

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

**Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της παιδικής βαρηκοΐας και η
λογοθεραπευτική παρέμβαση**



ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ ΣΤΑΜΑΤΙΑ ΑΜ: 9320

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘ: Κ.Φ.ΜΩΡΟΓΙΑΝΝΗΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα.....	3
Εισαγωγή.....	4
Ιστορική αναδρομή.....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Αυτί- το όργανο της ακοής	
1.1 Ανατομία του αυτιού.....	7
1.2 Φυσιολογία του Οργάνου της Ακοής.....	11
1.3 Ορισμοί της Βαρηκοΐας –Κώφωσης.....	13
1.4 Οι Βαθμοί και οι Τύποι της Βαρηκοΐας.....	14
1.5 Τα Αίτια της Βαρηκοΐας- Κώφωσης.....	17
1.6 Συμπτώματα και εκδηλώσεις.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας των βαρήκοων παιδιών	
2.1 Γενικά χαρακτηριστικά του λόγου των βαρήκοων.....	22
2.2 Ειδικά χαρακτηριστικά του λόγου των βαρήκοων.....	23
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις μιας χρόνιας αναπηρίας	
3.1 Επίγνωση του εαυτού.....	28
3.2 Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα μιας χρόνιας αναπηρίας.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Επίδραση της βαρηκοΐας στον ψυχικό κόσμο του παιδιού και την κοινωνική του προσαρμογή	
4.1 Ατομικά χαρακτηριστικά και προδιάθεση.....	37
4.2 Κλινικές εικόνες.....	41
4.3 Χαρακτηριστικά και στάση της οικογένειας.....	46
4.4 Κοινωνικές πεποιθήσεις και στάσεις.....	55
4.5 Η ένταξη των παιδιών με ειδικές ανάγκες.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Διάγνωση - Αξιολόγηση βαρηκοΐας	
5.1 Ο ρόλος της πρώιμης ανίχνευσης	
Υποκειμενικές εξετάσεις.....	65
Αντικειμενικές εξετάσεις.....	70
5.2 Αξιολόγηση λόγου και ομιλίας.....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Παρέμβαση- Αποκατάσταση και ο ρόλος του Λογοθεραπευτή	
6.1 Ακουστικά βοηθήματα για τη βαρηκοΐα.....	78
6.2 Εναλλακτικοί τρόποι επικοινωνίας.....	94
6.3 Ο ρόλος του Λογοθεραπευτή.....	100
6.4 Παρουσίαση κλινικών περιστατικών.....	119
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	126
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	128

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ακοή είναι μια εξαιρετικά σημαντική αίσθηση, που μας ειδοποιεί για το τι συμβαίνει στο περιβάλλον μας και είναι θεμελιώδης εργαλείο για την επικοινωνία. Είναι η πρώτη αίσθηση που αναπτύσσεται κατά την εμβρυική ηλικία και μέσω αυτής το έμβρυο έχει τις πρώτες του επαφές με τον υπόλοιπο κόσμο. Το πρώτο μέσω επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων αφού ο προφορικός λόγος εξαρτάται από την ακοή. Η ανεπάρκεια αυτής της αίσθησης δημιουργεί σοβαρές επιπτώσεις στις σχέσεις μας με τους συνανθρώπους μας και προκαλεί πολλές αναταραχές στην καθημερινή ζωή.

Η κώφωση /βαρηκοΐα είναι ένα πρόβλημα για το οποίο η κοινωνία στο σύνολό της είναι απληροφόρητη με αποτέλεσμα την άγνοια του προβλήματος. Υπάρχουν συνάνθρωποί μας που αντιμετωπίζουν δυσκολία στο να χρησιμοποιήσουν το τηλέφωνο, να ακούσουν ραδιόφωνο ή μια συζήτηση στην τηλεόραση, δεν μπορούν να ακούσουν το ξυπνητήρι ή το κουδούνι της πόρτας, δεν ακούν το μωρό τους να κλαίει. Τα κωφά/βαρήκοα άτομα δίνουν την εντύπωση ότι είναι αφηρημένοι ή αργοί στην αντίληψη και την κατανόηση και για αυτό το λόγο αντιμετωπίζονται με λιγότερη συμπάθεια και λεπτότητα από ότι οι υπόλοιποι ανάπηροι. Οι ίδιοι ισχυρίζονται ότι η κώφωση /βαρηκοΐα είναι η πιο μοναχική αναπηρία από όλες. Όλα αυτά τα προβλήματα αυξάνονται όπως αντιλαμβάνεται ο καθένας όταν ένα παιδί πλήττεται από αυτή την αναπηρία. Μέσα από αυτή την εργασία θα προσπαθήσω να προσεγγίσω αυτό το πολύπλευρο και εξαιρετικά σημαντικό θέμα της βαρηκοΐας – κώφωσης παρουσιάζοντας σας με όσο το δυνατό καλύτερο τρόπο μπορώ.

Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται μια πλήρη αναφορά των βασικών στοιχείων της ανατομίας και της φυσιολογίας του αυτιού. Αναφέρονται κάποιοι από τους βασικούς ορισμούς της βαρηκοΐας, τους τύπους της βαρηκοΐας καθώς επίσης παρουσιάζονται και τα αίτια που μπορούν να μας προκαλέσουν βαρηκοΐα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται μια προσέγγιση στα γενικά και στα ειδικά χαρακτηριστικά που έχει ένα βαρήκοο παιδί. Χαρακτηριστικά που το συνοδεύουν για μια ολόκληρη ζωή στις κοινωνικές του συναλλαγές αλλά και χαρακτηρίζουν την ταυτότητα του ως άτομο.

Στο τρίτο κεφάλαιο, πραγματοποιείται αναφορά στις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και τα προβλήματα που προκαλούνται στο παιδί από μια χρόνια αναπηρία

ή διαταραχή. Επιπτώσεις που χαρακτηρίζουν την συμπεριφορά του ως άτομο και επηρεάζουν την μετέπειτα κοινωνική του ένταξη.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, περιγράφεται η επίδραση της βαρηκοΐας στον ψυχικό κόσμο του παιδιού καθώς και πως αυτή επηρεάζει την περαιτέρω κοινωνική του προσαρμογή. Αναφέρονται τα ατομικά χαρακτηριστικά ενός τέτοιου παιδιού, στις κλινικές εικόνες που παρουσιάζει, στον σημαντικό ρόλο της οικογένειας και αυτή πώς επιδρά στον ψυχικό του κόσμο καθώς και στην κοινωνική ένταξη του βαρήκοου και στον κοινωνικό ρατσισμό που ίσως αντιμετωπίσει είτε στο σχολείο είτε στην κοινωνία.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, αναφέρεται η σημαντικότητα της πρώιμης ανίχνευσης της βαρηκοΐας με την χρήση υποκειμενικών και αντικειμενικών μεθόδων. Επίσης, παρουσιάζεται η άτυπη και τυπική αξιολόγηση για την διάγνωση της βαρηκοΐας. Τονίζεται επίσης το πόσο σημαντικό είναι να γίνει μια σωστή διάγνωση της διαταραχής που πάσχει το παιδί. Μια σωστή διάγνωση οδηγεί και σε μια σωστή παρέμβαση.

Στο έκτο κεφάλαιο, προσεγγίζεται η σωστή παρέμβαση για την αντιμετώπιση της βαρηκοΐας, καθώς επίσης, αναφέρεται και ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην θεραπεία. Η σωστή παρέμβαση βοηθά το παιδί να επικοινωνήσει με τους γύρω του και να εκφράσει τις επιθυμίες του και τα συναισθήματά του.

Παράλληλα, παρουσιάζονται κάποια περιστατικά παιδιών βαρηκοΐας που συνάντησα κατά την διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης. Περιγράφεται η εξέλιξη του λόγου τους, ύστερα από λογοθεραπευτική παρέμβαση καθώς και η κοινωνική τους προσαρμογή και ένταξη στο σχολείο.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω κάποια άτομα για την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφεραν, ώστε να ολοκληρωθεί αυτή η εργασία: την επόπριά μου στην πρακτική μου άσκηση με τις πολύτιμες εμπειρίες και συμβουλές που μου πρόσφερε και μου μετέδωσε καθώς και τον επόπτη καθηγητή μου κ. Φώτη Μωρόγιαννη για την σημαντική του συμβολή στην πραγματοποίηση και ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας με επιτυχία.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ειδική αγωγή των βαρήκοων και κωφών ξεκίνησε πρώτα στην Ευρώπη, ήδη από τον 15^ο αιώνα με τις προσπάθειες των μοναχών, Pedro Ponce Beleon και Juan Pablo Bonnet στην Ισπανία και στη συνέχεια στην Αγγλία, Γερμανία και Γαλλία.

Τρεις αιώνες μετά η Αμερική παρέλαβε την ευρωπαϊκή εμπειρία της προφορικής, της νοηματικής και της συνδυαστικής μεθόδου με την ίδρυση του πρώτου σχολείου για κωφούς.

Στην Ελλάδα η ειδική αγωγή των κωφών ξεκίνησε το 1907 με την ίδρυση του «οίκου κωφών Χ. Ε. Στασινόπουλος» και συνέχισε από 1937 με την ίδρυση του εθνικού ιδρύματος προστασίας κωφών και των παραρτημάτων.

Το 1767 ιδρύθηκε από τον Thomas Braid –wood στο Εδιμβούργο το πρώτο ειδικό σχολείο για κωφά παιδιά με συνδυαστικοί μέθοδο με νοηματικά και προφορικά στοιχεία. Καθώς την ίδια εποχή στην Ολλανδία εφαρμόστηκε μια ειδική μέθοδο που βασίζεται στην άρθρωση και την χειλανάγνωση.

Τέλος στην Γερμανία την ίδια εποχή αναπτύχθηκε η προφορική μέθοδος διδασκαλίας των κωφών, η οποία έδινε έμφαση στη ανάπτυξη των δεξιοτήτων της ομιλίας. Και της χειλανάγνωσης. Η μέθοδος αυτή αποτέλεσε την βάση της προφορικής μεθόδου η οποία έγινε διεθνώς αποδεκτή.

Στην Ελλάδα το 1956 ιδρύθηκε το «πρότυπο ειδικό εκπαιδευτήριο κωφών και βαρήκοων παιδιών» που λειτούργησε στη Καλλιθέα. Από την αρχή της λειτουργίας του η μέθοδος εκπαίδευσης ήταν η προφορική. Το 1984 υιοθέτησε την ολική επικοινωνία.

Τα βαρήκοα – κωφά παιδιά έχοντας ως προϋπόθεση τη χωροταξική και κοινωνική ένταξη, άρχισε και η διδακτική ένταξη τους στη συνήθη εκπαιδευτική διαδικασία του σχολείου, που είναι ο βασικότερος στόχος της συνεκπαίδευσης με τους ακούοντες.

Για την επίτευξη αυτού του στόχου χρησιμοποιούμε περισσότερα εποπτικά μέσα και ιδιαίτερες τεχνικές διδασκαλίας για την εκπαίδευση τους καθώς και να βοηθήσει και την γλωσσική ανάπτυξη τους.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1- ΑΥΤΙ ΤΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΗΣ ΑΚΟΗΣ

1.1 Ανατομία του Αυτιού

Το αυτί περιλαμβάνει το αισθητήριο όργανο της ακοής και της ισορροπίας του σώματος και χωρίζεται σε ένα περιφερικό και ένα κεντρικό τμήμα. Το περιφερικό περιλαμβάνει το έξω ους, το μέσο ους, το έσω ους και το στατικοακουστικό νεύρο με τις δύο μοίρες του. Το κεντρικό περιλαμβάνει την κεντρική ακουστική οδό, τα υποφλοιώδη και φλοιώδη ακουστικά κέντρα και την κεντρική αιθουσαία οδό(Σκευάς, 1998).

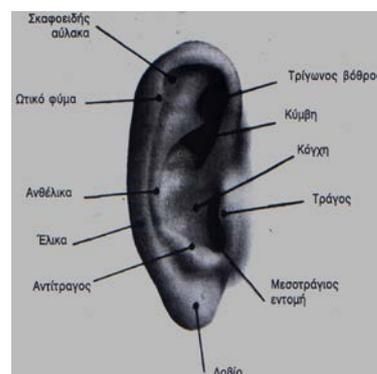
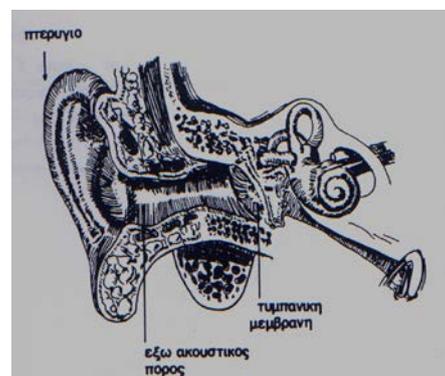
Έξω ους: Αποτελείται από το πτερύγιο του ωτός και τον έξω ακουστικό πόρο. Περιέχει αδένες που εκκρίνουν κυψελίδα, μια κηροειδή ουσία η οποία προστατεύει το αυτί από εισβολή εξωγενών παραγόντων όπως έντομα ή κόκκοι άμμου.

Η αγγείωση του έξω ωτός γίνεται από κλάδους της έξω καρωτίδας(Σκευάς, 1998) **Πτερύγιο:** Αποτελείται από χόνδρινο πέταλο που περιβάλλεται από δέρμα. Το κάτω άκρο του ονομάζεται λοβίο, περιέχει λίπος και στερείται χόνδρου.

Η έξω επιφάνεια του πτερυγίου εμφανίζει κατά το πρόσθιο χείλος του έξω ακουστικού πόρου μικρό έπαρμα, τον τράγο.

Πίσω και ελαφρά προς τα κάτω από το στόμιο του έξω ακουστικού πόρου υπάρχει ένα άλλο μικρό έπαρμα, ο αντίτραγος που χωρίζεται από τον τράγο με τη μεσοτράγιο εντομή(Παπαφράγκου, 1996).

Έξω ακουστικός πόρος: Είναι ο οστεοχόνδρινος σωλήνας ο οποίος εκτείνεται από την κοιλότητα της κόγχης μέχρι την τυμπανική μεμβράνη. Έχει μήκος 25mm περίπου κατά το οπίσθιο και άνω τοίχωμα, ενώ λόγω της λοξής φοράς του το πρόσθιο και το κάτω τοίχωμα είναι κατά 6mm περίπου μακρύτερα. Συνίσταται από δύο μοίρες, την έξω που είναι χόνδρινη και την έσω που είναι οστέινη. Η χόνδρινη μοίρα έχει μήκος 8mm και αποτελείται από αυλακοειδή χόνδρο, ο οποίος αποτελεί την έσω μοίρα του πτερυγιάιου χόνδρου. Η οστέινη μοίρα έχει μήκος 16mm, αποτελεί δηλαδή τα 2/3 του συνολικού έξω ακουστικού πόρου και ποικίλει σημαντικά σε μέγεθος και σχήμα. (Μπαλατσούρας, Καμπέρος, 2000).



