίση και, τέλος,
7. ένας μαθητής κάποιο χρόνιο παιδιατρικό νόσημα.

Από τα παραπάνω προκύπτει πως τουλάχιστον έντεκα από τους τριάντα μαθητές ενός συνηθισμένου σχολικού τμήματος -δηλαδή ποσοστό μεγαλύτερο του ενός τρίτου των μαθητών της τάξης- κατά τη διάρκεια της φοίτησής τους στην πρωτοβάθμια και στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, θα παρουσιάσουν κάποια διαταραχή της σωματικής ή της ψυχοδιανοητικής ανάπτυξης.

Η καθυστερημένη διάγνωση μιας υποκείμενης σωματικής ή ψυχοδιανοητικής παθολογίας σε ένα παιδί προσχολικής ή σχολικής ηλικίας αποτελεί τροχοπέδη στην έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και, παραπέρα, στη βέλτιστη δυνατή αποκατάσταση της υπολειμματικής λειτουργίας. Εξάλλου, όπως είναι γνωστό, η έγκαιρη διάγνωση και η πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση αποτελούν αρμοδιότητα των ιατρικών και των συναφών ειδικοτήτων. Συνεπώς, κάθε σχολείο θα έπρεπε να διαθέτει παιδίατρο, παιδοψυχίατρο, παιδοψυχολόγο, παιδονευρολόγο, οφθαλμίατρο και λογοπαθολόγο, ο ρόλος των οποίων θα ήταν η πρώιμη διάγνωση της ειδικής διαταραχής κάποιου μαθητή. Επίσης, κάθε σχολείο θα έπρεπε να διαθέτει δάσκαλο ειδικής αγωγής, διατροφολόγο, φυσιοθεραπευτή, εξειδικευμένο καθηγητή ηλεκτρονικών υπολογιστών για άτομα με ειδικές αναπηρίες και εξειδικευμένο τεχνικό στη χρήση και στην επιδιόρθωση συσκευών ατόμων με ειδικές αναπηρίες, ο ρόλος των οποίων θα ήταν η κατάλληλη παρέμβαση, ανάλογα με την ειδική αναπηρία του μαθητή. Ωστόσο, τέτοιο «ιδανικό» σχολείο απουσιάζει από την ελληνική πραγματικότητα και είναι σπάνιο παγκοσμίως.

Αντίθετα, το «πραγματικό» σχολείο της ελληνικής επικράτειας διαθέτει νηπιαγωγούς, εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και, τα τελευταία μόλις χρόνια και όχι ακόμη σε όλα τα σχολεία, εκπαιδευτικό ειδικής αγωγής. Αλλά και πέρα από αυτό, σε αρκετές περιπτώσεις, είτε λόγω ανεπάρκειας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είτε εξαιτίας της λανθασμένης αντίληψης του οικογενειακού περιβάλλοντος σχετικά με τον κοινωνικό αντίκτυπο της υποκείμενης διαταραχής του τέκνου τους, τα παιδιά δεν προσέρχονται ή προσέρχονται καθυστερημένα στους κατάλληλους θεραπευτές. Απόρροια των προαναφερθέντων αποτελεί η διάγνωση των διαταραχών σε προχωρημένη ηλικία, πράγμα που έχει ως συνακόλουθο αποτέλεσμα την περιορισμένη θεραπευτική βελτίωση των δεξιοτήτων των παιδιών με ειδικές διαταραχές.

Θα πρέπει, εν τούτοις, να επισημανθεί ότι, στις περισσότερες περιπτώσεις, τόσο ο νηπιαγωγός όσο και ο εκπαιδευτικός της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης μπορούν να συμβάλλουν καθοριστικά στην πρώιμη αναγνώριση της υποκείμενης παθολογίας και στην παραπομπή του παιδιού στον κατάλληλο θεραπευτή.

Το άρθρο αυτό δεν αποβλέπει στη λεπτομερή ανάλυση της αιτιολογίας, της παθογένειας, της παθοφυσιολογίας και της θεραπευτικής προσέγγισης των ποικίλων παιδιατρικών νοσημάτων. Έχει ως στόχο την παρουσίαση εύχρηστων, διεθνώς εφαρμοζόμενων αλγορίθμων, οι οποίοι απευθύνονται σε νηπιαγωγούς και σε εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, και οι οποίοι παρέχουν τη δυνατότητα έγκαιρης αναγνώρισης, εντός του σχολικού περιβάλλοντος, κάποιας πιθανής υποκείμενης σωματικής ή ψυχοδιαγνωστικής παθολογίας σε παιδιά προσχολικής ή σχολικής ηλικίας.

Ειδικότερα, παρουσιάζεται το «Πρωτόκολλο έγκαιρης αναγνώρισης υποκείμενης σωματικής ή ψυχοδιαγνωστικής παθολογίας σε παιδιά σχολικής ή προσχολικής ηλικίας», το οποίο συνοδεύεται από τον αλγόριθμο κατάλληλης παρέμβασης, ανάλογα με τη διαταραχή που ενδέχεται να παρουσιάσει κάποιος μαθητής.

Πιο συγκεκριμένα, προηγείται γενική επισκόπηση του πρωτοκόλλου και ακολουθεί αποτύπωση του πρωτοκόλλου σε πίνακες, οι οποίοι και θα συζητώνται.

2. Πρωτόκολλο έγκαιρης αναγνώρισης πιθανής υποκείμενης σωματικής ή ψυχοδιαγνωστικής παθολογίας σε παιδιά σχολικής ή προσχολικής ηλικίας

2.1. Γενική επισκόπηση

Το πρωτόκολλο αποσκοπεί στην έγκαιρη αναγνώριση:

1. Διαταραχών όρασης, ακοής, επικοινωνίας και γλώσσας,
2. κινητικών και νευρολογικών διαταραχών,
3. διαταραχών σκέψης, συμπεριφοράς, συναισθήματος και κοινωνικοποίησης,
4. μαθησιακών διαταραχών,
5. αναπτυξιακών διαταραχών,
6. χρόνιων παιδιατρικών νοσημάτων και, τέλος,
7. μετατραυματικών διαταραχών¹.

¹ Διαταραχές οι οποίες μπορεί να εμφανιστούν έπειτα από κάποιο σοβαρό σωματικό ή ψυχικό τραύμα.

Εξάλλου, σε σχέση με το εν λόγω πρωτόκολλο, σκόπιμο κρίνεται να σημειωθούν και τα εξής:

1. Βασίζεται σε συναφή, επιστημονικά τεκμηριωμένα πρωτόκολλα που εφαρμόζονται, για πολλές δεκαετίες, στο εκπαιδευτικό σύστημα άλλων χωρών και καλύπτει όλο το εύρος των παθολογικών συμπεριφορών που είναι πιθανό να παρατηρηθούν σε ένα παιδί προσχολικής ή σχολικής ηλικίας. Ωστόσο, δεν απευθύνεται σε ιατρούς, αλλά σε εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Άρα, δεν αποσκοπεί στην ακριβή διάγνωση μιας νόσου, αλλά στην αναγνώριση μιας πιθανής υποκείμενης παθολογικής συμπεριφοράς.

2. Είναι ευκολόχρηστο, καθώς ο εκπαιδευτικός καλείται να απαντήσει στο σύνολο των ερωτήσεων του πρωτοκόλλου είτε με «ναι» είτε με «όχι». Τούτο έχει ως αποτέλεσμα και τη μείωση του χρόνου που απαιτείται για τη συμπλήρωση του πρωτοκόλλου. Ο χρόνος αυτός υπολογίζεται σε τριάντα λεπτά της ώρας, περίπου.

3. Περιλαμβάνει ερωτήσεις που απευθύνονται και προς τους γονείς των μαθητών. Έτσι, μπορεί να συνεκτιμηθεί κατά πόσο μια παθολογική συμπεριφορά, που εκδηλώνεται εντός του σχολικού περιβάλλοντος, παρουσιάζεται και εκτός αυτού.

4. Διευκολύνει την παρακολούθηση της σωματικής και της ψυχοδιανοητικής ανάπτυξης των μαθητών. Για το σκοπό αυτό προτείνεται η συμπλήρωση του πρωτοκόλλου δύο φορές ετησίως, στη μέση και στο τέλος της σχολικής χρονιάς, και η αρχειοθέτηση των απαντήσεων, ώστε να μπορεί να διαπιστωθεί αν ένας μαθητής αναπτύσσεται φυσιολογικά ή αν επέρχεται κάποια μεταβολή στην ανάπτυξή του.

5. Ολοκληρώνεται, όπως αναφέρθηκε, με την παράθεση απλών, πρώιμων παρεμβάσεων ανάλογα με την υποκείμενη παθολογία.

2.2. Αποτύπωση σε πίνακες του πρωτοκόλλου έγκαιρης αναγνώρισης υποκείμενης σωματικής ή ψυχοδιανοητικής παθολογίας σε παιδιά σχολικής ή προσχολικής ηλικίας σε πίνακες

2.2.1. Διευκρινίσεις

Στους πίνακες που ακολουθούν αποτυπώνεται, σε πλήρη ανάπτυξη, το «Πρωτόκολλο έγκαιρης αναγνώρισης υποκείμενης σωματικής ή ψυχοδιανοητικής παθολογίας σε παιδιά σχολικής ή προσχολικής ηλικίας». Ειδικότερα:

Ενότητα Ι: Στους πίνακες της πρώτης ενότητας αναφέρονται οι παθολογικές συμπεριφορές, οι οποίες, βάσει ιατρικών δεδομένων, είναι ενδεικτικές πιθανής υποκείμενης διαταραχής της σωματικής ή της ψυχοδιανοητικής ανάπτυξης.

Στην επικεφαλίδα κάθε πίνακα σημειώνονται τα ατομικά στοιχεία του μαθητή ή της μαθήτριας. Στη συνέχεια, αναγράφονται, στο αριστερό τμήμα κάθε πίνακα, οι απλές ερωτήσεις στις οποίες καλείται να απαντήσει ο εκπαιδευτικός και οι οποίες αφορούν τη συμπεριφορά του μαθητή ή της μαθήτριας εντός της τάξης και του προαυλίου. Εξάλλου, στο δεξιό τμήμα κάθε πίνακα, σημειώνονται οι απαντήσεις του εκπαιδευτικού, οι οποίες συνίστανται σε ένα απλό «ναι» ή «όχι». Στους περισσότερους από τους πίνακες της παρούσας ενότητας περιλαμβάνονται επιπρόσθετες ερωτήσεις οι οποίες απευθύνονται στους γονείς του μαθητή ή της μαθήτριας. Και σε αυτή την περίπτωση, οι απαντήσεις είναι μονολεκτικές: «ναι» ή «όχι».

Κάθε καταφατική απάντηση αξιολογείται ως αποκλίνουσα από το φυσιολογικό, ενώ κάθε αρνητική απάντηση κρίνεται ως ενδεικτική φυσιολογικής σωματικής ή ψυχοδιανοητικής ανάπτυξης, ανάλογα με τη θεματολογία του κάθε πίνακα.

Αξιζει να σημειωθεί πως δεν υπάρχει κάποιος προαπαιτούμενος αριθμός καταφατικών απαντήσεων, ώστε να δημιουργηθεί η υπόνοια για πιθανή παθολογική συμπεριφορά. Και τούτο γιατί ακόμη και μια θετική απάντηση δεν αποκλείεται να είναι ενδεικτική υποκείμενης παθολογίας. Πάντως, όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των καταφατικών απαντήσεων τόσο περισσότερο ενισχύεται και η πιθανότητα υποκείμενης διαταραχής.

Ο εκπαιδευτικός ή ο γονέας, σε ορισμένες ερωτήσεις, καλείται να συγκρίνει τη συμπεριφορά του μαθητή ή της μαθήτριας με την αντίστοιχη συμπεριφορά των συνομηλίκων του και, γενικότερα, με την επιστημονικά αποδεκτή συμπεριφορά για την κάθε ηλικία. Με τον τρόπο αυτό, διευκολύνεται η συμπλήρωση του πρωτοκόλλου, καθώς διακρίνεται, αντικειμενικά, η «φυσιολογική» από την «παθολογική» συμπεριφορά.

Επιβάλλεται, ακόμη, να επισημανθεί ότι η προσαρμογή ενός διεθνώς εφαρμοζόμενου πρωτοκόλλου στην ελληνική πραγματικότητα, ενισχύει την αξιοπιστία της κρίσης των εκπαιδευτικών που πιθανολογούν ως παθολογική ορισμένη συμπεριφορά μαθητή ή μαθήτριας. Ας μην ξεχνούμε πως συχνά η κρίση του εκπαιδευτικού –που δεν αποκλείεται να αποδειχτεί ορθή στη συνέχεια– αντιμετωπίζεται με ιδιαίτερη καχυποψία από τον γονέα του μαθητή ή της μαθήτριας, καθώς αμφισβητείται το γνωστικό τους υπόβαθρο σε θέματα υγείας. Ωστόσο, η χρήση ενός επιστημονικά τεκμηριωμένου και διεθνώς αποδεκτού πρωτοκόλλου, ασφαλώς, και θα αίρει τις αναστολές των γονέων, σχετικά με την επιστημοσύνη των εκπαιδευτικών σε ιατρικά θέματα.

Τέλος, ας σημειωθεί ότι στόχο των πινάκων της πρώτης ενότητας αποτελεί η υπόδειξη πιθανής υποκείμενης παθολογικής συμπεριφοράς και η επακόλουθη παραπομπή του μαθητή ή της μαθήτριας, που παρουσιάζει τη συγκεκριμένη διαταραχή, στον κατάλληλο θεραπευτή. Ωστόσο, ο ρόλος του εκπαιδευτικού περιορίζεται στη συμπλήρωση του πρωτοκόλλου. Κι αυτό γιατί ο εκπαιδευτικός δεν μπορεί νομικά, παρακάνοντας το γονέα, να παραπέμψει το μαθητή ή τη μαθήτρια στον αρμόδιο ιατρό. Συνεπώς, ο σκοπός του πρωτοκόλλου επιτυγχάνεται μόνο με τη συνεργασία εκπαιδευτικών και γονέων των μαθητών. Στην αντίθετη περίπτωση, είναι πολύ πιθανό η ειδική διαταραχή του μαθητή ή της μαθήτριας να γίνει αντιληπτή καθυστερημένα, και μάλιστα σε ηλικία που ακόμη και η αριότερη θεραπευτική παρέμβαση δεν θα μπορεί να προσφέρει παρά ελάχιστη βελτίωση.

Στην επιθυμητή περίπτωση, όπου με κοινή συμφωνία εκπαιδευτικού και γονέα θα παραπέμπεται ο μαθητής ή η μαθήτρια, με την πιθανή παθολογική συμπεριφορά, στον κατάλληλο ιατρό, ο τελευταίος είναι αυτός που θα θέτει την τελική διάγνωση: Θα επιβεβαιώνει, δηλαδή, ή θα απορρίπτει την παρατήρηση του εκπαιδευτικού ή του γονέα.

Βέβαια, είναι πολύ πιθανό ο ειδικός ιατρός να διαπιστώσει, τελικά, ότι το παιδί δεν παρουσιάζει κάποια διαταραχή. Τούτο, όμως, δεν πρέπει να καθιστά τον εκπαιδευτικό διαστακτικό στην ενημέρωση των γονέων, όταν, με βάση το πρωτόκολλο πιθανολογεί παθολογική συμπεριφορά μαθητή ή μαθήτριας. Και τούτο γιατί η συμπλήρωση του πρωτοκόλλου, όταν βασίζεται στην καθημερινή, προσεκτική παρατήρηση της συμπεριφοράς των μαθητών και όχι σε στιγμιαία, επιπόλαια καταγραφή μιας παθολογικής αντίδρασης, οδηγεί σε ορθές εκτιμήσεις από την πλευρά του εκπαιδευτικού.

Δεν αποκλείεται, όμως, ο ειδικός ιατρός να επιβεβαιώσει την υποψία του εκπαιδευτικού. Σε μια τέτοια περίπτωση, ο μαθητής ή η μαθήτρια με την ειδική διαταραχή θα πρέπει να τεθεί υπό την κατάλληλη θεραπεία. Ωστόσο, η συνεργασία αυτών των μαθητών με το

θεράποντα ιατρό περιορίζεται σε ορισμένες συνεδρίες ανά μήνα, ενώ οι ίδιοι μαθητές θα περνούν το ένα τρίτο, περίπου, της καθημερινής ζωής τους εντός του σχολικού περιβάλλοντος. Για το λόγο αυτό, στους πίνακες της δεύτερης ενότητας, παρατίθενται ορισμένες απλές παρεμβάσεις, ανάλογα με την υποκείμενη ειδική διαταραχή, τις οποίες οφείλει να εφαρμόσει ο κάθε εκπαιδευτικός, ώστε να διευκολυνθεί, κατά το δυνατό, η διαβίωση του μαθητή ή της μαθήτριάς με την ειδική διαταραχή εντός του σχολικού περιβάλλοντος.

Ενότητα II: Όπως ήδη σημειώθηκε, στους πίνακες της δεύτερης ενότητας, προβάλλονται απλές παρεμβάσεις του εκπαιδευτικού, ικανές να βοηθήσουν σημαντικά τους μαθητές ή τις μαθήτρίες με ειδικές διαταραχές. Παρατηρείται πως σημείο επαφής των εν λόγω παρεμβάσεων –που ποικίλλουν ανάλογα με το είδος της διαταραχής– αποτελεί η άμεση ενημέρωση των συναδέλφων εκπαιδευτικών και της διοίκησης του σχολείου, σχετικά με την ειδική διαταραχή που παρουσιάζει ο μαθητής ή η μαθήτριά. Με τον τρόπο αυτό, διευκολύνεται το έργο των συναδέλφων εκπαιδευτικών που θα υποδεχτούν το μαθητή ή τη μαθήτριά με την ειδική διαταραχή στην ανώτερη τάξη, καθώς θα γνωρίζουν εξ αρχής τι οφείλουν να κάνουν και τι να αποφεύγουν, ώστε να βελτιωθεί η απόδοση τόσο εντός της τάξης, δηλαδή στα μαθήματα, όσο και εκτός αυτής, δηλαδή στις αθλητικές δραστηριότητες και στις κοινωνικές συναναστροφές με τους άλλους συμμαθητές.

Ιδιαίτερη αξία παρουσιάζει ο τελευταίος πίνακας της παρούσας ενότητας, ο οποίος αφορά την προτεινόμενη αντιμετώπιση των συμμαθητών των ατόμων με τις ειδικές αναπηρίες. Και τούτο γιατί, σε αρκετές περιπτώσεις, ο ίδιος ο εκπαιδευτικός μπορεί, ακούσια, να δυσχεράνει τη διαβίωση του μαθητή ή της μαθήτριάς με την ειδική αναπηρία εντός της τάξης. Ωστόσο, η εφαρμογή, από την πλευρά του εκπαιδευτικού, των αρχών που περιγράφονται στο συγκεκριμένο πίνακα θα διευκολύνει σημαντικά τις διαπροσωπικές σχέσεις ανάμεσα στο μαθητή ή στη μαθήτριά με την ειδική διαταραχή και τους συμμαθητές τους.

Παρακάτω παρατίθενται πίνακες οι οποίοι αποτυπώνουν τις κατευθύνσεις που αντλούνται από το πρωτόκολλο έγκαιρης αναγνώρισης πιθανής υποκείμενης σωματικής ή ψυχοδιανοητικής παθολογίας σε παιδιά σχολικής ή προσχολικής ηλικίας.

ΕΝΟΤΗΤΑ Ι

Πίνακας 1: Προβλήματα ή συμπεριφορές που θέτουν υπόνοιες για υποκείμενη διαταραχή όρασης

Ο ΜΑΘΗΤΗΣ/Η ΜΑΘΗΤΡΙΑ (ΟΝΟΜΑ-ΕΠΩΝΥΜΟ)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Τρίβει συχνά τα μάτια του/της		
Έχει συχνά κόκκινα, υδαρή μάτια με εφελκίδες		
Όταν κοιτάει στον πίνακα κλείνει το ένα μάτι		
Δυσκολεύεται να παρακολουθήσει κινούμενα αντικείμενα/ανθρώπους		
Δυσκολεύεται να εντοπίσει μικρά αντικείμενα στο πάτωμα		
Όταν κοιτάει προς ένα στόχο εκτείνει το κεφάλι ή κρατάει το κεφάλι σε παράξενη θέση ή το γέρνει προς τη μια πλευρά ή προς τα εμπρός ή προς τα πίσω		
Δυσκολεύεται να διατηρήσει τη βλεμματική επαφή		
Τα μάτια του/της δεν κινούνται συμμετρικά		
Κρατάει το βιβλίο πολύ κοντά στο πρόσωπό του/της		
ΣΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αναφέρεται πως όταν βλέπει τηλεόραση βρίσκεται πολύ κοντά της		

Πίνακας 2: Συμπεριφορές που θέτουν υπόνοια για πιθανή εκδήλωση επιληπτικής κρίσης

Ο ΜΑΘΗΤΗΣ/Η ΜΑΘΗΤΡΙΑ (ΟΝΟΜΑ-ΕΠΩΝΥΜΟ)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Παρουσιάζει ακούσιες κινήσεις των άκρων (τινάγματα)		
Παρουσιάζει περιόδους συγκεχυμένης μνήμης ή <i>blackouts</i>		
Κοιτάζει κάπου επίμονα		
Παρουσιάζει ανεξήγητες περιόδους απάθειας - αδράνειας		
Παρουσιάζει λιποθυμικά επεισόδια που συνοδεύονται από ακράτεια ούρων ή ακολουθούνται από έντονη κόπωση		
Αναφέρει πως ακούει παράξενους ήχους		
Αναφέρει ανεξήγητο αίσθημα φόβου		
Αναφέρει διαταραγμένη αισθητικότητα		

ΠΟΤΕ ΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Πίνακας 3: Προβλήματα ή συμπεριφορές που θέτουν υπόνοιες για υποκείμενη διαταραχή ακοής

Ο ΜΑΘΗΤΗΣ/Η ΜΑΘΗΤΡΙΑ (ΟΝΟΜΑ-ΕΠΩΝΥΜΟ)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Συχνά τραβάει ή πιέζει τα αυτιά του/της		
Αναπνέει από το στόμα		
Στρέφει την κεφαλή, κατά τέτοιο τρόπο ώστε πάντα το ίδιο αυτί να φέρεται προς την κατεύθυνση των φωνών		
Κοιτάει επίμονα τα πρόσωπα		
Δυσκολεύεται να παρακολουθήσει γρήγορες συζητήσεις		
Υπολείπεται στον προφορικό λόγο, σε σχέση με τους συμμαθητές του/της		
Χρησιμοποιεί ιδιαίτερα υψηλή ή χαμηλή ένταση φωνής		
Η φωνή του/της έχει ασυνήθιστη χροιά		
Κουράζεται εύκολα, ειδικά σε ημέρες πλούσιες δραστηριοτήτων που απαιτούν κατανόηση προφορικού λόγου		
Εμφανίζεται να ονειροπολεί ή να μην είναι συγκεντρωμένος/η στις προφορικές παραδόσεις		
Συχνά ζητά από τον εκπαιδευτικό να επαναλάβει τις προφορικές εντολές		
Δεν καταλαβαίνει σωστά τις προφορικές εντολές		
ΣΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αναφέρονται συχνές ωταλγίες		
Αναφέρονται συχνές ωτίτιδες, ρινίτιδες ή φαρυγγίτιδες		
Αναφέρεται πως, στην ηλικία των τεσσάρων μηνών δεν κοιτούσε προς την κατεύθυνση των φωνών ή δεν αντιδρούσε σε δυνατούς ήχους		
Αναφέρεται πως ο μαθητής/η μαθήτρια έχει δυνατά την ένταση του ήχου όταν βλέπει τηλεόραση		

Πίνακας 4: Προβλήματα ή συμπεριφορές που θέτουν υπόνοιες για υποκείμενη κινητική διαταραχή

Ο ΜΑΘΗΤΗΣ/Η ΜΑΘΗΤΡΙΑ (ΟΝΟΜΑ - ΕΠΩΝΥΜΟ)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχει δύοκαμπτα χέρια ή πόδια		
Κουτσαίνει όταν περπατάει		
Δυσκολεύεται να σταθεί στο ένα πόδι για βραχεία χρονική περίοδο		
Δυσκολεύεται να ζωγραφίσει απλά σχήματα		
Δυσκολεύεται να κόψει με ένα ψαλίδι		
Παρουσιάζει χαλαρή όρθια στάση		
Όταν τον/την αγκαλιάζουν καμπουριάζει υπέρμετρα προς τα πίσω		
ΣΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μέχρι την ηλικία των τεσσάρων μηνών δεν μπορούσε να κρατήσει το κεφάλι ψηλά από μόνος του/μόνη της		
Μέχρι την ηλικία των έξι μηνών δεν μπορούσε:		
α. να κολήσει στο πάτωμα		
β. να παίζει με τα δάχτυλά του/της		
γ. να κάτσει με ελάχιστη βοήθεια		
Μέχρι την ηλικία του ενός έτους δεν μπορούσε:		
α. να σηκώνει μικρά αντικείμενα (π.χ. ένα ποτήρι) με τα δάκτυλα και τον αντίχειρα		
β. να σηκωθεί σε όρθια θέση μόνος του/μόνη της		
γ. να μπουσουλήσει χρησιμοποιώντας τα χέρια και τα γόνατα		
Μέχρι την ηλικία των δύο ετών δεν μπορούσε:		
α. να περπατήσει μόνος του/μόνη της		
β. να περπατήσει κουβαλώντας ένα μεγάλο αντικείμενο		
γ. να περπατήσει μερικά βήματα προς τα πίσω		
δ. να κρατήσει ένα ποτήρι, πιρούνι ή κουτάλι, μεγάλους μαρκαδόρους		
ε. να ζωγραφίσει—μουτζουρώσει		
Μέχρι την ηλικία των τριών ετών:		
α. παρουσίαζε φτωχό συντονισμό κινήσεων		
β. συχνά σκόνταφτε ή έπεφτε όταν έτρεχε		
γ. δυσκολευόταν να γυρίσει τις σελίδες ενός βιβλίου		
δ. δε ζωγράφιζε γραμμές ή απλά σχήματα		
Μέχρι την ηλικία των τεσσάρων ετών δεν μπορούσε:		
α. να σταθεί στο ένα πόδι		
β. να πηδήξει από ένα χαμηλό σκαλί		
γ. να κάνει τρίκυκλο ποδήλατο		
δ. να κλωτσήσει μακριά μια μπάλα ή να την πιάσει ή να την πετάξει πάνω από το κεφάλι		
ε. να περπατήσει προς τα πίσω		
Μέχρι την ηλικία των πέντε ετών δεν μπορούσε:		
α. να ντυθεί με μικρή βοήθεια		
β. να πηδήξει στο ένα πόδι		
γ. να χρησιμοποιήσει ένα ψαλίδι		
δ. να περάσει μεσαίου μεγέθους χάντρες σε σκοινί		

ΠΟΤΕ ΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Πίνακας 5: Προβλήματα ή συμπεριφορές που θέτουν υπόνοια για υποκείμενη διαταραχή του τρόπου σκέψης

ΣΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μέχρι την ηλικία του ενός έτους:		
α. δεν μπορούσε να εντοπίσει ένα κρυμμένο αντικείμενο		
β. δεν αντιδρούσε σε πρόσωπα ή αντικείμενα		
γ. δεν αναγνώριζε οικεία πρόσωπα		
δ. δεν προσδοκούσε την επιστροφή των οικείων του/της		
Μέχρι την ηλικία των δύο ετών δεν μπορούσε:		
α. να αναγνωρίσει τον εαυτό του/της στον καθρέφτη		
β. να δείξει απλά μέρη του σώματος		
γ. να πει απλές λέξεις		
δ. να ονομάσει οικεία πρόσωπα		
Μέχρι την ηλικία των τριών ετών:		
α. δεν μπορούσε να ακολουθήσει απλές οδηγίες ή εντολές		
β. δεν μιμούνταν τους ενήλικες		
γ. δεν αναγνώριζε έννοιες, όπως «ένα» ή «περισσότερο»		
δ. δεν μπορούσε να ταιριάζει τα χρώματα ή τα σχήματα και να ολοκληρώσει απλά παζλς		
ε. δεν συμμετείχε σε δημιουργικές διεργασίες (π.χ. ζωγραφική, παίξιμο με κύβους)		
Μέχρι την ηλικία των τεσσάρων ετών :		
α. δεν μπορούσε να απαντήσει σε απλές ερωτήσεις, όπως «τι χρώμα είναι αυτό» και «τι κάνεις όταν νυστάζεις ή όταν πεινάς»		
β. δεν προσποιούνταν ότι διαβάζει βιβλία		
γ. δεν μπορούσε να διαχωρίσει τα χρώματα και τα σχήματα		
Μέχρι την ηλικία των πέντε με έξι ετών δεν μπορούσε:		
α. να καταλάβει τις έννοιες του χτες, του σήμερα και του αύριο		
β. να ονομάσει χρώματα, σχήματα και μερικά γράμματα		
γ. να ταιριάζει αντικείμενα ανάλογα με το σχήμα, το μέγεθος ή το χρώμα τους		
δ. να αριθμήσει από το 1 έως το 10		
ε. να καταλάβει ότι τα νούμερα σχετίζονται με την ποσότητα		
στ. να ολοκληρώσει απλά καθήκοντα, όπως ένα παζλ ή να ζωγραφίσει μια εικόνα που σχετίζεται με μια ιστορία		

Πίνακας 6: Προβλήματα ή συμπεριφορές που θέτουν υπόνοια για υποκείμενη διαταραχή επικοινωνίας

ΣΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μέχρι την ηλικία των τριών μηνών δεν χαμογελούσε		
Μέχρι την ηλικία των έξι μηνών:		
α. δεν παρήγαγε ήχους, όπως χασμουρητό και γουργούρισμα		
β. δεν αναγνώριζε οικεία πρόσωπα		
γ. δεν ανταποκρινόταν σε φωνές		
Μέχρι την ηλικία του ενός έτους:		
α. δεν ονόμαζε τους γονείς του/ της ως «μπαμπά» ή «μαμά»		
β. δεν ανταποκρινόταν σε λέξεις, όπως «καληνύχτα» και «μπάλα»		
γ. δεν κουνούσε το κεφάλι του/ της για να πει «όχι»		
δ. δεν κουνούσε το χέρι για να πει «ναι»		
ε. δεν ανταποκρινόταν στο όνομά του/ της		
Μέχρι την ηλικία των δύο ετών:		
α. δεν έδειχνε άτομα ή αντικείμενα για να υποδείξει τις ανάγκες του/ της		
β. δεν χρησιμοποιούσε απλές εκφράσεις με δύο λέξεις, όπως «μαμά βόλτα»		
γ. σπάνια ονόμαζε τα μέλη της οικογένειας ή απλά αντικείμενα		
Μέχρι την ηλικία των τριών ετών:		
α. δεν χρησιμοποιούσε προτάσεις με τρεις ή τέσσερις λέξεις		
β. δεν ακολουθούσε απλές οδηγίες		
γ. δεν προσπαθούσε να τραγουδήσει οικείους σκοπούς		
δ. δεν έλεγε το όνομά του/ της		
Μέχρι την ηλικία των τεσσάρων ετών:		
α. δεν μπορούσε να μιλήσει ώστε και άτομα εκτός της οικογένειας να μπορούν να τον/ την καταλάβουν		
β. δεν ρωτούσε απλές ερωτήσεις		
γ. δεν αφηγούνταν αληθινές ή υποθετικές ιστορίες		
Μέχρι την ηλικία των πέντε ετών:		
α. δεν μπορούσε να χρησιμοποιήσει απλές προτάσεις		
β. δεν μπορούσε να απαντήσει στην ερώτηση «πόσο χρονών είσαι»		
γ. δεν μπορούσε να απαντήσει σε ερωτήσεις, που περιέχουν το «πώς», το «πού», το «πότε» και το «γιατί»		
δ. δεν γνώριζε τη διεύθυνση της οικίας του/ της και τα ονόματα και τις ηλικίες των αδερφών του/ της		
Στην ηλικία των έξι ετών:		
α. δεν χρησιμοποιούσε ευρύ λεξιλόγιο ουσιαστικών, ρημάτων και επιθέτων		
β. δεν καθιστούσε εύκολα αντιληπτές τις ανάγκες του/ της		
γ. δεν είχε αρχίσει να κατανοεί το γραπτό λόγο		
δ. δεν αρεσκόταν να του/ της διαβάζουν παραμύθια		
Στην ηλικία των επτά ετών:		
α. δε μοιραζόταν τις ιδέες και τη γνώμη του/ της		
β. δε χρησιμοποιούσε ευρύ λεξιλόγιο για να περιγράψει το περιβάλλον		
Στην ηλικία των οκτώ ετών:		
α. προτιμούσε το σιωπηλό διάβασμα		
β. δεν αρεσκόταν να συζητάει σχετικά με το υλικό που διάβασε		
γ. δεν αρεσκόταν σε ιστορίες με χιουμοριστικό περιεχόμενο		

ΠΟΤΕ ΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Πίνακας 7: Προβλήματα ή συμπεριφορές που θέτουν υπόνοια για υποκείμενη διαταραχή συμπεριφοράς ή κοινωνικοποίησης

Ο ΜΑΘΗΤΗΣ/Η ΜΑΘΗΤΡΙΑ (ΟΝΟΜΑ-ΕΠΩΝΥΜΟ)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
<i>Δεν αρέσκεται να τον/την αγκαλιάζουν ή να τον/την ακουμπάνε</i>		
<i>Αποφεύγει τη βλεμματική επαφή με τους συμμαθητές</i>		
<i>Ενεργεί συνεχώς επιθετικά, τραυματίζοντας τον εαυτό του/της ή τους συμμαθητές του/της</i>		
<i>Παρουσιάζεται ασυνήθιστα εκνευρισμένος/η σε απλά καθήκοντα που παιδιά της ίδιας ηλικίας μπορούν εύκολα να διεκπεραιώσουν</i>		
<i>Υπολείπεται σε προσοχή και σε διατήρηση συγκέντρωσης σε μία δραστηριότητα, σε σύγκριση με τους συμμαθητές του/της</i>		
<i>Παρουσιάζεται υπέρμετρα επίμονος/η</i>		
<i>Παρουσιάζεται υπέρμετρα ντροπαλός/ή απόμερος/η από τους συμμαθητές του/της</i>		
<i>Συμπεριφέρεται βάνανσα και καταστροφικά στους συμμαθητές ή στα ζώα</i>		
<i>Καταστρέφει, συχνά, αντικείμενα</i>		
<i>Επιδίδεται, καθημερινά, σε επιθετική συμπεριφορά, όπως βανδαλισμούς και χειροδικίες</i>		
<i>Ατενίζει επίμονα στο χώρο, λικνίζει το κορμί του/της ή μιλάει στον εαυτό του/της εντονότερα και συχνότερα, σε σύγκριση με τους συμμαθητές του/της</i>		
<i>Συχνά προσκρούει το κεφάλι του/της στον τοίχο, στο πάτωμα ή σε κάποιο αντικείμενο</i>		
<i>Δεν αναγνωρίζει επικίνδυνες καταστάσεις, όπως είναι τα άλματα από μεγάλο ύψος και η διάβαση δρόμων ταχείας κυκλοφορίας</i>		
<i>Είναι συχνά άρρωστος/άρρωστη ή παραπονιέται συχνά για κεφαλαλγίες ή επιγαστραλγίες</i>		
<i>Δεν επιζητεί την επιβράβευση από το δάσκαλο</i>		
<i>Υπολείπεται σε θέματα πειθαρχίας, σε σύγκριση με τους συμμαθητές του/της</i>		
<i>Ηρεμεί δύσκολα</i>		
<i>Παρουσιάζει δυσκολία να εναρμονίσει τις σκέψεις του/της με τις ενέργειες ή τις κινήσεις του/της</i>		

ΠΟΤΕ ΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

ΣΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Στην ηλικία των τεσσάρων μηνών δεν χαμογελούσε ή δεν μουρμούριζε απαλά, ως ανταπόκριση στους οικείους του/της		
Στην ηλικία των έξι μηνών δυσφορούσε όταν τον/την ακουμπούσαν ή όταν προσπαθούσαν οι γονείς να τον/την ηρεμήσουν		
Στην ηλικία του ενός έτους:		
α. δεν ανταποκρινόταν σε παιχνίδια, όπως «κούκου-τζα»		
β. δεν κουνούσε τα χέρια σε ένδειξη «γεια σου»		
Στην ηλικία των δύο ετών:		
α. δε μιμούνταν τους οικείους του/της σε ενέργειες, όπως πλύσιμο πιάτων, μαγείρεμα και βούρτσισμα δοντιών		
β. δεν έδειχνε ενδιαφέρον όταν τον/την παρακολουθούσαν		
Στην ηλικία των τριών ετών:		
α. δεν έπαιζε με τα άλλα παιδιά και προτιμούσε να παίζει μόνος του/της		
β. απέφευγε τις επαφές με ενήλικες ή παιδιά εκτός της οικογένειάς του/της		
Στην ηλικία των τεσσάρων ετών δεν έπαιζε ομαδικά παιχνίδια, όπως το κρυφτό		
Στην ηλικία των πέντε ετών:		
α. δεν παρουσίαζε ενδιαφέρον όταν κάποιο παιδί έκλαιγε		
β. δεν έδειχνε ενδιαφέρον ή συμπόνια προς τα άλλα παιδιά		
γ. δεν μοιραζόταν τα παιχνίδια του/της με τα άλλα παιδιά		
Δεν επιζητεί την επιβράβευση από τους οικείους του/της		
Παρουσιάζει διαταραχές ύπνου, σίτισης, ούρησης ή αφόδευσης		
Παρουσιάζεται υπέρμετρα παρορμητικός/ή, ενεργητικός/ή ή επιθετικός/ή		

Πίνακας 8: Προβλήματα ή συμπεριφορές που θέτουν υπόνοια για υποκείμενο χρόνιο παιδιατρικό νόσημα

Ο ΜΑΘΗΤΗΣ/Η ΜΑΘΗΤΡΙΑ (ΟΝΟΜΑ-ΕΠΩΝΥΜΟ)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Είναι ιδιαίτερα ψηλότερος/η ή κοντότερος/η από τους συμμαθητές του/της		
Είναι ιδιαίτερα παχύτερος/η ή λεπτότερος/η από τους συμμαθητές του/της		
Παρουσίασε ταχεία απώλεια βάρους		
Παρουσιάζει συχνά βήχα, σφύριγμα στην αναπνοή ή δύσπνοια		
Παρουσιάζει πολυουρία και πολυδιψία		
Παραπονιέται για μυαλγίες ή αρθραλγίες		
Παρουσιάζει συχνά ρινική καταρροή και κνησμό		

ΠΟΤΕ ΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Πίνακας 9: Προβλήματα ή συμπεριφορές που θέτουν υπόνοια για μετατραυματικό σύνδρομο

Ο ΜΑΘΗΤΗΣ/Η ΜΑΘΗΤΡΙΑ (ΟΝΟΜΑ-ΕΠΩΝΥΜΟ)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Φοβάται πως θα πεθάνει σε νεαρή ηλικία		
Παρουσιάζει μειωμένο ενδιαφέρον στις δραστηριότητες		
Παραπονείται συχνά για κεφαλαλγίες ή επιαστραλγίες		
Παρουσιάζει υπέρμετρες συναισθηματικές αντιδράσεις		
Είναι ευερέθιστος/η ή παρουσιάζει εκρήξεις θυμού		
Παρουσιάζει διαταραχές συγκέντρωσης		
Φέρεται μικρότερα για την ηλικία του/της (π.χ. πιπιλίζει το δάκτυλό του/της, κλαψουρίζει συνεχώς)		
ΣΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αναφέρονται συχνές αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος		
Στην υπενθύμιση του τραυματικού γεγονότος αναπτύσσονται στερεότυπα σωματικά ή συναισθηματικά συμπτώματα		
Αναφέρεται πως το παιδί, συχνά, συμπεριφέρεται ή αισθάνεται σαν να επαναλαμβάνεται το τραυματικό γεγονός		
Αναφέρονται συχνοί εφιάλτες		

Πίνακας 10: Προβλήματα ή συμπεριφορές που θέτουν υπόνοια για υποκείμενη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή

Ο ΜΑΘΗΤΗΣ/Η ΜΑΘΗΤΡΙΑ (ΟΝΟΜΑ-ΕΠΩΝΥΜΟ)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αποφεύγει τη βλεμματική επαφή		
Δεν ανταποκρίνεται στο κάλεσμα του ονόματός του/της		
Παρουσιάζει ελαττωμένο ενδιαφέρον για κοινωνικοποίηση		
Παρουσιάζει διαταραχές επικοινωνίας σε λεκτικό και μη λεκτικό επίπεδο		
Συμπεριφέρεται με άσκοπες, στερεότυπες, επαναληπτικές κινήσεις		
Προσκολλάται στο ίδιο θέμα		
Χαρακτηρίζεται από έλλειψη φαντασίας		
Συχνά παρουσιάζει αιφνίδιες συναισθηματικές αλλαγές επί απουσίας εξωτερικών ερεθισμάτων		

Πίνακας 11: Προβλήματα ή συμπεριφορές που θέτουν υπόνοια για υποκείμενη μαθησιακή διαταραχή

Ο ΜΑΘΗΤΗΣ/Η ΜΑΘΗΤΡΙΑ (ΟΝΟΜΑ-ΕΠΩΝΥΜΟ)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Δυσκολεύεται στην κατανόηση του προφορικού λόγου		
Παρουσιάζει δυσχέρεια στην ομιλία		
Δυσκολεύεται στη γραφή, στην ανάγνωση ή στο συλλαβισμό		
Δυσκολεύεται στις αριθμητικές πράξεις		
Παρουσιάζει δυσχέρεια στην κατανόηση βασικών μαθηματικών εννοιών		
Δεν οργανώνει ή δεν ολοκληρώνει επαρκώς τις σκέψεις του/της		
Δυσκολεύεται στην ολοκλήρωση των καθηκόντων του/της στο σπίτι		

Πίνακας 12: Προβλήματα ή συμπεριφορές που θέτουν υπόνοια για υποκείμενη τραυματική εγκεφαλική βλάβη

Ο ΜΑΘΗΤΗΣ/Η ΜΑΘΗΤΡΙΑ (ΟΝΟΜΑ-ΕΠΩΝΥΜΟ)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Διαταραχές σκέψης και αιτιολόγησης		
Δυσχέρεια στην κατανόηση λέξεων		
Μνημονικές διαταραχές		
Διαταραχές προσοχής		
Διαταραχές αφηρημένης σκέψης		
Διαταραχές ομιλίας		
Διαταραχές συμπεριφοράς		
Κινητικές διαταραχές		
Οπτικές ή ακουστικές διαταραχές		
Μαθησιακές διαταραχές		
ΣΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αναφέρεται ιστορικό κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης		

ΕΝΟΤΗΤΑ II

Πίνακας 13: Προτεινόμενη παρέμβαση σε μαθητή/μαθήτρια με διαταραχή ακοής.

- Ενημέρωσε τους συναδέλφους σου και τη διοίκηση του σχολείου.
- Μάθε το βαθμό βαρηκοΐας του μαθητή/της μαθήτριας.
- Εξοικειώσου με τη χρήση της συσκευής βαρηκοΐας του μαθητή/της μαθήτριας.
- Στήριξε κοινωνικά το μαθητή/τη μαθήτρια.
- Να έχεις την προσοχή του/της, πριν δώσεις κάποια εντολή.
- Χρησιμοποίησε ολοκληρωμένες προτάσεις.
- Μίλα αργά, με φορά προς το παιδί και χαμογελώντας.
- Όταν γράφεις στον πίνακα μην παραδίδεις ταυτόχρονα.
- Χρησιμοποίησε εικόνες και χειρονομίες καθώς μιλάς.
- Μάθε στο μαθητή/στη μαθήτρια μια ειδική χειρονομία, την οποία θα χρησιμοποιεί όταν δυσκολεύεται στην παρακολούθηση της ροής του μαθήματος.
- Αν ο μαθητής/η μαθήτρια δυσκολεύεται έντονα στην παρακολούθηση, μην επαναλαμβάνεις τις ίδιες λέξεις, αλλά χρησιμοποίησε διαφορετικές λέξεις για να πεις το ίδιο πράγμα.
- Δημιούργησε για το μαθητή/τη μαθήτρια ευκαιρίες να συμμετάσχει προφορικά στο μάθημα.
- Μάθε τη νοηματική γλώσσα.

Πίνακας 14: Προτεινόμενη παρέμβαση σε μαθητή/μαθήτρια με διαταραχή όρασης

- Ενημέρωσε τους συναδέλφους σου και τη διοίκηση του σχολείου.
- Μάθε το βαθμό διαταραχής όρασης του μαθητή/της μαθήτριας.
- Τοποθέτησε το μαθητή/τη μαθήτρια στο θρανίο επιλογής του/της.
- Δώσε συγκεκριμένες οδηγίες στο μαθητή/στη μαθήτρια και μη χρησιμοποιείς λέξεις, όπως «αυτό», «εκείνο» και «εκεί».
- Φώναξε το μαθητή/τη μαθήτρια με το όνομά του/της και απευθύνσου άμεσα προς αυτόν/αυτή.
- Προσάρμοσε την ένταση του φωτισμού της τάξης στις ανάγκες του/της.
- Χρησιμοποίησε απλές και ευδιάκριτες εικόνες καθώς και σχήματα.
- Μην στέκεσαι μπροστά στο παράθυρο, γιατί η σκιά σου μπορεί να τον/την μπερδέψει.
- Ενθάρρυνε τη χρήση των χειρών του/της – ενίσχυσε την αίσθηση της αφής.
- Ρώτα το μαθητή/τη μαθήτρια αν χρειάζεται βοήθεια – μη συμπεραίνεις ότι οπωσδήποτε χρειάζεται τη βοήθειά σου.

Πίνακας 15: Προτεινόμενη παρέμβαση σε μαθητή/μαθήτριά με κινητική διαταραχή

- Ενημέρωσε τους συνάδελφους σου και τη διοίκηση του σχολείου.
- Μάθε το βαθμό κινητικής διαταραχής του μαθητή/της μαθήτριάς.
- Μη φοβάσαι να ακουμπήσεις το μαθητή/τη μαθήτριά, δεν θα «σπάσει».
- Ενθάρρυνε την ανεξαρτησία του μαθητή/της μαθήτριάς.
- Βοήθησε το μαθητή/τη μαθήτριά σε δραστηριότητες, που είναι πιθανό να μην μπορεί να ολοκληρώσει μόνος του/μόνη της, όπως είναι το λάκτισμα της μπάλας.
- Μάθε τη χρήση των βοηθητικών συσκευών, που, πιθανόν, χρησιμοποιεί ο μαθητής/η μαθήτριά.
- Βοήθησε τα άλλα παιδιά να κατανοήσουν την κινητική διαταραχή του συμμαθητή τους/της συμμαθήτριάς τους.
- Εξήγησε στα άλλα παιδιά σχετικά με το τι μπορεί και το τι δεν μπορεί να κάνει ο συμμαθητής/η συμμαθήτριά τους.
- Προσπάθησε να κατανοήσεις την αναπηρία του μαθητή/της μαθήτριάς – προσπάθησε να δεις την αναπηρία από τη δική του/της οπτική γωνία.
- Συνεργάσου με τους λοιπούς θεραπευτές του μαθητή/της μαθήτριάς.

Πίνακας 16: Προτεινόμενη παρέμβαση σε περίπτωση μαθητή/μαθήτριάς που πάσχει από επιληψία

- Ενημέρωσε τους συναδέλφους σου και τη διοίκηση του σχολείου.
- Ενημερώσου για την επιληψία.
- Διατήρησε την ψυχραιμία σου σε περίπτωση επιληπτικής κρίσης του μαθητή/της μαθήτριάς - ηρέμησε τους υπόλοιπους μαθητές.
- Εξοικειώσου με τις πρώτες βοήθειες σε περίπτωση επιληπτικής κρίσης.
- Ενημέρωσε τα υπόλοιπα παιδιά της τάξης σχετικά με την επιληψία.
- Μην απομονώσεις τον επιληπτικό μαθητή/την επιληπτική μαθήτριά.
- Συνεργάσου με το θεράποντα νευρολόγο.
- Ενίσχυσε τη συμμετοχή του μαθητή/της μαθήτριάς σε αθλητικές δραστηριότητες – ωστόσο γνώριζε τις αθλητικές δραστηριότητες που αντενδείκνυνται σε περίπτωση επιληψίας.

Πίνακας 17: Προτεινόμενη παρέμβαση σε μαθητή/μαθήτριά με διαταραχή συμπεριφοράς

- Ενημέρωσε τους συναδέλφους σου και τη διοίκηση του σχολείου.
- Σεβάσου τα αισθήματα του μαθητή/της μαθήτριάς.
- Έλεγξε τη δική σου συμπεριφορά απέναντι στο μαθητή/στη μαθήτριά και αφομοίωσε τον επιθυμητό τρόπο συμπεριφοράς απέναντί του/της.
- Περιορίσε τους δυνητικούς κινδύνους, ελέγχοντας το χώρο στην τάξη και στο προαύλιο.
- Συγκεντρώσου σε αυτά που μπορεί να κάνει ο μαθητής/η μαθήτριά – τόνισε τα θετικά του/της στοιχεία.
- Δίδαξε στο μαθητή/στη μαθήτριά τα αποδεκτά συμπεριφορικά σχήματα.
- Αγνόησε, κατά το δυνατότερο, την αρνητική συμπεριφορά του μαθητή/της μαθήτριάς.
- Βοήθησε το μαθητή/τη μαθήτριά να εκφραστεί, να ενεργήσει, να κατανοήσει και να ξεκαθαρίσει τα συναισθήματά του/της.
- Εξέθεσε στο μαθητή/στη μαθήτριά λογικές επιλογές για κάποια επικείμενη πράξη.
- Αποσαφήνισε τις ρεαλιστικές συνέπειες της συμπεριφοράς του/της.

Πίνακας 18: Προτεινόμενη παρέμβαση σε μαθητή/μαθήτριά με διαταραχή επικοινωνίας ή κοινωνικοποίησης

- Ενημέρωσε τους συναδέλφους σου και τη διοίκηση του σχολείου.
- Χρησιμοποίησε χρονόμετρα, φακούς ή κουδούνια, ως ένδειξη έναρξης ή λήξης μιας δραστηριότητας.
- Καθιέρωσε συγκεκριμένη ρουτίνα διδασκαλίας.
- Μη μεταπηδάς απότομα σε νέα δραστηριότητα – ενημέρωσε το μαθητή/τη μαθήτριά για την επικείμενη μεταβολή.
- Επέτρεψε στο μαθητή/στη μαθήτριά να παρακολουθήσει νέες δραστηριότητες – εξάσκησε αυτές μαζί του/της μακριά από την υπόλοιπη τάξη.
- Κάθισε κοντά στο μαθητή/στη μαθήτριά – περιοδικά καθισύχαζε τον/την με λεκτικό ή φυσικό τρόπο.
- Επέτρεψε στο μαθητή/στη μαθήτριά να φέρει μαζί του/της ένα οικείο αντικείμενο, ιδίως όταν έρχεται σε επαφή με νέες καταστάσεις.
- Πρόσφερε στο μαθητή/στη μαθήτριά μια ασφαλή διέξοδο του φόβου ή του θυμού του/της.

Πίνακας 19: Προτεινόμενη παρέμβαση σε μαθητή/μαθήτριά με μετατραυματικό σύνδρομο

- Ενημέρωσε τους συναδέλφους σου και τη διοίκηση του σχολείου.
- Ενημερώσου για τη φύση του τραυματικού γεγονότος και για τις παρούσες ανάγκες του μαθητή/της μαθήτριάς.
- Διατήρησε επικοινωνία με τους γονείς του μαθητή/της μαθήτριάς.
- Δώσε στο μαθητή/στη μαθήτριά περισσότερο χρόνο για να ολοκληρώσει τα καθήκοντα και τα διαγωνίσματά του/της.
- Δώσε οδηγίες βήμα προς βήμα – για πολύπλοκα καθήκοντα να παρέχεις γραπτές οδηγίες.
- Καθιέρωσε σταθερή ρουτίνα στην παρουσίαση του μαθήματος – αν αλλάξεις τη ρουτίνα ενημέρωσε προηγουμένως το μαθητή/τη μαθήτριά.
- Έλεγξε αν ο μαθητής/η μαθήτριά όντως κατάλαβε τη νέα γνώση – πρόσφερε πολλές ευκαιρίες, ώστε να γίνει αντιληπτή η νέα γνώση.
- Δείξε στο μαθητή/στη μαθήτριά πώς να χρησιμοποιεί ένα πρόγραμμα καθημερινών καθηκόντων.
- Κατάλαβε πως ο μαθητής/η μαθήτριά μπορεί να κουραστεί γρήγορα. Δώσε του/της χρόνο να ξεκουραστεί.
- Να είσαι ευέλικτος με το προσδοκώμενο αποτέλεσμα.

Πίνακας 20: Προτεινόμενη παρέμβαση σε μαθητή/μαθήτριά με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή

- Ενημέρωσε τους συναδέλφους σου και τη διοίκηση του σχολείου.
- Διατήρησε επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό
- Χρησιμοποίησε στη διδασκαλία οπτικά μέσα.
- Ενθάρρυνε τη συναναστροφή του παιδιού με τους συμμαθητές του/της που δεν παρουσιάζουν ανάλογη αναπτυξιακή διαταραχή.
- Για τη διατήρηση της προσοχής του/της, ελάττωσε το μέγεθος της τάξης και τοποθέτησε το μαθητή/τη μαθήτριά στην καταλληλότερη θέση.
- Τροποποίησε τα καθήκοντα του μαθητή/της μαθήτριάς ανάλογα με τις δυνατότητες και τις αδυναμίες του/της.
- Για την ενίσχυση της ικανότητας για επικοινωνία, ενθάρρυνε τη χρήση συσκευών επικοινωνίας, όπως είναι τα γουόκι-τόκις.
- Δώσε σαφείς οδηγίες, μιλώντας αργά και καθαρά και χρησιμοποιώντας τις λιγότερες, κατά το δυνατό, λέξεις.
- Στάσου ή κάτσε κοντά στο μαθητή/στη μαθήτριά, ώστε να τον/την βοηθήσεις στην περίπτωση που σου ζητηθεί.
- Δίδαξε σε μικρά βήματα.
- Μην αλλάξεις δραστηριότητες απότομα – δώσε χρόνο στο μαθητή/στη μαθήτριά να προσαρμοστεί.
- Βοήθησε το μαθητή/τη μαθήτριά να οργανώσει το λόγο του/της, αντιπαραθέτοντας σε κάθε λέξη μια εικόνα.
- Χρησιμοποίησε τη σωματική επαφή - πάρε το μαθητή/τη μαθήτριά «από το χέρι» και δείξε του/της την ορθή ολοκλήρωση μιας δραστηριότητας.

Πίνακας 21: Προτεινόμενη αντιμετώπιση των συμμαθητών των ατόμων με ειδικές αναπηρίες

- Μην αποφύγεις ενώπιον των παιδιών την παραδοχή της ειδικής αναπηρίας του συμμαθητή τους.
- Περιορίσε το φόβο των συμμαθητών για το παιδί με την ειδική αναπηρία - εξήγησε στους συμμαθητές του/της πως η οποιαδήποτε ειδική αναπηρία δεν είναι «κολλητική».
- Αν ο μαθητής/η μαθήτρια με την ειδική αναπηρία δε φαίνεται να ενοχλείται, επέτρεψε στους συμμαθητές του/της να συζητήσουν μαζί του/της σχετικά με την πάθησή του/της.
- Απέφυγε να χρησιμοποιείς εκφράσεις, όπως είναι «το τυφλό παιδί», «το κωφό παιδί», «ο ανάπηρος μαθητής» και «ο καθυστερημένος μαθητής» - προτίμησε εκφράσεις, όπως είναι «το παιδί με διαταραχές όρασης ή ακοής» και «ο μαθητής με σύνδρομο Down».

Βιβλιογραφία

- All children are special. How to know when a child needs help. A manual for parents and child care providers.* (2005). California: Children's inclusive Care Council of Amador and Calaveras.
- A world fit for all children: Including the rights of children with disabilities in the UN Convention on the rights of a child. National plan of action.* (2003). Toronto, Ontario: Canadian Association for Community Living.
- Chai, L. (2003). *Pervasive Developmental Disorders*. Washington DC: National Dissemination Center for Children with Disabilities.
- Epilepsy.* (2004). Washington DC: National Dissemination Center for Children with Disabilities.
- Evans J. et al. (2003). *Support for pupils with emotional and behavioral difficulties (EBD) in mainstream primary school classrooms. A systematic review of the effectiveness of interventions.* EPPI Centre and NFER, Institute of Education, University of London.
- Fowler, M. (2004). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Washington DC: National Dissemination Center for Children with Disabilities.
- Myers, S. et al. (2007). *Managing of children with autism spectrum disorders*. American Academy of Pediatrics.
- Rafferty, Y. (2002). *Creating high-quality inclusion programs for preschoolers with disabilities in new york city: A guide for preschool providers*. The New York Community Trust.
- Raina, P. et al. (2004). Caregiving process and caregiver burden: Conceptual models to guide research and practice. *BMC Pediatrics*, 4:1.
- Reasons for concern that your child or a child in your care may need special help.* (2004). Sacramento: California Department of Education in collaboration with the Department of Developmental Services.
- Serving children with disabilities.* Washington DC: Georgetown University.
- Severe/Multiple Disabilities.* (2004). Washington DC: National Dissemination Center for Children with Disabilities.

- Teaching chemistry to students with disabilities: A manual for high-schools, colleges and graduate programs.* (2001/4th edition). The American Chemical Society.
- Traumatic Brain Injury.* (2006). Washington DC: National Dissemination Center for Children with Disabilities.
- Wise, B. et al. *Clinical guidelines in identifying and teaching children with language-based reading difficulties.* University of Colorado. USA.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ - ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ - Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ - ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Κωνσταντίνος Βαδικόλιας

1. Βασικές έννοιες - αναπηρία.

1.1. Ορισμός - ορολογία

Με τον όρο «*αναπηρία*» ορίζεται οποιοδήποτε μειονέκτημα για ένα συγκεκριμένο άτομο, το οποίο μπορεί να οφείλεται σε οργανική, ψυχική ή λειτουργική διαταραχή, με τελικό αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της φυσιολογικής του δραστηριότητας. Το «*φυσιολογικό*» αξιολογείται πάντοτε σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, τους κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας στην τελευταία ανανέωση της ιστοσελίδας της (2008) αναφέρει ότι «*αναπηρίες*» (αγγλικός όρος: *disabilities*) είναι ένας πολυσυλλεκτικός όρος που περιλαμβάνει «*διαταραχές*», «*μειωμένη ενεργητικότητα*» ή «*περιορισμένη συμμετοχικότητα*». «*Διαταραχή*» (*impairment*) θεωρείται ένα οργανικό ή λειτουργικό πρόβλημα. «*Μείωση της ενεργητικότητας*» θεωρείται η δυσκολία ενός ατόμου να εκτελέσει συγκεκριμένες λειτουργίες. «*Περιορισμένη συμμετοχικότητα*» θεωρείται η δυσκολία του ατόμου σε διάφορες καταστάσεις της καθημερινής ζωής. Κατά τον τρόπο αυτό **η «αναπηρία» αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο που ουσιαστικά αναπαριστά το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ικανοτήτων του ατόμου και των χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει και εργάζεται.**

1.2. Μοντέλα αναπηρίας

Η D. Kaplan (World Institute on Disability) περιγράφει διάφορα μοντέλα αναπηρίας. Το **ιατρικό μοντέλο** όπου μία αναπηρία οφείλεται σε υποκείμενο νόσημα οπότε θα πρέπει να αντιμετωπισθεί με την κατάλληλη ιατρική παρέμβαση, **το μοντέλο της αποκατάστασης** όπου μία αναπηρία είναι αποτέλεσμα ενός προηγούμενου προβλήματος και χρήζει συνεχούς υποστήριξης από ειδικούς του χώρου της αποκατάστασης και το **ηθικό-κοινωνικό μοντέλο** το οποίο είναι σαφώς πιο πολύπλοκο, είναι σε άμεση συνάρτηση με την κοινωνία και το περιβάλλον και περιλαμβάνει έννοιες όπως το στίγμα και η μειονεκτικότητα.

1.3. Η ελληνική πραγματικότητα

Όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα, στην αναθεώρηση του Συντάγματος της Ελλάδας 2001 καθιερώθηκε, ο όρος «*άτομα με αναπηρίες*» σε αντικατάσταση του «*όρου άτομα με ειδικές ανάγκες*». Επίσης στο νέο νόμο (ν. 3699/2008) για την Ειδική Αγωγή και εκπαίδευση για τη διασφάλιση ίσων ευκαιριών σε Άτομα με Αναπηρία και Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες ουσιαστικά ακολουθείται ο διεθνής ορισμός της αναπηρίας ως προέκταση της ανθρώπινης ύπαρξης, δίδοντας έμφαση στη λειτουργικότητα και τη δυνατότητα για συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία και όχι στην αναπηρία καθαυτή.

Δυσκολίες διαπιστώνονται στα ασφαλιστικά ταμεία που χρησιμοποιούν κριτήρια (ποσοστά αναπηρίας) τα οποία μπορεί να διαφέρουν για λόγους επιδοματικής πολιτικής. Παρά την πρόοδο που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια όσον αφορά επιδόματα και παροχές, υπάρχει διαφορετική αντιμετώπιση των τύπων αναπηρίας ανάλογα της πάθησης, με αποτέλεσμα σε αρκετές περιπτώσεις να δημιουργείται μία ανισότιμη αντιμετώπιση ατόμων με σημαντικά προβλήματα υγείας λόγω μίας συγκεκριμένης νόσου σε αντίθεση με πάσχοντες από διαφορετική νόσο (πχ ασθενείς με σημαντικό κινητικό έλλειμμα του άνω και κάτω άκρου της μίας πλευράς – στη νευρολογική ορολογία «*ημιπληγικοί*»- δεν δικαιούνται επιδομάτων που δικαιούνται ασθενείς με σημαντικό κινητικό έλλειμμα των δύο κάτω άκρων – στη νευρολογική ορολογία «*παραπληγικοί*»). Επίσης καλὰ οργανωμένες ομάδες υποστήριξης για συγκεκριμένες νόσους έχουν επιτύχει ένα βαθμό παροχών και κοινωνικών επιδομάτων για τους πάσχοντες από τη νόσο σε αντίθεση με ασθενείς πάσχοντες από άλλες παθήσεις για τους οποίους δεν έχουν οργανωθεί αναγνωρισμένες ομάδες υποστήριξης.

1.4. Ταξινόμηση

Τα τελευταία χρόνια γίνεται διεθνώς προσπάθεια για κοινή ορολογία και αξιολόγηση των προβλημάτων αλλά και της επίδρασής τους στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Για το λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί διεθνή ταξινομικά συστήματα των νόσων, των ψυχικών διαταραχών αλλά επίσης και κλίμακες αξιολόγησης της λειτουργικότητας, ειδικές ανάλογα με την κάθε πάθηση. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει επίσης η μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών και για το λόγο αυτό ειδικά ερωτηματολόγια που περιλαμβάνουν ερωτήσεις προς τον ασθενή αλλά και το περιβάλλον υποστήριξής του, αναπτύσσονται συνεχώς και «σταθμίζονται» σε διάφορες γλώσσες, δηλαδή αξιολογείται η αξιοπιστία τους με τη βοήθεια στατιστικών μεθόδων.

2. Συστήματα ταξινόμησης – κλίμακες

Ταξινόμηση σημαίνει «συγκρότηση» με βάση καθορισμένα κριτήρια. Θα παρουσιαστούν στη συνέχεια τα κυριότερα στοιχεία από τα διεθνώς αναγνωρισμένα ταξινομικά συστήματα και στο τέλος κάποια ενδιαφέροντα στοιχεία κριτικής.

2.1. Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων (International Classification of Diseases, ICD) - ICD-10

Αναγνωρίζοντας την ανάγκη για μία κοινή πολιτική καταγραφή των νόσων κυρίως για επιδημιολογικούς σκοπούς, το Διεθνές Στατιστικό Ινστιτούτο (International Statistical Institute) σε μία συνάντηση στη Βιέννη το 1891 ανέθεσε σε μία επιτροπή υπό την προεδρεία του Jacques Bertillon (1851-1922), διευθυντή της Στατιστικής Υπηρεσίας της πόλης του Παρισιού, την προετοιμασία μίας κατάταξης των αιτιών θανάτου. Έτσι, το 1893 στη Διεθνή Συνάντηση του Σικάγο παρουσιάζεται η πρώτη διεθνής κατάταξη που γίνεται αποδεκτή από διάφορες χώρες και ονομάζεται **Διεθνής Ταξινόμηση των Αιτιών Θανάτου (International Classification of Causes of Death)**. Ακολουθούν αναθεωρήσεις και επέκταση της ταξινόμησης πλέον στις παθήσεις (6^η αναθεώρηση 1948 : Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων και των Αιτιών Θανάτου) ενώ τα επόμενα χρόνια πλέον αναγνωρίζεται η **Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων (International Classification of Diseases, ICD)**. Το 1975 δημοσιεύεται η 9^η αναθεώρηση (ICD-9) ενώ πλέον σήμερα χρησιμοποιείται η τελευταία ταξινόμηση του 1990 (ICD-10). Νεότερη έκδοση αναμένεται το 2010.

Περιλαμβάνονται 21 κεφάλαια και από αυτά το κεφάλαιο 5 (V) περιλαμβάνει τις ψυχικές διαταραχές. Το 20^ο κεφάλαιο αναφέρεται σε τυχόν εξωτερικούς παράγοντες που έχουν

σχέση με νοσηρότητα και θνητότητα και το κεφάλαιο 22 σε εξωγενείς παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τη συνολική κατάσταση υγείας καθώς και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

2.2. Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Νοητικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder –DSM) DSM-IV

Πρόκειται για μία ευρέως διαδεδομένη ταξινόμηση των Νοητικών Διαταραχών που δημοσιεύθηκε από την American Psychiatric Association (APA). Σχεδιάστηκε αρχικά παράλληλα με το ICD αλλά οι αναθεωρήσεις και τροποποιήσεις έχουν ως αποτέλεσμα οι δύο ταξινομήσεις να μην είναι εντελώς παράλληλες. Αποτελεί σήμερα την ταξινόμηση αναφοράς ιδίως στις ψυχιατρικές παθήσεις. Αποτελείται από 3 κύρια μέρη: τη *διαγνωστική ταξινόμηση*, τα *διαγνωστικά κριτήρια* και *περιγραφικό κείμενο*. Σημαντικό είναι ότι στο δύσκολο πεδίο των νοητικών και ψυχικών διαταραχών ταξινομήθηκαν οι νόσοι με τρόπο που βοηθά ουσιαστικά τη διαγνωστική αξιοπιστία αλλά και την κοινή ορολογία και επικοινωνία των ειδικών του χώρου. Επίσης, γίνεται συνεικτίμηση με ψυχοκινητικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και καταγραφή και τυχόν άλλων συνοδών σωματικών ασθενειών. Η ταξινόμηση βοηθά επίσης στη δημιουργία κοινών οδηγιών (guidelines) αλλά και τη δημιουργία πρωτοκόλλων έρευνας.

Το *DSM-IV* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*), δημοσιεύθηκε το 1994 και αποτελεί την τελευταία μεγάλη αναθεώρηση του DSM. Ήταν το αποτέλεσμα δουλειάς 6 ετών από περίπου 1000 συμμετέχοντες και μεγάλο αριθμό οργανισμών. Καθώς μία νέα μεγάλη αναθεώρηση δεν αναμένεται πριν το 2010 μία νέα έκδοση με μικρές τροποποιήσεις το *DSM-IV-TR* δημοσιεύθηκε τον Ιούλιο του 2000. Περιέλαβε μικρές αλλαγές στο περιγραφικό κείμενο και τα κριτήρια καθώς και μικρές διορθώσεις της προηγούμενης έκδοσης.

Ουσιαστικά το DSM-IV είναι ένα πολυαξονικό διαγνωστικό σύστημα και είναι οργανωμένο σε μια σειρά πέντε αξόνων. Ο **Άξονας 1** περιλαμβάνει τη *βασική ψυχοπαθολογία* (διαταραχές διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές, κλπ). Ο **Άξονας 2** αναφέρεται στην *κλινική εκτίμηση της προσωπικότητας*, ο **Άξονας 3** αναφέρεται σε συσχέτιση με οποιαδήποτε *συστηματική παθολογική οντότητα*, ο **Άξονας 4** στα *ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα* (καταγράφονται προβλήματα σχετικά με την οικογένεια, το κοινωνικό περιβάλλον, το σχολείο, την εργασία, την κατοικία, την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, οικονομικά προβλήματα κ.ά) ενώ, ο **Άξονας 5** ουσιαστικά αποτελεί *κλίμακα εκτίμησης της λειτουργικότητας*.

2.3. Διεθνής Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και Υγείας (International Classification of Functioning, Disability and Health -ICF)

Πρόκειται για μια σχετικά καινούργια ταξινόμηση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας η οποία πλέον περιλαμβάνει εκτός από τη νοσολογία, τη λειτουργικότητα και την αναπηρία. Δημοσιεύθηκε για πρώτη φορά το 2001. Αξιολογείται το άτομο αλλά επίσης και ένας οργανωμένος πληθυσμός.

Οι έννοιες *υγεία* και *αναπηρία* αντιμετωπίζονται πλέον κάτω από ένα νέο πρίσμα. Αναγνωρίζεται η αναπηρία όχι μόνο ως ιατρική ή βιολογική κατάσταση αλλά λαμβάνονται υπόψη κοινωνικές παράμετροι. Αξιολογείται επίσης η επίδραση του περιβάλλοντος στη λειτουργικότητα του ατόμου.

3. Κριτική στα ταξινομικά συστήματα

Κάθε ταξινόμηση αντιπροσωπεύει, από τον ίδιο τον ορισμό της, μια «θεωρητική κατασκευή», γεγονός το οποίο σημαίνει την κατά κάποιο τρόπο «εξ'ορισμού» θέσπιση «κριτηρίων» και «κανόνων». Σε κάποιες κατηγορίες παθήσεων αυτό σε κάποιο βαθμό μπορεί να πραγματοποιηθεί, αλλά πολλές φορές η ταξινόμηση και κατηγοριοποίηση είναι εξαιρετικά δύσκολη. Ειδικότερα, όσον αφορά τις ψυχιατρικές διαταραχές, η ταξινόμηση βοήθησε σημαντικά σε μία κοινή γλώσσα, κάτι που τα παλαιότερα χρόνια ήταν εξαιρετικά δύσκολο. Όπως όμως αναφέρουν στα συγγράμματά τους και οι Bournigton (1984) και Καράβατος (1988) «Δεν παύει να αποτελεί αντίφαση το να προσπαθεί να καθηλωθεί σε τάξη αυτό που εκ φύσεως είναι ασταθές και ευμετάβλητο»

Πέρα από τη συζήτηση και διαφωνίες που μπορεί να υπάρχουν σε λεπτομέρειες που αφορούν τα διάφορα νοσήματα, ή επίσης κάποια λάθη και διπλοκαταγραφές που έχουν διαπιστωθεί, **υπάρχει ένα βασικό ερώτημα: τα εγχειρίδια των ταξινομικών συστημάτων είναι στατιστικά εγχειρίδια ή βιβλία νοσολογίας (textbook);** Η αλήθεια είναι ότι ξεκίνησαν αποκλειστικά και μόνο για στατιστικούς σκοπούς, σήμερα όμως χρησιμοποιούνται από ασφαλιστικούς και κρατικούς οργανισμούς (π.χ. εκπαίδευση) με τη βαρύτητα ενός νοσολογικού εγχειριδίου με τη βοήθεια του οποίου θα τεθεί η διάγνωση. Ακόμη, μάλιστα δυσκολότερα είναι τα πράγματα όταν αναφερόμαστε σε διαγνώσεις που σχετίζονται με παιδιά, όπου οι παθολογικές καταστάσεις χαρακτηρίζονται από διαφορετικά κριτήρια και ευμεταβλητότητα.

Εκείνο που είναι σημαντικό ως τελική διαπίστωση είναι το ότι **η χρήση των διαγνωστικών κριτηρίων αυξάνει τη διαγνωστική αξιοπιστία αλλά τα κριτήρια πρέπει να χρησιμοποιούνται ως κατευθυντήριες οδηγίες που βοηθούν την κλινική διάγνωση και κρίση.** Άλλωστε η διάγνωση των νοσημάτων δεν μπορεί να είναι περιγραφική, αλλά αποτελεί μία πιο σύνθετη και συχνά συνεχώς μεταβαλλόμενη διαδικασία. Για το λόγο αυτό, όπως αναφέρεται και από τις οδηγίες των συντακτών των ταξινομικών συστημάτων, αυτά **δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ως «τυφλοσούρτης» («in a cookbook fashion» όπως δηλαδή ένας οδηγός συνταγών μαγειρικής), αλλά με κλινική συνεκτίμηση του ειδικού.**

4. Κλίμακες λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής

Εκτός των ταξινομικών συστημάτων σημαντική είναι τα τελευταία χρόνια η προσπάθεια για ανάπτυξη κλιμάκων μέτρησης της λειτουργικότητας. Άλλωστε η εκτίμηση της λειτουργικότητας αναφέρεται και από τα ταξινομικά συστήματα (άξονας 5 του DSM-IV), με έναν πιο συνολικό και γενικό τρόπο (παράδειγμα η κλίμακα Σφαιρικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας – Global Assessment of Functioning, GAF). Η δημιουργία όμως πιο εξειδικευμένων κλιμάκων για κάθε νόσημα βοηθά στο να αξιολογείται καλύτερα το έλλειμμα, να παρακολουθείται η κλινική πορεία, να διευκολύνεται η επικοινωνία ιατρών και ειδικών του χώρου της αποκατάστασης, ενώ ιδιαίτερη σημασία έχει η ποσοτικοποίηση του ελλείμματος στο σχεδιασμό και την εκτίμηση των ερευνητικών μελετών. Σήμερα χρησιμοποιούνται πολλές τέτοιες κλίμακες λειτουργικότητας εξειδικευμένες ανάλογα με το νόσημα. Στα νευρολογικά νοσήματα, για παράδειγμα, τέτοιες κλίμακες είναι η EDSS που εκτιμά τις λειτουργικές διαταραχές σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση (MS-σκλήρυνση κατά πλάκας), η Barthel, με την οποία αξιολογείται η λειτουργικότητα των ασθενών μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS) για ασθενείς με Parkinson, η Childhood Autism Rating Scale (CARS) για τον αυτισμό κ.ά.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η προσπάθεια εκτίμησης της ποιότητας ζωής ασθενών με κλίμακες ειδικές για χρόνια προβλήματα και αναπηρίες. Για την ποιότητα ζωής αξιολογούνται πολλοί παράγοντες μεταξύ των οποίων και η δυσκολία του ατόμου στις κοινωνικές δραστηριότητες εξαιτίας του προβλήματός του. Για την εκτίμηση αναπτύσσονται ειδικά για κάθε περίπτωση ερωτηματολόγια τα οποία ανάλογα μπορεί να συμπληρώνονται από τον πάσχοντα, το περιβάλλον, τον φροντιστή ή τον εκπαιδευτικό και στο τέλος προκύπτει μία γενικότερη εικόνα. Τα ερωτηματολόγια αυτά μεταφράζονται σε διάφορες γλώσσες, ώστε να είναι οικεία σε αυτούς που καλούνται να απαντήσουν και εύχρηστα από αυτούς που καλούνται να κάνουν τις καταγραφές και τις τελικές αξιολογήσεις. Μετά τη μετάφραση ακολουθεί η διαδικασία που λέγεται *στάθμιση*, ώστε οι ερωτήσεις να είναι το ίδιο αξιόπιστες και εύχρηστες με την πρωτότυπη έκδοση. Τέτοια ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται κυρίως στις χρόνιες παθήσεις και ως παραδείγματα αναφέρουμε το *QOLIE 89* και το *QOLIE-31* για την επιληψία, το οποίο μάλιστα έχει σταθμιστεί και στα ελληνικά, το *Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale (QOL-AD)*, το *St. George's Respiratory Questionnaire* για ασθενείς με αποφρακτική πνευμονοπάθεια, το *Asthma Quality of Life Questionnaire* για ασθενείς με άσθμα κ.α. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής και μάλιστα με τρόπο κατά το δυνατό πιο αντικειμενικό έχει ιδιαίτερη εκτίμηση στην αξιολόγηση θεραπευτικών μεθόδων και εφαρμογών. Με βάση όλα τα προηγούμενα επιχειρείται σήμερα η κατά το δυνατό καλύτερη καταγραφή και αξιολόγηση των προβλημάτων που προκύπτουν σε διάφορα χρόνια νοσήματα, ιδιαίτερα αυτά τα οποία αποτελούν συχνή αιτία αναπηρίας.

Σχετική βιβλιογραφία

- Diagnostic Criteria from DSM-IV* (1994). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Ferrer, M., et al. (2002). Interpretation of quality of life scores from the St George's Respiratory Questionnaire. *Eur Respir J*, 19:405–413.
- Graham, P., Turk, J. & Verhulst, F. (1998). *Child Psychiatry, A developmental approach*. 3d edition. London.
- Juniper, E.F., et al. (1993). Measuring quality of life in asthma. *Am Rev Respir Dis*, 147(4):832–838.
- Kaplan, D. (1998). *The definition of disability* <http://www.accessiblesociety.org/topics/demographics-identity/dkaplanpaper.htm>
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1995). *Comprehensive textbook of Psychiatry*. Baltimore: Wilkinson & Wilkins.
- Καράβατος, Α. (1988). Ταξινομικά Συστήματα στην Ψυχιατρική. Στο: Χ. Ιεροδιακόνου, Χ. Φωτιάδης & Ε. Δημητρίου (επιμ). *Ψυχιατρική*. Θεσσαλονίκη: εκδόσεις Μαστορίδη.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Merchant, C. & Hope, K. (2004). The Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale: direct assessment of people with cognitive impairment. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6 Supplement 2):105–110.
- Piperidou, H., Terzoudi, A., Vorvolakos, Th., Davis, E., Heliopoulos, I., Vadikolias, K., Giassakis, G., Aggelopoulos, P., Georgiadis, G. & Karlovasitou, A. (2006). The Greek version of the Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-31). *Quality of Life Research*, 15(5):833–839.
- Schopler, E. et al. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *J Autism Dev Disord*, 10(1):91–103
- Σύνταγμα της Ελλάδας –αναθεώρηση 2001* (αρθ.21, παρ.6)
- Τσιάντης, Γ. & Μανωλόπουλος, Σ. (1987). *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής*. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη.
- Vickrey, B.G. et al, (1993). *QOLIE-31 Version 1.0*, QOLIE Development Group. 1993.
- World Health Organization: health topics: disabilities*. (2008). <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>

Σχετικές ιστοσελίδες στο διαδίκτυο

<http://dsmiv.org/>

<http://dsmivtr.org/>

http://rand.org/health/surveys_tools/qolie/

<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

<http://www.who.int/classifications/icf/site/>

<http://www.who.int/classifications/icf/site/>

ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Δέσποινα Νικολαΐδου & Ευαγγελία Θεοδωρίδου

Η παιδοοφθαλμολογία αποτελεί ένα ξεχωριστό μέρος της οφθαλμολογίας. Ο κύριος λόγος της ιδιαιτερότητας αυτής προκύπτει, όπως γίνεται αντιληπτό, από το νεαρό της ηλικίας των ασθενών και την αδυναμία προσέγγισής τους. Έχουν ωστόσο αναπτυχθεί πολλές εξεταστικές μέθοδοι που προσφέρουν πλήρη κάλυψη των οφθαλμολογικών προβλημάτων στα νεογνά και στα παιδιά και οδηγούν στη σωστή αντιμετώπιση και θεραπεία τους.

1. Η οφθαλμολογική εξέταση

Για την έγκαιρη διάγνωση και σωστή αντιμετώπιση οφθαλμολογικών παθήσεων στα παιδιά από τη βρεφική ηλικία θεωρείται απαραίτητη τόσο η συνεχής παρακολούθηση των παιδιών από τους γονείς και εκπαιδευτικούς όσο και η συνέπεια στην εξέτασή τους από ειδικούς.

A. Πρώτη οφθαλμολογική εξέταση:

Υποχρεωτικά τις πρώτες μέρες μετά τη γέννηση, από ειδικό παιδοφθαλμίατρο.

B. Δεύτερη οφθαλμολογική εξέταση:

Προσοχή! Τον τέταρτο μήνα της ζωής του σε:

βρέφος που δεν παρακολουθεί ένα παιχνίδι, ένα φωτεινό στόχο, το πρόσωπο της μητέρας σε κίνηση,
βρέφος με νυσταγμό,
βρέφος με στραβισμό,
βρέφος με φωτοφοβία

Γ. Τρίτη οφθαλμολογική εξέταση:

Κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους σε οικογενειακό ιστορικό:

οφθαλμολογικής πάθησης
υψηλής αμετρωπίας
ανισομετρωπία
αμβλυωπία

Δ. Τέταρτη οφθαλμολογική εξέταση:

Εάν ο γονέας δεν παρατηρήσει κάτι παθολογικό: Οφθαλμολογική εκτίμηση σε ηλικία 3-4 ετών.

Εάν ο γονέας παρατηρήσει κάτι παθολογικό:

Επίκτητος συγκλίνων στραβισμός: Επείγουσα εξέταση και αντιμετώπιση!!!

Στη συνέχεια θα δωθούν αναλυτικές ερμηνείες για παθήσεις που συχνά απαντώνται στα παιδιά και προκαλούν δυσάρεστες καταστάσεις τόσο για τον μικρό ασθενή όσο και για τους γονείς. Ακόμη θα λυθούν τυχόν απορίες που προέκυψαν από το κείμενο που προηγήθηκε

1. Αλλεργίες

Αλλεργία είναι η ασυνήθης αντίδραση του οργανισμού σε κάποιες ουσίες που έρχονται σε επαφή μ' αυτόν. Τότε παράγεται η ισταμίνη, ουσία που προκαλεί ερυθρότητα, οίδημα, κνησμό. Τέτοιες ουσίες (αλλεργιογόνα) μπορεί να είναι σκόνη (από πάτωμα, παπούτσια, κιμωλίες κ.λ.π.), πτητικές ουσίες, όπως αρώματα (τεχνητά, λουλουδιών), καθαριστικά (χλωρίνη, αμμωνία), γύρη λουλουδιών.

Τα βλέφαρα εσωτερικά καλύπτονται από μια μεμβράνη που λέγεται επιπεφυκίτιδα. Αυτή είναι λεία και μαλακή. Καθώς τα βλέφαρα ανοιγοκλείνουν, γλιστρά επάνω στο βολβό και τον επαλείφει με τα συνεχώς παραγόμενα δάκρυα. Στην αλλεργία, η ισταμίνη προκαλεί ερυθρότητα, οίδημα και κνησμό.

1.1. Ερυθρότητα:

Τα παιδιά με αλλεργία εμφανίζουν κόκκινα μάτια.

1.2. Οίδημα:

Το οίδημα κάνει τον επιπεφυκίτη τραχύ και για αυτό εμφανίζεται αίσθημα ξηρότητας και ξένου σώματος. Το αίσθημα ξένου σώματος οδηγεί τα παιδιά στο να ανοιγοκλείνουν τα βλέφαρα συνεχώς και να κάνουν διάφορους μορφασμούς υποσυνείδητα για να απαλλαγούν από αυτό. Παράγονται επίσης περισσότερα δάκρυα και το παιδί παρουσιάζει φωτοφοβία και πονά. Το αίσθημα ξηρότητας προκαλεί στο παιδί και αίσθημα υπνηλίας.

1.3. Κνησμός:

Κνησμός εμφανίζεται στα μάτια, αλλά παράλληλα και στη μύτη, τα αυτιά και το λαιμό. Για αυτό το παιδί είναι ανήσυχος, 'σκαλίζει' τη μύτη του και βήχει 'ψεύτικα'.

2. Διαθλαστικά προβλήματα

2.1. Βασικές έννοιες:

α) Διάθλαση: είναι η αλλαγή της διεύθυνσης της ακτίνας φωτός όταν αυτή περνάει από ένα διαφανές μέσο σε ένα άλλο διαφορετικής πυκνότητας. Όταν πέφτει κάθετα στη διαχωριστική επιφάνεια των δύο μέσων τότε δε διαθλάται.

β) Απλοποιημένος οφθαλμός: Για να γίνει αντιληπτό ένα αντικείμενο πρέπει να στέλνει προς το μάτι ακτίνες φωτός (αυτόφωτο – ετερόφωτο). Για να έχουμε καθαρό είδωλο του αντικειμένου, οι ακτίνες που προέρχονται από αυτό πρέπει να εστιαστούν σε ένα συγκεκριμένο σημείο στην εσωτερική επιφάνεια του οπισθίου πόλου του ματιού (ωχρά – αμφιβληστροειδής). Μια ακτίνα φωτός, καθώς εισέρχεται στο μάτι, περνάει από διάφορα διαθλαστικά μέσα, τον κερατοειδή, το υδατοειδές υγρό, το φακό και το υαλοειδές σώμα. Επειδή ο κερατοειδής και το υδατοειδές έχουν τον ίδιο δείκτη διάθλασης, θεωρούνται σαν ένα διαθλαστικό μέσο.

Υπάρχει λοιπόν ο απλοποιημένος οφθαλμός, του οποίου το διαθλαστικό σύστημα αντιπροσωπεύεται από μια ιδεώδη σφαιρική επιφάνεια που διαχωρίζει δύο οπτικά μέσα: τον αέρα από ένα υγρό εσωτερικά του ματιού διαθλαστικότερο από αυτόν. Ακτίνες φωτός που προέρχονται από αντικείμενα μακρύτερα από 6 μέτρα θεωρούνται παράλληλες. Όταν αυτές, αφού υποστούν διάθλαση, συγκεντρώνονται στην ωχρά κηλίδα που δημιουργείται ένα καθαρό είδωλο του αντικείμενου, λέμε ότι έχουμε *εμμέτρωπο οφθαλμό*.

Σε κάποιες κατασκευαστικές παρεκκλίσεις του οφθαλμού, οι διαθλώμενες ακτίνες φωτός δεν εστιάζονται στην ωχρά κηλίδα και το σχηματιζόμενο σε αυτήν είδωλο είναι θολό. Αυτές ονομάζονται διαθλαστικές ανωμαλίες και είναι η μυωπία, η υπερμετρωπία και ο αστιγματισμός. Ακτίνες φωτός που προέρχονται από αντικείμενο κοντύτερο από 6 μέτρα εστιάζονται πίσω από την ωχρά κηλίδα. Τότε, μπαίνει σε λειτουργία μια διαδικασία που λέγεται προσαρμογή. Κατ' αυτήν, ο φακός του ματιού γίνεται πιο κυρτός και η εστία του συστήματος μετατοπίζεται πιο μπροστά πάνω στην ωχρά κηλίδα. Παράλληλα, οι άξονες των βολβών συγκλίνουν προς το αντικείμενο.

3. Μυωπία

Στο μυωπικό μάτι συμβαίνει ο προσθιοπίσθιος άξονας του ματιού να είναι μεγαλύτερος από το σύνηθες ή το διαθλαστικό σύστημα ισχυρότερο. Οι ακτίνες που προέρχονται από ένα μακρινό αντικείμενο, αφού διαθλασθούν εστιάζουν πιο μπροστά από την ωχρά κηλίδα και έτσι όταν φθάνουν εκεί το είδωλο που σχηματίζεται πάνω σε αυτήν είναι θολό. Όσο το αντικείμενο πλησιάζει προς το μάτι και η συγκέντρωση των ακτινών μετατοπίζεται πιο πίσω και σε κάποια μικρή απόσταση συμπίπτει με την ωχρά κηλίδα όπου πλέον σχηματίζεται καθαρό είδωλο. Αυτό έχει ως συνέπεια οι μύωπες να βλέπουν θολά τα μακρινά αντικείμενα και καθαρά τα κοντινά.

3.1. Συμπεριφορές του παιδιού

Επειδή υπάρχει απόλυτη καθαρότητα στα κοντινά αντικείμενα, το παιδί δεν φαντάζεται ότι αυτό που βλέπει μακριά είναι σωστό. Ζει στον κόσμο του. Αντιγράφει από τον πίνακα ότι υπάρχει με τον τρόπο που το βλέπει, δηλαδή με λάθη.

Άλλες φορές, καταλαβαίνει ότι δεν βλέπει καλά στον πίνακα. Το αποδίδει σε διάφορα αίτια. Διαμαρτύρεται ότι φταίει α) η θέση σε σχέση με το παράθυρο και ότι ο πίνακας γυαλίζει, β) ο δάσκαλος ή η δασκάλα κάνει μικρά και άσχημα γράμματα, γ) ο μαρκαδόρος που γράφουν στον πίνακα δεν είναι καλός. Προσπαθεί να βρει λύση στο πρόβλημα του. Σηκώνεται συνέχεια από τη θέση του και πλησιάζει στον πίνακα (ή την τηλεόραση του σπιτιού), αντιγράφει από τον διπλανό του και γενικά είναι ανήσυχος.

Κάποιες φορές τη θολή όραση τη μεταφράζει σε 'ζάλη'.

Μισοκλείνει τα βλέφαρα ώσπου να μείνει μια μικρή σχισμή. Με αυτόν τον τρόπο επιτρέπει να μπαίνουν στο μάτι μόνο κεντρικές ακτίνες φωτός, οι οποίες πέφτουν κάθετα και δεν παθαίνουν διάθλαση και άρα συγκεντρώνονται στην ωχρά κηλίδα με συνέπεια την καθαρή όραση.

4. Υπερμετρωπία

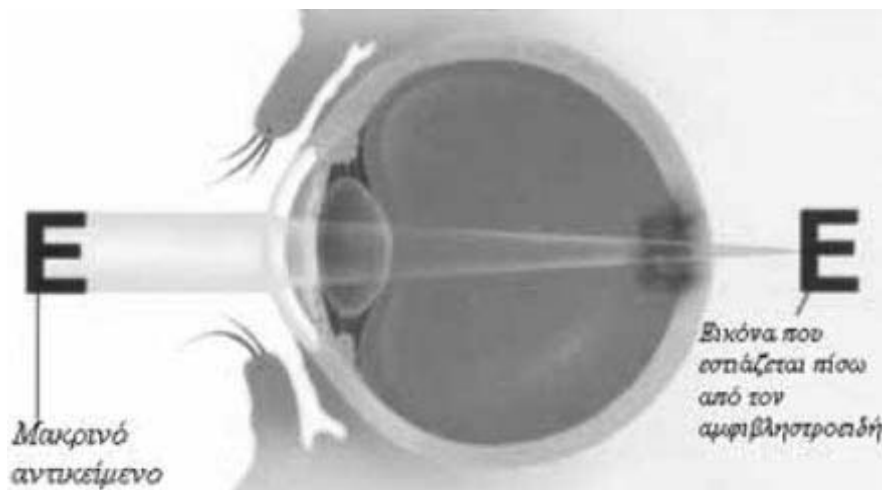
Εδώ, ο προσθιοπίσθιος άξονας είναι μικρότερος ή το διαθλαστικό σύστημα λιγότερο δυνατό. Οι παράλληλες ακτίνες που προέρχονται από τα μακριά αντικείμενα αφού διαθλα-

σθούν εστιάζονται πιο πίσω από την ωχρά (Σχήμα 1). Για να συγκεντρωθούν πάνω σε αυτήν και να σχηματισθεί καθαρό είδωλο μπαίνει σε λειτουργία η προσαρμογή. Όταν το αντικείμενο πλησιάζει επόμενο είναι να επιτείνεται η προσαρμοστική προσπάθεια. Αν αυτή η προσπάθεια διαρκέσει πολλή ώρα επέρχεται κόπωση των μυών προσωρινά. Σ' αυτή τη φάση, το άτομο βλέπει θολά μέχρι να επαναλειτουργήσει η προσαρμογή. Αυτό λέγεται *κοπιωπία*.

Σε κάποιες περιπτώσεις εμφανίζεται υψηλότερη υπερμετρωπία στο ένα μάτι. Τότε ο εγκέφαλος προτιμά το καθαρότερο μάτι και το άλλο το αγνοεί. Αυτό αδρανεί και χάνει μεγάλο μέρος της όρασής του. Αποκατάσταση μπορεί να γίνει με ειδική αγωγή μόνο σε πολύ μικρές ηλικίες κάτω των 10 ετών.

4.1. Συμπεριφορές:

- 1) Το παιδί αποστρέφεται το διάβασμα γενικότερα και τη μελέτη ειδικότερα γιατί δεν μπορεί να συγκεντρώνεται κοντά για πολλή ώρα.
- 2) Παραπονιέται ότι κουράζεται στο διάβασμα.
- 3) Προσπαθεί να κρατάει το αντικείμενο – βιβλίο όσο πιο μακριά γίνεται. Πολλά παιδιά ξαπλώνουν μπρούμυτα στο κρεβάτι και έχουν το βιβλίο στο πάτωμα.
- 4) Παραπονιέται για πονοκεφάλους ή τάση για εμετό επειδή η προσαρμογή του είναι συνέχεια σε λειτουργία (μακριά – κοντά)
- 5) Αν η υπερμετρωπία είναι πολύ μεγάλη η προσαρμογή του όσο και να υπερλειτουργεί δεν του δίνει καθαρή όραση ούτε κοντά ούτε μακριά.
- 6) Σε υψηλές υπερμετρωπίες λόγω έντονης δράσης της προσαρμογής η υπερβολική σύγκλιση οδηγεί σε στραβισμό παροδικό ή μόνιμο.



Σχήμα 1: Υπερμετρωπικός οφθαλμός

5. Αστιγματισμός

Στο φυσιολογικό μάτι η κυρτή διαχωριστική επιφάνεια του απλοποιημένου οφθαλμού είναι σφαιρική και όλοι οι μεσημβρινοί έχουν την ίδια διαθλαστική συμπεριφορά, οπότε όλες οι ακτίνες από ένα αντικείμενο παθαίνουν την ίδια διάθλαση και συγκεντρώνονται στην ωχρά και δίνουν ένα καθαρό είδωλο. Στο αστιγματικό μάτι η διαχωριστική επιφάνεια έχει μεσημβρινούς με διαφορετική διαθλαστική συμπεριφορά. Ένα αντικείμενο δε φαίνεται απλά

θολό ή απλά καθαρό αλλά ανάμεικτα γιατί η λειτουργία της προσαρμογής εστιάζει σε ό,τι αντιστοιχεί σε κάποιο μεσημβρινό, ενώ παραμένει θολό ό,τι αντιστοιχεί στους υπόλοιπους.

5.1. Συμπεριφορές:

Πονοκέφαλοι: Το παιδί στην προσπάθειά του να καθαρίσει το είδωλο κάνει ταχείες εναλλαγές της προσαρμογής, με συνέπεια την κόπωση και την κεφαλαλγία.

Σμίγει τα βλέφαρα, όπως στη μυωπία, προσπαθώντας να αποφύγει τη διάθλαση.

Προσπαθώντας να έχει τη μικρότερη δυνατή θολερότητα υποσυνείδητα παίρνει διάφορες θέσεις με το κεφάλι του και το βλέμμα του.

Το παιδί κρατάει το αντικείμενο πολύ κοντά.

Όπως και στην υπερμετρωπία, όταν υπάρχει υψηλότερος αστιγματισμός στο ένα μάτι τότε αυτό αδρανεί (αμβλυωπία). Η λειτουργία του επανέρχεται μόνο με ειδική αγωγή στη 1^η δεκαετία.

Γενικά, είναι σημαντικό να αποκαλυφθεί ο αστιγματισμός νωρίς ιδιαίτερα στην πρώτη δεκαετία. Το παιδί μόνο με διορθωτικό γυαλί μπορεί να έχει καθαρές εικόνες, πράγμα πολύ σημαντικό για τη φυσιολογική ανάπτυξη της όρασής του

6. Νυσταγμός

Έτσι λέγεται μια κινητικότητα των ματιών ανεξάρτητη από τη θέληση του ατόμου. Είναι οριζόντιες εκκρεμοειδείς κινήσεις με μια ταχεία και μια βραδεία φάση. Υπάρχει ο φυσιολογικός και ο παθολογικός νυσταγμός. Φυσιολογικός νυσταγμός παρατηρείται σε άτομα μπροστά από τα οποία κινούνται αντικείμενα με μεγάλη ταχύτητα (π.χ. ταξιδιώτες) ή σε άτομα που προσηλώνονται για πολλή ώρα σε ακραίες θέσεις. Παθολογικός νυσταγμός παρατηρείται είτε εκ γενετής είτε από επίκτητα νευρολογικά προβλήματα.

6.1. Συμπεριφορές:

Το παιδί δεν βλέπει καθαρά γιατί δεν μπορεί να προσηλώσει σταθερά. Μάλιστα, αν προσπαθήσει να προσηλώσει για πολύ χρόνο ο νυσταγμός επιδεινώνεται. Στην τάξη φαίνεται ανήσυχος.

Υποσυνείδητα δημιουργείται μια ρυθμική κινητικότητα της κεφαλής γιατί έτσι ελαττώνεται ο νυσταγμός.

Το παιδί παίρνει κάποιες θέσεις στροφής με το κεφάλι του γιατί σ' αυτές μειώνεται η ένταση των κινήσεων των βολβών.

7. Δυσχρωματοψία – Αχρωματοψία

Δυσχρωματοψία είναι η κατάσταση όπου κάποιος δεν διακρίνει χρώματα στον άξονα κόκκινο-πράσινο ή κίτρινο-μπλε. Στην πλήρη αχρωματοψία όλα τα χρώματα φαίνονται σαν διακυμάνσεις άσπρου γκριζου μαύρου. Είναι κληρονομική πάθηση, δεν διορθώνεται και εμφανίζεται στα αγόρια.

7.1 Συμπεριφορά

Μέσα στις δραστηριότητες της τάξης ή στο περιβάλλον του το παιδί μπορεί να μπερδεύει τα χρώματα ή να μην τα ξεχωρίζει καθόλου. Αυτό μπορεί να εκλαμβάνεται σαν χαμηλή ευφυΐα. Η κατάσταση δεν θεραπεύεται όμως με την κατάλληλη εκπαίδευση το παιδί

καταφέρει να προσδιορίζει τα χρώματα με αρκετά καλή προσέγγιση χρήσιμη στην καθημερινή ζωή.

8. Στραβισμός

Σε φυσιολογική κατάσταση η εικόνα ενός αντικειμένου που βλέπουμε σχηματίζεται επάνω στην ωχρά. Στραβισμό έχουμε όταν η εικόνα σχηματίζεται πάνω στην ωχρά του ενός μόνος οφθαλμού, αλλά όχι και του άλλου. Αυτό συμβαίνει όταν ο ένας οφθαλμός αποκλίνει (προς τα μέσα, έξω, πάνω ή κάτω). Από κάποιου βαθμού στραβισμό πάσχουν το 2% των παιδιών. Η διάγνωση πρέπει να γίνει όσο το δυνατόν συντομότερα. Έτσι, θα επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή οπτική οξύτητα, θα αυξηθούν οι πιθανότητες για φυσιολογική διόφθαλμη όραση, αλλά και θα διαγνωσθούν έγκαιρα σε ορισμένες περιπτώσεις επικίνδυνες παθολογικές καταστάσεις που προκάλεσαν το στραβισμό. Ο στραβισμός γίνεται εύκολα αντιληπτός αρκεί να παρατηρούμε το παιδί προσεκτικά.

9. Επίλογος

Συνοψίζοντας, οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να μην υποβαθμίζουν αντιδράσεις του παιδιού που πιθανώς υποδηλώνουν διαταραχή στην όρασή του. Σε περίπτωση που το παιδί εκδηλώσει κάποια από τις παραπάνω συμπεριφορές θα πρέπει να απευθύνονται σε ειδικούς οφθαλμιάτρους για την αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων. Η έγκαιρη διάγνωση ενός οφθαλμολογικού προβλήματος θα οδηγήσει στην πρόληψη σοβαρών ασθενειών στα παιδιά και πολλές φορές και στην πλήρη αποκατάστασή τους.

Σχετική βιβλιογραφία

- Spalton, D.J., Hitchings, R.A. & Hunter, P.A. (2005). *Atlas of ophthalmology*.
Στάγκος, Ν. Τρ, et al. (2002). *Κλινική οφθαλμολογία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
Kanski, J.J. (2004). *Κλινική οφθαλμολογία*. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ

Αικατερίνη Ματζιάρη

Η εκπαίδευση των ατόμων με προβλήματα όρασης αποτελεί ένα αντικείμενο μελέτης, το οποίο σε σύγκριση με άλλες μαθησιακές ιδιαιτερότητες δεν συνιστά αντικείμενο ευρέος ενδιαφέροντος για την πλειονότητα των εκπαιδευτικών. Αυτό ίσως οφείλεται στο μικρό ποσοστό ατόμων με προβλήματα όρασης που εξυπηρετούνται από τις διάφορες δομές της ειδικής αγωγής (ανέρχεται στο 0,7% των μαθητών που φοιτούν σε ΣΜΕΑ, σύμφωνα με τα πορίσματα προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ 'Αναλυτικά Προγράμματα - Χαρτογράφηση της Ειδικής Αγωγής, 2004), ποσοστό το οποίο δεν αντιστοιχεί στον πραγματικό πληθυσμό των μαθητών που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα όρασης, καθώς συνήθως παρακολουθούν το κανονικό πρόγραμμα φοίτησης στη γενική τάξη.

Αυτή η συνθήκη έχει ως αποτέλεσμα οι όποιες μαθησιακές ιδιαιτερότητες παρουσιάζει αυτή η ομάδα αισθητηριακής διαταραχής πολλές φορές να παραβλέπονται ή να αγνοούνται από εκπαιδευτικούς και γονείς. Γι' αυτό το λόγο, η προσπάθειά μας εστιάζεται στο να γνωστοποιήσουμε σε μια σύντομη παρουσίαση θέματα εκπαιδευτικού ενδιαφέροντος και σημασίας, που εμπλέκονται στην πορεία της πρόσκτησης γνώσης από τα άτομα με προβλήματα όρασης, με την ελπίδα να μπορεί ο όποιος ενδιαφερόμενος να βρει χρήσιμες πληροφορίες.

Αρχικά, πρέπει να καταστεί σαφές πως οι όποιες αναπτυξιακές ιδιαιτερότητες παρουσιάζουν τα άτομα με οπτική εξασθένιση είναι αποτέλεσμα των εμπειριών στις οποίες έχουν εμπλακεί κατά την ανάπτυξή τους και όχι απόρροια της όποιας κατάστασης της όρασής τους. Η εμπειρία είναι, δηλαδή, ο πρωταρχικός παράγοντας στην πορεία της γνωστικής ανάπτυξης, η οποία είναι μια δυναμική διαδικασία αλληλεπίδρασης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, όπου εμπλέκονται τα χαρακτηριστικά του ατόμου, η στάση των άλλων απέναντι σ' αυτά, παράγοντες μάθησης και το γενικότερο οικοσύστημα του ατόμου. Η ανάπτυξη, συνεπώς, δεν αποτελεί μία γραμμική πορεία αναπτυσσόμενων δεξιοτήτων και ικανοτήτων με αποκλειστικό παράγοντα αυτόν της ωρίμανσης. Οι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσκτηση γνωστικών δεξιοτήτων σχετίζονται με την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων που αναπτύσσει το άτομο με προβλήματα όρασης, με την παροχή ευκαιριών για συμμετοχή σε παιχνίδια, με την ποιοτική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου του, τις προσδοκίες που φέρουν οι σημαντικοί άλλοι για τη γνωστική του ανάπτυξη και την καταλληλότητα των παρεχόμενων εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Τέλος, πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι συνθήκες έκθεσης σε πραγματικά αντικείμενα και φυσικές καταστάσεις, καθώς και η αξιοποίηση στο μέγιστο βαθμό της όποιας υπολειμματικής όρασης διαθέτει το παιδί.

Ειδομένη σ' αυτό το πλαίσιο, η αναφορά στις γνωστικές ιδιαιτερότητες των ατόμων με προβλήματα όρασης δεν θέλουμε ν' αποτελέσει συγκριτική παράθεση δεξιοτήτων που αποκτώνται με δυσκολία από τα άτομα με πρόβλημα όρασης σε σχέση με τους βλέποντες. Ο σκοπός μας είναι να σημειώσουμε εκείνα τα σημεία στην αναπτυξιακή πορεία που μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενο προβληματισμού για τους γονείς και θα πρέπει να χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και παιδαγωγικού προγραμματισμού από τους εκπαιδευτικούς.

1. Γνωστική ανάπτυξη

Ένας τέτοιος σημαντικός τομέας αφορά στην πρόσκτηση των εννοιών. Οι έννοιες που κατά κύριο λόγο χρειάζονται ιδιαίτερο παιδαγωγικό χειρισμό και με άμεση εμπλοκή των γονέων στην πορεία της κατάρτισής τους από μικρή ηλικία είναι αυτές της μονιμότητας του αντικειμένου, έννοιες που σχετίζονται με τη μορφή, την όψη και τις ιδιότητες του φυσικού κόσμου, οι αιτιακές και χρονικές σχέσεις και έννοιες χωρικής δομής.

Πιο συγκεκριμένα, με τον όρο «μονιμότητα του αντικειμένου» εννοούμε την αντίληψη της ύπαρξης ενός αντικειμένου, ανεξάρτητα από το ερέθισμα που αυτό προκαλεί σε κάποιο αισθητήριο όργανο, η οποία αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται κατά τα 2 πρώτα χρόνια. Πρόκειται για μια νοητική δεξιότητα, η ανάπτυξη της οποίας για ένα νήπιο με προβλήματα όρασης σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την ποιότητα και την πληθώρα ακουστικών και οπτικών εμπειριών (σε περίπτωση ύπαρξης υπολειπόμενης όρασης), με τη στενή σχέση με τη μητέρα και με τη συμμετοχή του νηπίου σε κατάλληλες δραστηριότητες. Πρόκειται για μια σημαντική δεξιότητα, καθώς η κατάρτισή της εισάγει το παιδί στο χώρο της εννοιολογικής συμπεριφοράς και υπερβαίνει κατά κάποιον τρόπο τους περιορισμούς της άμεσης αντίληψης.

Οι έννοιες που σχετίζονται με την αντίληψη της μορφής του φυσικού κόσμου είναι οι κατηγορίες του σχήματος, του χρώματος, του μεγέθους, της υφής, του όγκου, του μήκους. Σ' αυτές προστίθενται και η αντίληψη των ιδιοτήτων της ύλης, όπως η έννοια της μάζας, της διατήρησης του όγκου κ.α. Οι έννοιες αυτές γίνονται αντικείμενο προγραμματισμένης διδασκαλίας καθ' όλη τη σχολική ζωή ενός παιδιού με προβλήματα όρασης, στην αποτελεσματικότητα της οποίας εμπλέκονται σημαντικοί παράγοντες, όπως το χρονικό διάστημα και ο βαθμός απώλειας της όρασης, η ηλικία του παιδιού, οι προηγούμενες εμπειρίες με υλικά του φυσικού κόσμου, που θα υποστηρίξουν τη διδασκαλία της θεωρίας των εννοιών, η χρήση κατάλληλου υλικού και τα ενδιαφέροντα του μαθητή.

Βασική προϋπόθεση της διδασκαλίας κάθε έννοιας, τόσο για τους γονείς όσο και για τους εκπαιδευτικούς, αποτελεί η σαφής διευκρίνιση του στόχου που θέλουν να πετύχουν, η σωστή οργάνωση των πρακτικών δραστηριοτήτων στις οποίες θα εμπλακεί το παιδί και η οργάνωση της αξιολόγησης-κατάρτισης της εκάστοτε έννοιας. Η χρήση στρατηγικών, επίσης, αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιτυχούς αναγνώρισης και εξερεύνησης του φυσικού κόσμου. Για παράδειγμα, το παιδί μπορεί να αναπτύσσει μόνο του την τεχνική του 'γραπώματος' (ψηλάφηση με τα τέσσερα δάχτυλα κατά μήκος της υπό αναγνώριση περιοχής) για την αναγνώριση των σχημάτων, ωστόσο η οργανωμένη κίνηση του δείκτη κατά μήκος της υπό αναγνώριση περιοχής ('κορυφαία σάρωση') ή η εστίαση της προσοχής του στις περιοχές υψηλού πληροφοριακού περιεχομένου θα αποτελέσουν αντικείμενο διδασκαλίας και οργανωμένης στρατηγικής που θα χρησιμοποιεί το άτομο με προβλήματα όρασης σε κάθε ανάγκη του για αναγνώριση σχημάτων.

Οι πρακτικές δραστηριότητες μπορούν να χωριστούν σε ασκήσεις, εμπειρίες, αυτόνομη ή υποβοηθούμενη έρευνα. Κομβικό σημείο στην επιτυχή πρόσκτηση εννοιών αποτελεί και η κατοχή κάποιων τεχνικών δεξιοτήτων, όπως π.χ. η ικανότητα μέτρησης μήκους με χάρακα, θερμοκρασίας με ομιλούν θερμόμετρο κ.α. Πολλές φορές, ο εκπαιδευτικός καλείται να χρησιμοποιήσει τη φαντασία του και την επιδεξιότητά του για την κατασκευή κατάλληλου τεχνικού εξοπλισμού, αν και η τεχνολογία σήμερα παρέχει πλήθος βοηθημάτων που διευκολύνουν την πρόσβαση στη δομή του φυσικού κόσμου, ακόμη και για ένα άτομο χωρίς καθόλου όραση. Ως βασική τεχνική δεξιότητα θεωρούμε και την ύπαρξη αυτόνομης κίνησης στο χώρο, τουλάχιστον μέσα στο χώρο διδασκαλίας και καθημερινής διαβίωσης του

παιδιού. Η σπουδαιότητα της διδασκαλίας των εννοιών του κόσμου που μας περιβάλλει δεν περιορίζεται μόνο στην αναγνωρισμένη μορφωτική αυταξία του αντικειμένου, αλλά πρωτίστως μας ενδιαφέρει, καθώς σχετίζεται άμεσα με τη ενίσχυση του αισθήματος αυτοπεποίθησης και αίσθησης ελέγχου και, κατ'επέκτασιν, με την αυτονομία του ατόμου με προβλήματα όρασης.

2. Κινητική ανάπτυξη

Η αυτονομία ενός ατόμου με προβλήματα όρασης εξαρτάται σε μέγιστο βαθμό και από την ομαλή ανάπτυξη των κινητικών του δεξιοτήτων. Τα άτομα με μειωμένη όραση συχνά παρουσιάζουν αργή κινητική ανάπτυξη σε δραστηριότητες μπουσουλήματος και βαδίσματος, όσον αφορά σε νήπια, αργή ανάπτυξη δεξιοτήτων αδρός και λεπτής κινητικότητας, ασυντόνιστες κινήσεις, φτωχό οπτικοκινητικό συντονισμό (όπου υπάρχει υπολειπόμενη όραση), μειωμένη δύναμη σε λαβές χεριών και μειωμένη πρόσληψη οξυγόνου σε απαιτητικές σωματικές δραστηριότητες.

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να επαναλάβουμε πως η αιτία των όποιων αναπτυξιακών καθυστερήσεων δεν οφείλεται στην οπτική αναπηρία. Η αιτιολογία αυτών των ευρημάτων σχετίζεται περισσότερο με την έλλειψη παροχής ευκαιριών για αυτόνομη και εξερευνητική κίνηση, απουσία κινήτρων, που μπορεί να επιβαρύνονται από αισθήματα ανασφάλειας και αβεβαιότητας για μετακίνηση από την πλευρά του παιδιού, στάσεις που προέρχονται κατά κύριο λόγο από τη συμπεριφορά υπερπροστασίας και άγχους που συχνά εμφανίζουν οι γονείς στην ανατροφή των παιδιών με οπτική αναπηρία. Στον τομέα της κινητικής ανάπτυξης, οι συμπεριφορές αυτές λειτουργούν ανασταλτικά στην απρόσκοπτη ανάπτυξη των κινητικών δεξιοτήτων. Ανασταλτικά μπορεί να λειτουργήσει ένα περιβάλλον φτωχό σε απτικές και ακουστικές πληροφορίες, όπως επίσης και γνωστικές ελλείψεις για τους τρόπους κίνησης και τις συνέπειές τους ή για τα μέρη του σώματος. Είναι επίσης παρατηρημένο πως η φυσική κατάσταση των ατόμων με προβλήματα όρασης συνήθως βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση μ' αυτήν των βλεπόντων συνομηλίκων τους.

Η εκπαιδευτική παρέμβαση στον τομέα της κινητικής ανάπτυξης απαιτεί τη συνεργασία γονέων και ειδικών από την πρώιμη παιδική και, πολλές φορές, βρεφική ηλικία ανάλογα με το βαθμό απώλειας της οπτικής ικανότητας. Η εξάσκηση για παράδειγμα σε διάφορες στάσεις για τα βρέφη με έμφαση στην προηνή θέση, την οποία αποφεύγουν τα βρέφη με οπτική αναπηρία κρίνεται απαραίτητη, καθώς ενισχύει το τέντωμα των χεριών, που είναι βασική στάση για εξερεύνηση του περιβάλλοντος και ενδυνάμωση των μυών. Δραστηριότητες με τρέξιμο, πήδημα, πριόνισμα για την ενίσχυση της αδρός κινητικότητας, καθώς και με πλαστελίνες, σφουγγάρια, σπάσιμο φουσαλίδων κτλ. είναι πολύτιμα βοηθήματα στην ενδυνάμωση και την ανάπτυξη της λεπτής κινητικότητας. Η λεπτή κινητικότητα αποτελεί σημαντική δεξιότητα, αφού μέσω αυτής τα άτομα με προβλήματα όρασης έρχονται σε επαφή με τον απαιτητικό χώρο της ανάγνωσης με χαρακτήρες Braille. Έτσι, αντιλαμβανόμαστε τη σπουδαιότητα της ενίσχυσης αυτής της δεξιότητας από την προσχολική ηλικία. Επίσης, απαραίτητη εμφανίζεται η παροχή ευκαιριών και ενθάρρυνση για αυτόνομη μετακίνηση στο χώρο και η συμμετοχή σε προγράμματα άθλησης ως εξωσχολική δραστηριότητα, εφόσον οι σχολικές δραστηριότητες στον τομέα της άθλησης συνήθως δεν επαρκούν και σπανιότατα είναι δομημένες στις ανάγκες ενός ατόμου με οπτική αναπηρία.

Τέλος, η διδασκαλία των μερών του σώματος και η εξάσκηση σε διάφορες θέσεις (π.χ. γόνατο ψηλά, κοιλιά μέσα κ.α.) αποτελεί ξεχωριστή διδακτική ενότητα και απαιτεί αυστηρή και λεπτομερή διδασκαλία όχι μόνο των βασικών σημείων, αλλά επεξήγηση της θέ-

σης και της λειτουργίας αρθρώσεων, μέσης, γοφών κτλ, κάτι το οποίο πολλές φορές οι εκπαιδευτικοί προσπερνάμε γρήγορα, αφού ολοκληρώσουμε τη διδασκαλία των βασικών μερών του σώματος. Για το λόγο αυτό, σ' αυτόν τον τομέα η συνεργασία με τον ειδικό ενός προγράμματος κινητικότητας και προσανατολισμού μπορεί να εξασφαλίσει επιτυχή αποτελέσματα. Η σωματογνωσία σε συνδυασμό με το πρόγραμμα κινητικότητας και προσανατολισμού, την ανάπτυξη καλής στατικής και κινητικής ισορροπίας και τη γνώση και αντίληψη συνιστωσών μετακίνησης, όπως ευθεία, ανοδική, καθοδική πορεία αποτελούν τους κύριους παράγοντες που θα εξασφαλίσουν στο άτομο με πρόβλημα όρασης επιτυχή και αυτόνομη μετακίνηση στο χώρο.

Το πρόγραμμα της κινητικότητας και προσανατολισμού υλοποιείται από ειδικούς σ' αυτόν τον τομέα, ξεκινάει από πολύ μικρή ηλικία σε συνεργασία με τους γονείς και συνεχίζει σε σταθερή βάση και εντατικά καθ' όλη τη σχολική ή ακόμη και την ενήλικη ζωή του ατόμου. Το μεγάλο πρόβλημα στην ελληνική πραγματικότητα είναι ότι, διαθέτουμε πολύ λίγους ειδικούς κινητικότητας και προσανατολισμού, καθώς δεν υπάρχει κάποιος επίσημος φορέας δημόσιος ή ιδιωτικός, που να παρέχει τις ανάλογες σπουδές. Στην Αμερική ο ειδικός κινητικότητας και προσανατολισμού οφείλει να κατέχει πανεπιστημιακό τίτλο παιδαγωγικής κατεύθυνσης και στη συνέχεια να εξειδικευτεί σ' αυτόν τον τομέα.

Γενικότερα, ως κινητικότητα ορίζεται η κατοχή δεξιοτήτων και τεχνικών που δίνουν τη δυνατότητα σε ένα άτομο να μετακινείται από το ένα μέρος στο άλλο με ευκολία, ασφάλεια και αποτελεσματικότητα. Ο προσανατολισμός αφορά στην ικανότητα ενός ατόμου να κατανοεί τη σχετική θέση των αντικειμένων στο χώρο, συμπεριλαμβανομένου και του αυτοκαθορισμού του, την ικανότητα δηλαδή να δημιουργεί ένα νοητικό χάρτη για τον κόσμο που τον περιβάλλει. Ως καλός προσανατολισμός ορίζεται η επιτυχής απάντηση στις ερωτήσεις 'που είμαι;, που θέλω να πάω;, πώς θα πάω εκεί που θέλω;'. Ένα πλήρες πρόγραμμα κινητικότητας και προσανατολισμού περιλαμβάνει τη διδασκαλία βασικών δεξιοτήτων μετακίνησης, όπως βάδισμα με βοηθό, τεχνικές προστασίας κ.α., δεξιότητες για χρήση μπαστουινιού, οπτικές δεξιότητες (όπου υπάρχει υπολειπόμενη όραση), διδασκαλία χωρικών εννοιών, συμπεριλαμβανομένης και της σωματογνωσίας, στην οποία έγινε αναφορά προηγουμένως. Επίσης, συμπεριλαμβάνει δεξιότητες κινητικότητας και προσανατολισμού σε οικεία και μη περιβάλλοντα, όπως διαβάσεις δρόμων, χρήση μέσων μεταφοράς, σχεδιασμό πορείας, χρήση βοηθημάτων και τέλος και δεξιότητες κοινωνικής συμπεριφοράς κατά τη μετακίνηση.

Στον τομέα της κινητικής ανάπτυξης εντάσσουμε, επίσης, και κάποιες στερεοτυπικές συμπεριφορές, που μπορεί να εμφανίσουν τα παιδιά με οπτική αναπηρία, οι συνέπειες των οποίων έχουν και κοινωνικές προεκτάσεις σε περίπτωση που αυτές συνεχιστούν και κατά την πρώιμη παιδική ή και ακόμη και κατά τη σχολική χρονική περίοδο. Πολλά παιδιά εμφανίζουν συμπεριφορές όπως τρίψιμο ή και πίεση των ματιών, στροφές του κεφαλιού, επαναλαμβανόμενες χειρονομίες μπροστά στο πρόσωπο, ταλάντωση ή και λίκνισμα ολόκληρου του κορμού, δημιουργία θορύβων χωρίς εμφανή επικοινωνιακό σκοπό. Η εμφάνιση τέτοιων συμπεριφορών επιφέρει άγχος στους γονείς και πολλές φορές αμηχανία στους εκπαιδευτικούς. Η αιτιολογία εμφάνισής τους δεν είναι ακόμη γνωστή.

Οι υποθέσεις που έχουν διατυπωθεί θεωρούν πως οι κινητικές αυτές ιδιομορφίες μπορεί να αποτελούν απόπειρες για αύξηση του γενικού επιπέδου αισθητηριακής διέγερσης. Επίσης, έχει βρεθεί θετική συσχέτιση ανάμεσα στη συχνότητα εμφάνισης στερεοτυπικών συμπεριφορών και συνθήκες κοινωνικής στέρησης, χωρίς αυτό να σημαίνει μια άμεση σχέση αιτίας-αποτελέσματος, δεδομένου ότι και ένα περιβάλλον με υπερβολικά πολλά ερεθίσματα μπορεί να πυροδοτήσει τέτοιου είδους συμπεριφορές. Σημαντική είναι, επίσης, και η υπόθεση που σχετίζει τις συμπεριφορές αυτές με καταστάσεις άγχους και απαιτήσεων, που μπορεί

να βιώνει το παιδί και να τις χρησιμοποιεί ως ασπίδα προστασίας, ως μια μορφή αυτορρύθμισης ενώπιον μιας υπερδιέγερσης. Το σίγουρο είναι πως είναι δυσδιάκριτα τα όρια αισθητηριακής και κοινωνικής διέγερσης που μπορεί να ενισχύσουν τέτοιου είδους συμπεριφορές.

Γι' αυτό το λόγο, η οποιαδήποτε μορφή παρέμβασης για τροποποίηση στερεοτυπικών συμπεριφορών, τόσο από πλευράς γονέων όσο και εκπαιδευτικών, οφείλει να είναι προσεχτική και οργανωμένη. Βάση της παρέμβασης σ' αυτόν τον τομέα αποτελεί η προσεχτική ανάλυση της συμπεριφοράς και η διατύπωση υποθέσεων για την αιτία εμφάνισής της. Οι τεχνικές της λειτουργικής αξιολόγησης μας παρέχουν πολύτιμη βοήθεια σ' αυτό. Επιπλέον, ο σκοπός της παρέμβασης οφείλει να είναι ξεκάθαρος. Είναι, δηλαδή, διαφορετική η προσέγγιση αν θέλουμε να τροποποιήσουμε μια συμπεριφορά για λόγους σωματικής ασφάλειας του παιδιού, που μπορεί το λίκνισμά του κορμού του να του προξενήσει κάποιον αθέλητο τραυματισμό, από το να στοχεύουμε στη διδασκαλία άλλων συμπεριφορών για λόγους κοινωνικής αποδοχής ή για μαθησιακούς λόγους, αν κριθεί πως τέτοιου είδους συμπεριφορές αποσπούν την προσοχή του μαθητή από το μαθησιακό αντικείμενο.

Σκόπιμο είναι να προσδιορίσουμε και το χρονικό διάστημα της έναρξης της παρέμβασης, καθώς έχει παρατηρηθεί πως συνήθως οι στερεοτυπικές συμπεριφορές είναι παροδικές, αλλά μπορεί η αυξημένη προσοχή μας σ' αυτές να εκληφθεί ως επιλεκτική ενίσχυση και έτσι άθελά μας να συμβάλλουμε στην εγκαθίδρυσή τους στο συμπεριφοριστικό ρεπερτόριο του παιδιού με οπτική αναπηρία. Με άλλα λόγια, μπορεί να δώσουμε σε μια συμπεριφορά, που οι λόγοι εμφάνισής της είναι εντελώς διαφορετικοί, μια επικοινωνιακή διάσταση και το παιδί να τη χρησιμοποιεί στη συνέχεια για να τραβήξει την προσοχή ή για να εκφράσει το θυμό ή τη δυσανεξία του προς εμάς.

Ένα άλλο σημείο που μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο προβληματισμού κατά την αναπτυξιακή πορεία ενός ατόμου με πρόβλημα όρασης είναι αυτό της γλωσσικής ανάπτυξης. Σε γενικές γραμμές, η γλωσσική τους ανάπτυξη δεν παρουσιάζει σημαντικές αποκλίσεις απ' αυτό που συνηθίζουμε να ονομάζουμε φυσιολογικό. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί μια τάση από πολλά παιδιά με σημαντικό πρόβλημα όρασης να χρησιμοποιούν βερμπαλιστικό λόγο με χρήση 'οπτικού' λεξιλογίου σε υπέρμετρο βαθμό, χρήση φράσεων και λέξεων, που υπερβαίνει τον επικοινωνιακό σκοπό και μπορεί να μην ταιριάζει με τις κοινωνικές συνθήκες στις οποίες πραγματώνεται. Επίσης, συχνή είναι και η εμφάνιση της ηχολαλίας ιδιαίτερα σε μικρές ηλικίες.

3. Γλωσσική ανάπτυξη

Η αιτία εμφάνισης τέτοιου είδους γλωσσικών συμπεριφορών παλαιότερα θεωρούνταν πως σχετιζόταν με την ύπαρξη ενός ασυνάρτητου και ανακριβή τρόπου σκέψης από τα άτομα με σοβαρά προβλήματα όρασης. Ωστόσο, η υπόθεση αυτή δεν επιβεβαιώνεται, αλλά μπορούμε να πούμε πως στην περίπτωση που ένα παιδί στερείται εκπαίδευσης στο βασικό τομέα των εννοιών, όπως αναφερθήκαμε προηγουμένως, τότε μπορεί και η γλωσσική του έκφραση να αντικατοπτρίζει πράγματι έναν ανακριβή τρόπο σκέψης και αναπαράστασης του κόσμου. Επιπλέον, η έλλειψη αισθητηριακών εμπειριών μπορεί να επηρεάσει τη γλωσσική ανάπτυξη.

Εκτός όμως από λόγους γνωστικών ελλείψεων, ο βερμπαλιστικός λόγος μπορεί να εμφανιστεί απλά ως μίμηση του λόγου των γονέων και να ενισχυθεί καθώς το παιδί λαμβάνει θετική ενίσχυση. Στο στάδιο αυτό καλό είναι γονείς και ειδικοί που ασχολούνται με το παιδί με πρόβλημα όρασης να κάνουν περισσότερο χρήση περιγραφικού λεξιλογίου σε σχέση και με απλές καθημερινές δραστηριότητες (π.χ. 'τώρα πάμε στην κουζίνα' ή 'αυτό που ακούγε-

ται είναι ο απορροφητήρας που δουλεύει, γιατί όταν το φαγητό βράζει βγαίνει ζεστός αέρας και ο απορροφητήρας τον ρουφάει έξω από το σπίτι' κ.α.) και να αποφεύγεται η έκθεση του παιδιού σε πολλές πηγές ήχου ταυτόχρονα, π.χ. ραδιόφωνο, τηλεόραση, που μαζί με τους ήχους των καθημερινών οικιακών δραστηριοτήτων και τους εξωτερικούς ήχους μπορεί να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον που οι ήχοι του θα είναι δύσκολο να ερμηνευθούν και να νοηματοδοτηθούν από ένα παιδί με πρόβλημα όρασης. Πολλές φορές, η εμφάνιση ηχολαλιών και οπτικού λεξιλογίου που υποθέτουμε πως το παιδί δεν γνωρίζει τη σημασία του μπορεί να εξυπηρετεί λειτουργικούς σκοπούς απομνημόνευσης λέξεων, τις οποίες το παιδί αργότερα θα κατανοήσει πλήρως το νόημά τους και το επικοινωνιακό τους πλαίσιο.

Γενικότερα, το παιδί δεν πρέπει να αποθαρρύνεται από τη χρήση οπτικού λεξιλογίου, αλλά σε μια σχέση επικοινωνιακά αλληλεπιδραστική το νόημα των λέξεων οφείλει να σχετίζεται με όσο το δυνατόν απτικές εμπειρίες, αλλά και να μοιράζεται ανάμεσα σε γονείς και παιδιά. Π.χ. η φράση 'λαμπερή μέρα' μπορεί να υποθέτουμε πως δεν έχει κανένα νόημα για κάποιο παιδί που τη χρησιμοποιεί ενώ δεν την έχει δει ποτέ, ωστόσο μπορεί και να κάνουμε λάθος, καθώς το νόημά της μπορεί να σχετίζεται και με συναισθήματα ή καταστάσεις για ένα παιδί. Η αύξηση της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον μέσω κοινών εμπειριών ανάμεσα στον γονέα και το παιδί συμβάλλει άμεσα στην ανάπτυξη του λεξιλογίου και της γλωσσικής έκφρασης του παιδιού με προβλήματα όρασης. Τέλος, σε κάθε περίπτωση η γλωσσική έκφραση αποτελεί μια κοινωνική συμπεριφορά και η όποια παιδαγωγική παρέμβαση σ' αυτόν τον τομέα γίνεται στη βάση του αν αποτελεί πρόβλημα για τις κοινωνικές σχέσεις. Σε περίπτωση που δεν αποτελεί, δεν παρεμβαίνουμε, επειδή μπορεί να θεωρούμε για λόγους προσωπικής αισθητικής πως ένα λεξιλόγιο πλούσιο σε 'οπτικές' νύξεις δεν θα έπρεπε να χρησιμοποιείται από ένα άτομο με πρόβλημα όρασης.

4. Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων

Ως προς τις κοινωνικές δεξιότητες, ο τομέας των δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης (φαγητό, ντύσιμο, προσωπική υγιεινή, χρήση τουαλέτας) είναι ένας πολύ απαιτητικός τομέας, που απαιτεί χρόνο και υπομονή από πλευράς γονέων και εκπαιδευτικών. Η πιο πρόσφορη μέθοδος είναι αυτή της διδασκαλίας των εκάστοτε δεξιοτήτων με βήμα προς βήμα προσέγγιση του στόχου μέσω της τεχνικής της ανάλυσης έργου, η οποία μας προσφέρει ανάλυση της δραστηριότητας σε βήματα και προαπαιτούμενες δεξιότητες, που ο εκπαιδευόμενος καλείται να αποκτήσει μέχρι την τελική κατάκτηση του στόχου. Η εξοικείωση του παιδιού με προβλήματα όρασης σε τέτοιου είδους δεξιότητες προτείνεται να ξεκινάει από μικρή ηλικία με ενθάρρυνση των γονέων για συμμετοχή και την ένταξή της εκμάθησής τους σε ένα πλαίσιο καθημερινής ρουτίνας, με τη συνδρομή κάποιου ειδικού για την κατάρτιση του προγράμματος. Πολλές φορές θα χρειαστεί, επίσης, η προσαρμογή κάποιων σκευών και αντικειμένων καθημερινής χρήσης στις ανάγκες του ατόμου με εξασθενημένη όραση, όπως ένα ειδικό πιάτο ή οι ειδικές ετικέτες στα ρούχα για την αναγνώρισή τους κ.α.

Ως προς τις κοινωνικές δεξιότητες που αφορούν στην επικοινωνία, απαιτείται επίσης στοχευμένη και προγραμματισμένη διδασκαλία διάφορων δεξιοτήτων, καθώς η κατάκτησή τους βασίζεται κατά κύριο λόγο στην παρατήρηση και μίμηση των παρατηρούμενων προτύπων και συμπεριφορών, κάτι το οποίο στερείται ένα άτομο με οπτική αναπηρία. Γι' αυτό το λόγο, η λεκτική απόδοση των κοινωνικών συμπεριφορών και των εκβάσεών τους είναι μια τεχνική στην οποία οι γονείς είναι καλό να εξοικειωθούν από τη μικρή ηλικία του παιδιού, όπως και στην άμεση λεκτική ανατροφοδότηση των κοινωνικά κατάλληλων συμπεριφορών. Παιχνίδια ρόλων, επίσης, και κοινωνικές ιστορίες μπορούν να συνδράμουν στη δημιουργία

θετικών προτύπων κοινωνικής συμπεριφοράς. Απαραίτητη θεωρείται και η διδασκαλία δεξιοτήτων ακρόασης και συνομιλίας, όπως η διατήρηση βλεμματικής επαφής, η σωστή στάση του σώματος, η διατήρηση απόστασης από τον άλλον, η προσεκτική ακρόαση και ανίχνευση των συναισθημάτων και προθέσεων του συνομιλητή. Αντικείμενο διδασκαλίας για την ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων αποτελούν και οι εξω-γλωσσικές κοινωνικές συμπεριφορές, όπως οι εκφράσεις του προσώπου, οι χειρονομίες, οι στάσεις του σώματος. Η χρήση αυτών των συμπεριφορών, που έχουν κατά βάση οπτική ερμηνεία, θα πρέπει να εναπόκειται στην επιθυμία του ατόμου με οπτική αναπηρία για το βαθμό της χρησιμοποίησής τους, ωστόσο κρίνοντας πως αποτελούν σημαντικό στοιχείο της πολιτισμικής διάστασης της επικοινωνίας δεν μπορούμε να τις αποκλείσουμε.

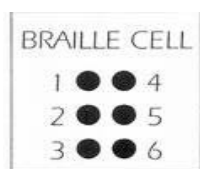
Όλες αυτές οι δεξιότητες συμβάλλουν στην επίτευξη μιας επιτυχούς κοινωνικοποίησης του οπτικά ανάπηρου ατόμου. Οι πρώτες δεξιότητες προς αυτήν την κατεύθυνση αναπτύσσονται αρχικά μέσα στα πλαίσια της οικογένειας, που καλείται να ενθαρρύνει τις δραστηριότητες του παιδιού, να ωθεί το παιδί σε συμμετοχή στο παιχνίδι, καθώς πολλές φορές οι γονείς των παιδιών με προβλήματα όρασης, στην αγωνιώδη προσπάθεια τους να προσφέρουν όσο το δυνατόν περισσότερες γνωστικές δεξιότητες, επιφορτίζονται και με το ρόλο του εκπαιδευτή και παραβλέπουν τη συμβολή του παιχνιδιού ατομικού και ομαδικού στην πορεία της κοινωνικοποίησης του ατόμου. Η είσοδος στο σχολείο σηματοδοτεί μια σημαντική περίοδο για την κοινωνικοποίηση κάθε ατόμου, όπου εκεί έρχεται σε επαφή με τον κόσμο των συνομηλίκων και καλείται να ανταποκριθεί σε μια σειρά καινούργιων κανόνων και απαιτήσεων.

Η αξιολόγηση των κοινωνικών δεξιοτήτων που κατέχει και που πρέπει να αποκτήσει κρίνεται απαραίτητη για ένα άτομο με οπτική αναπηρία. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι συνήθως η παρατήρηση σε διάφορες εκφάνσεις της κοινωνικής συναναστροφής που εμφανίζονται στο σχολικό περιβάλλον, δομημένες συνεντεύξεις, αυτοαξιολογήσεις των μαθητών και λίστες αξιολόγησης κοινωνικών δεξιοτήτων. Η ελληνική πραγματικότητα στον τομέα αυτό δυστυχώς δεν προσφέρει σταθμισμένα τυπικά εργαλεία αξιολόγησης και εναπόκειται στον εκπαιδευτικό να δημιουργήσει άτυπα εργαλεία με βάση υπάρχοντες μεταφράσεις ξένων εργαλείων όπως αυτό του 'Independent Living' του Texas School for the Blind and Visually Impaired ή χρησιμοποιώντας λίστες κοινωνικών δεξιοτήτων που δεν αναφέρονται αποκλειστικά για άτομα με προβλήματα όρασης, κάνοντας μια προσαρμογή στις ανάγκες του ατόμου και στο περιβάλλον του. Στο εξωτερικό, υπάρχουν διαδεδομένα προγράμματα αξιολόγησης και υποστήριξης στην ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων με τη συμμετοχή της οικογένειας, όπως το PORTAGE, που παρέχει λίστες με κατηγορίες δεξιοτήτων σε διάφορους τομείς της ανάπτυξης, καθώς και δραστηριότητες για την επίτευξή τους. Η συμμετοχή σε τέτοιου είδους προγράμματα εναπόκειται, δυστυχώς, μόνο στην ιδιωτική πρωτοβουλία και επιβαρύνει οικονομικά τις οικογένειες των ατόμων με προβλήματα όρασης.

Το μεγάλο έλλειμμα στην ελληνική εκπαίδευση για τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφανίζεται, ωστόσο, σε έναν άλλο πολύ σημαντικό τομέα που αφορά την κοινωνικοποίηση του ατόμου, αυτόν του επαγγελματικού προσανατολισμού. Παραδοσιακά, ο ρόλος της εργασίας στο δυτικό κόσμο σχετίζεται με την αυτό-ολοκλήρωση του ατόμου, την απόκτηση ταυτότητας και προσδίδει κύρος, οικονομική ανεξαρτησία και αίσθημα συμμετοχής και προσφοράς στην κοινότητα, της οποίας το άτομο αποτελεί μέλος. Αν αναλογιστούμε ότι τα ποσοστά ανεργίας στον πληθυσμό των ατόμων με οπτική αναπηρία ανέρχονται στο 70-75% ακόμη και στις ανεπτυγμένες χώρες, κατανοούμε το οικονομικό, κοινωνικό και ψυχολογικό πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπίσει κατά τη μετάβαση στην ενήλικη ζωή ένα άτομο με πρόβλημα όρασης.

Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα επαγγελματικού προσανατολισμού, ανεξαρτήτως σε ποιον πληθυσμό αναφέρεται, οφείλει να παρέχει πληροφόρηση, αξιολόγηση, συμβουλευτική, πρόγραμμα επαγγελματικού προσανατολισμού για την ανάπτυξη συγκεκριμένων γνώσεων και δεξιοτήτων και παροχή βοήθειας κατά την επαγγελματική τοποθέτηση. Ο σχολικός επαγγελματικός προσανατολισμός οφείλει να διέπει όλο το εκπαιδευτικό σύστημα και να συνδέεται με τη διδασκαλία όλων των μορφωτικών αντικειμένων. Η επαγγελματική εκπαίδευση πρέπει να ξεκινάει πολύ νωρίτερα από τη χρονική περίοδο που θα προκύψει η ανάγκη για επαγγελματική αποκατάσταση. Ο ρόλος της οικογένειας είναι διπλός σ' αυτόν τον τομέα. Από τη μια πρέπει να ασκηθούν οργανωμένες πιέσεις για τη δημιουργία ενός δομημένου προγράμματος σχολικού επαγγελματικού προσανατολισμού και από την άλλη δεν πρέπει να παραβλέπουν πως οι δικοί τους επαγγελματικοί ρόλοι είναι αυτοί που θα αποτελέσουν τα πρώτα πρότυπα επαγγελματικής ζωής για τα παιδιά τους και θα διαμορφώσουν έναν τρόπο σκέψης, αλλά και προσδοκίες για την επαγγελματική τους πορεία.

5. Ανάγνωση με χαρακτήρες Braille



Η διδασκαλία της ανάγνωσης με χαρακτήρες Braille είναι ένα απαιτητικός τομέας, καθώς οι δάσκαλοι που διδάσκουν ανάγνωση, αλλά και οι γονείς των παιδιών με οπτική αναπηρία, θα πρέπει να γνωρίζουν καλά τα χαρακτηριστικά αυτού του κώδικα που διαφέρει ουσιαστικά από τη γραφή των βλεπόντων. Η γνώση του τρόπου ανάγνωσης της Braille μπορεί να καταστήσει όλους τους συμμετέχοντες ικανούς στο να θέτουν τους κατάλληλους στόχους για το παιδί, να αντιλαμβάνονται από πού προκύπτουν οι τυχόν δυσκολίες και να βρίσκουν τις κατάλληλες τεχνικές για μια αποτελεσματική διδασκαλία.

Ο κώδικας Braille είναι το πιο ευρέως διαδεδομένο σύστημα γραφής και ανάγνωσης για τους τυφλούς. Βασίζεται σ' ένα κύτταρο ή κελί έξι ανάγλυφων κουκίδων (το γνωστό ως εξάστιγμα), τοποθετημένες ανά τρεις σε δυο κάθετες στήλες. Οι 63 χαρακτήρες που προκύπτουν από τον συνδυασμό των κουκίδων αντιστοιχούν για την ελληνική Braille στα γράμματα της αλφαβήτου, τα δίψηφα φωνήεντα και τους συνδυασμούς (αυ, ευ, ηυ), τα ορθογραφικά σημεία, τα σημεία στίξης, τους τόνους και τους δείκτες.

Η ανάγνωση του συγκεκριμένου κώδικα επιτυγχάνεται από τα τυφλά άτομα με τη λειτουργική αφή ή απτική αντίληψη. Η απτική αντίληψη δεν είναι μια αίσθηση, εξαρτάται από την απόκτηση πληροφοριών μέσω της αφής και βρίσκεται σε άμεση εξάρτηση με την κίνηση. Καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη της διαδραματίζουν οι παράγοντες ωρίμανσης των αντίστοιχων δεξιοτήτων, η στάση του σώματος, η γλωσσική ικανότητα και οι προηγούμενες γνώσεις και το περιβάλλον. Η ανάπτυξη της, επίσης, συνδέεται άμεσα με τη βελτίωση στις στρατηγικές εξερεύνησης. Οι διάφορες στρατηγικές μπορεί να προκύπτουν ως αποτέλεσμα ωρίμανσης, εμπειρίας, αλλά επίσης μπορούν να βελτιωθούν μέσω της εκπαίδευσης. Η διάκριση ανάμεσα σε ενεργητική και παθητική αφή έχει καταστήσει σαφές ότι η σκόπιμη μετακίνηση διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην πρόσληψη πληροφοριών για το περιβάλλον. Σύμφωνα με τον Katz, 'η πλήρης αφθονία του απτικού κόσμου παρουσιάζεται στην αφή μόνο μέσω της μετακίνησης' (Krueger, 1982).

Η αποδεδειγμένη ανωτερότητα της ενεργητικής αφής στη διαδικασία πρόσληψης απτικών πληροφοριών έχει άμεση επίδραση στη κατανόηση του τρόπου ανάγνωσης του κώδικα Braille, καθώς οι χαρακτήρες του γίνονται αντιληπτοί από τον αναγνώστη, σε ένα μεγάλο βαθμό, κατά τη διάρκεια της ανίχνευσης και όχι όταν το δάκτυλο είναι ακίνητο. Μπορούμε να διακρίνουμε τη μεγάλη διαφορά με τη φύση της οπτικής ανάγνωσης, όπου το πλή-

θος των γραπτών πληροφοριών προέρχεται κατά την προσήλωση των ματιών, όπου σε κάθε εστίαση το αντιληπτικό πεδίο καλύπτει κατ' ελάχιστον 15 χαρακτήρες.

Η κωδικοποίηση και αποθήκευση των χαρακτήρων Braille κατά την ανάγνωση είναι διττή, καθώς διαθέτουν τόσο απτικές όσο και φωνολογικές ιδιότητες. Η επεξεργασία τους ως χωρικές έννοιες στηρίζεται κατά βάση στην πυκνότητα των κουκίδων (αντίληψη της υψής) και όχι στην αναγνώριση του περιγραμματικού τους σχήματος, όπως παραδοσιακά πιστευόταν. Η φωνολογική τους αναγνώριση σχετίζεται θετικά με εμπειρίες αναδυόμενου αλφαριθμητικού, όπως και στους αναγνώστες οπτικών χαρακτήρων.

Άλλη βασική διαφορά ανάμεσα στους δυο κώδικες αποτελεί η έλλειψη χαρακτηριστικών σχηματικών γνωρισμάτων των χαρακτήρων Braille, η οποία δυσχεραίνει τη μεταξύ τους διάκριση. Τα πορίσματα της μακροχρόνιας έρευνας της Susanne Millar δείχνουν πως η αναγνώριση των χαρακτήρων Braille δεν βασίζεται στην αναγνώριση του περιγράμματος τους, όπως προαναφέραμε. Δίνεται μεγάλη βαρύτητα στις χωροταξικές διαδικασίες που συμμετέχουν σε μια αποτελεσματική ανάγνωση του κώδικα. Σύμφωνα μ' αυτά τα δεδομένα, οι πληροφορίες των απτικών μορφών οργανώνονται ως προς ένα σύστημα αναφοράς των σχέσεων των απτικών γνωρισμάτων μεταξύ τους, δηλαδή την αντίληψη των σχέσεων ανάμεσα στους χαρακτήρες Braille κατά την ανάγνωση, μαζί με την αντίληψη σωματοκεντρικών αναφορικών ενδείξεων, δηλαδή της σχέσης της στάσης του σώματος με τους χαρακτήρες και την κατανόηση της λειτουργίας του ακροδακτύλου ως άξονα. Σ' αυτό το σύστημα εμπλέκεται και ένα εξωτερικό σύστημα αναφοράς, δηλαδή η γνώση των γενικότερων χωροταξικών ενδείξεων. Όλες αυτές οι χωροταξικές διαδικασίες συμβάλουν στην αποτελεσματικότητα της ανάγνωσης.

Κατανοούμε, λοιπόν, πως η ανάγνωση με χαρακτήρες Braille είναι μια σύνθετη διαδικασία και σ' αυτό οφείλεται και ο αργός ρυθμός ανάγνωσης. Κατά την οπτική ανάγνωση, ένας μέσος αναγνώστης διαβάσει κατά μέσο όρο 250 λέξεις το λεπτό, ενώ ένας αναγνώστης Braille περίπου τις μισές στον ίδιο χρόνο. Υπάρχουν και έμπειροι αναγνώστες που φτάνουν το ρυθμό της οπτικής ανάγνωσης, οι οποίοι χρησιμοποιούν και τα δυο χέρια κατά την ανάγνωση, κάνοντας χρήση τεχνικών πλευρικής ανίχνευσης του κειμένου. Γενικά, επιτυχής στρατηγική ανάγνωσης θεωρείται αυτή που τα δυο χέρια κινούνται ανεξάρτητα, ενώ το δεξί διαβάσει το τελευταίο μισό μια τυπωμένης σειράς, το αριστερό έχει ήδη βρει την αρχή της επόμενης σειράς, για να ξεκινήσει την ανάγνωση. Είναι πλέον ευρέως αποδεκτό πως η οποιαδήποτε λογική στρατηγική χρησιμοποιείται με συνέπεια αποτελεί πλεονέκτημα για τις αναγνωστικές δεξιότητες.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν όλα αυτά τα δεδομένα, θεωρείται πως για την ανάπτυξη αναγνωστικών δεξιοτήτων απαιτείται:

- ✓ Εξάσκηση σε προαναγνωστικές δεξιότητες από μικρή ηλικία:
 - Δραστηριότητες για τη χρήση και των δυο χεριών (σκίσιμο χαρτιών, κούμπωμα-ξεκούμπωμα κουμπιών, φερμουάρ κτλ.).
 - Βιβλία για εκμάθηση υψής και σχημάτων.
 - Δραστηριότητες με απλά ηχητικά παζλ.
 - Ιχνηλασία σε Braille γραμμές και γενικότερη εξοικείωση με τον κώδικα, π.χ. ετικέτες Braille για διάφορα αντικείμενα και χώρους στο σπίτι.
 - Ανάγνωση απλών ιστοριών από τυπωμένα βιβλία με Braille χαρακτήρες και μη και εξοικείωση και με 'κανονικά' βιβλία.
- ✓ Δραστηριότητες για ανάπτυξη λεπτής κινητικότητας.
- ✓ Δραστηριότητες φωνολογικής συνειδητοποίησης.
- ✓ Δημιουργία κατάλληλου αναγνωστικού περιβάλλοντος.

- Επίπεδη και στέρεη επιφάνεια τοποθέτησης του αναγνωστικού υλικού, πιο χαμηλή από το επίπεδο των αγκώνων.
- Όρθια στάση του σώματος.
- Ενθάρρυνση για τη χρήση και των δυο χεριών κατά την ανάγνωση (αρχικά το ένα μπορεί να λειτουργεί επικουρικά στο έργο του κυρίαρχου χεριού, εστιάζοντας σε χωρικές λειτουργίες).
- ✓ Ξεκάθαροι και δομημένοι αναγνωστικοί στόχοι ανάλογοι με την ηλικία και τις ικανότητες του παιδιού.
- ✓ Διδακταλία αναγνωστικών στρατηγικών, όπως αυτής της πλευρικής ανίχνευσης και της δομικής ανάλυσης της λέξης.
- ✓ Ενίσχυση της αναγνωστικής συμπεριφοράς σε φυσικά περιβάλλοντα (στο ενταξιακό περιβάλλον της τάξης, ως ψυχαγωγία στο οικογενειακό περιβάλλον) με αναγνωστικό υλικό ενδιαφέρον και με νόημα για το παιδί.

5. Συνοδεύοντας ένα άτομο με πρόβλημα όρασης

Οι βασικοί τρόποι μετακίνησης ενός ατόμου με οπτική αναπηρία είναι η συνοδεία από βλέποντα οδηγό, η χρήση του μπαστουινού, η συνοδεία από σκύλο-οδηγό και η χρήση κάποιων ηλεκτρονικών βοηθημάτων. Οι μέθοδοι αυτοί αποτελούν αντικείμενο διδασκαλίας στα πλαίσια κάθε προγράμματος κινητικότητας και προσανατολισμού και διαθέτουν συγκεκριμένες τεχνικές και στάδια. Ωστόσο, η μέθοδος της συνοδείας από βλέποντα αφορά σε πολύ μεγάλο βαθμό οποιονδήποτε εκπαιδευτικό δουλεύει με άτομα με οπτική αναπηρία. Η γνώση βασικών κανόνων συνοδείας δεν είναι σημαντική μόνο για την αίσθηση προσφοράς βοήθειας σε κάποιο άτομο που μπορεί να χρειαστεί τη συνδρομή ενός βλέποντα, αλλά παιδαγωγικά κρίνεται απαραίτητη, καθώς συντελεί στην οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης και ασφάλειας μεταξύ παιδαγωγού και μαθητή.

Ο συνήθης τρόπος συνοδείας είναι το συνοδευόμενο άτομο να πιάνει το χέρι του συνοδού πάνω από τον αγκώνα και να περπατάει μισό περίπου βήμα πίσω από τον συνοδό. Στα πλαίσια αυτής της παρουσίασης θα περιοριστούμε σε γενικές οδηγίες συνοδείας:

- Ρωτήστε το άτομο με πρόβλημα όρασης αν χρειάζεται συνοδεία. Μπορεί απλά να χρειάζεται κάποιες διευκρινήσεις για το χώρο.
- Μη διστάσετε να ρωτήσετε για τον τρόπο συνοδείας που προτιμά –κάποια άτομα μπορεί να προτιμούν να κρατάτε εσείς το χέρι τους.
- Αν η προσφορά σας για βοήθεια γίνει αποδεκτή, σταθείτε δίπλα στο συνοδευόμενο πρόσωπο και δώστε του χρόνο να πιάσει το μπράτσο σας πριν ξεκινήσετε να περπατάτε.
- Ο ρυθμός του βηματισμού σας πρέπει να συμβαδίζει με το ρυθμό του άλλου.
- Αφήνετε αρκετό χώρο γύρω από εμπόδια που τυχόν συναντήσετε στην πορεία.
- Προσέχετε και εμπόδια που μπορεί να βρίσκονται ψηλά (κλαδιά δέντρων, πινακίδες, τέντες μαγαζιών), ιδιαίτερα αν το άτομο που συνοδεύετε είναι ψηλότερο από εσάς. Κάποια άτομα μπορεί να προτιμούν να περπατούν στην άκρη του πεζοδρομίου για την αποφυγή τέτοιων εμποδίων.
- Αναφέρετε τις αλλαγές στην επιφάνεια του οδοστρώματος (πλακάκια, χώμα, χαλίκι κτλ.).

- Προετοιμάστε για αυτό που πρόκειται να συναντήσετε (διασταυρώσεις, εμπόδια, είσοδοι κτλ.).
- Αναφέρετε όταν πλησιάζετε σκάλες (αν ανεβαίνουν ή κατεβαίνουν, πόσα περίπου σκαλοπάτια υπάρχουν) και τοποθετηθείτε έτσι ώστε το συνοδευόμενο πρόσωπο να βρίσκετε ανάμεσα σ'εσάς και τον χειρολισθήρα.
- Επεξηγήστε τυχόν δυνατούς θορύβους κατά την πορεία σας (συναγερμούς, εκτέλεση έργων κ.α.).
- Διατηρείτε το χέρι με το οποίο συνοδεύετε σταθερό και χαλαρό.
- Όταν τελειώσετε την πορεία σας, μην αφήνετε το πρόσωπο που συνοδεύατε 'στη μέση του πουθενά', χρησιμοποιήστε κάποιο σταθερό σημείο (τοιίχο, κάθισμα), τη θέση του οποίου γνωρίζει το τυφλό άτομο.

Αν νιώσετε ανασφάλεια για ο,τιδήποτε προκύψει κατά τη συνοδεία, μη διστάσετε να ρωτήσετε το ίδιο το πρόσωπο που συνοδεύετε.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

- Ζώνιου-Σιδέρη, Α. & Σπανδάγου, Η. (2004). *Εκπαίδευση και Τύφλωση: Σύγχρονες τάσεις και προοπτικές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Mason, H. & McCall, S. (2004). *Παιδιά και Νέοι με Προβλήματα Όρασης: Η πρόσβαση στην εκπαίδευση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Παπαδόπουλος, Κ. (2005). *Τύφλωση και Ανάγνωση: Διαβάζοντας με την Αφή*. Θεσσαλονίκη: Ζήτη.
- Warren, D. (2004). *Τύφλωση και Παιδί*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Προτεινόμενες ιστοσελίδες

- <http://www.nbp.org/>
<http://www.portage.org.uk/>
<http://aph.org/>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΚΟΗΣ

Γιώργος Φύρμπας

1. Εισαγωγή: Ορισμοί ακοής-βαρηκοΐας-κώφωσης

Ως ακοή ορίζεται η αντίληψη ηχητικών μηνυμάτων του περιβάλλοντος. Η αίσθηση της ακοής είναι σύνθετη και περιλαμβάνει: α) τη σύλληψη, μετατροπή και μεταφορά των ήχων με το περιφερικό σύστημα της ακοής, και β) την ανάλυση των ήχων στα ανώτερα κέντρα του εγκεφάλου, ώστε οι ήχοι να γίνονται κατανοητοί από το άτομο (κεντρικό σύστημα της ακοής). Η ακουστική οδός ξεκινά από το περυσόγιο και τον έξω ακουστικό πόρο, όπου συλλαμβάνονται οι ήχοι και μεταφέρονται στην τυμπανική μεμβράνη. Η δόνηση της τυμπανικής μεμβράνης θέτει σε κίνηση τρία οστάρια, τα οποία λειτουργούν ως έμβολο και μεταφέρουν το μηχανικό-ηχητικό ερέθισμα στον κοχλία. Ο κοχλίας μετατρέπει το μηχανικό σε ηλεκτρικό ερέθισμα με διέγερση νευρικών κυττάρων. Ο ήχος που έχει πλέον τη μορφή ηλεκτρικού σήματος μεταφέρεται με το κοχλιακό νεύρο στον εγκέφαλο. Η επεξεργασία του σήματος στον εγκέφαλο οδηγεί στην αντίληψη, κατανόηση και ερμηνεία του ήχου από το άτομο. Για παράδειγμα, γίνεται αντιληπτή η διαφορά ενός ήχου από έναν άλλον, η πηγή από την οποία προέρχεται και αν ένας ήχος αντιπροσωπεύει λόγο.

Η ικανότητα κατανόησης των ήχων και κατ' επέκταση του λόγου δεν είναι δεδομένη από τη γέννηση. Ένα παιδί, κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του, ακούει ήχους αλλά δεν γνωρίζει τι ακούει ούτε μπορεί να τους ερμηνεύσει και να τους ταξινομήσει. Η ύπαρξη φυσιολογικής ακουστικής ικανότητας είναι προϋπόθεση για να αναπτυχθεί η κατανόηση των ήχων. Ο εγκέφαλος πρέπει να διεγείρεται συνεχώς από το περιφερικό σύστημα της ακοής. Η κρίσιμη περίοδος για να ολοκληρωθεί η διαδικασία αυτή είναι τα πρώτα 4-6 χρόνια της ζωής και συμπίπτει με την περίοδο της μέγιστης ευπλαστότητας του εγκεφάλου μετά τη γέννηση. Όταν ένα παιδί γεννιέται βαρήκοο ή κωφό και δεν βελτιωθεί η ακουστική του ικανότητα έγκαιρα, η πιθανότητα να κατανοεί τους ήχους και το λόγο είναι ελάχιστη.

2. Συχνότητα και αίτια βαρηκοΐας και κώφωσης στα παιδιά

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2005), υπάρχουν 278 εκατομμύρια άνθρωποι με μετρίου έως σοβαρού βαθμού αμφοτερόπλευρη βαρηκοΐα, εκ των οποίων το 25% είναι παιδιά. Στις αναπτυγμένες χώρες, γεννιούνται 2-4 βαρήκοα παιδιά/1000 γεννήσεις, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες, μέχρι και 6 παιδιά/1000 γεννήσεις. Στις ΗΠΑ, το 3,7% του γενικού πληθυσμού αντιμετωπίζει προβλήματα με την ακοή του. Το 4% των βαρηκόων αυτών είναι ηλικίας κάτω των 18 ετών.

Πλαίσιο 1

Βαρηκοΐα
Μείωση της ακουστικής ικανότητας σε μικρό, μέτριο ή μεγάλο βαθμό. Μπορεί να είναι παροδική ή μόνιμη
Κώφωση
Πλήρης απώλεια της ακουστικής ικανότητας

Η βαρηκοΐα διακρίνεται σε δύο τύπους ανάλογα με την περιοχή στην οποία εντοπίζεται η βλάβη. Στη βαρηκοΐα *αγωγιμότητας*, η βλάβη αφορά στον έξω ακουστικό πόρο, την τυμπανική μεμβράνη ή την τυμπανική κοιλότητα. Στη *νευροαισθητηριακή* βαρηκοΐα, η βλάβη εντοπίζεται στον κοχλία, στο ακουστικό νεύρο ή στο κεντρικό σύστημα της ακοής.

Η μόνιμη βαρηκοΐα/κώφωση μπορεί να υφίσταται από τη γέννηση (συγγενής) ή να προκαλείται αργότερα (επίκτητη). Η συγγενής βαρηκοΐα/κώφωση οφείλεται σε παράγοντες της μητέρας που έδρασαν κατά την κύηση ή σε κληρονομικά/γενετικά αίτια. Η βαρηκοΐα που καθορίζεται γενετικώς, εκδηλώνεται είτε μεμονωμένα (2/3 των περιπτώσεων) είτε συνοδεύεται από διαταραχές σε άλλα όργανα στα πλαίσια ενός συνδρόμου (1/3 των περιπτώσεων). Αυτό σημαίνει ότι ένα παιδί με βαρηκοΐα/κώφωση μπορεί να έχει επιπλέον πρόβλημα με την καρδιακή ή νεφρική λειτουργία, την όραση, τον θυρεοειδή αδένα, ελλιπή σωματική και πνευματική ανάπτυξη. Η γενετικώς καθοριζόμενη βαρηκοΐα υπάρχει συνήθως από τη γέννηση και γίνεται αντιληπτή στα πρώτα δύο χρόνια της ζωής, όταν το παιδί δεν αντιδρά σε ήχους και δεν αναπτύσσει λόγο. Σε μερικές περιπτώσεις (15%), η κληρονομούμενη βαρηκοΐα ενδέχεται να εκδηλωθεί πολύ αργότερα, όταν το παιδί βρίσκεται ήδη στο σχολείο.

Η διάγνωση της νεογνικής/παιδικής βαρηκοΐας γίνεται με κλινικές και εργαστηριακές μεθόδους και οφείλει να γίνεται εγκαίρως. Στο εξωτερικό εφαρμόζονται ολοκληρωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (screening tests). Ο στόχος τους είναι η πρώιμη διάγνωση της βαρηκοΐας σε παιδιά που έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν βαρηκοΐα (π.χ. λόγω γονέων με προβλήματα ακοής). Η μέθοδος ανίχνευσης και διάγνωσης της βαρηκοΐας εξαρτάται από την ηλικία του παιδιού. Στα νεογνά εφαρμόζονται: α) κλινική μελέτη των αντιδράσεων του νεογνού στους ήχους, β) ανίχνευση ωτοακουστικών εκπομπών (θέτει την υπόνοια ότι ένα νεογνό δεν ακούει), γ) ακουομετρία προκλητών δυναμικών (θέτει με μεγαλύτερη ασφάλεια τη διάγνωση), δ) ακουομετρία αντίστασης-τυμπανόγραμμα (ανιχνεύει υγρό στην τυμπανική κοιλότητα). Στα νήπια και μεγαλύτερα παιδιά εφαρμόζονται μέθοδοι οι οποίες απαιτούν τη συνεργασία των παιδιών, όπως η παιγνιοακουομετρία, η τονική και η ομιλητική ακουομετρία.

Η διαγνωστική προσέγγιση της βαρηκοΐας συμπληρώνεται με τον γενετικό έλεγχο παιδιού και γονέων, ώστε να ανιχνευθεί πιθανό κληρονομικό αίτιο. Στις θετικές περιπτώσεις η θεραπευτική παρέμβαση τροποποιείται και εφαρμόζεται οικογενειακός προγραμματισμός. Η διάγνωση της παιδικής βαρηκοΐας είναι σύνθετη διαδικασία και για αυτό πρέπει να γίνεται σε εξειδικευμένα κέντρα.

Πλαίσιο 2

ΑΙΤΙΑ ΝΕΥΡΟΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗΣ ΒΑΡΗΚΟΙΑΣ
Πριν τη γέννηση
50% Γενετικά 50% Λοιμώξεις και παθήσεις της μητέρας • Ερυθρά • Τοξοπλάσμωση • Κυτταρομεγαλοϊός • Υποθυρεοειδισμός • Σακχαρώδης διαβήτης • Αλκοόλ-εξαρτησιογόνες ουσίες • Ωτοτοξικά φάρμακα
Περί τη γέννηση
• Ασφυξία-κακώσεις στον τοκετό • Νεογνικός ίκτερος • Προωρότητα • Μηχανική υποστήριξη της αναπνοής
Μετά τη γέννηση
• Λοιμώξεις (μηνιγγίτιδα, παρωτίτιδα) • Ωτοτοξικά φάρμακα • Τραυματισμοί κεφαλής • Θόρυβος

ΑΙΤΙΑ ΒΑΡΗΚΟΙΑΣ ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑΣ
Συγγενή
Επίκτητα
• Βύσμα κυψελίδας • Καταρροϊκή ωτίτιδα • Χρόνια μέση ωτίτιδα • Διάτρηση τυμπανικού υμένα

3. Οι επιπτώσεις της βαρηκοΐας και της κώφωσης

Η βαρηκοΐα επιδρά σε τέσσερα επίπεδα: α) στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας, β) στην ακαδημαϊκή απόδοση, γ) στην κοινωνική ενσωμάτωση και δ) στον ψυχισμό του παιδιού.

Ένα παιδί ηλικίας 3 ετών, που δεν έχει ακούσει, δεν αναπτύσσει προφορικό λόγο· χάνει δε τη δυνατότητα αυτή εάν δεν αποκατασταθεί η ακοή του μέχρι την ηλικία των 4-6 ετών. Όσο νωρίτερα γίνεται η διάγνωση και η αποκατάσταση της βαρηκοΐας, τόσο πληρέστερη γλωσσική, εκφραστική και συναισθηματική ανάπτυξη έχει το παιδί. Η ιδανικότερη περίοδος είναι το πρώτο εξάμηνο από τη γέννηση. Η βαρηκοΐα ευθύνεται για μειωμένες ακαδημαϊκές επιδόσεις, δυσχέρεια στην επικοινωνία και καθιστά το παιδί ευάλωτο σε επιθετική συμπεριφορά εκ μέρους των συμμαθητών του. Ο βαρήκοος μαθητής έχει την εντύπωση ότι οι άλλοι δεν καταλαβαίνουν πώς είναι το να μην ακούς, είναι καχύποπτος και βιώνει ένα αίσθημα απώλειας. Η σχέση με τους γονείς του επίσης υφίσταται ένταση και στη χειρότερη περίπτωση αποσύρεται. Απομονώνεται κοινωνικά και μπορεί να αναπτύξει κατάθλιψη και καχυποψία στη μετέπειτα ενήλικη ζωή. Τέλος, οι επαγγελματικές προοπτικές ενός βαρήκοου είναι σαφώς περιορισμένες.

Οι επιπτώσεις της βαρηκοΐας εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες: Ο βαθμός της βαρηκοΐας (μικρού βαθμού έως κώφωση), η προσβολή του ενός ή και των δύο αυτιών, η ηλικία εμφάνισης και οι παρεμβάσεις που έγιναν για να αποκατασταθεί το έλλειμμα ακοής. Δύο άτομα με τον ίδιο βαθμό βαρηκοΐας μπορεί να έχουν διαφορετική εξέλιξη και διαφορετικού βαθμού τελική ανικανότητα. Αυτό σημαίνει ότι οι παρεμβάσεις πρέπει να προσαρμόζονται στις ιδιαιτερότητες κάθε ατόμου.

4. Αντιμετώπιση της βαρηκοΐας και της κώφωσης

Η αποκατάσταση ενός παιδιού με ελλειμματική ακοή απαιτεί τη συνδρομή πολλών ειδικοτήτων, όπως είναι οι ακουολόγοι, οι λογοπαθολόγοι, οι λογοθεραπευτές, οι ωτορινολαρυγγολόγοι, οι εκπαιδευτικοί, οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Βασικός στόχος είναι η ανάπτυξη επαρκούς επικοινωνίας μεταξύ του παιδιού και του περιβάλλοντός του, ώστε το παιδί να εξελιχθεί πνευματικά, ακαδημαϊκά και κοινωνικά. Τα μέσα για να επιτευχθεί η επικοινωνία του βαρήκοου παιδιού με τα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας είναι η ενίσχυση της ακουστικής ικανότητας, η ανάπτυξη της χειροανάγνωσης, η ανάπτυξη χειρονομιών που ενισχύουν τις κινήσεις του στόματος κατά την εκφορά λέξεων (cued speech) και η αποκλειστική επικοινωνία με νοήματα (νοηματική γλώσσα). Παρακάτω θα αναπτυχθούν μόνον οι τρόποι αποκατάστασης ή ενίσχυσης της ακοής.

Η βαρηκοΐα τύπου αγωγιμότητας μπορεί να αποκατασταθεί χειρουργικά σε αρκετές περιπτώσεις. Απλές επεμβάσεις εισαγωγής σωληνίσκων αερισμού σε ένα αυτί που έχει υγρό βελτιώνουν άμεσα την ακοή. Εάν υπάρχουν ανωμαλίες στα οστάρια που μεταφέρουν τον ήχο, μπορεί να γίνει αποκατάσταση είτε με την ανακατασκευή των οσταρίων, είτε την εισαγωγή τεχνητών οσταρίων (τυμπανοπλαστική), είτε τέλος την εμφύτευση ειδικών συσκευών στο κρανίο του παιδιού (BAHA). Εάν καμία χειρουργική επέμβαση δεν είναι εφικτή ή επιθυμητή, η ακοή μπορεί να ενισχυθεί με τη χρήση ακουστικών βοηθημάτων (ακουστικά βαρηκοΐας).

Η βαρηκοΐα νευροαισθητηριακού τύπου συνήθως δεν είναι αναστρέψιμη χειρουργικά. Ο στόχος της θεραπείας είναι: α) να αποφευχθεί περαιτέρω επιδείνωση της βλάβης του αυ-

τιού, και β) να ενισχυθεί η ακουστική ικανότητα. Οι γονείς και το παιδί ενημερώνονται για περαιτέρω βλάβη που μπορεί να προκληθεί στην ακοή από λήψη ορισμένων φαρμάκων και έκθεση σε έντονο θόρυβο. Υπάρχουν περιπτώσεις (σύνδρομο διευρυμένου υδραγωγού της αίθουσας) στις οποίες η γυμναστική και τα αθλήματα με σωματική επαφή πρέπει να αποφεύγονται. Η ακοή ενισχύεται με ακουστικά βοηθήματα ή επί κωφώσεως γίνεται εμφύτευση ειδικής συσκευής μέσα στον κοχλία (κοχλιακό εμφύτευμα).

Τα **ακουστικά βοηθήματα**, κοινώς ακουστικά βαρηκοΐας, είναι συσκευές που τοποθετούνται μέσα στον έξω ακουστικό πόρο. Άλλα έχουν ένα επιπλέον τμήμα πίσω από το πτερύγιο του αυτιού, ενώ άλλα τοποθετούνται εξ ολοκλήρου μέσα στον πόρο. Η λειτουργία τους συνίσταται στη λήψη των ήχων τους οποίους ενισχύουν και διαμορφώνουν κατάλληλα, ώστε να γίνονται αντιληπτοί χωρίς να προκαλούν ενόχληση. Όταν πρωτοεφαρμόζεται ένα ακουστικό βοήθημα απαιτείται κατάλληλη ρύθμιση, ώστε αυτό να προσαρμοστεί στις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου. Η χρήση δύο ακουστικών όταν η βαρηκοΐα αφορά και στα δύο αυτιά είναι προσφορότερη, διότι απαιτείται μικρότερη ενίσχυση των ήχων και αυτό σημαίνει πιο άνετη εφαρμογή. Επιπλέον, το παιδί εντοπίζει καλύτερα την πηγή προέλευσης των ήχων. Δυστυχώς, η αισθητική επιβάρυνση που συνοδεύει τη χρήση των ακουστικών βοηθημάτων στιγματίζει το παιδί και το αποτρέπει από τη συνεχή, επωφελή εφαρμογή των. Στη φάση αυτή, η παρέμβαση παιδοψυχιάτρου ή παιδοψυχολόγου μπορεί να βοηθήσει στην ομαλότερη προσαρμογή του παιδιού στη χρήση των ακουστικών.

Το **κοχλιακό εμφύτευμα** είναι συσκευή που υποκαθιστά το περιφερικό σύστημα της ακοής. Το εμφύτευμα τοποθετείται με χειρουργική επέμβαση μέσα στον κοχλία του αυτιού και αποτελείται από δύο μέρη. Ένα εξωτερικό τμήμα που μοιάζει με το ακουστικό βαρηκοΐας και χρησιμεύει ως μικρόφωνο και επεξεργαστής ηχητικών σημάτων. Ο ρόλος του είναι να προσλαμβάνει τους ήχους, να τους επεξεργάζεται και να τους μεταφέρει ως ηλεκτρομαγνητικά κύματα στο εσωτερικό τμήμα του κοχλιακού εμφυτεύματος. Στη συνέχεια, μέσω του εσωτερικού τμήματος, το ηλεκτρικό σήμα μεταφέρεται στον κοχλία και ερεθίζει τα νευρικά κύτταρα και το ακουστικό νεύρο. Το κοχλιακό εμφύτευμα καθιστά τους κωφούς ικανούς να αντιλαμβάνονται την προφορική γλώσσα και να διακρίνουν τους ήχους του περιβάλλοντος.

Η απόφαση για εμφύτευση, η επιλογή του κατάλληλου παιδιού και η μετέπειτα εκπαίδευσή του είναι σύνθετη και μακρά διαδικασία, στην οποία κρίσιμο ρόλο παίζουν οι γονείς. Μέσα σε συναισθηματικά φορτισμένη ατμόσφαιρα, λόγω της αναπάντεχης αναπηρίας και πιθανών ενοχών, οι γονείς καλούνται να επιλέξουν τον καταλληλότερο τρόπο επικοινωνίας για το παιδί τους και τελικά τον κόσμο που αυτό θα ζήσει (κοινότητα ακοόντων ή κοινότητα κωφών). Η διαδικασία επιλογής του υποψήφιου παιδιού και η τοποθέτηση του εμφυτεύματος απαιτεί συχνές επισκέψεις σε ειδικά κέντρα μακριά από τον τόπο κατοικίας και αυτό έχει υψηλό, ψυχικό και οικονομικό κόστος για την οικογένεια. Μετά την εμφύτευση ακολουθεί η ρύθμιση του εμφυτεύματος, ώστε αυτό να προσαρμοστεί στις ακουστικές ανάγκες του παιδιού. Παράλληλα, εφαρμόζεται μακροχρόνια λογοθεραπεία, ώστε να μεγιστοποιηθεί η κατανόηση των ήχων και να εξελιχθεί ο προφορικός λόγος. Οι γονείς εκπαιδεύονται για να συμμετέχουν στην αδιάλειπτη καλλιέργεια του προφορικού λόγου μέσα στο σπίτι. Το 'προϊόν' της κοχλιακής εμφύτευσης δεν είναι ένας φυσιολογικός προφορικός λόγος, αλλά κατανοητή ομιλία και κατ'επέκταση πληρέστερη επικοινωνία και ενσωμάτωση του παιδιού στο σχολικό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

5. Η αντιμετώπιση της βαρηκοΐας μέσα στη σχολική τάξη

Ο εκπαιδευτικός καλείται να ανταποκριθεί στις επικοινωνιακές και διδακτικές ανάγκες μαθητών με ποικίλα χρόνια προβλήματα, συμπεριλαμβανομένης της βαρηκοΐας. Στο φάσμα των βαρηκόων ανήκουν μαθητές με μικρού βαθμού βαρηκοΐα, χωρίς άλλα προβλήματα υγείας, με νοητική υστέρηση και βαρηκοΐα, με πολλαπλά προβλήματα υγείας εκτός της βαρηκοΐας ή με κοχλιακά εμφυτεύματα. Όλοι αυτοί οι μαθητές μπορεί να βοηθηθούν από στρατηγικές βελτίωσης του ακουστικού περιβάλλοντος και της επικοινωνίας με τον εκπαιδευτικό.

5.1. Προσαρμογή του χώρου

Το κύριο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο βαρήκοος μαθητής κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας είναι ο θόρυβος. Η ομιλία των υπόλοιπων μαθητών, η φασαρία από τον διάδρομο, τις διπλανές τάξεις, τα συστήματα κλιματισμού και την κυκλοφορία στο δρόμο δυσχεραίνουν την κατανόηση της ομιλίας του διδάσκοντος. Επίσης, σκληρές επιφάνειες όπως οι γυμνοί τοίχοι, τα παράθυρα και το πάτωμα επιτείνουν την αντήχηση και συμβάλλουν στην παραμόρφωση του προφορικού λόγου. Ο διδάσκων αυξάνει την ένταση της ομιλίας του σε μια προσπάθεια να υπερικεράσει το θόρυβο. Η αναλογικώς μεγαλύτερη αύξηση της έντασης των φωνηέντων σε σχέση με τα σύμφωνα, προκαλεί παραμόρφωση της ομιλίας. Για να βελτιωθεί το ακουστικό περιβάλλον της τάξης χρησιμοποιούνται οι ακόλουθες στρατηγικές:

1. Τοποθέτηση μοκέτας, μαλακών επίπλων και χοντρών κουρτινών στην τάξη ώστε να ελαττώνεται η αντήχηση. Τοποθέτηση μαλακών ταπών στα πόδια των καθισμάτων και των θρανίων.
2. Απομάκρυνση/επιδιόρθωση συστήματος κλιματισμού/ανεμιστήρα.
3. Χρήση συστημάτων με ραδιοσυχνότητες (FM).

Τα συστήματα FM προσλαμβάνουν τη φωνή του διδάσκοντος και τη μεταδίδουν στο αυτί του μαθητή χωρίς απώλεια ή παρεμβολές. Ο διδάσκων φέρει ένα μικρόφωνο και ο μαθητής φορά ειδικά ακουστικά ή το ακουστικό βαρηκοΐας του. Το ακουστικό όφελος που προκύπτει αφορά μόνον τον συγκεκριμένο μαθητή και έχει το μειονέκτημα ότι ο μαθητής δεν μπορεί να συμμετέχει σε συζητήσεις. Υπάρχουν συστήματα FM που περιλαμβάνουν ένα μικρόφωνο για τον διδάσκοντα και ηχεία τοποθετημένα σε κατάλληλες θέσεις γύρω από την τάξη. Το βελτιωμένο ηχητικό σήμα ωφελεί όλους τους μαθητές και δεν απαιτούνται ακουστικά. Με παρόμοιο τρόπο λειτουργούν συστήματα που χρησιμοποιούν ηλεκτρομαγνητικά αντί για ραδιοφωνικά σήματα. Η φωνή του διδάσκοντος προσλαμβάνεται και ενισχύεται από ένα πηνίο που βρίσκεται στον τοίχο της τάξης ή γύρω από το λαιμό του μαθητή. Στη συνέχεια, το σήμα προσλαμβάνεται από το ακουστικό βοήθημα του μαθητή το οποίο ρυθμίζεται στη διαμόρφωση "T". Παρεμβολές μπορεί να προκύψουν από συστήματα που χρησιμοποιούνται σε διπλανές τάξεις.

5.2. Προσαρμογή του μαθητή

Ο βαρήκοος μαθητής πρέπει να κάθεται στα πρώτα θρανία και μακριά από τα παράθυρα ή τον διάδρομο. Εάν υπάρχει βαρηκοΐα διαφορετικού βαθμού σε κάθε αυτί, θα πρέπει η θέση του βαρηκόου να είναι τέτοια ώστε το καλύτερο αυτί να βρίσκεται πιο κοντά στον διδάσκοντα. Ο μαθητής, δηλαδή, απομακρύνεται από πηγές θορύβου και πλησιάζει την πηγή ομιλίας που ενδιαφέρει.

Ο μαθητής πρέπει να ενισχύεται να ζητά να μάθει να εξηγεί ο ίδιος τις ιδιαίτερες ανάγκες επικοινωνίας του στους διδάσκοντες και τους συμμαθητές του. Όταν δεν καταλαβαί-

νει ορισμένα σημεία της προφορικής παράδοσης οφείλει να ζητά διευκρίνιση των συγκεκριμένων σημείων και όχι περιττή επανάληψη όλου του μηνύματος. Επίσης, οφείλει να εξοικειωθεί με τη σωστή χρήση και ρύθμιση του ακουστικού βαρηκοΐας του.

5.3. Προσαρμογή του εκπαιδευτικού

Ο εκπαιδευτικός μπορεί να βελτιώσει την κατανόηση του προφορικού λόγου από τον βαρήκοο μαθητή με τροποποιήσεις που αφορούν στην ομιλία και παράδοση του μαθήματος:

1. Χορήγηση γραπτών σημειώσεων στον βαρήκοο μαθητή πριν το μάθημα.
2. Προσέλευση της προσοχής του βαρήκοου μαθητή όταν το θέμα τον αφορά.
3. Η παράδοση ξεκινά πρώτα από γνωστές έννοιες και στη συνέχεια εξελίσσεται προς τις άγνωστες έννοιες.
4. Κατά τη διάρκεια της ομιλίας του, ο εκπαιδευτικός πρέπει:
 - i. να διατηρεί συνεχή οπτική επαφή με τον μαθητή όταν απευθύνεται σε αυτόν,
 - ii. να βρίσκεται κοντά του,
 - iii. να αποφεύγει να μιλά με την πλάτη στραμμένη στους μαθητές (όπως π.χ. όταν γράφει στον πίνακα),
 - iv. να αποφεύγει να στέκεται με το φως από πίσω του (π.χ. μπροστά από το παράθυρο) διότι έτσι παρεμποδίζονται τα οπτικά ερεθίσματα και δυσχεραίνεται η χειλο-ανάγνωση.
5. Η ομιλία του εκπαιδευτικού πρέπει να έχει βραδύτερο ρυθμό και να περιλαμβάνει σύντομες προτάσεις, με παύσεις μεταξύ των βασικών εννοιών. Χειρονομίες, έντονες εκφράσεις του προσώπου και οπτικά ερεθίσματα, όπως εικόνες, ζωγραφιές ή αναγραφή εννοιών στον πίνακα, ενισχύουν τον προφορικό λόγο. Εάν ο μαθητής δεν κατανοεί το μήνυμα μιας πρότασης, συστήνεται η αναδιατύπωση της πρότασης και όχι η ακριβής επανάληψή της. Ο εκπαιδευτικός πρέπει να ελέγχει τι έχει καταλάβει ο βαρήκοος μαθητής με συχνές ερωτήσεις.

Οι μαθητές με προβλήματα ακοής νιώθουν αμηχανία για το πρόβλημά τους. Υποκρίνονται ότι καταλαβαίνουν ακόμα κι όταν έχουν χάσει σημαντικό μέρος του προφορικού μηνύματος και συνηθίζουν να αποφεύγουν τις συζητήσεις. Ο εκπαιδευτικός οφείλει να αντιληφθεί τέτοιες στρατηγικές και να τις αντιμετωπίσει.

1. Ενθαρρύνει τον βαρήκοο να μιλήσει για το πρόβλημά του στους συμμαθητές του.
2. Ενθαρρύνει τον βαρήκοο να συμμετέχει χωρίς επιφυλάξεις στις συζητήσεις και τον παροτρύνει να ρωτά όταν δεν καταλαβαίνει.
3. Προετοιμάζει τους συμμαθητές του βαρηκοΐου ώστε να αποδεχθούν το πρόβλημά του και τους διδάσκει κατάλληλες τεχνικές επικοινωνίας.

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού ειδικής αγωγής δεν περιορίζεται μόνον στην αποκατάσταση της επικοινωνίας των μαθητών που έχουν γνωστό πρόβλημα ακοής. Μαθητές με άλλα προβλήματα υγείας μπορεί να πάσχουν από βαρηκοΐα χωρίς να το γνωρίζουν. Είναι δυνατόν μαθητές να έχουν πρόβλημα συμπεριφοράς, να είναι απρόσεκτοι, να μην μπορούν να συγκεντρωθούν και να έχουν χαμηλές επιδόσεις διότι η βαρηκοΐα τους δεν έχει γίνει αντιληπτή. Ο εκπαιδευτικός έρχεται σε άμεση επαφή με τους μαθητές και μπορεί να αντιληφθεί πρώτος ένα πιθανό πρόβλημα ακοής. Υπάρχουν ειδικά ανιχνευτικά ερωτηματολόγια που μπορεί να χρησιμοποιήσει αρχικώς και αν η υποψία είναι βάσιμη να συστήσει περαιτέρω ακοολογικό έλεγχο.

Πλαίσιο 3

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΜΑΘΗΤΗ ΜΕ ΠΙΘΑΝΗ ΒΑΡΗΚΟΙΑ

- Τραβάει ή πιέζει τα αυτιά του.
- Στρέφει την κεφαλή προσπαθώντας να ακούσει τι έχει ειπωθεί.
- Μιλά με ένταση αναλογικά χαμηλότερη ή υψηλότερη για την περίπτωση.
- Δυσκολεύεται να ακολουθήσει γρήγορες συζητήσεις.
- Κουράζεται εύκολα ειδικά σε ημέρες πλούσιες δραστηριοτήτων που απαιτούν κατανόηση προφορικού λόγου.
- Εμφανίζεται να ονειροπολεί ή να μην είναι συγκεντρωμένος σε προφορικές παραδόσεις.
- Συχνά ζητά από τον εκπαιδευτικό να επαναλάβει προφορικά μηνύματα.
- Δεν καταλαβαίνει σωστά τα προφορικά μηνύματα.