Μέσο ους

Παρουσιάζει περιπεπλεγμένη δομή. Αποτελείται από την τυμπανική μεμβράνη, το κοίλο του τυμπάνου, το μαστοειδές άντρο, τα ακουστικά οστάρια και την ευσταχιανή σάλπιγγα. Αρχίζει από την τυμπανική κοιλότητα, εκεί δηλαδή που τελειώνει το έξω ους (*Παπαφράγκου, 1996*).

Τυμπανική μεμβράνη: Αποτελεί το κοινό όριο του έξω ακουστικού πόρου και της τυμπανικής κοιλότητας. Αντιστοιχεί, επομένως, στο έσω στόμιο του έξω ακουστικού πόρου και στο έξω τοίχωμα της τυμπανικής κοιλότητας. Είναι λεπτή, στιλπνή, ημιδιαφανής και ελλειπτική. Το πάχος της είναι 0,1mm. (*Μπαλατσούρας, Καμπέρος, 2000*).

Κοίλο του τυμπάνου: Είναι αεροφόρος κοιλότητα, έχει σχήμα αμφίκοιλου φακού και επαλείφεται από βλεννογόνο, που σχηματίζει πολλές πτυχές. Επικοινωνεί με τον ρινοφάρυγγα δια μέσω της ευσταχιανής σάλπιγγας και με τις κυψέλες της μαστοειδούς απόφυσης με το άντρο. Χωρίζεται σε τρεις χώρους:

- Τον επιτυμπάνιο χώρο ο οποίος βρίσκεται πάνω από την τυμπανική μεμβράνη και επικοινωνεί μέσω του άντρου με τη μαστοειδή απόφυση.
- Το μεσοτυμπάνιο χώρο ο οποίος αντιστοιχεί στην τυμπανική μεμβράνη και
- Τον υποτυμπάνιο χώρο, δηλαδή κάτω από την τυμπανική μεμβράνη.

(*Μπαλατσούρας, Καμπέρος, 2000, Παπαφράγκου, 1996, Guyton, 1992*)

Μαστοειδές άντρο: Μέσα στη μαστοειδή απόφυση του κροταφικού οστού βρίσκονται μικροί αεροφόροι χώροι, οι μαστοειδείς κυψέλες, που συγκοινωνούν με το κοίλο του τυμπάνου μέσω του μαστοειδούς άντρου

(*Μπαλατσούρας, Καμπέρος, 2000, Παπαφράγκου, 1996*).

Ακουστικά οστάρια: Τα ακουστικά οστάρια σχηματίζουν μία αλυσίδα και σκοπός τους είναι να μεταδίδουν τις δονήσεις από την τυμπανική μεμβράνη στο έσω ους δια της ωοειδούς θυρίδας. Αυτά είναι η σφύρα, ο άκμονας και ο αναβολέας. Η σφύρα είναι το μεγαλύτερο εκ των τριών. Ο άκμονας μοιάζει με γομφίο οδόντα. Τέλος ο αναβολέας φέρεται οριζοντίως, είναι το μικρότερο εκ των τριών ακουστικών οσταρίων. Τα οστάρια και η επιφάνεια του τυμπάνου σχηματίζουν μαζί το όργανο μετάδοσης των ηχητικών κυμάτων (*Παπαφράγκου, 1996*).

Ευσταχιανή σάλπιγγα: Είναι οστεοχόνδρινος σωλήνας, που φέρεται από το πρόσθιο τοίχωμα της τυμπανικής κοιλότητας λοξά προς τα κάτω, έσω και πρόσω και απολήγει στο πλάγιο τοίχωμα της ρινικής μοίρας του φάρυγγα (*Παπαφράγκου, 1996*). Παρουσιάζει κατά

σειρά, τυμπανικό στόμιο, οστέινη μοίρα, χόνδρινη μοίρα και φαρυγγικό στόμιο. (Μπαλατσούρας, Καμπέρος, 2000).

Η ευσταχιανή σάλπιγγα καλύπτεται από κροσσωτό επιθήλιο με κίνηση των κροσσών προς το ρινοφάρυγγα. Με αυτή επιτυγχάνεται η εξίσωση της πίεσης του μέσω ωτός με τον εξωτερικό χώρο. Σε κατάσταση ηρεμίας η ευσταχιανή σάλπιγγα είναι κλειστή αλλά κατά την κατάποση και το χασμουρητό ανοίγει.

Έσω ους

Το έσω ους αποτελεί το κατεξοχήν όργανο της ακοής και της ισορροπίας. Λόγω της πολυπλοκότητας του αποκαλείται λαβύρινθος. Αποτελείται από τρία τμήματα, τον οστέινο λαβύρινθο, τον μεμβρανώδη λαβύρινθο, που περιέχεται εντός του οστέινου λαβυρίνθου και από την ωτική κάψα, που περιβάλλει το όλο σύστημα (Ζιάβρα, 2004).

Ο οστέινος λαβύρινθος έχει μήκος 18- 20 mm και αποτελείται από τα εξής μέρη:

- Τον κοχλία, που βρίσκεται προς τα μέσω και κάτω
- Την αίθουσα η οποία είναι στο μέσο
- Τους ημικύκλιους σωλήνες οι οποίοι περιβάλλουν την αίθουσα με τα τόξα τους, προς τα πίσω
- Τον υδραγωγό της αίθουσας και τον υδραγωγό του κοχλία.

Αίθουσα: Αποτελεί την κεντρική μοίρα του οστέινου λαβυρίνθου και παρεμβάλλεται μεταξύ της τυμπανικής κοιλότητας και του πυθμένα του ακουστικού πόρου. (Μπαλατσούρας, Καμπέρος, 2000, Guyton, 1992).

Ημικύκλιοι σωλήνες: Βρίσκονται προς τα πάνω και πίσω από την αίθουσα. Έχουν μορφή ατελούς κύκλου και ο καθένας βρίσκεται σε ορθή γωνία προς τους άλλους δύο. Υπάρχουν τρεις ημικύκλιοι σωλήνες, ο άνω ή πρόσθιος, ο οπίσθιος και ο έξω ή οριζόντιος (Μπαλατσούρας, Καμπέρος, 2000).

Κοχλίας: Είναι οστέινος σωλήνας ο οποίος σχηματίζει την πρόσθια μοίρα του λαβυρίνθου και μοιάζει με κέλυφος σαλιγκαριού, έτσι πήρε και αυτή την ονομασία. Ο κοχλίας φέρεται υπό την αίθουσα κατά 3-4mm και στη συνέχεια επεκτείνεται προς την κορυφή του λιθοειδούς. Είναι κυλινδρικός, διάυλος οστέινος σωλήνας. Έχει κωνική μορφή με αποστρογγυλωμένη κορυφή.. Ο κοχλίας αποτελείται από τις έλικες, την άτρακτο, το οστέινο ελικοειδές πέταλο και τις κλίμακες (Μπαλατσούρας, Καμπέρος, 2000). Όλος ο κοχλίας βρίσκεται κλεισμένος μέσα στο σκληρότερο κόκαλο που υπάρχει στον ανθρώπινο οργανισμό. Μέσα στον κοχλία επιπλέει το λεπτεπίλεπτο όργανο του Corti που είναι στην πραγματικότητα το πραγματικό όργανο της ακοής γιατί από εδώ ξεκινάει το ακουστικό

νεύρο, το οποίο διοχετεύει στον εγκέφαλο τις ακουστικές πληροφορίες (Ζιάβρα, 2004).

Εκείνο που είναι σπουδαίο και πρέπει να αναφερθεί είναι ότι σε όλο το μήκος των ελικώσεων του κοχλία υπάρχει ένα λεπτό σωληνάκι. Στη βάση αυτού του σωλήνα υπάρχουν μεγάλες σειρές με 20.000 ακουστικά αισθητικά κύτταρα.

Υδραγωγός της αίθουσας: Είναι ευθύς οστέινος ο οποίος περιέχει τον ενδολεμφικό πόρο, που αποτελεί την επέκταση των ενδολεμφικών χώρων του μεμβρανώδους λαβυρίνθου. (Μπαλατσούρας, Καμπέρος, 2000).

Υδραγωγός του κοχλία: Καλείται και κοχλιακό σωληνάριο. Είναι στενότερος από τον υδραγωγό της αίθουσας και συνδέει τους περιλεμφικούς χώρους του κοχλία με τον υπαραχοειδή χώρο του οπίσθιου εγκεφαλικού βόθρου.

Ο υμενώδης λαβύρινθος είναι ένας κλειστός μεμβρανώδης θύλακας που περιέχει υγρό, την ενδόλεμφο και περικλείεται μέσα στον οστέينو λαβύρινθο. Στα τοιχώματα του διανέμονται οι διακλαδώσεις του ακουστικού νεύρου.. Εμφανίζει τρεις μοίρες, μία μέση- την αιθουσαία, μία οπίσθια- την ημικύκλιο και μία πρόσθια- την κοχλιακή (Μπαλατσούρας, Καμπέρος, 2000).

Αιθουσαία μοίρα: Αποτελείται από το σφαιρικό κυστίδιο και το ελλειπτικό κυστίδιο τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με τον ενδολεμφικό πόρο (Μπαλατσούρας, Καμπέρος, 2000). Στο έσω τοίχωμα του σφαιρικού κυστιδίου υπάρχει η ακουστική κηλίδα στην οποία απολήγουν νευρικές ίνες του αιθουσαίου νεύρου. Το ελλειπτικό κυστίδιο βρίσκεται πάνω και πίσω από το σφαιρικό και στο έσω τοίχωμα του εκβάλλει το λεπτότερο σκέλος του ενδολεμφικού πόρου ενώ στο οπίσθιο και άνω εκβάλλουν οι ημικύκλιοι σωλήνες. (Παπαφράγκου, 1996).

Ημικύκλιος μοίρα: Αποτελείται από του τρεις υμενώδεις ημικύκλιους σωλήνες. Οι σωλήνες διακρίνονται σε άνω, οπίσθιο και οριζόντιο και εκβάλλουν στο ελλειπτικό κυστίδιο. Το άνω άκρο τους διευρυμένο σχηματίζει τις υμενώδεις ληκύθους μέσα στις οποίες βρίσκονται οι ακουστικές ακρολοφίες που απολήγουν οι ίνες του αιθουσαίου νεύρου (Μπαλατσούρας, Καμπέρος, 2000).

Κοχλιακή μοίρα: Αποτελείται από τον υμενώδη κοχλία ή κοχλιακό πόρο ο οποίος φέρεται ελικοειδώς εντός του οστέινου κοχλία. Συνδέεται με το σφαιρικό κυστίδιο μέσω του συνδετικού πόρου.. Ο κοχλιακός πόρος εμφανίζει τις ίδιες έλικες με τον κοχλία. Η εγκάρσια διατομή το είναι τριγωνική και παρουσιάζει τα τρία τοιχώματα, το αιθουσαίο, το τυμπανικό το οποίο και φέρει το όργανο του Corti και το έξω τοίχωμα. Το τυμπανικό είναι το σπουδαιότερο γιατί υποβαστάζει το όργανο του Corti.

Το όργανο του Corti: Αποτελείται από τα νευροαισθητήρια ή τριχωτά κύτταρα και από τα ερειστικά κύτταρα. Στηρίζεται στο βασικό υμένα και προβάλλει μέσα στη μέση κλίμακα. Εκτείνεται σε όλο το μήκος του κοχλιακού πόρου και η εμφάνιση του αλλάζει κατά μήκος του κοχλίου (Παπαφράγκου, 1996, Guyton, 1992).

Ακουστική οδός

Το αισθητήριο όργανο του κοχλιακού νεύρου είναι το ελικοειδές γάγγλιο που βρίσκεται στον ελικοειδή πόρο. Οι περιφερικές ίνες των δίπολων κυττάρων του γαγγλίου αυτού καταλήγουν στα τριχωτά κύτταρα του οργάνου του Corti ενώ οι κεντρικές ίνες σχηματίζουν το κοχλιακό νεύρο, το οποίο μαζί με το αιθουσαίο νεύρο αποτελούν την 8^η εγκεφαλική συζυγία (Σκευάς, 1998, Ζιάβρα, 2004). Η ακουστική οδός έχει τους εξής νευρώνες:

1^{ος} Αισθητικός νευρώνας.

2^{ος} Αισθητικό νευρώνας.

3^{ος} Αισθητικός νευρώνας.

4^{ος} Αισθητικός νευρώνας

Αιθουσαία οδός

Έχει τους εξής νευρώνες:

1^{ος} Αισθητικός νευρώνας.

2^{ος} Αισθητικός νευρώνας. (Σκευάς, 1998)

1.2 Φυσιολογία του αυτιού

Τα ηχητικά κύματα μεταβιβάζονται μέσω του ακουστικού πόρου στην τυμπανική μεμβράνη την οποία και θέτουν σε κίνηση. Η κατασκευή του έξω πόρου είναι τέτοια ώστε η τυμπανική μεμβράνη να προφυλάσσεται αφενός από εξωτερικές κακώσεις από την πρόσπτωση πολύ δυνατών ηχητικών δονήσεων. Η τυμπανική μεμβράνη είναι κατά τέτοιο τρόπο κατασκευασμένη και τοποθετημένη ώστε η ηχητική ενέργεια να προσλαμβάνεται εξ'ολοκλήρου. Οι κινήσεις της τυμπανικής μεμβράνης μοιάζουν με κινήσεις εμβόλου και μεταδίδονται μέσω της σφύρας, του άκμονα και του αναβολέα στην περίλεμφο του έσω ωτός (Σκευάς, 1998).

Η ένταση των ηχητικών κυμάτων κατά τη μεταφορά τους προς την ωοειδή θυρίδα αυξάνει κατά 22 φορές. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχει διαφορά σχέσης μεγέθους της επιφάνειας της τυμπανικής μεμβράνης και της βάσης του αναβολέα που είναι 17:1 και στο ότι η σφύρα και ο άκμονας λειτουργούν σαν μοχλός και αυξάνει η ένταση των ηχητικών κυμάτων (Ζιάβρα, 2004).

Έτσι ένα ηχητικό κύμα το οποίο προσπίπτει στην τυμπανική μεμβράνη μεταδίδεται στην περίεμφο της αίθουσας και στη συνέχεια στον κοχλία με πίεση 22 φορές μεγαλύτερη από αυτή που προσέπεσε στον τυμπανικό υμένα. Αυτή η αύξηση είναι αναγκαία διότι δεδομένου ότι η αδράνεια των υγρών είναι μεγαλύτερη της αδράνειας του αέρα, απαιτείται πολύ μεγαλύτερη πίεση για να προκληθεί δόνηση του υγρού.

Το μέσο αυτί μεταδίδει τα ηχητικά κύματα μέσου του στερεού φορέα με αποτέλεσμα μεγαλύτερης εξοικονόμησης ηχητικής ενέργειας συγκριτικά με το αν η μεταβίβαση γινόταν απευθείας από τον αέρα στην περίεμφο. Η περίεμφο τίθεται σε παλμική κίνηση και επιτρέπει έτσι τη δημιουργία ενός κύματος λέμφου από την ωοειδή θυρίδα στην στρόγγυλη. Η τυμπανική μεμβράνη είναι έτσι τοποθετημένη ώστε τα ηχητικά κύματα να μη προσπίπτουν απευθείας στη στρόγγυλη θυρίδα. Το ασθενές κύμα που παράγεται από τον αέρα του κοίλου του τυμπάνου από τη δόνηση της τυμπανικής μεμβράνης προσπίπτει με διαφορά φάσης στην στρόγγυλη θυρίδα και έτσι όχι μόνο δεν εμποδίζει αλλά ενισχύει την κίνηση της λέμφου (Σκευάς, 1998, Guyton, 1992).

Σε αντιστάθμιση του μηχανισμού ενίσχυσης της έντασης των ήχων, υπάρχει και ένας μηχανισμός προστασίας του έσω ωτός από την επίδραση πολύ έντονων ήχων. Αυτός επιτυγχάνεται με τη δράση των δύο μυών του μέσου ωτός οι οποίοι δρουν ανταγωνιστικά μεταξύ τους, με αποτέλεσμα την καθήλωση της ακουστικής αλύσου και αφενός την εξασθένηση των πολύ έντονων δονήσεων της ακουστικής αλύσου και αφετέρου την αποφυγή παρατεταμένων δονήσεων. Τα αντανακλαστικά αυτά παρουσιάζονται πάντα αμφοτερόπλευρα έστω και αν ο ήχος ενεργεί στο ένα αυτί. Ο ήχος με αυτό τον τρόπο εξασθενεί 30- 40dB.

Ο ήχος μεταδίδεται επίσης και δια της οστέινης οδού, κυρίως από τα οστά του κρανίου, από τα ακουστικά οστά και από την αδράνεια της κάτω γνάθου (Ζιάβρα, 2004).

Τέλος, η μαστοειδής απόφυση χρησιμεύει σαν αποθήκη αέρα για να αμβλύνει απότομες μεταβολές της πίεσης του αέρα στο μέσο αυτί και η ευσταχιανή σάλπιγγα εξασφαλίζει την εξίσωση της πίεσης του αέρα του μέσου ωτός με την πίεση της ατμόσφαιρας.

1.3 Ορισμοί Βαρηκοΐας -Κώφωσης

Κατά καιρούς έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί για την αποσαφήνιση του όρου βαρηκοΐα-κώφωση και ιδιαίτερα του όρου παιδική βαρηκοΐα- κώφωση. Παρακάτω αναγράφονται μερικοί:

- Βαρήκοα λέγονται τα άτομα που παρότι δυσκολεύονται, ακούνε ομιλία με ή χωρίς τη χρήση ακουστικού (*Μπρίτσας, χεε*).
- Βαρήκοο παιδί είναι εκείνο το οποίο είτε φοράει ακουστικό είτε όχι, χωρίς να εμποδίζεται δυσκολεύεται όμως στη πλήρη κατανόηση της γλώσσας. (*Πανελλήνιος Σύλλογος Ειδικών στις Διαταραχές του Λόγου, 1985*).
- Ο όρος παιδική βαρηκοΐα σημαίνει γενικά τις διαταραχές της ακοής που παρατηρούνται στα παιδιά, από τη γέννησή τους μέχρι τη σχολική ηλικία, ανεξάρτητα από την αιτία, τον τύπο και το βαθμό της βαρηκοΐας. Ο όρος όμως χρησιμοποιείται ειδικά για να δηλώσει την μεγάλο βαθμού νευροαισθητήρια βαρηκοΐα ή κώφωση στα παιδιά που προκαλεί καθυστέρηση ή αναστολή στην ανάπτυξη των ικανοτήτων ομιλίας και επικοινωνίας και επίκτητη ψυχοκινητική και πνευματική καθυστέρηση. (*Ηλιάδης, Μεταξάς, Ψηφίδης, 1993*).
- Η βαρηκοΐα είναι επομένως μία πάθηση ως αποτέλεσμα δυσλειτουργίας του οργάνου της ακοής, το αυτί. Οι ΩΡΛ (*Πανελλήνιος Σύλλογος Ειδικών σε Διαταραχές του Λόγου, 1999*) ανάλογα με το που εντοπίζεται η βαρηκοΐα τις διακρίνουν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:
 1. Βαρηκοΐες αγωγιμότητας, που η βλάβη οφείλεται στο σύστημα αγωγής του ήχου από το περιβάλλον προς το έσω ους.
 2. Βαρηκοΐες που λέγονται νευροαισθητήριες ή αντιλήψεως, οι οποίες οφείλονται σε βλάβη του έσω ωτός, δηλαδή του οργάνου του Corti.
 3. Βαρηκοΐες μεικτού τύπου, που η βλάβη οφείλεται στο σύστημα αγωγιμότητας και αντιλήψεως του ήχου.
- Κωφό χαρακτηρίζεται το παιδί όταν ακουομετρικώς διαπιστώνεται πλήρης έλλειψη της ακουστικής λειτουργίας (*Ηλιάδης, Μεταξάς, Ψηφίδης, 1993*).
- Κωφός είναι αυτός που είτε φοράει ακουστικό είτε όχι, δεν αντιλαμβάνεται την ομιλία με την ακοή του μόνο. Χρησιμοποιεί κύρια το οπτικό κανάλι για να αντιληφθεί τους συνομιλητές του (χειλοανάγνωση, νοηματική γλώσσα, γραπτή γλώσσα). Η ακουστική απώλεια στις περιπτώσεις αυτές είναι από 70dB και πάνω (*Λαμπροπούλου, Οκαλίδου, 1996*)

1.4 Οι Βαθμοί και οι Τύποι της Βαρηκοΐας

Ο βαθμός της βαρηκοΐας εκφράζεται με τον αριθμό των db με τον οποίο πρέπει να ενισχυθεί ο ήχος για να γίνει ακουστός από τον εξεταζόμενο, π.χ. βαρηκοΐα 20db σημαίνει ότι απαιτείται 20db εντονότερος ήχος για να γίνει ακουστός. Διακρίνονται οι εξής βαθμοί βαρηκοΐας:

Ελαφρά βαρηκοΐα : 15-30db.

Μέτρια βαρηκοΐα : 31-50db.

Μεγάλη βαρηκοΐα : 51-70db.

Σοβαρή βαρηκοΐα : 71-90db.

Κώφωση, όταν η βαρηκοΐα είναι μεγαλύτερη των 90db.

Εικόνα 3: Πίνακας αναπαράστασης των βαθμών βαρηκοΐας

Βαρηκοΐα αγωγιμότητας

Σαν βαρηκοΐα αγωγιμότητας χαρακτηρίζεται η διαταραχή στην μεταφορά των ηχητικών κυμάτων από το έξω και μέσο αυτί στον κοχλία. Οι βαρηκοΐες αυτές μπορεί να οφείλονται κατά σειρά:

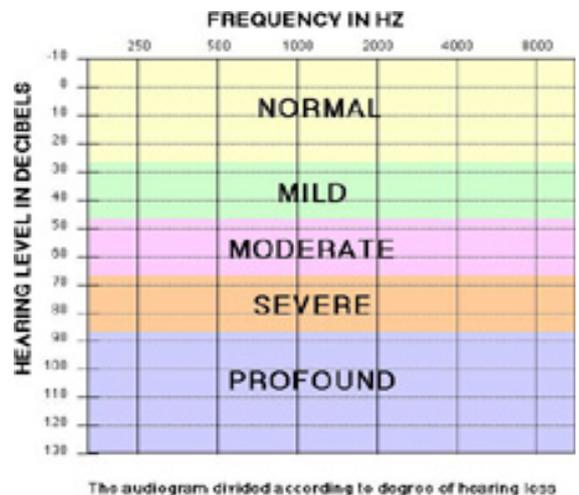
1. Σε βλάβη η οποία αφορά τον έξω ακουστικό πόρο.

Πρόκειται για συγγενείς ανωμαλίες της διάπλασης του περυγίου του αυτιού με ατρησία του έξω ακουστικού πόρου, οι οποίες απαιτούν χειρουργική αντιμετώπιση σε μικρή ηλικία. Επίσης ο έξω ακουστικός πόρος μπορεί να αποφραχθεί από ξένα σώματα ή βύσμα κυψέλης καθώς επίσης και από εκκρίσεις σαν συνέπεια μιας εξωτερικής ωτίτιδας.

2. Βλάβες του μέσω ωτός

Οι βλάβες του μέσω ωτός αφορούν κυρίως το κώιλο του τυμπάνου, την τυμπανική μεμβράνη, τα ακουστικά οστάρια και την ευσταχιανή σάλπιγγα. Οι συνηθέστερες είναι:

1. Η ορώδης ωτίτιδα στην παιδική ηλικία, η οποία συνήθως οφείλεται στην υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων. Λόγω δυσλειτουργίας της ακουστικής σάλπιγγας και συγκέντρωση ενός ορώδους ή βλενοορώδους ή βλενωδούς εκκρίματος με συνέπεια την βαρηκοΐα αγωγιμότητας μικρού ή μεγάλου βαθμού. Στις περιπτώσεις



που συνυπάρχει νευροαισθητήριος βαρηκοΐα οι επιπτώσεις είναι χειρότερες. Η θεραπεία είναι απλή και συνίσταται στην αφαίρεση των αδενοειδών εκβλαστήσεων, την παρακέντηση της τυμπανικής μεμβράνης και την απορρόφηση του εκκρίματος από το μέσο ους.

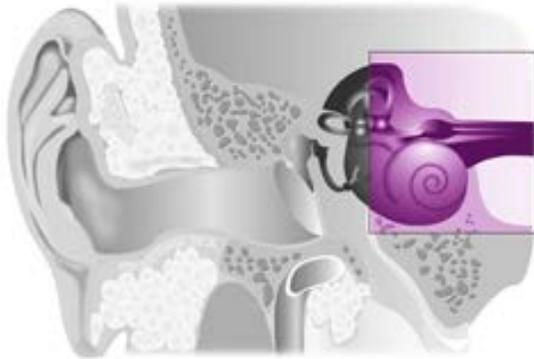
- II. Η χρόνια μέση ωτίτιδα. Στις περιπτώσεις χρόνιας μέσης ωτίτιδας έχουμε συνήθως διάτρηση της τυμπανικής μεμβράνης η οποία μπορεί να συνυπάρχει και με καταστροφή των ακουστικών οσταρίων, όπως του μακρού σκέλους του άκμονα ή του αναβολέα. Η καταστροφή των ακουστικών οσταρίων συμβαίνει συνήθως στις χρόνιες ωτίτιδες με χολοστεάτωμα, το οποίο είναι μία μάζα επιδερμίδας η οποία μεγαλώνει χωροκατακτητικά στο μέσο ους καταστρέφοντας τα ακουστικά οστάρια και τα γύρω οστά και αποτελεί μία εστία ανάπτυξης μικροβίων. Εκτός από τη βαρηκοΐα εγκυμονεί διάφορους κινδύνους επιπλοκών από το μέσον ους, όπως παράλυση του προσωπικού νεύρου, δημιουργία συριγγίου στον οριζόντιο ημικύκλιο σωλήνα και ίλιγγο, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλικό απόστημα κλπ. Στις περιπτώσεις αυτές η ένδειξη της χειρουργικής επέμβασης είναι απόλυτη.
- III. Ωτοσκλήρυνση. Η ωτοσκλήρυνση είναι μία σχετικά σπάνια πάθηση στην παιδική ηλικία, πολύ συχνότερη όμως στους ενήλικες και κυρίως στις γυναίκες. Το 70% των περιπτώσεων είναι αμφοτερόπλευρη και οφείλεται στην αγκύλωση της βάσης του αναβολέα στην ωοειδή θυρίδα. Η αιτία είναι άγνωστη και παρατηρείται μόνο στον άνθρωπο. Για την εμφάνισή της παίζουν ρόλο προδιαθεσικοί ή κληρονομικοί παράγοντες. Η εξέλιξη είναι βαθμιαία και αν δεν χειρουργηθεί μπορεί να φτάσει μέχρι και πλήρη κώφωση (Ζιάβρα, 2004, Σκευάς, 1998, Χελιδόνης, 2002Tanner, 2003).

Βαρηκοΐα νευροαισθητήρια ή αντιλήψεως

Η βλάβη σε αυτή την περίπτωση βρίσκεται προς τα έσω του αναβολέα, στο νευροαισθητήριο σύστημα αντίληψης του ήχου, δηλαδή στο έσω αυτί, στο κοχλιακό νεύρο στην κεντρική ακουστική οδό και στον ακουστικό φλοιό. Οι βαρηκοΐες τύπου αντιλήψεως διακρίνονται σε περιφερικές, όταν η βλάβη που τις προκάλεσε εντοπίζεται στο όργανο του Corti ή στο κοχλιακό νεύρο και σε κεντρικές όταν η βλάβη αφορά στις κεντρικές ακουστικές οδούς ή στον ακουστικό φλοιό. Οι περιφερικές νευροαισθητήριες διακρίνονται σε κοχλιακές και οπισθοκοχλιακές όταν η βλάβη που τις προκάλεσε εντοπίζεται στα τριχωτά κύτταρα ή κυρίως στο στέλεχος του κοχλιακού νεύρου αντίστοιχα. Προκαλείται από βλάβες συγγενείς ή επίκτητες που οφείλονται:

- 1) Σε παράγοντες που προσβάλλουν το όργανο της ακοής κατά την ενδομήτρια ζωή, πριν από την γέννηση (prenatal cause).
- 2) Σε παράγοντες περιγεννητικούς που δρουν κατά τη διάρκεια του τοκετού(perinatal cause).
- 3) Σε παράγοντες που δρουν μετά την γέννηση (postnatal cause).

Η νευροαισθητήρια βαρηκοΐα, ανάλογα με τη χρονική φάση κατά την οποία έδρασε ο αιτιολογικός παράγοντας και με τον χρόνο κατά τον οποίο εκδηλώνεται, διακρίνεται σε συγγενή και επίκτητη (Ζιάβρα, 2004, Σκευάς, 1998, Χελιδόνης, 2002 Tanner, 2003).