6. Ανιχνευτικό Ερωτηματολόγιο Πιθανής Βαρηκοΐας

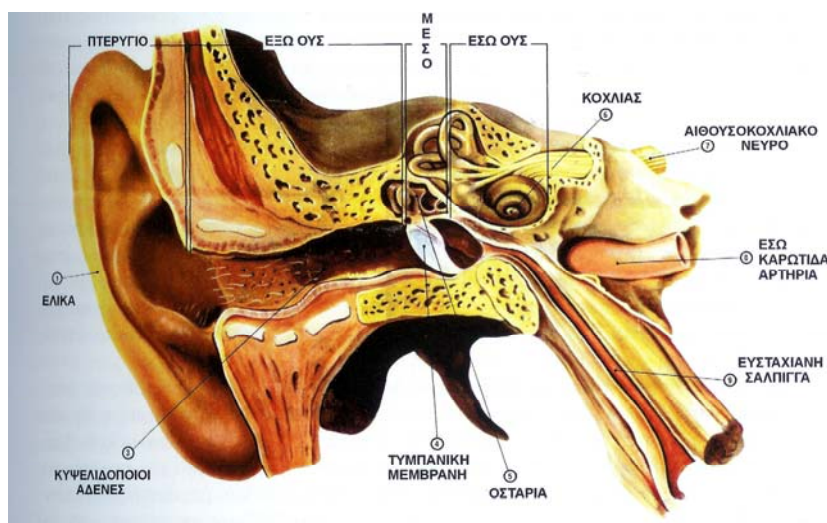
National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD)
(NIH Publication No. 01-4913) (ελεύθερη μετάφραση του συγγραφέα)

1. Ακούς καλά όταν μιλάς στο τηλέφωνο;	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ
2. Έχεις πρόβλημα να παρακολουθήσεις μια συζήτηση όταν μιλούν δύο ή περισσότερα άτομα μαζί;	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ
3. Παραπονιούνται οι γύρω σου ότι ανεβάζεις την ένταση της τηλεόρασης;	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ
4. Καταβάλλεις προσπάθεια για να κατανοήσεις μια συζήτηση;	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ
5. Δυσκολεύεσαι να ακούσεις σε περιβάλλον με θόρυβο;	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ
6. Ζητάς από τους άλλους να επαναλαμβάνουν αυτά που λένε;	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ
7. Έχεις την εντύπωση ότι οι άλλοι δεν μιλούν καθαρά;	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ
8. Κατανοείς λανθασμένα τα λόγια των άλλων και απαντάς με άστοχο τρόπο;	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ
9. Δυσκολεύεσαι να καταλάβεις όταν μιλούν παιδιά και γυναίκες;	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ
10. Εκνευρίζονται οι γύρω σου επειδή δεν καταλαβαίνεις αυτά που σου λένε;	☐ ΝΑΙ	☐ ΟΧΙ

Οδηγίες εφαρμογής: Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται από τον μαθητή. Εάν η απάντηση είναι 'ΝΑΙ' σε τρεις ή περισσότερες ερωτήσεις τότε συστήνεται ακουολογικός έλεγχος.

Προτεινόμενη Βιβλιογραφία

- ACMG 2002, Genetics Evaluation Guidelines for the Etiologic Diagnosis of Congenital Hearing Loss. Genetic Evaluation of Congenital Hearing Loss Expert Panel. ACMG statement, *Genetics in medicine: official Journal of the American College of Medical Genetics*, 4(3):162-171.
- Clark, G. (2003). *Cochlear implants. Fundamentals & Applications*. New York: AIP Press, Springer-Verlag.
- Cummings, C.W., Flint, P.W., Harker, L.A., Haughey, B.H., Richardson, M.A., Robbins, K.T., Schuller, D.E. & Thomas, J.R. (επιμ) (2005). *CUMMINGS OTOLARYNGOLOGY HEAD & NECK SURGERY*, 4th edn. Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Konstantareas, M.M. & Lampropoulou, V. (1995). Stress in Greek mothers with deaf children. Effects of child characteristics, family resources and cognitive set. *American Annals of the Deaf*, 140(3):264-270.
- Lampropoulou, V. & Padelidu, S. (1997). Teachers of the deaf as compared with other groups of teachers. Attitudes toward people with disabilities and inclusion. *American Annals of the Deaf*, 142(1):26-33.
- Luxon, L., Furman, J.M., Martini, A. & Stephens, D. (επιμ) (2003). *Textbook of Audiological Medicine. Clinical Aspects of Hearing and Balance*. London: Martin Dunitz.
- Msall, M.E., Avery, R.C., Tremont, M.R., Lima, J.C., Rogers, M.L. & Hogan, D.P. (2003). Functional disability and school activity limitations in 41,300 school-age children: relationship to medical impairments". *Pediatrics*, 111(3):548-553.
- Pakulski, L.A. & Kaderavek, J.N. (2002). Children with Minimal Hearing Loss: Interventions in the Classroom. *Intervention in School and Clinic*, 38(2):96-103.
- Robin, N.H., Prucka, S.K., Woolley, A.L. & Smith, R.J. (2005). The use of genetic testing in the evaluation of hearing impairment in a child. *Current opinion in pediatrics*, 17(6):709-712.
- Ross, M. A future challenge: Educating the educators and public about hearing loss. *Seminars in Hearing*, 12:402-413.
- Stewart, D.A. & Ellis, M.K. (2005). Sports and the deaf child. *American Annals of the Deaf*, 150(1):59-66.
- "Early Hearing Detection and Intervention Program". Available from: www.cdc.gov/ncbddd/ehdi.
- "Hereditary hearing loss". Available from: www.uis.ac.be/dnalab/hhh.



Σχήμα: Η ανατομία του αυτιού

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Χαρίκλεια Γρωίου

1. Η απόκτηση νέων εννοιών και σχημάτων λόγου κατά την παιδική ηλικία

Η απόκτηση γνώσης συνίσταται στη διαδικασία αλληλεπίδρασης της νέας πληροφορίας και της υπάρχουσας ενεργοποιημένης γνώσης (Marslen-Wilson, 1989). Χαρακτηριστικό αυτής της αλληλεπίδρασης είναι το παράδειγμα δύο ατόμων που βιώνουν την εμπειρία της ίδιας περίπτωσης. Σε περίπτωση που η υπάρχουσα-διαθέσιμη γνώση διαφέρει, τα άτομα αναμένεται να κατανοήσουν και να ερμηνεύσουν διαφορετικά την ίδια περίπτωση. Παρομοίως, το ίδιο άτομο μπορεί να κατανοεί διαφορετικά το ίδιο υλικό κάθε φορά που το ξαναδιαβάζει, γιατί η γνώση και οι ικανότητές του έχουν αλλάξει. Αυτή η γενική παρατήρηση είναι σημαντική για την κατανόηση των λόγων για τους οποίους τα παιδιά αποκτούν κάποιες έννοιες και σχήματα λόγου προτού μάθουν κάποια άλλα, αλλά και των λόγων που μερικές φορές παρουσιάζουν αξιοσημείωτες εκρήξεις στη γνωστική ανάπτυξη. Η οργάνωση των εννοιών που καλείται *σημασιολογική ανάπτυξη* συνίσταται από συνδυασμούς εννοιών οι οποίες εκφράζονται με τις λέξεις. Η ανάπτυξη του λόγου είναι ανάλογη με την ανάπτυξη των γνωστικών λειτουργιών και της ικανότητας κριτικής σκέψης. Πρόκειται για μια σταδιακή διαδικασία, η οποία ξεκινά στη βρεφική ηλικία και συνεχίζεται έως και τη σχολική ηλικία. Τα παιδιά αναπτύσσουν αυτές τις ικανότητες με διαφορετική ταχύτητα σε διαφορετικές ηλικίες. Μερικά παιδιά αναπτύσσονται ταχύτερα, ενώ άλλα αναπτύσσονται βραδύτερα από τον μέσο όρο. Κάποια παιδιά δείχνουν ανίκανα να συλλάβουν το νόημα ακόμη και απλών λέξεων ή μπορεί να κατανοούν μια έννοια σε ένα κείμενο και όχι σε ένα άλλο. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να καταλάβει την έννοια της λέξης «φίλος» στην έκφραση «ο Γιώργος είναι φίλος μου», αλλά ίσως μπερδευτεί με την ίδια έννοια στην έκφραση «πρέπει να έχεις φιλική διάθεση με όλους τους ανθρώπους». Είναι σαφές ότι τα παιδιά συγκροτούν σταδιακά την έννοια μιας λέξης ακούγοντάς την έτσι όπως χρησιμοποιείται σε διάφορες περιστάσεις και με διαφορετικούς τρόπους (Weistuch & Lewis, 1991).

Το πρώτο, λοιπόν, ερώτημα σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο τα μικρά παιδιά αρχίζουν να αποκτούν λεκτικά εκφραζόμενες έννοιες. Πώς αρχίζουν, για παράδειγμα, να κατανοούν εκφράσεις όπως «ποδήλατο» ή «παίξε με την κούκλα»; Για να απαντήσουμε σε αυτό το ερώτημα θα πρέπει να αναλογιστούμε τον τρόπο με τον οποίο ένα παιδί διδάσκεται πιο αποτελεσματικά τη γλώσσα. Δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό, για παράδειγμα, να του λέμε κάθε μέρα: «Ορίστε μερικές ακόμη λέξεις και προτάσεις: *μαϊμού, παπούτσι, κλείσε την πόρτα*. Μελέτησέ τες». Είναι αμφίβολο αν τα παιδιά μπορούν όντως να μάθουν κάτω από τέτοιες συνθήκες. Αντίθετα, κρίνεται σκόπιμη κάποια καθοδήγηση ως προς τα πιθανά νοήματα των εκφράσεων, όπως είναι η αναφορά σε γεγονότα σχετικά με το άμεσο περιβάλλον του παιδιού. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα μικρά παιδιά πρέπει να διαθέτουν κάποια γνώση της πιθανής σημασίας της εισερχόμενης πληροφορίας, προκειμένου να μπορέσουν να μάθουν το συγκεκριμένο γλωσσολογικό νόημα (Bloom & Lahey, 1978 · Clark, 1993 · McNamara, 1972).

Τα νήπια μαθαίνουν αρχικά τη γλώσσα με το νόημα που ο ομιλητής προτίθεται να τους μεταβιβάσει και στη συνέχεια συσχετίζουν το νόημα και τη γλώσσα. Χρησιμοποιούν, δηλαδή, το νόημα ως ερμηνευτικό κλειδί της γλώσσας και όχι τη γλώσσα ως ερμηνευτικό κλειδί του νοήματος (McNamara, 1972). Οι σύγχρονοι θεωρητικοί της γλωσσολογικής ανάπτυξης παρατηρούν προσεκτικά τις σχέσεις ανάμεσα στα γλωσσολογικά εισερχόμενα και στις διαθέσιμες γνώσεις και ικανότητες του παιδιού (Bates, 1976 · Bloom & Lahey, 1978). Τα παιδιά αποκτούν πρώτα τις έννοιες που σχετίζονται με γεγονότα και θέματα σημαντικά για τα ίδια. Επιπλέον, είναι πιθανό να πρέπει να αποκτηθούν κάποιες έννοιες προτού κατανοηθούν και αφομοιωθούν άλλες. Η διαθεσιμότητα της σχετικής γνώσης επομένως επηρεάζει την ταχύτητα με την οποία αποκτώνται νέες έννοιες. Σε ηλικία δύο ετών, ένα παιδί με φυσιολογική νοημοσύνη είναι σε θέση να ακολουθεί σύνθετες οδηγίες και κατανοεί μερικές εκατοντάδες λέξεις. Το λεξιλόγιό του αποτελείται από 200 περίπου λέξεις και το παιδί αναπτύσσει την ικανότητα δημιουργίας σύνθετων προτάσεων (Cole & Cole, 2000). Ένα εξάχρονο παιδί αναγνωρίζει περίπου 13.000 λέξεις (Templin, 1957), ενώ μέχρι το όγδοο έτος εκτιμάται ότι γνωρίζει περίπου 28.300 λέξεις. Το γεγονός ότι οι νέες λέξεις μπορούν να συσχετιστούν με τις παλιές φαίνεται ότι είναι υπεύθυνο γι' αυτή την αναπτυξιακή έκρηξη.

Όταν συναντούν μια νέα λέξη, τα παιδιά μπορούν συνήθως να τη συνδέσουν με άλλες λέξεις οι οποίες προέρχονται από το ίδιο γνωστικό πεδίο, έχουν παρόμοια σύνταξη κ.λπ. Συνοπτικά, μια λέξη μαθαίνεται εύκολα αν ήδη γνωρίζει κανείς άλλες λέξεις που σχετίζονται κατά κάποιον τρόπο με αυτήν. Η εκμάθηση της γενικής λέξης/έννοιας «ρούχο» είναι ευκολότερη αν γνωρίζει ήδη κανείς πιο εξειδικευμένες λέξεις, όπως «παντελόνι», «μπλουζα», «φούστα». Με αυτό τον τρόπο το παιδί μπορεί να μεταβιβάσει προηγούμενη σε νέα λεξιλογική γνώση, γεγονός που πιθανόν να εξηγεί τη γρήγορη απόκτηση λεξιλογίου (Miller, 1978).

Η εννοιολογική ανάπτυξη των παιδιών εμφανίζει κάποιες παρεκκλίσεις σε σχέση με την έννοια που σηματοδοτεί μια λέξη. Οι παρεκκλίσεις μπορεί να αφορούν στην υποέκταση, την υπερέκταση ή την επικάλυψη μιας έννοιας. Η **υποέκταση** αναφέρεται στην περιορισμένη εννοιολογική χρήση μιας λέξης. Για παράδειγμα, η λέξη «αδερφός» σηματοδοτεί μόνο τον αδερφό του παιδιού. Η **υπερέκταση** χαρακτηρίζει την εκτεταμένη και γενικευμένη εννοιολογική χρήση μιας λέξης. Για παράδειγμα, η λέξη «καρέκλα» σηματοδοτεί όλα τα καθίσματα (πολυθρόνα, καναπές κ.λπ.). Τέλος, η **επικάλυψη** χαρακτηρίζεται από την ταυτόχρονη υποέκταση και υπερέκταση μιας έννοιας. Για παράδειγμα, το παιδί αντιλαμβάνεται την έννοια της λέξης «ομπρέλα» μόνο όταν αυτή είναι ανοιχτή (Siegler, 2005 · Weistuch & Lewis, 1991).

Η μελέτη του Siegler (1976) παρέχει ένα διαφωτιστικό παράδειγμα του τρόπου με τον οποίο η εκμάθηση εξαρτάται από προηγούμενη γνώση. Συγκεκριμένα, ο Siegler μελέτησε την ικανότητα των παιδιών να κατανοούν τον κανόνα εξισορρόπησης ενός ζυγοστάτη. Τοποθέτησε διαφορετικούς αριθμούς σταθμών στον ζυγοστάτη και σε διαφορετικές αποστάσεις από το υπομόχλιο και ζήτησε από το παιδί να προβλέψει αν ο ζυγοστάτης θα ισορροπήσει. Οι προσεγγίσεις των παιδιών σε αυτό το έργο μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις περιπτώσεις. Στην πρώτη περίπτωση τα παιδιά φαίνεται ότι υπολογίζουν μόνο τον αριθμό των σταθμών στις δύο πλευρές του υπομοχλίου. Αν ο αριθμός των σταθμών στις δύο πλευρές είναι ίσος, τότε το παιδί προβλέπει ισορροπία, αλλιώς υποθέτει ότι θα υπάρξει κλίση προς την πλευρά με τα περισσότερα σταθμά. Στη δεύτερη περίπτωση τα παιδιά εκδηλώνουν πιο περίπλοκη συμπεριφορά. Όταν στις δύο πλευρές του υπομοχλίου υπάρχει ο ίδιος αριθμός σταθμών, τα παιδιά υπολογίζουν την απόσταση του κάθε σταθμού από το υπομόχλιο. Όταν όμως ο αριθμός των σταθμών δεν είναι ίσος, τα παιδιά προβλέπουν και πάλι ότι ο ζυγοστάτης θα γείρει προς την πλευρά με τα περισσότερα σταθμά, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη

τους την απόσταση. Στη τρίτη περίπτωση τα παιδιά υπολογίζουν πάντα και την απόσταση και τα σταθμά. Όταν όμως η σχέση των αποστάσεων είναι αντίθετη προς τη σχέση του αριθμού των σταθμών, τα παιδιά πρέπει να μαντέψουν. Η τέταρτη περίπτωση συμπίπτει με την ορθή προσέγγιση στο πρόβλημα του ζυγοστάτη. Τα παιδιά βρίσκουν τη σωστή απάντηση υπολογίζοντας το άθροισμα των γινομένων σταθμών και απόστασης, και συνεπώς δεν χρειάζεται να μαντέψουν.

Το πιο ενδιαφέρον αποτέλεσμα, όμως, σχετίζεται με τις μεταγενέστερες απόπειρες διδασκαλίας αυτού του κανόνα εξισορρόπησης στα παιδιά. Το γεγονός ότι δεν ήταν όλα τα παιδιά ικανά να διδαχθούν την εφαρμογή του τέταρτου κανόνα εξηγείται από τη θέση ότι η ικανότητα γνώσης εξαρτάται από την ήδη αποκτηθείσα γνώση. Τα δεδομένα αυτά υποδεικνύουν ότι τα παιδιά που χρησιμοποιούν αυτόματα τους κανόνες 1 και 2 έχουν λιγότερες πιθανότητες να μάθουν τον κανόνα 4 από ό,τι τα παιδιά που χρησιμοποιούν τον κανόνα 3. Έχει επίσης παρατηρηθεί (Nelson, 1974) ότι τα μικρά παιδιά εμφανίζουν συχνά χαμηλές επιδόσεις σε κλασικά έργα ταυτοποίησης εννοιών, ενώ επιδεικνύουν αξιοσημείωτη ικανότητα μάθησης νέων εννοιών στην καθημερινή ζωή.

Η ανάπτυξη νέων σχημάτων λόγου εξαρτάται από την αλληλεπίδραση της τρέχουσας πληροφορίας και της προϋπάρχουσας γνώσης. Η διαθέσιμη ενεργοποιημένη γνώση μπορεί να διαφωτίσει αλλά και να διαφωτιστεί από μια νέα πληροφορία. Μέσω αυτής της αμφίπλευρης αλληλεπίδρασης, σύγκρισης και προσαρμογής, οι άνθρωποι μπορούν να αναπτύξουν ικανότητες και σχήματα λόγου που δεν είχαν προηγουμένως. Η μάθηση προϋποθέτει οργάνωση τόσο της *επιφανειακής δομής** των χαρακτηριστικών στοιχείων όσο και της *βαθύτερης δομής** (δηλαδή του αφαιρετικού νοήματος) που συνδέει αυτά τα χαρακτηριστικά. Οι επιμέρους έννοιες ερμηνεύονται σε συνδυασμό με άλλα στοιχεία, ενώ είναι απαραίτητο ένα περίπλοκο σύστημα κανόνων για την ερμηνεία του νοήματος που εμπεριέχουν οι λέξεις.

Η ανάπτυξη του λόγου συνιστά μια πολύπλοκη διαδικασία, η οποία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη γενικότερη γνωστική ανάπτυξη του παιδιού και το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσεται (Fenson, Dale, Reznick, Bates, Thal & Pettnick, 1994). Πολλές πηγές πληροφοριών (αντιληπτικές, γλωσσολογικές κ.λπ.) συνεισφέρουν στην ανάπτυξη εννοιών κατά τη βρεφική και την πρώιμη παιδική ηλικία. Είναι σαφές ότι μέχρι να αρχίσουν να αποκτούν γλωσσολογικές δομές (περίπου στην ηλικία του ενός έτους), τα παιδιά επικοινωνούν ήδη για κάποιους μήνες νοηματικά και φωνητικά (Tomassello, 1999). Σπανίως χρησιμοποιούν άσκοπα μονολεκτικές εκφορές βασικού επιπέδου. Για παράδειγμα, η εκφορά της λέξης «κούκλα» σημαίνει «φέρε μου την κούκλα». Τα παιδιά όλων των πολιτισμών μαθαίνουν την ειδοποιητική δομή της λέξης, η οποία παρέχει τη βάση της ομαδοποίησης των αντικειμένων σε συγκεκριμένες κατηγορίες. Η διάκριση ανάμεσα στην απλή αντίληψη και την εννοιολογική σύλληψη εξαρτάται από την πιο ευρεία κατανόηση της αναφοράς της λέξης-στόχου. Η κοινωνικογνωστική ικανότητα γι' αυτή την κατανόηση απαιτεί θεμελιώδεις και ανώτερης τάξης γνωστικές διεργασίες, που τίθενται σε λειτουργία στο τέλος του πρώτου έτους της ζωής.

2. Σημασιολογία: Ανάπτυξη των εννοιών και του λεξιλογίου

Οι μελέτες αντίληψης, προσοχής, μάθησης και μνήμης καταδεικνύουν ότι οι περισσότεροι γνωστικοί μηχανισμοί ενεργοποιούνται ήδη από τη βρεφική ηλικία και καθώς το παιδί αρχίζει να κινείται μόνο του, να μιλά και να κατανοεί τον λόγο. Η μελέτη της εννοιολογικής ανάπτυξης και της *ταξινόμησης* σε κατηγορίες αποσαφηνίζει τον τρόπο με τον ο-

ποίο οι γνωστικές διεργασίες κατά τη βρεφική ηλικία διευκολύνουν τη γνωστική ανάπτυξη μετά τα πρώτα δύο έτη.

Κατά γενική θεώρηση, οι κατηγορίες έχουν κάποια *ιεραρχική δομή*, ξεκινώντας από το «ανώτερο» επίπεδο (π.χ. η γενική κατηγορία *οχήματα*), συνεχίζοντας στο «ενδιάμεσο» επίπεδο (π.χ. διάφορα είδη οχημάτων, όπως λεωφορείο, αυτοκίνητο, αεροπλάνο κ.λπ.) και καταλήγοντας στο «κατώτερο» (π.χ. κάποια συγκεκριμένη μάρκα ή είδος αυτοκινήτου, όπως αστυνομικό ή ταξί) (βλ. Πίνακα 1). Η αντιληπτική δομή συνιστά μια ιδιαίτερα σημαντική πηγή πληροφοριών για τα διαφορετικά ιεραρχικά επίπεδα. Για παράδειγμα, τα περισσότερα οχήματα έχουν κοινά αντιληπτικά χαρακτηριστικά, όπως ρόδες, τιμόνι, κίνηση κ.λπ. Αυτή η αντιληπτική δομή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για το *βασικό επίπεδο κατηγοριοποίησης*. Στο επίπεδο αυτό μπορούμε να αντιληφθούμε άμεσα το αντικείμενο και τον τρόπο ταξινόμησής του. Η διάκριση ανάμεσα στην αντίληψη και τη σύλληψη ή την εννοιολογική κατανόηση είναι ιδιαίτερα δύσκολο να γίνει σε αυτό το βασικό επίπεδο ταξινόμησης.

Πίνακας 1. Ιεραρχική δομή κατηγοριοποίησης

Ανώτερο επίπεδο	Γενική κατηγορία - έννοια που περι- κλείει επιμέρους κατηγορίες - έννοιες	ζώα
Βασικό επίπεδο	Επιμέρους κατηγορίες - έννοιες που εντάσσονται στη γενική κατηγορία	θηλαστικά, πτηνά, ερπετά, ψάρια
Κατώτερο επίπεδο	Υποκατηγορίες των εννοιών που απαρ- τίζουν τη γενική κατηγορία	άλογο, παπαγάλος, ψίδι, καρχαρίας

Η εννοιολογική ανάπτυξη λοιπόν είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ικανότητα ταξινόμησης σε κατηγορίες ή ομάδες. Ως *ταξινόμηση σε κατηγορίες* ορίζεται η ικανότητα του χειρισμού ενός συνόλου αντικειμένων σαν να είναι κατά κάποιον τρόπο ισοδύναμα, της χρησιμοποίησης του ίδιου όρου για την κατονομασία τους, ή της αντίδρασης προς τα αντικείμενα του συνόλου με παρόμοιο τρόπο (Neisser, 1987). Η ικανότητα ταξινόμησης είναι πολύ σημαντική, καθώς είναι αδύνατον να επεξεργάζεται κανείς τα αμέτρητα ερεθίσματα που δέχεται ως μοναδικά. Η ένταξη νέων αντικειμένων ή γεγονότων σε ήδη υπάρχουσες και γνωστές κατηγορίες συνεισφέρει στην άμεση ανάκληση πληροφοριών για τα αντικείμενα αυτά. Οι κατηγορίες συνεπώς διαμορφώνονται σε ένα βασικό επίπεδο σύμφωνα με τα αντιληπτικά χαρακτηριστικά των στοιχείων που περιλαμβάνουν, και σε ένα ανώτερο επίπεδο με βάση τις υποκειμενικές εντυπώσεις και απόψεις για τον κόσμο. Άρα η ταξινόμηση σε κατηγορίες δεν αποτελεί απλώς μια αντιληπτική διεργασία, καθώς εμπλέκει και την ενεργοποίηση εννοιολογικών διεργασιών.

Στην αρχή, η προσέγγιση της γνώσης διαμορφώνεται με τον ίδιο τρόπο για όλα τα εξωτερικά ερεθίσματα. Ως αποτέλεσμα, τα παιδιά, κατά τη διαδικασία αναγνώρισης του περιβάλλοντός τους, χειρίζονται όλα τα αντικείμενα με παρόμοιο τρόπο · για παράδειγμα, τα βάζουν στο στόμα, τα δαγκώνουν, τα κουνούν κ.λπ. Σταδιακά όμως η συμπεριφορά τους απέναντι σε αυτά διαφοροποιείται · για παράδειγμα, κρατούν την κούκλα, κυλούν την μπάλα, σπρώχνουν στο έδαφος ένα αυτοκινητάκι. Αυτή η διαφοροποίηση της συμπεριφοράς των παιδιών στον χειρισμό των αντικειμένων είναι ενδεικτική του τρόπου με τον οποίο τα κατηγοριοποιούν (Mervis & Mervis, 1982). Σύμφωνα με τους Rosch και συνεργάτες (Rosch, Mervis, Gray, Johnson & Boyles-Braem, 1976), στην αρχή τα παιδιά ταξινομούν τα αντικείμενα σε *κατηγορίες βασικού επιπέδου*. Σύμφωνα με το βασικό επίπεδο ταξινόμησης, πολλές φυσικές κατηγορίες μπορούν να διακριθούν μέσω της αντιληπτικής ομοιότητας. Τα μέλη μιας κατηγορίας βασικού επιπέδου ή βασικής κατηγορίας παρουσιάζουν τον μεγαλύτερο

δυνατό αριθμό κοινών χαρακτηριστικών μεταξύ τους και τον μικρότερο αριθμό κοινών χαρακτηριστικών με άλλες μη σχετικές κατηγορίες. Έμφαση δίνεται στις ομοιότητες μέσα στις κατηγορίες παρά στις ομοιότητες ανάμεσα σε διάφορες κατηγορίες· για παράδειγμα, μια λεοπάρδαλη ταξινομείται ως «γάτα» γιατί έχει περισσότερες ομοιότητες με τις γάτες από ό,τι με άλλες κατηγορίες (Mervis & Mervis, 1982). Επιπλέον, το βασικό επίπεδο είναι το γενικότερο επίπεδο ταξινόμησης, στο οποίο τα αντικείμενα είναι όμοια εξαιτίας της μορφής τους, της λειτουργίας ή της κίνησης (Poulin-Dubois, 1995). Έτσι, ένα χριστουγεννιάτικο στολίδι και ένα στρογγυλό κερί, παρότι για τους ενήλικες έχουν διαφορετική λειτουργία, μπορεί να ταξινομηθούν από τα παιδιά ως «μπάλες» επειδή είναι και τα δυο στρογγυλά. Αυτό το επίπεδο ταξινόμησης προσφέρει τη μέγιστη δυνατή πληροφορία για μια κατηγορία με την ελάχιστη δυνατή γνωστική προσπάθεια. Γι' αυτό και ο πιο αποδοτικός τρόπος αποθήκευσης μιας εννοιολογικής πληροφορίας επιτυγχάνεται μέσω ιδιαίτερα χαρακτηριστικών αντικειμένων βασικού επιπέδου, των λεγόμενων *πρωτοτύπων*.

Σε πειράματα στα οποία παιδιά ταξινομούσαν αντικείμενα σε κατηγορίες βασικού επιπέδου (basic level categories) από την ίδια ανώτερη κατηγορία (superordinate class) (π.χ. ζώα) ή από διαφορετική ανώτερη κατηγορία (π.χ. ζώα και οχήματα), βρέθηκε ότι έκαναν σαφή διάκριση των κατηγοριών βασικού επιπέδου που προέρχονταν από διαφορετικές ανώτερες κατηγορίες (π.χ. σκυλιά και αυτοκίνητα), ενώ η διάκριση αυτή δεν ήταν τόσο ξεκάθαρη όταν οι βασικές κατηγορίες προέρχονταν από την ίδια ανώτερη κατηγορία (π.χ. σκυλιά και άλογα). Ο τρόπος με τον οποίο τα παιδιά ταξινομούν τα αντικείμενα αποτυπώνει τα διαφορετικά επίπεδα αντιληπτικής ομοιότητας που υπάρχουν στα διάφορα αντικείμενα/ερεθίσματα. Η αντίθεση ανάμεσα σε αντικείμενα βασικού επιπέδου της ίδιας ή διαφορετικής ανώτερης κατηγορίας δεν διατηρεί σταθερά τα επίπεδα της αντιληπτικής ομοιότητας. Για παράδειγμα, η διάκριση μεταξύ σκυλιών και αυτοκινήτων είναι εύκολη από την άποψη της αντιληπτικής ομοιότητας για προφανείς λόγους (όλα τα σκυλιά έχουν κεφάλι, τέσσερα πόδια, ουρά κ.λπ., ενώ τα αυτοκίνητα έχουν καθίσματα, τροχούς, δεν έχουν πόδια κ.λπ.). Από την άλλη, η διάκριση ανάμεσα σε σκυλιά και άλογα είναι λιγότερο εύκολη, αφού και τα δύο έχουν τέσσερα πόδια, κεφάλι, ουρά κ.λπ. Αυτό φυσικά δεν ερμηνεύεται ως έλλειψη ικανότητας διαφοροποίησης στο βασικό επίπεδο μέσα στην ίδια ανώτερη κατηγορία. Επιπλέον, χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν ένταξη σε βασικό επίπεδο υποδηλώνουν επίσης ένταξη στο ανώτερο επίπεδο. Για παράδειγμα, τα φτερά υποδηλώνουν «ζώο» καθώς και «πουλί», το τρίχωμα υποδηλώνει «ζώο» καθώς και «γάτα» (Murphy & Smith, 1982). Συνήθως, η αντιληπτική ομοιότητα συσχετίζεται με ομοιότητα στη δομή. Συνεπώς οι έννοιες, είτε αυτές σχετίζονται με κατηγορίες βασικού επιπέδου είτε με ανώτερες κατηγορίες, πρέπει με κάποιο τρόπο να διαμορφώνονται από την αντιληπτική γνώση.

Ένας τρόπος να μελετήσει κανείς τον σχηματισμό και τη γνώση κατηγοριών είναι μέσω δοκιμασιών στις οποίες το άτομο καλείται να επιλέξει, από ένα ζεύγος αντικειμένων, εκείνο που ταιριάζει περισσότερο με ένα τρίτο αντικείμενο-στόχο (τριάδικές μελέτες). Με αυτό τον τρόπο μπορεί κανείς να ελέγξει κατά πόσον τα παιδιά ταξινομούν σε βασικό ή σε ανώτερο επίπεδο. Για παράδειγμα, μια τριάδα αντικειμένων που αποτελείται από δύο διαφορετικά ποτήρια και ένα πιάτο, ή από δύο διαφορετικές σκούπες και ένα φαράσι, ενθαρρύνουν την ταξινόμηση βασικού επιπέδου. Από την άλλη, τριάδες αντικειμένων όπως «αυτοκίνητο, αεροπλάνο και σπίτι» ή «μαχαίρι, πιρούνι και μολύβι» ενθαρρύνουν την ταξινόμηση σε ανώτερο επίπεδο. Από μελέτες αυτού του είδους παρατηρήθηκε ανάλογη ευαισθησία σε βασικού και ανώτερου επιπέδου κατηγορίες σε παιδιά ηλικίας ακόμη και ενάμιση έτους (Bauer & Mandler, 1989). Καθώς τα παιδιά αναπτύσσουν εννοιολογικές ιεραρχίες σε κατηγορίες (π.χ. ζώα ή οχήματα), αρχίζουν ταυτόχρονα να αναπτύσσουν θεμελιώδεις εννοιολο-

γινές διακρίσεις (π.χ. ανάμεσα σε ζωντανά όντα και άψυχα αντικείμενα). Ακόμη και αυτός ο πολύ βασικός διαχωρισμός οδηγεί στην ανάπτυξη κάποιας βιολογικής γνώσης, η οποία επηρεάζει επιπρόσθετα τον σχηματισμό των κατηγοριών και εννοιών.

3. Τα στάδια ανάπτυξης του λόγου και της ομιλίας

Η ηχητική διαμόρφωση του λόγου, που ονομάζουμε «ομιλία», συνίσταται από συνδυασμούς ήχων που σχηματίζουν λέξεις. Η ανάπτυξη της ομιλίας απαιτεί την ανάπτυξη του κινητικού ελέγχου των χειλιών, της κάτω γνάθου, των δοντιών, της γλώσσας, της σκληρής υπερώας και της μαλθακής υπερώας του παιδιού. Επίσης απαιτεί την ικανότητα του παιδιού να ακούει και να διακρίνει τους ήχους της ομιλίας καθώς και την ανάπτυξη των γνωστικών λειτουργιών του παιδιού και της ικανότητας σκέψης του. Η ανάπτυξη της ομιλίας είναι σταδιακή διαδικασία. Αρχίζει στη βρεφική ηλικία και συνεχίζεται έως τον έβδομο με όγδοο έτος της ηλικίας. Τα παιδιά αναπτύσσουν τις ικανότητες ομιλίας με διαφορετική ταχύτητα σε διαφορετικές ηλικίες, ενώ μερικά παιδιά αναπτύσσονται ταχύτερα ή βραδύτερα από το μέσο όρο.

Τα παιδιά αποκτούν συνήθως τις ικανότητες ομιλίας σταδιακά από τη γέννησή τους. Αρχικά από τη γέννηση μέχρι τον 3ο μήνα έχουμε τους πρώτους ήχους, στον 4^ο-6^ο μήνα εμφανίζεται το φωνητικό παιχνίδι, στον 6^ο-11^ο μήνα έχουμε μωρολογίες, στον 12^ο-18^ο μήνα λέγονται οι πρώτες λέξεις ενώ τον 18^ο-36^ο μήνα παρατηρείται γρήγορη ανάπτυξη της ομιλίας και στην ηλικία του 3^{ου}-4^{ου} έτους αναπτύσσονται σταδιακά οι δύσκολοι ήχοι.

Γέννηση – 3ος μήνας: Πρώτοι ήχοι: Το νεογέννητο έχει πολύ περιορισμένες ικανότητες παραγωγής ήχων γιατί οι στοματικές δομές και οι φωνητικές πτυχές δεν είναι καλά αναπτυγμένες. Περιορίζονται στο κλάμα, το οποίο δηλώνει πείνα ή δυσφορία και σε άλλους μη κλαψιάρικους ήχους όπως ρεψίματα, βήχα ή φτερνίσματα. Ανάμεσα στον δεύτερο και τον τρίτο μήνα το μωρό αρχίζει να ελέγχει καλύτερα τους φωνητικούς μύες του στόματος και του λάρυγγα στον λαιμό. Είναι η περίοδος που το μωρό αρχίζει να γελάει. Επίσης, το μωρό αρχίζει να σχηματίζει ήχους στο πίσω τμήμα του στόματος, οι οποίοι ακούγονται σαν «γκου». Αν και τα νεογέννητα δε μπορούν να παράγουν αυθεντικούς ήχους ομιλίας, μπορούν να ακούσουν τις διαφορές ανάμεσα σε παραπλήσιους ήχους ομιλίας, όπως το «μπ» και το «π». Μπορούν να αναγνωρίσουν διαφορετικές φωνές. Μπορούν επίσης να διακρίνουν αλλαγές στα ανεβοκατεβάσματα ή στον τόνο της φωνής σας όταν κάνετε ερωτήσεις, δηλώσεις ή όταν είστε χαρούμενοι ή θυμωμένοι.

4ος – 6ος μήνας: Φωνητικό παιχνίδι: Από τον τέταρτο έως τον έκτο μήνα τα μωρά ελέγχουν ακόμα καλύτερα τις στοματικές δομές. Παράγουν ήχους που μοιάζουν περισσότερο με ομιλία. Αρχίζουν να παραθέτουν τους ήχους στη σειρά δημιουργώντας συλλαβές από ήχους που μοιάζουν με φωνήεντα και σύμφωνα. Επίσης, παράγουν ενεργητικά άρθρους ήχους. Είναι σε αυτή την ηλικία που το μωρό αρχίζει να πειραματίζεται στην παραγωγή ήχων μέσω αυτού που ονομάζουμε φωνητικό παιχνίδι. Νωρίς το πρωί ή λίγο πριν κοιμηθεί, ίσως το ακούσετε να «εξασκείται» σε διάφορους ήχους.

6ος – 11ος μήνας: Μωρολογίες: Μεταξύ έκτου και ενδέκατου μήνα, τα μωρά αρχίζουν να μωρολογούν. Στη μωρολογία, μία συλλαβή επαναλαμβάνεται δύο ή περισσότερες φορές στη σειρά, όπως «μπα μπα μπα». Τα μωρά αρχίζουν να παράγουν αρκετούς ήχους με μία αναπνοή και να μιμούνται τους ήχους των ενηλίκων γύρω τους. Η μωρολογία είναι ο τρόπος με τον οποίο το μωρό εξασκείται σε εκείνα τα στοματοκινητικά προσόντα, τα οποία απαιτούνται κατά την αυθεντική ομιλία.

12ος – 18ος μήνας: Πρώτες λέξεις: Ανάμεσα στο δωδέκατο και το δέκατο όγδοο μήνα, τα μωρά αρχίζουν να παράγουν αλυσίδες ήχων που αποτελούνται από διάφορους συνδυασμούς συλλαβών, όπως «μπα – ντα – να». Αυτές οι αλληλουχίες παράγονται σύμφωνα με τα ενήλικα υποδείγματα ομιλίας. Έτσι το μωρό δείχνει ότι μιλάει πραγματικά κάνοντας ερωτήσεις, δηλώσεις και απαιτώντας δράση. Ωστόσο, όταν ακούσετε προσεκτικά αυτούς τους συνδυασμούς, θα ανακαλύψετε ότι συνήθως είναι ασυναρτησίες. Μερικές φορές, γύρω στα πρώτα γενέθλια, το παιδί αρχίζει να παράγει μερικές αυθεντικές λέξεις. Ωστόσο, είναι πολύ περιορισμένη η ποικιλία των συμφώνων και των φωνηέντων αυτών των πρώτων λέξεων. Αρχικά οι πρώτες λέξεις των παιδιών δείχνουν προτίμηση στη χρήση ορισμένων ήχων. Ύστερα η ποικιλία των ήχων επεκτείνεται σταδιακά. Μερικές φορές η προφορά μιας συγκεκριμένης λέξης είναι πιο επανκριβής και συνεπής σε αυτή την περίοδο της ανάπτυξης απ'ότι αργότερα.

18ος – 36ος μήνας: Γρήγορη ανάπτυξη της ομιλίας: Ανάμεσα στον δέκατο όγδοο μήνα και το τρίτο έτος, τα παιδιά αναπτύσσουν γρήγορα την ομιλία. Χρησιμοποιούν μία μεγαλύτερη ποικιλία ήχων και συνδυασμών ήχων. Όταν συναντούν μία λέξη που προφέρεται δύσκολα, συνήθως απλοποιούν την προφορά. Ένα παιδί ίσως παραλείψει το τελευταίο σύμφωνο της λέξης. Το «μπάλα» θα προφερθεί «μπά». Επίσης, ίσως απλοποιήσει την παραγωγή μίας συστάδας συμφώνων, π.χ. το «πλένω» θα γίνει «πένω» και ίσως αντικαταστήσει έναν δύσκολο ήχο με έναν εύκολο, π.χ. «ρόδα» γίνεται «πόδα». Στην ηλικία αυτή παράγει ήχους στο μπροστινό μέρος του στόματος αντί στο οπίσθιο. Έτσι το «πάμε» γίνεται «μπάμε», επαναλαμβάνει μια συλλαβή της λέξης, π.χ. «γάλα» γίνεται «γά - γα» και παρακιάμπει κάποια συλλαβή της λέξης, π.χ. το «τηλέφωνο» γίνεται «τηφωνο». Όλες αυτές οι απλοποιήσεις δηλώνουν ότι το παιδί μαθαίνει εντατικά τα ηχητικά υποδείγματα του λόγου.

Υπάρχουν διαφορές στην ηλικία κατά την οποία τα παιδιά ειδικεύονται σε συγκεκριμένους ήχους της ομιλίας. Συνεπώς, είναι καλύτερα να μιλάμε για χρονικά πλαίσια παρά για συγκεκριμένες ηλικίες αφομοίωσης του κάθε ήχου της ομιλίας. Είναι επίσης σημαντικό να θυμόμαστε ότι η εκμάθηση παραγωγής ενός ήχου σε όλες τις λέξεις και τις προτάσεις είναι σταδιακή διαδικασία. Μπορεί να επέλθει μετά από πέρασμα ετών.

Μεταξύ 18ου και 28ου μήνα, τα παιδιά συνήθως παράγουν σωστά τα περισσότερα φωνήεντα και τους ήχους «ν», «μ», «π» και «γ». Επίσης, ίσως αρχίσουν να παράγουν τα «φ», «γκ», «τ», «κ», «μπ» και «ντ». Αλλά αυτοί οι ήχοι συνήθως αναπτύσσονται με αργό ρυθμό μέχρι και τα τρισήμισια χρόνια. Ο ήχος «σ» ίσως πρωτοεμφανιστεί από τα δύο χρόνια αλλά μπορεί να αναπτυχθεί πολύ σταδιακά και να μην αποκτηθεί πλήρως παρά μόνο στην ηλικία των 7 ή 8 ετών.

3ο – 4ο έτος: Ανάπτυξη δύσκολων ήχων: Ανάμεσα στο τρίτο και τέταρτο έτος και τεσσάρων μηνών, μαθαίνονται συνήθως οι υπόλοιποι ήχοι – «λ», «ρ», «τς», «ξ», «β», «ζ», «τζ» και «θ». Ίσως χρειαστούν αρκετά χρόνια για να αναπτυχθούν πλήρως. Όπως και με το «σ», συχνά αυτοί οι ήχοι αποκτούνται πλήρως στην ηλικία των 7 ή 8 ετών.

Η ομιλία λοιπόν είναι ένα εργαλείο που σχετίζεται με τον λόγο, δηλαδή την έκφραση ιδεών και συναισθημάτων. Διακρίνει το παιδί του ανθρώπου από το υπόλοιπο ζωικό βασίλειο. Η εκμάθηση της ομιλίας είναι μία διαδικασία που αναπτύσσεται σταδιακά από τη βρεφική ηλικία έως το όγδοο έτος. Ενώ περιγράφηκαν οι γενικές συνιστώσες της ανάπτυξης της ομιλίας, αυτή η διαδικασία επηρεάζεται από τη συνολική ανάπτυξη του κάθε παιδιού. Συνεπώς, είναι φυσιολογικό η εμφάνιση των ήχων και η τελική εκμάθησή τους από το παιδί να καθυστερήσει αρκετά χρόνια.

4. Τα στάδια ανάπτυξης της κατανόησης

Όσον αφορά στην κατανόηση, σε ηλικία **τριών με τεσσάρων μηνών**, το βρέφος αναγνωρίζει την μητέρα και το μπιμπερό, εκδηλώνει φόβο στο άκουσμα άγριας φωνής και κοιτάζει κατευθείαν στο πρόσωπο. Επίσης, μπορεί να προσανατολιστεί σε μια ηχητική πηγή, εξετάζει παρά χαμογελά σε έναν άγνωστο και ανοίγει το στόμα προσμένοντας τη θηλή. Σχετικά με την έκφρασή του, οι ήχοι αλλάζουν ανάλογα με τη στάση του σώματος «π» «μπ» «μ» «ν», «απαντάει» σε κατά πρόσωπο λεκτική αλληλεπίδραση και παράγει ήχους συμπάθειας. Επίσης, χαμογελά αυθόρμητα, αρχίζει ένα τραγουδιστό γέλιο και μπορεί να ζαρώσει τα χείλη, να αναπνεύσει γρήγορα κ.λ.π. από την έξαψη στη θέα ενός παιχνιδιού.

Σε ηλικία **τεσσάρων με πέντε μηνών** το βρέφος εντοπίζει τη φωνή χωρίς άλλη διέγερση, στρέφεται προς τη φωνή ακούγοντας το όνομά του, στρέφει το κεφάλι στο άκουσμα ενός οικείου ήχου καθώς και εκδηλώνει περιστασιακή δυσαρέσκεια όταν μένει μόνο. Έχει σαφή αντίληψη του ομιλητή. Σχετικά με την έκφραση, μιλάει με τέσσερις ή παραπάνω διαφορετικούς συνδυασμούς συμφώνων-φωνηέντων, αρχίζει να μιμείται ήχους, άνοιγμα του στόματος, βγάζει έξω τη γλώσσα. Κάνει «βατόμουρα» raspberries, οδοντικά σύμφωνα με αέρα, εξάπτεται, παράγει λαχανιασμένους ήχους σε ανταπόκριση προς ήχους που σχετίζονται με τη σίτιση. Επίσης, παράγει φωνή προς κινούμενα αντικείμενα και ήχους διαμαρτυρίας όταν ένα επιθυμητό αντικείμενο απομακρύνεται.

Σε ηλικία **πέντε με έξι μηνών** το βρέφος αναγνωρίζει οικείες φωνές, κλαίει στο άκουσμα άγριου τόνου φωνής, ανταποκρίνεται στην ευχάριστη ομιλία με χαμόγελο και ένα ευδιάκριτο γέλιο και δείχνει να αναγνωρίζει λέξεις όπως «γεια σου, γεια» «μαμά». Επίσης, εντοπίζει την πηγή του ήχου (π.χ. κουδούνισμα εκτός οπτικού πεδίου) και χαμογελά στη θέα του ειδώλου του στον καθρέφτη. Σχετικά με την έκφραση, αρχίζει να μιμείται τους δικούς του θορύβους προσφέρει ευδιάκριτα «σ - γ», το «μαμά» και το «μπαμπά» λέγονται ξεκάθαρα κατά τη διάρκεια της μωρολογίας. Επίσης, επιδεικνύει αυξανόμενη άνεση στη χρήση των συμφώνων, εκφράζει δυσαρέσκεια με θυμωμένους ήχους και αρχίζει απλές ανθρωποκεντρικές πράξεις (π.χ. χαμογελάει και κουνάει τα χέρια για να συνεχίσει μια κοινωνική συνδιαλλαγή).

Σε ηλικία **έξι με επτά μηνών** το βρέφος αναζητάει τα μέλη της οικογένειας όταν αναφερόνται (π.χ. Πού είναι ο μπαμπάς;), αρχίζει να δείχνει ότι αναγνωρίζει τη λέξη «όχι» και υψώνει τα χέρια και πλησιάζει όταν η μητέρα λέει «έλα εδώ». Προσέχει επίσης κάπως τη μουσική, δείχνει άγχος στους ξένους, αντιδρά διαφορετικά στους άγνωστους και σε κοινωνικές περιστάσεις, τότε χαμογελάει και τότε κατσουφιάζει. Σχετικά με την έκφραση, μιλάει για να τραβήξει την προσοχή, αρχίζει να μιλάει με τα παιχνίδια, αντιδρά στη μουσική και βγάζει φωνή τουλάχιστον τις μισές φορές που αναφέρεται το όνομά του. Επίσης, λέει δώδεκα διαφορετικά φωνήματα και σηκώνει τα χέρια για να δείξει επιθυμία να το αγκαλιάσουν.

Σε ηλικία **επτά με οχτώ μηνών** το βρέφος ανταποκρίνεται στο όνομά του σταματώντας την δραστηριότητα, αναγνωρίζει ονόματα κοινών αντικειμένων όταν αναφερόνται και ανταποκρίνεται στον τόνο της φωνής, όπως και στο emphatic «σταμάτα». Επίσης, προσέχει την ομιλία των μελών της οικογένειας, αρχίζει να προβλέπει σε οπτικά παιχνίδια (π.χ. αναμένει το γαργαλητό) και εκδηλώνει κινητικές ανταποκρίσεις, εκφράσεις προσώπου ή χειρονομίες στη θέα οικείων προσώπων. Όσον αφορά στην έκφρασή του, προσφέρει δύο συλλαβές στη μωρολογία του, εκδηλώνει σκόπιμη μωρολογία που δηλώνει τα συναισθήματά του (π.χ. δυσφορία) και ίσως να επαναλαμβάνει τον ίδιο ήχο για αρκετές ημέρες. Μπορεί επίσης, αυθόρμητα ή μιμητικά να κάνει χειρονομίες (π.χ. να κάνει με το χέρι του «γεια σου»), απο-

λαμβάνει τα φωνητικά παιχνίδια, γελάει όταν μιμούνται τους δικούς του ήχους και τότε τότε μιμείται τους ήχους των άλλων.

Σε ηλικία **οκτώ με εννέα μηνών** το βρέφος ανταποκρίνεται σωστά στο «γεια σου γεια», διακρίνει στιγμιαία την δραστηριότητα ανταποκρινόμενο στο «όχι όχι» και ανταποκρίνεται σε μια αλλαγή της έκφρασης του προσώπου. Επίσης, συσχετίζει τον ήχο με το αντικείμενο, πατάει το κουδούνι μιμούμενο τους άλλους και διατηρεί για ένα λεπτό την προσοχή σε εικόνες όταν ονομαστούν. Όσον αφορά στην έκφρασή του, λένε ασυναρτησίες: μιμούνται ήχους και συλλαβές που έχουν χρησιμοποιηθεί στη φωνητική διέγερση. Εκφέρει τα επιφωνήματα και την αναγνώριση, εκφράζει επιθυμίες με ήχους «θέλω» (π.χ. ρινικό, nasal whine) και παίζει παιχνίδια ανταλλαγής, π.χ. δίνει και παίρνει πράγματα από τους ενήλικες ενώ συχνά χρησιμοποιεί διαφορετικό ήχο όταν δίνει και όταν παίρνει. Τέλος, μιμείται χωρίς ακρίβεια τον τόνο της φωνής και χειρονομεί (π.χ. κουνάει το κεφάλι για το «όχι»).

5. Κριτήρια ομαδοποίησης σε κατηγορίες από παιδιά και ενήλικες

Ένα βασικό ερώτημα που τίθεται στη μελέτη της εννοιολογικής ανάπτυξης είναι ο τρόπος αντιπροσώπευσης της **εννοιολογικής ή κατηγορικής γνώσης** στη **σημασιολογική μνήμη**. Έχει προταθεί ότι τα κριτήρια με βάση τα οποία σχηματίζουν τα παιδιά «βασικές κατηγορίες» είναι διαφορετικά από εκείνα που χρησιμοποιούν οι ενήλικες σε «βασικές κατηγορίες». Δηλαδή αυτά που θεωρούνται βασικά για ένα παιδί ίσως διαφοροποιούνται από εκείνα που θεωρεί βασικά ένας ενήλικας (Mervis, 1987). Η ερμηνεία αυτή στηρίζεται στο γεγονός ότι τα παιδιά, λόγω διαφορετικών εμπειριών ή διαφορετικής κατανόησης της χρήσης των αντικειμένων, προσέχουν ή τονίζουν διαφορετικές παραμέτρους του ίδιου αντικειμένου σε σχέση με τους ενήλικες. Γι' αυτό τον λόγο μπορεί να σχηματίζουν ελαφρώς διαφορετικές κατηγορίες βασικού επιπέδου, παρόλο που χρησιμοποιούν την ίδια διεργασία ομαδοποίησης αντικειμένων (π.χ. με παρόμοια σχήματα, λειτουργίες κ.λπ.). Ως εκ τούτου, οι κατηγορίες των παιδιών μπορεί να είναι ευρύτερες, στενότερες ή παρεμφερείς με τις αντίστοιχες κατηγορίες των ενηλίκων (Γζουριάδου, 1995).

Γενικά, η σημασιολογική μνήμη στους ενήλικες οργανώνεται με βάση κυρίως την κατηγορική γνώση. Στο παρελθόν επικρατούσε η άποψη ότι στα μικρά παιδιά η οργάνωση της εννοιολογικής γνώσης στη σημασιολογική μνήμη βασίζεται σε **θεματικές σχέσεις**. Η άποψη αυτή προέκυψε από κάποιες πειραματικές μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες τα μικρά παιδιά είχαν την τάση να μαθαίνουν περισσότερο για θεματικές παρά για **κατηγορικές σχέσεις**. Η θεματική σχέση είναι συνειρμική: το ποτήρι «ταιριάζει» με το γάλα και οι μέλισσες με το μέλι. Η κατηγορική σχέση, από την άλλη, δεν δημιουργείται με τον ίδιο τρόπο: το ποτήρι «ταιριάζει» με το πιάτο και οι μέλισσες με τις πεταλούδες. Αποτελέσματα πειραματικών μελετών βασισμένων σε ταξινόμηση εικόνων (Smiley & Brown, 1979) έδειξαν ότι σε παιδιά έως και 6 ετών οι εννοιολογικές προτιμήσεις οδηγούν σε θεματική κυρίως ταξινόμηση, ενώ σε παιδιά 10 ετών και άνω παρατηρήθηκε κυρίως κατηγορική ταξινόμηση. Στις μελέτες εκείνες όμως η οδηγία που δινόταν στα παιδιά δεν ήταν άμεση ή ξεκάθαρη, αφού η ερώτηση στην οποία καλούνταν να απαντήσουν ήταν: «Ποιο αντικείμενο ταιριάζει περισσότερο με αυτό;». Πιο πρόσφατες τριαδικές μελέτες έχουν δείξει ότι ακόμη και παιδιά ηλικίας ενός έτους έχουν την ικανότητα να ταξινομούν αντικείμενα με βάση κατηγορικές σχέσεις όταν οι οδηγίες ταξινόμησης παρουσιάζονται με πιο ξεκάθαρο τρόπο, αν για παράδειγμα η σχετική οδηγία είναι: «Βρες το άλλο αντικείμενο που είναι ακριβώς σαν αυτό».

Τα παιδιά λοιπόν, όπως και οι ενήλικες, έχουν την ικανότητα να οργανώνουν την εννοιολογική γνώση σύμφωνα με κατηγορικά κριτήρια. Το ερώτημα που τίθεται επομένως είναι πώς αυτή η γνώση αντιπροσωπεύεται στη σημασιολογική μνήμη. Έρευνες κυρίως σε ενήλικες έχουν δείξει ότι υπάρχουν τουλάχιστον δύο είδη γνωρισμάτων, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αποθήκευση της εννοιολογικής πληροφορίας στη σημασιολογική μνήμη: οι έννοιες μπορούν να κωδικοποιηθούν είτε με βάση *καθοριστικά γνωρίσματα* είτε με βάση *χαρακτηριστικά γνωρίσματα*.

Χαρακτηριστικό γνώρισμα μιας έννοιας είναι εκείνο που συνδέεται τυπικά με την έννοια αυτή. Για παράδειγμα, το χαρακτηριστικό γνώρισμα ενός πτηνού είναι ότι συνήθως πετά ή κελαιδιά. *Καθοριστικό γνώρισμα* μιας έννοιας είναι αυτό που ισχύει στο 100% των περιπτώσεων της εν λόγω έννοιας. Για παράδειγμα, ένα καθοριστικό γνώρισμα του πτηνού είναι ότι έχει φτερά. Έχει επικρατήσει η άποψη ότι τα παιδιά αρχικά αναπαριστούν τις έννοιες με βάση χαρακτηριστικά γνωρίσματα, τα οποία τείνουν να είναι αντιληπτικά εμφανή. Καθώς μαθαίνουν περισσότερα για τον κόσμο, περνούν από κάποιο στάδιο *εννοιολογικής αναδιοργάνωσης*, αναπτύσσοντας εννοιολογικές αντιπροσωπεύσεις ή αναπαραστάσεις που λαμβάνουν πλέον υπόψη τα καθοριστικά γνωρίσματα. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, με την ανάπτυξη τα βασικά κριτήρια της ταξινόμησης αλλάζουν από εμφανή χαρακτηριστικά γνωρίσματα σε πιο περίπλοκα καθοριστικά γνωρίσματα (Keil, 1991). Σημαντική είναι επιπλέον η σύνδεση της εννοιολογικής αναδιοργάνωσης με τη μετατόπιση από το «συμπαγές» στο «αφηρημένο», ή με τη μετατόπιση από το «αντιληπτικό» στο «εννοιολογικό» ή από το «ολιστικό» στο «αναλυτικό».

Σύμφωνα με τη μελέτη των Keil και Batterman (1984), παιδιά ηλικίας 5 ετών βασίζονται περισσότερο σε χαρακτηριστικά γνωρίσματα, ενώ παιδιά ηλικίας 9 ετών βασίζονται περισσότερο σε καθοριστικά γνωρίσματα. Το γεγονός αυτό ενισχύει την άποψη ότι τα παιδιά αναπαριστούν τις έννοιες διαφορετικά, ανάλογα με την ηλικία. Καθώς μαθαίνουν περισσότερα για τα καθοριστικά γνωρίσματα, τα χρησιμοποιούν σταδιακά πιο πολύ και αντικαθιστούν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα ως βάση για την αναπαράσταση των εννοιών/κατηγοριών. Υπάρχει επίσης πάντοτε η δυνατότητα της αποθήκευσης των κατηγοριών με τη χρήση κάποιων πρωτοτύπων, δηλαδή κάποιων ιδιαίτερα αντιπροσωπευτικών υποδειγμάτων μιας κατηγορίας.

Η εννοιολογική ανάπτυξη κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία επηρεάζεται από πολλές πηγές πληροφοριών, με σημαντικότερη την αντίληψη. Η δομή των ιδιοτήτων ή χαρακτηριστικών των αντικειμένων γύρω μας μας παρέχει πληροφορίες για την ένταξη αυτών των αντικειμένων σε συγκεκριμένες κατηγορίες σε όλα τα επίπεδα (ανώτερα, βασικά ή κατώτερα), αλλά ιδιαίτερα για την ταξινόμηση σε βασικό επίπεδο. Η εμφάνιση αντιληπτικών χαρακτηριστικών, όπως τρίχωμα, τέσσερα πόδια, ουρά κ.ά., διακρίνει την κατηγορία «θηλαστικό» από άλλες κατηγορίες ζωντανών οργανισμών.

Μια δεύτερη πηγή πληροφορίας για την κατηγορική δομή είναι η γλωσσολογική. Η εννοιολογική οργάνωση επηρεάζεται από γλωσσολογικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, τα παιδιά ερμηνεύουν την εισαγωγή ενός νέου ουσιαστικού σαν να σηματοδοτεί μια νέα κατηγορία ανώτερου επιπέδου, και την εισαγωγή ενός νέου επιθέτου ως νέα κατηγορία κατώτερου επιπέδου. Σύμφωνα με αυτό, η λέξη «ερπετό», για παράδειγμα, ερμηνεύεται ως μια νέα κατηγορία ανώτερου επιπέδου, ενώ η λέξη «δηλητηριώδες» ερμηνεύεται ως μια κατηγορία κατώτερου επιπέδου. Μια άλλη πηγή εννοιολογικής πληροφορίας είναι η τάση των παιδιών να αναζητούν εξηγήσεις για τα αίτια καθημερινών φαινομένων ή να χρησιμοποιούν αναλογίες για την υποβοήθηση της εννοιολογικής οργάνωσης. Η εννοιολογική ανάπτυξη επομένως περιλαμβάνει την ανάπτυξη πεποιθήσεων ή απόψεων για τον κόσμο γύρω μας, καθώς και την

ανάπτυξη αντιληπτικών και γλωσσολογικών δεξιοτήτων. Επιπλέον, οι ιδιότητες που σχετίζονται με τον χαρακτηρισμό κάποιων αντικειμένων ως παρόμοιων εξαρτώνται σε κάποιο βαθμό και από την υποκειμενική κατανόηση των ιδιοτήτων αυτών, η οποία με τη σειρά της συνδέεται με τη γνώση και την αλληλεπίδρασή μας με το περιβάλλον. Οι βασικές κατηγορίες των παιδιών λοιπόν μπορεί να είναι διαφορετικές από εκείνες των ενηλίκων, καθώς τα παιδιά φαίνεται ότι δίνουν προτεραιότητα σε χαρακτηριστικά και όχι τόσο σε καθοριστικά γνωρίσματα κατά την ταξινόμηση (Proios, 1994, 1995). Στο βασικό επίπεδο ταξινόμησης όμως είναι πιθανό να υπάρχει κάποια αντιστοιχία ανάμεσα στα εμφανή χαρακτηριστικά γνωρίσματα και στα βαθύτερα δομικά ή καθοριστικά χαρακτηριστικά, κάτι που σημαίνει ότι στο επίπεδο αυτό η αντιληπτική ομοιότητα μπορεί να καθοδηγεί τη δομική ομοιότητα. Συνεπώς το βασικό επίπεδο παίζει κεντρικό ρόλο στην εννοιολογική ανάπτυξη.

6. Σημασιολογικές διαταραχές σε παιδιά και θεραπευτική παρέμβαση

Στην προηγούμενη ενότητα αναλύθηκε ο τρόπος με τον οποίο τα παιδιά μαθαίνουν το νόημα των λέξεων, περιγράφηκε δηλαδή η σημασιολογική ανάπτυξη. Στα περισσότερα παιδιά η γλωσσική ανάπτυξη, και ειδικότερα η σημασιολογική, συντελείται σε σύντομο χρονικό διάστημα και χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Κάποια παιδιά όμως συναντούν σημαντικές δυσκολίες και αναπτύσσουν διαταραχές επικοινωνίας. Οι διαταραχές επικοινωνίας στα παιδιά, συμπεριλαμβανομένων των σημασιολογικών διαταραχών, είναι διαφόρων ειδών και δεν μπορούν να αναλυθούν διεξοδικά σε ένα κεφάλαιο αυτής της έκτασης. Εδώ θα γίνει η σύντομη περιγραφή των σημασιολογικών διαταραχών.

Μερικά παιδιά εμφανίζουν μια μορφή αντιληπτικής γλωσσολογικής διαταραχής, την **ηχολαλία**, κατά την οποία επαναλαμβάνουν σωστά λέξεις ή προτάσεις αλλά δεν κατανοούν το νόημά τους. Σε απλά έργα μίμησης αυτά τα παιδιά τα καταφέρνουν από ό,τι σε άλλα γλωσσολογικά έργα.

Κάποια άλλα παιδιά εκδηλώνουν ανεπάρκεια στην ικανότητα αναπαραγωγής εξειδικευμένων λέξεων, η οποία συνήθως ονομάζεται **δυσκατονομασία**. Στη δυσκατονομασία, το άτομο συνήθως υποκαθιστά τον εξειδικευμένο όρο που του διαφεύγει με έναν άλλο γενικότερο. Για παράδειγμα λέει «αυτό» για κάθε υπό συζήτηση αντικείμενο, ενώ αν πρόκειται για πρόσωπο, αναφέρεται σε αυτό με κάποιο γενικό όρο, π.χ. «κύριος», αντί να χρησιμοποιεί το όνομά του. Σε μερικές μορφές δυσκατονομασίας μπορεί να παρατηρηθεί η έντονη χρήση *περιφράσεων*. Δηλαδή το άτομο μπορεί να περιγράψει το αντικείμενο, να δηλώσει τη λειτουργία ή τον σκοπό του, να βρει ακόμη και συνώνυμα, αλλά δεν μπορεί να θυμηθεί το όνομά του. Για παράδειγμα, ένα παιδί ίσως να λέει «βρίσκεται στην κουζίνα, τρώμε πάνω σε αυτό ή τοποθετούμε γύρω του καρέκλες», αλλά δεν μπορεί να βρει τη λέξη «τραπέζι». Με δυο λόγια, προσπαθεί να προσεγγίσει περιφραστικά τον όρο, αλλά αδυνατεί να τον εκφράσει ή να τον κατονομάσει.

Στην **απραξία** ή **δυσπραξία**, αντίθετα, τα παιδιά και οι ενήλικες θυμούνται τη λέξη και τους ήχους που την αποτελούν, αλλά δεν μπορούν να ελέγξουν εκούσια τους μυς της ομιλίας ώστε να παραγάγουν τους σωστούς ήχους. Σε αυτή την περίπτωση υπάρχει έλλειμμα στον προγραμματισμό και τον συντονισμό των απαιτούμενων για την ομιλία αρθρωτικών κινήσεων, χωρίς ωστόσο να υπάρχει παράλυση ή κινητική βλάβη στα όργανα άρθρωσης (χείλη, γλώσσα, γνάθος, υπερώα).

Σύμφωνα με την πιο συνηθισμένη προσέγγιση για τη διδασκαλία λεξιλογίου, οι ενήλικες καθοδηγούν την εκμάθηση της γλώσσας συνδέοντας τα αντικείμενα με λέξεις, έτσι ώστε

το παιδί να παρατηρεί και να αφομοιώνει (μια προσέγγιση που ανταποκρίνεται στις αρχές της **κοινωνικογνωστικής θεωρίας**). Σύμφωνα με μια άλλη, λιγότερο διαδεδομένη προσέγγιση, η εκμάθηση λεξιλογίου διευκολύνεται από την οικοδόμηση νοητικών παραστάσεων για τις αισθησιοκινητικές δραστηριότητες στις οποίες το παιδί εμπλέκεται (τα παιδιά δηλαδή επιτυγχάνουν την εκμάθηση λεξιλογίου οικοδομώντας αρχικά νοητικές παραστάσεις των αισθησιοκινητικών δραστηριοτήτων στις οποίες εμπλέκονται). Η προσέγγιση αυτή ανταποκρίνεται στις αρχές της **δομικής-νοητικής θεωρίας** (Piaget, 1962).

Ακολουθώντας την πρώτη προσέγγιση για τη διδασκαλία λεξιλογίου, ένας λογοπαθολόγος θα βασιστεί στην αρχή ότι η εκμάθηση διευκολύνεται από τις προσπάθειες του παιδιού να δημιουργήσει διασυνδέσεις ανάμεσα στα ερεθίσματα που του χορηγούνται. Έτσι θα χρησιμοποιήσει, για παράδειγμα, κάποιες ασκήσεις, που προάγουν την παραγωγή διασυνδέσεων μεταξύ λεξιλογίου και εικόνων σε ένα βιβλίο (βλ. Πίνακα 2).

Ο λογοπαθολόγος πάλι που υιοθετεί τη δεύτερη προσέγγιση θα επικεντρωθεί στη διέγερση (π.χ. αισθητήρια ανάδραση) από τον χειρισμό συγκεκριμένων αντικειμένων, η οποία διευκολύνει την εκμάθηση της γλώσσας, καθώς και άλλα αναπτυξιακά έργα απαραίτητα γι' αυτήν. Ο λογοπαθολόγος αυτός θα εντάξει στη συνεδρία διαδικασίες παιχνιδιού και συμμετοχής του παιδιού σε αυτό, και ταυτόχρονα θα σχολιάζει τη δραστηριότητα του παιδιού χρησιμοποιώντας το λεξιλόγιο-στόχο.

Τα παραπάνω καταδεικνύουν ότι οι θεωρήσεις σχετικά με την εκμάθηση της γλώσσας επηρεάζουν τον σχεδιασμό στρατηγικών στη θεραπεία. Οι προσωπικές απόψεις και ο προσανατολισμός του θεραπευτή επηρεάζουν επίσης τον καθορισμό των στόχων. Σύμφωνα με τους Bloom και Lahey (1978), ο ορισμός του λόγου, όπως τον κατανοεί ο κάθε λογοπαθολόγος, καθορίζει τα πεδία του λόγου στα οποία θα επιχειρηθεί παρέμβαση.

Για παράδειγμα, εάν ένας λογοπαθολόγος αντιμετωπίζει τον λόγο ως αποτελούμενο μόνο από φωνολογία και συντακτικό (δηλαδή μορφολογία), ίσως αξιολογήσει μόνο την άρθρωση, το λεξιλόγιο και τη γραμματική ενός τριέχρονου παιδιού που χρησιμοποιεί μόνο μεμονωμένες λέξεις. Ο λογοπαθολόγος στη συνέχεια θα προσπαθήσει να επεκτείνει τις ικανότητες άρθρωσης, λεξιλογίου και συντακτικού που διαθέτει το παιδί. Από την άλλη πλευρά, εάν ένας λογοπαθολόγος αντιμετωπίζει τον λόγο ως αποτελούμενο από αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στο περιεχόμενο, τη μορφή και τη χρήση, και ως δυνητικά επηρεαζόμενο από γνωστικούς, αισθησιοκινητικούς και ψυχοκινητικούς παράγοντες, θα επιχειρήσει μια ευρύτερη αξιολόγηση. Εκτός από τη μορφολογία του λόγου, ο λογοπαθολόγος αυτός θα στοχεύσει στην ανάπτυξη του περιεχομένου και της χρήσης της γλώσσας, καθώς και στην κατανόηση των παραγόντων που προκαλούν και διατηρούν τη διαταραχή (Chialant *et al*, 2002).

Η διαδικασία παρέμβασης οφείλει να είναι μια συνεχής, αναλυτικά θεμελιωμένη επανεκτίμηση όλων των σχετικών παραγόντων, όπως το ποιες συμπεριφορές απαρτίζουν τον λόγο, ποια συστήματα συμπεριφοράς αλληλεπιδρούν με αυτόν, πώς μαθαίνονται συγκεκριμένες πτυχές του λόγου και της ομιλίας, γιατί συγκεκριμένες παρεμβάσεις επιτυγχάνουν σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και γιατί άλλες αποτυγχάνουν.

Πίνακας 2. Θεραπευτική παρέμβαση βάσει διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων

α.α	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ	Προσέγγιση βάσει της κοινωνικογνωστικής θεωρίας	Προσέγγιση βάσει της δομικής θεωρίας
1	Εκμάθηση λεξιλογίου: καθημερινά αντικείμενα (π.χ. μπάλα, ποτήρι, τραπεζί, καρέκλα κ.λπ.)	Ο λογοπαθολόγος δείχνει στο παιδί διάφορες εικόνες με τα αντικείμενα-στόχο και τα κατονομάζει.	Ο λογοπαθολόγος και το παιδί παίζουν παιχνίδια χρησιμοποιώντας τα αντικείμενα-στόχο και τα κατονομάζουν ενώ τα χρησιμοποιούν, π.χ. «ο λαγός κάθεται στη καρέκλα» ή «Μαρία, δώσε την μπάλα».
2	Εκμάθηση λεξιλογίου: ρηματικές έννοιες (π.χ. τρώω, πεινώ, διψώ, πίνω, ταΐζω κ.λπ.)	Ο λογοπαθολόγος διαβάζει στο παιδί ένα παραμύθι με σχετικές εικόνες, τις οποίες σχολιάζουν και κατονομάζουν, π.χ. «Βλέπεις το γουρουνάκι; Τρώει!» ή «Κοίτα πόσο φαγητό τρώει! Πεινάει πολύ!»	Ο λογοπαθολόγος και το παιδί παίζουν προσποιούμενοι ότι μαγειρεύουν, π.χ. «Μαρία, το μωράκι πεινάει. Θα το ταΐσεις?»

7. Λογοπαθολογική Αξιολόγηση

Αν ένα παιδί προσκομισθεί σε λογοπαθολόγο για αξιολόγηση, σε πρώτη φάση αυτός θα εξετάσει το λόγο του (μορφολογία, φωνολογία, συντακτικό, κτλ) καθώς και το *αναπτυξιακό του προφίλ* με ότι του είναι διαθέσιμο. Ο λόγος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διανοητική και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού: Η *γνωστική και διανοητική ανάπτυξη* είναι ο στόχος του λογοπαθολόγου μαζί με το να καταστήσει το παιδί ικανό να εκφράζει τις σκέψεις του με απτά μέσα. Το ιστορικό ενός παιδιού πρέπει να περιλαμβάνει την κατάστασή του από τη γέννηση και να δίνει στοιχεία για την οικογένεια, το κοινωνικό περιβάλλον και τις τρέχουσες υπηρεσίες που του παρέχονται. Η γνωμάτευση ενός λογοπαθολόγου πρέπει να περιέχει γενικές πληροφορίες για το ιστορικό του ασθενή, πληροφορίες για το πότε είχε αυτογνωσία, αποτελέσματα από την εξέταση του συστήματος ομιλίας, καταποσης και λόγου, ακουσολογικής εξέτασης και στοιχεία για την άρθρωση, τη φωνή, την ένταση και την ποιότητα ήχου.

Στο προγλωσσικό στάδιο παρατηρείται διαρκής συσχέτιση του λόγου και της διανοητικής ανάπτυξης. Ο λογοπαθολόγος χρησιμοποιεί τη διανοητική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη σαν αιτιολογική λειτουργία. Η γνωστική και ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία γίνεται αιτία καθυστέρησης στην ανάπτυξη του λόγου και δύσκολα ανακαλύπτεται. Ο λογοπαθολόγος για να προσεγγίσει ένα παιδί με γλωσσολογική ανεπάρκεια αρχικά εντοπίζει την παρούσα γνωσιακή λειτουργικότητα του παιδιού και στη συνέχεια εξετάζει πόσο αποτελεσματική είναι η κοινωνική προσαρμογή του.

Ο λογοπαθολόγος επίσης ερευνά τον κοινωνικό συντελεστή, εξετάζει δηλαδή αν το παιδί προτιμάει να παίζει μόνο του ή με άλλα κτλ. Χρησιμοποιεί επίσης διαγνωστικές τεχνικές για να βρει αν το παιδί μπορεί να μάθει αφηρημένες έννοιες και να χειριστεί παλιές πληροφορίες επειδή υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο συμβολικό παιχνίδι και το λόγο. Ο λογοπαθολόγος συζητά με τους γονείς, συγκεντρώνει από αυτούς στοιχεία και χρησιμοποιεί τρόπους για να βρει πόσο καλά προσαρμόζεται το παιδί.

Στο σχολικό περιβάλλον είναι επίσης συνηθισμένη η φωνητική κατάχρηση όπως οι δυνατές φωνές, κραυγές, τεταμένη φώνηση, υπερβολική ομιλία, έντονες γλωττιδικές αποφορτίσεις, καθάρισμα του λαιμού, έντονος βήχας και ομιλία με παρουσία υψηλών επιπέδων θορύβου.

Η φωνητική κατάχρηση γίνεται αντιληπτή όταν η φωνή του παιδιού γίνεται βραχνή αφού τελειώσει ένα παιχνίδι (ποδόσφαιρο, μπάσκετ κτλ) ή όταν χάνει τη φωνή του ενώ δεν είναι κρυωμένο. Πολλές φορές γίνεται κατάχρηση όταν το παιδί βρίσκεται σε ένα περιβάλλον με πολύ θόρυβο και μιλάει πολύ δυνατά για να ακουστεί, όταν μιλάει πολύ στο τηλέφωνο, στο σπίτι ή στο σχολείο, όταν σε εξωτερικό χώρο μιλάει σε άτομα που βρίσκονται σε μακρινή απόσταση ή ακόμα όταν φωνάζει δυνατά όταν παίζει με τους φίλους του. Είναι αντιληπτή η φωνητική κατάχρηση καθώς οι άλλοι παρατηρούν ότι το παιδί μιλάει διαρκώς ή πολύ δυνατά ή του αρέσει να μιλάει πολύ, ή να τραγουδάει, ή ακόμη του αρέσει να μιμείται διάφορους θορύβους όταν παίζει, π.χ. το αυτοκίνητο. Όταν οι παραπάνω συμπεριφορές παρατηρούνται με μεγάλη συχνότητα ή διαρκώς, ενδείκνυται το παιδί να μετάσχει σε ένα πρόγραμμα ελέγχου και υγιεινής της φωνής.

Ο λογοπαθολόγος στο σχολείο πρέπει να μπορεί να ασχοληθεί με πληθώρα διαταραχών καθώς και να αντιμετωπίζει περιστατικά με νήπια και παιδιά υψηλού κινδύνου. Είναι σημαντικό να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες και άλλα σχολεία για να μην απομονώνεται το παιδί από το σχολικό περιβάλλον. Πρέπει επίσης να βοηθάει στη σωστή ενημέρωση για τις διαταραχές που υπάρχουν και την αντιμετώπισή τους, όπως και να συνεργάζεται με τους εκπαιδευτές για την εύρεση του καλύτερου τρόπου επικοινωνίας που θα βοηθήσει στη δημιουργία του καλύτερου μαθησιακού περιβάλλοντος. Ο λογοπαθολόγος επίσης εργάζεται με τους εκπαιδευτικούς για να συμπληρώσει και να γενικεύσει θεραπευτικές μεθόδους για παιδιά με ανεπάρκεια ενώ είναι για τους γονείς μία πηγή πληροφοριών για τα προβλήματα επικοινωνίας που αντιμετωπίζουν τα παιδιά. Ο λογοπαθολόγος μπορεί επίσης να είναι μόνιμο ή συνεργαζόμενο μέλος σε μία ομάδα αξιολόγησης μαθητών και να παρέχει συμβουλές για τη σωστή παραπομπή του μαθητή για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Στα σχολεία η κύρια τάση που επικρατεί διεθνώς είναι η είναι η mainstreaming, η οποία πραγματεύεται την ένταξη του παιδιού είτε μερική, είτε πλήρη σε ένα κανονικό σχολικό περιβάλλον για εξειδικευμένα ακαδημαϊκά θέματα. Άλλη σημαντική τάση είναι η ενταξη (inclusion), δηλαδή όλα τα παιδιά να ανήκουν σε μια κανονική τάξη άσχετα με το επίπεδο των ικανοτήτων τους και πρέπει να παρευρίσκονται στο λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον (LRE, Least Restrictive Environment). Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να αναγνωρίζουν τις ανάγκες του παιδιού στην τάξη και να προσπαθούν να το βοηθήσουν να προσαρμοστεί (είτε με τη βοήθεια της τεχνολογίας, είτε με τη βοήθεια ενός ειδικού παιδαγωγού). Ο διευθυντής του σχολείου πρέπει να κατευθύνει τους παιδαγωγούς ώστε να αντιμετωπίζουν όλα τα παιδιά ως ίσα χωρίς «ταμπέλες», ενώ ο ειδικός παιδαγωγός με το δάσκαλο πρέπει να συνοψίζουν τις επιδόσεις ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες στην τάξη και να καταγράφουν όλες τις μεταβολές στην πορεία του.

8. Επαυξητική Εναλλακτική Επικοινωνία

Η Εναλλακτική Επαυξητική Επικοινωνία (ΕΕΕ) αναφέρεται σε τρόπους επικοινωνίας που βοηθούν άτομα τα οποία δεν μπορούν να επικοινωνήσουν μέσω ομιλίας ή και εκφραστικού λόγου. Η ΕΕΕ χρησιμοποιείται καθημερινά από τους περισσότερους ανθρώπους, μια και συμπεριλαμβάνει τρόπους επικοινωνίας, όπως η χρήση χειρονομιών, οι εκφράσεις του προσώπου, κλπ. Ο όρος **Επαυξητική** χρησιμοποιείται όταν ένα άτομο έχει ομιλία ή εκφραστικό λόγο, όχι όμως αρκετά καταληπτό ή κατανοητό ώστε να γίνεται κατανοητός από τους άλλους. Ο όρος **Εναλλακτική** χρησιμοποιείται όταν ένα άτομο δεν έχει καθόλου ομιλία ή εκφραστικό

λόγο και αναφέρεται σε μεθόδους επικοινωνίας που αντικαθιστούν την ομιλία. Σύμφωνα με τους Lloyd και Fuller (1986), τα συστήματα ΕΕΕ χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: την υποβοηθούμενη (aided) και την μη υποβοηθούμενη (unaided) επικοινωνία.

9. Υποβοηθούμενη επικοινωνία

Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει συστήματα επικοινωνίας για την επιτυχημένη χρήση των οποίων απαιτούνται εξωτερικά βοηθήματα. Τα βοηθήματα αυτά δίνουν τη δυνατότητα έκφρασης ερωτήσεων, συναισθημάτων, ανταλλαγής ειδήσεων και πληροφοριών. Τα πιο συνηθισμένα παραδοσιακά βοηθήματα χαρτιά, χαρτόνια, ντοσιέ ή βιβλία που εμφανίζουν πάνω τους εικόνες, γράμματα ή λέξεις που αντιπροσωπεύουν τις έννοιες που το άτομο χρησιμοποιεί. Τα βοηθήματα αυτά ονομάζονται *Επικοινωνιακοί πίνακες* και αναφέρονται ως εργαλεία «ελαφράς ή χαμηλής τεχνολογίας». Υπάρχουν όμως και συσκευές που εκφωνούν ή εκτυπώνουν μηνύματα που το άτομο επιλέγει ή δημιουργεί. Οι συσκευές αυτές ποικίλλουν από απλές που επιτρέπουν τη μετάδοση ενός και μόνο μηνύματος έως και πολύ πολύπλοκες και θεωρούνται βοηθήματα «υψηλής τεχνολογίας».

10. Μη υποβοηθούμενη επικοινωνία

Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει συστήματα που αναφέρονται σε τρόπους επικοινωνίας για τους οποίους χρησιμοποιείται μόνο το σώμα του ατόμου και όχι εξωτερικές συσκευές/βοηθήματα. Κύριο παράδειγμα είναι η Νοηματική γλώσσα που τη χρησιμοποιούν τα Κωφά άτομα. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει επίσης εκφράσεις προσώπου ή ακόμα τη γλώσσα του σώματος.

Η ειδικά σχεδιασμένη τεχνολογία της ΕΕΕ για κάθε ασθενή δεν είναι πάντα προσιτή στη γλώσσα του. Στις προηγμένες κοινωνίες η ομιλία και η γλωσσική ικανότητα αποτελούν σημαντικό μέρος της επικοινωνίας για ένα άτομο και οι εκφραστικές ικανότητες αποτελούν ένα απαραίτητο θεμέλιο για την εκπαίδευση και επιβίωσή του. Σε αρκετές χώρες (π.χ. ΗΠΑ) υπάρχουν συγκεκριμένοι νόμοι, ενταγμένοι σε σχολικά προγράμματα, σχετικοί με την τεχνολογική βοήθεια για άτομα με αναπηρίες οι οποίοι βοηθούν σε επίπεδο ατομικό αλλά και κοινωνικό. Αν και τέτοιοι νόμοι δεν έχουν ακόμη θεσπιστεί στη Ελλάδα, όλο και περισσότερες επικοινωνιακές ανάγκες καλύπτονται χρησιμοποιώντας ειδικά σχεδιασμένο εξοπλισμό για να ενισχυθεί η επικοινωνία στους επιζώντες από Κρανιοεγκεφαλική Κάκωση (ΚΕΚ). Πολλοί επιζώντες από ΚΕΚ διατηρούν βασικές ρυθμιστικές ικανότητες είτε σηματολογικές, είτε φωνολογικές.

Βιβλιογραφία

- Bates, E. (1976). *Language and context the acquisition of pragmatics*. New York: Academic Press.
- Bauer, P.J. & Mandler, J.M. (1989). Taxonomies and triads: Conceptual organization in one- to two-year-olds. *Cognitive Psychology*, 2:156-184.
- Beukelman, D.R. & Mirenda, P. (1994). *Augmentative and Alternative Communication*. Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bloom, L. & Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York: Wiley.
- Chialant, D., Domoto-Reilly, K., Proios, H. & Caramazza, A. (2002). Preserved orthographic length and transitional probabilities in written spelling in a case of acquired dysgraphia. *Brain and Language*, 82:30-46.

- Clark, E.V. (1993). *The lexicon in acquisition*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Cole, M. & Cole, S. (2000). *Η ανάπτυξη των παιδιών. Η αρχή της ζωής: εγκυμοσύνη, τοκετός, βρεφική ηλικία*. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γ. Δαρδάνος.
- Fenson, L., Dale, P.S., Reznick, J.S., Bates, E., Thal, O.J. & Pettnick, S.J. (1994). Variability in early communicative development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (5 serial No. 242).
- Fristoe, M. & Lloyd, L.L. (1979). Non-speech communication. Στο N. Ellis (επιμ), *Handbook of Mental Deficiency: Psychological Theory and Research* (2nd Ed, σ.σ. 401-430). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum.
- Keil, F.C. (1991). Theories, concepts, and the acquisition of word meaning. Στο J.P. Byrnes & S.A. Gelman (επιμ), *Perspectives on language and cognition: Interrelations in development* (σ.σ. 197-224). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Keil, F.C. & Batterman, N. (1984). A characteristic-to-defining shift in the development of word meaning. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 23:221-236.
- Κουρουπέτρογλου, Γ. & Λιάλιου, Σ. (2002). *Εναλλακτική και Επαγγελματική Διαπροσωπική Επικοινωνία ατόμων με αναπηρία*. Αθήνα: Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο.
- Lloyd, L.L. & Fuller, D.R. (1986). *Toward an augmentative and alternative communication symbol taxonomy: A proposed superordinate classification*. *Augmentative and Alternative Communication*, 2:165-171.
- Marslen-Wilson, W. (επιμ) (1989). *Lexical representation and process*, Part 2. Cambridge, MA: MIT Press.
- McNamara, J. (1972). Cognitive basis of language learning in infants. *Psychological Review*, 79:1-13.
- Mervis, C.B. (1987). Child-basic object categories and early lexical development. Στο U. Neisser (Ed.), *Concepts and conceptual development: Ecological and intellectual factors in categorization* (σ.σ. 201-233). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mervis, C.B. & Mervis, C.A. (1982). Leopards are kitty-cats: Object labeling by mothers for their thirteen-month-olds. *Child Development*, 53:267-273.
- Miller, J.L. (1978). Interactions in processing segmental and suprasegmental features of speech. *Perception and Psychophysics*, 24:175-180.
- Murphy, G.L. & Smith, E.E. (1982). Basic level superiority in picture categorization. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 21:1-20.
- Neisser, U. (1987). *Concepts and conceptual development: Ecological and intellectual factors in categorization*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nelson, K. (1974). Concept, word, and sentence: Interrelations in acquisition and development. *Psychological Review*, 81:267-285.
- Piaget, J.-P. (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood*. New York: Norton.
- Poulin-Dubois, D. (1995). Object parts and the acquisition of the meaning of names. Στο K. Nelson & Z. Reger (επιμ), *Children's language*, Vol. 8. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Proios, H. (1994). The organization of concepts in adult aphasia. *Brain and Language*, 47(3):335.
- Proios, H. (1995). The conceptual coherence of semantic memory in adult aphasia. *Brain and Language*, 51(1):44.
- Rosch, E., Mervis, C.B., Gray, W.D., Johnson, D.M. & Boyles-Braem, P. (1976). Basic objects in natural categories. *Cognitive Psychology*, 8:382-439.
- Siegler, R.S. (1976). Three aspects of cognitive development. *Cognitive Psychology*, 8:481-520.
- Smiley, S.S. & Brown, A.L. (1979). Conceptual preference for thematic or taxonomic relations: A nonmonotonic trend from preschool to old age. *Journal of Experimental Child Psychology*, 28:437-458.
- Templin, M. (1957). *Certain language skills in children: Their development and interrelationships*. Minneapolis: The University of Minnesota Press.
- Τζουράδου, Μ. (1995). *Ο λόγος του παιδιού της προσχολικής ηλικίας*. Θεσσαλονίκη: «Προμηθεύς».
- Tomassello, M. (1999). *The cultural origins of the human cognition*. Cambridge, MA & London: Harvard University Press.
- Weistuch, L. & Lewis, M. (1991). *Language interaction intervention program*. Tucson, AZ: Communication Skill Builders.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΓΛΩΣΣΑ: ΔΥΣΛΕΞΙΑ

Στέργιος Καπρίνης

1. Ορισμός

Ο όρος «δυσλεξία» συντίθεται από το πρόθεμα «δυσ-», που σηματοδοτεί τη δυσκολία, και τη «λέξη». Η δυσλεξία, δηλαδή, σημαίνει χοντρικά, «δυσκολία με τις λέξεις». Η δυσλεξία, βέβαια, δεν αφορά μόνο τις λέξεις με τη στενή έννοια του όρου.

Η δυσλεξία είναι μια νευροβιολογικού χαρακτήρα δυσκολία στη γλώσσα, που χαρακτηρίζεται από δυσκολία στην ανάγνωση και στη γραφή. Η δυσκολία αυτή, όμως, δεν οφείλεται σε νοητική υστέρηση, ούτε σε κάποιου είδους βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος, γι' αυτό και την περιγράφουμε ως λειτουργική και όχι ως οργανική. Εξάλλου, έχει παρατηρηθεί ότι η δυσλεξία είναι ανεξάρτητη της ευφυΐας του παιδιού. Οι ανώτερες νοητικές λειτουργίες όπως η λογική σκέψη, η αφαιρετική σκέψη, η κριτική σκέψη, η επίλυση προβλημάτων και η κατανόηση εννοιών, δεν επηρεάζονται άμεσα από την ύπαρξη δυσλεξίας. Γι' αυτό και δεν μιλάμε για νόσο ή για διαταραχή, αλλά για μια ειδική μαθησιακή δυσκολία στη γλώσσα που αφορά την αναγνώριση λέξεων κατά την ανάγνωση, τη συσχέτιση ήχων και λέξεων, καθώς επίσης και προβλήματα στην ορθή γραφή των λέξεων.

Η δυσλεξία εμφανίζεται ως ένα φάσμα ποικίλης βαρύτητας και πολυπλοκότητας και να αφορά σε άλλοτε άλλο βαθμό τον γραπτό ή και τον προφορικό λόγο. Γι' αυτό είναι σημαντικό να έχουμε όλοι σωστή πληροφόρηση των χαρακτηριστικών εκείνων που θα μας βάλουν σε υποψία ότι κάποιο παιδί από το περιβάλλον μας μπορεί να είναι δυσλεξικό, έτσι ώστε να μπορούμε εγκαίρως να παραπέμφουμε το παιδί αυτό στους ειδικούς που θα το βοηθήσουν να ξεπεράσει το πρόβλημά του με όσο το δυνατόν λιγότερες συνέπειες για τη ζωή του. Οι στατιστικές σχετικά με το πόσο συχνή είναι η δυσλεξία ποικίλλουν από 5%-10% (Roongpraiwan et al., 2002) μέχρι 15%-20% (Shaywitz, 2003). Η δυσλεξία αφορά και τα δύο φύλα, και δεν έχει σχέση με την ευφυΐα, την οικονομικοκοινωνική κατάσταση της οικογένειας, τη φυλή, τη γεωγραφική περιοχή καταγωγής ή τη γλώσσα που μιλάει η οικογένεια.

2. Αιτιολογικοί παράγοντες

Οι έρευνες δεν έχουν εντοπίσει έναν μοναδικό και συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα, πράγμα που σημαίνει ότι η εμφάνιση, η σοβαρότητα και η μορφή της δυσλεξίας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Η δυσλεξία είναι, δηλαδή, μια πολυπαραγοντική κατάσταση. Οι ερευνητές συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι η δυσλεξία προκαλείται από μια δυσλειτουργία εκείνων των κέντρων του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνα για την επεξεργασία των ακουστικών ερεθισμάτων του λόγου, καθώς και για την αποκωδικοποίηση των οπτικών ερεθισμάτων του λόγου.

Ο εγκέφαλος του δυσλεξικού δυσκολεύεται να συνταιριάζει τα φωνήματα, τους φθόγους και τις συλλαβές που απαρτίζουν μια λέξη, με τα γράμματα, τα οπτικά σύμβολα που χρησιμοποιούμε για να αναπαραστήσουμε τα φωνήματα. Αυτό σημαίνει ότι η αυτόματη αντιστοίχιση ενός γράμματος ή ενός δίφθογγου με τον ήχο που αυτό συμβολίζει, κάτι που γίνεται αβίαστα και χωρίς προσπάθεια στον εγκέφαλο ενός μη δυσλεξικού, αποτελεί μεγάλο πρόβλημα για τον δυσλεξικό. Έρευνες με τη μέθοδο fMRI, δηλαδή με μαγνητική τομογραφία που εξετάζει τη λειτουργία του εγκεφάλου και όχι απλά και μόνο τη μορφή του, απέδειξαν ότι στον εγκέφαλο του δυσλεξικού υπάρχει μια δυσλειτουργία σε δύο περιοχές, μία βρεγματο-κροταφική και μία ινιακο-κροταφική, που σχετίζονται με την κατανόηση του λόγου, αλλά και με τον κινητικό προγραμματισμό της γραφής, δηλαδή τη ρύθμιση από τον εγκέφαλο των κινήσεων που πρέπει να γίνουν ώστε κάποιος να γράφει κάτι. Επίσης, ο εγκέφαλος του δυσλεξικού φαίνεται πως αδυνατεί να συντονίσει τους οφθαλμικούς μύες, με αποτέλεσμα ο δυσλεξικός να δυσκολεύεται να κάνει τις κινήσεις με τα μάτια του που είναι απαραίτητες για την ανάγνωση ενός κειμένου, δηλαδή να ακολουθήσει μια σειρά γραπτού κειμένου από αριστερά προς τα δεξιά και μετά να περάσει στην παρακάτω σειρά.

Ένα μεγάλο και αγωνιώδες ερώτημα που ανακύπτει σχετικά με τη δυσλεξία, ερώτημα που απασχολεί πολύ έντονα τους γονείς και τις οικογένειες των δυσλεξικών, είναι κατά πόσον η δυσλεξία είναι κληρονομική. Η απάντηση είναι πως ναι, η δυσλεξία είναι κληρονομική. Νωρίτερα αναφέραμε ότι το ποσοστό των δυσλεξικών μπορεί να αφορά ένα 5%-20% του γενικού πληθυσμού. Παράλληλα, υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό 23%-65% των δυσλεξικών έχει γονέα που είναι επίσης δυσλεξικός (Lyytinen et al., 2005). Το αυξημένο αυτό ποσοστό σε σχέση με τη δυσλεξία στον γενικό πληθυσμό μας δείχνει ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση.

Γενετικές έρευνες έχουν εντοπίσει συγκεκριμένα γονίδια στα χρωμοσώματα 2, 3, 6, 15 και 18 που φαίνεται να είναι υπεύθυνα για την εκδήλωση δυσλεξίας (Fisher και DeFries, 2002). Οι έρευνες αυτές υποδηλώνουν ότι υπάρχει έδαφος για τη γονιδιακή μελέτη και μελλοντική αντιμετώπιση της δυσλεξίας.

Ανακεφαλαιώνοντας, είπαμε ότι οι μελέτες έχουν δείξει ότι στη δυσλεξία υπάρχει γονιδιακή επιβάρυνση και κληρονομικότητα. Μήπως αυτό σημαίνει ότι από τη στιγμή που όλα είναι γραμμένα στα γονίδια του δυσλεξικού, οποιαδήποτε προσπάθεια να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα είναι μάταιη; Η απάντηση είναι ένα κατηγορηματικό «όχι». Όταν πριν από περίπου 20-30 χρόνια η ιατρική άρχισε να αντιλαμβάνεται τη σημασία των γονιδίων και όταν η γενετική άρχισε να απομονώνει συγκεκριμένα γονίδια, επικράτησε ένα κλίμα επιστημονικού ντετερμινισμού, επικράτησε η άποψη αιτίου – αιτιατού σχετικά με τα γονίδια, δηλαδή, αν κάποιος έχει το γονίδιο που προκαλεί μια αρρώστια, τότε είναι αναπόφευκτο ότι ο άνθρωπος αυτός θα νοσήσει από την αρρώστια αυτή σε κάποια φάση της ζωής του.

Η εμβάθυνση της μελέτης των γονιδίων, όμως, από τους γενετιστές γρήγορα έδειξε ότι τα πράγματα δεν είναι ακριβώς έτσι. Φαίνεται πως υπάρχουν πολλοί παράγοντες, βιολογικοί και περιβαλλοντικοί, που ελέγχουν το αν και κατά πόσο συγκεκριμένα γονίδια θα εκφραστούν ή όχι. Αυτό σημαίνει ότι ακόμη κι αν κάποιος έχει τα γονίδια μιας νόσου μπορεί να εκδηλώσει τη νόσο αυτή, μπορεί και όχι, ή μπορεί να εκδηλώσει μια ελαφρύτερη μορφή της νόσου. Το ίδιο ισχύει και για τη δυσλεξία. Είναι λάθος να θεωρεί κανείς ότι τα γονίδια αντικατέστησαν την έννοια της μοίρας του ανθρώπου, και το λάθος αυτό δεν το κάνει μόνο ο γενικός πληθυσμός, αλλά και πολλοί ιατροί και βιολόγοι, δηλαδή οι κατ'εξοχήν άνθρωποι που θα έπρεπε να ξέρουν να μην κάνουν το λάθος αυτό!

Η δυσλεξία αφορά τον εγκέφαλο. Όποτε μιλάμε για τον ανθρώπινο εγκέφαλο είναι πολύ σημαντικό να θυμόμαστε ότι είναι ένα όργανο με πολύ μεγάλη πλαστικότητα. Η πλα-

στικότητα, δηλαδή η προσαρμοστικότητα του εγκεφάλου είναι εντυπωσιακή. Φτάνει μόνο εμείς να βοηθήσουμε τον άνθρωπο με το πρόβλημα κάνοντας τις κατάλληλες ενέργειες και παρέχοντας την κατάλληλη εκπαίδευση και θεραπεία, και να κάνουμε ό,τι πρέπει να κάνουμε εγκαίρως. Ο ανθρώπινος εγκέφαλος έχει πολύ μεγαλύτερη πλαστικότητα και προσαρμοστικότητα όσο πιο μικρό είναι ένα παιδί. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της δυσλεξίας είναι πολύ σημαντική για την επιτυχή αντιμετώπισή της. Γι' αυτό και είναι πολύτιμος ο ρόλος του γονέα, του παιδαγωγού, του νηπιαγωγού, του δασκάλου, των ανθρώπων, δηλαδή, που έρχονται πρώτοι από όλους σε ουσιαστική επαφή με ένα μικρό παιδί.

Πάντως, πρέπει να επισημανθεί ότι η δυσλεξία δεν είναι μια παροδική κατάσταση που το παιδί θα ξεπεράσει μεγαλώνοντας, όπως π.χ. ένα απλό ψεύδισμα. Η έγκαιρη αντιμετώπιση είναι πολύ σημαντική – όσο νωρίτερα, τόσο το καλύτερο.

3. Χαρακτηριστικά

Ένας δυσλεξικός εμφανίζει έναν συνδυασμό σημείων των οποίων η φύση και η βαρύτητα ποικίλλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Ας μιλήσουμε τώρα για τα χαρακτηριστικά σημεία της δυσλεξίας, σημεία που θα μας βάλουν σε υποψίες ότι κάποιο παιδί μπορεί να είναι δυσλεξικό. Πριν αρχίσουμε, θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτά καθαυτά τα σημεία για τα οποία θα μιλήσουμε δεν είναι από μόνα τους δηλωτικά της δυσλεξίας, αλλά θα πρέπει να εκτιμηθούν από έναν ειδικό σαν σύνολο:

- 1) Οικογενειακό ιστορικό δυσλεξίας.
- 2) Μεγαλύτερη ηλικία έναρξης ομιλίας.
- 3) Δυσκολία στην άρθρωση.
- 4) Δυσκολία στην απομνημόνευση ποιημάτων ή στίχων.
- 5) Δυσκολία στην εκμάθηση του αλφαβήτου.
- 6) Φτωχό λεξιλόγιο – Τάση να μιλούν περιφραστικά.
- 7) Δυσκολία στην ανάγνωση, η οποία είναι αργή, συλλαβιστική και διστακτική.
- 8) Δυσκολία στον ρυθμό της ανάγνωσης – μπορεί να διαβάζουν το κείμενο «σταχάτο», χωρίς νόημα, σαν να διαβάζουν λέξεις μιας ξένης γλώσσας που δεν καταλαβαίνουν.
- 9) Ελλιπής κατανόηση κειμένου.
- 10) Σύγχυση λέξεων που μοιάζουν ηχητικά (π.χ. παράπονο – ανάποδο)
- 11) Απάλειψη μικρών λέξεων κατά την ανάγνωση ενός κειμένου (άρθρα, προθέσεις, σύνδεσμοι).
- 12) Χάσιμο της σειράς του βιβλίου.
- 13) Σύγχυση παρόμοιων φθόγγων (β-φ, γ-χ, θ-δ, κλπ).
- 14) Κατοπτρική γραφή (β-θ, ε-3, ανεστραμμένα γράμματα).
- 15) Παράλειψη γραμμάτων («μλο» αντί για «μήλο»).
- 16) Πρόσθεση γραμμάτων («παγωτέο» αντί για «παγωτό»).
- 17) Αντικατάσταση γραμμάτων («πεδίπτεδο» αντί για «περίπτερο»)
- 18) Αντιμετάθεση γραμμάτων («πάντα» αντί για «πάντα»).
- 19) Πολλά, συχνά και επαναλαμβανόμενα ορθογραφικά λάθη.
- 20) Ανάλογα λάθη στην αριθμητική – «δυσαριθμησία».
- 21) Άσχημος και «παιδικός» για την ηλικία γραφικός χαρακτήρας.

Ακόμη, υπάρχουν συμπεριφορικά σημεία που, όταν σχετίζονται με τα προβλήματα που προαναφέραμε, μπορεί να σηματοδοτούν την ύπαρξη δυσλεξίας:

- 1) Απροθυμία εκτέλεσης εργασιών που απαιτούν γραφή και ανάγνωση.
- 2) Αποφυγή ομιλίας ή ανάγνωσης μπροστά σε κοινό.
- 3) Εμφάνιση άγχους πριν και κατά τη διάρκεια ανάγνωσης ή γραφής.
- 4) Άρνηση εκτέλεσης γραπτών εργασιών στο σχολείο.
- 5) Άρνηση του σχολείου.
- 6) Εμφάνιση διαφόρων τικ ή τραυλισμού.
- 7) Εκρήξεις θυμού, παράδοξες αντιδράσεις.
- 8) Απομονωτισμός ή υπερβολική κοινωνικότητα.

4. Διάγνωση - Διαφοροδιάγνωση

Όταν ο γονέας ή ο δάσκαλος αντιληφθεί (ή πληροφορηθεί από τον δάσκαλο) ότι το παιδί έχει πρόβλημα με τον γραπτό ή τον προφορικό λόγο, θα πρέπει να απευθυνθεί σε πρώτη φάση στον παιδίατρο του παιδιού, ο οποίος θα κάνει μια σειρά από αρχικές εξετάσεις. Πριν μιλήσει κανείς για δυσλεξία θα πρέπει να έχουν αποκλειστεί μια σειρά άλλων καταστάσεων που μπορεί να προκαλούν διαταραχές στη μάθηση, όπως:

- 1) Εκ γενετής γονιδιακές ανωμαλίες (π.χ. Σύνδρομο Turner).
- 2) Εκ γενετής μεταβολικές ανωμαλίες (π.χ. φαινυλκετονουρία).
- 3) Βλάβες ή λοιμώξεις του ΚΝΣ.
- 4) Επιληψία.
- 5) Επίδραση τοξικών παραγόντων.

Μπορεί στη συνέχεια να χρειαστεί η εκτίμηση από κάποιον παιδοψυχίατρο σχετικά με το κατά πόσον το παιδί πάσχει από κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα, ή κατά πόσον το παιδί μπορεί να έχει νοητική υστέρηση. Ένα παιδί με προβλήματα στη γραφή και ανάγνωση που δεν συνάδουν με την ηλικία του, ευφυΐα του και τη μόρφωσή του, στο οποίο αποκλείονται άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες, είναι πιθανό ότι είναι δυσλεξικό. Σε αυτήν την περίπτωση ο ιατρός πρέπει να το παραπέμψει σε ειδικούς που ασχολούνται με την αντιμετώπιση της δυσλεξίας.

Προτεινόμενη Βιβλιογραφία

- Δοϊκου-Αυλίδου, Μ. (2002). *Δυσλεξία*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Πολυχρόνη, Φ., Χατζηχρήστου, Χ. & Μπίμπου, Α. (2007). *Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες – Δυσλεξία*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Στασινός, Δ. (1999). *Δυσλεξία και σχολείο*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Εμένα δεν μ'αρέσει το σχολείο*. (συλλογικό έργο). Μετ: Έφη Ανδριώτη. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Αικατερίνη Ματζιάρη

1. Εισαγωγή

Οι *Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες* αποτελούν την πολυπληθέστερη κατηγορία ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών και απασχολούν σημαντικό αριθμό μαθητών, γονέων, εκπαιδευτικών και ερευνητών από πολλούς επιστημονικούς χώρους. Στη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών το ενδιαφέρον του εκπαιδευτικού κόσμου εστιάζεται συχνά στα προβλήματα μάθησης που αντιμετωπίζουν τα παιδιά στο σχολείο και ιδιαίτερα στο φαινόμενο της σχολικής αποτυχίας. Η σύγχρονη βιβλιογραφία με τον όρο «Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες» αναφέρεται σε μία ανομοιογενή ομάδα διαταραχών, οι οποίες εκδηλώνονται με σημαντικές δυσκολίες στην πρόσκτηση και χρήση ικανοτήτων ακρόασης, ομιλίας, ανάγνωσης, γραφής, συλλογισμού ή μαθηματικών ικανοτήτων) που προσδιορίζονται και συνυπάρχουν με εξωτερικούς παράγοντες όπως οικογενειακοί, σχολικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί και άλλοι παράγοντες, οι οποίοι φαίνεται ότι είναι δυνατό να ασκούν επίδραση, αλλά δεν θεωρούνται πρωτογενώς υπεύθυνοι για την αιτιολογία των Μαθησιακών Δυσκολιών. Πρόκειται για μιαν εγγενή δυσλειτουργία, αποτέλεσμα διαφοροποίησης της εγκεφαλικής λειτουργίας και όχι παθογένειας. Εκτός από τους εξωτερικούς παράγοντες αποκλείονται επίσης ως αιτιολογικοί άλλοι παράγοντες, όπως η νοητική καθυστέρηση, οι αισθητηριακές διαταραχές και οι κοινωνικοσυναισθηματικές διαταραχές. Με τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες είναι δυνατόν να συνυπάρχουν προβλήματα διατήρησης της προσοχής, αυτοελέγχου της συμπεριφοράς, κοινωνικής αντίληψης και κοινωνικής αλληλεπίδρασης, τα οποία όμως από μόνα τους, δεν συνιστούν μαθησιακή δυσκολία.

Το βασικό γνώρισμα των παιδιών με διαταραχές στη μάθηση είναι η μείωση της ενσχόλησης με τα σχολικά μαθήματα και η ουσιαστική πτώση των σχολικών επιδόσεων, καταλήγουν δε να μένουν πίσω από τον κανονικό ρυθμό της τάξης τους και να γίνονται τα πρώτα θύματα του επιλεκτικού χαρακτήρα του σχολείου. Παρακολουθούν την τάξη αλλά δεν μπορούν να αξιοποιήσουν, τις περισσότερες φορές, τις ικανότητες τους, με αρνητικά αποτελέσματα στη μάθησή τους, οδηγούμενα με ακρίβεια στη σχολική αποτυχία. Η σχολική αποτυχία συνεπάγεται, τις περισσότερες φορές, την απόρριψη των παιδιών από γονείς και δασκάλους. Δημιουργούνται, έτσι, προβλήματα κυρίως ψυχολογικά με συνοδευτικές συναισθηματικές διαταραχές, προβλήματα αποδοχής, προσαρμογής και επικοινωνίας που σε ακραίες περιπτώσεις καταλήγουν σε επιθετικότητα και απόσυρση στην προσπάθειά τους να επισύρουν την προσοχή των άλλων. Οι συνέπειες αυτές μπορεί να επεκτείνονται αργότερα στην ενήλικη ζωή με επαγγελματικές και κοινωνικές δυσκολίες. Γενικότερα, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες αν δεν αντιμετωπιστούν και δεν υποστηριχθούν σωστά, μπορεί να παρουσιάζουν στην εφηβεία, ή και αργότερα, σειρά προβλημάτων ως επιπλοκές της μακροχρόνιας αποτυχίας και της χαμηλής αυτοεκτίμησης.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μαθητές με Μαθησιακές Δυσκολίες είναι αυξημένα και αφορούν τόσο στο γνωστικό όσο και στο συναισθηματικο-κοινωνικό τομέα. Αν και τα πιο συχνά και σοβαρά προβλήματα αφορούν στην κατανόηση και την παραγωγή του γραπτού λόγου, δυσκολίες εμφανίζονται επίσης στον τομέα της μαθηματικής γνώσης και ικανοτήτων. Οι μαθητές με Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες αντιμετωπίζουν επίσης σημαντικά προβλήματα στην αξιοποίηση γνωστικών και μεταγνωστικών στρατηγικών, ενώ παράλληλα εμφανίζουν δυσκολίες στις στρατηγικές μελέτης και στην παρακολούθηση της διδασκαλίας.

Κάτω από την ομπρέλα του όρου εντάσσεται και η Δυσλεξία, η οποία αποτελεί μια συγκεκριμένη μαθησιακή δυσκολία με νευροβιολογική προέλευση. Χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στην ακρίβεια και την ευχέρεια αναγνώρισης λέξεων και στις αποκωδικοποιητικές δεξιότητες. Οι δυσκολίες σχετίζονται με έλλειμμα στην κατανόηση της φωνολογικής δομής της γλώσσας, η οποία συνήθως είναι μη αναμενόμενη σε σχέση με τις άλλες γνωστικές ικανότητες του παιδιού και ανακόλουθη με την παρεχόμενη εκπαίδευση (Lyon, Shaywitz, 2003) (βλ. κεφ. Δυσλεξία).

Η παιδαγωγική αντιμετώπιση των δυσκολιών που εμφανίζονται στη Δυσλεξία μεθολογικά είναι παρόμοια μ' αυτήν για τις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες εν γένει. Η προσρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος γίνεται στη βάση των ατομικών διαφορών και εκπαιδευτικών αναγκών, έτσι όπως αυτές προκύπτουν από την αξιολογική διαδικασία.

Στα πλαίσια της παρούσας παρουσίασης αποφασίσαμε να επικεντρωθούμε σε δυο βασικούς τομείς της εκπαιδευτικής παρέμβασης, αυτόν της ανάπτυξης της φωνολογικής συνειδητοποίησης και αυτόν της οργάνωσης γνωστικών και μεταγνωστικών στρατηγικών μάθησης στα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες. Η επιλογή αυτή βασίστηκε στην επικαιρότητα αυτών των αντικειμένων, αλλά και στη διαπίστωση, από τη διδακτική εμπειρία, ότι πολλοί εκπαιδευτικοί και γονείς παραβλέπουν τη σπουδαιότητα ανάπτυξης τέτοιου είδους δεξιοτήτων και επικεντρώνονται περισσότερο στη διδασκαλία της ύλης των σχολικών μαθημάτων.

2. Αξιολόγηση ειδικών μαθησιακών δυσκολιών (ΕΜΔ)

Η αξιολόγηση είναι το πρωταρχικό μέσο προσέγγισης της φύσης των δυσκολιών που αντιμετωπίζει ένας μαθητής με μαθησιακές δυσκολίες, αλλά συγχρόνως και του καθορισμού του τρόπου πρόσληψης των γνωστικών αντικειμένων, των γνωστικών ελλείψεων, της καταλληλότητας της παρεχόμενης διδασκαλίας, των μέσων και των μεθόδων που θα χρησιμοποιηθούν κατά την παρέμβαση. Πάνω απ' όλα, η αξιολόγηση είναι το κύριο εργαλείο που διαθέτει στα χέρια του ο εκπαιδευτικός για να καθορίσει το περιεχόμενο του εξατομικευμένου προγράμματος διδασκαλίας.

Οι μέθοδοι αξιολόγησης εξαρτώνται τόσο από το στόχο της αξιολογικής διαδικασίας, όσο και από τις θεωρητικές απόψεις του αξιολογητή για τις μαθησιακές δυσκολίες και το διδασκαλικό έργο γενικότερα. Οποιαδήποτε μέθοδος επιλεγεί, η διαδικασία πρέπει να διαθέτει εγκυρότητα, δηλαδή να μετρά τις δεξιότητες, για τις οποίες 'φτιάχτηκε', αξιοπιστία, να παρέχει σταθερά αποτελέσματα κατά την επανάληψη και πρακτικότητα, να μην εκθέτει το παιδί σε χρονοβόρες και κοπιαστικές δοκιμασίες, καθώς θα επηρεαστούν τα αποτελέσματά της.

Η μέθοδος της παρατήρησης συνήθως είναι αυτή που οδηγεί τον εκπαιδευτικό στην αρχική διατύπωση των υποθέσεων για τις συμπεριφορές που θα αποτελέσουν αντικείμενο παιδαγωγικής παρέμβασης. Η παρατήρηση μπορεί να είναι αρχικά ευκαιριακή, αλλά και μέσω δομημένων σχημάτων με συγκεκριμένο στόχο. Αποτελεί αυτόνομη μέθοδο, καθώς και τεχνική για άλλες μεθόδους, όπως αυτή της λειτουργικής ανάλυσης (βλέπε κεφάλαιο για αυτισμό) με σκοπό τον

προσδιορισμό των μεταβλητών που εμπλέκονται στην εμφάνιση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Η μέθοδος προσφέρεται και για την αξιολόγηση της ίδιας της διδασκαλίας.

Η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδος στο χώρο των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών είναι η αξιολόγηση αναφορικά με κριτήριο απόδοσης. Η μέθοδος αυτή αφορά περισσότερο στον προσδιορισμό του βαθμού κατάρκτησης των διδακτικών στόχων ανά γνωστική περιοχή. Η μεθοδολογία της έγκειται στον προσδιορισμό των εκάστοτε στόχων από τον εκπαιδευτικό με όρους μετρήσιμους, δηλαδή με αυστηρό καθορισμό του βαθμού κατοχής του εκάστοτε στόχου και των δοκιμασιών που θα χρησιμοποιηθούν. Για παράδειγμα, αν εξετάζουμε το βαθμό κατοχής της συντακτικής αναγνώρισης των λέξεων που λειτουργούν ως ονομαστικοί προσδιορισμοί, πρέπει να ορίσουμε τα μέσα ελέγχου, π.χ. μπορεί να είναι μια τυχαία παράγραφος, που πρέπει να ορίσουμε την έκτασή της από το βιβλίο της γλώσσας του αντίστοιχου σχολικού επιπέδου της τάξης που φοιτά ο μαθητής ή δομημένα φύλλα αξιολόγησης με προτάσεις ή φράσεις. Καταλαβαίνουμε πόσο εμπλέκεται η άποψη του αξιολογητή και ο στόχος που θέλει να πετύχει με την αξιολόγηση. Επιπλέον πρέπει να οριστεί με ακρίβεια το κριτήριο επιτυχίας με βάση το οποίο θα αποφανθούμε αν ο μαθητής κατέχει ή όχι την αντίστοιχη δεξιότητα. Μόνο μ' αυτόν τον τρόπο μπορούμε να καταλήξουμε σε έγκυρα και μετρήσιμα αποτελέσματα για το βαθμό κατοχής της εκάστοτε δεξιότητας.

Η συγκεκριμένη μέθοδος συνδυάζεται με την τεχνική της Ανάλυσης Έργου, μέσω της οποίας στοχεύουμε στον προσδιορισμό των προαπαιτούμενων και των συστατικών γνώσεων και δεξιοτήτων που απαιτούνται για την κατάρκτηση του στόχου με την κατάρτησή του στα δομικά του στοιχεία. Στο συγκεκριμένο παράδειγμα δηλαδή η απλή αξιολόγηση του βαθμού αναγνώρισης των ονομαστικών προσδιορισμών σε περίπτωση χαμηλού ποσοστού επιτυχίας δεν μας παρέχει αξιοποιήσιμες πληροφορίες για τη διδασκαλία. Η αξιολόγηση όμως και των προαπαιτούμενων γνωστικών δεξιοτήτων, όπως η ικανότητα αναγνώρισης των διάφορων λέξεων γραμματικά (ουσιαστικό, ρήμα επίθετο κτλ.), η αναγνώριση των προτάσεων και η συντακτική αναγνώριση των βασικών μερών τους (υποκείμενο – ρήμα – αντικείμενο) μπορεί να μας δώσει σημαντικές πληροφορίες για τις γνωστικές ελλείψεις του μαθητή στο συγκεκριμένο αντικείμενο. Μια απλή μορφή της όλης διαδικασίας θα μπορούσε να είναι η εξής:

Στόχοι αξιολόγησης

- Να ονοματίσει τα μέρη του λόγου (ρήμα, ουσιαστικό, επίθετο κτλ) από μια παράγραφο κειμένου του σχολικού βιβλίου. Κριτήριο απόδοσής: 100%
- Να βρει τις προτάσεις της παραγράφου. Κριτήριο απόδοσής: 100%
- Να βρει τους βασικούς όρους Υ-Ρ-Α των προτάσεων της παραγράφου. Κριτήριο απόδοσής: 100%
- Να βρει τις λέξεις που λειτουργούν ως ονομαστικοί προσδιορισμοί και να τους ονοματίσει. Κριτήριο απόδοσής: 90 %

Η τεχνική της ανάλυσης έργου έχει εφαρμογή όχι μόνο στα γνωστικά αντικείμενα ακαδημαϊκού τύπου, αλλά σε οποιοδήποτε τομέα μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο εκπαιδευτικής παρέμβασης. Γενικότερα στο χώρο της Ειδικής Αγωγής οι οποιεσδήποτε αδυναμίες ή δυσκολίες αντιμετωπίζει κάποιος μαθητής κρίνονται στη βάση των γνωστικών ελλείψεων που μπορεί να έχει στο συγκεκριμένο τομέα. Για παράδειγμα ο τρόπος συμμετοχής ενός μαθητή στη διδασκαλική διαδικασία οφείλει να αναλυθεί στις επιμέρους απαιτήσεις που προϋποτίθενται για να κριθεί η συμμετοχή του ως επιτυχημένη. Με την τεχνική της Ανάλυσης Έργου μπορούμε να εστιάσουμε συγκεκριμένα στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει και να προβούμε στη διατύπωση υποθέσεων. Ένα παράδειγμα τέτοιου τύπου ανάλυσης της κατηγορίας 'συμμετοχή στην τάξη' φαίνεται στον παρακάτω πίνακα :

Αλληλεπίδραση με τον δάσκαλο	Αλληλεπίδραση με τους συμμαθητές	Αλληλεπίδραση με τις απαιτήσεις του γνωστικού αντικειμένου
Ανάταση χεριού - για να απαντήσει σε ερωτήσεις σχετικές με το μάθημα - για να απαντήσει σε ερωτήσεις γενικού ενδιαφέροντος - για να συμμετέχει σε μια συζήτηση - για να ζητήσει άδεια	Συμμετοχή σε ομαδικές εργασίες - ανταποκρίνεται σε ερωτήσεις συμμαθητών - παίρνει το λόγο - συνεισφέρει γνωστικά στην όλη διαδικασία	- γνωρίζει το ημερήσιο πρόγραμμα - γνωρίζει τις καθημερινές υποχρεώσεις του - κατανοεί την παράδοση του μαθήματος
Ασκήσεις κατά τη διάρκεια της διδακτικής ώρας - τις ολοκληρώνει (ποιου είδους) - με λεκτική υπόδειξη - με οπτική νύξη - με γραπτές οδηγίες - δεν τις ολοκληρώνει (ποιου είδους) - ξεκινάει - με λεκτική υπόδειξη - με οπτική νύξη - με γραπτές οδηγίες - σταματάει πριν την ολοκλήρωση (δεν προλαβαίνει, απλά σταματάει) - δεν ξεκινάει	Συμμετοχή σε συζητήσεις - ανταποκρίνεται σε ερωτήσεις συμμαθητών - παίρνει πρωτοβουλία - ακολουθεί τους κανόνες μιας συζήτησης	εκφράζει απορίες κατά την παράδοση
Ασκήσεις για το σπίτι - Τις ολοκληρώνει (ποιου είδους) - Δεν τις ολοκληρώνει (ποιου είδους)	Αλληλεπίδραση σε παιχνίδια – ελεύθερες δραστηριότητες - Μοιράζεται αντικείμενα - Ακολουθεί τους κανόνες - Συνεισφέρει στο τελικό αποτέλεσμα	Αναζητά πληροφορίες (βιβλία, περιοδικά, διαδίκτυο)

Μια άλλη μέθοδος που μας βοηθά στην αναγνώριση των γνωστικών ελλείψεων, αλλά και στην αξιολόγηση των στρατηγικών μάθησης που χρησιμοποιεί ο μαθητής, είναι αυτή της ποιοτικής ανάλυσης των λαθών που εμφανίζει κατά την επίδοσή του σε κάποιο γνωστικό τομέα. Γενικότερα, τα λάθη που εμφανίζονται κατά την εκτέλεση κάποιου έργου έχουν συνήθως συνέπεια και αντικατοπτρίζουν έναν τρόπο σκέψης, προσέγγισης και υλοποίησης του έργου από τον μαθητή. Μεθοδολογικά διαμορφώνεται η αξιολόγηση με την επισήμανση και κατηγοριοποίηση των λαθών και διατύπωση υποθέσεων για το μηχανισμό παραγωγής τους. Οι υποθέσεις του αξιολογητή δεν πρέπει να λαμβάνονται ως θέσφατο, αλλά να επιβεβαιώνονται, στο βαθμό που είναι δυνατόν, μέσω συνεντεύξεων με τον μαθητή για τους τρόπους που χρησιμοποιεί κατά την εκτέλεση του απαιτούμενου έργου κατά την αξιολογική διαδικασία. Επίσης, πρόσφορη μέθοδος για τον προσδιορισμό του μαθησιακού δυναμικού και της δεκτικότητας του μαθητή στην παρεχόμενη γνώση είναι αυτή που ακολουθεί το μοντέλο 'έλεγχος – διδασκαλία – έλεγχος' και παρέχει σημαντικές πληροφορίες στον εκπαιδευτικό για το ρυθμό μάθησης του παιδιού με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες.

Η όλη διαδικασία της αξιολόγησης έχει ως πρωταρχικό σκοπό την κατάρτιση του κατάλληλου εκπαιδευτικού προγράμματος για το μαθητή. Οι γενικότερες διδασκαλικές αρχές ορίζουν, όπως προαναφέραμε, την επισήμανση των δυσκολιών του μαθητή. Ακολουθεί η λήψη αποφάσεων για τα γνωστικά αντικείμενα, την οργάνωσή τους και τα διδακτικά μέσα και υλικά, που κρίνονται κατάλληλα για τον συγκεκριμένο μαθητή και τους διδασκαλικούς στόχους. Η επιλογή των αρχών και του τρόπου διδασκαλίας, εν γένει, ορίζονται σύμφωνα με την ιδιοσυγκρασία και τις θεωρητικές απόψεις του εκπαιδευτικού, αλλά οφείλουμε πολλές φορές να είμαστε 'ανοιχτοί' σε τυχόν αλλαγές που μπορεί να προκύψουν από την αξιολογική διαδικασία. Η οργάνωση της τάξης χωροταξικά, αλλά και το πλαίσιο λειτουργίας της, το πλαίσιο κανόνων της διδασκαλικής αλληλεπίδρασης αποτελούν επίσης βασικές μεθοδολογικές αρχές για την εξασφάλιση μιας επιτυχημένης παρέμβασης.

Η κατάρτιση του εξατομικευμένου προγράμματος ακολουθεί αυστηρά δομημένα στάδια. Προηγείται η διατύπωση του μακροπρόθεσμου στόχου και η ανάλυσή του σε διδασκαλικούς στόχους, που συνίστανται στις προϋποτιθέμενες γνώσεις και δεξιότητες που πρέπει να κατέχει ο μαθητής, για να φτάσει στην κατοχή του μακροπρόθεσμου. Ακολουθεί ο καθορισμός των δοκιμασιών με τις οποίες θα επιτευχθεί ο κάθε διδακτικός στόχος και προσδιορισμός των κριτηρίων επίτευξής τους. Τέλος, ορίζεται το αξιολογικό όργανο που θα χρησιμοποιήσουμε για τον έλεγχο της όλης παρέμβασης. *(Αναλυτική αναφορά για τη σύνταξη του εξατομικευμένου προγράμματος γίνεται στο αντίστοιχο κεφάλαιο).*

3. Φωνολογική συνειδητοποίηση

Η πλειοψηφία των παιδιών με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα στις αναγνωστικές τους δεξιότητες. Δεδομένου ότι η ανάπτυξη της αναγνωστικής ικανότητας αποτελεί ξεχωριστό διδασκαλικό αντικείμενο τα πρώτα σχολικά χρόνια, αλλά και διέπει το σύνολο των σχολικών μαθημάτων και διάφορων εκφάνσεων της κοινωνικής ζωής του ατόμου, κατανοούμε πως η δυσκολία αυτή δημιουργεί άγχος στους γονείς και επηρεάζει το αυτοσυναισθήμα του ατόμου με μαθησιακές δυσκολίες στην ανάγνωση.

Στο θεωρητικό πλαίσιο της ανάπτυξης της αναγνωστικής δεξιότητας κυριαρχούν τα τελευταία χρόνια δύο διαφορετικές προσεγγίσεις με σαφείς συνέπειες στον τρόπο και τα μέσα της διδασκαλίας. Από τη μια η ολική προσέγγιση της γλώσσας αντιμετωπίζει την αναγνωστική δεξιότητα ως φυσική συνέχεια της ανάπτυξης του προφορικού λόγου, η οποία εμ-

φανίζεται κατά την ενασχόληση του ατόμου με το γραπτό λόγο. Οι διδασκαλικές προεπιτάξεις αυτής της θεωρίας αφορούν στα μέσα που χρησιμοποιούνται για τη διδασκαλία της ανάγνωσης, τα οποία είναι κατά βάση 'αυθεντικά' κείμενα, λογοτεχνικά ή από άλλης μορφής γνήσιο έντυπο λόγο. Η όλη διαδικασία εστιάζει στον μαθητή και η διδασκαλία γίνεται στη βάση των ενδιαφερόντων του. Η όλη αναγνωστική εμπειρία προσανατολίζεται στην εξαγωγή νοήματος και δεν προηγείται αυστηρή διδασκαλία αποκωδικοποιητικών δεξιοτήτων.

Στον αντίποδα αυτής της θεωρίας βρίσκεται η προσέγγιση της ανάπτυξης της αναγνωστικής δεξιότητας με βάση τον αναγνωστικό κώδικα. Η προσέγγιση αυτή δίνει βαρύτητα στην ανάπτυξη της φωνολογικής συνειδητοποίησης, η οποία περιγράφεται ως η κατανόηση ότι οι λέξεις αποτελούνται από διακριτά φωνολογικά μέρη και η ικανότητα χειρισμού αυτών. Η όλη διδασκαλία δίνει έμφαση στην ακριβή αποκωδικοποίηση κατά την ανάγνωση και χρησιμοποιεί δομημένες αναγνωστικές δραστηριότητες (και όχι 'γνήσια' κείμενα) ανάλογα με τις ικανότητες και δεξιότητες που καλείται να αναπτύξει ο μαθητής. Κατανοούμε ότι η διδασκαλία εστιάζει στον δάσκαλο, καθώς αυτός καθορίζει τις περισσότερες παραμέτρους σε μια τόσο δομημένη διαδικασία.

Η θεωρητική άποψη που ασπάζεται ο κάθε εκπαιδευτικός ασφαλώς έχει άμεσες επιπτώσεις στο διδασκαλικό του έργο. Στο χώρο των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών ωστόσο φαίνεται να κερδίζει έδαφος η προσέγγιση με βάση τον κώδικα, καθώς οι ελλείψεις στην ικανότητα φωνολογικής επεξεργασίας του λόγου είναι ένα κυρίαρχο χαρακτηριστικό αυτού του πληθυσμού. Οι αναγνωστικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες είναι αποτέλεσμα σ' ένα μεγάλο βαθμό της σοβαρής ανεπάρκειας στην ικανότητα για γλωσσική επεξεργασία. Συγχρόνως, οι δεξιότητες της φωνολογικής συνειδητοποίησης μπορούν να αποτελέσουν μέσο έγκυρης και έγκαιρης πρόγνωσης για την εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών. Οι αδυναμίες σ' αυτόν τον τομέα δεν επηρεάζουν μόνο την ικανότητα αποκωδικοποίησης κατά την ανάγνωση, και κατά συνέπεια και την αναγνωστική κατανόηση, αλλά και την ορθογραφική ικανότητα των παιδιών με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες.

Η φωνολογική συνειδητοποίηση, όπως προαναφέρθηκε, αφορά στην κατανόηση ότι οι λέξεις αποτελούνται από διακριτά φωνολογικά μέρη και στην ικανότητα χειρισμού αυτών των μερών. Η ικανότητα αυτή δεν ταυτίζεται με την ακουστική διάκριση, καθώς σχετίζεται με ένα επίπεδο ανάλυσης των ηχητικών μονάδων ανεξάρτητα από το νόημά τους. Η ικανότητα χειρισμού των ηχητικών μονάδων αναφέρεται τόσο στις συλλαβές όσο και στα φωνήματα. Πρόκειται για μια μεταγλωσσική δεξιότητα, η οποία φαίνεται να έχει αιτιώδη σχέση με την ανάπτυξη της αναγνωστικής δεξιότητας. Μέσω αυτής επιτυγχάνεται η κατανόηση της δομής και της οργάνωσης της γλώσσας αποδεσμευμένη από την επικοινωνιακή της λειτουργία.

Η φωνολογική συνειδητοποίηση αποτελείται από επιμέρους δεξιότητες, οι οποίες διαφέρουν ως προς το βαθμό δυσκολίας και αναφέρονται σε διαφορετικά επίπεδα χειρισμού του προφορικού λόγου. Συγκεκριμένα, οι δεξιότητες που τη συνθέτουν είναι:

- Ανάλυση γλωσσικών μονάδων (προτάσεων, λέξεων, συλλαβών) στα δομικά τους μέρη.
- Σύνθεση των συστατικών μερών (φωνήματα, συλλαβές) και παραγωγή μια γλωσσικής μονάδας.
- Ομοιοκαταληξία αναγνώριση ομοιοκατάληκτων σχέσεων και παραγωγή.
- Διάκριση θέσης των προφορικών μονάδων (αρχικά πρώτης και τελευταίας και αργότερα των ενδιάμεσων).
- Αφαίρεση των συστατικών μερών (φωνήματα, συλλαβές) και αναγνώριση του γλωσσικού μέρους που προκύπτει.
- Πρόσθεση των συστατικών μερών (φωνήματα, συλλαβές) και αναγνώριση του γλωσσικού μέρους που προκύπτει.
- Αντιστροφή των φωνολογικών μερών (φωνήματα, συλλαβές).

- Αντικατάσταση φωνημάτων και συλλαβών από άλλα και παραγωγή μιας γλωσσικής μονάδας.

Στη βάση αυτών των δεξιοτήτων δομείται και η αξιολόγηση του επιπέδου της φωνολογικής συνειδητοποίησης και η διδασκαλία της. Κατά τη αξιολογική διαδικασία προηγείται πάντα παράδειγμα της δραστηριότητας και πρέπει να είμαστε σίγουροι πως ο μαθητής έχει καταλάβει τι του ζητάμε κάθε φορά. Συγκεκριμένα μπορεί να περιλαμβάνει τις εξής δραστηριότητες στους εξής τομείς:

- **Διάκριση του αρχικού φωνήματος**

Παράδειγμα: ποια φωνή ακούγεται πρώτη στις λέξεις:

ώρα, κατσαρόλα, απόκριες, θάμνος, πειρατής, σέλα

- **Ταύτιση της αρχικής συλλαβής**

Παράδειγμα: ποια λέξη δεν ταιριάζει με τις υπόλοιπες

καρότο – καθαρίζω – παράθυρο – καναρίνι

(δεν ταιριάζει το παράθυρο)

- **Διάκριση τελικού φωνήματος**

Παράδειγμα: ποια φωνή ακούγεται τελευταία στις λέξεις

βάζο, παγώνι, πίνακας, χρήματα, πήγαινε, έπαιζαν

- **Ταύτιση της τελικής συλλαβής**

Παράδειγμα: ποια λέξη δεν ταιριάζει με τις υπόλοιπες

χαρά – μέρα – πίτα

- **Παραγωγή νέας λέξης με αντικατάσταση του αρχικού φωνήματος ή συλλαβής**

Παράδειγμα: ποια λέξη φτιάχνουμε αν βγάλουμε το (μο) και βάλουμε το (το)

μόνος – τόνος

έλα – άλλα

- **Αναγνώριση λέξης από τις συλλαβές**

Παράδειγμα: ποια λέξη φτιάχνουμε αν ενώσουμε τα κομματάκια στη σειρά

κα – τω, μπά – λα, κα – λά – θι, φτε – ρό, α – πλώ – νω, πό – ρτα

- **Αναγνώριση λέξης από τα φωνήματα**

Παράδειγμα: ποια λέξη φτιάχνουμε αν ενώσουμε τις φωνούλες στη σειρά

α-λ-ο, μ-π-α-λ-α, ε-λ-α, κ-α-ν-ω, π-ρ-ω-ι, β-α-ρ-κ-α

- **Ανάλυση λέξης σε συλλαβές**

Παράδειγμα: σε ποια κομματάκια χωρίζονται οι λέξεις

έλα, τώρα, χρώμα, παλάτι, τούρτα, καλημέρα, περίπτερο

- **Ανάλυση λέξης σε φωνήματα**

Παράδειγμα : σε ποιες φωνούλες χωρίζονται οι λέξεις

όλα, είμαι, χάνω, τρώω, πόνος, χάρη

- **Αναγνώριση λέξης με αφαίρεση αρχικής και τελικής συλλαβής**

Παράδειγμα: τι μένει αν βγάλουμε το πρώτο κομματάκι από τις λέξεις

βάζο, πατάρι, πέτρα, καρφώνω

Παράδειγμα: τι μένει αν βγάλουμε το τελευταίο κομματάκι από τις λέξεις

μέρα, ουρανός, τρέχω, κατάρτι

- **Αναγνώριση λέξης με πρόσθεση αρχικής και τελικής συλλαβής**

Παράδειγμα: ποια λέξη φτιάχνουμε αν βάλουμε το κομματάκι (κα) μπροστά από το (ρότο)

(καρότο)

(βα)ρέλι, (πη)γάδι, (χα)ρίζω, (δα)σκάλα, (μη)λιά, (βι)τρίνα

Παράδειγμα: ποια λέξη φτιάχνουμε αν βάλουμε το κομματάκι (νι) μετά από το (τηγα)

(τηγάνι), γατά(νι), ζητά(ω), φεγγά(ρι), μητέ(ρα), σεντό(νι), χερού(λι)

- **Αναγνώριση λέξης με αφαίρεση αρχικού, μεσαίου και τελικού φωνήματος**
 Παράδειγμα: τι μένει αν βγάλουμε την πρώτη φωνούλα από τις λέξεις
 δ/άσος, χ/ώρα, κ/άστρο, κ/ρίμα, δ/άκρυ, σ/τροφή
 Παράδειγμα: τι μένει αν βγάλουμε την τελευταία φωνούλα από τις λέξεις
 ρωτώ, τρέχει, λίγο, πατέρα, τραπέζι, πόρτα
 Παράδειγμα: τι μένει αν βγάλουμε τη φωνούλα που θα σου πω από τις λέξεις
 άκρη (βγάζω το κ), κρύβω (βγάζω το β), πικρα (βγάζω το κ),
 πέτρα (βγάζω το τ), ρεύμα (βγάζω το β), χάρτης (βγάζω το τ)
 (σ' αυτές τις δραστηριότητες μπορεί να προστεθεί και μια ακόμη με πρόσθεση του αρχικού φωνήματος)
- **Αναγνώριση ομοιοκατάληκτων λέξεων**
 Παράδειγμα: βρες ποιες λεξούλες ταιριάζουν μαζί και ποιες όχι
 μέρα – σφαίρα, τώρα – δώρα. τραπέζι – καζάνι, βιβλίο – γραφείο
 ταβάνι – λάχανο, πατρίδα – γαρίδα
- **Παραγωγή ομοιοκαταληξίας**
 Παράδειγμα: βρες μια λεξούλα που θα ταιριάζει στο ποιηματάκι
 Κάθε μέρα στο σχολείο
 κάθομαι στο ίδιο
 Έβαλα κοντό παντελονάκι
 μα δε βρήκα ταιριαστό
- **Αντιστροφή φωνημάτων**
 Παράδειγμα: πες ανάποδα τις λεξούλες
 Θα, το, έλα, εγώ, έτη, αν

Ενδεικτική βιβλιογραφία

- Αγαλιώτης, Ι. (2006). *Διδασκαλία παιδιών με δυσκολίες μάθησης και προσαρμογής: οικοπροσαρμοστική προσέγγιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαριδάκη-Κασσωτάκη, Αικ. (2007). *Δυσκολίες Μάθησης: ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παντελιάδου, Σ. (2000). *Μαθησιακές Δυσκολίες και Εκπαιδευτική Πράξη: Τι ε'ν Γιατί*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παντελιάδου, Σ. & Μπότσας, Γ. (2007). *Μαθησιακές Δυσκολίες: Βασικές έννοιες και χαρακτηριστικά*. Βόλος: Γράφημα, ΕΠΕΑΕΚ-ΥΠΕΠΘ.
- Παντελιάδου, Σ. & Πατσιοδήμου, Α. (2007). *Εφαρμογές Διδακτικής Αξιολόγησης και Μαθησιακές Δυσκολίες*. Βόλος: Γράφημα, ΕΠΕΑΕΚ-ΥΠΕΠΘ.
- Παντελιάδου, Σ. & Αντωνίου, Φ. (2008). *Διδακτικές Προσεγγίσεις και πρακτικές για μαθητές με Μαθησιακές Δυσκολίες*. Βόλος: Γράφημα, ΕΠΕΑΕΚ-ΥΠΕΠΘ.
- Παπούλια-Τζελέπη, Π. (2001). *Ανάδυση του γραμματισμού*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Πολυχρόνη, Φ., Χατζηχρήστου, Χ. & Μπίμπου-Νάκου, Ι. (2006). *Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες-Δυσλεξία: Ταξινόμηση, Αξιολόγηση και Παρέμβαση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σπαντιδάκης, Ι. (2004). *Προβλήματα παραγωγής γραπτού λόγου παιδιών σχολικής ηλικίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Προτεινόμενες ιστοσελίδες

- <http://www.interdys.org/>
<http://www.ldnatl.org/>
<http://www.ncll.org/>
<http://www.readingrockets.org/>
<http://www.specialeducation.gr/>

ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΜΑΘΗΣΗΣ

Ιωάννης Ζυμβρακάκης

Οι σύγχρονες έρευνες στους κόλπους της Γνωστικής Ψυχολογίας, η οποία ως κλάδος της Ψυχολογίας εξετάζει τους τρόπους με τους οποίους η ανθρώπινη συμπεριφορά και εμπειρία γίνονται γνώσεις, δηλαδή μελετά τους τρόπους με τους οποίους ο άνθρωπος γνωρίζει, κατανοεί τον κοινωνικό του περίγυρο και όλα τα ερεθίσματα που προέρχονται από αυτόν, έχουν επηρεάσει ευρέως το πεδίο των μαθησιακών δυσκολιών.

Από το χώρο της Γνωστικής Ψυχολογίας τρεις βασικές κατευθύνσεις συνέβαλαν καθοριστικά τόσο στη διάγνωση όσο και στη διδασκαλία των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες:

α) Η θεωρία των διαταραχών των ψυχολογικών λειτουργιών, μία θεωρητική άποψη ιδιαίτερα σημαντική από τα πρώτα χρόνια διαμόρφωσης του επιστημονικού πεδίου των μαθησιακών δυσκολιών που συνέβαλε αποφασιστικά στην ανάδυσή του,

β) το μοντέλο επεξεργασίας των πληροφοριών, ένα μοντέλο μάθησης που σχηματοποιεί και απεικονίζει τη ροή της πληροφορίας εντός των γνωστικών μηχανισμών και των μνημονικών συστημάτων και

γ) οι γνωστικές θεωρίες μάθησης, οι οποίες αποτελούν ένα σύγχρονο θεωρητικό πλαίσιο για το πώς το αναπτυσσόμενο άτομο μαθαίνει.

Οι θεωρίες αυτές αντιμετωπίζουν τη μάθηση ως «διαδικασία επεξεργασίας των πληροφοριών» και τα σχετικά μοντέλα απεικονίζουν τη διαδικασία της μάθησης από την αρχική αντίληψη της πληροφορίας, στη λειτουργία της επεξεργασίας στη συνέχεια και τελικά σε μία λογική ενέργεια ή δράση. Τα μοντέλα αυτά αποτελούν μια ιδιαίτερα χρήσιμη αναπαράσταση των λειτουργιών και των βασικών χαρακτηριστικών του κεντρικού νευρικού συστήματος και της ανθρώπινης μάθησης.

Σημαντικό ρόλο στην επεξεργασία των πληροφοριών διαδραματίζουν οι διαδικασίες ελέγχου. Αυτές είναι ευέλικτες γνωστικές διαδικασίες επεξεργασίας, οι οποίες δρομολογούν και ελέγχουν τη ροή των πληροφοριών ανάμεσα στα μνημονικά αποθέματα -δηλαδή την αισθητηριακή μνήμη, τη βραχύχρονη μνήμη, η οποία περιλαμβάνει και τη «μνήμη εργασίας» ή «ενεργό μνήμη» και τη μακρόχρονη μνήμη-, ρυθμίζουν την αλληλεπίδρασή τους με τη θέληση του ατόμου και προσδιορίζουν αποφασιστικά την απόκτηση της γνώσης.

Στο πρώτο μέρος της μνημονικής διαδικασίας, αυτό της βραχύχρονης μνήμης, αναγνωρίζονται οι πληροφορίες και παραμένουν για ένα διάστημα όχι μεγαλύτερο των 30 δευτερολέπτων. Για να γίνει δυνατή η συγκράτηση περισσότερων στοιχείων απαιτείται η λειτουργία της ανάκλησης που είναι γνωστή ως «εσωτερική επανάληψη». Η χωρητικότητά της είναι περιορισμένη και είναι 7 ± 2 στοιχεία (δηλαδή 5-9) σε μια δεδομένη στιγμή. Η επεξεργασία των ερεθισμάτων στη βραχύχρονη μνήμη, εξαιτίας της περιορισμένης χωρητικότητάς της, απαιτεί τη χρήση μηχανισμών -στρατηγικών επανάληψης, οργάνωσης και κατηγοριοποίησης των ερεθισμάτων. Με αυτόν τον τρόπο, αποφεύγεται η λήθη πληροφοριών που είναι απαραίτητες για την πορεία του γνωστικού έργου που επεξεργάζεται ο μαθητής.

Στη συνέχεια, στη μακρόχρονη μνήμη γίνεται η μόνιμη αποθήκευση των στοιχείων της πληροφορίας. Αν και η χωρητικότητα της μακρόχρονης μνήμης είναι απεριόριστη, οι πληροφορίες πρέπει να υποστούν επεξεργασία για να μπορούν να αποθηκευτούν σε σημαντικά (νοηματικά) σχήματα, απαλλαγμένες από τις λεπτομέρειες, να οργανωθούν σε νοητικά σχήματα, που είτε θα ενσωματωθούν σε προϋπάρχοντα, είτε θα εικτοπίσουν άλλα που πρέπει να αλλάξουν.

Οι φτωχές οργανωτικές στρατηγικές των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες στη φάση της επεξεργασίας, επιτείνουν το πρόβλημα. Όταν γίνεται επίσης προσπάθεια να ανακληθούν στοιχεία - πληροφορίες από τη μακρόχρονη μνήμη, οι ελλείψεις στον τομέα των οργανωμένων στρατηγικών ανάκλησης δημιουργούν σημαντικά προβλήματα.

Οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες, μπορούν να χρησιμοποιήσουν τέτοιου είδους στρατηγικές (π.χ. επιλογή νύξεων για ανάκληση, επιλογή διαφορετικών χαρακτηριστικών σε γραφοφωνημικό, συντακτικό ή σημαντικό επίπεδο), όμως φαίνεται πως επιλέγουν τις λιγότερο αποτελεσματικές στρατηγικές και κατά συνέπεια μετέρχονται λιγότερο διεξοδικής αναζήτησης στη μακρόχρονη μνήμη τους.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων που επισκοπούνται σε ερευνητικά κείμενα, αναφέρεται πως η βραχύχρονη μνήμη των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες ήταν ελλειμματική, ενώ η μακρόχρονη ήταν είτε άθικτη, είτε με σαφώς μικρότερα προβλήματα.

Σημαντικό ρόλο επιπλέον διαδραματίζει και η εργαζόμενη μνήμη ή ενεργή μνήμη, μια νέα δομή της μνημονικής λειτουργίας. Η εργαζόμενη μνήμη αναφέρεται στην ικανότητα κάποιου να έχει εποπτεία σε ένα μικρό μέρος πληροφορίας, ενώ συγχρόνως προσπαθεί να ολοκληρώσει και άλλες διαδικασίες.

Η εργαζόμενη μνήμη θεωρείται ως πιο δυναμικό και ενεργητικό σύστημα, επειδή την ίδια στιγμή επικεντρώνεται στις απαιτήσεις επεξεργασίας αλλά και ενεργητικής αποθήκευσης, όταν η βραχύχρονη μνήμη επικεντρώνεται αποκλειστικά στον περισσότερο παθητικό ρόλο της αποθήκευσης της πληροφορίας. Οι διαδικασίες της εργαζόμενης μνήμης είναι υψηλά σχετιζόμενες με την απόδοση σε κάποιο έργο.

Οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες αντιμετωπίζουν επίσης σοβαρά προβλήματα εργαζόμενης μνήμης μεταξύ των οποίων ο Swanson (1999) επισημαίνει:

- δυσκολίες με αυτορρυθμιστικούς μηχανισμούς, όπως ο αυτοέλεγχος, ο σχεδιασμός, η δοκιμή, η αναθεώρηση και γενικά η ενεργητική προσπάθεια για μνημονική λειτουργία, καθώς και
- δυσκολίες σε έργα που απαιτούν διαδικασίες γενικού ελέγχου και στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων και όχι παθητικής, γραμμικής επεξεργασίας.

Αυτές οι διαδικασίες που πλασιώνουν το μνημονικό σύστημα αναφέρονται στην αντίληψη, στην προσοχή, στην κωδικοποίηση, στη συγκράτηση και στην ανάσυρση των πληροφοριακών ερεθισμάτων, διότι το άτομο αποφασίζει: εάν, πότε και πώς θα χρησιμοποιήσει και θα αξιοποιήσει τα πληροφοριακά ερεθίσματα, για να αποκτήσει γρήγορα, ευχάριστα και με ασφαλή τρόπο τη γνώση. Μια στρατηγική μάθησης αφορά *«στη συνολική προσέγγιση ενός έργου από ένα άτομο και συνίσταται από τον τρόπο που το άτομο σκέφτεται και ενεργεί καθώς σχεδιάζει, εκτελεί και αξιολογεί την επίδοσή του και τα αποτελέσματα της εφαρμογής του έργου του»*.

Για παράδειγμα, με τη χρήση αυτών των γνωστικών διαδικασιών το άτομο εντοπίζει ένα μαθησιακό πρόβλημα, προσδιορίζει τις στρατηγικές μάθησης για την επίλυση του προβλήματος, αξιολογεί την αποτελεσματικότητα της επιλεγμένης στρατηγικής και αλλάζει στρατηγικές, προκειμένου να πετύχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη μάθηση. Η λειτουργία αυτών των διαδικασιών ελέγχου, όπως σχηματικά παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα, στηρίζεται στις μεταγνωστικές ικανότητες του ατόμου.

Συνοπτικός πίνακας των συστατικών στοιχείων της μεταγνωστικής γνώσης

Μεταγνώση
Γνώση σχεδίων + στόχων
Γνωστικές στρατηγικές
Μεταγνωστική στρατηγική
Αξιολόγηση του έργου
Αυτογνωσία Επίγνωση των ικανοτήτων μας

Γνωστικές Διαδικασίες ελέγχου: Τα δομικά μέρη και οι γνωστικές διαδικασίες ελέγχου του Μοντέλου Επεξεργασίας Πληροφοριών (Κολιάδης, 2002)

Οι μαθητές με Μαθησιακές Δυσκολίες εμφανίζουν προβλήματα στη σύγκριση των εισερχόμενων ερεθισμάτων, στην οργάνωσή τους σε δομές, στην επεξεργασία τους και στην αποθήκευσή τους με τέτοιον τρόπο, ώστε να μεταφερθούν με την κατάλληλη μορφή στο επόμενο στάδιο, στη μακροχρόνια μνήμη. Σύμφωνα με την Κωσταρίδου-Ευκλείδη (1997), οι στρατηγικές μάθησης είναι όλες οι συμπεριφορές ή σκέψεις που διευκολύνουν την κωδικοποίηση του υπό εκμάθηση υλικού και υποβοηθούν την ολοκλήρωση της γνώσης και την ανάκληση. Αυτές οι σκέψεις και συμπεριφορές συνιστούν οργανωμένα σχέδια δράσης που διαμορφώνονται για την επίτευξη ενός στόχου. Παραδείγματα στρατηγικών μάθησης είναι η ενεργητική επανάληψη, η σύνοψη, η παράφραση, η απόδοση με εικόνες, η επεξεργασία και η περιίληψη.

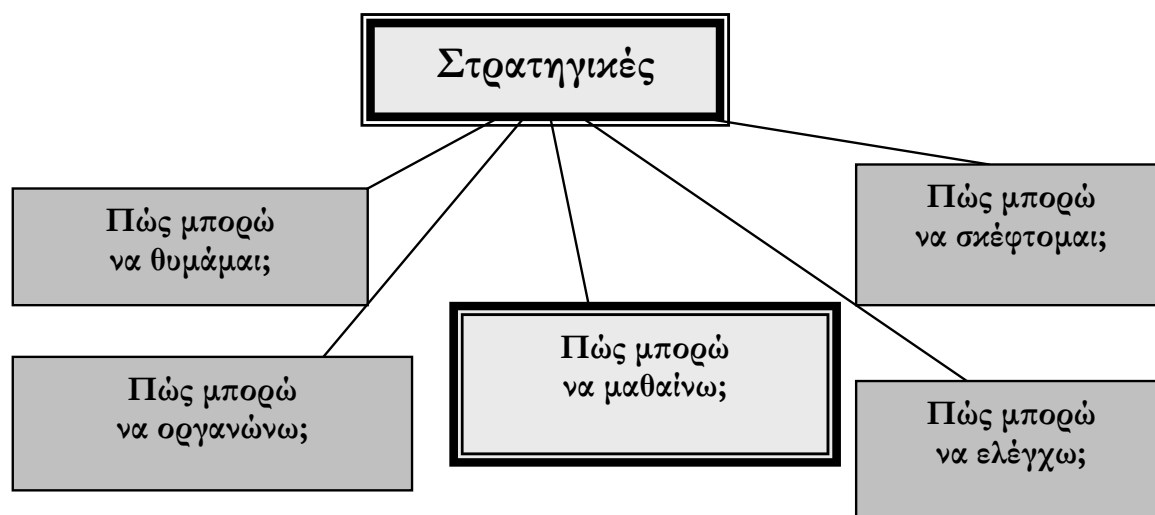
5. Η έννοια της μεταγνώσης

Σύμφωνα με τον Meadows (1993: 78), μεταγνώση είναι «η γνώση κάποιου για το γνωστικό του μηχανισμό, πώς εργάζεται γενικά και σε δεδομένη στιγμή». Ο Flavell, ένας από τους πρωτοπόρους που ασχολήθηκαν με το θέμα, όρισε την έννοια της μεταγνώσης ως τη «γνώση ενός ατόμου που αφορά στις γνωστικές του διαδικασίες και στις επιπτώσεις τους και οτιδήποτε σχετίζεται με αυτές». Ο ίδιος συμπεριέλαβε σ' αυτό τον ορισμό τον ενεργητικό έλεγχο, τη συνεχή ρύθμιση και την οργάνωση των εσωτερικών διαδικασιών σε σχέση με τα γνωστικά αντικείμενα. Με άλλα λόγια, σύμφωνα με την Brown (1980), ως μεταγνώση ορίζεται η γνώση από πλευράς του μαθητή των ικανοτήτων, των στρατηγικών και των μέσων που απαιτούνται για την επιτυχή επίλυση ενός γνωστικού έργου.

Ο Κολιάδης (2002) αναφερόμενος στον όρο μεταγνώση επισημαίνει την ευρύτητά του και τονίζει ότι «αναφέρεται στις γνωστικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα στην ενεργό μνήμη και περιλαμβάνουν την επίγνωση που έχει το άτομο για τις δικές του γνωστικές διαδικασίες, δηλαδή την υπάρχουσα γνώση του και τα αποτελέσματα των γνωστικών διαδικασιών». Συμπληρωματικά, ο όρος μεταγνώση περιλαμβάνει τις ενσυνείδητες και σιρόπιμες σκέψεις που κάνει το άτομο, οι οποίες έχουν ως αντικείμενο άλλες σκέψεις, και ως εκ τούτου, το άτομο μπορεί να τις ελέγξει και να τις κάνει προσιτές στην έρευνα.

Είναι φανερό ότι «η μεταγνώση δεν είναι μια αυτόματη διαδικασία αλλά είναι το αποτέλεσμα μακροχρόνιας ανάπτυξης του γνωστικού συστήματος» και μπορεί να αναπτυχθεί μόνο όταν ο μαθητής αποκτήσει την αίσθηση ότι είναι γνωστικό άτομο και συνειδητοποιήσει ότι είναι το κέντρο και η αιτία της γνωστικής δραστηριότητας.

Έχει επανειλημμένα επισημανθεί το γεγονός ότι μολονότι οι μεταγνωστικές ικανότητες αναπτύσσονται με σχετικά αργό ρυθμό, ωστόσο όμως η συνειδητοποίηση εκ μέρους των μαθητών των ικανοτήτων τους και η χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών (Σχήμα 1) μπορεί να βελτιωθεί με τη διδασκαλία.



Σχήμα 1: Στρατηγικές που μπορούν να διδαχθούν

Επομένως, στην αναπτυξιακή αυτή διαδικασία είναι σημαντικός ο ρόλος της διδακτικής παρέμβασης. Η διδακτική σημασία των μεταγνωστικών δραστηριοτήτων είναι πολύ μεγάλη, διότι αφενός στρέφει την προσοχή του μαθητή από την απάντηση στη διαδικασία που οδηγεί στην απάντηση και ενδυναμώνει τους μαθητές στο να γίνουν υπεύθυνοι και ανεξάρτητοι μαθησιακά, έτσι ώστε να επηρεασθούν θετικά οι μεταβλητές στάσης και αποτελεσματικότητας.

Οι εμπειρικές έρευνες που κινούνται στο χώρο του γνωστικού και σύγχρονου κοινωνικο-γνωστικού εποικοδομισμού συμφωνούν ότι για μια αποτελεσματική διδασκαλία είναι απαραίτητο οι μαθητές να χρησιμοποιούν ενεργά τις γνωστικές τους δεξιότητες και όχι παθητικά να ανακτούν πληροφορίες. Τονίζουν τη δραστηριοποίηση του μαθητή και τη δυναμική αλληλεπίδρασή του σε ένα περιβάλλον που προσφέρεται για σκέψη και σε βάθος ενασχόληση με το γνωστικό περιεχόμενο, ενισχύοντας έτσι και τις μεταγνωστικές δραστηριότητες, οι οποίες θα χρησιμοποιηθούν κατά την ενεργό συμμετοχή του μαθητή για τη λύση προβλημάτων, καταδεικνύοντας ταυτόχρονα τον τρόπο με τον οποίο μαθαίνει, παρέχοντας έτσι στον εκπαιδευτικό τη δυνατότητα να παρεμβαίνει και να δίνει συμβουλές και οδηγίες.

Συνοπτικά, είναι απαραίτητο να διδάσκουμε τις στρατηγικές μάθησης, διότι οι μαθητές υποβοηθούνται:

- να κατανοήσουν τη διαδικασία μάθησης,
- να προάγουν την ευέλικτη και κριτική τους σκέψη,
- να κατευθύνονται στην ανεξάρτητη μάθηση,
- να παρακιάμπουν τους αδύναμους τομείς τους,
- να μαθαίνουν πώς να μαθαίνουν.

Η σχέση μαθητή και δασκάλου μπορεί να περιγραφεί ως σχέση γνωστικής μαθητείας (cognitive apprenticeship), όπου ο μαθητής βελτιώνει την απόδοσή του καθώς εργάζεται με τον "ειδικό", ο οποίος λειτουργεί ως μοντέλο (modeling) και παρέχει βοήθεια και στήριξη και παραδειγματικές δεξιότητες, αφήνοντας σταδιακά χώρο (μοντέλο φθίνουσας καθοδήγησης) στον μαθητή για ανάπτυξη πρωτοβουλιών (fading scaffolding).

Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να αποτελέσουν μοντέλο καθοδήγησης, ως προς τη χρήση στρατηγικών, με το να σκέφτονται φωναχτά, εξηγώντας τους τρόπους λύσης προβλημάτων. Δεδομένου ότι ένα μεγάλο ποσοστό μαθητών αποτυγχάνει στη χρησιμοποίηση μεταγνωστικών στρατηγικών και ότι οι διαφορές στην αντίληψη της μεταγνώσης είναι προφανώς υπεύθυνες για τη διαφοροποίηση των επιδόσεων των μαθητών, η συμβολή του δασκάλου στην καθοδήγηση για την κατάκτηση ικανοτήτων για τη λύση προβλημάτων θεωρείται πρωταρχικής σημασίας.

Στην περίπτωση ιδιαίτερα των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες, ο ρόλος του εκπαιδευτικού αποκτά ακόμη μεγαλύτερη βαρύτητα, επειδή οι μαθητές δεν κατέχουν ή δεν έχουν κατανοήσει ακόμη και θεμελιώδεις έννοιες και δεξιότητες και το σημαντικότερο δεν κατέχουν τον τρόπο, τη μέθοδο να προσεγγίσουν τη γνώση και δεν κατέχουν επαρκείς γνωστικές και μεταγνωστικές στρατηγικές.

Το σύνολο των στρατηγικών που είναι σε θέση να χρησιμοποιεί ο διδάσκων, για να οδηγήσει τους μαθητές στην επιτυχή κατάκτηση των γνώσεων, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία της διδασκαλίας.

Σημειώνουμε στη βιβλιογραφία μεταξύ άλλων τρεις σημαντικές τεχνικές συνειδητοποίησης και ενίσχυσης της σκέψης, που έχουν χρησιμοποιηθεί σε ποικίλες περιστάσεις με καλά αποτελέσματα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την καθοδήγηση της σκέψης.

Οι τεχνικές αυτές είναι :

- η τεχνική της αναδρομικής περιγραφής της σκέψης,
- η τεχνική της έκφωνης σκέψης,
- η τεχνική λεκτικής αυτοκαθοδήγησης.

6. Στρατηγικές μάθησης

6.1. Στρατηγικές που βοηθούν τους μαθητές στη μνήμη.

Ο μαθητής:

- Κατηγοριοποιεί, οργανώνει τις πληροφορίες για να αποκτήσει μια δομή που τον βοηθά να τις φέρνει στη μνήμη του ευκολότερα.
- Συνδέει τις καινούριες γνώσεις με τις προηγούμενες του ίδιου θέματος για να τις καταλαβαίνει και να τις θυμάται καλύτερα.
- Κρατά σημειώσεις με σκοπό τη μεγαλύτερη συμμετοχή του στο διάβασμα, άρα και την ευκολότερη συγκράτηση.
- Αυτοεξετάζεται με ερωτήσεις ανάσυρσης ή κατανόησης της ύλης. Έχει παραστάσεις για το περιεχόμενο μέσα από τη ζωή ή προσπαθεί να κάνει σύνδεση του περιεχομένου με την πραγματικότητα, ώστε να αποκτά νόημα η μάθηση γι αυτόν, χρησιμοποιώντας τις αναλογίες.
- Οπτικοποιεί πληροφορίες ή μια διαδικασία και συγκρατεί εικόνες στη μνήμη του.

- Δημιουργεί με τη μνημονική μια δομή τέτοια ώστε τα ασύνδετα να συνδέονται μεταξύ τους, να συγκρατούνται και να ανασύρονται από τη μνήμη.
- Εξασκεί την τεχνική της υπογράμμισης, υπογραμμίζοντας με διάφορα χρώματα τις λέξεις-κλειδιά και φράσεις που τον βοηθούν στις επαναλήψεις και φέρουν στη μνήμη του τα κύρια σημεία.

6.2. Στρατηγικές που βοηθούν τους μαθητές στην οργάνωση

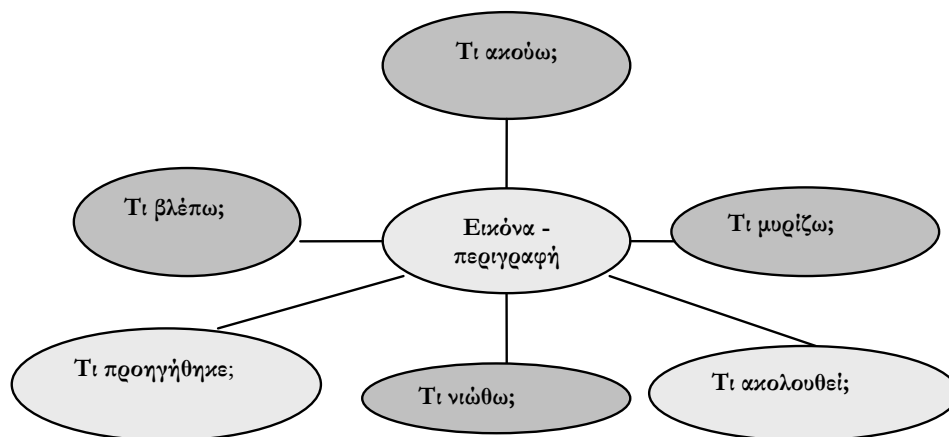
- **Πίνακας καθηκόντων:** Ο μαθητής καταγράφει τις εργασίες που του ανατίθενται σε ένα συγκεκριμένο τετράδιο ανά μάθημα.
- **Ημερολόγιο καθηκόντων:** Σε μια ατζέντα-ημερολόγιο, ο μαθητής σημειώνει την παράδοση των εργασιών του ή όποια άλλη προθεσμία πρέπει να θυμάται.
- **Χρονοδιάγραμμα μελέτης:** Ο μαθητής καθημερινά οργανώνει το χρόνο της μελέτης ή και άλλων δραστηριοτήτων που παρεμβάλλονται και ελέγχει κατά τη διάρκεια της μελέτης αν παρεικλίνει από αυτό.
- **Πίνακας προτεραιοτήτων:** Ο μαθητής θέτει καθημερινά τις δραστηριότητές του σε σειρά προτεραιότητας, ανάλογα με τη σπουδαιότητα και τον βαθμό δυσκολίας τους.
- **Κατάλογοι ελέγχου:** Ο μαθητής κολλά στο εξώφυλλο του βιβλίου έναν κατάλογο με τα υλικά που είναι απαραίτητα για ένα μάθημα, προκειμένου να ελέγχει εύκολα αν έχει όλα τα αντικείμενα που θα του χρειαστούν.

6.3. Στρατηγικές που βοηθούν τους μαθητές στην επεξεργασία-κατανόηση

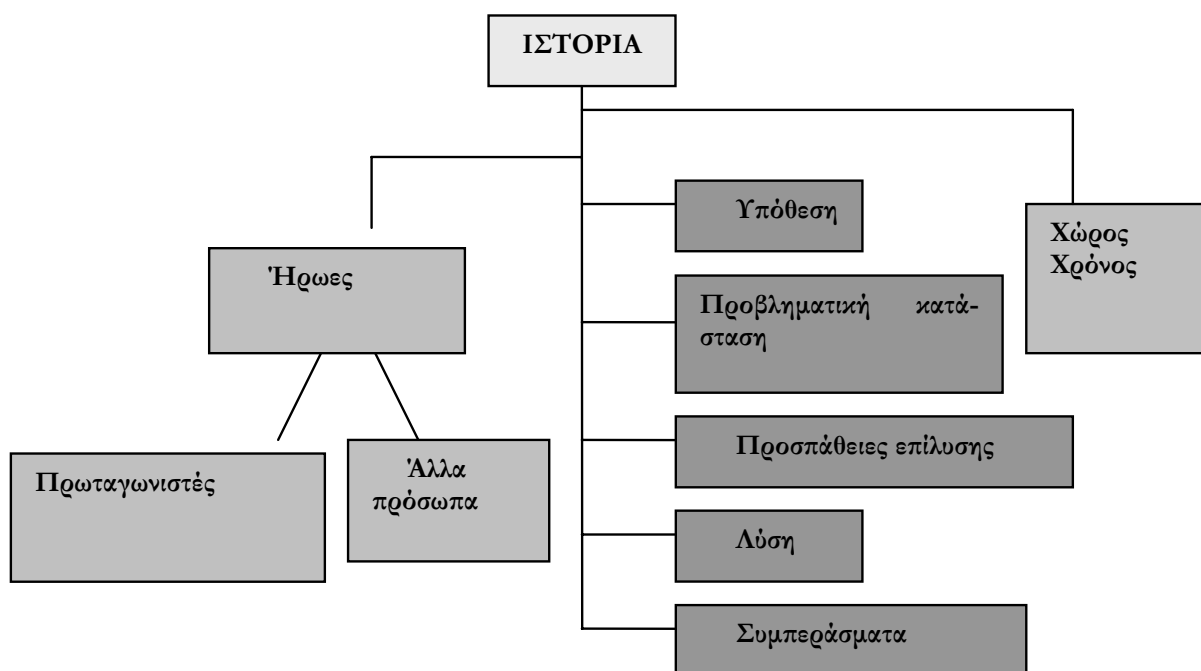
Σύμφωνα με τον Ματσαγγούρα (1999), οι γραφικές αναπαράστασεις παρέχουν μια συνολική οπτική εικόνα γεγονότων ή εννοιών και των σχέσεων που τα συνδέουν μέσα σε ένα οργανωμένο πλαίσιο. Η σχετική έρευνα τις συνιστά για τη διδακτική πράξη, διότι: α) αισθητοποιούν την αφηρημένη γνώση, β) αναδεικνύουν τις σχέσεις, γ) προωθούν την οργάνωση και επεξεργασία των εννοιών, δ) συσχετίζουν τη νέα με την παλιά γνώση, και ε) διευκολύνουν την απομνημόνευση και την ανάκληση των πληροφοριών.

Στη συνέχεια παρατίθενται ενδεικτικοί γνωστικοί χάρτες με τη μορφή γραφικών παραστάσεων:

6.3.1. Γνωστικοί χάρτες με τη δομή της «ιστορίας» ή της περιγραφής (Σχ. 2 & 3)

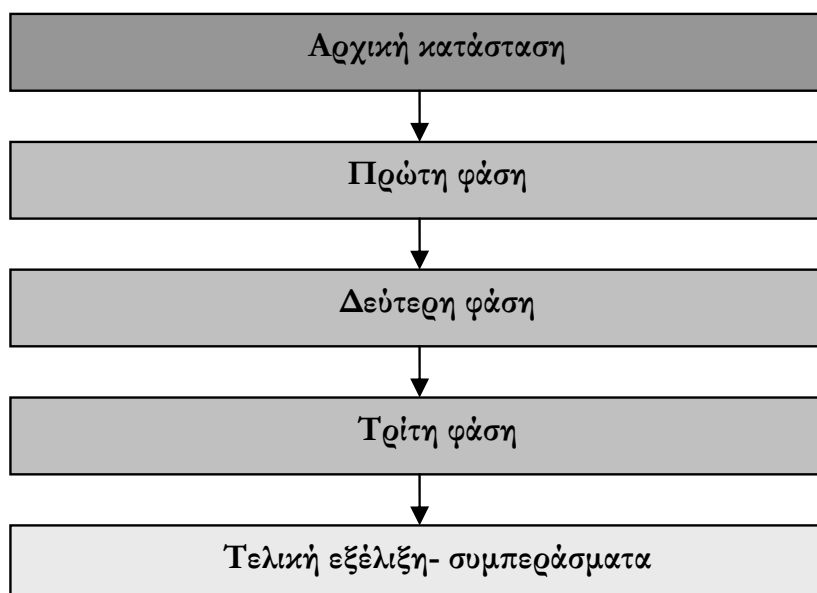


Σχήμα 2: Περιγραφή



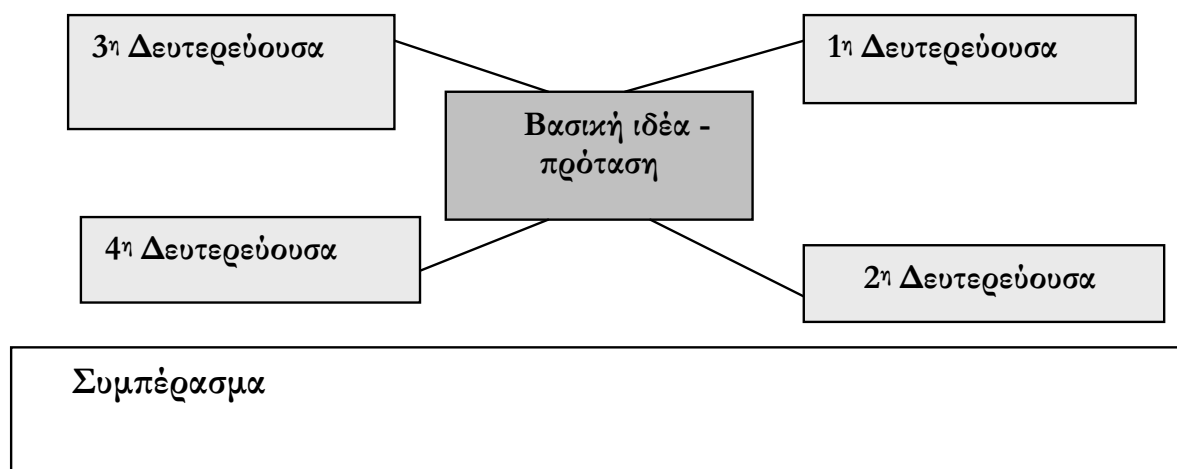
Σχήμα 3: Δομή ιστορίας ή αφήγησης

6.3.2. Η αλυσίδα των διαδοχικών φάσεων (Σχήμα 4)



Σχήμα 4: Καταγραφή αλληλουχίας γεγονότων, ενεργειών, διαδικασιών

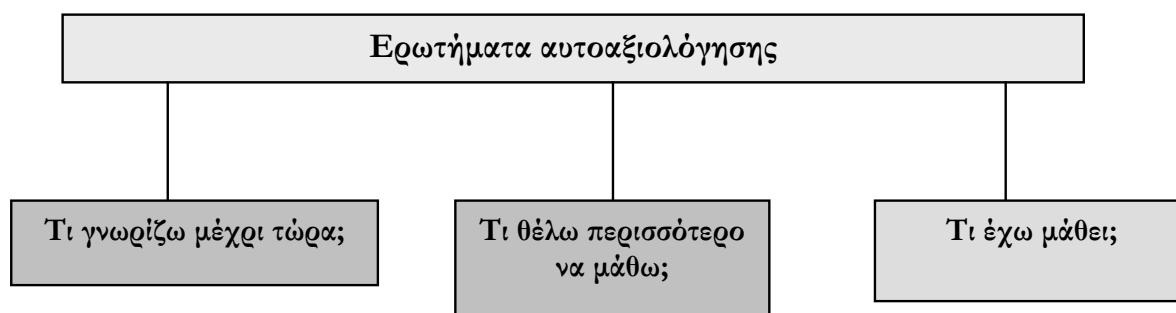
6.3.3. Η Καταγραφή σημειώσεων (Σχήμα 5)



Σχήμα 5: Καταγραφή της θεματικής πρότασης που πλαισιώνεται και επεξηγείται με τις δευτερεύουσες

6.4. Στρατηγικές που βοηθούν τους μαθητές στον έλεγχο

- Η υποβολή αυτοερωτήσεων (Σχ. 6).
- Η αυτοαξιολόγηση μέσα από την απάντηση ερωτήσεων που είναι διατυπωμένες από τρίτους (εκπαιδευτικό, συγγραφέα, συμμαθητές).
- Η αυτοδιόρθωση.



Σχήμα 6: Η αυτοαξιολόγηση

Ανακεφαλαιώνοντας, κύριος σκοπός του εκπαιδευτικού έργου είναι να μάθει το παιδί να σκέφτεται. Για την επίτευξη αυτού του στόχου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η γνώση του ίδιου του παιδιού για τον τρόπο σκέψης του, το γνωστικό του σύστημα, τις γνωστικές του διαδικασίες. Η γνώση αυτή συμβάλλει στην επιλογή διδακτικών παρεμβάσεων που βοηθούν το παιδί να γνωρίζει τον τρόπο που σκέφτεται και μαθαίνει. Διότι η σκέψη είναι η βάση των νοητικών διαδικασιών του ατόμου που εμπεριέχουν τη γνώση, τις διαθέσεις, τις γνωστικές και μεταγνωστικές λειτουργίες. Η διδασκαλία αποτελεσματικών στρατηγικών σκέψης αποτελεί καθολική επιταγή των προγραμμάτων εκπαίδευσης, τα οποία στοχεύουν να εφοδιάσουν τους μαθητές με ικανότητες κριτικής και δημιουργικής σκέψης.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΑ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΑ - ΔΥΣΑΡΙΘΜΗΣΙΑ

Ψυχοπαιδαγωγική και διδακτική προσέγγιση

Ιωάννης Ζυμβρακάκης

1. Εισαγωγή

Οι δυσκολίες των μαθητών στα μαθηματικά μπορεί να καλύπτουν όλο το φάσμα των σχολικών μαθηματικών γνώσεων και δεξιοτήτων ή να εντοπίζονται σε ορισμένους τομείς των μαθηματικών, όπως η επίλυση προβλημάτων, η εκτέλεση των αλγορίθμων των πράξεων κ.ά. Αναφορικά με τις δυσκολίες στα μαθηματικά, σε κλινικό δείγμα παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες, η διαταραχή των μαθηματικών αφορά το ένα πέμπτο περίπου των παιδιών. Κατά το Shalev (2001) περίπου το 3% έως 6,5% του γενικού μαθητικού πληθυσμού θεωρείται ότι παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες στα μαθηματικά, ενώ οι Gear και Hoard (2001), αναφέροντας στοιχεία από αρκετές χώρες, θεωρούν ότι το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 6% και 7%. Στο βαθμό που οι δυσκολίες αυτές δεν οφείλονται πρωτογενώς σε αισθητηριακούς, οργανικούς, συναισθηματικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες, αιτίες των διαταραχών στη μάθηση των παιδιών αυτών θεωρούνται δυσλειτουργίες ή **ιδιαιτερότητες** βασικών ψυχολογικών λειτουργιών ή του κεντρικού νευρικού τους συστήματος, οι οποίες συνδέονται με μια ειδική αναπτυξιακή διαταραχή: τη δυσαριθμησία.

Οι **γνωστικοί** και **νευροψυχολογικοί** παράγοντες που φαίνεται ότι σχετίζονται με τις μαθησιακές δυσκολίες στα Μαθηματικά είναι: οι αντιληπτικές διαταραχές, τα προβλήματα στη μνήμη (μακρόχρονη, άμεση, εργαζόμενη, ακολουθιών), προβλήματα στην κατανόηση μαθηματικών εννοιών ή των συμβόλων, δυσκολίες στην αντίληψη του χώρου και του χρόνου, δυσκολίες στον αυτοματισμό βασικών αριθμητικών δεξιοτήτων, αδυναμίες στη λεπτή κινητικότητα και στον οπτικοκινητικό συντονισμό, αδυναμίες στον προσληπτικό και εκφραστικό λόγο, ελλείψεις στη χρήση γνωστικών και μεταγνωστικών στρατηγικών και παρουσιάζουν δυσκολίες στην επίλυση προβλημάτων.

Ειδικότερα, παιδιά με δυσκολίες στον τομέα της **κωδικοποίησης - αποκωδικοποίησης** συμβόλων, μπορεί να κάνουν λάθη αντιστροφής ή μετάθεσης αριθμών ή σύγχυσης των σημείων για τις διάφορες αριθμητικές πράξεις (πρόσθεση, αφαίρεση, πολλαπλασιασμός, διαίρεση). Έχει παρατηρηθεί επίσης ότι προβλήματα στην οπτικο-κινητική αντίληψη συνδέονται με δυσκολίες στην ικανότητα της μέτρησης, της ταξινόμησης, της σύγκρισης και της «ένα προς ένα» αντιστοίχησης. Οι **αντιληπτικές διαταραχές** σε ορισμένες περιπτώσεις συνδέονται με δυσκολίες στην κατανόηση των συμβόλων ή με ανεπάρκεια στο συνδυασμό οπτικών και ακουστικών συμβόλων.

Μαθητές με δυσκολίες στον τομέα της **γλωσσικής επεξεργασίας** μπορεί να μην κατανοούν την γλώσσα των μαθηματικών, ιδιαίτερα το λεξιλόγιο, τη σύνταξη και, συνεπώς, το νόημα του κειμένου των προβλημάτων. Διαταραχές επομένως στην ανάπτυξη του λόγου συνδέονται με δυσκολίες στην απόκτηση μαθηματικών εννοιών. Τέλος, παιδιά με αδυναμίες

στον τρίτο τομέα μπορεί να έχουν προβλήματα με τις **βασικές έννοιες** των μαθηματικών οι οποίες να υποδεικνύουν δυσκολία στη συσχέτιση και σύγκριση αντικειμένων, που απαιτούνται για τη λύση προβλημάτων. Τόσο ο βαθμός της γνωστικο-γλωσσικής δυσκολίας όσο και ο αριθμός των τομέων στους οποίους παρουσιάζει δυσκολία ένας μαθητής, είναι επόμενο ότι επηρεάζουν τη δυνατότητα του για αποτελεσματική μάθηση των μαθηματικών.

Η αδυναμία γρήγορης και **αυτόματης ανάκλησης** των αριθμητικών πράξεων καθώς και οι δυσκολίες στον αυτοματισμό βασικών αριθμητικών δεξιοτήτων, σύμφωνα με τους Shafir & Siegel (1994) συνδέονται με αδυναμίες στις λειτουργίες της **μνήμης**. Άλλες προσεγγίσεις συσχετίζουν τις ανεπάρκειες στις **γνωστικές στρατηγικές** μάθησης με τις δυσκολίες στην επίλυση προβλημάτων. Πολλές από τις δυσκολίες στην κατανόηση των εννοιών που προαναφέρθηκαν μπορεί επίσης να συνδέονται με έλλειψη των απαιτούμενων εμπειριών.

2. Διαφοροδιάγνωση- Αξιολόγηση

Λόγω της αλληλεπίδρασης που υπάρχει, σε κάποιο βαθμό, μεταξύ των ποικίλων τομέων των γνωστικο-γλωσσικών λειτουργιών, ο ακριβής προσδιορισμός και η λεπτομερής διαγνωστική αξιολόγηση των λειτουργιών που αποτελούν το υπόβαθρο για τη μάθηση των μαθηματικών, είναι πιθανόν να προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες για την κατανόηση και ερμηνεία των δυσκολιών που συνδέονται και με τη μάθηση της ανάγνωσης και γραφής.

Η έγκαιρη, έγκυρη **διάγνωση** και αξιολόγηση των δυσκολιών στα μαθηματικά και όχι μόνο είναι ένα από τα πιο σοβαρά ζητήματα στο χώρο των μαθησιακών δυσκολιών και αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την αποτελεσματική οικοδόμηση της ανάλογης εκπαιδευτικής παρέμβασης. Η διάγνωση πρέπει να είναι αποτέλεσμα συνεργασίας συγκεκριμένης **διεπιστημονικής ομάδας** και να προσεγγίζει όλες τις πτυχές του προβλήματος. Η συνεργασία αυτή είναι αναγκαία για την οριοθέτηση της διαταραχής.

Ιδιαίτερα, όσον αφορά στο χώρο των μαθηματικών, η ποσότητα της υπάρχουσας γνώσης γύρω από τα θέματα των μαθησιακών δυσκολιών δεν είναι σε καμία περίπτωση συγκρίσιμη με την αντίστοιχη του χώρου της γλώσσας (ανάγνωση και γραφή) και τούτο διότι, μόλις τα τελευταία χρόνια η έρευνα προσπαθεί να ανιχνεύσει και να διερευνήσει σε βάθος τόσο τη μάθηση των μαθηματικών όσο και τις μαθησιακές δυσκολίες στα μαθηματικά.

Σε αυτή την καθυστέρηση ίσως έχει συνεισφέρει, κατά ένα βαθμό, και η ίδια η φύση των μαθηματικών που τα καθιστά μια **«γνωστική ιδιαιτερότητα»**, σε σχέση με άλλους γνωστικούς χώρους. Τα προβλήματα π.χ. γύρω από την επίλυση προβλημάτων γίνονται πολύ αργότερα αντιληπτά απ' ό,τι τα προβλήματα στην ανάγνωση όπου ο μαθητής μέσω της φωνούμενης ανάγνωσης εντοπίζεται ότι δεν κατέχει επαρκώς την ικανότητα αποκωδικοποίησης των γραπτών συνόλων σε φωνολογικά σύνολα.

Ειδικότερα, η αξιολόγηση της μαθηματικής γνώσης και δεξιοτήτων που κατέχει ο μαθητής σύμφωνα με τους ερευνητές πρέπει να ανταποκρίνεται στις παρακάτω προϋποθέσεις:

1. Να ελέγχει την επίσημη και την ανεπίσημη μαθηματική γνώση του παιδιού.
2. Να προσφέρει μια ακριβή περιγραφή των δυνατοτήτων και των αδυναμιών του παιδιού ως προς τη μαθηματική γνώση.
3. Να ελέγχει την ακρίβεια και την αποτελεσματικότητα με την οποία το παιδί χρησιμοποιεί τις μαθηματικές δεξιότητες.
4. Να επικεντρώνεται στον έλεγχο της κατοχής εννοιών και της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων.
5. Να προσδιορίζει τις στρατηγικές και τις διαδικασίες που χρησιμοποιεί ο μαθητής για την αντιμετώπιση των απαιτήσεων του μαθήματος.

6. Να περιλαμβάνει μια ανάλυση των λαθών που εμφανίζονται στην εργασία του μαθητή.
7. Να εξετάζει την ικανότητα του μαθητή να επωφελείται από τη διδασκαλία, καθώς και την ετοιμότητα του για κατάρκτηση νέων γνώσεων.
8. Να ελέγχει τις μεταγνωστικές δυνατότητες και αδυναμίες του μαθητή.
9. Να παίρνει υπόψη της τους συναισθηματικούς παράγοντες και τις πεποιθήσεις του μαθητή.
10. Να εξετάζει τη φύση της διδασκαλίας που δέχεται ο μαθητής.

Με τη βοήθεια της **αξιολόγησης** (τυπικής και άτυπης) που αποτελεί μια πολυδιάστατη και διεπιστημονική διαδικασία προκύπτουν σημαντικές πληροφορίες για το **γνωστικό δυναμικό** του μαθητή, για τον ακριβή προσδιορισμό των δυσκολιών του και των αδυναμιών σε συγκεκριμένο τομέα, οι οποίες είναι καθοριστικές για τον εκπαιδευτικό να σχεδιάσει και να δομήσει την εκπαιδευτική του παρέμβαση σε εξατομικευμένο πλέον επίπεδο και να δημιουργήσει το καταλληλότερο μαθησιακό υποστηρικτικό περιβάλλον.