Εικόνα 4: Νευροαισθητήρια βαρηκοΐα

Βαρηκοΐα μεικτού τύπου

Στην μεικτού τύπου συνυπάρχουν δύο ή περισσότερα είδη βαρηκοΐας. Συμβαίνει όταν συνυπάρχει βλάβη και στο σύστημα αγωγής του ήχου και στο σύστημα αντιλήψεως, όπως σε συνδυασμένες παθήσεις του μέσω και έσω ωτός.



Εικόνα 5: Βαρηκοΐα μικτού τύπου

Η αιτιολογική ταξινόμηση της βαρηκοΐας είναι δύσκολη ακριβώς λόγω της δυσκολίας καθορισμού του αιτιολογικού παράγοντα, του χρόνου κατά τον οποίο έδρασε, του τρόπου και του μηχανισμού με τον οποίο έδρασε. Δύσκολος σε πολλές περιπτώσεις

είναι ο καθορισμός του είδους αλλά και της εντόπισης και της έκτασης της βλάβης στο όργανο της ακοής (Ζιάβρα, 2004, Σκευάς, 1998, Χελιδόνης, 2002, Tanner, 2003).

1.5 Τα Αίτια της Βαρηκοΐας- Κώφωσης

Οι ακουστικές διαταραχές όπως η κώφωση, η βαρηκοΐα και η ακουστική αγωσσία αιτιολογούνται με την πάθηση του αισθητηρίου ακοής, που αποτελείται από τον περιφερικό δέκτη (όργανο του Corti) που βρίσκεται στον κοχλία του εσωτερικού αυτιού, το ακουστικό νεύρο που ξεκινάει από εκεί και συνεχίζει στον εγκέφαλο μέσω των ακουστικών οδών και τέλος την ακουστική ζώνη του εγκεφάλου που βρίσκεται στον κροταφικό λοβό. Στις ακουστικές διαταραχές πάσχει ένα από τα όργανα που πραγματοποιούν τη διαβίβαση ή την υποδοχή.

Το βαρήκοο παιδί δεν αντιλαμβάνεται τα μοντέλα του λόγου, δεν ακούει τους ήχους που εκπέμπει. Γίνεται επομένως αντιληπτό ότι τα αίτια που είναι υπεύθυνα για τις γλωσσικές διαταραχές σε ένα βαρήκοο παιδί δεν είναι άλλα από τα αίτια που προκαλούν τη βαρηκοΐα.

Τα αίτια τα οποία μπορεί να προκαλέσουν μια βαρηκοΐα είναι πάρα πολλά, κατά γενικό κανόνα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

1. Συγγενή
2. Επίκτητα

Στα συγγενή υπάγονται διάφορες κληρονομικές παθήσεις ή βλάβες του έξω, του μέσω ή του έσω ωτός, με συνέπεια την μη αγωγή ή αντίληψη του ήχου και πρόκληση βαρηκοΐας ή κώφωσης. Συχνότερες όμως είναι οι επίκτητες παθήσεις που έχουν σχέση με προγεννητικά αίτια (βλάβες της ακοής στη διάρκεια της εγκυμοσύνης), με περιγεννητικά αίτια (βλάβες στη διάρκεια του τοκετού) και με μεταγεννητικά αίτια.

Σήμερα προτιμάται η ταξινόμηση των κληρονομικών βαρηκοϊών στις εξής κατηγορίες:

Κληρονομικές βαρηκοΐες

Μέσα στη πληθώρα των αιτιών που ευθύνονται για την εγκατάσταση βαρηκοΐας, μια ξεχωριστή θέση κατέχει η κληρονομικότητα. Η υπευθυνότητά της μέσα στο γενικότερο ποσοστό της βαρηκοΐας του πληθυσμού είναι μικρή. Η ακριβής οριοθέτησή της είναι δύσκολη. Οφείλεται σε γενετικές ανωμαλίες για τις οποίες ευθύνονται:

1. παθολογικά γονίδια

2. γονιδιακές μεταλλάξεις που συμβαίνουν τυχαία από την επίδραση εξωγενών παραγόντων
3. συνδυασμός πολλών παθολογικών γονιδίων και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Σε ότι αφορά τη στασιμότητα ή εξέλιξη της βαρηκοΐας είναι δύσκολο να το προφητεύσει κάποιος. Αυτό για το οποίο μπορούμε να δώσουμε μια σχετική διαβεβαίωση είναι ότι στις περιπτώσεις που πρόκειται για συγγενή ανωμαλία (π.χ. υποπλασία του κοχλία) δεν αναμένεται περαιτέρω επιβάρυνση της βαρηκοΐας. Όταν όμως πρόκειται για διαγνωσμένη κληρονομική αιτία, τότε η γονιδιακή εντολή αφορά την ενεργοποίηση του εκφυλιστικού μηχανισμού στο ακουστικό όργανο, που είναι ταχύτερος στις όψιμες μορφές κληρονομικής βαρηκοΐας. Έτσι οι πρώιμες μορφές εξελίσσονται βραδέως και οι όψιμες ταχύτερα (*Ηλιάδης, Μεταξάς, Ψηφίδης, 1993*).

Επίκτητες βαρηκοΐες

Από τις αιτίες της προγεννητικής περιόδου, εκτός από τους κληρονομικούς παράγοντες και τη συγγενή ερυθρά, αναφέρονται η συγγενής τοξοπλάσμωση, η συγγενής σύφιλη, ενδοκρινοπάθειες της μητέρας (υποθυρεοειδισμός, διαβήτης, νεφρίτιδα), η τοξιναιμία της κύησης, αιμορραγίες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, πρόδρομος πλακούντας, ιογενείς λοιμώξεις της μητέρας, ακτινοβολία, λήψη ωτοτοξικών φαρμάκων, νόσος μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων. Από τις αιτίες της περιγεννητικής και νεογνικής περιόδου αναφέρονται τραυματισμοί και κακώσεις κατά τον τοκετό (εμβρουλκία), εργώδης και παρατεταμένος τοκετός, σηψαιμία του νεογνού, μεταλοιμώδης εγκεφαλίτιδα, μηνιγγο-εγκεφαλίτιδα, ιώσεις (ιλαρά, γρίπη, ερυθρά, ανεμοβλογιά, παρωτίτιδα), κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, ακουστικό τραύμα από το θόρυβο της θερμοκοιτίδας και λαβυρινθίτιδα. Ακόμη ο πυρηνικός ίκτερος, η ανοξία, η προωρότητα και η μηνιγγίτιδα.

Συγγενής ερυθρά

Ο ιός της ερυθράς προσβάλλει την μητέρα το πρώτο τρίμηνο κυρίως της εγκυμοσύνης, προκαλεί εμβρυοπάθεια που χαρακτηρίζεται από συγγενή βαρηκοΐα, συγγενή καταρράκτη, συγγενή καρδιοπάθεια (τριάδα της ερυθράς). Οι κλινικές εκδηλώσεις της συγγενούς ερυθράς εξαρτώνται από τον χρόνο προσβολής της μητέρας και από την αντιγονικότητα και την τερατογενετική ικανότητα του ιού. Η ερυθρά σπάνια προκαλεί πλήρη κώφωση. Συνήθως υπάρχουν σημαντικά υπολείμματα ακοής στις χαμηλές (250 Hz) και στις υψηλές (4000 Hz) συχνότητες. Η βαρηκοΐα είναι συνήθως αμφοτερόπλευρη και συμμετρική.

Ανοξία

Η ανοξία ή υποξία είναι μία από τις συχνές αιτίες της νευροαισθητήριας βαρηκοΐας στη βρεφική και νεογνική ηλικία. Οι βλάβες στον κοχλία και ειδικά στο όργανο του Corti, είναι μόνιμες, μη αναστρέψιμες. Η ανοξία εγκαταλείπει μόνιμη, μη ανατάξιμη νευροαισθητήρια βαρηκοΐα η οποία εκδηλώνεται σαν μεμονωμένη βλάβη ή σε συνδυασμό με εγκεφαλικές βλάβες όπως εγκεφαλική παράλυση, εγκεφαλική δυσλειτουργία, επιληψία, νοητική υστέρηση κ.λ.π.

Πυρηνικός ίκτερος

Οι κλινικές εκδηλώσεις του ίκτερου είναι χαρακτηριστικές της βλάβης των κοχλιακών και των κεντρικών πυρήνων του εγκεφάλου. Στις περισσότερες περιπτώσεις εκτός από τη βαρηκοΐα συνυπάρχουν εγκεφαλικές διαταραχές από την όραση. Η βαρηκοΐα είναι νευροαισθητηριακή αμφοτερόπλευρη και συμμετρική με τη μικρότερη πτώση της ακοής στις χαμηλές συχνότητες και μεγαλύτερη στις μέσες και υψηλές συχνότητες. Ο βαθμός της βαρηκοΐας εξαρτάται επίσης από το ποσό της χολερυθρίνης και την ύπαρξη άλλων αιτιών όπως η προωρότητα και η ανοξία. Η συχνότητα εμφάνισης του πυρηνικού ίκτερου έχει μειωθεί σημαντικά χάρη στην αφαιμαξομετάγγιση και την φωτοθεραπεία, που εφαρμόζεται σήμερα (Χελιδόνης, 2002).

Προωρότητα

Η προωρότητα είναι μία από τις συχνές αιτίες της νευροαισθητηριακής βαρηκοΐας στη παιδική ηλικία. Συνήθως συνυπάρχουν και άλλες αιτίες όπως η ανοξία, ο ίκτερος, οι τραυματισμοί κατά τον τοκετό, τα ωτοτοξικά φάρμακα, ο θόρυβος της θερμοκοιτίδας που συμβάλλουν μεμονωμένα ή συνδυαστικά στη πρόκληση της βαρηκοΐας στα πρόωρα που εμφανίζουν μεγαλύτερη ευαισθησία και ευπάθεια σε αυτές τις καταστάσεις. Τα πρόωρα με μικρό βάρος γεννήσεως εμφανίζουν ανωριμότητα των μεταβολικών τους λειτουργιών και είναι πιο ευαίσθητα σε μικρές αυξήσεις της χολερυθρίνης ή σε καταστάσεις ανοξίας. Η ωτοτοξικότητα των φαρμάκων είναι εξεσημασμένη στα πρόωρα, λόγω της νεφρικής και ηπατικής ανεπάρκειας που υπάρχει.

Μηνιγγίτιδα

Η μηνιγγίτιδα είναι η πιο συχνή αιτία της επίκτητης νευροαισθητηριακής βαρηκοΐας στη παιδική ηλικία. Η συχνότητα εμφάνισης της βαρηκοΐας που οφείλεται στη μηνιγγίτιδα κυμαίνεται από 10-20%. Πολλές φορές είναι δύσκολο να αποδειχθεί αν η βαρηκοΐα οφείλεται στη μηνιγγίτιδα ή στα ωτοτοξικά φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπισή της. Η μηνιγγίτιδα σε ποσοστό 5% αφήνει σαν μοναδική, μόνιμη και μη ανατάξιμη βλάβη, μετά την αποδομή της στο παιδί, νευροαισθητήριο βαρηκοΐα.

Ωτοτοξικά φάρμακα

Τα ωτοτοξικά φάρμακα και άλλες χημικές ουσίες προκαλούν λαβυρινθικές βλάβες, που εντοπίζονται στα τελικά υποδεκτικά όργανα της ακοής και της ισορροπίας. Τα πιο συνήθη ωτοτοξικά φάρμακα είναι η ομάδα των αμινογλυκοσιδών.

1.6 Συμπτώματα και εκδηλώσεις που βάζουν την υπόνοια της βαρηκοΐας.

Η επαρκής γνώση της συμπτωματολογίας της βαρηκοΐας και της ιδιάζουσας και αφύσικης συμπεριφοράς του βαρήκοου παιδιού έχει ως θετικότατο αποτέλεσμα την έγκαιρη υπόνοια της πάθησης και την παραπομπή για τη επιβεβαίωση της διάγνωσης στο κατάλληλο ακουοολογικό κέντρο.

Παρακάτω δίνονται κάποιες εκδηλώσεις που βάζουν την υπόνοια για βαρηκοΐα σε συγκεκριμένες ηλικίες(Ηλιάδη θ. , Μεταξά Σ. , Ψηφίδη Α., 1988):

- **Βρέφος 6-12 μηνών** : Αν δεν βγάζει φθόγγους (φωνούλες), δεν ευχαριστείται με παιχνίδια που κάνουν θόρυβο και δεν προσπαθεί να δημιουργήσει τις πρώτες δικές του λέξεις.
- **Παιδί 2-3 ετών**: Αν δεν άρχισε ακόμη να μιλάει ή το λεξιλόγιό του είναι πολύ φτωχό και δεν σχηματίζει καθόλου φράσεις με συνδυασμό λέξεων.
- **Σε παιδί προσχολικής ηλικίας**: Αν παρατηρηθεί υποστροφή και οπισθοδρόμηση της ομιλίας (ρωτάει συνεχώς «τι;» και που έγινε ξαφνικά απείθαρχο, καλό είναι να γίνει έλεγχος για πρόσφατη βαρηκοΐα.
- **Σε μεγαλύτερη ηλικία**: Αν είναι απομονωμένο από το περιβάλλον του , αποκομμένο από τα άλλα παιδιά και αν πηγαίνει σχολείο και έχει προβλήματα μάθησης.

Η απώλεια ακοής σε μεγαλύτερα παιδιά θα έχει σα συνέπεια την κακή απόδοση τους στο σχολείο και τη μεταβολή της ομιλίας τους σε μονότονη, άρρυθμη και άχρωμη.Όπως είναι φυσικό η παθολογική συμπτωματολογία της βαρηκοΐας πρέπει να είναι γνωστή όχι μόνο στους γιατρούς αλλά και στους γονείς και στους δασκάλους και σε όσους , γενικά, συναναστρέφονται με παιδιά. (Ηλιάδη θ. , Μεταξά Σ. , Ψηφίδη Α., 1988).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΤΩΝ ΒΑΡΗΚΟΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Ο άνθρωπος όπως όλοι οι ζωντανοί οργανισμοί, επιζεί ερχόμενος σε επαφή και σχέσεις με το περιβάλλον του, μαθαίνοντας για αυτό, παίρνοντας ότι του είναι χρήσιμο από αυτό και προσαρμοζόμενος σε αυτό. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω των αισθήσεων που είναι οι δεκτικοί οδοί του οργανισμού και αποτελούν τις «λεωφόρους της μάθησης» (Τσίκουλας, 1996).

Μεταξύ των διαφόρων αισθήσεων αλλά και μεταξύ των αισθήσεων και των εκφραστικών οδών (κίνηση, λόγος) υπάρχει πλήθος δεσμών που έχουν ως αποτέλεσμα να κάνουν το άτομο να λειτουργεί ως ενιαίο όλο. Κρίσιμη περίοδος για την ανάπτυξη των δεσμών μεταξύ των αισθήσεων είναι το δεύτερο εξάμηνο του πρώτου χρόνου της ζωής.

Αν είναι ελαττωματική μία βασική αίσθηση όπως η ακοή τότε το παιδί χάνει αμέσως μία βασική λεωφόρο μάθησης, την ισορροπία που φέρνουν οι δεσμοί μεταξύ των διαφόρων δεκτικών και εκφραστικών οδών και την ακουστική επικοινωνία με το περιβάλλον. Ως αποτέλεσμα επηρεάζονται η ομιλία του παιδιού, η εκπαίδευση του και η κοινωνική του προσαρμογή (Τσίκουλας, 1996).

Η εξέλιξη της ικανότητας του βαρήκοου παιδιού για αντίληψη και παραγωγή του λόγου εξαρτάται από:

1. τον βαθμό απώλειας της ακοής
2. τον τύπο βαρηκοΐας
3. το αποτέλεσμα της ενίσχυσης στην υπολειπόμενη ακοή
4. την ηλικία έναρξης
5. την ηλικία διάγνωσης

και επηρεάζεται ακόμη από:

- α) την απαντητικότητα του παιδιού
- β) την ετοιμότητα του
- γ) τα κίνητρα, την ιδιοσυγκρασία του και την μοναδικότητά του
- δ) το ενδιαφέρον του οικογενειακού περιβάλλοντος και
- ε) τη γλώσσα που χρησιμοποιείται κατά την επικοινωνία (Καρδαμίτση, Ε., 1999).

2.1 Γενικά χαρακτηριστικά λόγου και ομιλίας των βαρήκοων παιδιών

Ο τρόπος ομιλίας των βαρήκοων ατόμων έχει χαρακτηριστεί από την υπερβολική αναπνοή, αργό ρυθμό, εξασθενημένη ποιότητα, αντικατάσταση φθόγγων, παραμόρφωση συλλαβών.

Τα βαρήκοα άτομα παρουσιάζουν επίσης, δυσκολίες σε:

- ✚ Μνήμη
- ✚ Αριθμητικές πράξεις
- ✚ Ανάγνωση
- ✚ Γραμματική και συντακτικό ως προς τη χρήση των χρόνων
- ✚ Παθητική φωνή
- ✚ Σχηματισμό προτάσεων
- ✚ Χρήση πληθυντικού αριθμού
- ✚ Χρήση αντωνυμιών
- ✚ Χρήση επιθέτων ομωνύμων και συνωνύμων
- ✚ Παραλείψεις προθέσεων και συνδέσμων (Ηλιάδη θ. , Μεταξά Σ. , Ψηφίδη Α., 1988)

Πολλές φορές το βαρήκοο-κωφό παιδί συγχέεται με το δυσφασικό και σπάνια με το αυτιστικό. Έχει κανονική κινητική ανάπτυξη και ικανοποιητική κοινωνική προσαρμογή. Μαθαίνουν τους γλωσσικούς κανόνες στα πρώτα χρόνια της ζωής τους, όπως και τα παιδιά με φυσιολογική ακοή, αλλά η πρόοδος τους είναι βραδύτερη και η ποιότητα και η ποσότητα της γλωσσικής απόδοσης είναι κατώτερες από εκείνες των παιδιών με φυσιολογική ακοή. **Η φωνή τους** χαρακτηρίζεται μονότονη, με περιορισμένη ισχύ και διακύμανση. Πολλά μικρά κωφά παιδιά **μπορούν να εκφέρουν** αυτοματοποιημένες φωνήσεις, όπως είναι το γέλιο ή το κλάμα και ακούγονται φυσιολογικά ως προς την ένταση, την διακύμανση και την φωνητική ποιότητα. Επιπλέον, μπορεί να ψελλίζουν με φυσιολογική ποιότητα φωνής. (Καραμούζη, 1991)

Μελέτες που έγιναν πάνω στο **συμβολικό παιχνίδι των κωφών παιδιών**, έδειξαν ότι το παιχνίδι τους είναι περιορισμένο, επαναλαμβανόμενο, απουσιάζει η φαντασία και συμβολισμός. Επίσης, δεν είναι αρκετά συσχετισμένο με τον κοινωνικό περίγυρο και έχει έλλειψη συνοχής και συνέχειας.

Από την άλλη μεριά, το κωφό και βαρήκοο παιδί χρησιμοποιεί καθημερινά αντικείμενα στο παιχνίδι του με συμβολικό τρόπο (π.χ. υποκρίνεται ότι τρώει από ένα άδειο πιάτο), από την άλλη όμως σπάνια θα χρησιμοποιήσει αντικείμενα που θα βρει γύρω του για ένα συμβολικό παιχνίδι που απαιτεί μεγαλύτερη φαντασία και

μεγαλύτερη φανταστική ικανότητα (π.χ. δεν θα χρησιμοποιήσει ένα κουτί σαν να ήταν ένα αεροπλάνο).

Όσον αφορά, το ομαδικό παιχνίδι, το κωφό και βαρήκοο παιδί δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί σε υποθετικές καταστάσεις, όπου χρειάζεται να υποκριθεί κάποιον ρόλο (π.χ. να γίνει αστυνομικός). Συνεπώς, δεν έχει την υποκριτική ικανότητα και δυσκολεύεται στην εναλλαγή των ρόλων , πράγμα που δεν παρατηρείται στα παιδιά με φυσιολογική ακοή. (Καραμούζη, 1991)

Έχει παρατηρηθεί ότι στα κωφά και βαρήκοα παιδιά που δεν έχουν αναπτύξει κάποιο σύστημα μέσω του οποίου να μπορούν να επικοινωνήσουν , είτε αυτό είναι η ομιλία είτε είναι η νοηματική γλώσσα, ο τρόπος σκέψης τους είναι λιγότερο αφαιρετικός , άκαμπος, εγωκεντρικός και παρορμητικός και αυτό φαίνεται στη συμπεριφορά τους.

Οι βαρήκοοι δεν εμφανίζουν ψυχιατρικές διαταραχές. Τα προβλήματα τους φαίνεται να συνοδεύονται περισσότερο με αισθήματα ματαίωσης που είναι αποτέλεσμα των μειονεξιών της ομιλίας και του λόγου.

Η βαρηκοΐα δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως γλωσσική διαταραχή όπως η δυσλεξία ή η εξελικτική δυσφασία, εφόσον τα βαρήκοα άτομα δεν έχουν εγγενή βλάβη στις ικανότητες τους για εκμάθηση της γλώσσας. Επίσης, μελέτες έχουν δείξει ότι οι πιο 'ορατοί' φθόγγοι τείνουν να προφέρονται σωστά και συχνότερα ότι οι συσχετισμοί μεταξύ του είδους και του σφάλματος (όπως ανακατώματα άηχων-ηχηρών φθόγγων ή παράλειψη του τελικού συμφώνου) και της βαθμολογίας της καταληπτότητας της ομιλίας αφθονούν στην βιβλιογραφία. Τα βαρήκοα άτομα δεν κάνουν σφάλματα στην άρθρωση αλλά προφέρουν φθόγγους σύμφωνα με ένα παρεκκλινόμενο φωνολογικό σύστημα. (Καραμούζη, 1991)

2.2 Ειδικά χαρακτηριστικά Λόγου και Ομιλίας των Βαρήκοων παιδιών

- **Λεξιλόγιο**

Ένα κοινό γλωσσικό πρόβλημα ανάμεσα σε παιδιά με βαρηκοΐα είναι το περιορισμένο λεξιλόγιο. Τα παιδιά συνήθως μαθαίνουν απλές καθημερινές λέξεις. Μπορεί να έχουν κενά στο λεξιλόγιο τους καθώς και να μην γνωρίζουν λέξεις που να αντιστοιχούν σε ένα περιεχόμενο όπως για παράδειγμα το διάστημα. Οι λέξεις μακριά, πλανήτης, αστέρια, πύραυλος και αστροναύτης μπορεί να τους είναι άγνωστες.

Συνήθως χρησιμοποιούν τις λέξεις με περιορισμένο τρόπο. Για παράδειγμα, ένα παιδί με έλλειψη ακοής μπορεί να χρησιμοποιήσει τη λέξη χαρούμενος ως κατηγορούμενο (π.χ. Το αγόρι είναι χαρούμενο) αλλά όχι ως κατηγορημα (π.χ. Το χαρούμενο αγόρι είναι εδώ). Τα περισσότερα παιδιά παρουσιάζουν :

1. γενικά περιορισμένο λεξιλόγιο
2. φτωχή κατανόηση των εννοιών των λέξεων
3. έλλειψη κατανόησης των πολλαπλών εννοιών των λέξεων
4. δυσκολία κατανόησης αφηρημένων, μεταφορικών και παροιμιωδών εννοιών
5. προβλήματα στην πραγματολογία, συμπεριλαμβανόμενου και απροθυμίας για ομιλία
6. περιορισμένη προφορική επικοινωνία
7. έλλειψη σύνθετου λόγου
8. ανεπαρκές υπόβαθρο πληροφοριών
9. περιστασιακά άσχετος λόγος
10. αδυναμία αναγνώρισης των συνώνυμων και των αντώνυμων

(Οκαλίδου, 2002, Dodd, 2006, Hegde, 2001, Lee, 2003, Paul, 2001)

- Φωνολογική ικανότητα

Τα παιδιά που παρουσιάζουν βαρηκοΐα δυσκολεύονται να μάθουν τα φωνοτακτικά εμπόδια της γλώσσας τους, όχι μόνο γιατί έχει επηρεαστεί η ακοή τους αλλά και γιατί λιγότερος λόγος απευθύνεται σε αυτά, περιορίζοντας έτσι τις φορές που ακούν μια λέξη να προφέρεται. Πρόσφατες έρευνες (Dodd, 1995) αναφέρουν ότι τα λάθη των συμφώνων που είναι τυπικά σε αυτά τα παιδιά είναι:

1. παράλειψη των τελικών και αρχικών συμφώνων των λέξεων
2. αντικατάσταση των ηχηρών φωνημάτων με άηχα
3. αντικατάσταση των ρινικών φωνημάτων με στοματικά
4. διαστροφή των ήχων, ιδιαίτερα των κλειστών και εξακολουθητικών φωνημάτων
5. ακατάλληλη απελευθέρωση των τελικών κλειστών φωνημάτων
6. απλοποίηση συμπλεγμάτων

Αντίστοιχα, τα πιο τυπικά λάθη που παρουσιάζονται στα φωνήεντα είναι :

1. ανακριβής παραγωγή των φωνηέντων

2. αυξημένη διάρκεια φώνησης των φωνηέντων
3. ρινικοποίηση των φωνηέντων
4. αντικατάσταση φωνηέντων από άλλα φωνήεντα
5. ουδετεροποίηση και διφθογοποίηση φωνηέντων

- Αρθρωτική ικανότητα

Κάποιες αρθρωτικές έρευνες χρησιμοποίησαν ηλεκτογραφικές τεχνικές για την αντικειμενική μέτρηση της σχέσης της γλώσσας και του ουρανίσκου κατά τη διάρκεια της λεκτικής παραγωγής. Οι Dagenais και Critz- Crosby (1991) αναφέρουν ότι τα παιδιά με βαρηκοΐα παρήγαγαν ίδιας ιδιοσυγκρασίας σχέση γλώσσας και ουρανίσκου κατά την παραγωγή λέξεων της μορφής σύμφωνο- φωνήεν- σύμφωνο- φωνήεν (Dodd, 1995).

Η έρευνα των Osberger και McGarr (1982) για την γλωσσική παραγωγή των παιδιών με βαρηκοΐα κατέληξε ότι τα φωνήεντα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά σε παιδιά κάτω των 7 ετών είναι τα /a/, /e/ και /o/, ενώ τα /i/ και /u/ χρησιμοποιούνται σπάνια. Τα φωνήεντα χρησιμοποιούνται πιο συχνά συγκριτικά με τα σύμφωνα. Τα διχειλικά σύμφωνα είναι περισσότερο πιθανό να είναι μέρος του λόγου των παιδιών με βαρηκοΐα σε σχέση με τα σύμφωνα που έχουν οπίσθια θέση αρθρωτικής παραγωγής.

Ο Lach και οι συνεργάτες του (1970) ασχολήθηκαν με μία ομάδα βαρήκων παιδιών όπου το 66% αυτών παρήγαγε γλωττιδικούς ήχους επί το πλείστον ενώ το 25% παρήγαγε ρινικούς (Dodd, 1995). Μετά από ένα χρόνο εκπαίδευσης μόνο το 44% παρήγαγε γλωττιδικούς ήχους και υπήρξε αύξηση στην παραγωγή των έκκροτων και των ημιφωνηέντων ενώ η παραγωγή των τριβόμενων και των προστριβόμενων φωνημάτων παρέμεινε σπάνια.

Από τα αποτελέσματα των ερευνών γίνεται αντιληπτό ότι συμβάλουν σημαντικά στην εξέλιξη της αρθρωτικής ικανότητας η ηλικία και η εκπαίδευση των παιδιών, πέρα από το βαθμό βαρηκοΐας του εκάστοτε παιδιού.

- Γραμματικές και συντακτικές δομές

Τα παιδιά με απώλεια ακοής αντιλαμβάνονται και παράγουν μικρότερες και πιο απλές προτάσεις από αυτές που παράγουν παιδιά χωρίς απώλεια ακοής. Συχνά δυσκολεύονται να καταλάβουν και να δομήσουν σύνθετες προτάσεις όπως οι αναφορικές προτάσεις («Ο δάσκαλος τον οποίο έχω στα μαθηματικά,

αρρώστησε) ή η παθητική φωνή («Το φαγητό φαγώθηκε από το σκύλο»). Επίσης, συνήθως αδυνατούν να ακούσουν τα τελικά φωνήματα των λέξεων με αποτέλεσμα να παρανοούν και να χρησιμοποιούν λάθος τους χρόνους και τα πρόσωπα των ρημάτων, τον πληθυντικό αριθμό και τα κτητικά επίθετα.