3. Αναπτυξιακή Δυσαριθμησία

Για καλύτερη αντίληψη εννοιών που συναντώνται συχνά στη βιβλιογραφία, αναφέρουμε μερικές βασικές έννοιες, παρατηρήσεις και θεωρίες που αναφέρονται στη μαθηματική σκέψη και τις αριθμητικές πράξεις.

Ο όρος **επίκτητη δυσαριθμησία (dyscalculia)** έχει χρησιμοποιηθεί για τις περιπτώσεις που παρατηρούνται διαταραχές στην αναγνώριση αριθμών και εκτέλεση μαθηματικών πράξεων σε άτομα που είχαν ήδη αποκτήσει την ικανότητα αυτή.

Αναριθμησία (acalculia) έχει ονομασθεί η διαταραχή στα μαθηματικά όταν αυτή είναι καθολική.

Αναπτυξιακή δυσαριθμησία (developmental dyscalculia) έχει ονομασθεί μια διαταραχή στη μαθηματική σκέψη που παρουσιάζεται κληρονομικά ή συγγενώς.

Ο R. Cohn το 1961 υιοθέτησε και πρότεινε, για πρώτη φορά, τον όρο **δυσαριθμησία (dyscalculia)** για να περιγράψει την ειδική εκείνη κατάσταση κατά την οποία ένας μαθητής, παρά την απουσία κάποιου εμφανούς προβλήματος, παρουσιάζει δυσκολίες στην κατάρκτηση και χρήση των μαθηματικών εννοιών. Κατά τον ίδιο ερευνητή, αυτή η δυσκολία οφείλεται σε δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Η "**Αναπτυξιακή Δυσαριθμησία**" είναι, στην παιδική ηλικία, το ανάλογο των διαταραχών που παρουσιάζουν οι ενήλικες λόγω διαφόρων εγκεφαλικών βλαβών. Η απόκτηση των γνώσεων αυτών στους ενήλικες ήταν η απαρχή για να μελετηθεί η αναπτυξιακή δυσαριθμησία στα παιδιά. Στις μελέτες αυτές βοήθησαν και οι γνώσεις των διαταραχών του λόγου, συμπεριλαμβανομένης και της δυσλεξίας.

Από τη σύγχρονη βιβλιογραφία έχουν προταθεί διαφορετικές προσεγγίσεις στη μέτρηση και στον ορισμό της δυσαριθμησίας. Αυτές είναι: το **μοντέλο των κριτηρίων** (τα παιδιά αυτά βρίσκονται στο κατώτερο 10 με 45 % μεταξύ των συμμαθητών), το **μοντέλο της απόκλισης** (απόκλιση μεταξύ του δείκτη νοημοσύνης και της επίδοσης στα μαθηματικά τεστ) και το **μοντέλο της αλλαγής με την πάροδο του χρόνου** ως ενδεικτικό παράγοντα της δυσκολίας.

Η δυσαριθμησία επηρεάζει όλο το οικοδόμημα των μαθηματικών, από τις προ-μαθηματικές έννοιες έως τη λύση προβλημάτων. Τα παιδιά με δυσαριθμησία παρουσιάζουν μια εμμονή στη χρήση συγκεκριμένων μαθηματικών προτύπων, μια ακαμψία του γνωστικού

τους προφίλ, π.χ. εμμένουν στη χρήση των αντικειμένων στην εκτέλεση πράξεων και δεν προχωρούν στο εικονιστικό και συμβολικό επίπεδο.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι μαθητές με δυσαριθμησία παρουσιάζουν αδυναμίες στη βραχύχρονη μνήμη ιδιαίτερα για υλικό δοσμένο σε αυτούς οπτικά, στην αποκωδικοποίηση μαθηματικών πληροφοριών επίσης οπτικά δοσμένων αλλά φαίνεται να κατέχουν σε πολύ καλό επίπεδο λεκτικές ικανότητες.

Οι Ramaa & Gowramma (2002) αναφέρουν πως έχουν βρεθεί οι εξής παράγοντες που σχετίζονται με τη δυσαριθμησία:

- Η καθυστέρηση της απόκτησης των εννοιών της διατήρησης, σειροθέτησης και της ταξινόμησης.
- Η εμμονή του παιδιού στη χρήση των δαχτύλων για την αρίθμηση και την εύρεση αποτελεσμάτων που πολλές φορές κάνει κι εδώ λάθη.
- Η αδυναμία του μαθητή να ανακαλέσει έννοιες που έχει ήδη διδαχτεί καθώς και προαπαιτούμενες δεξιότητες και γνώσεις.
- Η αδυναμία διατήρησης και ανάκλησης από τη μνήμη των αριθμών.
- Η αργή επεξεργασία των πληροφοριών.
- Το διαχρονικό στοιχείο που διέπει τη δυσαριθμησία κατά τη φοίτηση στο σχολείο όσον αφορά τα λεκτικά προβλήματα μαθηματικών και τα οποία εμπεριέχουν στοιχεία όπως αυτά της σύγκρισης, μετασχηματισμούς, εξίσωσης και συνδυασμού στοιχείων.
- Πολλά από τα παιδιά, που παρουσιάζουν δυσκολίες και στα γλωσσικά μαθήματα, παρουσιάζουν ελλείμματα στην επεξεργασία των πληροφοριών, την προσοχή, στον οπτικο-χωρικό σχεδιασμό, στην επεξεργασία ακουστικών ερεθισμάτων, στη μνήμη καθώς και στον οπτικο-κινητικό συντονισμό.
- Εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους στην ενασχόληση τους με τα μαθηματικά.

Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημάνουμε ότι οι μαθησιακές δυσκολίες στα μαθηματικά δεν είναι απαραίτητο να συμβαδίζουν με προβλήματα στην ανάγνωση και τη γραφή. Έτσι, εντός της ομάδας των παιδιών με δυσαριθμησία εντοπίζονται μικρότερες υποομάδες όπως: ομάδα παιδιών με δυσκολίες ταυτόχρονα στα μαθηματικά και την ανάγνωση-γραφή, παιδιά με δυσκολίες στα μαθηματικά και τη γραφή και τέλος ομάδα παιδιών με δυσκολίες μόνο στα μαθηματικά. Συνεπώς γίνεται αντιληπτό ότι η διάγνωση των δυσκολιών στα μαθηματικά θα πρέπει να λάβει υπόψη της και τους τομείς της ανάγνωσης και της γραφής όπως φυσικά και του λεκτικού πλούτου του μαθητή.

4. Διδασκαλία και μάθηση βασικών μαθηματικών εννοιών και διαδικασιών στην Α'/θμια εκπαίδευση

Η μαθηματική γνώση θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ένα σύνολο επιμέρους γνώσεων, οι οποίες θα πρέπει να έχουν γίνει κτήμα του μαθητή προκειμένου να θεωρηθεί ότι αυτός έχει κατακτήσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο αυτής της μαθηματικής γνώσης. Κατά καιρούς έχουν προταθεί αρκετές κατηγοριοποιήσεις των επιμέρους μαθηματικών δεξιοτήτων, οι οποίες συνθέτουν μια επιτυχή και ολοκληρωμένη μαθηματική γνώση.

Η κυριότερη από αυτές αποτελείται από τα κοινά στοιχεία όλων των επιμέρους κατηγοριοποιήσεων, που έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί, και έχει προταθεί από τον A. Orton. Η συγκεκριμένη κατηγοριοποίηση περιλαμβάνει:

- την ικανότητα κατανόησης των εμπλεκόμενων εννοιών,
- την ικανότητα διατήρησης και ανάκλησης των δεδομένων από το χώρο της μνήμης,
- την ικανότητα χρήσης των αλγορίθμων εκτέλεσης των πράξεων, και
- την επίλυση προβλημάτων.

Θεμελιώδεις μαθηματικές έννοιες και δεξιότητες θεωρούνται αυτές που βρίσκονται στη βάση του μαθηματικού οικοδομήματος. Ο Γ. Τρούλης (1992) παρομοιάζει την ύλη των μαθηματικών με ένα πύργο, που η κάθε πέτρα του στηρίζεται στις προηγούμενες. Τη μεθοδολογική ιεράρχηση των μαθηματικών ιδεών και τον αλυσιδωτό τρόπο παρουσίασης των μαθηματικών εννοιών ο Wagenschein ονομάζει «**πυργοειδή χαρακτήρα**» ή «δικτυωτή δόμηση».

Ο παραμερισμός της στοιχειώδους αυτής της συστηματοποίησης στο μάθημα των Μαθηματικών, έτσι ώστε τα διδασκόμενα να μην στηρίζονται σε ήδη γνωστά, έχει τη μοιραία συνέπεια της στέρησης της κατανόησης από την πλευρά των μαθητών.

Ο Μπ. Τουμάσης (2002) επισημαίνει ότι οι μαθηματικές έννοιες και δεξιότητες στηρίζονται στις προηγούμενες τους, σχηματίζοντας μία αλυσίδα που αν χαθεί ένας κρίκος καταστρέφεται η συνοχή τους. Η μαθηματική γνώση διαφέρει απ' αυτή άλλων μαθημάτων, όπου υπάρχει σχετική ανεξαρτησία. Εάν δεν ληφθεί υπόψη η ιδιαιτερότητα αυτή των Μαθηματικών κατά τη διδασκαλία τους, θα προκύψουν κενά και δυσκολίες που θα έχουν ως αποτέλεσμα διαταραχές στη μάθηση και αποτυχία για αρκετούς μαθητές. Στην περίπτωση των μαθητών με δυσκολίες μάθησης στα Μαθηματικά θεωρείται πλήρως αναποτελεσματική η διδασκαλία και η μάθηση νέων εννοιών και δεξιοτήτων, χωρίς να έχουν κατακτηθεί οι προαπαιτούμενες έννοιες ή δεξιότητες.

Θεμελιώδεις μαθηματικές έννοιες είναι η έννοια του αριθμού και η έννοια της αξίας θέσης των ψηφίων, οι έννοιες των πράξεων και θεμελιώδεις δεξιότητες είναι η δεξιότητα απαρίθμησης – αριθμησης, οι νοεροί υπολογισμοί, η χρήση των αλγορίθμων των πράξεων και η επίλυση προβλημάτων καθώς και η ανάπτυξη του μεταγνωστικού που εμπεριέχει την ανάπτυξη της μεταγνώσης, των μεταγνωστικών δεξιοτήτων, των στάσεων και των έξεων που αναπτύσσει ο μαθητής στο χώρο του μαθήματος της αριθμητικής και γενικότερα των μαθηματικών.

5. Βασικές διδακτικές αρχές των μαθησιακών δυσκολιών στα μαθηματικά

Τα προγράμματα διδακτικής παρέμβασης είναι απαραίτητο να στηρίζονται σε γενικές αρχές που έχουν εφαρμογή σ' όλες τις περιπτώσεις, αλλά και σε ειδικές διδακτικές μεθόδους και τεχνικές οι οποίες χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπιστούν ιδιαίτερες γνωστικές αδυναμίες του μαθητή. Ερευνητικά αποτελέσματα δείχνουν, ότι τα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες στα Μαθηματικά παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση, εφόσον βέβαια δεχτούν συστηματική **εξατομικευμένη** επανορθωτική κι ενισχυτική διδασκαλία, η οποία θα έχει σαφή προσανατολισμό και συγκεκριμένους στόχους, κάνει χρήση ειδικών μεθόδων και τεχνικών και λαμβάνονται υπόψη τα αποτελέσματα τόσο της διάγνωσης όσο και της εκπαιδευτικής αξιολόγησης. Σε ένα τέτοιο κλίμα, τα λάθη και οι αποτυχίες των παιδιών αντιμετωπίζονται ως φυσιολογικά φαινόμενα και ως αναπόφευκτα στοιχεία της **προσπάθειας** τους για μάθηση παρά ως ενδείξεις αδυναμίας. Επιπλέον, αποτελούν στοιχεία για την **ανατροφοδότηση** και τη **βελτίωση** της εκπαιδευτικής παρεμβατικής αγωγής.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι γενικές αρχές, στις οποίες στηρίζονται τα προγράμματα αντιμετώπισης των μαθηματικών δυσκολιών στα μαθηματικά, καθώς και οι εξειδικευμένες διδακτικές αρχές για την αντιμετώπιση των χαρακτηριστικών αδυναμιών, όπως αυτές παρουσιάστηκαν στις προηγούμενες ενότητες στους παρακάτω τομείς:

- στις μαθηματικές έννοιες και δεξιότητες,
- στην εκμάθηση των βασικών αριθμητικών δεδομένων,
- στους αλγόριθμους και
- στην επίλυση προβλημάτων.

Μεταξύ των γενικών αρχών οι κυριότερες είναι οι εξής:

1. Αξιοποίηση των δεδομένων της αξιολόγησης για την επιλογή του κατάλληλου διδακτικού στόχου.

Τα δεδομένα αυτά αναφέρονται τόσο στην κάλυψη του στόχου, από άποψη γνωστικών προϋποθέσεων, όσο και στην επιβεβαίωση της χρησιμότητάς του για την αντιμετώπιση των καθημερινών αναγκών του παιδιού. Οι στόχοι του προγράμματος θα πρέπει να είναι εξατομικευμένοι και προσαρμοσμένοι στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες των μαθητών όπως αυτές καθορίζονται από το επίπεδο της μαθηματικής γνώσης, το οποίο έχουν ήδη κατακτήσει, κι όχι του τι θα έπρεπε να έχουν κατακτήσει μέχρι εκείνη τη δεδομένη χρονική στιγμή.

2. Εξασφάλιση θετικής στάσης και ενεργητικής συμμετοχής του παιδιού στην προσπάθεια κατάκτησης του στόχου.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί :

- (α) με συζητήσεις με το παιδί, που θα περιλαμβάνουν και παραδείγματα πρακτικών εφαρμογών του διδακτικού στόχου, και
- (β) με την υπογράμμιση της πίστης του δασκάλου στις ικανότητες του παιδιού.

3. Σεβασμός της ακολουθίας των τρόπων αναπαράστασης της μαθηματικής γνώσης.

Κάθε πρόγραμμα παρέμβασης δεν πρέπει να παραβιάζει τη δεδομένη σειρά αναπαράστασης της γνώσης των μαθηματικών εννοιών που είναι οργανωμένη σε τρία επίπεδα, σύμφωνα με την περιγραφή του J. Bruner: το **χειριστικό-πραξιακό**, το **εικονικό** και το **συμβολικό**. Ο μαθητής στον πραξιακό τρόπο αναπαράστασης της γνώσης χρησιμοποιεί συγκεκριμένα αντικείμενα (δάκτυλα, ξυλάκια, αριθμητήριο κλπ.), προκειμένου να εκτελέσει διάφορες πράξεις. Στη συνέχεια μπορεί να χρησιμοποιήσει εικόνες, ζωγραφιές, γραφικές παραστάσεις, γραμμές κλπ. για να υπολογίσει το άθροισμα ή τη διαφορά κάποιων ποσοτήτων (εικονιστικός τρόπος αναπαράστασης) και τέλος να περάσει στο συμβολικό τρόπο αναπαράστασης των διαφόρων πράξεων, ο οποίος θεωρείται ο δυσκολότερος για τους μαθητές του Δημοτικού σχολείου και μάλιστα πολύ περισσότερο για τους μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες.

4. Διδακταλία γενικών αρχών και κανόνων.

Η κατάκτηση γενικών αρχών και κανόνων διευκολύνει τη μάθηση, καθώς: (α) επιτρέπει τη συστηματοποίηση της γνώσης και (β) ενισχύει τη δυνατότητα εύρεσης αποτελεσμάτων και χειρισμού εννοιών, διευκολύνοντας παράλληλα και τη λειτουργία της μνήμης καθώς βοηθούν σημαντικά στην αποφόρτιση της μνημονικής λειτουργίας των μαθητών με μαθησια-

ακίες δυσκολίες, ιδιαίτερα όταν αυτές οφείλονται στον παράγοντα της μνήμης. Τα Μαθηματικά, ως γνωστικό αντικείμενο, απαιτούν καλή λειτουργία της μνημονικής λειτουργίας. Παράδειγματα αρχών και κανόνων είναι η μεταβατική ιδιότητα της ισότητας και της διάταξης, η προσεταιριστική ιδιότητα της πρόσθεσης και του πολλαπλασιασμού, ο ρόλος του μηδενός στις διάφορες πράξεις κ.λ.π.

Η χρησιμότητα της διδασκαλίας των γενικών αρχών μπορεί ναδειχθεί με το εξής παράδειγμα: ένα παιδί που έχει κατανοήσει την αντιμεταθετική ιδιότητα στην πρόσθεση, με την εκμάθηση ενός αριθμητικού δεδομένου (π.χ. $6+5=11$), κατακτά στην ουσία δυο αποτελέσματα (δηλαδή και το $5+6=11$), εξοικονομώντας χρόνο και ενέργεια.

5. Συνεχής έλεγχος της προόδου και παροχή άμεσης ανατροφοδότησης στα παιδιά.

Ένα παρεμβατικό πρόγραμμα, σε οποιοδήποτε γνωστικό αντικείμενο, πρέπει να τηγχείνει συνεχούς έλεγχο και αξιολόγηση τόσο του ίδιου ως προγράμματος όσο και του μαθητή. Οι άμεσες ανατροφοδοτήσεις των μαθητών περιέχουν μια δυναμική που αποβαίνει σχεδόν πάντα προς όφελος του μαθητή. Σε μια τέτοια πορεία αυτό που φαίνεται να έχει μεγαλύτερη σημασία δεν είναι το τι έκανε ο μαθητής, ως ποσοστό επιτυχίας, αλλά το ποιες διαδικασίες ακολούθησε. Η εργασία των παιδιών είναι ανάγκη να αξιολογείται αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της και η σχετική πληροφόρηση πρέπει να παρέχεται όσο το δυνατό πιο γρήγορα.

6. Ευελιξία στη χρήση διδακτικών μεθόδων.

Η ανομοιογένεια του φαινομένου των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών και η συνακόλουθη διακύμανση της αποτελεσματικότητας των διαφόρων διδακτικών μεθόδων, επιβάλλουν συχνά την εφαρμογή μιας ποικιλίας διδακτικών διευθετήσεων και ρυθμίσεων. Αυτές οι διευθετήσεις και ρυθμίσεις μπορεί, για παράδειγμα, να αναφέρονται στην επιλογή συγκεκριμένων **αισθητηριακών οδών** για την παρουσίαση των πληροφοριών, στη χρησιμοποίηση ειδικών σηματοδοτήσεων και στρατηγικών για την υποβοήθηση της ενεργοποίησης μαθημένων δεξιοτήτων και νοητικών σχημάτων κ.λ.π.

Το ομαδικό παιχνίδι τονίζεται ιδιαίτερα **ως μέσο εξάσκησης** στην αριθμητική. Τα **ομαδικά παιχνίδια** αποτελούν ένα ευχάριστο αλλά και αποτελεσματικό μέσο για την απόκτηση μαθηματικών ικανοτήτων, εξασφαλίζοντας παράλληλα ευνοϊκές συνθήκες για ενεργητική μάθηση. Επίσης, οι στρατηγικές που φαίνεται ο μαθητής να ανταποκρίνεται καλύτερα πρέπει να διευρύνονται μέσω πρακτικής εξάσκησης σε όσο το δυνατόν περισσότερες και πιο ενδιαφέρουσες για το μαθητή καταστάσεις με απώτερο στόχο τη σταδιακή αποσύνδεση των χαρακτηριστικών των ασκήσεων εφαρμογής από την ίδια τη στρατηγική.

7. Εξασφάλιση της αυτοματοποίησης στη χρήση των δεξιοτήτων.

Η αυτόματη ανάκληση από τη μνήμη δεδομένων και διαδικασιών, προσφέρει, μεταξύ άλλων πλεονεκτημάτων, καλύτερη ανταπόκριση στις απαιτήσεις της καθημερινής διδακτικής πράξης, ευκολότερη επίλυση προβλημάτων, βελτίωση του αυτοσυναισθήματος κ.λ.π. Προκειμένου να αποτελέσουν οργανικό - λειτουργικό τμήμα των γνώσεων του παιδιού, τα δεδομένα και οι διαδικασίες που παραδίδονται στην αυτοματοποίηση θα πρέπει προηγουμένως να έχουν κατακτηθεί από άποψη εννοιολογική. Για παράδειγμα, τα δεδομένα της αφαίρεσης θα πρέπει να επιδιωχθεί να χρησιμοποιούνται αυτόματα από το παιδί, αφού προηγουμένως αυτό κατανοήσει τη γενική αρχή ότι, το υπόλοιπο μιας αφαίρεσης είναι μικρότερο από το μειωτέο ή ίσο με αυτόν, όταν αφαιρετέος είναι το μηδέν. Η επιδίωξη της αυτοματοποίησης είναι πολύ εύκολο να οδηγήσει το μαθητή στην ανία, δεδομένου ότι, ο βασικός δρόμος που οδηγεί στην αυτοματοποίηση είναι η συνεχής εξάσκηση.

8. Υποστήριξη της μεταφοράς μάθησης.

Η μαθηματική εκπαίδευση πρέπει να στοχεύει τόσο στην απόκτηση **εφαρμόσιμης γνώσης** όσο και στην κατανόηση των πρακτικών εφαρμογών. Για παράδειγμα, πρέπει να γίνονται συνδέσεις μεταξύ καταστάσεων προβληματισμού (εντός και εκτός του μαθηματικού πλαισίου) και μεταξύ μαθηματικών εννοιών και δομών όπως :

- μάθηση του τρόπου επαναδόμησης και επαναδιατύπωσης ενός προβλήματος από μια εξωμαθηματική περιοχή σε μαθηματικό πρόβλημα,
- χρήση μαθηματικών εργαλείων (π.χ. μαθηματικών μοντέλων και μεθόδων) για τη λύση προβλημάτων, εντός και εκτός του μαθηματικού περιβάλλοντος,
- ικανοποιητική αντιμετώπιση καταστάσεων στις οποίες μπορούν να εφαρμόσουν μαθηματικές διαδικασίες,
- μάθηση της χρήσης μέσων της νέας τεχνολογίας που έχουν σχέση με τα Μαθηματικά, εξερεύνηση και αξιολόγηση στρατηγικών εκτίμησης προσεγγίσεων και αποτελεσμάτων κ.ά.

Ενέργειες που μπορούν να συμβάλλουν προς αυτή την κατεύθυνση είναι:

α) Η συμμετοχή του μαθητή σε επιμέρους δραστηριότητες και μάλιστα σε **ομάδες εργασίας** είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί μέσα από αυτές οικοδομείται αποτελεσματικότερα η μαθηματική γνώση. Οι **συζητήσεις** με τους μαθητές σχετικά με τις διάφορες πρακτικές εφαρμογές των γνώσεων που καλούνται να κατακτήσουν, αφού για να χρησιμοποιήσει κανείς μια διαδικασία σε πλαίσια διαφορετικά από αυτά της πρώτης μάθησης, πρέπει συνήθως να έχει μια σχετική πληροφόρηση.

(β) Η εξασφάλιση **κινήτρων μάθησης**, αφού συνήθως αυτό που κανείς επιθυμεί να μάθει, επιδιώκει και να το χρησιμοποιεί.

(γ) Η χρήση ποικιλίας υλικών, διδακτικών μεθόδων και τρόπων παρουσίασης της ύλης, αφού η προσφορά μιας πληροφορίας διαμέσου ποικίλων εμπειριών, συνήθως ευνοεί τη χρήση της πληροφορίας σε διαφορετικές μεταξύ τους καταστάσεις.

(δ) Η βιωματική μάθηση.

Η χρησιμοποίηση προβλημάτων και καταστάσεων από τη ζωή του παιδιού, ως αφορμή για τη διαπραγμάτευση γνώσεων και δεξιοτήτων, αφού το προσωπικό ενδιαφέρον ενισχύει τη διάθεση του παιδιού για αυτόνομη διερεύνηση της χρησιμότητας της γνώσης. Οι σχετικές δραστηριότητες δημιουργούνται και δομούνται ως ένα φυσικό επακόλουθο κάποιας προβληματικής κατάστασης, στην οποία ο δάσκαλος επιδιώκει να εμπλέξει τους μαθητές.

6. Ενδεικτικές διδακτικές αρχές για την αντιμετώπιση δυσκολιών στις (προ) μαθηματικές έννοιες και δεξιότητες

6.1. Κατάκτηση έννοιας του αριθμού

Η διεθνής βιβλιογραφία σημειώνει ότι τα προγράμματα της αντιμετώπισης των δυσκολιών με την ταξινόμηση, τη σειροθέτηση και τη διατήρηση, θα πρέπει να ακολουθούν ορισμένες βασικές αρχές.

Συγκεκριμένα:

- Πρέπει να χρησιμοποιείται **μεγάλη ποικιλία υλικών** και μέσων κατά την εξάσκηση των μαθητών (για την απόκτηση αυτών των εννοιών), προκειμένου να είναι σε θέση αφενός να επισημαίνουν τα στοιχεία κάθε έννοιας αφετέρου να προχωρούν σε γενικεύσεις.

- Οι μαθητές να χρησιμοποιούν όσο το δυνατόν **περισσότερες αισθήσεις** στις διάφορες δραστηριότητες που εμπλέκονται και να προχωρούν σε αναπαραστάσεις των εννοιών διαδοχικά με πραξιακό, εικονιστικό και τέλος συμβολικό τρόπο.

- Να χρησιμοποιούνται στις διάφορες δραστηριότητες στην αρχή μικρός αριθμός αντικειμένων και προοδευτικά να γίνεται μεγαλύτερος.

- Να ενθαρρύνονται οι μαθητές να δίνουν **δικά τους παραδείγματα** για την έννοια και να χρησιμοποιούν σε ορισμένες φάσεις των δραστηριοτήτων τους το κατάλληλο λεξιλόγιο (περισσότερα - λιγότερα, μικρό - μεγάλο, πλατύ - στενό, μακρύ - κοντό, τόσα - όσα κλπ.).

6.2. Απαρίθμηση

Μια από τις βασικότερες δεξιότητες που απαιτούνται από το μαθητή προκειμένου να προσεγγίσει στοιχειωδώς το χώρο των μαθηματικών είναι η ικανότητα του για μέτρηση γεγονότων ή αντικειμένων. Η βασική άποψη για τα λάθη που εμφανίζονται στη μέτρηση / απαρίθμηση είναι ότι, αυτά προέρχονται από την αδυναμία του μαθητή να συντονίσει τις ακουστικές, λεκτικές, οπτικές και κιναισθητικές διαδικασίες, που συνιστούν τη μετρητική δραστηριότητα.

Στο πλαίσιο των σχετικών παρεμβατικών τεχνικών, επιχειρείται ο σταδιακός **συνδυασμός** των παραπάνω διαδικασιών, αρχίζοντας συνήθως με τις δυο πρώτες και εισάγοντας κατόπιν και τις υπόλοιπες. Στην αρχή χρησιμοποιούνται **χειροπιαστά** και ικανοποιητικού μεγέθους αντικείμενα στη συνέχεια ο μαθητής ασκείται με μικρότερα αντικείμενα (π.χ. ξυλάκια, καπάκια) περνώντας στο χειρισμό **ημι-συγκεκριμένων** ποσοτήτων.

Εκτός από την ικανότητα αντιστοίχισης λέξεων - αριθμών με αντικείμενα, βασικά στοιχεία της αποτελεσματικής χρήσης της μετρητικής - απαριθμητικής δεξιότητας, είναι: 1) η τέλεια γνώση της σειράς των αριθμών, 2) η ικανότητα έναρξης και συνέχισης της μέτρησης από οποιοδήποτε σημείο της σειράς (αριθμό), 3) η αντίστροφη μέτρηση και 4) η χρησιμοποίηση των λέξεων - αριθμών ως αντικειμένων μέτρησης.

Δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα για την απόκτηση της δεξιότητας σχετικά με την έναρξη μέτρησης από οποιοδήποτε σημείο της αριθμογραμμής, καθώς και για την αντίστροφη μέτρηση. Για το σκοπό αυτό, οι μαθητές πρέπει να αισθητοποιήσουν τόσο την ποσοτική όσο και την τακτική έννοια του αριθμού με τη χρήση συγκεκριμένων αντικειμένων. Να ασκηθούν οι μαθητές με παιγνιώδη τρόπο στη διαδικασία της μέτρησης.

Η χρήση της αριθμογραμμής και των αντικειμένων που διατάσσονται στη σειρά (π.χ. μανταλάκια πάνω σ' ένα σχοινάκι στον πίνακα) θα διευκολύνουν σε μεγάλο βαθμό όλους τους μαθητές, και περισσότερο αυτούς που παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες στην αριθμητική, να προχωρήσουν στη συνέχεια στον νοερό υπολογισμό των αριθμών.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι είναι ανάγκη να ασκηθούν οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες, στη μέτρηση ανά 2, 3, 4, 5 μέχρι το 20 ή μέχρι το 50 και το 100. Οι δραστηριότητες βοηθούν τους μαθητές να αποκτήσουν ευχέρεια στο νοερό υπολογισμό αριθμητικών πράξεων.

6.3. Νοεροί υπολογισμοί

Η ακριβής και ταχεία ανάκληση των βασικών αριθμητικών δεδομένων (των αποτελεσμάτων των πράξεων με δυο μονοψήφιους αριθμούς) από τη μνήμη είναι μια θεμελιώδης προϋπόθεση, για την εκτέλεση πράξεων και την επίλυση προβλημάτων. Όμως, αδυναμίες της μνήμης, της διάκρισης, του εκφραστικού λόγου και της τήρησης ακολουθιών, που συχνά χαρακτηρίζουν τα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, καθιστούν ιδιαίτερα δύσκολη την κατάκτηση αυτών των στοιχείων της μαθηματικής γνώσης.

Μερικές ενδεικτικές αρχές ενός προγράμματος αντιμετώπισης των δυσκολιών με την απομνημόνευση των βασικών αριθμητικών δεδομένων είναι:

- τα δεδομένα **ομαδοποιούνται λειτουργικά** με βάση κάποιο κοινό χαρακτηριστικό (π.χ. «τα διπλά» $2+2$, $3+3...$),
- τα δεδομένα μαθαίνονται κατά **ομάδα**,
- τα δεδομένα συχνά συνδέονται με αντικείμενα, καταστάσεις και γεγονότα, που έχουν **προσωπικό νόημα** για το παιδί και μπορούν να το βοηθήσουν να τα διακρίνει και να τα θυμηθεί,
- τα δεδομένα πρέπει **συνδέονται μεταξύ τους** και τα ευκολότερα, που μαθαίνονται πρώτα να χρησιμοποιούνται στη συνέχεια για να κατακτηθούν τα δυσκολότερα.
- σε κάθε περίπτωση όμως τα ταξινομημένα βασικά αριθμητικά δεδομένα διδάσκονται μέσα από δραστηριότητες που θα διεξάγονται, κατά προτίμηση, σε ένα περιβάλλον ευχάριστο, ενδιαφέρον και παιγνιώδη χωρίς το άγχος της εξέτασης και της αποτυχίας.

6.4. Εκτέλεση των αλγορίθμων των πράξεων

Η κατάρκτηση των ενεργειών που απαιτούνται για να εκτελεστούν οι τέσσερις αριθμητικές πράξεις (αλγόριθμοι), αποτελεί για τα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες μια πολύ μεγάλη πρόκληση, στην οποία συνήθως δεν καταφέρνουν να ανταποκριθούν. Η υλοποίηση αυτών των ενεργειών, προϋποθέτει τη σωστή λειτουργία δεξιοτήτων και διαδικασιών όπως: η αφηρημένη σκέψη, η τήρηση ακολουθιών, η ταχεία αλλαγή κατευθύνσεως και είδους εργασίας, η διάκριση συμβόλων κλπ. Η ποικιλία των λαθών, όπως επισημάνθηκε στα προηγούμενα, που παρουσιάζουν τα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, στη συγκεκριμένη περιοχή των Μαθηματικών, είναι μεγάλη. Ωστόσο μπορούμε να βασιστούμε σε κάποιες γενικές επισημάνσεις που αποτελούν κοινές αρχές άρσης των δυσκολιών στην εκτέλεση των αλγορίθμων και των τεσσάρων πράξεων:

- Εξάσκηση του παιδιού στην **ανταλλαγή** δεκάδων με μονάδες, με χειροπιαστά υλικά, και στη συνέχεια εξάσκηση στη συμβολική αναπαράσταση αριθμών με μονάδες διαφορετικής τάξης.
- Η απόκτηση από το μαθητή της ευχέρειας στην παραπάνω δεξιότητα, επιτρέπει τη χρησιμοποίησή της για την οργάνωση δραστηριοτήτων, που θα έχουν σαν στόχο την πλήρη **κατανόηση** της σημασίας των βημάτων των αλγορίθμων Αυτό μπορεί να γίνει με την παράλληλη εκτέλεση των πράξεων σε συμβολικό και σε εικονιστικό ή πραξιακό **επίπεδο αναπαράστασης**.
- Για να διευκολυνθεί η **συγκέντρωση** της προσοχής του παιδιού, αυτό ασκείται με ποιικίλες δραστηριότητες στην αρχική εκτίμηση του αποτελέσματος και τον τελικό του έλεγχο και στο να διακρίνει και να συνδέει σωστά τα σύμβολα με το σχετικό λεξιλόγιο.
- Η συγκέντρωση της προσοχής του παιδιού μπορεί επίσης να υποστηριχθεί και με τη χρήση ενός παλιού και οικείου μέσου, που είναι γνωστό σαν «παράθυρο» ή «οθόνη». Πρόκειται για ένα χαρτόνι με ανοίγματα, που επιτρέπουν την εμφάνιση μόνο των αριθμών που κάθε φορά συμμετέχουν στην πράξη.
- Στις περιπτώσεις των παιδιών που, παρά τη χρήση των παραπάνω ή και άλλων παρόμοιων διδακτικών ρυθμίσεων, δεν μπορούν να μάθουν το σχετικό αλγόριθμο, αξίζει να δοκιμασθούν πιο ριζοσπαστικά μέτρα, όπως ένας διαφορετικός (εναλλακτικός) αλγόριθμος. Οι εναλλακτικοί αλγόριθμοι διακρίνονται για τις μικρότερες γνωστικές απαιτήσεις που θέτουν και τη μικρότερη φόρτιση της μνήμης, κάτι που κάνει τους υποστηρικτές τους να τους θεωρούν ως πολύ καταλληλότερους για μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες στα Μαθηματικά.

6.5. Επίλυση προβλημάτων

Η επίλυση προβλημάτων είναι μια σύνθετη διαδικασία, η αποτελεσματικότητα της οποίας εξαρτάται από την ικανότητα του ατόμου να επισημαίνει και να επεξεργάζεται σωστά τις αναγκαίες πληροφορίες, να βγάζει συμπεράσματα, να προβλέπει, να εκτιμά και να επιλέγει κατάλληλες ακολουθίες ενεργειών. Σημαντικές διδακτικές αρχές που μπορούν να βελτιώσουν σε μεγάλο βαθμό την ικανότητα των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες στην επίλυση προβλημάτων αναφέρονται στη συνέχεια:

Σωστή αξιοποίηση πληροφοριών:

- Η επισημάνση των κρίσιμων πληροφοριών για την κατασκευή της **νοητικής αναπαράστασης** του προβλήματος είναι μια θεμελιώδης δεξιότητα η οποία αποκτάται από το μαθητή όταν αξιοποιούνται στο μέγιστο και δυνατό βαθμό όλες οι **αντιληπτικές του δίοδοι**, λαμβάνοντας υπόψη το γνωστικό του ύψος.
- Ένας μαθητής ο οποίος έχει δυσκολίες στη χρήση ενός συμβολικού συστήματος (όπως αυτό της γλώσσας), θα πρέπει να έχει την ευκαιρία της **πολυαισθητηριακής** προσέγγισης του προβλήματος, ώστε να σχηματίσει της απαραίτητες νοητικές αναπαραστάσεις των εννοιών που περιέχονται στην πράξη ή το πρόβλημα αλλά και να κάνει τις απαιτούμενες ενέργειες που οδηγούν στη ορθή επίλυση του προβλήματος. Προς αυτή την κατεύθυνση βοηθητική είναι η χρήση υλικών και αντικειμένων της καθημερινής ζωής του μαθητή, τα οποία διαμορφώνουν πραγματικές καταστάσεις λύσης προβλημάτων και προκαλούν το μαθητή να ασχοληθεί, αφού έτσι αποκτά και προσωπικό ενδιαφέρον. Για παράδειγμα, το δεκαδικό σύστημα αποκτά νόημα για το μαθητή όταν γίνεται χρήση των χρημάτων και των υποδιαίρεσεων.
- Σύμφωνα με τη Μ. Παπανδρέου (2000), **η διαχείριση των δεδομένων του προβλήματος** θεωρείται η πιο καθοριστική φάση στη διαδικασία επίλυσης του προβλήματος και για να μπορέσουν όμως τα παιδιά να ανακαλύψουν τρόπους που θα τα βοηθήσουν να ελέγξουν τα δεδομένα του πρέπει να κατανοήσουν το περιεχόμενο του. Η ίδια τονίζει το ρόλο που έχουν οι **ιστορίες** μέσα από τα λογοτεχνικά κείμενα που εξασφαλίζουν ένα περιεχόμενο με σημασία για τα παιδιά, διότι εμπλέκει τους μαθητές σε μια συγκεκριμένη κατάσταση, τους δίνουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν γενικές στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, να δοκιμάσουν διαφορετικές τεχνικές χωρίς περιορισμούς, να αναγνωρίσουν ότι υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι επίλυσης ενός προβλήματος. Γενικά η δυναμική των λογοτεχνικών κειμένων δημιουργεί ένα πλαίσιο, μέσα στο οποίο οι μαθητές μπορούν να χειριστούν μαθηματικές έννοιες και σχέσεις, μαθηματικά σύμβολα, καθώς και διαδικασίες επίλυσης.

Κατανόηση μαθηματικού λεξιλογίου και συμβόλων:

- Ένα από τα χαρακτηριστικά των παιδιών με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες είναι οι αδυναμίες στη σύνδεση των λέξεων και των συμβόλων των Μαθηματικών, με το νόημα και το λειτουργικό τους ρόλο. Ειδικά στην περίπτωση των λέξεων, η δυσκολία μπορεί να αφορά λέξεις με ειδικό μαθηματικό περιεχόμενο ή να συνδέεται με λέξεις που στα πλαίσια των προβλημάτων **σηματοδοτούν** την εκτέλεση συγκεκριμένων πράξεων. Παραδείγματα τέτοιων λέξεων είναι οι λέξεις - αριθμοί ή λέξεις όπως κερδίζω, χάνω, παίρνω, δίνω κλπ. Η εννοιολογική διευκρίνιση αυτών των λέξεων απαιτεί ειδική εξάσκηση, αφού **η άκριτη χρήση της στρατηγικής εύρεσης λέξεων-κλειδιών** μπορεί να οδηγήσει α) σε μηχανιστική διαχείριση του προβλήματος και β) σε λανθασμένη διαδικασία επίλυσης, όπως φαίνεται κι από τους τύπους προβλημάτων που αναφέρθηκαν παραπάνω. Η γλωσσική έκφραση του προβλήματος πρέπει να είναι προσεκτική και να ξεκινά από το τι αντιλαμβάνεται ο μαθητής κι όχι από το τι απαιτεί το πρόβλημα ή τι αναμένει ο δάσκαλος.

- Διευκολυντική επίσης στο τομέα αυτό είναι η **χρήση της παράφρασης**. Αρκετές έρευνες επισημαίνουν το σημαντικό ρόλο του λεκτικού κώδικα και τονίζουν ότι οι λεκτικές επιλογές του εκπαιδευτικού είναι ένας από τους αστάθμητους παράγοντες, που ευθύνονται κατά ένα μεγάλο μέρος γι' αυτό που ονομάζουμε «κακοδαιμονία του μαθήματος των Μαθηματικών» στη χώρα μας. Ο γλωσσικός κώδικας του δασκάλου πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πλησιέστερα προς το επίπεδο του γλωσσικού κώδικα του μαθητή, διότι έτσι μόνο ο μαθητής αυτός θα αντιλαμβάνεται καλύτερα και θα δομεί τις αναπαραστάσεις και σκέψεις του.
- Τα αριθμητικά σύμβολα στα προβλήματα μπορούν να παρουσιάζονται παράλληλα με τις λέξεις -αριθμούς ή ακόμη και με μια ημι- συγκεκριμένη αναπαράσταση της ποσότητας, π.χ. την ακουστική παρουσίαση και την εικονοποίηση του προβλήματος προκειμένου να μπορέσει το παιδί να συγκεντρωθεί στο χειρισμό του προβλήματος.

Επιλογή κατάλληλης πράξης και εκτίμηση του αποτελέσματος.

- Συχνά τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες δεν είναι σε θέση να βάλουν στη σωστή σειρά τις ενέργειές τους. Όχι σπάνια, επίσης αδυνατούν να επιλέξουν την αριθμητική πράξη, με την οποία θα μπορέσουν να βρουν το ζητούμενο που τους ενδιαφέρει και απαιτείται μια λεπτή διάκριση ανάμεσα στην ακολουθούμενη διαδικασία επίλυσης του προβλήματος και στο τελικό αποτέλεσμα που ο μαθητής βρίσκει. Έχει ιδιαίτερη σημασία ο μαθητής να επιτυγχάνει στη σκέψη και αυτό να μην επισκιάζεται από λανθασμένες πράξεις.

Συνεπώς απαιτείται :

- Θεμελίωση της έννοιας των πράξεων, με δραστηριότητες όμοιες με αυτές που χρησιμοποιούνται κατά την εισαγωγή των μεμονωμένων πράξεων.
- Άσκηση σε νοερούς υπολογισμούς
- Παρουσίαση εκτελεσμένων πράξεων, μερικές από τις οποίες θα είναι σωστές και μερικές πολύ λαθεμένες και την προτροπή του παιδιού να επισημάνει τις δεύτερες.
- η λειτουργική κατανόηση της δομής του αριθμητικού συστήματος.
- Η **γενίκευση της μάθησης** σε όσο το δυνατόν περισσότερες περιπτώσεις. Οι έννοιες των προβλημάτων πρέπει να παρουσιάζονται με ποικίλους τρόπους οι οποίοι να εξυπηρετούν την αναπαράστασή τους και τη συνειδητοποίηση από το μαθητή ότι οι μαθηματικές του γνώσεις θα τον βοηθήσουν στην καθημερινή του ζωή. Τα προβλήματα θα πρέπει να αναφέρονται στην καθημερινή ζωή και στα ενδιαφέροντα των μαθητών (π.χ. καθημερινές συναλλαγές, αθλητισμός, συλλογές κ.ά.).

Η αξιοποίηση της τεχνολογίας των Η/Υ στην εκπαίδευση προσφέρει επίσης πολλές δυνατότητες για την εκπαιδευτική παρέμβαση στο χώρο των Μαθησιακών Δυσκολιών στα Μαθηματικά, καθώς η εφαρμογή των **νέων τεχνολογιών** συμβάλλει στην άμβλυνση των μαθησιακών δυσκολιών που συναντούν οι μαθητές και τους προσφέρει το περιβάλλον, στο οποίο οι αδυναμίες τους όχι μόνο δεν υπογραμμίζονται αλλά και ξεπερνιούνται. Στα διαδραστικά, κυρίως, προγράμματα των Νέων Τεχνολογιών βρίσκει την εφαρμογή της και η πρόταση των ειδικών για πολυαισθητηριακή διδακτική προσέγγιση.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Arnold, S. (1996). *Metacognition and mathematical problem solving*. University of Newcastle.
- Bley, N. S. & Thornton, C. A. (1995). *Teaching Mathematics to Students with Learning Disabilities*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Gaddes, W. & Edgell, D. (1994). *Learning disabilities and brain function: A neuro-psychological approach*. New York: Springer-Verlag.
- Garofalo, J. (1987). Metacognition and school mathematics. *Arithmetic Teacher*, 34 (9):22-23.
- Geary, D. & Hoard, M. (2001). Numerical and Arithmetical deficits in learning-disabled children: Relation to dyscalculia and dyslexia. *Aphasiology*, 15(7).
- Geary, D. (1994). *Children's Mathematical Development: Research and Practical Applications*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Gelman, R. (1972). Logical capacity of very young children: Number invariance rules, *Child Development*, 43, Society for Research in Child Development.
- Gelman, R. & Gallistel, C.R. (1979). *The Child's Understanding of Number*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gold, S. & Sherry, L. (1984). Hyperactivity, learning disabilities, and alcohol, *Journal of Learning Disabilities*, 17:3-6.
- Goos, M. & Galbraith, P. (1996). Do it this way! Metacognitive strategies in collaborative mathematical problem solving. *Educational Studies in Mathematics*, 30:229-260.
- Lerner, J. (1993). *Learning disabilities: Theories, Diagnosis & Teaching Strategies*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Mayer, R. (1985). *Mathematical ability, in Human Abilities: an Information Processing Approach*. N.Y.: R. Sternberg, N.H. Freeman & Co.
- Meadows, S. (1993). *The child as thinker: the development and acquisition of cognition in childhood* London: Routledge.
- Miller, S. & Mercer, C. (1998). Educational Aspects of Mathematics Disabilities. Στο D. Rivera, (επιμ). *Mathematics Education for Students with Learning Disabilities* (σσ. 81-96). Austin, TX: Pro-Ed.
- Μαυριδίου, Α. (1995). Η αποτελεσματικότητα του Ηλεκτρονικού Υπολογιστή ως διδακτικού μέσου στα Μαθηματικά, *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 84:12-15.
- Αγαλιώτης, Ι. (1993). Η σημασία και τα όρια των μεθόδων πρώιμης διάγνωσης των Ειδικών Αναγκών. *περ. Σχολείο και Ζωή*, 41(2): 391-402.
- Αγαλιώτης, Ι. (2000). *Μαθησιακές Δυσκολίες στα Μαθηματικά*, β' εκδ., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Βάινας, Κ. & Βάινα, Μ. (1989). Μαθηματική γλώσσα του μαθήματος των μαθηματικών, *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 48:45.
- Βάινας, Κ. & Βάινα, Μ. (1989). Μαθηματική γλώσσα του μαθήματος των μαθηματικών, *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 49:61.
- Βοσνιάδου, Σ. (2000). *Η Ψυχολογία των Μαθηματικών*. Αθήνα: Gutenberg.
- Βότσος, Ι. (1997). *Τα μαθηματικά στο δημοτικό σχολείο*. Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής.
- Δημητρίου, Α. (1993). *Γνωστική Ανάπτυξη - Μοντέλα - Μέθοδοι Εφαρμογές*. Τόμος Ι. Θεσσαλονίκη: Art of Text.
- Καραντζής, Ι. (1992). Παράλληλισμός μαθηματικών εννοιών με σχήματα, *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 67:73-80.
- Καραντζής, Ι. (2001). *Τα προβλήματα της μνήμης των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες στην Αριθμητική και την Ανάγνωση*. Αθήνα: Τυπωθήτω-Δαρδανός.
- Καραντζής, Ι. (2001α). Η σχέση των προμαθηματικών εννοιών με την επίδοση των παιδιών στην Αριθμητική, *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 116:75-85.
- Κασσωτάκης, Μ. & Φλουρής, Γ. (2001). *Μάθηση και Διδασκαλία*. τομ. Α', Αθήνα: ιδίων.
- Καψάλης, Α. (1983). *Παιδαγωγική Ψυχολογία*, Θεσσαλονίκη: Κυριακίδη.
- Καψάλης, Α. & Λεμονίδης, Χ. (1999). Σύγχρονες Τάσεις της Διδακτικής των Μαθηματικών, *ΜΑΚΕΔΟΝΟΝ*, 6:95-115.
- Κολέζα, Ε. (2000). *Γνωσιολογική και Διδακτική προσέγγιση των Στοιχειωδών Μαθηματικών εννοιών*. Αθήνα: Leader Books.
- Κολιάδης, Ε. (1997). *Θεωρίες μάθησης και εκπαιδευτική πράξη*. τόμος Γ' δ' εκδ., Αθήνα: ιδίου.
- Κολιάδης, Ε. (2002). *Γνωστική Ψυχολογία- Γνωστική Νευροεπιστήμη και εκπαιδευτική πράξη*. Αθήνα: ιδίου.

- Κρασσανάκης, Γ. (1978). *Η γένεση της έννοιας της ποσότητας και του αριθμού στο παιδί - θεωρία J. Piaget*. Αθήνα: ιδίου.
- Κρασσανάκης, Γ. (1983). *Η ψυχολογία της νοημοσύνης*. Αθήνα: ιδίου.
- Κρουσταλάκης, Γ. (2003). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες*. Αθήνα: ιδίου.
- Κυπριωτάκης, Α. (2001). *Μια παιδαγωγική - ένα σχολείο για όλα τα παιδιά*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1992). *Γνωστική Ψυχολογία*. Θεσσαλονίκη: Art of Text.
- Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1997). *Ψυχολογία της Σκέψης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Λεμονίδης, Χ. (2001). *Περίπατος στη μάθηση της Στοιχειώδους Αριθμητικής*. Θεσσαλονίκη: Αφοί Κυριακίδη.
- Λεμονίδης, Χ. (2003). *Μια νέα πρόταση διδασκαλίας των Μαθηματικών στις πρώτες τάξεις του Δημοτικού Σχολείου*. Αθήνα: Πατάκη.
- Λεμονίδης, Χ. (1998). Διδασκαλία των πρώτων αριθμητικών εννοιών. *Ερευνητική Διάσταση*, 1:87-121.
- Μαρικοβίτης, Μ. & Τζουριάδου, Μ. (1991). *Μαθησιακές Δυσκολίες, θεωρία και πράξη*. Θεσσαλονίκη: Προμηθεύς.
- Ματσαγγούρας, Η. (1998). *Στρατηγικές Διδασκαλίας*. 4η έκδ, Αθήνα: Gutenberg.
- Ματσαγγούρας, Η. (1999). *Η σχολική τάξη*. Αθήνα: ιδίου.
- Ματσαγγούρας, Η. (2000). *Ομαδοσυνεργατική Διδασκαλία και Μάθηση*. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Μιχελουγιάννης, Ι. & Τζενάκη, Μ. (2000). *Μαθησιακές Δυσκολίες*. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Παντελιάδου, Σ. (2000). *Μαθησιακές Δυσκολίες και εκπαιδευτική πράξη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδάκη, Μ. (1998). Διδασκαλία μαθηματικών με Ηλεκτρονικούς υπολογιστές. *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 99:57-62.
- Παπανδρέου, Μ. (2000). *Μαθηματικές έννοιες και επίλυση προβλημάτων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Περινλειδάκης, Γ. & Τρούλης, Γ. (1999). Τα μαθηματικά ως παράγοντας σχολικής αποτυχίας και οι συνέπειες της. Το φαινόμενο της αναπτυξιακής δυσαριθμησίας. Στο *Σχολική αποτυχία και Κοινωνικός αποκλεισμός. Αιτίες, συνέπειες και αντιμετώπιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Περινλειδάκης, Γ. (2003). *Μαθησιακές δυσκολίες στα Μαθηματικά σε παιδιά δημοτικού σχολείου με κανονική νοημοσύνη - Δυσαριθμησία (Διάγνωση - Αντιμετώπιση)*. Διδακτορική διατριβή, Π.Τ.Δ.Ε. Πανεπιστημίου Κρήτης.
- Πολυδωρίδου-Κοντογιαννοπούλου, Γ. (1991). Οι εκπαιδευτικές και κοινωνικές διαστάσεις της χρήσης νέων τεχνολογιών στο σχολείο. *Σύγχρονα θέματα*, 46-47:77-93.
- Πόροπδας, Κ. (2003). *Η Μάθηση και οι δυσκολίες της (Γνωστική προσέγγιση)*. Πάτρα: ιδίου.
- Πυργιωτάκης, Ι. (2000). *Εισαγωγή στην παιδαγωγική επιστήμη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ράπτη, Μ. (2002). *Τα λάθη των μαθητών και ο ρόλος τους στη διαδικασία της μάθησης*. Αθήνα: Gutenberg.
- Ράπτη, Α. & Ράπτη, Α. (2002). *Μάθηση και διδασκαλία στην εποχή της πληροφορικής: Ολική προσέγγιση, Α' τόμος*. Αθήνα: ιδίου.
- Σαλβαράς, Ι. (1989). *Διδακτική Μαθηματικών του Δημοτικού Σχολείου*. Αθήνα: Εκπαιδευτήρια Κωστέα - Γείτονα.
- Τελίδου, Θ. (2003). Χρήση μεταγνωστικών στρατηγικών κατά τη διδακτική διαδικασία των μαθηματικών. *Πρακτικά της 3^{ης} Διημερίδας Διδακτικής των Μαθηματικών*, Π.Τ.Δ.Ε., Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Τζεκάκη, Μ. (2002). *Μαθηματικές δραστηριότητες για την προσχολική ηλικία*. Αθήνα: Gutenberg.
- Τζαρός, Γ. (1996). Η σημασία του προσδιορισμού της διάγνωσης ως προς τις Ειδικές Μαθησιακές Διαταραχές. *10ο Παγκόσμιο Συνέδριο του Διεθνούς Κολlegίου Παιδιατρικής και Φροντίδας του Παιδιού: Ειρηνική Ιατρική (Περίληψεις εργασιών:34)*. Αθήνα.
- Τζουριάδου, Μ. (1987). *Μαθησιακές δυσκολίες*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Προμηθεύς.
- Τουμάσης, Μπ. (2002). *Σύγχρονη Διδακτική των Μαθηματικών*. Αθήνα: Gutenberg.
- Τρούλης, Γ. (1992). *Τα μαθηματικά στο δημοτικό σχολείο - Διδακτική προσέγγιση*. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Τρούλης, Γ. & Περινλειδάκης, Γ. (1999). Τα μαθηματικά ως παράγοντας σχολικής αποτυχίας και οι συνέπειες της. Το φαινόμενο της αναπτυξιακής δυσαριθμησίας. Στο *Σχολική αποτυχία και Κοινωνικός αποκλεισμός. Αιτίες, συνέπειες και αντιμετώπιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Φιλίππου, Γ. & Χρίστου, Κ. (1995). *Διδακτική των Μαθηματικών*. Αθήνα: Δαρδανός.
- Φουστάνα, Αγγ. (2005). Αναπτυξιακή Δυσαριθμησία. Στο Γ. Παπαδάτος (επιμ). *Θέματα Μαθησιακών Δυσκολιών και Δυσλεξίας*. Αθήνα: ιδίου.
- Χατζηγεωργίου, Α. (1990). Η πρόσθεση και η αφαίρεση στους ακεραίους. Δυσκολίες και λάθη των μαθητών, *Ευκλείδης Γ'*, 27:8-27.
- Χατζηλάκος, Θ. (6/9/2001). Τι γυρεύουν οι υπολογιστές στα σχολεία μας, άρθρο στην εφημερίδα *Ελεύθερος*.
- Χρηστάκης, Κ. (2000). *Ιδιαίτερες δυσκολίες και ανάγκες στο δημοτικό σχολείο*. Αθήνα: Ατραπός.
- Χριστοφορίδη-Ενρίκας, Α. (1998). *Παίζω και καταλαβαίνω*. Αθήνα: Ενταρμές.

ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Βασίλειος Στεργίου

Πρόκειται για σοβαρές νευροψυχιατρικές καταστάσεις που οφείλονται σε ποικίλες νευροχημικές και λειτουργικές διαταραχές της εγκεφαλικής λειτουργίας. Εκδηλώνονται στα πρώτα έτη και διαρκούν εφόρου ζωής. Χαρακτηρίζονται από α) ποικίλης βαρύτητας ελλείμματα στην επικοινωνία, στη κοινωνική αλληλεπίδραση και κατανόηση, β) ακαμψία της σκέψης και της φαντασίας, γ) περιορισμένα, μονότονα, στερεότυπα, επαναληπτικά πρότυπα συμπεριφοράς και δ) διαταραχές στην ανάπτυξη του λόγου.

Κάνοντας μία ιστορική αναδρομή, πρώτος ο βρετανός ψυχίατρος Henry Maudsley το 1867 παρατήρησε παιδιά με παράξενη συμπεριφορά, αναπτυξιακή καθήλωση και διαταραγμένη κοινωνική επαφή. Ο όρος «αυτισμός», ο οποίος προέρχεται ετυμολογικά από την ελληνική λέξη «εαυτός» και, ουσιαστικά, υποδηλώνει την απόσυρση του ενδιαφέροντος από τα εξωτερικά αντικείμενα και την αναδίπλωση και προσκόλληση στον ίδιο τον εαυτό, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Ελβετό ψυχίατρο Eugen Bleuler το 1911. Ο Bleuler εισήγαγε τον όρο αυτό μέσα στα πλαίσια της αποδιοργάνωσης που παρατηρείται στη σχιζοφρένεια και όχι ως ξεχωριστή κλινική οντότητα. Ο Leo Kanner το 1943, πρώτος περιέγραψε τη διαταραχή, στην οποία προσέδωσε την ονομασία: «βρεφονηπιακός αυτισμός». Επιχείρησε, μάλιστα, να αποδώσει την αιτιοπαθολογία της διαταραχής στην ανεπαρκή γονεϊκή φροντίδα. Ο ίδιος εισήγαγε το πολυχρησιμοποιούμενο για πολλές δεκαετίες όρο: «γονείς ψυγεία». Ένα χρόνο αργότερα, ο αυστριακός ψυχίατρος Hans Asperger παρατήρησε παιδιά με ηπιότερα ελλείμματα αυτιστικού τύπου. Σε αυτόν αποδόθηκε η ομώνυμη διαταραχή (Διαταραχή (σύνδρομο) Asperger). Ο Rimland το 1964 και οι Schopler και Reichler το 1971 θεώρησαν ότι, ο αυτισμός είναι μία χρόνια αναπτυξιακή διαταραχή οργανικής αιτιολογίας: μία άποψη, η οποία πλέον είναι ευρέως αποδεκτή.

Όσον αφορά την αιτιολογία των διαταραχών αυτών, είναι ιδιαίτερης σημασίας η γνώση ότι έχουν οργανική, βιολογική βάση. Οι παλαιότερες «ψυχολογικές-ψυχαναλυτικές» θεωρήσεις, οι οποίες απέδιδαν τις διαταραχές αυτές σε ανεπαρκή γονεϊκή φροντίδα, σε μία ψυχρή, απορριπτική μητέρα και σε ένα αδιάφορο, απόμακρο συναισθηματικά πατέρα («γονείς ψυγεία») θεωρούνται πλέον αντιεπιστημονικές και οδηγούν τους γονείς σε αδικαιολόγητες τύψεις και ενοχές. Δεν έχουν διαπιστωθεί διαφορές ως προς την προσωπικότητα και τον τρόπο φροντίδας και ανατροφής των γονέων παιδιών με αυτισμό. Πιθανόν, η περιγραφόμενη γονεϊκή ψυχρότητα αντανακλά τα αισθήματα απογοήτευσης και ανημποριάς των γονέων. Είναι ίσως το αποτέλεσμα της έλλειψης ανταμοιβών του γονέα παιδιού με αυτισμό.

Αν και είναι επιβεβαιωμένη πλέον η οργανική βάση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, εντούτοις δεν έχουν ακόμα ανεβρεθεί ή πιστοποιηθεί κάποια συγκεκριμένη αιτία. Έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες, όπως: α) ιατρικές καταστάσεις (συσχέτιση με την επιληψία, την οζώδη σκλήρυνση και το σύνδρομο του εύθραυστου Χ χρωμοσώματος), β) Ανωμαλίες στην ανάπτυξη του εγκεφάλου κατά την εμβρυϊκή περίοδο, όπως μικρογυρία και διαταραχές στη διαδικασία μετανάστευσης, γ) Περιγεννητικοί παράγοντες, κυρίως η περιγεννητική ανοξία και τα τραύματα, δ) Νευροχημικοί παράγοντες, όπως αυξημένη συγκέντρωση σεροτονίνης, ε) Νευροανατομικοί παράγοντες και στ) Γενετικοί-

γονιδιακοί παράγοντες. Ιδιαίτερα δημοφιλής, τα τελευταία χρόνια, είναι η θεωρία της ανεπαρκούς ανάπτυξης-υπολειτουργίας του «κατοπτρικού συστήματος νευρώνων» («mirror neuronal system»). Το σύστημα αυτό νευρικών κυττάρων εντοπίζεται σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου και εξυπηρετεί τις λειτουργίες μίμησης προτύπου και προσαρμογής στο περιβάλλον. Αναπτύσσεται και εμφανίζει αυξημένη λειτουργική δραστηριότητα κατά τη βρεφική, νηπιακή και παιδική ηλικία και ολοκληρώνει τις διαδικασίες: παρατήρηση-μίμηση-πράξη. Θεωρείται το κυρίαρχο σύστημα, μέσα από το οποίο διεκπεραιώνεται η κοινωνική προσαρμογή. Έχει φανεί με λειτουργικές απεικονιστικές μεθόδους του εγκεφάλου (PET, f-MRI) ότι υπολειτουργεί στις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος.

Οι επικρατέστερες νευροψυχολογικές θεωρίες, οι οποίες επιχειρούν να ερμηνεύσουν, έστω και κάτω από ένα θεωρητικό πρίσμα, τις διαταραχές αυτές είναι:

α) **Η θεωρία του νου ή «νοητική τύφλωση»**, σύμφωνα με την οποία το κεντρικό πρόβλημα αποτελεί η εγγενής δυσχέρεια στην ικανότητα κατανόησης των σκέψεων, προθέσεων και συναισθημάτων των άλλων, αλλά και των σκέψεων και συναισθημάτων του ίδιου του ατόμου για τους άλλους, με αποτέλεσμα να εκδηλώνονται διαταραχές στη κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση, στη συναισθηματική αντιστοίχιση, στην ανάπτυξης «συνειδητοποίησης» εαυτού και αυτοβιογραφικής (βιωματικής) μνήμης. Χαρακτηριστικές είναι οι απαντήσεις των περισσότερων παιδιών με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος στο πείραμα Σάλλυ/Αν: Η Σάλλυ και η Αν είναι δύο κούκλες. Η Σάλλυ έχει ένα καλάθι και η Αν ένα κουτί. Στην ιστορία, η οποία εκτυλίσσεται μπροστά στο παιδί, η Σάλλυ βάζει ένα βώλο μέσα στο καλάθι της, ενώ η Αν την παρατηρεί. Η Σάλλυ απομακρύνεται και η Αν τοποθετεί κρυφά το βώλο στο κουτί της. Έπειτα τίθεται η εξής ερώτηση στο υπό εξέταση παιδί: «Που θα ψάξει η Σάλλυ για να βρει το βώλο της;». Τα περισσότερα παιδιά με αυτιστική διαταραχή απαντούν ότι η Σάλλυ θα πρέπει να ψάξει στο κουτί της Αν, αδυνατώντας να κατανοήσουν ότι η μετακίνηση του βώλου έγινε τη στιγμή που η Σάλλυ απουσίαζε. Παρόμοια είναι και η δοκιμασία με τις καραμέλες Smarties, σύμφωνα με το οποίο ζητείται από το παιδί ναμαντέψει το περιεχόμενο ενός κουτιού Smarties. Μόλις το παιδί απαντήσει ότι το κουτί περιέχει καραμέλες, του παρουσιάζεται μέσα από το κουτί ένα στυλό. Εν συνεχεία, τίθεται η εξής ερώτηση: «τι θα απαντούσε ένα άλλο παιδί στη θέση σου;». Τα παιδιά με αυτιστική διαταραχή δίνουν σταθερά την απάντηση: «ένα στυλό».

β) **Η διαταραχή της κεντρικής συνοχής**, η οποία αφορά την ικανότητα επιλογής των κατάλληλων πληροφοριών, για να τεθεί νόημα ανάλογα με το πλαίσιο δράσης. Γι' αυτό το λόγο, τα παιδιά με αυτιστική διαταραχή παρουσιάζουν δυσχέρεια αντίληψης του συνόλου με αποτέλεσμα την επικέντρωση της προσοχής αποσπασματικά σε επιμέρους τμήματα, την προσκόλληση στις λεπτομέρειες, την εμμονή στο ίδιο, την προτίμηση στο γνωστό, τις στερεοτυπίες, το υπερβολικό πείσμα και αντίσταση στις αλλαγές και η αδυναμία συμμόρφωσης.

γ) **Η διαταραχή στις εκτελεστικές λειτουργίες** με αποτέλεσμα τη δυσχέρεια εφαρμογής μίας στρατηγικής επίλυσης προβλημάτων για την επίτευξη κάποιου στόχου και τη παρουσία ελλειμμάτων στο φανταστικό παιχνίδι και την ικανότητα συμβολισμού.

Σύμφωνα με την τελευταία κατάταξη (1994) της αμερικάνικης ψυχιατρικής εταιρείας (DSM-IV-TR) διακρίνονται στις εξής επιμέρους διαταραχές: α) Αυτιστική διαταραχή (βρεφονηπιακός αυτισμός του Kanner), β) Διαταραχή (σύνδρομο) Asperger, γ) Διαταραχή Rett, δ) Αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας (σύνδρομο Heller) και ε) Αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη άλλως. Οι δύο πρώτες είναι οι συχνότερες, με συχνότητα εμφάνισης της τάξης του 12-20/10.000 και 36/10.000 παιδιά αντίστοιχα, ενώ η διαταραχή Rett και η αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας είναι εξαιρετικά σπάνιες.

Οι διαταραχές αυτές, σύμφωνα με τις νεώτερες απόψεις, αποτελούν ένα συνεχές ή φάσμα, το οποίο περιλαμβάνει τις εξαιρετικά σοβαρές μορφές αυτισμού με συνοδό ήπια ως σοβαρή νοητική υστέρηση, σχεδόν παντελή απουσία κοινωνικής επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης, απουσία ανάπτυξης λόγου, συχνή συνοσηρότητα με επιληψία και κακή πρόγνωση ως τις ήπιες μορφές, οι οποίες περιλαμβάνουν τη διαταραχή Asperger ή, όπως συχνά ορίζεται τελευταία, αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας, όπου τα ελλείμματα είναι σχετικά περιορισμένα. Κυριαρχούν σε συχνότητα στα αγόρια, σε αναλογία από 3 ως 10 προς 1 σε σχέση με τα κορίτσια. Εντούτοις, στις σοβαρές μορφές και επί συνύπαρξης νοητικής υστέρησης, η αναλογία τείνει να γίνει 1/1. Δεν σχετίζονται επιδημιολογικά με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ή τη γεωγραφική κατανομή. Μόνο το 30% των παιδιών με αυτισμό έχει δείκτη νοημοσύνης (Δ.Ν., IQ) > 70, ενώ τα παιδιά με διαταραχή Asperger διαθέτουν φυσιολογικό νοητικό δυναμικό. Ουσιαστικά, οι διαφορές ανάμεσα στη διαταραχή Asperger και την αυτιστική διαταραχή είναι ότι, στην πρώτη δεν παρατηρείται καθυστέρηση στη γλωσσική ανάπτυξη, τη γνωστική ανάπτυξη και τις, σύμφωνα με την ηλικία, δεξιότητες (με εξαίρεση τις κοινωνικές δεξιότητες), ενώ το νοητικό δυναμικό είναι στα φυσιολογικά πλαίσια.

Τα γενικά συμπεριφορικά χαρακτηριστικά του αυτισμού είναι τα εξής: η τάση προς απομόνωση σε συνδυασμό με έλλειψη ενδιαφέροντος ή αδυναμία σύναψης σχέσεων με άλλα παιδιά, οι διαταραχές του λόγου με συχνή απουσία επικοινωνιακού λόγου, το μονότονο, επαναληπτικό, χωρίς φαντασία παιχνίδι, οι στερεοτυπίες και εμμονές, οι διαταραχές της προσοχής, η αδυναμία συνεργασίας σε ομαδικές δραστηριότητες και η έντονη δυσανεξία στις αλλαγές.

Υποψία, όσον αφορά την παρουσία αυτιστικής διαταραχής, μπορεί να τεθεί από τους γονείς ήδη από τη βρεφική ηλικία. Το βρέφος με αυτισμό παρουσιάζει απουσία ενδιαφέροντος για την ανθρώπινη φωνή, επικεντρώνει την προσοχή του σε επιμέρους τμήματα του σώματος, έχει την τάση να αντιμετωπίζει τους ανθρώπους ως αντικείμενα και συχνά εμφανίζει μυϊκή υπερτονία ή υποτονία. Οι μητέρες συχνά περιγράφουν ότι νιώθουν ότι έχουν στην αγκαλιά τους ή ότι αγγίζουν ένα «ψυχρό αντικείμενο» και όχι ένα «ζεστό, τρυφερό μωρό». Καθώς το βρέφος αναπτύσσεται σωματικά, το μεταβατικό αντικείμενο απουσιάζει ή χρησιμοποιεί ασυνήθη μεταβατικά αντικείμενα, συνήθως σκληρής υφής. Εμφανείς είναι, επίσης, οι διαταραχές στη συνδυαστική προσοχή, η οποία αφορά την ικανότητα προσέλευσης της προσοχής κάποιου άλλου στο ερέθισμα στο οποίο έχει ήδη το ίδιο στρέψει την προσοχή του με τη χρήση του βλέμματος και των κινήσεων του σώματος ενώ το κοινωνικό χαμόγελο απουσιάζει. Καθώς το παιδί μεγαλώνει, οπότε οι απαιτήσεις για κοινωνικοποίηση και ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων αυξάνουν, τα ελλείμματα γίνονται περισσότερο εμφανή, ενώ τότε μπορεί να τεθεί η διάγνωση για τις ηπιότερες μορφές αυτισμού.

Στη νηπιακή ηλικία παρατηρούνται διαταραχές στην κοινωνική μίμηση. Το παιχνίδι είναι μοναχικό, μονότονο, χωρίς φαντασία και με απουσία συμβολισμού. Η συναισθηματική απαντητικότητα είναι περιορισμένη και το νήπιο ανθίσταται πεισματικά στις προτροπές για συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες και για σύναψη σχέσεων. Συνήθως προτιμά να παίζει μόνο του, χρησιμοποιώντας σκληρής, μεταλλικής υφής αντικείμενα τα οποία μπορεί να παράγουν έντονους θορύβους.

Στη σχολική ηλικία, το παιδί με αυτισμό επιδίδεται σε μοναχικές ενασχολήσεις με απουσία κοινωνικών και φιλικών σχέσεων. Διαθέτει περιορισμένα εκφραστικά λεκτικά και μη λεκτικά μέσα επικοινωνίας με τους άλλους και αδυνατεί να κατανοήσει τα παραγγέλματα από τους δασκάλους. Ο λόγος του (εφόσον αναπτύσσεται) είναι ιδιοσυγκρασιακός με στοιχεία εμμονής και συχνά μη επικοινωνιακός. Εμφανής είναι η δυσχέρεια κατανόησης του χιούμορ, των μεταφορών και παρομοιώσεων. Η κατανόηση του λόγου είναι κυριολεκτική

χωρίς δυνατότητα συμβολισμού. Έχει την τάση προσκόλλησης στο ίδιο και το οικείο και δυσανασχετεί έντονα στις αλλαγές. Συχνά αναλώνεται σε μονότονες, στερεότυπες, επαναληπτικές κινήσεις και τελετουργίες, οι οποίες, ορισμένες φορές, έχουν αυτοκαταστροφικό-αυτοτραυματικό χαρακτήρα ή υιοθετεί παράξενες συνήθειες διατροφής, ύπνου, ένδυσης και κόμμωσης. Ελλείμματα παρατηρούνται στη στάση, βάδιση και λεπτή κινητικότητα. Χαρακτηριστικές είναι οι μαθησιακές διαταραχές, όπως η έλλειψη φαντασίας, η αδυναμία γενίκευσης των αποκτηθέντων γνώσεων και δεξιοτήτων και η τάση προς μηχανική επανάληψη. Γενικά, τα παιδιά με αυτιστική διαταραχή παρουσιάζουν ανομοιόμορφη καμπύλη δεξιοτήτων, ενώ σπάνια, στις μορφές υψηλής λειτουργικότητας, επιδεικνύουν ιδιαίτερα μονοδιάστατα ταλέντα (όπως π.χ. στα μαθηματικά ή την επιστήμη της πληροφορικής)

Η διάγνωση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών τίθεται από το αναπτυξιακό ιστορικό και τις πληροφορίες που λαμβάνει ο ειδικός παιδοψυχίατρος από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς, σε συνδυασμό με τη κλινική παρατήρηση και ορισμένες δομημένες νευροψυχολογικές δοκιμασίες (για παράδειγμα η Childhood Autism Rating Scale (CARS)). Συχνά θα πρέπει να γίνει διάκριση-διαφορική διάγνωση από άλλες διαταραχές, οι οποίες μπορεί να μιμηθούν τα συμπτώματα του αυτισμού, όπως είναι: οι διαταραχές λόγου εκφραστικού-αντιληπτικού τύπου, η σχιζοφρένεια με έναρξη στην παιδική ηλικία, η επιλεκτική βωβότητα, η σοβαρή ψυχοκοινωνική αποστέρηση, η σοβαρή νοητική υστέρηση, οι διαταραχές της διάθεσης (κυρίως ή μείζων κατάθλιψη), η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), και ορισμένες διαταραχές προσωπικότητας (σχιζοειδική, ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική).

Η πρόγνωση είναι καλύτερη στα παιδιά με φυσιολογικό δείκτη νοημοσύνης και ανάπτυξη του λόγου. Πάντως, οι ανεπάρκειες στους τομείς των κοινωνικών και ερωτικών σχέσεων είναι εμφανείς στην εφηβική ηλικία και ενήλικη ζωή και η δυνατότητα πλήρους αυτονομίας είναι περιορισμένη. Συχνά, επίσης, εκδηλώνονται και ψυχικές διαταραχές κατά την ενηλικίωση, όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές και η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, ιδιαίτερα εφόσον, με την πρόοδο του χρόνου, το άτομο συνειδητοποιεί τις ανεπάρκειές του στη κοινωνική διαντίδραση και διακατέχεται από αισθήματα μοναξιάς και απαισιοδοξίας.

Όσον αφορά τη θεραπευτική προσέγγιση των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών, ακρογωνιαίο λίθο αποτελεί η συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε ειδικά σχολεία ή σε τμήματα ένταξης γενικών σχολείων. Βασικές αρχές εκπαιδευτικής παρέμβασης είναι οι εξής: α) το δομημένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, β) η σαφής επεξήγηση καθηκόντων, γ) η παράθεση πληροφοριών με οπτικό τρόπο (όχι μόνο λεκτικό), δ) η προτροπή για κοινωνικής διαντίδραση με συμμαθητές που μπορεί να λειτουργήσουν ως πρότυπα προς μίμηση, ε) η προσαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος στις ανάγκες του εκάστοτε μαθητή, στ) η θετική ενίσχυση και η χρήση ανταμοιβών και ε) η άρρηκτη συνεργασία με τον ειδικό παιδοψυχίατρο και τους γονείς.

Απαραίτητη είναι η συμβουλευτική, υποστηρικτική προσέγγιση των γονέων καθώς και, σε ορισμένες περιπτώσεις, η λογοθεραπεία και εργοθεραπεία. Η φαρμακοθεραπεία μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της κλινικής εικόνας και στην αντιμετώπιση των συνοδών ψυχικών διαταραχών (π.χ. κατάθλιψη) ή διαταραχών συμπεριφοράς (π.χ. αυτοτραυματισμοί).

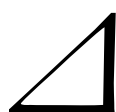
Βιβλιογραφία

- Bryson, S.E. (1997). Epidemiology of autism. *Journal of autism and developmental disorders*, (29):165-167.
- Cohen, I. (2004). Αξιολόγηση, ιατρικά ευρήματα, διαφορική διάγνωση και αντιμετώπιση. *Το παζλ του αυτισμού. Πρακτικά διεθνούς επιστημονικού συμποσίου*, Λάρισα: 43-66.
- Cumine, V., Leach, J. & Stevenson, G. (2000). *Σύνδρομο Asperger – ένας πρακτικός οδηγός για δασκάλους*. Αθήνα: Ελληνική εταιρία προστασίας αυτιστικών ατόμων. Αθήνα: 13-55.
- Frith, U. (1999). Ένας αποσπασματικός κόσμος, η δυσκολία επικοινωνίας, η μοναχικότητα του αυτιστικού παιδιού. *Αυτισμός* (μετάφραση Γ. Καλομοίρης). Θεσσαλονίκη: Ελληνικά γράμματα: 121-177.
- Ιεροδιακόνου, Χ.Σ. (1991). Βρεφονηπιακός αυτισμός και παιδική σχιζοφρένεια. *Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Μαστορίδη: 275-284.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Αυτιστική διαταραχή και άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων-αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Γιώργος Δαρδανός: 319-357.
- Μαυρέας, Κ. (2004). Η εξέλιξη των ατόμων με αυτισμό στην ενήλικη ζωή. *Το παζλ του αυτισμού. Πρακτικά διεθνούς επιστημονικού συμποσίου*. Λάρισα: 73-79.
- Παπαγεωργίου, Β.Α. (2005). *Αναπτυξιακές και ψυχικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας – Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press: 123-148.
- Volkmar, F.R. & Klin A. (2000). *Pervasive developmental disorders. Kaplan & Sadocks' comprehensive textbook of psychiatry seventh edition*. Lippincott Williams & Wilkins CD-ROM.
- Wing L. (1993). The definition and prevalence of autism: *A review*. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2:61-74.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ζωή Θεοδωρίδου

1. Εισαγωγή



εδομένου ότι οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος (Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, Δ.Α.Δ.) δεν θεραπεύονται, αλλά ακολουθούν το άτομο ισόβια, κρίνεται ζωτικής σημασίας η ενίσχυση των δεξιοτήτων εκείνων που θα βελτιώσουν το επίπεδο της λειτουργικότητάς του και, συνακόλουθα, την ποιότητα της ζωής του. Έτσι, η εκπαίδευση παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο στα άτομα με Δ.Α.Δ. και εκτείνεται από τα πρώτα χρόνια (πρώιμη παρέμβαση) μέχρι και μετά την ενηλικίωση, αποσκοπώντας, τότε, αφενός στη διατήρηση των κατακτημένων δεξιοτήτων και αφετέρου στην επίτευξη νέων στόχων που σχετίζονται με τις συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις της ενήλικης κοινωνικής ζωής, αλλά και με την επαγγελματική κατάρτιση.

Χρονολογικά η εκπαίδευση των ατόμων με Δ.Α.Δ. εξελίσσεται κατά αυτόν τον τρόπο:

- Πρώιμη παρέμβαση.
- Προσχολική εκπαίδευση / Νηπιαγωγείο.
- Σχολική εκπαίδευση (Πρωτοβάθμια).
- Σχολική εκπαίδευση (Δευτεροβάθμια).
- Επαγγελματική εκπαίδευση, ή/και
- Πανεπιστημιακή εκπαίδευση.

Στα χρόνια που έχουν μεσολαβήσει από τότε που περιγράφηκε ο αυτισμός έχει προταθεί πληθώρα εκπαιδευτικών παρεμβάσεων. Οι παρεμβάσεις αυτές δυνητικά υποστηρίζονται από ιατρικές υπηρεσίες (π.χ. ψυχίατρο, νευρολόγο), άλλες «θεραπείες» (π.χ. λογοθεραπεία, εργοθεραπεία), πρωτίστως όμως από την ίδια την οικογένεια, οπότε και είναι πιθανότερο να τελεσφορήσουν.

Η επιλογή της καταλληλότερης εκπαιδευτικής προσέγγισης γίνεται εξατομικευμένα (βλ. κεφ. Το εξατομικευμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης) και λαμβάνοντας υπόψη έναν αριθμό παραγόντων που αφορούν στα εξής:

- **Προφίλ δυνατοτήτων και αδυναμιών του ατόμου:**
 - Σημερινό επίπεδο επίδοσης.
 - Προσδοκώμενο επίπεδο επίδοσης.
- **Οικογένεια:**
 - Οικονομικές δυνατότητες.
 - Μορφωτικό επίπεδο.
 - Διάθεση και δυνατότητα για συνεργασία.
- **Κοινωνικό πλαίσιο:**
 - Τόπος διαμονής.
 - Περιβάλλοντα στα οποία κινείται και αναμένεται να κινηθεί το άτομο.

2. Διδακτικά αντικείμενα

Οι απαιτήσεις της εκπαίδευσης των ατόμων με Δ.Α.Δ. είναι ιδιαίτερα αυξημένες, μιας που δεν επαρκούν οι παρεχόμενες από τη γενική εκπαίδευση γνώσεις. Έτσι, σύμφωνα με τα Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών για Μαθητές με Αυτισμό το εξατομικευμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα το παιδιού θα πρέπει να εκτείνεται πέρα από τις προσαρμογές των μαθημάτων του σχολείου (ακαδημαϊκές δεξιότητες) στους παρακάτω τομείς:

1. Κοινωνικές δεξιότητες.
2. Δεξιότητες επικοινωνίας.
3. Δεξιότητες παιχνιδιού.
4. Δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης.

Κάθε ένας από τους παραπάνω τομείς συμβάλλει σημαντικά στην ανέγερση του οικοδομήματος που αναπαριστά την ολόπλευρη ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου με αναπηρία, η οποία ορίζεται και βάσει του Ν. 3699/2008, ως ένας από τους κύριους στόχους της ειδικής αγωγής. Πιο αναλυτικά:

1. Το έλλειμμα στην **κοινωνική συνδιαλλαγή** είναι αυταπόδεικτο στα άτομα με Δ.Α.Δ., αφού αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο της διαταραχής. Ωστόσο, η εκπαίδευση μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά αποτελεσματική και να οδηγήσει στην κατάνκτηση δεξιοτήτων, εφόσον νοηματοδοτήσει για το άτομο τις κοινωνικές συνθήκες μέσα στις οποίες ζει. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι, έρευνες έχουν αποδείξει πώς ακόμη και η δυσκολία στην αναγνώριση συναισθημάτων μειώνεται μετά από συστηματική εκπαίδευση.

2. Οι **επικοινωνιακές δεξιότητες** είναι, επίσης, συχνά διαταραγμένες σε κάποιο βαθμό στα άτομα με Δ.Α.Δ. Μάλιστα, σύμφωνα με κάποιους ερευνητές τα 2/3 των ατόμων με αυτισμό δεν αναπτύσσουν ποτέ προφορικό λόγο. Από την άλλη πλευρά, στις περιπτώσεις που υπάρχει προφορικός λόγος είναι σύνηθες να μην μπορούμε να αναγνωρίσουμε σε αυτόν κάποια επικοινωνιακή πρόθεση ή να είναι επικοινωνιακά αναποτελεσματικός, ιδιοσυγκρασιακός, ηχολαλικός, κ.α. Έτσι, καθίσταται αναγκαία η υιοθέτηση ενός εναλλακτικού κώδικα επικοινωνίας με δεδομένο και το ότι η αδυναμία εξωτερίκευσης των αναγκών οδηγεί σε προβλήματα συμπεριφοράς. Στις περιπτώσεις αυτές τα εναλλακτικά και επαυξητικά συστήματα επικοινωνίας φαίνεται πως μεγιστοποιούν τις πιθανότητες ανάπτυξης λόγου όταν αυτός δεν έχει εμφανιστεί, ενώ βοηθούν στην «κανονικοποίησή» του όταν αυτός παρουσιάζεται προβληματικός. Αν και η ανάπτυξη της επικοινωνίας αποτελεί πρωτίστως αρμοδιότητα των λογοθεραπευτών, δάσκαλοι και γονείς μπορούν και πρέπει να εμπλέκονται ενεργά σε αυτή τη διαδικασία.

3. Οι **δεξιότητες παιχνιδιού** αποτελούν ξεχωριστό τομέα στην εκπαίδευση των παιδιών με Δ.Α.Δ., ακριβώς επειδή δεν αναπτύσσουν ομαλά και αυθόρμητα τη διάθεση για συναναστροφή με άλλα παιδιά αλλά ούτε και τις δεξιότητες μέσω των οποίων η αλληλεπίδραση θα είναι αποτελεσματική. Δεδομένου, μάλιστα, του ότι το παιχνίδι προσφέρει πληθώρα ερεθισμάτων μέσω των οποίων τα παιδιά ανακαλύπτουν τον κόσμο και λειτουργεί ως γέφυρα επικοινωνίας ανάμεσα στους συμμετέχοντες σε αυτό, θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητά μας η ενίσχυση των δεξιοτήτων παιχνιδιού.

4. Οι **δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης** κατέχουν κεντρικό ρόλο αφού συχνά δεν κατάνονται αυθόρμητα, οπότε προκύπτει η ανάγκη της στοχευμένης παρέμβασης σε αυτόν τον τομέα. Η έλλειψη δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης αντικείται στο αίτημα για «το λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον»: περιορίζει τις επιλογές σχολικού περιβάλλοντος (πολλές σχολικές δομές δεν δέχονται παιδιά που δεν έχουν αποκτήσει έλεγχο κύστης και σφιγκτήρων), εμποδίζει την αυτόνομη ζωή του ατόμου και μειώνει έτσι τη λειτουργικότητά του, αποτελώντας τροχοπέδη στη γνωστική και κοινωνική ανάπτυξή του.

Τέλος, βάσει του «κριτηρίου της τελικής λειτουργικότητας» (βλ. *κεφ. Το εξατομικευμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης*) τα άτομα με Δ.Α.Δ. θα πρέπει όπως όλοι να λαμβάνουν εκπαίδευση σε **επαγγελματικές δεξιότητες**. Η επαγγελματική κατάρτιση προάγει την αυτονομία του ατόμου. Παραπέρα, έρευνες καταδεικνύουν την ενίσχυση του αυτοσυναισθήματος αλλά ακόμη και της νοημοσύνη μέσω της εργασίας.

Για την κατάρτιση ενός Εξατομικευμένου Προγράμματος Εκπαίδευσης ενός παιδιού με Δ.Α.Δ. θα πρέπει να αξιολογηθούν, λοιπόν, όχι μόνο οι σχολικές του γνώσεις αλλά και οι ικανότητές του στους παραπάνω τομείς, ανεξάρτητα από τη σχολική δομή στην οποία φοιτά. Η αξιολόγηση αποτελεί το θεμέλιο λίθο της εκπαιδευτικής διαδικασίας, γι αυτό και θα πρέπει να δίνεται σε αυτήν μεγάλη προσοχή. Οι μέθοδοι αξιολόγησης των μαθησιακών αναγκών των παιδιών με αυτισμό ταυτίζονται σε μεγάλο βαθμό με τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τη διαπίστωση οποιωνδήποτε μαθησιακών δυσκολιών. Ανάμεσα σε αυτές συγκαταλέγονται οι δοκιμασίες αναφοράς σε κριτήριο απόδοσης και η ποιοτική (γνωστική) ανάλυση λαθών (βλ. *κεφ. Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες*), η αξιολόγηση διαμέσου του αναλυτικού προγράμματος, η παρατήρηση και η λειτουργική αξιολόγηση (που περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω), η αξιολόγηση με βάση το φάκελο υλικού, κ.ά. Βέβαια, το προφίλ του ατόμου συμπληρώνεται και από άλλες πληροφορίες που λαμβάνονται μέσω συνεντεύξεων, αξιολόγησης του οικοσυστήματος στο οποίο κινείται, των κινήτρων του ίδιου αλλά και των προσδοκιών της οικογένειας (βλ. και *MAPs από το κεφ. Ζώντας με το πρόβλημα*). Κοινός παρονομαστής αυτών των μεθόδων αξιολόγησης είναι ότι πρόκειται για μη τυποποιημένες διαδικασίες. Οι επίσημες αξιολογήσεις διεξάγονται από άλλους ειδικούς (ιατρούς, ψυχολόγους). Ο ρόλος τους στην διαμόρφωση της εικόνας του ατόμου από την οποία θα προκύψει και ο σχεδιασμός του προγράμματος εκπαίδευσης είναι νευραλγικός.

3. Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις¹

3.1. Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς (Applied Behavior Analysis, A.B.A.) /Μέθοδος Lovaas

3.1.1. Τι είναι

Η μέθοδος του ψυχολόγου Ivar Lovaas, καθηγητή του UCLA, στηρίζεται στην εφαρμογή αρχών που τροποποιούν θετικά τη συμπεριφορά σε κοινωνικά σημαντικούς τομείς. Άρχισε να εφαρμόζεται από τη δεκαετία του 1960 και είναι μια από τις πιο δημοφιλέστερες μεθόδους μέχρι σήμερα. Πρόκειται για ένα εντατικό πρόγραμμα που εφαρμόζεται κατ'αρχάς στο σπίτι. Ο εμπνευστής της είναι υπέρμαχος της πρώιμης, συστηματικής παρέμβασης. Έτσι, το πρόγραμμα ξεκινά ιδανικά πριν την ηλικία των 3,5 ετών. Έχει διάρκεια 40 περίπου ωρών εβδομαδιαίως, όπου το παιδί εκπαιδεύεται από έναν εκπαιδευτή ή μία ομάδα κατάλληλα εκπαιδευμένων επαγγελματιών. Οι στόχοι της εκπαίδευσης ποικίλουν

¹ Σκοπός της ενότητας αυτής δεν είναι να εξαντλήσει όλες τις προτεινόμενες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις ούτε και να τις αξιολογήσει. Περιγράφονται μερικές από τις πιο διαδεδομένες προσεγγίσεις που τυγχάνουν συγχρόνως και επιστημονικής στήριξης. Κριτήριο επιλογής των περιγραφόμενων μεθόδων αποτέλεσε ακόμη η χρήση τους από κάποιους ελληνικούς δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς ώστε η γνώση για αυτές να έχει κάποιο ρεαλιστικό αντίκτυπο. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, η επιλογή μιας μεθόδου δεν αποκλείει την ταυτόχρονη χρήση μιας άλλης. Μάλιστα, πολλές φορές είναι αναγκαίος ο συνδυασμός τους για να εξασφαλισθεί η ολοκληρωμένη υποστήριξη του ατόμου και της οικογένειας.

ανάλογα με την ηλικία αλλά και το επίπεδο λειτουργικότητας του παιδιού. Σταδιακά εισάγονται νέα πεδία αλλά και νέοι στόχοι με αυξανόμενη δυσκολία μέσα σε παλιά πεδία.

3.1.2. Πού στοχεύει

Ουσιαστικά, η μέθοδος Lovaas προσφέρει βασικές αρχές πάνω στις οποίες μπορεί να σχεδιαστεί παρέμβαση σε όλους τους τομείς (αυτοεξυπηρέτηση, κοινωνικές δεξιότητες, κ.ο.κ.) και σε όλες τις ηλικίες:

- Σε πολύ μικρά παιδιά υιοθετείται μια διαδραστική προσέγγιση που βασίζεται στο παιχνίδι. Οι στόχοι συμπεριλαμβάνουν ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, κατάρτιση νέων δεξιοτήτων παιχνιδιού, ανάπτυξη κοινωνικής αλληλεπίδρασης, διαχείριση των αισθητηριακών ερεθισμάτων και ανάπτυξη βασικών δεξιοτήτων (π.χ. μίμηση, διατύπωση αιτήματος).
- Σε μικρά παιδιά ακολουθείται μια περιεκτική, ευρεία και ολοκληρωμένη προσέγγιση που στηρίζεται στην εκμάθηση νέων δεξιοτήτων μέσα σε νατουραλιστικά περιβάλλοντα. Σε αυτή τη φάση δίνεται έμφαση στην επικοινωνία. Παράλληλα, το παιδί υποστηρίζεται στη μετάβαση από το μοναχικό παιχνίδι στη συνεργασία. Απώτερος σκοπός είναι η ένταξη του παιδιού μέσα σε ομάδα.
- Σε μεγαλύτερα παιδιά, η παρέμβαση στοχεύει, κυρίως, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Συγκεκριμένα, τίθενται στόχοι που αφορούν στην αυτόνομη διαβίωση, τον ελεύθερο χρόνο, τη λειτουργική επικοινωνία, την ένταξη στο σχολείο, τη συμμετοχή στην οικογενειακή ζωή, τη ζωή στην κοινότητα αλλά και την αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους.

3.1.3. Πώς κατακτά τους στόχους: Στοιχεία διδακτικής μεθοδολογίας

Η Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς προϋποθέτει τη χρήση μετρήσιμων όρων στην αξιολόγηση και την παρέμβαση, οι οποίες θα πρέπει να γίνονται σε φυσικά περιβάλλοντα κάτω από την επίδραση πραγματικών συνθηκών. Δύο από τις βασικότερες διδακτικές στρατηγικές που χρησιμοποιούνται είναι ο κύκλος συστηματικής διδασκαλίας και η επ' ευκαιρία διδασκαλία.

Ο **κύκλος συστηματικής διδασκαλίας** (discrete trial training) εφαρμόζεται σε διακριτά βήματα. Αφού εξασφαλισθεί η προσοχή του παιδιού, ο εκπαιδευτής του δίνει μία σαφή οδηγία. Αν το παιδί ανταποκριθεί επιτυχώς ακολουθεί επιβράβευση. Στην αντίθετη περίπτωση, η εντολή επαναλαμβάνεται σε συνδυασμό με προτροπή ή κάποιο άλλο μέσο (π.χ. σωματική καθοδήγηση) που θα διασφαλίσει την επιτυχή έκβαση της δοκιμής. Οι δοκιμές μπορούν να είναι επαναλαμβανόμενες αρκεί να μεσολαβεί ένα χρονικό διάστημα ανάμεσά τους, ώστε το παιδί να καταλαβαίνει την αρχή και το τέλος τους.

Η **επ' ευκαιρία διδασκαλία** (incidental teaching) εκμεταλλεύεται τα ενδιαφέροντα του παιδιού δομώντας ευκαιρίες μάθησης μέσα στο φυσικό περιβάλλον του. Σε αυτήν διακρίνονται τέσσερα βήματα:

1. Το παιδί δείχνει ενδιαφέρον για κάτι (π.χ. παιχνίδι, φαγητό).
2. Ο ενήλικος βρίσκει την ευκαιρία να σχολιάσει ή να ρωτήσει το παιδί για το επίκεντρο του ενδιαφέροντός του.
3. Ο ενήλικος περιμένει.
4. Αν το παιδί ανταποκριθεί, ενισχύεται. Αν όχι, του δίνεται βοήθεια και ενισχύεται αφού τα καταφέρει.

Η επ' ευκαιρία διδασκαλία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μία μεγάλη γκάμα εκπαιδευτικών στόχων, όπως στην ενίσχυση των δεξιοτήτων επικοινωνίας και στην εκμάθηση κοινωνικών κανόνων.

3.2. Θεραπεία και Εκπαίδευση Παιδιών με Αυτισμό και Διαταραχές Επικοινωνίας (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children, TEACCH)

3.2.1. Τι είναι

Το TEACCH είναι ένα πρόγραμμα που δημιουργήθηκε από τον Eric Schopler, καθηγητή ψυχολογίας και ψυχιατρικής, και τους συνεργάτες του στο πανεπιστήμιο της Νότιας Καρολίνας και άρχισε να εφαρμόζεται στη δεκαετία του 1960. Βασίζεται στη δομημένη εκπαίδευση, έννοια με την οποία έχει πια ταυτιστεί. Είναι μία προσέγγιση που μπορεί και πρέπει να εφαρμόζεται σε όλη τη ζωή του ατόμου με την έννοια της κάλυψης της διαρκούς ανάγκης του ατόμου με Δ.Α.Δ. για προβλεψιμότητα. Μέσω αυτής είναι δυνατή η διδασκαλία οποιασδήποτε δεξιότητας.

3.2.2. Πού στοχεύει

Το TEACCH αποσκοπεί στην κατάκτηση λειτουργικών δεξιοτήτων που θα συμβάλουν στην κάλυψη των θεμελιωδών για το άτομο αναγκών. Αυτό γίνεται κατ' αρχάς μέσω της ενίσχυσης προαπαιτούμενων δεξιοτήτων που θα αποτελέσουν τη βάση για να εκπαιδευτεί το άτομο σε όλους τους τομείς της ανάπτυξης αλλά και σε πρακτικές πλευρές της ζωής, όπως για παράδειγμα στην ανάπτυξη προεπαγγελματικών δεξιοτήτων. Επιπλέον, η δομημένη διδασκαλία προλαμβάνει τα προβλήματα συμπεριφοράς, πολλά από τα οποία έχουν τη ρίζα τους στη μη λειτουργική επικοινωνία και την επακόλουθη ματαίωση.

3.2.3. Πώς κατακτά τους στόχους: Στοιχεία διδακτικής μεθοδολογίας

Η δομημένη διδασκαλία στηρίζεται στις παρακάτω κατηγορίες στρατηγικών:

1. Δόμηση του φυσικού περιβάλλοντος.
2. Δόμηση ατομικού ημερήσιου προγράμματος.
3. Δόμηση ατομικού συστήματος εργασίας.
4. Δόμηση δραστηριοτήτων.

Η **οργάνωση του περιβάλλοντος** παίζει προεξάρχοντα ρόλο στην εκπαιδευτική διαδικασία αλλά και στη γενική λειτουργικότητα του ατόμου. Οι χώροι μέσα στους οποίους κινείται ένα παιδί με αυτισμό θα πρέπει να διαφοροποιούνται ανάλογα με τις δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα σε αυτούς (εικ. 1).

Για παράδειγμα, σε μια αίθουσα διδασκαλίας θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον οι εξής χώροι:

α) Χώρος για διδασκαλία ένας προς ένα: Εκεί ο μαθητής διδάσκεται νέες δεξιότητες και δουλεύει με το δάσκαλο σε εξατομικευμένη βάση (εικ. 2, 3).

β) Χώρος για αυτόνομη εργασία: Είναι ο χώρος στον οποίο κάθε μαθητής εργάζεται ανεξάρτητα πάνω σε κατακτημένες από την 1:1 διδασκαλία δεξιότητες. Κάθε μαθητής έχει το δικό του χώρο αυτόνομης εργασίας στον οποίο ακολουθεί το ατομικό του πρόγραμμα (εικ. 4).



Εικόνα 1: Η οργάνωση του περιβάλλοντος



Εικόνα 2: Χώρος για εξατομικευμένη διδασκαλία



Εικόνα 3: Εκμάθηση νέων δεξιοτήτων σε εξατομικευμένη βάση



Εικόνα 4: Χώρος για αυτόνομη εργασία



Εικόνα 5: Χώρος παιχνιδιού

γ) Χώρος παιχνιδιού: Οι μαθητές αναμένεται να έχουν ένα χώρο στον οποίο να παίζουν με υλικό ανάλογο των ενδιαφερόντων τους ελεύθερα ή δομημένα, μιας και τόσο το παιχνίδι όσο και η χαλάρωση αποτελούν αναπόσπαστα κομμάτια του εκπαιδευτικού προγράμματος (εικ. 5).



Εικόνα 6: Χώρος για ομαδικές δραστηριότητες

δ) Χώρος για ομαδικές δραστηριότητες: Είναι ένας χώρος στον οποίο οι μαθητές συνυπάρχουν για να αλληλεπιδράσουν μέσω παιχνιδιών ή ρουτινών όπως το φαγητό (εικ. 6).

ε) Χώρος μετάβασης: Είναι ο χώρος στον οποίον βρίσκονται αναρτημένα τα ατομικά προγράμματα των παιδιών. Ουσιαστικά, είναι ένας σταθμός στον οποίο σταματούν για να πάρουν την εντολή για την επόμενη δραστηριότητα (εικ. 7).

Άλλοι χώροι που έχει νόημα να υπάρχουν σε μια δομημένη τάξη συμπεριλαμβάνουν ένα μέρος στο οποίο κάθε παιδί θα μπορεί να αποσύρεται και να χαλαρώνει σε ένα περιβάλλον απαλλαγμένο από περιττά αισθητηριακά ερεθίσματα, ένα τραπέζι στο οποίο τα παιδιά θα τρώνε ενώ παράλληλα θα εκπαιδεύονται σε δεξιότητες αυτόνομης διαβίωσης (ετοιμασία φαγητού, στρώσιμο τραπεζιού, καθαριότητα, κ.ά), καθώς επίσης και ένας νιπτήρας (εικ. 8) που θα εξυπηρετεί αντίστοιχους σκοπούς (εκπαίδευση στην προσωπική υγιεινή).

Ανάλογη δόμηση προτείνεται να υπάρχει και στο σπίτι. Η **δόμηση του χρόνου** του ατόμου με αυτισμό γίνεται μέσω του ατομικού ημερήσιου προγράμματος. Η δυνατότητα πρόβλεψης της εξέλιξης της μέρας δίνει στο άτομο το αίσθημα της ασφάλειας. Έτσι, πέρα

από το πρόγραμμα που υπάρχει στο σχολείο θα πρέπει να υπάρχει ένα γενικό πρόγραμμα 24ώρου που να περιλαμβάνει την αναχώρηση και την επιστροφή του από το σχολείο, τις εξωσχολικές δραστηριότητες, τις ώρες χαλάρωσης και παιχνιδιού, το φαγητό, τον ύπνο, κ.ο.κ. Το πρόγραμμα αυτό μπορεί να φτιαχτεί –ανάλογα με το επίπεδο του ατόμου– από αντικείμενα, εικόνες (συγκεκριμένες ή αφηρημένες), λέξεις, κ.α. Επίσης, μπορεί να είναι φορητό.



Εικόνα 7
Χώρος μετάβασης

Το σύστημα ατομικής εργασίας οργανώνει τη δουλειά του παιδιού με αυτισμό. Μέσω αυτού το παιδί ξέρει τι πρέπει να κάνει, με ποια σειρά, πότε τελειώνει και τι θα πρέπει να κάνει μετά (εικ. 9).

Είναι σημαντικό να υπάρχει σταθερότητα στη δομή και τη λειτουργία του συστήματος. Ακόμη και ο τρόπος με τον οποίο το παιδί περνά από τη μια δραστηριότητα στην άλλη θα πρέπει να έχει επιλεγεί από πριν, για παράδειγμα να παίρνει τις εργασίες του από ένα ράφι στα αριστερά του και να τις αφήνει σε ένα κουτί δεξιά του.



Εικόνα 8: Εκπαίδευση σε δεξιότητες υγιεινής και αυτοεξυπηρέτησης



Εικόνα 9: Ατομική εργασία



Εικόνα 10: Δόμηση δραστηριοτήτων

Τέλος, η **δόμηση των δραστηριοτήτων** αναφέρεται σε τρία χαρακτηριστικά – προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι εργασίες (εικ. 10):

1. **Οπτική οργάνωση:** Κάθε εργασία μέσω της οποίας εξασκείται κάποια δεξιότητα πρέπει να οργανώνεται σε έναν περιορισμένο χώρο (κουτί/φάκελο) ο οποίος θα είναι δομημένος κατάλληλα (π.χ. με μικρότερα κουτιά μέσα στο μεγάλο κουτί) χωρίς περιττά ερεθίσματα.
2. **Οπτικές οδηγίες:** Θα πρέπει να είναι ξεκάθαρο τι ζητείται από το παιδί στη συγκεκριμένη παρέμβαση. Οι οπτικές οδηγίες βοηθούν στην κατανόηση της διαδικασίας και μεγιστοποιούν την αυτονομία του παιδιού.
3. **Οπτική σαφήνεια:** Μέσω αυτής τονίζονται τα σημαντικά χαρακτηριστικά των υλικών (π.χ. χρώματα, έντονη γραφή).

Η δομημένη διδασκαλία συνοδεύεται από μια σειρά τεχνικών που σκοπό έχουν να καθοδηγήσουν το μαθητή με αυτισμό. Έτσι, οι προτροπές κατέχουν κεντρικό ρόλο στη μεθοδολογική προσέγγιση αυτήν. Οι προτροπές μπορούν να δίνονται με διαφορετικούς τρόπους, μερικοί από τους οποίους είναι οι εξής:

- **Σωματική καθοδήγηση:** Το άτομο καθοδηγείται άμεσα από τον εκπαιδευτή ο οποίος σταδιακά αυξάνει το βαθμό ελευθερίας που αφήνει στο παιδί.
- **Οπτικές οδηγίες:** Αφορά στις οδηγίες που περιγράφθηκαν παραπάνω αλλά και σε άλλες μορφές, π.χ. επίδειξη μιας φωτογραφίας που αναπαριστά την εντολή που θέλει κανείς να δώσει.

- **Λεκτική καθοδήγηση:** Αυτή θα πρέπει να γίνεται με σαφήνεια μέσω μικρών, κυριολεκτικών φράσεων.

Πριν τη χρήση των προτροπών, ο εκπαιδευτής θα πρέπει να έχει εξασφαλίσει την προσοχή του ατόμου με αυτισμό. Ακόμη, είναι σημαντικό η βοήθεια να αποσύρεται σταδιακά.

Στην κατάκτηση των επιδιωκόμενων στόχων βοηθά, επίσης, η **χρήση ενισχύσεων**. Η επιβράβευση που θα παίρνει το κάθε παιδί θα πρέπει να ανταποκρίνεται στα ενδιαφέροντά του. Το είδος, η συχνότητα και ο χρόνος απόσυρσης των ενισχύσεων θα πρέπει να είναι προαποφασισμένος. Συνήθως, ξεκινάμε δίνοντας υλικές ενισχύσεις (π.χ. φαγώσιμα, παιχνίδια) τις οποίες σταδιακά αποσύρουμε για να εισάγουμε κοινωνικές ενισχύσεις (π.χ. λεκτική επιβράβευση).

Επιπλέον, καθοριστικό ρόλο στο πρόγραμμα TEACCH παίζει η συνεργασία ειδικών και γονέων. Έχει εξαιρετική σημασία η συνέχεια του εκπαιδευτικού προγράμματος στο σπίτι, γιατί μόνο έτσι μπορεί να επιτευχθεί γενίκευση των θετικών αποτελεσμάτων και παγίωση των επιθυμητών συμπεριφορών. Οι γονείς των παιδιών με αυτισμό μέσα στο πρόγραμμα TEACCH αντιμετωπίζονται ως «συν-θεραπευτές».

3.3. Αισθητηριακές προσεγγίσεις: Αισθητηριακή Ολοκλήρωση (Sensory Integration, S.I.)

3.3.1. Τι είναι

Πρόκειται για μέθοδο που αναπτύχθηκε από την Jean Ayres, εργοθεραπεύτρια από την Καλιφόρνια των Η.Π.Α., τη δεκαετία του 1960. Είναι μια διαδικασία κατά την οποία το άτομο εκτίθεται σε διαφόρων ειδών, έντασης και διάρκειας, αισθητηριακά ερεθίσματα.

3.3.2. Πού στοχεύει

Στοχεύει στην ενίσχυση της ικανότητας να προσλαμβάνει κανείς πληροφορίες μέσω των αισθητηριακών οδών και να τις συνδυάζει με την προϊούσα γνώση, ώστε να η επεξεργασία των ερεθισμάτων να έχει νόημα για το άτομο. Έτσι, αναμένεται οι αντιδράσεις του ατόμου στα εξωτερικά ερεθίσματα να είναι πιο κατάλληλες και ευπροσάρμοστες. Συγκεκριμένα, μέσω της Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης θεωρείται πως αντιμετωπίζονται οι αισθητηριακές υπερευαισθησίες του ατόμου (π.χ. η απτική αμυντικότητα) ή οι μειωμένες αντιδράσεις του σε εξωτερικά ερεθίσματα.

3.3.3. Πώς κατατά τους στόχους: Στοιχεία διδακτικής μεθοδολογίας

Για να επιτευχθεί η λειτουργία της αισθητηριακής ολοκλήρωσης η θεραπεία επιχειρεί να ενισχύσει την καλύτερη επεξεργασία των αισθητηριακών ερεθισμάτων από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Οι θεραπευτές προσεγγίζουν αυτό το στόχο μέσα από την παροχή ερεθισμάτων που διαφέρουν ως προς την ποιότητα αλλά και την ένταση σε ένα οργανωμένο πλαίσιο. Τα ερεθίσματα παρέχονται μέσα από την ακρόαση μουσικής, την επεξεργασία διαφορετικών υφών, την έκθεση σε οπτικά ερεθίσματα, κινητικές ασκήσεις σε τραμπολινό, κ.ά.. Οι συνεδρίες γίνονται σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους και με κατάλληλα εκπαιδευμένους θεραπευτές.

4. Παρεμβάσεις για την ανάπτυξη συγκεκριμένων δεξιοτήτων

4.1. Σύστημα Επικοινωνίας Μέσω Ανταλλαγής Εικόνων (Picture Exchange Communication System, PECS)

4.1.1. Τι είναι

Το PECS (Picture Exchange Communication System) αποτελεί ένα εναλλακτικό σύστημα επικοινωνίας το οποίο αναπτύχθηκε από τους Lori Frost και Andy Bondy το 1985. Όπως περιγράφουν οι ίδιοι, στην έκδοση του 2002, το σύστημα αυτό ήρθε ως απάντηση στις ματαιώσεις που έχουν εισπράξει όσοι προσπαθούν να αλληλεπιδράσουν με άτομα με δυσκολίες στην επικοινωνία. Πρόκειται για ένα σύστημα επικοινωνίας που βασίζεται στην ανταλλαγή εικόνων ανάμεσα στο άτομο με διαταραχές επικοινωνίας και στους «συντρόφους επικοινωνίας».

4.1.2. Πού στοχεύει

Στοχεύει στην κατάκτηση δεξιοτήτων επικοινωνίας αλλά και γενικότερα κοινωνικών δεξιοτήτων, μιας που μέσα από αυτό το άτομο θα είναι ικανό να αλληλεπιδρά αποτελεσματικά με τους άλλους. Ακόμη, αναμένεται ένα παιδί που μαθαίνει να επικοινωνεί μέσω του συστήματος να εμφανίζει λιγότερο συχνά ακατάλληλες συμπεριφορές δεδομένου του ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στην αδυναμία εξωτερίκευσης των αναγκών.

4.1.3. Πώς κατακτά τους στόχους

Το πρόγραμμα ακολουθεί συγκεκριμένη μεθοδολογία. Χωρίζεται σε έξι στάδια παράλληλα με τα οποία το άτομο εκπαιδεύεται σε επιπρόσθετες δεξιότητες επικοινωνίας. Θεμέλιο της προσέγγισης αποτελεί η Εφαρμοσμένη Ανάλυση Συμπεριφοράς, στην οποία αναφερθήκαμε και παραπάνω. Ενδεικτικά περιγράφουμε 2 από τις χρησιμοποιούμενες στρατηγικές:

- **Διαδικασία διόρθωσης του λάθους σε 4 βήματα** (για τον κύκλο συστηματικής διδασκαλίας που περιγράφηκε παραπάνω):
 1. Παρουσίαση προτύπου.
 2. Τμηματική βοήθεια.
 3. Αλλαγή δραστηριότητας.
 4. Επανάληψη.
- **Διαδικασία διόρθωσης του λάθους με βήματα προς τα πίσω:** Ο εκπαιδευτής εντοπίζει το τελευταίο επιτυχές βήμα του παιδιού και του παρέχει τμηματική βοήθεια. Φτάνοντας στο επιθυμητό αποτέλεσμα δίνεται στο παιδί διαφορική ενίσχυση.

Ρόλο-κλειδί στο πρόγραμμα παίζει ο σχεδιασμός ενός ισχυρού συστήματος ενίσχυσης που διαφοροποιείται ανάλογα με τα ενδιαφέροντα του παιδιού.

4.2. Κοινωνικές ιστορίες

4.2.1. Τι είναι

Οι Κοινωνικές Ιστορίες προτάθηκαν από την Carol Gray το 1991 ως μια μέθοδος ενίσχυσης της κατανόησης των περίπλοκων κοινωνικών καταστάσεων. Μια Κοινωνική Ιστορία περιγράφει μια κατάσταση, μια δεξιότητα ή μια ιδέα η οποία κάνει το παιδί να αντιδρά με κοινωνικά ακατάλληλους τρόπους. Έτσι, δημιουργείται ειδικά για κάθε περίπτωση και

είναι «κομμένη και ραμμένη» στα μέτρα κάθε παιδιού. Συνήθως, οι Κοινωνικές Ιστορίες απευθύνονται σε άτομα υψηλής λειτουργικότητας.

4.2.2. Πού στοχεύει

Σκοπός των Κοινωνικών Ιστοριών είναι η παροχή της κοινωνικής γνώσης που θα καθιστά το άτομο ικανό να αντεπεξέρχεται σε κοινωνικές καταστάσεις που του προκαλούν άγχος και οδηγούν στην εκδήλωση ανεπιθύμητων συμπεριφορών.

4.2.3. Πώς κατακτά τους στόχους: Στοιχεία διδακτικής μεθοδολογίας

Οι Κοινωνικές Ιστορίες συντίθενται από κάποιον ενήλικα αλλά το ύφος τους προσαρμόζεται στο ύφος του ατόμου στο οποίο απευθύνονται. Είναι γραμμένες με λιτό και σαφή τρόπο. Είναι σημαντικό οι ιστορίες να έχουν καθησυχαστικό και όχι ηθικοπλαστικό τόνο και αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση εκφράσεων όπως «μερικές φορές», «θα προσπαθήσω», κ.ά. Οι Κοινωνικές Ιστορίες μπορεί να περιγράφονται μέσα από εικόνες, να είναι προφορικές ή γραπτές. Τα συστατικά τους στοιχεία είναι τα εξής:

Περιγραφικές προτάσεις: Γενικές και αντικειμενικές δηλώσεις που αναφέρονται σε πραγματικά γεγονότα.

Προοπτικές προτάσεις: Προτάσεις που περιγράφουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις των άλλων.

Συνεργασιακές προτάσεις: Προτάσεις που αναφέρονται στη στάση των άλλων αναφορικά με την υποστήριξη του παιδιού.

Κατευθυντικές προτάσεις: Προτάσεις που καθορίζουν τη ζητούμενη συμπεριφορά ή δίνουν έναν αριθμό εναλλακτικών αποδεικτών συμπεριφορών.

Καταφατικές προτάσεις: Προτάσεις που ενισχύουν την έννοια των προηγούμενων.

Προτάσεις ελέγχου: Προτάσεις που αναπτύσσονται από ή μαζί με το παιδί και χρησιμεύουν ως μνημονικό βοήθημα για αυτό.

Ακολουθεί ένα παράδειγμα Κοινωνικής Ιστορίας:

Όταν πηγαίνουμε στον κινηματογράφο

Μερικές φορές πηγαίνουμε με τη μαμά και τον μπαμπά στον κινηματογράφο (περιγραφική). Όταν φτάνουμε μπαίνουμε στην αίθουσα και καθόμαστε στις θέσεις μας για να δούμε το έργο (περιγραφική). Όταν αρχίζει το έργο οι θεατές θέλουν να έχει ησυχία για να το απολαύσουν (προοπτική). Μερικές φορές ενθουσιάζομαι με τα έργα που βλέπουμε (περιγραφική). Τότε χειροκροτώ από τη χαρά μου (περιγραφική). Το χειροκρότημα αναστατώνει τους άλλους θεατές και «χαλάει την ησυχία τους» (προοπτική). Όταν ενθουσιάζομαι μπορώ να το λέω στο αυτί της μαμάς ή του μπαμπά ή να περιμένω να τελειώσει το έργο για να χειροκροτήσω (κατευθυντική). Θα προσπαθήσω να μένω ήσυχος μέσα στην αίθουσα του κινηματογράφου (πρόταση ελέγχου).

5. Εναλλακτικές θεραπείες

Ακόμη, προτείνεται ένα πλήθος εναλλακτικών θεραπειών -μουσικοθεραπεία (βλ. κεφ. Η μουσική στην ειδική αγωγή), δραματοθεραπεία, ιπποθεραπεία, κ.ά.- το οποίο μπορεί να δράσει συμπληρωματικά και ενισχυτικά στην κύρια εκπαίδευση του παιδιού.

Σημαντικός, επίσης, είναι ο ρόλος της φυσικής αγωγής (βλ. κεφ. Ο ρόλος της φυσικής αγωγής στα άτομα με αναπηρίες). Στην περίπτωση του αυτισμού έρευνες έχουν δείξει ότι η σω-

ματική άσκηση ακολουθείται από διαστήματα μειωμένης έντασης και συχνότητας προβλημάτων συμπεριφοράς. Πέραν τούτου είναι, βέβαια, ένας δημιουργικός και ποιοτικός τρόπος να περάσει το άτομο τον ελεύθερο χρόνο του.

6. Διδακτικές στρατηγικές για άτομα με σύνδρομο Asperger

Στην πραγματικότητα, η εκπαίδευση των ατόμων με σύνδρομο Asperger χτίζεται πάνω στους ίδιους θεμέλιους λίθους. Η υψηλή λειτουργικότητα των μαθητών αυτών δεν συνεπάγεται σε καμία περίπτωση ότι δεν έχουν ανάγκη από ειδική εκπαιδευτική αντιμετώπιση. Μερικές συμβουλές που μπορούν να κάνουν την εκπαιδευτική διαδικασία αποτελεσματικότερη δίνονται παρακάτω:

- Δομούμε το περιβάλλον (χώρο, χρόνο & δραστηριότητες) κατάλληλα.
- Περιορίζουμε τα αισθητηριακά ερεθίσματα.
- Διδάσκουμε συστηματικά και στοχευμένα τους κανόνες, δεν περιμένουμε το παιδί να τους μάθει άδηλα.
- Δίνουμε σαφείς οδηγίες χωρίς περιττές λέξεις.
- Αποφεύγουμε τις ανοιχτές ερωτήσεις.
- Δεν χρησιμοποιούμε μεταφορικό λόγο ούτε ειρωνεία.
- Ακολουθούμε σταθερό πρόγραμμα.
- Φτιάχνουμε εργασίες με διακριτά στάδια και σαφή σκοπό.
- Επιτρέπουμε μικρά διαλείμματα όταν είναι απαραίτητο.
- Δίνουμε ενισχύσεις.
- Διδάσκουμε στρατηγικές μελέτης.
- Εκμεταλλευόμαστε τις εμμονές χρησιμοποιώντας τις ως ενίσχυση.

7. Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και προβλήματα συμπεριφοράς

Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν πως το 13 έως 30% των μικρών παιδιών με αυτισμό εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς τα οποία επιβάλλουν παρέμβαση. Την ίδια στιγμή, τα παιδιά με περιορισμένες επικοινωνιακές δεξιότητες και/ή ελλιπή κοινωνική ανάπτυξη παρουσιάζουν υψηλό δείκτη επικινδυνότητας για να αναπτύξουν προβλήματα συμπεριφοράς.

Από την άλλη πλευρά, ο σημαντικότερος παράγων για την πρόβλεψη της επιτυχία στην αυτονόμηση και στην κοινωνική ενσωμάτωση είναι ένα χαμηλό επίπεδο προβλημάτων συμπεριφοράς. Δεδομένου, λοιπόν, του ότι η ανεξαρτησία του ατόμου στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό είναι πάντα ο απώτερος σκοπός μας, θα πρέπει να κινούμαστε συνέχεια προς την κατεύθυνση του εντοπισμού και της αντιμετώπισης των προβληματικών συμπεριφορών. Ανάμεσα στα πιο συχνά εμφανιζόμενα προβλήματα συμπεριφοράς συμπεριλαμβάνονται η επιθετικότητα και ο αυτοτραυματισμός. Η λειτουργική αξιολόγηση μπορεί να μας δώσει διαφωτιστικές απαντήσεις σχετικά με την αιτία, τη λειτουργία, τη συχνότητα και την ένταση τέτοιων συμπεριφορών.

Υπάρχουν τρεις κύριες κατηγορίες λειτουργικής αξιολόγησης: α) η έμμεση αξιολόγηση, β) η περιγραφική παρατήρηση και γ) ο πειραματικός χειρισμός ή αλλιώς λειτουργική ανάλυση.

α) Η έμμεση αξιολόγηση αναφέρεται στη διαδικασία συλλογής πληροφοριών οι οποίες δεν προέρχονται από άμεση παρατήρηση. Πηγή για τέτοιου είδους πληροφορίες μπορούν να αποτελέσουν ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις, παιχνίδια ρόλων και αυτό-αναφορές, προηγούμενες αξιολογήσεις προερχόμενες από ελέγχους προόδου, φακέλους υλικού (portfolio), ψυχολογικές και εκπαιδευτικές αξιολογήσεις, σχέδια αντιμετώπισης και διαχείρισης της προβληματικής συμπεριφοράς ή σημειώσεις από το αρχείο καταγραφής ενός δασκάλου.

Ονοματεπώνυμο αξιολογητή:

Ονοματεπώνυμο μαθητή:

Ημερομηνία:

Σύντομη περιγραφή της προβληματικής συμπεριφοράς:.....

.....

.....

.....

.....

	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πάντα
Η προβληματική συμπεριφορά εμφανίζεται όταν του αναθέτετε κάποιο καθήκον;				
Όταν εμφανίζεται του υπενθυμίζετε τον κανόνα που πρέπει να ακολουθήσει;				
Εμφανίζεται μέσα στην τάξη;				
Εμφανίζεται στην ώρα του διαλείμματος;				
Εμφανίζεται όταν ασχολείστε με άλλα παιδιά;				
Η συμπεριφορά συνεχίζεται όταν ασχοληθείτε με το ίδιο;				
Εμφανίζεται κατά τη διάρκεια συγκεκριμένων ακαδημαϊκών έργων;				
Η συμπεριφορά συνεχίζει όταν διακόπτετε το συγκεκριμένο έργο;				
Εμφανίζεται όταν είναι παρόντα συγκεκριμένα άτομα;				
Εμφανίζεται όταν διαταράσσεται η σχολική ρουτίνα ή κατά τη διάρκεια προγραμματιστών γεγονότων;				
Εμφανίζεται στο σπίτι;				

Πίνακας 1: Ερωτηματολόγιο για την αρχική συλλογή πληροφοριών.

β) Η άμεση, συστηματική παρατήρηση διαμορφώνεται κάθε φορά με ένα μοναδικό τρόπο που να ανταποκρίνεται στη συμπεριφορά που θέλουμε να ελέγξουμε. Υπάρχουν κάποια πάγια σχήματα και διαδικασίες που, όμως, αφήνουν μεγάλα περιθώρια αλλαγής και προσαρμογής στην κάθε περίπτωση. Οι δύο συνηθέστεροι τύποι περιγραφικής παρατήρησης (πέραν της άμεσης, συστηματικής καταγραφής της συμπεριφοράς) είναι η ανάλυση συ-

νεξαρτήσεων (antecedent-behavior-consequence analysis, ABC analysis) και τα διαγράμματα διασποράς (scatterplots).

Στην περίπτωση της ABC ανάλυσης, η συμπεριφορά και τα γεγονότα που προηγούνται και ακολουθούν καταγράφονται όπως εκτυλίχθηκαν στο φυσικό περιβάλλον του ατόμου. Μια τέτοιου είδους ανάλυση μας βοηθά όχι μόνο στην εξακρίβωση του αιτίου που προκαλεί την προβληματική συμπεριφορά, αλλά και στη διατύπωση υποθέσεων για τη λειτουργία που εξυπηρετεί, ώστε να σχεδιάσουμε και να εφαρμόσουμε ένα σχέδιο παρέμβασης που να εκπαιδεύει το άτομο στη χρήση μιας κοινωνικά κατάλληλης εναλλακτικής συμπεριφοράς, η οποία να επιφέρει το ίδιο αποτέλεσμα και να εξυπηρετεί την ίδια λειτουργία.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΝΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

Όνοματεπώνυμο μαθητή:	Όνοματεπώνυμο παρατηρητή:	Ημερομηνία:
Ωρα:	Μάθημα:	Δραστηριότητα:
Συμπεριφορά-στόχος:		

Πρότερο γεγονός	Συμπεριφορά	Συνέπεια

Πίνακας 2: Ανάλυση συνεξαρτήσεων (Antecedent-Behavior-Consequence analysis)

Σε μια ανάλυση τύπου διαγράμματος διασποράς η μέρα του μαθητή χωρίζεται σε διαδοχικά χρονικά διαστήματα (π.χ. 30λεπτα) και ελέγχεται η συχνότητα εμφάνισης της προβληματικής συμπεριφοράς μέσα σε αυτά. Είναι χρήσιμο η καταγραφή αυτή να πραγματοποιείται σε πολλά και διαφορετικά πλαίσια (σχολείο, σπίτι, θεραπείες κ.α.). Το διάγραμμα διασποράς επιτρέπει τη σύγκριση της εμφάνισης της προβληματικής συμπεριφοράς σε κάθε ώρα της ημέρας και σε διαφορετικές δραστηριότητες. Η ανάγκη για ένα τυπικό μοντέλο ανάλυσης, όπως το διάγραμμα διασποράς, προκύπτει όταν η συμπεριφορά-στόχος είναι συχνή και η ανεπίσημη παρατήρηση δεν μας βοηθά να καταλήξουμε σε αξιόπιστα συμπεράσματα.

γ) Η **λειτουργική ανάλυση** αναφέρεται στη διεξαγωγή συστηματικών ελέγχων για να εξακριβωθούν λειτουργικές σχέσεις σε μια συμπεριφορά. Είναι το τελικό στάδιο της διαδικασίας. Λαμβάνοντας υπόψη ότι, μια προβληματική συμπεριφορά εξυπηρετεί μία από τις εξής λειτουργίες i) αποφυγή συγκεκριμένων καθηκόντων (αρνητική ενίσχυση), ii) πρόσβαση σε συγκεκριμένες θετικές ενισχύσεις (π.χ. στην προσοχή των άλλων) ή iii) αντίδραση σε συγκεκριμένα ερεθίσματα (π.χ. σε κάποια αλλεργία) και έχοντας σχηματίσει μια εικόνα για τη λειτουργία της συμπεριφοράς προβαίνουμε σε έναν πειραματικό χειρισμό για να ελέγξουμε την υπόθεσή μας.

8. Η συμπερίληψη των παιδιών με Δ.Α.Δ.

Με την έναρξη της σχολικής ζωής του παιδιού με αναπηρία η οικογένεια καλείται να πάρει μια δύσκολη απόφαση: Ποιο σχολείο θα επιλέξει για το παιδί της. Αν το ζήτημα της ένταξης των παιδιών με προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς θεωρείται γενικά περίπλοκο, τότε στην περίπτωση των παιδιών με Δ.Α.Δ. γίνεται δαιδαλώδες. Παρόλο που ιδανική εκπαίδευση κάθε παιδιού θα γίνεται σε ένα «Σχολείο για Όλους» (βλ. Διακήρυξη της Σαλαμάνκα), πολλές φορές το γενικό σχολείο δεν αποτελεί την καλύτερη λύση, όχι μόνο λόγω ελλείψεων υλικοτεχνικών υποδομών, αλλά κυρίως λόγω άκαμπτων στάσεων του ανθρώπινου δυναμικού του.

Ερευνητικά δεν έχει ακόμη προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα των ενταξιακών πρακτικών στα παιδιά με Δ.Α.Δ. Η εγγενής δυσκολία του εγχειρήματος έγκειται, μεταξύ άλλων, και στην πολυδιάστατη εικόνα του αυτισμού: Από την μία πλευρά, το μεγάλο εύρος της σοβαρότητας (από υψηλή λειτουργικότητα έως βαριά αναπηρία) και από την άλλη η φύση του (ανάγκη για προβλεψιμότητα, σταθερότητα, περιορισμένα αισθητηριακά ερεθίσματα, κ.ά.) καθιστούν δύσκολη τη λήψη μιας οριστικής απόφασης στο δίλημμα συμπερίληψη ή ειδική εκπαίδευση. Στην πραγματικότητα, όταν η ένταξη γίνεται κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις (ειδικό προσωπικό στο γενικό σχολείο, θετική στάση δασκάλων και συμμαθητών, κατάλληλος εξοπλισμός κ.ά.) φέρνει εξαιρετικά αποτελέσματα. Στην αντίθετη περίπτωση, μπορεί να έχει δυσάρεστες συνέπειες τόσο για το παιδί όσο και για την οικογένεια.

9. Η συνεργασία με την οικογένεια

Η διάγνωση του αυτισμού φέρνει μια σειρά αντιδράσεων στην οικογένεια, όπως άλλωστε και η διάγνωση κάθε αναπηρίας (βλ. κεφ. *Ζώντας με το πρόβλημα*). Ωστόσο, στην περίπτωση του αυτισμού έρευνες δείχνουν ότι οι γονείς βιώνουν σε μεγαλύτερη ένταση αρνητικά συναισθήματα (άγχος, ντροπή) σε σχέση με γονείς παιδιών με άλλες αναπηρίες. Το γεγονός αυτό καθιστά ακόμη πιο αναγκαία τη συνεργασία των γονέων με τους εκπαιδευτικούς. Δεν είναι τυχαίο, άλλωστε, ότι στα πλαίσια του TEACCH οι γονείς θεωρούνται «συνθεραπευτές». Έτσι, από τη μία η αναγνώριση της αξίας του γονικού ρόλου από την πλευρά των εκπαιδευτικών δημιουργεί θετικά συναισθήματα στον επιβαρυνμένο ψυχισμό των γονέων και μειώνει το άγχος τους κρατώντας τους ενήμερους για την εξέλιξη του παιδιού τους. Από την άλλη πλευρά, λειτουργεί καταλυτικά στην αποτελεσματικότητα της εκπαιδευτικής διαδικασίας, καθώς φωτίζει άγνωστες πλευρές του παιδιού, διευκολύνοντας την αξιολόγηση και το σχεδιασμό των προγραμμάτων, ενώ παράλληλα μεγιστοποιεί τις πιθανότητες κατάκτησης ενός στόχου με τη συνέχιση του προγράμματος στο σπίτι. Περισσότερες λεπτομέρειες για τα πεδία συνεργασίας αλλά και συγκεκριμένες τεχνικές για τους τρόπους συνεργασίας δίνονται στο κεφάλαιο «*Ζώντας με το πρόβλημα*».

Ενδεικτική βιβλιογραφία

- Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών για Μαθητές με Αυτισμό (2003). ΥΠΕΠΘ, Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Τμήμα Ειδικής Αγωγής.
- Collia-Faherty, C., Παπαγεωργίου & B., Παπαδοπούλου, N. (1999). *Αυτισμός: Ένας Ύμνος στην Επικοινωνία* (Πρακτικά Ημερίδας). Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.
- Cumine, V., Leach, J. & Stevenson, G. (2000). *Σύνδρομο Asperger: Ένας πρακτικός οδηγός για δασκάλους*. Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.
- Frost, L. & Bondy, A. (2002). *Σύστημα Επικοινωνίας Μέσω Ανταλλαγής Εικόνων: Εγχειρίδιο* (2^η έκδοση).
- García-Villamizar, D. & Hughes, C. (2007). Supported employment improves cognitive performance in adults with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51:142-150.
- Gable, R. A., Quinn, M. M., Rutherford, R. B., Howel, K. W., Hoffman, C. C., & Butler, C. J. (2002). *Conducting functional behavioral assessment and developing positive behavioral intervention plans and supports: Promoting positive academic and behavioral intervention plans for all students*. Washington, DC: Virginia Department of Education and the Center for Effective Collaboration and Practice/American Institutes for Research.
- Gray, C. & White, A.B. (2003). *Κοινωνική Προσαρμογή: Πρακτικός οδηγός για αυτιστικά παιδιά και παιδιά με σύνδρομο Asperger*. Αθήνα: Σαββάλας.
- Mesibov, G.B. & Shea, V. (1996). Full inclusion and students with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26:337-346.
- Moen, T. (2008). Inclusive educational practice: Results of an empirical study. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 52:59-75.
- Schopler, E. (2000). *Εγχειρίδιο Επιβίωσης Γονέων: ένας Οδηγός για την Επίλυση Κρίσεων στον Αυτισμό και τις Συναφείς Αναπτυξιακές Διαταραχές*. Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων.
- Unesco (1994). Διακήρυξη της Σαλαμάνκα και πλαίσιο δράσης για την ειδική αγωγή. Παγκόσμια Διάσκεψη για την Ειδική Αγωγή. Ισπανία, Σαλαμάνκα.

Χρήσιμες ιστοσελίδες

<http://www.teacch.com/>
<http://www.nas.org.uk/>
<http://www.lovaas.com/>

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ - ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ (ΔΕΠ-Υ)

Βασίλειος Στεργίου

Η ΔΕΠ-Υ (ή ΣΕΠΥ: Σύνδρομο Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα) αποτελεί διάχυτη νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από υπερβολική, ανεξέλεγκτη κινητική δραστηριότητα, δυσχέρεια συγκέντρωσης και διατήρησης της προσοχής, κυρίως σε δομημένες συνθήκες που απαιτούν προσοχή, όπως το σχολικό περιβάλλον, και έντονη παρορμητικότητα. Οι συμπεριφορές αυτές είναι δυσανάλογες σε σχέση με την ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο και προκαλούν σαφή έκπτωση της λειτουργικότητας σε βασικούς τομείς της ζωής ενός παιδιού, όπως είναι η προσαρμογή στο σχολικό περιβάλλον, το κοινωνικό παιχνίδι, η οικογενειακή ζωή και η κοινωνικοποίηση. Οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, καθώς και η ομαλή εφαρμογή του σχολικού προγράμματος σε μια τάξη, μπορεί να διαταράσσονται εξαιτίας της διαταραχής. Συχνά, οι γονείς και εκπαιδευτικοί φθάνουν σε απόγνωση ή οδηγούνται σε ακραίες μορφές τιμωρίας.

Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί την πιο συχνή νευροψυχιατρική διαταραχή στα παιδιά, με συχνότητα η οποία υπολογίζεται περίπου στο 3-5%. Αυτό σημαίνει ότι, σε μια τάξη 20 μαθητών, περίπου ένας μαθητής εμφανίζει τη διαταραχή. Σε ορισμένες μελέτες διαφαίνεται ότι συμπτώματα ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει το 10-20% των παιδιών. Η επίπτωση της πιο σοβαρής μορφής ανέρχεται στο 1%. Παρουσιάζεται συχνότερα στα αγόρια, σε αναλογία 3-5/1 σε σχέση με τα κορίτσια, στα οποία συνήθως εκδηλώνεται με την εικόνα της διάσπασης προσοχής χωρίς συνοδό υπερκινητική συμπεριφορά. Υποψίες για τη διαταραχή μπορούν να τεθούν ήδη από την ηλικία των 3 ετών, αν και η διάγνωση συνήθως τίθεται όταν το παιδί είναι μεγαλύτερο των 7 ετών, την περίοδο δηλαδή που φοιτά στο δημοτικό. Η λήψη του ιστορικού αναδρομικά συχνά οδηγεί στο συμπέρασμα ότι αρκετά από τα παιδιά αυτά παρουσίαζαν συμπτωματολογία ήδη από τη βρεφική ηλικία. Πρόκειται για «δύσκολα», «γκρινιάρικα» βρέφη με ανήσυχο ύπνο, συχνό κλάμα και ιδιοτροπίες στη σίτιση και τη φροντίδα. Η διάγνωση είναι περισσότερο δυσχερής, όταν στη κλινική εικόνα κυριαρχεί η ελλειμματική προσοχή χωρίς τη συνύπαρξη υπερκινητικότητας ή παρορμητικότητας. Θεωρείται πλέον μια χρόνια διαταραχή, που επιμένει στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή, και οδηγεί σε λειτουργική έκπτωση σε ποικίλους τομείς της ζωής, όπως η εργασία και οι διαπροσωπικές σχέσεις.

Η ΔΕΠ-Υ συχνά περνά απαρατήρητη ή υποτιμάται από γονείς και εκπαιδευτικούς. Η αδυναμία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του σχολικού περιβάλλοντος, να πειθαρχήσουν σε κανόνες και εντολές, να ρυθμίσουν τη συμπεριφορά τους σύμφωνα με το εκάστοτε κοινωνικό πλαίσιο, η τάση τους προς απροσεξία και η συχνή πρόκληση ζημιών, καθώς και τα εμφανή μαθησιακά τους ελλείμματα, φαίνεται ανεξήγητη ή ερμηνεύεται ως ένδειξη τεμπελιάς, αντιδραστικότητας ή κακής διαπαιδαγώγησης. Τα παιδιά αυτά δέχονται συχνά επιπλήξεις ή τιμωρίες και θεωρούνται συχνά ενοχλητικά ή είναι ανεπιθύμητα από τους δασκάλους. Οι συμπεριφορές αυτές οδηγούν σε «φαύλο κύκλο» και επιδεινώνουν τη κλινική εικόνα του παιδιού.

Η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ δεν είναι εξολοκλήρου γνωστή. Πάντως, είναι πλέον παραδεκτό ότι αποδίδεται σε ανωριμότητα ως προς την ανάπτυξη του εγκεφάλου. Δεν οφείλεται επομένως σε ανεπαρκή ή ακατάλληλη ανατροφή. Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιείται παλαιότερα ο όρος: «Ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία». Είναι γνωστό, εξάλλου, ότι σε ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών με ΔΕΠ-Υ (ως και 60% σε ορισμένες μελέτες) παρατηρούνται ήπια («μαλακά») νευρολογικά σημεία, όπως αδεξιότητα, δυσχέρεια στο συντονισμό των κινήσεων και την ισορροπία («παρεγκεφαλιδική σημειολογία»), διαταραχές ως προς τη λεπτή κινητικότητα και την αισθητηριακή ολοκλήρωση. Έχει παρατηρηθεί ότι, τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν ελλιπή ανάπτυξη ή δυσλειτουργία του προμετωπιαίου φλοιού (και μάλιστα του δεξιού προμετωπιαίου φλοιού), μιας περιοχής του εγκεφάλου η οποία σχετίζεται με τους μηχανισμούς διατήρησης της προσοχής και ελέγχου των παρορμήσεων. Φαίνεται ότι το πυρηνικό έλλειμμα εντοπίζεται στην αδυναμία ρύθμισης και αξιολόγησης των ερεθισμάτων και πληροφοριών του περιβάλλοντος, με αποτέλεσμα άσχετες προς το εκάστοτε πλαίσιο πληροφορίες να εισβάλλουν στη συνείδηση του παιδιού και να το εμποδίζουν να διατηρήσει για ικανό χρόνο την προσοχή του για την επιτέλεση ενός συγκεκριμένου καθήκοντος. Για αυτό, εξάλλου, η διασπαστική συμπεριφορά είναι περισσότερο εμφανής σε δραστηριότητες που απαιτούν συγκέντρωση και προσοχή ή έχουν ένα σχετικά μονότονο ή περιορισμένο ενδιαφέροντος χαρακτήρα, όπως για παράδειγμα η ατομική σχολική εργασία.

Το γεγονός ότι υπάρχει θεραπευτική ανταπόκριση στη μεθυλφαινιδάτη, μια ουσία η οποία αυξάνει τα επίπεδα της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο, οδηγεί στην υπόθεση ότι κεντρικό αιτιοπαθογενετικό ρόλο διαδραματίζει η δυσλειτουργία του μεταβολισμού των κατεχολαμινών (ντοπαμίνης και νοραδρεναλίνης). Υπάρχει κληρονομική προδιάθεση, μια που το ποσοστό της διαταραχής ανέρχεται στο 25% σε συγγενείς πρώτου βαθμού, σε σχέση με 5% που αφορά την ομάδα ελέγχου. Εξαιτίας αυτής της κληρονομικής προδιάθεσης οφείλεται το γεγονός ότι, στους γονείς και συγγενείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνονται σε αυξημένο ποσοστό παραβατικές συμπεριφορές, άσκηση βίας και κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών. Άλλοι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί είναι χρήση ουσιών, αλκοόλ και καπνού από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και περιγεννητικές διαταραχές, όπως η ανοξία ή τα τραύματα. Αν και θεωρείται ότι έχει βιολογική προέλευση, δεν θα πρέπει να αγνοούνται ή να υποτιμούνται και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως η συναισθηματική αποστέρηση και το αγχογόνο οικογενειακό περιβάλλον, οι οποίοι μπορεί να επιδεινώνουν ή να διαιωνίζουν τη διαταραχή.

Η κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από τη διαγνωστική τριάδα: υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα και ελλειμματική προσοχή. Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα της αμερικάνικης ψυχιατρικής εταιρίας (DSM-IV-TR) διακρίνονται τρεις τύποι ΔΕΠ-Υ: α) η διαταραχή υπερκινητικού/παρορμητικού τύπου, η οποία είναι περισσότερο συχνή σε μικρά παιδιά, προσχολικής ηλικίας, β) η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, η οποία κυριαρχεί στα παιδιά σχολικής ηλικίας και τα κορίτσια και γ) η μικτού τύπου διαταραχή.

Ο όρος «υπερκινητικότητα» αναφέρεται σε υπέρμετρο, ακατάλληλο για το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού, βαθμό κινητικής ή λεκτικής δραστηριότητας, η οποία είναι συχνά ανοργάνωτη και μη στοχοκατευθυνόμενη. Τα παιδιά με υπερκινητικότητα είναι πολύ ανήσυχα και δυσκολεύονται να μείνουν για πολλή ώρα στην ίδια θέση. Έτσι, συχνά σηκώνονται από τη θέση τους ακόμα και κατά την ώρα του μαθήματος ή κινούν ανήσυχα και ανυπόμονα τα άνω και κάτω άκρα τους ή ολόκληρο το σώμα τους. Κινούνται ή τρέχουν ακατάπαυστα, ακόμα και σε κλειστούς χώρους, με αποτέλεσμα, σε συνδυασμό με την κινητική αδεξιότητα που συχνά συνυπάρχει, να προκαλούν ζημιές ή να είναι επιρρεπή σε ατυχήματα. Χαρακτηριστική είναι η μεγάλη ταχύτητα με την οποία επιτελούνται οι κινήσεις, καθώς και οι συνε-

χείς εναλλαγές από τη μια κίνηση στην άλλη, που τα οδηγεί σε ανοργάνωτη, μη δημιουργική, χαώδη υπερδραστηριότητα. Σε ορισμένα παρατηρείται το φαινόμενο της «υπερμεταμόρφωσης», της τάσης να αγγίζουν διαρκώς και εναλλάξ όλα τα αντικείμενα, ενώ σε παιδιά με βαρεία κλινική εικόνα, η υπερκινητικότητα συνεχίζεται και κατά τη διάρκεια του ύπνου, με αιφνίδια τινάγματα, έντονο στριφογύρισμα στο κρεβάτι, σπρώξιμο των κλινοσκεπασμάτων και κραυγές. Μιλούν υπερβολικά ή απερίσκεπτα, χωρίς να ερωτηθούν, δεν περιμένουν τον συνομιλητή τους και τους είναι εξαιρετικά δύσκολο να παραμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα σιωπηλά, ακόμα και αν οι συνθήκες είναι απαγορευτικές. Εντούτοις, ο λόγος τους είναι συνήθως φτωχός σε περιεχόμενο, με περιορισμένο λεξιλόγιο, με πολλά γραμματικά ή συντακτικά σφάλματα και με δυσχέρεια άρθρωσης. Το παιχνίδι τους είναι αδόμητο και συχνά καταστρεπτικό, ενώ δυσκολεύονται να συνεργαστούν με τους συμμαθητές τους σε ομαδικές δραστηριότητες.

Ως «παρορμητικότητα» χαρακτηρίζεται η αδυναμία ελέγχου της συμπεριφοράς και εκτίμησης των συνεπειών των πράξεων. Η ανυπομονησία των παιδιών αυτών τα οδηγεί να μην περιμένουν να ακούσουν τις οδηγίες που τους δίνονται προτού εκτελέσουν μία δραστηριότητα. Βιάζονται να δώσουν απαντήσεις και δεν περιμένουν τη σειρά τους. Συχνά γίνονται ενοχλητικά, διακόπτοντας τις συζητήσεις ενηλίκων ή το παιχνίδι άλλων παιδιών. Η ανυπομονησία τους τα οδηγεί σε προκλητικότητα, επιθετικότητα, εναντιωτισμό και ετεροκαταστροφική συμπεριφορά (π.χ. καταστροφή αντικειμένων). Είναι ιδιαίτερα ριψοκίνδυνα χωρίς να διαθέτουν τη συνείδηση του κινδύνου. Πολλά παιδιά προσπαθούν να προσελκύσουν την προσοχή του περιβάλλοντος με ανώριμη για την ηλικία τους, «παιδιάστικη» συμπεριφορά (για παράδειγμα με γκριμάτσες ή μορφασμούς). Δεν φαίνεται να διδάσκονται από τα λάθη τους, να εμφανίζουν τύψεις για την παρορμητική συμπεριφορά τους και, συχνά, δείχνουν μειωμένη ευαισθησία όταν επιπλήττονται ή τιμωρούνται. Οι πράξεις τους στοχεύουν προς την άμεση ικανοποίηση, με αποτέλεσμα να αδυνατούν να ματαιώνουν τις επιθυμίες τους. Χαρακτηριστική είναι η συναισθηματική τους αστάθεια με εναλλαγές θυμού-κλάματος, ενώ είναι συχνά απρόβλεπτα στη συμπεριφορά τους.

Ο όρος «ελλειμματική προσοχή» αφορά τη δυσχέρεια εστιασμού, μετατόπισης και κυρίως διατήρησης της προσοχής, ιδιαίτερα σε καταστάσεις επιτέλεσης κάποιου συγκεκριμένου έργου ή καθήκοντος που απαιτεί συγκέντρωση, συμμόρφωση σε καθορισμένους κανόνες και δεν προσφέρει άμεση ικανοποίηση. Τα ελλείμματα στη προσοχή γίνονται ιδιαίτερα εμφανή στο σχολικό περιβάλλον, όπου κάνουν πολλά λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, οι οποίες είναι ακατάστατες, ανοργάνωτες και ανολοκλήρωτες. Σχεδόν οποιοδήποτε ερέθισμα του εξωτερικού περιβάλλοντος μπορεί να αποσπάσει την προσοχή τους και αδυνατούν να ολοκληρώσουν τα καθήκοντα που τους ανατίθενται. Η ανταπόκριση στα παραγγέλματα είναι περιορισμένη και συχνά έχουν την ανάγκη επαναλήψεων για να επικεντρώσουν την προσοχή τους. Δίνουν την εντύπωση ότι δεν κατανοούν τη ποιότητα των οδηγιών και φαίνονται αφηρημένα ή ονειροπόλα ή απορροφημένα στις σκέψεις τους κατά τη διάρκεια του μαθήματος. Συχνή είναι η απώλεια αντικειμένων και η παραμέληση καθημερινών υποχρεώσεων. Συν το χρόνο, το περιβάλλον του σχολείου καθίσταται δυσφορικό και βασανιστικό και τα κενά, όσον αφορά τις ακαδημαϊκές γνώσεις, γίνονται ολοένα και περισσότερο εμφανή.

Η ΔΕΠ-Υ συχνά συνυπάρχει ή αποτελεί το υπόστρωμα εμφάνισης ποικίλων νευροψυχιατρικών διαταραχών κατά την παιδική ηλικία, την εφηβεία και την ενήλικη ζωή. Η ΔΕΠ-Υ επιμένει συνήθως (σε ποσοστό 40-60%) στην εφηβεία και την ενηλικίωση, με τη διαφορά ότι εξελίσσεται ή εκδηλώνεται με διαφορετικό τύπο συμπτωματολογίας, ανάλογα με την ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο. Για παράδειγμα, η παρορμητικότητα της παιδικής

ηλικίας μπορεί να μεταλλαχθεί σε αντικοινωνική συμπεριφορά κατά την εφηβεία, ή η ελλειμματική προσοχή σε μαθησιακά ή εργασιακά προβλήματα.

Στην παιδική ηλικία, η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει συνοσηρότητα με τις εξής διαταραχές:

α) Μαθησιακές διαταραχές με προβλήματα στην ανάγνωση, γραφή και τις μαθηματικές πράξεις. Τα προβλήματα αυτά σχετίζονται με την ελλειμματική προσοχή, τη διαταραχή στις εκτελεστικές λειτουργίες και την εργαζόμενη μνήμη, την ικανότητα δηλαδή διατήρησης στη μνήμη διαφόρων πληροφοριών για βραχύ χρονικό διάστημα με σκοπό την εκτέλεση ενός συγκεκριμένου έργου, ιδίως εφόσον αυτό αποτελείται από αλληλουχία πράξεων. Το 1/4 περίπου των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αργεί να μιλήσει και εμφανίζει ελλιπή ανάπτυξη του λόγου, ενώ το 1/2-2/3 ανταποκρίνεται στα κλινικά κριτήρια για δυσλεξία με συνοδό ανεπαρκή φωνολογική ενημερότητα. Ο δείκτης νοημοσύνης τους φαίνεται να υπολείπεται κατά 7-15 μονάδες σε σχέση με το μέσο όρο των «φυσιολογικών» παιδιών. Εξάλλου, το 1/3 των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εγκαταλείπουν πρώιμα τη φοίτησή τους από το σχολείο εξαιτίας της διαταραχής τους.

β) Εναντιωτική προκλητική διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από ένα πρότυπο συμπεριφοράς, το οποίο χαρακτηρίζεται από αρνητισμό, αντιθετικότητα, εχθρικότητα και ανυπακοή, ιδίως προς πρόσωπα εξουσίας, όπως οι γονείς και οι δάσκαλοι.

γ) Διαταραχή διαγωγής, κύρια χαρακτηριστικά της οποίας αποτελούν η παραβατική συμπεριφορά, η ανυπακοή προς τις αρχές και τους κανόνες, η άσκηση βίας προς μικρότερα παιδιά ή ζώα, η ψευδολογία, το σκασιαρχείο και οι μικροκλοπές. Η διαταραχή διαγωγής αποτελεί τον προπομπό ανάπτυξης της αντικοινωνικής (ή κοινωνιοπαθητικής ή ψυχοπαθητικής) προσωπικότητας, κατά την εφηβεία και ενήλικο ζωή.

δ) Διαταραχή Tourette με κύρια χαρακτηριστικά τα πολλαπλά φωνητικά και κινητικά, καθώς και η καταναγκαστική εκστόμιση υβριστικών λέξεων («κοπρολαλία»).

ε) Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή.

στ) Διαταραχές άγχους και συχνές κρίσεις πανικού.

ζ) Διαταραχές της διάθεσης. Η μόνιμη αποτυχία στις σχολικές υποχρεώσεις, η αρνητική ή χλευαστική συμπεριφορά των συμμαθητών και η ροπή προς περιθωριοποίηση μπορεί να οδηγήσουν σε δυσθυμία με χρόνιο αίσθημα μειονεξίας, και χαμηλής αυτοεκτίμησης, πτώση του ηθικού και απαισιοδοξία. Σπανιότερα, μπορεί να εκδηλωθεί εικόνα μείζονος κατάθλιψης με υπέρμετρη θλίψη, απελπισία, ιδέες αυτοκατηγορίας και ενοχής, μείωση της ενεργητικότητας, διαταραχές ύπνου και σωματικά ενοχλήματα, όπως κεφαλαλγία τύπου τάσεως, ανορεξία, εύκολη κόπωση.

η) Νυκτερινή ενούρηση.

Κατά την εφηβεία και την ενηλικίωση η ΔΕΠ-Υ μπορεί να οδηγήσει σε αντικοινωνική συμπεριφορά με παραβατικότητα, εμπλοκές με το νόμο, συχνές απολύσεις ή ανεργία και χαώδεις διαπροσωπικές σχέσεις. Ένα μεγάλο ποσοστό εφήβων με ΔΕΠ-Υ/αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας επιδίδεται σε κατάχρηση ή οδηγείται σε εξάρτηση από νικοτίνη, αλκοόλ και παράνομες ουσίες. Σε μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι, το 35% των χρηστών κοκαΐνης που αναζητούν θεραπεία είχαν ιστορικό ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία, ενώ το 15% συνεχίζει να παρουσιάζει τη διαταραχή κατά την ενήλικη ζωή. Οι διαταραχές της διάθεσης αυξάνονται σε συχνότητα με την ενηλικίωση, ενώ φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη ΔΕΠ-Υ και τη διπολική διαταραχή (μανιοκαταθλιπτική ψύχωση).

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ θα στηριχθεί στο λεπτομερές ιστορικό που λαμβάνεται από τους γονείς ή φροντιστές του παιδιού και τους δασκάλους, στην κλινική εξέταση και παρατήρηση του παιδιού και σε ορισμένες κλίμακες αξιολόγησης που συμπληρώνονται από γονείς και δασκάλους. Σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται διάκριση-διαφορική διάγνωση από

άλλες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες μπορεί να μιμούνται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, όπως οι διαταραχές της διάθεσης με κύρια τη διπολική διαταραχή, οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή. Μέσα στα πλαίσια της κλινικής αξιολόγησης, περιλαμβάνεται και η εκτίμηση των συνθηκών διαβίωσης και ανάπτυξης του παιδιού μέσα στο χώρο της οικογένειάς του.

Η θεραπεία της ΔΕΠ-Υ είναι γενικά δυσχερής, μακροχρόνια και απαιτεί τη συνεργασία ειδικών της ψυχικής υγείας (παιδοψυχίατροι, παιδοψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές) με τους εκπαιδευτικούς (γενικής και ειδικής αγωγής) και τους γονείς.

Ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας στις μέτριας βαρύτητας και τις σοβαρές μορφές ΔΕΠ-Υ αποτελεί η φαρμακευτική αγωγή με διεγερτικά φάρμακα, κυριότερος εκπρόσωπος των οποίων αποτελεί η μεθυλφαινιδάτη. Τα διεγερτικά βελτιώνουν τη συμπεριφορά και τη μαθησιακή ικανότητα στο 60-80% των παιδιών. Έχουν επίσης δοκιμασθεί αμφεταμίνες, αντικαταθλιπτικά (βουπροπρόνη, φλουοξετίνη), αγχολυτικά (βουσπιρόνη) και σταθεροποιητές της διάθεσης (λίθιο, καρβαμαζεπίνη, οξικαρβαζεπίνη). Εντούτοις, αν και η ΔΕΠ-Υ αποτελεί τη συχνότερη ψυχική διαταραχή της παιδικής ηλικίας με συχνότητα της τάξης του 3-5%, μελέτες έχουν δείξει ότι μόνο το 12,5% των παιδιών λαμβάνουν διεγερτικά φάρμακα. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στην άγνοια και τις προκαταλήψεις των γονέων, αλλά και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όσον αφορά τη φύση της διαταραχής. Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι η φαρμακοθεραπεία θα πρέπει να συνεχίζεται στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή στις ανθεκτικές μορφές.

Είναι απαραίτητο η φαρμακοθεραπεία να συνδυάζεται με ψυχοθεραπευτικές-ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, όπως είναι η εκπαίδευση των γονέων σχετικά με τη φύση της διαταραχής, οι διάφορες συμπεριφορικές τεχνικές που αποσκοπούν στη λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς του παιδιού με αποτροπή της ανεπιθύμητης και θετική ενίσχυση και επιβράβευση της αποδεκτής συμπεριφοράς, καθώς και η οικογενειακή θεραπεία.

Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις έχουν ιδιαίτερη σημασία και θα πρέπει να είναι εξατομικευμένες, ανάλογα με τις δυνατότητες και ανάγκες του παιδιού. Οι βασικές καθοδηγητικές γραμμές αφορούν τους εξής τομείς:

α) Χωροταξική διευθέτηση. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να κάθονται στο μπροστινό θρανίο, όσον το δυνατόν μακριά από θορύβους και παρενοχλήσεις. Καλό είναι να κάθονται κοντά σε «ήσυχους», καλούς μαθητές, που να αποτελούν πρότυπο προς μίμηση. Οι δάσκαλοι πρέπει να διατηρούν διαρκώς οπτική επαφή.

β) Τρόπος επιτέλεσης του μαθήματος. Καλό θα είναι η παράδοση του μαθήματος να κινεί και να διατηρεί το ενδιαφέρον. Βοηθάει ιδιαίτερα η χρήση πολυαισθητηριακών μεθόδων και η κατάτμηση της ύλης σε μικρότερα τμήματα. Οι συχνές επαναλήψεις είναι χρήσιμες.

γ) Έλεγχος συμπεριφοράς και αποφυγή της παρορμητικότητας. Απαιτείται η θέσπιση και διαρκής τήρηση σταθερού πλαισίου και κανόνων. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν ανάγκη αυξημένης επιτήρησης.

δ) Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης. Επιτυγχάνεται με συχνές επιβραβεύσεις, ενθάρρυνση και θετική ενίσχυση καθώς και με προτροπή για κοινωνικοποίηση.

ε) Η εργασία για το σπίτι θα πρέπει να είναι κατανοητή από το παιδί και προσαρμοσμένη στις δυνατότητες του.

στ) Άρρηκτη συνεργασία με τους γονείς και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η σαφής ιατρική διάγνωση και η πιθανή λήψη φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να γνωστοποιούνται στον εκάστοτε εκπαιδευτικό.

Βιβλιογραφία

- Arana, G.W. & Hyman, S.E. (1994). *Άλλα φάρμακα: Ψυχοδιεγερτικά. Ψυχοφαρμακολογία* (μετ: Νέστορος Ι.Ν.). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας: 253-267.
- Ιεροδιακόνου, Χ.Σ. (1991). *Το απρόσεκτο και υπερκινητικό παιδί & Αντικοινωνική συμπεριφορά των ανηλίκων. Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Μαστορίδη. 104-117 & 118-136.*
- Julien, R.M. (2003). *Αμφεταμίνες και άλλα διεγερτικά της συμπεριφοράς. Βασικές αρχές ψυχοφαρμακολογίας.* Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης: 223-242.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητα. Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων-αναπτυξιακή προσέγγιση.* Αθήνα: Εκδόσεις Γιώργος Δαρδανός: 87-119.
- Maccracken, J.T. (2000). *Attention deficit/Hyperactivity disorder. Kaplan & Sadocks' comprehensive textbook of psychiatry seventh edition.* Lippincott Williams & Wilkins CD-ROM version 2000.
- Miller, B. (2002). *Ένας οδηγός για τις μαθησιακές δυσκολίες και το σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητας* (μετάφραση: Κοσλίδου Ζ.). Αθήνα: Οργανισμός εκδόσεως διδακτικών βιβλίων.
- Παπαγεωργίου, Β.Α. (2005). *Αναπτυξιακές και ψυχικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας – Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητα & Διαταραχή διαγωγής και εναντιωτική προκλητική διαταραχή. Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων.* Θεσσαλονίκη: University Studio Press: 123-148 & 148-155.
- Παπαγεωργίου, Β. & Νταφούλης, Β. (2004). *Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητα: Διάγνωση και αντιμετώπιση στη κλινική πράξη. Νέα παιδιατρικά χρονικά, (4):143-151.*
- Walkup, J.T., Khan, S., Schuerholz, L., et. al. (2004). *Phenomenology and natural history of Tic-related ADHD and learning disabilities.* Στο J.F. Leckman & D.J. Cohen (eds) *Tourette's syndrome-Tics, Obsessions. Compulsions.* John Wiley & Sons, INC: 63-79.
- Wender, P.H. (2000). *Adult manifeststions of Attention deficit/Hyperactivity disorder. Kaplan & Sadocks' comprehensive textbook of psychiatry seventh edition.* Lippincott Williams & Wilkins CD-ROM.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΤΑΞΗ - ΨΥΧΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ - ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Ιωάννης Ζυμβρακάκης

1. Εισαγωγή

Το φαινόμενο της αντικοινωνικής-αποκλίνουσας συμπεριφοράς, γνωστό στο χώρο της ψυχολογίας ως διαταραχή διαγωγής ή ως επιθετικότητα, έχει απασχολήσει ως ένα συνεχώς αυξανόμενο κοινωνικό πρόβλημα με ποικίλες διαστάσεις τόσο σε θεωρητικό επίπεδο όσο και σε πρακτικό- εκπαιδευτικό τις ανθρωπιστικές επιστήμες. Ειδικότερα, η εκδήλωση της παιδικής επιθετικότητας ως μορφής κοινωνικά ανεπιθύμητης συμπεριφοράς στο σχολικό κι ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον προκαλεί συνήθως οδυνηρές συνέπειες όχι μόνο στα άτομα που αυτή απευθύνεται, αλλά είναι συχνά επιζήμια και για τα άτομα που την προκαλούν για το λόγο ότι καθιστά προβληματική την **κοινωνικοποιητική διαδικασία**, ιδίως όταν αυτή αφορά στο αναπτυσσόμενο άτομο.

Θεωρείται γενικά αποδεκτό ότι η λειτουργία της κοινωνικοποίησης από την πρώτη κιόλας στιγμή της γέννησης του παιδιού βασίζεται σε αλυσιδωτές διαδικασίες μάθησης που αναπτύσσονται στο πλαίσιο του κοινωνικο-πολιτιστικού περιγύρου του ανθρώπου που τον διευκολύνουν κατά την περίοδο της ανάπτυξης του στην προσαρμογή του στο περιβάλλον, φυσικό και κοινωνικό.

Ο **James Drever** ορίζει την **προσαρμογή** ως την κατάσταση εκείνη, κατά την οποία το άτομο επιτυγχάνει να αντιμετωπίσει με επιτυχία ειδικές συνθήκες με την κατάλληλη διαρρύθμιση των περιβαλλοντικών συνθηκών.

Η διαδικασία αυτή όμως, τις περισσότερες φορές, τον φέρνει αντιμέτωπο με αλληλοσυγκρουόμενες καταστάσεις υπό την επήρεια δύο αντίρροπων δυνάμεων:

- των εξωτερικών πιέσεων από τη μια, που επιβάλλουν την πλήρη συμμόρφωσή του στις εκάστοτε περιβαλλοντικές και κοινωνικές συνθήκες και
- των εσωτερικών του δυνάμεων από την άλλη, που ενεργοποιούνται για την ικανοποίηση των βασικών του αναγκών.

Κατά συνέπεια, το άτομο αναγκάζεται να μετέρχεται νέες κάθε φορά μεθόδους και στρατηγικές προκειμένου να εναρμονίσει τις ανάγκες του με τις εξωτερικές απαιτήσεις για να επιτύχει την ομαλή προσαρμογή του σε μεγαλύτερο ή μικρότερο ικανοποιητικό βαθμό.

Η μη ικανοποιητική προσαρμογή του διαταράσσει την επιδιωκόμενη και ομολογουμένως εύθραυστη ισορροπία, με αποτέλεσμα τη δυσπροσαρμοστία και την επακόλουθη εκδήλωση ανεπιθύμητης κοινωνικά συμπεριφοράς. Αυτό έχει ως συνέπεια το άτομο με διαταραχές στη συμπεριφορά να προβαίνει ενσυνείδητα ή ασυνείδητα σε ενέργειες που εμποδίζουν την κοινωνικοποίησή του, τη συναισθηματική και ψυχική του ανάπτυξη και που συχνά προκαλούν σοβαρά προβλήματα στους άλλους ανθρώπους. Έτσι, κάθε κοινωνική ομάδα

προσπαθεί να κρατά σε ένα ανεκτό επίπεδο ελέγχου την επιθετικότητα των μελών της για να διατηρεί την κοινωνική της συνοχή.

Η οικογένεια και το σχολείο είναι οι δυο πιο βασικές πρωτογενείς ομάδες *κοινωνικοποίησης* που αποβλέπουν στον εξανθρωπισμό του νέου ατόμου και στη διαπίστωση του σε κοινωνικοπολιτιστική προσωπικότητα. Η κοινωνική προσαρμογή του ανθρώπου αρχίζει με την οικογένεια και συνεχίζεται έξω απ' αυτή με τους συνομηλίκους του, το σχολείο και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Η σπουδαιότητα της οικογένειας είναι πρωταρχικής σημασίας, γιατί εκεί μπαίνουν τα θεμέλια της προσωπικότητας του ατόμου και της μελλοντικής προσαρμογής του. Η επαφή του παιδιού με τους φίλους και συνομηλίκους του, στη γνώμη των οποίων δείχνει ιδιαίτερη ευαισθησία, δεν μπορεί να παραγνωριστεί. Στη συνέχεια, ακολουθεί σε σπουδαιότητα το σχολείο. Το σχολικό πρόγραμμα και η συμμετοχή του στη σχολική ζωή συμβάλλουν αποφασιστικά στην προώθηση της προσαρμοστικής προσπάθειας που καταβάλλει το άτομο, προκειμένου να ανταποκριθεί στις κοινωνικές επιταγές από τη μια και τις εσωτερικές του ανάγκες και προτεραιότητες από την άλλη.

Η διαδικασία της κοινωνικοποίησης στην οικογένεια και στο σχολείο δεν λειτουργεί όμως πάντα θετικά. Πετυχαίνουν πολλές φορές το αντίθετο και οδηγούν το παιδί στην εκτροπή, την αποκλίνουσα και επιθετική συμπεριφορά. Η ίδια η κοινωνικοποίηση μπορεί να είναι το αίτιο της επιθετικής συμπεριφοράς. Και τούτο διότι η κοινωνική προσαρμογή του ατόμου συνεπάγεται αναπόφευκτα περιορισμό της αυτονομίας του για να εισέλθει σε μια οργανωμένη κοινωνία. Αν και οι αιτιάσεις κατά της κοινωνίας θα μπορούσαν ενδεχομένως να θεωρηθούν και δικαιολογημένες, ωστόσο καμία ανθρώπινη κοινωνία δεν διεκδίκησε ποτέ την τελειότητα, και αφετέρου το άτομο έχει πάντοτε ανάγκη της παρουσίας των άλλων για να μπορέσει να ικανοποιήσει τόσο τις βιολογικές του όσο και τις κοινωνικές του ανάγκες, που καμιά φορά έχουν μεγαλύτερη ισχύ κι από τη δύναμη των ενστίκτων.

Παράλληλα και συγχρονικά με τους τρεις βασικούς συντελεστές της κοινωνικής προσαρμογής του ατόμου λειτουργούν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό αθροιστικά ή και συμπληρωματικά κι άλλα πρόσωπα (ενήλικες του άμεσου ή ευρύτερου περιβάλλοντος), τα Μ.Μ.Ε, η συμμετοχή του ατόμου σε κοινωνικές εκδηλώσεις, αθλητικές και πολιτιστικές δραστηριότητες κ.ά.

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι με τον όρο **επιθετικότητα** εννοούμε τους πιο συχνούς μηχανισμούς αντίστασης των παιδιών, όταν βρεθούν σε καταστάσεις συναισθηματικής απόγνωσης. Επίσης, μπορεί να θεωρηθεί και ως βίαιη αντίδραση του παιδιού σε καταστάσεις που τις θεωρεί ανεπιθύμητες και μη συμβατές με τις ιδιαίτερες ανάγκες του και την ατομικότητά του.

2. Διαταραχές συμπεριφοράς στη σχολική τάξη

Πλήθος βιβλιογραφικών αλλά και εμπειρικών ερευνών αποδεικνύουν ότι την τελευταία δεκαετία, τα προβλήματα συμπεριφοράς αποτελούν ένα συχνό και κρίσιμο φαινόμενο στην εκπαίδευση σε όλες ανεξαιρέτως τις σχολικές βαθμίδες τόσο στη γενική όσο και στην ειδική αγωγή. Γεγονός που αναμφισβήτητα εγείρει σοβαρούς προβληματισμούς στην εκπαιδευτική κοινότητα τόσο για την πρόληψη όσο και για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της μαθητικής αντικοινωνικής συμπεριφοράς, όχι μόνο από την άποψη της παιδαγωγικής πρακτικής, αλλά και για την ανίχνευση της μαθησιακής διαδικασίας που σε γενικές γραμμές προκαλούν διάφορες μορφές μαθητικής παρεκτροπής.

Ένα πολύ σημαντικό θέμα, μεταξύ άλλων, στην παραπάνω προβληματική αποτελεί το πώς οι εκπαιδευτικοί αντιλαμβάνονται και κατανοούν τη μαθητική παραβατικότητα και τη φύση της, ώστε με οργανωμένο, συστηματικό και παιδαγωγικά αποδοτικό τρόπο να προβούν αφενός στην πρόληψή της κι αφετέρου στην αντιμετώπισή της.

Αποτελεί κοινή παραδοχή το γεγονός ότι, λόγω ελλειπών κατάρτισης των εκπαιδευτικών σε θέματα σχολικής πειθαρχίας, οι τελευταίοι τα αντιμετωπίζουν με βάση την κοινή λογική, τη διδακτική κουλτούρα της σχολικής μονάδας και του συγκεκριμένου κοινωνικο-πολιτισμικού πλαισίου μέσα στο οποίο αυτή εντάσσεται και κυρίως με την προσωπική τους εμπειρία. Τούτο έχει ως συνέπεια να διαπιστώνονται ποικίλες διαφοροποιήσεις, τόσο στις στάσεις και τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την ποικιλία και το εύρος των μορφών ανεπιθύμητης μαθητικής συμπεριφοράς που εκδηλώνονται στη σχολική τάξη, όσο και στην αναζήτηση των αιτιών της και φυσικά στον τρόπο αντιμετώπισής της.

Η ερμηνεία των παραπάνω διαφοροποιήσεων πρέπει να αναζητηθεί επίσης και στην πολυπλοκότητα του προβλήματος και στις ποικίλες ιδιαιτερότητές του που παρατηρούνται σ' ό,τι αφορά:

α. **Τους αιτιολογικούς παράγοντες** (εσωτερικοί: οργανικοί, βιοχημικοί, διάφορες αναπηρίες, μηχανισμοί άμυνας κ.ά., εξωτερικοί: υπόβαθρο οικογένειας, σχολικοί παράγοντες, πρόγραμμα, δάσκαλος, μαθητές, κοινωνικοί, όπως είναι τα ΜΜΕ και ιδιαίτερα η τηλεόραση κ.ά.).

β. **Τις εκδηλώσεις** με τις οποίες εμφανίζονται (συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές διαγωγής κ.ά.).

γ. **Τις επιπτώσεις** και τις **παρενέργειες** που ασκούν τόσο στα ίδια τα παιδιά όσο και στα πρόσωπα του περιβάλλοντός τους (στα παιδιά: αισθήματα μειονεξίας, άγχος, αγωνία, κακή σχολική επίδοση, ανασφάλεια, περιθωριοποίηση κ.ά., στα πρόσωπα του περιβάλλοντος: διατάραξη της εργασίας της τάξης, ζημιές στο σχολείο και στο σπίτι, τραυματισμοί παιδιών κ.ά.).

Όλα αυτά κάνουν δύσκολη την προσπάθεια των εκπαιδευτικών, αλλά και των γονέων, να ερμηνεύσουν, να κατανοήσουν και να αντιμετωπίσουν τις ανεπιθύμητες συμπεριφορές των παιδιών.

3. Αιτιολογία

Σημαντική συμβολή στην ολοένα εντεινόμενη εμφάνιση του παραπάνω φαινομένου φαίνεται να κατέχουν οι σοβαρές κοινωνικές αλλαγές που επισυνέβησαν στη δομή και τις διαπροσωπικές σχέσεις στον ιστό της οικογένειας, οι χαλαρές κοινωνικές συνεκτικές δυνάμεις, οι οικονομικές μεταβολές, με αποκορύφωμα την παγκοσμιοποίηση της αγοράς και των πλείστων όσων προβλημάτων που προκύπτουν από αυτήν, σε συνδυασμό με τη σχετικότητα των ηθικών αξιών και αρχών που παλαιότερα χαρακτηρίζονταν πανανθρώπινες καθολικού κύρους.

Επιπλέον, η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας και τα ασύλληπτα άλματα επιστημονικής προόδου έχουν δημιουργήσει ένα πολύπλοκο και πολυσύνθετο περιβάλλον, μέσα στο οποίο ο σύγχρονος άνθρωπος καλείται να λειτουργήσει πολυεπίπεδα και να επιτύχει, όχι μόνο την ομαλή προσαρμογή του (σωματική και ψυχική υγεία), αλλά και να εξασφαλίσει τις προϋποθέσεις εκείνες που θα επιτρέψουν την ατομική και κοινωνική του πρόοδο.

Στα παραπάνω, ασφαλώς, χρειάζεται να προστεθεί η αλληλεπίδραση των κοινωνικών παραγόντων με τους οικογενειακούς και τους βιολογικούς, που αποτελεί και τη σύγχρονη τάση στην αναζήτηση της αιτιολογίας για την εμφάνιση διαταραχών συμπεριφοράς ή διαγωγής.

Αναφορικά με τους βιολογικούς παράγοντες, η διεθνής βιβλιογραφία δεν καταγράφει με σαφήνεια το ρόλο τους στην εμφάνιση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Πολλές έρευνες καταλήγουν στη μελέτη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος προκειμένου να διαπιστώσουν τις οργανικές και νευρολογικές αιτίες που πιθανόν να ευθύνονται για τις διαταραχές διαγωγής. Το κοινό σημείο όμως στο οποίο συγκλίνουν οι περισσότερες για την κατανόηση της αιτιολογίας αποτελεί ο συνδυασμός οικογενειακών, περιβαλλοντικών, και ενδοατομικών παραγόντων που βρίσκονται σε δυναμική αλληλοδιαπλοκή.

Για την οικογένεια, ειδικότερα, θα μπορούσε σήμερα σχετικά εύκολα να διακριθεί η εμφάνιση της βίας ανάμεσα στα μέλη της, παρεπόμενη συνήθως της οικονομικής ανέχειας, του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου των γονέων, των διαζευγμένων γονέων και μια σειρά άλλων αιτιών κοινωνικής παθολογίας.

Η σημασία δε των παιδικών βιωμάτων για την προσωπική και την κοινωνική εξέλιξη του νέου ατόμου, καθώς και για τον τρόπο ένταξής του στην κοινωνία είναι αναμφισβήτητη. Η διεθνής βιβλιογραφία συμφωνεί στη διαπίστωση ότι τα άτομα που έχουν βιώσει αρνητικές εμπειρίες στην παιδική τους ηλικία εκφράζουν αρκετές φορές ως ενήλικοι επιθετικότητα, η οποία βεβαίως διακρίνεται από διαβαθμίσεις στον τρόπο έκφρασής της σε σχέση με τη μη επιθυμητή συμπεριφορά.

Το βέβαιο είναι ότι ο ανήλικος που υπήρξε ή και αισθανόταν θύμα στη διάρκεια των παιδικών του χρόνων είναι πιο επιρρεπής προς μια τέτοια συμπεριφορά. Και εδώ είναι καθοριστικός ο ρόλος της οικογένειας που πολλές φορές διαμορφώνει το νέο άτομο μέσα σε ένα αρνητικό συναισθηματικό και παιδευτικό πλαίσιο, με αποτέλεσμα να ευνοούνται στη συνέχεια η εμφάνιση αντικοινωνικών τρόπων σκέψης και συμπεριφοράς. Ένα τέτοιο οικογενειακό περιβάλλον, όπου ο ανήλικος βιώνει αισθήματα κακοποίησης, παραμέλησης ή και εγκατάλειψης, λειτουργεί ως σημείο αναφοράς για τη μετέπειτα συμπεριφορά του νέου με αρνητική κατάληξη να υπερισχύουν οι εγκληματικές τάσεις. Έτσι, η ίδια η ψυχοδυναμική του οικογενειακού περιβάλλοντος, η ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων, ο τρόπος που λειτουργεί η οικογένεια και η ποιότητα της αγωγής που παρέχεται μέσα σε αυτό παίζει καίριο ρόλο στο να ταυτιστεί με θετικά ή αρνητικά πρότυπα.

Στις διαπιστώσεις αυτές, έχουν σήμερα προστεθεί και άλλα σύγχρονα ιατροκοινωνικά προβλήματα, όπως είναι τα ναρκωτικά, το AIDS, η αυξημένη εγκληματικότητα, η υπογεννητικότητα, οι αυξανόμενες μονογονεϊκές οικογένειες, κ.ά.

4. Συμπτώματα – Φαινομενολογία

Η σχετική ελληνική και ξένη βιβλιογραφία παραθέτει τις πιο συνήθεις μορφές παιδικής επιθετικότητας υπό την αίρεση ότι αυτές συνοδεύονται συχνά με δευτερογενή προβλήματα που είτε συνυπάρχουν (συνοσηρότητα) είτε επιδεινώνουν την εμφάνιση της διαταραχής της διαγωγής ή της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς.

Η παιδική επιθετικότητα εκδηλώνεται με την εικόνα ενός παιδιού που συχνά βίαια παρενοχλεί τους ενήλικες, προκαλώντας τρόμο και ξυλοδαρμό στα μικρότερα παιδιά. Ακόμη γίνεται μικρός τύραννος και υβριστής με συχνές εκρήξεις θυμού. Τα παιδιά αυτά συνήθως καπνίζουν σε μικρή ηλικία ή κλέβουν και εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες. Αδυνατούν

συνήθως να προβλέψουν τις συνέπειες των πράξεων τους και αποδίδουν στους άλλους τις επιθετικές τους διαθέσεις.

Βέβαια, κάθε υπερκινητικό παιδί ή ταραξίας δεν σημαίνει ότι κινδυνεύει να αναπτύξει παθολογική προσωπικότητα. Όλα τα φυσιολογικά παιδιά έχουν φάσεις επιθετικότητας ή συμπεριφορές ανοιχτής διαμαρτυρίας (επανάστασης...). Πίσω από την επιθετικότητα κρύβεται συχνά ή απελπισία του παιδιού που ζητά αναγνώριση, αγάπη και θαλπωρή. Στο σπίτι δεν βρίσκει αναγνώριση. Γίνεται επιθετικό για να βρεθεί στο επίκεντρο της προσοχής των άλλων. Όσο περισσότερο αντιμετωπίζεται ένα τέτοιο παιδί με απαγορεύσεις, επιπλήξεις και χωρίς αγάπη τόσο πιο έντονες γίνονται οι φάσεις επιθετικότητας που μπορεί να οδηγήσουν σε νεύρωση (χρόνια ψυχολογική διαταραχή). Τα παιδιά αυτά επιθυμούν ασυνείδητα σταθερή καθοδήγηση που οι ενήλικοι γονείς συχνά δεν μπορούν να δώσουν.

Από την άλλη πλευρά, αγχογόνες καταστάσεις που βιώνει ο μαθητής και συχνά συνδέονται με τη σχολική ζωή και τις υποχρεώσεις που αυτή συνεπάγεται τόσο για τον ίδιο όσο και για την οικογένειά του, πολλές φορές εκδηλώνονται με επιθετικότητα, νευρικότητα κλπ. Το ανταγωνιστικό και εξουθενωτικό ψυχολογικό πνεύμα που επικρατεί στο σύγχρονο σχολείο, η αξιολόγηση, η απόρριψη, ο μη προβιβασμός, η συμπεριφορά του δασκάλου μπορεί να σημαίνουν τόσο για τους μαθητές όσο και για την οικογένεια μια αλυσίδα αγχογόνων απογοητεύσεων. Παρά το γεγονός ότι ο μαθητής έχει όλες τις ικανότητες να πάει καλά στο σχολείο, χάνει το ενδιαφέρον, την αυτοπεποίθηση, την απόδοσή του και αδρανοποιείται. Η διαπίστωση και η βίωση της κατάστασης αυτής από τον ίδιο χειροτερεύουν τα συμπτώματα. Το ίδιο προκαλεί και η σύγκρισή του με άλλους συμμαθητές, η οποία πρέπει μεθοδικά να αποφεύγεται, ιδιαίτερα στα συναισθηματικά παιδιά. Ο καταναγκασμός και η πίεση από τους γονείς για καλύτερη απόδοση είναι πολύ πιθανό να προκαλέσουν **άγχος και φοβία για το μέλλον** στο παιδί, με αποτέλεσμα να αναπτύξει αντικοινωνική συμπεριφορά.

Αναφορικά με τη μαθητική ανεπιθύμητη συμπεριφορά στο σχολικό χώρο, οι έρευνες κατηγοριοποιούν σε γενικές κατηγορίες τις διάφορες μορφές που παρουσιάζονται με διαφορετικούς συνδυασμούς και σε διαφορετική ένταση.

Παραθέτουμε τις πιο συνήθεις μορφές που συναντά ο εκπαιδευτικός στο σχολείο και την τάξη:

- **Προβλήματα σχετικά με το μάθημα**
 - Έλλειψη προσοχής
 - Δεν ολοκληρώνει τις εργασίες του
 - Δεν ακολουθεί τις οδηγίες του εκπαιδευτικού
- **Προβλήματα συμπεριφοράς μέσα στην τάξη**
 - δεν ζητάει το λόγο, αλλά «πετάγεται» ·
 - αρχίζει συζητήσεις με τους διπλανούς του για εκτός μαθήματος θέματα ·
 - ενοχλεί τους διπλανούς με θορύβους, πειράγματα, μορφασμούς κ.λπ. ·
 - διακόπτει άλλους όταν ομιλούν ·
 - δεν συνεργάζεται στα πλαίσια των ομάδων ·
 - πετάει μικροαντικείμενα στους άλλους ·
 - έρχεται καθυστερημένα στο μάθημα ·
 - εγκαταλείπει χωρίς λόγο και άδεια το θρανίο του ή εξέρχεται από την τάξη ·

- χρησιμοποιεί εριστική, υβριστική ή απειλητική γλώσσα κατά την επικοινωνία του με εκπαιδευτικό και συμμαθητές ·
 - απουσιάζει αδικαιολόγητα.
- **Προβλήματα διαπροσωπικά ή διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ συμμαθητών μέσα και έξω από τη σχολική αίθουσα**
- εμπλέκεται σε λεκτικούς διαξιφισμούς ·
 - εμπλέκεται σε σωματικές, βίαιες επιθέσεις ·
 - ψεύδεται κατά συρροή ·
 - κλέπτει αντικείμενα άλλων ·

5. Σύγχρονη παιδαγωγική θεώρηση – Πρόληψη – Εναλλακτικές τεχνικές παιδαγωγικής παρέμβασης

Η σύγχρονη παιδαγωγική αντίληψη αποενοχοποιεί τη μαθητική παραβατικότητα, με την έννοια ότι την προσεγγίζει μέσα από το πρίσμα μιας πολυσυστημικής εξέτασης και ανάλυσης όλων των εμπλεκόμενων παραγόντων που εν δυνάμει ευθύνονται για την εκδήλωσή της, σε αντίθεση με την παραδοσιακή θεώρηση που ήθελε την αποκλίνουσα συμπεριφορά σύμφυτη με την παιδική φύση κι επεδίωκε την απαλοιφή της με τιμωρητικές πρακτικές. Η σύγχρονη παιδαγωγική θεώρηση εστιάζει την προσοχή της σε όλους τους παράγοντες του οικοσυστήματος της σχολικής τάξης, αναλύοντας ταυτόχρονα και το είδος των παιδαγωγικών αλληλεπιδράσεων που αναπτύσσονται κατά τη μαθησιακή διαδικασία.

Από την άλλη πλευρά, θεωρεί την ανεπιθύμητη συμπεριφορά ως ανταπόκριση του μαθητή σε ένα πλέγμα ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που μπορεί να ερμηνευθεί, είτε ως αναπτυξιακή αδυναμία του παιδιού (**Θεωρία ελλειμματικότητας**), είτε ως προσπάθεια να ικανοποιήσει τις βασικές του ανάγκες (**Θεωρία ικανοποίησης των αναγκών**) με μη αποδεκτούς τρόπους και υποδεικνύει τη συστηματική κι άμεση διδασκαλία, με υπομονή και στήριξη από μέρους του εκπαιδευτικού, σε συνδυασμό με την αναγκαία αναπροσαρμογή των παραγόντων που διαμορφώνουν το μαθησιακό κλίμα της τάξης.

Ιδιαίτερα, στην παρούσα εργασία γίνεται μια σύντομη κι επιγραμματική αναφορά σε τεχνικές πρακτικής αντιμετώπισης της παιδικής επιθετικότητας-παραβατικότητας στη σχολική τάξη. Δηλαδή, με ποιο τρόπο μπορεί να αντιμετωπίσει ο εκπαιδευτικός την εκδήλωση μιας επιθετικής συμπεριφοράς στο σχολείο, αφού προηγουμένως έχει εξασφαλίσει ότι έχει λάβει υπόψη του και φροντίζει για τη λήψη προληπτικών μέτρων και ενεργειών εφαρμόζοντας στην πράξη τη βασική παιδαγωγική αρχή: «**Προλαμβάνειν ή θεραπεύει μάλλον**».

Θεωρείται απαραίτητο να σημειωθεί ότι, οι παρακάτω τεχνικές αποτελούν μέρος συγροτημένων εκπαιδευτικών μοντέλων, τις γενικές αρχές των οποίων παραθέτουμε στη συνέχεια, που υποδεικνύει η παιδαγωγική βιβλιογραφία από τέσσερις μεγάλες σχολές παιδαγωγικής σκέψης και πράξης που αναπτύχθηκαν κατά τον 20^ο αιώνα και διατυπώνουν σαφώς προσδιορισμένες επιστημονικές θεωρίες: Η Συμπεριφοριστική και η Νεοσυμπεριφοριστική σχολή (Skinner, Bandura, Mahoney), η Ανθρωπιστική (Rogers), η Συμβουλευτική (Classer, Dreikurs, Gordon) και η Ερευνητική σχολή (Kounin).

Το θεωρητικό πλαίσιο των εκπαιδευτικών μοντέλων βασίζεται στα παρακάτω βασικά σημεία:

1. Η συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μάθησης (Συμπεριφοριστικά μοντέλα).
2. Ο μαθητής βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με τους παράγοντες που μορφοποιούν το άμεσο περιβάλλον του (Συμπεριφοριστικά μοντέλα).
3. Η συμπεριφορά του μαθητή, όπως αυτή εκδηλώνεται με τις πράξεις του, διαμορφώνεται από διαδικασίες που στηρίζονται στις ενδοπροσωπικές του δυνάμεις και σε γνωστικές διεργασίες που επιτρέπουν τη γνωστική επεξεργασία των πληροφοριών (Νέο συμπεριφοριστικά μοντέλα – κοινωνικογνωστική θεωρία).
4. Κυρίαρχο ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του μαθητή κατέχει η διαπροσωπική επικοινωνία (εκπαιδευτικού – μαθητή) για την ανάπτυξη της μαθητικής αυτονομίας (μοντέλα συμβουλευτικής κατεύθυνσης).
5. Ενίσχυση της θετικής αυτοαντίληψης του μαθητή και συνεχή ενθάρρυνση για την ανάληψη πρωτοβουλιών και την ανάπτυξη της υπευθυνότητας του (μοντέλα ανθρωπιστικής κατεύθυνσης).
6. Η συστηματική και καλά οργανωμένη διδασκαλία που εμπλέκει ενεργά το μαθητή στη μαθησιακή διαδικασία τον αποτρέπει να εμφανίσει ανεπιθύμητη συμπεριφορά, λειτουργώντας προληπτικά (μοντέλα ερευνητικής κατεύθυνσης).

Η λήψη μέτρων από πλευράς του εκπαιδευτικού για την πρόληψη της αρνητικής συμπεριφοράς και την προώθηση της θετικής – επιθυμητής θεωρούμε ότι αποτελεί τον πιο αποτελεσματικό τρόπο για την αντιμετώπιση του προβλήματος της μαθητικής παρεκτροπής. Σε προληπτικό επίπεδο, ο εκπαιδευτικός προβαίνει στις απαραίτητες ενέργειες με τη χρήση κατάλληλων στρατηγικών ώστε να διασφαλίσει ένα ασφαλές και ελκυστικό μαθησιακό περιβάλλον για τη διεξαγωγή του διδακτικού έργου, αλλά και για την ικανοποίηση της προσωπικής ανάγκης των μαθητών για ψυχολογική και φυσική ασφάλεια.

Η σχετική βιβλιογραφία αναφέρεται σε μια σειρά από παράγοντες που επιδρούν θετικά και ενισχυτικά στη διαμόρφωση του κατάλληλου παιδαγωγικο-διδακτικού περιβάλλοντος, μεταξύ των οποίων επισημαίνουμε τους παρακάτω πιο σημαντικούς:

- Η συλλογική οργάνωση της σχολική τάξης.
- Η συλλογική διατύπωση κανόνων για τις διαδικασίες ρουτίνας.
- Η προσωπικότητα του εκπαιδευτικού (παιδαγωγικό στυλ).
- Οι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις.
 - ο Δασκαλο-μαθητικές
 - ο Διαμαθητικές
- Ενεργητική εμπλοκή των μαθητών στη μαθησιακή διεργασία.
- Πλουραλισμός εκπαιδευτικών τεχνικών – στρατηγικών και εκπαιδευτικών μέσων.
- Η συστηματική διδασκαλία των αναμενόμενων μορφών συμπεριφοράς.
- Η συστηματική διδασκαλία γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.
- Η διατύπωση από πλευράς εκπαιδευτικού θετικών προσδοκιών.
- Η ανατροφοδότηση των θετικών μορφών συμπεριφοράς.
- Η χρήση θετικών προτύπων κοινής αποδοχής.
- Η θετική ερμηνεία της παραβατικής συμπεριφοράς.
- Η αναζήτηση θετικών κινήτρων στην προβληματική συμπεριφορά.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται μερικές από τις τεχνικές αντιμετώπισης της μαθητικής παραβατικότητας, που συχνά χρησιμοποιούνται στη σχολική τάξη και αντλούν στοιχεία από τα διάφορα εκπαιδευτικά μοντέλα που δίνουν τη δυνατότητα στον εκπαιδευτικό να κάνει τις επιλογές του, ως προς τις πρακτικές διαμόρφωσης του παιδαγωγικού κλίματος στη σχολική τάξη. Θεωρείται αυτονόητο ότι, σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς απαιτούν πέρα από τη παιδαγωγική αντιμετώπιση στο σχολικό χώρο και μια διεπιστημονική συνεργασία και προσέγγιση του προβλήματος με τη βοήθεια και τη θεραπευτική παρέμβαση ειδικών επιστημόνων, όπως: κοινωνικών λειτουργών, παιδοψυχολόγου, παιδοψυχίατρου, συμβούλου γονέων, ώστε με την κατάλληλη ψυχοθεραπεία να αποδώσουν οι παιδαγωγικές επιδράσεις που ασκούνται στο μαθητή.

5.1. Ελάχιστη προοδευτική μη λεκτική και λεκτική παρέμβαση

Ορισμός: Ο εκπαιδευτικός με διακριτικότητα παρεμβαίνει τότε και όσο κρίνει αναγκαίο, πρώτα με παραγλωσσικά μηνύματα και στη συνέχεια προχωρεί με πιο άμεσες υποδείξεις με λεκτικά μηνύματα.

Στόχος: Η ανάπτυξη αυτονομίας και υπευθυνότητας – εξάλειψη της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς.

Διαδικασία: Ο εκπαιδευτικός προχωρά σταδιακά από την έμμεση στην άμεση παρέμβαση. Π.χ. ενώ ο μαθητής συνεχίζει να ενοχλεί το διπλανό του παρό την επιτιμητική ματιά του δασκάλου, ο εκπαιδευτικός του ζητάει να διαλέξει ανάμεσα σε δύο άδεια θρανία να καθίσει για να συνεχίσει την ατομική του εργασία.

Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα: Ο εκπαιδευτικός δεν διακόπτει το μάθημα, δίνει τη δυνατότητα αυτοδιόρθωσης – αυτορρύθμισης στο μαθητή.

5.2. Παρεμβολή ασυμβίβαστων με την επιθετική συμπεριφορά ερεθισμάτων

Ορισμός: Στα ερεθίσματα που προκαλούν την ανεπιθύμητη συμπεριφορά παρεμβάλλονται ασυμβίβαστα με αυτήν ερεθίσματα που προκαλούν επιθυμητές αντιδράσεις.

Στόχος: Συναισθηματική ηρεμία-άρση επιθετικότητας- προώθηση της υπευθυνότητας.

Διαδικασία: Ο εκπαιδευτικός ζητάει από τον μαθητή να καθοδηγήσει τη σκέψη του σε συγκεκριμένη δραστηριότητα για να ηρεμήσει: «Αλέκα, θα ήθελα να καθίσεις στο θρανίο σου χωρίς να κτυπάς τους άλλους. Μπορείς, αν θέλεις, να βοηθήσεις τη Γεωργία στην άσκηση».

Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα: Δημιουργεί θετικές αλληλεξαρτήσεις.

5.3. Σκόπιμη αγνόηση (απόσβεση)

Ορισμός: Η απουσία ενίσχυσης της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς.

Στόχος: Η μείωση της επιθετικότητας. Συνθήκες: Ατομικά, ομαδικά.

Διαδικασία: Ο εκπαιδευτικός επιλέγει τη συμπεριφορά που θέλει να εξαλειφθεί. Κάθε φορά που ο μαθητής εκδηλώνει την ανεπιθύμητη συμπεριφορά δεν τον ανατροφοδοτεί. Το ίδιο ισχύει και για τους συμμαθητές. Για παράδειγμα, ούτε ο ίδιος ούτε οι συμμαθητές δίνουν σημασία στην ανεπιθύμητη συμπεριφορά του μαθητή.

Πλεονεκτήματα- Μειονεκτήματα: Δεν είναι τραυματική για το παιδί. Προκαλεί σύγχυση και δεν προσφέρεται σε καταστάσεις χρήσης σωματικής βίας

5.4. Αρνητική ενίσχυση – έμμεση τιμωρία

Ορισμός: Μια δυσάρεστη συνέπεια που είναι προκαθορισμένη και ακολουθεί μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά.

Στόχος: Η μείωση της επιθετικότητας.

Διαδικασία: Ο εκπαιδευτικός επιλέγει τη συμπεριφορά που θέλει να εξαλείψει. Για παράδειγμα, ο μαθητής στερείται κάτι που του δημιουργεί ευχαρίστηση κάθε φορά που αντιδρά επιθετικά. Έτσι, ο μαθητής γνωρίζει τη συνέπεια της αντίδρασής του εκ των προτέρων.

Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα: Μπορεί να δημιουργήσει θυμό στο μαθητή. Η τεχνική προσφέρεται σε συνδυασμό με τη θετική ενίσχυση.

5.4. Θετική ενίσχυση

Ορισμός: Μια ευχάριστη συνέπεια που ακολουθεί μια επιθυμητή συμπεριφορά.

Στόχος: Εδραίωση μιας επιθυμητής συμπεριφοράς-μείωση της επιθετικότητας.

Διαδικασία: Ο εκπαιδευτικός επιλέγει τις θετικές συμπεριφορές και τις επιβραβεύει. Η θετική ενίσχυση μπορεί να χρησιμοποιηθεί, όταν ένας μαθητής εκδηλώνει μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά και ο εκπαιδευτικός επιβραβεύει την επιθυμητή.

Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα: Ευχάριστη εμπειρία για τον μαθητή. Κίνδυνος ρουτίνας.

5.5. Έκφωνη σκέψη

Ορισμός: Τεχνική με στοιχεία αυτοκαθοδήγησης, αυτοελέγχου και μιμητικής μάθησης.

Στόχος: Αντιμετώπιση προβλημάτων κοινωνικής συμπεριφοράς.

Διαδικασία: Ο εκπαιδευτικός επιλέγει μιαν ανεπιθύμητη συμπεριφορά του μαθητή και του ζητεί να σκεφτεί φωναχτά για να περιγραφούν οι λόγοι που υποχρέωσαν τον μαθητή στην εκδήλωσή της. Ο εκπαιδευτικός με παραδειγματικό τρόπο περιγράφει ο ίδιος λεκτικά τι θα έκανε ο ίδιος και γιατί.

Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα: Προσφέρεται σε μαθητές των μικρότερων τάξεων με παρορμητική συμπεριφορά.

5.7. Παιχνίδι ρόλων (άσκηση αυτοελέγχου)

Ορισμός: Είναι η διαδικασία ταύτισης του παιδιού με ένα ρόλο. Λειτουργία της ενσυναίσθησης.

Στόχος: Η παρατήρηση και η ερμηνεία από το παιδί της επιθετικής συμπεριφοράς του.

Διαδικασία: Ο εκπαιδευτικός επιλέγει μια κατάσταση, όπου ο μαθητής παρουσιάζει ανεπιθύμητη συμπεριφορά. Για παράδειγμα, θα μπορούσαμε να: «Εσύ και ο Πέτρος περπατάτε και συζητάτε μαζί έξω στην αυλή. Ξαφνικά εγώ έρχομαι, σας ενοχλώ και αρχίζω να γελάω. Τι θα έκανες σε αυτή την περίπτωση;»

Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα: Αυτοέλεγχος απαιτητική διαδικασία.

5.8. Εμπραθητική ακρόαση

Ορισμός: Ενεργητική ακρόαση και κατανόηση του προβλήματος.

Στόχος: Η απαλοιφή της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς.

Διαδικασία: Ο εκπαιδευτικός, κάνοντας χρήση του προσωπικού τύπου μηνύματος, ανταποκρίνεται ενεργητικά στις ανάγκες του μαθητή, πείθοντάς τον παράλληλα για την ανάγκη αποκατάστασης της τάξης. Για παράδειγμα: Ο Νίκος συζητά επίμονα με το διπλανό του για τον αγώνα ποδοσφαίρου με την άλλη τάξη που θα γίνει στο διάλειμμα.

Δάσκαλος: «Νίκο, συζητάς με τον Πέτρο και αυτό μου δημιουργεί πρόβλημα...»

Νίκος: «Κύριε, πρέπει να προετοιμαστούμε για τον αγώνα...»

Δάσκαλος: «Ξέρω, Νίκο, ότι έχετε αγωνία, όμως λίγα λεπτά πριν κτυπήσει το κουδούνι θα έχετε τη δυνατότητα να συζητήσετε. Τώρα χρειάζεται να συγκεντρωθούμε στην άσκηση που πιστεύω ότι θα σου φανεί ενδιαφέρουσα γιατί...»

Νίκος: «Πολύ καλά, κύριε, θα συζητήσουμε αργότερα.»

Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα: Αποτελεσματική σε ήπιες μορφές παραβατικής συμπεριφοράς.

5.9. Επανόρθωση - αποκατάσταση

Ορισμός: Φυσικές και λογικές συνέπειες της παραβατικής συμπεριφοράς. Δηλαδή άμεση αποκατάσταση της ζημιάς που έχει προκληθεί εξαιτίας της επιθετικής συμπεριφοράς.

Στόχος: Η μείωση της επιθετικότητας.

Διαδικασία: Ο μαθητής εκδηλώνει μια επιθετική συμπεριφορά (π.χ. καταστρέφει τα παιχνίδια των άλλων παιδιών) και ο εκπαιδευτικός ζητάει από το παιδί να τα ξαναφτιάξει όπως ήταν. Το ίδιο μπορεί να γίνει όταν το παιδί μιλάει με άσχημες εκφράσεις και θυμό, και εμείς απαιτούμε το αντίθετο.

Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα: Το παιδί διδάσκεται πώς να επανορθώνει.

5.10. Σύναψη αμοιβαίου συμβολαίου

Ορισμός: Γραπτή συμφωνία ανάμεσα στον εκπαιδευτικό και στο παιδί για την επιθυμητή συμπεριφορά.

Στόχος: Επανάληψη της επιθυμητής συμπεριφοράς- μείωση της επιθετικότητας.

Διαδικασία: Ο εκπαιδευτικός προσδιορίζει τον εφικτό χρόνο για να τηρηθεί η συμφωνία από το παιδί και παρουσιάζει τους όρους του συμβολαίου με τις ανάλογες ενισχύσεις. Οι όροι του συμβολαίου είναι διαπραγματεύσιμοι από το παιδί.

Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα: Ανάπτυξη αυτοελέγχου και υπευθυνότητας.

5.11. Εναλλακτικοί τρόποι αντίδρασης

Ορισμός: Συζήτηση για αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντίδρασης.

Στόχος: Αλλαγή αντίδρασης-άρση της επιθετικότητας.

Διαδικασία: Ο δάσκαλος περιγράφει στο μαθητή υποθετικές καταστάσεις π.χ.: «Ενώ κάθεται στο θρανίο, γυρίζει ο συμμαθητής σου και σε χτυπά στο πρόσωπο. Τι θα έκανες σε μια τέτοια περίπτωση;».

Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα: Ανακάλυψη άλλων τρόπων αντίδρασης.

5.12. Τροποποίηση συμπεριφοράς

Ορισμός: Σχεδιασμός ατομικού προγράμματος εκεί που αποτυγχάνει η απλή παρέμβαση για την απόσβεση της επιθετικότητας.

Στόχος: Εξάλειψη της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς.

Διαδικασία: Εκτενής παρατήρηση της επιθετικής δράσης του μαθητή (χρόνος-διάρκεια). Καταγραφή του οικογενειακού-σχολικού ιστορικού. Ανάλυση του στόχου και βήμα-βήμα εκτέλεση της τροποποίησης συμπεριφοράς.

Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα: Αποτελεσματικό όταν εφαρμόζεται σωστά, αλλά προϋποθέτει γνώσεις και εμπλοκή παραγόντων.

6. Παρουσίαση περίπτωσης παιδιού με επιθετική συμπεριφορά στο σχολείο

6.1. Γενικό ιστορικό (μαρτυρία της δασκάλας του Ρ.)

Ο Ρ. είναι 7 ετών, παιδί έξυπνο, με δείκτη νοημοσύνης στο πλαίσιο του φυσιολογικού. Οι γονείς του χώρισαν εδώ και δύο χρόνια, όταν αυτός ήταν 5 ετών. Ζει με τη μητέρα του, τη γιαγιά και τον παππού του, τον οποίο δείχνει να τον αγαπά. Δέχεται να τον πηγαίνει στο σχολείο και να τον παίρνει μετά τα μαθήματα, ενώ αντίθετα δεν δέχεται ευχαρίστως τη γιαγιά του, την οποία δείχνει να την αποστρέφεται. Απ' ό,τι φαίνεται, η άρνηση αυτή προς τη γιαγιά έχει ως αιτία μάλλον τις αρνητικές σχέσεις της με τον πατέρα του, τον οποίο τελευταία δεν τον βλέπει καθόλου, παρά τις συνεχείς αναφορές του σε επικείμενες συναντήσεις μαζί του, οι οποίες μένουν απραγματοποίητες. Ίσως παλαιότερα να τον έβλεπε συχνότερα και μάλιστα πρέπει να είναι το πρότυπο του. Αναφέρεται συχνά στο επάγγελμα του πατέρα και δηλώνει ότι θέλει και εκείνος να γίνει ό,τι ο πατέρας του. Παραπονείται συχνά για την παραμέληση που δέχεται από την πλευρά του πατέρα του και για την απουσία του από σημαντικές για κείνον στιγμές.

Η μητέρα φαίνεται ότι δεν τον παρακολουθεί στα μαθήματά του. Στις συναντήσεις γονέων προσέρχεται μόνο ο παππούς, ο οποίος δικαιολογεί σχεδόν πάντα την απουσία της μητέρας, λέγοντας ότι εργάζεται. Πολλές φορές εκφράζει παράπονα για το γεγονός ότι έχει επιφορτισθεί με την επιμέλεια του παιδιού, καθώς και για τις άσχημες οικονομικές συνθήκες της οικογένειας. Οι αναφορές στο πρόσωπο του πατέρα είναι επιτιμητικές, κυρίως για την αδιαφορία και την ελλιπή οικονομική συνεισφορά του στη διατροφή του παιδιού.

Στενά συγγενικά πρόσωπα φαίνεται ότι δεν εμπλέκονται στην οικογενειακή τους ζωή. Κάποιοι συγγενείς υπάρχουν αλλά διαμένουν στην επαρχία. Κάποιες αναφορές γίνονται από τον ίδιο σε ένα φίλο της μητέρας του που τους επισκέπτεται συχνά, χωρίς όμως να επιθυμεί να υπεισέρχεται σε λεπτομέρειες. Σημαντικές πληροφορίες δίνουν κάποια παραγλωσσικά μηνύματα που προέρχονται από μορφασμούς κυρίως του προσώπου του και από τη νευρική του κατάσταση όταν αναφέρεται στο πρόσωπο αυτό. Γίνεται φανερό η δυσανεμία που του δημιουργεί η παρουσία του άνδρα στο σπίτι του. Δηλώνει ότι φοβάται το σκοτάδι και γι αυτό ζητά από τη μητέρα του να έχει αναμμένα τα φώτα στο σπίτι τους. Ανησυχεί μήπως στη διάρκεια της νύχτας μπουκ κλέφτες και πολύ συχνά παραπονείται ότι μένει ξάγρυπνος αρκετές ώρες το βράδυ.

Ο παππούς εξομολογείται ότι πολλές φορές αναγκάζεται να χειροδικήσει πάνω του, διότι είναι πολύ άτακτος και ζωηρός. Συχνά μιλάει με αυθάδικο τρόπο, τόσο στον ίδιο όσο και στους υπόλοιπους. Πολλές φορές γίνεται πολύ απαιτητικός και επίμονος. Ζητά πράγματα που εκείνοι λόγω οικονομικών δυσχερειών, ενώ θα ήθελαν, δεν μπορούν να του τα εξασφαλίσουν, όπως παιχνίδια, ηλεκτρονικό υπολογιστή κ.α. Σε αντίδραση, ο Ρ. αρχίζει να φωνάζει και συχνά προχωρά σε ζημιές μέσα στο σπίτι, με αποτέλεσμα να δέχεται τιμωρητική συμπεριφορά τόσο από τον παππού όσο και από τη γιαγιά. Η μητέρα απουσιάζει σχεδόν πάντα στη δουλειά.

Μέχρι τώρα δεν έχουν ζητήσει τη βοήθεια κάποιου ειδικού ή δεν έχουν επισκεφθεί κάποιο ιατρο-παιδαγωγικό κέντρο, επειδή πιστεύουν ότι είναι μικρός ακόμα και «θα στρώσει» καθώς θα μεγαλώνει. Από την άλλη πλευρά, η δυσχερής οικονομική τους κατάσταση δεν τους επιτρέπει τα έξοδα μιας τέτοιας παραπομπής.

6.2. Συμπεριφορά μέσα στην τάξη

Ο Ρ. από την αρχή της σχολικής χρονιάς παρουσιάζει έντονο πρόβλημα προσαρμογής και συμπεριφοράς στο σχολικό χώρο. Κατά το πρώτο τέταρτο της πρώτης διδακτικής ώρας είναι σχετικά ήρεμος. Στη συνέχεια αρχίζει να φωνάζει μέσα στην τάξη και να λέει οτιδήποτε σκέφτεται, ενοχλεί τους συμμαθητές του, τους ειρωνεύεται, τους απειλεί και πολλές φορές τους χτυπάει με αιχμηρά αντικείμενα. Αρνείται

επίμονα να γράφει ή να ακολουθήσει τα διδακτικά βήματα και μάλιστα στις προσπάθειες μου να τον βοηθήσω ανταποκρίνεται με βίαιες χειρονομίες χρησιμοποιώντας και χυδαίες εκφράσεις.

Φεύγει πολύ συχνά από την τάξη και, είτε γυρίζει στους διαδρόμους του σχολείου φωνάζοντας, είτε μπαίνει σε άλλες τάξεις για να ενοχλήσει, είτε πηγαίνει στα γραφεία του Διευθυντή και των δασκάλων για να «συζητήσει» διάφορα θέματα με όποιον βρει. Όταν σηκώνεται στον πίνακα αρνείται να γράφει, παρά μόνο ενοχλεί τους συμμαθητές του που κάθονται μπροστά είτε χειροδικώντας, είτε πειράζοντας τα πράγματά τους.

Η συμπεριφορά του στο προαύλιο κατά την ώρα του διαλείμματος είναι η εξής: Παίζει συνήθως με μεγαλύτερα παιδιά άλλων τάξεων που είτε τον κυνηγούν, είτε τους κυνηγάει, αλλά στο τέλος τους επιτίθεται και τους χτυπάει. Από τις σπάνιες φορές που έχει συγκεντρωθεί στο μάθημα δείχνει να κατανοεί τις έννοιες στα μαθηματικά αμέσως και να ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στις απαιτήσεις του γλωσσικού μαθήματος. Στο σπίτι, απ' ό,τι λέει ο παππούς του, εργάζεται μαζί του και τελειώνει μόνος του, χωρίς βοήθεια, τις εργασίες που άφησε στο σχολείο. Είναι αλήθεια ότι, όποτε έρχεται με τη γιαγιά του στο σχολείο, είναι σχεδόν πάντα εκνευρισμένος. Όταν όμως έρχεται με τον παππού του, τον οποίο δείχνει ότι αγαπά, είναι πιο ήρεμος.

6.3. Παιδαγωγικές παρεμβάσεις

Από τις πρώτες κιόλας μέρες έδειχνε ότι η σχολική του προσαρμογή θα ήταν δύσκολη, ωστόσο πάντα σε αυτές τις περιπτώσεις δίδεται πίστωση χρόνου για την απόκτηση της απαιτούμενης μαθησιακής ετοιμότητας και ωριμότητας. Όσο οι διαταραχές της συμπεριφοράς επέμεναν σε ένταση και σε διάρκεια, τόσο τα χρονικά περιθώρια στένευαν, διότι με τη συμπεριφορά του αναιρούνταν οι προϋποθέσεις ομαλής διεξαγωγής της μαθησιακής διαδικασίας. Για αυτό το λόγο, αποφάσισα να καλέσω σε συνάντηση τη μητέρα του, αλλά επειδή εκείνη αδυνατούσε να έρθει λόγω εργασίας, παρουσιάστηκε ο παππούς του, με τον οποίο συζητήσαμε διεξοδικά την περίπτωση του Ρ.

Του περιέγραψα με λεπτομέρειες την προβληματική κατάσταση και του ζήτησα τη βοήθειά του και τη συνεργασία του για την περαιτέρω αντιμετώπιση του θέματος. Επίσης, του ζήτησα με διακριτικότητα να αναφερθεί στις οικογενειακές συνθήκες που επικρατούν στο σπίτι. Ο παππούς με αρκετή δυσκολία θα έλεγα και με φειδώ παρουσίασε την κατάσταση της οικογένειας, τονίζοντας περισσότερο τις οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και που τις απέδιδε κυρίως στην ανεπαρκή έως μηδαμινή οικονομική συνεισφορά του πατέρα, ο οποίος βρισκόταν σε διάσταση με τη μητέρα του Ρ. Στη συνέχεια, επικοινωνήσα με τη νηπιαγωγό του νηπιαγωγείου, όπου φοιτούσε την περασμένη χρονιά ο Ρ. προκειμένου να έχω μια πιο αναλυτική κι έγκυρη ενημέρωση για το μαθητή.

Η νηπιαγωγός δυστυχώς δεν ήταν τόσο διαφωτιστική όσο ανέμενα για το λόγο ότι το προηγούμενο έτος ο Ρ. είχε ελλιπέστατη φοίτηση, με αποτέλεσμα η εκπαιδευτικός να μην έχει αποκρυσταλλώσει σαφή εικόνα και άποψη για τη συμπεριφορά του. Ωστόσο όμως, ήταν σε θέση να επιβεβαιώσει τους φόβους μου για τη σοβαρότητα της περίπτωσης του Ρ. για τη βίαιη επιθετική συμπεριφορά του και για την πιθανότητα αυτή να οφείλεται σε ψυχογενή αίτια και να μην είναι απόρροια ελλιπούς ωριμότητας ή αναπτυξιακής αδυναμίας. Παράλληλα, φρόντισα για τη διαμόρφωση ενός ευνοϊκού για το Ρ. μαθησιακού περιβάλλοντος, τέτοιου, ώστε αφενός να οικοδομηθεί ένα κλίμα αμοιβαίου σεβασμού και εμπιστοσύνης, ώστε να μην αισθάνεται την απόρριψη των συμμαθητών του με τη συχνά ανεπιθύμητη συμπεριφορά του κι αφετέρου να τον εμπλέξω ενεργά στη μαθησιακή διεργασία, προκειμένου να διασφαλίσω έστω σε ικανοποιητικό βαθμό την ομαλή ροή της διδασκαλίας και τη φυσική και ψυχολογική ασφάλεια των μαθητών. Μέσα από συλλογικές διαδικασίες οργανώθηκαν μικρές ομάδες εργασίας που ανέλαβαν διάφορα καθήκοντα και αρμοδιότητες σχετικά με την οργάν-

νωση και λειτουργία της σχολικής ζωής, όπως: από κοινού διατύπωση κανόνων κοινωνικής συμπεριφοράς για την εύρυθμη λειτουργία της ομάδας, καθαριότητα της τάξης, συγκέντρωση των ατομικών και ομαδικών εργασιών κ.ά.

Ο Ρ. συχνά παρά την ομολογουμένως ιδιαίτερη ευαισθησία και κατανόηση που έδειχναν τα μέλη της ομάδας του και παρά τον πρωταγωνιστικό ρόλο που του παραχωρούσαν, φαινόταν αδύναμος να ανταποκριθεί σε συλλογικές διαδικασίες που απαιτούσαν συνεργασία, αλληλεγγύη και αμοιβαιότητα. Αναίτια, πολλές φορές ερχόταν σε αντιπαράθεση με τους συμμαθητές του και αργιότα συχνότερα αποχωρούσε αποδίδοντας τις ευθύνες στους συνεργάτες του, με αποτέλεσμα να εκδηλώνει το αίσθημα της παραίτησης ή και της ματαίωσης με τρόπο ενοχλητικό για τους άλλους.

Παρά τις επανειλημμένες προσπάθειές μου να εδραιώσω μια επιθυμητή συμπεριφορά με τον έπαινο και την αναγνώριση της προσπάθειάς του σε συγκεκριμένες περιπτώσεις που πράγματι έδειξε διάθεση για συνεργασία και συμμετοχή σε δραστηριότητες της τάξης, πολύ σύντομα εκδήλωνε αργητισμό και εγκατέλειπε τις προσπάθειές του.

Στο μαθησιακό τομέα έδειχνε ιδιαίτερη προτίμηση στα καλλιτεχνικά μαθήματα και ιδιαίτερα σε αυτό της μουσικής αγωγής. Του άρεσε να τραγουδά και συμμετείχε στις δραστηριότητες του μαθήματος και, σύμφωνα με τη μαρτυρία της δασκάλας της μουσικής, αλλά και των συμμαθητών του, πολλές φορές αναφερόταν στον πατέρα του και στην προτίμηση του τελευταίου για τη μουσική και το τραγούδι. Στα υπόλοιπα μαθήματα του αναλυτικού προγράμματος παρουσίαζε μια ελλιπή απόδοση, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι είχε μαθησιακές δυσκολίες στην ανάγνωση και στη γραφή. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, κάθε φορά που προσπαθούσαμε μαζί σε ατομικό επίπεδο να εργασθεί σε δραστηριότητα γραφής ή αριθμητικής, ανταποκρινόταν με επιτυχία και φαινόταν χαρούμενος και ικανοποιημένος. Σε λίγη όμως ώρα επανερχόταν και δημιουργούσε με διάφορους τρόπους προβληματικές καταστάσεις τόσο σε μένα προσωπικά όσο και στους συμμαθητές του.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι, η κατάσταση πολύ λιγότερο απαιτούσε εκπαιδευτική αντιμετώπιση και πολύ περισσότερο ψυχολογική στήριξη και παρέμβαση από ομάδα ειδικών. Η απουσία του πατέρα ήταν καταλυτική στον ψυχισμό του παιδιού, με αποτέλεσμα όχι μόνο να εκδηλώνει ανεπιθύμητες συμπεριφορές, όπως σε γενικές γραμμές παρουσιάσαμε στα προηγούμενα, αλλά πολύ πιθανόν η εξελικτική του πορεία να οδηγούσε σε άλλες σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές. Ο Ρ. με τη σύμφωνη γνώμη της οικογένειας, του Διευθυντή του σχολείου, του συλλόγου διδασκόντων και του Σχολικού Συμβούλου εντάχθηκε προσωρινά σε τμήμα ένταξης σε γειτονικό σχολείο. Ατυχώς όμως, και αυτή η παρέμβαση αποδείχθηκε μάταιη, με αποτέλεσμα να παραπεμφθεί στη συνέχεια σε ιατροπαιδαγωγικό κέντρο. Ο πατέρας ενημερώθηκε για την κατάσταση, συναντήθηκε ορισμένες φορές μαζί του χωρίς να τον βοηθήσει ουσιαστικά και η μητέρα εγκατέλειψε τις προσπάθειες για την περαιτέρω συνέχιση της θεραπευτικής παρέμβασης. Ματαίωνε σταδιακά τις συναντήσεις με τη διεπιστημονική ομάδα, έως ότου τις διέκοψε οριστικά.

Ο Ρ. σήμερα έχει εγκατασταθεί με τον παππού και τη γιαγιά του στην επαρχία, στον τόπο καταγωγής του και παρακολουθεί τα μαθήματά του στο 2/θέσιο σχολείο του χωριού.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association (APA). (1998). Fact sheet: Violence and mental illness. Washington, DC: Author
- Cole, M. & Cole, S. R. (2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών. Γνωστική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη κατά τη νηπιακή και μέση παιδική ηλικία* (Επιμέλεια: Ζ., Μπαμπλέκου). Αθήνα: Τυπωθήτω – Δαρδανός.
- Cole, P. M., Michel, M. K. & Teti, L. O. (1994). The aggressive and anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 104:104–113.
- Connor, D. F. (2002). *Aggressive and antisocial behavior in children and adolescents. Research and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Council of Europe. (2003). *Violence in Schools – A Challenge for the Local Community. Local partnerships for preventing and combating violence in schools*. Conference 2-4 December 2002, Strasbourg: Printed at the Council of Europe.
- Day-Hairson, B. (2000). *General educators' perceptions of knowledge, skills, and strategies in teaching students with behavioral and emotional disabilities in inclusive settings*. (Doctoral Dissertation, Chapel Hill, 2000).
- Desmond, M.. (1974). *Ο ανθρώπινος ζωολογικός κήπος*. Μετ. Σοφίας Γονδολίνου, Αθήνα.
- Fiore, T., Becker, E. A. & Nero, R. C. (1993). Educational interventions for students with attention deficit disorder. *Exceptional Children*, 60:163–173.
- Goleman, D. (1998). *Η Συναισθηματική νοημοσύνη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Hammeken, P. A. (1997). *450 strategies for success*. Minnetonka: Peytral Publications.
- Jorgensen, C. M. (1997). *Curriculum and its impact on inclusion and the achievement of students with disabilities*. Consortium on Inclusive Schooling Practices Issue Brief. Retrieved on 1st December, 2003 from <http://www.asri.edu/CFSP/brochure/curricib.htm>.
- King-Sears, M. A., & Cummings, C. S. (1996). Inclusive practices of classroom teachers. *Remedial and Special Education*, 17(4):217–225.
- Κοσμόπουλος. Α. (1996). Σύμβουλος και δάσκαλος: Δύο όψεις του ίδιου νομίσματος. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού*, 38-39:102–109.
- Main, P. (1980). *Υπαρξιακή Ψυχολογία*. Αθήνα: Επίκουρος.
- Marzano, R. J., Marzano, J. S. & Pickering, D. J. (2003). *Classroom management that works. Research-based strategies for every teacher*. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Marzano, R. J., Pickering D. & Pollock J. E. (2001). *Classroom instruction that works: Research based strategies for increasing student achievement*. Alexandria, VA: Association for supervision and curriculum development.
- Mastropieri, M. A. & Scruggs, T. E. (1992). Science for students with disabilities. *Review of Educational Research*, 62 (4):377–411.
- Molnar, R. A. & Lindquist, B. (1996). *Προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο. Οικοσυστημική προσέγγιση* (Επιμέλεια: Α. Καλαντζή-Αζίζι). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Morsink, C. V. (1984). *Teaching special needs students in regular classrooms*. Boston: Little, Brown and Company.
- Satir, V. (1988). *Πλάθοντας ανθρώπους*. Αθήνα: Κέδρος.
- Walker, H. M., Colvin, G. & Ramsey, (1995). *Antisocial behavior in school: Strategies and best practices*. Pacific Grove, Ca: Brooks/Cole.
- Γενά Α. (2004α). Παιδιά με ήπιες διαταραχές μάθησης και συμπεριφοράς. Προϋποθέσεις και διδακτική μεθοδολογία για την εκπαίδευσή τους στην γενική τάξη. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι & Μ. Ζαφειροπούλου (Επιμ.), *Η γνωσιακή συμπεριφοριστική προσέγγιση στο σχολείο*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Γενά, Α. (2004β). Συνεκπαίδευση παιδιών με και χωρίς ήπιες μαθησιακές και συναισθηματικές διαταραχές: Θεωρητικές και ιστορικές καταβολές, στάσεις και αξιολόγηση. Στο Μ. Ζαφειροπούλου & Γ. Κλεφτάρας (Επιμ.), *Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία του παιδιού* (σ. 107-147). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Γεώργας, Δ. (1989). *Κοινωνική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Γιαννικόπουλος, Α.Β. (1967). *Ψυχολογία προσαρμογής του παιδιού και ενηλίκου*, Αθήνα.
- Δανασσής Αφεντάκης, Α. (1992). *Θεματική της Παιδαγωγικής Επιστήμης*, Δ' έκδοση, Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Ιεροδιακόνου, Χ. (2002). *Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά*, Θεσσαλονίκη: Κυριακίδη.
- Κάκουρος, Ευθ. & Μανιαδάκη, Κ. (2002). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων, Αναπτυξιακή προσέγγιση*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κατερέλος, Γ. (1999). *Θεωρία και πράξη στην εκπαιδευτική σχέση. Κοινωνιοψυχολογική δυναμική της εκπαιδευτικής πρακτικής*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καψάλης, Α. (1983). *Παιδαγωγική Ψυχολογία*. Θεσσαλονίκη: Αφοι Κυριακίδη.
- Κολλιάδης, Ε. (1991). *Θεωρίες μάθησης και Εκπαιδευτική πράξη*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Κουρκούτας, Η. (2000). Το υπερκινητικό παιδί: θεωρητικές και κλινικές προσεγγίσεις», στο *Δύσκολες μορφές συμπεριφοράς στη σχολική τάξη*. Ρέθυμνο: ΠΤΔΕ Πανεπιστημίου Κρήτης.
- Κουρκούτας, Η. (2001). *Η Ψυχολογία του Εφήβου, θεωρητικά ζητήματα και κλινικές περιπτώσεις*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κουρκούτας, Η. (2007). *Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά: Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κρουσταλάκης, Γ. (1998). *Διαπαιδαγώγηση*. Αθήνα: Έκδοση του ιδίου.
- Κρουσταλάκης, Γ. (2000). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες*. Αθήνα: Έκδοση του ιδίου.
- Κυπριωτάκης, Α. (1998). Σχολική ένταξη: Γενικές προϋποθέσεις και ο ειδικός ρόλος των γονιών. Στο Ε. Τάφα, (επιμ.), *Συνεκπαίδευση παιδιών με και χωρίς προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς* (σελ.378-397). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κυπριωτάκης, Α. (2000). *Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους*. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Λιβανίου, Ε. (2004). *Μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς στην κανονική τάξη*. Αθήνα: Κέδρος.
- Molnar, A-B. & Lindquist (1996). *Προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ. (2001α). *Η Συμβουλευτική ψυχολογία στην Εκπαίδευση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ματσαγγούρας, Η. (1998). *Οργάνωση και διεύθυνση της σχολικής τάξης*. Αθήνα: Γρηγόρης.
- Ματσαγγούρας, Η. (1997). *Ομαδοσυνεργατική διδασκαλία*. Αθήνα: Γρηγόρης.
- Ματσαγγούρας, Η. (1998α). *Η σχολική τάξη*. Αθήνα: αυτοέκδοση.
- Μαυροπούλου, Σ. & Παντελιάδου, Σ. (2000). Ικανότητα χειρισμού προβλημάτων συμπεριφοράς στο σχολείο και ανάγκες εξειδίκευσης εκπαιδευτικών, *Πρακτικά συνεδρίου ειδικής αγωγής*, Π.Τ.Δ.Ε Πανεπιστημίου Κρήτης.
- Μόττη-Στεφανίδη, Φ., Παπαθανασίου, Α-Χ. & Λαρδούτσου, Σ. (2004). Διαταρακτική και επιθετική συμπεριφορά. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι & Μ. Ζαφειροπούλου (Επιμ.). *Προσαρμογή στο Σχολείο. Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών* (σσ. 255-286). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπακιρτζής, Κ. (2002). *Επικοινωνία και Αγωγή*. Αθήνα: Gutenberg.
- Μπεζέ, Α. (1998). *Βία στο σχολείο, βία του σχολείου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπρούζος, Α. (2001). Η σχολική συμβουλευτική ως αίτημα των σύγχρονων κοινωνικών μεταβολών, Στο *Πρακτικά Α' Διεθνούς Συνεδρίου του Ε.Κ.Ε.Π.* (σσ. 214-225). Αθήνα: Ε.Κ.Ε.Π.
- Νέστορος, Ι. (1999). *Επιθετικότητα στην οικογένεια, στο σχολείο και στην κοινωνία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Νικολάου, Σ-Μ. (2004). Η βία, η επιθετική συμπεριφορά και η τηλεοπτική επίδραση. *Εκπαίδευση και Επιστήμη 1, Online Journal*, ΕΚΠΑ, ΠΤΔΕ (<http://www.uoa.gr/ptde/journal>). (74-87).
- Νικολάου, Σ-Μ. (2005). Σύγκρουση και βία στην Οικογένεια. *Εφαρμοσμένη Παιδαγωγική*, 2:193-198.
- Νικολάου, Σ-Μ. (2005b). Η συνεργασία σχολείου και οικογένειας ως μορφή πρόληψης της βίας στο σχολείο. Εισήγηση στο *Πανελλήνιο Συνέδριο με Διεθνή Συμμετοχή της Ψυχολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος*, του Παιδαγωγικού Τμήματος Δ.Ε. και του Διδακταλείου Δ.Ε. Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, με θέμα: «Σχολείο και Οικογένεια», Ιωάννινα 18-20/03/2005 (υπό δημ.).

- Νόβα-Καλτσούνη, Χ., Μακρή-Μπότσαρη, Ε. & Τσιμπουκλή, Α. (2001). *Θέματα εφηβείας*. Πάτρα: ΕΑΠ.
- Παντελιάδου, Σ. (2000). *Μαθησιακές δυσκολίες και εκπαιδευτική πράξη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πετρουλάκης, Ν. (1985). *Ψυχολογία της προσαρμογής*. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2001, δ'έκδοση). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες. Α' και Β' τόμοι*. Αθήνα: Ατραπός.
- Χαντζή, Χ., Χουντουμάδη, Α. & Πατεράκη, Α. (2000). Άσκηση βίας από μαθητές προς μαθητές στο χώρο του δημοτικού σχολείου. *Παιδί και Εφηβος* 2(1):97–111.
- Χρηστάκης, Κ. (2000). Προβλήματα συμπεριφοράς στη σχολική ηλικία. Πρόληψη-Αντιμετώπιση. *Πρακτικά συνεδρίου ειδικής αγωγής*, Π.Τ.Δ.Ε Πανεπιστημίου Κρήτης.

ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Ασπασία Σερντάρη

1. Εισαγωγή

Το παιδί εξαρτάται πολύ περισσότερο και πολύ πιο άμεσα απ'ότι ο ενήλικας από το περιβάλλον. Γι' αυτό και οι πρώτες συγκρούσεις του είναι ευθείες αντιδράσεις προς το περιβάλλον και με την πάροδο της ηλικίας εσωτερικεύονται ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης. Οι συγκρούσεις είναι συχνά έντονες, σε ένα βαθμό συνειδητές, και η ψυχοπαθολογία από την οποία πηγάζουν φανερή. Τα συγκρουσιακά γεγονότα κάποιες φορές δι-αδραματίζονται μέσα στην οικογένεια.

Σε αντίθεση με τους ενήλικες, τα παιδιά σπάνια ζητούν από μόνα τους ψυχιατρική βοήθεια. Συνήθως, θα δείξουν την ανάγκη τους μέσα από τις σχέσεις τους με τους συνομη-λίκους και τους γονείς τους ή με τη συμπεριφορά τους.

Καθώς τα κεφάλαια της νοητικής υστέρησης, των αναπτυξιακών διαταραχών, των παι-δικών ψυχώσεων και της ελλειμματικής προσοχής αναπτύσσονται ξεχωριστά, είναι σκόπιμο να συζητηθεί η ψυχοπαθολογία που συναντάται σε παιδιά και εφήβους, είτε γιατί είναι ιδιαίτερα συχνή, είτε γιατί είναι ιδιαίτερα σοβαρή και παρεμβαίνει στη λειτουργικότητά τους.

2. Αγχώδεις διαταραχές

2.1. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Το παιδί βιώνει το **άγχος**, που αποτελεί το πιο συχνό σύμπτωμα στην παιδοψυχια-τρική, σαν ένα δυσάρεστο συναίσθημα ενός αόριστου επικείμενου κινδύνου και το εκφράζει γενικά και απροσδιόριστα: «*νιώθω μια ανησυχία, μια αγωνία μέσα μου*», «*έχω μια στεναχώρια*», «*νομίζω ότι κάτι θα πάθω*». Διακατέχεται από αβάσιμες ανησυχίες για τις επόμενες μέρες, για την απόδοσή του στο σχολείο, ανυπομονώντας για ασήμαντα γεγονότα, χωρίς αυτοπεποί-θηση. Είναι ευαίσθητο σε οποιαδήποτε κριτική και φοβάται μην ταπεινωθεί, δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, είναι ευερέθιστο και νευρικό, δεν χαίρεται με το παιχνίδι, είναι «σφιγμένο», φοβάται να κοιμηθεί μόνο του. Ρωτά συνέχεια για φανταστικούς κινδύνους και απασχολεί τη σκέψη του με πιθανούς τραυματισμούς, αρρώστιες ή και θάνατο.

Η Μαρία είναι 10 χρόνων και πηγαίνει στην Δ' δημοτικού. Είναι έξυπνη, άριστη μαθήτρια, κοινωνική και δημοφιλής. Μέχρι τώρα κατάφερε να διαχειρίζεται τα προβλήματα που προέκυπταν στο σχολείο με επιτυχία. Το τελευταίο 2μηνο απέφυγε να βγαίνει στο διάλειμμα, δεν συμμετείχε στο μάθημα και ήταν πολύ ευαίσθητη στη διακριτική κριτική από το δάσκαλό της. Την τελευταία εβδομάδα ζητούσε να γυρίσει σπίτι νωρίτερα γιατί την ταλαιπωρούσε «ένας πόνος στο κεφάλι» ή άλλοτε «νόμιζε ότι θα κάνει εμετό». Η μητέρα της -αρκετά ανστηρή και απαιτητική- απουσιάζει αρκετές μέρες από το σπίτι, καθώς η μητρική γιαγιά της ταλαιπωρείται από ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας. Εκμυστηρεύθηκε στον διευθυντή του σχολείου, με πολύ έντονο άγχος, πως «φοβάται ότι κάτι θα συμβεί στη μαμά της ή

και σε εκείνη» και ίσως «και να πρέπει να πάει στο νοσοκομείο γιατί ήξερε ένα άλλο παιδάκι που αρρώστησε» και είχε αγωνία για το «τί θα σκέφτεται ο δάσκαλος της και τα άλλα παιδιά που εκείνη, μια τόσο καλή μαθήτριά, δεν είναι καλά».

2.2. Διαταραχή πανικού – Αγοραφοβία

Το άγχος, πέρα από την ψυχολογική διάσταση του τρόμου και του φόβου, εκδηλώνεται και με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία (διέγερση του συμπαθητικού). Οι **προσβολές πανικού** εμφανίζονται απότομα και, ξαφνικά, συνοδεύονται από ένα αίσθημα επικείμενου κινδύνου ή καταστροφής, μαζί με μια εσωτερική παρόρμηση διαφυγής.

Ο Παναγιώτης είναι 16 χρόνων και ζει με τη μητέρα του, η οποία δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει τους προβληματισμούς της εφηβείας του. Η ίδια είναι σε μια σταθερή ψυχιατρική παρακολούθηση, καθώς πριν από 5 χρόνια παρουσίασε ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Πριν από 3 μήνες ο Παναγιώτης θα συμμετείχε σε αγώνες στίβου, όπου και αθλείται με καλές επιδόσεις. Δεν κατάφερε όμως ούτε καν να παρουσιασθεί στον αγωνιστικό χώρο, επειδή αισθάνθηκε ξαφνικά να ζαλίζεται, φοβήθηκε πως θα λιποθυμήσει, η «καρδιά του χτυπούσε τρελά» και δεν μπορούσε να πάρει αέρα. Έκτοτε, αποφεύγει ακόμα και τις προπονήσεις «μήπως και του ξανασυμβεί» και προσπαθεί να βρίσκεται πάντα με φίλους του και όχι μόνος.

Ο Μανώλης είναι 13 χρόνων και παρουσιάζει δύσπνοια και ταχυκαρδία όποτε προσπαθεί να κυκλοφορήσει έξω από το σπίτι του, κυρίως το βράδυ. Ενώ είναι έξυπνος και καλός μαθητής δεν είχε ποτέ φίλους. Οι συμμαθητές του τον πείραζαν γιατί είχε μια εμφάνιση «αγαθή», με ένα διαρκές χαμόγελο. Η μητέρα του ήταν πάντα υπερπροστατευτική και δεν τον άφηγε να παίζει γιατί είχε «βρογχικά» και του επέτρεπε να βλέπει μόνο παιδικά προγράμματα στην τηλεόραση. Ο πατέρας του είναι εξαρτημένος από το αλκοόλ και δεν ασχολείται καθόλου μαζί του.

2.3. Φοβική διαταραχή

Ο **φόβος** είναι μια φυσιολογική αμυντική αντίδραση του οργανισμού μπροστά σε ένα συγκεκριμένο κίνδυνο. Περιλαμβάνει τόσο την υποκειμενική του διάσταση όσο και τις φυσιολογικές μεταβολές (επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού και της αναπνοής, τρόμο των μυών και ανακατανομή του αίματος από το δέρμα και τα σπλάχνα στους μεγάλους μύς). Οι μεταβολές αυτές προετοιμάζουν το σώμα για μυϊκή δραστηριότητα: πάλη ή φυγή.

Με άλλα λόγια, είναι μια συναισθηματική κατάσταση που σαν σήμα κινδύνου κινητοποιεί τον οργανισμό, ώστε να αποφύγει ή να καταπολεμήσει μια απειλή. Κάτω από αυτό το πρίσμα πρέπει να δει κανείς τους φόβους των παιδιών που παρουσιάζονται σε διάφορα στάδια εξέλιξης. **Οι πιο συνηθισμένοι φόβοι** στην ηλικία των **2,3 και 4 χρόνων** είναι οι δυνατοί και ξαφνικοί θόρυβοι (βροντές, αεροπλάνα), το σκοτάδι, τα παράξενα αντικείμενα, τα άγρια ζώα και σχεδόν πάντα ο φόβος μήπως φύγει η μητέρα όταν το παιδί κοιμηθεί. Στην ηλικία των **5 χρόνων**, οι φόβοι είναι πιο κοντά στην καθημερινή ζωή και αφορούν συνήθως πιθανά ατυχήματα. Στην ηλικία των **6-7 χρόνων** επανέρχονται παλιοί φόβοι, όπως οι μάγισσες και τα φαντάσματα, αλλά και ο φόβος θανάτου του γονιού. Μετά τα **8 χρόνια** σταδιακά οι φόβοι ελαττώνονται.

2.4. Διαταραχή άγχους αποχωρισμού

Το βασικό χαρακτηριστικό είναι το έντονο και υπερβολικό άγχος που νιώθει το παιδί στον πιθανό ή τον πραγματικό αποχωρισμό από το σπίτι του ή από τα άτομα που το φροντίζουν. Στην πρώτη παιδική ηλικία δικαιολογείται ένας βαθμός αγωνίας στον αποχωρισμό από τη μητέρα, αλλά όταν αναφερόμαστε στη διαταραχή, **το άγχος είναι δυσανάλογο**: φο-

βάται ότι ο γονιός του δεν θα ξαναέρθει, θα πεθάνει, θα το κλέψουν ή θα χαθεί. Αποφεύγει να μένει σε άλλα σπίτια, δεν πηγαίνει στο σχολείο (**σχολική άρνηση-σχολική φοβία**), αρνείται να πάει για ύπνο μόνο του και παραινείται για σωματικά ενοχλήματα. Η σχολική φοβία εμφανίζεται πιο συχνά στην έναρξη του σχολείου και στην αρχή της εφηβείας.

Η Στέλλα πηγαίνει φέτος στην Α' δημοτικού. Η οικογένειά της μετακόμισε μόλις πρόσφατα από το χωριό στην κοντινή πόλη για επαγγελματικούς λόγους του πατέρα της. Μέχρι τα Χριστούγεννα δεν κατάφερε να κάνει φίλους -δεν ήταν άλλωστε ποτέ ιδιαίτερα κοινωνική, την χαρακτηρίζαν πάντα σαν ένα κλειστό παιδί. Μετά τις διακοπές των Χριστουγέννων δεν ήθελε να πάει στο σχολείο, προφασισόμενη διάφορες ανυπόστατες αφορμές και παραπονιόταν για πολύ έντονα σωματικά ενοχλήματα. Επανήλθε στο σχολείο μόνο όταν η μητέρα της ήταν παρούσα μέσα στην τάξη, γεγονός που της κόστισε ακόμα περισσότερο στις ήδη δύσκολες σχέσεις με τους συνομηλίκους της. Η μητέρα έκασε μέχρι το τέλος της χρονιάς μέσα στην τάξη.

Ο Απόστολος πηγαίνει στην Γ' δημοτικού. Τον τελευταίο μήνα και μετά την ασθένεια του διδύμου αδελφού του έχει γίνει η σκιά της μητέρας του: την ακολουθεί παντού, ακόμα και όταν κατεβεί για να βγάλει βόλτα το μικρό σκυλάκι που έχουν. Δεν πηγαίνει ούτε στην αυλή του σπιτιού του να παίξει, καθώς φοβάται ότι η μητέρα του μπορεί να φύγει. Στο σχολείο δεν είναι πια καλός μαθητής και παρακολουθεί μόνο εφόσον είναι ο παππούς του στην καγκέλοπορτα και τον περιμένει σε κάθε διάλειμμα.

2.5. Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή

Οι **ψυχαναγκασμοί** είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που το άτομο τους βιώνει ως εισβολή και ως ακατάλληλες και του δημιουργούν έντονο άγχος και δυσφορία. Οι **καταναγκασμοί** είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις (π.χ. μέτρηση), τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να εκτελέσει, σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν σωστά. Οι ψυχαναγκασμοί και οι καταναγκασμοί δεν γίνονται για ευχαρίστηση αλλά για να ανακουφίσουν το άγχος ή να αποτρέψουν κάτι που το άτομο φοβάται.

Αρκετά συχνά τα παιδιά έχουν ψυχαναγκαστικές ιδέες και πράξεις, χωρίς να τις θεωρούν πάντα ιδιαίτερα ενοχλητικές. Μέσα στο μαγικό κόσμο των φαντασιώσεων τους επανέρχονται κάθε τόσο ορισμένες ιδέες ή ακατανόητες φράσεις ή αυτοσχέδιες προσευχές που πρέπει να επαναλάβουν για να νιώσουν ασφάλεια. Επίσης ορισμένες πράξεις, όπως το να μην πατούν τις γραμμές από τα πλακάκια ή να πηγαίνουν από μια ορισμένη διαδρομή «για γούρι», είναι φυσιολογικές μέσα στην αναπτυξιακή τους εξέλιξη και ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους.

Η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή χαρακτηρίζεται όμως από πολύ ενοχλητικές σκέψεις ή πράξεις που είναι αυτόκλητες, επίμονες επαναλαμβανόμενες και ταλαιπωρούν το άτομο ή ακόμα προσβάλλουν και τη λειτουργικότητά του. Η ενοχλητική συμπτωματολογία μπορεί να είναι απλή ή εξαιρετικά πολύπλοκη με κουραστικές τελετουργίες. Τα μικρότερα παιδιά, αντίθετα με τα μεγαλύτερα που απομονώνονται για να επιτελέσουν τους ψυχαναγκασμούς τους, αναγκάζουν συχνά και τους γονείς τους να συμμετέχουν σε αυτούς.

Οι πιο κοινοί ψυχαναγκασμοί είναι σκέψεις μόλυνσης, αμφιβολίας (π.χ. αν κλείδωσε την πόρτα), τακτοποίησης, παρορμήσεις επιθετικότητας ή βίας. Οι πιο συχνοί καταναγκασμοί είναι πλυσίματος και καθαρισμού, μέτρησης, ελέγχου, καθυσηχασμού και επανάληψης πράξεων. Τα παιδιά, ιδιαίτερα στη μικρή ηλικία, δεν αντιλαμβάνονται εύκολα το παράλογο των πράξεών τους.

Ο Νίκος είναι 8 χρόνων, ιδιαίτερα έξυπνος και κοινωνικός. Στο σχολείο είναι καλός μαθητής, συμμετέχει ενεργά και παίρνει πρωτοβουλίες. Τους τελευταίους 2 μήνες τα τετράδια του δεν είναι τόσο καθαρά: τα γράμματα του είναι πολύ «πατημένα», τα σημεία στίξης υπερτονισμένα και κάποιες φορές το χαρτί έχει σχιστεί από τα πολλά σβήσιμα. Εξακολουθεί να σηκώνει το χέρι του, αλλά πάντα ακολουθεί πλέον ένα τελετουργικό: μόλις πάρει το λόγο ζητά από τη δασκάλα του να επαναλάβει

την ερώτηση, τότε απαντά συνήθως σωστά και επιμένει μέχρι να ακούσει από τη δασκάλα του «πολύ σωστά απάντησες Νίκο», κάτι που αν εκείνη δεν κάνει αυθόρμητα, αυτός το απαιτεί επίμονα. Στο διάλειμμα παίζει με τους φίλους του, αλλά συχνά παραπονείται πως «δεν ακολουθούν τους κανόνες» και «δεν τα κάνουν όπως πρέπει». Την τελευταία εβδομάδα, όταν πρόκειται να βγει έξω από το σπίτι, στέκεται ακίνητος μπροστά στην πόρτα και «κάνει τα δικά του»: ζητά από τη μητέρα του να κρατήσει τα κλειδιά με το δεξί της χέρι να το σηκώσει ψηλά «κι άλλο κι άλλο όσο πάει» και να του πει «Νίκο τώρα πάμε βόλτα αλλά θα γυρίσουμε στις 9» 3 φορές. Μετά βγαίνει ήρεμος για τη βόλτα του.

Η Καλλιόπη είναι άριστη μαθήτρια της Β' λυκείου και προετοιμάζεται για πτυχιακές εξετάσεις στα Αγγλικά. Πριν από 4 μήνες γυρνώντας από το φροντιστήριο είπε ότι θα έκανε ένα μπάνιο γιατί ένιωθε «χάλια» -γεγονός ασυνήθιστο ως τώρα. Αργότερα, συζήτησε με τη μητέρα της τη στιχομυθία κάποιων αγοριών συμμαθητών της στο μάθημα των Αγγλικών με σεξουαλικό περιεχόμενο. Σταδιακά, άρχισε να πλένεται όλο και πιο συχνά, με όλο και μεγαλύτερη τελετουργία, αρχικά όταν έπιανε τα βιβλία των Αγγλικών, μετά όταν άκουγε ή έλεγε μια Αγγλική λέξη και έπαιφε να πηγαίνει τόσο στο φροντιστήριο όσο και στο μάθημα των Αγγλικών στο σχολείο γιατί ένιωθε «βρώμικη». Γυρνώντας από το σχολείο έπρεπε να πλένεται για τουλάχιστον μία ώρα στο μπάνιο και, καθώς είχε αρχίσει να κουράζεται, προτιμούσε να μη βγαίνει καν από το δωμάτιό της. Σταδιακά άρχισε να αποφεύγει να πιάνει οτιδήποτε, ούτε καν το πόμολο της πόρτας ή τον τοίχο ή την βρύση, γιατί κάποιος μπορεί να το είχε πιάσει πριν και να είχε πει ή να είχε ακούσει μια αγγλική λέξη. Την τελευταία εβδομάδα δεν βγαίνει από το δωμάτιο της, δεν μιλά στο τηλέφωνο με φίλες και κλαίει γιατί «υποφέρει και θα πεθάνει».

3. Διαταραχές της διάθεσης

3.1. Κατάθλιψη

Είναι σημαντικό να κάνουμε τη διάκριση ανάμεσα στην κατάθλιψη ως απλό σύμπτωμα, ως σύνδρομο και ως μια σαφώς καθορισμένη κλινική διαταραχή. Η **κατάθλιψη ως σύμπτωμα** είναι ένα πανανθρώπινο φαινόμενο και συναντάται σε όλες τις ηλικίες, ακόμα και στη νηπιακή, με την μορφή της θλίψης, της δυσφορίας, ως αντίδραση σε μια απώλεια, σε μια απογοήτευση. Το **καταθλιπτικό σύνδρομο** αποτελείται συνήθως και από άλλα συμπτώματα, όπως είναι η απουσία ενδιαφέροντος για δραστηριότητες και η δυσκολία στη συγκέντρωση, και το συναντάμε συνήθως σε παιδιά που υποφέρουν από χρόνια νοσήματα και σοβαρές αναπηρίες. Η **κατάθλιψη ως διαταραχή** προϋποθέτει μια χαρακτηριστική και συγκεκριμένη κλινική εικόνα (επηρεάζονται επίσης η όρεξη για φαγητό, ο ύπνος και η ψυχοκινητική δραστηριότητα), με πιθανή βιολογική προέλευση και οικογενειακό ιστορικό. Η αποτυχία καθορισμού των κριτηρίων όμως είναι εύλογη, αφού είναι περιορισμένη η ικανότητα του παιδιού να διατυπώσει λεκτικά τη δυσφορία του ή ακόμα και να έχει επίγνωση της κατάστασης που το διακατέχει.

Στην **προσχολική ηλικία** τα κλάματα, η θλίψη, τα παράπονα για σωματικές αδιαθεσίες, η ανορεξία, οι εκρήξεις οργής και η έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες απαντώνται συχνά. Η κλινική εικόνα όμως είναι ασταθής και τα περισσότερα από αυτά τα συμπτώματα είναι πρόσκαιρα. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην ανωριμότητα των γνωστικών δομών του παιδιού, που δεν μπορεί να συλλάβει την έννοια του παρελθόντος και του παρόντος, ούτε να γενικεύσει την εμπειρία του.

Στη **σχολική ηλικία** η θλίψη, το εύκολο ξέσπασμα σε δάκρυα και η δυσφορία είναι πιο σταθερά. Τα παιδιά αρχίζουν να μιλούν για τις σκέψεις τους και να λεκτικοποιούν τα συναισθήματά τους.

Στην **εφηβεία** η αστάθεια της διάθεσης είναι ίσως από τα πιο χαρακτηριστικά γνωρίσματα αυτής της ηλικιακής περιόδου. Μέσα σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα, ο έφηβος συχνά χωρίς φανερή αιτία μπορεί να πέσει από τον ενθουσιασμό στη μελαγχολία, από τη χαρά στη θλίψη, από τη φιλική διάθεση στις αντιπαραθέσεις. Η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι κάτι συνηθισμένο σε αυτή την ηλικία και κάποιες φορές συνδέεται με ένα αίσθημα ηττοπάθειας. Αυτή η πλευρά αντανακλά το δεδομένο ότι η εφηβική σκέψη, σε αντίθεση με την παιδική, προβάλλεται στο μέλλον. Αντίθετα όμως με τους ενήλικες, οι έφηβοι δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν την πείρα για να μετριάσουν την απαισιοδοξία τους.

Η Ιωάννα είναι 8 χρόνων. Η μητέρα της την χαρακτηρίζει «πολύ κλειστή», με λίγες φίλες, φιλότιμη και καλή μαθήτριά. Τους τελευταίους 2 μήνες παραπονείται για «αδιαθεσία» που δεν μπορεί να προσδιορίσει, αλλά «μοιάζει όπως όταν έχει πυρετό». Δυσκολεύεται να κοιμηθεί και δεν έχει καθόλου όρεξη για φαγητό. Έχει απουσιάσει αρκετές φορές από τις εξωσχολικές της δραστηριότητες-παρόλα αυτά όμως στο σχολείο πηγαίνει πάντα διαβασμένη. Είναι γκρινιάρη χωρίς λόγο, ανησυχεί πως οι γονείς της δεν την αγαπούν αρκετά και ξεσπά σε αναίτια κλάματα. Η φίλη της την προσκάλεσε για παιχνίδι, αλλά αρνήθηκε γιατί «μάλλον δεν θα περάσει καλά». Ο πατέρας της, με τον οποίο είναι αρκετά δεμένη, αυτό το διάστημα είναι αποσυρμένος εξαιτίας επαγγελματικών δυσκολιών. Αναφέρεται όμως ότι στο παρελθόν είχε ακολουθήσει αντικαταθλιπτική αγωγή γιατί παρουσίασε διαταραχή της διάθεσης του τύπου της δυσθυμίας. Η μητέρα της ανησυχεί πολύ γιατί δεν μπορεί να βρει «τίποτα που να την κάνει χαρούμενη όπως πριν». Αναφέρει χαρακτηριστικά ότι ακόμα και στο πάρτυ των γενεθλίων της ήταν σκυθρωπή και δεν έπαιξε με τα παιδιά.

Η Γλυκερία είναι μια όμορφη και χαρισματική έφηβη, 15 χρόνων. Είναι καλή μαθήτριά και αθλήτρια στίβου με διακρίσεις. Πολύ κοινωνική και αγαπητή από το περιβάλλον της. Αντιμετώπισε το διαζύγιο των γονιών της πριν από 3 χρόνια χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Ζει με τη μητέρα της. Ο πατέρας της έκανε νέα οικογένεια πριν από ένα χρόνο -έκτοτε η Γλυκερία τον επισκέπτεται αραιότερα από πριν και αρνείται να διανυκτερεύσει στο σπίτι του. Πριν 3 μήνες ο καθηγητής της κάλεσε τη μητέρα της γιατί διάβασε τα «ποιήματά» της, τα οποία όμως είχαν αρκετές αναφορές στο θάνατο, την απογοήτευση και ενοχή. Ο ίδιος μάλιστα παρατήρησε ότι, είναι πιο ευσυγκίνητη και αφηρημένη από ό,τι συνήθως. Η σχολική της επίδοση είναι μεν καλή, αλλά όχι στο επίπεδο που ήξερε από την αρχή του Λυκείου. Από τον προπονητή της, οι πληροφορίες ήταν επίσης ανησυχητικές: στην προπόνηση δεν είναι το «δυναμικό και γεμάτο αυτοπεποίθηση παιδί» και εμφανίζει ένα αίσθημα ηττοπάθειας, που παραξένεψε και τους συναθλητές της. Η μητέρα της παρατήρησε ότι η Γλυκερία πήρε αρκετό βάρος -καθώς «τρώνει άτσαλα» και δεν είναι τόσο υπάκουη: καταλύει τα ωράρια στις εξόδους της, είναι αγενής, περνάει αρκετές ώρες κλεισμένη στο δωμάτιό της μπροστά στον υπολογιστή και πειραματίζεται επικίνδυνα (δοκίμασε να καπνίσει, οδήγησε μηχανάκι).

Η **αιτιολογία** της κατάθλιψης, ανεξάρτητα από την ηλικία που παρουσιάζεται, δεν έχει απόλυτα ξεκαθαριστεί. Στα παιδιά και τους εφήβους που έχουν ιδιοσυγκρασιακή ή και βιολογική προδιάθεση, ένα στρεσογόνο γεγονός ή μια απώλεια μπορούν να αποτελέσουν τον πυροδοτικό μηχανισμό. Τα τελευταία χρόνια είναι γενικά παραδεκτό ότι συμμετέχει και ο μεταβολισμός στο κεντρικό νευρικό σύστημα σε επίπεδο νευροβιοχημείας.

Σύμφωνα με τις ψυχοδυναμικές θεωρίες, το παιδί έρχεται στον κόσμο οπλισμένο με την ικανότητα να εκφράζει βασικές συναισθηματικές καταστάσεις και να τις επικοινωνεί στη μητέρα του. Η τελευταία ανταποκρίνεται με τρόπους που έχουν σαν αποτέλεσμα εμπειρίες, είτε ευχάριστες είτε δυσάρεστες και στερητικές. Αυτή είναι η συναισθηματική μνήμη του παιδιού και ο πρώτος πυρήνας απεικόνισης του εαυτού του. Όταν υπερισχύουν οι δυσάρεστες στερητικές εμπειρίες, σταδιακά αρχίζουν να κυριαρχούν αισθήματα θλίψης, αναξιοσύνης, ενώ η χαρά και το ενδιαφέρον βιώνονται όλο και λιγότερο. Στην περίπτωση που η οι-

κογένεια και ο περίγυρος δεν προσφέρουν διορθωτικές συναισθηματικές εμπειρίες ή έστω δεν προσφέρουν τη δυνατότητα στο παιδί να αναπτύξει αυτοπεποίθηση μέσα από δικές του πρωτοβουλίες, το παιδί εσωτερικεύει την ανικανότητα και την απελπισία, που θα αποτελέσουν αργότερα τον καταθλιπτικό πυρήνα.

4. Ψυχοσωματικές διαταραχές

Κατά την παιδική ηλικία υπάρχουν αναρίθμητες σχέσεις μεταξύ των στοιχείων του σώματος και του ψυχισμού. Ο ψυχισμός δεν αντέχει τον "πόνο" και, καθώς βρίσκεται σε αδιέξοδο, καταφεύγει στο **ψυχοσωματικό σύμπτωμα** – με άλλα λόγια δεν πρόκειται για μια άμυνα απέναντι σε ένα συναισθημα, αλλά για το αποτέλεσμα ενός συναισθήματος που γίνεται αφόρητο.

Δεν υπάρχει λόγος, λοιπόν, να λέγονται κατά φαντασίαν ασθενείς -όρος υποτιμητικός- αφού πραγματικά πονούν και παρουσιάζουν ή νιώθουν διάφορα άλλα σωματικά ενοχλήματα, χωρίς να αντιλαμβάνονται ότι ελέγχουν την παραγωγή τους. Εξάλλου, σύμφωνα με τη βιο-ψυχοκοινωνική προσέγγιση των ψυχικών διαταραχών, ολόκληρος ο άνθρωπος πάσχει, ανεξάρτητα από το αν η εκδήλωση συμπτωμάτων είναι από την ψυχική, τη σωματική σφαίρα ή και τις δύο.

Το σχήμα, με το οποίο το σώμα μας εμφανίζεται ψυχικά, το ονομάζουμε **«εικόνα του σώματος»**. Η εικόνα του σώματος είναι μια αναπαράσταση που το Εγώ δημιουργεί κατά τη χρονική περίοδο που δομείται. Η αναπαράσταση αυτή συνιστά για το παιδί τον πυρήνα της ψυχοσωματικής του ύπαρξης και την ακεραιότητά του απειλεί το άγχος.

Το σώμα είναι, λοιπόν, ο χώρος και το προνομιούχο μέσο με το οποίο ένα παιδί αιχμαλωτισμένο σε μια σύγκρουση εκφράζει τη δυσφορία του. Όσο μικρότερο είναι το παιδί τόσο πιο συχνά χρησιμοποιεί το σωματικό δρόμο. Η αποικρυπτογράφηση της ψυχικής διαταραχής στηρίζεται στην έρευνα. Η ψυχοσωματική έκφραση έχει πολυάριθμες πρωτοτυπίες σε σχέση με την ηλικία, με τη βαρύτητα της σωματικής νόσου και των δευτερευουσών συνεπειών της για το παιδί και την οικογένειά του. Η ψυχοσωματική έρευνα του παιδιού είναι πολυδιάσπλητη και αγκαλιάζει ταυτοχρόνως τα ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά του παιδιού και την προσωπικότητα των γονιών του και των υπόλοιπων ατόμων του περιβάλλοντος του.

Οι κωλικοί, η ατοπική δερματίτιδα, οι κεφαλαλγίες, τα προβλήματα από το γαστρεντερικό, το βρογχικό άσθμα είναι χαρακτηριστικά παραδείγματα.

Είναι συνηθισμένο για τον παιδίατρο να του φέρνουν για εξέταση ένα μωρό μερικών εβδομάδων, όμορφο και γερό, αλλά που δοκιμάζει σκληρά τα νεύρα της μητέρας του ουρλιάζοντας κάθε μέρα επί ώρες. Τα πάντα αρχίζουν όταν η μητέρα επιστρέφει από το μαιευτήριο: κλάματα μετά το γεύμα, κυρίως μετά το 2^ο μισό της ημέρας. Ένα άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό είναι ότι το βρέφος επιλέγει: αν για κάποιο λόγο οι γονείς εμπιστευθούν το παιδί σε τρίτο πρόσωπο, τα πάντα σταματούν και ξαναρχίζουν μόλις αυτό βρεθεί στην αγκαλιά της μητέρας του. Οι εβδομάδες περνούν και αν δεν υπάρχει ψυχοθεραπευτική παρέμβαση το περιβάλλον βρίσκεται στα πρόθυρα της κατάρρευσης, μέχρι περίπου τον 3^ο μήνα, οπότε και τα πράγματα επανέρχονται σε τάξη σχεδόν αιφνίδια και αυθόρμητα.

Η Άννα είναι 10 χρόνων. Υποφέρει εδώ και πολύ καιρό από πονοκεφάλους. Οι γονείς της είναι απαιτητικοί με το σχολείο, αλλά και με τη γενικότερη συμπεριφορά της, επικριτικοί και συχνά τιμωρητικοί. Συμβουλευθήκαν παιδοψυχίατρο που τους σύστησε δραστηριότητες εκτόνωσης, αλλά αυτό «μεταφράστηκε» λάθος και το αποτέλεσμα ήταν καταστροφικό για το παιδί: την έστειλαν σε εργαστήριο αγγειοπλαστικής, να μάθει πιάνο και σε σχολή χορού με την προσδοκία της επιτυχίας.

Ο Βασίλης είναι περίπου 7 ετών και είναι μοναχογιός. Υποφέρει από επεισόδια σπασμωδικού βήχα, που εμφανίζονται κάθε χρόνο με το άνοιγμα του σχολείου και χαρακτηρίστηκαν πρωτοπαθώς

αλλεργικά. Ζει με τους παππούδες του, γιατί οι γονείς του είναι μετανάστες στο εξωτερικό, με εξαίρεση τα καλοκαίρια που τα περνά μαζί με τους γονείς του στο κάμπινγκ.

Οι **διαταραχές διατροφής** αποτελούν μοντέλο του ψυχοσωματικού συμπτώματος: από τις πρώτες στιγμές της ζωής η διατροφή αποτελεί μια διεργασία επικοινωνίας με τη μητέρα. Η απλή ενέργεια του «τρώγειν» είναι συχνά συνδεδεμένη με την πείνα και την όρεξη, οι οποίες επηρεάζουν την ψυχική κατάσταση του ατόμου. Ενώ η πείνα είναι η κινητήρια δύναμη, η όρεξη εξαρτάται συχνά και σε μεγάλο ποσοστό από την ψυχική κατάσταση.

Η **ψυχογενής ανορεξία** είναι ίσως από τις πιο συχνές διαταραχές διατροφής και πάντως εξαιρετικά επικίνδυνη για την περαιτέρω ανάπτυξη του παιδιού -και για αυτό θα γίνει ιδιαίτερη αναφορά. Σχεδόν όλα τα κορίτσια αρχίζουν να ασχολούνται με την εμφάνισή τους στην εφηβεία και ένα ποσοστό από αυτά θα καταβάλλει ιδιαίτερη προσπάθεια για να αδυνατήσουν, θα έχει ανησυχίες και φόβους για την ελκυστικότητά του και τη γενικότερη αξία του. Η διάγνωση όμως της ψυχογενούς ανορεξίας βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια –τρία από αυτά όμως αποτελούν ικανή και αναγκαία συνθήκη: **η ανορεξία, η αμηνόρροια και η απίσχναση.**

Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μια διαστρεβλωμένη συμπεριφορά απέναντι στην τροφή: ο περιορισμός δεν είναι μόνο ποσοτικός αλλά και ποιοτικός. Στην πράξη ακολουθούν μια δίαιτα που περιλαμβάνει αποκλειστικά φρούτα, λαχανικά και ίσως ελάχιστο κρέας, τιμολογούν άναρχα και μαγειρεύουν για τους άλλους. Μερικές φορές, κλέβουν την τροφή τους, άλλες χρησιμοποιούν καθαρτικά και συνήθως εμφανίζουν και ψυχαναγκασμούς ή και καταναγκασμούς σε σχέση με το φαγητό. Πρόκειται πραγματικά, τουλάχιστον στην αρχή, για μια ενεργό πάλη απέναντι στην πείνα. Το αδιάκοπο ζύγισμα και ο έλεγχος των θερμίδων υπογραμμίζουν τη λανθασμένη εικόνα του σώματος που έχουν και που στο 90% μοιάζει με ένα «δύσμορφο ψυχαναγκασμό»: επικεντρώνονται σε ένα μέρος του σώματος, όπου ένα πραγματικό ελάττωμα μεγαλοποιείται. Οι σχέσεις τους είναι σχεδόν πάντα επιφανειακές, πολυάριθμες στην αρχή, αλλά αργότερα σπάνιες. Υπερεπενδύουν σε σχολικές δραστηριότητες, αλλά παρουσιάζουν μια υπερδραστηριότητα φτωχή και χωρίς πλούσια φαντασία παρά πλούσια και δημιουργική.

Σε ό,τι αφορά την οικογένεια, είναι σαφές ότι παρουσιάζει μια παθολογική οργάνωση. Η ανόρεκτη κόρη (συνήθως) περιγράφεται από τους γονείς της συχνά σαν το παιδί για παράδειγμα, που δεν προκάλεσε ποτέ το παραμικρό πρόβλημα. Η μητέρα αρχικά περιγράφεται σαν άιαμπτη και υπερπροστατευτική, αλλά σταδιακά αποκαλύπτεται πολύ καταθλιπτική και αδύναμη να θεωρήσει τον εαυτό της καλή μητέρα. Η διατροφή κατέχει την πρώτη θέση σε αυτή την προσπάθειά της και έτσι της επιτρέπει να παραγνωρίσει το αίτημα του παιδιού της για αγάπη. Ο πατέρας είναι απών και ζει κάτω από την κυριαρχία των γυναικών της οικογένειας, που τον παραμερίζουν ή θέτει ο ίδιος τον εαυτό του στο περιθώριο.

Οι κλινικές μορφές είναι πολλές και μπορούν να ταξινομηθούν ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων, την ηλικία εμφάνισης, το φύλο ή τη δομή της προσωπικότητας. Η εξέλιξη και η πορεία της διαταραχής ποικίλλουν. Πολλοί συγγραφείς μιλούν για ένα τελικό αποτέλεσμα από την αυτόματη ανάρρωση μέχρι το θάνατο και για μια διάρκεια από μερικούς μήνες μέχρι ολόκληρη τη ζωή. Πρακτικά, η νοσηλεία τις περισσότερες φορές είναι αναπόφευκτη. Η έκβαση ακολουθεί τον γενικό κανόνα: 1/3 ίαση, 1/3 βελτίωση και 1/3 χρονιότητα και η θνησιμότητα κυμαίνεται σε ένα ποσοστό 3-6 %.

4.1. Άλλες συνήθειες διαταραχές

Η ενούρηση, επιλεκτική βωβότητα και τα τικς είναι προβλήματα που φέρνουν τα παιδιά σε δύσκολη θέση, κυρίως λόγω της πίεσης που τους ασκείται από το περιβάλλον ώστε να τα ελέγξουν.

4.1.1. Η ενούρηση και η εγκόπριση

Η ενούρηση και η εγκόπριση αποτελούν δύο διαταραχές της παιδικής ηλικίας, που χωρίς να είναι ιδιαίτερα βαριές, προκαλούν μεγάλη ταλαιπωρία τόσο στο ίδιο το παιδί όσο και στην οικογένειά του. Ως ενούρηση ορίζεται η επαναλαμβανόμενη ακούσια απώλεια ούρων, χωρίς την ύπαρξη σαφούς οργανικού αιτίου, σε μια ηλικία στην οποία θα έπρεπε να έχει επιτευχθεί εκούσιος έλεγχος των σφιγκτήρων, δηλαδή μετά το 5^ο έτος. Μπορεί να παρατηρηθεί είτε στη διάρκεια της ημέρας, είτε στη διάρκεια της νύχτας και να είναι είτε πρωτοπαθής (όταν δηλαδή δεν επιτεύχθηκε ποτέ πλήρης έλεγχος των σφιγκτήρων) είτε δευτεροπαθής.

Ο Στέλιος είναι 11 χρόνων, μέτριος μαθητής που παρακολουθεί αρκετές εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες με επιτυχία. Είναι κοινωνικός, αλλά μερικές φορές είναι εκρηκτικός στην έκφραση του θυμού του, γεγονός που τον φέρνει σε δύσκολη θέση με τους φίλους του. Μετά το διαζύγιο των γονιών του πριν από ενάμιση χρόνο μένει με τη μητέρα του, η οποία ταλαιπωρείται από καταθλιπτική διάθεση και έχει γίνει ευερέθιστη και αρκετά επικριτική και τιμωρητική απέναντί του. Τον τελευταίο χρόνο ο Στέλιος σχεδόν κάθε βράδυ βρέχει το κρεβάτι του, κάτι που δεν συμβαίνει ποτέ όταν διανυκτερεύει στον πατέρα του, σε φίλους ή με την ομάδα του σε αγώνες εκτός πόλης.

4.1.2. Η επιλεκτική βωβότητα

Τα παιδιά με επιλεκτική βωβότητα μιλούν μόνο σε επιλεγμένη ομάδα προσώπων και σε οικείο περιβάλλον, επικοινωνούν όμως με νεύματα, χειρονομίες ή μονοσύλλαβες απαντήσεις. Το πρόβλημα εμφανίζεται συνήθως λίγο πριν ή κατά την έναρξη του σχολείου και μπορεί να επιδεινωθεί από τα πειράγματα. Τα παιδιά αυτά φέρνουν πολύ συχνά σε αδιέξοδο τον δάσκαλο, που προσπαθεί να αποσπάσει έστω και μια κουβέντα.

Η Βασιλεία είναι ένα δειλό και ανεσταλμένο κορίτσι, μοναχοπαίδι και αρκετά εξαρτημένο από τη μητέρα του. Παρακολούθησε το νηπιαγωγείο με μικρές δυσκολίες, που αποδόθηκαν στο χαρακτήρα της και τη «δύσκολη προσαρμογή της». Με την είσοδό της στην Α' δημοτικού η Βασιλεία δεν μιλούσε σε κανέναν, παρά επικοινωνούσε με νοήματα. Είχε λίγες παρέες και τα κατάφερνε αρκετά καλά σε αυτόν τον τομέα Έμαθε να διαβάσει λίγο μετά τα Χριστούγεννα, αλλά στο σχολείο η πρώτη φορά που άκουσαν τη φωνή της ήταν σε ένα διάλειμμα την περίοδο μετά το Πάσχα.

4.1.3. Το τικ

Το τικ είναι μια ξαφνική, ταχεία, επαναλαμβανόμενη, μη ρυθμική στερεότυπη κίνηση ή φώνηση. Το άτομο βιώνει το τικ σαν κάτι που δεν μπορεί να του αντισταθεί, αλλά παρόλα αυτά μπορεί να το καταστέλλει για άλλοτε άλλο διάστημα. Οι στρεσογόνες καταστάσεις μπορεί να τα επιδεινώσουν, ενώ, αντίθετα, οι δραστηριότητες που αποσπούν την προσοχή μπορούν να τα εξασθενίσουν. Τα τικ μπορούν να διακριθούν σε **φωνητικά** (καθάρισμα του λαιμού, ρουθούνισμα) ή **κινητικά** (ανοιγοκλείσιμο των ματιών, σήκωμα των ώμων, βήχας), **παροδικά** ή **χρόνια** (με διάρκεια λιγότερο ή περισσότερη από 12 μήνες αντίστοιχα), **απλά** ή **σύνθετα** (κινήσεις καλλωπισμού, πηδήματα, αγγίγματα, επανάληψη φράσεων ή λέξεων).

5. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα

Τα τελευταία χρόνια, τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα ταλαιπωρούν όλο και πιο συχνά τα παιδιά και τις οικογένειές τους. Η **χρήση ψυχοτρόπων ουσιών** αποτελεί σήμερα μια διαδεδομένη συνήθεια των εφήβων. Στις ψυχοτρόπες ουσίες συγκαταλέγονται ποικίλες ουσίες, αρχίζοντας από τις κοινωνικά παραδεκτές και με ευρεία διάδοση -καφές τσάι, καπνός οينوπνευματώδη- έως και τις κοινωνικά καταδικαστέες, όπως η κάνναβη, τα παραισθησιογόνα, τα οπιούχα, η κοκαΐνη, κ.α. Η κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών είναι δυνατό να προκαλέσει στο άτομο ψυχική η και σωματική εξάρτηση.

Η **αιτιολογία** της χρήσης και της κατάχρησης ουσιών, νόμιμων ή παράνομων, είναι πολυπαραγοντική. Σε γενικές γραμμές όμως, η κοινωνική στάση απέναντι στην ουσία παίζει καθοριστικό ρόλο στη στάση και την αντίληψη που έχει διαμορφώσει ο έφηβος, ενώ οι πιέσεις τη παρέας, τα οικογενειακά πρότυπα χρήσης και ο βαθμός διαθεσιμότητας της ουσίας αποτελούν τους κύριους παράγοντες για τη δοκιμή των κοινωνικά αποδεκτών ουσιών, όπως ο καπνός και τα οينوπνευματώδη. Σε ό,τι αφορά τις παράνομες ουσίες, η προσωπικότητα του ατόμου, η δομή της οικογένειας και η πιθανή ψυχοπαθολογία φαίνεται πως υποκαθιστούν τη σημασία των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, σε συνδυασμό με τη διαθεσιμότητα της ουσίας και τη συχνότητα της χρήσης.

Για τη **θεραπεία της εξάρτησης** έχουν αναπτυχθεί μέσα στα τελευταία χρόνια πολλά προγράμματα και διαφόρων τύπων ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Η νέα γενιά των προληπτικών προγραμμάτων είναι κατά κύριο λόγο βασισμένη στο ψυχοκοινωνικό μοντέλο και δίνει έμφαση στην εκπαίδευση και την εξάσκηση και όχι απλά μόνο στην παροχή πληροφοριών σε παθητικούς δέκτες. Η εκπαίδευση αποσκοπεί στην ανάπτυξη των ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, που θα επιτρέψουν στον έφηβο να αντισταθεί στις πιέσεις της κοινωνικής του ομάδας και να μπορέσει να χρησιμοποιήσει εναλλακτικές διεξόδους. Σε αυτό το πλαίσιο κινούνται και τα προγράμματα πρόληψης, που έχουν ως αφετηρία το σχολείο και απευθύνονται στην περιβάλλουσα σχολική κοινότητα.

Τα περιστατικά **κακοποίησης-παραμέλησης** που αναφέρονται σε δομές ψυχικής υγείας και αναζητούν βοήθεια είναι πλέον πολύ περισσότερα σε σχέση με προηγούμενες δεκαετίες. Από την πρώτη αναφορά στην Ελλάδα το 1976 και τη γνωστή ιστορία της «Σπυριδούλας» έως σήμερα, η αντίληψη για την κακοποίηση και την παραμέληση των παιδιών έχει αλλάξει.

Λέγεται ότι κάθε μορφή συμπεριφοράς έχει προηγούμενο ιστορικό στην ελληνική μυθολογία. Η Ήρα θυμωμένη επειδή ο Δίας την απατούσε, γέννησε εξώγαμο τον Ήφαιστο. Ο Ήφαιστος όμως ήταν ανάπηρος και άσχημος, πράγμα που η Ήρα δεν άντεξε και τον πέταξε στη θάλασσα. Σώθηκε από τη Θέτιδα και την Ευρυνόμη, αλλά πάντα μισούσε τη μητέρα του και ήταν βίαιος. Ο γάμος του με την Αφροδίτη απέτυχε. Η ιστορία του Ήφαιστου αποτελεί μια κλασσική ιστορία κακοποίησης παιδιού με πολλά και γνωστά κοινωνικά και ψυχοδυναμικά χαρακτηριστικά.

Η κακοποίηση-παραμέληση είναι μια παθολογική κατάσταση με τα παρακάτω χαρακτηριστικά: **συχνή, υποτροπιάζουσα, με μεγάλη θνητότητα, με μεγάλο ποσοστό αναπηρίας, ιάσιμη και προλήψιμη**. Υπολογίζεται ότι το 25% των παιδιών που κακοποιούνται θα υποστούν και σοβαρές νέες βλάβες, αν δεν γίνει άμεση ιατρική παρέμβαση, και το 3-5% θα πεθάνει. **Τα παιδιά που κακοποιούνται** είναι λιγότερο κοινωνικά από τα άλλα, η συναλλαγή τους με τα συνομήλικα δεν έχει φαντασία και οι αντιδράσεις τους δεν είναι σταθερές. Φαίνονται πολύ συμπαθητικά, αλλά είναι ανίκανα να αντέξουν τη ματαιώση και αντιδρούν με ε-

κολα κλάματα και ειρήμες θυμού. Έχουν λιγότερους φίλους και συχνά αναπτύσσουν διαταραχές συμπεριφοράς και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά σε μεγάλη συχνότητα. Η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου τις περισσότερες φορές είναι αποτέλεσμα μικρής πρακτικής και η νοητική ανάπτυξη φαίνεται να υπολείπεται.

Ο Bowlby, στην κλασική του εργασία για τις ανάγκες των παιδιών χωρίς σπίτι, γράφει: «ουσιαστικό για την ψυχική υγεία είναι το βρέφος και το μικρό παιδί να έχει την εμπειρία μιας ζεστής, στενής και συνεχούς σχέσης με τη μητέρα του –η έλλειψη αυτής της σχέσης δημιουργεί τη μητρική αποστέρωση». Τόσο η αντιμετώπιση όσο και η πρόγνωση εξαρτώνται από πολλαπλούς παράγοντες: τη φύση του προβλήματος, την επιθυμία των γονιών να βοηθηθούν και την επαγγελματική επάρκεια των υπηρεσιών υγείας. Στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας, υπάρχουν ελάχιστες δομές που υποδέχονται και στηρίζουν τα κακοποιημένα-παρμελημένα παιδιά και τις οικογένειές τους.

Ολοκληρώνοντας, εκείνο που είναι αδιαμφισβήτητο είναι πως η γνώση των προβλημάτων και των συμπεριφορών που αναπτύσσει ένα παιδί στο χώρο της οικογένειάς του, αλλά και στο σχολείο του, αποτελεί το καλύτερο εφόδιο για την **πρόληψη** των ψυχικών διαταραχών και **προάγει την ψυχική υγεία ως πολύτιμο αγαθό του ανθρώπου**.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

- Αγάθωνος, Ε. (1988). Κακοποίηση-παρμεληση των παιδιών. Στο Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (επιμ). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, τόμος Β, μέρος ΙΙ*. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη.
- Goodman, R. & Scott, S. (2005). *Child Psychiatry*. Blackell Publishing.
- Graham, P., Turk, J. & Verhulst, F. (1998). *Child Psychiatry. A developmental approach*. London.
- Ιεροδιακόνου, Χ. (1988). Ενούρηση – Εγκόπριση. Στο Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (επιμ). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, τόμος Β, μέρος ΙΙ*. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη.
- Ιεροδιακόνου, Χ. (1988). Οι νευρώσεις των παιδιών και των εφήβων. Στο Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (eds). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, τόμος Β, μέρος ΙΙ*. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (1996). *Kaplan and Sadock's Ψυχιατρική* (Μετ. Ο. Γιωτάκος, Κ. Γκοτζαμάνης, Κ. Ζερβός, Α. Σαραντίδης & Ι. Τριποδιανάκης). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Κοκκέβη, Α. (1988). Η χρήση νόμιμων και παράνομων τοξικών ουσιών στην εφηβεία. Στο Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (επιμ). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, τόμος Β, μέρος ΙΙ*. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη.
- Kreisler, L. (1994). *Η ψυχοσωματική του παιδιού* (Μετ. Ε. Αστερίου). Αθήνα: εκδόσεις Χατζηνικολή.
- Lester-Παπαμαρτιαίακη, Ε. (1988). Η κατάθλιψη των παιδιών και εφήβων – Αυτοκτονία. Στο Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (επιμ). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, τόμος Β, μέρος ΙΙ*. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, τόμος 1 και 2*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μανωλόπουλος, Σ. (1988). Ψυχοσωματικές σχέσεις και διαταραχές. Στο Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (επιμ). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, τόμος Β, μέρος ΙΙ*. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη.
- Μαράτος, Ι. (1988). Διαταραχές της διατροφής. Στο Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (επιμ). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, τόμος Β, μέρος ΙΙ*. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη.
- Martin, A. & Volkmar, F.M. (2007). *Lewis' Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Wolters-Kluwer/Williams & Willkins.
- Rutter, M. & Taylor, E.A. (2002). *Child and adolescent psychiatry*. Blackwell Publishing.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., et al. (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell Publishing.
- Rutter, M., Taylor, E. & Hersov, L. (1994). *Child and Adolescent Psychiatry, Modern Approaches*. USA: Blackwell Sciences.
- Sadock, B.J. & Kaplan, V.A. (2007). *Synopsis of Psychiatry*. Wolters-Kluwer/Williams & Willkins.
- Venisse, J-L. (1987). *Η ψυχογενής ανορεξία* (Μετ. Ρ. Ράλλη, Ι. Ράλλη, Α. Αλεξανδριδης). Αθήνα: εκδόσεις Χατζηνικολή.

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΠΡΩΙΜΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ

Μαρία Νάκου

1. Εισαγωγή

Η σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης ή παιδική σχιζοφρένεια αποτελεί μια σπάνια και συνήθως σοβαρή μορφή της σχιζοφρένειας με έναρξη μέχρι τα 12 έτη. Αποτελεί την ίδια οντότητα με την εφηβική σχιζοφρένεια και τη σχιζοφρένεια της ενήλικης ζωής, ωστόσο παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες.

2. Επιδημιολογία

Επειδή η παιδική σχιζοφρένεια διαχωρίστηκε από την αυτιστική διαταραχή μόλις το 1980, δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα για τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής. Εκτιμάται ότι, η συχνότητα για τις ηλικίες 2-12 ετών είναι μικρότερη από 1/10000 παιδιά, ενώ άλλα στοιχεία δίνουν συχνότητα 1/40000 παιδιά, σε αντίθεση με την εφηβική σχιζοφρένεια με πιθανή συχνότητα 1 με 2 άτομα στα 1000, και την ενήλικη ζωή με συχνότητα 1 στα 100 άτομα. Η αναλογία αγοριών κοριτσιών εκτιμάται 1:1 ή 1:2, ενώ μερικοί συγγραφείς εκτιμούν ότι τα αγόρια εμφανίζουν συμπτωματολογία σε μικρότερη ηλικία από τα κορίτσια.

3. Διάγνωση

Τα ευρήματα στις κλινικές, νευροψυχολογικές, απεικονιστικές και νευροβιολογικές μελέτες υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η παιδική σχιζοφρένεια αποτελεί την ίδια οντότητα με τη σχιζοφρένεια των εφήβων και των ενηλίκων, γεγονός που επισημοποιήθηκε με τη χρήση των ίδιων κριτηρίων κατά DSM-IV και ICD-10 για όλο το ηλικιακό φάσμα.

3.1. Διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια κατά DSM-IV

α. Χαρακτηριστικά συμπτώματα: Δύο (ή περισσότερα) από τα παρακάτω, το καθένα παρόν για σημαντικό χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 1 μηνός (ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία):

- (1) παραληρητικές ιδέες,
- (2) ψευδαισθήσεις,
- (3) αποδιοργανωμένος λόγος (π.χ. συχνοί εκτροχιασμοί της ροής ή ασυναρτησία),
- (4) έντονα αποδιοργανωμένα ή κατατονικά συμπεριφορά,
- (5) αρνητικά συμπτώματα, δηλαδή συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία.

Σημείωση: Αν οι παραληρητικές ιδέες είναι αλλόκοτες ή οι ψευδαισθήσεις συνίστανται σε μία φωνή που σχολιάζει συνεχώς τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου ή σε δύο ή περισσότερες φωνές που συνομιλούν μεταξύ τους, τότε απαιτείται μόνο ένα σύμπτωμα του Κριτηρίου Α.

β. Κοινωνική/επαγγελματική δυσλειτουργία: Για σημαντικό χρονικό διάστημα από την έναρξη της διαταραχής; ένας ή περισσότεροι μείζονες τομείς της λειτουργικότητας, όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτοφροντίδα είναι αξιοσημείωτα κάτω από το επίπεδο που επιτεύχθηκε πριν την έναρξη (ή όταν η έναρξη είναι στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία, αδυναμία του ατόμου να φθάσει στο αναμενόμενο επίπεδο διαπροσωπικής, σχολικής, ή επαγγελματικής επιτυχίας).

γ. Διάρκεια: Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν τουλάχιστον για 6 μήνες. Η περίοδος αυτή των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον για 1 μήνα (ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία) συμπτώματα που πληρούν το Κριτήριο Α (δηλαδή συμπτώματα ενεργού φάσης) και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια αυτών των προόδρων ή υπολειμματικών περιόδων, τα σημεία της διαταραχής μπορεί να εκδηλώνονται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή δύο ή περισσότερα συμπτώματα, από αυτά που αναφέρονται στο Κριτήριο Α, μπορεί να είναι παρόντα με εξασθενημένη μορφή (π.χ. παράξενες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες).

δ. Αποκλεισμός Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής και Διαταραχής της Διάθεσης:

Έχουν αποκλειστεί η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και η Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά Στοιχεία, διότι είτε (1) δεν έχει συμβεί κανένα Μείζον Καταθλιπτικό, Μανιακό, ή Μεικτό Επεισόδιο ταυτόχρονα με τα συμπτώματα της ενεργού φάσης, είτε (2) αν έχουν συμβεί επεισόδια διαταραχής της διάθεσης κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων της ενεργού φάσης, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με τη διάρκεια των ενεργών και υπολειμματικών περιόδων.

ε. Αποκλεισμός ουσίας/γενικής ιατρικής κατάστασης: Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

στ. Σχέση με μια Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης: Αν υπάρχει ιστορικό Αυτιστικής Διαταραχής ή άλλης Βαριάς Εκτεταμένης Διαταραχής της Ανάπτυξης, η επιπρόσθετη διάγνωση της Σχιζοφρένειας μπαίνει μόνον όταν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για έναν τουλάχιστον μήνα (ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία).

4. Κλινική εικόνα

Η έναρξη της σχιζοφρένειας συνήθως είναι ύπουλη και η συμπεριφορά του παιδιού αλλάζει σταδιακά με το χρόνο. Υπάρχουν κάποια αναπτυξιακά πρόδρομα και προνοσηρά στοιχεία ή δεδομένα που σχετίζονται με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας στα παιδιά, όπως οι επιπλοκές κατά τον τοκετό (έλλειψη οξυγόνου κατά τη διάρκεια της γέννησης, έλλειψη θεραπείας στην ασυμβατότητα του αίματος κλπ), τα ήπια νευρολογικά σημεία, οι αναπτυξιακές διαταραχές του λόγου και της ομιλίας, προβλήματα μάθησης, ιστορικό καθυστέρησης της κινητικής και επικοινωνιακής εξέλιξης, προβλήματα προσαρμογής στο σχολείο, ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα.

Τα πυρηνικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι ίδια σε όλες τις ηλικίες, ωστόσο το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού επηρεάζει την κλινική εικόνα του. Έτσι, συχνά το παιδί παρουσιάζει ακουστικές ψευδαισθήσεις, ακούγοντας διάφορες φωνές που το σχολιάζουν ή

μιλούν σε ταπεινωτικό προσβλητικό τόνο ή που το διατάζουν να δράσει με κάποιο τρόπο. Επίσης, ένα σημαντικό ποσοστό βιώνει οπτικές ψευδαισθήσεις συχνά με τρομακτικό περιεχόμενο, όπως να βλέπουν το διάβολο, σκελετούς, εξωγήινους ή ερπετά.

Οι παραληρητικές ιδέες εμφανίζονται συχνά με ποικίλο περιεχόμενο, όπως διωκτικό (κάποιοι τον κυνηγούν, τον παρακολουθούν, θέλουν να τον σκοτώσουν), μεγαλείου (είναι κάποιο σπουδαίο πρόσωπο, έχει ξεχωριστές ικανότητες κλπ) ή θρησκευτικό (συνομιλεί με το Θεό, είναι γιος του Θεού, προφήτης κλπ). Βέβαια, το παραλήρημα είναι λιγότερο συχνό και πολύπλοκο σε σχέση με αυτό των ενηλίκων.

Το συναίσθημα μπορεί να είναι αμβλύ ή απρόσφορο και έτσι να γελούν χωρίς λόγο ή να κλαίνε χωρίς να μπορούν να εξηγήσουν γιατί. Οι χαλαροί συνειρμοί (αδυναμία του παιδιού να ολοκληρώσει τη σκέψη του, απρόβλεπτη αλλαγή του θέματος συζήτησης, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει νόημα σ' αυτά που λέει) και οι παράλογες σκέψεις σχετίζονται με την ηλικία, καθώς οι δεξιότητες του παιδιού, όσον αφορά τη διατήρηση της συνομιλίας και την κατάλληλη ανταπόκριση στην επικοινωνία, αποκτώνται σταδιακά. Έτσι, όταν η έναρξη των διαταραχών συμβεί πριν την απόκτηση αυτών των κοινωνικών δεξιοτήτων, τότε οι επιπτώσεις θα είναι πολύ σοβαρές με πιθανή έκπτωση της νοητικής λειτουργίας.

Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν δυσκολία στη συγκέντρωση και προσοχή, διαταραχές της μνήμης, αδυναμία στην ομιλία και έκφραση, έλλειψη οπτικής επαφής, μείωση στις χειρονομίες που συνοδεύουν το λόγο και έλλειψη έκφρασης του προσώπου, ενώ συχνά είναι τα καταθλιπτικά συμπτώματα και αυξημένος ο κίνδυνος αυτοκτονίας. Επίσης, τα παιδιά με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν έντονο άγχος και φοβίες, αδυναμία να διαχωρίσουν κάτι που βλέπουν στην τηλεόραση ή στα όνειρά τους με την πραγματικότητα, ενώ εμφανίζουν έντονη δυσκολία στην καθημερινή τους ζωή. Έτσι, παιδιά που χαιρόνταν τη συντροφιά με τους συνομήλικούς τους, αρχίζουν να γίνονται ντροπαλά και να αποσύρονται δημιουργώντας έναν δικό τους κόσμο και παραμελούν και την προσωπική τους υγιεινή.

Ωστόσο, μερικά από τα τυπικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως τα κατατονικά φαινόμενα, η φτωχή σκέψη και η ασυναρτησία είναι σπάνια στα παιδιά. Επίσης, συμπτώματα όπως αποδιοργανωμένη σκέψη και ψευδαισθήσεις, μπορεί να υπάρχουν και σε άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας ή ακόμα και σε φυσιολογικά παιδιά, δημιουργώντας δυσκολίες στη διάγνωση. Εξάλλου, η κατανόηση της πραγματικότητας από τα παιδιά αλλάζει κατά την πορεία της φυσιολογικής ανάπτυξης και η αντίληψη της πραγματικότητας, όπως παρατηρείται στους ενήλικες, επιτυγχάνεται στην εφηβεία. Έτσι, πολλά φυσιολογικά παιδιά πιστεύουν σε φανταστικές φιγούρες και αυτό από μόνο του δεν αποτελεί ψύχωση. Επιπλέον, η συνύπαρξη νοητικής υστέρησης, διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών ή συνδρόμου Asperger καθιστά ακόμα πιο δύσκολη την αξιολόγηση των ψυχωτικών συμπτωμάτων στα παιδιά, εξαιτίας της επίδρασης αυτών των σοβαρών διαταραχών στην ανάπτυξη.

5. Διαφορική διάγνωση

Η σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας παρουσιάζει κοινά χαρακτηριστικά με τη σχιζοφρένεια, όπως η κοινωνική απομόνωση, οι εικεντρικές σκέψεις και η παράξενη συμπεριφορά, ωστόσο η παρουσία ψευδαισθήσεων και παραληρητικών ιδεών θέτει τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις μπορεί να παρουσιάζονται σε μη ψυχωτικά μικρά παιδιά μετά από έντονες ψυχοκοινωνικές πιέσεις όπως ένα διαζύγιο ή η απώλεια ενός γονέα. Επίσης, συχνές είναι οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες σε καταθλιπτική διαταραχή, αν και έχουν λιγότερο παράξενο περιεχόμενο σε σχέση με αυτό της σχιζοφρένειας.

ας, όπως επίσης και στη διπολική διαταραχή τύπου I όπου συχνές είναι οι ιδέες μεγαλείου. Επίσης, οι διάχυτες διαταραχές της ανάπτυξης, όπως είναι η αυτιστική διαταραχή παρουσιάζουν στοιχεία που υπάρχουν και στη σχιζοφρένεια, όπως οι δυσκολίες στις κοινωνικές σχέσεις, στην επικοινωνία και η απόσυρση. Ωστόσο, ψυχωτικά συμπτώματα, όπως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, δεν είναι συχνές στις διαταραχές της ανάπτυξης, ενώ επίσης συνήθως αυτές διαγιγνώσκονται έως τα 3 έτη, ενώ η σχιζοφρένεια σπάνια πριν τα 5.

Η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, όπως οι αμφεταμίνες και το LSD, μπορεί να ευθύνονται για την έναρξη ψυχωτικών συμπτωμάτων, ωστόσο η έναρξη είναι συνήθως αιφνίδια, ενώ μπορούν να ανιχνευθούν με τις κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις. Επίσης, στην παρουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων απαραίτητος είναι ο αποκλεισμός παθολογικών καταστάσεων, όπως προβλήματα του θυρεοειδούς αδένος, κροταφική επιληψία και ερυθματώδης λύκος, που μπορεί να προκαλέσουν ψυχωτικά συμπτώματα.

6. Πρόγνωση

Ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες για την έκβαση της νόσου αποτελούν το προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας, η ηλικία έναρξης, το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού, το υποστηρικτικό περιβάλλον, καθώς και η συνοσηρότητα (αυτισμός, νοητική υστέρηση, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερικινητικότητα, διαταραχές αγωγής κλπ). Γενικότερα, φαίνεται ότι η παιδική σχιζοφρένεια ανταποκρίνεται λιγότερο αποτελεσματικά στη φαρμακευτική αγωγή, σε σύγκριση με τη σχιζοφρένεια της εφηβικής ηλικίας ή των ενηλίκων, και έχει χειρότερη πρόγνωση.

7. Θεραπεία

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι πολυεπίπεδη. Απαραίτητη είναι η φαρμακοθεραπεία, σε συνδυασμό με μακροχρόνια εντατική και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, ώστε να γίνει προσπάθεια ανάκτησης και διατήρησης της καλής επαφής του παιδιού με την πραγματικότητα και την αίσθηση του εαυτού. Καθοριστική σημασία έχει, επίσης, η εκπαίδευση της οικογένειας με συχνές οικογενειακές παρεμβάσεις καθώς και κατάλληλο εκπαιδευτικό πλαίσιο ώστε να αναπτυχθούν οι κοινωνικές δεξιότητες του παιδιού.

Βιβλιογραφία

- Asarnow, F.R., Brown, R.M. & Stranburg, R. (1995). Children with schizophrenic disorder: neurobehavioral studies. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc.*, 245:70-79.
- Gidd, J.J., Jeffries, N.O., Blumenthal, J. et al. (1999). Childhood-onset schizophrenia: progressive brain changes during adolescence. *Bio. Psychiatry*, 46: 892-898.
- Ιεροδιακόνου, Χ.Σ. (1991). *Ψυχικά Προβλήματα στα παιδιά*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Μαστορίδη.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (1996). Kaplan and Sadock's Ψυχιατρική (Μετ. Ο. Γιώτακος, Κ. Γιοτζαμάνης, Κ. Ζερβός, Α. Σαραντίδης & Ι. Τριποδιανάκης). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Κουμουλά, Α. (2007). Σχιζοφρένεια με έναρξη στην παιδική ηλικία: χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες. *Εγκέφαλος*, 44(2).

- Kumra, S., Sporn, A., Hummer, D.W. et al. (2001). Smooth pursuit eye-tracking impairment in Childhood-onset psychotic disorders. *Am. J. Psychiatry*, 158: 1291-1298.
- Stranburg, R.J., Marsh, J.T., Brown, W.S. et al. (1994). Information processing deficits across Childhood and adult onset schizophrenia. *Bull*, 20: 685-695.
- Thomas, M.A., Ke, Y., Levitt, J. et al. (1998). Preliminary study of frontal lobe H MR Spectroscopy in Childhood-onset schizophrenia. *J Magn. Reson. Imaging*, 8: 841-846.
- Watkins, J.M., Asarnow, R.F. & Tanguay, P.E. (1988). Symptom development in childhood-onset schizophrenia. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 29: 865-878.
- Werry, J.S. & Taylor, E. (1995). Schizophrenic and Allied Disorders. Στο M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (επιμ). *Child and Adolescent psychiatry*. 3rd edition. Blackwell Science.

ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

Δημήτριος Φ. Φωτίου

1. Ορισμός

Η νοημοσύνη μπορεί να ορισθεί ως η ικανότητα του ατόμου να αφομοιώνει πληροφορίες, να προσαρμόζεται σε νέες καταστάσεις, να συμπεραίνει λογικά, να χειρίζεται έννοιες, να ανακαλεί στη μνήμη του γεγονότα, να αναλύει και να συνθέτει φόρμες και να επιλύει επιτυχώς τα προβλήματα που αντιμετωπίζει.

2. Διάγνωση

Η νοητική υστέρηση είναι αποτέλεσμα μιας παθολογικής διεργασίας στον εγκέφαλο που χαρακτηρίζεται από περιορισμούς στη νοητική λειτουργία και στην προσαρμοστική λειτουργικότητα και η έναρξή της είναι πριν το 18ο έτος της ηλικίας. Προσβάλλει το 1% του πληθυσμού.

Η νοητική λειτουργία προσδιορίζεται από το Διανοητικό Πηλίκο (Δ.Π. ή IQ) ή δείκτη νοημοσύνης:

$$\text{Διανοητικό πηλίκο} = \frac{\text{Διανοητική ηλικία}}{\text{Χρονολογική ηλικία}} \times 100$$

Η διανοητική ηλικία προσδιορίζεται από τις δοκιμασίες νοημοσύνης (τεστ νοημοσύνης). Για παράδειγμα, ένα παιδί 9 ετών δίνει στα τεστ νοητική ηλικία 6. Έχει διανοητικό πηλίκο $6/9 \times 100 = 66$. Θεωρείται ότι οι νοητικές ικανότητες φτάνουν το μέγιστό τους στην ηλικία των 15 ετών. Έτσι, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας παίρνουν στον παραπάνω τύπο σταθερά τον αριθμό 15 στη θέση της χρονολογικής ηλικίας. Το διανοητικά καθυστερημένο άτομο στις σταθμισμένες δοκιμασίες νοημοσύνης παρουσιάζει Δ.Π. περίπου ίσο ή μικρότερο από το 70, δηλαδή δύο σταθερές απόκλισης (2×15) μικρότερο από το μέσο όρο που είναι το 100.

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι δοκιμασίες νοημοσύνης μετρούν την παρούσα επίδοση, η οποία είναι δυνατό να μειωθεί για κάποια περίοδο της ζωής και η οποία μπορεί να ανατραπεί (π.χ. απουσία ερεθισμάτων, ιδίως στα βρέφη, συναισθηματική αποστέρηση, διαταραχές ακοής ή όρασης, υποσιτισμός, ψυχικές διαταραχές, λήψη φαρμάκων, και βαριές σωματικές παθήσεις μπορεί να προκαλέσουν παροδική νοητική έκπτωση). Πέραν όμως των ψυχομετρικών δοκιμασιών, απαραίτητα για την διάγνωσή είναι: α) το ιστορικό από τους γονείς ή το άτομο που φροντίζει το παιδί (π.χ. πορεία της εγκυμοσύνης της μητέρας, ιστορικό νοητικής υστέρησης στην οικογένεια, κληρονομικές διαταραχές κλπ.), β) η ψυχιατρική συνέντευξη του παιδιού, γ) η φυσική εξέταση (π.χ. σχήμα και μέγεθος κεφαλής, χαρακτηριστικά προ-

σώπου, σωματική διάπλασή κλπ.) και δ) η νευρολογική εκτίμηση (διαταραχές στην όραση, στην ακοή, επιληψία, σπαστικότητα, υποτονία κλπ.) με τη διενέργεια αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας και εγκεφαλογραφήματος (ΗΕΓ). Επίσης, υπάρχουν εργαστηριακές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για την εξακρίβωση της αιτίας της νοητικής υστέρησης, όπως είναι η χρωμοσωματική ανάλυση και εξετάσεις ούρων και αίματος για μεταβολικά νοσήματα.

Η προσαρμοστική λειτουργικότητα είναι η ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Μπορεί να εκτιμηθεί με τη λήψη του ιστορικού από γονείς και δασκάλους και με ψυχομετρικές δοκιμασίες που μετρούν την προσαρμοστική συμπεριφορά.

3. Κλινική Εικόνα

Η διάγνωση της νοητικής υστέρησης είναι δύσκολο να γίνει από τους πρώτους μήνες της ζωής (εκτός αν υπάρχουν εμφανείς σωματικές δυσπλασίες ή παραμορφώσεις). Το βρέφος συνήθως παραμένει αφύσικα ήσυχο και νωθρό στο κρεβάτι, ενώ σπανιότερα μπορεί να είναι υπερκινητικό. Ο θηλασμός καθυστερεί ή γίνεται ανεπαρκώς. Το βρέφος καθυστερεί να στηρίξει το κεφάλι του, να καθίσει ή να περπατήσει. Η ομιλία, όπως και ο έλεγχος των σφιγκτήρων, καθυστερούν. Βέβαια, πρέπει να τονισθεί ότι η μεμονωμένη καθυστέρηση μιας λειτουργίας δεν σημαίνει την ύπαρξη νοητικής υστέρησης, καθώς το κάθε παιδί έχει δικό του ρυθμό ανάπτυξης και, επομένως, πρέπει να γίνεται εκτίμηση της συνολικής συμπεριφοράς του παιδιού.

3.1. Τα Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV-TR για τη Νοητική Υστέρηση

- A. Διανοητική λειτουργία σημαντικά κάτω από το μέσο όρο: IQ ίσο περίπου ή λιγότερο από 70 κατά την ατομική χορήγηση δοκιμασίας νοημοσύνης (στα βρέφη κλινική κρίση για μειωμένη κάτω από το μέσο όρο διανοητική λειτουργία).
- B. Συνυπάρχοντα ελλείμματα ή έκπτωση στην παρούσα προσαρμοστική λειτουργία (δηλαδή της αποτελεσματικότητας του ατόμου να ανταποκριθεί στα αναμενόμενα για την ηλικία του και για την πολιτισμική του ομάδα επιτευγμάτων) σε τουλάχιστον δύο από τις ακόλουθες περιοχές: επικοινωνία, αυτοεξυπηρέτηση, διαβίωση στο σπίτι, κοινωνικές/διαπροσωπικές δεξιότητες, χρήση των κοινοτικών παροχών, αυτονομία, λειτουργικές ακαδημαϊκές δεξιότητες, εργασία, ελεύθερος χρόνος, υγεία και ασφάλεια.
- Γ. Έναρξη πριν τα 18 έτη.

Η κλινική εικόνα καθώς και η πορεία της νοητικής υστέρησης διαφέρει με βάση το βαθμό της βαρύτητας το επίπεδο της διανοητικής βλάβης (βλ. Πλαίσιο 1).

α) Ήπια (ελαφρά) Νοητική Υστέρηση

Τα άτομα με αυτόν το βαθμό υστέρησης αποτελούν το 85% του πληθυσμού των νοητικά υστερημένων ατόμων. Στην προσχολική ηλικία, δηλαδή πριν τα 5 έτη, οι κοινωνικές δεξιότητες και η επικοινωνία μπορεί να είναι επαρκείς. Τα άτομα αυτά είναι γνωστά και ως εκπαιδευσιμα σχολικά και μπορούν να αποκτήσουν σχολικές γνώσεις μέχρι την ΣΤ' Δημοτικού, αν και αυτό συνήθως γίνεται στο τέλος της εφηβικής ηλικίας. Τα περισσότερα άτομα επιτυγχάνουν πλήρη ανεξαρτησία, όσον αφορά τη φροντίδα του εαυτού τους (διατροφή, καθαριότητα, ένδυση, έλεγχο των σφιγκτήρων) και τις πρακτικές και οικιακές ικανότητες.

Πλαίσιο 1: Κωδικοποίηση του βαθμού βαρύτητας σε αντιστοιχία με το επίπεδο πνευματικής έκπτωσης:

Ήπια νοητική υστέρηση: Επίπεδο IQ 50-55 έως περίπου 70.

Μέτρια νοητική υστέρηση: Επίπεδο IQ 35-40 έως περίπου 50-55.

Σοβαρή νοητική υστέρηση: Επίπεδο IQ 20-25 έως περίπου 35-40.

Βαριά νοητική υστέρηση: Επίπεδο IQ κάτω από 20-25.

Νοητική υστέρηση απροσδιοριστής βαρύτητας: Όταν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις νοητικής υστέρησης αλλά η νοημοσύνη του ατόμου δεν μπορεί να εκτιμηθεί με τις σταθμισμένες δοκιμασίες.

β) Μέτρια Νοητική Υστέρηση

Τα άτομα με αυτόν το βαθμό νοητικής υστέρησης αποτελούν το 10% του συνολικού πληθυσμού των νοητικά στερημένων ατόμων. Ονομάζονται και εκπαιδευσιμα κοινωνικοεπαγγελματικά (ή ασκήσιμα). Παρουσιάζουν δυσκολίες στην κατανόηση και χρήση της γλώσσας, δυσκολίες στη φροντίδα του εαυτού τους και χρειάζονται κάποιου είδους επίβλεψη. Συνήθως, η ακαδημαϊκή τους επιτυχία φτάνει στο επίπεδο της Β' Δημοτικού και, ως ενήλικα, μπορούν να εργαστούν σε προστατευτικό και υποστηρικτικό περιβάλλον, καθώς μπορούν να αποκτήσουν δεξιότητες ανειδίκευτου εργάτη.

γ) Σοβαρή Νοητική Υστέρηση

Αποτελούν το 3-4% του συνολικού πληθυσμού των νοητικά στερημένων ατόμων. Έχουν φτωχή κινητική ανάπτυξη, δεν ελέγχουν τους σφιγκτήρες και αναπτύσσουν ελάχιστη ομιλία. Είναι εντελώς εξαρτώμενα και μπορούν να αποκτήσουν δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης μόνο σε ελεγχόμενο περιβάλλον.

δ) Βαριά Νοητική Υστέρηση

Αποτελούν το 1-2% του συνολικού πληθυσμού των νοητικά στερημένων ατόμων. Απαιτούν συνεχή εποπτεία και στην ενήλικη ζωή έχουν πολύ περιορισμένη κινητική και γλωσσική ανάπτυξη και απλές δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης.

4. Αιτιολογία

Οι αιτιολογικοί παράγοντες της νοητικής υστέρησης είναι πολλοί, αν και στο 30-40% των περιπτώσεων δεν μπορεί να ανευρεθεί σαφής αιτιολογία.

4.1. Γενετικοί παράγοντες

Περιλαμβάνονται διάφορες χρωμοσωμικές ανωμαλίες, με πιο γνωστό το σύνδρομο Down, εγγενείς διαταραχές του μεταβολισμού, όπως η φαινυλκετονουρία, και νευροδερματικά σύνδρομα, όπως η νευροινωμάτωση και η οζώδης σκλήρυνση.

4.2. Επίκτητοι και αναπτυξιακοί παράγοντες

Στην **προγεννητική περίοδο** σημαντικό ρόλο παίζει η σωματική και ψυχική υγεία της μητέρας καθώς και η σωστή διατροφή. Έτσι, χρόνια νοσήματα όπως ο αρρυθμισμός

διαβήτη, η αναιμία, η χρόνια κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών, μητρικές λοιμώξεις όπως ερυθρά, σύφιλη, τοξοπλάσμωση, κυτταρομεγαλοϊός, AIDS, έκθεση σε φάρμακα αποτελούν παράγοντες υψηλού κινδύνου για νοητική υστέρηση. Επίσης, **επιπλοκές της κύησης**, όπως ανοξικές βλάβες του εμβρύου, τραυματισμός της κεφαλής, πρόωρος τοκετός προκαλούν μερικές φορές νοητική υστέρηση. **Επίκτητες ιατρικές καταστάσεις** που εμφανίζονται στη βρεφονηπιακή ή στην παιδική ηλικία, όπως λοιμώξεις (εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα), τραύματα κεφαλής, δηλητηρίαση με μόλυβδο, ασφυξία εξαιτίας παρ'ολίγον πνιγμού, ενδοκρανικοί όγκοι μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς την εγκεφαλική λειτουργία.

4.3. Περιβαλλοντικοί και κοινωνικοπολιτικοί παράγοντες

Περιλαμβάνουν αποστέρηση τροφής, αποστέρηση φροντίδας, αποστέρηση κοινωνικών και λεκτικών ερεθισμάτων και σοβαρές ψυχικές διαταραχές.

5. Θεραπεία

Η σωστή αντιμετώπιση της νοητικής υστέρησης μπορεί να αυξήσει το δείκτη νοημοσύνης μέχρι 20 βαθμούς. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για την ελαφρά νοητική υστέρηση, γι' αυτό έχει τεράστια σημασία η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της μορφής αυτής της νοητικής υστέρησης. Η αντιμετώπιση της νοητικής υστέρησης πρέπει να ξεκινάει από την πρωτογενή πρόληψη, με την επιμόρφωση του γενικού πληθυσμού σχετικά με τη νοητική υστέρηση, με τον οικογενειακό προγραμματισμό και τη γενετική καθοδήγηση των οικογενειών με ιστορικό νοητικής υστέρησης και με την κατάλληλη προγεννητική και νεογνική ιατρική φροντίδα, ιδιαίτερα των μητέρων που ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. Όσον αφορά τη δευτερογενή πρόληψη, υπάρχει δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης νοσημάτων που μπορεί να οδηγήσουν σε νοητική υστέρηση, όπως είναι η φαιλυκετονουρία. Σημαντική είναι η εκπαίδευση των νοητικά υστερημένων παιδιών, που θα πρέπει να περιλαμβάνει κατάλληλα προγράμματα για την ανάπτυξη όλων των ικανοτήτων και δεξιοτήτων τους για την κοινωνική προσαρμογή τους και τη βελτίωση της επικοινωνίας με τους γύρω.

Επίσης, μείζονος σημασίας είναι και η εκπαίδευση σε συμπεριφορικές τεχνικές των γονέων, καθώς και η υποστηρικτική-συμβουλευτική ψυχοθεραπεία της οικογένειας, ώστε να γίνει δυνατή η όσο το δυνατό πιο ομαλή συμβίωση του νοητικά υστερημένου παιδιού με τα άλλα μέλη της οικογένειας. Οι γονείς μπορεί να επωφεληθούν από την ψυχοθεραπεία, ώστε να αποδεχτούν όσο το δυνατόν πιο γρήγορα την πραγματικότητα και να τους δοθεί η ευκαιρία να εκφράσουν τα συναισθήματα ενοχής, απελπισίας, αγωνίας και θυμού.

Η κοινωνική απομόνωση των ατόμων αυτών είναι ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά. Διοργανώσεις, όπως οι Παραολυμπιακοί Αγώνες ενισχύουν τις κοινωνικές επαφές και την αυτοεκτίμηση και θα πρέπει να στηρίζονται από όλους. Τέλος, συχνά είναι αναγκαία η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, καθώς η συννοσηρότητα ψυχικών διαταραχών, όπως το σύνδρομο υπερκινητικότητας-διάσπασης προσοχής, η επιθετική και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, οι εκρήξεις θυμού και οι καταθλιπτικές διαταραχές, καθιστούν χρήσιμη τη χρήση της.

Βιβλιογραφία

- Karlan & Sadock (2005). *Ψυχιατρική*, Έβδομη Έκδοση, Τόμος Α. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Karlan & Sadock (2005). *Ψυχιατρική*, Έβδομη Έκδοση, Τόμος Γ. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Ιεροδιακόνου, Χ. Σ. (1991). *Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Μαστορίδη.
- Ιεροδιακόνου, Χ., Φωτιάδης, Χ. & Δημητρίου, Ε. (1998). *Ψυχιατρική*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Μαστορίδη.
- Lempriere, T., Feline, A. et al (1995). *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων*, Α τόμος. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μπαλλής, Θ. (2007). *Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Phares, J. (1992). *Clinical Psychology*. Fourth Edition. Grove California: Brooks/Colle, Publishing Company Pacific.
- Τσίκουλας, Ι. (2005). *Μαθήματα αναπτυξιακής παιδιατρικής*. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Χαρτοκόλλης, Π. (1991). *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.

ΣΥΝΗΘΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Σταυρούλα Κούκου

Η ωρίμανση του ανθρώπινου εγκεφάλου καθορίζεται από παράγοντες που αφορούν την ανάπτυξη (δηλαδή το μέτρο των φυσικών χαρακτηριστικών σε συνάρτηση με το χρόνο) και την εξέλιξη (δηλαδή την απόκτηση μεταβολικών λειτουργιών, αντανακλαστικών, αισθητικής αντίληψης, κινητικών ικανοτήτων, γλώσσας και νόησης). Η διαδικασία της ωρίμανσης εξελίσσεται με συγκεκριμένη χρονική αλληλουχία γεγονότων και μπορεί να επηρεαστεί από παράγοντες είτε γενετικούς-κληρονομικούς, είτε εξωγενώς δρώντες, όπως τοξικές ουσίες, λοιμώξεις, μεταβολικό στρες, τραύμα και αγγειακά επεισόδια. Το είδος και η έκταση της βλάβης που προκαλείται, εξαρτάται από τη χρονική στιγμή και τη διάρκεια δράσης των παραγόντων αυτών.

Η σύνθετη αλληλεπίδραση ανάμεσα σε γενετικούς και εξωγενείς παράγοντες καθορίζει και εγγυάται τη μοναδικότητα κάθε ατόμου.

1. Συγγενείς ανωμαλίες (μη χρωμοσωμικές)

Οι παθήσεις αυτές αφορούν δυσπλασίες που προκαλούνται από διάφορους παράγοντες που βλάπτουν το έμβρυο κατά την ενδομήτριο ανάπτυξη.

1.1. Δυσπλασίες από ατελή σύγκλιση του νευρικού σωλήνα

Αντιπροσωπεύονται κυρίως από τη **δισχιδή ράχη** και τη **μηνιγγομυελοκήλη** που ορίζονται ως ανωμαλία ένωσης των δυο μισών των σπονδυλικών τόξων ενός ή περισσότερων σπονδύλων. Εμφανίζονται συνήθως στην οσφυοϊερά χώρα (90%) και λιγότερο συχνά στη θωρακική και αυχενική περιοχή. Η συχνότερη μορφή είναι η καλυμμένη δισχιδής ράχη, όπου το υπερκείμενο δέρμα εμφανίζει αναδίπλωση και υπερτρίχωση και καλύπτει ενίοτε κύστη ή λίπωμα. Άλλες φορές συνοδεύεται από μηνιγγοκήλη (κυστική δισχιδής ράχη), δηλαδή προβολή ενός σάκου που σχηματίζεται από μήνιγγες. Όταν ο σάκος περιέχει νωτιαίο μυελό και ρίζες ονομάζεται μηνιγγομυελοκήλη. Η συμπτωματολογία ποικίλλει ανάλογα με τη βαρύτητα της κάθε περίπτωσης. Έτσι, η καλυμμένη δισχιδής ράχη είναι συνήθως ασυμπτωματική ενώ η μηνιγγομυελοκήλη μπορεί να εκδηλώνεται με πάρεση και ατροφία των κάτω άκρων και ακράτεια. Στο 80% συνυπάρχει υδροκέφαλος. Η συχνότητα εμφάνισης είναι 8/10.000 γεννήσεις και η θεραπεία είναι χειρουργική.

1.2. Δυσπλασίες του κοιλιακού συστήματος

1.2.1. Συγγενής υδροκέφαλος

Στο συγγενή υδροκέφαλο παρατηρείται αύξηση του όγκου του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ) και συνεπώς του όγκου των κοιλιών του εγκεφάλου και βαθμιαία αύξηση του θόλου του κρανίου. Συνήθως υπάρχει παρακώλυση της κυκλοφορίας του ΕΝΥ. Μπορεί να οφεί-

λεται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες, σε συγγενείς λοιμώξεις (κυτταρομεγαλοϊός, τοξοπλάσμωση και ερυθρά) και σε ενδοκράνιες αιμορραγίες κατά την ενδομήτρια περίοδο. Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως δεν υπάρχει σαφής αιτιολογία. Η συνύπαρξη άλλων δυσπλασιών και χρωμοσωμικών ανωμαλιών καθορίζει την κλινική συμπτωματολογία και τη νευρολογική εξέλιξη. Στις περιπτώσεις αυτές είναι συνήθεις οι κινητικές διαταραχές και η νοητική υστέρηση. Η θεραπεία είναι χειρουργική και η τοποθέτηση βαλβίδας που παροχετεύει το επιπλέον υγρό έχει πολύ καλά αποτελέσματα στην ήπια κοιλιομεγαλία, εφόσον εφαρμοσθεί εγκαίρως.

1.2.2. Σύνδρομο Dandy-Walker

Σπάνια διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από υποπλασία της παρεγκεφαλίδας, κυστική διάταση της τέταρτης κοιλίας και μεγέθυνση της μεγάλης δεξαμενής, ενώ συχνά συνυπάρχει υδροκέφαλος. Μπορεί να είναι συνέπεια χρωμοσωμικών ανωμαλιών (συνήθως τρισωμίες 18 και 13), συγγενούς λοίμωξης ή λήψης τερατογόνων ουσιών, αν και μπορεί να αποτελεί μεμονωμένο εύρημα. Υπάρχει μια εξαιρετικά μεγάλη διακύμανση ως προς τη σοβαρότητα της επίδρασης του συνδρόμου στο κάθε άτομο. Έτσι, σε μερικά άτομα η νόσος μπορεί να είναι ασυμπτωματική, συνήθως όμως συνδέεται με υψηλή επίπτωση επηρεασμένης νοητικής και νευρολογικής ανάπτυξης. Έχει υψηλή περιγεννητική θνησιμότητα (περίπου 35%) και η πρόγνωση εξαρτάται από τις συνυπάρχουσες δυσπλασίες.

1.3. Δυσγενεσία του μεσολοβίου

Το μεσολόβιο αποτελείται από ίνες νευρικού ιστού που διασταυρώνονται στη μέση γραμμή και ενώνουν τα εγκεφαλικά ημισφαίρια. Η ολική απουσία του μεσολοβίου ονομάζεται αγενεσία, ενώ η μερική έλλειψή του καλείται δυσγενεσία. Εμφανίζεται με συχνότητα 3-5/1.000 γεννήσεις, και η εμφάνιση μπορεί να είναι σποραδική (40%), στο πλαίσιο τρισωμιών (8, 13, 18), στο πλαίσιο γενετικών συνδρόμων (Dandy-Walker, Arnold-Chiari II). Μπορεί επίσης να είναι κληρονομούμενη, με κυρίαρχο ή υποτελή αυτοσωματικό τρόπο. Σε μεμονωμένο εύρημα αγενεσίας του μεσολοβίου, το 85% των παιδιών αναπτύσσονται φυσιολογικά ενώ σε συνυπάρχουσες ανωμαλίες, μόνο το 18% αναπτύσσονται φυσιολογικά και τα πιο συνήθη νευρολογικά ευρήματα είναι νοητική υστέρηση και επιληπτικές κρίσεις.

2. Νοσήματα του Νευρικού Συστήματος από χρωμοσωμικές ανωμαλίες

Αιτίες για την πρόκληση χρωμοσωμικών ανωμαλιών είναι οι παράγοντες που αποσταθεροποιούν τις φυσικοχημικές σταθερές του πυρήνα και τη λειτουργία και τη σταθερότητα της δομής του DNA. Οι συχνότερες είναι:

2.1. Αυτοσωματικές χρωμοσωμικές ανωμαλίες

2.1.1. Το Σύνδρομο Down

Το σύνδρομο Down (τρисωμία του χρωμοσώματος 21), με ιδιαίτερα σωματομορφικά χαρακτηριστικά και νοητική υστέρηση από μέτρια έως βαριά (βλ. κεφ. Σύνδρομο Down).

2.1.2. Το σύνδρομο Cri du Chat (Κλάμα της Γάτας)

Σπάνια γενετική διαταραχή που οφείλεται σε μερική ή ολική εξάλειψη του βραχέος σκέλους του ενός χρωμοσώματος στο 5ο ζεύγος. Πήρε το όνομά της από το χαρακτηριστικό κλάμα των πασχόντων νεογέννητων, που μοιάζει πολύ με νιαούρισμα γάτας. Χαρακτηρίζεται από καθυστέρηση της ανάπτυξης, κινητικές διαταραχές με ελαττωμένο μυϊκό τόνο, νοητική

υστέρηση με δυσχέρεια στη χρήση του λόγου, μικροκεφαλία, μικρογναθισμό, μεγάλη απόσταση ανάμεσα στα μάτια, επίκανθο (δερματική πτυχή του άνω βλεφάρου στην έσω γωνία των οφθαλμών), χαμηλή πρόσφυση των αυτιών και εγκάρσια παλαμιαία αύλακα. Συχνά συνυπάρχουν συγγενείς καρδιακές ανωμαλίες. Ο βαθμός αναπηρίας μπορεί να ποικίλει από πολύ ήπια αναπτυξιακή καθυστέρηση ως πολύ εκτεταμένη σωματική και διανοητική αναπηρία.

2.1.3. Το Σύνδρομο Williams

Αποδίδεται σε διαγραφή μέρους του χρωμοσώματος 7, και ειδικότερα του μέρους που φτιάχνει την πρωτεΐνη ελαστίνη. Το σύνδρομο εμφανίζεται σποραδικά και ο επιπολασμός του στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται περίπου σε 1 προς 25.000 ανθρώπους. Άτομα με το σύνδρομο Williams έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά προσώπου όπως μύτη τείνουσα προς τα άνω, μεγάλη απόσταση μεταξύ των ματιών, πλατιά στοματική κοιλότητα και σαρκώδη χείλη, μικρό πηγούνι και διάσταση μεταξύ των δοντιών. Κατά τη γέννηση τα βρέφη μπορεί να είναι ελλιποβαρή. Με την πρόοδο της ηλικίας, εμφανίζεται καθυστέρηση στην ανάπτυξη και νοητική υστέρηση, καθώς επίσης προβλήματα με το συγχρονισμό των κινήσεων και την ισορροπία. Τα παιδιά με το σύνδρομο Williams είναι υπερδραστήρια, ομιλητικά, ευαίσθητα και ευγενικά. Τείνουν να μη φοβούνται τους ξένους και δείχνουν ενδιαφέρον στους ενήλικες. Έχουν εξαιρετική αντίληψη των ήχων και είναι υπερευαίσθητα στους θορύβους. Συνήθως συνυπάρχει καρδιακή ή αγγειακή νόσος όπως στένωση της αορτής ή των πνευμονικών αρτηριών.

2.1.4. Τα Σύνδρομα Prader-Willi και Angelman

Το σύνδρομο **Prader-Willi** είναι σπάνια γενετική διαταραχή και αποτελεί τη συχνότερη γενετική αιτία παχυσαρκίας. Εμφανίζεται με συχνότητα 1:15000 γεννήσεις και χαρακτηρίζεται αρχικά από νεογνική υποτονία και διαταραχές στην σίτιση και πρόσληψη βάρους. Μετά το 3ο έτος εμφανίζεται βουλιμία και παχυσαρκία, καθώς και ψυχοκινητική καθυστέρηση με μαθησιακές δυσκολίες και συμπεριφορικές διαταραχές. Μορφολογικά παρατηρούνται μικρά άκρα και χαρακτηριστικό προσωπίο με μεγάλα μάτια και μικρό στόμα. Οφείλεται σε απουσία ή μη έκφραση του τμήματος q11-13 του χρωμοσώματος 15 πατρικής προέλευσης.

Το σύνδρομο **Angelman** είναι επίσης σπάνια νευρογενετική διαταραχή με συχνότητα 1:20000 γεννήσεις. Χαρακτηρίζεται από σοβαρή ψυχοκινητική καθυστέρηση, επιληπτικές κρίσεις, διαταραχές ύπνου, αναίτιο γέλιο και κινητικές διαταραχές με ευρύ αταξικό βάδισμα με τα χέρια σε κάμψη. Μορφολογικά παρατηρείται μικροκεφαλία, μικρό μέτωπο, μεγάλο στόμα και προγναθισμός. Οφείλεται σε απουσία ή μη έκφραση του τμήματος q11-13 του χρωμοσώματος 15 μητρικής προέλευσης.

2.2. Ανωμαλίες των φυλετικών χρωμοσωμάτων

2.2.1. Το Σύνδρομο Turner (XO)

Εμφανίζεται όταν ένα από τα δύο X χρωμοσώματα, που κατά φύση βρίσκονται στα θήλεα λείπει ή είναι ατελές. Η εμφάνιση του συνδρόμου είναι σποραδική και δεν φαίνεται να συσχετίζεται με περιβαλλοντικούς ή άλλους παράγοντες. Παρατηρείται σε μία ανά 2.000 με 2.500 γεννήσεις κοριτσιών, και χαρακτηρίζεται από αρκετά φυσιολογική ταχύτητα ανάπτυξης στα πρώτα χρόνια ζωής, επιβράδυνση της ανάπτυξης αργότερα στην παιδική ηλικία και διαταραχή της εφηβικής ανάπτυξης, όπως διαταραχή στην ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου, αμηνόρροια, έλλειψη φυσιολογικών ωοθηκών και στειρότητα. Οι έφηβες με σύνδρομο Turner εμφανίζουν κοντό ανάστημα, βραχύ και πλατύ αυχένα με χαμηλή πρόσφυση της γραμμής κώμης, ασπιδοειδή θώρακα, λεμφοίδημα άκρων, επικανθική

δερματική πτυχή των άνω βλεφάρων στην έσω γωνία των οφθαλμών. Επίσης, υποπλασία δαχτύλων με το 4 δάχτυλο να είναι πιο κοντό από τα άλλα, νεφρικές και καρδιακές ανωμαλίες, υπερλιπιδαιμία, δυσανεξία στη γλυκόζη και οστεοπόρωση. Το σύνδρομο Turner δεν θεωρείται ότι προκαλεί νοητική υστέρηση, αλλά συνυπάρχουν πιθανώς *μαθησιακές δυσκολίες*, για παράδειγμα στα μαθηματικά. Η εξέταση των χρωμοσωμάτων μπορεί να επιβεβαιώσει τη διάγνωση του συνδρόμου, και αυτό είναι πολύ σημαντικό για την έγκαιρη έναρξη της θεραπείας, η οποία στοχεύει στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων παρά των αιτίων του. Ορμόνες και οιστρογόνα είναι σε θέση να υποβοηθήσουν την ανάπτυξη κατά την εφηβεία, όπως επίσης και να αποτρέψουν την πρόωμη έναρξη της οστεοπόρωσης, ενώ η χορήγηση ανδρογόνων οδηγεί σε κάποια αύξηση του τελικού ύψους.

2.2.2. Το Σύνδρομο Klinefelter (XXY)

Χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός επιπλέον χρωμοσώματος X στο κατά τα άλλα φυσιολογικό ζεύγος χρωμοσωμάτων του άρρενος. Το σύνδρομο παρουσιάζεται αρκετά συχνά στο γενικό πληθυσμό, περίπου σε μία ανά χίλιες γεννήσεις (επιπολασμός 1:1000). Τα άτομα που εμφανίζουν τη χρωμοσωμική σύνθεση XXY, διαθέτουν γεννητικά όργανα άρρενος, αλλά κατά την ήβη δεν αναπτύσσουν πλήρως τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου. Τα άτομα αυτά έχουν ψηλό ανάστημα, τονισμένους μαστούς (γυναικομαστία), μικρού μεγέθους όρχεις που δεν παράγουν σπερματοζωάρια και έλλειψη τρίχωσης στο πρόσωπο. Παρουσιάζουν συνήθως οριακή νοητική υστέρηση, μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχή συμπεριφοράς με αυξημένη επιθετικότητα, ομοφυλοφιλική συμπεριφορά και προβλήματα προσαρμογής. Η ακριβής διάγνωση με την εξέταση του καρυοτύπου είναι και εδώ σημαντική, για την έγκαιρη έναρξη στοχευμένης ορμονικής θεραπείας.

2.2.3. Το Σύνδρομο του Εύθραυστου Χρωμοσώματος X (Fragile X)

Αποτελεί το συχνότερα συνδεδεμένο σύνδρομο με τη νοητική υστέρηση. Μεταβιβάζεται σχεδόν αποκλειστικά από μητέρα προς γιο, και έχει επίπτωση 1 ανά 1.000-2.000 γεννήσεις αρρένων. Χαρακτηρίζεται από μέτρια προς μεγάλη νοητική υστέρηση, συμπεριφορές αυτιστικού τύπου, γλωσσική καθυστέρηση και στερεοτυπική συμπεριφορά με αποφυγή της βλεμματικής επαφής και αποστροφή του προσώπου κατά τη χειραψία (greeting behavior). Τα άτομα με το σύνδρομο αυτό έχουν επίσης φυσικά γνωρίσματα όπως μεγάλα αυτιά και μακρύ πρόσωπο, στραβισμό, μεγάλους όρχεις, μυϊκή υποτονία, πλατυποδία και σπανιότερα ανωμαλίες των καρδιακών βαλβίδων. Η διάγνωση είναι απαραίτητη ώστε να παρέχονται στην οικογένεια επεξηγήσεις και συμβουλές για την κληρονομική φύση του συνδρόμου.

2.2.4. Το Σύνδρομο Rett

Το σύνδρομο Rett είναι μια σοβαρή και προοδευτική νευροαναπτυξιακή διαταραχή που εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε νέα κορίτσια. Θεωρείται η δεύτερη πιο κοινή αιτία σοβαρής αναπτυξιακής καθυστέρησης στα κορίτσια μετά το σύνδρομο Down. Είναι κατά κανόνα σποραδικό νόσημα, οφειλόμενο σε de novo μεταλλάξεις του γονιδίου MeCP2, οι οποίες ανευρίσκονται στο 85% περίπου των περιπτώσεων. Στις οικογένειες περιπτώσεις κληρονομείται με φυλοσύνδετο, επικρατούντα χαρακτήρα. Το κορίτσι με το σύνδρομο Rett γεννιέται μετά από φυσιολογική εγκυμοσύνη και τοκετό και έχει φυσιολογική ανάπτυξη καθ' όλη τη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών της ζωής. Το μέγεθος κεφαλής είναι κανονικό κατά τη γέννηση, αλλά μετά από τους 4 μήνες ζωής εμφανίζεται επίκτητη μικροκεφαλία. Μετά από 6 μήνες ζωής εμφανίζονται στερεότυπες κινήσεις των χεριών, όπως περιστροφικές κινήσεις περί τη μέση γραμμή, ρυθμικό χτύπημα και τοποθέτηση των χεριών στο στόμα. Οι στερεοτυπίες αυτές

αντικαθιστούν σιγά-σιγά όλες τις σκόπιμες κινήσεις. Σταδιακά εμφανίζονται αυτιστικά γνωρίσματα, όπως κοινωνική απόσυρση και απώλεια επίκτητης ομιλίας. Εμφανίζουν επίσης μυϊκή αδυναμία και δυστονία που προκαλούν σοβαρές κινητικές διαταραχές, καθώς και διαταραχές ύπνου από την πρώιμη παιδική ηλικία, διαταραχές αναπνοής κατά την εγρήγορση, περιφερικές αγγειοκινητικές διαταραχές και προοδευτική σκολίωση ή κύφωση.

2.3. Κληρονομικοοικογενείς ανωμαλίες του μεταβολισμού

Τα νοσήματα αυτά οφείλονται σε ενζυματικά σφάλματα (μειωμένη δραστηριότητα ή ολοκληρωτική έλλειψη κάποιου ενζύμου) που μεταβιβάζονται με το γενετικό υλικό. Συνέπεια αυτού είναι η εναπόθεση διάμεσων προϊόντων στους ιστούς και η αδυναμία σύνθεσης των φυσιολογικών δομικών ή λειτουργικών συστατικών τους. Χαρακτηρίζονται από βραδεία έναρξη, προοδευτική επιδείνωση και διάχυτη συμπτωματολογία. Η έγκαιρη διάγνωση σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να προλάβει τις κλινικές συνέπειες. Ταξινομούνται ως:

2.4. Πρωτοπαθείς διαταραχές του μεταβολισμού των υδατανθράκων

2.4.1. Γαλακτοζαιμία

Κληρονομική νόσος που μεταβιβάζεται ως υπολειπόμενος αυτοσωματικός χαρακτήρας. Οφείλεται σε ανεπάρκεια του ενζύμου ουριδιλοτρανσφεράση της γαλακτόζης, με αποτέλεσμα τη διαταραχή του μεταβολισμού της και εναπόθεση ενδιάμεσων προϊόντων σε ερυθρά αιμοσφαίρια, ήπαρ και εγκέφαλο. Τα συμπτώματα αρχίζουν στο νεογνό με την έναρξη της γαλακτοτροφίας και παρατηρούνται ίκτερος, έμετοι και διάρροιες. Με την πάροδο του χρόνου εγκαθίσταται καταρράκτης, υποτονία και λήθαργος. Εάν δεν γίνει γρήγορα η διάγνωση η έκβαση είναι συνήθως θανατηφόρα, εφόσον όμως το νεογνό επιβιώσει, παρατηρείται μεγάλου βαθμού σωματική και νοητική υστέρηση. Η χορήγηση τροφής χωρίς γαλακτόζη αναστέλλει την εξέλιξη.

2.4.2. Ανεπάρκεια γαλακτοκινάσης

Αναπτύσσεται γαλακτοζαιμία. Συμπτώματα, διάγνωση και αντιμετώπιση, ως άνω.

2.4.3. Κληρονομική δυσανεξία στη φρουκτόζη

Τη λήψη φρουκτόζης ακολουθεί υπογλυκαιμία και ενίοτε σπασμοί και κώμα. Παρατηρείται σωματική και νοητική υστέρηση και κίρρωση ήπατος. Η θεραπεία είναι η έγκαιρη αποφυγή λήψης φρουκτόζης.

2.4.4. Γλυκογονονιώσεις

Ανεπάρκεια ενζύμων της σύνθεσης ή αποικοδόμησης του γλυκογόνου με αποτέλεσμα την εναπόθεση του στους ιστούς ή διαταραχή του μεταβολικού κύκλου της γλυκόζης. Μεταβιβάζονται ως αυτοσωματικοί υπολειπόμενοι χαρακτήρες

2.3. Διαταραχές του μεταβολισμού των αμινοξέων

2.3.1. Φαινυλκετονουρία

Κληρονομική αυτοσωματική υπολειπόμενη νόσος. Εμφανίζεται σε 1:7000 γεννήσεις. Οφείλεται σε ανεπάρκεια ενζύμων που μετατρέπουν την φαινυλαλανίνη σε τυροσίνη. Η τελευταία είναι η πρόδρομη ουσία για τη σύνθεση νευροδιαβιβαστών όπως η ντοπαμίνη, η νοραδρεναλίνη και η αδρεναλίνη, καθώς και τη σύνθεση θυροξίνης και μελανίνης. Τα συ-

μπτώματα εμφανίζονται λίγους μήνες μετά τη γέννηση και χαρακτηρίζονται από διάχυτη βλάβη του ΚΝΣ, καθυστέρηση της ψυχοκινητικής ανάπτυξης και επιληπτικές κρίσεις. Επίσης εμφανίζουν λευκό και υγρό δέρμα, ανοιχτά γαλάζια μάτια, αποχρωματισμένα λεπτά και εύθραυστα μαλλιά και γαστρεντερικές διαταραχές. Πρώιμη διάγνωση και θεραπεία με ειδική διαίτα βελτιώνει πολύ την πρόγνωση και γι' αυτό είναι πλέον καθιερωμένος ο άμεσος έλεγχος σε όλα τα νεογνά.

2.4. Διαταραχές μεταβολισμού των λιπιδίων

(Γαγγλιοσιδώσεις, νόσος Gaucher, νόσος Nieman- Pick, μεταχρωματική λευκοδυστροφία)

2.5. Βλεννοπολυσακχαριδώσεις

(Σύνδρομο Hurler, σύνδρομο Hunter, σύνδρομο Sanfilippo, σύνδρομο Morquio)

2.5.1. Το Σύνδρομο Hurler

Μεταβιβάζεται κατά τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα. Ενδιάμεσα προϊόντα του μεταβολισμού των βλεννοπολυσακχαριτών αποθηκεύονται σε εγκέφαλο, ήπαρ, καρδιά και συνδετικό ιστό. Τα συμπτώματα είναι επιβράδυνση της ψυχοκινητικής ανάπτυξης και σωματικά χαρακτηριστικά όπως μεγάλη απόσταση ανάμεσα στα μάτια, κοντή και πλατιά μύτη, σκελετικές ανωμαλίες και βραχυδακτυλία. Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία.

2.6. Περοξισωματικές νόσοι

(Νόσος Refsum και αδρενολευκοδυστροφία)

2.7. Διαταραχές του μεταβολισμού των μετάλλων

2.7.1. Ηπατοφακοειδής εκφύλιση (Νόσος Wilson)

Κληρονομική διαταραχή του μεταβολισμού του χαλκού και εναπόθεση του κυρίως σε ήπαρ και εγκέφαλο. Μεταβιβάζεται ως αυτοσωματικός υπολειπόμενος χαρακτήρας. Στις μικρότερες ηλικίες η νόσος αρχίζει κατά 40% με προσβολή του ήπατος υπό μορφή οξείας ή χρόνιας ηπατίτιδας. Τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα όμως είναι οι νευρολογικές διαταραχές όπως κινητικές διαταραχές παραινσονικού τύπου με δυσκαμψία, τρόμο, βραδυκίνηση και χορεία κινήσεις. Επίσης εμφανίζονται έκδηλα ψυχιατρικά συμπτώματα, κυρίως στην εφηβεία, όπως άγχος, κατάθλιψη, διαταραχές συμπεριφοράς έως σχιζοφρενικόμορφη ψύχωση. Χαρακτηριστικός επίσης είναι ο φαιοπράσινος χρωματισμός στην περιφέρεια της ίριδας (δακτύλιος Kaiser-Fleischer) από εναπόθεση χαλκού. Επειδή η εξέλιξη της νόσου είναι σταδιακά επιδεινούμενη και η έγκαιρη θεραπεία μπορεί να ελαττώσει τις κλινικές συνέπειες, κάθε ασθενής κάτω των 40 ετών με τις χαρακτηριστικές κινητικές διαταραχές θα πρέπει να ελέγχεται για νόσο Wilson.

2.8. Φακωματώσεις ή νευροδερματικές νόσοι

Οι φακωματώσεις αποτελούν ομάδα κληρονομικοοικογενών νόσων με εκδηλώσεις από το νευρικό σύστημα, το δέρμα και τα μάτια. Κοινά γνωρίσματα είναι δερματικές κηλίδες, όζοι από υπερπλαστικό ιστό, αληθινοί όγκοι και διαφόρου τύπου αγγειακές και άλλες συγγενείς ανωμαλίες. Αντιπροσωπευτικές νευροδερματικές νόσοι είναι η νευροϊνωμάτωση (νόσος του Von Recklinghausen), η υβώδης σκλήρυνση (νόσος του Bourneville), η εγκεφαλοπροσωπική αγγειομάτωση (νόσος των Sturge-Weber) και η νόσος των Von Hippel-Lindau.

2.8.1. Εγκεφαλοπροσωπική αγγειομάτωση (Νόσος των Sturge-Weber)

Κληρονομική αυτοσωματική υπολειπόμενη ή σποραδική νόσος που χαρακτηρίζεται από αγγειομάτωση προσώπου (1ο και 2ο κλάδο τριδύμου), ημιπάρεση και ημιατροφία και επιληπτικές κρίσεις. Ενίοτε νοητική καθυστέρηση και γλαύκωμα. Παρουσία αγγειωμάτων σε εγκέφαλο και οφθαλμό.

2.8.2. Νευροϊνωμάτωση (Νόσος του Von Recklinghausen)

Κληρονομική αυτοσωματική επικρατητική νόσος, που χαρακτηρίζεται από δερματικές καφεγαλακτόχρες κηλίδες (6 και πλέον >1,5εκ. είναι διαγνωστικές), πολλαπλά μικρά δερματικά ογκίδια, νευρινώματα, δηλ. όγκους των περιφερικών και κρανιακών νεύρων, όγκους του ΚΝΣ και οστικές εκδηλώσεις όπως παραμόρφωση σπονδύλων και έλλειμμα του εδάφους του κόγχου.

2.8.3. Υβώδης σκλήρυνση (Νόσος του Boyrneville)

Κληρονομική αυτοσωματική επικρατητική ή σποραδική νόσος με κύρια χαρακτηριστικά το σμηγματορροϊκό αδένωμα προσώπου, τη διανοητική καθυστέρηση και επιληπτικές κρίσεις. Στον εγκέφαλο υπάρχουν όζοι νευρογλοιακού ιστού (ύβοι) που προεξέχουν από την επιφάνεια του φλοιού και μέσα στις κοιλίες. Μικρά ογκίδια μπορεί επίσης να συνυπάρχουν στον αμφιβληστροειδή, στην καρδιά και τους νεφρούς.

2.8.4. Νόσος των Von Hippel - Lindau

Κληρονομική νόσος με εμφάνιση αιμαγγειωμάτων σε αμφιβληστροειδή, παρεγκεφαλίδα και νωτιαίο μυελό. Επίσης, κύστες νεφρών και παγκρέατος.

Τα συνήθη κινητικά προβλήματα που οφείλονται σε εγκεφαλική παράλυση, μυοπάθειες, περιφερικές πολυνευροπάθειες και νόσους του κινητικού νευρώνα συζητώνται στο Κεφάλαιο Κινητικές διαταραχές.

Προτεινόμενη Βιβλιογραφία

- Armstrong, D.D. (1997). Review of Rett syndrome. *J Neuropathol Exp Neurol*, 56:843-849.
- Bradley, Daroff, (2004). *Neurology in Clinical Practice*
- Λογοθέτης, Ι. & Μυλωνάς Ι. (2004). *Νευρολογία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Παπάζογλου, Θ., Ψώνη, Σ., Φρυσίρα, Ε., Ξαϊδάρα, Α., Καναβάκης, Ε. & Γιουρούκος Σ. (2007). Σύνδρομο Rett: Περιγραφή περίπτωσης. *Δελτίο Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών* 54(3):266-273.
- Weaving, L.S., Ellaway, C.J., Gecz, J. & Christodoulou, J. (2005). Rett syndrome: clinical review and genetic update. *Journal of Medical Genetics*, 42:1-7.

Δικτυακοί τόποι

emedicine.medscape.com/
 www.ncbi.nlm.nih.gov/disease/Phenylketo.html
 www.medhelp.org/lib/pku.htm

www.williams-syndrome.org/forparents/whatiswilliams.html
www.ninds.nih.gov/disorders/williams/williams.htm
www.nlm.nih.gov/medlineplus/turnersyndrome.html
kidshealth.org/teen/diseases_conditions/sexual_health/turner.html
www.nlm.nih.gov/medlineplus/klinefelterssyndrome.html
www.fragilex.org/
www.nlm.nih.gov/medlineplus/fragilexsyndrome.html
www.ninds.nih.gov/disorders/rett/detail_rett.htm
www.rettssyndrome.org/
www.nlm.nih.gov/medlineplus/praderwillisyndrome.html

ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Αθανάσιος Τυχάλας

Οι κινητικές διαταραχές αποτελούν ένα μεγάλο κεφάλαιο στις διαταραχές των παιδιών με ειδικές ανάγκες. Η καθυστέρηση ή η αναστολή της κινητικής εξέλιξης του παιδιού επιδρά δυσμενώς στη φυσιολογική ψυχοσωματική του ανάπτυξη. Για το λόγο αυτό, είναι κεφαλαιώδους σημασίας η έγκαιρη διάγνωση, ώστε με τις επιβεβλημένες θεραπευτικές παρεμβάσεις, που θα εφαρμοστούν στον κατάλληλο χρόνο, να μετριαστεί κατά το δυνατόν το κινητικό έλλειμμα και οι συνεπακόλουθες αρνητικές επιδράσεις και να αποτραπεί η ψυχοκινητική επιβράδυνση του παιδιού. Οφείλονται σε διάφορα αίτια, κυριότερα από τα οποία είναι η εγκεφαλική παράλυση και τα νοσήματα ανοικτού μυελικού σωλήνα, αλλά και σπάνιες κληρονομικές νόσοι.

1. Εγκεφαλική παράλυση

Η εγκεφαλική παράλυση περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Άγγλο στρατιωτικό ιατρό William John Little το 1861. Αυτός παρατήρησε ότι μεγάλος αριθμός παιδιών, συνήθως με ιστορικό προωρότητας ή περιγενετικής ασφυξίας, εμφάνιζε σπαστικότητα, μεγαλύτερη στα κάτω άκρα από ότι στα άνω. Σπαστικότητα ονομάζεται ο αυξημένος μυϊκός τόνος (μυϊκός τόνος = κατάσταση σύσπασης των μυών), με αποτέλεσμα οι μυς να είναι σφικτοί και δύσκαμπτοι.

1.1. Περιγραφή

Πρόκειται για τη μόνιμη, μη προϊούσα ανατομική βλάβη των κινητικών κυρίως κέντρων του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα διαταραχές της κινητικότητας και της στάσης, λόγω αδυναμίας βουλευτικού ελέγχου των μυών και παρουσίας παθολογικού μυϊκού τόνου και/ή παθολογικών ακούσιων κινήσεων. Το αίτιο δρα σε ανώριμο εγκέφαλο, σε ηλικία δηλαδή μικρότερη των 3 ετών. Το αποτέλεσμα είναι ότι, ενώ η βλάβη είναι μη προϊούσα, η κλινική εικόνα είναι εξελισσόμενη, επειδή η βλάβη εκτρέπει την ανάπτυξη του ανώριμου εγκεφάλου από το φυσιολογικό. Τα πρώτα συμπτώματα εκδηλώνονται στη νεογνική, βρεφική ή νηπιακή ηλικία με σημαντικότερα τα κινητικά ελλείμματα. Τα συμπτώματα και η σοβαρότητά τους διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Εκτός από τα κινητικά προβλήματα υπάρχουν στις περισσότερες περιπτώσεις και συνοδές διαταραχές, όπως νοητική υστέρηση ή άλλες μαθησιακές δυσκολίες, επιληπτικές κρίσεις, διαταραχές όρασης και ακοής, διαταραχές κατάποσης, σιελόρροια και διαταραχές λόγου. Πρόκειται για μια κατάσταση που γενικώς δεν είναι κληρονομική, εκτός από ένα μικρό ποσοστό 2-3%. Δεν είναι μεταδοτική και δεν έχει θεραπεία με την έννοια της πλήρους ίασης. Η συχνότητά της ανέρχεται στο 1,2-2,5‰.

1.2. Αίτια

Ενώ παλαιότερα υπήρχε διάχυτη η αντίληψη ότι το σημαντικότερο αίτιο της εγκεφαλικής παράλυσης είναι η περιγενετική ασφυξία, σήμερα γνωρίζουμε ότι αυτό δεν ισχύει. Συ-

χνότερα είναι τα συγγενή ή προγενετικά αίτια, δηλαδή αυτά που δρουν από τη σύλληψη μέχρι πριν από τον τοκετό (50-60%), ακολουθούν τα περιγενετικά, δηλαδή όσα δρουν κατά τη διάρκεια του τοκετού και τις πρώτες μέρες μετά από αυτόν (11%), ενώ τα σπανιότερα είναι τα αίτια που δρουν μετά τον τοκετό και μέχρι την ηλικία των 3 ετών, τα επίκτητα ή μεταγενετικά αίτια (7%) (Πίνακας 1).

1.3. Ταξινόμηση

Διακρίνονται οι ακόλουθοι τύποι εγκεφαλικής παράλυσης:

1. Σπαστική εγκεφαλική παράλυση
 - i. Σπαστική ημιπληγία
 - ii. Σπαστική τετραπληγία
 - iii. Σπαστική διπληγία
2. Δυσκινητική ή εξωπυραμιδική εγκεφαλική παράλυση
3. Αταξική εγκεφαλική παράλυση
4. Μικτού τύπου εγκεφαλική παράλυση

Παράλυση μυός ή μέλους του σώματος είναι η αδυναμία βουλητικής κίνησης σε αυτό το μυ ή το μέλος, ενώ πάρεση είναι η ελάττωση της ισχύος της βουλητικής κίνησης. Παρόλο που στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων πρόκειται για παρέσεις, γενικώς χρησιμοποιείται ο όρος παράλυση.

α) Σπαστική Ημιπληγία

Πρόκειται για τον δεύτερο σε συχνότητα τύπο εγκεφαλικής παράλυσης. Χαρακτηρίζεται από σπαστική πάρεση που προσβάλλει μόνο τη μία πλευρά του σώματος, συνήθως εντονότερα το άνω άκρο από το κάτω.

Συνήθως η βλάβη εντοπίζεται στην περιοχή του εγκεφάλου που αρδεύεται από τη μέση εγκεφαλική αρτηρία, τη μεγαλύτερη αρτηρία του εγκεφάλου, λόγω θρόμβωσης ή αιμορραγίας. Επειδή η μέση εγκεφαλική αρτηρία αρδεύει την περιοχή που είναι υπεύθυνη για την κινητικότητα και την αισθητικότητα του προσώπου και των άνω άκρων, η προσβολή του κάτω άκρου είναι συνήθως ηπιότερη. Πρώιμη και χαρακτηριστική είναι η πλαγίωση των αντιδράσεων και του μυϊκού τόνου του νεογνού ή βρέφους, το οποίο έχει την τάση να μη χρησιμοποιεί την προσβεβλημένη πλευρά. Συνήθως υπάρχει καθυστέρηση βάδισης (18^{ος}-20^{ος} μήνας) και όταν αυτή επιτευχθεί, υπάρχει εικόνα ημιπληγικής βάδισης (βάδιση με σύρσιμο του προσβεβλημένου κάτω άκρου σε ημικυκλική τροχιά και κατά την οποία εφάπτεται με το έδαφος μόνο το πρόσθιο έσω τμήμα του πέλματος, με αποτέλεσμα χαρακτηριστική ασύμμετρη φθορά του πέλματος). Τα προσβεβλημένα άκρα είναι βραχύτερα και λεπτότερα, με τάση για μόνιμες αγκυλώσεις, λόγω του αυξημένου μυϊκού τόνου και της πλημμελούς χρήσης τους.

Συνοδές διαταραχές που παρατηρούνται είναι η σκολίωση (10-15%), λόγω της έντονης ασυμμετρίας του μυϊκού τόνου στη στάση και τη βάδιση, επιληπτικές κρίσεις (27-47%), συνήθως εστιακού τύπου, καθώς και διαταραχές όρασης και άλλες αισθητικές διαταραχές, κυρίως σε σοβαρές περιπτώσεις. Δεν είναι σπάνια και η καθυστέρηση του λόγου (20%), ιδίως αν υπάρχει δεξιά ημιπληγία λόγω γειτνίασης των αντίστοιχων κέντρων του εγκεφάλου. Η νοητική υστέρηση και οι άλλες μαθησιακές δυσκολίες παρατηρούνται σε ποσοστό 18-68%. Πάντως, η νοημοσύνη είναι η υψηλότερη μεταξύ των άλλων τύπων της εγκεφαλικής παράλυσης. Η βαρύτητα, όπως και στις άλλες μορφές εγκεφαλικής παράλυσης, ποικίλλει ευρέως από τις πιο ήπιες περιπτώσεις, με αβληχρή συμπτωματολογία, μέχρι και τις βαριές κινητικές εκπτώσεις, με βαριά νοητική υστέρηση και πολλαπλές μη ελεγχόμενες επιληπτικές κρίσεις.

Όλα τα ημιπληγικά παιδιά είναι ικανά για εκπαίδευση και εργασία, χάρη στον υψηλό δείκτη ευφυΐας και την παρουσία της υγιούς πλευράς.

Πίνακας 1: Τα αίτια της εγκεφαλικής παράλυσης

ΣΥΓΓΕΝΗ	ΠΕΡΙΓΕΝΕΤΙΚΑ	ΕΠΙΚΤΗΤΑ
Συγγενείς λοιμώξεις: - Έρπηγ - Ερυθρά - Τοξοπλάσμωση - Μεγαλοκυτταρικός ιός - Σύφιλη Μεταβολικά νοσήματα της εγκύου: - Φαινυλκετονουρία - Τυροσιναιμία Κάκωση του εμβρύου Τερατογόνες ουσίες (Φάρμακα κτλ) Διαταραχές πλακούντα Τοξιναιμία Υποσιτισμός Ασυμβατότητα Ρέζους – Αιμολυτική νόσος Χρωμοσωμικές ανωμαλίες Συγγενείς ανωμαλίες - Αγενεσία μεσολοβίου - Σύνδρομο Arnold-Chiari - Σύνδρομο Dandy-Walker Κληρονομική εγκεφαλική παράλυση	Προωρότητα Δυστοκία: - Περιγενετική ασφυξία - Τραυματικός τοκετός Ενδοκράνιος αιμορραγία Μηνιγγοεγκεφαλίτιδα - Ιογενής - Βακτηριακή Πυρηνικός ίκτερος Υπογλυκαιμία	Επίκτητη εγκεφαλοπάθεια: - Καρδιακή ανεπάρκεια - Καρδιακή αναοξοπία - Γενικευμένη υποξία (πχ. επιληπτική κατάσταση) - Συγγενείς καρδιοπάθειες με δεξιο-αριστερά διαφυγή Λοιμώξεις Κεντρικού Νευρικού Συστήματος Εγκεφαλικά έμφρακτα: - Μηνιγγίτιδα - Εμβολιασμός - Σηψαιμία - Δρεπανοκυτταρική αναιμία - Συστηματικός ερυθρελάτης λύκος Κρανιοεγκεφαλική κάκωση: - Τροχάιο - Πτώση - Κακοποίηση Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη Θρομβοπενική πορφύρα Θρόμβωση εγκεφαλικών φλεβών Αρτηριοφλεβώδη αγγεία Υδροκεφαλία Κύστεις Όγκοι εγκεφάλου – Νευροχειρουργικές επεμβάσεις

β) Σπαστική Διπληγία

Η σπαστική διπληγία οφείλεται πάντοτε σε προγενετικά ή περιγενετικά αίτια. Είναι ο συχνότερος τύπος στα πρόωρα νεογνά, στα οποία συσχετίζεται συχνά με περιγενετική ασφυξία. Το προσβεβλημένο νεογνό αρχικά παρουσιάζει υποτονία και δυσχέρεια σίτισης και αργότερα περνά στη σπαστική φάση. Η σπαστικότητα αφορά κυρίως στα κάτω άκρα και λιγότερο στα άνω άκρα και το πρόσωπο, λόγω του γεγονότος ότι στα προσβεβλημένα τμήματα του εγκεφάλου πορεύονται οι νευρικές οδοί που ελέγχουν την κινητικότητα των κάτω άκρων. Τα βρέφη με σπαστική διπληγία εμφανίζουν ψαλιδισμό, δηλαδή όταν βρίσκονται σε κατακόρυφη θέση με τα πόδια στον αέρα τοποθετούν ακούσια το ένα πόδι μπροστά από το άλλο και σε έκταση. Όταν περπατήσουν μπορεί να εμφανίσουν ψαλιδωτό βήδισμα (βήδισμα

με σύρσιμο του προσβεβλημένου κάτω άκρου σε ημικυκλική τροχιά, κατά την οποία εφάπτεται με το έδαφος μόνο το πρόσθιο έσω τμήμα του πέλματος, με αποτέλεσμα χαρακτηριστική ασύμμετρη φθορά του πέλματος) και ιπποποδία (βάδιση στα δάκτυλα, λόγω έντονης σύσπασης των γαστροκνημιών=γαμπών). Σε βαρύτερες καταστάσεις υπάρχει πιθανή ανάγκη για περπατούρα ή πατερίτσες. Τα άνω άκρα είναι λιγότερο προσβεβλημένα και για το λόγο αυτό συνήθως δεν παρατηρείται σε αυτά αξιόλογη αδυναμία, αλλά σχετική αδεξιότητα. Η ομιλία τους είναι γενικώς φυσιολογική. Η συχνότητα της νοητικής υστέρησης είναι περίπου 15% για τα πρόωρα νεογνά και 45% για τα τελειόμηνα.

γ) Σπαστική Τετραπληγία

Η σπαστική τετραπληγία θεωρείται ότι προκαλείται είτε από αίτια που δρουν στο τρίτο τρίμηνο της κύησης είτε από περιγενετικά αίτια, κυρίως σε πρόωρα. Πρόκειται για τη σοβαρότερη μορφή. Σε αυτήν παρατηρούνται διάχυτες εγκεφαλικές βλάβες. Αρχικά το νεογνό παρουσιάζει συνήθως υποτονία και αργότερα πολύ έντονη σπαστικότητα, σε σημείο συχνά να εμφανίζει και οπισθότονο (υπερβολική σύσπαση των μυών της ράχης με αποτέλεσμα το σώμα να διαγράφει τόξο) σε ύπτια θέση. Υπάρχει δυσχέρεια σίτισης. Κατά την ανάπτυξη του παιδιού θα υπάρχει καθυστέρηση στο να καθίσει και να ορθοστατήσει. Λόγω της καθήλωσης αυτής και λόγω της έντονης σπαστικότητας, υπάρχει τάση για μόνιμες αγκυλώσεις. Τελικά, σπανίως θα επιτευχθεί αυτόνομη βάδιση. Λόγω της εκτεταμένης εγκεφαλικής βλάβης, παρατηρούνται μέτρια έως σοβαρή νοητική υστέρηση, πολλαπλές και μη ελεγχόμενες επιληπτικές κρίσεις (50%), δυσχέρεια σίτισης και ομιλίας, στραβισμός και οπτικές διαταραχές, οι οποίες μπορεί να φτάνουν και μέχρι την τύφλωση. Λόγω της καθήλωσης στο κρεβάτι ή το αναπηρικό καρότσι, της δυσχέρειας σίτισης και της κακής λειτουργίας των αναπνευστικών μυών, είναι συχνές οι υποτροπιάζουσες αναπνευστικές λοιμώξεις, που επιδεινώνουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση και μειώνουν σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης.

δ) Δυσκινητική Εγκεφαλική Παράλυση

Η δυσκινητική εγκεφαλική παράλυση προσβάλλει κυρίως τελειόμηνα νεογνά με περιγενετικά προβλήματα. Οφείλεται σε βλάβη σε τμήματα του εγκεφάλου που ονομάζονται βασικά γάγγλια, τα οποία συντονίζουν τις κινήσεις. Τα συνηθέστερα αίτια είναι η υποξία και ο πυρηνικός ίκτερος, ο οποίος εμφανίζεται όταν η χολερυθρίνη, η ουσία που προκαλεί τον φυσιολογικό ίκτερο μετά τον τοκετό, ανέλθει σε πολύ υψηλά επίπεδα και αρχίσει να εναποτίθεται στα βασικά γάγγλια. Η επιτυχής θεραπεία του ικτέρου με τη φωτοθεραπεία με λυχνία υπεριώδους φωτός οδήγησε στη μεγάλη μείωση της συχνότητας της δυσκινητικής εγκεφαλικής παράλυσης.

Διακρίνεται στη χοραιοαθετωσική και τη δυστονική μορφή. Το χαρακτηριστικό της πρώτης είναι οι επονομαζόμενες χορειακές και αθετωσικές κινήσεις. Πρόκειται για ακούσιες, μη ελεγχόμενες ή μερικώς ελεγχόμενες κινήσεις. Στη δυστονική μορφή υπάρχει μυϊκή δυσκαμψία. Επίσης, εμφανίζονται και δυστονικά φαινόμενα, δηλαδή ακούσιες παθολογικές θέσεις και ακούσιες παθολογικές κινήσεις στροφικού χαρακτήρα, συχνά με επώδυνο χαρακτήρα. Η κατάσταση αυτή, λόγω της προκαλούμενης διαταραχής συντονισμού των κινήσεων, μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη αδυναμία των άκρων να καταλάβουν λειτουργικές θέσεις και να εκτελέσουν λειτουργικές κινήσεις, καθώς και σε δυσχέρεια στη βάδιση και την κατάληψη καθιστής θέσης, με αποτέλεσμα μεγάλου βαθμού αναπηρία.

Η νοητική υστέρηση δεν είναι σπάνια. Το 11% των παιδιών με τη χοραιοαθετωσική μορφή και το 40% των παιδιών με τη δυστονική μορφή εμφανίζουν δείκτη ευφυΐας IQ<50. Στα άτομα με πυρηνικό ίκτερο, πολύ συχνή είναι η κώφωση. Επιπλέον, υπάρχουν και δια-

ταραχές ομιλίας, λόγω της δυσχέρειας συντονισμού των μυών που συμμετέχουν σε αυτή. Τέλος, συχνά υπάρχουν έντονες γκριμάτσες, καθώς και σιελόρροια, στοιχεία που αποτελούν παράγοντα κοινωνικού σχολιασμού και αποκλεισμού.

ε) Αταξική Εγκεφαλική Παράλυση

Η αταξική εγκεφαλική παράλυση χαρακτηρίζεται από διαταραχή της ισορροπίας και της αίσθησης του χώρου. Τα παιδιά με αταξική εγκεφαλική παράλυση εμφανίζουν λιγότερα νευρολογικά ελλείμματα από τα παιδιά με τις άλλες μορφές. Το κύριο χαρακτηριστικό είναι η υποτονία, η οποία οδηγεί και στην καθυστέρηση της ανάπτυξης των στατικών λειτουργιών. Υπάρχει αστάθεια στη στάση και τη βάδιση, η οποία γίνεται σε ευρεία βάση. Ο συντονισμός των κινήσεων είναι πτωχός (αταξία), με αποτέλεσμα τη δυσχέρεια σε κινήσεις που απαιτούν ταχύτητα και ακρίβεια, όπως το γράψιμο ή το κούμπωμα. Κατά τις κινήσεις των άνω άκρων εμφανίζεται τρόμος, ο οποίος αυξάνεται καθώς προσεγγίζεται ο στόχος της κίνησης.

1.4. Συνοδές διαταραχές

Πίνακας 2: Συνοδές διαταραχές στην εγκεφαλική παράλυση

ΣΥΝΟΔΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Γνωσιακές διαταραχές:

- Νοητική υστέρηση
- Μαθησιακές δυσκολίες

Εpileπτικές κρίσεις

Αναπτυξιακή καθυστέρηση

Ορθοπαιδικές διαταραχές

Διαταραχές όρασης

Διαταραχές επικοινωνίας:

- Διαταραχές ακοής
- Διαταραχές ομιλίας

Διαταραχές κατάποσης

Αισθητικές διαταραχές

Σιελόρροια

Ορθοκυστικές διαταραχές

Κατάθλιψη

α) Νοητική Υστέρηση

Εμφανίζεται σε ποσοστό 30-50% των παιδιών με εγκεφαλική παράλυση. Είναι συχνότερη στη σπαστική τετραπληγία σε σχέση με τις υπόλοιπες μορφές. Συσχετίζεται με την παρουσία επιληπτικών κρίσεων. Η αξιολόγησή της πραγματοποιείται με ειδικά tests.

β) Μαθησιακές Δυσκολίες

Η συχνότητά τους ανέρχεται στο 75%. Εκτός από τη νοητική υστέρηση, περιλαμβάνει και το σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας. Οι ίδιες οι διαταραχές κινητικότητας αποτελούν συντελεστή των μαθησιακών δυσκολιών, καθώς περιορίζουν την εξερεύνηση του χώρου, τη συμμετοχή του σε παιχνίδια, αθλοπαιδιές και άλλες δραστηριότητες που απαιτούν άριστη κινητικότητα και δυσχεραίνουν τη χρήση και την εξοικείωση με αντικείμενα διδακτικά ή καθημερινής χρήσης, λόγω

του ελλιπούς συντονισμού των κινήσεων. Ακόμη σοβαρότερες επιπτώσεις στη μαθησιακή διαδικασία έχουν οι διαταραχές της όρασης, της ακοής αλλά και της κατανόησης του λόγου, της ομιλίας και της γραφής. Τέλος, η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει το παιδί, όπως αντιεpileπτικά ή κατασταλτικά φάρμακα, συχνά ενέχονται στα μαθησιακά προβλήματα, προκαλώντας υπνηλία, ελαττωμένη ικανότητα για προσοχή, υπερκινητικότητα και άλλα προβλήματα.

γ) Επιληπτικές Κρίσεις

Εμφανίζονται σε ένα ποσοστό 30-50% των παιδιών με εγκεφαλική παράλυση. Είναι συχνότερες στις σπαστικές μορφές και σε περιπτώσεις που η εγκεφαλική παράλυση οφείλεται σε μεταγενετικά αίτια.

δ) Αναπτυξιακή Καθυστέρηση

Συχνά συνυπάρχει καθυστέρηση στην αύξηση βάρους και ύψους, αλλά και σε άλλους τομείς της ανάπτυξης. Τα προσβεβλημένα παιδιά θα καθίσουν πιο αργά από τα υπόλοιπα παιδιά της ηλικίας τους, θα μπουσουλήσουν, θα περπατήσουν, θα μιλήσουν με μια μικρή ή μεγάλη καθυστέρηση, ανάλογα με τη βαρύτητα της προσβολής τους. Σε βαριές καταστάσεις, κάποιες δεξιότητες δεν θα επιτευχθούν ποτέ. Τα προσβεβλημένα άκρα είναι βραχύτερα και λεπτότερα από τα φυσιολογικά. Καθυστερημένη είναι επίσης και η σεξουαλική ανάπτυξη.

ε) Ορθοπαιδικές Διαταραχές

Ο παθολογικός μυϊκός τόνος και η ελαττωμένη κινητικότητα και χρήση των μελών, εφόσον δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως και ορθά, οδηγούν σε εξαρθήματα ή σε μόνιμες αγκυλώσεις και παραμορφώσεις των αρθρώσεων. Σκελετικές δυσμορφίες, όπως κυφοσκολίωση της σπονδυλικής στήλης ή παραμορφώσεις του θώρακα είναι εξαιρετικά συχνές και μπορεί να είναι επιγενείς, λόγω του παθολογικού μυϊκού τόνου, καταγμάτων από πτώσεις, αλλά και παθολογικής στάσης και βλάβης, ειδικά όταν υπάρχει έντονη ασυμμετρία (όπως στην ημιπληγία) ή και εγγενείς, λόγω δυσπλασιών κατά την ενδομήτριο ζωή. Οι ορθοπαιδικές αυτές διαταραχές προκαλούν ένα φαύλο κύκλο, προκαλώντας ακόμη μεγαλύτερη δυσχέρεια καθιστής θέσης, ορθοστάτησης και βάδισης. Το αποτέλεσμα είναι μείωση της λειτουργικότητας και της κινητικότητας των παιδιών και χρόνιοι ανυπόφοροι πόνοι. Επιπλέον, ειδικά οι δυσμορφίες του θώρακα προκαλούν διαταραχή της αναπνευστικής λειτουργίας και προδιαθέτουν σε υποτροπιάζουσες αναπνευστικές λοιμώξεις, μειώνοντας σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης.

στ) Διαταραχές Όρασης

Οι διαταραχές όρασης είναι συνήθως διαθλαστικές ανωμαλίες, όπως μυωπία και υπερμετωπία (συχνή στα πρόωρα) ή στραβισμός. Άλλη διαταραχή είναι ο νυσταγμός, δηλαδή ακούσιες ρυθμικές κινήσεις των οφθαλμών, οι οποίες καθιστούν δυσχερή την προσήλωση. Βαρύτερες καταστάσεις αποτελούν η ατροφία του ενός ή και των δύο οπτικών νεύρων και προκαλούν αντίστοιχα τύφλωση από τον ένα ή και τους δύο οφθαλμούς, αλλά και βλάβες του φλοιού του εγκεφάλου που προκαλούν ημιανοψία (απώλεια του μισού οπτικού πεδίου) ή τύφλωση.

ζ) Διαταραχές Ακοής

Οι διαταραχές ακοής είναι συχνές στα παιδιά με χοραιοαθέτωση, ιδίως σε αυτά που εμφάνισαν πυρηνικό ίκτερο.

η) Διαταραχές Ομιλίας

Παρατηρούνται στο 1/3 των παιδιών με εγκεφαλική παράλυση. Υπάρχει καθυστέρηση στην εμφάνιση ομιλίας και στην ωρίμανση του λόγου, καθώς και σε επιμέρους χαρακτηριστικά, όπως το λεξιλόγιο, η ένταση και η προσωδία. Συχνά υπολείπεται και η κατανόηση του λόγου. Σε ορισμένες βαριές περιπτώσεις δεν αναπτύσσεται καθόλου ο προφορικός λόγος. Τα αίτια είναι βλάβες των κέντρων του λόγου στον εγκέφαλο (κυρίως σε τετραπληγία και δεξιά ημιπληγία), κινητικές και αισθητικές διαταραχές που αφορούν το πολύπλοκο μυϊκό σύστημα που είναι υπεύθυνο για την ομιλία, καθώς και η νοητική υστέρηση.

θ) Διαταραχές Κατάποσης

Συνήθως συνδυάζονται με διαταραχές ομιλίας, καθώς ομιλία και κατάποση εξυπηρετούνται από κοινά μυϊκά συστήματα. Αποτελούν σημαντικό παράγοντα μείωσης του προσ-

δόκιμου επιβίωσης. Από τη μια δυσχεραίνουν την πρόσληψη ύδατος και τροφής, από την άλλη καθιστούν το άτομο επιρρεπές σε εισροφές και βαριές πνευμονίες.

ι) Στελότητα

Οφείλεται λιγότερο σε υπερπαραγωγή και περισσότερο σε ελλιπή κατάποσή του, λόγω διαταραχής του ελέγχου των μυών του στόματος, της γλώσσας και του φάρυγγα. Αποτελεί σοβαρότατο παράγοντα κοινωνικού αποκλεισμού.