Συγκεκριμένα παρατηρούνται τα εξής στο σχηματισμό του λόγου:

1. Η δομή των προτάσεων που παρατηρείται είναι η απλή και ακολουθεί τη μορφή υποκείμενο- ρήμα- αντικείμενο
2. Υπερβολική χρήση ρημάτων και ουσιαστικών
3. Σπάνια χρησιμοποιούν προθέσεις, επίθετα και επιρρήματα
4. Παράλειψη των λειτουργικών λέξεων
5. Σπάνια φτιάχνουν σύνθετες και περίπλοκες προτάσεις
6. Παραλείπουν τα μορφήματα που χαρακτηρίζουν τον πληθυντικό αριθμό και τους αόριστους χρόνους

(*Blanken et al, 1993, Dodd, 1995, Tomblin et al , 2002*).

- Ροή

1. γενικά περιορισμένη ροή ομιλίας
2. αυξημένος ρυθμός διαταραχών
3. αργός ρυθμός ομιλίας
4. ακατάλληλες παύσεις
5. αφύσικη ροή του λόγου
6. αφύσικος ρυθμός του λόγου

- Αναπνοή και Φώνηση

1. υψηλού τόνου φωνή
2. έλλειψη κανονικού τονισμού
3. τραχύτητα φωνής
4. βραχνάδα φωνής
5. υπορινική αντήχηση στους ρινικούς ήχους
6. υπερρινική αντήχηση στους μη ρινικούς ήχους

(*Οκαλίδου, 2002, Dodd, 2006, Hegde, 2001, Lee, 2003, Paul, 2001*)

Οι πρώτες μελέτες στο **αναπνευστικό φωνητικό** σύστημα έδειξαν πως υπάρχει ασυγχρονισμός μεταξύ των δύο συστημάτων καθώς και του άνω αρθρωτικού

συστήματος (χείλη , σταφυλή, δόντια, σαγόνια). Επιπλέον τα βαρήκοα παιδιά εκπνέουν μεγαλύτερη ποσότητα αέρα κατά την ομιλία σε σχέση με τους ακούοντες συνομηλικούς τους. Επίσης, ξεκινούν τη φώνηση με πολύ χαμηλό επίπεδο ζωτικής χωρητικότητας δηλαδή με μειωμένα αποθέματα αέρα και έτσι παράγουν λιγότερες συλλαβές με κάθε εκπνοή. Επιπλέον, κάνουν παύσεις σε ακατάλληλα σημεία μέσα στο λόγο π.χ. σταματούν ανάμεσα σε μια φράση. Τέλος, έχουν μειωμένο φωνητικό εύρος και η διάρκεια της φώνησης είναι τρεις φορές μικρότερη σε σχέση με τα ακούοντα παιδιά. (Οκαλίδου, 2002, Dodd, 2006, Hegde, 2001, Lee, 2003, Paul, 2001)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΙΑΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το πρώτο βήμα στη διαμόρφωση του εαυτού από το παιδί είναι η αναγνώριση του υπαρξιακού του εαυτού. ‘Ότι δηλαδή υπάρχει σαν μια οντότητα, ξεχωριστά από τους άλλους και ιδιαίτερα από την μητέρα. Το επόμενο δύσκολο βήμα για το παιδί είναι να κάνει την ψυχολογική διαφοροποίησή του από τους άλλους καθώς και να αντιλαμβάνεται την άποψη του άλλου για τον εαυτό του.

Ο Rosenberg αναφέρει ότι το παιδί για να σχηματίσει την έννοια του εαυτού πρέπει όχι μόνο να είναι γνωστικά σε θέση να κατανοεί έννοιες ανώτερου βαθμού, αλλά και να είναι σε θέση να βλέπει τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού του, από την άποψη των άλλων. << Με το να είναι το παιδί σε θέση να μπαίνει στο ρόλο του άλλου, μπορεί να ορίζει τον εαυτό του με όρους που αναφέρονται στις αντιδράσεις που έχουν οι άλλοι(σκέψεις και συναισθήματα) για την παρουσία του>>. (Mussen, 1983).

Ο Rosenberg προχωρεί στο να εξετάσει ποιοι είναι οι άλλοι, των οποίων η άποψη διαμορφώνει τον εαυτό του παιδιού. Από τα δεδομένα του συμπεραίνει ότι οι άλλοι είναι τα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του παιδιού, πρόσωπα τα οποία το παιδί θεωρεί ότι γνωρίζουν πολλά και τα οποία μπορεί να εμπιστευτείται.

Τα σημαντικά πρόσωπα δεν έχουν την ίδια σημαντικότητα για το παιδί σε κάθε ηλικία. Αρχικά, η άποψη του παιδιού για το ποιος είναι βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στις απόψεις που νομίζει ότι έχουν κυρίως οι γονείς του για το άτομό του.

Σταδιακά μειώνεται η σημασία της άποψης των γονέων και δίνεται μεγαλύτερη βαρύτητα στη γνώμη των συνομηλίκων και την εφηβική ηλικία σημαντικοί άλλοι είναι κυρίως οι φίλοι του εφήβου. Κατά τον Rosenberg η γνώμη που έχουν οι σημαντικοί άλλοι επηρεάζει τη στάση για τον εαυτό. Ο Mead αναφέρει σχετικά ότι περισσότερο ή λιγότερο συνειδητά βλέπουμε τους εαυτούς μας όπως μας βλέπουν οι άλλοι (Mussen, 1983).

3.1Επίγνωση του εαυτού: στάδια εξέλιξης

Η πορεία για την εξέλιξη της επίγνωσης του εαυτού από το παιδί γίνεται σε σχέση με το εγώ, το εμένα και τους άλλους. Σύμφωνα με την περιγραφή των Gesell & Ilg η συνειδητοποίηση του εαυτού από την ηλικία των 6 ως την ηλικία των 9 χρονών ακολουθεί τα εξής στάδια: το παιδί των 6 χρονών ασχολείται πολύ με την ορθότητα της συμπεριφοράς της δικής του και των φίλων του και συχνά ασκεί κριτική.

Το παιδί των 7 χρονών, αντίθετα, ανησυχεί για το τι σκέφτονται οι άλλοι για αυτό και αποφεύγει να θέτει τον εαυτό του σε κριτική. Προσέχει πολύ τη συμπεριφορά του και ντρέπεται για τα λάθη του ή όταν γελούν σε βάρος του. Στην ηλικία των 8 χρονών ενδιαφέρεται για τις επιδόσεις του και θέλει να ζει σύμφωνα με τους κανόνες που θεωρεί ότι οι άλλοι βάζουν για τον εαυτό του.

Στην ηλικία των 9 οι Gesell & Ilg παρατηρούν ότι παρουσιάζεται η ικανότητα για αυτοκριτική. Το παιδί στην ηλικία αυτή είναι πολύ ευαίσθητο στο να ευχαριστεί τους άλλους και ασκεί αυστηρή κριτική στον εαυτό του.

Οι παρατηρήσεις των Gesell & Ilg μας δίνουν αρκετές πληροφορίες για τις αναπτυξιακές αλλαγές που ακολουθεί η σχέση του εγώ, του εμένα και του άλλου.

Στην ηλικία των 6 το εγώ ως γνώστης φαίνεται ικανό να κρίνει τους άλλους, αλλά όχι εμένα. Έτσι κριτικάρει εύκολα τα σφάλματα των άλλων, αλλά όχι τα δικά του. Στην ηλικία των 7 χρονών η συμπεριφορά του παιδιού, δείχνει ότι το παιδί παρατηρεί την κριτική που κάνουν οι άλλοι για τον εαυτό του(το εμένα), αλλά το εγώ δεν αξιολογεί ακόμα άμεσα το εμένα. Η παρατήρηση αυτή ενισχύει την άποψη του Cooley για τον καθρεφτιζόμενο εαυτό. Οι άλλοι στο στάδιο αυτό, αποτελούν την αντανάκλαση του εμένα, το οποίο αργότερα θα εσωτερικεύσει το εγώ.

Στην ηλικία των 8 χρόνων το εγώ παρατηρεί όχι μόνο τους άλλους αλλά και το εμένα. Το εγώ παρατηρεί τους άλλους και το εμένα και συγκρίνει τη συμπεριφορά του εμένα και των άλλων και αξιολογεί αν η συμπεριφορά του εμένα είναι σύμφωνη με τους κανόνες που θέτουν οι άλλοι.

Στην ηλικία των 9 χρόνων το εγώ όχι μόνο παρατηρεί αλλά και κρίνει τη συμπεριφορά του εμένα με βάση κανόνες που το παιδί έχει εσωτερικεύσει. Η κριτική δε αυτή είναι αυστηρή.

Μια παρόμοια εξέλιξη στη συναίσθηση του εαυτού παρατηρεί η Harter (1982) από έρευνα που έκανε για την εξέλιξη της συναισθηματικής πλευράς του εαυτού. Από διάφορα συναισθήματα τα οποία ρωτήθηκαν τα παιδιά να ορίσουν (χαρούμενος, λυπημένος, κακός, φοβισμένος κ.λ.π.) το συναίσθημα της ντροπής και της υπερηφάνιας παρατήρησε ότι καθόριζε την εξελικτική πορεία του εαυτού.

Τα παιδιά της ηλικίας των 3 και 4 ετών δεν μπορούσαν να ορίσουν τα συναισθήματα αυτά, παρόλο που μπορούσαν να ορίσουν άλλα τα συναισθήματα. Στο επόμενο στάδιο, ηλικίας 4 ως 5 ετών, ανέφεραν ότι η ντροπή είναι κακό συναίσθημα και η υπερηφάνια καλό, χωρίς να κάνουν παραπέρα αξιολογήσεις.

Στην ηλικία των 5 με 7 χρόνων παρατηρήθηκε ένας πρώτος ορισμός των συναισθημάτων αυτών με αναφορά στο πώς οι άλλοι θα μπορούσαν να ντρέπονται ή να είναι υπερήφανοι για τον εαυτό (Mussen, 1983).

Μετά την ηλικία των 8 χρόνων τα παιδιά μπορούσαν να ορίσουν πώς θα ήταν περήφανοι ή θα ντρέπονταν για τον εαυτό τους. Οι απαντήσεις τους έδειχναν ότι μπορούσαν να βιώσουν τα συναισθήματα αυτά, ανεξάρτητα από την παρατήρηση των άλλων (Mussen, 1983).

Τα δεδομένα, όπως αναφέρει η Harter, δείχνουν ότι η εξέλιξη της συναισθηματικής στάσης του εγώ απέναντι στο εμένα περνά διάφορα στάδια: το εγώ αρχικά αντιλαμβάνεται τη συναισθηματική στάση των άλλων προς το εμένα, τη δική τους ντροπή ή υπερηφάνια για μένα και κατόπιν επεξεργάζεται τις συναισθηματικές αυτές αντιδράσεις και τις εφαρμόζει στον εαυτό του. Τα δεδομένα αυτά δεν δείχνουν ότι τα παιδιά πριν από την ηλικία αυτή δεν βιώνουν τα συναισθήματα της ντροπής και της υπερηφάνιας. Δείχνουν μόνο ότι το εγώ ως παρατηρητής μέχρι την παιδική ηλικία δεν μπορεί να παρατηρήσει τον εαυτό ως παρατηρούμενο.

3.2 Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα μιας χρόνιας αναπηρίας

Τα κριτήρια με τα οποία ορίζεται σαν χρόνια μία σωματική ή νοητική αναπηρία είναι η χρονική διάρκεια της, ο βαθμός σοβαρότητάς της, η επίδραση την οποία επιφέρει στην λειτουργικότητα του ατόμου και η ανάγκη την οποία δημιουργεί για διαρκή φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας. Βάσει αυτών, χρόνια σωματική αναπηρία ή διαταραχή ορίζεται κάθε οργανική διαταραχή η οποία διαρκεί άνω των τριών μηνών ή συνεπάγεται μία περίοδο νοσηλείας άνω του ενός μήνα, η οποία προκαλεί περιορισμούς στη κλίμακα των ικανοτήτων και των συμπεριφορών του ατόμου και επιφέρει μεταβολές στη κοινωνική του λειτουργικότητα ή στην άσκηση των κοινωνικών του ρόλων (Τσιάντης, Γ., 1987)

Από μελέτες, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί στις Η.Π.Α. και στην Αγγλία, υπολογίζεται ότι περίπου το 10-15% του συνόλου των παιδιών παρουσιάζουν κάποια χρόνια σωματική διαταραχή ή ασθένεια. Στην Ελλάδα αναμένεται ότι ισχύουν παρόμοια ποσοστά. Η χρόνια σωματική ασθένεια ή αναπηρία επιβαρύνει την παιδική ηλικία με οργανικά και λειτουργικά προβλήματα, επανειλημμένες ιατρικές επισκέψεις, πολύπλοκες εξετάσεις, συχνές νοσηλείες, αβεβαιότητα για το μέλλον και σύνθετα δευτερογενή ψυχολογικά, κοινωνικά και εκπαιδευτικά προβλήματα. Λόγω των πολλαπλών προβλημάτων τα οποία δημιουργεί θεωρείται πηγή χρόνιου στρες για το παιδί και την οικογένεια (Register, C., 1987).

Ποιες είναι οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και τα προβλήματα της χρόνιας σωματικής ασθένειας ή αναπηρίας στο παιδί, με ποια συχνότητα εμφανίζονται και από τι εξαρτώνται;

Με τον όρο ψυχοκοινωνικά προβλήματα αναφερόμαστε συνήθως σε κοινωνικές και οικογενειακές καταστάσεις που επηρεάζουν αρνητικά την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού, έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην ψυχική του υγεία και πιθανόν και στη σωματική του υγεία ή παρεμποδίζουν την ομαλή κοινωνική του ένταξη. Αναφερόμαστε, επίσης σε προβλήματα του ίδιου του παιδιού(ψυχικά ή σωματικά) που αποτελούν σοβαρό εμπόδιο στην κοινωνική του ενσωμάτωση και αποκατάσταση, λόγω και δεδομένων συνθηκών (π.χ. έλλειψη κατάλληλων δομών και προγραμμάτων, προκαταλήψεις κ.τ.λ.).(Τσιάντης, Γ., 1987)

Πρόκειται για έναν όρο που καλύπτει ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων όπου οι κοινωνικές διαστάσεις ενός ατομικού προβλήματος αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα ως προς τη θεραπεία και την πρόληψη, όπου το ατομικό συμπλέκεται αποφασιστικά με το κοινωνικό- οικογενειακό.