ια) Ορθοκυστικές Διαταραχές

Συχνά παρατηρείται μερική ή ολική έλλειψη του ελέγχου της κύστης και του ορθού, κατάσταση που αποτελεί σοβαρότατο παράγοντα κοινωνικού αποκλεισμού. Σοβαρότερη είναι η έλλειψη του ελέγχου της κύστης, επειδή αποτελεί και σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας, λόγω των υποτροπιάζουσών ουρολοιμώξεων και του κινδύνου εμφάνισης νεφρικής ανεπάρκειας. Τα χαρακτηριστικά της ποικίλλουν ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης. Έτσι μπορεί να υπάρχει ενούρηση (απώλεια ούρων κατά τον ύπνο), συνεχής απώλεια ούρων κατά τη διάρκεια της ημέρας, μη ελεγχόμενη ούρηση (ακούσια έκλυση του αντανικλαστικού της ούρησης, χωρίς να υπάρχει δυνατότητα για αναστολή του), επιτακτική ούρηση (αιφνίδια και έντονη ανάγκη για ούρηση, ακόμη και σε ανάρμοστο περιβάλλον). Συχνά απαιτείται η παροχή μόνιμου ουροκαθετήρα.

1.5. Παράγοντες κινδύνου

Παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα να γεννηθεί παιδί με εγκεφαλική παράλυση φαίνονται στον Πίνακα 3. Εφόσον υπάρχουν κάποιοι από αυτούς, απαιτείται αυξημένη εγρήγορση για την εμφάνιση πρώιμων σημείων εγκεφαλικής παράλυσης, ώστε να επιτευχθεί η έγκαιρη έναρξη της αντιμετώπισης.

Πίνακας 3: Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση εγκεφαλικής παράλυσης

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	
ΜΗΤΕΡΑ	ΝΕΟΓΝΟ
Λοιμώξεις και εμπύρετα κατά την κύηση	Πρωωρότητα: < 33 εβδομάδες
Νοσήματα εγκύου:	Χαμηλό βάρος γέννησης: < 1750 γραμμάρια
- νοητική υστέρηση,	Περιγενετική ασφυξία
- μη ελεγχόμενες επιληπτικές κρίσεις,	Ισχιακή προβολή
- μη αντιμετωπιζόμενη φαρμακευτικά διαταραχή της θυρεοειδικής λειτουργίας.	Πολύδυμη κύηση
	Κρανιοπροσωπική δυσμορφία
	Ίκτερος με υψηλή τιμή χολερυθρίνης
	Νεογνικές επιληπτικές κρίσεις
	Υποτονία
	Χαμηλή βαθμολογία Apgar ¹ στα 10-20 λεπτά:
	- Καρδιακός ρυθμός
	- Αναπνοή
	- Μυϊκός τόνος
	- Αντανικλαστικά
	- Χρώμα δέρματος

¹ Η κλίμακα Apgar αξιολογεί τα νεογνά με βάση τον καρδιακό ρυθμό, την αναπνοή, το μυϊκό τόνο, τα αντανικλαστικά και τη χροιά του δέρματος κατά τα πρώτα λεπτά μετά τον τοκετό και έχει προγνωστική σημασία για τη μετέπειτα εξέλιξή τους.

1.6. Πρόληψη

Η πρόληψη της εγκεφαλικής παράλυσης περιλαμβάνει τον προγενετικό έλεγχο της υποψήφιας μητέρας για μεταβολικά νοσήματα (σακχαρώδης διαβήτης, υποθυρεοειδισμός) και λοιμώξεις (ερυθρά, λιστερίωση, τοξοπλάσμωση), τον εμβολιασμό της για νοσήματα για τα οποία διαπιστώθηκε ότι δεν έχει ανοσία (ερυθρά), και απλά μέτρα προφύλαξης για νοσήματα για τα οποία δεν υπάρχει εμβολιασμός (αποφυγή βρώσης τυριών από μη παστεριωμένο γάλα για τη λιστέρια, αποφυγή επαφής με γάτες για την τοξοπλάσμωση). Σε περίπτωση μητέρας ρέζους αρνητικής και πατέρα ρέζους θετικού, απαιτείται έγκαιρη χορήγηση γ-σφαιρίνης στη μητέρα μετά από κάθε κύηση, ώστε να αποφευχθεί η βαρύτερη αιμολυτική νόσος των νεογνών στην επόμενη κύηση. Η υπερηχογραφική παρακολούθηση της εμβρυϊκής ανάπτυξης, καθόλη τη διάρκεια της κύησης, και το καρδιοτοκογράφημα, κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα της κύησης και ιδίως κατά τη διάρκεια του τοκετού, είναι μέτρα που βοηθούν στην πρόληψη της εγκεφαλικής παράλυσης. Τέλος, η αποφυγή παράλογων σωματικών δραστηριοτήτων, με σκοπό την πρόληψη τυχόν ατυχημάτων της εγκύου, είναι ένα ακόμη μέτρο που συνιστά η κοινή λογική.

1.7. Διάγνωση – Πρώιμα σημεία

Οι γονείς θα πρέπει να θορυβηθούν αν διαπιστώσουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη του βρέφους. Αν το βρέφος καθυστερεί σε σχέση με τα άλλα βρέφη της ηλικίας του να χαμογελάσει, να γυρίσει από πρηνή σε ύπτια θέση, να καθίσει, να μπουσουλήσει, να μιλήσει, να περπατήσει, πιθανόν να υπάρχει αναπτυξιακή καθυστέρηση, ένα από τα αίτια της οποίας είναι η εγκεφαλική παράλυση. Άλλα ύποπτα σημεία αποτελούν η πλαγίωση αντιδράσεων (π.χ. προτίμηση χρησιμοποίησης του ενός χεριού ή το ένα χέρι σε γροθιά και το άλλο ανοικτό), ο παθολογικός μυϊκός τόνος (υπερβολικά αυξημένος ή ελαττωμένος) και η κατάληψη ασυνήθιστων θέσεων (π.χ. ψαλιδισμός των κάτω άκρων όταν το βρέφος αιωρείται κατακόρυφα, τάση να κάνει «γέφυρα» στην ύπτια θέση). Σε κάθε περίπτωση, οι γονείς πρέπει να αναφέρουν τις παρατηρήσεις τους στον παιδίατρο που παρακολουθεί το βρέφος, ώστε να επιτευχθεί η πρώιμη διάγνωση.

Πρέπει να τονιστεί ότι η διάγνωση της εγκεφαλικής παράλυσης πρέπει να επανεκτιμάται. Εάν το παιδί παρουσιάζει επιδείνωση και όχι στασιμότητα ή βελτίωση στην εικόνα του, παρά την εφαρμογή των θεραπευτικών μέτρων, είναι πιθανόν η διάγνωση να είναι εσφαλμένη και να πρόκειται για ένα μεταβολικό, νευροεμφυλιστικό ή νεοπλασματικό νόσημα. Ο ενδελεχής ιατρικός έλεγχος μπορεί να αποκαλύψει το γενεσιουργό αίτιο. Π.χ. η ημιπληγική εγκεφαλική παράλυση είναι δυνατόν να οφείλεται σε διαταραχές του πηκτικού μηχανισμού, οι οποίες προκαλούν αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, και η έγκαιρη διάγνωση να επιτρέψει την έγκαιρη έναρξη αιτιολογικής θεραπείας και την αναστολή εξέλιξης της νόσου.

1.8. Πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση

Προκειμένου να επιτευχθεί η πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση, απαιτούνται εξαιρετικά ευαίσθητες μέθοδοι εντοπισμού των βρεφών που θα εκδηλώσουν συμπτώματα εγκεφαλικής παράλυσης. Έτσι, απευθύνονται στους γονείς ειδικά ερωτηματολόγια, τα οποία αφορούν στοιχεία από το ιστορικό των γονέων, το ιστορικό της κύησης και την πορεία του βρέφους. Επιπλέον, τα βρέφη βαθμολογούνται σε κλίμακες, όπως η βαθμολογία Apgar. Με βάση τα συμπεράσματα από τα ερωτηματολόγια και τις κλίμακες, διακρίνονται βρέφη με κίνδυνο εμφάνισης εγκεφαλικής παράλυσης, χαμηλό ή υψηλό. Τα βρέφη χαμηλού κινδύνου τίθενται υπό στενή παρακολούθηση, ενώ στα βρέφη υψηλού κινδύνου εφαρμόζεται πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση, ενώ ακόμη δεν έχει τεθεί ασφαλής και οριστική διάγνωση. Σκοπός της

πρώιμης θεραπευτικής παρέμβασης είναι η εκμετάλλευση της ευπλαστότητας του εγκεφάλου, η οποία είναι τόσο μεγαλύτερη όσο μικρότερη είναι η ηλικία του βρέφους. Με τον όρο **ευπλαστότητα** ονομάζουμε την ικανότητα του εγκεφάλου να προσαρμόζει τις δομές και τις λειτουργίες του ανάλογα με τις επιδράσεις και τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα, σε περίπτωση βλάβης, η ευπλαστότητα επιτρέπει την αποκατάσταση αυτής είτε ανατομικά, με την αναγέννηση των κατεστραμμένων τμημάτων ζώντων νευρώνων, τη γένεση νέων νευρώνων από άωρα νευρικά κύτταρα και δημιουργία νέων συνάψεων μεταξύ των εναπομεινόντων νευρώνων, είτε λειτουργικά, με την ανάληψη των λειτουργιών των κατεστραμμένων νευρώνων από άλλους και τη χρησιμοποίηση εναλλακτικών νευρικών οδών.

1.9. Θεραπεία

Τα θεραπευτικά μέτρα δεν αποσκοπούν στην ίαση της ανατομικής βλάβης, η οποία θα συνεχίσει να υφίσταται, αλλά στη βελτίωση των κινητικών και άλλων δεξιοτήτων, καθώς και της ποιότητας της ζωής του ατόμου και της οικογένειάς του. Ο σκοπός είναι η επίτευξη φυσιολογικής ενήλικης ζωής και είναι εφικτός αν αντιμετωπιστούν ορθά τα προβλήματα με έγκαιρη έναρξη θεραπείας. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο με την παρουσία μιας οργανωμένης ομάδας επαγγελματιών υγείας, με αγαστή συνεργασία μεταξύ των μελών της (Πίνακας 4). Η ομάδα αυτή θα εκτιμήσει τα προβλήματα και τις ανάγκες κατά περίπτωση, θα εκπονήσει το καταλληλότερο εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα και θα το εφαρμόσει κατά το βέλτιστο τρόπο, επανεκτιμώντας κατά καιρούς τα αποτελέσματα και αναθεωρώντας, όποτε αυτό κρίνεται αναγκαίο, το θεραπευτικό πρόγραμμα. Βάση της εύρυθμης λειτουργίας της θεραπευτικής ομάδας αποτελεί η άριστη συνεργασία με την οικογένεια, η οποία δεν θα πρέπει να είναι απλώς θεατής, αλλά αρωγός και κοινωνός της ομαδικής προσπάθειας.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Παιδίατρος
Αναπτυξιολόγος
Παιδονευρολόγος
Παιδοψυχίατρος
Παιδοορθοπαιδικός
Φυσικοθεραπευτής
Εργοθεραπευτής
Λογοθεραπευτής
Ψυχολόγος
Κοινωνικός λειτουργός
Εκπαιδευτικός
Οικογένεια

Πίνακας 4: Η θεραπευτική ομάδα

α) Φυσικοθεραπεία

Αφορά κυρίως στους μεγάλους, κεντρομελικούς, ισχυρούς μυς, επειδή σκοπός της είναι η βελτίωση των αδρών κινητικών δεξιοτήτων. Εξατομικευμένα προγράμματα βελτιώνουν τη μυϊκή ισχύ, την εκτασιμότητα των μυών και των αρθρώσεων, τη λειτουργικότητα των μελών, το συντονισμό των κινήσεων, καθώς επίσης τη στάση και τη βάδιση. Γίνεται άσκηση και ενδυνάμωση μυών που στηρίζουν το σώμα, ώστε να βελτιωθεί η στάση και η βάδιση, αλλά και μυών που συνήθως δεν χρησιμοποιούνται, ώστε να αποφευχθεί η ατροφία τους, καθώς και μυών που προσφέρουν δεξιότητες. Πραγματοποιούνται ασκήσεις που αποσκοπούν στην έκταση και χαλάρωση των σπαστικών μυών και γίνεται εκμάθηση της σωστής στάσης σώματος και σωστής θέσης για τις αρθρώσεις, ώστε να μειωθεί ο ανεπιθύμητος μυϊκός τόνος και να προληφθούν αγκυλώσεις και παραμορφώσεις. Αυτές οι ασκήσεις και οι ορθές στάσεις πρέπει να γίνουν βίωμα και να αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της καθημερινής ζωής. Συχνά χρησιμοποιούνται όργανα γυμναστικής, νάρθηκες για την ακινητοποίηση αρθρώσεων στη σωστή θέση, αλλά και ηλεκτροδιέγερση για την παθητική εκγύμναση. Σημαντική είναι και η χρήση της πισίνας. Το ζεστό νερό μειώνει τη σπαστικότητα και η άνωση καταργεί τους περιορισμούς της βαρύτητας. Εξαλείφεται ο κίνδυνος τραυματισμού, ενώ παράλληλα επιτυγχάνεται η ενδυνάμωση του συνόλου των μυών και η βελτίωση του συντονισμού των κινήσεων.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η νευροαναπτυξιακή θεραπεία που προτάθηκε από την Bobath, η οποία προσπαθεί να εκμεταλλευθεί την ευπλαστότητα του εγκεφάλου. Τα κινητικά ελλείμματα από την εγκεφαλική βλάβη προκαλούν την έκλυση παθολογικών αντανακλαστικών και την κατάρληψη παθολογικών προτύπων στάσης και κίνησης, με αποτέλεσμα την αναστολή της κινητικής ανάπτυξης, η οποία με τη σειρά της προκαλεί καθυστέρηση της ανάπτυξης του παιδιού σε όλους τους τομείς. Η νευροαναπτυξιακή φυσικοθεραπεία αποσκοπεί στην αποφυγή των παθολογικών αντανακλαστικών θέσεων και κινήσεων και στην ενίσχυση των φυσιολογικών. Επειδή υπάρχει η τάση να χρησιμοποιείται πάντα το λιγότερο προσβεβλημένο άκρο, με αποτέλεσμα την αχρηστία του άλλου, σημαντική είναι η υποχρεωτική χρήση και η εντατική εξάσκηση των πασχόντων μελών, που ενίοτε μπορεί να επιτευχθεί με δραστηριότητες, όπως η καθήλωση του ικανότερου άκρου.

β) Εργοθεραπεία

Αποσκοπεί στην εκμάθηση λεπτών κινήσεων, αναγκιών για τις καθημερινές δραστηριότητες, την αυτοφροντίδα (ένδυση, σίτιση, ατομική υγιεινή), το σχολείο (γραφή), το παιχνίδι, αλλά και γενικότερα στην εκμάθηση προτύπων συμπεριφοράς. Έτσι, επιτυγχάνεται η αυτονομία του ατόμου, το οποίο επιπλέον αποκτά αίσθημα αυτοσεβασμού, επιτυχίας και πληρότητας.

γ) Ιπποθεραπεία

Ανήκει στις λεγόμενες «θεραπείες ψυχαγωγίας». Είναι ιδανική για ήπιες περιπτώσεις. Αποτελεί ουσιαστικά συνδυασμό φυσικοθεραπείας και εργοθεραπείας. Είναι ευχάριστη και ανταποδοτική δραστηριότητα, που δίνει κίνητρα στο παιδί. Λειτουργεί μέσω της εκμάθησης του ρυθμού, καθώς και της σωστής ευθυγράμμισης και κίνησης κορμού και πυέλου. Ενισχύει τις κινητικές δεξιότητες, τον αυτοσεβασμό, την προσοχή και προσφέρει σωματική και ψυχολογική ευεξία.

δ) Λογοθεραπεία

Η λογοθεραπεία έχει δύο διαστάσεις. Η πρώτη αφορά στην επικοινωνία, με την αντιμετώπιση των διαταραχών ομιλίας (βλ. κεφ. *Ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας και διαταραχές*). Με κατάλληλους χειρισμούς γίνεται εκμάθηση της σωστής φώνησης, άρθρωσης, προσωδίας και επιπλέον εμπλουτίζεται και το λεξιλόγιο. Επικοινωνικά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν βοηθήματα από τα απλούστερα, όπως πίνακες που περιέχουν σύμβολα και λέξεις τις καθημερινότητας (ναι, όχι, νερό, φαγητό κτλ) μέχρι τα πολυπλοκότερα, όπως πολυδάπανοι ηλεκτρονικοί υπολογιστές και γεννήτριες φωνής, προκειμένου ένα παιδί με αδυναμία εκφοράς προφορικού λόγου να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του. Η άλλη διάσταση αφορά στην ίδια την επιβίωση, με την αντιμετώπιση των διαταραχών κατάποσης. Προκειμένου να είναι δυνατή η πρόσληψη νερού και η επαρκής σίτιση από το στόμα χωρίς κίνδυνο εισρόφησης, γίνεται φυσικοθεραπεία των μυών που συμμετέχουν στην κατάποση και εκμάθηση τρόπων κατάποσης, ενίοτε με τη χρήση ηλεκτροδιέγερσης.

ε) Σίτιση

Οι διαταραχές κατάποσης κατά κύριο λόγο και λιγότερο η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και η δυσκοιλιότητα οδηγούν σε υποσιτισμό και σε ελλιπή θρέψη. Τα απλούστερα μέτρα αντιμετώπισης είναι η λογοθεραπεία και οι διαιτολογικές τροποποιήσεις, αλλά σε σοβαρότερες περιπτώσεις απαιτούνται φαρμακευτική αγωγή, γαστροστομία ή ειλεοστομία, ή ακόμη και πολυπλοκότερες χειρουργικές επεμβάσεις.

στ) Φαρμακοθεραπεία

Μεγάλος αριθμός παιδιών με εγκεφαλική παράλυση λαμβάνουν μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή. Έτσι, μπορεί να λαμβάνουν μυοχαλαρωτικά από το στόμα για τη μείωση της σπαστικότητας και των δυστονικών φαινομένων ή να υποβάλλονται σε ενέσεις βουτυλικής τοξίνης τύπου Α (Botox) στους προσβεβλημένους μυς ή και να φέρουν αντλία μπακιλοφαίνης που απελευθερώνει το μυοχαλαρωτικό απευθείας στον υπαρχονοειδή χώρο γύρω από το νωτιαίο μυελό. Άλλα φάρμακα, που συχνά χορηγούνται, είναι τα ντοπαμινεργικά για τις διαταραχές κινητικότητας, τα γαστροκινητικά για τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, τα αντιχολινεργικά για την ακούσια κινητικότητα και τη σιελόρροια, τα αναλγητικά και τα αντιφλεγμονώδη για το άλγος, τα αντιεπιληπτικά για τις επιληπτικές κρίσεις και τα αντιβιοτικά για τις υποτροπιάζουσες λοιμώξεις.

ζ) Χειρουργική Θεραπεία

Σκοπός της χειρουργικής θεραπείας είναι η διόρθωση των υπαρχουσών ανατομικών ανωμαλιών και η βελτίωση της λειτουργικότητας των υπερτονικών μυών, ώστε να μειωθεί η σπαστικότητα, να αποφευχθούν οι μόνιμες αγκυλώσεις, να βελτιωθεί η κινητικότητα και να επιτραπεί η φυσιολογική ανάπτυξη των άκρων. Πραγματοποιούνται διάφορες ορθοπαιδικές επεμβάσεις, όπως επιμηκύνσεις τενόντων και μυών, τενοντοτομές, τενοντομεταθέσεις, οστεοτομίες και διορθώσεις σκολίωσης. Απαιτείται ενδελεχής ανάλυση βάδισης (gait analysis), ώστε να υπάρχει βεβαιότητα για το όφελος και τη βέλτιστη μέθοδο. Μια νεότερη λεπτή νευροχειρουργική επέμβαση, η εκλεκτική οπίσθια ριζοτομή, μπορεί να μειώσει σημαντικά τη σπαστικότητα.

η) Ορθοπαιδικά Βοηθήματα

Μπορούν να χρησιμοποιηθούν νάρθηκες και συσκευές όρθωσης με σκοπό την αποφυγή αγκυλώσεων και παραμορφώσεων, καθώς και τη βελτίωση της στάσης και της βάδισης και την αύξηση της ανεξαρτησίας στην κινητικότητα. Σε βαρύτερες καταστάσεις θα απαιτηθούν αμαξίδια για παιδιά που δεν έχουν ανεξάρτητη κινητικότητα.

θ) Βοηθητικές Συσκευές

Αυτοματισμοί, τηλεχειρισμοί, τροποποιημένες εύχρηστες ηλεκτρικές συσκευές (φούρνος, τηλεόραση, τουαλέτα), ειδικά μολύβια, λαβίδες φαγητού, ηλεκτρονικοί υπολογιστές με κατάλληλο λογισμικό, σύγχρονα αυτοκινούμενα αμαξίδια με προσαρτημένες μικροσυσκευές μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά, ιδίως τα άτομα με φυσιολογική νοημοσύνη, στην καθημερινότητα, την εργασία και την επικοινωνία, ώστε να έχουν μεγαλύτερη αυτονομία και αποτελεσματικότητα.

ι) Ψυχοθεραπεία

Τα άτομα με εγκεφαλική παράλυση πρέπει να αντιμετωπίσουν τα ελλείμματά τους, αλλά και την κοινωνική απόρριψη και απομόνωση. Επίσης, λόγω των εγκεφαλικών βλαβών, υπάρχουν και εγγενή ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα. Συχνά, είναι απαραίτητη η συμβουλευτική υποστήριξη και η ψυχοθεραπεία (γνωστική-συμπεριφορική).

ια) Εναλλακτικές Θεραπείες

Διάφορες άλλες μέθοδοι έχουν εφαρμοστεί, άλλες πολλά υποσχόμενες και άλλες αμφιλεγόμενες, όπως οι θάλαμοι υπερβαρικού οξυγόνου για τη βελτίωση της εγκεφαλικής λειτουργίας, η βηματοδότηση νωτιαίου μυελού και οι ασύρματες συσκευές ηλεκτροδιέγερσης

των μυών για τη βελτίωση της κινητικότητας, η βιοανάδραση για τον έλεγχο της υπερτονίας των μυών και του συντονισμού των κινήσεων, η χειροπρακτική, εναλλακτικές μέθοδοι φυσικοθεραπείας και η δελφινόθεραπεία.

1.10. Πρόγνωση

Τα άτομα με τετραπληγία εμφανίζουν μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης, λόγω υποτροπιάζουσών λοιμώξεων του αναπνευστικού και του ουροποιητικού, διαταραχών από το γαστρεντερικό και επιληπτικών κρίσεων. Τα άτομα με ήπια συμπτώματα εμφανίζουν σχεδόν φυσιολογικό προσδόκιμο επιβίωσης. Η πλειοψηφία των παιδιών με σπαστική διπληγία ή ημιπληγία θα πετύχει πλήρως ανεξάρτητη βάδιση. Καλό προγνωστικό σημείο αποτελεί η επίτευξη καθιστής στάσης σε ηλικία 2 ετών, ενώ τα παιδιά που δεν μπορούν να κάτσουν σε ηλικία 4 ετών, αναμένεται ότι δεν θα περπατήσουν ποτέ. Συνολικά, ένα 25% θα ζήσει με ήπια συμπτώματα και ελάχιστους ή καθόλου περιορισμούς σε κινητικότητα, αυτοφροντίδα και άλλες δραστηριότητες. Το 50% των ατόμων θα ζήσει με μέτριας βαρύτητας συμπτώματα και αδυναμία πλήρους αυτονομίας αλλά και ικανοποιητική λειτουργικότητα, ενώ το υπόλοιπο 25% θα ζήσει με βαριά συμπτώματα και απαίτηση για συνεχή φροντίδα και αδυναμία κινητοποίησης.

2. Νοσήματα ανοικτού μυελικού σωλήνα

Κατά τη διάπλαση του νευρικού συστήματος σχηματίζεται ο μυελικός σωλήνας, από το πρόσθιο τμήμα του οποίου διαπλάθεται ο εγκέφαλος, ενώ από το υπόλοιπο τμήμα διαπλάθεται ο νωτιαίος μυελός. Ο μυελικός σωλήνας αρχικά (21^η ημέρα της κύησης) έχει ανοικτά και τα δύο άκρα του (νευροπόροι). Πρώτα πραγματοποιείται η σύγκλειση του πρόσθιου (24^η ημέρα) και ακολούθως και του οπίσθιου (28^η ημέρα). Επομένως, από την 28^η ημέρα της κύησης ο μυελικός σωλήνας είναι κλειστός. Η αποτυχία σύγκλεισης κατά την 22^η-28^η ημέρα της κύησης ή η επαναδιάνοιξη του μυελικού σωλήνα, συνήθως κατά την 5^η εβδομάδα, έχει ως αποτέλεσμα τα επανομαζόμενα νοσήματα ανοικτού μυελικού σωλήνα ή δυσραφίες. Η συχνότητά τους είναι 1,5-9/1000 γεννήσεις ζώντων. Υπάρχει μια πληθώρα διαφορετικών νοσημάτων, με συχνό φαινόμενο τη συνύπαρξη δύο ή περισσότερων (Πίνακας 5). Ο συχνότερος τύπος είναι η δισχιδής ράχη. Διάφοροι παράγοντες έχουν κατηγορηθεί ως υπεύθυνοι (Πίνακας 6). Ο σημαντικότερος από αυτούς είναι η ένδεια φολικού οξέος. Για το λόγο αυτό, πρέπει κάθε έγκυος να λαμβάνει καθημερινά και καθόλη τη διάρκεια της κύησης συμπληρώματα φολικού οξέος.

ΔΥΣΡΑΦΙΕΣ

Κρανιοραχίσχιση
Ανεγκεφαλία
Εγκεφαλοκήλη
Διαστηματομυελία
Διπλομυελία
Συριγγομυελία
Κλειστή δισχιδής ράχη
Ανοικτή δισχιδής ράχη:
Μηνιγγομυελοκήλη
Μηνιγγοκήλη
Λιπομηνιγγοκήλη
Αγενεσία ιερού οστού
Σύνδρομο καθελωμένου μυελού

Πίνακας 5: Ταξινόμηση των δυσραφιών

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ		
<i>Περιβαλλοντικοί</i>	<i>Φαρμακευτικοί</i>	<i>Γενετικοί</i>
Ένδεια φολικού οξέος	Σαλικυλικά	Γενικευμένες δυσμορφίες
Υποβιταμίνωση ή υπερβιταμίνωση Α	Αντινεοπλασματικά	Χρωμοσωμικές ανωμαλίες
Αλκοόλ	Αντιεπιληπτικά:	Παθολογικά γονίδια
Σακχαρώδης διαβήτης της κύησης	Βαλπροϊκό	
Νιτρικά	Καρβαμαζεπίνη	
Αλλοιωμένες πατάτες	Αναισθητικά	
Ακτινοβολία	Κιτρική κλομφαίνη	
Λοιμώξεις	Αμινοπτερίνη	
Υπερθερμία		

Πίνακας 6: Αιτιολογικοί παράγοντες για την αποτυχία σύγκλεισης του μυελικού σωλήνα

2.1. Δισχιδής ράχη

Η δισχιδής ράχη διακρίνεται στην κλειστή και την ανοικτή. Με τη σειρά της, η ανοικτή δισχιδής ράχη διακρίνεται στη μηνιγγοκήλη και τη μηνιγγομυελοκήλη. Αναλυτικότερα:

α) Κλειστή Δισχιδής Ράχη

Πρόκειται για την καλοήθεστερη μορφή δισχιδούς ράχης. Σε νεκροτομικές μελέτες βρέθηκε ότι μπορεί να προσβάλλει μέχρι και το 5% του γενικού πληθυσμού, αλλά επειδή στους περισσότερους διαδράμει ασυμπτωματικά, συχνότατα δεν διαγιγνώσκεται ποτέ. Σε αυτή παρατηρείται δυσπλασία ενός ή περισσότερων σπονδύλων στην περιοχή της βλάβης. Συνήθως προσβάλλονται ο πέμπτος οσφυϊκός και ο πρώτος ιερός σπόνδυλος. Η βλάβη μπορεί να καλύπτεται από μελαγχρωστικό δέρμα, από μια τούφα τριχών ή και από υποδόριο λίπωμα. Αν δεν υπάρχουν άλλες συνοδές βλάβες, σπάνια προκαλεί συμπτώματα εκτός από οσφυαλγία. Συχνά, όμως, συνυπάρχουν συμφύσεις του νωτιαίου μυελού ή ακόμη και σύνδρομο καθηλωμένου μυελού, ενδονωτιαία λιπώματα, λιπομηνιγγοκήλη (συγκέντρωση λίπους στην ιεροκοκκυγική χώρα που διεισδύει και στην ιππουρίδα), διαστηματομυελία (επίμηκες οβελιαίο διάφραγμα που διαχωρίζει στα δύο τον νωτιαίο μυελό), αλλά και ορθοπαιδικά προβλήματα άσχετα με την περιοχή της βλάβης. Οι συνοδές βλάβες μπορούν να προκαλούν πληθώρα νευρολογικών συμπτωμάτων, όπως διαταραχές στην κινητικότητα και την αισθητικότητα, ατροφίες και παραμορφώσεις των κάτω άκρων, διαταραχές στη βάδιση, ορθοκυστικές διαταραχές και σκολίωση.

β) Μηνιγγοκήλη

Στην περίπτωση αυτή, υπάρχει, εκτός από τη δυσπλασία των σπονδύλων, και προβολή των περιβλημάτων του νωτιαίου μυελού, των μηνίγγων, διαμέσου του οστικού ελλείμματος, αλλά όχι και του νωτιαίου μυελού ή των νωτιαίων νεύρων. Έτσι, δημιουργείται μια κυστική προβολή που περιέχει εγκεφαλονωτιαίο υγρό και η οποία καλύπτεται από δέρμα. Είναι σπανιότερη από μηνιγγομυελοκήλη και έχει καλύτερη πρόγνωση από αυτήν. Γενικώς είναι ασυμπτωματική, εκτός αν συνυπάρχουν και άλλες διαμαρτίες, κάτι συχνό ιδίως σε εντόπιση στην αυχενική μοίρα. Χειρουργική επέμβαση απαιτείται μόνο αν υπάρχει συρίγγιο, λόγω του κινδύνου επιμόλυνσης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και πρόκλησης μηνιγγίτιδας.

γ) Μηνιγγομυελοκήλη

Εμφανίζει συχνότητα 0,6-0,8 σε 1000 γεννήσεις ζώντων. Έχει παρατηρηθεί συσχέτιση με το μητρικό σακχαρώδη διαβήτη. Στο 15% των περιπτώσεων συνυπάρχουν και άλλες ση-

μαντικές διαμαρτίες, ενώ σε ένα ποσοτό 10% παρατηρούνται χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Στην μηνιγγομυελοκήλη, διαμέσου του οστικού ελλείμματος των προσβεβλημένων σπονδύλων, προβάλλουν, όχι μόνο μήνιγγες, αλλά και ο νωτιαίος μυελός, καθώς και οι ρίζες των νωτιαίων νεύρων. Επιπλέον, συχνά υπάρχει δυσπλασία και του υπερκείμενου δέρματος, με αποτέλεσμα η βλάβη να καλύπτεται συνήθως μόνο από μια λεπτή και εύθραυστη μεμβράνη με μεγάλο κίνδυνος ρήξης και μηνιγγίτιδας. Η εντόπιση της βλάβης είναι στο 80-90% στην ιεροκοκκυγική χώρα. Στη θέση αυτή δεν υπάρχει νωτιαίος μυελός, αλλά μόνο νωτιαία νεύρα. Για το λόγο αυτό, τα συμπτώματα της νόσου είναι χαλαρή παράλυση των κάτω άκρων και των μυών της πυέλου με δυσχέρεια ή και αδυναμία βάδισης, αισθητικές διαταραχές στα κάτω άκρα και την ουρογεννητική περιοχή, άτονα έλκη, καθώς και ορθοκυστικές διαταραχές με υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις. Σε εντόπιση της μηνιγγομυελοκήλης στη θωρακική μοίρα θα έχουμε επιπλέον και σπαστικότητα, ενώ αν η εντόπιση είναι στην αυχενική μοίρα θα υπάρχει συμμετοχή και των άνω άκρων. Η βαρύτητα ποικίλλει ευρέως και εξαρτάται από το μέγεθος και την εντόπιση της δυσπλασίας, την εμπλοκή των νωτιαίων νεύρων, την παρουσία ή όχι δερματικής κάλυψης. Γενικώς, όσο ψηλότερα η βλάβη τόσο σοβαρότερη η κατάσταση.

Σε ποσοτό 80-95% συνυπάρχουν κι άλλες δυσπλασίες. Σε αυτήν, τμήμα του στελέχους του εγκεφάλου και της παρεγκεφαλίδας προβάλλει στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης, προκαλώντας πίεση του στελέχους και του νωτιαίου μυελού. Έτσι παρακωλύεται η κυκλοφορία του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, με αποτέλεσμα την εμφάνιση υδροκεφαλίας. Επιπλέον, προκαλούνται παρετικά φαινόμενα από τα άνω και τα κάτω άκρα, διαταραχές της κατάποσης, αλλά και της αναπνοής. Είναι δυνατόν, μάλιστα, επειδή πιέζονται τα ζωτικά κέντρα της αναπνοής και της καρδιακής λειτουργίας, να προκληθεί αιφνίδιος θάνατος από καρδιοαναπνευστική ανακοπή. Η υδροκεφαλία είναι η κύρια αιτία της νοητικής υστέρησης και των μαθησιακών διαταραχών, που παρουσιάζει σημαντικός αριθμός των ασθενών.

Η προγενετική διάγνωση επιτυγχάνεται με τη μέτρηση των επιπέδων της α-εμβρυϊκής πρωτεΐνης στο αίμα της εγκύου κατά τη 16^η-18^η εβδομάδα της κύησης, μέθοδος που έχει ευαισθησία 80%. Σε θετικό αποτέλεσμα ακολουθεί επιβεβαίωση με έλεγχο των επιπέδων της α-εμβρυϊκής πρωτεΐνης στο αμνιακό υγρό μετά από αμνιοκέντηση, μέθοδος που έχει ευαισθησία 99%. Άλλη ευαίσθητη μέθοδος είναι το υπερηχογράφημα. Μετά τον τοκετό, απαιτείται έλεγχος, με αξονική και μαγνητική τομογραφία, για πιθανή δυσπλασία σε παιδιά που εμφανίζουν αδυναμία των κάτω άκρων ή των μυών της πυέλου.

Δεν υπάρχει ριζική θεραπεία. Δεν ανακτάται ο κατεστραμένος νευρικός ιστός ούτε η απωλεσθείσα λειτουργικότητα. Ο σκοπός της πρώιμης θεραπείας είναι η διατήρηση της υπάρχουσας κινητικότητας και η πρόληψη επιπλέον βλαβών, καθώς και της μηνιγγίτιδας. Πραγματοποιείται χειρουργική επέμβαση στην περιοχή της μηνιγγομυελοκήλης μέσα στις πρώτες ημέρες της ζωής. Πρώιμα πραγματοποιείται και η παροχέτευση του υδροκεφάλου, συνήθως με κοιλιοπεριτοναϊκή παροχέτευση, δηλαδή με καθετήρα που καταλήγει στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Σε δεύτερο χρόνο πραγματοποιούνται συμπληρωματικές επεμβάσεις όπως η αποκατάσταση του συνδρόμου καθηλωμένου μυελού, η χειρουργική διόρθωση της κυφοσκολίωσης, ορθοπαιδικές επεμβάσεις σε κάτω άκρα και πύελο, ουρολογικές επεμβάσεις και η αντικατάσταση παλαιότερης δυσλειτουργούσας κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης. Σε εξειδικευμένα κέντρα έχει επιχειρηθεί και ενδομήτρια χειρουργική θεραπεία, η οποία ενέχει κινδύνους (πρώως τοκετός, ενδομήτριος λοίμωξη, διαβήτης της κύησης και πρόσληψη βάρους λόγω αιμηνσίας), αλλά προσφέρει και αξιοσημείωτα οφέλη (άρση της έκθεσης του νευρικού ιστού στο τοξικό αμνιακό υγρό και μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης συνδρόμου Arnold-Chiari τύπου II). Όσο σημαντική είναι η χειρουργική αποκατάσταση, τόσο σημαντική είναι και η συστηματική φυσικοθεραπεία, η οποία αποσκοπεί στη βελτίωση της λειτουργικότητας των

προσβεβλημένων μελών και την αποφυγή μόνιμων αγκυλώσεων, παραμορφώσεων και ατροφιών. Η χρήση βοηθημάτων για την κίνηση των παιδιών με μνηνιγγομυελοκήλη προσφέρει στην ανεξαρτησία τους. Όσο ψηλότερα είναι η βλάβη, τόσο πιο εκτεταμένη η προσβολή των μυών και τόσο πιο δραστικά μέτρα λαμβάνονται. Έτσι, σε χαμηλές βλάβες, μπορεί να αρκούν νάρθηκες για την ποδοκνημική άρθρωση, σε μέσες βλάβες χρησιμοποιούνται ειδικές ορθωτικές συσκευές, ενώ σε υψηλές βλάβες είναι αδύνατη η επίτευξη όρθιας στάσης και είναι απαραίτητη η χρήση αναπηρικών αμαξιδίων. Σημαντική συμβολή στην επιβίωση και την ποιότητα ζωής των ατόμων με μνηνιγγομυελοκήλη προσφέρουν οι καθαροί διαλείποντες αυτοκαθετηριασμοί, οι οποίοι είναι δυνατοί λόγω της καλής λειτουργικότητας των χεριών και απαλλάσσουν από την ενοχλητική παρουσία μόνιμου ουροκαθετήρα.

Η πρόγνωση εξαρτάται από τον αριθμό και τη σοβαρότητα των δυσπλασιών, καθώς και από την ύπαρξη επιπλοκών. Τα άτομα με μνηνιγγομυελοκήλη έχουν σχετικά δραστήρια ζωή και φυσιολογική νοημοσύνη, περπατούν συχνά με βοηθήματα, ενώ απαιτείται και πρώιμη εκπαιδευτική παρέμβαση για τις μαθησιακές διαταραχές που θα παρουσιάσουν.

3. Κληρονομικά νοσήματα

Μια πλειάδα γενετικώς κληρονομούμενων νοσημάτων προσβάλλουν την κινητικότητα. Τα νοσήματα αυτά εκδηλώνονται, άλλοτε από τη γέννηση και άλλοτε μεταγενέστερα, όταν ήδη έχει επιτευχθεί κάποιο επίπεδο κινητικότητας. Στη δεύτερη περίπτωση, το προσβεβλημένο παιδί, το οποίο εμφάνιζε φυσιολογική ψυχοκινητική ανάπτυξη, οδηγείται σε απώλεια κινητικών και άλλων δεξιοτήτων και παλινδρόμηση σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης. Παραδείγματα αποτελούν οι μυοπάθειες, όπως η μυϊκή δυστροφία, τα μεταβολικά και τα αποθησαυριστικά νοσήματα, όπως η αδρενολευκοδυστροφία, οι νωτιοπαρεγκεφαλιδικές εκφυλίσεις, όπως η αταξία Friedreich, οι νωτιαίες μυϊκές ατροφίες και άλλα νοσήματα. Η έγκαιρη διάγνωση, εκτός από τη βελτίωση της πρόγνωσης για τον ίδιο τον ασθενή, έχει κυρίως προληπτικό χαρακτήρα, προλαμβάνοντας τη γέννηση και άλλων πασχόντων παιδιών στην ίδια οικογένεια.

3.1. Μυϊκή δυστροφία

Γενικά

Πρόκειται για κληρονομικό νόσημα που οφείλεται σε μετάλλαξη στο γονίδιο που κωδικοποιεί την πρωτεΐνη δυστροφίνη, συστατικό της μεμβράνης των μυϊκών κυττάρων. Επειδή η μετάλλαξη εντοπίζεται στο X χρωμόσωμα, πρόκειται για νόσημα φυλοσύνδετο υπολειπόμενο, δηλαδή κληρονομείται από τη μητέρα-φορέα στο 50% των γιών της, ενώ το 50% των θυγατέρων της είναι φορείς. Επομένως προσβάλλει αποκλειστικά αγόρια, με συχνότητα 1:3.500 γεννήσεις αγοριών. Διακρίνουμε την μυϊκή δυστροφία τύπου Duchenne, καθώς και την ηπιότερη μορφή, τη μυϊκή δυστροφία τύπου Becker.

Εκδηλώσεις

Η έναρξη της μυϊκής δυστροφίας τύπου Duchenne τοποθετείται συνήθως πριν από την ηλικία των 3 ετών. Αρχικά παρατηρείται δυσχέρεια στη βάδιση σε ένα αγόρι με φυσιολογική κινητική ανάπτυξη σε σχέση με την ηλικία του. Καθώς η νόσος προοδεύει, γίνεται εμφανής η ατροφία των μυών της πύελου, της ωμικής ζώνης και των κεντρικών τμημάτων των άκρων. Ψευδοϋπερτροφία, λόγω αντικατάστασης του μυϊκού ιστού από ινώδη συνδετικό ιστό, παρατηρείται χαρακτηριστικά στις γαστροκνημίες. Το προσβεβλημένο παιδί παρουσιάζει «χρήνιο βάδισμα» με αμφιταλαντεύσεις και υπερλόρδωση της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στή-

λης. Κατά την προσπάθειά του να σηκωθεί όρθιο, αναρριχάται κυριολεκτικά στα πόδια του. Με την πάροδο του χρόνου εμφανίζονται παραμορφώσεις, ιδίως στη σπονδυλική στήλη και το θώρακα. Η αναπνευστική ανεπάρκεια είναι αποτέλεσμα τόσο της μυϊκής αδυναμίας όσο και της παραμόρφωσης του θώρακα και προδιαθέτει σε υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, όπως και η παράλυση των μυών της κατάποσης στα προχωρημένα στάδια της νόσου. Προσβάλλεται και ο καρδιακός μυς, με αποτέλεσμα την εκδήλωση καρδιακής ανεπάρκειας και σοβαρών αρρυθμιών. Οι ασθενείς γενικώς εμφανίζουν ελαφρά νοητική υστέρηση. Τελικά επέρχεται καθήλωση σε αναπηρικό αμαξίδιο σε ηλικία μικρότερη των 12 ετών.

Διάγνωση

Η διάγνωση στηρίζεται στο συνδυασμό ιστορικού, κλινικών ευρημάτων βιοχημικών εξετάσεων αίματος (μεγάλη αύξηση μυϊκών ενζύμων) και νευροφυσιολογικού ελέγχου. Η επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται με βιοψία μυός ή με ανάλυση DNA. Με τη δεύτερη γίνεται και η διάγνωση φορέων της νόσου. Τέλος, είναι δυνατή η προγενετική διάγνωση της νόσου στο έμβρυο.

Θεραπεία

Κεφαλαιώδους σημασίας είναι η σωστή φυσικοθεραπεία με παθητικές εκτάσεις και συχνή ήπια άσκηση, με σκοπό τη διατήρηση της λειτουργικότητας των μυών και τη διόρθωση της στάσης του σώματος. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η ηλεκτροδιέγερση. Η φυσικοθεραπεία του αναπνευστικού βελτιώνει την αναπνευστική λειτουργία, η λογοθεραπεία την κατάποση και την ομιλία και η εργοθεραπεία τη λεπτή κινητικότητα. Νάρθηκες, αμαξίδια και άλλα βοηθήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Διαιτητικές τροποποιήσεις βοηθούν την ελαττωματική κατάποση, ενώ η πρεδνιζόνη φαίνεται να δίνει παράταση ζωής στους ασθενείς. Τα μεγαλύτερα οφέλη, όμως, επιτυγχάνονται με ορθοπαιδικές επεμβάσεις, όπως η χειρουργική διόρθωση της κυφοσκολίωσης, με αποτέλεσμα βελτίωση της κινητικότητας και της αναπνευστικής λειτουργίας. Στο τελικό στάδιο της νόσου επέρχεται αναπνευστική ανεπάρκεια, οπότε είναι απαραίτητη η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι σε περιορισμένη κλίμακα γίνονται δοκιμαστικές εφαρμογές νέων θεραπευτικών μεθόδων που υπόσχονται πολλά για το μέλλον, όπως η γονιδιακή θεραπεία και η χρήση βλαστικών κυττάρων.

Πρόγνωση

Η μυϊκή δυστροφία τύπου Duchenne επιδεινώνεται προϊόντως του χρόνου και προστίθενται επιπλοκές καρδιακής ή αναπνευστικής ανεπάρκειας. Η επιτυχής θεραπεία μπορεί να προσφέρει παράταση ζωής για διάστημα που μπορεί να υπερβαίνει και τα δέκα έτη. Όσον αφορά τη μυϊκή δυστροφία τύπου Becker, η έναρξή της είναι γενικώς πιο όψιμη (> 5 ετών – συχνά εφηβεία) και η πορεία της βραδύτερη (ικανότητα για βάδιση σε ηλικία > 20 ετών).

3.2. Αδρενολευκοδυστροφία (ALD)

Γενικά

Κληρονομείται κατά τον υπολειπόμενο φυλοσύνδετο χαρακτήρα και εμφανίζει συχνότητα από 1:17.000 έως 1:200.000 γεννήσεις άρρενων. Οφείλεται σε διαταραχή της οξείδωσης των πολύ μακράς αλύσου λιπαρών οξέων (VLCFAs), δηλαδή αυτών που φέρουν 24-30 άτομα άνθρακα στο μόριό τους. Αυτά εναποτίθενται σε διάφορους ιστούς, όπως στη λευκή ουσία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, στο φλοιό των επινεφριδίων και τους όρχεις, προκαλώντας τον πρόωρο θάνατο των αντίστοιχων κυττάρων.

Εκδηλώσεις

Διακρίνονται οι ακόλουθες μορφές:

1. Παιδική εγκεφαλική (<10 ετών) (33-39%)
2. Εφηβική εγκεφαλική (10-21 ετών) (4-7%)
3. Ενήλικη εγκεφαλική (>21 ετών) (1-16%)
4. Αδρενομυελονευροπάθεια (25-46%)
5. Ανεπάρκεια επινεφριδίων χωρίς νευρολογική συμμετοχή (12-20%)
6. Ασυμπτωματική νόσος (7-13%)

Στην κλασική παιδική μορφή, τη βαρύτερη όλων, τα πρώτα συμπτώματα εκδηλώνονται σε ηλικία 3-10 ετών. Ένα αγόρι με φυσιολογική ψυχοσωματική ανάπτυξη, εμφανίζει αξιοσημείωτα κακή σχολική επίδοση, με έκπτωση μνήμης, καθώς και μεταβολή της προσωπικότητας, με χαρακτηριστική συναισθηματική αστάθεια (ανόητοι γέλωτες και κλαυθμοί). Αργότερα, εγκαθίσταται προϊούσα σπαστική τετραπάρεση, αλλά και αισθητικές διαταραχές, ιδίως στα κάτω άκρα, με αποτέλεσμα αρχικά δυσχέρεια και ακολούθως αδυναμία βάδισης και ορθοστάτησης. Παράλληλα εμφανίζονται διαταραχές ομιλίας, αλλά και γραφής, απώλεια δεξιοτήτων (ένδυση, κατασκευές), οπτικές και ακουστικές διαταραχές, καθώς και ορθοκυστικές διαταραχές. Σε ποσοστό 30% συνυπάρχουν επιληπτικές κρίσεις και σε ποσοστό 20% ανεπάρκεια επινεφριδίων με χαρακτηριστική υπέρχρωση του βλεννογόνου του στόματος και του δέρματος των θηλών, των αγκώνων, των γονάτων και του οσχέου. Προοδευτικά εγκαθίσταται άνοια και ταχέως, συνήθως εντός τριετίας, ο μικρός ασθενής μεταπίπτει σε φυτική κατάσταση και καταλήγει.

Εξίσου συχνή μορφή είναι η αδρενομυελονευροπάθεια, η οποία χαρακτηρίζεται από βραδεία πορεία και επιβίωση μέχρι και την 8^η δεκαετία της ζωής. Στην μορφή αυτή προσβάλλονται, εκτός από τον εγκέφαλο και τα επινεφρίδια, ο νωτιαίος μυελός και τα περιφερικά νεύρα. Νευρολογική σημειολογία εμφανίζεται κατά την 2^η έως την 4^η δεκαετία της ζωής με σπαστική παραπάρεση, αισθητικές διαταραχές, ορθοκυστικές διαταραχές και σεξουαλική δυσλειτουργία. Τα συμπτώματα της ανεπάρκειας επινεφριδίων εμφανίζονται από την πρώιμη παιδική ηλικία και περιλαμβάνουν μυϊκή αδυναμία, εμέτους και απώλεια βάρους, υπέρχρωση δέρματος και βλεννογόνων, καθώς και γυναικομαστία.

Ήπια συμπτώματα, τόσο νευρολογικά όσο και επινεφριδιακής ανεπάρκειας, είναι δυνατόν να παρουσιάσουν και οι θήλεις φορείς.

Διάγνωση

Η διάγνωση σε ασθενείς, σε ασυμπτωματικά άτομα και σε θήλεις φορείς γίνεται με την εύρεση υψηλής συγκέντρωσης του παράγοντα VLCFAs στο πλάσμα και σε καλλιέργειες κυττάρων. Η επιβεβαίωση της νόσου πραγματοποιείται με γενετικό έλεγχο. Είναι δυνατή η προγενετική διάγνωση της νόσου στο έμβρυο.

Θεραπεία

Η χορήγηση ενός μίγματος μονοακόρεστων λιπαρών οξέων, το οποίο αποτελείται από ελαιϊκό και ερουσικό οξύ σε αναλογία 4:1 και είναι γνωστό ως «Lorenzo's oil», ώστε να καλύπτει το 5% της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης, έχει θετικά αποτελέσματα μόνον αν χρησιμοποιηθεί στο ασυμπτωματικό στάδιο. Παράλληλα απαιτούνται και άλλες διαιτητικές τροποποιήσεις, ώστε να περιοριστεί στο ελάχιστο η πρόσληψη λιπαρών οξέων μακράς αλυσού, όπως η αφαίρεση της φλούδας των φρούτων και λαχανικών και ο περιορισμός των λιπών στο 10-15% της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης. Η μόνη αποτελεσματική θεραπεία είναι η μεταμόσχευση μυελού των οστών. Έτσι χορηγούνται στον ασθενή κύτταρα διασπούν

τα VLCFAs, τα οποία μάλιστα μεταναστεύουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα, με αποτέλεσμα την αναστολή της προόδου της νόσου ή ακόμη και τη βελτίωση της συμπτωματολογίας. Παράλληλα απαιτείται και ορμονική υποκατάσταση για την αντιμετώπιση της ανεπάρκειας των επινεφριδίων.

Βιβλιογραφία

- Charles, J.R., Wolf, S.L., Schneider, J.A. & Gordon, A.M. (2006). Efficacy of a child-friendly form of constraint-induced movement therapy in hemiplegic cerebral palsy: a randomized control trial. *Dev Med Child Neurol*, 48(8):635-642.
- Glover, J.E., Mateer, C.A., Yoell, C. & Speed, S. (2002). The effectiveness of constraint induced movement therapy in two young children with hemiplegia. *Pediatr Rehabil*, 5(3):125-131.
- Κατριοῦ, Δ., Κρεμενόπουλος, Γ. & Παντελιάδης Χ. (1997). *Παιδιατρική*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Γιαχούδη-Γιαπούλη.
- Koenig, A., Wellner, M., Köneke, S., Meyer-Heim, A., Lünenburger, L. & Riener, R. (2008). Virtual gait training for children with cerebral palsy using the Lokomat gait orthosis. *Stud Health Technol Inform*. 132:204-209.
- Λογοθέτης, Ι. & Μυλωνάς, Ι. (1996). *Νευρολογία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μαλακά-Ζαφειρίου, Κ. (2003). *Παιδιατρική*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Panteliadis, Ch.P. & Darras, B.T. (1995). *Pediatric Neurology: Theory and Praxis*. Thessaloniki: Gaihouidi-Giapouli.
- Ropper, A.H. & Brown, R.H. (2005). *Adam's and Victor's Principle of Neurology*. McGraw-Hill.

Δικτυακοί τόποι:

- <http://www.bobath.org.uk>
- <http://www.bobath.org.uk/TheBobathApproach.html>
- <http://www.bobath.org.uk/WhatisCerebralPalsy.html>
- http://www.ninds.nih.gov/disorders/cerebral_palsy/detail_cerebral_palsy.htm
- http://www.ninds.nih.gov/disorders/friedreichs_ataxia/detail_friedreichs_ataxia.htm
- http://www.ninds.nih.gov/disorders/md/detail_md.htm
- http://www.ninds.nih.gov/disorders/spina_bifida/detail_spina_bifida.htm
- http://gait.aidi.udel.edu/res695/homepage/pd_ortho/clinics/c_palsy/cpweb.htm
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spinabifida.html>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/neuraltubedefects.html>
- <http://www.emedicine.com/pmr/TOPIC24.HTM>
- <http://www.emedicine.com/orthoped/TOPIC109.HTM>
- <http://www.emedicine.com/neuro/TOPIC139.HTM>
- <http://www.emedicine.com/pmr/TOPIC171.HTM>
- <http://www.emedicine.com/neuro/TOPIC244.HTM>
- <http://www.emedicine.com/neuro/TOPIC265.HTM>
- <http://www.emedicine.com/neuro/TOPIC309.HTM>
- <http://www.emedicine.com/neuro/TOPIC533.HTM>
- <http://www.emedicine.com/neuro/TOPIC670.HTM>
- <http://www.emedicine.com/ped/TOPIC2805.HTM>
- http://www.ucp.org/ucp_generaldoc.cfm/1/9/37/37-37/447
- http://www.cerebralpalsysource.com/About_CP/index.html
- http://www.cerebralpalsysource.com/Types_of_CP/index.html
- http://www.cerebralpalsysource.com/cp_quickfacts/index.html
- http://www.cerebralpalsysource.com/Treatment_and_Therapy/index.html

ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN

Ευαγγελία Δημητρακούδη

Το σύνδρομο Down είναι μια γενετική διαταραχή. Όπως δηλώνει και ο όρος «σύνδρομο» πρόκειται για ένα σύνολο κοινών χαρακτηριστικών που περιλαμβάνουν κάποια εμφανή σωματικά χαρακτηριστικά και κάποιου βαθμού νοητική στέρηση.

Το 1866, ένας Άγγλος ιατρός ονομαζόμενος John Langdon Down, πρόσεξε ότι μια ομάδα ατόμων άσχετων μεταξύ τους, που βρίσκονταν έγκλειστα σε ιδρύματα, είχαν παρόμοια σωματικά χαρακτηριστικά καθώς και νοητική στέρηση. Ο ιατρός Down, προσέχοντας ότι το σχήμα των ματιών αυτών των παιδιών ήταν τύπου ‘ανατολικού’, παρόμοιο με αυτό της μογγολικής φυλής, και ενισχυόμενος από την υπόθεση ότι όσο η καταγωγή κάποιου ήταν μακρύτερα από την Ευρώπη τόσο μειωνόταν η νοημοσύνη του, χώρισε τους ανθρώπους σε κατηγορίες ανάλογα με τη νοημοσύνη τους. Την κατώτερη κατηγορία την ονόμασε ‘ιδιωτεία’ και εισήγαγε τον όρο ‘μογγολοειδής ιδιωτεία’ για τα άτομα με το συγκεκριμένο σύνδρομο· έναν όρο ο οποίος το 1860 φαινόταν πραγματικά επιστημονικός, ενώ σήμερα δεν έχει κανένα νόημα (1,2). Αυτός ο όρος, όμως, σήμαινε ότι δεν δινόταν καμία ιδιαίτερη σημασία στα άτομα με σύνδρομο Down, εκτός από την απαραίτητη φροντίδα ώστε να επιβιώνουν, γιατί τόσο οι οικογένειές τους όσο και οι επαγγελματίες της εποχής πίστευαν ότι αυτά τα παιδιά ήταν όλα ίδια και δεν διέθεταν καμία δυνατότητα μάθησης. Χρειάστηκε να περάσουν περίπου 100 χρόνια ώστε το 1946 ο ιατρό-νηπιαγωγός Jerome Lejeune στο Παρίσι να μιλήσει για πρώτη φορά για την αιτιολογία αυτών των χαρακτηριστικών, διαπιστώνοντας την ύπαρξη ενός υπεράριθμου χρωμοσώματος στα κύτταρα εννέα πασχόντων εκ του συνδρόμου Down.

1. Χρωμοσωμικά πρότυπα του Συνδρόμου Down

Τα χρωμοσώματα, με απλά λόγια, είναι τα ‘δομικά υλικά’ που μας δίνουν τα ατομικά μας χαρακτηριστικά, χρώμα ματιών, χρώμα μαλλιών κ.α. Ο άνθρωπος φυσιολογικά έχει πάντοτε 46 χρωμοσώματα τα οποία φέρονται κατά ζεύγη, δηλαδή ο άνθρωπος έχει 23 ζεύγη. Τι συμβαίνει στα άτομα με σύνδρομο Down; Υπάρχουν τρία χρωμοσωμικά πρότυπα που έχουν ως αποτέλεσμα το σύνδρομο Down.

1.1. Τρισωμία 21

- Γνωστή ως μη διαζευκτική τρισωμία 21
- Κάθε κύτταρο στο σώμα περιέχει ένα υπεράριθμο (τρίτο) χρωμόσωμα στο ζεύγος 21.
- Συμβαίνει στο 95% των ατόμων με σύνδρομο Down.
- Η χρωμοσωμική ανωμαλία συμβαίνει κατά τη διάρκεια ή πριν από τη γονιμοποίηση.
- Η συχνότητα αυξάνει με την ηλικία της μητέρας και φθάνει να έχει επίπτωση 1 στις 54 γεννήσεις σε μητέρες ηλικίας 45 ετών και μεγαλύτερες (3).

1.2. Μετάθεση

- Ένα επιπλέον κομμάτι του 21^{ου} χρωμοσώματος συνδέεται ή «μετατοπίζεται» σε ένα άλλο χρωμόσωμα.
- Συμβαίνει στο 3-4% των ατόμων με σύνδρομο Down.
- Η χρωμοσωμική ανωμαλία συμβαίνει κατά τη διάρκεια ή πριν από τη γονιμοποίηση.
- Η συχνότητα εμφάνισης είναι ανεξάρτητη από την ηλικία της μητέρας (4).

1.3. Μωσαϊσμός

- Είναι το αποτέλεσμα ενός λάθους στην κυτταρική διαίρεση αμέσως μετά τη γονιμοποίηση.
- Αντί να έχουν ένα επιπλέον 21^ο χρωμόσωμα σε κάθε κύτταρο, τα άτομα αυτά έχουν 46 χρωμοσώματα σε μερικά κύτταρα και 47 χρωμοσώματα σε άλλα.
- Ελάχιστα από τα τυπικά σωματικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου μπορεί να είναι εμφανή (5).

Έως τις προηγούμενες δεκαετίες η επίπτωση ήταν μεγάλη και μάλιστα σε μητέρες μεγάλης ηλικίας, ωστόσο ο προγεννητικός έλεγχος και διάγνωση επηρέασαν σαφώς την επίπτωση. Το 1992 η επίπτωση στις ΗΠΑ ήταν 1,04 ανά 1000 γεννήσεις και 34,1% από αυτές αφορούσαν μητέρες 35 ετών και άνω (6), ενώ το 1950 ήταν περίπου 1 στις 500 γεννήσεις (7).

2. Κλινική εικόνα του συνδρόμου Down

Η κλινική εικόνα του συνδρόμου Down συνίσταται από έναν ασυνήθιστο συνδυασμό ανωμαλιών, παρά από ένα συνδυασμό ασυνήθιστων ανωμαλιών (8). Η κατάσταση φαίνεται να είναι συχνότερη στα αγόρια, με μια μελέτη να φτάνει την αναλογία αγόρια:κορίτσια = 23:1, με τις γυναίκες ωστόσο να υπερέχουν στο μωσαϊκό χρωμοσωμικό πρότυπο (4).

Κατά τη γέννηση, τα παιδιά αυτά έχουν συνήθως λιγότερο βάρος και μήκος σώματος, παρά τη φυσιολογική διάρκεια της κύησης, λόγω καθυστέρησης της ενδομήτριας ανάπτυξης. Η καθυστέρηση της ανάπτυξης συνεχίζεται και μετά τη γέννηση και έτσι το βάρος και το ύψος των παιδιών αυτών εξακολουθούν να είναι μικρότερα του μέσου όρου που αντιστοιχούν στην ηλικία τους (9). Εμφανίζουν άλλοτε άλλου βαθμού **νοητική καθυστέρηση**, με τους περισσότερους ενήλικες να έχουν ένα δείκτη νοημοσύνης (IQ) μεταξύ 25 και 49 (μέσο όρο περίπου 43), ενώ δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η νοητική τους ανάπτυξη και ηλικία εξαρτάται και από περιβαλλοντολογικούς παράγοντες, όπως τα ερεθίσματα που δέχονται από το περιβάλλον και από την πιθανή ανάπτυξη προγεροντικής άνοιας ακόμη και πριν την εφηβεία. Σε μεγαλύτερο ποσοστό από το γενικό πληθυσμό, τα άτομα με σύνδρομο Down εμφανίζουν καρδιαγγειακές ανωμαλίες (όπως συγγενείς καρδιοπάθειες), συγγενείς γαστροοισοφαγικές ανωμαλίες, λευχαιμίες, αυτοάνοσες καταστάσεις όπως είναι νεανικός διαβήτης τύπου I, υποθυρεοειδισμός, συγγενής υπογοναδισμός και πρωτοπαθής γοναδική ανεπάρκεια (στα αγόρια τα γεννητικά όργανα πολλές φορές είναι υποπλαστικά και συχνά υπάρχει κρυφορχία).

Όσον αφορά τη **νευρολογική συμπτωματολογία**, τα άτομα με σύνδρομο Down εμφανίζουν γενικευμένη μυϊκή υποτονία και υπερεξετασιμότητα των αρθρώσεων κυρίως κατά την παιδική ηλικία, σπασμούς της παιδικής ηλικίας σε μεγαλύτερο ποσοστό από το γενικό πληθυσμό (10), ενώ σημαντική αναφορά πρέπει να γίνει στην ανάπτυξη εκφυλιστικών αλλοιώσεων του εγκεφάλου και κλινικών εκδηλώσεων άνοιας τύπου Alzheimer (11). Επίσης,

συχνή είναι η μη σταθερή ατλαντοαξονονική διάρθρωση, με αποτέλεσμα κάποιες φορές πόνο στο λαιμό ή διαταραχές βάδισης.

2.1. Όραση

Τα παιδιά αυτά έχουν χαρακτηριστική στενή και λοξή φορά της σχισμής των ματιών, ενώ συχνά εμφανίζουν επίκανθο και κηλίδα του Brushfield (πρόκειται για συσσωρευση ινώδους ιστού στην επιφανειακή στιβάδα της ίριδος)(12). Συχνές επίσης είναι οι βλεφαρίτιδες, οι επιπεφυκίτιδες, και οι διαθλαστικές ανωμαλίες. Τα οπτικά ερεθίσματα αποτελούν μεγάλη βοήθεια για τα παιδιά με σύνδρομο Down, μια και τείνουν να είναι πολλοί καλοί οπτικοί τύποι μάθησης. Απαραίτητο, λοιπόν, είναι να ελεγχθεί και να διασφαλισθεί ότι η όραση δεν παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα. Επίσης, επειδή η γέφυρα της μύτης είναι μικρή και ανεπαρκής, τα παιδιά έχουν δυσκολία στο να φορούν τα γυαλιά τους. Οι οπτικοί στο σημείο αυτό μπορούν να βοηθήσουν βάζοντας στα γυαλιά διαφορετικό κομμάτι στη μέση (γέφυρα) και μεγαλύτερα χερούλια (earpieces). Οι φακοί επαφής έχουν επίσης προσαρμοσθεί για τα παιδιά με σύνδρομο Down. Ένα άλλο σημείο που θα πρέπει να προσεχθεί είναι ότι παρουσιάζουν μεγάλη ευαισθησία στο έντονο φως ή μπορεί να μην έχουν τη δυνατότητα να προσαρμοσθούν από το έντονο φως στη σκιά και το αντίθετο. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να σκοντάφτει κάποιες φορές το παιδί (π.χ. στη σκάλα) γεγονός που ίσως θεωρηθεί λανθασμένα ως αδεξιότητα (13).

Συμπερασματικά, τα παιδιά με Down είναι επιρρεπή σε οπτικές βλάβες. Ως συνέπεια, ο μαθητής ενδέχεται να διαμορφώνει ιδιαίτερες στάσεις, όπως να γυρίζει το κεφάλι προς τα πίσω ή να σκύβει πολύ κοντά στο βιβλίο. Θα ήταν χρήσιμο ο μαθητής να τοποθετείται στις μπροστινές θέσεις της τάξεως, να χρησιμοποιούνται μεγάλα γράμματα και απλή και ξεκάθαρη παρουσίαση.

2.2. Ακοή

Τα αυτιά συνήθως είναι μικρά με χαμηλά προσφυόμενα ακουστικά πτερύγια, συχνά σε σχήμα C, υποπλαστικό τράγο, υποπλαστικό χόνδρο, μικρή διάμετρο έξω ακουστικού πόρου. Συχνές επίσης είναι οι ανατομικές ανωμαλίες στο μέσο και έσω ους, με συνέπεια οξείες και χρόνιες ωτίτιδες, διαταραχή ακοής και καθυστέρηση της γλωσσικής ανάπτυξης (14). Πολλά παιδιά με σύνδρομο Down παρουσιάζουν κάποιο ακουστικό πρόβλημα, κυρίως στα πρώτα χρόνια της ζωής τους (15). Μέχρι και 20% μπορεί να έχουν μια απώλεια αισθητηριακού τύπου εξαιτίας αναπτυξιακών ατελειών στο αυτί και τα ακουστικά νεύρα. Πάνω από 50% μπορεί να πάσχουν από βαρηκοΐα αγωγιμότητας, λόγω συχνής συλλογής υγρού στο αυτί. Αυτό συμβαίνει γιατί τα παιδιά αυτά είναι επιρρεπή σε κρυώματα και μολύνσεις κυρίως της ανώτερης αναπνευστικής οδού, λόγω των μικρότερων ρινικών κοιλοτήτων και καναλιών του αυτιού που διαθέτουν. Έτσι, η δυνατότητα ακοής τους μπορεί να διαφέρει έως και 40db την ημέρα. Μερικά παιδιά αναγκάζονται να φορούν ακουστικά. Θα ήταν σωστό λοιπόν μετά από κρυολογήματα να ελέγχεται εάν τα παιδιά ακούν, ενώ αυτά που φορούν ακουστικά πρέπει να βοηθούνται για να τα χρησιμοποιούν και να τα ελέγχουν.

Επομένως, είναι σημαντικό να φροντίζουμε οι οδηγίες σε αυτούς τους μαθητές να δίνονται καθαρά, απλά και πρόσωπο με πρόσωπο. Οι θόρυβοι από το περιβάλλον, καθώς και οι περίπλοκες οδηγίες μπορούν να μπερδέψουν ένα παιδί με απώλεια ακοής και ο εντοπισμός του ήχου να είναι δύσκολος. Σωστό επίσης θα ήταν να τοποθετούνται οι μαθητές στο μπροστινό μέρος της τάξης, να μιλούμε απευθείας στο μαθητή και να ενισχύουμε την ομιλία με την έκφραση του προσώπου, νοήματα, χειρονομίες και εικόνες (βλ. και Φίρμπας, Προβλήματα Όρασης)

2.3. Κινητικότητα

Τα παιδιά με σύνδρομο Down συναντούν δυσκολίες στις δεξιότητες της λεπτής και της αδρής κινητικότητας (16).

α. Η λεπτή κινητικότητα αναφέρεται στην κίνηση των μικρών μυών που λειτουργούν συντονισμένα για να εκτελέσουν δύσκολες και λεπτές εργασίες. Το παιδί με Down δυσκολεύεται να πιάσει σωστά το μολύβι, να κόψει με το ψαλίδι, να κουμπώσει τα κουμπιά του, να ενώσει κομμάτια ενός παζλ και γενικά να εκτελέσει λεπτές χειρονακτικές εργασίες. Αυτό οφείλεται στο χαλαρό μυϊκό τόνο των χεριών και στο μικρό μέγεθος των δακτύλων. Πολλές φορές συνυπάρχει και έλλειψη συντονισμού ματιού-χειριού. Από τη δυσκολία στη λεπτή κινητικότητα επηρεάζεται και ο λόγος, καθώς οι μύες της κεφαλής (όπως της γλώσσας, των χειλιών, του προσώπου) είναι χαλαροί και δυσχεραίνουν την άρθρωση ορισμένων φθόγγων.

β. Η αδρή κινητικότητα αναφέρεται στην ικανότητα εκτέλεσης δραστηριοτήτων που απαιτούν συμμετοχή των μεγάλων μυών ή ομάδας μυών. Τέτοιες δραστηριότητες είναι το περπάτημα, το τρέξιμο, η ρίψη αντικειμένων, η αναπήδηση, το κολύμπι, το πιάσιμο της μπάλας. Τα παιδιά με Down δυσκολεύονται σε όλες αυτές τις δραστηριότητες. Για τη δυσκολία αυτή ευθύνεται η γενική μυϊκή υποτονία που τα χαρακτηρίζει, καθώς και η χαλαρότητα των συνδέσμων που μπορεί να συνυπάρχει. Το αρκετά χαμηλότερο από το φυσιολογικό ύψος τους και τα κοντά οστά των ποδιών, των χεριών και των δακτύλων θεωρείται ότι επιδρούν στη δύναμη, στάση, κίνηση και τον χειρισμό αντικειμένων. Επίσης, ένας αριθμός ορθοπεδικών προβλημάτων, όπως είναι βλάβες της σπονδυλικής στήλης (με συχνότερη την αστάθεια του άτλαντα), μπορεί να επιφέρουν αστάθεια, δυσκολία στη βάδιση και δυσκολία στις κινήσεις της κεφαλής.

Ας έχουμε λοιπόν στο νου μας ότι σε αυτά τα παιδιά καλό θα ήταν να παρέχεται επιπρόσθετη εξάσκηση, καθοδήγηση και ενθάρρυνση, μια και όλες οι κινητικές δεξιότητες βελτιώνονται με την εξάσκηση. Η κολύμβηση, ο χορός, οι ασκήσεις και τα ομαδικά παιχνίδια όπως συμπεριλαμβάνονται στο κανονικό πρόγραμμα του σχολείου θα βοηθήσουν στην καλύτερευση του μυϊκού τόνου και της φυσικής κατάστασης (βλ. και κεφ. *Ο ρόλος της φυσικής αγωγής στα άτομα με αναπηρίες και κεφ. Η μουσική στην ειδική αγωγή*).

2.4. Ομιλία και λόγος

Η γλωσσική ανάπτυξη στα άτομα με σύνδρομο Down παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις από απλή γλωσσική ανωριμότητα έως έλλειψη λόγου (16). Υπάρχουν παιδιά που διατηρούν αυτό το έλλειμμα και σε μεγαλύτερες ηλικίες και άλλα που συνεχώς βελτιώνονται φτάνοντας να μιλούν όπως και οι υπόλοιποι, αν και συχνά με μια πιο 'ηλεκτρογραφική' μορφή λόγου. Η πρώτη λέξη για το παιδί με Down εμφανίζεται σε ηλικία περίπου 2 ετών και η πρόταση δύο λέξεων σε ηλικία 3 ετών (απόκλιση ενός έτους από το φυσιολογικό). Σε ηλικία 12 ετών φτάνει το λεξιλόγιο των 2000 λέξεων που αντιστοιχεί σε φυσιολογικό παιδί 5-6 ετών. Η γλωσσική καθυστέρηση προκαλείται από συνδυασμό παραγόντων, μερικοί από τους οποίους είναι φυσικοί (σωματικοί) και μερικοί οφείλονται περισσότερο σε αντιληπτικά και γνωστικά προβλήματα.

Τα παιδιά με σύνδρομο Down έχουν μικρή στοματική κοιλότητα και μικρές ρινικές οδούς. Συχνά η γλώσσα είναι μεγαλύτερη, με αποτέλεσμα το παιδί να μην μπορεί να την κρατήσει μέσα. Αυτό μπορεί να επηρεάσει την αναπνοή και την άρθρωση οδηγώντας σε προβλήματα στην ομιλία. Οι προσπάθειες να μάθουμε το παιδί να κρατάει μέσα τη γλώσσα του είναι συνήθως επιτυχείς. Συχνά τα παιδιά αυτά χρειάζονται βοήθεια από λογοθεραπευτή, ο οποίος μπορεί να προτείνει ατομικές δραστηριότητες που να προωθούν την ανάπτυξη της ομιλίας και του λόγου.

Ο ειφραστικός λόγος έχει μεγάλη σημασία για κάθε παιδί και το ίδιο ισχύει και γι αυτά τα παιδιά. Τίποτα δεν είναι πιο απογοητευτικό για κάθε παιδί από το να μην μπορεί να εκφράσει τις ιδέες και απόψεις του σε άλλους ανθρώπους. Χρειάζεται μεγάλη υπομονή για να διασφαλίσουμε ότι ένα παιδί με δυσκολία στο λόγο ή στην ομιλία δεν θα αποθαρρυνθεί από το να μιλήσει. Πρέπει πάντα να ακούμε προσεκτικά και να τους δίνουμε ευκαιρίες στην προσπάθειά τους να απαντήσουν και να συμμετέχουν σε συζητήσεις. Οι ιδέες υπάρχουν. Κι ας μην ξεχνάμε ότι οι δεξιότητες κατανόησης είναι μεγαλύτερες από τις δεξιότητες έκφρασης. Αυτό σημαίνει ότι τα παιδιά με σύνδρομο Down καταλαβαίνουν τη γλώσσα καλύτερα από ότι είναι ικανά να τη μιλήσουν. Ως αποτέλεσμα οι γνωστικές τους ικανότητες συχνά υποτιμούνται.

3. Γνωστική ανάπτυξη

Αν και η επικρατούσα άποψη είναι ότι τα παιδιά με Down μοιάζουν πάρα πολύ μεταξύ τους ως προς το επίπεδο των ικανοτήτων τους και την προσωπικότητα, οι έρευνες αποδεικνύουν ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές και αποκλίσεις ως προς τη γνωστική τους ικανότητα (17). Ορισμένα παιδιά παρουσιάζουν βαριά νοητική στέρηση, το μεγαλύτερο ποσοστό κυμαίνεται από μέτρια ως σοβαρή καθυστέρηση και ένα μικρό ποσοστό διαθέτει οριακή νοημοσύνη. Χαρακτηριστικά επίσης που επηρεάζουν αρνητικά τη γνωστική τους ανάπτυξη είναι η περιορισμένη βραχύχρονη μνήμη, η μη επαρκώς αναπτυγμένη ακουστική μνήμη, η αδυναμία αφομοίωσης σύνθετων γλωσσικών οδηγιών, καθώς και η απροθυμία να αναλάβουν πρωτοβουλία στη μάθηση.

3.1. Μνήμη

Η μακρόχρονη μνήμη (long term memory), δηλαδή η ικανότητα ανάκλησης προσωπικών και γεγονότων που αφορούν το παρελθόν, στα άτομα με Down λειτουργεί αποτελεσματικά. Ικανοποιητική επίσης είναι και η οπτική μνήμη (visual memory), στοιχείο που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την επιλογή του τρόπου παρουσίασης των πληροφοριών, είτε στο σχολικό είτε στο ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον (18). Δυστυχώς, η βραχύχρονη μνήμη (short term memory) είναι πολύ περιορισμένη στα άτομα αυτά. Η βραχύχρονη μνήμη θεωρείται ότι εμπλέκεται σε πολλές νοητικές λειτουργίες και όχι μόνο στην απλή αποθήκευση πληροφοριών. Έτσι, η δυσλειτουργία της καθιστά πολύ δύσκολη οποιαδήποτε εργασία διαδοχικής επεξεργασίας (όπως η εκτέλεση αριθμητικών πράξεων) και αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα για τη μαθησιακή ικανότητα των ατόμων με Down. Ένα άλλο σημείο στο οποίο υστερούν τα άτομα με Down είναι στην ακουστική μνήμη (auditory memory), στην ικανότητα δηλαδή να ακούνε, να επεξεργάζονται και να καταλαβαίνουν τους ήχους, άρα να διακρίνουν τα ερεθίσματα. Αυτή η δυσλειτουργία οφείλεται κατά μεγάλο ποσοστό στη μεγάλη συχνότητα εμφάνισης παθήσεων του ακουστικού συστήματος κατά τη νηπιακή ηλικία. Η ανεπάρκεια αυτή δυσχεραίνει κατά πολύ την επεξεργασία των ακουστικών πληροφοριών και καθιστά σχεδόν αδύνατη την απόκτηση θεμελιωδών γνώσεων γραμματικής και συντακτικού.

3.2. Ανάγνωση

Την τελευταία 20ετία έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες με θέμα την εκπαιδευσιμότητα και τη μαθησιακή ικανότητα των ατόμων με σύνδρομο Down. Η άποψη ότι τα παιδιά αυτά δεν μπορούν να αποκτήσουν καμία αναγνωστική ικανότητα δεν είναι πλέον παραδεκτή. Φαίνεται δε, ότι η αναγνωστική δεξιότητά τους δεν συσχετίζεται άμεσα και μόνο με το δείκτη νοημοσύνης τους (IQ), μια και τα περισσότερα τεστ νοημοσύνης στηρίζονται

στη γλωσσική ικανότητα του παιδιού στην οποία υστερούν τα άτομα με Down. Έτσι, τα αποτελέσματα των τεστ δεν είναι αντιπροσωπευτικά των πραγματικών πνευματικών δυνατοτήτων τους. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η ικανότητα κατανόησης στα παιδιά με Down είναι πιο ανεπτυγμένη από ό,τι η περιορισμένη τους δυνατότητα για γλωσσική έκφραση επιτρέπει να φανεί (19).

Από την έρευνα των Angela Byrn και Glynis Laws στο κέντρο Sarah Duffen, σε δείγμα 24 μαθητών με Down διαπιστώθηκε ότι: α) η πρόοδος της αναγνωστικής ικανότητας σχετίζεται με τη χρονολογική ηλικία των ατόμων αυτών, β) η ανάπτυξη της αναγνωστικής ικανότητας βοηθά σημαντικά την ανάπτυξη του προφορικού λόγου και τη βελτίωση της βραχύχρονης μνήμης, γ) οι επιδόσεις τους στην ανάγνωση ξεπερνούν κατά πολύ τις προγνώσεις των αξιολογικών τεστ, και δ) με τη σωστή εκπαίδευση η βελτίωσή τους μπορεί να συνεχιστεί και πέραν της μαθητικής ηλικίας, ενώ η εκμάθηση της ανάγνωσης μπορεί να αρχίσει ακόμα και στην εφηβεία (20).

3.3. Αριθμητική

Τα παιδιά με σύνδρομο Down στον τομέα της αριθμητικής συναντούν τις περισσότερες δυσκολίες. Η καθυστερημένη και ελλιπής γλωσσική ανάπτυξη είναι μια από τις αιτίες για αυτή τη δυσκολία. Η γλώσσα αποτελεί ένα απαραίτητο εργαλείο για τη σκέψη, τη σύγκριση και το χειρισμό αντικειμένων και δραστηριοτήτων, καθώς και τη συσχέτισή τους με ένα αριθμητικό σύστημα. Έτσι, τα άτομα αυτά δυσκολεύονται να εκτελέσουν αυτές τις γνωστικές λειτουργίες, καθώς και να παρακολουθήσουν τις οδηγίες και τις επεξηγήσεις του δασκάλου. Η περιορισμένη βραχύχρονη μνήμη είναι μια ακόμα σημαντική αιτία για τις δυσκολίες που συναντούν τα παιδιά με Down στην αριθμητική. Για να μπορούμε να εκτελούμε πρόσθετες δραστηριότητες, όπως να προσθέσουμε, αφαιρέσουμε ή πολλαπλασιάσουμε αριθμούς με το μυαλό μας, πρέπει να είμαστε ικανοί να διατηρούμε πληροφορίες για σύντομο χρονικό διάστημα στη μνήμη (βραχύχρονη μνήμη). Έτσι, τα άτομα αυτά δυσκολεύονται πολύ να κάνουν υπολογισμούς, εκτός αν έχουν μπροστά τους συγκεκριμένα αντικείμενα (16).

3.4. Γραφή

Η γραφή είναι μια σύνθετη λειτουργία. Τα παιδιά με σύνδρομο Down παρουσιάζουν δυσκολίες στην απόκτηση αυτής της δεξιότητας, καθώς, εκτός από τη μειωμένη νοητική ικανότητα, εμφανίζουν συχνά σοβαρά προβλήματα του νευρομυϊκού τους συστήματος, όπως είναι η υποτονία, τα κοντά δάκτυλα των χεριών και οι χαλαρές αρθρώσεις. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά είναι η έλλειψη συντονισμού χεριού-ματιού, οι απτικές και κιναισθητικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, η καθυστέρηση στη γλωσσική ανάπτυξη και η εξασθενημένη όραση και ακοή.

4. Κοινωνικές δεξιότητες και συμπεριφορά

Τα παιδιά με σύνδρομο Down είναι συχνά εκδηλωτικά, αγαπητά και χαρούμενα. Όχι όμως όλα και σε όλες τις χρονικές στιγμές. Όπως κάθε άλλο παιδί μπορεί να παρουσιάσουν μια ευρεία κλίμακα συμπεριφορών αλλά και ικανοτήτων. Γενικά, πρόκειται για άτομα πιο ανώριμα συναισθηματικά και κοινωνικά από τους συνομηλίκους τους. Ο κόσμος τους φαίνεται πιο πολύπλοκος και χρειάζονται εκπαίδευση για να μάθουν να ακολουθούν κανόνες κοινωνικής συμπεριφοράς. Χαρακτηριστική είναι η γνωστική αποφυγή που παρουσιάζουν όταν πρόκειται να εμπλακούν σε δύσκολες καταστάσεις μάθησης, επινοώντας τεχνάσματα, όπως να τραβούν την προσοχή του ομιλητή χαμογελώντας του συνεχώς, να χειροκροτούν ή να χοροπηδούν σε

ακατάλληλες στιγμές. Τα προβλήματα λόγου που παρουσιάζουν δυσκολεύουν την επικοινωνία τους και πολλές φορές αποφεύγουν τους συνομηλίκους τους. Ενώ συμμετέχουν με επιτυχία σε παιχνίδια, δυσκολεύονται όταν πρόκειται για δραστηριότητες της πραγματικής ζωής. Για παράδειγμα, όταν παίζουν τον εφημεριδοπώλη δεν μπορούν να προχωρήσουν σε πραγματική αγοραπωλησία. Αυτό βέβαια μπορεί να αποδοθεί στη μεγάλη δυσκολία που αντιμετωπίζουν στην κατανόηση των αριθμητικών εννοιών. Γενικά, είναι άτομα ευερέθιστα, ευσυγκίνητα και αγχώδη. Μπορούν εύκολα να ενοχληθούν από την αλλαγή ενός προγράμματος εάν δεν έχουν προετοιμασθεί γι αυτήν. Δεν ανεξαρτητοποιούνται εύκολα και χρειάζονται ενθάρρυνση για να αναλάβουν ευθύνες. Όσον αφορά το θέμα της αυτοεξυπηρέτησής τους, φαίνεται ότι η δυσκολία στις δραστηριότητες λεπτής κινητικότητας δημιουργεί προβλήματα στον τομέα αυτό. Έτσι, δυσκολεύονται να δέσουν τα κορδόνια τους, να κουμπωθούν ή να χρησιμοποιήσουν μαχαιροπήρουνα (16). Ωστόσο, με την κατάλληλη εκπαίδευση μπορούν να φτάσουν σε ικανοποιητικά επίπεδα αυτοεξυπηρέτησης και κοινωνικών δεξιοτήτων, να κυκλοφορούν μόνα τους και να εργάζονται σε προστατευμένο ή ημιπροστατευμένο περιβάλλον. Πρέπει να τονισθεί ότι η παρουσία ή απουσία εμφανών χαρακτηριστικών, που σχετίζονται με το σύνδρομο Down, δεν δίνει σαφείς ενδείξεις για την ατομική ικανότητα του παιδιού. Έστω και αν το παραπανίσιο χρωμόσωμα επηρεάζει πολλά μέρη του σώματος και του εγκεφάλου, η προσωπικότητα του παιδιού πηγάζει από το περιβάλλον και την οικογένειά του. Ένα παιδί με σύνδρομο Down μπορεί να παρουσιάσει μια ποικίλη κλίμακα ικανοτήτων, όπως κάθε άλλο παιδί.

5. Κείμενο γραμμένο από δάσκαλο Ε' τάξης Δημοτικού (21)

«Στην τάξη μου φοιτά ένας μαθητής με σύνδρομο Down. Το «φιλαράκι» μου αυτό το γνωρίζω απ'την πρώτη δημοτικού. Είχα έτσι την ευκαιρία να παρακολουθώ από κοντά την εξέλιξή του, τη συμπεριφορά του, τις σχέσεις του με τους άλλους. Στην αρχή δυσκολεύομαι να πιστέψω πως το «φιλαράκι» μου θα ενταχθεί στην κοινωνική ομάδα του σχολείου. Σιγά σιγά όμως κέρδιζε έδαφος και στην τρίτη δημοτικού τα πράγματα ήταν πολύ καλά. Εδώ, θα ήθελα να σημειώσω τη σημαντική βοήθεια τόσο προς το παιδί όσο και προς τους εκπαιδευτικούς, τριών ανθρώπων. Της μητέρας, και την ευχαριστώ πολύ για όσα δίδαξε σε εμάς τους εκπαιδευτικούς με τη στάση της και τη συμπεριφορά της, του δασκάλου ειδικής αγωγής, όπου ο μαθητής μου παρακολουθεί κάποιες ώρες, και του συνοδού του, που τόσα πρόσφερε και προσφέρει.

Πάμε στο σήμερα. Ο «Θωμάς» έπαιξε σημαντικό ρόλο στην ψυχή μου, όσον αφορά τα παιδιά με σύνδρομο Down. Για όσους δεν ξέρουν, ο «Θωμάς» είναι ένα κείμενο στο ανθολόγιο της Ε' και Στ' Δημοτικού, παρμένο από το ομώνυμο διήγημα της Αίτσας Ψαραύτη, που βρίσκεται στο βιβλίο «Πέντε κύκλοι ζητούν χρώμα». Ο «Θωμάς» λοιπόν διαβάστηκε στην τάξη μου πριν ακόμα έχω στην τάξη μου το «φιλαράκι» μου. Οι τότε μαθητές μου άλλαξαν στάση απέναντι στα παιδιά αυτά. Φέτος, στη αρχή της χρονιάς, μια μέρα που ο μαθητής μου έλειπε από την τάξη, διάβασα το ίδιο κείμενο στους συμμαθητές του. Για να κάνουμε όλοι μαζί μια βουτιά στην ψυχή των παιδιών αυτών. Πιστεύω πως... καταφέραμε αρκετά.

Σήμερα το «φιλαράκι» μου είναι αποδεκτό απ' το σύνολο των μαθητών της τάξης, συμμετέχει στα μαθήματα, αρκετές φορές του απευθύνω ερωτήσεις που έχει προετοιμάσει, διορθώνω την ορθογραφία του, κουβεντιάζουμε, πειραζόμαστε, και, και και... Αυτό που με νοιάζει πάνω απ' όλα είναι να χαίρεται και να περνά ωραία.

Θέλω επίσης να ευχαριστήσω τον ίδιο για όσα έβγαλε από μέσα μου, την εξαίρετη μητέρα για όσα έκανε για το παιδί της αλλά και για μας, το δάσκαλο της ειδικής αγωγής που του έμαθε αρκετά για να μπορεί να σταθεί και τον ακούραστο συνοδό του που καθημερινά στέκεται δίπλα του και φροντίζει γι αυτόν» (21).

Βιβλιογραφία - Παραπομπές

1. Down, J.L.H. (1866). Observation on an ethnic classification of idiots. *Clin Lect Rep London Hospital*, 3:259-262.
2. Seguin, E. (1866). *Idiocy: Its treatment by the physiological method*. New York: William Wood.
3. Poueschel, M. (ed) (1987). *Perspectives in Down syndrome*. Baltimore: Paul Brookers.
4. Mutton, D., Alberman, E. & Hook, E.B. (1996). Cytogenetic and epidemiological findings in Down syndrome, England and Wales 1989 to 1993. *J Med Genet*, 33:387-394.
5. Sachs, E.S., et al. (1990). Trisomy 21 mosaicism in gonads with unexpectedly high recurrence risks. *Am J Med Genet*, (Suppl 7):186-188.
6. Olsen, C.L., et al (1996). The effects of prenatal diagnosis, population ageing, and changing fertility rates on the life birth prevalence in Down syndrome in New York State, 1983-1992. *Prenat Diagn*, 16:991-1002.
7. Böök, J.A. & Reed, S.C. (1950). Empiric risk figures in mongolism. *J Am Med Assoc*, 143:730-732.
8. Tolmie, J.L. (1996). Down syndrome and other autosomal trisomies [σ.σ. 925-971]. Στο D.L. Rimoin, J.M. Connor & R.E. Pyeritz (eds). *Principles and Practice of Medical Genetics*. New York: Churchill Livingstone, 3rd ed.
9. Smith, G.F. & Berg, J.M. (1976). *Down's Anomaly*. 2nd ed. Ediburgh: Churchill Livingstone.
10. Stafstrom, C.E. & Konkol, R.J. (1994). Infantile spasms in children with Down syndrome. *Dev Med Child Neurol*, 36:576-585.
11. Evenhuis, H.M. (1990). The natural history of dementia in Down's syndrome. *Arch Neurol*, 47:263-267.
12. Ginsberg, J., Bofinger, M.K. & Roush, J.R. (1977). Pathologic features of the eyes in Down's syndrome with relationship to other chromosomal anomalies. *Am J Ophthalmol*, 83:874-880.
13. www.noesi.gr
14. Balcany, T.J., et al. (1979). Ossicular abnormalities in Down's syndrome. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 87:372-384.
15. Roizen, N.J, et al. (1993). Hearing loss in children with Down syndrome. *J Pediatr*, 123:9-12.
16. www.specialeducation.gr
17. Carr, J. (1995). *Down's syndrome. Children growing up*. Cambridge University Press.
18. Buckley, S, & Byrne, A. (2000). Language and memory development in children with Down syndrome at Mainstream schools and special school: a comparison. *Educational Psychology*, 20(4):447-457.
19. Buckley, S. & Bird, J. (1993). Teaching children with Down's syndrome to read. *Down's syndrome: Research and practice*, 1:34-41.
20. Δαρχής, Κ.Α. (2002). *Ανάγνωση και γραφή σε άτομα με σύνδρομο Down*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
21. www.hiliaktida.gr

ΕΠΙΛΗΨΙΕΣ

Χαριτωμένη Γκιπερίδου & Άννα Καρλοβάσιτου

1. Αναγνωρίζοντας την επιληψία

1.1. Τι είναι η επιληψία

Η επιληψία δεν είναι μια νοσολογική οντότητα, αλλά αποτελείται από διάφορα σύνδρομα και νόσους που χαρακτηρίζονται από την εμφάνιση επαναλαμβανόμενων (δύο ή περισσότερων) επεισοδίων με νευρολογική ή ψυχιατρική σημειολογία. Τα επεισόδια αυτά ονομάζονται **επιληπτικές κρίσεις**. Οι κρίσεις προκύπτουν από διαταραχή στην ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου, τα αίτια της οποίας μπορεί να είναι συγκεκριμένα ή άγνωστα. Η **συχνότητα** της επιληψίας είναι περίπου 0,5-1% στο γενικό πληθυσμό. Στα μικρότερα των 2 ετών παιδιά και στους ενήλικες πάνω των 60 ετών είναι μεγαλύτερη.

Τα **αίτια** της επιληψίας ποικίλλουν και εξαρτώνται κατά πολύ από την ηλικία εμφάνισης της επιληψίας. Όταν η επιληψία εμφανίζεται τις πρώτες δύο δεκαετίες της ζωής, τα συνηθέστερα αίτια είναι οι συγγενείς και γενετικές διαταραχές (σύνδρομο Down, νευροϊνωμάτωση, προϊόουσα μυοκλονική επιληψία, καλοήθης παιδική επιληψία κ.α.), σπανιότερα ενδομήτρια ή περιγεννητική βλάβη, ενώ, μετά τη γέννηση, τραυματισμός, χωροκατακτητική εξεργασία ή λοίμωξη του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσουν επιληψία.

Όταν η αιτία της επιληψίας είναι συγκεκριμένη, η επιληψία λέγεται *συμπτωματική*, ενώ όταν η αιτία δεν καθορίζεται λέγεται *ιδιοπαθής*. Οι ιδιοπαθείς επιληψίες αποτελούν περίπου το 70% των επιληψιών που εμφανίζονται τις πρώτες δύο δεκαετίες της ζωής.

1.2. Τι είναι η επιληπτική κρίση

Η επιληπτική κρίση είναι ένα σύμπτωμα του οποίου η κλινική εικόνα ποικίλλει και που προκαλείται από αιφνίδια, υπέρμετρη και σύγχρονη διέγερση μιας ομάδας νευρικών κυττάρων ή όλων των νευρικών κυττάρων του φλοιού του εγκεφάλου. Η ύπαρξη επιληπτικής κρίσης είναι απαραίτητο σύμπτωμα για τη διάγνωση της επιληψίας, αλλά κάθε επιληπτική κρίση δεν είναι επιληψία. Μπορεί ένα άτομο να εμφανίσει επιληπτική κρίση σε μεταβολική διαταραχή (υπογλυκαιμία, ανοξία), λοίμωξη (μηνιγγίτιδα), τοξίκωση (αλκοολισμός, δηλητηρίαση από φυτοφάρμακα) κ.α. Η κλινική φαινομενολογία της επιληπτικής κρίσης συχνά μπορεί να είναι ανεπαίσθητη, ώστε να διαλάθει της προσοχής.

Οι επιληπτικές κρίσεις ταξινομούνται ως εξής:

1.2.1. Γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις.

Κατά την κρίση εκφορτίζονται όλοι οι νευρώνες του φλοιού του εγκεφάλου. Το άτομο παρουσιάζει **απώλεια συνειδήσεως** η οποία συνοδεύεται από:

- α. πτώση και σπασμούς: τονικοκλονικούς, τονικούς, κλονικούς,
- β. αφαίρεση: το άτομο για λίγα δευτερόλεπτα μένει ακίνητο με απλάνες βλέμμα και σταματά τη δραστηριότητα,

- γ. μυοκλονίες: τινάγματα των άκρων κυρίως μετά την αφύπνιση. Οι μυοκλονίες, παρότι θεωρούνται γενικευμένες κρίσεις, συνήθως δεν συνοδεύονται από διαταραχή του επιπέδου συνείδησης.

1.2.2. Εστιακές επιληπτικές κρίσεις.

Κατά την κρίση εκφορτίζουν ομάδες νευρώνων του φλοιού. Το άτομο μπορεί να **διατηρεί πλήρως τη συνείδηση του** (απλές εστιακές) ή να εμφανίζει κάποιου **βαθμού σύγχυση** (σύνθετες εστιακές). Παρουσιάζουν ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων και η συμπτωματολογία τους εξαρτάται από τη λειτουργική εξειδίκευση του λοβού του εγκεφάλου από τον οποίο ξεκινούν. Οι συχνότερες εκδηλώσεις τους είναι:

- α. Σπασμοί στο ένα ή και στα δύο άκρα μιας πλευράς του σώματος ή/και στη γωνία του στόματος (μετωπιαίος λοβός, υπεύθυνος για την κινητικότητα).
- β. Μούδιασμα με την ίδια κατανομή (βρεγματικός λοβός, υπεύθυνος για την αισθητικότητα).
- γ. Οπτικές ή/και ακουστικές, γευστικές, οσφρητικές ψευδαισθήσεις (ινιακός λοβός, κροταφικός λοβός).
- δ. Διαταραχή της αντίληψης του χώρου (βρεγματοκροταφική περιοχή).
- ε. Διαταραχή της αντίληψης των μελών του σώματος (βρεγματοκροταφική περιοχή).
- ζ. Νευροφυτικές διαταραχές (ναυτία, έμετος, ωχρότητα, κοιλιακά άλγη) (κροταφικός λοβός, νήσος Reil).

Χαρακτηριστικό των επιληπτικών κρίσεων είναι ότι εμφανίζονται αιφνίδια, διαρκούν από λίγα δευτερόλεπτα έως 1-2 λεπτά, σπάνια περισσότερο, και διακόπτονται το ίδιο απότομα. Μετά την κρίση, το άτομο είναι τελείως καλά και επανέρχεται στην προηγούμενη δραστηριότητα, εκτός από την περίπτωση της γενικευμένης κρίσης με σπασμούς που μπορεί να εμφανίσει μετακριτική διέγερση ή μετακριτικό ύπνο.

1.3. Διαφορική διάγνωση

Η **διαφορική διάγνωση** μιας επιληπτικής κρίσης πρέπει να γίνει από άλλες παροξυστικές καταστάσεις που μπορεί να έχουν παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά.

Αυτές είναι:

1.3.1. Ψυχογενείς κρίσεις:

Είναι επεισόδια με διαταραχή της συμπεριφοράς και του συναισθήματος και άλλοτε άλλης έντασης κινητική διαταραχή, που μιμούνται επιληπτικές κρίσεις. Ψυχικές διαταραχές που συνδέονται με ψυχογενείς κρίσεις είναι:

- αγχώδεις διαταραχές,
- αντίδραση σε οξύ stress,
- συναισθηματικές διαταραχές, κυρίως κατάθλιψη,
- εκρηκτικά επεισόδια διαταραχής συμπεριφοράς σε ασθενείς με νοητική υστέρηση,
- επεισόδια προσποίησης,

1.3.2. Συγκοπή

Είναι παροδική απώλεια της συνείδησης και του μυϊκού τόνου με πτώση, η οποία οφείλεται σε παροδική ελάττωση της εγκεφαλικής αιματικής ροής από καρδιολογικά ή αγγειοκινητικά αίτια. Μπορεί να συμβεί μετά από έντονο στρεσογόνο ερέθισμα και στους εφήβους από απότομη πτώση της αρτηριακής πίεσης.

1.3.3. Αναστολή της αναπνοής

Λειτουργική διαταραχή που εμφανίζεται κατά τη βρεφική ηλικία. Η συχνότητά της είναι 4-5% στα βρέφη ηλικίας 6-18 μηνών, σπάνια σε νεογνά και μέχρι την ηλικία των 4 ετών. Συνήθως υπάρχει οικογενειακό ιστορικό και προκαλείται μετά από έντονη έκπληξη, φόβο, αγωνία, ελαφρό τραύμα. Εκδηλώνεται με παρατεταμένη κραυγή ή βαθειά εισπνοή → κυάνωση → κρύο ιδρώτα και ωχρότητα. Είναι δυνατόν να υπάρξουν τινάγματα ή κινήσεις που να μοιάζουν με επιληπτικές

1.3.4. Παροδικά ισχαιμικά επεισόδια του εγκεφάλου

Τα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια του εγκεφάλου οφείλονται σε παροδική ισχαιμία του εγκεφάλου, που υποχωρεί χωρίς να προκαλέσει δομική βλάβη. Συνήθως τα συμπτώματα διαρκούν 5'-30', σπανιότερα μέχρι 24 ώρες και υποχωρούν πλήρως. Είναι πολύ σπάνια στα παιδιά.

1.3.5. Σύνδρομο υπερέκπληξης

Ο ασθενής αντιδρά σε αιφνίδιο αισθητηριακό ερέθισμα, συνήθως με πτώση στο έδαφος, χωρίς απώλεια συνειδήσεως και μπορεί να παρουσιάσει υπερτονία. Παρόμοια όμως εικόνα μπορεί να προκαλέσει και η επιληψία του αιφνιδιασμού που εμφανίζεται κυρίως σε άτομα με νευρολογική και νοητική διαταραχή.

1.3.6. Ημικρανία

Στην ημικρανία, εκτός από την κεφαλαλγία, είναι δυνατόν να εμφανίζονται νευρολογικά συμπτώματα που μοιάζουν με τις εστιακές επιληπτικές κρίσεις, όπως οπτικές ψευδαισθήσεις, συνήθως με χρώματα, που μοιάζουν με εστιακές επιληπτικές κρίσεις του ινιακού λοβού. Όμως, στην ημικρανία συνοδεύονται από έντονη κεφαλαλγία.

1.3.7. Διαταραχές του ύπνου

Υπάρχουν ορισμένες διαταραχές του ύπνου, όπως νυχτερινός τρόμος ή υπνοβασία, οι οποίες μπορεί να δώσουν την εικόνα επιληπτικής κρίσης (σύνθετης εστιακής) (βλ. κεφ. Ο ύπνος στα παιδιά και τους εφήβους).

1.3. Είδη επιληψιών

Ανάλογα με τον τύπο των κρίσεων που εμφανίζει ένα άτομο με επιληψία, την αιτία, τα ευρήματα στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) και την πορεία της νόσου, οι επιληψίες διακρίνονται σε διάφορους τύπους:

1.3.1. Γενικευμένες επιληψίες

Οι επιληπτικές κρίσεις που εμφανίζει το άτομο έχουν μία ή περισσότερες από τις μορφές των γενικευμένων επιληπτικών κρίσεων:

α. Ιδιοπαθής γενικευμένη επιληψία. Το αίτιο δεν είναι ακριβώς καθορισμένο, οι κρίσεις ελέγχονται καλά με τα αντιεπιληπτικά φάρμακα, έχουν πολύ καλή πορεία και συχνά υπάρχει ίαση. Τύποι ιδιοπαθούς γενικευμένης επιληψίας είναι:

α1. Αφαιρέσεις της παιδικής ηλικίας: Πρόκειται για τη συχνότερη μορφή επιληψίας στα παιδιά, η οποία συχνά εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια του μαθήματος στο σχολείο. Ηλικία έναρξης 4-10 έτη. Συνήθως υπάρχει γενετική προδιάθεση. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών οι κρίσεις σταματούν κατά την ενηλικίωση.

α2. Νεανική μυοκλονική επιληψία: Εμφανίζεται συνήθως στην ηλικία 12-18 ετών. Υπάρχει γενετική προδιάθεση, ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή και χρειάζεται μακροχρόνια θεραπεία. Κύριο σύμπτωμα είναι οι μυοκλονίες κατά την αφύπνιση αλλά και γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις και σπάνια αφαιρέσεις. Η αύπνια και η κατάχρηση οινόπνευματων ποτών είναι ισχυροί εκλυτικοί παράγοντες.

α3. Επιληψία με γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς: Οι κρίσεις εμφανίζονται κατά την εγρήγορση ή και κατά τον ύπνο. Η ηλικία έναρξης μπορεί να είναι η παιδική, συχνότερη η εφηβική και σπάνια η ενήλικη.

β. Συμπτωματική επιληψία με γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς. Συνήθως υπάρχει συγκεκριμένη εγκεφαλική βλάβη. Οι κρίσεις είναι γενικευμένες τονικοκλονικές. Η ανταπόκριση στα φάρμακα και η πορεία της νόσου εξαρτάται από τη φύση της εγκεφαλικής βλάβης.

1.3.2. Εστιακές επιληψίες

Οι επιληπτικές κρίσεις είναι εστιακές και η μορφή τους εξαρτάται από τη θέση της εστίας και τη λειτουργική εξειδίκευση της περιοχής από όπου ξεκινούν.

α. Ιδιοπαθείς εστιακές επιληψίες. Αυτές οι μορφές επιληψίας εμφανίζονται στην παιδική ηλικία και ονομάζονται καλοήθεις επιληψίες της παιδικής ηλικίας διότι οι κρίσεις σταματούν στην εφηβεία. Συνήθως οι κρίσεις είναι απλές εστιακές, σπάνια γενικεύονται και όταν είναι αραιές δεν χρειάζεται φαρμακευτική αγωγή.

β. Συμπτωματικές εστιακές επιληψίες (υπάρχει εγκεφαλική βλάβη). Είναι οι επιληψίες που ανταποκρίνονται δύσκολα στη θεραπευτική αγωγή.

γ. Ανταντακλαστικές επιληψίες. Είναι συνήθως ιδιοπαθείς επιληψίες οι οποίες εκδηλώνονται έπειτα από έκθεση σε ένα συγκεκριμένο ερεθίσμα. Σ' αυτές εντάσσονται η επιληψία που εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια πολύωρης ενασχόλησης με παιχνίδια σε οθόνη υπολογιστή ή τηλεόρασης με γρήγορη εναλλαγή εικόνων, φωτοευαίσθητη επιληψία, καθώς και οι σπάνιες επιληψίες: ανταντακλαστική επιληψία της ανάγνωσης και της εκτέλεσης αριθμητικών πράξεων.

2. Διάγνωση της επιληψίας

Η διάγνωση της επιληψίας γίνεται από Νευρολόγο ή Παιδονευρολόγο. Βασίζεται κυρίως στη φαινομενολογία των επιληπτικών κρίσεων, για αυτό και έχει πολύ μεγάλη σημασία η λεπτομερής περιγραφή της επιληπτικής κρίσης. Το ΗΕΓ είναι μια εργαστηριακή εξέταση που βοηθάει στη διάγνωση όταν παρουσιάσει τα χαρακτηριστικά ευρήματα της επιληψίας, αλλά συχνά μπορεί να είναι φυσιολογικό, χωρίς αυτό να αποκλείει τη διάγνωση της επιληψίας. Άλλες εργαστηριακές εξετάσεις γίνονται όταν ο θεράπων ιατρός κρίνει ότι μπορεί η επιληψία να είναι συμπτωματική, για να διερευνήσει την αιτία.

3. Θεραπεία της επιληψίας

Σκοπός της θεραπευτικής παρέμβασης στην επιληψία είναι: (1) Να αντιμετωπισθεί το αίτιο στις συμπτωματικές επιληψίες (π.χ. χειρουργική αφαίρεση ενός όγκου) και (2) να σταματήσουν οι επιληπτικές κρίσεις ή τουλάχιστον να ελαττωθεί η συχνότητά τους. Αυτό επιτυγχά-

νεται κυρίως με τη φαρμακευτική αγωγή. Σε περιπτώσεις φαρμακοναθεκτικών κρίσεων χρησιμοποιείται ο διεγέρτης του πνευμονογαστρικού νεύρου, η κετογονική διαίτα και, σε επιλεγμένες περιπτώσεις, η χειρουργική αντιμετώπιση.

3.1. Φαρμακευτική αγωγή

Ο θεράπων ιατρός κρίνει τότε ο/η ασθενής θα ξεκινήσει να παίρνει φάρμακα. Συνήθως η θεραπεία ξεκινάει μετά το δεύτερο επεισόδιο επιληπτικής κρίσης, εκτός αν η επιληψία είναι συμπτωματική ή στο ΗΕΓ εμφανίζονται ειδικά ευρήματα, οπότε αρχίζει η θεραπεία από το πρώτο επεισόδιο. Η επιλογή του φαρμάκου γίνεται ανάλογα με τον τύπο της επιληψίας, την ηλικία και το φύλο. Η θεραπεία ξεκινάει πάντοτε με ένα φάρμακο και αν δεν εμφανισθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ή εμφανισθούν παρενέργειες, τότε γίνεται αλλαγή του φαρμάκου ή προστίθεται δεύτερο, ακόμη, και ορισμένες φορές, και τρίτο φάρμακο.

Ο χρόνος που θα γίνει διακοπή του φαρμάκου, όταν ο/η ασθενής μείνει ελεύθερος από κρίσεις, θα αποφασισθεί από τον θεράποντα ιατρό, ανάλογα με τον τύπο της επιληψίας και το βαθμό κινδύνου επανεμφάνισης των κρίσεων (π.χ. στη νεανική μυοκλονική επιληψία είναι μεγάλος, ενώ στις αφαιρέσεις τις παιδικής ηλικίας πολύ μικρός). Γενικά θεωρείται ότι, όταν τα φάρμακα διακόπτονται μετά από διάστημα 2-3 χρόνων χωρίς κρίση, η συχνότητα επανεμφάνισης των κρίσεων είναι 40%. Σε περίπτωση επανεμφάνισης των κρίσεων χορηγείται πάλι φαρμακευτική αγωγή. Η διακοπή του φαρμάκου γίνεται σταδιακά και ο χρόνος διακοπής είναι μεγαλύτερος όταν η χορήγηση είναι μακροχρόνια. **ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ** η απότομη διακοπή των φαρμάκων, διότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης επιληπτικής κατάστασης, που είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς.

Αν, παρόν τον συνδυασμό των κατάλληλων για τον τύπο της επιληψίας φαρμάκων, ο ασθενής παρουσιάζει μέσο όρο μία κρίση τον μήνα για χρονικό διάστημα 18 μηνών, τότε η επιληψία λέγεται *ανθεκτική* (~20%) και θα πρέπει, αν υπάρχουν οι προϋποθέσεις, να αναζητηθούν άλλες θεραπευτικές μέθοδοι.

3.2. Διεγέρτης του πνευμονογαστρικού νεύρου

Είναι μία συσκευή που τοποθετείται χειρουργικά και διεγείρει το πνευμονογαστρικό νεύρο. Δεν είναι γνωστός ο τρόπος δράσης, αλλά μπορεί να βοηθήσει σε ορισμένα περιστατικά. Εφαρμόζεται σε ασθενείς πάνω από 12 ετών.



3.3. Κετογονική διαίτα

Η κετογονική διαίτα περιέχει πολύ ψηλή συγκέντρωση λιπαρών ουσιών, χαμηλή συγκέντρωση υδατανθράκων και ελεγχόμενο ποσοστό πρωτεϊνών. Όταν ακολουθείται αυτή η διαίτα ο εγκέφαλος χρησιμοποιεί ως πηγή ενέργειας για τις ανάγκες του τις κετόνες αντί του ζαχάρου. Οι κετόνες είναι παράγωγα της διάσπασης των λιπαρών οξέων που γίνεται στο συκώτι και στους νεφρούς. Θεωρείται ότι επιδρούν ανασταλτικά κατά των σπασμών στην επιληψία που είναι ανθεκτική σε φάρμακα.

3.4. Χειρουργική της επιληψίας

Εφαρμόζεται σε ασθενείς με ανθεκτική επιληψία, αφού πρώτα γίνει προεγχειρητικός έλεγχος για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν οι προϋποθέσεις αποτελεσματικής χειρουργικής θεραπείας. Τα καλλίτερα αποτελέσματα εμφανίζονται στην κροταφική επιληψία με ευρήματα σκλήρυνσης του ιπποκάμπου στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου.

4. Κατανοώντας την επιληψία

Η επιληψία, ίσως περισσότερο από άλλα χρόνια νοσήματα, επιδρά στην ψυχοκοινωνική κατάσταση των παιδιών και στην ποιότητα της ζωής τους. Αυτό κυρίως οφείλεται στο ότι η επιληψία εκτός από νόσος είναι και μια «κοινωνική ετικέτα», ένα «στίγμα»¹, που δημιουργεί περισσότερα προβλήματα στην καθημερινότητα των ατόμων από τα συμπτώματα της νόσου. Η θέση της κοινωνίας, αλλά και των ίδιων των ασθενών και των γονιών απέναντι στη νόσο, ακόμη και σήμερα, και περισσότερο στις ανεπτυγμένες κοινωνίες, είναι αρνητική. Αυτό οφείλεται στην άγνοια που υπάρχει για τη νόσο και τις συνέπειές της, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται διάφοροι «φόβοι» για τη διαχείριση της επιληπτικής κρίσης και «μύθοι» σχετικά με τις ικανότητες των ατόμων με επιληψία και την κοινωνικο-οικογενειακή τους ένταξη. Επίσης, συχνά υπάρχει φόβος για τις παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Έχει αποδειχθεί ότι η κατανόηση της νόσου μεταβάλλει σημαντικά την άποψη που υπάρχει για τα άτομα που πάσχουν από επιληψία και βοηθάει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

4.1. Συνήθη ερωτήματα που προβληματίζουν τους ασθενείς και τους γονείς

4.1.1. Κληρονομείται η επιληψία;

Σε πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι, σε ασθενείς με ιδιοπαθή γενικευμένη επιληψία η συχνότητα επιληψίας στα μέλη της οικογένειας ήταν 4,2%, ενώ με ιδιοπαθή εστιακή επιληψία ήταν 2.2%. Η συχνότητα εμφάνισης είναι φυσικά μεγαλύτερη μεταξύ των διδύμων.

4.1.2. Η επιληψία ή η θεραπεία επηρεάζουν τη νοημοσύνη;

Οι ιδιοπαθείς επιληψίες δεν επηρεάζουν τη νοητική λειτουργία σχεδόν καθόλου. Οι συχνές κρίσεις μπορεί να επηρεάζουν τη νοητική λειτουργία. ΠΡΟΣΟΧΗ! Η εντύπωση νοητικής υστέρησης μπορεί να είναι ψευδής σε παιδιά με πολλές αφαιρέσεις την ημέρα. Μερικές επιληψίες (αντανakλαστικές επιληψίες), οι οποίες προκαλούνται κατά τη διάρκεια νοητικών λειτουργιών (επιληψία της ανάγνωσης ή της αριθμησης), μπορεί να επηρεάσουν την εκπαίδευσή τους. Στις συμπτωματικές επιληψίες που υπάρχει δομική βλάβη του εγκεφάλου ή μεταβολική διαταραχή συνυπάρχει συχνά και νοητική διαταραχή. Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν μια νοητική βραδύτητα, η βαρύτητα της οποίας εξαρτάται από τη δοσολογία. Συνήθως εμφανίζεται όταν γίνεται ταχεία αύξηση της δοσολογίας και είναι συχνότερη όταν το άτομο παίρνει περισσότερα από ένα αντιεπιληπτικά φάρμακα. Η νοητική αυτή βραδύτητα δεν επηρεάζει αισθητά την εκπαίδευση ή την εργασία. Τα βαρβιτουρικά προκαλούν νοητική έκπτωση και υπερκινητικότητα, αλλά δεν χρησιμοποιούνται πια, παρά μόνον σε φαρμακοανθεκτική επιληψία.

4.1.3. Η επιληψία ή η θεραπεία επηρεάζουν το συναίσθημα;

Έχει βρεθεί μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης στα άτομα με επιληψία από τον γενικό πληθυσμό. Αυτή μπορεί να εκδηλώνεται στα παιδιά με ανορεξία και απώλεια βάρους, αϋπνία, εύκολη κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης κ.ά. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αντιδραστική λόγω της νόσου ή να οφείλεται στη φαρμακευτική αγωγή.

¹ Στίγμα: Η έννοια του στίγματος δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη. Κατά τους Link και Phalen «στίγμα υπάρχει όταν εμφανίζονται ισχυρές στερεοτυπίες, διαχωρισμοί και διακρίσεις για μια ομάδα ατόμων οι οποίες επηρεάζουν την υπόστασή τους στην κοινωνία».

4.1.4. Επηρεάζεται η εκπαίδευση των παιδιών;

Τα 2/3 των παιδιών με επιληψία δεν παρουσιάζουν κανένα πρόβλημα. Το 1/3 παρουσιάζει πρόβλημα στην εκπαίδευσή του και από αυτά το 1/3 χρειάζεται ειδική εκπαίδευση. Το 1/4 χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη στα χρόνια της εκπαίδευσης.

4.1.5. Επηρεάζεται η επαγγελματική απασχόληση;

Εξαρτάται από τη συχνότητα και τη βαρύτητα των κρίσεων, αλλά και από τη στάση που έχουν οι ίδιοι οι ασθενείς και το οικείο περιβάλλον για τη νόσο. Επίσης, η στάση της κοινωνίας απέναντι στη νόσο επηρεάζει το επίπεδο απασχόλησης. Έχει βρεθεί ότι η κατανόηση και η αλλαγή στάσης για τη νόσο μέσω της εκπαίδευσης μεταβάλλει τα ποσοστά ανεργίας των ατόμων με επιληψία. Λίγα είναι τα επαγγέλματα που τα άτομα με επιληψία δεν μπορούν να ασκήσουν ανεξάρτητα του αριθμού των κρίσεων (στρατιωτικά, ιπτάμενα, κατάρτισης, αναρρίχησης). Γενικά όμως, το ποσοστό ανεργίας είναι μεγαλύτερο στα άτομα με επιληψία από το γενικό πληθυσμό.

4.1.6. Η επιληψία και τα φάρμακα επηρεάζουν την τεκνοποίηση και το έμβρυο;

Η επιληψία δεν επηρεάζει την ικανότητα προς τεκνοποίηση ούτε και την ανάπτυξη του εμβρύου. Οι τονικοκλονικές κρίσεις, εάν δεν ελέγχονται, μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στο έμβρυο, ιδιαίτερα μετά την οργανογένεση, και κυρίως εάν η τονικοκλονική κρίση διαρκεί περισσότερο από 5'. Οι κρίσεις χωρίς σπασμούς δεν προκαλούν βλάβες στο έμβρυο. Η συχνότητα εμφάνισης συγγενών δυσπλασιών στα παιδιά των γυναικών που παίρνουν ένα αντιεπιληπτικό φάρμακο είναι λίγο μεγαλύτερη (4%) από τον γενικό πληθυσμό (2%). Το ποσοστό αυξάνει σε πολυθεραπεία (5-10%). Συνηθέστερες είναι οι μικρού βαθμού κρανιοπροσωπικές δυσπλασίες και η δισχιδής ράχη, που εύκολα αντιμετωπίζονται. Σπάνιες είναι καρδιακές βλάβες. Ο θηλασμός είναι συνήθως ασφαλής, αλλά πάντοτε πρέπει να γίνεται με την επίβλεψη ενός ατόμου για να μην πέσει το παιδί από την αγκαλιά της μητέρας του σε ενδεχόμενη κρίση. Επίσης, χρειάζεται συνεννόηση με τον ιατρό γιατί μερικά φάρμακα μπορεί να έχουν παρενέργειες.

4.1.7. Ποιοι εξωγενείς παράγοντες πυροδοτούν τις επιληπτικές κρίσεις;

- Ο ύπνος είναι σημαντικός παράγοντας που προφυλάσσει από την εμφάνιση των κρίσεων. Η ιδανική διάρκεια ύπνου για τα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας κυμαίνεται από 9-11 ώρες συνεχόμενες το 24ωρο.
- Η κατάχρηση αλκοόλ πρέπει να αποφεύγεται διότι είναι παράγοντας που προκαλεί την εμφάνιση επιληπτικής κρίσης.
- Η υπερβολική έκθεση στον ήλιο μπορεί να προκαλέσει επιληπτική κρίση.
- Τα video-παιχνίδια μπορεί να προκαλέσουν επιληπτική κρίση μόνο στην ειδική μορφή επιληψίας, τη φωτοευαίσθητη. Η χρήση του υπολογιστή και η παρακολούθηση τηλεόρασης πρέπει να ακολουθεί τους περιορισμούς που ισχύουν για όλα τα παιδιά.

4.1.8. Ποιες δραστηριότητες προκαλούν πρόβλημα;

- Εάν δεν ελέγχονται οι κρίσεις, η οδήγηση ποδηλάτου και μοτοσυκλέτας απαγορεύεται στα παιδιά, καθώς και η ανάβαση στην πίσω θέση, για το φόβο πτώσης και τραυματισμού.
- Στους ενήλικες, η οδήγηση αυτοκινήτου επιτρέπεται όταν το άτομο είναι ελεύθερο κρίσεων 2 χρόνια μετά τη διακοπή της αγωγής. Εδώ όμως υπάρχει μεγάλη συζήτηση για τις διάφορες μορφές επιληψίας κι εκείνο που επιβάλλεται είναι κάθε ασθενής να το συζητήσει με τον ιατρό του.

- Όλες οι αθλητικές δραστηριότητες επιτρέπονται, βέβαια με κάποια επιτήρηση, ανάλογα με τη μορφή των κρίσεων και το βαθμό του ελέγχου τους, πλην της κατάδυσης και της αναρρίχησης.

4.1.9. Ποια είναι η θέση της Ελληνικής κοινωνίας απέναντι στην επιληψία;

Από μελέτες έχει βρεθεί ότι η Ελληνική κοινωνία είναι αρκετά εξοικειωμένη με την επιληψία, την αιτιολογία της και τις δυνατότητες θεραπείας. Όμως, ακόμη περίπου το 50% από αυτούς που ρωτήθηκαν πιστεύουν ότι η επιληψία είναι κληρονομική νόσος και αρκετοί είναι επιφυλακτικοί ως προς το να εργασθούν ή να παντρευτούν με ένα άτομο με επιληψία. Ως προς τους εκπαιδευτικούς, έχει βρεθεί ότι είναι σωστά ενημερωμένοι σχετικά με την επιληψία και το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί ότι πρέπει τα παιδιά με επιληψία να συνεχίζουν κανονικά την εκπαίδευσή τους. Υπάρχει όμως έλλειμμα ως προς την αναγνώριση ορισμένων μορφών επιληπτικών κρίσεων και ως προς την αντιμετώπισή τους.

4.1.10. Ποια είναι η θέση των παιδιών απέναντι στη νόσο;

- Εμφανίζουν άγχος ως προς την κλινική εκδήλωση της επιληπτικής κρίσης και τα αποτελέσματά της.
- Τους επηρεάζει η αρνητική στάση των γονιών ως προς τη νόσο.
- Το στίγμα τους προκαλεί αρνητικά συναισθήματα, όπως χαμηλού βαθμού αυτοεκτίμησης, κατάθλιψη και προβλήματα συμπεριφοράς, κυρίως στα κορίτσια.
- Συχνά έχουν αρνητικά συναισθήματα ως προς τη λήψη των φαρμάκων.
- Παρουσιάζουν μεγαλύτερο άγχος από τα άλλα παιδιά για τις σχολικές επιδόσεις.
- Τους απασχολεί πολύ η συμμετοχή σε κοινωνικές και αθλητικές δραστηριότητες.

Αν και είναι γνωστό ότι το στίγμα επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία και την συμπεριφορά των ατόμων με επιληψία, και κυρίως τους νέους, λίγα είναι γνωστά για τους παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο που προσλαμβάνουν αυτά τα άτομα το στίγμα. Η πρόσληψη του στίγματος από τα παιδιά εξετάζεται με ειδικό ερωτηματολόγιο: Π.χ. Πόσο συχνά κρατάς μυστικό από τα άλλα παιδιά ότι έχεις επιληψία; Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι τα άλλα παιδιά δεν αισθάνονται άνετα μαζί σου λόγω των κρίσεων;

Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την επίδραση του στίγματος στην συμπεριφορά του ατόμου είναι η προσωπική στάση² που έχει το ίδιο απέναντι στη νόσο. Τα παιδιά με θετική στάση και θετικά συναισθήματα απέναντι στην επιληψία είναι αποδεδειγμένο ότι, προσλαμβάνουν σε μικρότερο βαθμό το στίγμα, έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση, νοητική ανάπτυξη και λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς. Δεν βρέθηκε η στάση ως προς τη νόσο να σχετίζεται με την κοινωνική επάρκεια του ατόμου.

Είναι σημαντικό, λοιπόν, να αυξηθούν τα θετικά συναισθήματα του παιδιού σε σχέση με την επιληψία. Αυτό μπορεί να γίνει με προγράμματα διαχείρισης του στίγματος, με εκπαίδευση σχετικά με τη νόσο, με ομάδες εργασίας που θα αυξήσουν την αυτοεκτίμηση και τις δυνατότητες των παιδιών, καθώς και κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

² Στάση: ένα προδιαθεσικό στοιχείο να αξιολογείται θετικά ή αρνητικά ένα αντικείμενο, πρόσωπο, κατάσταση ή γεγονός και που επηρεάζει την συμπεριφορά και τα συναισθήματα (θετικά ή αρνητικά).

5. Αντιμετωπίζοντας την επιληψία

5.1. Στην οικογένεια

Είναι απαραίτητο τα μέλη της οικογένειας να γνωρίζουν τι είναι η επιληψία και να κατανοήσουν τις επιπτώσεις στη ζωή του παιδιού. Ιδιαίτερα, σε μορφές καλοήθεις που ιώνται κατά τη διάρκεια της εφηβείας, ο κακός χειρισμός της νόσου μπορεί να έχει επιπτώσεις σε ολόκληρη την υπόλοιπη ζωή. Η καταπολέμηση των αρνητικών συναισθημάτων των γονιών ως προς τη νόσο θεωρείται ότι είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες για την ψυχοκοινωνική στήριξη του παιδιού.

Όταν εμφανίζεται μια γενικευμένη τονικοκλονική κρίση προσέχουμε να μην τραυματιστεί το παιδί. Απομακρύνουμε από κοντά του τα αντικείμενα που μπορεί να το τραυματίσουν. Είναι σημαντικό να παραμείνουμε ήρεμοι και να καθησυχάσουμε το περιβάλλον. Δεν προσπαθούμε να βάλουμε κανένα αντικείμενο στο στόμα του παιδιού ή να τραβήξουμε τη γλώσσα του. Το αποδεσμεύουμε από ρούχα που το σφίγγουν και αν φοράει γυαλιά του τα βγάζουμε. Τοποθετούμε το παιδί σε πλάγια θέση. Μόνο αν η κρίση διαρκέσει περισσότερο από 5' ή αν εμφανισθούν περισσότερες κρίσεις από το συνηθισμένο πηγαίνουμε το παιδί στο νοσοκομείο.

Είναι σημαντικό τα παιδιά να κατανοήσουν τη χρησιμότητα των φαρμάκων και την τακτική λήψη. Η θέση της οικογένειας ότι η επιληψία είναι ένα κοινό ιατρικό πρόβλημα που αντιμετωπίζεται, βοηθάει το παιδί να μη χάσει την αυτοεκτίμηση του. Η ενημέρωση του διδακτικού προσωπικού στο σχολείο από τους γονείς θεωρείται απαραίτητη. Το παιδί νοιώθει προστατευμένο. Επίσης, θετικό στην ενσωμάτωση του παιδιού στο σχολικό περιβάλλον θεωρείται η ύπαρξη συμμαθητών-φίλων που γνωρίζουν την ύπαρξη της νόσου. Αυτό βοηθάει στις σχέσεις με τους άλλους συμμαθητές και ενδυναμώνει το αίσθημα προστασίας.

Το παιδί πρέπει να ενθαρρύνεται να συμμετέχει σε δραστηριότητες. Να μην μπαίνουν απαγορεύσεις, αλλά να γίνεται προσπάθεια το παιδί να κατανοήσει τους κινδύνους από διάφορες δραστηριότητες και τα μέτρα προστασίας που μπορεί να πάρει. Να του αναγνωρισθεί η υπευθυνότητα και να του γίνει αντιληπτό το αίσθημα εμπιστοσύνης με το οποίο το περιβάλλουμε. Να υπάρχει διακριτική επιτήρηση. Να ενισχύονται οι ικανότητες του παιδιού, να ενθαρρύνεται το παιδί ως προς τις δυνατότητες που έχει και μην εστιάζεται η προσοχή στην επιληψία.

5.2. Στο σχολείο

Τα θετικά συναισθήματα των εκπαιδευτικών απέναντι στη νόσο και ο κατάλληλος χειρισμός των παιδιών με επιληψία έχει βρεθεί ότι συμβάλλει στη βελτίωση της απόδοσης και της ποιότητας της ζωής τους. Για την αντιμετώπιση τις επιληπτικής κρίσης ισχύουν τα ίδια με όσα αναφέρθηκαν για την οικογένεια. Ο εκπαιδευτικός πρέπει να συζητήσει με τους γονείς και το ίδιο το παιδί για τη νόσο. Είναι σημαντικό να γνωρίζει από το ίδιο το παιδί αν έχει και ποιες δυσκολίες. Να ενισχύεται η υπευθυνότητα, αλλά συγχρόνως να υπάρχει υποστήριξη. Να ενισχύεται η συμμετοχή στις αθλητικές δραστηριότητες, αλλά ίσως να χρειασθεί αλλαγή στο πρόγραμμα και διακριτική παρακολούθηση.

Βιβλιογραφία

- Funderburk, J., McCormic, B. & Austin, J. (2007). Does attitude toward epilepsy mediate the relationship between perceived stigma and mental health outcomes in children with epilepsy? *Epilepsy & Behavior*, 71-76.
- Guberman, A. & Bruni, J. (1999). *Essentials of clinical epilepsy*. Butterworth-Heinemann.
- Kraemer, G. (2005). *Epilepsy from A to Z*. Stuttgart: Thieme.
- Leonardi, M. & Ustun B. (2002). The global burden of epilepsy. *Epilepsia*, 21-25.
- Λογοθέτης, Ι. & Μυλωνάς Ι. (2004). *Νευρολογία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Manford, M. (2003). *Practical Guide to Epilepsy*. Elsevier Science.
- Mornics, Z., Czikora, G., Zavec, T., & Halasz P. (2001). Changes in public attitudes toward epilepsy in Hungary: results of surveys conducted in 1994 and 2000. *Epilepsia*, 86-93.
- Panayiotopoulos, C. (2005). *The epilepsies. Seizures, Syndromes and Management*. Bladon Medical Publishing.
- Πιπερίδου, Χ. (2006). *Κλινικά χαρακτηριστικά των λειτουργικών διαταραχών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος*. Αλεξανδρούπολη.
- Pugh, M., Copeland, L., Zeber, J. et.al. (2005). The impact of epilepsy on health status among younger and older adults. *Epilepsia*, 1820-1827.
- Shafer, P. (2002). *Improving the quality of life in epilepsy*. Postgrad. Med.

ΣΥΝΗΘΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Αικατερίνη Χαϊδοπούλου

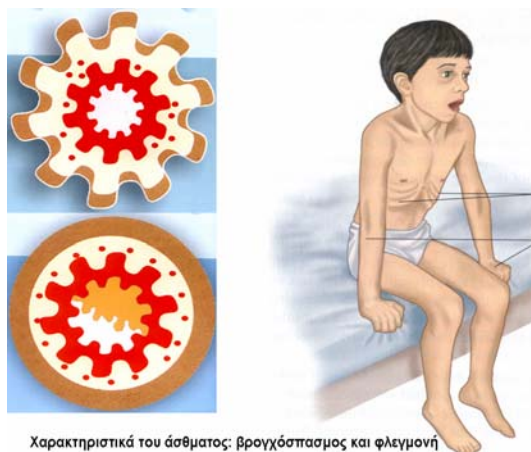
Όλα τα παιδιά θα αρρωστήσουν κάποια στιγμή από οξείες ασθένειες, σύντομης διάρκειας, όπως το κοινό κρυολόγημα, η γαστρεντερίτιδα με εμετούς και διάρροιες ή θα εμφανίσουν πρόβλημα υγείας ως συνέπεια ατυχήματος. Υπάρχουν όμως παιδιά που θα εκδηλώσουν χρόνια νοσήματα (που διαρκούν για πολλά χρόνια ή και για όλη τους τη ζωή), ως αποτέλεσμα επίδρασης κληρονομικών παραγόντων, περιβαλλοντικών παραγόντων ή συνδυασμού και των δύο. Μεταξύ αυτών των νοσημάτων συγκαταλέγονται το **βρογχικό άσθμα**, η **κυστική ίνωση**, ο **σακχαρώδης διαβήτης**, τα **ρευματικά νοσήματα**, με συχνότερη τη νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα, οι διάφορες μορφές καρκίνου (λευχαιμίες, λεμφώματα, συμπαγείς όγκοι), οι συγγενείς αιμολυτικές αναιμίες (μεσογειακή αναιμία), η επιληψία (βλ. κεφ. *Επιληψία*), η εγκεφαλική παράλυση, διάφορες αναπτυξιακές διαταραχές και οι διαταραχές της θρέψης, όπως ο υποσιτισμός ή η παχυσαρκία.

Τα **αλλεργικά νοσήματα** (βρογχικό άσθμα, αλλεργική ρινίτιδα, έκζεμα, αναφυλαξία) αποτελούν πολύ συχνά χρόνια προβλήματα υγείας στα παιδιά των ανεπτυγμένων χωρών, καθώς υπολογίζεται ότι εκδηλώνονται στο 35% του πληθυσμού και η συχνότητά τους αυξάνεται ως αποτέλεσμα του σύγχρονου τρόπου ζωής. Στο σύνολό τους αποτελούν συχνή αιτία επίσκεψης στον ιατρό και απουσίας από το σχολείο. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν απλή ρινική καταρροή ή εξάνθημα με κνησμό αλλά και σοβαρότερες εκδηλώσεις, όπως δυσκολία στην αναπνοή και αλλεργικό σοκ. Ευτυχώς τα αλλεργικά νοσήματα, αν και συχνά, σπάνια θα απειλήσουν τη ζωή ενός παιδιού. Το συχνότερο αλλεργικό νόσημα είναι η αλλεργική ρινίτιδα (20% των παιδιών) που μπορεί να έχει επιπτώσεις στον ύπνο και την ποιότητα ζωής των παιδιών, στην ακοή τους και την επίδοσή τους στο σχολείο.

1. Βρογχικό άσθμα

Το βρογχικό άσθμα (ΒΑ) αποτελεί το συχνότερο χρόνια νόσημα της παιδικής ηλικίας (11% στη χώρα μας σήμερα). Είναι μια χρόνια πάθηση των πνευμόνων που χαρακτηρίζεται από ποικίλου βαθμού απόφραξη των αεραγωγών που οφείλεται σε «σπασμό» των λείων μυϊκών ινών που περιβάλλουν τους βρόγχους, φλεγμονή και αυξημένη παραγωγή βλέννης. Τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται είναι ο βήχας, το σφύριγμα στο στήθος και η δυσκολία στην αναπνοή και μπορεί να υποχωρήσουν αυτόματα ή μετά από τη χορήγηση ειδικών (βρογχοδιασταλτικών) φαρμάκων.

Τα αίτια που μπορεί να οδηγήσουν σε κρίση βρογχικού άσθματος είναι πολλά, ονομάζονται εκλυτικοί παράγοντες και είναι διαφορετικοί σε κάθε παιδί. Από τους εκλυτικούς



Χαρακτηριστικά του άσθματος: βρογχόσπασμος και φλεγμονή

παράγοντες ιδιαίτερη σημασία για το περιβάλλον του σχολείου έχουν οι ιώσεις, ο ψυχρός αέρας και γενικά οι απότομες μεταβολές της θερμοκρασίας, η σκόνη της κιμωλίας, τα ζώα, η άσκηση, οι έντονες μυρωδιές (κολώνια, κόλλες, αυτοκόλλητα, μπογιές), οι φρεσκοβαμμένες αίθουσες, η γύρη, η μούχλα και η σκόνη.

Κάθε παιδί με ΒΑ είναι διαφορετική περίπτωση: άλλοι εκλυτικοί παράγοντες, ποικίλει η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, αλλάζει η απάντηση στα φάρμακα. Στον πίνακα που ακολουθεί αναφέρονται σημεία κρίσης ΒΑ που θα πρέπει να ανησυχήσουν τον εκπαιδευτικό:

ΣΗΜΕΙΑ ΚΡΙΣΗΣ ΒΑ

Αδυναμία άσκησης.

Επίμονος, κοντός, ξερός βήχας.

Το παιδί ξαφνικά χλομιάζει και είναι ασυνήθιστα «ήσυχος».

Θορυβώδης αναπνοή/σφύριγμα, μπορεί να ακούγεται, μπορεί και όχι.

Ανεξήγητη ευερεθιστότητα.

ΣΗΜΕΙΑ ΣΟΒΑΡΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΒΑ

Συμπτώματα που δεν υποχωρούν παρά τη χορήγηση των ανακουφιστικών φαρμάκων.

Εργώδης αναπνοή (το παιδί καταβάλλει προσπάθεια σε κάθε ανάσα).

Οι μύες της βάσης του λαιμού μπαίνουν προς τα μέσα σε κάθε αναπνοή.

Μελάνιασμα γύρω από το στόμα, τα χείλια, τα νύχια.

Η εκδήλωση των τελευταίων 4 σημείων σημαίνει σοβαρή κατάσταση του παιδιού. Ζητήστε από το παιδί να πει μια πρόταση: εάν δεν μπορεί να την πει με μια ανάσα, τότε έχει δύσπνοια! Βεβαιωθείτε ότι το παιδί πήρε το φάρμακο που προβλέπεται για μια τέτοια περίπτωση ή χορηγήστε το άμεσα εφ'όσον έχει χορηγηθεί πλάνο από τους γονείς για ένα τέτοιο ενδεχόμενο.

1.1. Παιδί με βρογχικό άσθμα μέσα στην τάξη

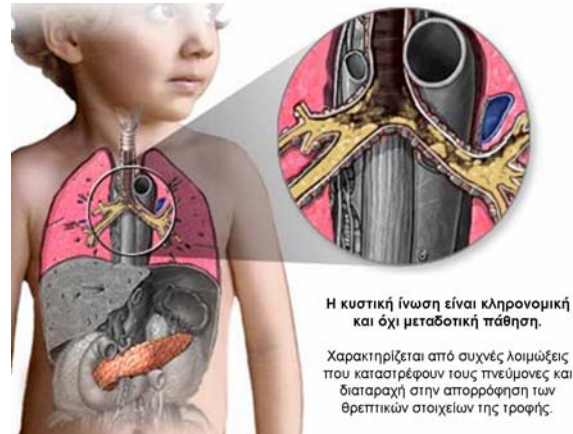
- Ενθαρρύνεται να κάνει γυμναστική και να συμμετέχει σε αθλοπαιδιές, γνωρίζοντας όμως ότι η ένταση άσκησης που μπορεί να ανεχθεί ποικίλλει ανάλογα με την κατάσταση του.
- Δεν πρέπει να πιέζεται να ξεπεράσει τα όριά του.
- Εάν διαμαρτυρηθεί ότι δυσκολεύεται με κάποια δραστηριότητα, μην το υποχρεώνετε να συνεχίσει.
- Διακοπτόμενες ασκήσεις γίνονται ευκολότερα ανεκτές από ασκήσεις μακράς αντοχής.
- Δεν περιορίζουμε το παιδί από δραστηριότητες, εκτός εάν υπάρχει σχετική ιατρική οδηγία.
- Ενημερώνονται εκ των προτέρων οι γονείς για δραστηριότητες που έχουν σχέση με επαφή με διάφορα ζώα.
- Εάν υπάρχει υπόνοια ότι η δραστηριότητα μπορεί να είναι επικίνδυνη για το παιδί με ΒΑ δεν θα πρέπει να αποκλείεται αλλά να σχεδιάζονται εναλλακτικές δραστηριότητες γι αυτό.
- Οι γονείς θα μπορούσαν να αναγνωρίσουν εκ των προτέρων πιθανούς εκλυτικούς παράγοντες ρίχνοντας μια ματιά στη σχολική αίθουσα.

Το παιδί με άσθμα χρειάζεται υποστήριξη, ενθάρρυνση και κατανόηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει για να ωριμάσει συναισθηματικά μέσα στο σχολείο και ο εκπαιδευτικός παίζει σημαντικό ρόλο σε αυτό.

2. Κυστική ίνωση (ΚΙ)

Είναι η συχνότερη κληρονομική νόσος της λευκής φυλής (1:2500 γεννήσεις). Εκδηλώνεται συνήθως με συχνές λοιμώξεις των πνευμόνων και στασιμότητα /καθυστέρηση βάρους. Ωστόσο, η ΚΙ μπορεί να διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο, αλλά και η κατάσταση της υγείας αλλά και της συναισθηματικής κατάστασης του ίδιου παιδιού να αλλάζει σημαντικά από μήνα σε μήνα ή από μέρα σε μέρα. Σε κάθε περίπτωση, ο εκπαιδευτικός που έχει στην τάξη του μαθητή με ΚΙ πρέπει να γνωρίζει ότι η πάθηση δεν είναι μεταδοτική και δεν επηρεάζει την ευφυΐα του παιδιού.

Οι πνεύμονες νοσούν γιατί στην ΚΙ η βλέννη που παράγουν είναι πηχτή και κολλώδης, δεν μπορεί να αποβληθεί εύκολα όπως στα φυσιολογικά άτομα, με αποτέλεσμα να φράσσουν οι αεραγωγοί. Εάν η βλέννη δεν απομακρυνθεί, οι πνεύμονες παθαίνουν συχνές λοιμώξεις και προοδευτικά καταστρέφονται. Γι αυτό το λόγο τα παιδιά με ΚΙ υποβάλλονται συστηματικά σε θεραπεία που αποσκοπεί στην αποτροπή της συσσώρευσης της βλέννης και που συνήθως περιλαμβάνει



την εισπνοή ειδικών φαρμάκων που ακολουθείται από φυσιοθεραπεία του θώρακα. Επίσης, για τον ίδιο λόγο τα παιδιά με ΚΙ βήχουν συχνά, ιδιαίτερα όταν περνούν ένα κρυολόγημα, και δεν πρέπει να αποθαρρύνονται να το κάνουν αυτό, καθώς κάθε προσπάθεια καταστολής του βήχα εκθέτει σε σημαντικό κίνδυνο την υγεία τους. Η ΚΙ δεν αποτελεί μεταδοτικό νόσημα και δεν θα «κολλήσουν» οι συμμαθητές τους. Ο εκπαιδευτικός μπορεί να βοηθήσει διευκολύνοντας το παιδί να βγει για λίγο από την τάξη «για να πιει λίγο νερό», επιτρέποντάς το να έχει στο θρανίο του ένα μπουκάλι με νερό και άφθονα χαρτομάντιλα στη διάθεσή του. Η άσκηση αποτελεί επίσης ένα καλό τρόπο για να απομακρυνθεί η βλέννη από τους πνεύμονες, γι αυτό και τα παιδιά με ΚΙ πρέπει να συμμετέχουν σε όσες αθλοπαιδιές μπορούν, καθώς επιπλέον ενισχύεται και η ψυχολογία τους όταν αποτελούν μέλος της ομάδας (βλ. κερφ. Ο ρόλος της Φυσικής Αγωγής). Ωστόσο, πρέπει κανείς να γνωρίζει ότι η ΚΙ μπορεί να περιορίσει το βαθμό στον οποίο το παιδί μπορεί να συμμετέχει σε τέτοιες δραστηριότητες και να μεταβάλλει την αντοχή του ίδιου παιδιού ακόμη και από μέρα σε μέρα.

Τα γαστρεντερικά προβλήματα του παιδιού με ΚΙ οδηγούν σε διαταραχή της απορρόφησης συστατικών της τροφής του, όπως τα λίπη, οι πρωτεΐνες, οι βιταμίνες. Για το λόγο αυτό τα παιδιά με ΚΙ συνήθως λαμβάνουν ειδικά σκευάσματα με παγκρεατικά ένζυμα για να διευκολύνεται η πέψη και απορρόφηση της τροφής τους, ενώ η διαίτά τους είναι ενισχυμένη σε θερμίδες και συμπληρώματα πρωτεϊνών και βιταμινών. Τα ένζυμα αυτά θα πρέπει να τα πάρουν αμέσως πριν φάνε και τα περισσότερα παιδιά είναι εξοικειωμένα με τη λήψη τους από πολύ μικρή ηλικία, για αυτό και θα πρέπει να τους επιτρέπεται να τα κρατούν επάνω τους –άλλωστε δεν είναι επικίνδυνα εάν κατά λάθος ληφθούν από συμμαθητή τους. Εάν αμελήσουν να πάρουν τα ένζυμά τους -συχνά το αποφεύγουν μπροστά στους συμμαθητές τους- μπορεί να εμφανίσουν πόνο στην κοιλιά και ανάγκη για να επισκεφθούν συχνότερα την τουαλέτα. Επίσης, επειδή το διαιτολόγιο είναι ενισχυμένο, καλό είναι να τους δίνεται περισσότερος χρόνος για να ολοκληρώσουν τα γεύματά τους.

Η ΚΙ προσβάλλει και τους ιδρωτοποιούς αδένες των παιδιών κάνοντάς τα να ιδρώνουν περισσότερο και ο ιδρώτας τους να είναι πολύ αλμυρός. Η παρατεταμένη άσκηση, ι-

διαίτερα όταν κάνει πολύ ζέστη, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα αφυδάτωσης, γι αυτό πρέπει να ενθαρρύνονται να καταναλώνουν άφθονα υγρά.

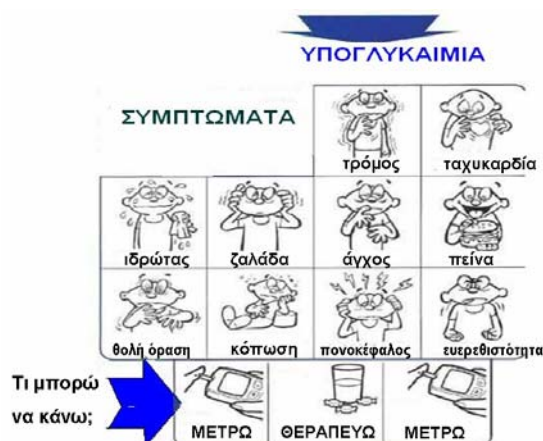
Το παιδί με ΚΙ μπορεί να είναι κάπως μικρόσωμο σε σχέση με τους συνομηλίκους του και έχει τις ίδιες συναισθηματικές ανάγκες με τους συμμαθητές του να νιώσει την αποδοχή της τάξης. Επιπλέον, χρειάζεται να επισκέπτεται συχνά το νοσοκομείο ή και να νοσηλευτεί για κάποια διαστήματα. Είναι σημαντικό στη διάρκεια της νοσηλείας του να διατηρεί την επαφή του με τα μαθήματά του -ο εκπαιδευτικός μπορεί εφ' όσον του ζητηθεί να δώσει εκ των προτέρων υλικό και πρόγραμμα εργασίας, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις η νοσηλεία είναι προγραμματισμένη.

Μέχρι πρόσφατα, τα παιδιά με ΚΙ δεν επιζούσαν αρκετά για να φοιτήσουν στο σχολείο. Σήμερα, η πρώιμη διάγνωση της νόσου και η εξειδικευμένη αντιμετώπισή της, έχει οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και αύξηση των ορίων ζωής. Τα παιδιά με ΚΙ γίνονται πλέον ενήλικες και κάνουν σχέδια για να σπουδάσουν, να εργαστούν και να αποκτήσουν οικογένειες και οι εκπαιδευτικοί μπορούν να βοηθήσουν στην ευόδωση των στόχων τους.

3. Σακχαρώδης διαβήτης

Ο **σακχαρώδης διαβήτης** (ΣΔ) είναι το πιο συχνό ενδοκρινικό νόσημα της παιδικής ηλικίας (6,4/100000 παιδιά/έτος στη Βόρεια Ελλάδα). Στην πλειοψηφία των παιδιών και εφήβων πρόκειται για ΣΔ τύπου Ι (ινσουλινοεξαρτώμενος). Είναι μια πάθηση στην οποία το σώμα καταστρέφει τα β-κύτταρα του παγκρέατος που παράγουν ινσουλίνη. Η ινσουλίνη είναι μια ορμόνη του οργανισμού που είναι απαραίτητη για να χρησιμοποιηθεί η γλυκόζη, το πιο απλό σάκχαρο στο οποίο διασπώνται όλες οι τροφές από το πεπτικό μας σύστημα. Χωρίς την ινσουλίνη τα κύτταρα του οργανισμού θα πεθάνουν. Τα παιδιά με ΣΔ τύπου Ι πρέπει να κάνουν ενέσεις ινσουλίνης σε αυξομειούμενες δόσεις και να διατηρούν ισορροπημένο πρόγραμμα διατροφής και άσκησης (βλ. κεφ. Ο ρόλος της Φυσικής Αγωγής).

Δύο προβλήματα που μπορεί να συναντήσουν τα παιδιά με ΣΔ στο σχολείο και οι εκπαιδευτικοί πρέπει να αναγνωρίζουν από τα συμπτώματά τους είναι: η υπογλυκαιμία και η υπεργλυκαιμία.



Η υπογλυκαιμία (χαμηλή γλυκόζη στο αίμα) μπορεί να οφείλεται σε μεγαλύτερη δόση ινσουλίνης, λιγότερο φαγητό ή περισσότερη άσκηση. Το παιδί με υπογλυκαιμία μπορεί να πεινά έντονα, να τρέμει ή να εμφανίζει υπνηλία. Η υπογλυκαιμία πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα με τη χορήγηση τροφών πλούσιων σε γλυκόζη, π.χ. δισκία γλυκόζης, χυμοί φρούτων. Μην αφήνετε μόνο του το παιδί εάν υποψιάζεστε υπογλυκαιμία, γιατί μπορεί να χάσει τις αισθήσεις του.

Η υπεργλυκαιμία (αυξημένη γλυκόζη στο αίμα) οφείλεται σε μικρή δόση ινσουλίνης ή μεγάλη ποσότητα φαγητού. Το παιδί με υπεργλυκαιμία μπορεί να είναι νωθρό και να εμφανίζει υπνηλία, διψά και πηγαίνει συχνά στην τουαλέτα. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει αύξηση της δόσης της ινσουλίνης και άφθονα υγρά που δεν περιέχουν γλυκόζη (νερό, σόδα διαίτης). Η παρατεταμένη υπεργλυκαιμία μπορεί να οδηγήσει σε μια σοβαρή κατάσταση που λέγεται διαβητική κετοξέωση και μπορεί να οδηγήσει σε κώμα ή θάνατο.

Στον πίνακα που ακολουθεί συνοψίζονται μερικές πρακτικές οδηγίες:

- Τα παιδιά που κάνουν ένεση ινσουλίνης στο σχολείο χρειάζονται λίγο περισσότερο χρόνο ώστε πρώτα να κάνουν την ένεση και στη συνέχεια να φάνε.
- Να επιτρέπονται μετρήσεις του σακχάρου στο σχολείο και να δίνεται άμεσα γλυκόζη σε περίπτωση υπογλυκαιμίας, ενώ σε περίπτωση υπεργλυκαιμίας να δίνεται άφθονο νερό και ελεύθερη πρόσβαση στην τουαλέτα.
- Επιβάλλεται να υπάρχει άμεση πρόσβαση του παιδιού σε πηγές γλυκόζης, ώστε να αντιμετωπίζεται έγκαιρα τυχόν υπογλυκαιμία.
- Ο γυμναστής/προπονητής ας έχει διαθέσιμη γλυκόζη (ταμπλέτα, χυμό) για το ενδεχόμενο υπογλυκαιμίας κατά την άσκηση.

4. Ρευματικά νοσήματα

Με τον όρο ρευματικά νοσήματα περιγράφεται μια ομάδα νοσημάτων που προσβάλλουν κατά κύριο λόγο το μυοσκελετικό σύστημα. Η γενικότερη αντίληψη ότι αποτελούν νοσήματα μόνο των ενηλίκων δεν ευσταθεί, καθώς η νεανική ιδιοπαθής αρθρίτιδα ανήκει στα δέκα συχνότερα χρόνια νοσήματα της παιδικής ηλικίας. Παρατηνόμενος πυρετός, κακουχία, ανορεξία, απώλεια βάρους, εκδηλώσεις από το μυοσκελετικό σύστημα (πόννοι στις αρθρώσεις ή τους μύες, διόγκωση αρθρώσεων) ή από το δέρμα ανήκουν στις συνηθισμένες κλινικές εκδηλώσεις των ρευματικών νοσημάτων. Αρκετά συχνά η κλινική εικόνα δεν είναι τυπική και χρειάζεται παρακολούθηση σε βάθος χρόνου, καθώς και ειδικές εξετάσεις για την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, εντατική φυσικοθεραπεία και συστηματική παρακολούθηση από γιατρούς περισσότερων ειδικοτήτων (οφθαλμίατρος, ορθοπαιδικός κ.α.).

Ο αριθμός των παιδιών με χρόνια νοσήματα αυξάνει καθώς βελτιώνονται οι δυνατότητες αντιμετώπισης και φροντίδας πολλών σοβαρών συγγενών ή επίκτητων παθήσεων. Η εκδήλωση ενός χρόνιου νοσήματος έχει σημαντικές επιπτώσεις όχι μόνο στο ίδιο το παιδί, καθώς επηρεάζει τη σωματική και πνευματική του ανάπτυξη, αλλά και σε όλη την οικογένεια, καθώς αυξάνεται η πιθανότητα εκδήλωσης ψυχολογικών και κοινωνικών διαταραχών αλλά και μεταβολών στο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.

Βιβλιογραφία

- Behrman, R.E., Kleigman, R.M. & Jenson, H.B. (επιμ) (2004). *Nelson's Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: Saunders.
- Bush, A., Alton, E.W.F.W., Davies, J., Griesenbach, U. & Jaffe, A. (επιμ) (2006). *Progress in Respiratory Research: Cystic Fibrosis in the 21st century* (Vol 34). Basel: Karger.
- Davis, P. (2006). Pulmonary Disease in Cystic Fibrosis. Στο V. Chernick, T.F. Boat, R.W. Wilmott & A. Bush (επιμ). *Kendig's disorders of the respiratory tract in children* (σσ. 873-886). Philadelphia: Saunders.

- Gold. M. (επιμ). *The complete kid's allergy and asthma guide*. Toronto: Robert Rose Inc.
- Κανακούδη-Γσαναλίδου, Φ. & Κατζός, Γ. (2005). *Βασική Παιδιατρική*. Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
- Kercsmar, C. (2006). Wheezing in older children: Asthma. Στο V. Chernick, T.F. Boat, R.W. Wilmott & A. Bush (επιμ). *Kendig's disorders of the respiratory tract in children* (σσ. 810-838). Philadelphia: Saunders.

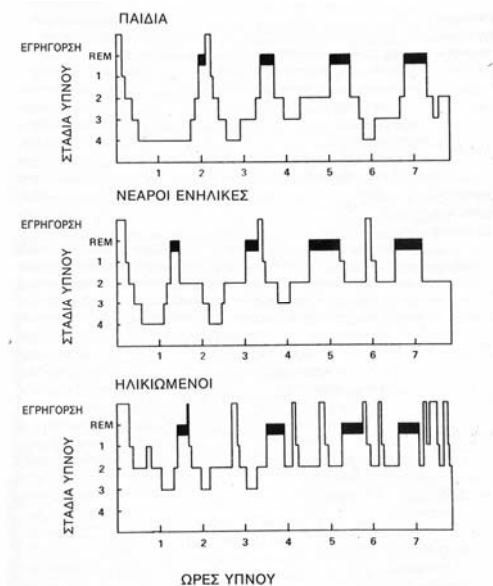
Ο ΥΠΝΟΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

Άννα Καρλοβασίτου & Χαριτωμένη Πιπερίδου

1. Ο φυσιολογικός ύπνος

Ο ύπνος αποτελεί το ένα τρίτο της ζωής του ανθρώπου και «η ιστορία του είναι τόσο παλιά όσο και ο ίδιος ο χρόνος». Ποιητές, λογοτέχνες, φιλόσοφοι, θεολόγοι, καθένας από τη δική του σκοπιά, στάθηκαν με δέος μπροστά στο μυστήριο του ύπνου. Στην Ελληνική μυθολογία, ο ύπνος θεωρούνταν δίδυμος αδερφός του θανάτου και η επισημονική κοινότητα, μέχρι πριν από 50 περίπου χρόνια, ταυτίζονταν με αυτή τη δοξασία, αφού θεωρούσε ότι ο ύπνος ήταν μια παθητική κατάσταση. Η σύγχρονη επιστημονική έρευνα ανέτρεψε παντελώς αυτή την αντίληψη και σήμερα γνωρίζουμε ότι τόσο ο εγκέφαλος, όσο και τα υπόλοιπα συστήματα του ανθρώπινου σώματος, βρίσκονται κατά τη διάρκεια του ύπνου σε μια συνεχή και εναλλασσόμενη δραστηριότητα.

Στα εργαστήρια ύπνου, με βάση την καταγραφή τριών νευροφυσιολογικών παραμέτρων κατά τη διάρκεια του ύπνου: α) των οφθαλμικών κινήσεων (οφθαλμογράφημα ΟΓΜ), β) της δραστηριότητας των μυών, δηλαδή του μυϊκού τόνου (ηλεκτρομυογράφημα ΗΜΓ), γ) της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου του ηλεκτροεγκεφαλογράφηματος (ΗΕΓ), αποδεικνύεται ότι ο ύπνος διακρίνεται από δύο φάσεις που ονομάζονται NREM (από τα αρχικά των αγγλικών λέξεων Non Rapid Eye Movements: χωρίς γρήγορες οφθαλμικές κινήσεις) και τη REM φάση (Rapid Eye Movements: με γρήγορες οφθαλμικές κινήσεις). Οι δύο αυτές φάσεις εναλλάσσονται κατά τη διάρκεια του ύπνου ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Επιπλέον, ο NREM ύπνος αποτελείται από τέσσερα στάδια, τα στάδια 1, 2, 3 και 4. Οι εναλλαγές αυτές για ύπνο 8 ωρών απεικονίζονται στην εικόνα 1 (υπνόγραμμα).



Εικόνα 1: Το υπνόγραμμα

Λίγα λεπτά μετά το κλείσιμο των βλεφάρων ανοίγουν οι πύλες του ύπνου με την έναρξη του πρώτου σταδίου του NREM ύπνου που είναι η φάση της υπνηλίας. Σε αυτή τη φάση αρχίζουν μεταβολές στην ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου, που διαφοροποιούνται από αυτές που καταγράφονται στο ΗΕΓ όταν το άτομο είναι σε εγρήγορση, με την εμφάνιση βραδέων κυματομορφών. Όσο βαθύνει ο ύπνος τόσο οι βραδείες αυτές κυματομορφές αυξάνονται σε ποσότητα και γίνονται βραδύτερες, χαρακτηρίζοντας το δεύτερο, το τρίτο και το τέταρτο στάδιο του NREM ύπνου.

Στο πρώτο και στο δεύτερο στάδιο ο ύπνος είναι ελαφρύς και το άτομο εύκολα μπορεί να ξυπνήσει, ενώ στο τρίτο και τέταρτο στάδιο ο ύπνος είναι βαθύς και η αφύπνιση δύσκολη. Η φάση αυτή

στην αρχή του ύπνου διαρκεί περίπου 60-90 λεπτά. Στη συνέχεια εμφανίζεται ο REM ύπνος, ο οποίος ονομάζεται και παράδοξος ύπνος και είναι η περίοδος κατά την οποία ονειρευόμαστε. Παρόλο που ο ύπνος αυτός είναι βαθύς, συμβαίνουν τα εξής παράδοξα: στο ΗΕΓ εμφανίζονται ρυθμοί ίδιοι με αυτούς όταν ο εγκέφαλος είναι σε εγρήγορση. Στο ΗΟΓ καταγράφονται γρήγορες οφθαλμικές κινήσεις, θα έλεγε κανείς σαν να παρακολουθεί ο κοιμώμενος τα όνειρά του. Αντίθετα, στο ΗΜΓ υπάρχει σιγή, που σημαίνει ότι στην κυριολεξία είμαστε παράλυτοι στο υπόλοιπο σώμα, εκτός από το πρόσωπο. Το γεγονός αυτό δρα προστατευτικά από ενδεχόμενες κινήσεις που θα είχαν σχέση με τα όνειρα.

Οι δύο αυτές φάσεις εναλλάσσονται 4 με 5 φορές κατά τη διάρκεια του νυχτερινού ύπνου. Η φάση NREM καλύπτει το 75% περίπου του συνολικού ύπνου και το υπόλοιπο 25% η REM φάση.

Ο ύπνος αποτελεί μια περίοδο αυξημένης νευροενδοκρινικής δραστηριότητας. Υπάρχουν ορμόνες που εκκρίνονται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια του ύπνου, όπως η αυξητική ορμόνη, άλλες των οποίων η έκκριση ρυθμίζεται με βάση την αλλαγή φωτός και σκότους, όπως η μελατονίνη, άλλες των οποίων η έκκριση φτάνει στα υψηλότερα επίπεδα κατά τον ύπνο και άλλες που εκκρίνονται κυρίως κατά την αφύπνιση.

Η αυξητική ορμόνη είναι πολύ σημαντική για την ανάπτυξη του σκελετού των παιδιών και η έλλειψή της μπορεί να οδηγήσει σε νανισμό. Το μέγιστο της έκκρισης της ορμόνης αυτής γίνεται κατά τις πρώτες ώρες του ύπνου, και μάλιστα κατά τον NREM ύπνο. Παιδιά στα οποία διαταράσσεται η συνέχεια του NREM ύπνου, π.χ. παιδιά με υπνικές άπνοιες, μπορεί να παρουσιάσουν επιβράδυνση της ανάπτυξης. Επίσης, στρεσογόνοι καταστάσεις ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα που διαταράσσουν τον ύπνο επηρεάζουν την έκκριση της αυξητικής ορμόνης.

Η μελατονίνη είναι ορμόνη που εκκρίνεται από την επίφυση, αρχίζει να παράγεται με την έναρξη του σκότους και ευνοεί την επέλευση του ύπνου. Η σύνθεσή της και η έκκρισή της αναστέλλεται από το φως. Φτάνει στο μέγιστο της έκκρισής της κατά το μέσον του νυχτερινού ύπνου. Η έκκριση της μελατονίνης επηρεάζεται από την ηλικία. Στα νεογνά μέχρι την ηλικία των 3 μηνών, εκκρίνεται πολύ μικρή ποσότητα μελατονίνης. Μετά τον 4-6 μήνα ακολουθεί τη φυσιολογική έκκριση. Η έκκριση της μελατονίνης ελαττώνεται σε πολλά ηλικιωμένα άτομα και το γεγονός αυτό μπορεί να προκαλέσει αϋπνία. Επίσης, ορμόνες που έχουν σχέση με τον κύκλο του ύπνου-εγρήγορσης είναι η κορτιζόλη, οι θυροειδικές ορμόνες, η προλακτίνη κ.α. οι οποίες εκκρίνονται κυρίως προς το τέλος του ύπνου και κατά την αφύπνιση.

Ο ύπνος ρυθμίζεται από δύο παράγοντες: τη διάρκεια της εγρήγορσης (ομοιοστατικός μηχανισμός που οδηγεί στον ύπνο) και τον κιρκάδιο ρυθμό που επηρεάζεται από τις εναλλαγές φωτός και σκότους. Κιρκάδιος ρυθμός ονομάζεται η επανάληψη ενός βιολογικού φαινομένου ανά 24 ώρες. Στον κιρκάδιο ρυθμό υπακούουν, εκτός από τον ύπνο, και άλλες βιολογικές λειτουργίες όπως η θερμοκρασία και η έκκριση ορμονών.

Η ακριβής σημασία του ύπνου παραμένει άγνωστη. Η διατήρηση του ενεργειακού ισοζυγίου και η αποκατάσταση των ενεργειακών απωλειών φαίνεται να διασφαλίζεται από τον ύπνο των βραδένων κυμάτων NREM, κατά τον οποίο πολλές λειτουργίες του οργανισμού, όπως η καρδιακή, η αναπνευστική, η λειτουργία του πεπτικού κ.α., είναι μειωμένες. Όμως, ο ύπνος REM αποτελεί ένα στάδιο κατά το οποίο σπαταλιέται πολύ ενέργεια. Σύμφωνα, λοιπόν, με ορισμένες θεωρίες, κατά τον ύπνο REM γίνεται η επεξεργασία διαφόρων πληροφοριών, ταξινόμηση, ανάσυρση, αποθήκευση και εκκαθάριση πληροφοριών που συλλέχτηκαν κατά τη διάρκεια της ημέρας. Υποστηρίζεται, δηλαδή, ότι η φάση αυτή του ύπνου συντελεί στην ομαλή μαθησιακή και μνημονική λειτουργία του ατόμου. Στα πλαίσια αυτά,

κατά καιρούς, έχουν διατυπωθεί πολλές υποθέσεις, όπως ότι η πρόσφατα αποκτηθείσα μνήμη μεταφέρεται από περιοχές του εγκεφάλου βραχυχρόνιας σε άλλες μακροχρόνιας αποθήκευσης, δημιουργώντας, έτσι, περιθώρια για την εκ νέου αποθήκευση στις περιοχές που εκκενώθηκαν. Μέσα σε αυτή την πολύπλοκη διαδικασία, σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, δημιουργούνται τα όνειρα.

2. Επιπτώσεις των διαταραχών του ύπνου

Έχει γίνει πλέον συνείδηση στους επιστήμονες της υγείας ότι ο ανεπαρκής ύπνος και ο κακός ύπνος έχουν επιπτώσεις στην υγεία και τη λειτουργικότητα των ατόμων, και κατά μείζονα λόγο, στην ψυχική και σωματική υγεία των παιδιών και των εφήβων. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και ο φόρτος με ποικίλες δραστηριότητες των παιδιών της σχολικής ηλικίας έχει «βιάσει» το ωράριο του ύπνου που θα πρέπει να συμπληρώνουν τα παιδιά και οι έφηβοι. Επιπλέον, σε ποικίλες έρευνες έχει βρεθεί ότι το 20-30% των παιδιών, από την παιδική μέχρι και την εφηβική ηλικία, μπορεί να εμφανίσουν κάποια διαταραχή του ύπνου που να έχει επίπτωση στην ημερήσια λειτουργικότητά τους. Οι διαταραχές αυτές, συχνά υποβαθμίζονται ή δεν τίθεται η διάγνωσή τους από τους ιατρούς, ενώ σε κάποια έρευνα αναφέρεται ότι μόνο το 5-10% των γονέων γνωρίζουν το πρόβλημα. Το ποσοστό διαταραχών του ύπνου ανέρχεται στο 40-70% στα παιδιά με νευροψυχιατρικές διαταραχές.

Επιπλέον, έχει τεκμηριωθεί ότι μπορεί να προκληθούν ήπιες γνωστικές και συμπεριφορικές διαταραχές σε παιδιά με φυσιολογική ψυχοσωματική ανάπτυξη εξαιτίας κακού ή ανεπαρκούς ύπνου. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι σε παιδιά στα οποία παρατάθηκε ο ύπνος τους κατά 35' το βράδυ, βελτιώθηκε η απόδοσή τους στο σχολείο. Σε παιδιά με ήδη προϋπάρχουσα νευροψυχιατρική διαταραχή, η κακή ποιότητα του ύπνου επιδεινώνει τις γνωστικές και συμπεριφορικές λειτουργίες και αποτελεί έναν επιπρόσθετο παράγοντα επιδείνωσης της ποιότητας ζωής των παιδιών και των φροντιστών τους.

Πιο συγκεκριμένα, ο ανεπαρκής και κακός ύπνος προκαλεί μείωση της συγκέντρωσης, της αφαιρετικής σκέψης, της απόδοσης στο σχολείο, συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές και ελλειμματική προσοχή. Ορισμένοι υποστηρίζουν, μάλιστα, ότι σε κάθε παιδί με διαταραχές ελλειμματικής διαταραχής και υπερκινητικότητα απαιτείται λεπτομερές ιστορικό ύπνου. Επιπλέον, η στέρηση ύπνου προκαλεί μείωση της ικανότητας αντίδρασης σε απειλούμενο κίνδυνο, καθώς επίσης και μείωση της αντίστασης του οργανισμού σε διάφορα νοσήματα και επιβραδύνει τη σωματική αύξηση. Η λαϊκή σοφία αποτυπώνει πολύ εύστοχα τη χρησιμότητα του ύπνου στα παιδιά με τη ρήση: «Ο ύπνος τρέφει τα παιδιά και η γεία τα μεγαλώνει».

Αξίζει να τονιστεί ότι ενώ στους ενήλικες η στέρηση του ύπνου προκαλεί υπνηλία, στα παιδιά αντίθετα μπορεί να προκαλέσει υπερκινητικότητα και ευερεθιστότητα.

Το ερώτημα που προκύπτει είναι: πόσες ώρες πρέπει να κοιμούνται τα παιδιά; Αν και δεν υπάρχει η ίδια ανάγκη για όλα τα παιδιά για ύπνο, υποστηρίζεται ότι 9 έως 11 ώρες ύπνου είναι απαραίτητες για τα παιδιά της σχολικής ηλικίας. Στους εφήβους, παρατηρείται μια τάση να κοιμούνται αργότερα το βράδυ και να ξυπνούν αργά το πρωί και φαίνεται ότι υπάρχει και αυξημένη ανάγκη για ύπνο. Δυστυχώς, το εκπαιδευτικό σύστημα και οι κοινωνικές και σχολικές απαιτήσεις δεν λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες για ύπνο των παιδιών. Σε ορισμένες πολιτείες τις Αμερικής αλλά και στην Ιαπωνία έχουν καθιερώσει σχολικά ωράρια που αρχίζουν αργότερα το πρωί.

3. Συνήθεις διαταραχές του ύπνου στα παιδιά

Ο ύπνος στα παιδιά μπορεί να διαταραχθεί από εξωγενή αίτια λόγω κακής υγιεινής του ύπνου και από ορισμένες ενδογενείς διαταραχές. Οι διαταραχές του ύπνου είναι δυνατόν να εκδηλωθούν με αϋπνία, υπνηλία ή διαταραχές της συμπεριφοράς κατά τον ύπνο (παραϋπνίες).

3.1. Η αϋπνία

Η αϋπνία χαρακτηρίζεται από δυσκολία στην έναρξη του ύπνου, συχνές αφυπνίσεις ή πρόωγη αφύπνιση. Συχνά συνυπάρχει με άγχος ή κατάθλιψη των παιδιών ή με κάποιο χρόνιο σωματικό νόσημα.

3.2. Η υπνηλία

Η υπνηλία μπορεί να είναι συνέπεια της αϋπνίας ή μπορεί να προκληθεί από διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο (άπνοιες του ύπνου ή υπνικές άπνοιες), οι οποίες συνυπάρχουν συχνά με παχυσαρκία, υπερτροφικές αμυγδαλές και αδενοειδείς εκβλαστήσεις. Σε πρόσφατη έρευνα αναφέρεται ότι το 15% των παιδιών με χαμηλή απόδοση στο σχολείο έπασχε από διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο, εξαιτίας αδενοειδών εκβλαστήσεων και υπερτροφικών αμυγδαλών, και βελτιώθηκε η απόδοσή τους μετά από τη χειρουργική αφαίρεσή τους.

3.3. Η ναρκοληψία

Η ναρκοληψία είναι σπάνιο σχετικά νόσημα που εκδηλώνεται κατά την εφηβεία. Χαρακτηρίζεται από ακατανίκητα επεισόδια ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας, διάρκειας λιγότερο από μισή ώρα, καθώς επίσης και αυξημένη ανάγκη για ύπνο. Με τη νόσο αυτή συνυπάρχουν και άλλα συμπτώματα, όπως καταπληξία (απώλεια του μυϊκού τόνου και πτώση έπειτα από έντονο συναισθηματικό ερέθισμα ευχάριστο ή δυσάρεστο). Συχνά η νόσος δεν διαγιγνώσκεται και τα παιδιά αυτά θεωρούνται ότι πάσχουν από ψυχική νόσο ή ότι είναι οκνηρά.

3.4. Παραϋπνίες

Οι συχνότερες παραϋπνίες είναι:

3.4.1. Η υπνοβασία

Συνήθως συμβαίνει όταν το παιδί κοιμάται βαθιά και βρίσκεται στο 3^ο και 4^ο στάδιο του NREM ύπνου. Υπάρχει συχνά κάποια κληρονομική προδιάθεση. Με την πάροδο της ηλικίας και μετά την εφηβεία μειώνεται σε συχνότητα η εμφάνισή της. Πρόκειται για καλοήγη διαταραχή και δεν χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση. Συνιστάται να διασφαλίζεται ήρεμο οικογενειακό περιβάλλον προ του ύπνου και να λαμβάνονται επίσης μέτρα προστασίας από ενδεχόμενο τραυματισμού του παιδιού. Εκείνο που έχει σημασία είναι να γίνεται προσπάθεια απελευθέρωσης των γονιών και του παιδιού από το άγχος.

3.4.2. Ο νυχτερινός τρόμος

Χαρακτηρίζεται από συχνές εγέρσεις στο κρεβάτι του παιδιού με φωνές ή κλάματα, ιδρώτα και ταχυκαρδία. Εκ μέρους των γονέων χρειάζεται να καθησυχάσουν το παιδί, αλλά προσοχή, δεν θα πρέπει να κατακλίνονται δίπλα του ή να το παίρνουν μαζί τους στο δικό τους κρεβάτι.

Οι δύο παραπάνω διαταραχές είναι δυνατόν να δημιουργήσουν διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα από επιληπτικές κρίσεις (σύνθετες εστιακές).

3.4.3. Το παραμιλητό

Είναι μια συχνή παραϋπνία, η οποία όμως, συνήθως, δε δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα.

3.4.4. Περιοδικά χτυπήματα του κεφαλιού κατά την έναρξη του ύπνου

Μπορεί να παρουσιαστούν σε παιδιά με φυσιολογική ψυχοσωματική ανάπτυξη αλλά συνήθως είναι συχνά σε παιδιά με εγκεφαλικές βλάβες. Τα προφυλακτικά μέτρα αποσκοπούν στην πρόληψη τραυματισμού του εγκεφάλου.

3.4.5. Το τρίζιμο των δοντιών

Είναι συχνό στα παιδιά και συνήθως παρέρχεται μετά την εφηβεία. Είναι μία από τις αιτίες κεφαλαλγίας στα παιδιά, καθώς επίσης και πρόκλησης βλάβης στα δόντια τους. Γι' αυτό και χρειάζεται συχνή οδοντιατρική παρακολούθηση.

3.4.6. Η ενούρηση

Αν παρατείνεται μετά την ηλικία των 5 ετών θα πρέπει να ελέγχεται κατά πόσον οφείλεται σε ψυχογενή ή οργανικά αίτια.

4. Νευροψυχιατρικά νοσήματα και ύπνος

Υπάρχουν προδιαθετικοί παράγοντες, βιολογικοί και ψυχολογικοί, οι οποίοι ενοχοποιούνται για διαταραχές του ύπνου στα παιδιά με νευροψυχιατρικά νοσήματα και αναπτυξιακές διαταραχές. Αυτοί είναι:

- α) Εγκεφαλικές βλάβες σε περιοχές που ρυθμίζουν τη λειτουργία του ύπνου
- β) Διαταραχές της αναπνοής, λόγω δυσλειτουργίας του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος ή των κινητικών προβλημάτων κατά τον ύπνο.
- γ) Ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν το παιδί και οι οποίοι επιπροστίθενται στη νευρολογική του δυσλειτουργία εξαιτίας των μαθησιακών, συμπεριφορικών και κοινωνικών του προβλημάτων, αλλά και της υπερκινητικότητας, του άγχους και της κατάθλιψης.
- δ) Η ψυχολογική κατάσταση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ατόμου και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει το πρόβλημα τόσο στην εγρήγορση όσο και κατά τη διάρκεια του ύπνου.

4.1. Σύνδρομο Down

Στο Σύνδρομο Down (βλ κεφ. Σύνδρομο Down) είναι σχετικά συχνές οι διαταραχές του ύπνου. Η συχνότερη διαταραχή είναι αυτή της αναπνοής, η οποία μπορεί να προκαλέσει ανήσυχο και διακεκομμένο ύπνο, εμφάνιση υπνηλίας και υπερκινητικότητας την άλλη μέρα. Οι διαταραχές της αναπνοής εκδηλώνονται με βαρύ ροχαλητό ή σταμάτημα της αναπνοής (υπνικές άπνοιες) και έχουν ως συνέπεια την κακή οξυγόνωση του εγκεφάλου και ως εκ τούτου την επιδείνωση των γνωστικών λειτουργιών των παιδιών αυτών. Οι διαταραχές αυτές της αναπνοής οφείλονται συνήθως στη χαλαρότητα των μυών του ρινοφάρυγγα ή δυσπλασίες του ρινοφάρυγγα, που συνυπάρχουν με τη νόσο, αλλά και σε υπερπλασία των αμυγδαλών ή των αδενοειδών εκβλαστήσεων που συχνά παρατηρείται στα παιδιά αυτά. Είναι σημαντικό να γίνεται αξιολόγηση του οφέλους που μπορεί να προκύψει από χειρουργική αντιμετώπιση σε σχέση με τις επιπτώσεις της κακής αναπνοής.

Ανάλογες διαταραχές της αναπνοής, τόσο κατά τον ύπνο, όσο και κατά την εγρήγορση παρουσιάζουν και παιδιά με άλλες κρανιοπροσωπικές δυσπλασίες.

4.2. Διαταραχές του ύπνου στα παιδιά με εγκεφαλική παράλυση

Ποικίλες αιτίες μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές του ύπνου στα παιδιά με εγκεφαλική παράλυση. Η μυϊκή σπαστικότητα είναι δυνατόν να προκαλέσει άλγη και δυσφορία αλλά και διαταραχές της αναπνοής. Αυτή καθ'αυτή η εγκεφαλική βλάβη, εάν αφορά περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με τον ύπνο (π.χ. εγκεφαλικό στέλεχος), μπορεί να επηρεάσει τόσο την αναπνοή όσο και την ποιότητα του ύπνου με διαταραχές στην αρχιτεκτονική του. Σε κάποιες έρευνες έχει βρεθεί μείωση της έκκρισης της μελατονίνης, η οποία, ως γνωστόν, ρυθμίζει την ποιότητα και ποσότητα του ύπνου. Οι επιληπτικές κρίσεις που συνυπάρχουν, εάν είναι νυχτερινές και μη ελεγχόμενες, επίσης διαταράσσουν τον ύπνο. Επιπλέον, η υπερδοσολόγηση από ορισμένα αντιεπιληπτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσει υπνηλία, αλλά ενίοτε και αϋπνία ή διέγερση.

Σε ασθενείς που συνυπάρχουν και διαταραχές της όρασης είναι δυνατόν να παρατηρηθούν διαταραχές του κιρκάδιου ρυθμού, αφού απουσιάζει το ερέθισμα φως-σκοτάδι, που εναρμονιζόμενο με ομοιοστατικούς μηχανισμούς ρυθμίζει τον κύκλο εγρήγορση-ύπνος.

Τέλος, ψυχολογικοί παράγοντες, όπως άγχος και κατάθλιψη όχι μόνο του παιδιού αλλά και των γονιών μπορεί να επηρεάσουν την ποσότητα και την ποιότητα του ύπνου.

Στα παιδιά με εγκεφαλική παράλυση, η χορήγηση μελατονίνης 30-60' προ της έναρξης του ύπνου, η έκθεσή τους στο φως κατά τη διάρκεια της ημέρας και ο χαμηλός φωτισμός το βράδυ μπορεί να βοηθήσουν ιδιαίτερα στις διαταραχές του κιρκάδιου ρυθμού. Θα πρέπει επίσης να ελέγχεται η δυνατότητα αντιμετώπισης διαταραχών της αναπνοής, των επιληπτικών κρίσεων και να γίνεται ψυχολογική υποστήριξη τόσο στο παιδί όσο και στους γονείς.

4.3. Νευρομυϊκές Παθήσεις

Στα νευρομυϊκά νοσήματα είναι συχνές οι διαταραχές κατά τον ύπνο λόγω αδυναμίας των αναπνευστικών μυών. Σε προχωρημένα στάδια η χορήγηση οξυγόνου με θετική πίεση μέσω της συσκευής CPAP* είναι απολύτως απαραίτητη. Σημαντική επίσης παράμετρος είναι ο έλεγχος του βάρους με περιορισμό της θερμιδικής πρόσληψης, αφού η παχυσαρξία επιδεινώνει τις αναπνευστικές διαταραχές.

4.4. Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

4.4.1. Αυτισμός

Οι διαταραχές του ύπνου στα παιδιά με αυτισμό έχουν αναγνωριστεί εδώ και πολλές δεκαετίες και είναι αρκετά συχνές. Περίπου τα 2/3, δηλαδή το διπλάσιο από τα φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιά, σε κάποια φάση είναι δυνατό να παρουσιάσουν προβλήματα ύπνου. Τα προβλήματα αυτά δεν σχετίζονται άμεσα με το επίπεδο των νοητικών ικανοτήτων τους. Είναι συχνότερα στα μικρότερα παιδιά και κυρίως αφορούν την έναρξη και διατήρηση του ύπνου. Σύμφωνα με την περιγραφή των γονέων συχνά έχουν μια κυκλική εμφάνιση.

Ακατάστατα ωράρια ύπνου, πρώιμη πρωινή αφύπνιση, βράχυνση του χρόνου του νυχτερινού ύπνου και γενικά φτωχός ύπνος έχουν αναφερθεί στις ελάχιστες όμως μελέτες που έχουν διενεργηθεί. Ανεπαρκής, επίσης, έρευνα υπάρχει και στον τομέα των παραϋπνιών,

* CPAP: *Continuous positive airway pressure*. Συσκευή συνεχούς θετικής χορήγησης οξυγόνου.

αλλά από περιγραφές των γονέων φαίνεται ότι οι νυχτερινοί τρόμοι, οι εφιάλτες, το τρίζιμο των δοντιών και τα περιοδικά χτυπήματα της κεφαλής να είναι συχνά φαινόμενα.

Οι διαταραχές του ύπνου είναι περισσότερες σε παιδιά με διαταραχές συμπεριφοράς και επικοινωνίας και σε καταστάσεις έντονου άγχους μέσα στην οικογένεια. Όπως είναι προφανές, οι διαταραχές του ύπνου προσθέτουν επιπλέον άγχος στην οικογένεια και επιδεινώνουν τις συμπεριφορικές διαταραχές του παιδιού.

Οι διαταραχές του ύπνου στα παιδιά με αυτισμό μπορεί να είναι μέρος των συμπεριφορικών τους διαταραχών ή να είναι μία εκδήλωση ενδογενούς διαταραχής ή και τα δύο. Όμως, η ακριβής αιτιολογία τους είναι προς το παρόν άγνωστη. Παράγοντες όπως το άγχος, ιδιαίτερα στα παιδιά με υψηλή λειτουργικότητα, οι συμπεριφορικές στερεοτυπίες, η παρέκκλιση από ορισμένες διαδικασίες ρουτίνας και ιεροτελεστίες προ του ύπνου, η δυσκολία σε κοινωνική επικοινωνία, φαίνεται να είναι παράγοντες που επηρεάζουν επιπλέον τον ύπνο τους. Αν και έχει διαπιστωθεί σε ορισμένες έρευνες διαταραχή στον ρυθμό έκκρισης μελατονίνης, χρειάζονται περισσότερες μελέτες για την τεκμηρίωση αυτής της διαπίστωσης.

4.4.2. Σύνδρομο Asperger

Πολύ λίγα δεδομένα υπάρχουν σχετικά με τον ύπνο των παιδιών με σύνδρομο Asperger. Φαίνεται όμως ότι κατά την παιδική ηλικία είναι δυνατόν να περάσουν κάποια φάση με διαταραχές του ύπνου. Το άγχος στα παιδιά αυτά παίζει ένα σημαντικό ρόλο στις διαταραχές του ύπνου. Στην εφηβική ηλικία η συχνή εμφάνιση κατάθλιψης είναι ένας επιπλέον παράγοντας. Συχνά το σύνδρομο Asperger διαγιγνώσκεται σε μεγάλη ηλικία και στο ιστορικό των παιδιών αυτών υπάρχουν, σε μεγάλο ποσοστό, διαταραχές του ύπνου.

Θεραπευτική προσέγγιση: Παρόλο που η παρέμβαση στις διαταραχές του ύπνου στα παιδιά με προβληματική συμπεριφορά και οικογενειακό άγχος είναι πολύ σημαντική, δεν υπάρχουν βιβλιογραφικά τεκμηριωμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Τα κατασταλτικά υπνωγικά ή αγχολυτικά φάρμακα που συχνά συνταγογραφούνται δεν λύνουν τις περισσότερες φορές το πρόβλημα και ενίοτε στα άτομα με αυτισμό μπορεί να προκαλέσουν παράδοξη αντίδραση με εμφάνιση υπερκινητικότητας. Αντίθετα, φάρμακα που μπορούν να αντιμετωπίσουν ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, είναι ορισμένες φορές απαραίτητα. Θεραπείες συμπεριφοράς μαζί με τήρηση κανόνων υγιεινής του ύπνου είναι περισσότερο αποτελεσματικές. Χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα στο σχεδιασμό και την εφαρμογή οποιασδήποτε παρέμβασης και οι γονείς έχουν ανάγκη μεγάλης και συνεχούς υποστήριξης για να φτάσουν και να διατηρήσουν το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Αίτια για την αποτυχία προσεγγίσεων συμπεριφοράς στις παρεμβάσεις του ύπνου είναι ανεπαρκείς γνώσεις του θεραπευτή, αντίσταση των γονέων και ανεπαρκής οικογενειακή υποστήριξη. Τεχνικές χαλάρωσης και διαχείρισης του άγχους είναι χρήσιμες σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας. Η φωτοθεραπεία, έντονος φωτισμός το πρωί και χαμηλός φωτισμός το βράδυ μπορεί να βοηθήσει σε διαταραχές του κιρκάδιου ρυθμού.

Τέλος, χορήγηση μελατονίνης μπορεί να βοηθήσει σε παιδιά με σοβαρά προβλήματα αϋπνίας ή διαταραχές του κιρκάδιου ρυθμού.

4.5. Προβλήματα όρασης

Οι εναλλαγές φωτός και σκότους είναι ένας από τους παράγοντες που ρυθμίζουν τον κύκλο ύπνου-εγρήγορσης μέσω της έκκρισης, από τον εγκέφαλο, της μελατονίνης. Αυτές οι εναλλαγές απουσιάζουν από τα παιδιά με τύφλωση. Έτσι, η κυριότερη διαταραχή τους είναι ακανόνιστοι κύκλοι ύπνου-εγρήγορσης με νυχτερινή αϋπνία και ημερήσια υπνηλία. Επιπρόσθετοι όμως παράγοντες είναι πιθανά συνυπάρχοντα άλλα νοσήματα, όπως επιληψία, ψυχια-

τρικίες διαταραχές του παιδιού ή των γονιών, νοητική υστέρηση κ.ά. Η χορήγηση μελατονίνης και η αντιμετώπιση των επιπρόσθετων πιθανών νοσημάτων ενδείκνυνται για τη βελτίωση των προβλημάτων του ύπνου.

4.6. Σύνδρομο Prader-Willi

Η υπερβολική ημερήσια υπνηλία είναι από τα συμπτώματα του συνδρόμου Prader-Willi που επιδεινώνει την ήδη επιβαρυνόμενη κλινική εικόνα του πάσχοντος παιδιού. Μια από τις αιτίες γι αυτό θεωρείται ότι είναι η ενδογενής διαταραχή της αρχιτεκτονικής του ύπνου και ανωμαλίες στην έναρξη, στην ποσότητα και στις εναλλαγές του REM ύπνου λόγω της δυσλειτουργίας του υποθαλάμου. Επιπλέον, διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο και πλημμελής οξυγόνωση του εγκεφάλου συνυπάρχουν λόγω της παχυσαρκίας.

Θεραπευτικά, η χορήγηση ευγρηγορικών φαρμάκων εγκυμονεί τον κίνδυνο ανάπτυξης ψυχωσικών διαταραχών και εθισμού. Η χρήση CPAP για τις αναπνευστικές διαταραχές δεν είναι, συνήθως, ανεκτή από τους ασθενείς. Η χορήγηση ορισμένων αντικαταθλιπτικών που έχουν ιδιότητες να μειώνουν το βάρος ενδείκνυνται για βελτίωση της εγρήγορσης, του συναισθήματος και ενδεχομένως και της διαταραχής της αναπνοής.

4.7. Βλεννοπολυσακχαριδώσεις

Οι διαταραχές του ύπνου είναι συχνές και ιδιαίτερα σοβαρές σε παιδιά με βλεννοπολυσακχαριδώσεις και έχουν μελετηθεί στο σύνδρομο Sanfilippo. Οι κυριότερες διαταραχές είναι: άρνηση να κοιμηθούν, νυχτερινές αφυπνίσεις, πρωίμη αφύπνιση, νυχτερινές διεγέρσεις, παραμιλητό. Επιπλέον, συχνές είναι οι διαταραχές της αναπνοής (υπνικές άπνοιες), οι οποίες μάλιστα συχνά αποτελούν αιτία θανάτου. Η αιτιολογία των προβλημάτων του ύπνου είναι πολυπαραγοντική. Κυριότεροι παράγοντες είναι πρωτοπαθείς διαταραχές του ύπνου από την εγκεφαλική λειτουργία και ανατομικές βλάβες στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα που προδιαθέτουν για διαταραχές της αναπνοής.

4.8. Σύνδρομο Rett

Σοβαρές διαταραχές του ύπνου συνοδεύουν το σύνδρομο Rett και αυτές είναι: αϋπνία κατά τη διάρκεια της νύχτας και υπνηλία κατά τη διάρκεια της μέρας. Οφείλονται σε διαταραχές του κιρκάδιου ρυθμού από εγκεφαλικές βλάβες. Η χορήγηση μελατονίνης βελτιώνει μερικώς τις διαταραχές του ύπνου.

5. Συμπεράσματα

Ο ύπνος είναι βασική βιολογική λειτουργία και η στέρησή του ή η κακή ποιότητά του έχει επιπτώσεις στη λειτουργικότητα των παιδιών κατά τη διάρκεια της ημέρας. Στα παιδιά με νευροψυχιατρικές διαταραχές η συχνότητα των διαταραχών του ύπνου είναι μεγάλη και είναι ένας επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας για τα ίδια τα παιδιά και για τους φροντιστές τους. Κάθε ασυνήθη συμπεριφορά κατά τον ύπνο που παρατηρούν οι γονείς θα πρέπει να συζητάται με τον θεράποντα ιατρό. Από την άλλη πλευρά, οι εκπαιδευτικοί είναι σημαντικό να παρατηρούν τη συμπεριφορά του παιδιού στην τάξη (αν έχει υπνηλία ή υπερκινητικότητα) και να συνεργάζονται με τους γονείς στο θέμα των συμπεριφορικών θεραπειών.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου μπορεί να προσφέρει μια από τις λίγες ευκαιρίες να βοηθηθεί ένα παιδί με νευροψυχιατρικές διαταραχές και η οικογένειά του, εφόσον η βασική του νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί ριζικά.

Πλαίσιο 1.

Βασικές Αρχές Υγιεινής του Ύπνου

- Το περιβάλλον του ύπνου πρέπει να είναι συμβατό με τον ύπνο
- Οικείο περιβάλλον
- Άνετο κρεβάτι
- Κατάλληλη θερμοκρασία
- Σκοτεινό δωμάτιο
- Ήσυχο και ήρεμο περιβάλλον
- Διατήρηση των διαδικασιών ρουτίνας του ύπνου
- Σταθερό ωράριο ύπνου και αφύπνισης (και τα σαββατοκύριακα και τις γιορτές)
- Επίλυση των προβλημάτων πριν την κατάκλιση
- Τακτική καθημερινή άσκηση, έκθεση στο φως της ημέρας και σωματική εξάσκηση

Να αποφεύγεται

- Εκτεταμένος ή αργοπορημένος ύπνος κατά τη διάρκεια της ημέρας
- Έντονες συναισθηματικές καταστάσεις πριν την κατάκλιση
- Άσκηση αργά το απόγευμα
- Καφεϊνούχα ροφήματα αργά το απόγευμα
- Κάπνισμα και αλκοόλ
- Μεγάλα γεύματα το βράδυ
- Αρνητικά συναισθήματα (π.χ. μετά από τιμωρία)
- Πολύ ώρα στο κρεβάτι (ειδικά σε καταστάσεις άγχους)

5.1. Ημερήσια συμπτώματα που εγείρουν την υποψία διαταραχών του ύπνου

- Έχει υπνηλία το παιδί ή κοιμάται κατά τη διάρκεια της ημέρας; Αν ναι, μπορεί να αντισταθεί ή πέφτει σε ύπνο ενώ ασχολείται με κάποια δραστηριότητα;
- Ποιος είναι ο αριθμός και η διάρκεια των μικροϋπνάκτων;
- Οι μυς του γίνονται ασθενικοί όταν γελάει ή όταν εκπλήσσεται;
- Έχει δυσκολία στη συγκέντρωση;
- Έχει επιδεινωθεί η σχολική του απόδοση;
- Είναι υπερκινητικό, εριστικό ή καταθλιπτικό;
- Πόσος είναι ο συνολικός χρόνος που κοιμάται το 24ωρο;

5.2. Ρόλος των εκπαιδευτικών

- Σε όλες τις περιπτώσεις μαθησιακών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών, συζήτηση με τους γονείς για τις συνήθειες και την υγιεινή του ύπνου του παιδιού.
- Σύγκριση της συμπεριφοράς των παιδιών από μέρα σε μέρα και συζήτηση με τους γονείς για τον ύπνο της προηγούμενης βραδιάς.
- Μαθήματα σχετικά με τη χρησιμότητα του ύπνου.
- Μαθήματα σχετικά με την υγιεινή του ύπνου.
- Συζήτηση με τα ίδια τα παιδιά για την ποιότητα του ύπνου τους.

Βιβλιογραφία

- Cotton, S. & Richdale, A. (2006). Brief report: Parental descriptions of sleep problems in children with autism, Down syndrom, and Prader-Willi syndrom. *Research in Developmental Disabilities*, 27:151-161.
- Crowley, S.J., Acebo, C. & Carskadon, M.A. (2007). Sleep, circadian rhythms, and delayed phase in adolescence. *Sleep Medicine*, 8(6):602-612.
- Dahlqvist, A., Rask, E., Rosenqvist, C.J., Sahlin, C. & Franklin, K.A. (2003). Sleep apnea and Down's syndrome. *Acta Otolaryngol*, 123(9):1094-1097.
- Eggermont, S. (2006). Developmental changes in adolescents' television viewing habits: Longitudinal trajectories in a three-wave panel study. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 50(4):742-761.
- Iglowstein, I., Jenni, O.G., Molinari, L. & Largo, R.H. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: Reference values and generational trends. *Pediatrics*, 111(2):302-7.
- Markov, D. & Goldman, M. (2006). Normal sleep and circadian rhythms: neurobiologic mechanisms underlying sleep and wakefulness. *Psychiatr Clin North Am*, 29(4):841-53.
- Newman, C.J., O'Regan, M. & Hensey, O. (2006). Sleep disorders in children with cerebral palsy. *Develop Medicine & Child Neurol*, 48:564-568.
- Roth, T. (2004). Characteristics and determinants of normal sleep. *J Clin Psychiatry*, 65:8-11.
- Schreck, K.A. & Mulick, J.A. (2000). Parental report of sleep problems in children with autism. *J Autism Dev Disord*, 30(2):127-135.
- Stores, G. (1999). Children's sleep disorders: modern approaches, developmental effects, and children at special risk. *Dev Med Child Neurol*, 41(8):568-573.
- Stores, G. (2001). Normal sleep including developmental aspects. Στο G. Stores & L. Wiggs (ε-πιμ). *Sleep Disturbance in Children and Adolescents with Disorders of Development: Its Significance and Management* (σ.σ. 10-23). Cambridge University Press.
- Ward, T.M., Rankin, S. & Lee, K.A. (2007). Caring for children with sleep problems. *J Pediatric Nursing*, 22(4):283-296.
- Wiggs, L. & France, K. (2000). Behavioural treatments for sleep problems in children and adolescents with physical illness, psychological problems or intellectual disabilities. *Sleep Med Rev*, 4(3):299-314.
- Wiggs, L. & Stores, G. (2004). Sleep patterns and sleep disorders in children with autistic spectrum disorders: insights using parent report and actigraphy. *Develop Medicine & Child Neurol*, 46:372-380.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ

Αντωνία Καλτσάτου

Σκοπός του μαθήματος της Φυσικής Αγωγής, στην υποχρεωτική εκπαίδευση, είναι να συμβάλλει κατά προτεραιότητα στη σωματική ανάπτυξη των μαθητών και παράλληλα να βοηθήσει στην ψυχική και πνευματική τους καλλιέργεια, καθώς και στην αρμονική ένταξη τους στην κοινωνία. Προτεραιότητα έχει η ανάπτυξη των κινητικών δεξιοτήτων των μαθητών και μέσω αυτών η καλλιέργεια των φυσικών τους ικανοτήτων και η ενίσχυση της υγείας τους.

Αποτελεί ένα μάθημα που απευθύνεται στους τρεις βασικούς τομείς της προσωπικότητας του μαθητή:

- α) τον ψυχοκινητικό, που περιλαμβάνει τις σωματικές φυσικές ικανότητες και δεξιότητες,
- β) το συναισθηματικό, που περιλαμβάνει στόχους που δίνουν έμφαση σε μια συγκίνηση ή ένα βαθμό απόρριψης ή αποδοχής, και
- γ) το γνωστικό, που περιλαμβάνει στόχους που δίνουν έμφαση στη μνήμη ή την αναπαραγωγή μιας παλαιότερης γνώσης.

Γενικότερα, η Φυσική Αγωγή διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στις ζωές των παιδιών και των εφήβων και έχει αναγνωριστεί παγκοσμίως ως ένας από τους κύριους παράγοντες στην ανάπτυξη τους, αφού συμβάλλει καθοριστικά στη σωματική διάπλαση και γενικότερα στην καλή υγεία των παιδιών. Έχει αποδειχτεί επιστημονικά, ότι η μέτρια σε ένταση και τακτική φυσική δραστηριότητα συμβάλλει στη σημαντική μείωση των παραγόντων κινδύνου για εμφάνιση χρόνιων παθήσεων, όπως σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακά νοσήματα κ.α. και παχυσαρκίας σε υγιή και σε παιδιά με αναπηρίες.

Άτομα με αναπηρίες είναι τα άτομα που παρουσιάζουν εκ γενετής ή επίκτητα ορισμένους περιορισμούς σωματικής, πνευματικής προέλευσης στη σφαίρα των δυνατοτήτων τους. Η ύπαρξη μιας αναπηρίας σχετίζεται με περιορισμό που αφορά την εκτέλεση δραστηριοτήτων. Για τους ειδικούς η αναπηρία αποτελεί μια νομική κατάταξη, η οποία κάνει ένα άτομο με κινητικούς περιορισμούς κατάλληλο για να δεχτεί βοήθεια. Η ύπαρξη ενός περιορισμού δυσχεραίνει το άτομο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των καθημερινών δραστηριοτήτων του και ως εκ τούτου μειώνει την ποιότητα ζωής του. Η διαφορά των ατόμων με αναπηρίες, συγκριτικά με τα υπόλοιπα άτομα, οφείλεται στην ύπαρξη ενός περιορισμού και όχι στην προσωπικότητά τους. Επομένως, για να μπορέσουν τα άτομα αυτά να ικανοποιήσουν τις δικές τους ειδικές ανάγκες και να αντεπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους, είναι απαραίτητη μια ιδιαίτερη προσέγγιση εκπαιδευτική και κοινωνική.

Η ύπαρξη μιας μειονεξίας τείνει να βάζει όρια στη συμμετοχή των παιδιών στις φυσικές δραστηριότητες και να περιορίζει την κινητικότητά τους. Τα μειωμένα επίπεδα κινητικότητας που παρουσιάζουν τα συγκεκριμένα παιδιά έχουν άμεσες και δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία τους, στην ψυχολογική τους κατάσταση και στην κοινωνικότητά τους. Συχνά οδηγούνται σε παχυσαρκία και σε κοινωνική απομόνωση, γεγονός που έχει αρνητικό αντίκτυπο και στο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού. Το μάθημα της Φυσικής Αγωγής έχει θετική επιρροή στα

άτομα με αναπηρίες, διότι δεν συμβάλλει μόνο στην ανάπτυξη της σωματικής τους υγείας και στην καλλιέργεια των κινητικών ικανοτήτων τους, αλλά ενισχύει την συναναστροφή τους με άλλα άτομα και συντελεί στην υιοθέτηση ενός πιο ενεργού τρόπου ζωής.

Δεν πρέπει να αγνοείται το γεγονός ότι το αίσθημα της επιτυχίας που επέρχεται από την εκτέλεση κινητικών δεξιοτήτων αυξάνει την αυτοπεποίθηση των ατόμων με αναπηρίες και κατ' επέκταση το αίσθημα της αυτοεκτίμησης τους. Η συναναστροφή τους με άλλα άτομα, που επιτυγχάνεται με το μάθημα της Φυσικής Αγωγής, βελτιώνει την κοινωνικότητά τους και συμβάλλει στην ανεξαρτητοποίησή τους από το περιβάλλον της οικογένειας. Τέλος, μέσα από το παιχνίδι εκδηλώνεται εντονότερα και εντοπίζεται πιο εύκολα η ύπαρξη οποιασδήποτε μειονεξίας, γεγονός που δίνει τη δυνατότητα στον καθηγητή της Φυσικής Αγωγής να εντοπίσει πρώτος την ύπαρξη οποιασδήποτε μειονεξίας. Ανάλογα με τις μειονεξίες που παρουσιάζει το κάθε παιδί, ο καθηγητής της Φυσικής Αγωγής μπορεί να σχεδιάσει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα γύμνασης με στόχο τη συνεχή βελτίωση των ικανοτήτων του.

Γενικά, στα άτομα με αναπηρίες δεν δίνονται πολλές ευκαιρίες για συμμετοχή σε προγράμματα γύμνασης συγκριτικά με τα υγιή άτομα, ως εκ τούτου παρουσιάζουν υποκινητικότητα, γεγονός που αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση μιας χρόνιας νόσου. Οι συγκεκριμένες ομάδες παιδιών τείνουν να είναι πολύ αδύναμες και πιο επιρρεπείς στην κόπωση. Παράλληλα, εμφανίζουν υψηλότερο μεταβολικό, καρδιοαναπνευστικό και μηχανικό κόστος για κινητικότητα, γεγονός που προκαλεί εύκολη κόπωση και μειώνει την απόδοσή τους. Συχνά το αίσθημα της αποτυχίας που επέρχεται μέσα από ένα μη κατάλληλα σχεδιασμένο πρόγραμμα άσκησης μειώνει σημαντικά το αίσθημα αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης του ατόμου με αναπηρίες και γενικότερα επιδρά αρνητικά στην ψυχολογική του κατάσταση. Αντίθετα, ένα καλά σχεδιασμένο μάθημα Φυσικής Αγωγής προσαρμοσμένο στις δυνατότητες του κάθε παιδιού παρέχει ίσες ευκαιρίες για συμμετοχή σε μια καλά ρυθμισμένη βάση και βοηθάει να αναπτυχθεί η λειτουργική του ικανότητα, οι κινητικές δεξιότητες και οι γνώσεις που θα του δώσουν τη δυνατότητα να υιοθετήσει έναν ενεργό τρόπο ζωής.

Προσαρμογή είναι η μεγάλη θεωρία που επιτρέπει τη σύνθεση πολλών ιδεών, θεωριών, φιλοσοφιών και πρακτικών και που οδηγεί καθημερινά την κριτική σκέψη σχετικά με τα πιστεύω, τους χαρακτήρες, προθέσεις και δράσεις που σχετίζονται με τις υπηρεσίες που δίνονται στα άτομα με αναπηρίες.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Piaget, προσαρμογή είναι η θεμελιώδης διαδικασία της αλλαγής που κάνει ικανά τα άτομα να αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον. Η εκπαίδευση και οι υπηρεσίες που δίνονται στα άτομα με αναπηρίες είναι προσαρμοσμένες, ενώ οι συμπεριφορές προσαρμόσιμες. Η καλή διδασκαλία περιλαμβάνει προσαρμοσμένους στόχους, προσαρμοσμένο περιεχόμενο και προσαρμοσμένη παιδαγωγική στις ατομικές ανάγκες του κάθε παιδιού, ώστε να περιορίζεται όσο το δυνατόν περισσότερο η αποτυχία και να ενισχύεται η αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση του παιδιού. Με μια έννοια, ένα καλό μάθημα Φυσικής Αγωγής σε άτομα με αναπηρίες πρέπει να είναι ένα «προσαρμοσμένο μάθημα».

Η Φυσική Αγωγή μπορεί να επιδράσει θετικά στην αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση του μειονεκτικού παιδιού. Είναι όμως απαραίτητο να σχεδιάζονται προγράμματα Φυσικής Αγωγής τα οποία θα είναι αποτελεσματικά και θα παρέχουν ασφάλεια συναισθηματική και σωματική στα άτομα αυτά. Διεθνώς προτείνονται προγράμματα άσκησης στα οποία δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ένταση, στη συχνότητα, στη διάρκεια και στη δυνατότητα προόδου του παιδιού. Τα παιδιά με διαφορετικές αναπηρίες παρουσιάζουν διαφορετικούς περιορισμούς και διαφορετικά επίπεδα άσκησης, επομένως παρουσιάζουν και ειδικές ανάγκες.

Σκοπός της προσαρμοσμένης Φυσικής Αγωγής παραμένει ο ίδιος με αυτόν της Φυσικής Αγωγής στην υποχρεωτική εκπαίδευση, οι στόχοι είναι ίδιοι αλλά τα αντικείμενα, τα χρονικά όρια και η παιδαγωγική διαφέρουν. Συμβάλλει κατά προτεραιότητα στη σωματική ανάπτυξη των μαθητών, παράλληλα όμως βοηθάει στην ψυχική τους καλλιέργεια, καθώς και στην αρμονική ένταξή τους στην κοινωνία. Πρωταρχικός στόχος είναι η ανάπτυξη των κινητικών δεξιοτήτων των μαθητών και μέσω αυτών η καλλιέργεια των φυσικών τους δεξιοτήτων, καθώς και η ενίσχυση της υγείας τους. Πρέπει να δίνεται έμφαση στο άτομο και όχι στο πρόβλημα, στις ικανότητες και όχι στις αναπηρίες.

1. Άτομα με μαθησιακές δυσκολίες

Γενικά οι μαθησιακές δυσκολίες σχετίζονται με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένα παιδί στην κατανόηση και χρήση της γλώσσας, τόσο της γραπτής όσο και της προφορικής. Συγκεκριμένα, τα παιδιά αυτά ειδηλώνουν ελλιπή ικανότητα στο να παρακολουθήσουν, να διαβάσουν, να σκεφθούν, να γράψουν, να συλλαβίσουν και να κάνουν μαθηματικούς υπολογισμούς (βλ. κεφ. 9, 10, 11 και 12).

Τα χαρακτηριστικά που εμφανίζουν και αφορούν την κίνηση των συγκεκριμένων παιδιών είναι υπερκινητικότητα, παρορμητικές κινήσεις και έλλειψη προσοχής. Προκειμένου να σχεδιαστεί ένα αποτελεσματικό μάθημα Φυσικής Αγωγής, ο γυμναστής θα πρέπει να έχει στο μυαλό του ότι στόχος είναι να μάθει το παιδί τον αυτοέλεγχο και την υπευθυνότητα, δύο στοιχεία που θα του χρειαστούν μελλοντικά προκειμένου να ενταχθεί στην κοινωνία. Για να αντιμετωπιστεί η έλλειψη προσοχής που παρουσιάζει η συγκεκριμένη ομάδα παιδιών, θα πρέπει να επιλέγονται δραστηριότητες που θα κρατούν το ενδιαφέρον του μαθητή ζωντανό και θα του τονώνουν το αίσθημα της αυτοπεποίθησης, μέσα από την επιτυχία τους. Είναι απαραίτητο να δίνεται συνεχής ανατροφοδότηση στα παιδιά, για να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες μάθησης.

Η ύπαρξη καθρέπτη στο χώρο της άσκησης βοηθάει πάρα πολύ τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, καθώς εκτός από τη λεκτική ανατροφοδότηση που δέχονται από τον γυμναστή μπορούν να έχουν οπτική εικόνα και να ελέγχουν τις κινήσεις τους. Επίσης, η γυμναστική στο νερό συντελεί στη μείωση της υπερκινητικότητας.

Γενικά στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής θα πρέπει να δίνονται συνεχώς οδηγίες και να υπάρχει συνεχής καθοδήγηση των παιδιών. Παράλληλα, πρέπει να μειώνεται και να ορίζεται ο χώρος του μαθήματος και να μην υπάρχουν άλλα οπτικά ή ακουστικά ερεθίσματα τα οποία μπορούν να επηρεάσουν την προσοχή των μαθητών.

2. Άτομα με διαταραχές λόγου και ομιλίας

Τα άτομα με διαταραχές λόγου και ομιλίας εμφανίζουν προβλήματα που αφορούν την επικοινωνία τους με τα άλλα άτομα. Για να μπορούν να συμμετέχουν με ασφάλεια στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής, θα πρέπει να εξασφαλίζεται η οπτική επαφή του γυμναστή με το παιδί, για να διευκολύνεται η επικοινωνία. Θα πρέπει να επιλέγονται δραστηριότητες που θα τονώνουν το αίσθημα αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης του παιδιού και να δίδεται συνεχώς επιβράβευση.

3. Άτομα με νοητική υστέρηση

Η νοητική υστέρηση προκαλείται από πολλαπλούς παράγοντες βιολογικούς και περιβαλλοντικούς. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν πολλά σύνδρομα και το σύνδρομο Down, το οποίο διαφέρει από τις υπόλοιπες περιπτώσεις νοητικής υστέρησης. Τα παιδιά με σύνδρομο Down εκτός από τη νοητική υστέρηση έχουν πολλά δικά τους χαρακτηριστικά, όπως χαμηλό ανάστημα, μικρά άκρα, αμυγδαλωτά μάτια με στραβισμό ή μυωπία, επίπεδα χαρακτηριστικά προσώπου και μικρή στοματική κοιλότητα (βλ. κεφ. *Σύνδρομο Down*). Γενικά τα παιδιά με σύνδρομο Down παρουσιάζουν πολύ χαμηλά επίπεδα κινητικότητας συγκριτικά με τα άτομα που πάσχουν από νοητική υστέρηση αλλά εμφανίζουν σε πολύ καλύτερο βαθμό από τις υπόλοιπες περιπτώσεις την αίσθηση του ρυθμού. Επίσης, παρουσιάζουν σε μεγάλο βαθμό μυϊκή υποτονία και έλλειψη ισορροπίας, καθώς και πολλά προβλήματα που αφορούν την όραση, την καρδιακή λειτουργία και τη λειτουργία των πνευμόνων. Τέλος, ένα κοινό χαρακτηριστικό που χαρακτηρίζει όλα τα άτομα με Νοητική Υστέρηση είναι η παχυσαρκία.

Προκειμένου να σχεδιαστεί ένα αποτελεσματικό μάθημα Φυσικής Αγωγής, ο καθηγητής θα πρέπει να επιδεικνύει συνεχώς τις ασκήσεις που ζητάει από τα παιδιά να εκτελέσουν και να δίνει συνεχώς ανατροφοδότηση, ώστε να αντιμετωπιστεί η αργή μάθηση που χαρακτηρίζει τα παιδιά με νοητική υστέρηση. Το μάθημα θα πρέπει να περιέχει το στοιχείο της έκπληξης και της καινοτομίας, για να διατηρείται αμείωτο το ενδιαφέρον των παιδιών και να υπάρχουν πολλές και μικρής διάρκειας δραστηριότητες χαμηλής έντασης, προσαρμοσμένες στα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε παιδιού. Επίσης, θα πρέπει πάντα ο καθηγητής να διατηρεί οπτική επαφή με τους μαθητές, για να διευκολύνει τη διαδικασία της μάθησης και να τους αποκαλεί με το όνομα τους, ώστε να επιτύχει την εξοικείωση των παιδιών μαζί του. Γενικά, πρέπει να επιλέγονται δραστηριότητες που να περιέχουν το στοιχείο του παιχνιδιού και της ψυχαγωγίας, που θα διασκεδάζουν τα παιδιά, θα τονώνουν την αυτοπεποίθησή τους και μέσω αυτών θα βελτιώνουν τη φυσική τους κατάσταση.

4. Άτομα με σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές και αυτισμό

Η φυσική δραστηριότητα συντελεί αποτελεσματικά στη μείωση της κατάθλιψης, των επιθετικών αισθημάτων και γενικότερα στη βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης. Γενικά, το μάθημα της Φυσικής Αγωγής τα παιδιά με συναισθηματικές διαταραχές και τα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού πρέπει να το αντιλαμβάνονται ως μια ευχαρίστηση και ως ένα μέσο διασκέδασης. Επιλέγεται η διδασκαλία δεξιοτήτων που καλλιεργούν την επικοινωνία, την κοινωνικότητα, το παιχνίδι και την αυτοεξυπηρέτηση. Επίσης, δραστηριότητες που διεγείρουν τις αισθήσεις μέσω της μουσικής και του χορού, καθώς και δραστηριότητες μέσα στο περιβάλλον του νερού είναι πολύ ωφέλιμες, καθώς διευρύνουν τα πλαίσια αντίληψης των παιδιών. Παράλληλα, προτιμάται η χρήση αερόβιων ασκήσεων, καθώς τα άτομα αυτά τις ανέχονται με περισσότερη ευκολία. Αποφεύγονται ανταγωνιστικές δραστηριότητες και επιλέγονται δραστηριότητες που είναι προβλέψιμες και συχνά επαναλαμβανόμενες, ώστε να καθιερώνονται ως ένα είδος ρουτίνας.

Συνιστάται η διάρκεια της άσκησης να είναι περίπου στα 20 με 30 λεπτά και να επαναλαμβάνεται δύο φορές την ημέρα ή όσο συχνά την επιζητεί το άτομο. Θετική επίδραση στα άτομα με σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές και στα άτομα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού έχει η άσκηση, όταν το συγκεκριμένο άτομο την επιζητεί και επιθυμεί από μόνο του τη συμμετοχή του.

5. Άτομα με οργανικά νοσήματα

Συχνά με την ύπαρξη μιας κινητικής ή αισθητηριακής διαταραχής συνυπάρχει και κάποιο οργανικό νόσημα. Παράλληλα, πολλά παιδιά κατά τη διάρκεια της ζωής τους αναπτύσσουν διαταραχές σε συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού που οδηγούν σε μακροχρόνια προβλήματα υγείας ή και σε μόνιμες παθολογικές καταστάσεις. Η ύπαρξη μιας χρόνιας ασθένειας συχνά οδηγεί σε έναν παθητικό τρόπο ζωής και σε μη συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες, γεγονός που προκαλεί επιπτώσεις στη σωματική και ψυχολογική υγεία του παιδιού.

Η συνεργασία γυμναστή και ιατρού σε αυτές τις περιπτώσεις που υπάρχει διάγνωση οργανικού νοσήματος κρίνεται απαραίτητη, ώστε να καθίσταται ασφαλής η συμμετοχή των παιδιών στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής. Άλλωστε, δεν πρέπει να αγνοείται το γεγονός ότι σε πολλές περιπτώσεις οργανικών νοσημάτων η φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με σωστή διατροφή και φυσική δραστηριότητα συντελεί στον καλύτερο έλεγχο της νόσου. Οι γονείς πρέπει να ενημερώνουν πάντα τον γυμναστή για την κατάσταση του παιδιού που πάσχει από μια χρόνια νόσο και η συμμετοχή του στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής να πραγματοποιείται πάντα έπειτα από έγκριση του θεράποντα ιατρού.

5.1. Βρογχικό άσθμα

Πρόκειται για μια κληρονομική χρόνια πάθηση του αναπνευστικού συστήματος. Τα παιδιά και οι έφηβοι με άσθμα πρέπει να επιδίδονται σε φυσικές δραστηριότητες. Ωστόσο, πρέπει να εξατομικεύεται το πρόγραμμα γύμνασης και να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην προθέρμανση η οποία θα πρέπει να είναι διάρκειας 15-30 λεπτά και στην αποθεραπεία, ώστε σταδιακά να αυξάνεται και να μειώνεται η ένταση της άσκησης. Επιλέγονται συνήθως δραστηριότητες μικρής διάρκειας οι οποίες πρέπει να προσαρμόζονται στις δυνατότητες του κάθε παιδιού. Η ένταση της άσκησης πρέπει να είναι ελεγχόμενη μέτριας έντασης, να αποφεύγονται δραστηριότητες υψηλής έντασης και γενικά δραστηριότητες που μπορούν να οδηγήσουν το παιδί σε υπερβολή των δυνατοτήτων του. Το περιβάλλον του μαθήματος πρέπει να είναι ένας καλός αεριζόμενος χώρος, με ζεστό αέρα και με επαρκή υγρασία και, τέλος, να χρησιμοποιούνται όργανα καλά καθαρισμένα από τη σκόνη. Το κολύμπι έχει αποδειχτεί ότι προστατεύει τα παιδιά από έκλυση άσθματος λόγω της επαρκούς θερμοκρασίας και υγρασίας που δημιουργείται από το περιβάλλον της πισίνας.

5.2. Σακχαρώδης διαβήτης

Έχει αποδειχτεί επιστημονικά ότι η φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με διαίτα και άσκηση συμβάλλουν στον καλύτερο έλεγχο της νόσου (βλ. κεφ. *Συνήθη χρόνια νοσήματα στα παιδιά*). Η μέτρια έντασης αερόβια άσκηση τρεις φορές τουλάχιστον την εβδομάδα διάρκειας από 45-60 λεπτά συνιστάται και στις δύο περιπτώσεις που παρουσιάζεται ο σακχαρώδης διαβήτης, τύπου Ι ή ινσουλινοεξαρτώμενος και τύπου ΙΙ ή μη ινσουλινοεξαρτώμενος.

Η ένταση και η διάρκεια της άσκησης εξαρτώνται από τα ατομικά επίπεδα φυσικής κατάστασης κάθε ασθενή. Καλό είναι η άσκηση να πραγματοποιείται την ίδια ώρα κάθε φορά, ώστε να παραμένει σταθερός ο ρυθμός ρύθμισης του σακχάρου και να δίνεται έμφαση στην καλή προθέρμανση και αποθεραπεία, ώστε η ένταση να αυξάνεται και να μειώνεται ομαλά. Κατά τη διάρκεια της άσκησης πρέπει να γίνονται συχνά διαλείμματα για λήψη υγρών και καλό είναι ο γυμναστής πάντα να διαθέτει μαζί του κάποιο γλυκό για να καθίσταται δυνατή η αντιμετώπιση υπογλυκαιμικής κρίσης. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίδεται και στο

αθλητικό παπούτσι και γενικά στην υγιεινή των κάτω άκρων. Η άσκηση δεν ενδείκνυται σε άτομα που ο διαβήτης δεν μπορεί να ρυθμιστεί και να ελεγχθεί με τη φαρμακευτική αγωγή.

5.3. Επιληψία

Επιληπτικές κρίσεις είναι δυνατόν να παρουσιαστούν στο τέλος της άσκησης. Ωστόσο, και τα επιληπτικά παιδιά ενδείκνυται να συμμετέχουν σε φυσικές δραστηριότητες, αρκεί η επιληψία να μπορεί να ελεγχθεί με τη φαρμακευτική αγωγή (βλ. κεφ. *Επιληψία*). Κρίνεται πάντα απαραίτητη η επιμελημένη διακριτική επίβλεψη του παιδιού που πάσχει από επιληψία από το γυμναστή, ώστε ο καθηγητής να μπορεί να επέμβει και να αντιμετωπίσει άμεσα την εμφάνιση μιας επιληπτικής κρίσης.

5.4. Καρδιαγγειακά νοσήματα:

Το 20% του παγκόσμιου πληθυσμού εμφανίζει καρδιαγγειακές παθήσεις. Η συμμετοχή των ατόμων που πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα ενδείκνυται σε φυσικές δραστηριότητες αλλά επιτρέπεται έπειτα από ιατρική έγκριση. Προτείνεται αερόβια, μέτριας έντασης, στο 60%-85% της μέγιστης προβλεπόμενης καρδιακής συχνότητας άσκηση στην οποία συμμετέχουν μεγάλες μυϊκές ομάδες. Η διάρκεια θα πρέπει να κυμαίνεται 15-30 λεπτά συνεχούς αερόβιας άσκησης. Ενδείξεις για άμεση διακοπή της άσκησης αποτελούν ο έντονος πόνος στο στήθος, η δύσπνοια, η αλλαγή του χρώματος στο πρόσωπο (κυάνωση ή χλωμός), ζάλη, οίδημα στα άκρα και η έντονη κόπωση.

6. Άτομα με σοβαρή απώλεια ακοής και κώφωση

Τα άτομα με σοβαρή απώλεια ακοής ή με κώφωση μπορούν να συμμετέχουν πρακτικά σε φυσικές δραστηριότητες (βλ. κεφ. *Προβλήματα ακοής*). Η δυσκολία για συμμετοχή των συγκεκριμένων ατόμων σε δραστηριότητες συνίσταται στην επικοινωνία η οποία λόγω της μειωμένης ακοής δυσχεραίνεται σημαντικά. Γενικά, η συγκεκριμένη ομάδα παιδιών παρουσιάζει χαμηλά επίπεδα φυσικής κατάστασης και υπολείπεται σημαντικά στην ισορροπία, στην καλλιέργεια της οποίας πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή. Παράλληλα, η φύση της μειονεξίας συντελεί στη δυσκολία κατανόησης του ρυθμού, ο οποίος θα πρέπει να διδάσκεται και να καλλιεργείται με ιδιαίτερη έμφαση στα παιδιά με σοβαρή απώλεια ακοής ή κώφωση.

Στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής, επειδή οι δυσκολίες που προκύπτουν αφορούν κυρίως την επικοινωνία, θα πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στον τομέα αυτό και να προσαρμόζεται το μάθημα ώστε να εξασφαλίζεται πάντα η οπτική επαφή του παιδιού με τον καθηγητή. Οι εντολές όλες θα πρέπει να δίδονται με οπτικά ερεθίσματα και οι οδηγίες με επίδειξη. Ο καθηγητής θα πρέπει να μιλάει καθαρά, με το στόμα άδειο και το κεφάλι ψηλά, εκτελώντας έντονες κινήσεις χειριών, καθώς τα περισσότερα παιδιά γνωρίζουν χειλανάγνωση. Επίσης, η ομιλία του να είναι αργή και να επαναλαμβάνει τις οδηγίες που δίνει χρησιμοποιώντας προτάσεις σύντομες και απλές, ώστε να γίνονται κατανοητές και αντιληπτές από τα παιδιά. Εάν ο καθηγητής δεν αντιλαμβάνεται και δεν καταλαβαίνει τον λόγο των παιδιών, δεν θα πρέπει να υποκρίνεται αλλά να ζητάει τόσες επαναλήψεις όσες είναι απαραίτητες για να αντιληφθεί αυτό που θέλει το παιδί. Ο καθηγητής θα πρέπει πάντα να βρίσκεται σε σημείο που θα φωτίζεται το πρόσωπό του από το φυσικό φως και να χρησιμοποιεί έντονες κινήσεις, χρησιμοποιώντας τη γλώσσα του σώματος, προκειμένου να γίνει αντιληπτός από τα παιδιά. Ποτέ όμως δεν θα πρέπει να μιλάει και παράλληλα να επιδεικνύει, γιατί τα παιδιά θα δυσκολεύονται να τον προσέξουν.

7. Άτομα με διαταραχές όρασης και τύφλωση

Τα άτομα με διαταραχές όρασης ή τύφλωση (βλ. κεφ. *Προβλήματα όρασης*) συνιστάται να συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες και στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής όμως είναι απαραίτητη η κιναισθητική καθοδήγηση. Όπως όλοι οι μαθητές προσπαθούν και επιθυμούν να ικανοποιήσουν τις προσδοκίες του καθηγητή τους, έτσι και αυτά τα παιδιά. Η συμμετοχή τους και η επιτυχία τους στις φυσικές δραστηριότητες εξαρτάται από την ικανότητα του καθηγητή να δίνει ακριβείς προφορικές πληροφορίες. Οι κακώσεις προκαλούμενες από πτώσεις αποτελούν ένα συχνό φαινόμενο για τη συγκεκριμένη ομάδα παιδιών. Ο καθηγητής στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να τις αντιμετωπίζει με ψυχραιμία και να μην υπερβάλλει στην προσπάθειά του να βοηθήσει το παιδί για ανάκαμψη.

Πριν την έναρξη του μαθήματος ο καθηγητής Φυσικής Αγωγής θα πρέπει να ορίζει το χώρο εξάσκησης και με κιναισθητική καθοδήγηση να κατευθύνει το παιδί, ώστε να κατανοήσει τα όρια του χώρου που θα πραγματοποιηθεί το μάθημα. Εκτός από τις λεκτικές πληροφορίες που δίνει ο καθηγητής, είναι σκόπιμο να χρησιμοποιείται και το απτικό ερέθισμα, δηλαδή καθοδήγηση από τα χέρια του γυμναστή, προκειμένου να κατανοήσουν καλύτερα τα παιδιά με προβλήματα όρασης τις οδηγίες του καθηγητή για την εκτέλεση των ασκήσεων.

Αρχικά, οι δραστηριότητες που θα επιλέγονται για τα παιδιά με διαταραχές όρασης πρέπει να θέτουν ως στόχο τη βελτίωση της ισορροπίας, του ρυθμού και του προσανατολισμού και στη συνέχεια να πραγματοποιείται η εκμάθηση των αθλημάτων. Καλό είναι να υπάρχει πάντα κιναισθητική καθοδήγηση, ώστε να καλλιεργηθεί η αίσθηση ότι πάντα είναι κάποιος δίπλα τους για να τους βοηθήσει και να τους ειδοποιήσει σε περίπτωση κινδύνου.

Δραστηριότητες όπως η πάλη, η ενόργανη γυμναστική, το μπόουλινγκ, το κολύμπι, ο χορός, η ιππασία, η ποδηλασία, η κωπηλασία και χειμερινά σπορ απαιτούν ελάχιστη ή καθόλου προσαρμογή, προκειμένου να είναι εφικτή η συμμετοχή των ατόμων με διαταραχές όρασης ή τύφλωση.

8. Άτομα με κώφωση-τύφλωση

Η κώφωση-τύφλωση αποτελεί ένα συνδυασμό διαταραχών της όρασης και της ακοής που έχει άμεσο σοβαρό αντίκτυπο στην επικοινωνία και στην εκπαίδευση. Οι μειονεξίες αυτές δύνανται να κληρονομηθούν ή να αποκτηθούν κατά τη διάρκεια της ζωής κυρίως από ασθένειες που παρουσιάζονται κατά την παιδική ηλικία. Όταν οι δύο αυτές αισθήσεις είναι περιορισμένες, η δυσκολία που προκύπτει στην εκπαίδευση των συγκεκριμένων ατόμων είναι το γεγονός πως η επικοινωνία είναι περιορισμένη έως και αδύνατη. Ωστόσο, από τη δεκαετία του '60 αναπτύχθηκε ένα πρότυπο το οποίο αναπτύσσει την επικοινωνία μέσω των κινήσεων και έγινε παγκοσμίως γνωστό από τον Van Dijk. Το συγκεκριμένο πρότυπο καθιστά την επικοινωνία δυνατή μέσω από τις κινήσεις του σώματος και εξελίσσεται σε στάδια.

Παράλληλα, η γραφή Braille αποτελεί ένα μέσο που αναπτύσσει και διευκολύνει την επικοινωνία των συγκεκριμένων ατόμων. Τέλος, ο σχηματισμός λέξεων με γράμματα με τα δάχτυλα στην παλάμη του ατόμου αποτελεί ακόμη μια μέθοδο που αναπτύχθηκε προκειμένου η επικοινωνία και η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες των ατόμων αυτών να είναι εφικτή.

Βιβλιογραφία

- Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, Ν. *Ειδική Αγωγή βασικές αρχές και μέθοδοι*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.
- Δεληγιάννης, Π.Α. (1992). *Ιατρική της άθλησης*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Hastad, D.N. & Lacy, A.C. (1998). *Measurements and evaluation in Physical Education and Exercise Science*. 3rd Edition. Allyn and Bacon.
- Heyward, H.V. (2006). *Advanced fitness Assessment and Exercise Prescription*. U.S.A: Human Kinetics.
- Κοκαρίδας, Δ. (2004). *Φυσική Αγωγή για μαθητές με ειδικές ανάγκες σε κανονικά σχολεία*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.
- Lieberman, J.L. & Houston-Wilson, C. (2002). *Strategies for inclusion: A Handbook for Physical Educators*. Human Kinetics.
- Sherrill, C. (1998). *Leadership training in Adapted Physical Education*. Human Kinetics.
- Sherrill, C. (2004). *Adapted Physical Activity, Recreation and Sport*. McGraw-Hill Companies.
- Winnick, P.J. (2000). *Adapted Physical Education and Sport*. Human Kinetics.

Η ΜΟΥΣΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Δήμητρα Κόνιαρη

1. Εισαγωγή

Στα παιδιά με ειδικές ικανότητες η μουσική μπορεί να αποτελέσει μια σημαντική κινητήρια δύναμη για έκφραση και επικοινωνία και να τα βοηθήσει να αναπτύξουν με έναν ευχάριστο και δημιουργικό τρόπο λειτουργίες που χρειάζονται για να αναβαθμιστεί η ποιότητα ζωής τους και να οδηγηθούν στην όσο περισσότερη αυτονομία και καλύτερη συνεργασία τους με το κοινωνικό σύνολο. Επιπλέον, μέσα από την ενασχόλησή τους με τη μουσική μπορούν να μάθουν να εμπλουτίζουν τον ελεύθερο χρόνο τους, είτε ως ακροατές είτε ως δημιουργικά μέλη μουσικών συνόλων. Μάλιστα, για κάποια παιδιά, τα οποία δείχνουν υψηλό επίπεδο ενδιαφέροντος και μουσικού δυναμικού, η συστηματική και οργανωμένη ενασχόληση με τη μουσική, με την κατάλληλη στήριξη, μπορεί να τους προσφέρει μια επαγγελματική διέξοδο στην ενήλικη ζωή τους.

2. Η μουσική στην ειδική αγωγή και εκπαίδευση

Η μουσική στο χώρο της ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης (ΕΑΕ) παρουσιάζεται με δύο μορφές: (α) τη μουσικοθεραπεία, δηλαδή τη στήριξη της θεραπευτικής προσέγγισης του ατόμου μέσω της μουσικής, και (β) τη μουσική αγωγή, δηλαδή την εκπαίδευση στη μουσική. Οι δύο αυτοί ρόλοι συχνά αλληλοκαλύπτονται, αλληλοσυμπληρώνονται. Ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του μαθητή/της μαθήτριας στους οποίους απευθύνεται το μάθημα της μουσικής, διαμορφώνεται εξατομικευμένο πρόγραμμα, το οποίο δίνει την ανάλογη κατάρτιση βαρύτητα στη μουσικοθεραπεία ή/και στη μουσική αγωγή. Πάντα, όλα γίνονται με τη στενή συνεργασία του μουσικοπαιδαγωγού ή του μουσικοθεραπευτή με τον εκπαιδευτικό ειδική αγωγής που επιβλέπει τον μαθητή/τη μαθήτρια, το υπόλοιπο εκπαιδευτικό, παραιτήριο και ιατρικό προσωπικό που ασχολείται μαζί του/της (π.χ. φυσιοθεραπευτή, λογοπαθολόγο, λογοθεραπευτή, παιδοψυχίατρο, παιδονευρολόγο, κ.ά.) και φυσικά τους γονείς και φροντιστές του/της (βλ. *κεφ. Το εξατομικευμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης*).

Τέλος, ανάλογα με την ηλικία του ατόμου, η συστηματική ενασχόληση με τη μουσική παίζει σημαντικό ρόλο στην πρώιμη παρέμβαση, στην προσχολική αγωγή, στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, στο πέρασμα στην ενήλικη ζωή και, τέλος, στην αυτοπραγμάτωση στην ενήλικη ζωή.

2.1. Η μουσικοθεραπεία στην ειδική αγωγή και εκπαίδευση

Η μουσικοθεραπεία αποβλέπει στη βοήθεια και ενίσχυση της θεραπευτικής προσέγγισης του ατόμου μέσω της μουσικής. Έχουν δοθεί ποικίλοι ορισμοί. Σύμφωνα με την Κοινή Διακήρυξη του Παγκόσμιου Συμποσίου Μουσικοθεραπευτών το 1982, «Η μουσικοθερα-

πεία διευκολύνει τη δημιουργική διαδικασία προς μια σωματική, συναισθηματική, διανοητική και πνευματική ολοκλήρωση [του θεραπευομένου] σε τομείς όπως: αυτονομία, ελευθερία αλλαγών, προσαρμοστικότητα, ισορροπία και ένταξη. Η εφαρμογή της μουσικοθεραπείας περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση του μουσικοθεραπευτή, του πελάτη [του θεραπευομένου] και της μουσικής. Αυτή η αλληλεπίδραση ενεργοποιεί και στηρίζει μουσικές και μη-μουσικές διαδικασίες αλλαγής οι οποίες μπορεί να είναι ή να μην είναι άμεσα παρατηρήσιμες. Όπως τα στοιχεία της μουσικής, ο ρυθμός, η μελωδία και η αρμονία [συνήχηση], εξελίσσονται μέσα στο χρόνο, ο μουσικοθεραπευτής και ο πελάτης [θεραπευόμενος] αναπτύσσουν σχέσεις οι οποίες καλυτερεύουν την ποιότητα ζωής [του θεραπευομένου].»

(<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=25789>).

Σημαντικός στόχος πολλών μουσικοθεραπευτικών προγραμμάτων, κυρίως στην πρωιμη παρέμβαση, είναι και η ενίσχυση της σχέσης φροντιστή-παιδιού, κυρίως γονέα-παιδιού. Στις συνεδρίες αυτές οι γονείς συμμετέχουν με τα παιδιά τους και μέσω της μουσικής έκφρασης ενισχύονται στο να αναγνωρίσουν, να συνειδητοποιήσουν και να χρησιμοποιήσουν το προσωπικό τους επικοινωνιακό δυναμικό με το παιδί. Η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική σε περιπτώσεις παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, τα οποία παρουσιάζουν έντονες αδυναμίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και τη συναισθηματική αντιστοίχιση (βλ. κεφ. Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές), αλλά και σε περιπτώσεις ανήσυχων βρεφών (screaming baby), βρεφών που κλαίνει πολύ και δύσκολα μπορούν οι φροντιστές τους να τα καθησυχάσουν.

Στο πρόσφατο νομοσχέδιο για την Ειδική Αγωγή (ΦΕΚ 199/2-10-2008) προβλέπεται η τοποθέτηση μουσικοθεραπευτών ως εκπαιδευτικό προσωπικό στις σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης (ΣΜΕΑΕ) και στα κέντρα διαφοροδιάγνωσης, διάγνωσης και υποστήριξης ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών (ΚΕΔΔΥ).

2.2. Το μάθημα της μουσικής στην ειδική αγωγή και εκπαίδευση

Σύμφωνα με το Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγράμματος Σπουδών (Δ.Ε.Π.Π.Σ., ΦΕΚ 1366 τ.Β/18-10-2001), σκοπός του μαθήματος της μουσικής είναι «*πρωταρχικά η ανάπτυξη και καλλιέργεια της ικανότητας για αισθητική απόλαυση κατά την ακρόαση και εκτέλεση μουσικής ως μιας από τις εκδηλώσεις καλλιτεχνικής έκφρασης και δημιουργικότητας του ανθρώπου. Μέσω αυτού του σκοπού και παράλληλα προς αυτόν, η μουσική αγωγή αποβλέπει στην γενικότερη καλλιέργεια της δημιουργικότητας και της προσωπικότητας των μαθητών.*». Οι γενικοί διδακτικοί μουσικοί στόχοι που έπονται σχετίζονται άμεσα με τρεις τομείς μάθησης: το γνωσιολογικό (γνώση του «τι» της μουσικής), τον ψυχοκινητικό (δεξιότητες ως προς το «πώς» της μουσικής) και το συναισθηματικό (στάσεις απέναντι στη μουσική).

Παράλληλα με τους μουσικούς στόχους σημειώνονται και μη-μουσικοί στόχοι, όπως:

α) στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση: «*Η ενθάρρυνση του παιδιού για δημιουργική εργασία. Η σύνδεση της μουσικής με τις Τέχνες και γνωστικά αντικείμενα του Δ.Ε.Π.Π.Σ. Η χρήση της μουσικής για ανάπτυξη του πνεύματος της συνεργασίας, της ευθύνης, της πειθαρχίας και της επικοινωνίας, στοιχείων απαραίτητων για την κοινωνικοποίησή τους.*» και

β) στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση: «*Να συνδέσουν τη μουσική με τις τέχνες και τα άλλα γνωστικά αντικείμενα του Δ.Ε.Π.Π.Σ. Να χρησιμοποιούν τη μουσική για να αναπτύξουν πνεύμα ομαδικότητας, συνεργασίας, ευθύνης, πειθαρχίας και επικοινωνίας. Να γνωρίσουν, να εξοικειωθούν και να χρησιμοποιήσουν τη σύγχρονη τεχνολογία για θέματα μουσικής.*»

Οι οδηγίες που έχει ο εκπαιδευτικός μουσικής αγωγής στη γενική εκπαίδευση για τη διδασκαλία της μουσικής στα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες που είναι ενταγμένα στο γενικό σχολείο είναι να σχεδιάσει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα διδασκαλίας γι' αυτά, χρησιμοποιώντας διάφορα διδακτικά μέσα και να μεριμνά για την ποικιλία του εποπτικού υλικού για την επίτευξη των στόχων. Η γενική φιλοσοφία είναι ο εκπαιδευτικός να προσαρμόζει τους στόχους του μαθήματος και τις διδακτικές του προσεγγίσεις στα ιδιαίτερα γνωστικά, ψυχοκινητικά και κοινωνικοσυναισθηματικά γνωρίσματα της ιδιαιτερότητας των μαθητών (βλ. *κεφ. Παιδαγωγική της ενσωμάτωσης*).

Στο χώρο της ΕΑΕ έχει κυκλοφορήσει αναλυτικό πρόγραμμα για τη μουσική μόνο για παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Σε αυτό, ο ρόλος της μουσικής κινείται στους δύο βασικούς άξονες: α) στη μύηση στο γνωστικό αντικείμενο της μουσικής και β) στην υποστήριξη της διδασκαλίας δεξιοτήτων που αφορούν την ιδιαίτερη κατηγορία των μαθητών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (όπως οι κοινωνικές δεξιότητες, η επικοινωνία, το παιχνίδι, η αυτοεξυπηρέτηση). Είναι όμως ανάγκη να επεκταθεί αυτό το αναλυτικό πρόγραμμα και στις υπόλοιπες κατηγορίες μαθητών που απαιτούν μία ειδική εκπαιδευτική προσέγγιση. Παρακάτω αναλύονται οι γενικοί μουσικοί και μη-μουσικοί στόχοι που ορίζουν τη διδασκαλία της μουσικής στην ΕΑΕ.

2.2.1. Μουσικοί στόχοι στην ειδική αγωγή και εκπαίδευση

Σύμφωνα με το αναλυτικό πρόγραμμα (ΦΕΚ 208/29-8-1996, άρθρο 1), στη γενική ενότητα «Αισθητική αγωγή» αναφέρεται ότι το παιδί πρέπει να μάθει:

« ▶ **Να βιώνει ήχους και ρυθμούς από τον περίγυρο:** ηχητικά παιχνίδια και ασκήσεις αναγνώρισης και διάκρισης ήχων, καθώς και αναγνώρισης των χαρακτηριστικών του ήχου και τήρησης του ρυθμού. Π.χ. το παιδί ακούει, αναγνωρίζει, διακρίνει και μιμείται ήχους και ρυθμούς.

▶ **Να συνδέει τη μουσική με την κίνηση:** μουσικοκινητικές και χορευτικές δραστηριότητες, όπως: δραματοποίηση παραμυθιού με συνοδεία μουσικής. Το παιδί χορεύει παραδοσιακούς χορούς, αυτοσχεδιάζει ακούγοντας ένα μουσικό κομμάτι, μαθαίνει τον βηματισμό της παρέλασης με τύμπανο, λέει μουσικοκινητικά τραγούδια, π.χ. "χαρωπά τα δυο μου χέρια τα χτυπώ" κ.ά., και

▶ **Να παίζει μουσική:** το παιδί παίζει μουσική με μουσικά όργανα εμπορίου (π.χ. φλογέρα, μαράκες, κουδουνάκια, μεταλλόφωνο, ξυλόφωνο κ.ά.), αυτοσχέδια (π.χ. ξυλάκια, κουτάλια, τρίγωνα κ.ά.) ή δικής τους κατασκευής, ατομικά ή ομαδικά.»

Τέλος, στη γενική ενότητα «Ελεύθερος χρόνος» ξεχωρίζουν σε άμεση σχέση με τη μουσική οι παρακάτω διδακτικοί στόχοι:

« ▶ **Να ακούει τη μουσική που το ευχαριστεί:** Το παιδί φτιάχνει την προσωπική μουσική κασετοθήκη ή δισκοθήκη του και επιλέγει κάθε φορά και ακούει τη μουσική και τα τραγούδια που του αρέσουν, π.χ. ελαφρά ελληνική μουσική, δημοτικά τραγούδια, νησιώτικα τραγούδια κτλ. και

▶ **Να συμμετέχει σε εκδηλώσεις πολιτιστικού περιεχομένου:** Συμμετοχή στις πολιτιστικές εκδηλώσεις της κοινότητας με ομάδες θεάτρου, κουκλοθέατρου, καραγκιόζη, χορωδίας, χορού κ.α. Π.χ. το παιδί χορεύει παραδοσιακούς και λαϊκούς χορούς στη γιορτή της άνοιξης που οργανώνει ο δήμος.»

2.2.2. Μη-μουσικοί στόχοι

Οι μη-μουσικοί στόχοι του μαθήματος της μουσικής διαμορφώνονται σύμφωνα με τους στόχους του εξατομικευμένου προγράμματος του μαθητή/της μαθήτριας (βλ. *κεφ. Το εξατομικευμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης*) και έχουν να κάνουν με τους παρακάτω τομείς:

α) γνωστικός τομέας: ανάπτυξη της αντίληψης, της προσοχής, της μνήμης, της σκέψης και της γλώσσας,

β) ψυχοκινητικός τομέας: αντίληψη των λειτουργιών του σώματος, του χώρου και του χρόνου, ανάπτυξη της αδρής και λεπτής κινητικότητας, κινητικός συντονισμός,

γ) κοινωνικοσυναισθηματικός τομέας: αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων, ανάληψη πρωτοβουλιών, αυτονομία, συνεργασία, κοινωνικοποίηση, υπομονή, αυτοπεποίθηση, ενίσχυση της αυτοεικόνας.

3. Διαστάσεις μουσικών δραστηριοτήτων

Οι μουσικές δραστηριότητες που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο εκπαιδευτικός στην τάξη ή ο φροντιστής στο σπίτι μπορούν να οριστούν από τις παρακάτω διαστάσεις:

3.1. Φωνή-Τραγούδι

Το τραγούδι δίνει στο άτομο τη δυνατότητα να εκφραστεί και να βιώσει μουσικές έννοιες μέσα από τη χρήση ενός μουσικού οργάνου που υπάρχει στο σώμα του, τη φωνή. Η έκφραση μέσα από το τραγούδι απαιτεί την άμεση συνεργασία των οργάνων της ομιλίας (βλ. κεφ. *Ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας και διαταραχές*) με τη διαφραγματική αναπνοή μέσα σε μία ρυθμική και μελωδική (προσωδική) οργάνωση. Ακόμη και άτομα με βαριές διαταραχές στο λόγο και την ομιλία ενεργοποιούνται με το τραγούδι, όταν η μουσική τα ευχαριστεί, και προφέρουν λέξεις τις οποίες δεν μπορούν να πουν προφορικά. Η εκμάθηση λεξιλογίου, η απόκτηση σταθερότητας στη ροή της ομιλίας και ο έλεγχος της αναπνοής μπορούν να υποστηριχθούν από τη διδασκαλία του τραγουδιού. Από την άλλη πλευρά, η χρήση της φωνής με φωνητικούς αυτοσχεδιασμούς, χωρίς λέξεις, προκαλεί σε μια εξερεύνηση και πειραματισμό με τη φωνή με τη δυνατότητα την απελευθέρωση και έκφραση του ατόμου χωρίς τις απαιτήσεις της γλώσσας.

Πολύ σημαντικός είναι ο συνδυασμός του τραγουδιού με κινήσεις οι οποίες είτε συνοδεύουν μουσικά το τραγούδι (ηχηρές κινήσεις όπως παλαμάκια, στράκες (στρίψιμο δαχτύλων), χτυπήματα στα πόδια) είτε αναπαριστούν ρυθμικά τα λόγια ή την ιστορία του τραγουδιού (εκφραστικές κινήσεις που ενεργοποιούν μια πρώτη μορφή δραματοποίησης και βοηθούν στην απομνημόνευση των στίχων).

Τέλος, το τραγούδι από τον φροντιστή του ατόμου προκαλεί για βλεμματική επαφή και ενεργοποιεί σε μια επικοινωνία ακόμη και άτομα με σοβαρά προβλήματα στην επικοινωνία, όπως άτομα με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.

3.2. Μουσική και κίνηση

Με τον συνδυασμό της μουσικής με την κίνηση, μέσα από μουσικοκινητικές δραστηριότητες και παιχνίδια, ο ρυθμός βιώνεται από το σώμα, δίνεται διέξοδο στη σωματική έκφραση και εκτόνωση και αναπτύσσονται κινητικές δεξιότητες, όπως αυτές του συντονισμού και της αμφιπλευρικής αγωγής (βλ. κεφ. *Ο ρόλος της φυσικής αγωγής στα άτομα με αναπηρίες*). Σε συνεργασία με τον εκπαιδευτικό φυσικής αγωγής και/ή τον φυσιοθεραπευτή μπορούν μέσω της μουσικοκινητικής αγωγής να τεθούν στόχοι που αφορούν στην ψυχοκινητική ανάπτυξη του ατόμου.

3.3. Εκμάθηση μουσικών οργάνων

Όπως και η κίνηση με τη μουσική, έτσι και η εκμάθηση μουσικών οργάνων απαιτεί έλεγχο και συντονισμό των κινήσεων και οδηγεί περαιτέρω στην ανάπτυξη της αδρής και της λεπτής κινητικότητας. Όλα τα μουσικά όργανα μπορούν να διδαχτούν, αρκεί η διδακτική μέθοδος να σχεδιαστεί και να προσαρμοστεί στις μαθησιακές και λειτουργικές-κινητικές ιδιαιτερότητες του ατόμου. Τα πιο απλά, από πλευρά τεχνικής, και άμεσα στη χρήση μουσικά όργανα είναι τα κρουστά όργανα, τονικά και μη τονικά, όπως διάφορα πληκτροφόνα, κουδουνάκια, καμπανάκια, τρίγωνο, καστανιέτες, ξυλάκια, τουμπελέκι, διάφορα χειροτύμπανα, μαράκες και αυγά. Πληκτροφόρα όργανα όπως αρμόνιο, ηλεκτρικό πιάνο, πιάνο και ακορντεόν είναι αρκετά εύκολα στην πρώτη επαφή τους και ιδιαίτερα χρήσιμα για μια πιο συστηματική εκμάθηση της μουσικής. Τα πνευστά όργανα, όπως οι αυλοί με ράμφος (φλογέρες), απαιτούν και το συντονισμό της αναπνοής. Τέλος, έγχορδα όργανα όπως η κιθάρα και το μπουζούκι είναι πιο απαιτητικά από πλευρά τεχνικής αλλά αν το άτομο επιθυμεί να τα μάθει, με την κατάλληλη διδακτική προσέγγιση μπορεί να τα καταφέρει.

3.4. Ακρόαση των ήχων – μουσική ακρόαση

Η μύηση στη μουσική ακρόαση προϋποθέτει την εξερεύνηση και τη γνωριμία με τους ήχους, με τον τρόπο με τον οποίο αυτοί οργανώνονται σε ρυθμικά και μελωδικά σχήματα, καθώς και με το μουσικό έργο και με τη σιωπή. Το άτομο μαθαίνει «πώς» να ακούει, να συγκινείται και να συν-κινείται με τη μουσική. Αναπτύσσεται η συνειδητοποίηση του ηχητικού περιβάλλοντος και η φαντασία και προσφέρεται στο άτομο μουσική κι αισθητική καλλιέργεια, ψυχική ανάταση, συγκίνηση και μέθεξη. Η ενασχόληση με τη μουσική ακρόαση είναι πολύ σημαντική και για τα άτομα με προβλήματα ακοής. Τα βοηθά στην αξιοποίηση των υπολειμμάτων ακοής που διαθέτουν και στη συνειδητοποίηση των ηχητικών κυμάτων που προσλαμβάνουν με το σώμα τους.

3.5. Μουσική γραφή και ανάγνωση

Η εκμάθηση της μουσικής σημειογραφίας είναι απαραίτητη για τη γρηγορότερη αποκωδικοποίηση και προσέγγιση μουσικών έργων που τεκμηριώνονται και μεταφέρονται μέσα από τη μουσική γραφή (όπως είναι κυρίως τα έργα της Δυτικής μουσικής). Όμως, η μη κατάρτησή της δεν σημαίνει ότι το άτομο υπολείπεται στο να προσεγγίσει και να βιώσει τη μουσική και να εκφραστεί μέσα από αυτή. Άλλωστε, πολλές μουσικοπαιδαγωγικές προσεγγίσεις (Suzuki, Orff κτλ) δεν υιοθετούν την εξ αρχής χρήση μουσικής σημειογραφίας, τονίζοντας τη σημασία της βιωματικής εμπειρίας με τα στοιχεία της μουσικής.

Πολλά άτομα που ανήκουν στο χώρο της ειδικής αγωγής δυσκολεύονται ιδιαίτερα στην εκμάθηση της μουσικής σημειογραφίας. Άτομα με νοητική καθυστέρηση, με μαθησιακές δυσκολίες (κυρίως δυσλεξία, δυσαναγνωσία και δυσγραφία) και με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες στην παρακολούθηση των οπτικών ερεθισμάτων και την αντιστοίχιση και αποκωδικοποίησή τους σε μουσικές έννοιες. Επίσης, πολλά παιδιά με αυξημένη ικανότητα απομνημόνευσης ηχητικών και μουσικών ερεθισμάτων επαφίενται σε αυτή τους την ικανότητα και αντιδρούν στην κοπιαστική και χρονοβόρα, στην αρχή, εκμάθηση των φθογγοσήμων. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις, εάν ο εκπαιδευτικός κρίνει ότι ο στόχος της εκμάθησης της μουσικής σημειογραφίας είναι σημαντικός για το μαθητή του/τη μαθήτριά του πρέπει να χρησιμοποιήσει στη διδασκαλία του ποικίλες πολυαισθητηριακές τεχνικές για να υποστηρίξει και να ενδυναμώσει τις όποιες αδυναμίες των παιδιών.

Μια εναλλακτική μορφή χρήσης της σημειογραφίας αποτελούν οι γραφικές παραστάσεις. Αν και αυτό είναι κάτι διαφορετικό από την εκμάθηση της κλασικής μουσικής ση-

μειογραφίας της Δυτικής μουσικής, ο συνδυασμός της ακρόασης μουσικής ή μεμονωμένων ήχων με ελεύθερη απεικόνισή τους με γραφικές παραστάσεις μπορεί να μυήσει σε ένα πρώτο, ελεύθερο επίπεδο τα παιδιά στο βίωμα της μεταφοράς της μουσικής από τη διάσταση του χρόνου (ακρόαση) στη διάσταση του χώρου (γραφή).

3.6. Μουσικός αυτοσχεδιασμός – σύνθεση μουσικής

Η χρήση του αυτοσχεδιασμού και της μουσικής σύνθεσης στοχεύει στην ανάπτυξη της ελεύθερης έκφρασης, της φαντασίας και της δημιουργικότητας. Η διαφορά τους έγκειται στο ότι ο αυτοσχεδιασμός έχει να κάνει με την αυθόρμητη έκθεση και ανάπτυξη μιας μουσικής ιδέας τη στιγμή της επιτέλεσής της από ένα μουσικό όργανο ή τη φωνή, ενώ στη μουσική σύνθεση ο δημιουργός καλείται να αναθεωρήσει τη μουσική του ιδέα μέχρι να παγιωθεί σε κάτι που αισθητικά τον ικανοποιεί και να την παρουσιάσει σε μια παγιωμένη μορφή. Γι' αυτό το λόγο, στον αυτοσχεδιασμό το μουσικό κομμάτι που δημιουργείται στηρίζεται στην έμπνευση της στιγμής του ερμηνευτή και είναι κάθε φορά διαφορετικό, ενώ το μουσικό κομμάτι που προκύπτει από τη μουσική σύνθεση μπορεί να επαναληφθεί.

Στο χώρο της μουσικοθεραπείας ο μουσικός αυτοσχεδιασμός κατέχει σημαντική θέση και έχει ως στόχο τη διευκόλυνση της ανταπόκρισης από τον θεραπευόμενο και την ενίσχυση της αλληλεπίδρασής του με τον θεραπευτή και με το περιβάλλον του μέσα από έναν μη-λεκτικό τρόπο επικοινωνίας. Οι γνώσεις μουσικής δεν είναι απαραίτητες αφού το ενδιαφέρον εστιάζεται στην αυθόρμητη έκφραση, στην επικοινωνία και στην αλληλεπίδραση μέσω της μουσικής.

4. Μουσικές ιδιαιτερότητες στα άτομα που ανήκουν στο χώρο της ΕΑΕ

Η μουσική ενεργοποιεί όλους τους ανθρώπους. Όμως, ανάλογα με προσωπικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου, τη μουσική του δεκτικότητα¹ και τις προσωπικές του επιθυμίες, παρουσιάζονται διαφορές στη σχέση του με τη μουσική οι οποίες είτε έχουν να κάνουν με αδυναμίες είτε με ιδιαίτερα υψηλά επιτεύγματα. Αυτές οι διαφορές δεν εξαρτώνται πάντα από το γενικό γνωστικό προφίλ του ατόμου. Για παράδειγμα, παρατηρείται άτομα με βαριά νοητική καθυστέρηση και αδυναμίες σε άλλα γνωστικά αντικείμενα να παρουσιάζουν ιδιαίτερα υψηλά επιτεύγματα στη μουσική. Είναι η περίπτωση των ευφυών ιδιωτών (idiot savants) στη μουσική ή του συνδρόμου ευφυΐας (savants syndrome). Γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό να μελετάται η μουσική λειτουργία ξεχωριστά από τις υπόλοιπες λειτουργίες του ατόμου.

Από την άλλη πλευρά, παρατηρούνται σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων που ανήκουν στο χώρο της ΕΑΕ κοινά χαρακτηριστικά, σε σχέση με τη μουσική, τα οποία έχουν να κάνουν με τα νευροπαθολογικά γνωρίσματα της ομάδας τους.

4.1. Άτομα με Σύνδρομο Williams (ΣW)

Τα άτομα με Σύνδρομο Williams (ΣW) έχουν φιλική προσωπικότητα με ισχυρή ακουστική μνήμη και ικανότητα χρήσης της γλώσσας. Τους αρέσει να ακούν μουσική για πολλές ώρες, έχουν καλή αίσθηση του ρυθμού, του τραγουδιού και του τονικού ύψους και

¹ Ως μουσική δεκτικότητα ορίζεται το δυναμικό ενός ατόμου να επιτύχει μουσικά, δηλαδή η ενδυνάμει υπάρχουσα ικανότητά του να μάθει μουσική και να εκφραστεί μέσα από αυτή (Gordon, 1979/2006).

μαθαίνουν εύκολα να παίζουν κάποιο μουσικό όργανο, να αυτοσχεδιάζουν και να συνθέτουν σε αυτό δικές τους μελωδίες (αν και δυσκολεύονται ιδιαίτερα στην εκμάθηση της μουσικής σημειογραφίας). Γενικά, οι ικανότητές τους σε σχέση με τη μουσική επικεντρώνονται κυρίως σε μια ιδιαίτερη ευαισθησία στην έκφραση και το συναίσθημα που απορρέει από ένα μουσικό κομμάτι και λιγότερο στην αναλυτική και σημασιολογική αναγνώριση δομικών στοιχείων της μουσικής, όπως μουσικών διαστημάτων ή ρυθμικών σχημάτων, που εμπλέκονται σε αυτό. Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με ΣΩ εμφανίζουν την ικανότητα της απόλυτης ακοής² και πολλά από τα άτομα αυτά υποφέρουν από υπερακουσία³, η οποία συχνά υποδιαγιγνώσκεται γιατί θεωρείται περισσότερο ως ιδιοτροπία του χαρακτήρα τους.

4.2. Άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Στα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές το τραγούδι από τον φροντιστή προκαλεί και ενισχύει τη βλεμματική επαφή και βοηθάει στην ανάπτυξη και εδραίωση της επικοινωνίας. Είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στα χαρακτηριστικά των ήχων του περιβάλλοντός τους, όπως είναι η ένταση, το τονικό ύψος και το ηχόχρωμα και, ανάλογα με το βαθμό των διαταραχών τους, μπορεί να ευχαριστηθούν αλλά και να ενοχλούνται από τη μουσική. Πολλά άτομα με σύνδρομο Asperger εμφανίζουν μια ιδιαίτερη κλήση στη μουσική, απόλυτη ακοή και υψηλή ακουστική μνήμη και μπορεί να εμφανίσουν υψηλά επιτεύγματα στην εκμάθηση ενός μουσικού οργάνου, μέχρι και να ακολουθήσουν μια σολιστική καριέρα.

4.3. Άτομα με σύνδρομο Down

Τα άτομα με σύνδρομο Down, όπως και τα άτομα με σύνδρομο Williams, αρέσκονται ιδιαίτερα στο να τραγουδούν, να ακούν μουσική και να χορεύουν. Παρουσιάζουν μια δυσκολία στον κινητικό συντονισμό και στη διατήρηση του ρυθμού και γι' αυτό σε μικρότερο βαθμό, από τα άτομα με σύνδρομο Williams, θα δηλώσουν από μόνα τους επιθυμία να μάθουν κάποιο μουσικό όργανο. Επειδή σε μεγάλο ποσοστό εμφανίζουν προβλήματα ακοής τους αρέσει να ακούν μουσική πολύ δυνατά. Στην περίπτωση αυτή, οι φροντιστές τους πρέπει να επικοινωνήσουν με τον ωτορινολαρυγγολόγο ιατρό που τα παρακολουθεί για την πιθανή εμφάνιση προβλημάτων στην ακοή και να προσέχουν η ακρόαση να μη γίνεται από ακουστικά γιατί τότε το πρόβλημα της ακοής τους μπορεί να επιδεινωθεί.

4.4. Άτομα με προβλήματα όρασης

Τα άτομα με τύφλωση ή προβλήματα όρασης χρησιμοποιούν τις υπόλοιπες αισθήσεις τους για να προσεγγίσουν το περιβάλλον τους. Η ακοή είναι ιδιαίτερα σημαντική αίσθηση για τον προσανατολισμό και την κίνησή τους στο χώρο. Επειδή όμως δεν έχουν τη δυνατότητα να εντοπίσουν άμεσα τη φυσική πηγή που παράγει τα ηχητικά σήματα, ένας επιπλέον στόχος του μαθήματος της μουσικής στα άτομα αυτά είναι η συστηματική ανάλυση του ηχοτοπίου που τα περιβάλλει και η σύνδεση των χαρακτηριστικών των ήχων (διάρκεια, ηχόχρωμα, τονικό ύψος, ακουστικότητα) με την κατανόηση της θέσης και της φύσης της πηγής που τους παράγει.

² Μπορούν να αναγνωρίζουν το τονικό ύψος μιας νότας χωρίς να τους δίνεται κάποια άλλη νότα αναφοράς, κάτι που στα τυπικά αναπτυσσόμενα άτομα παρατηρείται κυρίως σε μουσικούς που ξεκίνησαν τη μουσική τους εκπαίδευση σε μικρή ηλικία (συνήθως πριν την ηλικία των 9 ετών).

³ Η υπερακουσία χαρακτηρίζεται από μία ιδιαίτερη ευαισθησία στην ένταση των ήχων. Έχει παρατηρηθεί ότι σε μεγάλο ποσοστό τα άτομα με ΣΩ παρουσιάζουν δυσφορία σε ήχους έντασης μέχρι και 20 dB χαμηλότερης από την ένταση που θεωρείται ενοχλητική στα τυπικά αναπτυσσόμενα άτομα.

Υπάρχει η άποψη ότι, ακριβώς επειδή τα άτομα με προβλήματα όρασης στηρίζονται για τον προσανατολισμό τους στο χώρο ιδιαίτερα στην ακοή τους, την εξασκούν πολύ περισσότερο από τους βλέποντες και γι' αυτό εμφανίζουν ανώτερες ακουστικές και πολλές φορές μουσικές ικανότητες. Η παρατήρηση αυτή μελετάται τα τελευταία χρόνια συστηματικά και υπάρχουν στοιχεία για το ότι όντως τα άτομα αυτά είναι πιο ικανά στο να εντοπίζουν την κατεύθυνση των ήχων στο ακουστικό τους περιβάλλον, στη διάκριση μικρών διαφορών στο τονικό ύψος, στην ακουστική μνήμη και, σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους βλέποντες, εμφανίζουν στοιχεία απόλυτης ακοής. Αυτές οι ιδιαιτερότητες είναι πιο εμφανείς στους εκ γενετής τυφλούς, ελαττώνονται όσο αυξάνεται η ηλικία στην οποία εμφανίστηκε η τύφλωση και έχουν άμεσα να κάνουν με την εμπλοκή περισσότερων εγκεφαλικών περιοχών για την επεξεργασία των ακουστικών και μουσικών ερεθισμάτων, σε σχέση με τους βλέποντες.

5. Coda - Η μουσική στη ζωή μας

Η ανάγκη για ενασχόληση με τη μουσική είναι πανανθρώπινο και διαχρονικό φαινόμενο. Παλαιοντολογικά, ανθρωπολογικά, εθνομουσικολογικά και κοινωνιολογικά ευρήματα συνηγορούν στο ότι, από την αρχή του κόσμου, δεν υπήρξε ανθρώπινη κοινωνία η οποία να μην εκφράστηκε και να μη δημιουργήσει, με οποιονδήποτε τρόπο, μέσω του τραγουδιού ή των μουσικών οργάνων.⁴ Τα άτομα με ειδικές ικανότητες δεν υπολείπονται σε αυτή την ανάγκη. Ακόμη περισσότερο, η ενασχόληση με τη μουσική τα βοηθά στην κατάκτηση και άλλων στόχων, απαραίτητων για την εξισορρόπηση των λειτουργιών τους.

Σήμερα, σημαντικά νευροφυσιολογικά στοιχεία υποστηρίζουν αυτή την ικανότητα έκφρασης μέσω της μουσικής, σε ένα βασικό επίπεδο, σε όλους τους ανθρώπους και υπογραμμίζουν το γεγονός ότι η ενασχόληση με τη μουσική ενεργοποιεί στον εγκέφαλο ποικίλα και σύνθετα νευρωνικά δίκτυα τα οποία εμπλέκουν περιοχές οι οποίες είναι υπεύθυνες για γνωστικές, αισθητικές και κινητικές λειτουργίες και περιοχές που είναι υπεύθυνες για την αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων. Γι' αυτό το λόγο, κρίνεται αναγκαία η συστηματική και οργανωμένη αλλά και η ελεύθερη ενασχόληση με τη μουσική, όχι μόνο για τη μύηση των ατόμων με ειδικές ικανότητες στα στοιχεία που ορίζουν την ίδια τη μουσική (μουσική θεωρία, παίξιμο μουσικών οργάνων, τραγούδι), αλλά, παράλληλα, για την ενεργοποίηση, ρύθμιση και εξισορρόπηση άλλων λειτουργιών τους οι οποίες είναι άμεσα συνδεδεμένες με την προσωπική τους ανάπτυξη, εξέλιξη και ευημερία.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία και αρθρογραφία για τη μουσική στην ΕΑΕ

- Βαμβουκλή, Μ. (2005). Δυσλεκτικά παιδιά και μουσική διδασκαλία: αναγνωρίζοντας και ξεπερνώντας τις δυσκολίες. *Μουσικοπαιδαγωγικά*, 2:50-62.
- Baek, E. (2002). The neural networks of music. *European Journal of Neurology*, 9:449-456.
- Gordon, E. (1979/2006). *Primary Measures of Music Audiation*. Στοιχειώδεις Μετρήσεις Μουσικής Ακουστικότητας. Μετ. Α. Στάμου. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας.
- Gruhn, W. (2005). Children need music. *International Journal of Music Education*, 23(2):99-101.

⁴ Ως «έκφραση μέσω της μουσικής» ορίζεται η οργανωμένη ρυθμικά και/ή μελωδικά έκφραση μέσω των ήχων και/ή του λόγου.

- Διονυσίου, Ζ. & Αγγελίδου, Σ. (Επιμ) (2008). *Σχολική Μουσική Εκπαίδευση: Ζητήματα σχεδιασμού, μεθοδολογίας και εφαρμογών*. Θεσσαλονίκη: Ελληνική Ένωση για τη Μουσική Εκπαίδευση (www.eeme.gr).
- Zatorre, R.J. & Peretz, I. (Επιμ) (2001). *The biological foundations of music*. Annals of the New York Academy of Sciences, 930.
- Καρτασίδου, Α. (2004). *Μουσική εκπαίδευση στην ειδική αγωγή*. Αθήνα: ΤΥΠΩΘΗΤΩ.
- Καρτασίδου, Α. & Στάμου, Α. (Επιμ) (2006). *Μουσική παιδαγωγική. Μουσική εκπαίδευση στην ειδική αγωγή. Μουσικοθεραπεία*. Πρακτικά ημερίδας. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας.
- Κόνιαρη, Δ. (2006). Ιδιαιτερότητες στη δομική και λειτουργική εικόνα του μουσικού εγκεφάλου στα άτομα με σύνδρομο Williams. Στο Α. Καρτασίδου & Α. Στάμου (Επιμ). *Μουσική παιδαγωγική. Μουσική εκπαίδευση στην ειδική αγωγή. Μουσικοθεραπεία* [σ.σ. 9-13]. Πρακτικά ημερίδας. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας.
- Κόνιαρη, Δ., Θεοδωρίδου, Ζ. & Τριάρχου, Α. (υπό δημοσίευση). Στο σταυροδρόμι της εκπαιδευτικής πολιτικής και των επιστημών του εγκεφάλου. *Τιμητικός τόμος για τον ομότιμο καθηγητή Χρίστο Τσολάκη*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζήτηρος.
- Levitin, D., Cole, K., Chiles, M., Lai Z., Lincoln A. & Bellugi U. (2004). Characterizing the musical phenotype in individuals with Williams syndrome. *Child Neuropsychology*, 10(4):223-247.
- Παπαηλιού, Χ. (2000). Οι απαρχές της μουσικής στην επικοινωνία μητέρας-βρέφους. *Μουσικός Λόγος*, 1:51-60.
- Peretz, I. (2005). The nature of music. *International Journal of Music Education*, 23(2):103-105.
- Τριάρχου, Α. (2006). *Αναπτυξιακά σύνδρομα στην ειδική αγωγή*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας.
- Φιλιάνου, Μ. (2002). Μουσικοκινητική αγωγή: Υποστηρικτική παρέμβαση στην εκπαίδευση των κωφών και βαρήκων μαθητών. *Μουσική Εκπαίδευση: Πρακτικά 3^{ου} Συνεδρίου της Ε.Ε.Μ.Ε.*, III(11):310-319.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

α) για μουσικές δραστηριότητες και τραγουδοπαιχνίδια

- Δημητράτου Β. (1995). *Η Μουσική πάει στο Νηπιαγωγείο*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.
- Θεοδωρίδης Ν. (2006). *Τραγουδοπαιχνίδια*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Κρουστόφωνο (με CD).
- Καραδήμου-Λιάτσου Π. (2001). *Από την ακοή στην ακρόαση*. Αθήνα: edition orpheus (με CD).
- Κοκκίδου, Μ. (2007). *28 (Λίγο παιχνιδιάρικα) Ποιήματα*. Αθήνα: Αθήνα (με CD).
- Κουλεντιανού, Μ. (1994). *Νανουρίσματα, Ταχταρίσματα, Πανέματα, Πρωτοβαδίσματα, Χελιδονίσματα, Ξορκίσματα-Γιατροσόφια, Παιχνίδια, Κάλαντα, Γλωσσοδέτες-Αινίγματα, Σπαζοκεφαλίες*. Αθήνα: Εκδόσεις Θυμάρι – Αγωγή: Εγκυμοσύνη, Γέννηση, Βρεφική ηλικία (με CD).
- Μαζαράκη, Δ.Β., Κεφάλου-Χορς, Ε. & Δημητράτου, Β. (1983). *Τραγούδια – Παιχνίδια*. Αθήνα: ΟΕΔΒ.
- Μακροπούλου Ε. & Βαρελάς Δ. (2001). *Μουσική. Το πιο συναρπαστικό παιχνίδι*. Αθήνα: Εκδόσεις Fagotto.
- Μακροπούλου Ε. & Βαρελάς Δ. (2005). *Τραγουδώντας λέξεις. Από τη θεωρία στην... τάξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Fagotto/N. Θερμός.
- Maki, J. (2000). *Η χαρά της μουσικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Μωραΐτη Τζ. & Κουρκουρίνα Μ. (2006). *Το μουσικό γιασεμάκι: Διαθεματικές δραστηριότητες μουσικής για το νηπιαγωγείο*. Αθήνα: Μεταίχμιο (με CD).
- Σακελλαρίδης, Γ. (1994). *Παίζοντας με τη μουσική*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Τζανάνης, Π. (2000). *Ανοικτό σχέδιο μαθημάτων μουσικής αγωγής*. Αθήνα: Σπουδή.

β) για τη θεωρία της μουσικής

- Ματθαιοπούλου, Δ. (1998). *Θεωρία της μουσικής: Το πρώτο μου βιβλίο*. Αθήνα: Φίλιππος Νάκας.
- Τηγανούρια, Γ. & Μώραλη, Φ. (). *Σολ-μι, Ντο-λα*. (τρία τεύχη). Αθήνα: Φίλιππος Νάκας (με CD).

δ) για τραγούδια με μουσική σημειογραφία

- Καψάσκη-Μακρή, Α. (2001). *Ανθολόγια Σχολικών τραγουδιών*. Αθήνα: Εκδόσεις «Καψάσκη».
- Mathey, P. (). *Ελληνικά παιδικά τραγούδια και χοροί*. Schott's Sohne-Mainz.
- Νικολούδη, Στ. & Καλογήρου, Σπ. (1998). *Τα πρώτα μουσικά βήματα*. Αθήνα: Έννοια.
- Τσαφταρίδης, Ν. (1996). *Παραδοσιακά τραγούδια για παιδιά*. Αθήνα: Φίλιππος Νάκας.
- Τσούτσια-Λουλάκη, Ε. (2006). *Παίζω... Μουσική!*. Αθήνα: edition orpheus.

ε) γενικά για τη μουσική

- Beaumont, E. & Pimont, M.-R. (1999). *Εικόνες από τον κόσμο της μουσικής*. Αθήνα: Modern Times.
- Drew, H. (1993). *Το πρώτο βιβλίο μουσικής*. Αθήνα: Εκδόσεις μαργαρίτα.
- Κυνηγού-Φλάμπουρα, Μ. (1998). *Λαϊκά μουσικά όργανα του κόσμου*. Αθήνα: Ακρίτας Παιδικά.
- Μαντούβαλου, Σ. (). *Ντορεμφασολλασι*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Μπογδάνη-Σουγιούλ, Δ. (2004). *Ανακαλύπτω τη μουσική... με αυτοκόλλητα...* Αθήνα: Φίλιππος Νάκας.
- Regner, H. (1998). *Ας μάθουμε να αγαπάμε τη μουσική*. Αθήνα: Dian.
- Σίμσα, Μ. & Όπγκενορθ, Β. (2001). *Η Τίνα και η ορχήστρα*. Αθήνα: Ψυχογιός (με CD).
- Τσαφταρίδης, Ν. (1995). *Αυτοσχέδια Μουσικά Όργανα*. Αθήνα: edition orpheus.

στ) για μουσική και θέατρο

- Γιαννά, Γ., Θεοδωρίδης, Ν., Ζησοπούλου, Ε., Καραχάλιου, Κ., Κοκκίδου, Μ. & Χατζηκαμάρη, Π. (1998). *Δέκα βήματα για μια σχολική παράσταση*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Γιαννά, Γ., Ζησοπούλου, Ε., Θεοδωρίδης, Ν., Καραχάλιου, Κ., Κοκκίδου, Μ. & Χατζηκαμάρη, Π. (1994). *Το σχολείο - εργαστήρι τέχνης και δημιουργίας*. Θεσσαλονίκη: Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών – Ίδρυμα Μανόλη Τριανταφυλλίδη (Α.Π.Θ.).
- Θεοδωράκη, Μ. (2003). *Θέατρο και μουσικοκινητική*. Αθήνα: Διάπλαση (με CD).
- Θεοδωρίδης, Ν. (2005). *Οι φίλοι μας οι μουζικάντηδες*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Κρουστόφωνο (με CD).
- Μπέρσου, Α. & Ράτσου, Ε. (2003). *Η χώρα των παγωτών*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας (με CD).

CD με τραγούδια για παιδιά

- Γιαννίκου Κ. *Μιλάμε για... τους αριθμούς*
- Ιεροπούλου Ε. *Το πράσινο μούσκαρι-ο*
- Κέντρο Αιγαιακών Λαογραφικών και Μουσικολογικών Ερευνών. *Φιντάνι, φιντανάκι*
- Κωχ Μ. *Τα χρωματιστά τραγούδια*
- Μαυρουδής Ν. *Χάρτινο καράβι*
- Μαυρουδής, Ν. (2003). *Μουσικό ανθολόγιο*. Αθήνα: Eros Music-Corifeo (βιβλίο και CD)
- Παπασταύρου Στ. *Μίλα μου για μήλα*
- Σαμίου Δ. *Η περπερούνα*
- Χατζηπιερής, Ο *τεμπέλης δρόκος*

Ιστοσελίδες στο διαδίκτυο

- Approaches:** ηλεκτρονικό επιστημονικό περιοδικό το οποίο είναι αφιερωμένο τόσο στο πεδίο της Μουσικοθεραπείας, όσο και στο πεδίο της Ειδικής Μουσικής Παιδαγωγικής.
www.primarymusic.gr/details.php?lan=gr&id=70

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΤΗΣ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ - ΕΝΑ ΣΧΟΛΕΙΟ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ -

Δόμνα Παντσάκη

Μεταξύ των προβληματισμών που απασχολούν σήμερα την εκπαιδευτική κοινότητα, κυριαρχεί αυτός που αναφέρεται στην ένταξη και ενσωμάτωση των μαθητών με ειδικές ανάγκες στο «κανονικό» σχολείο. Η σύγχρονη παιδαγωγική προσανατολίζεται πλέον στη συνεκπαίδευση των παιδιών με και χωρίς ειδικές ανάγκες. «Ένα σχολείο για όλους» με μαθητές που δε θα διακρίνονται μεταξύ τους εξαιτίας της νοητικής, γλωσσικής, σωματικής ή συναισθηματικής τους ιδιαιτερότητας. Μακροπρόθεσμος στόχος αυτού του προσανατολισμού είναι η αλλαγή της νοοτροπίας για την αντιμετώπιση των δυσκολιών στην εκπαίδευση, η άρση των κοινωνικών προκαταλήψεων και τελικά η παροχή ίσων εκπαιδευτικών ευκαιριών σε όλους τους μαθητές.

Η ενσωμάτωση ως όρος δεν είναι μια καινούρια έννοια. Το ενδιαφέρον για την ενσωμάτωση των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην κοινωνία μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει τις ρίζες του στη δεκαετία του '60 με την αναζήτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του ατόμου. Η παιδαγωγική της ενσωμάτωσης θεωρεί ότι τα παιδιά με ειδικές ανάγκες είναι μέλη μιας ομάδας σχολικής, κοινωνικής, μικρής και μεγάλης. Σχολική ενσωμάτωση σημαίνει αλληλοαποδοχή από ένα σύνολο ή μια ομάδα ενός ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων. Η φιλοσοφία της ενσωμάτωσης στρέφεται προς την πεποίθηση ότι ο κόσμος είναι μια μεγάλη κοινωνική ομάδα, η οποία αποτελείται από άτομα που διαφέρουν μεταξύ τους τόσο στις ικανότητες, όσο και στη εθνικότητα, την θρησκεία ή την φυλή.

Η σχολική ενσωμάτωση, και κατά συνέπεια η κοινωνική, αποτελεί μια μακροχρόνια διαδικασία και επιτυγχάνεται με το συγχρωτισμό και την αλληλεπίδραση. Δεν αποτελεί μονομερή διαδικασία, όπου τα άτομα με ειδικές ανάγκες εντάσσονται σε μια ομάδα και σταδιακά ενσωματώνονται *αυτονόητα*. Ενσωμάτωση δεν σημαίνει υποταγή επιμέρους ατόμων και ομάδων σε υπάρχουσες δομές, αλλά αμοιβαίες διαδικασίες, αλληλοκατανόηση και αλληλεπίδραση. Πρόκειται για μια προοδευτική διαδικασία του ενός να έχει το δικαίωμα να είναι διαφορετικός και να γίνεται αποδεκτός παρά τη διαφορετικότητα και τις «ανεπάρκειες» του, του άλλου να τον καταλαβαίνει και να τον αποδέχεται όπως είναι και μαζί να μαθαίνουν, να αναπτύσσονται και να συμβιών. Βασικός στόχος της είναι η κοινωνικοποίηση του ατόμου. Κύρια επιδίωξη είναι να δοθούν στο άτομο όλα τα εφόδια ώστε να αναπτυχθούν οι δυνατότητές του στο μέγιστο δυνατό βαθμό, ώστε να αποκτήσει την ικανότητα όχι απλώς να επιβιώνει ανεξάρτητα μέσα στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, αλλά και να απολαμβάνει στο μέγιστο δυνατό τα αγαθά της σύγχρονης ζωής.

Στα πλαίσια, λοιπόν, των σύγχρονων κοινωνικών απαιτήσεων καλείται ο εκπαιδευτικός να λάβει υπόψη του ότι οι εκπαιδευτικές δυσκολίες αποτελούν σημαντικό στοιχείο διάμορφωσης της προσωπικότητας των μαθητών, αλλά και να συνυπολογίσει το γεγονός ότι σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση τους δίνει τις κατάλληλες εκπαιδευτικές ευκαιρίες και οδηγεί σε βελτίωση, τόσο των ικανοτήτων και δυνατοτήτων τους, όσο και της μετέπειτα κοινωνικής προσαρμογής τους.

Πώς επιτυγχάνεται η συνεκπαίδευση και η επιτυχής ενσωμάτωση στο γενικό σχολείο;

Σ' αυτό το ερώτημα η απάντηση δεν είναι τόσο απλή, λόγω της πολυπλοκότητας των σχέσεων που παρουσιάζει η σχολική κοινότητα .

Πρωτεύοντα ρόλο κατέχει ο εκπαιδευτικός, ο οποίος καλείται να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του κάθε μαθητή και ακόμα να φροντίσει για την αλλαγή των στάσεων τόσο των συμμαθητών των παιδιών με ειδικές ανάγκες όσο και των γονέων τους, ώστε να αποφευχθούν περιπτώσεις ετικετοποίησης και περιθωριοποίησης τους από αυτούς.

Στην επίτευξη του στόχου του, λοιπόν, καταρχήν θα πρέπει να φροντίσει να προετοιμάσει το κοινωνικό περιβάλλον του σχολείου. Κάποιες συναντήσεις με τους γονείς της τάξης επιβάλλονται, καθώς θα πρέπει να ενημερωθούν για τη λειτουργία της τάξης, την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την ανάγκη συνύπαρξης των μαθητών αυτών με τα παιδιά τους στην ίδια τάξη. Θα πρέπει να είναι έτοιμος για πιθανές αρνητικές αντιδράσεις και να οπλιστεί με περισσότερη υπομονή και επιμονή, ώστε να καταφέρει μέσα από γόνιμο διάλογο να τους πείσει για την αποτελεσματικότητα της μεθόδου. Καλό θα ήταν να είναι ενημερωμένος για παρόμοια εγχειρήματα και τα αποτελέσματά τους -πληροφορίες μπορεί να βρει σε σχετικές ιστοσελίδες και ανάλογη βιβλιογραφία- και να τα παρουσιάσει στους πιο δύσπιστους.

Οι γονείς των παιδιών με ειδικές ανάγκες θα πρέπει επίσης να είναι απόλυτα ενημερωμένοι και πρόθυμοι να συνεργαστούν προς όφελος των παιδιών τους. Αυτό θα επιτευχθεί καταρχήν με τη φάση της επεξεργασίας του προβλήματος που αντιμετωπίζεται. Πρώτος στόχος είναι να πεισθούν να δουν αντικειμενικά το πρόβλημα, να το αποδεχθούν και να προετοιμασθούν να ασκήσουν το ρόλο του γονιού ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες. Έπειτα, επιβάλλεται να μυηθούν στις υποστηρικτικές τεχνικές αντιμετώπισης των συγκεκριμένων «ανεπαρκειών» και να συμμετέχουν ενεργά σε αυτές, καθώς η συμμετοχή της οικογένειας είναι αποφασιστικής σημασίας στη βελτίωση, ακόμα και στην αποκατάσταση της «ανεπάρκειας». Τέλος, θα ήταν σημαντική και η ψυχολογική υποστήριξη, από έναν ειδικό επιστήμονα, όλων των εμπλεκόμενων σε αυτή τη διαδικασία.

Αφού, λοιπόν, ο εκπαιδευτικός εξασφαλίσει τη συνεργασία των γονέων θα πρέπει να χρησιμοποιήσει το «δυνατό του χαρτί», την τάξη - τους συμμαθητές.

Οι συμμαθητές αποτελούν τη σημαντικότερη δύναμη της σχολικής τάξης, η οποία με τη σωστή καθοδήγηση ενθαρρύνει και προάγει τη συνεργασία και τη διαφορετικότητα. Θα χρειαστεί οπωσδήποτε μια συζήτηση μεταξύ δασκάλου και τάξης για να κατανοήσουν όλοι οι μαθητές και μετά να συμφωνήσουν ότι το **διαφορετικό δεν είναι κακό** και ότι, οι περιπτώσεις συμμαθητών με διαφορετικά χαρακτηριστικά πρέπει να αντιμετωπίζονται με κατανόηση και όχι με απόρριψη.

Γενικά, θα πρέπει οι μαθητές να συνειδητοποιήσουν ότι είναι καλύτερα, αν χρειαστεί, να παίζουν το ρόλο του κοινωνικού βοηθού ή ακόμα και του εκπαιδευτή ενός συμμαθητή με ειδικές ανάγκες, παρά να δυσφορούν και να επικρίνουν την όποια συμπεριφορά του.

Σημαντικό κομμάτι εκπαίδευσης των μαθητών στο να σέβονται τη διαφορετικότητα είναι ο βιωματικός χαρακτήρας εκμάθησης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την προώθηση των διαπροσωπικών σχέσεων των παιδιών μέσα από δραστηριότητες με μορφή παιχνιδιού, στις οποίες θα συμμετέχουν όλοι, άσχετα από τις διαφορές τους, και θα είναι έτσι προσαρμοσμένες, ώστε να είναι εξίσου σημαντικός ο ρόλος του παιδιού με ειδικές ανάγκες στο θετικό αποτέλεσμα της ομάδας. Παιχνίδια, επίσης, που στόχο έχουν να τονίσουν τις ομοιότητες ενδείκνυνται, καθώς μέσα από αυτά τα παιδιά θα συνειδητοποιήσουν αβίαστα ότι τελικά τα κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ των ανθρώπων είναι πολύ περισσότερα από την όποια διαφορά μπορεί να έχει κάποιος συμμαθητής σε σχέση με το σύνολο της τάξης.

Οι διδακτικές στρατηγικές θα πρέπει να περιλαμβάνουν πολλές μορφές συνεργατικής μάθησης, καθώς επίσης και διδασκαλία μεταξύ συνομηλίκων. Θα πρέπει να προωθείται η ομάδα, καθώς οι μαθητές με ειδικές ανάγκες θα μάθουν να συνεργάζονται, να αντλούν πληροφορίες από τους συμμαθητές τους και, τελικά, να ενσωματωθούν με τον καλύτερο τρόπο. Το διδακτικό υλικό θα πρέπει να είναι ευέλικτο και προσαρμόσιμο στις εκάστοτε ανάγκες των μαθητών.

Στα πλαίσια της εκπαιδευτικής παρέμβασης καλό θα είναι να ενταχθεί η διδασκαλία συγκεκριμένων δεξιοτήτων στις οποίες υστερεί το άτομο με τις ειδικές ανάγκες. Η αξιολογική κλίμακα θα πρέπει να διαμορφώνεται βάση των ατομικών δυνατοτήτων και της ατομικής προόδου των μαθητών. Η ενθάρρυνση και ο έπαινος δεν θα πρέπει να περιοριστεί στα παιδιά με τις ειδικές ανάγκες, αλλά σε όλους τους μαθητές της τάξης, που είναι κοινωνικοί της εκπαιδευτικής διαδικασίας, αλλά ταυτόχρονα και απαραίτητοι μέτοχοι για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων. Άλλωστε, γνώμονάς μας είναι όλοι οι μαθητές της τάξης, εφόσον μέσα από την αλληλεπίδραση όλοι θα ωφεληθούν με κάποιο τρόπο.

Οι διαδικασίες της όποιας εκπαιδευτικής παρέμβασης πρέπει να είναι συνεπείς με συγκεκριμένες αρχές, προκειμένου να εξασφαλισθούν οι προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότητα της προσπάθειας. Οι στόχοι πρέπει να είναι ξεκάθαροι και απόλυτα κατανοήσιμοι από όλα τα παιδιά της τάξης. Πάνω από όλα, όμως, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη όλων των μαθητών και να δημιουργήσει το απαραίτητο κλίμα, ώστε τα παιδιά να καταλάβουν τη σοβαρότητα των προθέσεων του μέσα από τη συμπεριφορά, τη στάση του, τις αρχές και τα πιστεύω του. Οποιαδήποτε παρέκκλιση από τους στόχους και τις αρχές της σχολικής ενσωμάτωσης μπορεί να οδηγήσει σε αμφισβήτηση, στη σύγχυση και τελικά στην αποτυχία.

Όσον αφορά τον ίδιο τον μαθητή με ειδικές ανάγκες, ο εκπαιδευτικός πέρα από οποιοδήποτε τρόπο και οποιαδήποτε μέσα χρησιμοποιεί θα πρέπει να τον στηρίζει, να τον αντιμετωπίζει ισότιμα με τους υπόλοιπους και να προσπαθήσει να εξαλείψει κάθε επικοινωνιακό δισταγμό, που πιθανόν να έχει δημιουργηθεί λόγω προγενέστερης σχολικής και επικοινωνιακής αποτυχίας, με αποτέλεσμα τη χαμηλή αυτοεκτίμηση του μαθητή και την ελαχιστοποίηση της αυτοπεποίθησης του. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη προσαρμογή των εκπαιδευτικών απαιτήσεων στις δυνατότητες του μαθητή, με την προβολή των ιδιαίτερων χαρακτηρισμάτων του στην ομάδα και κυρίως με το σεβασμό στην προσωπικότητά του από τον ίδιο τον εκπαιδευτικό, που θα οδηγήσει στο σεβασμό και από τα υπόλοιπα παιδιά της τάξης.

Στην περίπτωση που στο σχολείο λειτουργεί τμήμα ένταξης, η ύπαρξη δασκάλου ειδικής αγωγής μπορεί να βοηθήσει ακόμη περισσότερο στην επίτευξη των στόχων με την προϋπόθεση ο ενταξιακός εκπαιδευτικός να μετέχει ισότιμα στην εκπαιδευτική διαδικασία, οι ρόλοι μεταξύ των δύο εκπαιδευτικών να εναλλάσσονται και οι δύο εκπαιδευτικοί να αποφασίζουν και να οργανώνουν μαζί το υλικό.

Η συνεργασία των δύο εκπαιδευτικών στην ίδια σχολική αίθουσα, πέρα από το ότι θα εξασφαλίσει καλύτερα μαθησιακά αποτελέσματα για τους μαθητές με ειδικές ανάγκες, θα είναι και ένα πολύ καλό μάθημα ζωής για τα παιδιά, καθώς με τρόπο αληθινό και βιωματικό θα συνειδητοποιήσουν ότι η συνεργασία και η αλληλοκατανόηση οδηγούν πάντα σε θετικά αποτελέσματα. Εξάλλου, δε θα πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός ότι οι μαθητές είναι οι αυριανοί πολίτες που θα πάρουν στα χέρια τους τα ηνία στην κοινωνία του μέλλοντος.

Επιτυγχάνοντας, λοιπόν, παράλληλα με τις σχολικές δραστηριότητες και την κοινή ζωή στην ομάδα, την ευαισθητοποίηση των παιδιών, το αποτέλεσμα θα είναι να μην υπάρχει πλέον διάκριση ανάμεσα σε «ειδικά» και «κανονικά» παιδιά, και όλη η φιλοσοφία της ενσω-

μάτωσης, της ισότιμης μεταχείρισης και των ίσων ευκαιριών, θα πάρει «σάρκα και οστά» στο μέλλον, καθώς η κοινωνία θα αποκτήσει την υποδομή και την ευαισθησία να δέχεται τις ιδιαίτερες ανάγκες κάποιων μελών της από τα ίδια τα μέλη που θα την αποτελούν.

Βιβλιογραφία

- Aluffi Pentini, A. (2005). *Διαπολιτισμικό εργαστήριο* (επιμ. Χρ. Γκόβαρης). Αθήνα: εκδόσεις Ατραπός.
- Κυπριωτάκης, (1996). *Μια παιδαγωγική. Ένα σχολείο για όλα τα παιδιά*. Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά γράμματα.
- Λιβανίου, Ε. (2004). *Μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς στην κανονική τάξη*. Αθήνα: εκδόσεις Κέδρος.
- Οικογενειακός Ιατρός* (2007). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Σούλης, Σ. (2002). *Παιδαγωγική της ένταξης*. Αθήνα: εκδόσεις Τυπωθήτω.
- Φλωράτου, Μ. (2002). *Μαθησιακές δυσκολίες και όχι τεμπελιά*. Αθήνα: εκδόσεις Οδυσσέας.

Δικτυακοί τόποι

www.fa3.gr
www.edurortal.gr
www.specialeducation.gr
www.dyslexia-correction.gr
www.pec.gr
epapanis.blogspot.gr

ΤΟ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Ζωή Θεοδωρίδου

1. Εισαγωγή

Ο όρος *Εξατομικευμένο Πρόγραμμα Εκπαίδευσης - Ε.Π.Ε. (Individualized Educational Plan/Program – I.E.P.)* αναφέρεται, τόσο στη γραπτή αναφορά που περιγράφει το σχέδιο εκπαίδευσης που έχει φτιαχτεί αποκλειστικά για ένα συγκεκριμένο παιδί με διαπιστωμένες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, όσο και στην ίδια την εκπαιδευτική διαδικασία.

Η καθιέρωση του Ε.Π.Ε. χρωστά την ύπαρξή της στον ομοσπονδιακό νόμο των Η.Π.Α. *Individuals with Disabilities Education Act – IDEA*, ο οποίος εισήγαγε την εξατομικευση στην εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, υποχρεώνοντας τον κρατικό μηχανισμό να μεριμνά ξεχωριστά για τις ανάγκες κάθε παιδιού. Η πρώτη μορφή του νόμου θεσπίστηκε το 1974 και έκτοτε έχει υποστεί πολλές αλλαγές, ενώ τελευταία τροποποιήθηκε το 2004. Σε κάθε περίπτωση, πυρήνας του παραμένει η παροχή πρώιμης παρέμβασης, ειδικής αγωγής και άλλων σχετικών υπηρεσιών με κατοχύρωση της *Δωρεάν Κατάλληλης Δημόσιας Εκπαίδευσης στο Αιγότερο Περιοριστικό Περιβάλλον*, που θα προετοιμάζει το άτομο για περαιτέρω εκπαίδευση, εργασία και ανεξάρτητη διαβίωση.

Πιο συγκεκριμένα, η έννοια της **Δωρεάν Κατάλληλης Δημόσιας Εκπαίδευσης** αναφέρεται στο δικαίωμα κάθε παιδιού να εκπαιδεύεται χωρίς να επιβαρύνεται οικονομικά η οικογένειά του, βάσει ενός εξατομικευμένου προγράμματος που έχει σχεδιαστεί για να ικανοποιεί τις μοναδικές ανάγκες του, ενώ παράλληλα προβλέπει τρόπους συνδυασμού του με το γενικό αναλυτικό πρόγραμμα.

Η εκπαίδευση κάθε παιδιού με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες θα πρέπει να γίνεται στο **Αιγότερο Περιοριστικό Περιβάλλον**. Αυτό σημαίνει πρακτικά, πως κάθε παιδί με αναπηρία θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να εκπαιδεύεται με «τυπικώς αναπτυσσόμενους» συνομηλίκους του στο μέγιστο βαθμό. Ακόμη, θα πρέπει να έχει πρόσβαση στις ίδιες σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες, με την προϋπόθεση ότι θα έχουν εξασφαλιστεί για αυτό οι απαραίτητες προσαρμογές ή βοηθήματα.

2. Η κατάσταση στην Ελλάδα

Κάτω από τη σκιά του I.D.E.A. και με την επίδραση κοινωνικο-πολιτικών τάσεων και επιστημονικών δεδομένων, το δικαίωμα του κάθε παιδιού με αναπηρία για ισότιμες εκπαιδευτικές ευκαιρίες που θα εξασφαλιζόνταν μέσα από ένα πρόγραμμα «κομμένο και ραμμένο στα μέτρα του» άρχισε να αναγνωρίζεται διεθνώς. Στην Ελλάδα, η πρώτη επίσημη αναγνώριση της αναγκαιότητας των εξατομικευμένων προγραμμάτων ήρθε μόλις το 2003 με το νόμο 2817, ενώ με την Υπουργική Απόφαση 27922/Γ6 του 2003 ορίστηκε ποιος είναι αρμόδιος για τον καταρτισμό και την υλοποίηση του Ε.Π.Ε.

Σύμφωνα με την παραπάνω υπουργική απόφαση:

- α) Για **μαθητές ειδικών σχολείων**: ο εκπαιδευτικός της τάξης οργανώνει, καταρτίζει και υλοποιεί το Ε.Π.Ε. σε συνεργασία με το ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό.
- β) Για **μαθητές που φοιτούν σε τμήματα ένταξης**: ο ειδικός παιδαγωγός με τον εκπαιδευτικό της τάξης συνεργάζονται για τη σύνδεση κοινού και εξειδικευμένου προγράμματος.
- γ) Για **μαθητές που φοιτούν σε γενικά σχολεία** με παράλληλη στήριξη: ο ειδικός παιδαγωγός αξιολογεί το μαθητή και συντάσσει το Ε.Π.Ε. σε συνεργασία με το Κ.Δ.Α.Υ. και το σχολικό σύμβουλο ειδικής αγωγής.
- δ) Για **μαθητές που τους παρέχεται διδασκαλία στο σπίτι**: ο εκπαιδευτικός συντάσσει το Ε.Π.Ε. σε συνεργασία με το σχολικό σύμβουλο ειδικής αγωγής.

Στο ν.3699/2008 για την «**Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες**» που ψηφίστηκε από τη Βουλή των Ελλήνων την 9^η Σεπτεμβρίου του 2008, ωστόσο, τα **ΚΕΔΔΥ** (Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης, Διάγνωσης και Υποστήριξης Ειδικών Εκπαιδευτικών Αναγκών) αναλαμβάνουν την εισήγηση και την κατάρτιση προσαρμοσμένων εξατομικευμένων ή ομαδικών προγραμμάτων ψυχοπαιδαγωγικής και διδακτικής υποστήριξης και δημιουργικής απασχόλησης σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς της τάξης και με το ειδικό βοηθητικό προσωπικό. Ακόμη, προβλέπεται η συνεργασία του ΚΕΔΔΥ με ιατρικές υπηρεσίες για το σχεδιασμό του Ε.Π.Ε. σε κάποιες περιπτώσεις (π.χ. όταν χορηγείται φαρμακευτική αγωγή στο μαθητή που επηρεάζει την ακαδημαϊκή του επίδοση). Επιπρόσθετα, στη διαμόρφωση του Ε.Π.Ε. συμμετέχει και ο γονέας, χωρίς όμως η άποψή του να είναι δεσμευτική.

3. Το Εξατομικευμένο Πρόγραμμα Εκπαίδευσης ως διαδικασία

3.1. Αξιολόγηση

Ο καταρτισμός ενός Ε.Π.Ε. προϋποθέτει τη συλλογή των πληροφοριών που θα επηρεάσουν τη διαμόρφωση μιας σαφούς εικόνας του παιδιού και των αναγκών του. Έτσι, το πρώτο βήμα που πρέπει να καλύψει είναι αυτή ακριβώς η αξιολόγηση. Με τον όρο «αξιολόγηση» δεν αναφερόμαστε μόνο στον εντοπισμό πιθανών γνωστικών ελλειμμάτων του παιδιού αλλά και σε μία σειρά ενδογενών και εξωγενών παραγόντων που επηρεάζουν τη μαθησιακή του ικανότητα, όπως για παράδειγμα πιθανά προβλήματα υγείας, το κοινωνικο-συναισθηματικό προφίλ του ατόμου, οι ιδιαιτερότητες της οικογένειας, κ.ά.

Η **συνέντευξη** με την οικογένεια θα αποφέρει πληροφορίες σχετικές με το **ιστορικό** του παιδιού, την κατάκτηση των αναπτυξιακών ορόσημων και τις δυσκολίες που παρουσιάστηκαν στην πορεία αυτήν. Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα για το οποίο ο/η εκπαιδευτικός θα πρέπει να πληροφορηθεί εγκαίρως είναι τα **ενδιαφέροντα** του παιδιού. Τη γνώση αυτή θα την χρησιμοποιήσει αργότερα στην **οργάνωση ενός συστήματος ενισχύσεων** και στην παροχή κινήτρων.

Το σχολείο θα πρέπει ακόμη να είναι ενήμερο για οποιοδήποτε **πρόβλημα υγείας** των μαθητών του. Κάποιες φορές κρίνεται σκόπιμη και η επικοινωνία των εκπαιδευτικών με ιατρικές υπηρεσίες που παρακολουθούν το παιδί. Ακόμη, είναι σημαντικό ο εκπαιδευτικός να γνωρίζει το κλίμα που υπάρχει στην **οικογένεια**, με ποιους ανθρώπους ζει το παιδί, ποιοι φροντίζουν για αυτό, ποιοι είναι οι **σημαντικοί άλλοι**.

Για τη συλλογή τέτοιου είδους πληροφοριών —που θα πρέπει να γίνεται με διακριτικό τρόπο— οι φροντιστές του παιδιού καλούνται στο σχολείο. Από εκεί και πέρα μπορεί να

ξεκινήσει η **εκπαιδευτική αξιολόγηση**, που θα αφορά στις γνώσεις που έχει κατακτήσει και στον προσδιορισμό αυτών που υπολείπεται. Δεν αρκεί, όμως, η αξιολόγηση των ακαδημαϊκών του επιτευγμάτων. Βαρύτητα θα πρέπει να δίνεται και σε άλλους τομείς δεξιοτήτων, όπως π.χ. στις δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, στις κοινωνικές δεξιότητες, κ.ά.

Για την αξιολόγηση μπορούν να χρησιμοποιηθούν επίσημα ή ανεπίσημα μέσα. Στα επίσημα μέσα συγκαταλέγονται σταθμισμένες δοκιμασίες, ενώ τα ανεπίσημα αναφέρονται σε μη τυποποιημένες διαδικασίες, όπως η παρατήρηση, η ποιοτική ανάλυση λαθών, η λειτουργική ανάλυση (βλ. *κεφ. Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες & Εκπαίδευση ατόμων με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές*), κ.ά.

Αφού ολοκληρωθεί η αρχική αξιολόγηση, σχεδιάζεται το Ε.Π.Ε. με εκπαιδευτικούς, θεραπευτές, ιατρούς και συγγενικό και φιλικό περιβάλλον συντονισμένους σε μία κοινή προσπάθεια για την επίτευξη των στόχων που τίθενται για την ολόπλευρη ανάπτυξη του ατόμου.

3.2. Η επιλογή των στόχων

Ο καθορισμός των στόχων αποτελεί ένα από τα κρίσιμότερα για την έκβαση του εγχειρήματος βήματα. Το σπουδαιότερο κριτήριο για την επιλογή ενός στόχου είναι η λειτουργικότητά του. Εκεί θα πρέπει να προσανατολίζεται και η οικογένεια όταν έχει μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Είναι ευθύνη των ειδικών να καθιστούν σαφές ότι μόνο μέσω της κατάκτησης λειτουργικών στόχων θα χτιστούν γέφυρες προς την αυτονομία του παιδιού.

Το **κριτήριο της τελικής λειτουργικότητας** σημαίνει πως οι παρεμβάσεις θα πρέπει να σχεδιάζονται έτσι που να προετοιμάζουν το άτομο να λειτουργεί όσο πιο παραγωγικά και ανεξάρτητα γίνεται σε κοινωνικά, επαγγελματικά, οικογενειακά περιβάλλοντα. Στο πλαίσιο 1 παρατίθενται μερικές ερωτήσεις που θα πρέπει να απαντηθούν πριν επιλεγεί ένας στόχος. Παρακάτω δίνονται παραδείγματα λειτουργικών στόχων σε διαφορετικά περιβάλλοντα:

Πλαίσιο 1:

Κριτήρια λειτουργικότητας ενός στόχου

- Είναι κατάλληλος για την ηλικία του ατόμου;
- Είναι απαραίτητος; (ή μήπως μπορεί να φτάσει στο ίδιο αποτέλεσμα με εναλλακτικό τρόπο;)
- Θα του είναι απαραίτητος στην ενήλικη ζωή του;
- Θα είναι χρήσιμος στα περιβάλλοντα που το άτομο κινείται;
- Θεωρείται σημαντικός από το ίδιο το άτομο ή/και την οικογένειά του;
- Ενισχύει την εικόνα του;
- Βοηθάει τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δράσεις;
- Είναι εφικτός;

3.2.1. Στο σχολικό περιβάλλον:

- Να χρησιμοποιεί κάποιο σύστημα επικοινωνίας
- Να ζητά βοήθεια
- Να ανταποκρίνεται σε προφορικές οδηγίες
- Να χαιρετά
- Να απαντά σε ερωτήσεις
- Να ακολουθεί ρουτίνες και να προσαρμόζεται όταν αυτές αλλάζουν
- Να ακολουθεί οδηγίες
- Να προστατεύει τον εαυτό του
- Να έχει κατάλληλη εμφάνιση (σε σχέση με τον καιρό, τις περιστάσεις και την ηλικία του)

3.2.2. Στο περιβάλλον της τάξης:

- Να βρίσκει τη θέση του και τα προσωπικά του αντικείμενα

- Να ακολουθεί το πρόγραμμα
- Να ολοκληρώνει τα καθήκοντά του
- Να τηρεί κανόνες:
 - ο Να σηκώνει το χέρι
 - ο Να περιμένει τη σειρά του
 - ο Να ρυθμίζει κατάλληλα τον τόνο της φωνής του
 - ο Να κάνει σχετικές με το θέμα ερωτήσεις / παρεμβάσεις

3.2.3. Στον ελεύθερο χρόνο:

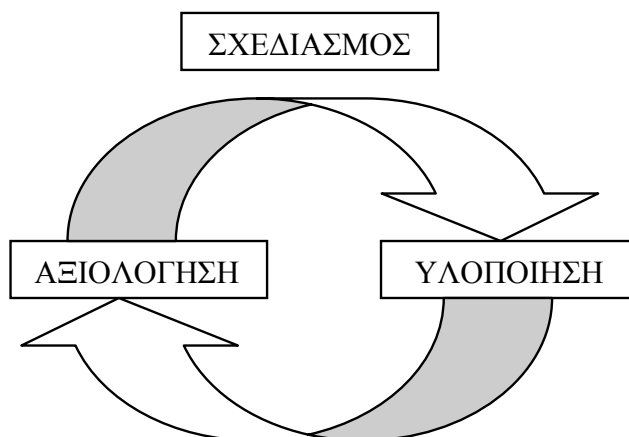
- Να αλληλεπιδρά με κοινωνικά αποδεδειγμένους τρόπους με τους συνομηλίκους
- Να ασχολείται με κατάλληλες για την ηλικία του δραστηριότητες
- Να γνωρίζει τα προσωπικά του στοιχεία
- Να συνεργάζεται
- Να φροντίζει την προσωπική του υγιεινή
- Να αυτοεξυπηρετείται στην τουαλέτα
- Να αυτοεξυπηρετείται στο φαγητό
- Να ολοκληρώνει ένα παιχνίδι

3.3. Υλοποίηση

Για την υλοποίηση του προγράμματος είναι απαραίτητη η συνεργασία σχολείου – οικογένειας – ειδικών (βλ. κεφ. *Ζώντας με το πρόβλημα*). Καθ' όλη τη διάρκεια της παρέμβασης θα πρέπει, όχι μόνο το παιδί να παρακολουθείται συστηματικά ως προς την πρόδοδό του – για αυτό και οι στόχοι μας θα πρέπει να είναι μετρήσιμοι, αλλά και ο εκπαιδευτικός να ελέγχει την αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας του και να αναπροσαρμόζεται όπου χρειάζεται. Οι λεπτομέρειες για την υλοποίηση προγραμμάτων δεν εμπίπτουν στους στόχους αυτού του κεφαλαίου, αλλά δίνονται σε κάθε κεφάλαιο που αφορά την εκπαιδευτική αντιμετώπιση κάθε αναπηρίας.

3.4. Αποτίμηση και επανακαθορισμός των στόχων

Η αποτελεσματικότητα του Ε.Π.Ε. κρίνεται σε προαποφασισμένη χρονική στιγμή. Τότε, επανακαθορίζονται οι στόχοι του προγράμματος. Στην ουσία, πρόκειται για μία κυκλική διαδικασία που περιλαμβάνει αξιολόγηση-σχεδιασμό-εφαρμογή-επαναξιολόγηση. Η πορεία της διαδικασίας θα μπορούσε να αναπαρασταθεί ως εξής:



Σχήμα 1: Οι φάσεις του εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος.

4. Το Ε.Π.Ε. ως γραπτή αναφορά

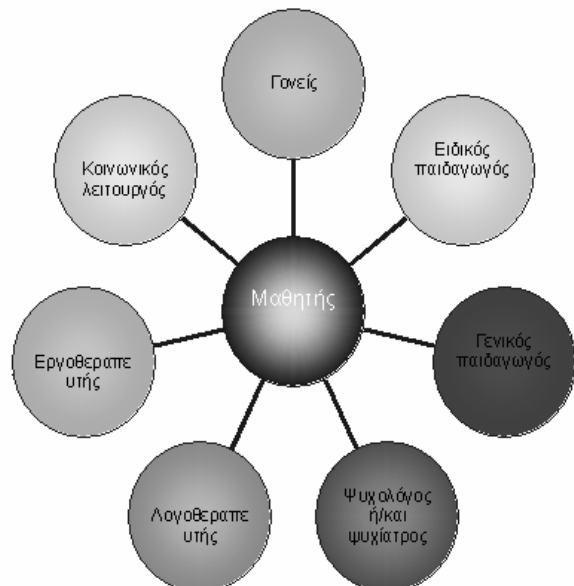
Με βάση το IDEA (2004) το Ε.Π.Ε. έχει τη μορφή μίας γραπτής αναφοράς που σχεδιάζεται, αναπτύσσεται και αναθεωρείται ξεχωριστά για κάθε παιδί με αναπηρία. Το Ε.Π.Ε. αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της ποιοτικής εκπαίδευσης κάθε παιδιού. Σύμφωνα με το IDEA κάθε Ε.Π.Ε. θα πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:

1. το σημερινό επίπεδο επίδοσης του παιδιού στο σχολείο αλλά και στις δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης,
2. μετρήσιμους ετήσιους στόχους για το σχολείο και για την καθημερινή ζωή,
3. τον τρόπο με τον οποίο θα αξιολογηθεί η πρόοδος του παιδιού (κριτήρια)
4. το αν θα συμμετάσχει ή όχι και με ποιες πιθανές τροποποιήσεις σε κρατικές εξετάσεις
5. ποιες υπηρεσίες ειδικής αγωγής, άλλες συναφείς υπηρεσίες και συμπληρωματική βοήθεια θα παρασχεθούν στο παιδί,
6. χρονοδιάγραμμα που θα αναφέρει την έναρξη παροχής ειδικών υπηρεσιών (λογοθεραπεία, εργοθεραπεία, ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες, κ.ά.), τη συχνότητα, τη διάρκεια και τον τόπο διεξαγωγής τους,
7. προσαρμογές στο σχολικό πρόγραμμα ή ειδική υποστήριξη που θα χρειαστεί,
8. αιτιολόγηση για κάθε μη συμμετοχή του παιδιού στις δραστηριότητες της γενικής τάξης¹,
9. υπηρεσίες υποστήριξης για τη μετάβαση στην ενήλικη ζωή

Ο ν. 3699/2008 προβλέπει τον καθορισμό πολλών από τις παραπάνω συνθήκες από τα ΚΕΔΔΥ. Ωστόσο, επειδή πρακτικά αυτό που έχει σημασία είναι όλοι όσοι εμπλέκονται στην εκπαίδευση του παιδιού με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες να έχουν στη διάθεσή τους ένα πλάνο με κοινό προσανατολισμό, που θα εξασφαλίζει τη μεταξύ τους συνεργασία αλλά και την τήρηση των δεσμεύσεων του καθενός σε σχέση με την προσφορά του στην εκπαίδευση του παιδιού, είναι χρήσιμο ένα απλουστευμένο Ε.Π.Ε. να σχεδιάζεται και ενδοσχολικά.

Σε κάθε περίπτωση, η σύνταξη του Ε.Π.Ε. θα πρέπει να βασίζεται σε μία ολοκληρωμένη εικόνα για το μαθητή, που μόνο η συμμετοχή όλων των ειδικών και της οικογένειας μπορεί να εξασφαλίσει. Έτσι, μία συνηθισμένη σύνθεση της ομάδας που δουλεύει πάνω στους στόχους του προγράμματος απεικονίζεται στο σχήμα 2.

Σημαντικό είναι σε ένα τέτοιο έγγραφο να αναφέρεται το είδος των εξωσχολικών υποστηρικτικών υπηρεσιών που παρέχονται στο παιδί, καθώς επίσης και κάποιος τρόπος επικοινωνίας με τους ειδικούς αυτούς (βλ. παράρτημα Β). Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να συγκαταλέγει μέσα στις προτεραιότητές του τη συνεργασία με όλους όσους εμπλέκονται στην εκπαίδευση του μαθητή του.



Σχήμα 2: Σύνθεση διεπιστημονικής ομάδας

¹ Το γεγονός ότι κάθε «απομάκρυνση» του παιδιού από τη γενική τάξη θα πρέπει να δικαιολογείται αποτελεί δικλείδα ασφαλείας στην αποφυγή της περιθωριοποίησης και της απομόνωσης του.

Τέλος, έχει σημασία ένα τέτοιο σχήμα να είναι ευέλικτο και να προσαρμόζεται κάθε φορά στις ανάγκες του παιδιού. Για παράδειγμα, σε μία ομάδα που ασχολείται με ένα παιδί με προβλήματα όρασης, πρωταγωνιστικό ρόλο θα παίζει ο ειδικός στην κινητικότητα και στον προσανατολισμό. Από την άλλη πλευρά, αναπόφευκτα η σύνθεση της ομάδας καθορίζεται από το σχολικό μικροσύστημα (βλ. κεφ. *Ζώντας με το πρόβλημα*). Η ευελιξία του Ε.Π.Ε. αποδεικνύεται μεταξύ άλλων και από την αναθεώρησή του. Έτσι, η πρόοδος του παιδιού αξιολογείται σε τακτά χρονικά διαστήματα, όπως προαναφέρθηκε. Στις ενδιάμεσες αξιολογήσεις καταγράφεται η κατάνκτηση των στόχων και καθορίζονται νέες προτεραιότητες, όταν είναι απαραίτητο.

Στο παράρτημα Α ακολουθεί ένα παράδειγμα Ε.Π.Ε. και στο παράρτημα Β κενές φόρμες οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον/την εκπαιδευτικό για την ανεπίσημη οργάνωση και το συντονισμό των στόχων του ιδίου και των άλλων ειδικών και της οικογένειας.

Βιβλιογραφία

- Brown, L., Nietupski, J. & Hamre-Nietupski, S. (1976). *The criterion of ultimate functioning and public school services for severely handicapped students*. Στο M. A. Thomas (επιμ). *Hey, don't forget about me: New directions for serving the severely handicapped*. Reston, VA: Council for Exceptional Children.
- N. 2817/2000. «Εκπαίδευση ατόμων με Ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες».
- N. 3699/2008. «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες».
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2001). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες: Νοητική υστέρηση. Ψυχολογική, κοινωνιολογική και παιδαγωγική προσέγγιση*. Τόμος Β. Αθήνα: Ατραπός.
- Υ.Α. 27922/Γ6 08-03-2007 «Καθορισμός των ιδιαίτερων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων».

Σελίδες στο διαδίκτυο

IDEA Parent Guide, National Center for Learning Disabilities, April 2006. URL:
http://www.ncld.org/images/stories/downloads/parent_center/idea2004parentguide.pdf
<http://idea.ed.gov/>
<http://www.ldonline.org/>
<http://www.nichcy.org/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α:

Παράδειγμα Ε.Π.Ε. για την κατάνκτηση του στόχου
«Αυτοεξυπηρέτηση στην τουαλέτα»

1. Διεπιστημονική αξιολόγηση
2. Στοχοθέτηση
3. Υλοποίηση

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ: Μαρία Δ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: 17/10/2007

Ι. Συνοπτική Αξιολόγηση²

	Δάσκαλος	Εργοθεραπευτής	Λογοθεραπευτής	Ειδικό βοηθητικό προσωπικό
Κοινωνικές δεξιότητες				
Δεξιότητες επικοινωνίας				
Δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης	Κρεμάει το μπουφάν της Γεμίζει ποτήρι από βρύση και πίνει χωρίς βοήθεια Τρώει με αποδεκτό τρόπο (χρήση πιρουνιού και κουταλιού) Δεν χρησιμοποιεί την τουαλέτα Βουρτσίζει τα δόντια της με βοήθεια Πλένει τα χέρια της και τα σκουπίζει με βοήθεια	Κουμπώνει και ξεκουμπώνει παπούτσια με Velcro Ξεκουμπώνει ρούχα με φερμουάρ Δεν μπορεί να ντυθεί μόνη	Δεν εκδηλώνει την ανάγκη να πάει στην τουαλέτα με λεκτικό ούτε και με μη λεκτικό τρόπο	Δεν χρησιμοποιεί την τουαλέτα: αρχικά αρνιόταν ακόμη και να μπει μέσα, σιγά-σιγά εξοικειώνεται με το χώρο.
Δεξιότητες παιχνιδιού				
Ακαδημαϊκές δεξιότητες				

² Η σύσταση της ομάδας, αλλά και οι ρόλοι των μελών της αλλάζουν κάθε φορά ανάλογα με τις ανάγκες του παιδιού. Για παράδειγμα, σε ένα πρόγραμμα κινητικότητας και προσανατολισμού πρωταγωνιστικό ρόλο θα παίξει ο κατάλληλος εκπαιδευτής και δευτερεύοντες τα υπόλοιπα εμπλεκόμενα πρόσωπα.

II. Ετήσιοι μετρήσιμοι στόχοι (με κριτήριο επιτυχίας, Κ.Ε.)³

	Δάσκαλος	Εργοθεραπευτής	Λογοθεραπευτής	Ειδικό βοηθητικό προσωπικό
Κοινωνικές δεξιότητες				
Δεξιότητες επικοινωνίας				
Δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης	1. Να χρησιμοποιεί την τουαλέτα όταν θέλει να ουρήσει (Κ.Ε. 100%) 2.	1. Να χρησιμοποιεί την τουαλέτα όταν θέλει να ουρήσει (Κ.Ε. 100%) 2.	1. Να χρησιμοποιεί την τουαλέτα όταν θέλει να ουρήσει (Κ.Ε. 100%) 2.	1. Να χρησιμοποιεί την τουαλέτα όταν θέλει να ουρήσει (Κ.Ε. 100%) 2.
Δεξιότητες παιχνιδιού				
Ακαδημαϊκές δεξιότητες				

³ Κάθε ετήσιος, μακροπρόθεσμος στόχος αναλύεται σε πολλούς μικρότερους βραχυπρόθεσμος στόχους, οι οποίοι με τη σειρά τους αναλύονται σε μία σειρά βημάτων για να κατακτηθούν.

III. Υλοποίηση

Για να ξεκινήσει ένα πρόγραμμα στη χρήση της τουαλέτας θα πρέπει πρώτα, βέβαια, να ελεγχθεί η ετοιμότητα του παιδιού για την κατάκτηση του στόχου, με άλλα λόγια να αξιολογηθεί η ικανότητα ελέγχου της κύστης και των σφιγκτήρων. Αυτό μπορεί να γίνει με τη χρήση ενός πίνακα, όπως ο παρακάτω, που εξυπηρετεί την καταγραφή της συχνότητας με την οποία το παιδί ενεργείται. Αν αυτή ξεπερνά τη μία φορά στη μισή ώρα τότε δεν υπάρχει λόγος να ξεκινήσει ένα τέτοιο πρόγραμμα.

			8	8:30	9	9:30	10	10:30	11	11:30	12	12:30
ΠΑΝΑ	Καθαρή											
	Λερωμένη	Ούρα										
		Κόπρανα										
ΤΟΥΑΛΕΤΑ	Επιτυχία	Ενοούρηση										
		Αφόδευση										
	Αποτυχία											

Ο τρόπος που χρησιμοποιούμε τον πίνακα είναι ο εξής: Η σχολική μέρα είναι χωρισμένη σε ημίωρα. Κάθε μισάωρο πηγαίνουμε το παιδί στην τουαλέτα και ελέγχουμε δύο παραμέτρους:

α) Αν η πάνα είναι καθαρή ή λερωμένη. Αν είναι λερωμένη συγκεκριμενοποιούμε.

β) Αν την ώρα που το βάζουμε να καθίσει στην τουαλέτα ουρεί ή ενεργείται.

Σε κάθε περίπτωση σημειώνουμε. Αν διαπιστώσουμε μετά από 5 μέρες συστηματικού ελέγχου ότι η πάνα παραμένει στεγνή για τουλάχιστον μισή ώρα τότε μπορούμε να ξεκινήσουμε την εκπαίδευση.

Ο **γενικός στόχος** να χρησιμοποιεί η Μαρία την τουαλέτα όταν θέλει να ουρήσει για τον οποίο έχουμε θέσει ως *κριτήριο επιτυχίας το 100%* αναλύεται σε μικρότερους, ειδικούς στόχους. Έτσι, για να κατακτηθεί ο στόχος μας θα πρέπει η Μαρία:

1. Να μάθει να εκδηλώνει την ανάγκη να πάει στην τουαλέτα.
2. Να μάθει τα βήματα που απαιτούνται για να ολοκληρώσει επιτυχώς τη διαδικασία.
3. Να μάθει να τηρεί τους κανόνες υγιεινής και μετά την ολοκλήρωση, δηλ. να πλένει τα χέρια της.

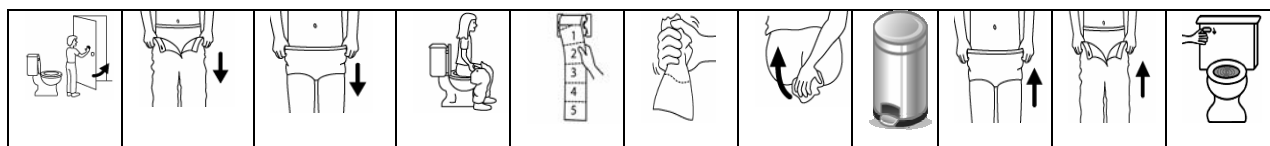
Ο **πρώτος ειδικός στόχος** μπορεί να κατατμηθεί σε μικρά βήματα από τον λογοθεραπευτή, ο οποίος θα προτείνει και τα κατάλληλα μέσα και υλικά για αυτό (π.χ. τη χρήση μιας κάρτας που το παιδί θα κουβαλά πάνω του). Ο τρίτος στόχος στην ουσία αποτελεί έναν ακόμη γενικό στόχο, που χωρίζεται σε μικρότερους ειδικούς και αυτοί σε βήματα. Εδώ, θα αναλυθεί ο δεύτερος στόχος, τα βήματα δηλαδή που θα πρέπει να ακολουθήσει το παιδί στην τουαλέτα:

1. Να μπαίνει μέσα στην τουαλέτα και να κλείνει την πόρτα.
2. Να κατεβάζει το παντελόνι της.
3. Να κατεβάζει το εσώρουχό της.
4. Να κάθεται στη λεκάνη και να ουρεί.
5. Να τραβά και να κόβει κατάλληλη ποσότητα χαρτιού.
6. Να το διπλώνει.
7. Να σκουπίζεται.
8. Να πετά το χαρτί στο καλάθι.

9. Να σηκώνεται και να σηκώνει το εσώρουχο της.
10. Να σηκώνει το παντελόνι της.
11. Να τραβά το καζανάκι.

Κάθε ένα από τα παραπάνω βήματα είναι το αποτέλεσμα της κατάκτησης μίας σειράς προαπαιτούμενων δεξιοτήτων. Για παράδειγμα, το να κατεβάζει ένα παιδί το παντελόνι του προϋποθέτει ότι έχει διδαχθεί τον τρόπο να ξεκουμπώνει κουμπιά, να κατεβάζει φερμουάρ, να τραβά παντελόνια με λάστιχο, κ.ά. Επιπλέον, θα πρέπει να διαθέτει τις κατάλληλες δεξιότητες λεπτής κινητικότητας για να χρησιμοποιήσει τη σωστή λαβή, οπότε πιθανώς να χρειάζεται να εξασκηθεί στον τομέα αυτόν κάτω από τις οδηγίες του δασκάλου, του εργοθεραπευτή και του φυσιοθεραπευτή.

Ακόμη και αν διδαχθούν συστηματικά και κατακτηθούν όλα τα βήματα που οδηγούν στην κατάκτηση του στόχου είναι πιθανό οι προσπάθειες να μην οδηγήσουν σε επιτυχία. Δικλείδα ασφαλείας σε τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν οι οπτικές αλληλουχίες που λειτουργούν ως μνημονικά βοηθήματα (εικ. 1).



Εικόνα 2: Αλληλουχία εικόνων για τη χρήση τουαλέτας (όλες οι ασπρόμαυρες εικόνες προέρχονται από το <http://www.do2learn.org/>).

Ο στόχος θεωρείται ότι επιτεύχθηκε όταν το παιδί δεν «έχει ατυχήματα» στο σχολείο για ένα διάστημα τουλάχιστον δύο μηνών και εφόσον ολοκληρώνει επιτυχώς κάθε βήμα της διαδικασίας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β:
Κενό υπόδειγμα Ε.Π.Ε. για

1. Διεπιστημονική αξιολόγηση
2. Στοχοθέτηση
3. Φύλλο καταγραφής υποστηρικτικών υπηρεσιών

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

I. Συνοπτική Αξιολόγηση

	Δάσκαλος	Εργοθεραπευτής	Λογοθεραπευτής	Ειδικό βοηθητικό προσωπικό
Κοινωνικές δεξιότητες				
Δεξιότητες επικοινωνίας				
Δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης				
Δεξιότητες παιχνιδιού				
Ακαδημαϊκές δεξιότητες				

II. Ετήσιοι μετρήσιμοι στόχοι (με κριτήριο επιτυχίας)

	Δάσκαλος	Εργοθεραπευτής	Λογοθεραπευτής	Ειδικό βοηθητικό προσωπικό
Κοινωνικές δεξιότητες				
Δεξιότητες επικοινωνίας				
Δεξιότητες αυτοεξυπη- ρέτησης				
Δεξιότητες παιχνιδιού				
Ακαδημαϊκές δεξιότητες				

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ ΕΞΩΣΧΟΛΙΚΑ

Υπηρεσία	Ονοματεπώνυμο	Τηλέφωνο
Εργοθεραπεία		
Λογοθεραπεία		
Φυσιοθεραπεία		
Ψυχοθεραπεία		
Άλλο		

ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Δομή	Ώρες / εβδομάδα
Ειδικό σχολείο	
Γενική τάξη	
Γενική τάξη με παράλληλη στήριξη	
Τμήμα ένταξης	
Διδασκαλία στο σπίτι	
Εργοθεραπεία	
Λογοθεραπεία	
Φυσιοθεραπεία	
Ψυχοθεραπεία	
Άλλο	

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

1. Τα Δυναμικά στην Οικογένεια

Ασπασία Σεροντάρη

*Ο χρόνος ο παρών και ο χρόνος ο παρελθών
Είναι ίσως και οι δύο παρόντες στον μέλλοντα χρόνο
Και το παρελθόν περιέχει το μέλλον
T.S.Eliot
Μτφ: Γ. Σεφέρης*

Αν και η **οικογένεια** υπήρξε πάντα η κύρια πηγή φροντίδας για τα παιδιά που παρουσιάζουν αναπηρίες και χρόνια νοσήματα, μόλις τις τελευταίες δεκαετίες αναγνωρίστηκε στους γονείς ο σημαντικός ρόλος που έχουν να παίξουν στον προγραμματισμό και την αντιμετώπιση των αναγκών του παιδιού τους. Η αλλαγή αυτή είναι αποτέλεσμα της στάσης της **κοινωνίας** απέναντι στα άτομα και τις ειδικές ανάγκες τους και της τάσης προς την παροχή φροντίδας στα πλαίσια της κοινότητας. Ο καθοριστικός παράγοντας είναι να εξασφαλιστεί η δυνατότητα να αντιμετωπισθούν οι ανάγκες των παιδιών και των οικογενειών τους χωρίς στίγμα.

Η αναπηρία είναι μία ιδέα, μία κατάσταση που αποτελεί πηγή χρόνιου πόνου και αιτία πένθους για πολλές οικογένειες, με πολλές επιπτώσεις στο συναισθηματικό, κοινωνικό ακόμα και στο οικονομικό επίπεδο. **Η φύση των αντιδράσεων της οικογένειας εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες.** Οι βασικότεροι είναι:

- 1- η ηλικία έναρξης του προβλήματος,
- 2- η σοβαρότητα, η πρόγνωση και η δυνατότητα για θεραπεία,
- 3- ο επίκτητος ή συγγενής χαρακτήρας του προβλήματος,
- 4- η παρουσία ή απουσία προηγούμενης ψυχολογικής διαταραχής στα μέλη της οικογένειας,
- 5- η παρουσία άλλων υγιών παιδιών στην οικογένεια και
- 6- η οικονομική κατάσταση της οικογένειας.

Οι γονείς των συγκεκριμένων παιδιών, όμως, δεν έχουν κοινά χαρακτηριστικά: προέρχονται από όλα τα κοινωνικά στρώματα, η προσωπικότητά τους και οι οικογενειακές συνθήκες διαφέρουν, και, επομένως, διαφέρουν τα προβλήματα και οι ανάγκες τους. Είναι σημαντικό λοιπόν να γνωρίζει κανείς ότι τα συναισθήματα του κάθε γονέα είναι πολύ **προσωπικά και εξατομικευμένα.**

Οι Cunningham και Davis κατάρτισαν ένα πλαίσιο για τον καθορισμό του φάσματος των πιθανών συναισθημάτων που μπορεί να νιώσουν οι γονείς και το παιδί τους για την κα-

τάσταση στην οποία βρίσκονται. Βασιζόμενος στην κλινική του εμπειρία, ο Mackeith κατατάσσει σε 5 κύριες κατηγορίες τα συναισθήματα που παρουσιάζονται πιο συχνά τον πρώτο καιρό:

- 1- *βιολογικές αντιδράσεις*, που αφορούν την προστασία του ανυπεράσπιστου βρέφους,
- 2- *αμφιβολίες για την αναπαραγωγική τους ικανότητα αλλά και την ικανότητά τους να αναθρέψουν σωστά το παιδί,*
- 3- *πένθος και συναισθήματα θλίψης, θυμού και σοκ* γιατί δεν απέκτησαν το παιδί που θα ήθελαν,
- 4- *αισθήματα ντροπής*, ιδιαίτερα όταν βρίσκονται σε δημόσιους χώρους ή πρέπει να εξηγήσουν τι συμβαίνει το παιδί τους,
- 5- *ενοχές* γιατί έχουν αρνητικά συναισθήματα απέναντι στο ίδιο το παιδί, όπως θυμό και αγανάκτηση.

Οι Cunningham και Davis πρόσθεσαν και μια 6^η κατηγορία: *συναισθήματα φόβου* που προκαλούνται από την αβεβαιότητα για το μέλλον ή από τα αρνητικά τους συναισθήματα ως προς το παιδί ή ακόμα και από το δεσμό τους με το παιδί.

Αυτές οι πρώιμες συναισθηματικές αντιδράσεις των γονέων δεν πρέπει να θεωρούνται ότι είναι έντονα παθολογικές, αλλά ότι αποτελούν μέρος της διεργασίας της προσαρμογής στην τραυματική αλλαγή. Με βάση τα παραπάνω, οι Cunningham και Davis προτείνουν ένα μοντέλο που θεωρεί τη **διεργασία της προσαρμογής** ως μια σειρά από στάδια.

Η ανακοίνωση στους γονείς μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα από τα μεγαλύτερα σοκ στη ζωή τους. Το σοκ της ανακοίνωσης διαδέχεται το συναισθηματικό μούδιασμα, η δυσπιστία, η άρνηση της πραγματικότητας και η ελπίδα για ίαση-θεραπεία. Το στάδιο αυτό μπορεί να διαρκέσει από λίγα λεπτά μέχρι και μερικές ημέρες και η πρωταρχική ανάγκη των γονιών στο στάδιο αυτό είναι η υποστήριξη. Με την πάροδο του χρόνου επέρχεται το στάδιο της **συναισθηματικής αποδιοργάνωσης-αντίδρασης**, που συνοδεύεται από μικτά συναισθήματα θλίψης, απελπισίας, ενοχής και θυμού. Ο θυμός εκφράζεται απέναντι στο παιδί, το σχολείο, τους ιατρούς και γενικά απέναντι σε όλους που ασχολούνται με το παιδί και αποτελούν το σύστημά του. Στο στάδιο της **προσαρμογής**, οι γονείς επαναφέρουν την προσοχή τους και το ενδιαφέρον τους από τους εαυτούς τους στο παιδί και τις ανάγκες του. Στο στάδιο της προσαρμογής και της **αποδοχής**, αρχίζουν να ασχολούνται ξανά με το παιδί και τις ανάγκες του και προγραμματίζουν το μέλλον.

Μερικοί γονείς μπορεί να μην περάσουν από όλα τα στάδια με μια άκαμπτη σειρά διαδοχής και οι περισσότεροι τελικά αποδέχονται και αγαπούν το παιδί τους. Ίσως η διεργασία αυτή να επηρεάζεται από τελείως διαφορετικούς μεταξύ τους παράγοντες, όπως είναι τα χαρακτηριστικά του παιδιού, οι προσδοκίες που έχουν οι γονείς από τα παιδιά τους, ο βαθμός στον οποίο μπορούν να τις τροποποιήσουν, οι μεταξύ τους σχέσεις, ο τρόπος ζωής τους, η υποστήριξη της κοινότητας και η παροχή υπηρεσιών. Δεν μπορεί όμως να αγνοήσει κανείς και τις περιπτώσεις εκείνες που το χρόνιο πένθος ταλαιπωρεί γονείς, παιδιά και αδέρφια και είναι αποτέλεσμα της μη αποδοχής.

Ποιος σηκώνει όμως το «βάρος»; Για ένα παιδί 6-12 χρόνων με σοβαρή αναπηρία αφιερώνονται 7 ώρες την ημέρα, 7 μέρες την εβδομάδα και μπορεί να παραμείνει μόνο 15 λεπτά την ημέρα χωρίς επιτήρηση. Οι μητέρες στην πλειοψηφία τους παραπονούνται για διαταραχές ύπνου και παραμένουν κοινωνικά απομονωμένες, έχοντας αποκοπεί από παρές. Για περισσότερες από τις μισές οικογένειες οι οικογενειακές διακοπές δεν υφίστανται.

Σε ό,τι αφορά τα αδέρφια, αυτά επηρεάζονται λιγότερο από τους γονείς τους, όταν καταφέρνουν να διατηρήσουν τις δραστηριότητές τους. Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν πως οι πρωτότοκες κόρες επωμίζονται μεγαλύτερο βάρος ευθύνης συγκριτικά με τα υπόλοιπα αδέρφια

τους. Συνήθως όμως, τα αδέρφια αναπτύσσουν ένα μεγαλύτερο αίσθημα ευθύνης και τις περισσότερες φορές συμμετέχουν καθημερινά στη φροντίδα του παιδιού που εμφανίζει το πρόβλημα.

Μετά την εφηβεία των παιδιών τους σε φυσιολογικές συνθήκες, οι γονείς περιμένουν να έχουν ένα πιο ξεκούραστο έργο, τότε μάλιστα που και οι δικές τους αντοχές μειώνονται. Στην οικογένεια όμως ενός παιδιού με αναπηρία υπάρχει μια σημαντική διαφορά: με την πάροδο του χρόνου το παιδί ελέγχεται όλο και πιο δύσκολα, οι γονείς κουράζονται όλο και περισσότερο και τα αδέρφια που είχαν επικουρικό ρόλο αποχωρούν.

Μπορούμε να παραδεχθούμε ότι σε μια κοινωνία που δίνει έμφαση στην υλική και κοινωνική επιτυχία, **οι ρόλοι** που μπορούν να αναγνωρισθούν στα άτομα με αναπηρία είναι περιορισμένοι. Στην αρχαία Ελλάδα ο Καιάδας ήταν κοινή πρακτική. Στο 2^ο πΧ αιώνα στη Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία τα άτομα με αναπηρία ήταν αντικείμενο πώλησης για να χρησιμοποιηθούν ως γελωτοποιοί. Στο Μεσαίωνα τα πουλούσαν ως σκλάβους.

Η διαφορά είναι συνδεδεμένη με κάποιο χαρακτηριστικό ενός ατόμου, χαρακτηριστικό που το κάνει να ξεχωρίζει από τους υπόλοιπους, από εμάς. Στη συλλογική της διάσταση, η κοινωνία που ορίζεται από κανόνες αφηρημένους και συλλογικούς, σε μεγάλο βαθμό υπονοούμενους αλλά αποδεκτούς, **απαιτεί τη συμμόρφωση και αποκλείει ό,τι δεν συμβιβάζεται.**

Το παιδί με αναπηρία -αλλά και η οικογένειά του ως σύνολο- καθορίζεται από τα βλέμματα που στρέφουμε πάνω του για να διακρίνουμε και να εντοπίσουμε τη διαφορά. Διότι το άτομο σε μια συγκεκριμένη κοινότητα υποτίθεται ότι, παρουσιάζει και ακολουθεί κανόνες εξέλιξης και έχει προσαρμοστική συμπεριφορά. «Ανάπηρος» είναι αυτός από τον οποίο λείπουν ή έχουν φθαρεί αυτές οι λειτουργίες. Σταδιακά, ο ορισμός της αναπηρίας εξελίσσεται από την έννοια της «μειονεξίας» προς την «έλλειψη προσαρμογής» και θέτει συνολικά το πρόβλημα της σχέσης με την κοινωνία, κυρίως όσον αφορά τους κανόνες και τις αξίες της.

Η κοινωνία δεν θέλει να αναγνωρίζεται στο «σώμα» της η αναπηρία ή η δυσκολία και κινητοποιεί μηχανισμούς αποκλεισμού. **Ο στιγματισμός**, δηλαδή ο «εγκλεισμός μέσα στο βλέμμα των άλλων», είναι:

- 1- απλουστευτικός,
- 2- περιοριστικός,
- 3- διαρκεί και μετά τις ενδεχόμενες εξελίξεις του ατόμου,
- 4- είναι ακινητοποιητικός, όσο εμφανίζεται ότι ανήκει στην τάξη του πεπρωμένου, και
- 5- σταδιακά γίνεται πλαίσιο αναφοράς και η ενσωμάτωση περνάει από τη συμμόρφωση του προς τον τρόπο που τον βλέπουν οι άλλοι.

Κάθε περιγραφή και κάθε ορισμός καταλήγει στο να μεταβάλλει το υποκείμενο σε αντικείμενο. Κάθε εκλογίκευση είναι ένας μηχανισμός άμυνας απέναντι στην ίδια την πραγματικότητα που μας ενοχλεί και που προσπαθούμε να την περιορίσουμε σε ένα επεξηγηματικό πλαίσιο. **Οι συνέπειες της «ετικέτας»** εξαρτώνται κατά κύριο λόγο από το τι σημαίνει, τι περιλαμβάνει η ορολογία. Αν αποσκοπούν στην καλλίτερη κατανόηση των αναγκών του ατόμου και στην τροποποίηση του περιβάλλοντός του, ώστε να του εξασφαλίσουν αυτονομία και ενθάρρυνση, τότε μπορεί να εξυπηρετήσουν την αυτοεκτίμησή του. Αν απεναντίας λειτουργούν ως κριτήριο αποκλεισμού από τις κοινωνικές δραστηριότητες και τις ευκαιρίες της ζωής για εκπαίδευση και εργασία, τότε είναι μάλλον καταστροφικές.

Η οικογένεια αποτελεί μια μικρογραφία της κοινωνίας, διέπεται από παρόμοιους κανόνες και κινείται με παρόμοια δυναμική. Η ένταξη στο οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί την ικανή και αναγκαία συνθήκη, τη βασική προϋπόθεση για την κοινωνική ενσωμάτωση. Η μητέρα που αισθάνεται ντροπή για το παιδί της και αποφεύγει να κυκλοφορήσει μαζί του, να το υποστηρίξει και να διεκδικήσει για λογαριασμό του τα δικαιώματά του για εκπαίδευση και εργασία, το καταδικάζει στην απομόνωση και ακρωτηριάζει κάθε του δυνατότητα για βελτίω-

ση και ισότιμη μεταχείριση. Το παιδί με αναπηρία θα ζήσει σε απόσταση από τους υπόλοιπους και τις άλλες ομάδες, ανάλογα με το πόσο αποδέχονται ή αρνούνται τη διαφορά του.

Η φύση, τόσο μέσα στον άνθρωπο όσο και γύρω του, είναι αρμονία και ισορροπία. Η αποσταθεροποίηση φέρνει την αρρώστια, τη δυσλειτουργία, τη δυσκολία. Η ασθένεια, λοιπόν, είναι μια εξισορρόπηση, μια εκ νέου ανακάλυψη της αρμονίας.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

- Chancerel, J. L. (1988). *Αναπηρίες, σχολικές δυσκολίες, διαφορές: θεωρητικά πλαίσια αναφοράς, ορισμοί και σχέσεις με τον σχολικό χώρο*. Στο: Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (επιμ). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, τόμος Α, μέρος ΙΙΙ. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη.
- Τσιάντης, Γ. (1988). *Ψυχοκοινωνικά προβλήματα παιδιών με χρόνιες σωματικές παθήσεις*, Στο: Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (επιμ). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, τόμος Α, μέρος ΙΙΙ. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη.
- Μπούρα, Μ. (1988). *Ψυχαναλυτική προσέγγιση του βαρέα η και χρόνια άρρωστου παιδιού και εφήβου. Καταληκτικές αρρώστιες και θάνατος*. Στο: Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (επιμ). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, τόμος Α, μέρος ΙΙΙ. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη.
- Callias, M. (1988). *Συμβουλευτική εργασία με γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες*. Στο: Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (επιμ). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, τόμος Α, μέρος ΙΙΙ. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, τόμος 1 και 2. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Rutter, M., Taylor, E. & Hersov, L. (1994). *Child and Adolescent Psychiatry, Modern Approaches*. Blackwell Sciences.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (1996). *Kaplan and Sadock's Ψυχιατρική* Williams & Wilkins. 7^η έκδοση. (Μετ. Γιωτάκος Ο, Γκοτζαμάνης Κ, Ζερβός Κ, Σαραντίδης Α, Τριποδιανάκης Ι.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Sadock, B.J. & Kaplan, V.A. (2007). *Synopsis of Psychiatry*, 10th edition. Wolters-Kluwer/Williams & Wilkins.

2. Η αλλαγή του σχολικού μικροσυστήματος και η δημιουργία ενός νέου μεσοσυστήματος ανάμεσα στο σχολείο και την οικογένεια

Ζωή Θεοδωρίδου

2.1. Εισαγωγή

Σύμφωνα με τη θεωρία του Bronfenbrenner για την οικολογία της ανθρώπινης ανάπτυξης (1979) οι συμπεριφορές που εκδηλώνει ένα άτομο είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των εσωτερικών χαρακτηριστικών του ατόμου και των μεταβλητών που διαμορφώνονται υπό την επίδραση των εξωτερικών συστημάτων μέσα στα οποία το άτομο ζει ή από τα οποία καθορίζεται με έμμεσο τρόπο. Τα συστήματα αυτά είναι το μικροσύστημα (το άμεσο περιβάλλον του παιδιού, π.χ. οικογένεια, σχολείο, γειτονιά μέσα στα οποία δημιουργούνται σχέσεις μεταξύ του ατόμου και των «σημαντικών άλλων»), το μεσοσύστημα (αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μικροσυστημάτων, π.χ. δασκάλου – γονέων), το εξωσύστημα (τα περιβάλλοντα που έμμεσα επηρεάζουν το άτομο διαμέσου των μικροσυστημάτων και όχι με τη συμμετοχή του ίδιου σε ένα από αυτά, π.χ. το εργασιακό περιβάλλον των γονέων), το μακροσύστημα (το ευρύτερο κοινωνικό, πολιτικό, οικονομικό πλαίσιο, π.χ. οι στάσεις της κοινωνίας στην οποία ζει το άτομο για την αναπηρία, το αντίστοιχο νομοθετικό πλαίσιο) και, τέλος, το χρονοσύστημα (η εξέλιξη των συστημάτων στη διάσταση του χρόνου, π.χ. η επίδραση του χρόνου στη γνωστική ανάπτυξη του παιδιού).

Το σύστημα που υπόκεινται ευκολότερα σε αλλαγή είναι το μικροσύστημα και το μεσοσύστημα (το δεύτερο σε μικρότερο βαθμό συγκριτικά με το πρώτο). Στην ενότητα αυτή θα επικεντρωθούμε στο πώς μπορεί το μικροσύστημα του σχολείου να διαμορφωθεί κατάλληλα για να βοηθήσει από την πλευρά του την οικογένεια. Θα δούμε, ακόμη, τι σημαίνει πρακτικά το αίτημα ενός ευέλικτου και προσαρμοστικού σχολείου, δεκτικού σε κάθε παιδί και σε κάθε οικογένεια. Θα αναπτυχθούν ζητήματα που αφορούν στο μεσοσύστημα όπως η συνεργασία σχολείου και οικογένειας αλλά και τρόποι υλοποίησης αυτής της συνεργασίας.

2.2. Το σχολικό μικροσύστημα

Το σχολείο είναι ένας σύνθετος οργανισμός τα μέλη του οποίου αλληλοεξαρτώνται. Το μικροσύστημα αυτό καθορίζεται από δύο κατηγορίες μεταβλητών: τις κοινωνικές και τις υλικές. Ανάμεσα στα κοινωνικά στοιχεία συγκαταλέγονται οι μαθητές, το προσωπικό του σχολείου και οι μεταξύ τους σχέσεις. Από την άλλη πλευρά τα υλικά στοιχεία (ή αλλιώς φυσικά) περιλαμβάνουν την υλικοτεχνική υποδομή, τη διαρρύθμιση των χώρων, το ωρολόγιο πρόγραμμα, το αναλυτικό πρόγραμμα, τη διδασκαλία και ό,τι αυτή συνεπάγεται (π.χ. προσδοκίες των δασκάλων, παροχή κινήτρων στους μαθητές) κ.ά. Παρακάτω θα αναφερθούμε επιγραμματικά σε τροποποιήσεις των υλικών στοιχείων που μπορούν να κάνουν τη ζωή στο σχολείο πιο εύκολη για το παιδί, τους συμμαθητές και τους εκπαιδευτικούς.

2.2.1. Περιβάλλον

- Επιλογή ήσυχου περιβάλλοντος
- Απομάκρυνση περιττών οπτικών ερεθισμάτων

- Δημιουργία εξατομικευμένου χώρου εργασίας

2.2.2. Οργάνωση

- Ημερολόγιο καθηκόντων που θα ελέγχεται από τον εκπαιδευτικό πριν την αποχώρηση του παιδιού
- Οργάνωση βιβλίων, τετραδίων και γραφικής ύλης
- Οργάνωση εργασιών με κατάλληλο για κάθε παιδί ξεχωριστά τρόπο

2.2.3. Διαχείριση της τάξης

- Ύπαρξη σαφών κανόνων και προσδιορισμός συνεπειών
- Παροχή ενισχύσεων
- Δεκτικότητα σε μικρά διαλείμματα

2.2.4. Διδασκαλία

- Χρήση εποπτικών μέσων
- Τακτική ανατροφοδότηση
- Δημιουργία ευκαιριών συνεργασίας
- Παροχή κινήτρων
- Ενθάρρυνση της συμμετοχής των αδύναμων μαθητών

2.2.5. Αξιολόγηση

- Τροποποίηση αξιολογικών κριτηρίων και εξατομίκευση
- Δεκτικότητα σε χρήση βοηθητικών μέσων (π.χ. υπολογιστές χειρός)
- Επιπλέον χρόνος

Τα κοινωνικά στοιχεία, επίσης, χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής. Η υποδοχή ενός μαθητή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στη γενική τάξη, για παράδειγμα, απαιτεί προετοιμασία του προσωπικού του σχολείου, των συμμαθητών, ακόμη και των γονέων. Τα ζητήματα που άπτονται της ένταξης, όμως, αναλύονται στο αντίστοιχο κεφάλαιο.

2.3. Το μεσοσύστημα σχολείου – οικογένειας

Από τη σχέση που δημιουργείται ανάμεσα στο μικροσύστημα του σχολείου και σε αυτό της οικογένειας προκύπτει μία νέα δομή, αυτή του μεσοσυστήματος. Ο όρος μεσοσύστημα αναφέρεται στις σχέσεις μεταξύ δύο τουλάχιστον πλαισίων στα οποία συμμετέχει ενεργά το αναπτυσσόμενο άτομο, στον κρίκο δηλαδή που συνδέει τα δύο μικροσυστήματα.

Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του σχολείου και της οικογένειας μπορεί να παίζει καταλυτικό ρόλο στα αισθήματα της οικογένειας για το παιδί με αναπηρία, να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία της διδασκαλίας και τελικά να καθορίσει το μαθησιακό αποτέλεσμα. Είναι άλλωστε πια αποδεδειγμένο ότι η ακαδημαϊκή πρόοδος δεν είναι απλώς το αποτέλεσμα της διδασκαλίας αλλά καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τη συμμετοχή των γονέων στη σχολική ζωή, την επικοινωνία μεταξύ αυτών και όσων ασχολούνται με την εκπαίδευση του παιδιού τους αλλά και του κατά πόσο οι στόχοι που τίθενται «δουλεύονται» και στο σπίτι. Για τους λόγους αυτούς η συνεργασία θα πρέπει να είναι στενή σε κάθε φάση της εκπαιδευτικής διαδικασίας: από την αρχική αξιολόγηση του παιδιού μέχρι την προσπάθεια γενίκευσης των γνώσεων στο εξωσχολικό περιβάλλον. Παρακάτω θα περιγράψουμε μία

στρατηγική που βασίζει το σχεδιασμό και την υλοποίηση του Εξατομικευμένου Προγράμματος Εκπαίδευσης στη συνεργασία αυτή.

2.3.1. Δημιουργία Σχεδίων Δράσης (Making Action Plans – MAPs)

Πρόκειται για μία ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην οποία όλοι οι εμπλεκόμενοι στην εκπαίδευση του παιδιού συγκεντρώνονται για να οργανώσουν στρατηγικές επίτευξης των επιδιωκόμενων στόχων. Οι συμμετέχοντες ιδανικά προέρχονται από όλα τα μικροσυστήματα του παιδιού: οικογένεια, σχολείο, φιλικό περιβάλλον, θεραπευτές που δουλεύουν εξωσχολικά με το παιδί αλλά και ο ίδιος ο μαθητής όταν αυτό έχει νόημα. Τη συζήτηση συντονίζει ο εκπαιδευτικός ή οποίος αναλάβει μια τέτοια πρωτοβουλία (π.χ. ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός) ενώ είναι απαραίτητη και η παρουσία ενός ατόμου που θα καταγράφει αυτά που θα ειπωθούν σε έναν πίνακα. Κανονικά κάθε μέλος παίρνει το λόγο σε κάθε φάση της διαδικασίας. Ωστόσο, η εκφορά γνώμης σε κάθε θέμα δεν είναι υποχρεωτική.

Η διαδικασία ακολουθεί συγκεκριμένα βήματα και απαιτεί κάποια οργάνωση εκ των προτέρων. Για παράδειγμα, η προσφορά καφέ και ελαφρού γεύματος συντελεί στη δημιουργία χαλαρού κλίματος.

Το πρώτο βήμα για την υλοποίηση ενός τέτοιου σχεδίου είναι η πρόσκληση των συμμετεχόντων και η ενημέρωσή τους για το σκοπό της συνάντησης. Το βήμα αυτό θα είναι καθοριστικό για την επιτυχία της συνάντησης μιας που είναι επιφορτισμένο να πείσει τους προσκεκλημένους για τη σπουδαιότητα της παρουσίας τους. Οι συμμετέχοντες θα ενημερωθούν με περισσότερες λεπτομέρειες για τη διαδικασία δια ζώσης. Μετά από αυτό η συνάντηση ακολουθεί τα εξής βήματα:

Βήμα 1ο: Η ιστορία του παιδιού: Σε αυτή τη φάση δε ζητείται ένα ακριβές ιατρικό, οικογενειακό και κοινωνικό ιστορικό του παιδιού αλλά η αναφορά σε γεγονότα που διαμόρφωσαν την πορεία του. Ο σκοπός της κουβέντας αυτής είναι να σχηματίσουν οι συμμετέχοντες μία ολοκληρωμένη εικόνα για το άτομο.

Βήμα 2ο: Τα όνειρα για το παιδί: Πρώτα ερωτάται το ίδιο το παιδί για τα όνειρα του για το μέλλον, μετά η οικογένεια και έπειτα οι υπόλοιποι συμμετέχοντες. Σε καμία περίπτωση δεν κρίνουμε τα όνειρα που θα εξομολογηθούν οι συμμετέχοντες. Ακόμη και αν δεν είναι ρεαλιστικά δίνουν μία κατεύθυνση για το μέλλον του παιδιού. Η συζήτηση μπορεί να κινηθεί στις περιοχές της εργασίας, της μετα-δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, της αυτόνομης διαβίωσης και της συμμετοχής στην κοινωνία. Από το μέρος αυτό της διαδικασίας θα αντληθούν πληροφορίες που θα χρησιμοποιηθούν στο τελευταίο στάδιο του προσδιορισμού των στόχων.

Βήμα 3ο: Οι φόβοι για το παιδί: Πρόκειται για το πιο δύσκολο κομμάτι της συζήτησης. Θα πρέπει να θυμόμαστε ότι δεν είναι υποχρεωτικό να μιλήσουν όλοι οι παρευρισκόμενοι. Εδώ οδηγούμε τη συζήτηση στον εντοπισμό των δυσκολιών που μπορεί να σταθούν εμπόδιο στην πραγματοποίηση των ονείρων. Όταν ολοκληρωθεί αυτή η κουβέντα ίσως χρειαστεί να γίνει ένα διάλειμμα για να αποφορτιστεί η ατμόσφαιρα πριν προχωρήσουμε στην επόμενη φάση.

Βήμα 4ο: Τα χαρακτηριστικά του παιδιού: Δίνεται έμφαση στα θετικά χαρακτηριστικά του παιδιού χωρίς να παραβλέπονται οι αδυναμίες. Ακόμη, συζητούνται τα ενδιαφέροντα του, οι αγαπημένες του δραστηριότητες, οι φίλοι του, κ.ά. Οι πληροφορίες θα φανούν ιδιαίτερα χρήσιμες στο επόμενο στάδιο.

Βήμα 5ο: Οι ανάγκες του παιδιού: Η τελευταία «θύελλα ιδεών» αφορά στις ανάγκες του παιδιού όπως προκύπτουν από την προηγούμενη συζήτηση. Οι ανάγκες μπορεί να σχετίζονται με τη σχολική μάθηση, την ενίσχυση μη ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, την προεπαγ-

γελματική εκπαίδευση, τη διερεύνησης των δυνατοτήτων για την ενήλικη ζωή, κ.ά. Έπειτα ο καταγραφέας οργανώνει τα σημαντικά σημεία σε ένα σχεδιάγραμμα το οποίο μοιράζει στους συμμετέχοντες. Για να κλείσει η κουβέντα ζητείται από τους παρευρισκόμενους να μοιραστούν τις σκέψεις τους για αυτήν την εμπειρία.

2.3.2. Άλλοι τρόποι επικοινωνίας

Η Οργάνωση Σχεδίων Δράσης είναι ένας μόνο από τους πολυάριθμους τρόπους προσέγγισης της οικογένειας και παγίωσης μίας σχέσης εμπιστοσύνης. Η επικοινωνία μπορεί να έχει περισσότερο ή λιγότερο επίσημο χαρακτήρα, να είναι προγραμματισμένη ή έκτακτη, να διαρκεί πολύ ή λίγο. Αυτό που έχει σημασία είναι να είναι πεπεισμένες και οι δύο πλευρές για την αναγκαιότητα της. Από εκεί και πέρα μένει να επιλεγεί ο τρόπος. Παρακάτω δίνονται μερικά παραδείγματα:

- **Ενημερωτικό σημείωμα:**
Δίνεται στην αρχή της χρονιάς για να καλωσορίσει το παιδί και την οικογένεια στο νέο περιβάλλον. Περιγράφει συνοπτικά τον τρόπο λειτουργίας της τάξης.
- **Πίνακας ανακοινώσεων:**
Πρόκειται για έναν πίνακα που βρίσκεται σε εμφανή θέση για να ενημερώνονται οι γονείς όταν πηγαίνουν στο σχολείο. Σε αυτόν αναρτώνται από τον δάσκαλο ανακοινώσεις για αλλαγές στο πρόγραμμα, εξορμήσεις, εξωσχολικές δραστηριότητες, κ.ά.
- **Επιστρεφόμενο ημερολόγιο ή τετράδιο επικοινωνίας:**
Είναι ένα τετράδιο στο οποίο ο δάσκαλος σημειώνει καθημερινά οτιδήποτε σημαντικό έγινε κατά τη διάρκεια της ημέρας τονίζοντας τα επιτεύγματα του παιδιού. Μπορεί μέσω αυτού να κρατά ενήμερο το γονέα για την πρόοδο του παιδιού και από την άλλη να του δίνει την ευκαιρία να μεταφέρει τους προβληματισμούς του, τις σκέψεις του, τα τεκταινόμενα στην οικογενειακή ζωή που μπορεί να επηρεάζουν το παιδί.
- **Επιμορφωτικά απογεύματα:**
Ο δάσκαλος μπορεί να οργανώνει επιμορφωτικά απογεύματα όπου θα ενημερώνει ο ίδιος ή κάποιος προσκεκλημένος τους γονείς πάνω σε θέματα που τους απασχολούν (π.χ. διαχείριση ελεύθερου χρόνου των παιδιών τους).
- **Προγραμματισμένα ραντεβού:**
Ο δάσκαλος μπορεί να ορίσει από την αρχή της χρονιάς κάποιες συναντήσεις στις οποίες θα συζητείται η πρόοδος του παιδιού σε σχέση με τους στόχους που είχαν τεθεί.
- **Φωτογραφίες, βίντεο, ηχητικά ντοκουμέντα και δείγματα εργασιών του παιδιού:**
Ένας φάκελος υλικού που θα συγκεντρώνει στοιχεία από τη σχολική ζωή του παιδιού μπορεί να λειτουργήσει όχι μόνο ως μέσο αξιολόγησης αλλά και ως τρόπος ενημέρωσης της οικογένειας.
- **E-mail και τηλέφωνο:**
Είναι τρόποι επικοινωνίας που εξυπηρετούν σε περιπτώσεις που θέλει κανείς να μεταφέρει ένα σύντομο μήνυμα ή να καλέσει την οικογένεια στο σχολείο, όχι όμως να διεξάγει σοβαρές συζητήσεις.

- Φύλλο καθημερινής επικοινωνίας:

Πρόκειται για μία φωτοτυπία διπλής όψης που συμπληρώνεται από τη μία πλευρά από το δάσκαλο και από την άλλη από τους γονείς. Φτιάχεται από εικόνες ή λέξεις δίπλα στις οποίες τσεκάρει κανείς τις δραστηριότητες τις οποίες έκανε το παιδί ενώ υπάρχει χώρος και για ένα σύντομο σχόλιο. Είναι εξατομικευμένο γιατί πρέπει να απεικονίζει την καθημερινότητα του ατόμου.

Ήμερομηνία:		
	Στην καλήμέρα.....	Ν
	Στο πρωινό έφαγες χωρίς βοήθεια. Χρησιμοποίησες κουτάλι.....	Ν
	Βούρτσισες τα δόντια του.....	Ν
	Στη γυμναστική.....	Χ
	Δούλας με τη Μαρία (συνεργάστητάς).....	Ν
	Δούλας μόνος. Ολοκλήρωσες όλες τις εργασίες.....	Ν
	Έπαιξε με.....	Ν
	Ήταν ήρεμος.....	Ν
	Ήταν ανήσυχος στο διάλειμμα. Είχες μία έκρηξη θυμού επειδή.....	Ν
		

	Έψαγες	
	Ξκουράστηκες.....	
	Πήγες βόλτα	
	Δούλαμς με τον Πέτρο (Ανδοβραχιστή) στο γραφείο του	
	Επαιξες μ.....	
	Είχες σύγχυση. Δεν πρόβαθς να πάει στην τουαλέτα	X
	'Ηταν ήρεμος	V
	'Ηταν ανήσυχος	X
	Κοιμήθηκες.....	V
		

Εικόνα 1: Παράδειγμα καθημερινής επικοινωνίας εκπαιδευτικού – οικογένειας (οι εικόνες προέρχονται από τις ιστοσελίδες <http://office.microsoft.com/el-gr/clipart/default.aspx?cag=1> και <http://www.do2learn.org/>)

Όποιος και αν είναι ο τρόπος που θα επιλεγεί είναι σημαντικό ο εκπαιδευτικός να διαθέτει και να καλλιεργεί συνεχώς δεξιότητες επικοινωνίας που θα τον καταστήσουν ικανό να διαχειριστεί αυτή τη συνεργασία. Ανάμεσα σε αυτές συγκαταλέγονται η ενσυναίσθηση, ο σεβασμός στην οικογένεια, η αποφυγή κριτικής στάσης, η ικανότητα «ακρόασης», η υποστηρικτική στάση, η διατύπωση αποτελεσματικών ερωτήσεων και η αναπλαισίωση.

Η παγίωση της συνεργασίας δίνει τα εχέγγυα για αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Με το σκεπτικό αυτό θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για τους εκπαιδευτικούς αλλά και για την οικογένεια.

Βιβλιογραφία

- Αγαλιώτης, Ι. (2006). *Διδασκαλία παιδιών με δυσκολίες μάθησης και προσαρμογής: Οικοπροσαρμοστική προσέγγιση (Τόμος Α: Οικοπροσαρμοστική αξιολόγηση)*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dukes, C. & Smith, M. (2007). *Working with parents of children with special educational needs*. London: PCP/Sage.
- Πετρογιάννης, Κ.Γ. (2003). *Η μελέτη της ανθρώπινης ανάπτυξης: Οικοσυστημική προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Reif, S.F. & Heimburge, J.A. (1996). *How to reach and teach all students in the inclusive classroom: Ready-to-use strategies, lessons and activities for teaching students with diverse learning needs*. Paramus, New Jersey: The Center for Applied Research in Education.
- Vandercook, T., York, J. & Forest, M. (1989). The McGill action planning system: A strategy for building a vision. *Journal of the Association for People with Severe Handicaps*, 14(3), 205-215.

Η ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

Άννα Τσιακίρη

Σε αντίθεση με την αναγνώριση των προβλημάτων που προκαλούν οι σωματικοί περιορισμοί των ατόμων με αναπηρία, η κοινωνία έχει μείνει πίσω στην κατανόηση και την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της αναπηρίας, καθώς και σε θέματα που σχετίζονται με την κοινωνικοποίησή τους.

1. Σεξουαλική ωρίμανση

Είναι αυτονόητο ότι τα παιδιά με αυτά τα προβλήματα έχουν τις ίδιες ανάγκες με τα άλλα παιδιά για τρυφερότητα, παιχνίδι και συναναστροφή με τους συνομηλίκους τους. Καθώς μεταβαίνουν στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή, πρέπει να περάσουν από τα ίδια στάδια και να αντιμετωπίσουν τις ίδιες προκλήσεις με τους συνομηλίκους τους. Έχουν παρόμοιες απορίες, ανησυχίες, όνειρα και προσδοκίες. Πολύ σημαντικό κομμάτι της μετάβασης από την παιδική στην εφηβική και ενήλικη ζωή είναι και η ανάπτυξη της σεξουαλικότητας, μιας έννοιας απόλυτα συνυφασμένης με την ανθρώπινη ύπαρξη. Πολλά έχουν γραφτεί για τη σεξουαλική ανάπτυξη των φυσιολογικών παιδιών και εφήβων. Αντιθέτως, ελάχιστες είναι οι αναφορές για το θέμα αυτό σε παιδιά με κινητικά και νευρολογικά προβλήματα.

Προσπαθώντας να δώσουμε έναν ορισμό για τη σεξουαλικότητα, εξετάζουμε τις συνιστώσες, όπως η ταυτότητα του φύλου, το βιολογικό σεξ, οι ρόλοι και οι συμπεριφορές ενός ατόμου ανάλογα με το φύλο του. Η σεξουαλικότητα επηρεάζεται σημαντικά από τη διανοητική, συναισθηματική, ψυχολογική, φυσική και κοινωνική κατάσταση του ατόμου. Το ζήτημα αυτό εκτείνεται πολύ πέρα από τη σωματική επαφή. Είναι τόσο προσωπικό όσο και κοινωνικό φαινόμενο. Περιλαμβάνει θέματα όπως η εμπιστοσύνη, η οικειότητα, η αποδοχή, η κοινωνικότητα, τα σχέδια για την ανάπτυξη σχέσης με ένα σημαντικό άλλο άτομο και τη δημιουργία οικογένειας. Καθένα από τα στοιχεία της σεξουαλικότητας είναι σημαντικό και η επιτυχία ή η αποτυχία στις προκλήσεις που προκύπτουν κατά τη σεξουαλική ανάπτυξη παίζουν βασικό ρόλο στην προσαρμογή στην ενήλικη ζωή.

Είναι σημαντικό για τους ειδικούς στο χώρο της υγείας να είναι ενημερωμένοι πάνω σε αυτά τα θέματα, ώστε να μην επηρεάζονται από συνήθεις κοινωνικές παρανοήσεις και προκαταλήψεις. Όλα τα άτομα με ειδικές ανάγκες, είτε έχουν νοητική υστέρηση, είτε κινητικά προβλήματα, έχουν αν μη τι άλλο δικαίωμα να χαρούν το ισχυρότερο φάρμακο, τον έρωτα. Και όπως προσπαθούμε να φτιάξουμε πεζοδρόμια για να κυκλοφορούν τα ΑΜΕΑ, όπως όλοι, ή να μάθουν γράμματα για να διαβάζουν, όπως όλοι, με τον ίδιο τρόπο πρέπει να τους δίνουμε το δικαίωμα και τη δυνατότητα να χαρούν μια σχέση, όπως όλοι.

Η αναπηρία προσθέτει έναν ακόμη επιβαρυντικό παράγοντα για τη δύσκολη διαδικασία της σεξουαλικής ωρίμανσης. Τα άτομα με αναπηρίες σπανίως απεικονίζονται στα δημοφιλή ΜΜΕ ως σεξουαλικά όντα. Αυτό μας δίνει την εντύπωση ότι δεν πρέπει να περιλαμβάνονται στην καθημερινή πραγματικότητα των ρομαντικών σχέσεων, στη σεξουαλική ζωή και στη δημιουργία οικογένειας. Υπάρχουν πολλές προκαταλήψεις που εμποδίζουν την υγιή

σεξουαλική ανάπτυξη. Επικρατεί η άποψη ότι τα άτομα με ειδικές ανάγκες έχουν παιδική όψη και συμπεριφορά, είναι εξαρτημένα και έχουν ανάγκη προστασίας. Αυτός ο μύθος δημιουργεί την εντύπωση ότι τα ΑΜΕΑ δεν μπορούν να δημιουργήσουν μια σχέση που θα βασίζεται στην ισοτιμία των συντρόφων. Η αντίληψη ότι είναι αιώνια παιδιά, δημιουργεί την εσφαλμένη εντύπωση ότι τα άτομα αυτά είναι α-σεξουαλικά και ότι θέματα που αφορούν την προσωπική τους εικόνα δεν τους αφορούν.

Κυριαρχεί επομένως η άποψη ότι μια ανεπάρκεια σε έναν τομέα (νοητικό ή κινητικό) συνδυάζεται με ανεπάρκεια σε όλους τους άλλους τομείς, όπως και στον τομέα της σεξουαλικότητας. Ακόμη, μια αβάσιμη αντίληψη είναι ότι έχουν αυξημένες και ανεξέλεγκτες σεξουαλικές ορμές που πολλές φορές τις εκφράζουν με τη βία. Αυτό οδηγεί πολλές φορές στην απόκρυψη πληροφοριών και στη στέρηση εκπαίδευσης για σεξουαλικά ζητήματα με την προσδοκία ότι αυτό θα περιορίσει τις παρεκτροπές. Τα αποτελέσματα ερευνών που μελέτησαν τη βάση των μύθων αυτών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, η απομόνωση, ο διαχωρισμός των φύλων, η άγνοια και η έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που επιβάλλονται στα ΑΜΕΑ μπορούν να οδηγήσουν σε ανάρμοστη, ανεύθυνη και, ακόμη, εγκληματική σεξουαλική συμπεριφορά.