Από τις περισσότερες μελέτες προκύπτει ότι τα παιδιά τα οποία πάσχουν από χρόνιες σωματικές ασθένειες, διαταραχές ή αναπηρίες έχουν 1,5 έως 3 φορές περισσότερες πιθανότητες από ό,τι οι υγιείς συνομήλικοί τους να παρουσιάσουν ψυχικά, συμπεριφερολογικά και μαθησιακά προβλήματα. Υπάρχουν όμως και μελέτες οι οποίες αναφέρουν ότι δεν παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες από ό,τι οι άλλοι συνομήλικοί τους(Τσιάντης, Γ., 1987)

Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα τα οποία είναι δυνατόν να παρουσιάσουν είναι ποικίλα. Ειδικότερα αναφέρονται: διαταραχή της εικόνας εαυτού, άγχος, κατάθλιψη, προβλήματα συμπεριφοράς και δυσκολίες στο σχολείο. Σχετίζονται με τις αντιδράσεις του ίδιου του παιδιού, της οικογένειάς του και του ευρύτερου κοινωνικού τους περιβάλλοντος προς τη χρόνια σωματική ασθένεια. Η εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στο παιδί εξαρτάται από πολλούς άλλους παράγοντες: τις προσωπικές ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά του παιδιού, τις προϋπάρχουσες εμπειρίες της ζωής του, την ποιότητα των σχέσεων με τους γονείς του, την προσωπικότητα και τις σχέσεις των γονέων του (Τσιάντης, Γ., 1987)

Πώς η χρόνια σωματική ασθένεια/ αναπηρία επηρεάζει την ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού;

Ο αποχωρισμός του παιδιού από την οικογένεια για λόγους νοσηλευτικής περίθαλψης είναι δυνατόν να αποβεί ψυχοτραυματικός παράγοντας και να επηρεάσει την εξέλιξή του. Μελέτες υποστηρίζουν ότι υπάρχει μία συσχέτιση των εισαγωγών σε νοσοκομείο και της εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας στην εφηβεία. Προβλήματα είναι δυνατόν να προκληθούν και από περιορισμούς στην κινητικότητα και την διαίτα τους οποίους επιβάλλουν ορισμένες χρόνιες σωματικές ασθένειες. Από έρευνες προκύπτει ότι παιδιά τα οποία υπόκεινται σε περιορισμό της κινητικότητας, γίνονται φοβισμένα, παθητικά και εξαρτημένα από τους ενήλικες. (Register, C.,1987).

Η τακτική ιατρο-νοσηλευτική φροντίδα επίσης είναι δυνατόν να αποβεί για το παιδί παράγοντας δημιουργίας τάσης αυξημένης εξάρτησης και παλινδρόμησης με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η φυσιολογική του πορεία προς την ωρίμανση και την ανεξαρτητοποίηση. Επί πλέον οι επεμβάσεις στο σώμα του (ενέσεις, εγχειρήσεις) και η λήψη φαρμάκων είναι δυνατόν να γίνονται αφορμές ενεργοποίησης ιδεών και φαντασιώσεων (ευνουχισμού, επίθεσης, κ.α.), οι οποίες να του προκαλούν έντονο άγχος.

Οι συχνές απουσίες από το σχολείο σε περίπτωση επιπλοκών της ασθένειας είναι δυνατόν να αποτελέσουν επιπρόσθετο επιβαρυντικό παράγοντα και να επηρεάσουν αρνητικά την ομαλή ψυχοκοινωνική ωρίμανση του παιδιού. Σχετικά με αυτό υποστηρίζεται ότι η θετική στάση του εκπαιδευτικού προσωπικού και των συμμαθητών προς τη χρόνια σωματική ασθένεια θεωρείται διευκολυντικός παράγοντας της προσαρμογής του παιδιού στο σχολείο και συνακόλουθα της ομαλής εξέλιξής του (Register, C.,1987).

Επί πλέον έχει φανεί ότι η παρατεταμένη χρόνια εμπειρία της ασθένειας είναι δυνατόν να οδηγεί το περιβάλλον του παιδιού να το αντιμετωπίζει μόνο με "ρόλο ασθενή". Στην περίπτωση αυτή το παιδί δέχεται διαρκώς ανοικτά ή συγκαλυμμένα μηνύματα ότι σαν ασθενής μειονεκτεί και ότι αναμένονται από αυτό λιγότερα σε σχέση με τους συνομηλίκους του. Το αποτέλεσμα της υιοθέτησης μιας ελλειμματικής εικόνας εαυτού από το παιδί το θέτει σε υψηλό κίνδυνο να αναπτύξει συναισθηματικές και λειτουργικές διαταραχές και προβλήματα συμπεριφοράς (Register, C.,1987).

Από τι εξαρτάται η εμφάνιση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της χρόνιας σωματικής ασθένειας στην οικογένεια;

Η χρόνια σωματική ασθένεια του παιδιού επηρεάζει άμεσα και με πολλούς τρόπους το οικογενειακό του περιβάλλον. Οι ιατρικές επισκέψεις και εξετάσεις, η χορήγηση φαρμάκων, οι κατοίκον θεραπείες και οι ανάγκες νοσηλείας του παιδιού διαταράσσουν και μεταβάλλουν την κανονική ροή της οικογενειακής ζωής.

Η χρόνια σωματική ασθένεια στο παιδί, λόγω της διαρκούς επιβάρυνσης την οποία προκαλεί, επιφέρει ενδοοικογενειακά συναισθηματικές, κοινωνικές και

οικονομικές επιπτώσεις. Η φύση και η έκταση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων τα οποία αντιμετωπίζει η οικογένεια εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες: την βαρύτητα και την πρόγνωση της ασθένειας, τα τυχόν συνοδά της προβλήματα, το είδος της ασθένειας (κληρονομική ή επίκτητη), την ηλικία του παιδιού κατά την έναρξη της ασθένειας, την ψυχική ωριμότητα των γονέων και την ύπαρξη ή όχι προηγούμενης ψυχικής διαταραχής σε μέλη της οικογένειας(Τσιάντης, Γ.,1987).

Ποιες είναι οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της χρόνιας σωματικής ασθένειας στην οικογένεια;

Σε συναισθηματικό επίπεδο, κατά την διάγνωση της χρόνιας σωματικής ασθένειας του παιδιού οι γονείς αντιδρούν με άγχος, ανησυχία, φόβους και ενοχή. Υποστηρίζεται ότι οι αντιδράσεις αυτές αποτελούν έκφραση του θρήνου τους για την απώλεια του υγιούς "φυσιολογικού" παιδιού το οποίο ανέμεναν να έχουν. Τα συναισθήματα αυτά όταν παρατείνονται στον χρόνο είναι δυνατόν να οδηγήσουν τους γονείς σε καταστάσεις χρόνιας κατάθλιψης. Αποτέλεσμα είναι να παρεμποδίζεται η προσαρμογή τους στη νέα κατάσταση, να αδυνατούν να αποδεχθούν το πρόβλημα του παιδιού και να επηρεάζεται η σχέση τους μαζί του σε σημαντικό βαθμό. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι αρκετά συχνή η ανάπτυξη υπερπροστασίας και υπεραπασχόλησης προς το παιδί. Επίσης δεν είναι ασυνήθιστη η εμφάνιση εκ μέρους των γονέων τάσεων απόκρυψης της ασθένειας από το κοινωνικό περιβάλλον. Οι σχέσεις του ζευγαριού είναι δυνατόν να επιβαρυνθούν. Αναζωπυρώνονται παλαιά ενδοοικογενειακά προβλήματα και οι γονείς αδυνατούν να συνεργασθούν μεταξύ τους. Τότε το σχήμα το οποίο τείνει να επικρατεί είναι η μητέρα να επιφορτίζεται μόνη την φροντίδα της ασθένειας του παιδιού, ενώ ο πατέρας δεν ασχολείται καθόλου με αυτήν(Τσιάντης, Γ.,1987).

Σε κοινωνικό επίπεδο, πολλές οικογένειες αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα απομόνωσης και περιθωριοποίησης λόγω του κοινωνικού στίγματος το οποίο φέρει ακόμα η χρόνια σωματική ασθένεια. Επίσης λόγω των αναγκών φροντίδας του παιδιού με την ασθένεια οι γονείς είναι δυνατόν να αντιμετωπίζουν εργασιακά προβλήματα (τακτικές απουσίες, διακοπή της εργασίας). Επιπλέον αναγκάζονται να επωμίζονται και το οικονομικό κόστος της ασθένειας. Πολλές σχετικές δαπάνες καθώς είναι μη εμφανείς (μετακινήσεις, έκτακτα έξοδα, ειδικές θεραπείες, ειδικός εξοπλισμός, κ.α.) δεν καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς

οργανισμούς και καταλήγουν να επιβαρύνουν τον οικογενειακό οικονομικό προϋπολογισμό (Τσιάντης, Γ.,1987).

Ποιες ενέργειες πρόληψης χρειάζεται να αναπτύσσονται σχετικά με τις χρόνιες σωματικές ασθένειες;

Η ανάπτυξη ενεργειών σε επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης σε θέματα υγείας ώστε να αποφεύγονται γεννήσεις παιδιών με χρόνιες σωματικές ασθένειες ή διαταραχές είναι απαραίτητη. Στα μέτρα αυτά χρειάζεται να συμπεριλαμβάνονται η παροχή γενετικών συμβουλών, τα προγράμματα πρόληψης των κληρονομικών νοσημάτων, οι καλές συνθήκες διατροφής και διαβίωσης των εγκύων, οι καλές συνθήκες τοκετού και η παρακολούθηση των νεογέννητων από οργανωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων παιδιών με χρόνια σωματική ασθένεια και των οικογενειών τους είναι αναγκαία η ευαισθητοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού.

Επιπλέον σημαντική είναι και η ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτικών σε συναφή θέματα για να παρέχουν την βοήθεια την οποία χρειάζονται τα παιδιά και οι έφηβοι με χρόνια σωματική ασθένεια κατά την σχολική τους ζωή. Χρειάζεται επίσης να υποστηρίζεται γενικότερα η προαγωγή της ψυχικής υγείας με συγκεκριμένες δράσεις με στόχο την ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού και την τροποποίηση των αρνητικών κοινωνικών στάσεων προς τα άτομα με χρόνιες σωματικές ασθένειες ώστε να ενισχύεται η κοινωνική τους ένταξη (Τσιάντης, Γ.,1987).

Ποια είναι η κατάλληλη αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της χρόνιας σωματικής ασθένειας στο παιδί και την οικογένεια;

Στόχοι της κατάλληλης φροντίδας του παιδιού με χρόνια σωματική ασθένεια είναι η μείωση στο ελάχιστο των βιολογικών συνεπειών της ασθένειας, η ενίσχυση της φυσιολογικής του ανάπτυξης και εξέλιξης, η υποστήριξη του δυναμικού του σε όλα τα επίπεδα και η πρόληψη και αντιμετώπιση των συναισθηματικών και

κοινωνικών επιπτώσεων της ασθένειας στο παιδί και στην οικογένεια. Η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των επιπτώσεων της χρόνιας σωματικής ασθένειας, τόσο σε ιατρικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, απαιτεί την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας μέσω συντονισμένων ιατρικών, ψυχολογικών, εκπαιδευτικών και κοινωνικών υπηρεσιών. Η παρεχόμενη φροντίδα στο παιδί χρειάζεται να είναι οικογενειοκεντρική διότι μοιράζεται από κοινού με την οικογένεια τις επιπτώσεις της ασθένειας. Επίσης πρέπει να βασίζεται σε υπηρεσίες ενταγμένες στην κοινότητα για να αποφεύγονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις της αδυναμίας και της ανεπάρκειας τις οποίες επιφέρουν στο παιδί οι συχνές επισκέψεις στα νοσοκομεία (Τσιάντης, Γ.,1987).

Η λειτουργία παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα και σε γενικά νοσοκομεία είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών αναγκών του παιδιού και της οικογένειας. Η διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας του παιδιού μέσω της Συμβουλευτικής-Διασυνδετικής Ψυχιατρικής παρέχει συμβουλευτικό και εκπαιδευτικό έργο προς τις υγειονομικές μονάδες φροντίδας των παιδιών με την χρόνια σωματική ασθένεια, συμβουλευτικές και ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες στο παιδί και την οικογένεια και όποτε κρίνεται αναγκαίο συνεργάζεται με τους εκπαιδευτικούς των σχολείων(Τσιάντης, Γ.,1987).

Ειδικότερα, στόχοι της συμβουλευτικής και ψυχοθεραπευτικής εργασίας είναι ο εντοπισμός των ψυχολογικών προβλημάτων, η διευκρίνιση των απρόσφορων συναισθηματικών αντιδράσεων και των ενδοψυχικών συγκρούσεων και η συζήτηση των βαθύτερων συναισθημάτων για την ασθένεια, του άγχους για τους κινδύνους της ασθένειας στη ζωή του παιδιού και των δυσκολιών που δημιουργούνται στη ζωή των ατόμων εξαιτίας της ασθένειας. Το παιδί και η οικογένειά του έχει φανεί ότι μέσω συμβουλευτικής και ψυχοθεραπευτικής εργασίας μειώνουν το άγχος και την ενοχή, διευκολύνουν την επικοινωνία μεταξύ τους, μειώνουν τις συγκρούσεις τους, βελτιώνουν τις σχέσεις τους και αποκτούν μια περισσότερο ρεαλιστική στάση απέναντι στην ασθένεια (Τσιάντης, Γ.,1987).