Εξετάζοντας εξελικτικά τη διαδικασία της ωρίμανσης, μπορούμε να δούμε την όψιμη εφηβεία ως το τελευταίο στάδιο πριν την ενηλικίωση. Είναι η εποχή της τέλει ανεξαρτητοποίησης από τους γονείς και της διευθέτησης όλων των αναζητήσεων και της αναταραχής των προηγούμενων σταδίων. Σε αυτό το στάδιο, ο έφηβος και ο νεαρός ενήλικος έχουν ολοκληρώσει τη σωματική τους ανάπτυξη, έχουν αποδεχτεί την εικόνα του εαυτού τους και τον ρόλο ανάλογα με το φύλο τους. Μεγάλο χρόνο τους απορροφά η ακαδημαϊκή τους πορεία και η έναρξη της καριέρας τους. Σε αυτή τη φάση διαμορφώνουν ώριμες σχέσεις με ένα σημαντικό άλλο πρόσωπο, με το οποίο μοιράζονται όνειρα και προσδοκίες.

Η φυσική αναπηρία παρεμβαίνει στη φυσιολογική εξέλιξη των σταδίων της ήβης, καθώς και στην ομαλή ψυχολογική ανάπτυξη του νέου στην εφηβεία. Μια πολύ σημαντική επίπτωση της φυσικής αναπηρίας είναι η διαμόρφωση κακής και διαστρεβλωμένης εικόνας για τον εαυτό και το σώμα. Καθώς διαμορφώνονται τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου, οι έφηβοι ανησυχούν για την επάρκεια του νέου τους σώματος. Η φυσική αναπηρία προσθέτει ένα επιπλέον βάρος στη δύσκολη αυτή διαδικασία, καθώς ακόμη και μια μικρή απόκλιση από τη φυσιολογική όψη φαντάζει τεράστια για τους εφήβους που δεν θέλουν να διαφέρουν. Έτσι οι έφηβοι με ειδικές ανάγκες παρουσιάζουν συχνά χαμηλή αυτοεκτίμηση, μη ικανοποιητική εικόνα σώματος και αμφιβολίες για τη μελλοντική τους επάρκεια και αυτοεξυπηρέτηση καθώς και για τη σεξουαλική τους ικανότητα και τη δυνατότητα για αναπαραγωγή και δημιουργία οικογένειας. Στη σύγχρονη εποχή, όπου η καλή εμφάνιση και η ελκυστικότητα, ειδικά για τις γυναίκες, θεωρούνται στοιχεία της σεξουαλικής επάρκειας, είναι πολύ εύκολο μια δυσμορφία να οδηγεί σε αισθήματα κατωτερότητας και αναξιοσύνης.

Εξετάζοντας περαιτέρω το κοινωνικό κομμάτι διαπιστώνεται το γεγονός ότι οι διαταραχές της κινητικότητας συχνά έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία σχέσης εξάρτησης με τους γονείς. Το γεγονός αυτό παρεμβαίνει και καθυστερεί τη διαδικασία της χειραφέτησης των εφήβων αυτών. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν λόγω της ασθένειας τους μπορεί να παρέμβουν στη σεξουαλική τους ανάπτυξη. Ο έφηβος με ειδικές ανάγκες μπορεί να παλινδρομήσει σε πιο πρώιμα μοντέλα συμπεριφοράς λόγω της εξάρτησης από τους γονείς, αλλά το ίδιο αυτό γεγονός μπορεί να του δημιουργήσει τεράστιο άγχος. Πολύ σημαντικό ρόλο στη σεξουαλική ανάπτυξη των εφήβων με ειδικές ανάγκες παίζουν οι γονείς που πολλές φορές ενισχύουν την άρνηση της έκφρασης της σεξουαλικότητας με τους φόβους τους και τις αμφιβολίες τους για την επάρκεια των παιδιών τους σε αυτό τον τομέα. Ακόμη, συχνά στε-

ρούν τους νέους αυτούς από ιδιωτικές στιγμές στις οποίες θα μπορούσαν να αναπτύξουν σχέσεις και να εκφράσουν τη σεξουαλικότητά τους.

Ένα συχνό επιχείρημα των γονιών είναι ότι αν τα παιδιά αυτά κάνουν μια σχέση, υπάρχει πιθανότητα να πληγωθούν, και να προστεθεί άλλο ένα πλήγμα στην εύθραυστη αυτοεκτίμησή τους. Το να διδάξουμε τα παιδιά πώς να πάρουν ένα ρίσκο και να ανεχτούν τη ματαιώση, αν δεν πετύχει η προσπάθεια, σημαίνει ότι πρώτα οι ίδιοι οι γονείς αλλά και οι εκπαιδευτές πρέπει να μπορούν να ανεχτούν το ρίσκο, όταν το παιδί θα αρχίσει να αυτονομείται. Και αυτό είναι πάρα πολύ δύσκολο. Υπάρχουν πολλοί γονείς που για να κάνουν το βήμα να στείλουν το παιδί τους στο super market για γάλα, επειδή οι ειδικοί τους συμβουλεύουν να του δίνουν πρωτοβουλίες, το παρακολουθούν από πίσω, και ταυτόχρονα έχουν τηλεφωνήσει στην ταμία του καταστήματος, ώστε να προλειάνουν το έδαφος για το παιδί. Η έκθεση στους κινδύνους και στο απρόβλεπτο της καθημερινότητας είναι σχεδόν μηδενική για τα παιδιά, που ζουν σε ένα κόσμο προκατασκευασμένο από τα άορα χέρια των γονιών και των εκπαιδευτών τους. Και όταν οι γονείς βιάζονται, και έχουν και τη δουλειά τους ταυτόχρονα, τους είναι πιο εύκολο να κάνουν στα γρήγορα αυτοί την φροντίδα του παιδιού, παρά να περιμένουν με υπομονή να προσπαθήσει το παιδί να ντυθεί μόνο του, γιατί το δεύτερο μπορεί να πάρει μία ώρα. Σε αυτό το προκατασκευασμένο περιβάλλον, ο έρωτας του ατόμου με ειδικές ανάγκες και οι σεξουαλικές του επιθυμίες είναι πράγματα που δεν χωράνε. Όμως, η πραγματικότητα έρχεται και ανατρέπει αυτές τις ισορροπίες, αποδεικνύοντας ότι όσο και να θέλουμε να ελέγχουμε κάθε εκατοστό της ζωής ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες, μια μέρα θα βρεθούμε μπροστά σε κάτι πάρα πολύ δυνατό, που θα μπει στη ζωή της οικογένειας σαν οδοστρωτήρας: στον έρωτα.

Ένας άλλος φόβος που λένε οι γονείς ότι έχουν, ειδικά στην Ελλάδα, είναι ότι μόλις το παιδί τους αποκτήσει σεξουαλική ζωή θα χάσουν τον έλεγχο πάνω του. Το παιδί, ισχυρίζονται, θα αντιδράσει όπως ένα νήπιο που του δίνουν ένα καινούργιο παιχνίδι και θα θέλει να παίξει μαζί του συνέχεια. Οι ισορροπίες στην οικογένεια θα ανατραπουν και θα ανοίξει μια πόρτα στο χάος. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ιδιαίτερα σε παιδιά που δεν παρουσιάζουν κάποια διαταραχή ελέγχου παρορμήσεων, οι φόβοι αυτοί είναι αβάσιμοι.

Δεν υπάρχει άραγε κίνδυνος; Υπάρχει ένας που έχει βάση και είναι αυτός της σεξουαλικής παρενόχλησης και κακοποίησης. Δεν λύνεται όμως το πρόβλημα αυτό με την παντελή αποχή από τη σεξουαλική δραστηριότητα, λύνεται με τη σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση, προσαρμοσμένη στο νοητικό επίπεδο του κάθε παιδιού.

Η διαπαιδαγώγηση αυτή αφορά προσωπική υγιεινή, κάποια στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας του σώματος, συναισθηματική ενίσχυση και εξάσκηση σε κοινωνικές δεξιότητες. Πρέπει να ενημερωθούν για την πιθανότητα εγκυμοσύνης και την πιθανή αντισύλληψη, καθώς και κάποια πράγματα για μεταδιδόμενα νοσήματα και τα συμπτώματά τους. Πρέπει να μάθουν να ξεχωρίζουν τι είναι νόμιμο και τι παράνομο και ότι οι σεξουαλικές πράξεις πρέπει να γίνονται σε ιδιωτικό χώρο και δεν αφορούν όλο τον κόσμο. Επίσης, να μάθουν ότι για οποιαδήποτε σεξουαλική δραστηριότητα πρέπει να δίνουν τη συγκατάθεσή τους, και αν δεν θέλουν πρέπει να το κάνουν σαφές στο σύντροφό τους. Η αντισύλληψη είναι ένα ακόμα ζήτημα ακανθώδες, ακόμα και μεταξύ ειδικών, και η πέτρα του σκανδάλου είναι φυσικά η στειροποίηση, μια mini χειρουργική επέμβαση, που φυσικά μπορεί να γίνει και σε κοπέλες αλλά και σε άντρες.

2. Σεξουαλική κακοποίηση

Όσον αφορά την σεξουαλική κακοποίηση ατόμων με ειδικές ανάγκες, τα άτομα με ειδικές ανάγκες αποτελούν εύκολο στόχο για σεξουαλική κακοποίηση ή εκμετάλλευση λόγω της νοητικής και σωματικής τους αδυναμίας. Η σεξουαλική κακοποίηση των ΑΜΕΑ περιλαμβάνει υποχρέωση σε ανεπιθύμητη σεξουαλική ή σωματική επαφή (θωπεία, στοματική επαφή γεννητικών οργάνων, εισχώρηση στον κόλπο ή τον πρωκτό, καθώς και πολύ συχνή σωματική κακοποίηση με κλωτσιές, μπουνιές, μώλωπες, δαγκωνιές, εκδορές κλπ). Πού και πότε συμβαίνει; Συνήθως μέσα στο ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, σε ιδρύματα ή πλαίσια στα οποία διαμένουν ή εκπαιδεύονται τα ΑΜΕΑ, στο δρόμο από αγνώστους με χρηματικό ή υλικό δέλεαρ. Το θέμα είναι γιατί συμβαίνει;

Επικρατεί ένας μύθος ότι τα ΑΜΕΑ είναι ασεξουαλικά ή υπερσεξουαλικά και επομένως η σεξουαλική επίθεση δεν θα είναι τόσο επώδυνη για αυτά. Υπάρχει η λανθάνουσα κοινωνική αντίληψη περί του απαράβιαστου του οικογενειακού ασύλου αλλά και το στίγμα του θύματος του βιασμού που ακολουθεί το άτομο σε όλη του τη ζωή. Η δημοσιοποίηση του γεγονότος σημαίνει διασυρμό ολόκληρης της οικογένειας. Στην περίπτωση αυτή η οικογένεια με ΑΜΕΑ φέρει διπλό στίγμα. Τα ΑΜΕΑ έχουν ελλιπή και πολλές φορές ανύπαρκτη πληροφόρηση και εκπαίδευση από γονείς και εκπαιδευτές για θέματα που αφορούν το σεξ. Δεν γνωρίζουν τίποτα για τις σεξουαλικές σχέσεις, τη διαδικασία της σύλληψης ή την ανατομία του σώματός τους. Επικρατούν οι λανθασμένες απόψεις «ας τον/την τι να εξηγήσουμε τώρα θα τον/την πονηρέψουμε και θα έχουμε άλλα., δεν καταλαβαίνει αυτά τα θέματα είναι καθυστερημένος/η». Ακόμη, και αν συμβεί (η σεξουαλική κακοποίηση) «δεν θα πονέσει, δεν καταλαβαίνει, ποιος θα τον/την πιστέψει αφού είναι καθυστερημένος/η».

Ποιες είναι όμως οι συνέπειες; Αρνητικές συνέπειες στη σωματική υγεία του θύματος (σωματικές κακώσεις, τραύματα, σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη κλπ). Αρνητικές συνέπειες στη ψυχική υγεία του θύματος (ψυχικές διαταραχές, κατάθλιψη, επιθετικότητα, διαρκή εριστικότητα, και μη συνεργασία σε οποιαδήποτε δραστηριότητα, απομόνωση). Σεξουαλική βία, επιθετικότητα, εκπόρνευση.

Πώς να προστατεύσουμε από την σεξουαλική κακοποίηση ή εκμετάλλευση τα ΑΜΕΑ; Ο μόνος τρόπος πρόληψης περιλαμβάνει τρεις μαγικές λέξεις: *πληροφόρηση, ενημέρωση, εκπαίδευση*. Το παιδί πρέπει να γνωρίζει την ανατομία του σώματός του και τα δικαιώματα που έχουν πάνω σε αυτό και κυρίως για το αναφαίρετο δικαίωμα του να λέει όχι σε οποιοδήποτε άγγιγμα το κάνει να αισθάνεται άβολα και αμήχανα. Ενημέρωση και εκπαίδευση για τη σεξουαλική επαφή, τις μεθόδους αντισύλληψης και γενικότερα θέματα σεξουαλικής αγωγής.

3. Επαγγελματική αποκατάσταση

Εκτός από τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων, βασική θέση στην ψυχοκοινωνική ενσωμάτωση κατέχει και η ανεύρεση θέσεως εργασίας. Η εργασία είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ύπαρξη και εξέλιξη του ανθρώπου, αφού συμβάλλει τόσο στην επιβίωσή του, λειτουργώντας ως πηγή πλούτου, όσο και στην ανάπτυξη της προσωπικότητάς του (Παπαϊωάννου, 1990).

Η επαγγελματική συμβουλευτική και η εργασιακή αποκατάσταση δεν εξαρτώνται από την αποασυλοποίηση, αλλά από τη δημιουργία καινοτόμων πλαισίων δεύτερης ευκαιρίας για τους αναπήρους, με κύριο στόχο την παροχή επιλογών για αυτονομία και αξιοπρέπεια.

Τα παραπάνω αφορούν σε μεγαλύτερο βαθμό άτομα με αναπηρία, που μέσω της εργασίας διασφαλίζουν αυξημένη αυτοεκτίμηση, ευτυχία και ικανοποίηση, επιτυγχάνουν ομαλή κοινωνική προσαρμογή και κάνουν θετικότερες τις στάσεις της κοινότητας. Επιπλέον, η οικονομική αυτοτέλεια αποσυνδέει τα άτομα από την οικογένεια και τα προσφέρει μισθό, με τον οποίο μπορούν να απολαύσουν αγαθά και υπηρεσίες. Η ποιότητα ζωής βελτιώνεται και η οικογένεια απαλλάσσεται από σύνδρομα μειονεξίας. Οι ίδιοι οι ανάπηροι θεωρούν ότι η εργασία παρέχει ευκαιρίες προσωπικής ανάπτυξης, συνεπάγεται συναισθηματική ευχαρίστηση και αυξάνει το αίσθημα ασφάλειας (Harding & Phillips 1986. Σιδηροπούλου – Δημακιάκου, 1995).

Αντιθέτως, όσα ανάπηρα άτομα δεν εργάζονται, παραμένοντας στο σπίτι ή σε προνοιακό ίδρυμα, βρίσκονται σε δυσμενέστερη κοινωνική θέση, καθώς δέχονται αρνητικές κρίσεις από το κοινωνικό περιβάλλον και είναι απόλυτα εξαρτημένα από επιδόματα, φορείς ή τον οίκτο των συνανθρώπων τους.

Οι παράμετροι που ορίζουν την επαγγελματική αποκατάσταση είναι οι εξής:

- Αξιολόγηση ψυχιατρικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και εργασιακών χαρακτηριστικών των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.
- Κοινωνικοθεραπευτικές προσεγγίσεις σε ατομικό, ομαδικό επίπεδο και επίπεδο οικογένειας.
- Καλλιέργεια των ατομικών, κοινωνικών και εργασιακών ικανοτήτων και δεξιοτήτων που θα συμβάλλουν στην οικονομική τους αυτάρκεια και αυτόνομη διαβίωσή τους.
- Εργασιακή κινητοποίηση.
- Προώθηση στην ελεύθερη αγορά εργασίας και παρακολούθηση της εργασιακής τους προσαρμογής.
- Παρέμβαση στην κοινότητα για μείωση των διακρίσεων και καταπολέμηση του στίγματος.

4. Νομοθεσία

(βλ. κεφ. Νομοθεσία)

5. Επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων με νοητική καθυστέρηση

Η επαγγελματική αποκατάσταση και κατάρτιση των ατόμων με νοητική καθυστέρηση εξαρτάται άμεσα από τη βαρύτητα της πάθησης, καθώς και από το αυστηρό πλαίσιο, μέσα στο οποίο αναπτύσσεται το πρόγραμμα επαγγελματικού προσανατολισμού. Οι Hauritz et al. (1980) περιγράφουν ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης για άτομα με ελαφρά νοητική καθυστέρηση, που βασίζεται στην αναλυτική και λεπτομερή περιγραφή κάθε δεξιότητας (κοινωνικής, επαγγελματικής κ.λπ.), που πρόκειται να διδαχτεί, στον ακριβή καθορισμό της επαλληλίας των στόχων, στη διατύπωση των οδηγιών, ανάλογα με το στάδιο της διαδικασίας, στη διαρκή ενίσχυση και ανατροφοδότηση, στον αυστηρό έλεγχο κάθε παρέμβασης, στη χρήση εποπτικών μέσων και διαγραμμάτων για την αποτύπωση της προόδου, στην υπόδυση ρόλων και στη γενικότερη τροποποίηση της συμπεριφοράς.

Οι συνηθέστερες τεχνικές για την ευόδωση της επαγγελματικής κατάρτισης είναι τα ομαδικά παιχνίδια, η προσομοίωση καταστάσεων και επαγγελματικών τύπων, οι επισκέψεις και η συμμετοχή σε ομαδικές εκδηλώσεις της κοινότητας, η συζήτηση και η διαχείριση συναισθημάτων, η εξάσκηση στον αυτοέλεγχο, η παρακολούθηση ταινιών και γενικότερα οι αρχές μιας

συμπεριφοριστικής παρέμβασης (χρήση κουπονιών, επιλεκτική ενίσχυση, στέρηση αμοιβών κ.λπ.). Δυστυχώς, οι έρευνες δεν έχουν επιβεβαιώσει ακόμα ποιες επιμέρους τεχνικές είναι περισσότερο αποτελεσματικές και ποια η συμβολή τους στη διατήρηση της μάθησης.

Κατά τους Zoeller et. al. (1983), πολλές από τις απόπειρες των ατόμων με νοητική καθυστέρηση για επαγγελματική αποκατάσταση αποτυγχάνουν, επειδή επικρατεί η τάση να αποδίδουν σε εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες τη διακοπή της προσπάθειας κι όχι σε εσωτερικά αίτια (σε έλλειψη ελέγχου, σε απογοήτευση, σε θυμό, σε υπερβολικά αρνητική αντίδραση στην αποτυχία, σε ματαίωση). Παρεμβατικά προγράμματα, που βασίστηκαν στη συζήτηση και ερμηνεία των αιτιών της αποτυχίας, στην ορθή επανεκτίμησή τους και στην ενίσχυση για περαιτέρω προσπάθεια είχαν στατιστικώς σημαντικά θετικά αποτελέσματα. Ο Lynch (1984) συμπέρανε ότι, οι προεπαγγελματικές δεξιότητες πρέπει να αποκτηθούν σε μικρή ηλικία και ότι τα συνηθέστερα λάθη δεν αφορούν στην εκτέλεση ενός έργου αυτή καθ' αυτή, αλλά στην αντίληψη της ακολουθίας των στόχων και της κατανόησης των οδηγιών.

Οι Kortering & Edgar (1988) διαπίστωσαν ότι, τα μεγαλύτερα ποσοστά απασχόλησης εμφάνιζαν τα άτομα με μαθησιακές δυσκολίες και με προβλήματα συμπεριφοράς, ακολουθούμενα από τα άτομα με ελαττωματική όραση και ακοή, τα άτομα με ελαφρά νοητική καθυστέρηση, με νευρολογικές διαταραχές και, τέλος, τα άτομα με σοβαρές αναπηρίες. Κατά τους Reiter et al. (1985), η εργασιακή ικανοποίηση των ατόμων με νοητική καθυστέρηση εξαρτάται από τις συνθήκες εργασίας (χώρος, περιβάλλον, απόσταση από το υποστηρικτικό κέντρο ή την οικογενειακή εστία), τις σχέσεις με τους συναδέλφους, την κουλτούρα της επιχείρησης, την εξέλιξη και τέλος από την αμοιβή. Οι παράγοντες υγιεινής είναι σημαντικότεροι από τους παράγοντες παρώθησης, ενώ γίνεται ολοένα και πιο φανερό σε όλους τους εμπλεκόμενους με την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων αυτών ότι πρέπει να υπάρξει μεγαλύτερη εμπλοκή τους στη λήψη επαγγελματικής απόφασης, είναι ανάγκη να γίνει πιο ευέλικτος συνδυασμός εξωτερικών και εσωτερικών κινήτρων και ότι το κατάλληλο επάγγελμα πρέπει να αντανακλά την προσωπικότητα και τις ιδιαιτερότητες των ατόμων αυτών. Συνηθέστερα, τα άτομα με νοητική καθυστέρηση απασχολούνται σε προστατευμένα εργαστήρια, σε χειρωνακτικά επαγγέλματα (κηπουροί, οικιακά, πλυντήρια, κατασκευή χειροτεχνμάτων, κεριών κ.λπ.), χωρίς να μπορεί να υποστηριχθεί ότι με τον τρόπο αυτό εκδιπλώνονται τα ταλέντα και η ιδιοσυγκρασία τους.

6. Επαγγελματικός προσανατολισμός ατόμων με προβλήματα όρασης

Ο επαγγελματικός προσανατολισμός των ατόμων με προβλήματα όρασης πρέπει να αρχίζει από πολύ μικρή ηλικία, ώστε στην ενηλικίωση να έχουν σε μεγάλο μέρος αρθεί οι περιορισμοί, που επιβάλλει η αναπηρία και να ανοίξει ο δρόμος για νέες και πιο δημιουργικές επαγγελματικές επιλογές. Η επισκόπηση των επαγγελμάτων, στα οποία μέχρι σήμερα εκπαιδεύονται τα άτομα με προβλήματα όρασης, αποδεικνύει την έλλειψη στόχων του επαγγελματικού προσανατολισμού και τη στενή σύνδεσή του με τα νομιζόμενα όρια της αναπηρίας, που ουσιαστικά αντανακλούν τα κοινωνικά στερεότυπα. Λαχειοπώλες, τηλεφωνητές, καθηγητές, ψάλτες και σπανιότερα φυσιοθεραπευτές και δικηγόροι είναι τα συνηθέστερα επαγγέλματα των τυφλών. Η ατομία του συμβουλευτικού συστήματος επιδεινώνει το άγχος και τη χαμηλή αυτοεκτίμησή τους, ενώ η έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τις δυνατότητες συμπληρώνει το απαισιόδοξο σκηνικό. Μεγάλο πρόβλημα για την κατάρτιση των τυφλών και την επαγγελματική τους αποκατάσταση αποτελούν τα προβλήματα στη μη λεκτική επι-

κοινωνία και στην εν γένει εμφάνιση, καθώς και στην ανεπάρκεια κοινωνικών δεξιοτήτων, που εκπορεύονται από ακριβή αυτοαντίληψη και ολοκληρωμένη εικόνα του εαυτού.

Οι μαθητές της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που έχουν προβλήματα όρασης μπορούν να παρακολουθήσουν τα δύο Ειδικά Δημοτικά Σχολεία:

- α) το Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών (ΚΕΑΤ) στην Αθήνα,
- β) το Ίδρυμα Προστασίας Τυφλών Βόρειας Ελλάδος «Ηλιος» στη Θεσ/νίκη.

Και τα δύο σχολεία υπάγονται στο ΥΠΕΠΘ. Το ΚΕΑΤ, πρώην Οίκος Τυφλών, ιδρύθηκε το 1906 και λειτουργούσε ως φιλανθρωπικό ίδρυμα. Το Ίδρυμα Προστασίας Τυφλών Βορείου Ελλάδος «Ηλιος» ιδρύθηκε το 1951 ως φιλανθρωπικό ίδρυμα, από το 1985 είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου και εποπτεύεται επίσης από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Βασικός σκοπός και των δύο είναι η εκπαίδευση και επιμόρφωση σε όλους τους τομείς ανάπτυξης των τυφλών παιδιών.

Οι μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης παρακολουθούν τα κανονικά σχολεία και παράλληλα τους παρέχεται φροντιστηριακή υποστήριξη από τα δύο προαναφερθέντα ειδικά σχολεία. Τέλος, στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, σύμφωνα με το Νόμο του 1979, μπορούν να εισαχθούν οι τυφλοί μαθητές χωρίς εξετάσεις σε σχολές που είναι εφικτή η παρακολούθησή τους. Έτσι, οι τυφλοί μαθητές εγγράφονται στην πλειοψηφία τους στη Νομική Σχολή, στο τμήμα Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής Σχολής, στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, στα Παιδαγωγικά Τμήματα Δημοτικής Εκπαίδευσης και Προσχολικής Αγωγής.

Ο σωστός επαγγελματικός προσανατολισμός ταυτίζεται με την εξάλειψη της ιδιαιτερότητας, που συνεπάγεται η αναπηρία. Ο τυφλός εκπαιδεύεται στη διεκδικητικότητα, εμπνέει το συναίσθημα της αυτοπεποίθησης και μαθαίνει να απαιτεί από την αγορά το μερίδιό, που του αξίζει, χωρίς να καπηλεύεται τη λύπηση. Ο σωστός επαγγελματικός προσανατολισμός δεν απευθύνεται μόνο στα τυφλά άτομα, αλλά διευρύνεται στην κοινότητα, είτε με τη μορφή ενημέρωσης, είτε με τις αρχές της συστηματικής ευαισθητοποίησης. Αναδεικνύει τα ταλέντα των τυφλών και στρέφει την ενεργητικότητά τους προς δεξιότητες, που μπορούν να έχουν απήχηση στην κοινωνία. Η σύγχρονη τεχνολογία συμπληρώνει την επαγγελματική συμβουλευτική και απογειώνει τις επαγγελματικές επιλογές των τυφλών. Οι μέχρι στιγμής επιδοματικές πολιτικές, που έχει υιοθετήσει η κρατική πρόνοια έχουν σχεδόν ολοκληρωτικά αποτύχει. Ο επιχειρηματίας ενδιαφέρεται κυρίως για το κέρδος και σπάνια έχει τη δυνατότητα να αναπτύξει υποστηρικτικές δομές και επιχειρήσεις, εάν πριν δεν έχει καλλιεργηθεί η αλλαγή της κουλτούρας προς την εταιρική κοινωνική ευθύνη. Τα τυφλά άτομα μπορούν και πρέπει να διδασχτούν πώς να γίνουν ανταγωνιστικά.

7. Επαγγελματικός προσανατολισμός κωφών και βαρήκων ατόμων

Αν και η επαγγελματική κατάρτιση των κωφών και βαρήκων ατόμων ακολούθησε με βραδύτερους ρυθμούς την τεχνολογική πρόοδο, σήμερα παρατηρείται μια στροφή προς πιο απαιτητικές επαγγελματικές επιλογές και απόσυρση από τα επαγγέλματα που θεωρούνταν κατάλληλα για το είδος αυτό της αναπηρίας. Σύμφωνα με έρευνα του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, τα παιδιά με προβλήματα ακοής δηλώνουν την προτιμήσή τους για επαγγέλματα που σχετίζονται με τον αθλητισμό, την πληροφορική και την τέχνη. Τα κορίτσια επιπροσθέτως προτιμούν κοινωνικά επαγγέλματα. Παράλληλα, η επαγγελματική επιλογή εξαρτάται περισσότερο από κοινωνικοοικονομικούς και προσωπικούς παράγοντες (αποδοχές, εξέλιξη,

κοινωνικο-συναισθηματικό κλίμα στο χώρο εργασίας) και λιγότερο από τους περιορισμούς, που επιβάλλει η αναπηρία. Σε γενικές γραμμές, τα κωφά άτομα αποδεσμεύονται από την κρατική και οικογενειακή στήριξη και προτιμούν να χαράξουν μόνα τους το δρόμο της επαγγελματικής ολοκλήρωσης, αν και συνειδητοποιούν ότι η ελλειμματική ακοή και τα αρνητικά στερεότυπα θα αποτελέσουν εμπόδιο στην εξέλιξή τους. Γενικά, τα κωφά και βαρήκοα άτομα είναι κοινωνικά και δραστήρια. Πολλές φορές επιλέγουν εκπαιδευτικά επαγγέλματα (δάσκαλοι νοηματικής γλώσσας κ.λπ.), ενώ η κατάρτισή τους πλέον περιλαμβάνει και εξειδικευμένη θεωρητική προσέγγιση.

Η σχολική επίδοση των κωφών ατόμων παρουσιάζει την ίδια διασπορά μ' αυτή των ακουόντων. Το ίδιο ισχύει και για τις επαγγελματικές προοπτικές. Σκοπός κάθε προγράμματος επαγγελματικού προσανατολισμού είναι να καταστήσει τα άτομα αυτά οικονομικώς ανεξάρτητα. Φαίνεται όμως ότι βασικότερη αιτία αποτυχίας, πέρα από τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις, είναι η έλλειψη κατάλληλης πληροφόρησης και η πλημμελής εκτίμηση των προσωπικών δεξιοτήτων και προσδοκιών. Τα σύγχρονα προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού έχουν ως πρώτιστο μέλημα την εκμάθηση δεξιοτήτων αυτογνωσίας και τρόπων πρόσκτησης πληροφοριών. Σε δεύτερο στάδιο επιχειρείται η γνωριμία με τα κατάλληλα επαγγέλματα και η επίσκεψη σε ανάλογους χώρους εργασίας. Τέλος, διδάσκονται τρόποι εύρεσης εργασίας και τεχνικές διατήρησής της. Παράλληλα, αναπτύσσονται θεματικές, όπως ψυχολογία του εργοδότη και του συναδέλφου, τρόποι συμπεριφοράς προς τον πελάτη, διαχείριση προσδοκιών, τεχνικές επικοινωνίας, επίλυση προβλημάτων, λήψη απόφασης, διαχείριση χρόνου και οικονομικών, οικονομικός σχεδιασμός, ασφαλιστικές επιλογές και μακροπρόθεσμος σχεδιασμός. Ταυτόχρονα, τα κωφά άτομα εκπαιδεύονται στην αυτόνομη διαβίωση. Τα παραπάνω τα διδάσκονται μέσω βιωματικών ασκήσεων, ανάληψης ρόλων και προσομοίωσης επαγγελμάτων.

8. Επαγγελματικός προσανατολισμός ατόμων με κινητικές αναπηρίες

Η σταδιοδρομία των ατόμων με κινητικά προβλήματα είναι συνυφασμένη με τον όρο «πρόσβαση». Δεν πρέπει να λησμονάται ότι, στην κατηγορία αυτή των ατόμων με αναπηρία η κούραση επέρχεται ευκολότερα και οι εργασίες χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να ολοκληρωθούν. Στο εργασιακό περιβάλλον πρέπει να εξασφαλιστούν θέσεις σταθμεύσεως, ράμπες, ειδικά διαμορφωμένα τηλέφωνα, πόρτες, ανελκυστήρες και τουαλέτες, που διευκολύνουν την πρόσβαση με αναπηρικό αμαξίδιο, και υπολογιστές με ειδικά τοποθετημένο πληκτρολόγιο και ποντίκι. Εάν απαιτείται η χρήση εφαρμογών γραφείου, τότε είναι απαραίτητη η ηλεκτρονική ψηφιοποίηση όλων των απαραίτητων εγγράφων και βιβλίων και οι μετατροπές φωνής σε γραπτό λόγο. Παράλληλα, πρέπει να τηρούνται όλοι οι κανόνες ασφαλείας σε περίπτωση σεισμού και πυρκαγιάς. Ουσιαστικά, πρόκειται για επανασχεδιασμό του χώρου εργασίας, ώστε να καλύπτει τις ιδιαίτερες ανάγκες του κινητικά αναπήρου ατόμου. Παράλληλα, όλοι οι συνάδελφοι πρέπει να εκπαιδευτούν, ώστε να τηρούν τους κανόνες καλής συμπεριφοράς προς τον ανάπηρο:

Κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας πρέπει να λαμβάνει την κατάλληλη θέση, ώστε να υπάρχει οπτική επαφή και εφόσον κρίνεται απαραίτητο, και εάν είναι δυνατόν στο ύψος του αναπηρικού αμαξιδίου. Το αναπηρικό αμαξίδιο αποτελεί προσωπικό χώρο και γι' αυτό κανείς δεν πρέπει να το χειρίζεται χωρίς την άδεια του κατόχου.

- Οι οδηγίες πρέπει να είναι πάντα προφορικές και όχι γραπτές.

- Πριν παρασχεθεί οποιαδήποτε βοήθεια, πρέπει να υπάρχει συγκατάθεση του αναπήρου.
- Είναι απαραίτητο να τοποθετηθούν πινακίδες, που να πληροφορούν τους αναπήρους σχετικά με την προσβασιμότητα των υπόλοιπων χώρων ενός κτιρίου.

Να σημειωθεί ότι οι ιδιαιτερότητες των ατόμων με κινητικές αναπηρίες καθορίζουν την απόδοσή τους στην εργασία:

Πολλοί από αυτούς μπορεί να αισθάνονται πόνο, έλλειψη συντονισμού και ανεπάρκεια στη λεπτή κινητικότητα. Μερικές φορές τα συμπτώματα γίνονται πολύ έντονα, ενώ άλλες φορές υποχωρούν. Κάποιοι από αυτούς μπορούν να σηκωθούν και να στηριχθούν, ενώ άλλοι όχι. Σε μερικούς η αδυναμία εστιάζεται στα κάτω άκρα, ενώ τα υπόλοιπα μέλη του σώματος λειτουργούν κανονικά. Τέλος, άλλες ανεπάρκειες, όπως δυσκολίες στην ακοή, μπορεί να συνοδεύουν την κινητική αναπηρία. Πολλές έρευνες έχουν αποδείξει ότι η ζωή των κινητικά αναπήρων διακατέχεται από μεγάλο άγχος, το οποίο επηρεάζει την εργασιακή τους συμπεριφορά. Τέλος, υπάρχουν κινητικές αναπηρίες, που δεν φαίνονται, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, και οι οποίες, παρόλα αυτά, επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής.

Η εργασία είναι επιτακτική ανάγκη για τα κινητικώς ανάπηρα άτομα, ώστε να μην εμπλακούν σ' έναν φαύλο κύκλο μεμψιμοιρίας, εξάρτησης και αδυναμίας. Οι παράγοντες, που επηρεάζουν την επιλογή επαγγέλματος, προσομοιάζουν εν πολλοίς με αυτούς των μη αναπήρων ατόμων. Πρέπει να τονιστεί ότι ένα σημαντικό ποσοστό των κινητικά αναπήρων αποδίδεται σε τροχαία, εργατικά και άλλα ατυχήματα και αφορά άτομα που ήδη είχαν διαμορφώσει επαγγελματική ταυτότητα.

Βιβλιογραφία

- Coleman, J.S. (1988). Social Capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94(suppl)S95-S120.
- Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78:1360-1380.
- Koch, P-P. (2005). *JavaScript and accessibility*. <http://www.quirksmode.org/is/accessibility.html>
- Κορρές, Γ. & Τσομπάνογλου, Γ. (2005). *Τεχνολογική, κοινωνική πολιτική και ανάπτυξη. Καινοτομικές δραστηριότητες και απασχόληση στην Ευρώπη*. Αθήνα: τυπωθήτω-Δαρδανός.
- Τσομπάνογλου, Γ., Κορρές, Γ. & Γιαννοπούλου, Ι. (επιμ.) (2005). *Κοινωνικός Αποκλεισμός και Πολιτικές Ενσωμάτωσης*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Δικτυακοί τόποι

- www.archive.gr Η σεξουαλική ανάπτυξη και ζωή των εφήβων με ειδικές ανάγκες, Εμμανουηλίδου Ελευθερία, δημοσιεύθηκε 30 Saturday October @ GTB Daylight Time
- www.disabled.gr
- www.intermedica.gr Ο έρωτας σε άτομα με ειδικές ανάγκες, Σανιδά Κέλλυ, 2007
- www.lappset.com
- www.med.umich.edu/1libr/yourchild/disabsex.htm
- www-306.ibm.com/able
- www.riksdagen.se

<http://epapanis.blogspot.com/>: Εργασιακή αποκατάσταση ατόμων με νοητική στέρωση, με προβλήματα όρασης, ακοής και με κινητικές δυσκολίες, Παιδαγωγική, Ψυχολογική και Κοινωνιολογική Έρευνα. Educational, Psychological and Sociological Research - Ευστράτιος Παπάνης, Σεπτέμβριος 2007.

<http://epapanis.blogspot.com/>: Σύγχρονες τάσεις και προοπτικές στην εργασιακή αποκατάσταση των αναπήρων. Η συμβολή των νέων τεχνολογιών στην κοινωνική και επαγγελματική ένταξη, Παιδαγωγική, Ψυχολογική και Κοινωνιολογική Έρευνα. Educational, Psychological and Sociological Research, Ευστράτιος Παπάνης, Αγνή Βίκη, Παναγιώτης Γιαβρίμης, Σεπτέμβριος 2007

**ΒΙΩΜΑΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΜΕ ΘΕΜΑ:
«Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ-ΓΟΝΕΩΝ
ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ»**

*Συντονιστής: Σταύρος Μπουφίδης
Παρατηρήτρια: Εύχαρις Κιζιρίδου*

*“Our only health is the disease”
T.S. Eliot, Four quartets: IV*

*“There is only the fight to recover what has been lost
And found and lost again and again: and now, under conditions
That seem unpropitious. But perhaps neither gain nor loss.
For us there is only the trying. The rest is not our business.”
T.S. Eliot, Four Quartets: V*

Οι επιπτώσεις της αναπηρίας στο άτομο και στην οικογένεια είναι πολύ σημαντικές και οι περισσότερες έρευνες, από το 1950 και μετά, επικεντρώθηκαν στη διερεύνηση των μοντέλων των οικογενειών που κάποιο μέλος τους εμφανίζει ειδικές ανάγκες. Στην προσπάθεια να εξηγήσουν, να προβλέψουν άλλα και να παρέμβουν στην οργάνωση και τη λειτουργία οικογενειών με ειδικές ανάγκες αναπτύχθηκαν διάφορα θεωρητικά μοντέλα. Αρχικά, ήταν το μοντέλο της παθολογικής οικογένειας, που αναπτύχθηκε πριν από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 και αντιμετώπιζε την οικογένεια ως μια κλινική οντότητα με παθολογία. Στη συνέχεια, παρήχθησαν πολλά μοντέλα, με κυρίαρχο σήμερα το μοντέλο της διαπραγμάτευσης στα πλαίσια μιας ολιστικής προσέγγισης των οικογενειών ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Οι περισσότερες έρευνες εστιάζονται στον τρόπο που αντιμετωπίζουν οι γονείς το παιδί, στην επίδραση και στις συνέπειες της ύπαρξης ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες στα διαφορετικά στάδια ανάπτυξης του κύκλου ζωής της οικογένειας, όπως και στις οικονομικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και πρακτικής φύσεως δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες.

Η ψυχολογική υποστήριξη των γονέων και των αδερφών ατόμων με ειδικές ανάγκες δεν θα έχει θετική έκβαση αν δεν συνδυάζεται με τη συμβουλευτική και την καθοδήγηση της οικογένειας. Στόχος της συμβουλευτικής είναι η αποδοχή του προβλήματος και η προετοιμασία για την άσκηση ενός νέου ρόλου. Η έγκαιρη παρέμβαση σε ένα βρέφος ή νήπιο εξαρτάται από τον τρόπο που το βιώνει, αντιλαμβάνεται και επεξεργάζεται το πρόβλημα ο κάθε γονέας.

Το βιωματικό εργαστήριο, που σχολιάζεται παρακάτω, ήταν το τελευταίο μιας σειράς βιωματικών εργαστηρίων με θέμα τη συμβουλευτική εκπαιδευτικών-γονέων παιδιών με αναπηρία και επιλέχθηκε τυχαία.

1. Οι συμμετέχοντες

Στη συζήτηση συμμετείχαν δέκα γυναίκες και ένας άνδρας. Η συνάντηση ξεκίνησε με πέντε συμμετέχοντες, στους οποίους σταδιακά προστέθηκαν άλλοι έξι. Τρεις συμμετέχουσες δεν συστήθηκαν, λόγω καθυστερημένης προσέλευσης και του περιορισμένου χρόνου. (Βλ. στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ το σχήμα όπου περιγράφονται οι συμμετέχοντες, η ιδιότητά τους καθώς και τα κύρια σημεία που έθιζαν. Το μέγεθος των συμβόλων καταδεικνύει τον βαθμό συμμετοχής και, ενίοτε, επισκίασης άλλων μελών της ομάδας.)

2. Μέθοδος

Η συζήτηση ξεκίνησε με μια εισαγωγή στη συστημική προσέγγιση και την έννοια της αλληλεπίδρασης των συστημάτων, των μελών τους και του συμβούλου-θεραπευτή. Στη μελέτη των οικογενειών παιδιών με ειδικές ανάγκες ορόσημο στάθηκε η θεωρία των γενικών συστημάτων (η οικογένεια αποτελεί ένα ενιαίο σύστημα, όπου το κάθε μέλος αλληλεπιδρά με τα άλλα μέλη) και η συστημική προσέγγιση, που αναλύει τη δυναμική των σχέσεων των μερών εντός και εκτός του συστήματος.

Η συζήτηση είχε χαλαρή δομή και παράλληλα σαφή προσανατολισμό στους στόχους του εργαστηρίου, δηλαδή τη λειτουργία και τη χρησιμότητα της συμβουλευτικής για ζητήματα που απασχολούν τους γονείς-εκπαιδευτικούς παιδιών με ειδικές ανάγκες. Δεν τηρήθηκε κάποια σειρά στη λήψη του λόγου, αλλά μάλλον η συζήτηση ακολούθησε φυσική ροή.

Ο συντονιστής άφησε χώρο για ελεύθερη επικοινωνία και ανταλλαγή εμπειριών και απόψεων ανάμεσα στους συμμετέχοντες. Ωστόσο, διατήρησε τον έλεγχο της συζήτησης, κατορθώνοντας, μέσα σε ένα κλίμα φαινομενικής αταξίας, να αγγίξει όλα τα θέματα ενδιαφέροντος του εργαστηρίου και να εντάξει συχνά αντίθετες απόψεις σε ένα ενοποιημένο πλαίσιο κατανόησης. Η συζήτηση οδηγήθηκε ομαλά προς το τέλος της με τη διατύπωση από τον συντονιστή σκέψεων-συμπερασμάτων που αναδύονταν από τα ίδια τα βιώματα των συμμετεχόντων, τοποθετημένων όμως σε νέα πλαίσια.

Ερωτήματα που απασχόλησαν κατά τη συζήτηση

- 1) Γιατί χρειάζεται να δουλεύουμε με τους γονείς;
- 2) Γιατί χρειάζεται να δουλεύουμε με τους εκπαιδευτικούς;
- 3) Ποιος πρέπει να δουλέψει με το παιδί και τους γονείς;
- 4) Πού πρέπει να βασιστεί η διαδικασία;
- 5) Πόσο πρέπει να κρατήσει η συμβουλευτική διαδικασία;

3. Κυρίαρχα βιώματα

Οι συμμετέχοντες, γονείς-εκπαιδευτικοί ως επί το πλείστον, αυθόρμητα περιγράφουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν σε σχέση με τη διαχείριση της διαφορετικότητας των παιδιών τους μέσα στο δεδομένο σύστημα υγείας και εκπαίδευσης. Αναφέρουν με πικρία, θυμό και απογοήτευση την απουσία ενημέρωσης και ψυχολογικής υποστήριξης, ακόμα και την απορριπτική στάση από το ιατρικό προσωπικό, κατά τη γέννηση του παιδιού με γενετικά προβλήματα. Οι γονείς παλεύουν για την αποδοχή των δυσκολιών του παιδιού τους αντιμέτωποι με τις αντιλήψεις της κοινωνίας, όσο και τις δικές τους,

για την αναπηρία και την «κανονικότητα», τη «νόρμα», το «μέσο όρο». Ακόμα και εάν η αποδοχή σε μεγάλο βαθμό επιτευχθεί, συσσωρεύεται κατά το μέγALLOWMA του παιδιού κόπωση και αίσθημα ματαίωσης, από την αργή πρόοδό του και τις παλινδρομήσεις του. Η περίπτωση ενός εφήβου με σύνδρομο Down που αυνανίζεται μέσα στη σχολική τάξη ή γίνεται επιθετικός θέτει σε δοκιμασία τις αντοχές και τις πεποιθήσεις γονιών και εκπαιδευτικών γύρω από θέματα taboo, όπως η σεξουαλικότητα. Εκφράζεται σύγχυση και θυμός για την ελλιπή διαθέσιμη υποστήριξη των παιδιών, αλλά και των εκπαιδευτικών, μέσα στο πλαίσιο του σχολείου. Κυριαρχεί στα βιώματα των περισσότερων συμμετεχόντων η θλίψη, ο φόβος και η αγωνία για το αβέβαιο μέλλον των παιδιών τους, ιδιαίτερα μετά το θάνατο των ιδίων. Η απαισιοδοξία που εκφράζεται εξισορροπείται από τον προσανατολισμό άλλων προς την επίλυση των καθημερινών προβλημάτων, με τη βοήθεια συγγενών και φίλων, και με την αλληλοϋποστήριξη μέσα σε συλλόγους, ενώ το υπαρκτικό άγχος του θανάτου αντιμετωπίζεται, σύμφωνα με την άποψη μιας συμμετέχουσας, μέσω της θρησκευτικής πίστης.

4. Στρες και προσαρμογή οικογενειών με παιδιά με ειδικές ανάγκες

Η οικογένεια του ατόμου με ειδικές ανάγκες βιώνει ένα πολύ μεγάλο σοκ. Αρχικά αρνείται την πραγματικότητα, μουνιάζει ψυχικά και ελπίζει ότι θα βρεθεί κάποιος μαγικός τρόπος, ώστε όλα να ξαναγίνουν όπως ήταν πριν. Η αποδοχή της πραγματικότητας έχει τους δικούς της χρόνους και μερικές φορές δεν συντελείται ποτέ από την οικογένεια. Οι περισσότεροι γονείς άγχονται και καταθλίζονται με την πληροφορία ότι το παιδί τους έχει μια σοβαρή και μακροχρόνια αναπηρία. Η γονική κατάθλιψη έχει διάφορες μορφές και εκδηλώσεις, άλλες φορές είναι χρόνια ή περιοδική και άλλες φορές υφίσταται άλλα σπάνια ιάται. Η πιο συνήθης μορφή είναι η περιοδική, η οποία γίνεται πιο οξεία όταν οι γονείς συγκρίνουν το παιδί τους με άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας, ως προς την ανάπτυξη του και την ανεξαρτησία του. Οι πιο στρεσογόνες περιόδους για την οικογένεια και το παιδί αποτελούν η πρώτη επαφή με την αναπηρία (διάγνωση και εκτίμηση), η πρώτη παιδική ηλικία, η εισαγωγή στο σχολείο, η εφηβεία, η αρχή και η διατήρηση της ενήλικης ζωής.

Κάθε οικογένεια είναι διαφορετική και βιώνει διαφορετικής βαρύτητας κατάθλιψη, όπως επίσης ποικίλλει η ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη. Ακολουθεί στο εργαστήριο συζήτηση αυτής της ποικιλομορφίας με αφορμή βιώματα των συμμετεχόντων.

Στην αρχή της συζήτησης η Εύα, μητέρα παιδιού με σύνδρομο Down, εκφράζει την ανησυχία της για το ξόπνημα της σεξουαλικότητας στον 11χρονο γιο της. Αναρωτιέται σε διάφορες στιγμές της συζήτησης, πόσο αποδεκτή μπορεί να είναι η έκφραση της σεξουαλικότητας και της διαφορετικότητας του γιου της από την κοινωνία. Η οικογένεια της Εύας βρίσκεται σε ευάλωτη θέση και ένα καινούργιο χαρακτηριστικό προστίθεται στα γνωρίσματα της, το κοινωνικό στίγμα.

5. Το κοινωνικό στίγμα

Οι συνθήκες της στιγματοποίησης διαφοροποιούνται, φυσικά, ανάλογα με το είδος της αναπηρίας. Η εμπειρία της διαφορετικότητας και του κοινωνικού στίγματος δεν επηρεάζει μόνο το ίδιο το άτομο με ειδικές ανάγκες, αλλά και όλη την οικογένεια, τους γονείς, τα αδέρφια και τους παππούδες-γιαγιάδες. Σε ένα κοινωνικό πλαίσιο αλληλεπίδρα-

σης, αυτές οι οικογένειες θα υποστούν κοινωνική περιθωριοποίηση και απαξίωση, που μπορεί να τους προκαλέσει αισθήματα ντροπής και κοινωνικού στίγματος. Οι οικογένειες οφείλουν να αναπτύξουν ιδιαίτερες ικανότητες, για να διαχειριστούν όλες αυτές τις αρνητικές κοινωνικές καταστάσεις. Ο κοινωνικός στιγματισμός και η χρονιότητα της φροντίδας του παιδιού μπορεί να οδηγήσουν την οικογένεια στην απόγνωση, στην απελπισία, στην εξάρτηση και στην κοινωνική απομόνωση. Για την αντιμετώπιση του χρόνιου βάρους της φροντίδας και των αρνητικών επιπτώσεων του, οι οικογένειες οφείλουν να υιοθετούν και να εφαρμόζουν πρακτικές ευελιξίας, προσαρμοστικότητας και ανοιχτής επικοινωνίας στην καθημερινή τους ζωή.

Μία επιπλέον σύγχυση που βιώνουν οι περισσότεροι γονείς προκύπτει από την παρανόηση της ανάπτυξης του ειδικού παιδιού. Το αναπτυξιακό συνεχές ξεκινά από το φυσιολογικό και καταλήγει στο μη φυσιολογικό. Τα παιδιά με ειδικές ανάγκες βρίσκονται σε ένα διαφορετικό σημείο στο ίδιο αναπτυξιακό συνεχές, έχοντας πολλά κοινά χαρακτηριστικά με τα «φυσιολογικά» παιδιά.

Προς το τέλος της κυρίως συζήτησης η Ευγενία, μητέρα 12χρονου κοριτσιού με σύνδρομο Noonan, συμπεραίνει πως είναι ο φόβος του θανάτου με τον οποίον έρχονται αντιμέτωποι κάθε μέρα. Η Κορίνα, μητέρα παιδιού με εγκεφαλική παράλυση, ισχυρίζεται πως η πίστη της στον Θεό την ελευθερώνει από το φόβο του θανάτου, ενώ μια άλλη μητέρα αγωνιά για την ανάπτυξη του παιδιού της και τη σχέση του με τα αδέρφια του.

6. Τα αδέρφια των παιδιών με ειδικές ανάγκες

Τα αδέρφια ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες χρήζουν επίσης προσοχής. Τα αδέρφια όπως και οι γονείς συμμετέχουν στην προσδοκία της άφιξης ενός παιδιού, αλλά είναι αυτά που συμμετέχουν και στο θρήνο, ο οποίος συνοδεύει τη γέννηση ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες. Ο συνήθης παιδοκεντρικός χαρακτήρας των οικογενειών με παιδί με ειδικές ανάγκες και η πεποίθηση, που δημιουργείται σε μερικά αδέρφια, ότι παραμελούνται κι έρχονται δεύτερα στην αγάπη των γονέων μπορεί να τα οδηγήσει σε αντικοινωνική και επιθετική συμπεριφορά προς τα άλλα μέλη της οικογένειας. Τα αδέρφια ατόμων με ειδικές ανάγκες έχουν πολλά ερωτήματα που, αν δεν απαντηθούν, θα τα οδηγήσουν σε δυσλειτουργικές σχέσεις με τα άλλα μέλη της οικογένειας. Ειδικότερα, τα αδέρφια μπορεί να αισθάνονται υπεύθυνα για τη συγκεκριμένη κατάσταση, να ενδιαφέρονται για τις συνέπειες και να αγωνιούν αν η κατάσταση είναι μεταδοτική.

Στο σύνολο, οι περισσότεροι αδερφοί και αδερφές δεν επηρεάζονται συναισθηματικά με αρνητικό τρόπο από το γεγονός ότι έχουν έναν αδερφό με ειδικές ανάγκες. Τα αδέρφια λειτουργούν ως μοχλοί ισορροπίας, εξιδανικεύονται και οι γονείς ταυτίζονται πιο εύκολα μαζί τους έχοντας ταυτόχρονα υψηλές προσδοκίες από αυτά. Τα αδέρφια μπορούν να έχουν έναν εποικοδομητικό ρόλο και οι γονείς οφείλουν να κρατούν κατά νου τις ανάγκες των άλλων τους παιδιών και να διασφαλίζουν το γεγονός ότι, οι ανάγκες τους συμβαδίζουν με την πορεία ανάπτυξης τους.

7. Κατασκευή της «ειδικής ανάγκης»

Ο συντονιστής αντλώντας ιδέες από τα βιώματα των συμμετεχόντων και την εμπειρία του ως θεραπευτή, αλλά και το αναλυτικό έργο του Freud και του Jung, την υπαρκτική σχο-

λή σκέψης, τη γνωσιακή σχολή ψυχοθεραπείας και τη συστημική προσέγγιση, επιχειρεί μια σύνθεση: από τη μια τα ένστικτα και από την άλλη ο θάνατος και ανάμεσά τους η κουλτούρα, το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο στην εξέλιξη της ανθρώπινης ιστορίας κατασκευάζεται η θεώρηση της αναπηρίας και της «ειδικής ανάγκης». Καλεί τους συμμετέχοντες να τοποθετήσουν την έννοια της ειδικής ανάγκης σε ένα άλλο πλαίσιο, αυτό της διαφορετικότητας. Την αναπηρία την αντιλαμβάνονται τα ανάπηρα άτομα πρωτίστως ως μία ιδιάζουσα κακοτυχία. «**Γιατί εγώ;**» αναρωτιέται ο ανάπηρος και «**Γιατί εμείς;**» αναρωτιούνται οι οικογένειες που έχουν κάποιο μέλος με αναπηρία. Σε αυτές τις ερωτήσεις δεν υπάρχουν απαντήσεις. Η ζωή δεν είναι μια λοταρία και τα «φυσιολογικά» άτομα δεν είναι τα κερδισμένα άτομα.

Την αναπηρία ανακατασκευάζουν σε «πραγματική» αναπηρία η «ανάπηρη» στάση ζωής, οι «ανάπηρες» πεποιθήσεις, σκέψεις και ιδέες. Δεν υπάρχει απόλυτο μειονέκτημα και η ίδια η έννοια του μειονεκτήματος δεν είναι πολύ σαφής. Είναι επίπονη η προσπάθεια ορισμού της αναπηρίας ή του όρου «άτομα με ειδικές ανάγκες». Οι περιγραφές και οι ορισμοί είναι νοητικές κατασκευές στα πλαίσια πολλών αλληλεπιδρώντων συστημάτων (παιδί ειδικός, ειδικός-παιδί, σχολείο-οικογένεια-ειδικός-παιδί κ.λ.π.).

Ο όρος «Άτομα με Ειδικές Ανάγκες» χρησιμοποιήθηκε επίσημα το 1978 από την επιτροπή Warnock στο Ηνωμένο Βασίλειο και ήρθε να αντικαταστήσει ποικίλους άλλους ορισμούς και χαρακτηρισμούς, όπως ανάπηρος, ανώμαλος, απροσάρμοστος. Ένα παιδί χαρακτηριζόταν ανάπηρο ή απροσάρμοστο χωρίς να δίδεται καμία σημασία στις δυνατότητες ή αδυναμίες του και χωρίς να προτείνεται καμία στρατηγική σε σχέση με τις αναπτυξιακές δυσκολίες του. Η προσπάθεια για μια θετική αναπλαισίωση της αναπηρίας και της κοινωνικο-συναισθηματικής αποφόρτισης του όρου «αναπηρία», χωρίς μειωτικό χαρακτήρα, παρήγαγε νέους ορισμούς και έτσι εισήχθη το 1981 ο όρος «παιδί με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες» και αργότερα άλλοι όροι, όπως «άτομα με ιδιαίτερες δυνατότητες», «άτομα με ιδιαίτερες ανάγκες» άλλα και «άτομα με διαφορετικές ικανότητες». Η ελληνική νομοθεσία εισήγαγε το 2000 το όρο Άτομα με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες, ένας «πολυδιάστατος» όρος, λόγω της πληθώρας των προσδιορισμών που περιλαμβάνει και της λειτουργίας του σαν «ομπρέλα».

Ο συντονιστής, στη συνέχεια, βοηθά τους συμμετέχοντες να εντοπίσουν πεποιθήσεις και προκαταλήψεις που, στο βαθμό που τις ενστερνίζονται, τους καθηλώνουν σε μια άγονη έκφραση θυμού για την απογοητευτική έλλειψη υποστήριξης από το σύστημα. Αποδέχεται την ύπαρξη των προβλημάτων, ταυτόχρονα όμως κατευθύνει τους συμμετέχοντες από την αναγνώριση δύσκολων συναισθημάτων στη συνειδητοποίηση όσων έχουν τη δυνατότητα να αλλάξουν: να αναπροσαρμόσουν σε πιο ρεαλιστική βάση τις προσδοκίες/απαιτήσεις τους από το παιδί τους, ανάλογα με τη βαρύτητα της αναπηρίας και το εξελικτικό του στάδιο, και να κτίσουν το δικό τους υποστηρικτικό δίκτυο.

8. Ανακατασκευή - η δυνατότητα επιλογής

Η ατελείωτη φιλολογία για τη συνθήκη της ειδικής ανάγκης πηγάζει μέσα από τον τρόπο με τον οποίον σηματοδοτούμε τους ανθρώπους. Ο καθένας μας έχει μια εικόνα για την τελειότητα και την απόκλιση, σύμφωνα με τους κοινωνικούς και πολιτισμικούς ορισμούς της κάθε περιόδου και τις αξίες των εκάστοτε κοινωνιών. Το κάθε παιδί και κάθε άτομο με ειδικές ανάγκες φέρει τα δικά του χαρακτηριστικά, τα αδύναμα και τα δυνατά σημεία του, και αυτή η σύνθεση δομεί μία μοναδική προσωπικότητα.

Έχοντας ως δεδομένη την ύπαρξη προβλημάτων στην ανθρώπινη ζωή και της διαφορετικότητας σε ένα κοινωνικό σύστημα που δεν σέβεται πάντα το διαφορετικό και το ανθρώπινο, τονίστηκε στη συζήτηση η σημασία της δυνατότητας της επιλογής. Ανάμεσα στα ένστικτα και τους κοινωνικούς κανόνες, έχουμε την επιλογή να ανακατασκευάσουμε τις πεποιθήσεις μας και τον τρόπο έκφρασης της σκέψης μας. Δεν καθορίζουν τη ζωή οι αναγκαιότητες των ενστίκτων ή οι επιταγές της κοινωνίας, αλλά το νόημα που εμείς τους δίνουμε. Ανάμεσα στη διαχείριση της «προβληματικής» σεξουαλικής συμπεριφοράς του εφήβου και στη δυσκολία αποδοχής της αναπηρίας του από την κοινωνία, ανάμεσα στην καθημερινή ματαίωση των ονείρων για την πρόοδο ενός παιδιού με αναπηρία και στο φόβο του τέλους, «το πρόβλημα» του διαφορετικού παιδιού μπορεί να δώσει νόημα στη ζωή μας.

9. Οργάνωση του συστήματος της οικογένειας με την ειδική ανάγκη και αλληλεπίδρασή της με άλλα συστήματα

Οι οικογένειες με παιδί με ειδικές ανάγκες χαρακτηρίζονται από την ιδιαίτερη οργάνωση τους, η οποία δεν τις καθιστά ωστόσο δυσλειτουργικές. Ο παιδοκεντρικός χαρακτήρας της είναι δυνατό σημείο στήριξης για το παιδί, άλλα με αρνητικό αποτέλεσμα για τα αδέλφια, που καλούνται να παίξουν γονικό ρόλο καταργώντας τη διαγενεακή δομή της οικογένειας. Η ειδική ανάγκη του παιδιού λειτουργεί ως οργανωτής των συναλλαγών, των οικογενειακών ρόλων, καταλαμβάνει το ζωτικό χώρο του ζευγαριού και τη σχέση των γονέων με τα άλλα παιδιά και πυροδοτεί άγχος.

Η οικογένεια με παιδί με ειδικές ανάγκες δεν λειτουργεί ως ένα αυτόνομο σύστημα, αλληλεπιδρά με άλλα πλαίσια και άτομα τα οποία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στο σύστημα της οικογένειας. Η αλληλεπίδραση είναι συνεχής και επιβάλλεται ανάμεσα στο οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον και τις κοινωνικές δομές που περιστοιχίζουν το άτομο με ειδικές ανάγκες. Η κοινωνική στήριξη είναι ανεπίσημη, από το άμεσο συγγενικό και φιλικό περιβάλλον και επίσημη, η οποία εντοπίζεται μέσα στα ευρύτερα κοινωνικά και πολιτικά συστήματα, όπως είναι η εκπαίδευση, η ιατρική περίθαλψη, τα κέντρα αποκατάστασης και όλες οι κρατικές ή μη μορφές πρόνοιας και υποστήριξης. Το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον (συγγενείς και φίλοι) επηρεάζει ουσιαστικά το οικογενειακό σύστημα και βοηθά στην εσωτερική και εξωτερική συγκρότηση και λειτουργία του, όπως ταυτόχρονα καθορίζει αν η οικογένεια θα βιώσει απομόνωση, στιγματισμό και απόρριψη.

Η οικογένεια με παιδί με ειδικές ανάγκες έχει ανάγκη, εκτός από την ψυχοκοινωνική υποστήριξη, την ανάγκη για πρακτική βοήθεια, πληροφόρηση, διάλογο, ψυχαγωγία, προσωπικό χρόνο και, κυρίως, την ανάγκη να αντιμετωπιστούν όλα τα μέλη της ως πρόσωπα με δικαιώματα και όχι απλά ως η οικογένεια με ένα ιδιαίτερο παιδί.

Το παιδί με ειδικές ανάγκες μπορεί να αποτελεί ένα πρόβλημα για την οικογένεια, άλλα τη φυσιολογική οικογενειακή ζωή τη χαρακτηρίζει η παρουσία και όχι η απουσία προβλημάτων, με κύριο γνώρισμα της φυσιολογικότητας τη λειτουργικότητα της οικογενειακής δομής.

10. Η χρησιμότητα της συμβουλευτικής

Μέσα από αυτή τη νέα οπτική, το «πρέπει» της αντιμετώπισης των προβλημάτων και της υποστήριξης των γονέων-εκπαιδευτικών παιδιών με αναπηρία, όπως τέθηκε στα ερωτή-

ματα της συζήτησης, μεταμορφώνεται σε κάτι που «είναι ωφέλιμο να γίνει». Η συμβουλευτική είναι ωφέλιμη, όχι μόνο για την αναγνώριση των συναισθημάτων και την ανακούφιση από τη θλίψη, αλλά κυρίως για την ενίσχυση των προσωπικών αποθεμάτων και των δυνατοτήτων γονέων και εκπαιδευτικών. Μέσω της εύρεσης νοήματος στο «πρόβλημα», η συμβουλευτική υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει τις οικογένειες να συνεχίσουν ελεύθερες, όχι ίσως από τις δυσκολίες, αλλά σίγουρα από το βάρος των εκάστοτε «ανάπηρων πεποιθήσεων».

Τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι οικογένειες τους αποτελούν έναν ιδιαίτερο κόσμο, μοναδικό και δύσκολο συνάμα. Μέρος αυτού του κόσμου αποτελούμε όλοι μας και ο καθένας χωριστά. Η «αναπηρία, μειονεξία, ειδική ανάγκη» -δεν έχει σημασία η λέξη, αλλά η ουσία- είναι υπόθεση όλων μας και η ψυχοκοινωνική στήριξη των οικογενειών δεν θα είναι επιτυχής αν δεν στηρίζεται από την κοινότητα συστηματικά και αν το κάθε μέλος της κοινότητας δεν παλέψει ατομικά να πετάξει «ανάπηρα» κοινωνικά στερεότυπα και πεποιθήσεις από πάνω του.

11. Περιορισμοί

Οφείλουμε να δεχτούμε πως το εργαστήριο οργανώθηκε σε περιοριστικές συνθήκες. Δεν είναι δυνατόν να εξαντληθούν τα σχετικά με τη συμβουλευτική γονέων-εκπαιδευτικών παιδιών με αναπηρία ζητήματα σε μία και μοναδική συνάντηση, ούτε να επιτραπεί η αναγκαία συναισθηματική έκφραση και ανταλλαγή πληροφοριών. Ακόμη, η ανεξέλεγκτη προσέλευση και ο αριθμός των συμμετεχόντων, πολύ μικρός στην αρχή του εργαστηρίου, αρκετά μεγάλος στη συνέχεια, προκάλεσε αναστάτωση και δυσχέρανε την έκφραση βιωμάτων.

Βάση για τη μελλοντική υλοποίηση παρόμοιων εργαστηρίων θα ήταν η διερεύνηση και αξιολόγηση των αναγκών της ειδικής αυτής ομάδας συμμετεχόντων. Ιδιαίτερα χρήσιμη πριν το καθαυτό βιωματικό εργαστήριο για την κατανόηση από τους συμμετέχοντες βασικών εννοιών και την άρση παρανοήσεων θα ήταν μια θεωρητική παρουσίαση των ιδιαίτερων προβλημάτων/προκλήσεων σε κάθε εξελικτικό στάδιο ενός παιδιού με αναπηρία, καθώς και μια γνωριμία με τις βασικές συμβουλευτικές προσεγγίσεις. Η ανατροφοδότηση από τους συμμετέχοντες στο τέλος του εργαστηρίου θα βοηθούσε στην ενημέρωση παρόμοιων εγχειρημάτων στο μέλλον.

Παρά τους περιορισμούς, φαίνεται πως το θέμα της συμβουλευτικής προσεγγίστηκε ικανοποιητικά. Παρακολούθησαν τη συζήτηση οι συμμετέχοντες με αμείωτο ενδιαφέρον, αντάλλαξαν με τον συντονιστή και μεταξύ τους απόψεις γύρω από τα προβλήματα και τις στρατηγικές αντιμετώπισής τους και κλήθηκαν να δουν με άλλο βλέμμα θεμελιώδη ζητήματα της ανθρώπινης ύπαρξης: τον πόνο και την αρρώστια, την ευθύνη της ελευθερίας, το νόημα της ζωής και το θάνατο.

“...
*But only one Smile alone
 That betwixt the Cradle & Grave
 It only once Smil'd can be
 But when it once is Smil'd
 There's an end to all Misery.”*
 William Blake,
 Songs & Ballads: The Smile

Βιβλιογραφία

- Callias, M. (1987). Working with parents of handicapped children. Στο J. Tsiantis & S. Manopoulos (επιμ.). *Modern issues in child Psychiatry* (vol. 3) (in Hellenic).
- Cunnigham, C.C. & Davis, H. (1985). *Working with parents: frameworks for collaboration*. Milton Keynes: Open University Press.
- Craft, A. & Craft, M. (1983). *Sex education and counseling for mentally handicapped people*. Costello.
- Howlin, P. (1989). Living with impairment: the effects on children of having an autistic sibling. *Childcare, health and development*, 14:395-408.
- Rutter, M. (1987). *Helping troubled children*. Penguin Books.
- Τσιμπιδάκη, Α. (2007). *Παιδί με Ειδικές ανάγκες, οικογένεια και σχολείο. Μια σχέση σε αλληλεπίδραση*. Αθήνα: Εκδ. Ατραπός.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Σχήμα: Παρουσίαση των συμμετεχόντων στο εργαστήριο

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Βασιλική Δανηλίδου

1. Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον νόμο 1566 του 1985 «Σκοπός της εκπαίδευσης είναι να συμβάλλει στην ολόπλευρη, αρμονική και ισόρροπη ανάπτυξη των διανοητικών και ψυχοσωματικών δυνάμεων των μαθητών, ώστε ανεξάρτητα από φύλο και καταγωγή να έχουν τη δυνατότητα να εξελιχθούν σε ολοκληρωμένες προσωπικότητες και να ζήσουν δημιουργικά.»

Οι στόχοι της εκπαίδευσης σήμερα είναι:

- Γνωστικοί (μεταβίβαση γνώσεων),
- Θυμικοί (εμπλουτισμός ψυχικού κόσμου του μαθητή),
- Ψυχοκινητικοί (ανάπτυξη φυσικών ικανοτήτων).

Μέσω της εκπαίδευσης δημιουργούμε την παρούσα και κυρίως τη μελλοντική κοινωνία, την οποία όλοι επιθυμούμε υγιή, αρμονική, ευημερούσα και δημιουργική. Το σχολείο διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση του αυριανού πολίτη και κατ' επέκταση της κοινωνίας και μαζί με την οικογένεια αποτελούν το βασικότερο φορέα κοινωνικοποίησης.

Στην εποχή μας δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανθρώπινη διάσταση της εκπαίδευσης και έτσι καταβάλλεται προσπάθεια, πέρα από τις γνώσεις, να δοθεί στα παιδιά συναισθηματική στήριξη μέσα από επιτυχημένες ανθρώπινες σχέσεις. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, θα πρέπει να υπάρχει μια βοηθητική σχέση μεταξύ εκπαιδευτικών-μαθητών-γονέων, με την έννοια ότι η συμπεριφορά των εκπαιδευτικών θα πρέπει να αποβλέπει στην ολόπλευρη εξέλιξη των μαθητών.

Η Συμβουλευτική και η Εκπαίδευση έχουν κοινά σημεία, καθώς και οι δυο περιέχουν την αγωγή, την καθοδήγηση και την τροποποίηση της συμπεριφοράς ή την απόκτηση μιας άλλης. Ο συμβουλευτικός ρόλος του εκπαιδευτικού έχει μελετηθεί, αναλυθεί και επισημανθεί από έρευνες στην Ελλάδα και στο διεθνή χώρο. Η επιδεξιότητα των εκπαιδευτικών σε συμβουλευτικές και επικοινωνιακές ικανότητες έχει θεμελιώδη σημασία σε αυτή την προσπάθεια. Λόγο του ότι η εκπαίδευση, εκτός των άλλων, είναι και μια ψυχολογική διαδικασία, οι εκπαιδευτικοί, σε φάσεις, καλούνται να εκπληρώσουν και ρόλο συμβούλου. Καλά καταρτισμένοι εκπαιδευτικοί μπορούν να λειτουργήσουν ως «ενδιάμεσοι σύμβουλοι» μεταξύ παιδιού και άλλων (όπως, οικογένειας, σχολικού ψυχολόγου, συμμαθητών κ.τ.λ.). Ως εκ τούτου, η εξάσκηση, η γνώση και η κατοχή βασικών συμβουλευτικών δεξιοτήτων θεωρούνται απαραίτητες στη δημιουργία ενός καλύτερου κλίματος εντός και εκτός τάξης, το οποίο ευνοεί στην αποτελεσματικότερη διαδικασία της μάθησης, συναισθηματικής στήριξης των μαθητών, αλλά και τη συνεργασία με άλλους φορείς.

Με τον όρο «επικοινωνιακές δεξιότητες» εννοούμε τις δεξιότητες που επιτρέπουν στο άτομο να συμπεριφέρεται με τον κατάλληλο τρόπο στην ανάλογη κατάσταση. Οι «συμβου-

λευτικές δεξιότητες» περιλαμβάνουν τις επικοινωνιακές αλλά και κάποιες άλλες πιο εξειδικευμένες, οι οποίες στοχεύουν στην αλλαγή. Επίκεντρο της εκπαιδευτικής πράξης είναι ο μαθητής, λαμβάνοντας υπόψη τις ικανότητες, τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ιδιαιτερότητές του. Ο κάθε μαθητής χαρακτηρίζεται από το δικό του τρόπο μάθησης, ο οποίος διαμορφώνεται από το συνδυασμό στοιχείων της προσωπικότητάς του, των κλίσεων και δυνατοτήτων, των διαπροσωπικών δεξιοτήτων του.

Σκοπός της συμβουλευτικής στην εκπαίδευση είναι η έγκαιρη πρόβλεψη, ο προγραμματισμός, η σχεδίαση των ενεργειών, η διευκόλυνση της μετάβασης και προσαρμογής σε κάθε βαθμίδα εκπαίδευσης, καθώς και η διευκόλυνση της μετάβασης από το σχολείο στην εργασία και το κοινωνικό περιβάλλον. Για να επιτευχθεί αυτό, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να είναι ενήμερος και έτοιμος να αντιμετωπίσει μια συμπεριφορά, η οποία μπορεί να δημιουργεί πρόβλημα στο σχολικό, οικογενειακό ή και κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού και κυρίως στο ίδιο το παιδί. Θα κλιθεί να την αντιμετωπίσει στο σχολείο, σε πολλές περιπτώσεις να ενημερώσει τους γονείς και να κάνει παραπομπή, όπου είναι απαραίτητο, σε κάποιον ειδικό ή να ζητήσει ο ίδιος τη βοήθεια ή παρέμβαση ειδικού. Για τον καλύτερο και αποτελεσματικότερο τρόπο αντιμετώπισης είναι απαραίτητη η καλή συνεργασία όλων των ενδιαφερομένων και εμπλεκόμενων στο πρόβλημα: παιδί-εκπαιδευτικός-γονείς-ειδικός. Η καλή συνεργασία είναι πιθανότερο να επιτευχθεί όταν ο εκπαιδευτικός είναι σε θέση να διαχειριστεί την κατάσταση. Ο συμβουλευτικός του ρόλος είναι απαραίτητος σε αυτές τις περιπτώσεις, πέρα από τον συμβουλευτικό του ρόλο μέσα στα πλαίσια της τάξης.

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες δεν είναι απαραίτητα διαθέσιμες σε όλους τους ανθρώπους και συχνά χρειάζεται εκπαίδευση και εξάσκηση για να τις αποκτήσουν. Κοινωνικά επιδέξιος είναι ένας άνθρωπος ο οποίος συμπεριφέρεται κατάλληλα στις αντίστοιχες περιστάσεις. Ως συμβουλευτικές δεξιότητες ορίζονται εκείνες που στοχεύουν να βοηθήσουν στην επίλυση ενός προβλήματος, οι οποίες περιλαμβάνουν τις επικοινωνιακές, αλλά και κάποιες πιο εξειδικευμένες.

Στη συνέχεια, θα γίνουν αναφορές για συμπεριφορές που μπορεί να προβληματίσουν σε μια τάξη (επιθετική συμπεριφορά, προβλήματα υγείας ενός παιδιού, μαθησιακές δυσκολίες κ.τ.λ.), για το ρόλο της οικογένειας στην αντιμετώπιση ενός προβλήματος, στην ειδική αγωγή και στις τεχνικές συμβουλευτικής, τις οποίες χρειάζεται να κατέχει ο εκπαιδευτικός προκειμένου να δημιουργήσει συμμαχία με παιδιά και γονείς, ώστε να διαχειριστούν με επιτυχία τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν.

2. Συμπεριφορά που μπορεί να προβληματίζει σε μια τάξη

2.1. Αιτίες

- ▶ Βιολογικοί παράγοντες (γενετικοί, βιοχημικοί, σχιζοφρένεια, μανιοκατάθλιψη, κ.τ.λ.).
- ▶ Οικογενειακό περιβάλλον (διαλυμένες οικογένειες, συμπλέγματα, γονεϊκή έλλειψη).
- ▶ Πολιτισμικοί-κοινωνικοί παράγοντες (τηλεοπτική βία, ναρκωτικά, αλλαγή σεξουαλικών κανόνων).
- ▶ Σχολικοί παράγοντες (μαθησιακές δυσκολίες, κακή αυτόεικόνα).

2.2. Η πολυπλοκότητα των αιτιών

Οι αιτίες είναι πολυπαραγοντικές, αλληλεπιδρούν και αλληλεπικαλύπτονται. Το ίδιο συμβαίνει και με τα προβλήματα που δημιουργούνται. Έτσι, υπάρχει μία ή όλες από τις παρακάτω αιτίες που οδηγεί σε ένα ή όλα από τα διπλανά προβλήματα:

Αιτίες

Εξωγενείς μαθησιακές δυσκολίες, κ.τ.λ.

Εγγενείς νοητική υστέρηση, σχιζοφρένια κ.τ.λ.

Άγνωστες

Προβλήματα

Προβληματική συμπεριφορά

Ο εντοπισμός των αρχικών αιτιών μιας διαταραχής συχνά είναι αδύνατος. Αυτό ενέχει τον κίνδυνο να ψάχνουμε για την αιτία και να αφήνουμε το πρόβλημα άλυτο. Επειδή άλλωστε μερικές φορές δεν μπορούμε να παρέμβουμε στην εξάλειψη των αιτιών, πρέπει να προσπαθούμε να δούμε τι μπορεί να γίνει για την αντιμετώπιση της ίδιας της προβληματικής συμπεριφοράς.

2.3. Βασικά ο δάσκαλος πρέπει να προσέχει:

- α. Να μη δημιουργεί καταστάσεις που ενθαρρύνουν το πρόβλημα του παιδιού.
- β. Να χειρίζεται το σχολικό περιβάλλον έτσι που να δίνεται δευτερεύουσα σημασία στις καταστάσεις της οικογένειας που ο ίδιος αδυνατεί να αλλάξει.

Πρέπει να έχουμε πάντα υπ' όψιν τα εξής:

- α. Η προβληματική συμπεριφορά είναι "δικαίωμα του παιδιού" και πολλές φορές αναπόφευκτη.
- β. Πρέπει να αλλάζουν όλοι οι παράγοντες που μπορεί να ελεγχθούν.
- γ. Το παρελθόν είναι αδύνατο να αλλάξει.
- δ. Το κατάλληλο σχολικό περιβάλλον είναι το μόνο που μπορεί να φέρει αλλαγές στη ζωή του παιδιού.
- ε. Ό,τι συμβαίνει μέσα στην τάξη μπορεί να ελεγχθεί και να αλλάξει.
- στ. Στο έργο του ο δάσκαλος έχει ανάγκη την βοήθεια και την συμβουλή των ειδικών.

2.4. Εκπαιδευτική αντιμετώπιση της συμπεριφοράς

Παρ' όλο που ο δάσκαλος έχει τη θέληση και την υπομονή, έχει αποδειχτεί ότι δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένος ώστε να κατέχει τις τεχνικές εκείνες που θα του επιτρέψουν να χειραγωγήσει μια προβληματική συμπεριφορά. Αν αυτό γινόταν, ο δάσκαλος δεν θα είχε ανάγκη τη συνδρομή άλλων επιστημόνων. Αυτά που πρέπει κυρίως να λαμβάνονται υπ' όψιν κατά τη δημιουργία των στρατηγικών αντιμετώπισης παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς είναι:

- Η συμπεριφορά είναι κυρίως προϊόν μάθησης.
- Η διαμόρφωση της τάξης και του σχολείου έχει άμεσο αντίκτυπο στη συμπεριφορά του παιδιού.
- Ο δάσκαλος ωφελείται περισσότερο από τις θέσεις των συμπεριφοριστών πάνω στα προβλήματα συμπεριφοράς (ενίσχυση, επιβράβευση κ.τ.λ.).
- Οι γονείς και οι δάσκαλοι είναι οι πιο κατάλληλοι να βοηθήσουν στην τροποποίηση της διαταραγμένης συμπεριφοράς.

Εκείνο που πρέπει να τονιστεί είναι ότι τα μέτρα αυτά δεν αποτελούν πανάκεια και ότι δυστυχώς η τροποποίηση της προβληματικής συμπεριφοράς, ενώ είναι κάτι που διδάσκεται, όπως και κάθε τι άλλο που διδάσκεται, δεν εφαρμόζεται σε όλες τις περιπτώσεις.

2.5. Εκτίμηση και καταγραφή της συμπεριφοράς

Το να εκτιμηθεί και να καταγραφεί η Προβληματική Συμπεριφορά του μαθητή σε όλες τις διαστάσεις της είναι ίσως το πρώτο και πιο σπουδαίο βήμα στην αντιμετώπισή της. Τα στάδια πρέπει να είναι τα εξής:

- Η ακριβής περιγραφή του προβλήματος.
- Σχεδιασμός καταλόγου με τα αρνητικά και τα θετικά σημεία του παιδιού.
- Μέτρηση της συμπεριφοράς με τη δημιουργία μιας γραμμής βάσης, από την οποία θα αρχίσουμε την παρέμβασή μας και με την οποία θα κρίνουμε τις προόδους μας.
- Δημιουργία πινάκων, ιστογραμμάτων, διαγραμμάτων κλπ.

Ο Σχεδιασμός προγράμματος αντιμετώπισης κάποιας Προβληματικής Συμπεριφοράς έχει τις παρακάτω διαδικασίες:

- Σχεδιασμός υποστόχων για την επίτευξη του κύριου στόχου.
- Ανάλυση και αλλαγή συνθηκών: Χειρισμός γεγονότων που προηγούνται και χειρισμός συνεπειών (επιλογή αμοιβών).
- Συζήτηση με το παιδί για την υλοποίηση του προγράμματος. Πολλές φορές το παιδί δεν αντιλαμβάνεται πόσο η συμπεριφορά του ενοχλεί και επηρεάζει τους άλλους. Ένα απλό σύστημα αμοιβών μπορεί να έχει καταπληκτικά αποτελέσματα.
- Επιλογή τεχνικών καταγραφής της προόδου. Εκτός από το δάσκαλο μπορεί και ο ίδιος ο μαθητής να συμμετέχει στην καταγραφή της προόδου του μέσα από την αυτοπαράτηρηση και την αυτοαξιολόγηση. Η επιθυμητή συμπεριφορά μπορεί επίσης να οριστεί σε συνεργασία με το παιδί.
- Συμμετοχή τρίτων στο πρόγραμμα. Τέτοιοι μπορεί να είναι οι γονείς, ο διευθυντής, ο γυμναστής/στρία οι φίλοι ή και ολόκληρη η τάξη του μαθητή.
- Οι κανόνες της τάξης. Αυτοί μπορεί να είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης καλής συμπεριφοράς από μέρους των παιδιών, διότι και τα αυτονόητα πρέπει μερικές φορές να διδάσκονται. Οι κανόνες πρέπει να δηλώνουν με σαφήνεια τη συμπεριφορά, να συζητούνται και να αναθεωρούνται από τα παιδιά, να γίνεται υπόμνησή τους σε τακτά διαστήματα και να επαινείται η τάξη όταν τους τηρεί.

3. Συμβουλευτική και ειδική αγωγή

Η σύγχρονη εκπαιδευτική πολιτική ενσωματώνει στους σκοπούς της την καλλιέργεια της αποδοχής και του σεβασμού της διαφορετικότητας. Επίκεντρο στην εκπαιδευτική πράξη πρέπει να είναι ο μαθητής με τις ανάγκες, τις ικανότητές του, το δικό του τρόπο μάθησης, τις δικές του κλίσεις, τις διαπροσωπικές του δεξιότητες, τον ιδιαίτερο ψυχισμό του και τις ιδιαιτερότητές του γενικότερα, όπως όλοι μας άλλωστε.

Η πολιτική της ειδικής αγωγής προσανατολίζεται στην εκπαιδευτική ένταξη των μαθητών με και χωρίς ειδικές ανάγκες. Στα πλαίσια της ειδικής αγωγής, η συμβουλευτική, σύμφωνα με έναν ορισμό, θα πρέπει να έχει ως γνώμονα «την ανάπτυξη της προσωπικότητας των παιδιών, τη βελτίωση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων, ώστε να καταστεί δυνατή η ένταξη ή η επανένταξή τους στο κοινό εκπαιδευτικό σύστημα και η συμβίωση με το κοινωνικό σύνολο. Την επαγγελματική τους κατάρτιση και τη συμμετοχή τους στην παραγωγική διαδικασία, την αλληλοαποδοχή τους με το κοινωνικό σύνολο και την ισότιμη κοινωνική τους εξέλιξη».

Οι στόχοι της μπορεί να είναι: διαγνωστικοί, προγνωστικοί, ενημερωτικοί, ψυχολογικοί, θεραπευτικοί. Ολοκληρωμένοι οι στόχοι της μπορούν να επιτευχθούν από τους ειδικούς συμβούλους, ωστόσο σε επιμέρους παραμέτρους η συμβολή των εκπαιδευτικών είναι σημα-

ντική και πολλές φορές η βασικότερη για τον εντοπισμό και την εξέλιξη κάποιων προβλημάτων. Το περιεχόμενο της συμβουλευτικής μπορεί να αφορά την παρακολούθηση και παρέμβαση τόσο στο σπίτι, όσο και στο σχολείο, οπότε η συμβολή του εκπαιδευτικού είναι καθοριστική.

Σκοπός της συμβουλευτικής είναι να διευκολύνει το άτομο στη λήψη αποφάσεων και να το βοηθήσει να πραγματοποιήσει και να επιτύχει επιλογές του, με σκοπό τη σωστή προσαρμογή του και την εξασφάλιση, διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής και σωματικής του υγείας και ευημερίας. Προς αυτή την κατεύθυνση η συμβουλευτική επιδιώκει να καθοδηγήσει, να υποστηρίξει, να προτείνει και να πληροφορήσει. Σε καμία περίπτωση ο ρόλος της συμβουλευτικής δεν είναι να κρίνει, να επικρίνει και να δίνει λύσεις «κιονσέρβες».

Στα πλαίσια της ειδικής αγωγής, η συμβουλευτική είναι πολύτιμη τόσο για τους μαθητές όσο και για τους γονείς, οι οποίοι λόγω ανεπαρκούς πληροφόρησης μπορεί να κρατούν τα παιδιά στο σπίτι ή δεν επιλέγουν κατάλληλο τύπο εκπαιδευτικού ιδρύματος, ανάλογο των αναγκών του παιδιού, δεν έχουν σωστή ενημέρωση νέων εκπαιδευτικών μέσων και προγραμμάτων για διαφορετικές κατηγορίες ατόμων με ειδικές ανάγκες. Επίσης, στον προγραμματισμό για τη λήψη εκπαιδευτικών αποφάσεων, στη δημιουργία θετικής προδιάθεσης του ατόμου προς τον εαυτό του και τους άλλους, στο να αντιμετωπιστούν σχολικές δυσκολίες, στη μέγιστη απόδοση των δυνατοτήτων των παιδιών, στη διευκόλυνση των διαπροσωπικών σχέσεων, στην αντιμετώπιση προβλημάτων στην οικογένεια κ.τ.λ. Με άλλα λόγια, στην ολόπλευρη ατομική εξέλιξη και ανάπτυξη του ατόμου.

Τα παιδιά με αναπηρίες είναι πάνω απ' όλα παιδιά, με ίδια δικαιώματα για αυτοπραγμάτωση και τις ίδιες ανάγκες για επιτυχίες, κοινωνική αναγνώριση και δημιουργία, μέσω του δικού τους τρόπου και των δικών τους δυνατοτήτων και μέσων, όπως άλλωστε όλοι οι άνθρωποι, ανεξαρτήτως των ιδιοτεροτήτων τους. Η επαφή με τους ανθρώπους και όχι τα ειδικά ιδρύματα ή η απομόνωση συντελούν στη μάθηση και την κοινωνικοποίηση. Έχουν τις ίδιες ανάγκες για μαθησιακές ευκαιρίες, για πειραματισμούς, επιτυχίες και κοινωνική αναγνώριση. Έχουν τα ίδια δικαιώματα ν' αγωνιστούν για τα όνειρά τους, να αποτύχουν, να κλάψουν, να απελπιστούν, να ξαναδοκιμάσουν και τελικά να μάθουν, όπως όλοι μας. Έχουν τα ίδια δικαιώματα μέσα στην ίδια τάξη να μοιραστούν την αγάπη μας.

Ανάλογα με το πρόβλημα και την ιδιαιτερότητα της κάθε περίπτωσης, ο εκπαιδευτικός καλείται να επιλέξει τους κατάλληλους χειρισμούς και τον κατάλληλο χρόνο και τρόπο για τις ανακοινώσεις ή τη συνεργασία με τους γονείς. Όταν ο εκπαιδευτικός έχει στην τάξη παιδιά με ειδικές ανάγκες, η συνεργασία με τους γονείς και η δημιουργία μιας σχέσης αμοιβαίας αποδοχής και εμπιστοσύνης είναι απαραίτητη. Για το λόγο αυτό, η αναμόρφωση της εκπαίδευσης και της επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών είναι απαραίτητη, εάν θέλουμε να μάθουμε να αναγνωρίζουμε και να αντιμετωπίζουμε τις ειδικές μαθησιακές ανάγκες όλων των παιδιών, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με μαθησιακές δυσκολίες και μειονεξίες.

Η εθνική εκπαιδευτική πολιτική πρέπει να θεωρεί την Ειδική Αγωγή ως αναπόσπαστο μέρος των προγραμμάτων εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών, τόσο στη βασική εκπαίδευση, όσο και στην επιμόρφωσή τους. Η κοινωνική ένταξη των ατόμων με προβλήματα προσδιορίζεται από δύο κατευθύνσεις: την κλινική-ιατρική και την ψυχολογική-κοινωνιολογική. Η ιατρική άποψη δίνει έμφαση στις ικανότητες, τα προβλήματα και τη γενικότερη δυνατότητα του ατόμου να ενταχθεί ως ενεργό οικονομικό μέλος στην αγορά. Η κοινωνιολογική έχει να κάνει με το συνολικό περιβάλλον, τους τρόπους διευκόλυνσης του αναπήρου, τη βιομηχανική ένταξη του κλπ. Τα άτομα με ειδικές ανάγκες αποτελούν κοινωνική ομάδα "υπό διωγμόν" και ως τέτοια αντιμετωπίζονται.

Η ενσωμάτωση αποτελεί πλέον την νέα πραγματικότητα για τα Ευρωπαϊκά και γενικότερα τα δυτικά δεδομένα, αφού θεωρείται η αρχή και το τέλος των σκοπών της ειδικής αγωγής. Η ενσωμάτωση ως στόχος περιλαμβάνει όλες τις προσπάθειες που μπορούν να γίνουν για να βοηθηθούν τα άτομα με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες ν' αναπτύξουν τις ικανότητές τους και την προσωπικότητά τους, ώστε να εκπληρώσουν το ρόλο τους στην κοινωνία με το μεγαλύτερο δυνατό βαθμό αυτονομίας. Όλοι οι πόροι διαβίωσης πρέπει να χρησιμοποιούνται με τέτοιο τρόπο που να παρέχουν σε όλους ίσες ευκαιρίες και δυνατότητες για συμμετοχή.

Στο χώρο της εκπαίδευσης η ενσωμάτωση είναι η κύρια προϋπόθεση πρόσβασης σε όλες τις δραστηριότητες και σε όλους τους χώρους της κοινωνικής ζωής. Τα μέτρα που λαμβάνονται είναι τα εξής:

- Η εξάλειψη των ειδικών εμποδίων για να διευκολυνθεί η πρόσβαση στο σχολείο.
- Η σωστή προετοιμασία των εκπαιδευτικών και η διαρκής τους κατάρτιση.
- Η ευαισθητοποίηση του οικογενειακού και σχολικού περιβάλλοντος.

Δημιουργούνται, λοιπόν, διαφορετικά είδη ενσωμάτωσης:

- Η χωροταξική ενσωμάτωση, κατά την οποία τα παιδιά απλώς βρίσκονται στον ίδιο διδακτικό χώρο.
- Η κοινωνική ενσωμάτωση, που περιλαμβάνει δραστηριότητες που αυξάνουν την επικοινωνία μεταξύ των μαθητών.
- Η διδακτική ενσωμάτωση, κατά την οποία το παιδί εκπαιδεύεται μέσα στη συνηθισμένη τάξη, συμμετέχοντας στην ίδια εκπαιδευτική διαδικασία με τους υπόλοιπους μαθητές της τάξης.
- Η αντίστροφη ενσωμάτωση, κατά την οποία τα παιδιά που δεν αντιμετωπίζουν ειδικά προβλήματα επισκέπτονται τις ειδικές τάξεις και εκπαιδεύονται μέσα σ' αυτές, υλοποιώντας συγκεκριμένα εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες.

Το κοινό σχολείο για όλους, παρ' ότι αποτελεί τον απώτερο στόχο της ειδικής εκπαίδευσης και της νέας φιλοσοφίας για τα άτομα με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες, δεν είναι εύκολο να επιτευχθεί εάν πρώτα δεν ελεγχθούν και σταθμιστούν οι εξής παράγοντες:

- Η στάση του εκπαιδευτικού, από την οποία εξαρτάται η επιτυχία της ενσωμάτωσης.
- Η ύπαρξη εκπαιδευτικών με ειδική εκπαίδευση ή επιμόρφωση.
- Η ύπαρξη ειδικού υποστηρικτικού προσωπικού (λογοθεραπευτή, σχολικοί ψυχολόγοι κ.λ.π.).
- Η προσπελασιμότητα και η καταλληλότητα των σχολικών κτιρίων.
- Η διαθεσιμότητα αιθουσών.
- Η ύπαρξη κατάλληλου εξοπλισμού.

Το σχολείο είναι ο καθρέφτης της κοινωνίας και παράλληλα μέσω αυτού προωθούνται οι διάφορες νέες κοινωνικές θεωρήσεις και αντιλήψεις. Οι αρχές πάνω στις οποίες πρέπει να στηρίζεται είναι οι εξής:

- Η πρόληψη και η έγκαιρη παρέμβαση.
- Το δικαίωμα για ξεχωριστό προγραμματισμό διδασκαλίας.
- Η αποδοχή και ανάληψη της ευθύνης για την εκπαίδευση όλων των παιδιών από όλους τους εκπαιδευτικούς, γενικής και ειδικής εκπαίδευσης.
- Η αναγκαιότητα λειτουργίας ψυχολογικών και άλλων υποστηρικτικών υπηρεσιών.

- Η συνεργασία μεταξύ σχολείου και οικογένειας, για την καθοδήγηση των γονέων.
- Το δικαίωμα για συνεχή επιμόρφωση των εκπαιδευτικών.
- Η αναγκαιότητα συνεχούς και συστηματικής πληροφόρησης της κοινωνίας και η αλλαγή της στάσης απέναντι στα άτομα με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες.

Η ειδική αγωγή είναι αναγκαία για να αντιμετωπιστούν σωστά τα προβλήματα και οι ιδιαιτερότητες των παιδιών με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες. Είναι απαραίτητο να γίνει αποϊατρικοποίηση της ειδικής αγωγής, και να δοθεί η πρέπουσα σημασία στο ρόλο του δασκάλου. Στην Ελλάδα, επειδή είμαστε πίσω σ' αυτόν τον τομέα, αντιμετωπίζουμε τα εξής προβλήματα:

- α. Το βάλτωμα των ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- β. Το ετικετάρισμα των παιδιών σε ψυχωτικά, εγκεφαλοπαθή κτλ.
- γ. Την παραπλάνηση, απαισιοδοξία και σύγχυση των γονιών.
- δ. Τον αποκλεισμό του παιδιού από τη φυσιολογική σχολική και κοινωνική ζωή.

Η ιατρική δεν μπορεί να προσφέρει ουσιαστική βοήθεια στο παραπάνω έργο. Οι ψυχιατρικές μελέτες δεν δίνουν σαφή αποτελέσματα και σωστή πρόβλεψη της συμπεριφοράς του παιδιού, διότι δεν λαμβάνουν υπ' όψιν τους παράγοντες που αλληλεπιδρούν καθημερινά μέσα στην τάξη.

Μόνο ο δάσκαλος μπορεί να κρίνει και να σταθμίσει το πρόβλημα στην πραγματική του διάσταση. Από έρευνες έχει αποδειχτεί ότι η εμπειρία της τάξης είναι ανώτερη από τις διάφορες νευρολογικές και ψυχολογικές εξετάσεις. Ο δάσκαλος πρέπει να αποκτήσει ιδιαίτερα προσόντα για να χειρίζεται καλύτερα τις καταστάσεις. Αν ο δάσκαλος είχε τις απαιτούμενες γνώσεις και η κοινωνία του αναγνώριζε την ουσιαστική συμβολή του στα θέματα της ειδικής εκπαίδευσης, δεν θα υπήρχε τόσο μεγάλη σχολική αποτυχία, η διαρροή στη β/θμια εκπαίδευση θα ήταν μικρότερη και η εκμετάλλευση των γονέων από διάφορους "ειδικούς" θα είχε εκμηδενιστεί. Η ευθύνη του δασκάλου είναι απλά να δεχτεί και αυτή την ιδιότητά του. Η Συμβουλευτική, λοιπόν, στην ειδική αγωγή σκοπό έχει να διευκολύνει, να κατευθύνει και να στηρίζει το άτομο στις εκπαιδευτικές και επαγγελματικές επιλογές του, να διευκολύνει την προσαρμογή του στο εκπαιδευτικό, κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον.

4. Ο ρόλος της οικογένειας

Η στάση της οικογένειας των ατόμων με ειδικές ανάγκες ή γενικότερα των ατόμων που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ποικίλει ανάλογα με το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζουν, τη μόρφωση και το κοινωνικό και το βιοτικό επίπεδο των γονέων, την ύπαρξη στην οικογένεια άλλων μελών με ειδικές ανάγκες, τη φύση και το βαθμό της ειδικής ανάγκης, το φύλο του παιδιού, την ηλικία των γονέων, τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και ενδεχομένως και άλλους τυχαίους παράγοντες.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι οικογένεια νιώθει ότι πλήττεται η κοινωνική της εικόνα και ότι θα πρέπει να προστατευτεί η ίδια και το παιδί από το κοινωνικό στίγμα. Προσπαθούν να ελέγξουν τις εντυπώσεις, δηλαδή να ελέγχουν τη συμπεριφορά και τις πράξεις τους σύμφωνα με την εικόνα που θέλουν να παρουσιάσουν στον κοινωνικό περίγυρο. Η στάση των γονέων απέναντι στα παιδιά αυτά, την εκπαίδευσή τους, την προοπτική της επαγγελματικής τους ένταξης και της αυτόνομης διαβίωσης, ποικίλλει και έχει άμεση επιρροή στην

αντίληψη των παιδιών για τις ικανότητές τους και τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τις διάφορες καταστάσεις στο σχολείο στην κοινωνία και αλλού.

Ένας ακόμη πολύ σημαντικός παράγοντας είναι η σύγχυση που μπορεί να δημιουργηθεί στους γονείς λόγω της άγνοιας. Άγνοια των ιατρικών όρων της ειδικής δυσκολίας, της εξέλιξής της, του μέλλοντος του παιδιού τους, του πού να απευθυνθούν και να πάρουν μία υπεύθυνη κατεύθυνση, και ποιες υπηρεσίες και προγράμματα εκπαίδευσης και αποκατάστασης υπάρχουν.

5. Παράγοντες που επηρεάζουν τη διαμόρφωση της ταυτότητας των ατόμων με ειδικές ανάγκες

- Το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει το παιδί (με την οικογένειά του, σε ίδρυμα ή κάπου αλλού).
- Αν η αναπηρία είναι εκ γενετής ή επίκτητη (επιβάλλεται η γρήγορη προσαρμογή σε ένα νέο τρόπο ζωής με αποτέλεσμα να κλονιστεί η αυτοαντίληψη του).
- Η φύση και ο βαθμός της αναπηρίας (αν είναι ορατή ή αποτελεί εμπόδιο σε δραστηριότητες).
- Η ηλικία του ατόμου.
- Η αντίδραση της οικογένειας και της κοινωνίας απέναντι στο άτομο.
- Η φιλοσοφία του εκπαιδευτικού συστήματος και εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ο τρόπος με τον οποίο το άτομο εντάσσεται σ'αυτά.
- Ο βαθμός, η ποιότητα η ποικιλία και η διάρκεια της επικοινωνίας που έχει το άτομο με τα πρόσωπα του περιβάλλοντος του, επηρεάζουν το βαθμό απόκτησης ταυτότητας και αυτογνωσίας.

6. Τεχνικές συμβουλευτικής

Η βοήθεια της συμβουλευτικής παρέχεται μέσω μιας διαδικασίας εξέτασης των προβλημάτων που απασχολούν το άτομο και στηρίζεται στη στενή συνεργασία του ίδιου του ατόμου και του συμβούλου και, επιπλέον, περιλαμβάνει κάποιες βασικές δεξιότητες του τελευταίου. Δεν είναι απαραίτητο και συχνά αποφεύγεται να παρέχονται έτοιμες συμβουλές, υποδείξεις και συγκεκριμένες προτάσεις στο άτομο, αλλά παροτρύνεται η ενεργοποίηση των ικανοτήτων του ίδιου του ατόμου, ώστε να τις αξιοποιεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο για να ξεπερνάει τις δυσκολίες. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία θεωρητικών μοντέλων Συμβουλευτικής, με τα οποία, όμως, δεν θα ασχοληθούμε εκτενώς στο παρόν κείμενο. Παρουσιάζονται κάποιες βασικές αρχές της συμβουλευτικής, οι οποίες είναι περίπου κοινές σε όλα τα θεωρητικά πλαίσια.

Τα στοιχεία που απαρτίζουν μια συμβουλευτική σχέση είναι:

α. Ο συμβουλευόμενος, ο οποίος εκφράζει ένα πρόβλημα, έχει αίτημα για βοήθεια και αναμένει βοήθεια, και

β. ο σύμβουλος, ο οποίος ακούει το αίτημα, κατανοεί, χρησιμοποιεί τις δεξιότητες της συμβουλευτικής (που αναφέρονται παρακάτω) και παρέχει βοήθεια.

Στη συμβουλευτική σχέση δεν πρέπει να ξεχνάμε την εμπλοκή των ατομικών χαρακτηριστικών συμβούλου και συμβουλευόμενου. Κατά συνέπεια, στην αλληλεπίδραση της συμβουλευτικής σχέσης εμπλέκονται σιέψεις, ιδέες, συναισθήματα, υποθέσεις, ερωτήσεις και

εμπειρίες αμφοτέρων. Η συμβουλευτική σχέση είναι μια σχέση συμμαχίας, μεταβίβασης συναισθημάτων και προσδοκιών, αλλά και μια πραγματική σχέση, η οποία απαιτεί γνησιότητα συναισθημάτων και ρεαλιστική αντίληψη ταυτόχρονα. Είναι μια σχέση διαμορφωτική, διδακτική (ως ένα βαθμό και σε κάποιες περιπτώσεις), υποστηρικτική, μη-κριτική, επιτρεπτική, επιβεβαιωτική, ενισχυτική με θετικά ερεθίσματα και με έμφαση στην αυτο-αποτελεσματικότητα. Τα στάδια αυτής της σχέσης ποικίλλουν αναλόγως του αιτήματος. Μπορεί να διαρκέσει από μία συνάντηση ή ως ότου να επιτευχθεί ο στόχος που τέθηκε. Στην πρώτη συνάντηση δημιουργούμε θετικό κλίμα και αποσαφηνίζουμε το στόχο. Κατόπιν, αναπτύσσεται η συμβουλευτική σχέση, καθορίζονται οι επιμέρους υποστόχοι και όταν ολοκληρωθούν τερματίζεται η συμβουλευτική διαδικασία.

Στη συνέχεια θα αναφερθούν οι βασικότερες δεξιότητες ενός συμβούλου, λαμβάνοντας πάντα υπόψιν το ότι οι εκπαιδευτικοί δεν εκπαιδεύονται σε αυτές τις τεχνικές στα πλαίσια των σπουδών τους και είναι αδύνατο να εκπαιδευτούν άρτια διαβάζοντας μόνο το παρακάτω κείμενο. Παρόλα αυτά προσπαθήσαμε να δημιουργήσουμε ένα βασικό κορμό προκειμένου να διευκολυνθεί ο εκπαιδευτικός στην αντιμετώπιση κάποιων καταστάσεων.

6.1. Οι βασικότερες δεξιότητες ενός συμβούλου είναι οι ακόλουθες:

6.1.1. Προσεκτική παρακολούθηση

Το πιο σημαντικό στοιχείο της προσεκτικής παρακολούθησης είναι η *οπτική επαφή*. Κατά τη διάρκεια μιας συζήτησης όταν ο άλλος στρέφει αλλού το βλέμμα έχουμε την αίσθηση ότι δεν μας παρακολουθεί, βαριέται, αδιαφορεί κ.τ.λ. Ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο είναι η στάση του σώματός μας, η οποία μπορεί να επικοινωνήσει και να δηλώσει επίσης αδιαφορία, ενόχληση, χλευασμό, απόρριψη, συμφωνία κ.τ.λ. Οι *κινήσεις*, οι χειρονομίες, οι μορφασμοί, η απόσταση που κρατάμε από τον συμβουλευόμενο είναι ενδεικτικά του κατά πόσο ενεργητικοί ακροατές είμαστε. Η προτιμότερη στάση είναι μια άνετη για μας στάση σώματος, με μια κλίση προς τον συμβουλευόμενο και με μια ελαφριά κλίση προς τα εμπρός. Το να καθόμαστε πίσω από ένα γραφείο μπορεί να δημιουργήσει απόσταση και να εγείρει και μια συναισθηματική απόσταση και αντίσταση. Είναι καλό να καθόμαστε σε κοινή απόσταση, αλλά όχι δίπλα-δίπλα, κάτι το οποίο είναι άβολο ούτως ή άλλως σε μια κουβέντα.

Πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν τα νεύματα και οι *εκφράσεις του προσώπου*. Με το πρόσωπο μπορούμε να εκφράσουμε κατανόηση, απογοήτευση, αποδοχή, φιλικότητα, ενδιαφέρον, έκπληξη, απόρριψη... Το πρόσωπό μας μπορεί να εκφράσει όσα λέγονται και βιώνονται σε μια σχέση. Αυτά είναι τα στοιχεία της μη-λεκτικής επικοινωνίας. Η λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει το φωνητικό μας ύφος, το οποίο μπορεί να φανερώσει το πώς νιώθουμε ή τι σκεφτόμαστε, ανάλογα με το ρυθμό και τις αλλαγές στο χρωματισμό, τον τόνο ή την ένταση. Και, τέλος, η λεκτική ακολουθία, δηλαδή παραμένουμε στο θέμα, χωρίς να διακόπτουμε τον συνομιλητή μας και χωρίς να αλλάζουμε εμείς το θέμα. Η δεξιότητα αυτή δίνει την αίσθηση ότι παρακολουθούμε κι αφήνουμε χώρο και χρόνο στον συνομιλητή μας να αναπτύξει τις σκέψεις του. Οι παραπάνω δεξιότητες προσεκτικής παρακολούθησης λεκτικής και μη-λεκτικής αποτελούν τη βάση για τη δημιουργία μιας θετικής συμβουλευτικής σχέσης. Η σταθερή οπτική επαφή, η φιλική έκφραση του προσώπου, οι ενθαρρυντικές νύξεις του κεφαλιού, το κατάλληλο φωνητικό ύφος και η λεκτική ακολουθία σε αυτά που λέει ο συμβουλευόμενος είναι τα βασικότερα στοιχεία στη δημιουργία και στην προώθηση μιας εποικοδομητικής συμβουλευτικής σχέσης.

6.1.2. Οι ερωτήσεις

Είναι ο τρόπος συλλογής πληροφοριών και αποτελούν το βασικότερο λεκτικό τρόπο επικοινωνίας μεταξύ συμβούλου και συμβουλευομένου. Οι πολλές και συχνές ερωτήσεις μπορεί να δημιουργήσουν μια αίσθηση ανάκρισης, οι άσχετες μια αίσθηση αδιαφορίας ή περιέργειας.

Χρησιμοποιούνται δυο τύποι ερωτήσεων:

1. *Οι κλειστές* (δηλαδή οι ερωτήσεις που δέχονται μονολεκτικές απαντήσεις «ναι-όχι» π.χ. «θέλεις να...;», «είσαι...;»).
2. *Οι ανοιχτές ερωτήσεις*, οι οποίες θεωρούνται ιδιαιτέρως βοηθητικές στη διερεύνηση (δηλαδή ερωτήσεις που επιτρέπουν στην εμβάθυνση ενός θέματος και την έκφραση απόψεων, π.χ. «τι νομίζετε...;», «πώς φαντάζεστε...;», «τι νιώθετε...;», «γιατί πιστεύετε...;»).

Σημασία έχει να νιώσει ο συμβουλευόμενος την άνεση να εκφραστεί ελεύθερα.

Όλα τα παραπάνω στοιχεία που αναφέρθηκαν (τόνος φωνής, στάση σώματος κ.τ.λ.) παίζουν ρόλο στο τι απάντηση θα πάρουμε. Οι ερωτήσεις είναι παρόλ πολύ σημαντικές όχι μόνο στη διερεύνηση ενός θέματος, αλλά και στο να δείξουμε ότι όντως έχουμε κατανοήσει αυτό που θέλει να πει ο άλλος, στο να αποδώσουμε πίσω το συναισθημά του και το περιεχόμενο των λεγομένων του. Αυτό ονομάζεται «αντανάκλαση», στην οποία επιλέγουμε τα σημαντικά σημεία που ανέφερε ο συμβουλευόμενος, τη στιγμή που εμείς θεωρούμε κατάλληλη, ώστε να προωθήσουμε τη συζήτηση.

6.1.3. Η παράφραση

Δηλαδή, το να πούμε εν περιλήψη τα λεγόμενα του συνομιλητή μας και η διευκρίνιση είναι επίσης πολύ βοηθητικά εργαλεία στο να σιγουρευτούμε ότι κατανοούμε ορθά και έχουμε κοινή ακολουθία στα λεγόμενα και στη συμβουλευτική διαδικασία. Στις παραφράσεις είναι σημαντικό να χρησιμοποιούμε λέξεις ή φράσεις κλειδιά που έχουν προαναφερθεί από τον συμβουλευόμενο. Οι ενθαρρύνσεις επίσης, είτε λεκτικά είτε μη-λεκτικά, με ένα νεύμα ή μια κίνηση, παραινούν τον άλλον στο να συνεχίσει και στο να δείξουμε ότι κατανοούμε και τον ακολουθούμε στα λεγόμενά του.

Ένα πράγμα με το οποίο δεν θα πρέπει ο σύμβουλος να νιώθει αμήχανα, είναι η σιωπή. Πολλές φορές είναι πολύτιμη, καθώς επιτρέπει χώρο και χρόνο να γεννηθούν σκέψεις ή συναισθήματα, χρόνο να απαντήσει ο άλλος ή όχι, και χρόνο για ηρεμία.

6.1.4. Η ενσυναίσθηση

Επικεντρώνομαι στον άλλον, προσπαθώ να κατανοήσω αυτά που λέει και με τον τρόπο που τα εννοεί εκείνος, αισθάνομαι αυτό που ζει ο άλλος, χωρίς όμως να ταυτίζομαι μαζί του.

6.1.5. Η αντανάκλαση των συναισθημάτων

Μας βοηθάει στο αν έχουμε πράγματι αντιληφθεί το συναισθηματικό περιεχόμενο των λεγομένων (μερικές φορές γίνεται αναφορά γεγονότων χωρίς να υπάρχει σαφή αναφορά στο συναισθηματικό τους περιεχόμενο, οπότε χρειάζεται να το ξεκαθαρίσουμε, γιατί μπορεί να παρεμβάλλονται οι προσωπικές μας αντιλήψεις επί του θέματος).

6.1.6. Πρόκληση ή αντιμετώπιση κατά μέτωπο

Χρησιμοποιούμε την πρόκληση όταν θέλουμε να φέρουμε τον συμβουλευόμενο αντιμέτωπο με τις αντιφάσεις και τις ανακολουθίες του, προσπαθώντας να τον φέρουμε σε καλύτερη επαφή με τον εαυτό του, τα συναισθήματά του και την συμπεριφορά του.

7. Χαρακτηριστικά συμβουλευτικής εκπαιδευτικών προς γονείς

Στα πλαίσια της εργασίας τους οι εκπαιδευτικοί έρχονται συνεχώς σε επαφή με τους γονείς, με τους οποίους χρειάζεται να υπάρχει ένα θετικό πλαίσιο συνεργασίας, μιας και οι δύο αποβλέπουν σε έναν κοινό στόχο: το καλύτερο για το παιδί, σε όλα τα επίπεδα (γνωστικά και κοινωνικο-ψυχολογικά). Ο εκπαιδευτικός οφείλει, ανάλογα με την κάθε περίπτωση, να επιλέξει κατάλληλους χειρισμούς είτε για να ανακοινώσει κάτι στους γονείς, είτε να τους προσκαλέσει σε συνεργασία. Η κατάλληλη επιλογή εξαρτάται από την ευαισθητοποίηση του εκπαιδευτικού και από τις γνώσεις του σε θέματα συμβουλευτικής. Όταν ο εκπαιδευτικός έχει μέσα στην τάξη ένα παιδί που αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα, εκτός από την παιδαγωγική αντιμετώπιση, καλείται να δημιουργήσει με τους γονείς μια σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης και αποδοχής και προς τους γονείς και προς το παιδί, αλλά και προς το πρόβλημα.

Η κατάλληλη επιλογή χώρου και χρόνου, είναι πάρα πολύ σημαντική και για τους γονείς, αλλά και για τον ίδιο τον εκπαιδευτικό. Είναι σημαντικό ο εκπαιδευτικός να έχει τον απαιτούμενο χρόνο να κάνει την ανακοίνωση του θέματος στους γονείς και εκείνοι αντίστοιχα το χρόνο να εκφράσουν απόψεις, απορίες, προτάσεις, ενδεχομένως ενδοιασμούς, την άποψή τους γενικότερα. Αυτό προϋποθέτει ότι πρέπει να υπάρχει ο απαιτούμενος χρόνος και χώρος (κάπου ήσυχα και χωρίς διακοπές).

Για την ενημέρωση των γονιών είναι απαραίτητο να είναι σωστά ενημερωμένος ο εκπαιδευτικός, όπου αυτό είναι απαραίτητο και φυσικά δυνατό. Είναι καλό να έχει στοιχεία στα οποία θα στηρίζει την άποψή του και τις προτάσεις του. Ακόμη, πολύ βασικό είναι η δημιουργία θετικού κλίματος και εμπιστοσύνης προς τους γονείς, δείχνοντας κατανόηση και απενοχοποιώντας τους. Από την άλλη, είναι σημαντικό να διερευνήσει και να αντλήσει πληροφορίες για τη συμπεριφορά του παιδιού στο σπίτι και ενδεχομένως και για τους γονείς ή το οικογενειακό περιβάλλον γενικότερα. Πολλές φορές η αιτία για κάποια συμπεριφορά ή αλλαγή συμπεριφοράς του παιδιού βρίσκεται στο οικογενειακό περιβάλλον. Χρειάζεται να δείξει ανοχή σε τυχόν αρνητικές αντιδράσεις των γονιών και να τους επιτρέψει να εξοικειωθούν με την πραγματικότητα. Να τους ακούσει προσεκτικά και να αξιολογήσει τις ανάγκες τους. Το σημαντικότερο, ίσως, απ' όλα είναι η αποδοχή του παιδιού και του προβλήματος από τον ίδιο τον εκπαιδευτικό. Ο εκπαιδευτικός ακούει και ενθαρρύνει τους γονείς να εκφραστούν, χωρίς να κρίνει, συμπαρίσταται, αλλά δεν οικειοποιείται το πρόβλημα.

Για να πετύχουμε ένα θετικό κλίμα συνεργασίας είναι απαραίτητο να δείξουμε εχεμύθεια για το πρόβλημα, η παρέμβαση που θα επιλέξουμε να είναι σύμφωνη με τις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά της οικογένειας. Ο εκπαιδευτικός σέβεται την άποψη των γονιών για το παιδί τους και δεν την απορρίπτει. Σε περίπτωση που έχει αντίθετη άποψη, απλώς αντιπροτείνει και προσκαλεί σε μία κοινή χάραξη πορείας, προτείνοντας εναλλακτικές στρατηγικές.

Ο πρωταρχικός στόχος της συμβουλευτικής είναι η αποδοχή του παιδιού με όλες τις αδυναμίες της ανεπάρκειάς του. Η αποδοχή έχει αφετηρία το σπίτι, όπου το παιδί δοκιμάζει τις ικανότητές του, μετράει τις δυνάμεις του και θέτει τους περιορισμούς του μέσα από εμπειρίες που συχνά προκαλούν απογοήτευση και πόνο. Πολλές φορές το να παρακαλούν οι γονείς τα παιδιά τους να προσπαθήσουν, είναι οδυνηρό για όλους και μπορεί να φέρει πόνο και ματαίωση. Επίσης, η υπέρμετρη παρέμβαση των γονιών μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αυτο-εικόνα και την αυτο-εκτίμηση του παιδιού.

Ο εκπαιδευτικός, λοιπόν, διαθέτει χρόνο, σέβεται το οικογενειακό πλαίσιο, δεν ακυρώνει τους γονείς και καλεί σε συστράτευση και από κοινού οργάνωση για την επίτευξη των στόχων προς όφελος του παιδιού.

8. Χαρακτηριστικά συμβουλευτικής εκπαιδευτικών προς μαθητές

Συμβουλευτική ονομάζεται η προσέγγιση που ακολουθεί ο εκπαιδευτικός προσφέροντας ψυχολογική βοήθεια ή στήριξη στους μαθητές του. Μέσα στα πλαίσια της σχολικής τάξης η συμβουλευτική προάγει ένα θετικό κλίμα, προωθεί την προσωπική αξία των μαθητών, ενισχύει την ικανότητά τους για αυτοδιαχείριση, καλλιεργεί τις ικανότητές τους να αναγνωρίζουν ευκαιρίες και να παίρνουν σωστές αποφάσεις.

Τα χαρακτηριστικά που χρειάζεται να έχει ο εκπαιδευτικός-σύμβουλος είναι:

α) *Η ενσυναίσθηση-κατανόηση*, δηλαδή η ικανότητά του να κατανοεί τον κόσμο των μαθητών, έτσι όπως τον αντιλαμβάνονται εκείνοι (κατανόηση σ'αυτά που σκέφτονται, λένε και νιώθουν).

β) *Ο σεβασμός-αποδοχή*, δηλαδή η αποδοχή τους άνευ όρων ως ξεχωριστά άτομα, ακόμμη και αν δεν συμφωνώ μαζί τους.

γ) *Η γνησιότητα*, δηλαδή η ικανότητα του εκπαιδευτικού από τη μια να έχει επίγνωση των δικών του εμπειριών και εσωτερικών λειτουργιών, ενώ ταυτόχρονα είναι σε θέση να κατανοεί τις εμπειρίες των μαθητών του.

δ) *Η άνευ όρων θετική αναγνώριση και η ζεστασιά*, δηλαδή το να αντιλαμβάνομαι τις εμπειρίες του άλλου χωρίς να τις αξιολογώ ως λιγότερο άξιες θετικής αναγνώρισης και χωρίς να τις υποτιμώ.

ε) *Η αυτοαποκάλυψη*, είναι η διαδικασία αποκάλυψης πτυχών της προσωπικότητας του εκπαιδευτικού, τόσο στον ίδιο τον εαυτό του όσο και στους άλλους. Αυτό βοηθάει στο να δημιουργηθεί μια πιο ουσιαστική διαπροσωπική σχέση, η οποία οδηγεί σε καλύτερη επικοινωνία.

στ) *Η ευκρίνεια*, αναφέρεται στην ακριβή επισήμανση από τον εκπαιδευτικό των συναισθημάτων και των εμπειριών των μαθητών. Η αντανάκλαση των σκέψεων και των συναισθημάτων των μαθητών τους βοηθάει στην καλύτερη κατανόηση του εαυτού τους.

ζ) *Όρια και ευθύνη στη σχέση*, θέτουμε σαφή όρια στη σχέση, δηλαδή τι δέχομαι και τι απορρίπτω, χωρίς να θέτω όρους.

η) *Σταθερότητα*, δηλαδή παραμένω σταθερός στα όριά μου και στη στάση αποδοχής.

θ) *Ενίσχυση και ενθάρρυνση*, ενισχύω και ενθαρρύνω το παιδί λεκτικά και μη-λεκτικά.

ι) *Ορθή αντίληψη*: η ορθή αντίληψη μιας κατάστασης είναι απαραίτητη προκειμένου να ακολουθήσει η κατάλληλη αντίδραση. Το βασικότερο βήμα είναι η καλύτερη γνώση του ίδιου μας του εαυτού και η απόκτηση εμπειριών, που έχει ως αποτέλεσμα την καλή γνώση και χρήση επικοινωνιακών δεξιοτήτων, καθώς και η ενσυναίσθηση, δηλαδή το να μπαίνουμε στη θέση του άλλου.

ια) *Η εστίαση*, το να επικεντρωνόμαστε στο θέμα ή στο πρόβλημα που θεωρείται σημαντικότερο. Η εστίαση είναι σημαντική καθώς οι άνθρωποι έχουν την τάση να πλατειάζουν, είτε από αδυναμία να εντοπίσουν το πρόβλημα, είτε για να μιλήσουν για θέματα που θεωρούν ότι ενδιαφέρουν περισσότερο τον συνομιλητή τους, είτε γιατί ο σύμβουλος μπορεί να κάνει περισσότερες ερωτήσεις για ένα άλλο θέμα κ.τ.λ.

ιβ) *Αναζήτηση και ανάδειξη προσόντων*: το άτομο που απευθύνεται σε κάποιον σύμβουλο και δυσκολεύεται αντιμετωπίζοντας ένα πρόβλημα, μπορεί να αντλήσει δύναμη και κουράγιο όταν του αναγνωρίζονται τα προσόντα του και οι δυνάμεις που διαθέτει.

ιγ) *Πληροφόρηση*: μερικές φορές αυτό που λείπει από τον συμβουλευόμενο είναι η κατάλληλη πληροφόρηση, την οποία μπορεί να πάρει από τον σύμβουλο-εκπαιδευτικό μέσα από τις γνώσεις και τις εμπειρίες του. Σ'αυτό το πλαίσιο, ο εκπαιδευτικός μπορεί να προσφέρει ορισμένες κατευθύνσεις που αφορούν στη δράση του μαθητή.

Όροι όπως: συμβουλευτική, κατανόηση, ενσυναίσθηση, επικοινωνία δείχνουν να είναι τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος του εκπαιδευτικού στη νέα πραγματικότητα. Με αυτά τα χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών επιτρέπεται στους μαθητές να αποκτούν περισσότερη αυτογνωσία, να αυξάνουν την ικανότητα τους για κριτική σκέψη, να συναισθάνονται, να είναι καλύτεροι στα μαθήματά τους και πιο ευτυχισμένοι στη ζωή τους. Από την άλλη, αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα τη διευκόλυνση της εκπαιδευτικής πράξης και την καλύτερη ποιότητα συνθηκών στο σχολικό περιβάλλον.

Βιβλιογραφία

- Δημητρόπουλος, Ε.Γ. (1992). *Συμβουλευτική και συμβουλευτική ψυχολογία. Η θεωρία της, η πράξη της, οι εφαρμογές της*. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Geldard, K. & Geldard, D. (2004). *Η συμβουλευτική ψυχολογία στα παιδιά* Μετάφραση: Στέλιος Μεταξάς, Επιστημονική επιμέλεια: Μ. Μαλικιώση - Λοϊζου. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ivey, A.E., et al. (1992) *Συμβουλευτική: Μέθοδος πρακτικής προσέγγισης*. (Μετ.-επιμ. Μ. Μαλικιώση-Λοϊζου). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ. (1994). *Συμβουλευτική Ψυχολογία* (β' έκδοση). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ. (2001). *Η συμβουλευτική ψυχολογία στην Εκπαίδευση* (γ' έκδοση). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ. (1999). *Συμβουλευτική Ψυχολογία* (ε' έκδοση). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, Φ. (1997). *Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Συριοπούλου-Δελλή, Χ. (2005). *Η συμβουλευτική ψυχολογία στην ειδική αγωγή*. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Κοσμίδου-Hardy, Χ. & Γαλανουδάκη-Ράπτη, Α. (1996). *ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ Θεωρία και πρακτική*. Π. Ασημάκης, Ινστιτούτο προσωπικής ανάπτυξης.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2000). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες*. Ατράπος.

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Σοφία Ν. Κυράνου

Στόχο της παρούσας εισήγησης αποτελεί αφενός η συνοπτική παράθεση των σημαντικότερων νομοθετημάτων που κινούνται γύρω από την εκπαίδευση των παιδιών με αναπηρίες και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και θεσμοθετούν την Ειδική αγωγή στο εκπαιδευτικό σύστημα της Ελλάδας, αφετέρου η παρουσίαση νομοθετικών ρυθμίσεων σχετικών με την απασχόληση των ατόμων με ειδικές ανάγκες, γενικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α': Εκπαίδευση

1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Η στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντι στα άτομα με ειδικές ανάγκες χαρακτηριζόταν σε αρχικό στάδιο από τάσεις κοινωνικού αποκλεισμού, απόρριψης, οίκτου και ελεημοσύνης. Εξάλλου και στην πορεία του χρόνου, παρότι καταβλήθηκαν προσπάθειες περιθάλψης, προστασίας και ξεχωριστής εκπαιδευσης των παραπάνω ατόμων, δεν κατέστη εφικτό να εξασφαλιστεί σε αυτά η δυνατότητα ισότιμης συμμετοχής τους στην κοινωνία και η ενσωμάτωσή τους σε αυτήν.

Πάντως, η σταδιακή ανάπτυξη μέσα στους κόλπους της ελληνικής κοινωνίας της τάσης για κοινωνική πρόνοια απέναντι στα παιδιά με ειδικές ανάγκες, σε επίπεδο εκπαίδευσης, οδήγησε στη θέσπιση, με την πάροδο των χρόνων, σειράς νομοθετημάτων που αποσκοπούν στη διασφάλιση ίσων ευκαιριών και στην ένταξη των παιδιών με ειδικές ανάγκες στο γενικό εκπαιδευτικό σύστημα, αλλά και στο κοινωνικό σύνολο.

Στη συνέχεια, το ενδιαφέρον θα επικεντρωθεί στα σημαντικότερα από τα νομοθετήματα που ασχολούνται με το ζήτημα της εκπαίδευσης των παιδιών με ειδικές ανάγκες, προβάλλοντας τα κύρια σημεία και τους στόχους τους:

2. Νομοθεσία

α) **Ν. 4397/1929** «Περί στοιχειώδους εκπαίδευσης»: Πρόκειται για τον πρώτο νόμο που θεσπίστηκε για τη ρύθμιση του θέματος της ειδικής αγωγής.

Με τον πιο πάνω νόμο που αποβλέπει στην άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων, επιχειρήθηκε η οργάνωση του εκπαιδευτικού συστήματος με τρόπο που να μην περιθωριοποιούνται ευπαθείς και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως παιδιά με σωματικές ή/και ψυχικές αναπηρίες ή άτομα, που για ποικίλους προσωπικούς λόγους ή εξωτερικούς παράγοντες, αποκλείονταν ως τότε από την εκπαίδευση.

β) **N. 1143/1981** «Περί Ειδικής Αγωγής, Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαιδεύσεως, Απασχολήσεως και Κοινωνικής Μερίμνης των αποκλινόντων εκ του φυσιολογικού ατόμων και άλλων τινών εκπαιδευτικών διατάξεων».

Ο εν λόγω νόμος καθιέρωσε την ειδική αγωγή ως ιδιαίτερο κλάδο του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος. Παρά την αναμφισβήτητη σπουδαιότητά του, στο μέτρο που πραγματευόταν με πληρότητα το θέμα της ειδικής αγωγής, παρουσίαζε και κάποια μειονεκτήματα. Έτσι, για παράδειγμα, έκανε λόγο για άτομα με αποκλίσεις από το φυσιολογικό, χωρίς να διακρίνει, όπως ήταν ορθό, τους μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες από εκείνους που ήταν ψυχικά ασθενείς, ή παρουσίαζαν νοητική στέρηση ή σωματική αναπηρία. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ο νόμος προσανατολιζόταν περισσότερο στην ιατρική διαγνωστική αξιολόγηση των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και λιγότερο στην αξιολόγησή τους από τους εκπαιδευτικούς των ειδικών τάξεων στις οποίες φοιτούσαν.

γ) **N. 1566/1985** «Δομή και λειτουργία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και άλλες διατάξεις».

Πρόκειται για νόμο που ρύθμισε την ένταξη των παιδιών με ειδικές ανάγκες σε ειδικά σχολεία και σε ειδικά τμήματα ή και σε τάξεις των κοινών σχολείων, συμβάλλοντας στην αναγνώριση της σπουδαιότητας του θεσμού της ειδικής αγωγής. Με το νόμο αυτό, έγινε η πρώτη ουσιαστική προσπάθεια να ενταχθεί το σύστημα της ειδικής αγωγής στο κυρίως εκπαιδευτικό σύστημα και να πάψει να είναι αποκομμένο από αυτό. Προβλέφθηκε ότι αρμόδιες για το χειρισμό των θεμάτων ειδικής αγωγής θα είναι οι υπηρεσίες του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Ωστόσο, η διαγνωστική αξιολόγηση των μαθητών με ειδικές ανάγκες περιήλθε στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και πραγματοποιούνταν από νοσοκομειακά ή ιατροπαιδαγωγικά κέντρα (ιατροδιαγνωστική εξέταση) και όχι από παιδαγωγικούς φορείς.

δ) **N. 2817/2000** «Εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και άλλες διατάξεις».

Ο παραπάνω νόμος προσέγγισε αμεσότερα το θέμα της ειδικής αγωγής, καθόρισε την έννοια των ατόμων με ειδικές ανάγκες, το σκοπό της ειδικής αγωγής και το καθεστώς οργάνωσης συγκεκριμένων εκπαιδευτικών πρακτικών. Αξίζει να προβληθεί η πρόβλεψη για ίδρυση και λειτουργία Κέντρων Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (Κ.Δ.Α.Υ), ο καθορισμός των αρμοδιοτήτων τους και η ρύθμιση ζητημάτων που αφορούν τις Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής (Σ.Μ.Ε.Α.).

Ο Ν. 2817/2000, όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 3194/2003, απέβλεπε στην ποιοτική αναβάθμιση της παρεχόμενης ειδικής εκπαίδευσης, στην επέκτασή της σε όλα τα παιδιά με αναπηρίες, στη δημιουργία των προϋποθέσεων για την πλήρη ένταξη των μαθητών με ειδικές ανάγκες στα κοινά δημόσια σχολεία, αλλά και στην ένταξη της Ειδικής Αγωγής στο ενιαίο εκπαιδευτικό σύστημα της χώρας.

Κατ' εφαρμογή των διατάξεων του Ν. 2817/2000 έχουν εκδοθεί Υπουργικές Αποφάσεις και Προεδρικά Διατάγματα που ρυθμίζουν, μεταξύ άλλων, θέματα προσωπικού Σχολικών Μονάδων Ειδικής Αγωγής, ωρολόγια προγράμματα, κανονισμό λειτουργίας Κέντρων Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης μαθητών με ιδιαιτερότητες, την ένταξη και φοίτηση μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες σε Σ.Μ.Ε.Α. ή την «κατ' οίκον» διδασκαλία τους, καθώς και τη δημιουργία Περιφερειακών Υπηρεσιακών Συμβουλίων Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού (Π.Υ.Σ.Ε.Ε.Π.).

ε) **N. 3699/2008** «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες».

Ο παραπάνω νόμος αποτελεί την πληρέστερη μέχρι σήμερα προσπάθεια νομοθετικής ρύθμισης της λειτουργίας της ειδικής αγωγής. Ο Ν. 3699/2008 ισχύει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ήτοι από τις 02-10-2008. Από την έναρξη ισχύος του νέου νόμου, καταργήθηκαν οι διατάξεις των άρθρων 1 έως 5 του Ν. 2817/2000 και των άρθρων 2 και 3 του Ν. 3194/2003 που έρχονται σε αντίθεση με το νόμο αυτό καθώς και κάθε άλλη διάταξη που ρυθμίζει κατά τρόπο διαφορετικό θέματα που περιλαμβάνονται στις διατάξεις του νέου νόμου (κατ' εξαίρεση, παραμένουν σε ισχύ οι διατάξεις του άρθρου 4 κεφάλαιο ΣΤ' παρ.2 του Ν. 2817/2000 και οι διατάξεις του Ν. 2470/1997).

Στο νέο Ν. 3699/2008 είναι εμφανής η προσπάθεια για διασφάλιση ίσων ευκαιριών στα παιδιά με ειδικές ανάγκες. Βασικό στόχο του νόμου αποτελεί, σε πρώτη φάση, η ένταξη ή επανένταξη των παιδιών αυτών στο γενικό εκπαιδευτικό σύστημα και, σε επόμενο στάδιο, η ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο και στην αγορά εργασίας.

Σημεία του Ν. 3699/2008 που αξίζει να προβληθούν είναι τα ακόλουθα:

► Ο νέος νόμος εισάγει για πρώτη φορά την **υποχρεωτικότητα της ειδικής αγωγής**, εξαιρώντας έτσι τη σημασία της για την κοινωνική ενσωμάτωση των παιδιών με αναπηρίες και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και εναρμονίζοντάς την με τις διατάξεις που αφορούν την υποχρεωτικότητα της γενικής εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα, στο άρθρο 2§1 ορίζει ότι η Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση (ΕΑΕ), όπως και η γενική εκπαίδευση, είναι υποχρεωτική, λειτουργεί ως αναπόσπαστο τμήμα της ενιαίας δημόσιας και δωρεάν εκπαίδευσης και παρέχεται από το Κράτος σε δημόσια σχολεία Προσχολικής, Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Αποκλειστικός φορέας της ΕΑΕ είναι το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Η μορφή, ο τύπος και η κατηγορία των σχολικών μονάδων ΕΑΕ προσδιορίζονται από το είδος και το βαθμό των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών κάθε μαθητή. Επιπλέον, δυνάμει του άρθρου 1§1 εδ. α' του Ν. 3699/2008, η πολιτεία δεσμεύεται να κατοχυρώνει και να αναβαθμίζει διαρκώς τον υποχρεωτικό χαρακτήρα της ΕΑΕ ως αναπόσπαστο μέρος της υποχρεωτικής και δωρεάν δημόσιας παιδείας και να μεριμνά για την παροχή δωρεάν δημόσιας ΕΑΕ στους ανάπηρους όλων των ηλικιών και για όλα τα στάδια και τις εκπαιδευτικές βαθμίδες.

► Εισάγει τον διεθνή ορισμό της αναπηρίας, προσδιορίζοντάς τη ως φυσικό μέρος της ανθρωπίνης ύπαρξης και ως σύνθετο κοινωνικοπολιτικό φαινόμενο που δεν υποβιβάζει το δικαίωμα του ατόμου για συμμετοχή ή συνεισφορά στην κοινωνία (άρθρο 1§1 εδ. β' Ν. 3699/2008).

► Αντικαθιστά τον όρο «Ειδική Αγωγή» με τον όρο **«Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση»**, ορίζει μάλιστα την τελευταία ως το σύνολο των παρεχόμενων ειδικών εκπαιδευτικών υπηρεσιών στους μαθητές με αναπηρία και διαπιστωμένες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή στους μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, που διασφαλίζουν σε αυτούς ίσες ευκαιρίες για πλήρη συμμετοχή και συνεισφορά στην κοινωνία, ανεξάρτητη διαβίωση, οικονομική αυτάρκεια και αυτονομία, με πλήρη κατοχύρωση των δικαιωμάτων τους στη μόρφωση και στην κοινωνική και επαγγελματική ένταξη (άρθρο 1§1 εδ. α' Ν. 3699/2008). Ο νέος όρος συμπεριλαμβάνει όλα τα παιδιά, είτε ασκήσιμα είτε εκπαιδεύσιμα, χωρίς διάκριση.

► Εισάγει τον επίσημο ορισμό των μαθητών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (άρθρο 3 Ν. 3699/2008), για τον οποίο γίνεται αναλυτικά λόγος παρακάτω.

► Μετονομάζει τα Κέντρα Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (Κ.Δ.Α.Υ.) που καθιερώθηκαν με το Ν. 2817/2000, σε Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης, Διάγνωσης και Υποστήριξης Ειδικών Εκπαιδευτικών Αναγκών (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.) και τροποποιεί την ελάχιστη

απαραίτητη διεπιστημονική στελέχωσή τους, προβλέποντας ότι θα πρέπει να στελεχώνονται από προσωπικό όλων των απαραίτητων ειδικοτήτων, προκειμένου να είναι συστηματικότερη και αποτελεσματικότερη η αξιολόγηση των παιδιών (άρθρο 4§1 Ν.3699/2008). Ειδικότερα, προβλέπεται πως η αξιολόγηση αφορά μαθητές που δεν έχουν συμπληρώσει το 22^ο έτος της ηλικίας τους, ενώ οι απόφοιτοι άνω των 18 ετών που δεν έχουν αξιολογηθεί ως άτομα με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, δεν εμπίπτουν στην αρμοδιότητα των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται από πενταμελή διεπιστημονική ομάδα που απαρτίζεται από έναν εκπαιδευτικό ΕΑΕ, έναν παιδοψυχίατρο ή παιδίατρο με εξειδίκευση στην παιδονευρολογία ή νευρολόγο με εξειδίκευση στην παιδονευρολογία κατά περίπτωση, έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν ψυχολόγο και έναν λογοθεραπευτή ή εργοθεραπευτή.

► Εισάγει στα ειδικά σχολεία το θεσμό της Ειδικής Διαγνωστικής Επιτροπής Αξιολόγησης (Ε.Δ.Ε.Α.), αρμοδιότητα της οποίας είναι η παρακολούθηση και αξιολόγηση της προόδου των μαθητών που φοιτούν σε αυτά (άρθρο 4§2 Ν. 3699/2008). Η Ε.Δ.Ε.Α. συγκροτείται και ορίζεται με απόφαση του Διευθυντή της Σχολικής Μονάδας, μετά από σύμφωνη γνώμη του συλλόγου διδακτικού προσωπικού του σχολείου και περιλαμβάνει έναν εκπαιδευτικό ΕΑΕ, έναν ψυχολόγο και έναν κοινωνικό λειτουργό, ενώ υπάρχει η δυνατότητα προσθήκης προσώπων και άλλων ειδικοτήτων, ανάλογα με τις προς αξιολόγηση περιπτώσεις.

► Περιγράφει με ακρίβεια τη διαδικασία διάγνωσης των προβλημάτων υγείας, καθώς και τη διαδικασία προσδιορισμού των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών των μαθητών. Εισάγει τη δυνατότητα συνεργασίας του γονέα ή κηδεμόνα στο σχεδιασμό του Εξατομικευμένου Εκπαιδευτικού Προγράμματος του μαθητή και, σε περίπτωση που υπάρχει διάσταση απόψεων μεταξύ των γνωματεύσεων και ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και των δημόσιων Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων (ΙΠΔ) για τον ίδιο μαθητή, προβλέπει τη δυνατότητα επαναξιολόγησης των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών του μαθητή από πενταμελή δευτεροβάθμια Ε.Δ.Ε.Α, στην οποία μπορούν να προσφύγουν οι γονείς ζητώντας να συμμετέχει σε αυτή και εμπειρογνώμονας που θα επιλέξουν οι ίδιοι (άρθρο 5 Ν.3699/2008). Ειδικότερα, προβλέπει ότι οι αισθητηριακές διαταραχές της όρασης και της ακοής, τα κινητικά ή άλλα σωματικά προβλήματα και τα σοβαρά ή χρόνια προβλήματα υγείας πιστοποιούνται με ιατρική γνωμάτευση από δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα ή δημόσια υγειονομική επιτροπή, η οποία αναφέρει το ποσοστό αναπηρίας και τη διάρκεια ισχύος της γνωμάτευσης και επιπλέον καθορίζει το είδος των τεχνικών βοηθημάτων και οργάνων που έχει ανάγκη ο μαθητής, κατά την παραμονή του τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο. Στη συνέχεια, κατόπιν συνεργασίας του ΚΕ.Δ.Δ.Υ. με τις αρμόδιες ιατρικές υπηρεσίες, προσδιορίζονται οι ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες του μαθητή, σχεδιάζεται το Εξατομικευμένο Πρόγραμμα Εκπαίδευσης (Ε.Π.Ε.) στη διαμόρφωση του οποίου είναι δυνατό να συμμετέχουν και οι γονείς, των οποίων η γνώμη ωστόσο δεν είναι δεσμευτική (άρθρο 5§3 Ν. 3699/2008) και προτείνονται οι αναγκαίες εργονομικές διευθετήσεις με στόχο την καλύτερη πρόσβαση και παραμονή του μαθητή στο χώρο του σχολείου.

► Εκθέτει αναλυτικά τις προϋποθέσεις από τις οποίες εξαρτάται η φοίτηση των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες σε σχολική τάξη του γενικού σχολείου, σε τμήματα ένταξης που λειτουργούν μέσα στα κοινά σχολεία, σε αυτοτελείς Σ.Μ.Ε.Α. ή και στο σπίτι (άρθρο 6 Ν. 3699/2008).

► Αναγνωρίζει ως επίσημη γλώσσα των κωφών και βαρήκοων μαθητών την Ελληνική Νοηματική γλώσσα και ως δεύτερη γλώσσα τους τη Νέα Ελληνική, η οποία προσλαμβάνεται και εκφέρεται με την γραπτή της μορφή (ενώ η προφορική της αντίληψη και έκφραση αποτελεί πρόσθετη επιλογή των κωφών μαθητών) και επιπλέον προβλέπει την ισοτιμία των παραπάνω. Αναγνωρίζει ως επίσημη γραφή για τους τυφλούς μαθητές τη γραφή Braille

και προβλέπει ότι οι τυφλοί μαθητές και οι μαθητές με χαμηλή όραση, εφόσον δεν παρουσιάζουν πρόβλημα νοητικής στέρησης ή άλλης μορφής ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, μπορούν, κατόπιν σχετικής γνωμάτευσης του ΚΕ.Δ.Δ.Υ. να φοιτούν στη σχολική τάξη του γενικού σχολείου, με την υποστήριξη του εκπαιδευτικού της τάξης ή μέλους Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού (ΕΕΠ). Ως επίσημη γλώσσα των αυτιστικών μαθητών αναγνωρίζεται η Νέα Ελληνική, η οποία προσλαμβάνεται και εκφέρεται με την προφορική ή με τη γραπτή της μορφή ή ακόμα και με τη μορφή συμβόλων – εικόνων. Ειδικότερα, αναφορικά με τους αυτιστικούς μαθητές, προβλέπεται ότι οι υψηλής λειτουργικότητας αυτιστικοί μαθητές μπορούν να φοιτούν στη σχολική τάξη του γενικού σχολείου, μετά από γνωμάτευση του ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και με την κατάλληλη υποστήριξη, ενώ οι αυτιστικοί μαθητές μέσης και χαμηλής λειτουργικότητας μπορούν να φοιτούν σε Τμήματα Ένταξης Γενικών Σχολείων ή σε Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής, ανάλογα με τη σοβαρότητα του προβλήματος.

► Κάνει συστηματική περιγραφή όλων των σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης (άρθρο 8 Ν. 3699/2008) εισάγοντας καινοτομίες.

3. Ο Ν. 3699/2008 για την «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες» σε συγκριτική παρουσίαση με τον προϋσχύοντα Ν. 2817/2000

Όπως ήδη ειπώθηκε (παραπάνω υπό Π.Ε), ο Ν. 2817/2000 (όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 3194/2003) ήταν αυτός που ίσχυε μέχρι πρότινος και ρύθμιζε τα θέματα της ειδικής αγωγής. Από τις 02-10-2008 τέθηκε σε ισχύ, με τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ο νέος Ν. 3699/2008. Από το χρόνο έναρξης ισχύος του νέου νόμου, καταργήθηκαν οι διατάξεις των άρθρων 1 έως 5 του Ν. 2817/2000 που έρχονταν σε αντίθεση με το Ν. 3699/2008 καθώς και κάθε άλλη διάταξη που ρύθμιζε κατά τρόπο διαφορετικό θέματα που περιλαμβάνονται στις διατάξεις του νέου νόμου. Κρίνεται λοιπόν σκόπιμο να προσεγγίσουμε ειδικότερα τα κύρια σημεία του Ν. 2817/2000, συσχετίζοντάς τα με τις αντίστοιχες ρυθμίσεις που εισάγει ο νέος Ν. 3699/2008:

1. Ορισμός των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες

Σύμφωνα με το άρθρο 1§§1-3 του προϋσχύοντος Ν. 2817/2000, ως άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ορίζονταν τα άτομα με σημαντική δυσκολία μάθησης και προσαρμογής εξαιτίας σωματικών, διανοητικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών ιδιοτήτων. Στα άτομα αυτά οριζόταν ότι περιλαμβάνονται όσοι έχουν:

- α) Νοητική ανεπάρκεια ή ανωριμότητα.
- β) Ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα όρασης (τυφλοί, αμβλύωπες) ή ακοής (κωφοί, βαρήκοοι).
- γ) Σοβαρά νευρολογικά ή ορθοπεδικά ελαττώματα ή προβλήματα υγείας.
- δ) Προβλήματα λόγου και ομιλίας.
- ε) Ειδικές δυσκολίες στη μάθηση, όπως δυσλεξία, δυσαριθμησία, δυσαναγνωσία.
- στ) Σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες και όσοι παρουσιάζουν αυτισμό και άλλες διαταραχές ανάπτυξης.

Στα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες περιλαμβάνονταν επίσης πρόσωπα νηπιακής, παιδικής και εφηβικής ηλικίας που δεν ανήκαν σε καμία από τις προηγούμενες κατηγορίες, αλλά είχαν ανάγκη από ειδική ή εκπαιδευτική προσέγγιση και φροντίδα για ορισμένη περίοδο ή για ολόκληρη την περίοδο της σχολικής ζωής τους. Οι μαθητές που εμφάνιζαν μειωμένη σχολική επίδοση αποκλειστικά και μόνο επειδή η μητρική τους γλώσσα δεν είναι η ελληνική δε θεωρούνταν άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

Ο νέος Ν. 3699/2008 εισάγει τον επίσημο ορισμό των μαθητών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Ειδικότερα, στο άρθρο 3 αυτού, ως μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ορίζονται οι μαθητές οι οποίοι για ολόκληρη ή ορισμένη περίοδο της σχολικής τους ζωής εμφανίζουν σημαντικές δυσκολίες μάθησης εξαιτίας αισθητηριακών, νοητικών, γνωστικών, αναπτυξιακών προβλημάτων, ψυχικών και νευροψυχικών διαταραχών, οι οποίες, σύμφωνα με τη διεπιστημονική αξιολόγηση, επηρεάζουν τη διαδικασία της σχολικής προσαρμογής και μάθησης. Στους μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες συγκαταλέγονται κυρίως όσοι παρουσιάζουν:

- α) Νοητική αναπηρία.
- β) Αισθητηριακές αναπηρίες όρασης (τυφλοί, αμβλύωπες με χαμηλή όραση) ή ακοής (κωφοί, βαρήκοοι).
- γ) Κινητικές αναπηρίες.
- δ) Χρόνια μη ιάσιμα νοσήματα.
- ε) Διαταραχές ομιλίας – λόγου.
- στ) Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (δυσλεξία, δυσγραφία, δυσαριθμησία, δυσαναγνωσία, δυσορθρογραφία, σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα).
- ζ) Διάχυτες αναπτυξιακές διαταράξεις (φάσμα αυτισμού).
- η) Ψυχικές διαταραχές.
- θ) Πολλαπλές αναπηρίες.

Με το νέο νόμο συγκαταλέγονται πλέον στους μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και οι μαθητές που παρουσιάζουν σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες ή παραβατική συμπεριφορά που οφείλεται σε κακοποίηση, γονεϊκή παραμέληση και εγκατάλειψη, ή ενδοοικογενειακή βία.

Στους μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες συγκαταλέγονται με το Ν. 3699/2008 και οι μαθητές που έχουν μία ή περισσότερες ικανότητες και ταλέντα ανεπτυγμένα σε βαθμό που υπερβαίνει κατά πολύ τα προσδοκώμενα για την ηλικιακή τους ομάδα.

2. Αξιολόγηση των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες από τα Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης Διάγνωσης και Υποστήριξης Ειδικών Εκπαιδευτικών Αναγκών (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.)

Σύμφωνα με το άρθρο 1§5 του προϊσχύοντος Ν. 2817/2000 αρμόδια για την έρευνα και διαπίστωση του είδους και του βαθμού δυσκολιών ενός ατόμου με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ήταν τα Κέντρα Διάγνωσης Αξιολόγησης και Υποστήριξης (Κ.Δ.Α.Υ.). Με τον νέο νόμο τα Κ.Δ.Α.Υ. μετονομάζονται πλέον σε Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης Διάγνωσης και Υποστήριξης Ειδικών Εκπαιδευτικών Αναγκών (ΚΕ.Δ.Δ.Υ.). Ως διαφοροδιάγνωση ή διαφορική διάγνωση ορίζεται στο άρθρο 1§5 του Ν. 3699/2008 η διαγνωστική διαδικασία μέσω της οποίας αποκλείονται παθήσεις με παρόμοια συμπτώματα, προκειμένου να καταφέρει ο διαγνωστικός φορέας να καταλήξει στην επικρατέστερη διάγνωση και με βάση αυτή να εφαρμόσει κατά περίπτωση τα προσήκοντα εκπαιδευτικά προγράμματα και να παράσχει στον μαθητή την κατάλληλη υποστήριξη.

Από τις διατάξεις των άρθρων 4 και 12 του Ν. 3699/2008, τις σχετικές με τα Κ.Δ.Α.Υ. διατάξεις του Ν. 2817/2000 (στο βαθμό που αυτές δεν έρχονται σε αντίθεση με τις διατάξεις του νέου νόμου) και τις διατάξεις της υπουργικής απόφασης ΥΠ.Ε.Π.Θ. 4494/Γ6/2001 (ΦΕΚ Β'1503/2001) η οποία προβλέπεται στο νέο νόμο ότι θα εξακολουθήσει να ρυθμίζει τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. μέχρι την κατάρτιση κανονισμού λειτουργίας αυτών, προκύπτουν τα ακόλουθα: Τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. είναι διεπιστημονικά κέντρα με παιδαγωγικό κατά κύριο λόγο επιστημονικό προσωπικό και λιγότερο με

ιατρικό και αποστολή τους είναι η διαγνωστική αξιολόγηση των μαθησιακών δυσκολιών ή άλλων ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών των μαθητών του συστήματος ειδικής αγωγής. Τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. υπάγονται στο Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

Στα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. υπηρετούν εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, θεραπευτές του λόγου, φυσιοθεραπευτές, ειδικοί στην κινητικότητα, στον προσανατολισμό και στις δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης των τυφλών, ειδικοί στη νοηματική γλώσσα των κωφών και βαρήκων, ενώ, κατά περιπτώσεις, στα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. υπηρετούν και γιατροί (κυρίως παιδοψυχίατροι).

Οι βασικότερες αρμοδιότητες των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., σύμφωνα με το άρθρο 2 της Υ.Α. 4494/Γ6/2001 και το άρθρο 4§1 του Ν. 3699/2008 (το οποίο δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από το σχετικό άρθρο 2§3 του Ν. 2817/2000), συνίστανται στις ακόλουθες:

α) Ερευνούν και διαπιστώνουν το είδος και το βαθμό δυσκολιών των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στο σύνολο των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας, με τη συνδρομή και των περιφερειακών υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας στις περιπτώσεις που αυτή χρειάζεται.

β) Εισηγούνται για την εγγραφή, κατάταξη και φοίτηση στην κατάλληλη σχολική μονάδα ή άλλο εκπαιδευτικό πλαίσιο ή πρόγραμμα ΕΑΕ και, επιπλέον, παρακολουθούν και αξιολογούν την εκπαιδευτική πορεία των μαθητών, σε συνεργασία με τους σχολικούς συμβούλους ΕΑΕ και τους αρμόδιους, κατά περίπτωση, σχολικούς συμβούλους προσχολικής αγωγής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας γενικής εκπαίδευσης, τους συμβούλους ΕΕΠ, τους διευθυντές των σχολικών μονάδων, το εκπαιδευτικό προσωπικό που έχει την ευθύνη εφαρμογής του προγράμματος, καθώς και με το ΕΕΠ που υπηρετεί στις σχολικές μονάδες ΕΑΕ.

γ) Εισηγούνται και καταρτίζουν προσαρμοσμένα εξατομικευμένα ή ομαδικά προγράμματα ψυχοπαιδαγωγικής και διδακτικής υποστήριξης και δημιουργικής απασχόλησης σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς της τάξης και με το ΕΕΠ, καθώς και την εφαρμογή άλλων επιστημονικών, κοινωνικών και λοιπών υποστηρικτικών μέτρων στα σχολεία, στα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. ή και στο σπίτι των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, προκειμένου να είναι σε θέση οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς να γνωρίζουν τι πρόγραμμα πρέπει να εφαρμοστεί και ποιος είναι ο προσήκων τρόπος εκπαίδευσης του κάθε μαθητή ανάλογα με τις ειδικές του ανάγκες.

δ) Παρέχουν συνεχή συμβουλευτική υποστήριξη και ενημέρωση στο εκπαιδευτικό προσωπικό και διοργανώνουν προγράμματα ενημέρωσης των γονέων και κηδεμόνων των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, υπό τη μορφή εκπαιδευτικών ημερίδων που οργανώνονται με ευθύνη του οικείου ΚΕ.Δ.Δ.Υ.

ε) Καθορίζουν το είδος των εκπαιδευτικών βοηθημάτων και τεχνικών οργάνων που διευκολύνουν την πρόσβαση στο χώρο και στη μαθησιακή διαδικασία που έχει ανάγκη ο μαθητής στο σχολείο ή στο σπίτι και καταρτίζουν προτάσεις για την καλύτερη πρόσβαση και παραμονή στους χώρους εκπαίδευσης. Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί πως, με την υπουργική απόφαση ΥΠ.Ε.Π.Θ. 28911/Γ6/2007, διευκρινίστηκε ότι τα βοηθήματα ή τα όργανα που ενισχύουν αισθητηριακές λειτουργίες και λειτουργίες κινητικότητας καθορίζονται με ιατρικές γνωματεύσεις, οι οποίες προσδιορίζουν το πρόβλημα και είναι αναγκαίες για την παροχή των βοηθημάτων από τον ασφαλιστικό φορέα του γονέα. Για τις περιπτώσεις λοιπόν που για τον καθορισμό των βοηθημάτων απαιτείται ιατρική γνωμάτευση, δε χρειάζεται εισήγηση από τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Σε κάθε περίπτωση, τα παιδιά με ειδικές ανάγκες, όπως και όλα τα ανήλικα άτομα, εντάσσονται στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης των γονέων τους και, ανάλογα με τον φορέα ασφάλισης του γονέα, διατίθενται σε αυτά οι κατάλληλες

ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες, όπως δωρεάν νοσηλεία, ιατρική γνωμάτευση, ιατρική παρακολούθηση, θεραπείες, φάρμακα, υποστηρικτικός εξοπλισμός κ.ο.κ.

στ) Εισηγούνται για την αντικατάσταση των γραπτών δοκιμασιών των μαθητών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες με προφορικές ή άλλης μορφής δοκιμασίες στις προαγωγικές και απολυτήριες εξετάσεις των σχολείων της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης καθώς και στις εισαγωγικές εξετάσεις της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στο Ν. 3699/2008 (άρθρο 4§1 εδ. στ') αναφέρεται ότι οι εισηγήσεις για την αντικατάσταση των γραπτών εξετάσεων με άλλες μορφές εξετάσεων αφορούν τόσο τους μαθητές που φοιτούν σε αυτοτελείς ΣΜΕΑΕ όσο και αυτούς που φοιτούν σε σχολεία της γενικής εκπαίδευσης και παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες, όπως δυσλεξία, δυσαναγνώσια, δυσαριθμησία κ.ο.κ. Επιπλέον, εισηγούνται τους εναλλακτικούς τρόπους εξέτασης των κωφών, βαρύνκων, τυφλών, με χαμηλή όραση και αυτιστικών μαθητών σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης καθώς και τους εναλλακτικούς τρόπους αξιολόγησής τους εκτός εξετάσεων.

ζ) Εισηγούνται στις αρμόδιες υπηρεσίες για την ίδρυση, την κατάργηση, την προαγωγή, τον υποβιβασμό, τη μετατροπή ή τη συγχώνευση των αυτοτελών Σ.Μ.Ε.Α. και των Τμημάτων Ένταξης, την προσθήκη τομέων και τμημάτων ειδικοτήτων στα Επαγγελματικά Γυμνάσια, στα Επαγγελματικά Λύκεια και στην Επαγγελματική Τάξη, τη στελέχωσή τους και την αύξηση ή μείωση των θέσεων του προσωπικού.

η) Συντάσσουν ετήσια έκθεση πεπραγμένων, η οποία υποβάλλεται στη Διεύθυνση ΕΑΕ του ΥΠ.Ε.Π.Θ. και στο Τμήμα ΕΑΕ του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, με βάση την οποία πραγματοποιείται ανά έτος αξιολόγηση του έργου των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Ενώ στο προϊσχύον καθεστώς προβλεπόταν αξιολόγηση των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. ανά διετία, στο Ν. 3699/2008 προβλέπεται αξιολόγηση σε ετήσια βάση, προκειμένου να διερευνάται σε συστηματικότερη βάση το κατά πόσο τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. ανταποκρίνονται προσηκόντως στην αποστολή τους.

θ) Συντάσσουν και υποβάλλουν στον αρμόδιο για την υλοποίησή τους, Οργανισμό Σχολικών Κτιρίων, εκθέσεις – προτάσεις στις περιπτώσεις που κρίνουν πως πρέπει να πραγματοποιηθούν κτιριακές – υλικοτεχνικές παρεμβάσεις στις ΣΜΕΑΕ και στα σχολεία γενικής εκπαίδευσης, προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόσβαση και η παραμονή των μαθητών με αναπηρίες και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στους χώρους αυτούς.

ι) Ο Ν. 3699/2008 επεκτείνει τις αρμοδιότητες των ΚΕ.Δ.Δ.Υ., προβλέποντας την αρμοδιότητά του κάθε ΚΕ.Δ.Δ.Υ. να συντάσσει εξατομικευμένες εκθέσεις – προτάσεις για όλους τους μαθητές που υπάγονται σε αυτό, στις οποίες θα αναφέρονται οι σύγχρονες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις, τα εκπαιδευτικά βοηθήματα, τα καινοτόμα προϊόντα ή οι υπηρεσίες προηγμένης τεχνολογίας που μπορούν να υποστηρίξουν τη λειτουργικότητα και τη συμμετοχή του κάθε μαθητή με αναπηρία ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στη διαδικασία της συνεκπαίδευσης με τους μαθητές του γενικού εκπαιδευτικού πλαισίου.

ια) Τέλος, τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. είναι αρμόδια για την υποβολή προτάσεων για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόωμης παρέμβασης, στις περιπτώσεις που κρίνεται αναγκαίο.

Πέρα από την αξιολόγηση των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών, την υποστήριξη μαθητών, εκπαιδευτικών και γονέων και τις λοιπές αρμοδιότητές τους, τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. οφείλουν να λειτουργούν και προληπτικά. Τούτο σημαίνει πως πρέπει να συνεργάζονται με τους υπάρχοντες στην περιοχή τους φορείς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και ειδικής αγωγής, προκειμένου να εντοπιστούν στην αρχή της σχολικής χρονιάς περιπτώσεις μαθητών με ενδεχόμενες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και να υπάρξει έγκαιρη και προσήκουσα παρέμβαση. Επιπλέον, σε περίπτωση που η διαγνωστική ομάδα του ΚΕ.Δ.Δ.Υ. έχει σαφείς ενδείξεις παιδικής κακοποίησης, το αρμόδιο ΚΕ.Δ.Δ.Υ. οφείλει να συνεργαστεί με τις αρμόδιες ιατρικές, κοινωνικές, ψυχολογικές υπηρεσίες καθώς και με τις αρμόδιες δικα-

στικές αρχές, προκειμένου να υπάρχει μία συντονισμένη και όσο το δυνατό πιο έγκαιρη αντιμετώπιση του προβλήματος.

Στην υπουργική απόφαση ΥΠ.Ε.Π.Θ. 4494/Γ6/2001 (ΦΕΚ Β'1503/2001) (όπως αυτή τροποποιήθηκε από την υπ' αριθμ. 28911/Γ6/2007 όμοια υπουργική απόφαση - ΦΕΚ Β' 449/2007) περιλαμβάνονται ειδικότερες ρυθμίσεις αναφορικά με θέματα οργάνωσης και τρόπου λειτουργίας των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Περιγράφεται η διαδικασία διάγνωσης – αξιολόγησης των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, προβλέπεται ο σχεδιασμός και η υλοποίηση προγραμμάτων συμβουλευτικής γονέων και ευαισθητοποίησης του κοινωνικού συνόλου σε θέματα ειδικής αγωγής. Επιπλέον, προσδιορίζονται τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και εξειδικεύονται τα καθήκοντα των Προϊσταμένων των ΚΕ.Δ.Δ.Υ. καθώς και κάθε μέλους που συνθέτει τη διεπιστημονική ομάδα που στελεχώνει το κάθε ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Τέλος, σύμφωνα με το άρθρο 3§5 της ως άνω υπουργικής απόφασης, σε σχέση με τα γενικότερα καθήκοντα και υποχρεώσεις του προσωπικού του ΚΕ.Δ.Δ.Υ. εφαρμόζονται οι διατάξεις του Δημοσιούπαλληλικού Κώδικα – Ν. 3528/2007.

3. Φοίτηση των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες

Πριν την έναρξη ισχύος του Ν. 3699/2008, η φοίτηση των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στους κατάλληλους τύπους σχολείων περιγράφονταν στο άρθρο 1§11 του Ν. 2817/2000 και στην κατ' εξουσιοδότησή του εκδοθείσα υπουργική απόφαση ΥΠ.Ε.Π.Θ. 102357/Γ6/2002 (ΦΕΚ Β'1319/2002). Στο νέο νόμο η ένταξη και η φοίτηση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στους κατάλληλους τύπους σχολείων ρυθμίζεται στο άρθρο 6 ως ακολούθως:

1. Οι μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μπορούν να φοιτούν σε σχολική τάξη του γενικού σχολείου στις ακόλουθες περιπτώσεις:

α) Όταν έχουν ήπιες μαθησιακές δυσκολίες και είναι σε θέση να παρακολουθήσουν το πρόγραμμα της συνήθους σχολικής τάξης με την υποστήριξη του εκπαιδευτικού της τάξης, ο οποίος συνεργάζεται κατά περίπτωση με τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. με τους σχολικούς συμβούλους γενικής και ειδικής εκπαίδευσης και με τους συμβούλους ΕΕΠ.

β) Όταν οι μαθητές μπορούν να παρακολουθήσουν το αναλυτικό πρόγραμμα της συνήθους σχολικής τάξης με την κατάλληλη ατομική υποστήριξη, δηλαδή με παράλληλη στήριξη – συνεκπαίδευση από εκπαιδευτικούς ΕΑΕ στις περιπτώσεις και στο βαθμό που απαιτείται. Επιπλέον, όταν οι μαθητές έχουν μεν σοβαρότερες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες αλλά στην περιοχή όπου κατοικούν δεν υφίσταται ειδικό σχολείο ή τμήμα ένταξης στο οποίο θα μπορούσαν να φοιτήσουν.

Ανάλογα, λοιπόν, με το είδος και τη σοβαρότητα των μαθησιακών δυσκολιών που έχει ο μαθητής, είναι δυνατό είτε να περιορίζεται στην ιδιαίτερη στήριξη του εκπαιδευτικού της συνήθους τάξης, ο οποίος πρέπει να επιμορφώνεται προκειμένου να ανταποκριθεί στις αυξημένες υποχρεώσεις του, είτε να έχει την ανάγκη παροχής ειδικής βοήθειας από εκπαιδευτικό ειδικής αγωγής και να εφαρμόζεται το διδακτικό μοντέλο της συνδιδασκαλίας, δηλαδή της συνεργασίας του εκπαιδευτικού της συνήθους σχολικής τάξης με τον εκπαιδευτικό ειδικής αγωγής. Την αναγκαιότητα παράλληλης στήριξης του μαθητή από εκπαιδευτικό ΕΑΕ εισηγείται το οικείο ΚΕ.Δ.Δ.Υ., το οποίο καθορίζει με γραπτή γνωμάτευσή του τις ώρες που πρέπει να υπάρχει παράλληλη στήριξη, ανάλογα με την περίπτωση.

Για την αποτελεσματικότερη φοίτηση του μαθητή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στη συνήθη τάξη, η διδασκαλία πρέπει να προσαρμόζεται και να διαμορφώνεται ανάλογα με το Εξατομικευμένο Πρόγραμμα Εκπαίδευσης (ΕΠΕ). Το Εξατομικευμένο Πρόγραμμα Εκπαίδευσης έχουν την υποχρέωση να σχεδιάζουν, να αξιολογούν και να τροποποιούν τα

Κ.Ε.Δ.Δ.Υ. σε συνεργασία με τον εκπαιδευτικό της συνήθους τάξης, τον εκπαιδευτικό ΕΑΕ και τους σχολικούς συμβούλους. Επίσης, πρέπει να υπάρχει παράλληλη στήριξη του μαθητή, από ειδικό εκπαιδευτικό σε περιοδική ή μόνιμη βάση, την οποία στήριξη οφείλει να εισηγείται, να ρυθμίζει και να εποπτεύει το αρμόδιο ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Ο εκπαιδευτικός ΕΑΕ που στηρίζει το μαθητή που φοιτά στη συνήθη σχολική τάξη έχει παράλληλα και την υποχρέωση να παρέχει συμβουλευτική στήριξη στον εκπαιδευτικό της συνήθους τάξης και να ενημερώνει τους γονείς του μαθητή.

Σύμφωνα με τα οριζόμενα στην υπουργική απόφαση ΥΠ.Ε.Π.Θ. 102357/Γ6/2002 (ΦΕΚ Β'1319/2002), η οποία εξακολουθεί να ισχύει (δεδομένου ότι δεν έχει εκδοθεί νεότερη κανονιστική πράξη κατ' εξουσιοδότηση των διατάξεων του Ν. 3699/2008), σε μια συνήθη σχολική τάξη είναι δυνατό να φοιτούν κατ' ανώτατο όριο τρεις μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

2. Οι μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μπορούν να φοιτούν σε ειδικά οργανωμένα και κατάλληλα στελεχωμένα Τμήματα Ένταξης που λειτουργούν μέσα στα κοινά σχολεία γενικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης στις ακόλουθες περιπτώσεις:

α) Όταν για να παρακολουθήσουν το διδακτικό πρόγραμμα της συνήθους σχολικής τάξης χρειάζονται συστηματική υποστήριξη από εκπαιδευτικό ειδικής αγωγής για ορισμένες ώρες την ημέρα ή την εβδομάδα, η οποία παρέχεται σε συγκεκριμένο κατάλληλα οργανωμένο χώρο.

β) Όταν μαθητής με σοβαρές ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες κατοικεί σε περιοχή στην οποία δεν υπάρχει κατάλληλο πλαίσιο αντιμετώπισης (ειδικό σχολείο) και ο αριθμός των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες που φοιτούν με παράλληλη υποστήριξη στη συνήθη τάξη της περιοχής υπερβαίνει τους τρεις.

Στα Τμήματα Ένταξης (ΤΕ) εφαρμόζονται δύο διαφορετικοί τύποι προγραμμάτων:

i) Κοινό και εξειδικευμένο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα που σχεδιάζει το ΚΕ.Δ.Δ.Υ. για τους μαθητές με ηπιότερης μορφής ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, το οποίο δεν υπερβαίνει για κάθε μαθητή τις 15 διδακτικές ώρες εβδομαδιαίως. Στο νέο νόμο προβλέπεται ότι στα ΤΕ μπορούν να φοιτούν μαθητές χωρίς γνωμάτευση από διαγνωστικό φορέα, εφόσον υπάρχει η σύμφωνη γνώμη του σχολικού συμβούλου ΕΑΕ. Ορίζεται επίσης, ότι για να ιδρυθεί ένα ΤΕ απαραίτητη προϋπόθεση είναι να υπάρχουν τουλάχιστο τρεις μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και σχετική πρόταση από διαγνωστική επιτροπή, ενώ σε περίπτωση γειτονικών ή συστεγαζόμενων σχολείων, τα ΤΕ συνενώνονται και ο αριθμός των μαθητών του κάθε ΤΕ δεν πρέπει να ξεπερνά τους 12.

ii) Εξειδικευμένο ομαδικό ή εξατομικευμένο πρόγραμμα διευρυσμένου ωραρίου, το οποίο καθορίζεται από το οικείο ΚΕ.Δ.Δ.Υ., σε περιπτώσεις μαθητών που παρουσιάζουν σοβαρότερης μορφής ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, οι οποίες δεν καλύπτονται από αντίστοιχες με το είδος και το βαθμό αυτοτελείς σχολικές μονάδες. Το εξειδικευμένο πρόγραμμα μπορεί να είναι ανεξάρτητο από το κοινό, ανάλογα με τις ανάγκες των μαθητών και στις περιπτώσεις αυτές η συνδιδασκαλία γίνεται σύμφωνα με τις προτάσεις των διαγνωστικών υπηρεσιών.

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, η ένταξη του εκπαιδευτικού προγράμματος που παρακολουθεί ο μαθητής στη συνήθη τάξη και αυτού που παρακολουθεί στο Τμήμα Ένταξης αποτελεί συνάρτηση των ηπιότερων ή σοβαρότερων ειδικών αναγκών που παρουσιάζει.

Έτσι, οι μαθητές με ήπιες εκπαιδευτικές ανάγκες φοιτούν κατ' ανώτατο όριο 15 διδακτικές ώρες εβδομαδιαίως στα Τμήματα Ένταξης, προκειμένου να είναι σε θέση να συμβαδίζουν ευκολότερα με το πρόγραμμα της συνήθους σχολικής τάξης. Δηλαδή ο μαθητής

παρακολουθεί στην ειδική τάξη μόνο τα μαθήματα που χρειάζεται και για συγκεκριμένο αριθμό ωρών, ενώ για τον υπόλοιπο χρόνο επανενσωματώνεται στην τάξη του. Με τον τρόπο αυτό, αντιμετωπίζονται συνήθως δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο μαθητής σε θέματα ανάγνωσης, γραφής και αριθμητικής.

Οι μαθητές με σοβαρότερης μορφής ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες έχουν διευρυμένο ωράριο παρακολούθησης του Τμήματος Ένταξης, το οποίο πρέπει να καθορίζεται από το αρμόδιο ΚΕ.Δ.Δ.Υ. και παρακολουθούν τα μαθήματα της συνήθους τάξης, συνήθως, με τη συνδρομή του εκπαιδευτικού ειδικής αγωγής. Ο εκπαιδευτικός ειδικής αγωγής που διδάσκει στο Τμήμα Ένταξης οφείλει να μεριμνά για την ορθή εφαρμογή του Εξατομικευμένου Προγράμματος Εκπαίδευσης που έχει σχεδιαστεί από το ΚΕ.Δ.Δ.Υ., να συνεργάζεται με τον εκπαιδευτικό της συνήθους τάξης με τον οποίο είναι συνυπεύθυνος για την εκπαιδευτική πρόοδο του μαθητή και να μπορεί να συμμετέχει διακριτικά κατά τη διδασκαλία των κοινών μαθημάτων, συνδράμοντας τον μαθητή στην παρακολούθησή τους και παροτρύνοντάς τον γενικότερα να συνεργάζεται και να συμμετέχει σε σχολικές δραστηριότητες με τους υπόλοιπους μαθητές.

Οι μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες που φοιτούν είτε στη συνήθη σχολική τάξη είτε σε Τμήμα Ένταξης που λειτουργεί μέσα στο σχολείο προάγονται στην επόμενη τάξη όπως και οι υπόλοιποι μαθητές της συνήθους σχολικής τάξης, εκτός εάν, μετά από σύμφωνη γνώμη του Κ.Δ.Α.Υ. και των γονέων ή κηδεμόνων, αποφασιστεί πως είναι καλύτερο για τον μαθητή να παρακολουθήσει ξανά την ίδια τάξη.

3. Στις περιπτώσεις που το είδος και ο βαθμός του προβλήματος που αντιμετωπίζουν οι μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες καθιστά ιδιαίτερα δυσχερή τη φοίτησή τους στα σχολεία του κοινού εκπαιδευτικού συστήματος ή στα τμήματα ένταξης, δεδομένου ότι χρειάζονται συστηματική και προγραμματισμένη υποστήριξη από εκπαιδευτικό ειδικής αγωγής σε σχολική μονάδα ειδικής αγωγής που διαθέτει την κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή, η εκπαίδευση στους μαθητές αυτούς παρέχεται:

α) Σε αυτοτελή σχολεία ειδικής αγωγής - αυτοτελείς Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης (ΣΜΕΑΕ) - όπου ο μαθητής παρακολουθεί ειδικά προσαρμοσμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα από εκπαιδευτικό ΕΑΕ. Το πρόγραμμα αυτό υλοποιείται με βάση το Εξατομικευμένο Πρόγραμμα Εκπαίδευσης που έχει προταθεί για τον μαθητή από το οικείο ΚΕ.Δ.Δ.Υ. Επιπλέον, ο μαθητής παρακολουθεί και προγράμματα κοινωνικοποίησης, με τα οποία επιδιώκεται η ένταξή του σε δομές της συνήθους εκπαίδευσης ή η κατάταξή του σε άλλη βαθμίδα ειδικής αγωγής.

β) Σε σχολεία ή τμήματα που λειτουργούν είτε ως αυτοτελή είτε ως παραρτήματα άλλων σχολείων σε νοσοκομεία, κέντρα αποκατάστασης, ιδρύματα αγωγής ανηλίκων, ιδρύματα χρονίως πασχόντων ή Υπηρεσίες εκπαίδευσης και αποκατάστασης των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, εφόσον σε αυτά διαβιούν άτομα σχολικής ηλικίας με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Οι εν λόγω εκπαιδευτικές δομές θεωρούνται ΣΜΕΑΕ, εμπίπτουν στο πλαίσιο της ΕΑΕ παιδιών σχολικής ηλικίας και εφαρμόζουν εκπαιδευτικά προγράμματα που εποπτεύονται από το ΥΠ.Ε.Π.Θ.

γ) Στο σπίτι, στις εξαιρετικές περιπτώσεις που χρόνια προβλήματα υγείας ή σοβαρά βραχυχρόνια προβλήματα που παρουσιάζει ο μαθητής δεν επιτρέπουν τη μετακίνηση και τη φοίτησή του στο σχολείο.

Ας σημειωθεί ότι με την υπουργική απόφαση ΥΠ.Ε.Π.Θ. 108474/Γ6/2002 (ΦΕΚ Β' 1356/2002) ορίστηκε η διαδικασία και ο τρόπος παροχής εκπαίδευσης στο σπίτι. Σύμφωνα με την εν λόγω απόφαση, ο γονέας ή κηδεμόνας του μαθητή με ειδικές εκπαιδευτικές

ανάγκες μπορεί να υποβάλει αίτημα προς τον διευθυντή του σχολείου στο οποίο φοιτά ο μαθητής στις περιπτώσεις που κρίνεται αναγκαία η παραμονή του μαθητή στο σπίτι για πάνω από δύο μήνες μέσα στο σχολικό έτος ή για πάνω από δύο ημέρες την εβδομάδα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Κατόπιν της υποβολής του σχετικού αιτήματος, η ανάγκη για παροχή εκπαίδευσης στο σπίτι διαπιστώνεται από το οικείο ΚΕ.Δ.Δ.Υ. σε συνεργασία με τους σχολικούς συμβούλους Ειδικής Αγωγής και τους αρμόδιους κατά περίπτωση σχολικούς συμβούλους Προσχολικής Αγωγής Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης καθώς και τους εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής που διδάσκουν στις ΣΜΕΑΕ. Μετά την ψήφιση του νέου νόμου, στο άρθρο 6§4 εδ. γ' αυτού, ορίζεται ότι η έγκριση της διδασκαλίας στο σπίτι γίνεται με απόφαση του περιφερειακού διευθυντή εκπαίδευσης της αντίστοιχης βαθμίδας στην οποία φοιτά ο μαθητής, κατόπιν ειδικά αιτιολογημένης και πρόσφατης ιατρικής γνωμάτευσης, στην οποία πρέπει να αναγράφεται τόσο το πρόβλημα του μαθητή όσο και το χρονικό διάστημα για το οποίο κρίνεται επιβεβλημένη η παραμονή του στο σπίτι. Η προαναφερθείσα γνωμάτευση παρέχεται από δημόσια ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία ή δημόσια υγειονομική επιτροπή.

Σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα με την υπουργική απόφαση ΥΠ.Ε.Π.Θ. 108474/Γ6/2002, για την έγκριση και έναρξη προγράμματος εκπαίδευσης στο σπίτι απαραίτητη προϋπόθεση είναι η εγγραφή του μαθητή σε σχολική μονάδα είτε γενικής είτε ειδικής εκπαίδευσης. Επιπλέον, ορίζεται ρητά ότι ο θεσμός της εκπαίδευσης στο σπίτι δεν υποκαθιστά σε καμιά περίπτωση την πιθανή αδυναμία του σχολείου να ενσωματώσει το μαθητή και εξαιρείται ο στόχος του θεσμού της διδασκαλίας στο σπίτι που είναι η ομαλή ένταξη και η διδακτική και κοινωνική ενσωμάτωση του μαθητή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και όχι ο έμμεσος αποκλεισμός του.

Οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής που αναλαμβάνουν το πρόγραμμα εκπαίδευσης στο σπίτι οφείλουν:

- Να βρίσκονται σε διαρκή συνεργασία με το σχολείο στο οποίο είναι εγγεγραμμένος ο μαθητής.
- Να παρέχουν στο μαθητή διδακτικό υλικό αντίστοιχο με αυτό που θα παρακολουθούσε στο χώρο του σχολείου (ακαδημαϊκά μαθήματα και ειδικά προγράμματα, λ.χ. εργοθεραπεία ή λογοθεραπεία, ανάλογα με τις ανάγκες του μαθητή), ώστε να εξασφαλίζεται η συμβατότητα με το πρόγραμμα της τάξης και η ομαλή ενσωμάτωσή του όταν επιστρέψει στο σχολείο.
- Στις περιπτώσεις που η κατάσταση του μαθητή το επιτρέπει, να οργανώνουν βραχυχρόνιες επισκέψεις του στο σχολείο, προκειμένου να παρακολουθήσει εκεί κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα ή τυχόν πολιτιστικές εκδηλώσεις που εκπονεί η τάξη στην οποία είναι εγγεγραμμένος, με στόχο να αποφευχθούν φαινόμενα απομονωτισμού και αποκλεισμού του μαθητή από το συλλογικό πρόγραμμα, τις κοινωνικές δραστηριότητες και τη συναναστροφή του με τους συμμαθητές του.

Στο Ν. 3699/2008 αναγνωρίζεται ως πρόγραμμα διδασκαλίας που μπορεί να χρησιμοποιείται κατά το χρονικό διάστημα εκπαίδευσης του μαθητή στο σπίτι και το πρόγραμμα της τηλεεκπαίδευσης.

Για όλους τους μαθητές που δεν αυτοεξυπηρετούνται, ανεξάρτητα από το αν φοιτούν σε σχολεία γενικής εκπαίδευσης, Τμήματα Ένταξης ή ΣΜΕΑΕ, προβλέπεται από το νέο νόμο ότι θα πρέπει να έχουν την κατάλληλη στήριξη από Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό, ανάλογα με τις ανάγκες τους.

4. Σχολικές μονάδες Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης

Οι αυτοτελείς Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης, που προσδιορίζονται στο άρθρο 1§13 του προϊσχύοντος Ν. 2817/2000, εκτίθενται αναλυτικότερα στο άρθρο 8 του Ν. 3699/2008, από το οποίο προκύπτουν τα ακόλουθα:

α) Τα αυτοτελή σχολεία ειδικής αγωγής στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση είναι τα ακόλουθα:

- Τα Νηπιαγωγεία ΕΑΕ και τα τμήματα πρώιμης παρέμβασης που λειτουργούν εντός των νηπιαγωγείων ΕΑΕ και εισάγονται για πρώτη φορά ως καινοτόμος θεσμός με το νέο νόμο. Στα παραπάνω οι μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες φοιτούν μέχρι το 7^ο έτος της ηλικίας τους.

Αναφορικά με τα τμήματα πρώιμης παρέμβασης, έχουν διατυπωθεί αρνητικές κριτικές βασισμένες στο σκεπτικό ότι η πρώτη, ή ορθότερα έγκαιρη, παρέμβαση αφορά διεθνώς τη χρονική περίοδο από τη γέννηση του παιδιού έως το τέταρτο έτος της ηλικίας του. Συνεπώς, τα τμήματα πρώιμης παρέμβασης του νέου νόμου, τα οποία ταυτίζονται ουσιαστικά με το χρόνο φοίτησης στα ειδικά νηπιαγωγεία είναι άνευ ουσιαστικού αντικειμένου. Κι αυτό γιατί, ως έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να νοηθεί μόνο η κατάλληλη συμβουλευτική υποστήριξη και εκπαίδευση των γονέων, από υπηρεσίες στελεχωμένες με εξειδικευμένο διεπιστημονικό προσωπικό, ώστε να είναι σε θέση να στηρίζουν κατάλληλα το παιδί με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες από τη γέννησή του, ενώ, στη συνέχεια, μεγαλώνοντας το παιδί θα είναι σε θέση να παρακολουθήσει τα ειδικά προγράμματα των νηπιαγωγείων ΕΑΕ. Εάν η πρώτη παρέμβαση ξεκινήσει μετά την εγγραφή του παιδιού στο νηπιαγωγείο θα έχει ήδη χαθεί ένα χρονικό διάστημα πολύτιμο για τη σωστή προσέγγιση και αποτελεσματική αντιμετώπιση των ειδικών αναγκών του.

- Τα Δημοτικά σχολεία ΕΑΕ, στα οποία φοιτούν οι μαθητές μέχρι το 14^ο έτος της ηλικίας τους (με δυνατότητα παράτασης μέχρι το 15^ο έτος, κατόπιν εισήγησης του οικείου ΚΕ.Δ.Δ.Υ.) και εντός των οποίων λειτουργούν μία προκαταρκτική και έξι επόμενες τάξεις.

β) Τα αυτοτελή σχολεία ειδικής αγωγής στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση είναι τα ακόλουθα:

- Τα Γυμνάσια ΕΑΕ, στα οποία φοιτούν οι μαθητές μέχρι το 19^ο έτος της ηλικίας τους και περιλαμβάνουν μια προκαταρκτική τάξη (την οποία, κατόπιν αξιολόγησης του ΚΕ.Δ.Δ.Υ., είναι δυνατό να μην παρακολουθήσουν οι απόφοιτοι δημοτικού σχολείου με ελαφρές μαθησιακές δυσκολίες και να εγγραφούν απευθείας στην πρώτη τάξη) και τρεις επόμενες τάξεις.

- Τα Λύκεια ΕΑΕ, στα οποία φοιτούν οι μαθητές μέχρι το 23^ο έτος της ηλικίας τους και περιλαμβάνουν μια προκαταρκτική τάξη (την οποία, κατόπιν αξιολόγησης του ΚΕ.Δ.Δ.Υ., είναι δυνατό να μην παρακολουθήσουν οι απόφοιτοι γυμνασίου με ελαφρές μαθησιακές δυσκολίες και να εγγραφούν απευθείας στην πρώτη τάξη) και τρεις επόμενες τάξεις.

γ) Στη Δευτεροβάθμια Επαγγελματική Εκπαίδευση λειτουργούν:

- Τεχνικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια (Τ.Ε.Ε.) ειδικής αγωγής α' βαθμίδας (όπως αναφέρονταν στο άρθρο 1§13 του Ν. 2817/2000), τα οποία, δυνάμει του άρθρου 11 του Ν. 3699/2008, μετατράπηκαν πλέον σε Ειδικά Επαγγελματικά Γυμνάσια. Σε αυτά εγ-

γράφονται οι απόφοιτοι δημοτικού σχολείου γενικής ή ειδικής εκπαίδευσης. Η φοίτηση διαρκεί πέντε έτη, από το 14^ο έως το 19^ο έτος της ηλικίας του μαθητή, και εφαρμόζεται σε αυτά πρόγραμμα για την ολοκλήρωση της εννεαετούς υποχρεωτικής εκπαίδευσης καθώς και πρόγραμμα για την παροχή επαγγελματικής εκπαίδευσης.

- Τεχνικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια (Τ.Ε.Ε.) ειδικής αγωγής β' βαθμίδας (όπως αναφέρονταν στο άρθρο 1§13 του Ν. 2817/2000), τα οποία, δυνάμει του άρθρου 11 του Ν. 3699/2008, μετατράπηκαν πλέον σε Ειδικά Επαγγελματικά Λύκεια. Σε αυτά εγγράφονται οι απόφοιτοι του επαγγελματικού γυμνασίου και των γενικών και ειδικών γυμνασίων και λυκείων. Η φοίτηση διαρκεί τέσσερα έτη.

- Εργαστήρια Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (ΕΕΕΕΚ), στα οποία η φοίτηση διαρκεί από πέντε έως οκτώ χρόνια (14^ο έως 22^ο έτος ηλικίας). Σε αυτά εγγράφονται απόφοιτοι δημοτικών σχολείων γενικής ή ειδικής εκπαίδευσης προκειμένου να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα της εννεαετούς, υποχρεωτικής, σύμφωνα με τον νέο νόμο, εκπαίδευσης.

- Ειδική Επαγγελματική Σχολή, για την οποία γίνεται αναφορά για πρώτη φορά στο Ν. 3699/2008 (άρθρο 8§1 εδ. γ'). Σε αυτή εγγράφονται απόφοιτοι επαγγελματικού γυμνασίου και ειδικού γυμνασίου και η φοίτηση διαρκεί τέσσερα έτη.

Σύμφωνα με το άρθρο 8§2 του Ν. 3699/2008 (όπως προβλεπόταν και στο αντίστοιχο άρθρο 1§16 του προϊσχύοντος Ν. 2817/2000), σε όλα τα προαναφερθέντα σχολεία, πέρα από τα ειδικά προσαρμοσμένα διδακτικά προγράμματα, περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα των νηπιαγωγείων ΕΑΕ και προγράμματα πρώιμης παρέμβασης, στο πρόγραμμα των δημοτικών ΕΑΕ περιλαμβάνονται και δραστηριότητες προεπαγγελματικής εκπαίδευσης, ενώ στο πρόγραμμα των γυμνασίων και των λυκείων ΕΑΕ περιλαμβάνονται και δραστηριότητες δημιουργικής απασχόλησης που αποσκοπούν στην τεχνική και επαγγελματική εκπαίδευση, κατάρτιση και προσανατολισμό των μαθητών.

Η πρόθεση του νομοθέτη να διασφαλίσει την τήρηση της αρχής της ίσης μεταχείρισης των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες καταδεικνύεται από το γεγονός ότι προβλέπει ρητά, τόσο στον προϊσχύοντα Ν. 2817/2000 όσο και στο νέο Ν. 3699/2008 (άρθρο 8§§7 και 8), την ισοτιμία όλων των βαθμίδων ειδικής προσχολικής, πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και επαγγελματικής εκπαίδευσης με τα αντίστοιχα σχολεία της γενικής εκπαίδευσης. Επιπλέον, προβλέπεται και η ισοτιμία των διπλωμάτων των ειδικών επαγγελματικών λυκείων και ειδικών επαγγελματικών σχολών με αυτά των γενικών επαγγελματικών λυκείων και επαγγελματικών σχολών, εξασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο ισότιμα επαγγελματικά δικαιώματα στους απόφοιτους.

Η φοίτηση των μαθητών στις αυτοτελείς ΣΜΕΑΕ της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είναι δυνατό να παραταθεί και μετά το 23^ο έτος της ηλικίας, όταν αυτό επιβάλλεται από τις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες του μαθητή, κατόπιν απόφασης του αρμόδιου προϊσταμένου της Διεύθυνσης Εκπαίδευσης, η οποία λαμβάνεται ύστερα από εισήγηση του οικείου ΚΕ.Δ.Δ.Υ.

5. Τρόποι σχολικής εξέτασης των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες

Σύμφωνα με τον προϊσχύοντα Ν. 2817/2000 και με τα όσα προβλέπονται στο Ν. 3699/2008, τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ., μεταξύ των άλλων αρμοδιοτήτων τους, είναι αρμόδια να εισηγούνται για τον προσήκοντα τρόπο εξέτασης, ανάλογα με την ιδιαιτερότητα του κάθε μαθητή. Έτσι, ενδέχεται να εισηγούνται την αντικατάσταση των γραπτών δοκιμασιών των μαθη-

τών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, ανεξάρτητα από το αν οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες, όπως δυσλεξία, δυσαριθμησία, δυσαναγνωσία, φοιτούν σε Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης ή σε γενικά σχολεία, με προφορικές ή άλλης μορφής εξετάσεις, στις προαγωγικές, στις απολυτήριες εξετάσεις των σχολείων της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς και στις εισαγωγικές εξετάσεις για την τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Στο π.δ. 86/2001, όπως αυτό τροποποιήθηκε από τα π.δ. 26/2002 και 80/2003, και, ειδικότερα, στο άρθρο 27 π.δ. 86/2001 προβλέπεται ο τρόπος εξέτασης των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες που φοιτούν στο Λύκειο. Όσοι, λοιπόν, υπάγονται στον ορισμό του άρθρου 3 του Ν. 3699/2008 και χαρακτηρίζονται ως μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες εξετάζονται προφορικά ή γραπτά, κατά περίπτωση, ανάλογα με τις ειδικότερες ανάγκες και αξιολογούνται αποκλειστικά με βάση το ένα από τα δύο είδη εξέτασης. Ειδικότερα προβλέπεται ότι:

α) **Προφορικά** μόνο εξετάζονται, μετά από αίτηση που υποβάλουν στο Διευθυντή του Λυκείου όπου φοιτούν, οι μαθητές οι οποίοι αδυνατούν να υποβληθούν σε γραπτές εξετάσεις επειδή:

i) Πάσχουν από τύφλωση, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο Ν. 958/1979 ή έχουν ποσοστό αναπηρίας στην όρασή τους τουλάχιστο 80%,

ii) παρουσιάζουν μόνιμη ή προσωρινή κινητική αναπηρία στα άνω άκρα ποσοστό τουλάχιστο 67%,

iii) πάσχουν από σπαστικότητα των άνω άκρων,

iv) πάσχουν από κάταγμα ή άλλη προσωρινή βλάβη των άνω άκρων, που καθιστά αδύνατη τη χρήση τους για γραφή,

v) ή η επίδοσή τους στα μαθήματα δεν είναι εφικτό να ελεγχθεί με γραπτές εξετάσεις, λόγω ειδικής διαταραχής του λόγου (δυσλεξία).

Οι μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες που υπάγονται σε κάποια από τις προαναφερθείσες περιπτώσεις, παράλληλα με την αίτηση που υποβάλλουν στη Διεύθυνση του Λυκείου προκειμένου να εξεταστούν προφορικά, προσκομίζουν και γνωμάτευση της οικείας υγειονομικής επιτροπής που πιστοποιεί την αναπηρία τους και βεβαιώνει την αδυναμία να ελεγχθεί η πρόοδος των συγκεκριμένων μαθητών με γραπτές εξετάσεις. Για τις περιπτώσεις δυσλεξίας, πρέπει σύμφωνα με όσα ορίζονται στο άρθρο 2 του π.δ. 80/2003, να προσκομιστεί σχετική πιστοποίηση από το ΚΕ.Δ.Δ.Υ. που λειτουργεί στην περιφέρεια της οικείας Διεύθυνσης Δ.Ε. ή της οικείας Περιφερειακής Διεύθυνσης Εκπαίδευσης. Σε περίπτωση που, για αντικειμενικούς λόγους, δεν είναι δυνατή η πιστοποίηση από ΚΕ.Δ.Δ.Υ., γίνεται δεκτή ειδική διαγνωστική έκθεση αναγνωρισμένου δημόσιου ιατροπαιδαγωγικού ιδρύματος που πιστοποιεί την αδυναμία ελέγχου των γνώσεων του μαθητή με γραπτές εξετάσεις λόγω δυσλεξίας.

β) **Γραπτά** μόνο εξετάζονται, μετά από αίτηση που υποβάλουν στο Διευθυντή του Λυκείου όπου φοιτούν, οι μαθητές οι οποίοι αδυνατούν να υποβληθούν σε προφορικές εξετάσεις επειδή:

i) Παρουσιάζουν ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα ακοής (κωφοί, βαρήκοοι) σε ποσοστό άνω του 67%,

ii) ή παρουσιάζουν προβλήματα λόγου και ομιλίας (δυσarthρία, τραυλισμός).

Τα προαναφερθέντα προβλήματα, που καθιστούν υποχρεωτική την γραπτή εξέταση των μαθητών, πρέπει να πιστοποιούνται από τις οικείες υγειονομικές επιτροπές, στις οποίες υποβάλλεται σχετική αίτηση από τους ενδιαφερόμενους.

6. Εισαγωγή στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

Οι μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες υπάγονται στις ειδικές κατηγορίες των υποψηφίων για εισαγωγή στις σχολές της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης οι οποίες αναφέρονται στην Υπουργική Απόφαση Φ.152/Β6/1540/30-5-2001 (ΦΕΚ Β' 659/2001). Συγκεκριμένα, στο άρθρο 1§9 της προαναφερθείσας Υ.Α., προβλέπεται ότι, μεταξύ των άλλων περιπτώσεων, ισχύει ειδικό καθεστώς εισαγωγής στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση και για τους πάσχοντες από σοβαρές ασθένειες. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται οι τυφλοί, οι κωφάλαλοι, οι πάσχοντες από μεσογειακή, δρεπανοκυτταρική ή μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία, οι πάσχοντες από συγγενική υδροφυλία με μόνιμη τεχνητή παροχέτευση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (shunt), συνοδευόμενη από άλλες διαμαρτυρίες, όπως αραχνοειδής κύστη με φαινόμενα επιληπτικής κρίσης, καθώς επίσης οι πάσχοντες από μυϊκή δυστροφία Duchenne, από βαριά αγγειακή δυσπλασία του εγκεφαλικού στελέχους, από κακοήθεις νεοπλασίες (λευχαιμίες, λεμφώματα, συμπαγείς όγκους), από το σύνδρομο του Bund Chianti, από τη νόσο του Fabry, από βαριά νοκυστική νόσο (παγκρέατος, πνευμόνων), από σκλήρυνση κατά πλάκας, από βαριά μυασθένεια θεραπευτικώς αντιμετωπιζόμενη με φαρμακευτική αγωγή, οι νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, οι πάσχοντες από συγγενική αιμορραγική διάθεση – αιμορροφιλίες και οι υποβαλλόμενοι σε θεραπεία με παράγοντες πήξεως, οι υποβληθέντες σε μεταμόσχευση μυελού των οστών ή μεταμόσχευση κερatoειδούς χιτώνας, καρδιάς, ήπατος, πνευμόνων, νεφρού, παγκρέατος, οι πάσχοντες από ινσουλινο– εξαρτώμενο διαβήτη τύπου 1, οι πάσχοντες από σύνδρομο Evans, οι πολυμεταγγιζόμενοι πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία, οι έχοντες κινητικά προβλήματα οφειλόμενα σε αναπηρία άνω του 67%.

Τα άτομα που πάσχουν από τις προεκτεθείσες ασθένειες εισάγονται στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση χωρίς γενικές εξετάσεις, καθ' υπέρβαση του αριθμού των εισακτέων, σύμφωνα με όσα ορίζονται στο άρθρο 46§VI του Ν. 1946/1991 και στο άρθρο 12 του Ν. 2640/1998. Σύμφωνα με το άρθρο 2§6 της αναφερθείσας στην παραπάνω παράγραφο Υπουργικής Απόφασης Φ.152/Β6/1540/30-5-2001 (ΦΕΚ Β' 659/2001), οι πάσχοντες από τις πιο πάνω ασθένειες έχουν δικαίωμα πρόσβασης, σε ποσοστό θέσεων 3%, στις Σχολές και στα Τμήματα των Α.Ε.Ι., των Τ.Ε.Ι. και της ΑΣΕΤΕΜ της ΣΕΛΕΤΕ, με την επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 3§1 περιπτ. ζ', εδ. τελευταίο του Ν. 1351/1983, όπως συμπληρώθηκε με το άρθρο 4§1 εδ. β' του Ν. 1771/1988. Η επιφύλαξη των παραπάνω διατάξεων έγκειται στο ότι η καθ' υπέρβαση εγγραφή τυφλών ή κωφάλαλων επιτρέπεται σε οποιοδήποτε Τμήμα της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης, με εξαίρεση τα Τμήματα στα οποία, λόγω της φύσης της επιστήμης, είναι δυσχερές γι' αυτά τα άτομα η παρακολούθηση, σύμφωνα με αιτιολογημένη απόφαση του Τμήματος, που εγκρίνεται από τη Σύγκλητο και ανακοινώνεται, πριν από την έναρξη του ακαδημαϊκού έτους, για το οποίο γίνεται η επιλογή. Παραπέρα, στο άρθρο 3§Ε' της ίδιας Υπουργικής Απόφασης, προβλέπεται ότι όσοι έχουν τη δυνατότητα εισαγωγής στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση χωρίς εξετάσεις, λόγω ασθένειας, μπορούν να υποβάλλουν αυτοπροσώπως ή με νόμιμα εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο, στη Γραμματεία της Σχολής στην οποία επιθυμούν να εισαχθούν, μέσα στην προθεσμία εγγραφής των νεοεισαγόμενων φοιτητών (σύμφωνα με το άρθρο 2 του Ν. 2525/1997, όπως αυτό αντικαταστάθηκε από το άρθρο 1§2 του Ν. 2909/2001) τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, μεταξύ των οποίων και πιστοποιητικό της αρμόδιας υγειονομικής επιτροπής που πιστοποιεί την πάθηση. Εξάλλου, στο άρθρο 4§3 της Υπουργικής Απόφασης προβλέπεται ότι η εισαγωγή τους γίνεται χωρίς εισαγωγικές εξετάσεις, ενώ κριτήριο επιλογής τους είναι ο βαθμός απολυτηρίου, στην περίπτωση που ο αριθμός των υποψηφίων υπερβαίνει τον αριθμό των θέσεων που προβλέπονται για την εν λόγω ειδική κατηγορία.

ΝΟΜΟΣ 3699/2008 - ΦΕΚ 199/Α'/2.10.2008**ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Η ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ****ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ****Άρθρο 1****Έννοιες - Σκοπός**

1. Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση (ΕΑΕ) είναι το σύνολο των παρεχόμενων εκπαιδευτικών υπηρεσιών στους μαθητές με αναπηρία και διαπιστωμένες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή στους μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Η πολιτεία δεσμεύεται να κατοχυρώνει και να αναβαθμίζει διαρκώς τον υποχρεωτικό χαρακτήρα της ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης ως αναπόσπαστο μέρος της υποχρεωτικής και δωρεάν δημόσιας παιδείας και να μεριμνά για την παροχή δωρεάν δημόσιας ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης στους αναπήρους όλων των ηλικιών και για όλα τα στάδια και τις εκπαιδευτικές βαθμίδες. Δεσμεύεται επίσης να διασφαλίζει σε όλους τους πολίτες με αναπηρία και διαπιστωμένες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, ίσες ευκαιρίες για πλήρη συμμετοχή και συνεισφορά στην κοινωνία, ανεξάρτητη διαβίωση, οικονομική αυτόρκεια και αυτονομία, με πλήρη κατοχύρωση των δικαιωμάτων τους στη μόρφωση και στην κοινωνική και επαγγελματική ένταξη.

Η πολιτεία αλλά και όλες οι υπηρεσίες και οι λειτουργοί του Κράτους οφείλουν να αναγνωρίζουν την αναπηρία ως μέρος της ανθρωπίνης ύπαρξης αλλά και ως ένα σύνθετο κοινωνικό και πολιτικό φαινόμενο και σε κάθε περίπτωση να αποτρέπουν τον υποβιβασμό των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία στη συμμετοχή ή στη συνεισφορά τους στην κοινωνική ζωή.

2. Όπου στη νομοθεσία αναφέρεται ο όρος «ειδική αγωγή» αντικαθίσταται με τον όρο «ειδική αγωγή και εκπαίδευση».

3. Ως «διάγνωση» κατά τις διατάξεις του παρόντος νόμου νοείται η εκπαιδευτική αξιολόγηση με σκοπό τη συγκέντρωση στοιχείων και δεδομένων που θα βοηθήσουν στο σχεδιασμό και την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων - παρεμβάσεων.

4. Όλες οι ρυθμίσεις του παρόντος νόμου αναφέρονται σε άτομα με αναπηρία και με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή σε άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, εκτός εάν στο κείμενο του νόμου ορίζεται διαφορετικά.

5. Διαφορική διάγνωση ή διαφοροδιάγνωση είναι η διαγνωστική διαδικασία μέσω της οποίας αποκλείονται παθήσεις με παρόμοια συμπτώματα ώστε να καταλήξουμε στην επικρατέστερη διάγνωση. Η διαφορική διάγνωση αποτελεί μέρος της διεπιστημονικής αξιολόγησης με σκοπό τη συγκέντρωση των αναγκαίων δεδομένων για το σχεδιασμό και την εφαρμογή κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων και την παροχή κατάλληλων υποστηρικτικών δομών και υπηρεσιών.

Άρθρο 2**Οργάνωση και στόχοι της ΕΑΕ Συμμετοχή του αναπηρικού κινήματος**

1. Η ΕΑΕ, όπως και η γενική εκπαίδευση, είναι υποχρεωτική και λειτουργεί ως αναπόσπαστο τμήμα της ενιαίας δημόσιας και δωρεάν εκπαίδευσης. Το κράτος υποχρεούται να παρέχει ΕΑΕ σε σχολεία Προσχολικής, Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Αποκλειστικός φορέας της ΕΑΕ είναι το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (ΥΠ.Ε.Π.Θ.). Το είδος και ο βαθμός των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών προσδιορίζουν τη μορφή, τον τύπο και την κατηγορία των σχολικών μονάδων ΕΑΕ.

2. Στις εκπαιδευτικές υπηρεσίες της ΕΑΕ περιλαμβάνονται η διαφοροδιάγνωση, η διάγνωση, η αξιολόγηση και αποτύπωση των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών, η συστηματική παιδαγωγική παρέμβαση με εξειδικευμένα και κατάλληλα προσαρμοσμένα εκπαιδευτικά εργαλεία και προγράμματα, τα οποία υλοποιούνται από τα κατά τόπους Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης, Διάγνωσης και Υποστήριξης Ειδικών Εκπαιδευτικών Αναγκών (ΚΕΔΔΥ) που προβλέπονται στα άρθρα 4 και 12 του παρόντος νόμου και από τις δημόσιες ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες. Η ΕΑΕ περιλαμβάνει σχολικές μονάδες ειδικής εκπαίδευσης με κατάλληλες κτιριολογικές υποδομές, προγράμματα συνεκπαίδευσης, προγράμματα διδασκαλίας στο σπίτι, καθώς και τις αναγκαίες διαγνωστικές, αξιολογικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες.

3. Στις Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης (ΣΜΕΑΕ) και κατά τη συνεκπαίδευση στα γενικά σχολεία, εφαρμόζονται ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα, ανάλογα με τις αναπηρίες και τις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες των μαθητών, για όσο χρονικό διάστημα είναι αναγκαίο ή και για ολόκληρη τη διάρκεια της σχολικής ζωής τους. Προγράμματα συστηματικής παρέμβασης όπως εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, φυσιοθεραπεία και κάθε άλλη υπηρεσία που στηρίζει την ισότιμη μεταχείριση των μαθητών, αξιολόγηση και παιδαγωγική και ψυχολογική υποστήριξη, παρέχονται κατά κύριο λόγο μέσα από τις ΣΜΕΑΕ και επικουρικά από τα ΚΕΔΔΥ.

4. Στους μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες παρέχεται ΕΑΕ, η οποία -στο πλαίσιο των σκοπών της προσχολικής, πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας, τριτοβάθμιας, μη τυπικής, άτυπης και δια βίου εκπαίδευσης- επιδιώκει να αναπτύξει την προσωπικότητά τους και να τους καταστήσει κατά το δυνατόν ικανούς για αυτόνομη συμμετοχή στην οικογενειακή, επαγγελματική, κοινωνική και πολιτισμική ζωή.

5. Η ΕΑΕ επιδιώκει ιδίως:

α) την ολόπλευρη και αρμονική ανάπτυξη της προσωπικότητας των μαθητών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες,

β) τη βελτίωση και αξιοποίηση των δυνατοτήτων και δεξιοτήτων τους, ώστε να καταστεί δυνατή η ένταξη ή η επανένταξή τους στο γενικό σχολείο, όπου και όταν αυτό είναι δυνατόν,

γ) την αντίστοιχη προς τις δυνατότητές τους ένταξη στο εκπαιδευτικό σύστημα, στην κοινωνική ζωή και στην επαγγελματική δραστηριότητα και

δ) την αλληλοαποδοχή, την αρμονική συμβίωσή τους με το κοινωνικό σύνολο και την ισότιμη κοινωνική τους εξέλιξη, με στόχο τη διασφάλιση της πλήρους προσβασιμότητας των μαθητών με αναπηρία και με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, καθώς και των εκπαιδευτικών ή/και γονέων και κηδεμόνων με αναπηρία, σε όλες τις υποδομές (κτιριακές, υλικοτεχνικές συμπεριλαμβανομένων των ηλεκτρονικών), τις υπηρεσίες και τα αγαθά που αυτά διαθέτουν. Η εφαρμογή των αρχών του «Σχεδιασμού για Όλους (Design for All)» για τη διασφάλιση της προσβασιμότητας των ατόμων με αναπηρία είναι υποχρεωτική τόσο κατά το σχεδιασμό των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και του εκπαιδευτικού υλικού όσο και κατά την επιλογή του πάσης φύσεως εξοπλισμού (συμβατικού και ηλεκτρονικού), των κτιριακών υποδομών αλλά και κατά την ανάπτυξη όλων των πολιτικών και διαδικασιών των ΣΜΕΑΕ και ΚΕΔΔΥ.

6. Οι ανωτέρω στόχοι επιτυγχάνονται με:
 - α) την έγκαιρη ιατρική διάγνωση,
 - β) τη διάγνωση και αξιολόγηση των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών τους στα ΚΕΔΔΥ και στα δημόσια Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα (ΙΠΔ),
 - γ) τη συστηματική παρέμβαση που πραγματοποιείται από την προσχολική ηλικία στις κατά τόπους ΣΜΕΑΕ, με τη δημιουργία τμημάτων Πρώιμης Παρέμβασης (ΠΠ),
 - δ) την εφαρμογή ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και προγραμμάτων αποκατάστασης, την προσαρμογή του εκπαιδευτικού και διδακτικού υλικού, τη χρησιμοποίηση ειδικού εξοπλισμού συμπεριλαμβανομένου του ηλεκτρονικού εξοπλισμού και του λογισμικού και την παροχή κάθε είδους διευκολύνσεων και εργονομικών διευθετήσεων από τις ΣΜΕΑΕ και τα ΚΕΔΔΥ.
7. Με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων συνιστώνται στο Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων δυο συμβουλευτικές - γνωμοδοτικές επιτροπές, μία για την παρακολούθηση της φυσικής προσβασιμότητας των ατόμων με αναπηρία στις εκπαιδευτικές και διοικητικές δομές του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και μία για την παρακολούθηση της ηλεκτρονικής προσβασιμότητας του εκπαιδευτικού υλικού και των διαδικτυακών τόπων. Στις επιτροπές αυτές συμμετέχουν - μεταξύ άλλων -και εκπρόσωποι της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία. Με την ίδια απόφαση καθορίζονται και οι κανόνες λειτουργίας τους.
8. Στο Εθνικό Συμβούλιο Παιδείας συμμετέχει με εκπρόσωπό της η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.

Άρθρο 3

Μαθητές με αναπηρία και με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες

1. Μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες θεωρούνται όσοι για ολόκληρη ή ορισμένη περίοδο της σχολικής τους ζωής εμφανίζουν σημαντικές δυσκολίες μάθησης εξαιτίας αισθητηριακών, νοητικών, γνωστικών, αναπτυξιακών προβλημάτων, ψυχικών και νευροψυχικών διαταραχών οι οποίες, σύμφωνα με τη διεπιστημονική αξιολόγηση, επηρεάζουν τη διαδικασία της σχολικής προσαρμογής και μάθησης. Στους μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες συγκαταλέγονται ιδίως όσοι παρουσιάζουν νοητική αναπηρία, αισθητηριακές αναπηρίες όρασης (τυφλοί, αμβλύωπες με χαμηλή όραση), αισθητηριακές αναπηρίες ακοής (κωφοί, βαρήκοοι), κινητικές αναπηρίες, χρόνια μη ιάσιμα νοσήματα, διαταραχές ομιλίας-λόγου, ειδικές μαθησιακές δυσκολίες όπως δυσλεξία, δυσγραφία, δυσαριθμησία, δυσαναγνωσία, δυσορθογραφία, σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα, διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (φάσμα αυτισμού), ψυχικές διαταραχές και πολλαπλές αναπηρίες. Στην κατηγορία μαθητών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες δεν εμπίπτουν οι μαθητές με χαμηλή σχολική επίδοση που συνδέεται αιτιωδώς με εξωγενείς παράγοντες, όπως γλωσσικές ή πολιτισμικές ιδιαιτερότητες.
2. Οι μαθητές με σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες, παραβατική συμπεριφορά λόγω κακοποίησης, γονεϊκής παραμέλησης και εγκατάλειψης ή λόγω ενδοοικογενειακής βίας, ανήκουν στα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.
3. Μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες είναι και οι μαθητές που έχουν μία ή περισσότερες νοητικές ικανότητες και ταλέντα ανεπτυγμένα σε βαθμό που υπερβαίνει κατά πολύ τα προσδοκώμενα για την ηλικιακή τους ομάδα. Με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων κατόπιν εισήγησης του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, ανατίθεται η ανάπτυξη προτύπων αξιολόγησης και ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους μαθητές αυτούς σε Σχολές ή Τμήματα Α.Ε.Ι. που, κατόπιν πρόσκλησης που τους απευθύνει το

Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, εκδηλώνουν ενδιαφέρον. Στους μαθητές αυτούς δεν έχουν εφαρμογή οι λοιπές διατάξεις του παρόντος νόμου.

Άρθρο 4

Διαγνωστικοί, αξιολογικοί και υποστηρικτικοί φορείς

Οι ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες των μαθητών με αναπηρία και με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες διερευνώνται και διαπιστώνονται από τα ΚΕΔΔΥ, την Ειδική Διαγνωστική Επιτροπή Αξιολόγησης (ΕΔΕΑ) και τα πιστοποιημένα από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα (ΙΠΔ) άλλων Υπουργείων.

1. Τα ΚΕΔΔΥ αξιολογούν μαθητές που δεν έχουν συμπληρώσει το εικοστό δεύτερο (22ο) έτος της ηλικίας τους. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται από πενταμελή διεπιστημονική ομάδα, που απαρτίζεται από έναν εκπαιδευτικό ΕΑΕ (προσχολικής ή πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης), έναν παιδοψυχίατρο ή παιδίατρο με εξειδίκευση στην παιδονευρολογία ή νευρολόγο με εξειδίκευση στην παιδονευρολογία, έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν ψυχολόγο και έναν λογοθεραπευτή. Στη διεπιστημονική ομάδα δύναται να συμμετέχει και εργοθεραπευτής ή μέλος του εξειδικευμένου Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού (ΕΕΠ) του κλάδου ΠΕ 31 κατά περίπτωση, κατόπιν εισήγησης του Προϊσταμένου του οικείου ΚΕΔΔΥ. Οι απόφοιτοι άνω των δεκαοκτώ (18) ετών, που δεν έχουν αξιολογηθεί ως άτομα με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, δεν εμπίπτουν στην αρμοδιότητα των ΚΕΔΔΥ.

Τα ΚΕΔΔΥ έχουν τις εξής αρμοδιότητες:

α) Την ανίχνευση και τη διαπίστωση του είδους και του βαθμού των δυσκολιών των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στο σύνολο των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους, τα ΚΕΔΔΥ συνεργάζονται με τις διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας των Περιφερειών.

β) Την εισήγηση για την κατάρτιση προσαρμοσμένων εξατομικευμένων ή ομαδικών προγραμμάτων ψυχοπαιδαγωγικής και διδακτικής υποστήριξης και δημιουργικής απασχόλησης, σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς της τάξης και με το ΕΕΠ, καθώς και την εφαρμογή άλλων επιστημονικών, κοινωνικών και λοιπών υποστηρικτικών μέτρων για τα άτομα με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, στα σχολεία, στην έδρα του ΚΕΔΔΥ ή στο σπίτι.

γ) Την εισήγηση για την κατάταξη, εγγραφή και φοίτηση στην κατάλληλη σχολική μονάδα ή άλλο εκπαιδευτικό πλαίσιο ή πρόγραμμα ΕΑΕ, καθώς και την παρακολούθηση και αξιολόγηση της εκπαιδευτικής πορείας των μαθητών, σε συνεργασία με τους σχολικούς συμβούλους ΕΑΕ, τους αρμόδιους κατά περίπτωση σχολικούς συμβούλους προσχολικής αγωγής, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας γενικής εκπαίδευσης, τους συμβούλους ΕΕΠ, τους διευθυντές των σχολικών μονάδων, το εκπαιδευτικό προσωπικό που έχει την ευθύνη εφαρμογής του προγράμματος, καθώς και με το ΕΕΠ που υπηρετεί στις σχολικές μονάδες ΕΑΕ.

δ) Την παροχή συνεχούς συμβουλευτικής υποστήριξης και ενημέρωσης στο εκπαιδευτικό προσωπικό και σε όσους συμμετέχουν στην εκπαιδευτική διαδικασία και στην επαγγελματική κατάρτιση και τη διοργάνωση προγραμμάτων ενημέρωσης και κατάρτισης για τους γονείς και τους ασκούντες τη γονική μέριμνα, σε συνεχή βάση στην περιοχή αρμοδιοτήτάς τους, υπό τη μορφή ενημερωτικών ημερίδων που οργανώνονται με ευθύνη του οικείου ΚΕΔΔΥ.

ε) Τον καθορισμό του είδους των εκπαιδευτικών βοηθημάτων και τεχνικών οργάνων τα οποία διευκολύνουν την πρόσβαση στο χώρο και στη μαθησιακή διαδικασία που έχει ανάγκη το παιδί στο σχολείο ή στο σπίτι και για τα οποία δεν απαιτείται ιατρική γνωμάτευση και συνταγή, καθώς και την υποβολή προτάσεων για την καλύτερη πρόσβαση και παραμονή των μαθητών στους χώρους της εκπαίδευσης.

στ) Την εισήγηση για την αντικατάσταση των γραπτών δοκιμασιών των μαθητών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες με προφορικές ή άλλης μορφής δοκιμασίες, στις προαγωγικές και απολυτήριες εξετάσεις των σχολείων της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς και στις εισαγωγικές στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Οι εισηγήσεις αφορούν, εκτός των μαθητών που φοιτούν σε ΣΜΕΑΕ και μαθητές που φοιτούν σε σχολεία της γενικής εκπαίδευσης. Ειδικότερα για τους μαθητές με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, όπως δυσλεξία, δυσαριθμησία, δυσγραφία, δυσαναγνωσία, δυσορθογραφία, εισηγείται τη μέθοδο διδασκαλίας και αξιολόγησης για τον έλεγχο και πιστοποίηση των γνώσεων του μαθητή στα μαθήματα που εξετάζεται, σύμφωνα με το αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών. Επίσης εισηγείται τους εναλλακτικούς τρόπους εξέτασης των κωφών, βαρύνων, τυφλών, με χαμηλή όραση και αυτιστικών μαθητών σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης, καθώς και τους εναλλακτικούς τρόπους της σχολικής αξιολόγησής τους εκτός εξετάσεων.

ζ) Την εισήγηση στις αρμόδιες υπηρεσίες της περιοχής αρμοδιότητάς τους για την ίδρυση, την κατάρτιση, την προαγωγή, τον υποβιβασμό, τη μετατροπή ή τη συγχώνευση των ΣΜΕΑΕ και των Τμημάτων Ένταξης, την προσθήκη τομέων στα Επαγγελματικά Γυμνάσια, στα Επαγγελματικά Λύκεια και στην Επαγγελματική Σχολή και τμημάτων ειδικότητων, τη στελέχωσή τους και την αύξηση ή μείωση των θέσεων.

η) Τη σύνταξη ετήσιας έκθεσης πεπραγμένων, η οποία υποβάλλεται στη Διεύθυνση ΕΑΕ του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και στο Τμήμα ΕΑΕ του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, με βάση την οποία πραγματοποιείται, ανά έτος, αξιολόγηση του έργου τους από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

θ) Τη σύνταξη εκθέσεων - προτάσεων για τις ενδεχόμενες κτηριακές ή/και υλικοτεχνικές παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν στις ΣΜΕΑΕ και στα σχολεία γενικής εκπαίδευσης της περιοχής αρμοδιότητάς του κάθε ΚΕΔΔΥ. Οι προτάσεις υποβάλλονται στον Οργανισμό Σχολικών Κτιρίων, ο οποίος έχει και την ευθύνη υλοποίησής τους με τη συνεργασία των οικείων Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.).

ι) Τη σύνταξη εξατομικευμένων εκθέσεων - προτάσεων για όλους τους μαθητές της αρμοδιότητάς του κάθε ΚΕΔΔΥ, στις οποίες αναφέρονται οι σύγχρονες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις, τα εκπαιδευτικά βοηθήματα, τα καινοτόμα προϊόντα ή οι υπηρεσίες προηγμένης τεχνολογίας που μπορούν να υποστηρίξουν τη λειτουργικότητα και τη συμμετοχή του κάθε μαθητή με αναπηρία και με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στη διαδικασία της συνεκπαίδευσης με τους μαθητές του γενικού εκπαιδευτικού πλαισίου.

ια) Την πρόταση για την εφαρμογή προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης όπου απαιτείται.

2. Η Ειδική Διαγνωστική Επιτροπή Αξιολόγησης (ΕΔΕΑ) λειτουργεί στα ειδικά σχολεία για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της προόδου των μαθητών που φοιτούν σε αυτά. Συγκροτείται με απόφαση του Διευθυντή της Σχολικής Μονάδας, μετά από σύμφωνη γνώμη του συλλόγου διδακτικού προσωπικού του σχολείου, και περιλαμβάνει τουλάχιστον έναν (1) ψυχολόγο, έναν (1) εκπαιδευτικό ΕΑΕ και έναν (1) κοινωνικό λειτουργό. Η Επιτροπή μπορεί να καλεί και πρόσωπα άλλων ειδικοτήτων, ανάλογα με τις προς αξιολόγηση περιπτώσεις και συνεργάζεται στενά με το σύλλογο διδακτικού προσωπικού, το ΕΕΠ και το ΕΒΠ του σχολείου. Για τη συμμετοχή στις συνεδριάσεις της ανωτέρω ΕΔΕΑ, δεν καταβάλλεται αποζημίωση στα μέλη της.

3. Τα ΙΠΔ άλλων Υπουργείων συνιστούν αναγνωρισμένο διαγνωστικό και αξιολογικό φορέα στο πλαίσιο του παρόντος νόμου, στον οποίο συμμετέχει εκπαιδευτικός ΕΑΕ. Για τους μαθητές για τους οποίους υπάρχει ανάγκη εφαρμογής Εξατομικευμένου Προγράμματος Εκπαίδευσης (ΕΠΕ) με βάση την εισήγηση των ΙΠΔ, το πρόγραμμα αυτό εκπονείται από το οικείο ΚΕΔΔΥ. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Οικονομίας και

Οικονομικών, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθορίζονται τα κριτήρια, οι διαδικασίες και τα όργανα αξιολόγησης και επαναξιολόγησης όλων των ΙΠΔ που αναγνωρίζονται επίσημα από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Βάσει αυτής της απόφασης προσδιορίζονται οι συνθήκες λειτουργίας τους, η στελέχωσή τους και ο αριθμός τους. Η αξιολόγηση των ΙΠΔ γίνεται κάθε πέντε ημερολογιακά έτη από τα Υπουργεία Εσωτερικών, Οικονομίας και Οικονομικών, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Άρθρο 5

Διαδικασία διάγνωσης

1. Οι αισθητηριακές διαταραχές της όρασης και της ακοής, τα κινητικά ή άλλα σωματικά προβλήματα, καθώς και τα σοβαρά ή χρόνια προβλήματα υγείας, πιστοποιούνται με ιατρική γνωμάτευση από δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα ή δημόσια υγειονομική επιτροπή, η οποία αναφέρει το ποσοστό αναπηρίας και τη χρονική διάρκεια ισχύος της γνωμάτευσης. Η ίδια υπηρεσία καθορίζει το είδος των τεχνικών βοηθημάτων και οργάνων που έχει ανάγκη ο μαθητής στο σχολείο ή στο σπίτι. Οι μαθητές με διαταραχές όρασης ή ακοής μπορούν να απευθύνονται αντίστοιχα στις ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες που λειτουργούν στο Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών (ΚΕΑΤ) ή στο Εθνικό Ίδρυμα Κωφών (ΕΙΚ), για τη χορήγηση γνωματεύσεως.

2. Για τον προσδιορισμό των εκπαιδευτικών αναγκών και το σχεδιασμό του ΕΠΕ των μαθητών με διαταραχές όρασης ή ακοής, κινητικές αναπηρίες, χρόνια νοσήματα, ψυχικές διαταραχές, διαταραχές αυτιστικού φάσματος, καθώς και όσων άλλων λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, η οποία είναι δυνατόν να επηρεάσει τη μαθησιακή τους ικανότητα, απαιτείται η συνεργασία του ΚΕΔΔΥ με τις άλλες ιατρικές υπηρεσίες για να προτείνουν τις αναγκαίες εργονομικές διευθετήσεις με στόχο την καλύτερη πρόσβαση και παραμονή τους στους χώρους της εκπαίδευσης. Σε περίπτωση που η διαγνωστική ομάδα έχει σαφείς ενδείξεις παιδικής κακοποίησης, απαιτείται συνεργασία του αρμόδιου ΚΕΔΔΥ με ιατρικές υπηρεσίες, με κοινωνικές και ψυχολογικές υπηρεσίες και με τις αρμόδιες δικαστικές αρχές.

3. Για τη διαμόρφωση του ΕΠΕ διατυπώνει τις απόψεις του και ο γονέας ή ο κηδεμόνας του μαθητή με αναπηρία και με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, που προσκαλείται για το σκοπό αυτόν από τις κατά περίπτωση αρμόδιες υπηρεσίες ή φορείς. Η άποψη του γονέα ή κηδεμόνα δεν είναι δεσμευτική.

4. Όταν υπάρχει διάσταση απόψεων μεταξύ των γνωματεύσεων των ΚΕΔΔΥ και των ΙΠΔ για τον ίδιο μαθητή, οι γονείς έχουν δικαίωμα προσφυγής σε πενταμελή Δευτεροβάθμια ΕΔΕΑ, που συγκροτείται με απόφαση του Περιφερειακού Διευθυντή Εκπαίδευσης. Η Επιτροπή αυτή αποτελείται από: έναν σχολικό σύμβουλο ΕΑΕ της αντίστοιχης βαθμίδας ως συντονιστή, έναν σχολικό σύμβουλο γενικής εκπαίδευσης της αντίστοιχης βαθμίδας (για τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ειδικότητας Φιλολόγων), έναν ψυχολόγο του κλάδου ΠΕ 23, έναν λογοθεραπευτή του κλάδου ΠΕ 21 ή ΠΕ 26 και έναν εκπαιδευτικό ΕΑΕ για μαθητές προσχολικής ή πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης κατά περίπτωση. Η οικογένεια του μαθητή μπορεί να επιλέξει και έναν εμπειρογνώμονα, ο οποίος γνωμοδοτεί ενώπιον της πενταμελούς ΕΔΕΑ χωρίς δικαίωμα ψήφου με αμοιβή που καταβάλλεται από το Δημόσιο και είναι ίση με την αμοιβή του ελάχιστου μέλους της πενταμελούς δευτεροβάθμιας ΕΔΕΑ, όπως αυτή ορίζεται από την ισχύουσα νομοθεσία. Η απόφαση της δευτεροβάθμιας ΕΔΕΑ είναι οριστική. Στην περίπτωση που υπάρχει διάσταση απόψεων μεταξύ των γνωματεύσεων των ΚΕΔΔΥ και των ΙΠΔ για τον ίδιο μαθητή και οι γονείς δεν προσφύγουν στην πενταμελή Δευτεροβάθμια ΕΔΕΑ, υπερισχύει η γνωμάτευση των ΚΕΔΔΥ.

5. Οι σχολικές μονάδες και οι επιτροπές εξετάσεων των μαθητών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες υποχρεούνται να εφαρμόζουν τις εισηγήσεις και τις προτάσεις, οι οποίες αναφέρονται στις αξιολογικές εκθέσεις, που συντάσσουν οι αρμόδιες υπηρεσίες. Τα ΚΕΔΔΥ, ανάλογα με το είδος και το βαθμό των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών και των μαθησιακών δυσκολιών, προσδιορίζουν το χρόνο επαναξιολόγησης, ο οποίος αναγράφεται στην εκδοθείσα γνωμάτευση. Όταν η αξιολόγηση αφορά σε μαθητές που φοιτούν στα Λύκεια, οι εισηγήσεις ισχύουν μέχρι την εισαγωγή τους στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Οι απόφοιτοι Λυκείου με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες που επιθυμούν να λάβουν μέρος στις εισαγωγικές εξετάσεις για την τριτοβάθμια εκπαίδευση των οποίων οι γνωματεύσεις έχουν λήξει, επαναξιολογούνται από τα οικεία ΚΕΔΔΥ.

6. Στις επιτροπές που συγκροτούνται για την εξέταση των μαθητών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες για τις εισαγωγικές πανελλαδικές εξετάσεις, σύμφωνα με το εδάφιο α' της παραγράφου 3 του άρθρου 27 του π.δ. 60/2006 (ΦΕΚ 65 Α'), παρίσταται ο Σύμβουλος ΕΑΕ ή ο Προϊστάμενος του οικείου ΚΕΔΔΥ ή οι εκπαιδευτικοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που υπηρετούν σε αυτό, για την παροχή διευκρινίσεων ή επεξηγήσεων σε θέματα ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών, όταν τους ζητηθούν από την αρμόδια επιτροπή.

Άρθρο 6

Φοίτηση

1. Οι μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μπορούν να φοιτούν:

α) Σε σχολική τάξη του γενικού σχολείου, εφόσον πρόκειται για μαθητές με ήπιες μαθησιακές δυσκολίες, υποστηριζόμενοι από τον εκπαιδευτικό της τάξης, ο οποίος συνεργάζεται κατά περίπτωση με τα ΚΕΔΔΥ, με τους σχολικούς συμβούλους γενικής και ειδικής εκπαίδευσης και τους συμβούλους ΕΕΠ.

β) Σε σχολική τάξη του γενικού σχολείου, με παράλληλη στήριξη-συνεκπαίδευση, από εκπαιδευτικούς ΕΑΕ, όταν αυτό επιβάλλεται από το είδος και το βαθμό των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών. Η παράλληλη στήριξη παρέχεται σε μαθητές που μπορούν με κατάλληλη ατομική υποστήριξη να παρακολουθήσουν το αναλυτικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα της τάξης, σε μαθητές με σοβαρότερες εκπαιδευτικές ανάγκες όταν στην περιοχή τους δεν υπάρχει άλλο πλαίσιο ΕΑΕ (ειδικό σχολείο, τμήμα ένταξης) ή όταν η παράλληλη στήριξη καθίσταται απαραίτητη - βάσει της γνωμάτευσης του ΚΕΔΔΥ - εξαιτίας των ειδικών εκπαιδευτικών τους αναγκών. Στην τελευταία περίπτωση η στήριξη από ειδικό εκπαιδευτικό μπορεί να γίνεται σε μόνιμη και προγραμματισμένη βάση. Την παράλληλη στήριξη εισηγείται αποκλειστικά το οικείο ΚΕΔΔΥ το οποίο με γραπτή γνωμάτευσή του καθορίζει τις ώρες παράλληλης στήριξης κατά περίπτωση. Οι αιτήσεις για παράλληλη στήριξη υποβάλλονται στη διεύθυνση του σχολείου και μέσω της οικείας διεύθυνσης εκπαίδευσης διαβιβάζονται στη Διεύθυνση ΕΑΕ του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων για έγκριση και προγραμματισμό εκτέλεσης. Ο χρόνος υποβολής αιτήσεων παράλληλης στήριξης ορίζεται από την ημερομηνία εγγραφής στο σχολείο μέχρι την 20ή Οκτωβρίου κάθε σχολικού έτους.

γ) Σε ειδικά οργανωμένα και κατάλληλα στελεχωμένα Τμήματα Ένταξης (ΤΕ) που λειτουργούν μέσα στα σχολεία γενικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης με δύο (2) διαφορετικούς τύπους προγραμμάτων:

αα) Κοινό και εξειδικευμένο πρόγραμμα, που καθορίζεται με πρόταση του οικείου ΚΕΔΔΥ για τους μαθητές με ηπιότερης μορφής ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, το οποίο για κάθε μαθητή δεν θα υπερβαίνει τις δεκαπέντε (15) διδακτικές ώρες εβδομαδιαίως. Στα ΤΕ μπορούν να φοιτούν και μαθητές χωρίς γνωμάτευση από διαγνωστικό φορέα, κατόπιν σύμφωνης γνώμης του σχολικού συμβούλου ΕΑΕ. Για την ίδρυση ΤΕ απαραίτητη προϋπόθεση

είναι να υπάρχουν κατ' ελάχιστον τρεις μαθητές και σχετική πρόταση από διαγνωστική υπηρεσία. Σε περιπτώσεις συστεγαζόμενων ή γειτονικών σχολικών μονάδων, τα ΤΕ συνενώνονται μέχρι του μέγιστου αριθμού δώδεκα (12) μαθητών ανά ΤΕ.

ββ) Εξειδικευμένο ομαδικό ή εξατομικευμένο πρόγραμμα διευρυμένου ωραρίου, που καθορίζεται με πρόταση του οικείου ΚΕΔΔΥ, για τους μαθητές με σοβαρότερης μορφής ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, οι οποίες δεν καλύπτονται από αντίστοιχες με το είδος και το βαθμό αυτοτελείς σχολικές μονάδες. Το εξειδικευμένο πρόγραμμα μπορεί να είναι ανεξάρτητο από το κοινό, σύμφωνα με τις ανάγκες των μαθητών. Στις περιπτώσεις αυτές η συνδιδασκαλία γίνεται σύμφωνα με τις προτάσεις των διαγνωστικών υπηρεσιών.

Στα τμήματα που φοιτούν μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες πρέπει να μειώνεται αναλογικά ο αριθμός των μαθητών και οι παραπάνω μαθητές να κατανέμονται εξίσου στα τμήματα της ίδιας τάξης.

2. Μαθητές που δεν αυτοεξυπηρετούνται φοιτούν ή σε αυτοτελείς ΣΜΕΑΕ ή σε σχολεία της γενικής εκπαίδευσης ή σε ΤΕ με την ανάλογη στήριξη και την παρουσία Ειδικού Βοηθητικού Προσωπικού (ΕΒΠ), ανάλογα με το είδος της αναπηρίας τους και τις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες που απορρέουν από αυτή.

3. Για τους μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες που φοιτούν σε σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, η φοίτησή τους θεωρείται επαρκής όταν:

α) το σύνολο των επιπλέον απουσιών δεν υπερβαίνει το τριάντα τοις εκατό (30%) των προβλεπόμενων από το οικείο αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών με βάση το ωρολόγιο πρόγραμμα και

β) οι επιπλέον από τις προβλεπόμενες κάθε φορά δικαιολογημένες ή αδικαιολόγητες απουσίες οφείλονται αποδεδειγμένα στη συμμετοχή τους σε προγράμματα αποκατάστασης και θεραπείας που πιστοποιούνται από τον φορέα υλοποίησης.

4. Όταν η φοίτηση των μαθητών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη στα σχολεία του κοινού εκπαιδευτικού προγράμματος ή στα τμήματα ένταξης, λόγω των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών τους, η εκπαίδευση των μαθητών αυτών παρέχεται:

α) Σε αυτοτελείς ΣΜΕΑΕ.

β) Σε σχολεία ή τμήματα που λειτουργούν είτε ως αυτοτελή είτε ως παραρτήματα άλλων σχολείων σε νοσοκομεία, κέντρα αποκατάστασης, ιδρύματα αγωγής ανηλίκων, ιδρύματα χρονίως πασχόντων ή Υπηρεσίες εκπαίδευσης και αποκατάστασης των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, εφόσον σε αυτά διαβιούν άτομα σχολικής ηλικίας με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Οι εκπαιδευτικές αυτές δομές θεωρούνται ΣΜΕΑΕ που υπάγονται στο Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, εμπίπτουν στο πλαίσιο της ΕΑΕ παιδιών σχολικής ηλικίας και εφαρμόζουν εκπαιδευτικά προγράμματα που ενοπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Οι λεπτομέρειες οργάνωσης και λειτουργίας αυτών των ΣΜΕΑΕ ρυθμίζονται από κοινές υπουργικές αποφάσεις των καθ' ύλην αρμόδιων Υπουργών. Φορείς, Ν.Π.Ι.Δ., πιστοποιημένοι από το Ε.ΚΕ. Π.Σ., μπορούν να παρέχουν ισότιμα με τις ΣΜΕΑΕ του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων Εκπαίδευση, Κατάρτιση και Συμβουλευτικές Υποστηρικτικές Υπηρεσίες σε άτομα άνω των δεκαπέντε (15) ετών με βαριά νοητική υστέρηση και συνοδές αναπηρίες.

γ) Με διδασκαλία στο σπίτι, όταν αυτή κρίνεται αναγκαία, για σοβαρά βραχυχρόνια ή χρόνια προβλήματα υγείας, τα οποία δεν επιτρέπουν τη μετακίνηση και φοίτηση των μαθητών στο σχολείο. Η έγκριση της διδασκαλίας στο σπίτι γίνεται με απόφαση του περιφερειακού διευθυντή εκπαίδευσης της αντίστοιχης βαθμίδας στην οποία φοιτά ο μαθητής, κατόπιν αιτιολογημένης πρόσφατης ιατρικής γνωμάτευσης, στην οποία αναγράφεται η διάρκεια επιβεβλημένης παραμονής στο σπίτι.

Η γνωμάτευση αυτή παρέχεται από δημόσια ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία ή δημόσια υγειονομική επιτροπή. Οι προαγωγικές ή απολυτήριες εξετάσεις διέπονται από τις διατάξεις των κατ' ιδίαν διδαχθέντων. Στο πρόγραμμα διδασκαλίας στο σπίτι μπορεί να χρησιμοποιείται και το σύστημα της τηλεεκπαίδευσης.

5. Για κάθε μαθητή με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, το ΕΠΕ σχεδιάζεται από τη διεπιστημονική ομάδα του οικείου ΚΕΔΔΥ, συντάσσεται και υλοποιείται από τον αρμόδιο εκπαιδευτικό ΕΑΕ, σε συνεργασία με τον εκπαιδευτικό της τάξης, τον σχολικό Σύμβουλο ΕΑΕ και τον σύμβουλο ΕΕΠ. Στο σχεδιασμό του ΕΠΕ συμμετέχει και ο γονέας ή ο κηδεμόνας του μαθητή και το ΕΕΠ των ΣΜΕΑΕ, μετά από πρόσκληση του οικείου ΚΕΔΔΥ.

Άρθρο 7

Θέματα κωφών, τυφλών και αυτιστικών μαθητών

1. Ως πρώτη γλώσσα των κωφών και βαρήκοων μαθητών αναγνωρίζεται η Ελληνική Νοηματική γλώσσα και ως δεύτερη γλώσσα τους η Νέα Ελληνική, η οποία προσλαμβάνεται και εκφέρεται με τη γραπτή της μορφή, ενώ η προφορική της αντίληψη και έκφραση αποτελεί πρόσθετη κοινωνική επιλογή των κωφών μαθητών. Η Ελληνική Νοηματική και η Νέα Ελληνική γλώσσα αναγνωρίζονται ως ισότιμες μεταξύ τους, οπότε και η ενδεδειγμένη γλωσσική παιδαγωγική προσέγγιση είναι η διγλωσση εκπαίδευση. Απαραίτητη προϋπόθεση για την τοποθέτηση εκπαιδευτικών και ΕΕΠ στις ειδικές σχολικές μονάδες κωφών, ορίζεται επιπλέον των άλλων προσόντων και η πιστοποιημένη γνώση της Ελληνικής Νοηματικής γλώσσας.

2. Επίσημη γραφή των τυφλών μαθητών αναγνωρίζεται η γραφή Braille. Απαραίτητη προϋπόθεση για την τοποθέτηση εκπαιδευτικών και ΕΕΠ στις ειδικές σχολικές μονάδες τυφλών, ορίζεται επιπλέον των άλλων προσόντων και η πιστοποιημένη γνώση της γραφής Braille. Επιθυμητή προϋπόθεση για την τοποθέτηση εκπαιδευτικών και ΕΕΠ του κλάδου ΠΕ31, σε προγράμματα παράλληλης στήριξης τυφλών μαθητών, ορίζεται επιπλέον των άλλων προσόντων και η πιστοποιημένη γνώση της γραφής Braille.

Οι τυφλοί μαθητές και οι μαθητές με χαμηλή όραση χωρίς νοητική υστέρηση ή άλλης μορφής ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μπορούν να φοιτούν, με βάση τη γνωμάτευση του οικείου ΚΕΔΔΥ, στις σχολικές τάξεις του Γενικού Σχολείου υποστηριζόμενοι από τον εκπαιδευτικό της τάξης και κατά περίπτωση με την υποστήριξη μέλους ΕΕΠ του κλάδου ΠΕ31 ή ΕΒΠ.

3. Στο Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων συνιστάται Επιτροπή - Συλλογικό Όργανο Διοίκησης με την επωνυμία Εθνικός Φορέας Πιστοποίησης της Επαρκούς Γνώσης της Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας και της Γραφής Braille και τίτλο «ΕΝΟΡΑΣΙΣ», η οποία έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

α) Η οργάνωση της επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών και του ΕΕΠ της ΕΑΕ στην Ελληνική Νοηματική γλώσσα και τη γραφή Braille.

β) Η πιστοποίηση της επαρκούς γνώσης της Ελληνικής Νοηματικής γλώσσας και της γραφής Braille στους ήδη χρήστες.

γ) Η αξιολόγηση όλων των εκπαιδευτικών υλικών που παράγονται με την Ελληνική Νοηματική γλώσσα και τη γραφή Braille, πριν την ενσωμάτωσή τους στην εκπαιδευτική διαδικασία.

δ) Η συνεργασία με επιστημονικούς φορείς και οργανώσεις του εσωτερικού και του εξωτερικού και με εξειδικευμένους επιστήμονες σε εκπαιδευτικά θέματα τυφλών και κωφών.

Η επιτροπή αυτή («ΕΝΟΡΑΣΙΣ») αποτελείται από εννέα (9) μέλη, τα οποία ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων ως εξής:

α) έναν (1) εκπρόσωπο, Σύμβουλο ή Πάρεδρο του Τμήματος ΕΑΕ του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου,

β) τέσσερις (4) υπαλλήλους με βαθμό Α' της Διεύθυνσης ΕΑΕ του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων,

γ) ένα (1) μέλος ΔΕΠ με γνωστικό αντικείμενο σχετικό με την ΕΑΕ,

δ) δύο (2) εκπροσώπους της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία, έναν σχετικό με θέματα κωφών και έναν σχετικό με θέματα τυφλών.

Πρόεδρος της επιτροπής ορίζεται με την ίδια απόφαση επιστήμονας εγνωσμένου κύρους.

4. Για τους αυτιστικούς μαθητές με ή χωρίς λόγο, ως επίσημη γλώσσα αναγνωρίζεται η Νέα Ελληνική, η οποία προσλαμβάνεται και εκφέρεται με την προφορική της μορφή, με τη γραπτή της μορφή ή/και με τη μορφή συμβόλων-εικόνων. Επιθυμητή προϋπόθεση για την τοποθέτηση εκπαιδευτικών και ΕΕΠ στις ειδικές σχολικές μονάδες για τον αυτισμό, επιπλέον των άλλων προσόντων, ορίζεται και η εξειδίκευση και κατάρτιση των εκπαιδευτικών σε τροποποιημένες-υποβοηθούμενες μορφές επικοινωνίας.

Με βάση τους ιδιαίτερους κοινωνικούς περιορισμούς που επιβάλλει ο αυτισμός ως αναπηρία στους μαθητές, η φοίτησή τους στις εκπαιδευτικές δομές μπορεί να γίνεται ως εξής:

α) Οι αυτιστικοί μαθητές υψηλής λειτουργικότητας (σύνδρομο Asberger) μπορούν να φοιτούν στις σχολικές τάξεις του Γενικού Σχολείου υποστηριζόμενοι από τον εκπαιδευτικό της τάξης και κατά περίπτωση, με βάση τη γνωμάτευση του οικείου ΚΕΔΔΥ, με παράλληλη στήριξη από εκπαιδευτικό Ειδικής Αγωγής, ο οποίος διαθέτει κατά προτίμηση εξειδίκευση στον αυτισμό.

β) Οι αυτιστικοί μαθητές μέσης και χαμηλής λειτουργικότητας μπορούν να φοιτούν στα Τμήματα Ένταξης των Γενικών Σχολείων και να παρακολουθούν κοινό και εξειδικευμένο αναλυτικό πρόγραμμα με παράλληλη στήριξη από εκπαιδευτικό Ειδικής Αγωγής, ενώ στις σοβαρότερες των περιπτώσεων μπορούν να φοιτούν σε Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής με κατεύθυνση τον αυτισμό.

γ) Οι παράλληλες στηρίξεις των αυτιστικών μαθητών διακόπτονται μόνο κατόπιν γνωμοδότησης του οικείου ΚΕΔΔΥ και της γνώμης των γονέων. Η παράλληλη στήριξη των αυτιστικών μαθητών μπορεί επίσης να υλοποιείται και από ειδικό βοηθό που εισηγείται και διαθέτει η οικογένεια του μαθητή, κατόπιν σύμφωνης γνώμης του Διευθυντή της Σχολικής μονάδας και του Συλλόγου Διδασκόντων.

δ) Σε περίπτωση αυτισμού που συνοδεύεται από βαριά νοητική υστέρηση, η φοίτηση των μαθητών εξυπηρετείται από τις δομές που περιγράφονται στο εδάφιο β' παράγραφος 4 του άρθρου 6 του παρόντος νόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' **ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ**

Άρθρο 8 **Σχολικές μονάδες**

1. Ως ΣΜΕΑΕ ορίζονται:

α) Για την πρωτοβάθμια εκπαίδευση:

αα) τα νηπιαγωγεία ΕΑΕ και τμήματα πρώιμης παρέμβασης που λειτουργούν εντός των νηπιαγωγείων ΕΑΕ, για μαθητές μέχρι το έβδομο (7ο) έτος της ηλικίας τους και

ββ) τα δημοτικά σχολεία ΕΑΕ για μαθητές μέχρι το δέκατο τέταρτο (14ο) έτος της ηλικίας τους, τα οποία λειτουργούν με μία προκαταρκτική τάξη και με τις τάξεις Α', Β', Γ', Δ', Ε' και ΣΤ'. Παράταση της φοίτησης μπορεί να γίνει μέχρι το δέκατο πέμπτο (15ο) έτος της ηλικίας των μαθητών, μετά από εισήγηση του οικείου ΚΕΔΔΥ.

β) Για τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση:

αα) Τα γυμνάσια ΕΑΕ για μαθητές μέχρι το δέκατο ένατο (19ο) έτος της ηλικίας τους. Τα γυμνάσια ΕΑΕ περιλαμβάνουν την προκαταρκτική τάξη και τρεις επόμενες τάξεις Α', Β' και Γ'. Μαθητές απόφοιτοι δημοτικού σχολείου με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, μπορεί να εγγράφονται απευθείας στην Α' τάξη του γυμνασίου ΕΑΕ, ύστερα από αξιολόγηση που πραγματοποιείται από το οικείο ΚΕΔΔΥ.

ββ) Τα λύκεια ΕΑΕ για μαθητές μέχρι το εικοστό τρίτο (23ο) έτος της ηλικίας τους. Τα λύκεια ΕΑΕ, περιλαμβάνουν την προκαταρκτική τάξη και τρεις επόμενες τάξεις Α', Β' και Γ'. Μαθητές απόφοιτοι γυμνασίου με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μπορεί να εγγράφονται απευθείας στην Α' τάξη του λυκείου ΕΑΕ, ύστερα από αξιολόγηση που πραγματοποιείται από το οικείο ΚΕΔΔΥ.

γ) Για τη δευτεροβάθμια επαγγελματική εκπαίδευση:

αα) Τα ειδικά επαγγελματικά γυμνάσια, στα οποία εγγράφονται απόφοιτοι δημοτικού σχολείου γενικής ή ειδικής εκπαίδευσης και στα οποία η φοίτηση διαρκεί πέντε έτη. Στα γυμνάσια αυτά εφαρμόζεται πρόγραμμα για την ολοκλήρωση της εννιάχρονης υποχρεωτικής εκπαίδευσης και την παροχή επαγγελματικής εκπαίδευσης.

ββ) Τα ειδικά επαγγελματικά λύκεια, στα οποία εγγράφονται απόφοιτοι του επαγγελματικού γυμνασίου και των ειδικών και γενικών γυμνασίων και λυκείων. Στα λύκεια αυτά η φοίτηση διαρκεί τέσσερα έτη.

γγ) Την ειδική επαγγελματική σχολή, στην οποία εγγράφονται απόφοιτοι επαγγελματικού γυμνασίου και ειδικού γυμνασίου και στην οποία η φοίτηση διαρκεί τέσσερα έτη. Τα εργαστήρια των ειδικών επαγγελματικών σχολών εξοπλίζονται από τα Γραφεία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης.

δδ) Τα Εργαστήρια Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (ΕΕΕΕΚ), στα οποία η φοίτηση διαρκεί από πέντε μέχρι οκτώ χρόνια. Σε αυτά εγγράφονται απόφοιτοι δημοτικών σχολείων γενικής ή ειδικής εκπαίδευσης, ύστερα από πρόταση των διαγνωστικών υπηρεσιών, καλύπτοντας την υποχρεωτικότητα της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Πρώτη εγγραφή στα ΕΕΕΕΚ γίνεται μέχρι και το δέκατο έτος (16ο) έτος της ηλικίας. Σε περιοχές που δεν έχουν ιδρυθεί ή δεν λειτουργούν ΕΕΕΕΚ, η πρώτη εγγραφή μπορεί να γίνει και έως το εικοστό (20ό) έτος. Τα ΕΕΕΕΚ υπάγονται στη δευτεροβάθμια επαγγελματική εκπαίδευση. Στα ΕΕΕΕΚ μπορούν να διδάσκουν και εκπαιδευτικοί ΕΑΕ κλάδου δασκάλων (ΠΕ 70 και ΠΕ 71) και εκπαιδευτικοί ενηλίκων ΠΕ 72 με απόσπαση, όταν οι ανάγκες της υπηρεσίας το επιτρέπουν ή με οργανική θέση που συστήνεται για το σκοπό αυτόν.

2. Στα σχολεία της παραγράφου 1(α) του παρόντος άρθρου μπορούν να λειτουργούν και τμήματα ολοήμερου προγράμματος. Στα σχολεία ΕΑΕ εφαρμόζονται ειδικά προσαρμοσμένα αναλυτικά και διδακτικά προγράμματα. Στο πρόγραμμα των νηπιαγωγείων ΕΑΕ περιλαμβάνονται και προγράμματα πρώιμης παρέμβασης. Το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο οφείλει να προβεί στο σχεδιασμό των προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης των ειδικών νηπιαγωγείων, εντός τεσσάρων (4) μηνών από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου. Στο πρόγραμμα των δημοτικών σχολείων ΕΑΕ περιλαμβάνονται και δραστηριότητες προεπαγγελματικής εκπαίδευσης. Στο πρόγραμμα των γυμνασίων και λυκείων ΕΑΕ μπορεί να περιλαμβάνονται και μαθήματα τεχνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης.

3. Για την εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, που φοιτούν στα σχολεία γενικής και τεχνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης εφαρμόζονται ειδικά προσαρμοσμένα και εξατομικευμένα υποστηρικτικά εκπαιδευτικά προγράμματα.

4. Η φοίτηση των μαθητών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στις αυτοτελείς ΣΜΕΑΕ της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης μπορεί να παραταθεί ανάλογα με τις ειδικές

εκπαιδευτικές ανάγκες τους και πέραν του εικοστού τρίτου (23ου) έτους της ηλικίας τους. Για την παράταση αποφασίζει ο αρμόδιος διευθυντής εκπαίδευσης, ύστερα από εισήγηση του οικείου ΚΕΔΔΥ.

5. Ο αναγκαίος αριθμός των μαθητών για τη λειτουργία ειδικού δημοτικού σχολείου και ΕΕΕΕΚ δεν μπορεί να είναι μικρότερος των πέντε και αποτελεί την προϋπόθεση ίδρυσής τους. Στις περιπτώσεις που οι μαθητές είναι λιγότεροι, η λειτουργία της σχολικής μονάδας αναστέλλεται και στη συνέχεια προτείνεται η κατάργησή της. Στη θέση της ιδρύονται τμήματα ένταξης, με εξειδικευμένο πρόγραμμα διευρυσμένου ωραρίου.

6. Η μεταφορά των μαθητών των ΣΜΕΑΕ γίνεται είτε με κοινά δρομολόγια των σχολικών λεωφορείων τα οποία ανήκουν στην Ενιαία Σχολική Επιτροπή του Συγκροτήματος είτε με μεταφορικά μέσα μισθωμένα από την οικεία Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Ειδικά για τις ΣΜΕΑΕ επιτρέπεται η αγορά ή μίσθωση σχολικών λεωφορείων εξειδικευμένων προδιαγραφών που τάσσονται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Για τη μεταφορά των μαθητών των ΣΜΕΑΕ συνιστώνται στο Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων θέσεις οδηγών και συνοδών των μαθητών με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου ή αορίστου χρόνου, που κατανέμονται με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων στις ΣΜΕΑΕ. Με όμοια απόφαση καθορίζονται τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις αυτών. Η αντιμετώπιση των δαπανών κίνησης, συντήρησης, επισκευής και ασφάλισης των αυτοκινήτων που έχουν κατανεμηθεί στις ΣΜΕΑΕ γίνεται από τις οικείες Σχολικές Επιτροπές, οι οποίες επιχορηγούνται για το σκοπό αυτόν από τους οικείους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ).

7. Το σχολικό και διδακτικό έτος των ΣΜΕΑΕ είναι το ίδιο με αυτό των αντίστοιχων σχολείων της γενικής εκπαίδευσης. Τα ειδικά νηπιαγωγεία, δημοτικά σχολεία, γυμνάσια και λύκεια είναι ισότιμα προς τα αντίστοιχα σχολεία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας γενικής εκπαίδευσης. Τα ειδικά επαγγελματικά γυμνάσια είναι ισότιμα προς τα γυμνάσια της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

8. Τα ειδικά επαγγελματικά λύκεια και οι ειδικές επαγγελματικές σχολές είναι ισότιμα με τα επαγγελματικά λύκεια και με τις επαγγελματικές σχολές και παρέχουν ισότιμα επαγγελματικά δικαιώματα στους αποφοίτους τους.

9. Οι σχολικές περιφέρειες των ΣΜΕΑΕ ορίζονται από τον διευθυντή εκπαίδευσης της αντίστοιχης βαθμίδας.

Άρθρο 9

Εποπτεία σχολικών μονάδων

1. Οι ΣΜΕΑΕ και το προσωπικό τους υπάγονται διοικητικά στις αντίστοιχες διευθύνσεις ή γραφεία πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης όπου λειτουργούν αντίστοιχα τμήματα ΕΑΕ, εκτός των ειδικών επαγγελματικών γυμνασίων, των ειδικών επαγγελματικών λυκείων, των ειδικών επαγγελματικών σχολών και των ΕΕΕΕΚ που υπάγονται στα αντίστοιχα Γραφεία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης.

2. Την ευθύνη εφαρμογής των προγραμμάτων ΕΑΕ, παράλληλης στήριξης και παροχής διδασκαλίας στο σπίτι, έχει ο Διευθυντής της σχολικής μονάδας στην οποία φοιτά ή είναι εγγεγραμμένος ο μαθητής, τη δε εποπτεία τήρησης των προγραμμάτων αυτών έχει ο σχολικός σύμβουλος ΕΑΕ.

Άρθρο 10

Διοίκηση σχολικών μονάδων

1. Όργανα διοίκησης κάθε ΣΜΕΑΕ είναι ο διευθυντής, ο υποδιευθυντής και ο σύλλογος προσωπικού.

2. Στα μονοθέσια και διθέσια νηπιαγωγεία και στα μονοθέσια, διθέσια και τριθέσια δημοτικά, τη διοίκηση ασκεί προϊστάμενος που ορίζεται με διετή θητεία από τους έχοντες οργανική θέση σε αυτά εκπαιδευτικούς. Ο ορισμός τους γίνεται με την ίδια διαδικασία που ισχύει και στη γενική εκπαίδευση και εφόσον πληρούν τις προϋποθέσεις τοποθέτησης σε ΣΜΕΑΕ.

3. Οι εκπαιδευτικοί με οργανική θέση στα ΤΕ συμμετέχουν ισότιμα με τους άλλους εκπαιδευτικούς της σχολικής μονάδας στη διαδικασία επιλογής υποδιευθυντών της.

4. Διευθυντές των ΣΜΕΑΕ επιλέγονται εκπαιδευτικοί, οι οποίοι έχουν τα προσόντα τοποθέτησης σε θέσεις εκπαιδευτικού προσωπικού αυτών και τουλάχιστον 3ετή προϋπηρεσία σε ΣΜΕΑΕ ή ΚΕΔΔΥ. Για τις προϋποθέσεις, τα προσόντα, τα κριτήρια και τη διαδικασία επιλογής και τοποθέτησης εφαρμόζονται οι ισχύουσες διατάξεις περί επιλογής στελεχών εκπαίδευσης. Η επιλογή τους γίνεται από τα οικεία Περιφερειακά Υπηρεσιακά Συμβούλια Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΠΥΣΠΕ) και τα οικεία Περιφερειακά Υπηρεσιακά Συμβούλια Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΠΥΣΔΕ).

5. Υποδιευθυντές σε ΣΜΕΑΕ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης τοποθετούνται μόνο στις περιπτώσεις όπου τα τμήματα που λειτουργούν είναι τουλάχιστον έξι (6) και ο ελάχιστος αριθμός των μαθητών τριάντα (30). Για τις προϋποθέσεις, τα προσόντα, τα κριτήρια και τη διαδικασία επιλογής και τοποθέτησης εφαρμόζονται οι ισχύουσες διατάξεις περί επιλογής στελεχών εκπαίδευσης. Η επιλογή τους γίνεται από τα οικεία ΠΥΣΠΕ και ΠΥΣΔΕ.

Άρθρο 11

Μετατροπή σχολικών μονάδων

1. Με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων μετατρέπονται από την έναρξη του σχολικού έτους 2008-2009 τα κατά την παράγραφο 13 του άρθρου 1 του ν. 2817/2000 (ΦΕΚ 78 Α') Τεχνικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια (ΤΕΕ) Α' βαθμίδας σε Ειδικά Επαγγελματικά Γυμνάσια του άρθρου 8 του παρόντος νόμου και τα κατά την παράγραφο 14 του άρθρου 1 του ν. 2817/2000 Τεχνικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια σε Ειδικά Επαγγελματικά Λύκεια.

2. Οι μαθητές των μετατρεπόμενων σχολικών μονάδων εγγράφονται σε αντίστοιχες τάξεις των νέων σχολικών μονάδων, με απόφαση του συλλόγου διδασκόντων.

3. Οι εκπαιδευτικοί και τα μέλη ΕΕΠ και ΕΒΠ, που ανήκουν οργανικά στις μετατρεπόμενες σχολικές μονάδες, τοποθετούνται αυτοδικαίως στις προερχόμενες από μετατροπή νέες σχολικές μονάδες.

Άρθρο 12

Ίδρυση και οργάνωση των ΚΕΔΔΥ

1. Στις έδρες των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των Νομαρχιακών Διαμερισμάτων ιδρύονται ΚΕΔΔΥ που αποτελούν αποκεντρωμένες δημόσιες υπηρεσίες και υπάγονται στον Περιφερειακό Διευθυντή Εκπαίδευσης. Σκοπός των ΚΕΔΔΥ είναι η προσφορά υπηρεσιών διάγνωσης, αξιολόγησης και υποστήριξης των μαθητών και κυρίως εκείνων που έχουν ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, καθώς και υποστήριξης, πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης των εκπαιδευτικών, των γονέων και της κοινωνίας. Τα ΚΕΔΔΥ αξιολογούνται ανά έτος για τη διαπίστωση του βαθμού επίτευξης των σκοπών τους.

2. Στις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις και στα Νομαρχιακά Διαμερίσματα ιδρύονται τα παρακάτω ΚΕΔΔΥ:

Α' Αθήνας με έδρα την Αθήνα, Β' Αθήνας με έδρα τη Νέα Ιωνία Αττικής, Γ' Αθήνας με έδρα το Αιγάλεω Αττικής, Δ' Αθήνας με έδρα τον Άλιμο Αττικής, Ανατ. Αττικής με έδρα το Κορωπί Αττικής, Δυτικής Αττικής με έδρα την Ελευσίνα, Α' Πειραιά με έδρα τον

Πειραιά, Β' Πειραιά με έδρα τη Β' Διοικητική Περιφέρεια Πειραιά, Αιτωλοακαρνανίας με έδρα το Μεσολόγγι, Αρκαδίας με έδρα την Τρίπολη, Αργολίδας με έδρα το Ναύπλιο, Άρτας με έδρα την Άρτα, Αχαΐας με έδρα την Πάτρα, Βοιωτίας με έδρα τη Λιβαδειά, Γρεβενών με έδρα τα Γρεβενά, Δράμας με έδρα τη Δράμα, Δωδεκανήσου: α) Ρόδου με έδρα τη Ρόδο, β) Καλύμνου με έδρα την Κάλυμνο, γ) Κω με έδρα την Κω, Έβρου με έδρα την Αλεξανδρούπολη, Εύβοιας με έδρα τη Χαλκίδα, Ευρυτανίας με έδρα το Καρπενήσι, Ζακύνθου με έδρα τη Ζάκυνθο, Ηλείας με έδρα τον Πύργο, Ημαθίας με έδρα τη Βέροια, Ηρακλείου Κρήτης με έδρα το Ηράκλειο, Α' Θεσσαλονίκης με έδρα τη Θέρμη, Β' Θεσσαλονίκης με έδρα τη Σταυρούπολη, Θεσπρωτίας με έδρα την Ηγουμενίτσα, Ιωαννίνων με έδρα τα Ιωάννινα, Καβάλας με έδρα την Καβάλα, Καρδίτσας με έδρα την Καρδίτσα, Καστοριάς με έδρα την Καστοριά, Κέρκυρας με έδρα την Κέρκυρα, Κεφαλληνίας με έδρα το Αργοστόλι, Κιλκίς με έδρα το Κιλκίς, Κοζάνης με έδρα την Κοζάνη, Κορινθίας με έδρα την Κόρινθο, Κυκλάδων: α) Σύρου με έδρα τη Σύρο, β) Νάξου με έδρα τη Νάξο, Λακωνίας με έδρα τη Σπάρτη, Λάρισας με έδρα τη Λάρισα, Λασιθίου Κρήτης με έδρα τον Άγιο Νικόλαο, Λέσβου: α) Μυτιλήνης με έδρα τη Μυτιλήνη, β) Λήμνου με έδρα τη Μύρινα, Λευκάδας με έδρα τη Λευκάδα, Μαγνησίας με έδρα το Βόλο, Μεσσηνίας με έδρα την Καλαμάτα, Ξάνθης με έδρα την Ξάνθη, Πέλλας με έδρα την Έδεσσα, Πιερίας με έδρα την Κατερίνη, Πρέβεζας με έδρα την Πρέβεζα, Ρεθύμνου Κρήτης με έδρα το Ρέθυμνο, Ροδόπης με έδρα την Κομοτηνή, Σάμου με έδρα τη Σάμο, Σερρών με έδρα τις Σέρρες, Τρικάλων με έδρα τα Τρίκαλα, Φθιώτιδας με έδρα τη Λαμία, Φλώρινας με έδρα τη Φλώρινα, Φωκίδας με έδρα την Άμφισσα, Χαλκιδικής με έδρα τον Πολύγυρο, Χανίων με έδρα τα Χανιά και Χίου με έδρα τη Χίο. Στις Περιφερειακές Διευθύνσεις Εκπαίδευσης Αττικής και Κεντρικής Μακεδονίας, ορίζονται ως ΚΕΔΔΥ Περιφέρειας τα Α' Αθήνας και Α' Θεσσαλονίκης αντίστοιχα.

3. Σε όλα τα ανωτέρω ΚΕΔΔΥ τοποθετείται και υπηρετεί το εξής Εκπαιδευτικό Προσωπικό (ΕΠ), ΕΕΠ και Διοικητικό Προσωπικό (ΔΠ):

ΠΕ60 ή ΠΕ61 – Νηπιαγωγών

ΠΕ70 ή ΠΕ71 – Δασικάλων

ΠΕ02 – Φιλολόγων

ΠΕ03 – Μαθηματικών

ΠΕ11.01 Καθηγητών Φυσικής Αγωγής με ειδικότητα στην ΕΑΕ

ΠΕ26 ή ΠΕ21 – Λογοθεραπευτών

ΠΕ29 – Εργοθεραπευτών

ΠΕ24 - Παιδοψυχιάτρων ή ΠΕ35 - Παιδιάτρων με εξειδίκευση στην Παιδονευρολογία ή Νευρολόγων με εξειδίκευση στην Παιδονευρολογία

ΠΕ23 – Ψυχολόγων

ΠΕ30 - Κοινωνικών Λειτουργών

ΔΕ - Διοικητικών

Επίσης τοποθετείται κατά περίπτωση ΕΕΠ των ακόλουθων κλάδων:

ΠΕ22 - Επαγγελματικών Συμβούλων

ΠΕ28 – Φυσικοθεραπευτών

ΠΕ25 - Σχολικών Νοσηλευτών

ΠΕ31- Εξειδικευμένο είτε στον Επαγγελματικό Προσανατολισμό των τυφλών είτε στην κινητικότητα, τον προσανατολισμό και τις δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης των τυφλών είτε στην ελληνική νοηματική γλώσσα των κωφών είτε στη γραφή Braille των τυφλών.

ΠΕ36 - Μουσικοθεραπευτών.

Οι οργανικές θέσεις του ν. 2817/2000 άρθρο 2 παράγραφος 4, όπως ισχύει, μεταφέρονται στα ΚΕΔΔΥ του παρόντος άρθρου και το ΕΠ, το ΕΕΠ και το ΔΠ τοποθετείται στα αντίστοιχα ΚΕΔΔΥ.

4. Σε κάθε ΚΕΔΔΥ προϊστάμενος ορίζεται, για 4ετή θητεία, κατόπιν επιλογής από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού (ΥΣΕΕΠ), το οποίο συνεδριάζει υπό την προεδρία του προέδρου του Τμήματος ΕΑΕ του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου ή του αναπληρωτή του και με τη συμμετοχή σχολικού συμβούλου ΕΑΕ, οι οποίοι ορίζονται με την απόφαση συγκρότησης. Δικαίωμα συμμετοχής στην επιλογή έχουν εκπαιδευτικοί που διαθέτουν σπουδές στην ΕΑΕ ή μέλη του ΕΕΠ, οι οποίοι υπηρετούν οργανικά σε σχολικές μονάδες ή ΚΕΔΔΥ της περιφερειακής Διεύθυνσης Εκπαίδευσης στην οποία υπάγεται το ΚΕΔΔΥ και με την προϋπόθεση να έχουν 3ετή προϋπηρεσία σε ΣΜΕΑΕ ή ΚΕΔΔΥ. Κριτήρια επιλογής είναι αυτά που ισχύουν και για τα άλλα στελέχη εκπαίδευσης. Τοποθετούνται με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ύστερα από πρόταση του ΥΣΕΕΠ. Όταν δεν καλύπτονται οι θέσεις με επιλογή από το ΥΣΕΕΠ, ορίζεται αναπληρωτής προϊστάμενος με διετή θητεία από τον περιφερειακό διευθυντή εκπαίδευσης, με πρόταση του οικείου Περιφερειακού Υπηρεσιακού Συμβουλίου Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού (ΠΥΣΕΕΠ), ύστερα από προκήρυξη ενδιαφέροντος.

Ο χρόνος υπηρεσίας των υπηρετούντων στα ΚΕΔΔΥ μοριοδοτείται ως διδακτική εμπειρία σε ΣΜΕΑΕ. Ο προϊστάμενος του ΚΕΔΔΥ ασκεί καθοδηγητικό έργο και έχει τις διοικητικές και πειθαρχικές αρμοδιότητες για το προσωπικό που υπηρετεί οργανικά σε αυτό. Αν ο προϊστάμενος κατέχει οργανική θέση στο ΚΕΔΔΥ, όπου τοποθετείται, τότε αναπληρώνεται στα καθήκοντα της ειδικότητάς του. Τον προϊστάμενο κωλύόμενο ή απόντα αναπληρώνει εκπαιδευτικός ή μέλος του ΕΕΠ, ο οποίος ορίζεται με απόφαση του περιφερειακού διευθυντή εκπαίδευσης από τους υπηρετούντες οργανικά στο ΚΕΔΔΥ, ύστερα από εισήγηση του ΠΥΣΕΕΠ.

5. Τα ΚΕΔΔΥ συνεργάζονται με τα Κέντρα Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ).

6. Το ΕΕΠ κάθε ΚΕΔΔΥ που λειτουργεί στην έδρα της Περιφέρειας προσφέρει τις υπηρεσίες του και στα ΚΕΔΔΥ των Νομών και Νομαρχιών που ανήκουν στην Περιφέρεια. Το ΕΠ, ΕΕΠ και ΔΠ τοποθετείται ανάλογα με τη διασπορά του μαθητικού πληθυσμού και σε κάθε περίπτωση τοποθετείται μία πλήρης διεπιστημονική ομάδα σε μαθητικό πληθυσμό τουλάχιστον δέκα χιλιάδων (10.000) ατόμων.

7. Κατά την τοποθέτηση των εκπαιδευτικών στα ΚΕ-ΔΔΥ λαμβάνεται μέριμνα να μην τοποθετούνται δύο εκπαιδευτικοί με την ίδια εξειδίκευση στην ΕΑΕ στο ίδιο ΚΕΔΔΥ, ώστε να επιτυγχάνεται η κάλυψη όλων των κατηγοριών ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών. Στα ΚΕΔΔΥ τοποθετούνται με μετάθεση, απόσπαση ή αναπλήρωση εκπαιδευτικοί προσχολικής αγωγής, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ο χρόνος της απόσπασης των εκπαιδευτικών και των μελών του ΕΕΠ στα ΚΕΔΔΥ υπολογίζεται ότι έχει διανυθεί στην οργανική τους θέση. Η θητεία τους, με οποιαδήποτε σχέση (οργανικά ή αποσπασμένου), λογίζεται και προσμετράται ως εκπαιδευτική υπηρεσία.

8. Οι εκπαιδευτικοί ΕΑΕ, τα μέλη ΕΕΠ και ΕΒΠ, καθώς και το ΔΠ που ανήκουν οργανικά στα ΚΔΔΥ της παραγράφου 4 του άρθρου 2 του ν. 2817/2000 και της παραγράφου 1α του άρθρου 2 του ν. 3194/2003 (ΦΕΚ 267 Α'), τοποθετούνται αυτοδικαίως στα αντίστοιχα ΚΕΔΔΥ του παρόντος άρθρου και οι υφιστάμενες οργανικές θέσεις των ΚΔΔΥ μεταφέρονται αυτοδίκαια στα ΚΕΔΔΥ.

Άρθρο 13

Επιλογή Σχολικών Συμβούλων ΕΑΕ και Συμβούλων ΕΕΠ

Οι σχολικοί σύμβουλοι ΕΑΕ και οι σύμβουλοι ΕΕΠ, επιλέγονται με τη διαδικασία επιλογής στελεχών εκπαίδευσης και σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις. Οι σχολικοί σύμβουλοι ΕΑΕ είναι αρμόδιοι για την παιδαγωγική και επιστημονική καθοδήγηση του ΕΠ των ΣΜΕΑΕ προσχολικής, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και των ΚΕΔΔΥ. Οι σύμβουλοι ΕΕΠ είναι αρμόδιοι για την επιστημονική καθοδήγηση των αντίστοιχων ειδικοτήτων ΕΕΠ που βρίσκονται σε ΣΜΕΑΕ όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης και στα ΚΕΔΔΥ.

Άρθρο 14

Τμήμα ΕΑΕ του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου

1. Οι θέσεις του Τμήματος ΕΑΕ του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου είναι οι εξής:

- α) δύο (2) θέσεις συμβούλων ΕΑΕ,
- β) δύο (2) θέσεις μόνιμων παρέδρων ειδικότητας ΕΑΕ, και
- γ) επτά (7) θέσεις παρέδρων με θητεία.

Οι ειδικότητες των παρέδρων με θητεία πρέπει να είναι διαφορετικές και προσδιορίζονται από την προκήρυξη που εκδίδεται για την πλήρωση των κενών θέσεων. Του Τμήματος ΕΑΕ του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου προεδρεύει ο έβδομος (7ος) Ειδικός Αντιπρόεδρος.

2. Για το διορισμό στις θέσεις συμβούλων και μόνιμων παρέδρων της προηγούμενης παραγράφου απαιτείται πτυχίο τμήματος Παιδαγωγικών, Φιλοσοφικών, Ιατρικών, Κοινωνικών, Νομικών ή άλλων συναφών επιστημών, Πανεπιστημίου της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής, διδακτορικό δίπλωμα συναφές με το αντικείμενο της θέσης και οκταετής τουλάχιστον προϋπηρεσία στην ΕΑΕ (ΣΜΕΑΕ, ΤΕ ή ΚΕΔΔΥ). Για το διορισμό στις θέσεις παρέδρων με θητεία απαιτείται πτυχίο τμήματος Παιδαγωγικών, Φιλοσοφικών, Ιατρικών, Κοινωνικών, Νομικών ή άλλων συναφών επιστημών, Πανεπιστημίου της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής, με μετεκπαίδευση στην ΕΑΕ, στα διδασκαλεία των Πανεπιστημίων ή σε αντίστοιχα της αλλοδαπής ή μεταπτυχιακές σπουδές στην ΕΑΕ ή στη σχολική ψυχολογία, καθώς και οκταετής προϋπηρεσία στην ΕΑΕ (ΣΜΕΑΕ, ΤΕ ή ΚΕΔΔΥ). Για τα λοιπά προσόντα και τη διαδικασία πλήρωσης των θέσεων εφαρμόζονται οι ισχύουσες διατάξεις για την πλήρωση θέσεων του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου και λαμβάνεται υπόψη η κατεύθυνση της μετεκπαίδευσης και των μεταπτυχιακών σπουδών, καθώς και η προϋπηρεσία σε αντίστοιχες ΣΜΕΑΕ. Για την πλήρωση των συνιστώμενων θέσεων έχουν εφαρμογή οι διατάξεις των άρθρων 25 και 26 του ν. 1566/1985 (ΦΕΚ 75 Α'), όπως ισχύουν.

3. Έργο του Τμήματος ΕΑΕ του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου είναι:

- α) η επιστημονική έρευνα, μελέτη και τεκμηρίωση όλων των θεμάτων της ΕΑΕ και η υποβολή προτάσεων για το σχεδιασμό και την εφαρμογή της εκπαιδευτικής πολιτικής στην ΕΑΕ,
- β) ο σχεδιασμός και η υποστήριξη ανάπτυξης προγραμμάτων επιμόρφωσης του προσωπικού της ΕΑΕ σε συνεργασία με το αρμόδιο Τμήμα Επιμόρφωσης του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, τα Περιφερειακά Επιμορφωτικά Κέντρα (ΠΕΚ) και τα Τμήματα ΕΑΕ των Πανεπιστημίων,
- γ) ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη των ωρολογίων και αναλυτικών προγραμμάτων, καθώς και ο σχεδιασμός του διδακτικού και λοιπού υποστηρικτικού υλικού για την εκπαίδευση των μαθητών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες,
- δ) η αξιολόγηση των προγραμμάτων ΕΑΕ σε συνεργασία με το Τμήμα Αξιολόγησης του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου,
- ε) η προώθηση και εφαρμογή της σύγχρονης τεχνολογίας στην ΕΑΕ,

στ) η επιστημονική υποστήριξη του έργου των Σχολικών Συμβούλων ΕΑΕ, των Συμβούλων ΕΕΠ και των προγραμμάτων σχολικής ενσωμάτωσης,

ζ) η συνεργασία με επιστημονικούς φορείς και οργανώσεις του εσωτερικού και του εξωτερικού και με εξειδικευμένους επιστήμονες με σκοπό την προώθηση των θεμάτων της ΕΑΕ,

η) η αξιολόγηση του έργου των ΚΕΔΔΥ.

4. Στις συνεδριάσεις του Τμήματος ΕΑΕ του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, μετέχουν με δικαίωμα ψήφου κατόπιν πρόσκλησης του Προέδρου του Τμήματος:

α) ένας (1) εκπρόσωπος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,

β) ο Προϊστάμενος της Διεύθυνσης ΕΑΕ του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων,

γ) ένας (1) εκπρόσωπος της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία,

δ) ένας (1) εκπρόσωπος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Σωματείων Γονέων και Κηδεμόνων Ατόμων με Αναπηρία και

ε) ένας (1) εκπρόσωπος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Ενώσεων Γονέων Ατόμων με Μαθησιακές Δυσκολίες.

Όλοι οι ανωτέρω εκπρόσωποι εκτός του προϊσταμένου της Διεύθυνσης ΕΑΕ του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων ορίζονται από τον Υπουργό Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, κατόπιν προτάσεων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τις Ομοσπονδίες. Σε περίπτωση μη προτάσεως κατά τα ανωτέρω, εντός εύλογης προθεσμίας, ο Υπουργός Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων ορίζει τους εκπροσώπους χωρίς πρόταση.

Άρθρο 15

Θέματα οργάνωσης της Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων

1. Το Τμήμα Διοικητικού της Διεύθυνσης ΕΑΕ του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων μετονομάζεται σε Τμήμα Προσωπικού (ΤΠ). Το ΤΠ, του οποίου προϊστάται υπάλληλος του κλάδου ΠΕ Διοικητικού με βαθμό Α' και δεκαπενταετή τουλάχιστον πραγματική δημόσια υπηρεσία, είναι αρμόδιο για το χειρισμό των θεμάτων διορισμού, πρόσληψης, υπηρεσιακής κατάστασης και πειθαρχικού δικαίου του ΕΕΠ των ΚΕΔΔΥ και των ΣΜΕΑΕ, του ΕΒΠ και του ΔΠ των ΚΕΔΔΥ, των οδηγών αυτοκινήτων και των συνοδών των μαθητών των ΣΜΕΑΕ και θεμάτων πρόσληψης αναπληρωτών και ωρομισθίων εκπαιδευτικών ΕΑΕ.

2. Ο Προϊστάμενος της Διεύθυνσης ΕΑΕ του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων είναι εκπαιδευτικός που έχει τα τυπικά προσόντα τοποθέτησης σε ΣΜΕΑΕ ή ΚΕΔΔΥ, πενταετή προϋπηρεσία στην ειδική αγωγή και εκπαίδευση, έχει ασκήσει διευθυντικά καθήκοντα και διαθέτει 20ετή τουλάχιστον προϋπηρεσία μόνιμου εκπαιδευτικού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ' ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΑΕ

Άρθρο 16

Εκπαιδευτικό Προσωπικό

1. Η στελέχωση των ΣΜΕΑΕ, των ΤΕ, των προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης, των προγραμμάτων παράλληλης στήριξης και παροχής διδασκαλίας στο σπίτι γίνεται από εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με σπουδές στην ΕΑΕ, οι οποίοι τοποθετούνται με τα ισχύοντα κριτήρια της γενικής εκπαίδευσης με μετάθεση, διορι-

σμό, απόσπαση ή αναπλήρωση. Οι εκπαιδευτικοί αυτοί ανήκουν στις Διευθύνσεις ή τα Γραφεία της αντίστοιχης βαθμίδας εκπαίδευσης.

2. Οι εκπαιδευτικοί οι οποίοι μετεκπαιδεύονται στην ΕΑΕ υποχρεούνται να υπηρετήσουν σε ΣΜΕΑΕ για μια τριετία τουλάχιστον.

3. Οι εκπαιδευτικοί των τμημάτων ένταξης, των προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης, παροχής διδασκαλίας στο σπίτι και παράλληλης στήριξης, για συμπλήρωση του διδακτικού τους ωραρίου και με εισήγηση του σχολικού συμβούλου ΕΑΕ, δύνανται να προσφέρουν εκπαιδευτικό έργο και σε μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες άλλων σχολείων. Στις ΣΜΕΑΕ που φοιτούν μαθητές οι οποίοι ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού τοποθετούνται κατά προτεραιότητα εκπαιδευτικοί οι οποίοι έχουν σπουδές ή εξειδίκευση στον αυτισμό.

4. Εκπαιδευτικοί που υπηρετούν και κατέχουν οργανική θέση σε ΣΜΕΑΕ και δεν έχουν μετεκπαίδευση ή άλλο τίτλο σπουδών στην ΕΑΕ συμμετέχουν κατά προτεραιότητα σε προγράμματα επιμόρφωσης και εξειδίκευσης που υλοποιούνται από τον Οργανισμό Επιμόρφωσης Εκπαιδευτικών (ΟΕΠΕΚ) ή είναι προγράμματα χρηματοδοτούμενα από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης και Αρχικής Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΕΠΕΑΕΚ).

Άρθρο 17

Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό

1. Για τη στελέχωση των ΚΕΔΔΥ και των ΣΜΕΑΕ προβλέπεται ΕΕΠ. Η άσκηση των καθηκόντων τους δύνανται να επεκτείνεται και στους μαθητές των συστεγαζόμενων ή γειτονικών ΣΜΕΑΕ, όταν δεν υπάρχουν αντίστοιχες ειδικότητες και εφόσον έχουν καλυφθεί οι ανάγκες των σχολείων στα οποία υπηρετούν. Η επέκταση της άσκησης των καθηκόντων τους γίνεται με απόφαση του Περιφερειακού Διευθυντή Εκπαίδευσης ύστερα από πρόταση του ΠΥΣΕΕΠ, στο οποίο υποβάλλονται οι σχετικές αιτιολογημένες εισηγήσεις του σχολικού συμβούλου της ΕΑΕ και του σχολικού συμβούλου ΕΕΠ της αντίστοιχης ειδικότητας.

2. Οι ανήκοντες στους κλάδους ΕΕΠ και το ΕΒΠ των ΣΜΕΑΕ και των ΚΕΔΔΥ δύνανται να αποσπώνται στην Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, στις Περιφερειακές Διευθύνσεις Εκπαίδευσης και στις Διευθύνσεις και στα Γραφεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, με τη διαδικασία που προβλέπεται στην παράγραφο 6 του άρθρου 6 του ν. 2740/1999 (ΦΕΚ 186 Α'). Οι αποσπώμενοι θεμελιώνουν δικαίωμα υποβολής αίτησης μετάθεσης και λαμβάνουν τις Μονάδες Συνθηκών Διαβίωσης (ΜΣΔ) της οργανικής τους θέσης.

Άρθρο 18

Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό

Για θέματα αυτοεξυπηρέτησης, καθημερινής διαβίωσης και λειτουργικών διευκολύνσεων των μαθητών με αναπηρία και με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες που φοιτούν στα γενικά σχολεία προσχολικής, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης χωρίς παράλληλη στήριξη από εκπαιδευτικό ΕΑΕ ή που φοιτούν σε ΣΜΕΑΕ, προσλαμβάνεται ΕΒΠ.

Άρθρο 19

Σύσταση νέων κλάδων εκπαιδευτικών ΕΑΕ και ΕΕΠ

1. Στους κλάδους των εκπαιδευτικών ΕΑΕ της προσχολικής, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για τις ΣΜΕΑΕ που προβλέπονται στα άρθρα 12,13 και 14 του ν. 1566/1985 προστίθενται οι εξής νέοι κλάδοι:

- α) Κλάδος ΠΕ 61 (Νηπιαγωγών ΕΑΕ)
- β) Κλάδος ΠΕ 71 (Δασκάλων ΕΑΕ)
- γ) Κλάδος ΠΕ 11.01. (Καθηγητών Φυσικής Αγωγής με ειδικότητα στην ΕΑΕ)
- δ) Κλάδοι ΠΕ (Καθηγητών Δευτεροβάθμιας ΕΑΕ) όλων των ειδικοτήτων, με τον ισχύοντα κωδικό τους και προέκταση «.50».

2. Στους κλάδους που προβλέπονται στην περίπτωση α' της παραγράφου 2 του άρθρου 35 του ν. 1566/1985 προστίθενται οι εξής κλάδοι:

- α) Κλάδος ΠΕ 35 (Παιδιάτρων με εξειδίκευση στην παιδονευρολογία ή Νευρολόγων με εξειδίκευση στην παιδονευρολογία).
- β) Κλάδος ΠΕ 36 (Μουσικοθεραπευτών).

3. Συνιστάται κλάδος ΠΕ 72 (Εκπαιδευτικών Ενηλίκων) που βρίσκονται εντός ή εκτός του πλαισίου των ΣΜΕΑΕ, ο οποίος προστίθεται στους κλάδους των εκπαιδευτικών ΕΑΕ της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, για τις ΣΜΕΑΕ που προβλέπονται στο άρθρο 14 του ν. 1566/1985.

4. Τα εισαγωγικά και καταληκτικά μισθολογικά κλιμάκια όλων των κλάδων των παραγράφων 1, 2 και 3 του παρόντος άρθρου ορίζονται κατά κλάδο σύμφωνα με το άρθρο 3 του ν. 3205/2003 (ΦΕΚ 297 Α').

Άρθρο 20

Τυπικά προσόντα

1. Τα ειδικά τυπικά προσόντα ένταξης στον εισαγωγικό βαθμό των συνιστώμενων κλάδων εκπαιδευτικών ΕΑΕ του προηγούμενου άρθρου ορίζονται ως εξής:

1.1. Του κλάδου ΠΕ 61 (Νηπιαγωγών ΕΑΕ):

α) Διδακτορικό δίπλωμα στην ΕΑΕ, με βασικές σπουδές σε παιδαγωγικά τμήματα ειδικής προσχολικής αγωγής ή παιδαγωγικά τμήματα ειδικής αγωγής με κατεύθυνση Νηπιαγωγών των Πανεπιστημίων της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής ή

β) Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στην ΕΑΕ ή στη σχολική ψυχολογία, με βασικές σπουδές στα παιδαγωγικά τμήματα ειδικής προσχολικής αγωγής ή παιδαγωγικά τμήματα ειδικής αγωγής με κατεύθυνση Νηπιαγωγών των Πανεπιστημίων της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής ή

γ) Πτυχίο διετούς μετεκπαιδύσεως στην ΕΑΕ των Διδασκαλείων της ημεδαπής ή αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής, με βασικές σπουδές στα παιδαγωγικά τμήματα ειδικής προσχολικής αγωγής ή παιδαγωγικά τμήματα ειδικής αγωγής με κατεύθυνση Νηπιαγωγών της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής ή

δ) Πτυχίο παιδαγωγικών τμημάτων των Πανεπιστημίων της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής με αντικείμενο την ειδική προσχολική αγωγή ή παιδαγωγικά τμήματα ειδικής αγωγής με κατεύθυνση Νηπιαγωγών παράλληλα με πιστοποιητικό παρακολούθησης ετήσιων σεμιναρίων κατάρτισης στην ΕΑΕ από Πανεπιστήμια ή από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αποδεδειγμένης διάρκειας τουλάχιστον τετρακοσίων (400) ωρών. Σεμινάρια ετήσιας διάρκειας στην ΕΑΕ, που έχουν υλοποιηθεί μέχρι την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, από Πανεπιστήμια ή από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αναγνωρίζονται για την ένταξη στον εισαγωγικό βαθμό, ως ισότιμα με τα ανωτέρω σεμινάρια των τετρακοσίων (400) ωρών ή

ε) Πτυχίο παιδαγωγικών τμημάτων των Πανεπιστημίων της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής με αντικείμενο την ειδική προσχολική αγωγή ή παιδαγωγικά τμήματα ειδικής αγωγής με κατεύθυνση Νηπιαγωγών.

Οι εκπαιδευτικοί του κλάδου ΠΕ 61 τοποθετούνται με διορισμό, μετάθεση ή απόσπαση σε Νηπιαγωγεία ΕΑΕ, σε τμήματα πρώιμης παρέμβασης, σε τμήματα ένταξης νηπιαγωγείων, σε προγράμματα παράλληλης στήριξης και παροχής διδασκαλίας στο σπίτι. Επίσης όταν συμπληρώσουν τριετή εκπαιδευτική προϋπηρεσία σε αυτά, μπορούν να τοποθετηθούν με μετάθεση ή απόσπαση σε θέσεις των ΚΕΔΔΥ.

1.2. Του κλάδου ΠΕ 71 (Δασκάλων ΕΑΕ):

α) Διδακτορικό δίπλωμα στην ΕΑΕ, με βασικές σπουδές σε Παιδαγωγικά Τμήματα Δημοτικής Εκπαίδευσης Ειδικής Αγωγής ή Τμήματα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής με κατεύθυνση την εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή Παιδαγωγικά Τμήματα Ειδικής Αγωγής με κατεύθυνση Δασκάλων, των Πανεπιστημίων της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής ή

β) Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στην ΕΑΕ ή στη σχολική ψυχολογία, με βασικές σπουδές σε Παιδαγωγικά Τμήματα Δημοτικής Εκπαίδευσης Ειδικής Αγωγής ή Τμήματα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής με κατεύθυνση την εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή Παιδαγωγικά Τμήματα Ειδικής Αγωγής με κατεύθυνση Δασκάλων, των Πανεπιστημίων της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής ή

γ) Πτυχίο διετούς μετεκπαιδύσεως στην ΕΑΕ των Διδασκαλείων της ημεδαπής ή αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής, με βασικές σπουδές σε Παιδαγωγικά Τμήματα Δημοτικής Εκπαίδευσης Ειδικής Αγωγής ή Τμήματα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής με κατεύθυνση την εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή Παιδαγωγικά Τμήματα Ειδικής Αγωγής με κατεύθυνση Δασκάλων, των Πανεπιστημίων της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής ή

δ) Πτυχίο Παιδαγωγικών Τμημάτων Δημοτικής Εκπαίδευσης Ειδικής Αγωγής ή Τμημάτων Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής με κατεύθυνση την εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή Παιδαγωγικά Τμήματα Ειδικής Αγωγής με κατεύθυνση Δασκάλων, των Πανεπιστημίων της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής παράλληλα με πιστοποιητικό παρακολούθησης ετήσιων σεμιναρίων κατάρτισης στην ΕΑΕ από Πανεπιστήμια ή από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αποδεδειγμένης διάρκειας τουλάχιστον τετρακοσίων (400) ωρών. Σεμινάρια ετήσιας διάρκειας στην ΕΑΕ, που έχουν υλοποιηθεί μέχρι την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, από Πανεπιστήμια ή από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αναγνωρίζονται, για την ένταξη στον εισαγωγικό βαθμό, ως ισότιμα με τα ανωτέρω σεμινάρια των τετρακοσίων (400) ωρών ή

ε) Πτυχίο Παιδαγωγικών Τμημάτων Δημοτικής Εκπαίδευσης Ειδικής Αγωγής ή Τμημάτων Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής με κατεύθυνση την εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή Παιδαγωγικά Τμήματα Ειδικής Αγωγής με κατεύθυνση Δασκάλων, των Πανεπιστημίων της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής.

Οι εκπαιδευτικοί του κλάδου ΠΕ 71 τοποθετούνται με διορισμό, μετάθεση ή απόσπαση σε δημοτικά σχολεία ΕΑΕ, σε τμήματα ένταξης των δημοτικών σχολείων, σε προγράμματα παράλληλης στήριξης, παροχής διδασκαλίας στο σπίτι και με απόσπαση καλύπτουν ανάγκες σε εργαστήρια ειδικής επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης (ΕΕΕΕΚ).

Επίσης όταν συμπληρώσουν τριετή εκπαιδευτική προϋπηρεσία σε αυτά, μπορούν να τοποθετηθούν με μετάθεση ή απόσπαση σε θέσεις των ΚΕΔΔΥ.

1.3. Του κλάδου ΠΕ 11.01 (Καθηγητών Φυσικής Αγωγής με ειδικότητα στην ΕΑΕ):

α) Διδακτορικό δίπλωμα στην ΕΑΕ ή στην ειδική φυσική αγωγή, με βασικές σπουδές στα ΤΕΦΑΑ των Πανεπιστημίων της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής ή

β) Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στην ΕΑΕ ή στην ειδική φυσική αγωγή, με βασικές σπουδές στα ΤΕΦΑΑ των Πανεπιστημίων της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής ή

γ) Πτυχίο ΤΕΦΑΑ των Πανεπιστημίων της ημεδαπής ή αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής με κύρια ειδικότητα την «ΕΑΕ» ή την «Ειδική Φυσική Αγωγή» ή την «Ειδική Φυσική Αγωγή – Θεραπευτική Γυμναστική» ή την «Προσαρμοσμένη Φυσική Αγωγή» ή την «Προσαρμοσμένη Κινητική Αγωγή» ή την «Άσκηση σε χρόνιες παθήσεις και Αναπηρία», παράλληλα με πιστοποιητικό παρακολούθησης ετήσιων σεμιναρίων κατάρτισης στην ΕΑΕ από Πανεπιστήμια ή από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αποδεδειγμένης διάρκειας τουλάχιστον τετρακοσίων (400) ωρών. Σεμινάρια ετήσιας διάρκειας στην ΕΑΕ, που έχουν υλοποιηθεί μέχρι την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, από Πανεπιστήμια ή από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αναγνωρίζονται, για την ένταξη στον εισαγωγικό βαθμό, ως ισότιμα με τα ανωτέρω σεμινάρια τετρακοσίων (400) ωρών ή

δ) Πτυχίο ΤΕΦΑΑ των Πανεπιστημίων της ημεδαπής ή αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής με κύρια ειδικότητα την «ΕΑΕ» ή την «Ειδική Φυσική Αγωγή» ή την «Ειδική Φυσική Αγωγή - Θεραπευτική Γυμναστική» ή την «Προσαρμοσμένη Φυσική Αγωγή» ή την «Προσαρμοσμένη Κινητική Αγωγή» ή την «Άσκηση σε χρόνιες παθήσεις και Αναπηρία».

Οι εκπαιδευτικοί του κλάδου ΠΕ 11.01 τοποθετούνται με διορισμό, μετάθεση ή απόσπαση σε αυτοτελείς ΣΜΕΑΕ προσχολικής, πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, σε προγράμματα παράλληλης στήριξης κατά τη διάρκεια του μαθήματος της φυσικής αγωγής κατόπιν γνωμάτευσης του οικείου ΚΕΔΔΥ και όχι πάνω από δύο (2) ώρες για κάθε μαθητή την εβδομάδα, σε προγράμματα παροχής διδασκαλίας στο σπίτι κατ' εξαίρεση κατόπιν γνωμάτευσης του οικείου ΚΕΔΔΥ και όχι πάνω από δύο (2) ώρες σε κάθε μαθητή την εβδομάδα και με απόσπαση καλύπτουν ανάγκες σε εργαστήρια ειδικής επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης (ΕΕΕΕΚ). Επίσης όταν συμπληρώσουν τριετή εκπαιδευτική προ-υπηρεσία, μπορούν να τοποθετηθούν με μετάθεση ή απόσπαση σε θέσεις των ΚΕΔΔΥ, για την παροχή αποκλειστικά υποστηρικτικού έργου στο μαθητικό πληθυσμό της αρμοδιότητας του ΚΕΔΔΥ.

1.4. Των κλάδων ΠΕ (Καθηγητών Δευτεροβάθμιας ΕΑΕ) όλων των ειδικοτήτων, με τον ισχύοντα κωδικό τους και προέκταση « .50»:

α) Διδακτορικό δίπλωμα στην ΕΑΕ, με βασικές σπουδές σε Πανεπιστήμια της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής ή

β) Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στην ΕΑΕ ή στη σχολική ψυχολογία, με βασικές σπουδές σε Πανεπιστήμια της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής ή

γ) Πτυχίο διετούς μετεκπαιδύσεως στην ΕΑΕ των Διδασκαλείων της ημεδαπής ή αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής, με βασικές σπουδές σε Πανεπιστήμια της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής ή

δ) Πτυχίο από Πανεπιστήμια της ημεδαπής ή αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής με τουλάχιστον τριετή αποδεδειγμένη προϋπηρεσία στην ΕΑΕ παράλληλα με πιστοποιητικό παρακολούθησης ετήσιων σεμιναρίων κατάρτισης στην ΕΑΕ από Πανεπιστήμια ή από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αποδεδειγμένης διάρκειας τουλάχιστον τετρακοσίων (400) ωρών. Σεμινάρια ετήσιας διάρκειας στην ΕΑΕ, που έχουν υλοποιηθεί μέχρι την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, από Πανεπιστήμια ή από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αναγνωρίζονται, για την ένταξη στον εισαγωγικό βαθμό, ως ισότιμα με τα ανωτέρω σεμινάρια τετρακοσίων (400) ωρών ή

ε) Πτυχίο από Πανεπιστήμια της ημεδαπής ή αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής με τουλάχιστον τριετή αποδεδειγμένη προϋπηρεσία στην ΕΑΕ.

Οι εκπαιδευτικοί των κλάδων ΠΕ (Καθηγητών Δευτεροβάθμιας ΕΑΕ) όλων των ειδικοτήτων, με τον ισχύοντα κωδικό τους και προέκταση «.50», τοποθετούνται με διορισμό, μετάθεση ή απόσπαση σε αυτοτελείς ΣΜΕΑΕ, σε τμήματα ένταξης της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, στα εργαστήρια ειδικής επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης (ΕΕΕΕΚ), σε προγράμματα παράλληλης στήριξης και παροχής διδασκαλίας στο σπίτι. Επίσης όταν συμπληρώσουν τριετή εκπαιδευτική προϋπηρεσία, μπορούν να τοποθετηθούν με μετάθεση ή απόσπαση σε θέσεις των ΚΕΔΔΥ.

2. Τα τυπικά προσόντα διορισμού στον εισαγωγικό βαθμό των συνιστώμενων κλάδων του ΕΕΠ του προηγούμενου άρθρου ορίζονται ως εξής:

2.1. Του κλάδου ΠΕ 35 (Παιδιάτρων με εξειδίκευση στην παιδονευρολογία ή Νευρολόγων με εξειδίκευση στην παιδονευρολογία):

α) Πτυχίο από Πανεπιστήμια της ημεδαπής ή αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής στις ανωτέρω αναφερόμενες ειδικότητες και άδεια ασκήσεως επαγγέλματος.

Το προσωπικό του κλάδου ΠΕ 35 μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του εφόσον είναι απαραίτητο λόγω γεωγραφικής κατανομής και διασποράς μαθητικού πληθυσμού, σε περισσότερες από μία ΣΜΕΑΕ ή και ΚΕΔΔΥ. Το προσωπικό του κλάδου ΠΕ 35 προσλαμβάνεται από τις αρμόδιες Περιφερειακές Διευθύνσεις Εκπαίδευσης με σύμβαση έργου ιδιωτικού δικαίου. Η τοποθέτηση και κατανομή τους γίνεται από τους Περιφερειακούς Διευθυντές Εκπαίδευσης σε συνεργασία με τους κατά τόπους Διευθυντές Εκπαίδευσης, με τους κατά τόπους Σχολικούς Συμβούλους ΕΑΕ και με τους Συμβούλους ΕΕΠ. Έργο τους είναι η διάγνωση, η θεραπευτική παρέμβαση, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, η παραπομπή παιδιών σε νοσηλευτικές μονάδες, η ενημέρωση των γονέων, η συνεργασία μαζί τους και η σύνταξη σχετικών εκθέσεων, για κάθε μαθητή που παρακολουθείται, τουλάχιστον μία φορά το χρόνο.

2.2. Του κλάδου ΠΕ 36 (Μουσικοθεραπευτών):

α) Διδακτορικό δίπλωμα στη μουσικοθεραπεία, με πτυχίο μουσικοθεραπείας ή ΕΑΕ ή μουσικής ή πτυχίο Τμήματος Παιδαγωγικών, Φιλοσοφικών, Ιατρικών, Κοινωνικών, Νομικών ή άλλων συναφών επιστημών, από Πανεπιστήμια της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής ή με δίπλωμα ωδείου αναγνωρισμένου από το κράτος με την προϋπόθεση ότι η εγγραφή στο ωδείο έγινε πριν από την έναρξη λειτουργίας των Πανεπιστημιακών τμημάτων μουσικών σπουδών στην Ελλάδα κατά το ακαδημαϊκό έτος 1985 - 1986 ή

β) Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στη μουσικοθεραπεία, με πτυχίο μουσικοθεραπείας ή ΕΑΕ ή πτυχίο Τμήματος Παιδαγωγικών, Φιλοσοφικών, Ιατρικών, Κοινωνικών, Νομικών ή

άλλων συναφών επιστημών, από Πανεπιστήμια της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής ή με δίπλωμα ωδείου αναγνωρισμένου από το κράτος με την προϋπόθεση ότι η εγγραφή στο ωδείο έγινε πριν από την έναρξη λειτουργίας των Πανεπιστημιακών τμημάτων μουσικών σπουδών στην Ελλάδα κατά το ακαδημαϊκό έτος 1985 - 1986 ή

γ) Πτυχίο διετούς μετεκπαιδύσεως στη μουσικοθεραπεία Πανεπιστημίων της ημεδαπής ή αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής, με πτυχίο μουσικοθεραπείας ή ΕΑΕ ή μουσικής ή πτυχίο Τμήματος Παιδαγωγικών, Φιλοσοφικών, Ιατρικών, Κοινωνικών, Νομικών ή άλλων συναφών επιστημών, από Πανεπιστήμια της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής ή με δίπλωμα ωδείου αναγνωρισμένου από το κράτος με την προϋπόθεση ότι η εγγραφή στο ωδείο έγινε πριν από την έναρξη λειτουργίας των Πανεπιστημιακών τμημάτων μουσικών σπουδών στην Ελλάδα κατά το ακαδημαϊκό έτος 1985 - 1986 ή

δ) Πτυχίο μουσικοθεραπείας ή ΕΑΕ ή μουσικής ή πτυχίο Τμήματος Παιδαγωγικών, Φιλοσοφικών, Ιατρικών, Κοινωνικών, Νομικών ή άλλων συναφών επιστημών, από Πανεπιστήμια της ημεδαπής ή αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής παράλληλα με πιστοποιητικό παρακολούθησης ετήσιων σεμιναρίων κατάρτισης στη μουσικοθεραπεία από Πανεπιστήμια ή από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αποδεδειγμένης διάρκειας τουλάχιστον τετρακοσίων (400) ωρών. Σεμινάρια ετήσιας διάρκειας στη μουσικοθεραπεία, που έχουν υλοποιηθεί μέχρι την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, από Πανεπιστήμια ή από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αναγνωρίζονται, για την ένταξη στον εισαγωγικό βαθμό, ως ισότιμα με τα ανωτέρω σεμινάρια τετρακοσίων (400) ωρών ή

ε) Πτυχίο από Πανεπιστήμια της ημεδαπής ή αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής στη μουσικοθεραπεία ή

στ) Με δίπλωμα ωδείου αναγνωρισμένου από το κράτος με την προϋπόθεση ότι η εγγραφή στο ωδείο έγινε πριν από την έναρξη λειτουργίας των Πανεπιστημιακών τμημάτων μουσικών σπουδών στην Ελλάδα κατά το ακαδημαϊκό έτος 1985 - 1986.

Το ΕΕΠ του κλάδου ΠΕ 36 τοποθετείται με διορισμό, μετάθεση ή απόσπαση σε αντίστοιχες με την ειδικότητά του θέσεις σε αυτοτελείς ΣΜΕΑΕ της προσχολικής, πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Επίσης όταν συμπληρώσουν τριετή εκπαιδευτική προϋπηρεσία, μπορούν να τοποθετηθούν με μετάθεση ή απόσπαση σε θέσεις των ΚΕΔΔΥ, για την παροχή αποκλειστικά υποστηρικτικού έργου στο μαθητικό πληθυσμό της αρμοδιότητας του ΚΕΔΔΥ.

3. Τα τυπικά προσόντα διορισμού στον εισαγωγικό βαθμό του συνιστώμενου κλάδου ΠΕ 72 (Εκπαιδευτικών Ενηλίκων) του προηγούμενου άρθρου ορίζονται ως εξής:

α) Διδακτορικό δίπλωμα στην ΕΑΕ, με πτυχίο Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής με κατεύθυνση «Συνεχής Εκπαίδευση» ή με πτυχίο Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής με κατεύθυνση «Εκπαιδευτική Πολιτική», Πανεπιστημιακών Τμημάτων της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής ή

β) Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στην ΕΑΕ, με πτυχίο Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής με κατεύθυνση «Συνεχής Εκπαίδευση» ή με πτυχίο Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής με κατεύθυνση «Εκπαιδευτική Πολιτική», Πανεπιστημιακών Τμημάτων της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής ή

γ) Πτυχίο Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής με κατεύθυνση «Συνεχής Εκπαίδευση» ή με πτυχίο Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής με κατεύθυνση «Εκπαιδευτική

Πολιτική», Πανεπιστημιακών Τμημάτων της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής παράλληλα με πιστοποιητικό παρακολούθησης ετήσιων σεμιναρίων κατάρτισης στην ΕΑΕ από Πανεπιστήμια ή από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αποδεδειγμένης διάρκειας τουλάχιστον τετρακοσίων (400) ωρών. Σεμινάρια ετήσιας διάρκειας στην ΕΑΕ, που έχουν υλοποιηθεί μέχρι την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, από Πανεπιστήμια ή από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αναγνωρίζονται, για την ένταξη στον εισαγωγικό βαθμό, ως ισότιμα με τα ανωτέρω σεμινάρια τετρακοσίων (400) ωρών ή

δ) Πτυχίο Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής με κατεύθυνση «Συνεχής Εκπαίδευση» ή πτυχίο Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής με κατεύθυνση «Εκπαιδευτική Πολιτική», Πανεπιστημιακών Τμημάτων της ημεδαπής ή με αναγνωρισμένο ως αντίστοιχο και ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής.

Οι εκπαιδευτικοί του κλάδου ΠΕ 72 τοποθετούνται με διορισμό, μετάθεση ή απόσπαση στα ΕΕΕΕΚ και απασχολούνται στην υλοποίηση προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης ενηλίκων πολιτών με ή χωρίς αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, που σχεδιάζονται και εκπονούνται από τη Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης ή από οποιονδήποτε άλλον επίσημο κρατικό φορέα έχει την ευθύνη σχεδιασμού και εκπόνησης ανάλωγων προγραμμάτων.

Άρθρο 21

Διορισμοί εκπαιδευτικών ΕΑΕ Υπηρεσιακές μεταβολές

1. Σε κενές οργανικές θέσεις εκπαιδευτικών ΕΑΕ μπορεί να μετατίθενται κατά σειρά εκπαιδευτικοί που ανήκουν οργανικά σε σχολικές μονάδες της γενικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης, οι οποίοι:

- α) είναι κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος στην ΕΑΕ,
- β) είναι κάτοχοι τίτλου μεταπτυχιακών σπουδών στην ΕΑΕ,
- γ) είναι κάτοχοι τίτλου διετούς μετεκπαίδευσης στην ΕΑΕ στα Διδακταλεία της ημεδαπής ή ισότιμου και αντίστοιχου τίτλου της αλλοδαπής,
- δ) είναι κάτοχοι πτυχίου Παιδαγωγικού Τμήματος ΕΑΕ ή Τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής με κατεύθυνση την εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία,
- ε) είναι εκπαιδευτικοί με μόνιμη αναπηρία τουλάχιστον εξήντα επτά τοις εκατό (67%),
- στ) είναι εκπαιδευτικοί γονείς παιδιών με αναπηρία εξήντα επτά τοις εκατό (67%) και άνω, ύστερα από σχετική πιστοποίηση των αρμόδιων διαγνωστικών υπηρεσιών,
- ζ) είναι κάτοχοι πιστοποιητικού ότι παρακολούθησαν επιτυχώς σεμινάριο ετήσιας επιμόρφωσης - εξειδίκευσης στην ΕΑΕ από Πανεπιστήμια ή από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αποδεδειγμένης διάρκειας τουλάχιστον τετρακοσίων (400) ωρών και έχουν προϋπηρεσία τριών διδακτικών ετών σε δομές ΕΑΕ και στα ΚΕΔΔΥ. Σεμινάρια ετήσιας διάρκειας στην ΕΑΕ, που έχουν υλοποιηθεί μέχρι την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, από Πανεπιστήμια ή από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αναγνωρίζονται, για την ένταξη στον εισαγωγικό βαθμό, ως ισότιμα με τα ανωτέρω σεμινάρια τετρακοσίων (400) ωρών,
- η) διαθέτουν αποδεδειγμένη προϋπηρεσία τριών διδακτικών ετών σε δομές ΕΑΕ.

Οι εκπαιδευτικοί της παρούσας παραγράφου οι οποίοι εκτός των προσόντων α) έως η) διαθέτουν επιπλέον εξειδίκευση στην ελληνική νοηματική γλώσσα των κωφών και στη γραφή

Braille των τυφλών που πιστοποιείται με βάση την παράγραφο 3 του άρθρου 7 του παρόντος νόμου, μετατίθενται κατά προτεραιότητα σε σχολικές μονάδες τυφλών και κωφών.

Κατά την προσωρινή ή οριστική τοποθέτηση σε κενές οργανικές θέσεις μόνιμου εκπαιδευτικού προσωπικού των ΣΜΕΑΕ, προηγούνται εκπαιδευτικοί που είναι άτομα με μόνιμη αναπηρία τουλάχιστον εξήντα επτά τοις εκατό (67%) σε αντίστοιχες σχολικές μονάδες και σε ποσοστό που δεν υπερβαίνει το είκοσι τοις εκατό (20%) των υπηρετούντων εκπαιδευτικών σε αυτές. Η τοποθέτηση των εκπαιδευτικών από μετάθεση σε κενές οργανικές θέσεις γίνεται σύμφωνα με το σύνολο των μορίων τους και εφόσον αυτοί πληρούν τις προϋποθέσεις ικανότητας όπως αυτές προβλέπονται κατωτέρω στην περίπτωση β' της παραγράφου 1 του άρθρου 23 του παρόντος νόμου.

2. Στις απομένουσες μετά τις μεταθέσεις κενές οργανικές θέσεις διορίζονται κατά σειρά:

α) οι περιλαμβανόμενοι στους πίνακες επιτυχόντων διαγωνισμού κλάδων εκπαιδευτικών ΕΑΕ του παρόντος νόμου, ο οποίος διαγωνισμός διεξάγεται από τον ΑΣΕΠ, κατά σειρά επιτυχίας των εχόντων τα ειδικά τυπικά προσόντα των κλάδων εκπαιδευτικών ΕΑΕ ΠΕ 61, ΠΕ 71, ΠΕ 72, ΠΕ11.01 και όλων των κλάδων ΠΕ (Καθηγητών Δευτεροβάθμιας ΕΑΕ) όλων των ειδικοτήτων, με τον ισχύοντα κωδικό τους και προέκταση «.50»,

β) οι περιλαμβανόμενοι στους πίνακες των αναπληρωτών εκπαιδευτικών ΕΑΕ, κατά τα ισχύοντα για τη λοιπή εκπαίδευση ποσοστά διορισμού από κάθε κατηγορία.

3. Όταν δεν καλύπτονται τα κενά με μετάθεση ή διορισμό, αποσπώνται κατά προτεραιότητα εκπαιδευτικοί των περιπτώσεων α) έως η) της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου και ακολουθούν εκπαιδευτικοί με προϋπηρεσία σε ΣΜΕΑΕ ή ΚΕΔΔΥ τουλάχιστον ενός διδακτικού έτους. Οι εκπαιδευτικοί της παρούσας παραγράφου, οι οποίοι εκτός των προσόντων α) έως η) διαθέτουν επιπλέον εξειδίκευση στην ελληνική νοηματική γλώσσα των κωφών και στη γραφή Braille των τυφλών που πιστοποιείται με βάση την παράγραφο 3 του άρθρου 7 του παρόντος νόμου, αποσπώνται κατά προτεραιότητα σε σχολικές μονάδες τυφλών και κωφών.

Άρθρο 22

Αναπληρωτές εκπαιδευτικοί ΕΑΕ

1. Εφόσον υπάρχουν ανάγκες που δεν καλύπτονται με μετάθεση, διορισμό, απόσπαση ή συμπλήρωση ωραρίου, προσλαμβάνονται κατά σειρά αναπληρωτές ή ωρομίσθιοι εκπαιδευτικοί ΕΑΕ, οι οποίοι διαθέτουν:

α) Τα προσόντα τοποθέτησης σε ΣΜΕΑΕ, με μετάθεση ή διορισμό.

β) Έχουν παρακολουθήσει ετήσιο σεμινάριο επιμόρφωσης στην ΕΑΕ από Πανεπιστήμια ή από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αποδεδειγμένης διάρκειας τουλάχιστον τετρακοσίων (400) ωρών. Σεμινάρια ετήσιας διάρκειας στην ΕΑΕ, που έχουν υλοποιηθεί μέχρι την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, από Πανεπιστήμια ή από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αναγνωρίζονται, για την ένταξη στον εισαγωγικό βαθμό, ως ισότιμα με τα ανωτέρω σεμινάρια τετρακοσίων (400) ωρών.

γ) Έχουν μόνιμη αναπηρία σε ποσοστό τουλάχιστον εξήντα επτά τοις εκατό (67%) και εφόσον αυτή δεν οφείλεται σε θέματα ψυχικής υγείας. Διαπιστώνεται από πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια υγειονομική επιτροπή, η οποία επιβεβαιώνει ότι κρίνονται ικανοί για την εκτέλεση των καθηκόντων τους ως εκπαιδευτικοί.

δ) Έχουν προϋπηρεσία μεγαλύτερη του ενός διδακτικού έτους, η οποία αποκτήθηκε από πρόσληψη στην ΕΑΕ μέσω του ενιαίου πίνακα αναπληρωτών γενικής εκπαίδευσης, ε-

φόσον δεν καλύπτονται οι θέσεις με εκπαιδευτικούς με τα προσόντα α) έως γ). Αυτοί κατατάσσονται τελευταίοι στον ενιαίο πίνακα αναπληρωτών εκπαιδευτικών ΕΑΕ.

Σε περίπτωση εξάντλησης των πινάκων και εφόσον εξακολουθούν να υπάρχουν κενές θέσεις, αυτές καλύπτονται από τον ενιαίο πίνακα αναπληρωτών γενικής εκπαίδευσης.

2. Για την πρόσληψη αναπληρωτών ή ωρομισθίων εκπαιδευτικών ΕΑΕ συντάσσονται δυο πίνακες υποψήφιων εκπαιδευτικών ΕΑΕ στην Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Ο πίνακας Α' με υποψήφιους αναπληρωτές εκπαιδευτικούς με αναπηρία τουλάχιστον εξήντα επτά τοις εκατό (67%), στον οποίο προηγούνται όσοι έχουν επιπλέον τυπικά προσόντα τοποθέτησης στην ΕΑΕ και ο Πίνακας Β' με τους εκπαιδευτικούς που έχουν τα τυπικά προσόντα τοποθέτησης σε ΣΜΕΑΕ. Από τον Πίνακα Α' προσλαμβάνεται ποσοστό είκοσι τοις εκατό (20%) επί του συνόλου των προσλήψεων από κάθε κλάδο και η τοποθέτησή τους γίνεται κατά το δυνατόν, σε αντίστοιχες με την αναπηρία σχολικές μονάδες σε ποσοστό που δεν υπερβαίνει το είκοσι τοις εκατό (20%) των υπηρετούντων εκπαιδευτικών σε αυτές.

3. Εφόσον οι ανάγκες των ΣΜΕΑΕ, των ΤΕ, των προγραμμάτων παράλληλης στήριξης και διδασκαλίας στο σπίτι και των ΚΕΔΔΥ δεν δικαιολογούν πρόσληψη με πλήρες ωράριο, προσλαμβάνονται ωρομίσθιοι που έχουν τα προσόντα διορισμού, με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου και με ανώτατο όριο ωρών το ήμισυ του υποχρεωτικού ωραρίου των νεοδιοριστών του κλάδου τους. Οι αποδοχές που καταβάλλονται στους προσλαμβανόμενους της παραγράφου αυτής υπολογίζονται με το γινόμενο των μηνιαίων αποδοχών του εισαγωγικού κλιμακίου με το κλάσμα που έχει αριθμητή τις δεδουλευμένες ώρες και παρονομαστή τις ώρες του πρωτοδιοριστού του κλάδου τους. Η προϋπηρεσία αυτών υπολογίζεται με την αναγωγή του συνόλου των δεδουλευμένων ωρών σε έτη, μήνες, ημέρες.

Άρθρο 23

Διορισμοί ΕΕΠ και ΕΒΠ Υπηρεσιακές μεταβολές ΕΠ, ΕΕΠ και ΕΒΠ

1. Οι διορισμοί του ΕΕΠ και του ΕΒΠ στις ΣΜΕΑΕ και τα ΚΕΔΔΥ γίνονται στις απομένουσες μετά τις μεταθέσεις κενές οργανικές θέσεις ύστερα από προκήρυξη του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Η επιλογή των διοριστέων γίνεται από το ΥΣΕΕΠ του άρθρου 24 παράγραφος 3 του παρόντος νόμου, το οποίο καταρτίζει πίνακες που επικυρώνονται από τον Υπουργό και έχουν ισχύ για δύο χρόνια από την κύρωση και του τελευταίου πίνακα και το ΕΕΠ του κλάδου ΠΕ35 μπορεί να προσλαμβάνεται και με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου. Οι διοριζόμενοι τοποθετούνται σε κενές οργανικές θέσεις ΣΜΕΑΕ ή ΚΕΔΔΥ, ύστερα από πρόταση του ΥΣΕΕΠ και απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Κατά τους διορισμούς του ΕΕΠ της παρούσας παραγράφου προηγούνται άτομα με μόνιμη αναπηρία τουλάχιστον εξήντα επτά τοις εκατό (67%) η οποία δεν οφείλεται σε θέματα ψυχικής υγείας, εφόσον έχουν τα προβλεπόμενα προσόντα διορισμού και μέχρι ποσοστού είκοσι τοις εκατό (20%) επί του αριθμού των διοριζομένων από κάθε ειδικότητα.

2. Οι μεταθέσεις των μελών του ΕΕΠ και του ΕΒΠ γίνονται με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ύστερα από πρόταση του ΥΣΕΕΠ, σε κενές οργανικές θέσεις.

3. Κενές οργανικές θέσεις μετά τις μεταθέσεις, τις αποσπάσεις και τους διορισμούς δύνανται να καλυφθούν με μετατάξεις σύμφωνα με τα οριζόμενα στα άρθρα 69, 71, 72, 73 και 74 του Υπαλληλικού Κώδικα (ν. 3528/2007, ΦΕΚ 26 Α'), όπως εκάστοτε ισχύει.

4. Αν δεν είναι δυνατή η πλήρωση των θέσεων ΕΕΠ στις ΣΜΕΑΕ και τα ΚΕΔΔΥ με μετάθεση, διορισμό, απόσπαση ή συμπλήρωση ωραρίου, καθώς και στις περιπτώσεις μακράς απουσίας μελών του ΕΕΠ ή για την κάλυψη εξαιρετικών λειτουργικών αναγκών, προσ-

λαμβάνονται στις θέσεις αυτές αναπληρωτές που έχουν τα προσόντα διορισμού του κλάδου τους, με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου για ένα διδακτικό έτος. Η πρόσληψή τους γίνεται με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων από τους ενιαίους πίνακες που συντάσσονται, κάθε χρόνο, για το σκοπό αυτόν στην Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Μέχρι τη σύνταξη των ενιαίων πινάκων ΕΕΠ από την Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, η πρόσληψή τους γίνεται με βάση τις κείμενες διατάξεις. Οι προσλαμβανόμενοι λαμβάνουν τις συνολικές αποδοχές του εισαγωγικού κλιμακίου του κλάδου τους. Στις θέσεις αυτές και εφόσον οι ανάγκες των ΣΜΕΑΕ και των ΚΕΔΔΥ δεν δικαιολογούν πρόσληψη με πλήρες ωράριο, προσλαμβάνονται ωρομίσθιοι που έχουν τα προσόντα διορισμού, με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου και με ανώτατο όριο ωρών το ήμισυ του υποχρεωτικού ωραρίου των νεοδιόριστων του κλάδου τους. Οι αποδοχές που καταβάλλονται στους προσλαμβανόμενους της παραγράφου αυτής υπολογίζονται με το γινόμενο των μηνιαίων αποδοχών του εισαγωγικού κλιμακίου με το κλάσμα που έχει αριθμητή τις δεδουλευμένες ώρες και παρονομαστή τις ώρες του πρωτοδιόριστου του κλάδου τους. Η προϋπηρεσία αυτών υπολογίζεται με την αναγωγή του συνόλου των δεδουλευμένων ωρών σε έτη, μήνες, ημέρες.

5. Η προϋπηρεσία των εκπαιδευτικών ΕΑΕ και του ΕΕΠ σε ΣΜΕΑΕ όλων των βαθμίδων, σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ή επαγγελματικά εργαστήρια ή εργαστήρια αυτόνομης διαβίωσης στο Ινστιτούτο Αναπτυξιακής Αποκατάστασης (πρώην Ψυχολογικό Κέντρο Βορείου Ελλάδος) και στο κέντρο Ψυχικής Υγιεινής ή στον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας, αναγνωρίζεται ως δημόσια εκπαιδευτική υπηρεσία, μετά το διορισμό τους σε θέσεις μόνιμου εκπαιδευτικού ή ΕΕΠ των Υπουργείων Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Προϋπηρεσία με μειωμένο ωράριο αναγνωρίζεται με αναγωγή στο υποχρεωτικό ωράριο διδασκαλίας ή απασχόλησης κατά περίπτωση. Αρμόδια υπηρεσιακά συμβούλια για την αναγνώριση των προϋπηρεσιών του ΕΕΠ και ΕΒΠ, οι οποίες δεν εμπίπτουν στην περίπτωση α' της παραγράφου 1 του άρθρου 15 του ν. 3205/2003, είναι τα ΠΥΣΕΕΠ. Οι υπάλληλοι, των οποίων οι προϋπηρεσίες θα αναγνωριστούν με την παρούσα διάταξη, δεν δικαιούνται την καταβολή αναδρομικών από της κατατάξεώς τους στο νέο μισθολογικό κλίμακιο.

6. Στις περιπτώσεις που εκπαιδευτικοί ΕΑΕ ή μέλη του ΕΕΠ ή του ΕΒΠ κρίνονται υπεράριθμοι ή άνευ αντικειμένου στις οργανικές τους θέσεις στις ΣΜΕΑΕ, με πράξη του Ανώτερου Περιφερειακού Υπηρεσιακού Συμβουλίου Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΑΠΥΣΠΕ), του Ανώτερου Περιφερειακού Υπηρεσιακού Συμβουλίου Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΑΠΥΣΔΕ) ή ΠΥΣΕΕΠ αντίστοιχα, έπειτα από εισήγηση του διευθυντή του σχολείου και των σχολικών συμβούλων ΕΑΕ και των συμβούλων ΕΕΠ, ο Περιφερειακός Διευθυντής Εκπαίδευσης αποφασίζει τη διάθεση των υπεράριθμων προσωρινά, σε άλλη ΣΜΕΑΕ, όπου διαπιστώνεται ανάγκη. Κατά τον ίδιο τρόπο μπορεί να αναθέτει στους υπεράριθμους συμπλήρωση του ωραρίου τους σε άλλη ΣΜΕΑΕ, σε ΚΕΔΔΥ, ή με παροχή στήριξης γονιών ή μαθητών σχολείων της γενικής εκπαίδευσης, όταν με αιτιολογημένη εισήγηση κριθεί ότι οι περιπτώσεις των μαθητών του σχολείου στα οποία υπηρετούν δεν δικαιολογούν την πλήρη απασχόλησή τους.

7. Οι αιτήσεις μετάθεσης υποβάλλονται από τα μέλη του ΕΕΠ και ΕΒΠ μέσα στο μήνα Νοέμβριο κάθε έτους.

8. Το ΥΣΕΕΠ, στο οποίο διαβιβάζονται οι αιτήσεις για μετάθεση, συνεδριάζει μέχρι 15 Μαρτίου και αφού λάβει υπόψη τις κενές οργανικές θέσεις, τις μονάδες μετάθεσης σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του π.δ. 56/2001 (ΦΕΚ 47 Α') και τη σειρά προτίμησης των ενδιαφερομένων, εισηγείται για τις μεταθέσεις του ΕΕΠ και ΕΒΠ, με προτεραιότη-

τα όσων υπάγονται στις ειδικές κατηγορίες και των υπολοίπων, με βάση το σύνολο των μονάδων μετάθεσης που συγκεντρώνουν και τη σειρά προτίμησης των κενών θέσεων που έχουν δηλώσει στον ενιαίο πίνακα προτιμήσεων.

Άρθρο 24

Υπηρεσιακά Συμβούλια

1. Αρμόδια υπηρεσιακά συμβούλια, τα οποία εξετάζουν και προτείνουν όλες τις υπηρεσιακές μεταβολές των αντίστοιχων κλάδων των υπαλλήλων είναι τα ακόλουθα:

α) για τους εκπαιδευτικούς που υπηρετούν στις ΣΜΕ-ΑΕ και τα ΚΕΔΔΥ, αρμόδια είναι τα οικεία ΠΥΣΠΕ και ΠΥΣΔΕ,

β) για το ΕΕΠ και το ΕΒΠ των ΣΜΕΑΕ και των ΚΕΔΔΥ, αρμόδιο υπηρεσιακό συμβούλιο είναι το ΠΥΣΕΕΠ,

γ) για το ΔΠ αρμόδιο υπηρεσιακό συμβούλιο είναι το Περιφερειακό Υπηρεσιακό Συμβούλιο Διοικητικού Προσωπικού (ΠΥΣΔΙΠ).

2. Για τις μεταθέσεις, μετατάξεις και αποσπάσεις υπαλλήλων που δεν εμπίπτουν στις αρμοδιότητες των περιφερειακών συμβουλίων, αρμόδια είναι κατά περίπτωση το Κεντρικό Υπηρεσιακό Συμβούλιο Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΚΥΣΠΕ), το Κεντρικό Υπηρεσιακό Συμβούλιο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΚΥΣΔΕ) και το ΥΣΕΕΠ.

3. Με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων συγκροτείται το ΥΣΕΕΠ στην Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, το οποίο αποτελείται:

α) από τον πρόεδρο του ΚΥΣΠΕ, αναπληρούμενο από τον Αντιπρόεδρο του ίδιου Συμβουλίου,

β) από τον πρόεδρο του ΚΥΣΔΕ, αναπληρούμενο από τον Αντιπρόεδρο του ίδιου Συμβουλίου,

γ) από έναν προϊστάμενο γραφείου πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή σύμβουλο ΕΕΠ, αναπληρούμενο από άλλον προϊστάμενο γραφείου πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή σύμβουλο ΕΕΠ,

δ) από δύο αιρετά μέλη του ΕΕΠ, αναπληρούμενα από αναπληρωματικά αιρετά μέλη ΕΕΠ,

ε) από τον Προϊστάμενο της Διεύθυνσης ΕΑΕ του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων ως εισηγητή.

Με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων ορίζεται ως πρόεδρος του ΥΣΕΕΠ ένας από τους προέδρους των ΚΥΣΠΕ ή ΚΥΣΔΕ και γραμματέας ένας διοικητικός υπάλληλος με βαθμό Α' της Διεύθυνσης ΕΑΕ του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

Για τους μόνιμους διορισμούς ΕΕΠ και ΕΒΠ, καθώς και για την επιλογή προϊσταμένων με θητεία των ΚΕΔΔΥ, το ΥΣΕΕΠ συνεδριάζει υπό την προεδρία του Προέδρου του Τμήματος ΕΑΕ του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, ο οποίος αναπληρώνεται από Σύμβουλο ή Μόνιμο Πάρεδρο του τμήματος ΕΑΕ του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, τη συμμετοχή ενός σχολικού συμβούλου ΕΑΕ με τον αναπληρωτή του, ενός συμβούλου ΕΕΠ με τον αναπληρωτή του και τον Προϊστάμενο της Διεύθυνσης ΕΑΕ του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται στην απόφαση συγκρότησης.

4. Στις περιφερειακές διευθύνσεις εκπαίδευσης συγκροτείται το Περιφερειακό Υπηρεσιακό Συμβούλιο Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού (ΠΥΣΕΕΠ), το οποίο είναι πενταμελές και αποτελείται από:

α) έναν (1) Διευθυντή Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, αναπληρούμενο από άλλον Διευθυντή ή Προϊστάμενο Γραφείου Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης,

β) έναν (1) Διευθυντή Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, αναπληρούμενο από άλλον Διευθυντή ή Προϊστάμενο Γραφείου Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης,

γ) έναν (1) Σύμβουλο ΕΕΠ, αναπληρούμενο από μέλος ΕΕΠ των ΚΕΔΔΥ,

δ) δύο (2) αιρετά μέλη του ΕΕΠ, αναπληρούμενα από αναπληρωματικά αιρετά μέλη ΕΕΠ. Όταν εξετάζονται θέματα που αφορούν το ΕΒΠ, στις συνεδριάσεις συμμετέχει και ένας εκπρόσωπος του κλάδου τους που ορίζεται με την απόφαση συγκρότησης.

Ως πρόεδρος του ΠΥΣΕΕΠ ορίζεται με απόφαση του περιφερειακού διευθυντή εκπαίδευσης ένας από τους διευθυντές πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Γραμματέας και αναπληρωτής αυτού ορίζονται διοικητικοί υπάλληλοι, οι οποίοι υπηρετούν στην περιφερειακή διεύθυνση εκπαίδευσης. Τα θέματα στο ΠΥΣΕΕΠ εισηγείται ο Πρόεδρος ή μέλος που ορίζεται από τον Πρόεδρο.

Άρθρο 25

Μετεκπαίδευση - Επιμόρφωση

1. Οι εκπαιδευτικοί που διδάσκουν σε ΣΜΕΑΕ, στα ΤΕ και στα προγράμματα παράλληλης στήριξης και διδασκαλίας στο σπίτι, παρακολουθούν επιμορφωτικά προγράμματα που καταρτίζονται και πραγματοποιούνται στα Περιφερειακά Επιμορφωτικά Κέντρα (ΠΕΚ). Σε θέματα σχετικά με την οργάνωση και πραγματοποίηση των προγραμμάτων αυτών, την πρόσκληση, τη φοίτηση και τις υποχρεώσεις των επιμορφούμενων εφαρμόζονται οι διατάξεις που ισχύουν για την επιμόρφωση των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

2. Με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, που εκδίδεται ύστερα από εισήγηση του Τμήματος ΕΑΕ του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, μπορεί να καταρτίζονται προγράμματα για την επιμόρφωση του ΕΕΠ και του ΕΒΠ. Με την απόφαση αυτή καθορίζονται το περιεχόμενο και η διάρκεια κάθε επιμορφωτικού προγράμματος, τα ιδρύματα στα οποία πραγματοποιούνται τα επιμορφωτικά προγράμματα, οι διδάσκοντες, η διαδικασία πρόσκλησης για φοίτηση και οι υποχρεώσεις των επιμορφούμενων και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

3. Στα διδασκαλεία δημοτικής εκπαίδευσης του ν. 2327/ 1995 (ΦΕΚ 156 Α') μπορούν να εκπονούνται προγράμματα διετούς μετεκπαίδευσης στην ΕΑΕ για εκπαιδευτικούς δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

4. Για τη μετεκπαίδευση εκπαιδευτικών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και ΕΕΠ σε θέματα ΕΑΕ παρέχονται κίνητρα για την ίδρυση και λειτουργία μεταπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών σε Πανεπιστήμια της χώρας.

5. Με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων καθορίζονται οι λεπτομέρειες για την εφαρμογή της παραγράφου 3 του παρόντος άρθρου, ενώ με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων καθορίζονται οι λεπτομέρειες για την εφαρμογή της παραγράφου 4 του παρόντος άρθρου. Οι διατάξεις του παρόντος άρθρου δεν θίγουν τις διατάξεις της παραγράφου 14 του άρθρου 35 του ν. 1566/1985 για τη μετεκπαίδευση, ειδικευση και επιμόρφωση του προσωπικού σε θέματα ΕΑΕ.

Άρθρο 26

Θέματα διορισμών

Οι διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 6 του ν. 3255/2004 (ΦΕΚ 138 Α') ισχύουν και για τους εκπαιδευτικούς του κλάδου ΠΕ 16 Μουσικής που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας και ομόζυγη μεσογειική αναιμία, που έχουν πτυχίο αναγνωρισμένο μη πανεπιστημιακού ιδρύματος της ημεδαπής ή ισότιμο της αλλοδαπής ανεξαρτήτως από επιτυχή

συμμετοχή τους σε διαγωνισμό της παραγράφου 9 της περίπτωσης Β' του άρθρου 15 του ν. 1566/1985. Οι ανωτέρω εκπαιδευτικοί διορίζονται σε θέσεις κλάδου ΠΕ 16.01 και τοποθετούνται αποκλειστικά σε μουσικά σχολεία με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Η σειρά διορισμού και τοποθέτησης σε σχολικές μονάδες εξαρτάται από τη συνολική πραγματική προϋπηρεσία που είχαν στις 30.6.2004.

Άρθρο 27

Αμοιβές, επιδόματα, δαπάνες μετακίνησης

1. Οι διατάξεις των άρθρων 8 και 13 του ν. 3205/2003 συμπληρώνονται ως εξής:

α) Στην πρόβλεψη της περίπτωσης β(iii) της παραγράφου 1 του άρθρου 13 προστίθενται και οι προϊστάμενοι των ΚΕΔΔΥ.

β) Στην πρόβλεψη της περίπτωσης β(iii) της παραγράφου 1 του άρθρου 13 προστίθενται και οι διευθυντές των ΕΕΕΕΚ.

γ) Στην πρόβλεψη της περίπτωσης β' της παραγράφου 12 του άρθρου 8 του ν. 3205/2003 προστίθενται οι Προϊστάμενοι των ΚΕΔΔΥ, το ΕΠ, το ΕΕΠ και το ΕΒΠ που υπηρετεί με οποιαδήποτε σχέση εργασίας στα ΚΕΔΔΥ, στις ΣΜΕΑΕ, στα ΤΕ, στα προγράμματα παράλληλης στήριξης και διδασκαλίας κατ' οίκον και στα Γραφεία Σχολικού Επαγγελματικού Προσανατολισμού (ΓΡΑΣΕΠ) των ΣΜΕΑΕ.

δ) Τα επιδόματα της περίπτωσης β(ii) της παραγράφου 1 του άρθρου 13 και της περίπτωσης β' της παραγράφου 12 του άρθρου 8 του ν. 3205/2003 που έχουν ήδη καταβληθεί στους προϊσταμένους, στο ΕΠ, στο ΕΕΠ και στο ΕΒΠ που υπηρετούσαν με οποιαδήποτε σχέση εργασίας μέχρι την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου στα ΚΔΔΥ της παραγράφου 4 του άρθρου 2 του ν. 2817/2000 δεν αναζητούνται.

2. Οι πιστώσεις για τις εκπαιδευτικές άδειες των εκπαιδευτικών ΕΑΕ και των ειδικοτήτων ΕΕΠ που έχουν οργανική θέση στα ΚΕΔΔΥ, εγγράφονται στον προϋπολογισμό της οικείας περιφερειακής διεύθυνσης εκπαίδευσης, έπειτα από εισήγηση των αρμόδιων υπηρεσιακών συμβουλίων.

3. Οι πιστώσεις για τις δαπάνες μετακίνησης του προσωπικού των ΚΕΔΔΥ, των ΣΜΕΑΕ, καθώς και των σχολικών συμβούλων ΕΑΕ όλων των βαθμίδων και των συμβούλων ΕΕΠ όλων των ειδικοτήτων, εγγράφονται στον προϋπολογισμό της οικείας περιφερειακής διεύθυνσης εκπαίδευσης. Για την εγγραφή της δαπάνης μετακίνησης του προσωπικού των ΣΜΕΑΕ εισηγείται η αρμόδια διεύθυνση πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Για την εγγραφή της δαπάνης μετακίνησης του προσωπικού των ΚΕΔΔΥ, καθώς και των σχολικών συμβούλων ΕΑΕ όλων των βαθμίδων και των συμβούλων ΕΕΠ όλων των ειδικοτήτων, εισηγείται ο περιφερειακός διευθυντής εκπαίδευσης.

4. Οι δαπάνες για την αποζημίωση των ωρομισθίων του ΕΕΠ της παραγράφου 4 του άρθρου 23 του παρόντος νόμου, εγγράφονται στον προϋπολογισμό της οικείας περιφερειακής διεύθυνσης εκπαίδευσης, κατόπιν εισηγήσεως του περιφερειακού Διευθυντή Εκπαίδευσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 28

Εργαστήριο Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης Καλλιθέας

1. Η Σχολή Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, που ιδρύθηκε κατ'α τις διατάξεις του π.δ. 137/1983 (ΦΕΚ 60 Α'), λειτουργεί από τη θέση σε ισχύ του ν. 2817/2000 και

συνεχίζει να λειτουργεί ως Εργαστήριο Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης με έδρα την Καλλιθέα Αθηνών και περιλαμβάνει τα τμήματα ειδικότητας: αα) Ξυλουργικής, ββ) Κεραμικής - Αγγειοπλαστικής, γγ) Κοπτικής - Ραπτικής - Πλεκτικής, δδ) Κηπουρικής και εε) Υδραυλικής.

2. Η διάρκεια της φοίτησης στα τμήματα ειδικότητας καθορίζεται από πέντε (5) μέχρι οκτώ (8) σχολικά έτη, ανάλογα με τις μαθησιακές δυσκολίες των μαθητών, με απόφαση του προϊσταμένου της οικείας Διεύθυνσης Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, ύστερα από εισήγηση του οικείου ΚΕΔΔΥ και πράξη του συλλόγου των διδασκόντων.

3. Οι υπηρετούντες σε οργανικές θέσεις μόνιμου προσωπικού του άρθρου 4 του π.δ. 137/1983 υπάγονται στους κλάδους του Εργαστηρίου Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης Καλλιθέας ως εξής:

- αα) του κλάδου Δασκάλων στον κλάδο Δασκάλων του άρθρου 13 του ν. 1566/1985,
- ββ) του κλάδου Φυσικής Αγωγής στον κλάδο ΠΕ11 του άρθρου 14 του ν. 1566/1985,
- γγ) του κλάδου Μουσικής στον κλάδο ΠΕ16 του άρθρου 14 του ν. 1566/1985,
- δδ) του κλάδου Τεχνολόγων Εκπαιδευτικών στον κλάδο ΠΕ18 του άρθρου 14 του ν. 1566/1985,
- εε) του κλάδου Εργασιοθεραπευτών στον κλάδο ΠΕ29 του άρθρου 3 του παρόντος νόμου,
- στστ) του κλάδου Βοηθών Τεχνικών Εκπαιδευτικών στον κλάδο ΔΕ1 ΕΒΠ,
- ζζ) του Κλάδου Διοικητικών Υπαλλήλων στον κλάδο ΔΕ1 Διοικητικό του άρθρου 20 του ν.1566/1985 και
- ηη) του Κλάδου Κλητήρων στον κλάδο ΥΕ1 του άρθρου 20 του ν. 1566/1985.

4. Διατηρούνται οι τρεις (3) θέσεις καθαριστριών και τέσσερις (4) θέσεις μαγειρών - τραπεζοκόμων με σχέση ιδιωτικού δικαίου της παραγράφου 1Β του άρθρου 4 του π.δ.137/1983 και οι κατέχοντες τις θέσεις αυτές εξακολουθούν να υπηρετούν στο Εργαστήριο Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης Καλλιθέας.

Ο κλάδος Βοηθών Παιδαγωγών της παραγράφου 1Α του άρθρου 4 του π.δ. 137/1983 και οι τρεις (3) θέσεις αυτού καταργήθηκαν από τη θέση σε ισχύ του ν. 2817/ 2000.

Άρθρο 29

Ειδικό Σχολείο Εταιρίας Προστασίας Σπαστικών

1. Το Ειδικό Εξαθέσιο Δημοτικό Σχολείο για παιδιά με εγκεφαλική παράλυση που ιδρύθηκε με την αριθμ. 89812/ Γ6/3.9.2004 κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΕΚ 1400 Β') λειτουργεί στις εγκαταστάσεις της Εταιρίας Προστασίας Σπαστικών στην Αργυρούπολη Αττικής.

2. Για τη στελέχωση του Ειδικού Σχολείου της προηγούμενης παραγράφου συνιστώνται έξι (6) θέσεις ΕΒΠ μαθητών και έξι (6) θέσεις ΕΕΠ, οι οποίες κατανέμονται σε κλάδους ως εξής:

- α) έξι (6) θέσεις Ειδικού Βοηθητικού Προσωπικού
- β) δύο (2) θέσεις Φυσικοθεραπευτών κλάδου ΠΕ28
- γ) μία (1) θέση Εργοθεραπευτή κλάδου ΠΕ29
- δ) μία (1) θέση Θεραπευτή του Λόγου κλάδου ΠΕ26 ή ΠΕ21
- ε) μία (1) θέση Ψυχολόγου κλάδου ΠΕ23
- στ) μία (1) θέση Κοινωνικού Λειτουργού κλάδου ΠΕ30.

3. Μέλη του προσωπικού της Εταιρίας Προστασίας Σπαστικών που προσφέρουν υποστηρικτικές υπηρεσίες αντίστοιχες με το έργο του ΕΕΠ στους εξυπηρετούμενους από την Εταιρία Προστασίας Σπαστικών, μπορούν να εντάσσονται, ύστερα από αίτησή τους, στις

θέσεις προσωπικού, οι οποίες συνιστώνται με την παράγραφο 2 του παρόντος άρθρου, εφόσον διαθέτουν τα προβλεπόμενα από τις ισχύουσες διατάξεις τυπικά και ουσιαστικά προσόντα. Για τα μέλη του ΕΒΠ προηγούνται όσοι διαθέτουν πτυχίο προσχολικής αγωγής ημερήσιας φροντίδας ατόμων με ειδικές ανάγκες και έπονται όσοι έχουν απολυτήριο λυκείου και προϋπηρεσία στην εταιρεία με την ειδικότητα του βοηθού.

Σε περίπτωση που οι υποψήφιοι για την ένταξη είναι περισσότεροι για καθεμία από τις συνιστώμενες θέσεις, προτιμώνται όσοι έχουν μεγαλύτερο χρόνο υπηρεσίας.

4. Με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, έπειτα από γνώμη του ΥΣΕΕΠ και αίτηση των ενδιαφερομένων, γίνεται ο διορισμός προσωπικού στις συνιστώμενες με την παράγραφο 2 του παρόντος άρθρου οργανικές θέσεις του Ειδικού Σχολείου της Εταιρείας Προστασίας Σπαστικών. Η μετάταξη και η κατά την προηγούμενη παράγραφο ένταξη προσωπικού στις συνιστώμενες θέσεις γίνεται ύστερα από γνώμη του ΥΣΕΕΠ και αίτηση των ενδιαφερομένων, με κοινή απόφαση των καθ' ύλην αρμόδιων Υπουργών.

5. Όσοι διορίζονται, μετατάσσονται ή εντάσσονται στις συνιστώμενες με την παράγραφο 2 του παρόντος άρθρου οργανικές θέσεις είναι μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι. Με την απόφαση διορισμού, μετάταξης ή ένταξής τους κατατάσσονται σε μισθολογικά κλιμάκια του ν. 3205/2003 ύστερα από σχετική πρόταση του ΥΣΕΕΠ. Αρμόδιο υπηρεσιακό συμβούλιο για τα θέματα υπηρεσιακής τους κατάστασης είναι το ΥΣΕΕΠ.

Άρθρο 30

Υπαγωγή σχολικών μονάδων Εθνικού Ιδρύματος Απροσάρμοστων Παιδών Κρήτης στο Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων

1. Η σχολική μονάδα ειδικής πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, που ιδρύθηκε από το Εθνικό Ίδρυμα Απροσάρμοστων Παιδών Κρήτης (ΕΙΠΑΠΚ) με το β.δ. 314/1973 (ΦΕΚ 93 Α') και έχει αναγνωριστεί ως ειδικό σχολείο με την αριθ. Γ/721/5.2.1982 (ΦΕΚ 66 Β') κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Κοινωνικών Υπηρεσιών, υπαγόμενη στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και στεγαζόμενη στο Κέντρο Αποκατάστασης Παιδιών και Νέων Κρήτης, υπάγεται εφεξής στο Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Το προσωπικό που υπηρετεί σε αυτή μετατάσσεται σε οργανικές θέσεις εκπαιδευτικών και ΕΕΠ, που συνιστώνται για το σκοπό αυτόν.

2. Για τη μετάταξη του προσωπικού αυτού συνιστώνται έξι (6) θέσεις κλάδου Δασκάλων ΠΕ70, ΠΕ71, τέσσερις (4) θέσεις ΕΕΠ (μία λογοθεραπευτή, μία εργοθεραπευτή, μία κοινωνικού λειτουργού και μία ψυχολόγου) και μία (1) θέση ΕΒΠ. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εσωτερικών, Οικονομίας και Οικονομικών και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ύστερα από αίτηση των ενδιαφερομένων μετά από πρόταση των αρμόδιων συμβουλίων, γίνεται η μετάταξη του προσωπικού αυτού.

Άρθρο 31

Ίδρυση ΣΜΕΑΕ στο Εθνικό Ίδρυμα Κωφών

1. Στις εγκαταστάσεις του Εθνικού Ιδρύματος Κωφών (ΕΙΚ) μπορεί να ιδρύονται και να λειτουργούν ΣΜΕΑΕ, που υπάγονται στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

2. Οι ΣΜΕΑΕ της προηγούμενης παραγράφου ιδρύονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Οικονομίας και Οικονομικών, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από πρόταση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΕΙΚ και εισήγηση των οργάνων που προβλέπονται στην παράγραφο 18 του άρθρου 1 του ν. 2817/2000. Με την ίδια απόφαση καθορίζονται ο τύπος της ιδρυόμενης σχολικής μονάδας, οι

τάξεις, οι τομείς και τα τμήματα ειδικότητας αυτής, οι οργανικές θέσεις ΕΠ, ΕΕΠ, ΕΒΠ και ΔΠ, κατά κλάδους και ειδικότητες, οι οποίες απαιτούνται για τη λειτουργία της σχολικής μονάδας και οι οποίες προσυξάνουν τις θέσεις των οικείων κλάδων προσωπικού ΕΑΕ του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, καθώς και οι χώροι και οι εγκαταστάσεις ιδιοκτησίας του ΕΙΚ, η χρήση των οποίων παραχωρείται για τη λειτουργία των ιδρυόμενων σχολικών μονάδων και για όσο χρονικό διάστημα εξακολουθεί η λειτουργία αυτών.

3. Στις ιδρυόμενες ΣΜΕΑΕ εγγράφονται και φοιτούν μαθητές που είναι τρόφιμοι του ΕΙΚ ή τυγχάνουν οποιασδήποτε περίθαλψης και πρόνοιας αυτού. Μπορεί να εγγράφονται και να φοιτούν επίσης εξωτερικοί κωφοί και βαρήκοοι μαθητές, ύστερα από εισήγηση του οικείου ΚΕΔΔΥ.

4. Υπάλληλοι του ΕΙΚ, που προσφέρουν εκπαιδευτικό έργο ή υποστηρικτικές υπηρεσίες αντίστοιχες με το έργο του ΕΕΠ και του ΕΒΠ στους τρωφίμους και περιθαλπόμενους αυτού, μπορεί ύστερα από αίτησή τους, να εντάσσονται στις θέσεις προσωπικού, οι οποίες συνιστώνται κατά τις διατάξεις της παραγράφου 2 του παρόντος άρθρου ή να μετατάσσονται σε προσωρινές προσωποπαγείς θέσεις, σύμφωνα με τις διατάξεις της επόμενης παραγράφου. Σε περίπτωση που οι υποψήφιοι για ένταξη είναι περισσότεροι από τις συνιστώμενες θέσεις, προτιμώνται όσοι έχουν το μεγαλύτερο χρόνο υπηρεσίας.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του ΕΙΚ και πρόταση του ΥΣΕΕΠ και ύστερα από σχετική αίτησή τους, που υποβάλλεται εντός διμήνου από την ίδρυση της ΣΜΕΑΕ, γίνεται η κατά την προηγούμενη παράγραφο ένταξη ή μετάταξη:

α) σε θέσεις ΕΠ ή ΕΕΠ ή ΕΒΠ ή ΔΠ για όσους είναι μόνιμοι υπάλληλοι του ΕΙΚ και έχουν τα προβλεπόμενα προσόντα από τις οικείες διατάξεις για διορισμό στις θέσεις αυτές,

β) σε προσωρινές προσωποπαγείς θέσεις αντίστοιχης ειδικότητας που συνιστώνται με την απόφαση ένταξης για όσους δεν συντρέχουν οι προϋποθέσεις της προηγούμενης περίπτωσης α', καθώς και για όσους δεν επιθυμούν να ενταχθούν σε μόνιμες θέσεις.

Οι εντασσόμενοι σε θέσεις της παρούσας περίπτωσης εξακολουθούν να υπηρετούν με την ίδια σχέση εργασίας.

6. Με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ύστερα από πρόταση του ΥΣΕΕΠ, κατατάσσονται σε μισθολογικά κλιμάκια, βάσει των διατάξεων των άρθρων 3, 4, 5, 6 και 15 του ν. 3205/2003 (ΦΕΚ 297 Α'), όπως ισχύουν, όσοι υπαχθούν στις διατάξεις της παραγράφου 5 του παρόντος άρθρου.

7. Με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ύστερα από πρόταση του ΥΣΕΕΠ, μπορεί να διατίθενται ολικά ή μερικά σε άλλες ΣΜΕΑΕ για την προσφορά υπηρεσιών υπάλληλοι που κατέχουν προσωρινές προσωποπαγείς θέσεις.

8. Στο πάσης φύσεως ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό του Εθνικού Ιδρύματος Κωφών καταβάλλονται όλα τα αντίστοιχα επιδόματα των εκπαιδευτικών προσχολικής, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, όπως κάθε φορά ισχύουν, χωρίς ταυτόχρονη καταβολή του επιδόματος νοσοκομειακού και τροφής του άρθρου 8 παρ. 5 του ν. 3205/2003, όπως κάθε φορά ισχύει.

Άρθρο 32

ΣΜΕΑΕ και Πρόγραμμα Πρώιμης Παρέμβασης

της Ελληνικής Εταιρίας Προστασίας και Αποκαταστάσεως Αναπήρων Παιδών

1. Η φοίτηση παιδιών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ηλικίας τεσσάρων (4) έως επτά (7) ετών στο πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης της Ελληνικής Εταιρίας Προ-

στασίας και Αποκαταστάσεως Αναπήρων Παιδών (ΕΛΕΠΑΠ) είναι ισότιμη με τη φοίτηση σε οποιαδήποτε μονάδα ειδικής προσχολικής αγωγής.

2. Οι ΣΜΕΑΕ που λειτουργούν στις εγκαταστάσεις της ΕΛΕΠΑΠ Αθηνών και Παραρτημάτων εντάσσονται στην κατηγορία της παραγράφου 4β του άρθρου 6 του παρόντος νόμου.

Άρθρο 33

Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης

1. Η Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων (Γ.Γ.Ε.Ε.) η οποία έχει συσταθεί με το άρθρο 3 του ν. 2909/2001 (ΦΕΚ 90 Α'), μετονομάζεται σε «Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης» (Γ.Γ.Δ.Β.Μ.). Όπου αναφέρεται Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων ή Γενικός Γραμματέας Εκπαίδευσης Ενηλίκων νοείται εφεξής η Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης και ο Προϊστάμενος της Γενικής Γραμματείας Δια Βίου Μάθησης αντίστοιχα.

2. Η παράγραφος 7 του άρθρου 2 του ν. 3369/2005 (ΦΕΚ 171 Α') τροποποιείται ως εξής:

«7. Για τη διάγνωση των αναγκών της δια βίου εκπαίδευσης και δια βίου κατάρτισης, τη γενικότερη αξιολόγηση και το συντονισμό των φορέων και της παροχής υπηρεσιών δια βίου εκπαίδευσης και δια βίου κατάρτισης, καθώς και για τη διασύνδεσή τους με το Εθνικό Σύστημα Σύνδεσης της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης με την Απασχόληση (Ε.Σ.Σ.Ε.Ε.Κ.Α.) συνιστάται συλλογικό όργανο με την ονομασία «Εθνική Επιτροπή Δια Βίου Μάθησης» (Ε.Ε.Δ.Β.Μ.). Στην Ε.Ε.Δ.Β.Μ. συμμετέχουν:

α) ο Γενικός Γραμματέας Δια Βίου Μάθησης του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων ως πρόεδρος,

β) ο Γενικός Γραμματέας Διαχείρισης Κοινοτικών και Άλλων Πόρων του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας ως αντιπρόεδρος,

γ) ο Γενικός Γραμματέας του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης του Υπουργείου Εσωτερικών,

δ) ο Ειδικός Γραμματέας του Ενιαίου Διοικητικού Τομέα Ανώτατης Εκπαίδευσης του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων,

ε) ο Ειδικός Γραμματέας του Ενιαίου Διοικητικού Τομέα Θεμάτων Ευρωπαϊκής Ένωσης και Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων,

στ) ο Πρόεδρος του Ο.Ε.Ε.Κ.,

ζ) ο Διοικητής του Ο.Α.Ε.Δ.,

η) ο Πρόεδρος του Ε.ΚΕ.ΠΙΣ.,

θ) ο Πρόεδρος της Επιτελικής Επιτροπής Σύνδεσης της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης με την Απασχόληση της παραγράφου 4 του άρθρου 11 του ν. 3191/2003 (ΦΕΚ 258 Α'),

ι) ένας (1) εκπρόσωπος της Ε.Ν.Α.Ε.,

ια) ένας (1) εκπρόσωπος της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.,

ιβ) τρεις (3) εκπρόσωποι της τριτοβάθμιας συνδικαλιστικής οργάνωσης των εργαζομένων,

ιγ) τρεις (3) εκπρόσωποι των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργοδοτών,

ιδ) ένας (1) εκπρόσωπος της τριτοβάθμιας συνδικαλιστικής οργάνωσης των δημοσίων υπαλλήλων,

ιε) ένας (1) εκπρόσωπος της Συνόδου των Πρυτάνεων των Πανεπιστημίων,

ιστ) ένας (1) εκπρόσωπος της Συνόδου των Προέδρων των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Τ.Ε.Ι.),

ιζ) ένας (1) εκπρόσωπος της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία.»

Άρθρο 34 **Εξουσιοδοτικές διατάξεις**

1. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται μετά από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Οικονομίας και Οικονομικών και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ύστερα από εισήγηση του Τμήματος ΕΑΕ του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου:

α) Συνιστώνται θέσεις σχολικών συμβούλων ΕΑΕ προσχολικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς και θέσεις συμβούλων ΕΕΠ όλων των κλάδων ΠΕ και καθορίζονται οι λεπτομέρειες της διαδικασίας επιλογής τους, καθώς και οι αρμοδιότητές τους. Ομοίως καθορίζονται η έδρα και η περιφέρεια, στην οποία ασκούν τα καθήκοντά τους, οι λεπτομέρειες που αφορούν σε περαιτέρω καθήκοντα, αρμοδιότητες και υποχρεώσεις τους και γίνεται ανακατανομή των εδρών, όταν αυξάνονται ή μειώνονται οι θέσεις τους.

β) Καθορίζονται ή τροποποιούνται: αα) οι κλάδοι και οι θέσεις εκπαιδευτικών ΕΑΕ, ΕΕΠ και ΕΒΠ, ββ) τα τυπικά προσόντα διορισμού, τα μοριοδοτούμενα κριτήρια πρόσληψης, οι προϋποθέσεις και η διαδικασία πρόσληψης, η υπηρεσιακή κατάσταση και κάθε άλλη λεπτομέρεια που αφορά το ΕΠ, το ΕΕΠ και το ΕΒΠ και γγ) οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια και η διαδικασία των μεταθέσεων του ΕΠ, του ΕΕΠ και του ΕΒΠ.

2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται μετά από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ρυθμίζονται θέματα συγκρότησης και λειτουργίας των ΥΣΕΕΠ και ΠΥΣΕΕΠ, καθορίζονται οι αρμοδιότητες αυτών και ορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις και η διαδικασία εκλογής των τακτικών και αναπληρωματικών μελών των συμβουλίων αυτών, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια. Μέχρι την έκδοση του διατάγματος αυτού εφαρμόζονται οι σχετικές διατάξεις του π.δ. 1/2003 (ΦΕΚ 1 Α').

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται μετά από πρόταση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ιδρύεται στη Διεύθυνση ΕΑΕ του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων Τμήμα Προσαρμογής των διδακτικών βιβλίων στη γραφή Braille για τυφλούς μαθητές, σε μεγέθυνση για μαθητές με χαμηλή όραση και στην ελληνική νοηματική γλώσσα για κωφούς μαθητές και καθορίζεται η στελέχωση του Τμήματος.

4. Με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, που εκδίδεται έπειτα από εισηγήσεις του οικείου ΚΕΔΔΥ, των οργάνων του άρθρου 49 του ν. 1566/1985 και του ΚΕΔΔΥ της έδρας της Περιφέρειας, ρυθμίζονται θέματα που αφορούν στην ίδρυση, κατάργηση, προαγωγή, υποβιβασμό και συγχώνευση των ΣΜΕΑΕ, των ΤΕ και των Τμημάτων Πρώιμης Παρέμβασης (ΠΠ), την προσθήκη τομέων και τμημάτων ειδικοτήτων στα Επαγγελματικά Γυμνάσια, στα Επαγγελματικά Λύκεια και στην Επαγγελματική Σχολή και τη στελέχωσή τους. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Οικονομίας και Οικονομικών και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, έπειτα από εισηγήσεις του οικείου ΚΕΔΔΥ, των οργάνων του άρθρου 49 του ν. 1566/1985 και του ΚΕΔΔΥ της έδρας της Περιφέρειας, ρυθμίζονται θέματα που αφορούν την αύξηση ή μείωση των οργανικών θέσεων, τη σύσταση και τον αριθμό των θέσεων του προσωπικού. Αν τα σχολεία ειδικής αγωγής λειτουργούν σε ιδρύματα που ανήκουν στην αρμοδιότητα άλλων Υπουργείων, στην έκδοση των αποφάσεων συμπράττει και ο συναρμόδιος Υπουργός.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται οι περιπτώσεις, στις οποίες δεν κρίνεται αναγκαία η πλήρωση ορισμένων θέσεων σε συγκεκριμένα ΚΕΔΔΥ, εφόσον διασφαλίζεται η κάλυψη των αναγκών αυτών από την προσφορά υπηρεσιών από μέλη των ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ, κατά τα οριζόμενα με την ίδια απόφαση.

6. Με αποφάσεις του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, που εκδίδονται ύστερα από εισήγηση του Τμήματος ΕΑΕ του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, ρυθμίζονται θέματα σχετικά με:

α) την ένταξη, φοίτηση και αποφοίτηση των μαθητών με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες σε όλους τους τύπους σχολείων ΕΑΕ, ΤΕ και προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης και παράλληλης στήριξης,

β) την προσωνομία και τον τίτλο, καθώς και τον εξειδικευμένο τύπο των σχολείων ΕΑΕ και τον ελάχιστο αριθμό μαθητών που φοιτούν στις μονάδες αυτές και τις επί μέρους τάξεις,

γ) τον τρόπο παροχής της εκπαίδευσης στο σπίτι και των προγραμμάτων παράλληλης στήριξης,

δ) τα ειδικότερα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του προσωπικού των ΣΜΕΑΕ και των ΚΕΔΔΥ,

ε) την εντόπιση, διάγνωση, εγγραφή, μετεγγραφή, αξιολόγηση και κατάταξη των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στις αυτοτελείς ΣΜΕΑΕ και στα ΤΕ,

στ) τα εβδομαδιαία ωράρια διδακτικής εργασίας ή άλλης απασχόλησης του προσωπικού ΕΑΕ,

ζ) την οργάνωση και λειτουργία των ΣΜΕΑΕ, τη διάρθρωση και τις βασικές ενότητες του αναλυτικού προγράμματός τους και το είδος και τη μορφή των υποστηρικτικών υπηρεσιών,

η) την κατανομή κατά κλάδους και ειδικότητες των ΕΠ, ΕΕΠ και ΕΒΠ σε κάθε ΣΜΕΑΕ ή ΚΕΔΔΥ,

θ) τη διαδικασία συγκρότησης και λειτουργίας των συλλόγων γονέων, οι οποίοι συμμετέχουν και συνεργάζονται με τις υπηρεσίες του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων,

ι) την προσφορά συμβουλευτικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών στους γονείς των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες,

ια) τις εξετάσεις, αξιολογήσεις, βαθμολογίες και την προαγωγή των μαθητών των ΣΜΕΑΕ και των μαθητών που έχουν χαρακτηριστεί ως άτομα με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και φοιτούν σε συνήθεις σχολικές τάξεις,

ιβ) άλλα επιβοηθητικά μέσα που είναι προσιτά και επιστημονικώς αποδεκτά και τα οποία μπορούν να χρησιμοποιούνται κατ' εξαίρεση κατά τη διδασκαλία των μαθητών με σοβαρές διαταραχές ακοής ή/και με σοβαρές διαταραχές όρασης.

7. Με αποφάσεις του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων:

α) καθορίζεται η οργανικότητα των ΣΜΕΑΕ και ειδικότερα η αντιστοιχία αριθμού μαθητών προς νηπιαγωγούς και δασκάλους, ο ελάχιστος αριθμός μαθητών στις ΣΜΕΑΕ και κάθε άλλη λεπτομέρεια που αφορά στην οργάνωση και λειτουργία των ΣΜΕΑΕ,

β) μπορεί να ανατίθεται στη Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης της παραγράφου 1 του άρθρου 33 του παρόντος νόμου ο σχεδιασμός και η υλοποίηση προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης ενηλίκων πολιτών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, που βρίσκονται εκτός του πλαισίου των ΣΜΕΑΕ,

γ) ρυθμίζονται θέματα οργάνωσης και λειτουργίας του Εθνικού Φορέα Πιστοποίησης της Επαρκούς Γνώσης της Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας και της Γραφής Braille της παραγράφου 3 του άρθρου 7 του παρόντος νόμου και οι λεπτομέρειες για τη διαδικασία και τη μεθοδολογία πιστοποίησης της ελληνικής νοηματικής γλώσσας και της γραφής Braille, η διαδικασία πιστοποίησης της γνώσης της ελληνικής νοηματικής γλώσσας από τους δασκάλους και τους διερμηνείς της, κατά τα πρότυπα του Κρατικού Πιστοποιητικού Γλωσσομάθειας και της γραφής Braille,

δ) καθορίζονται οι προϋποθέσεις συνέχισης του διδακτικού έργου από τους ήδη υπηρετούντες με οργανική τοποθέτηση στις ΣΜΕΑΕ, οι οποίοι δεν διαθέτουν τα απαιτούμενα από το παρόν άρθρο προσόντα, ο τόπος και τρόπος εκτύπωσης βιβλίων στη γραφή Braille και συγκροτούνται ομάδες εργασίας για την προσαρμογή των διδακτικών βιβλίων σε γραμματοσειρές κατάλληλες για μαθητές με χαμηλή όραση και στην ελληνική νοηματική γλώσσα για κωφούς μαθητές,

ε) καθορίζονται οι έδρες και οι περιφέρειες αρμοδιότητας των ΚΕΔΔΥ που θα συσταθούν μετά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου,

στ) ρυθμίζονται οι κανόνες λειτουργίας των συμβουλευτικών επιτροπών του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων για την παρακολούθηση της φυσικής και της ηλεκτρονικής προσβασιμότητας των ατόμων με αναπηρία στις εκπαιδευτικές δομές και στο εκπαιδευτικό υλικό.

Άρθρο 35

Μεταβατικές και καταργούμενες διατάξεις

1. Από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου καταργούνται οι διατάξεις των άρθρων 1 έως 5 του ν. 2817/ 2000 και των άρθρων 2 και 3 του ν. 3194/2003 που έρχονται σε αντίθεση με το νόμο αυτόν, καθώς και κάθε άλλη διάταξη που ρυθμίζει κατά τρόπο διαφορετικό θέματα που περιλαμβάνονται στις διατάξεις του νόμου αυτού. Οι διατάξεις του άρθρου 4 κεφάλαιο ΣΤ' παράγραφος 2 του ν. 2817/2000 και οι διατάξεις του άρθρου 13 παράγραφος 1 εδάφιο ε' του ν. 2470/1997 παραμένουν σε ισχύ.

2. Μέχρι την κατάρτιση του κανονισμού λειτουργίας των ΚΕΔΔΥ και του καθορισμού των καθηκόντων και υποχρεώσεων του προσωπικού αυτών, ισχύει η υπ' αριθμ. 4494/Γ6/1.11.2001 (ΦΕΚ 1503 Β') απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμ. 28911/Γ6/12.3.2007 όμοια υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 449 Β').

3. Προεδρικά διατάγματα και κοινές ή μη υπουργικές αποφάσεις που έχουν εκδοθεί με βάση καταργούμενες διατάξεις εξακολουθούν να ισχύουν μέχρι την έκδοση των νεότερων κανονιστικών πράξεων που εκδίδονται κατ' εξουσιοδότηση των διατάξεων του παρόντος νόμου.

Άρθρο 36

Καθαρισμός σχολείων Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

Η παρ. 5 του άρθρου 113 του ν. 1892/1990 (ΦΕΚ 101 Α'), που αντικαταστάθηκε με την παρ. 4 του άρθρου 35 του ν. 3577/2007 (ΦΕΚ 130 Α'), αντικαθίσταται ως εξής:

α. Ο καθαρισμός των σχολείων της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, όταν οι ανάγκες τους δεν καλύπτονται από το προσωπικό καθαριότητας που υπηρετεί σε οργανικές θέσεις, μπορεί να ανατίθεται σε καθαριστές - καθαρίστριες ή συνεργεία καθαρισμού με σύμβαση μίσθωσης έργου διάρκειας ενός διδακτικού έτους.

Με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων μπορεί να καθορίζεται, εκτός του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, και εποπτευόμενος οργανισμός ή φορέας που θα συνάπτει τις συμβάσεις αυτές με τους αναδόχους.

β. Οι Προϊστάμενοι των αντίστοιχων Γραφείων Εκπαίδευσης και, όπου δεν υπάρχουν Γραφεία Εκπαίδευσης, οι Προϊστάμενοι των αντίστοιχων Διευθύνσεων Εκπαίδευσης αποστέλλουν τα απαραίτητα σχετικά για τις ανάγκες καθαρισμού των σχολείων τούτων στοιχεία προς το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων ή τον οργανισμό ή τον φορέα, που θα συνάπτει τις σχετικές συμβάσεις έργου.

Σε περίπτωση που οι ανωτέρω συμβάσεις μίσθωσης έργου συνάπτονται με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, αυτές υπογράφονται από τους Προϊσταμένους των αντίστοιχων Γραφείων Εκπαίδευσης και, όπου δεν υπάρχουν Γραφεία Εκπαίδευσης, από τους Προϊσταμένους των αντίστοιχων Διευθύνσεων Εκπαίδευσης.

γ. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, η οποία δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, καθορίζεται η αμοιβή των αναδόχων των ανωτέρω μισθώσεων, ανά αίθουσα.

δ. Οι αμοιβές των προαναφερομένων καταβάλλονται από τις Σχολικές Επιτροπές, οι οποίες επιχορηγούνται προς τούτο από πιστώσεις του Κρατικού Προϋπολογισμού. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων καθορίζεται ο τρόπος διαχείρισης των χρηματοδοτήσεων του προηγούμενου εδαφίου.»

Άρθρο 37

Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του παρόντος νόμου αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζεται διαφορετικά στις επί μέρους διατάξεις του.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.