Κατευθυντήριες γραμμές για την ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού με χρόνια σωματική ασθένεια;

Για την ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και εξέλιξη του παιδιού με χρόνια σωματική ασθένεια προτείνεται να τηρούνται οι ακόλουθες οδηγίες: Το παιδί πρέπει να βοηθείται στην κατανόηση της ασθένειάς του, να δέχεται τις απαραίτητες κατά περίπτωση θεραπείες και να του επισημαίνεται ότι τυχόν επιπλοκές οι οποίες εμφανίζονται στην πορεία της ασθένειας δεν σημαίνουν απαραίτητα επιδείνωση. Επιπλέον χρειάζεται να ενθαρρύνεται να αντιμετωπίζει το μέλλον με αισιοδοξία και να ενισχύεται η προσωπική συμμετοχή του σε θέματα διαχείρισης της ασθένειας με σκοπό την προώθηση της αυτονομίας του. Η οικογένεια πρέπει να στηρίζεται από τον οικογενειακό ιατρό, και όταν χρειάζεται από ειδικό ψυχικής υγείας, για να αποδεχθεί την ασθένεια του παιδιού. Οι γονείς πρέπει να συμπεριφέρονται στο παιδί με τρόπο ανάλογο με εκείνον με τον οποίο συμπεριφέρονται στα υγιή αδέρφια του. Επίσης, οι γονείς χρειάζεται να ενθαρρύνονται να συνεργάζονται με κοινωνικές υπηρεσίες και με υπηρεσίες ψυχικής υγείας για την επίλυση τυχόν προβλημάτων τα οποία αντιμετωπίζουν. Το παιδί πρέπει να υποστηρίζεται στην ένταξη στο σχολείο. Οι εκπαιδευτικοί χρειάζεται να ενημερώνονται σχετικά με την χρόνια ασθένεια και να αποφεύγουν να παρέχουν ειδικά προνόμια στο παιδί ή να του επιβάλλουν περιορισμούς (εκτός των ιατρικά ενδεδειγμένων) έτσι ώστε να προωθείται η αυτονομία του. Το παιδί πρέπει να διευκολύνεται στην κοινωνική του ένταξη. Η υπερπροστασία του χρειάζεται να αποφεύγεται διότι το οδηγεί σε εξάρτηση. Στον έφηβο πρέπει να διατίθεται επαγγελματικός προσανατολισμός με σκοπό την προετοιμασία για την επαγγελματική του αποκατάσταση και εάν κρίνεται αναγκαίο να του παρέχεται ειδική επαγγελματική κατάρτιση και ειδικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης(Register, C.,1987).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ ΣΤΟΝ ΨΥΧΙΚΟ ΚΟΣΜΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ

4.1 Ατομικά χαρακτηριστικά και προδιάθεση

Είναι γνωστό πως ο άνθρωπος από την εμβρυϊκή ακόμη ζωή έχει αποκτήσει την εμπειρία του ήχου. Η απώλεια της ακοής από την γέννηση κατά την περίοδο των τριών πρώτων ετών της ζωής, επιφυλάσσει τραγικές συνέπειες σε τέτοιο βαθμό, που θα σημαδέψουν την υπόλοιπη ζωή του ανθρώπου αυτού. Δεν θα μπορεί να ακούσει τον ανθρώπινο λόγο, δεν θα μπορεί να αποκτήσει την φωνητική του εκφορά, ούτε πολύ περισσότερο να τον επινοήσει. (Aimard, P., 1990).

Από τις πρώτες ημέρες της ζωής τους τα ακούοντα βρέφη ζουν με την συντροφιά του νανουρίσματος και όλου εκείνου του ηχητικού περιβάλλοντος, που από τότε τους διδάσκει τη γλώσσα. Στους αμέσως επόμενους μήνες όλα τα βρέφη ακούοντα και βαρήκοα αρχίζουν ένα ηχοκινητικό παιχνίδι, το βάβισμα. Είναι οι πρώτες τους προσπάθειες για την κατάκτηση της γλώσσας. Πολύ σύντομα κάποια απ' αυτά, μη νιώθοντας κάποια αλλαγή στην συμπεριφορά των γύρω τους, ή κάποιο αποτέλεσμα στον εαυτό τους, θα εγκαταλείψουν το ηχητικό μέρος του παιχνιδιού και θα περιοριστούν μόνο στο κινητικό μέρος. Το βαρήκοο βρέφος από νωρίς δείχνει σημεία προτίμησης στην οπτικοκινητική μορφή επικοινωνίας. Θα περάσει και αυτό, όπως όλα τα ακούοντα βρέφη, από τα διάφορα στάδια της γλωσσικής ανάπτυξης. Έχουμε μάλιστα παρατηρήσεις, που αναφέρουν ότι στα κωφά ή βαρήκοα βρέφη παρουσιάζεται η ίδια πορεία βαβίσματος αλλά με κάποια καθυστέρηση και με περιορισμένο πλούτο (Κατή, Δ., 1996).

Πράγματι έρευνες και μελέτες μας πληροφορούν ότι το κωφό και βαρήκοο βρέφος, μη μπορώντας να έχει μια ικανοποιητική ποιότητα επικοινωνίας με το περιβάλλον του, σιγά - σιγά εγκαταλείπει την προσπάθεια μίμησης των χειλών των οικείων του, αφού δεν νιώθει κάποιο αποτέλεσμα αυτής της ενέργειάς του, και το αντικαθιστά με το λεγόμενο κινητικό "βάβισμα". Γελάει λιγότερο από ότι συνηθίζεται, ωρύεται και στριγκλίζει για να εκφράσει ευχαρίστηση, ενόχληση ή ανάγκη και δημιουργεί σκηνές για να τραβήξει την προσοχή των άλλων.

Ενδιαφέρεται περισσότερο για αντικείμενα παρά για πρόσωπα. Από τη βρεφική ηλικία του δίνει ευχαρίστηση η αίσθηση της δόνησης και για αυτό το λόγο προσπαθεί να έρχεται σε επαφή με ότι προκαλεί δόνηση ή κολλάει το στήθος του στο στήθος των άλλων για να νιώσει τους κραδασμούς του θώρακα από τους χτύπους της καρδιάς. Αρκετές φορές δημιουργεί μόνο του δόνηση χτυπώντας τα πόδια του στο πάτωμα (Ζαφειράτου - Κουλιούμπα, Ε., 1994).

Η έλλειψη όμως των ακουστικών εμπειριών και η απουσία του προφορικού λόγου είναι στοιχεία που δημιουργούν έντονο απομονωτισμό, που συντηρείται μέσα σε ένα απαθές και παντελώς στερημένου κινητικότητας, δημιουργικών ερεθισμών και δράσεων οικογενειακό περιβάλλον. Με παρατεταμένη απομόνωση για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ένα τέτοιο ελλειμματικό περιβάλλον είναι πολύ δύσκολο να μην υπάρξουν επιπτώσεις. Η απουσία ακουστικών-αισθητηριακών εμπειριών είναι αιτία για τη δημιουργία προβλημάτων, που φτάνουν μέχρι την μείωση της διανοητικής ικανότητας του ατόμου. Το γεγονός αυτό προσπάθησε να αποδείξει πειραματικά ο Verbon απομονώνοντας διάφορα άτομα σε σκοτεινά και ηχητικά μονωμένα δωμάτια από μία έως τρεις ημέρες. Τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξε μετά την επεξεργασία των παρατηρήσεών του ήταν σαφή: Η παράταση της απομόνωσης μείωνε όλο και περισσότερο τη δυνατότητα αυτοσυγκέντρωσης και την διανοητική ικανότητα των ατόμων. Αντίθετα, μετά την άρση των πειραματικών συνθηκών απομόνωσης και σε μικρό χρονικό διάστημα, στα άτομα αυτά η φυσιολογική σκέψη και διανοητική ικανότητα επανέρχονταν σε κανονικά επίπεδα (Ζαφειράτου - Κουλιούμπα, Ε., 1994).

Αναπτύσσεται έτσι η παρουσία ενός ιδιαίτερου τρόπου επικοινωνίας μέσω του οποίου με οπτικό τρόπο εκφράζονται εμπειρίες, επιθυμίες, συναισθήματα και ιδέες. Με αρωγό λοιπόν την αίσθηση της όρασης οι βαρήκοοι προσπαθούν να επιτύχουν την κατά το δυνατόν πληρέστερη αντίληψη του περιβάλλοντός τους. Απώτερος στόχος, όπως και κάθε γλώσσας, είναι η άνετη επικοινωνία, η δημιουργική σκέψη, η πνευματική ανάπτυξη και γενικά η καλύτερη ποιότητα ζωής.

Η στέρηση της ακοής, η μη ανάπτυξη άλλης γλώσσας, η ψυχολογική επιβάρυνση από την απομόνωσή του λόγω της μειωμένης επικοινωνιακής ικανότητας, που συμβαίνουν κατά την περίοδο των τόσο σημαντικών πρώτων ετών της ζωής του

ανθρώπου, δίνουν μια αποκαρδιωτική εικόνα για τις εγκεφαλικές εγγραφές, που καταχωρεί ένα βαρήκοο παιδί.

Στα χείλη της μητέρας ήταν παρών ο λόγος, δεν μπόρεσε όμως να αποτελέσει στο βαθμό που έπρεπε την αναντικατάστατη τροφή, που εγγυάται την ψυχοπνευματική ανάπτυξη του βρέφους. Πολλές ήταν οι προσπάθειές και του παιδιού να επικοινωνήσει. Αγωνίζονταν νεύοντας τους οικείους του ή τρίτους, αλλά αρνήθηκαν να του απαντήσουν με τον ίδιο τρόπο. Γι' αυτό τα πρώτα στοιχεία που θα του πρόσφεραν τη μητρική γλώσσα και την αντίληψη του κόσμου, είναι τα χαμόγελα, οι χειρονομίες και τα βλέμματα που όμως απουσίαζαν (Aimard P. 1990). Το παραμύθι έπρεπε να του παρουσιαστεί μιμικά. Έτσι θα του παρέχονταν διέξοδος να διαλεχθεί, να διοχετεύσει τον συναισθηματισμό του, να αναπτύξει την κοινωνικότητά του (Moseley, D., 1985). Έλεγαν όμως πως πρέπει να μιλήσει.

Και κάποια στιγμή αρχίζει η σχολική εκπαίδευση του παιδιού. Το παιδί μπαίνει στο χώρο των ομοίων του. Γνωρίζει πλέον και συναναστρέφεται με ανθρώπους, που το καταλαβαίνουν. Εκφράζεται ευκολότερα, επικοινωνεί με μεγαλύτερη άνεση και αποτελεσματικότητα, μαθαίνει περισσότερα για το τι συμβαίνει γύρω του. Δεν μπορούν όμως όλα αυτά να ανατρέψουν το ήδη αρνητικό κλίμα ανάπτυξης στο κωφό και βαρήκοο άτομο. Πάντα, σε όλη την υπόλοιπη ζωή του, θα βρίσκεται πίσω από τον ακούοντα, έστω και αν ο δείκτης νοημοσύνης και οι άλλες δεξιότητές του είναι μεγαλύτερες. Αυτή η διαφορά σε παλιότερες εποχές ήταν κραυγαλέα. Παρά όμως την σημερινή εκπαιδευτική κατάσταση, με μέσα, ανθρώπους, φορείς, οι βαρήκοοι πάλι υπολείπονται αισθητά των ακουόντων σε προσόντα και ευκαιρίες. Το πρόβλημα ήταν και παραμένει το ίδιο: είναι ζήτημα επικοινωνίας (Τσιναρέλης, Γ., 1992).

Η επαφή με το κοινωνικό σύνολο γίνεται με την ακοή. Με λόγο και αντίλογο παράγεται ο πολιτισμός. Ο βαρήκοος στερείται την επικοινωνιακή σχέση, δεν ακούει σκέψεις, δεν παίρνει ούτε δίνει ιδέες, δεν συμμετέχει στην δημιουργία, στη χαρά και στη λύπη του διπλανού. Όταν ο άνθρωπος δεν είναι σε θέση να ακούσει, τότε γίνεται απλός θεατής της ανθρώπινης κοινότητας. Βλέπει τους άλλους να επικοινωνούν, να δημιουργούν, αλλά αυτός παραμένει κλειστός στον εαυτό του, μη μπορώντας να συμμετέχει, αφού του λείπει το μέσο. Είναι σαν να βρίσκεται μέσα σε μια βιτρίνα και να βλέπει τους ανθρώπους, τις κινήσεις τους, την συνομιλία τους, χωρίς να μπορεί να τους ακούσει. Θα μπορούσε ίσως ένας ακούον να το νιώσει αν παρακολουθούσε τις

ειδήσεις στην τηλεόραση με μηδενισμένο τον ήχο της συσκευής (Τσιναρέλης, Γ., 1992).

Όλα αυτά έχουν τις δυσμενείς τους συνέπειες στην εκπαίδευση, την πνευματική ανάπτυξη και την κοινωνική ένταξη των κωφών και βαρήκων. Δεν μπορεί να συντελεσθεί απρόσκοπτα κανένα είδος σχολικής εκπαίδευσης, ούτε ακόμη και τεχνικής. Εφόσον δεν αναπτυχθεί εναλλακτική γλώσσα επικοινωνίας είναι αναπόφευκτο το γεγονός ότι θα υπάρξει πλημμελής παιδεία. Η ελλιπής γνώση και αντίληψη του κόσμου του πολιτισμού και κυρίως των πνευματικών επιτευγμάτων υποβιβάζει τεχνητά το επίπεδό τους. Η διαφορετικότητά που χτίζεται μειώνει την καθημερινή ανθρώπινη επαφή. Ζουν με απλές, δραστηριότητες μακριά από ευρύτερους προβληματισμούς και ενδιαφέροντα. Η συζήτηση και η ανταλλαγή απόψεων είναι και αυτή στα ενδιαφέροντά τους, αλλά με περιορισμούς. Για να συζητήσουν άνετα πρέπει να χρησιμοποιήσουν τα χέρια, πράξη σχεδόν απαγορευμένη σε αρκετούς οικογενειακούς αλλά και σε μερικούς σχολικούς χώρους (Κυπριωτάκης, Α., 1989). Η όραση των κωφών και βαρηκόνων λειτουργεί ως ακοή, η οπτική τους γλώσσα αντικαθιστά την ομιλία και με τα νεύματα των χεριών τους μπορούν να επικοινωνήσουν, να εκφράσουν συναισθήματα (Γεώργια, Δ., 1995). Είναι τόσο σημαντικό και αληθινό αυτό γιατί τους κάνει να νιώθουν άνθρωποι, που μπορούν να επεξεργαστούν και να εκφράσουν λογικές σκέψεις (Labori E. 1995). Πρέπει όμως αυτά να γίνουν πριν ο κατάλληλος χρόνος να έχει παρέλθει..

Οι ίδιοι νιώθουν έντονα την ιδιαιτερότητά τους ως ομάδα. Την ταυτότητά τους, αυτήν που στερούνται έξω, στο κόσμο των ακουόντων, όπου η γλώσσα τους δεν μιλιέται, την αναζητούν στις συντροφιάς τους. Οι ίδιοι δεν επιθυμούν να είναι αποκομμένοι από τους ακούοντες. Αν ο λόγος τους δεν επικρίνονταν, αλλά αντίθετα, έβρισκε ανταπόκριση και χρησιμοποιούνταν στα σχολεία, στα σπίτια τους, την Εκκλησία, ή σε άλλους χώρους, δεν θα είχαν ανάγκη να απομονωθούν (Λαμπροπούλου, Β., 1995). Δεν αισθάνονται μειονεκτικά και έχουν συνείδηση της πολιτισμικής τους ομάδας στην οποία μάλιστα μπορούμε να αναγνωρίσουμε ιδιαίτερα στοιχεία. Τέτοια στοιχεία είναι η ανάπτυξη ιδιαίτερης γλώσσας, η μη χρήση της ομιλίας, κοινωνικές σχέσεις και διηγήσεις που μεταφέρουν ήθη και πολιτισμό (Λαμπροπούλου, Β., 1ο, 1997-99). Η αποδοχή τους από την κοινωνία περνάει μέσα από την αναγνώριση κύρια της γλώσσας τους. Θα πρέπει να σταματήσει επιτέλους η

αντιμετώπισή τους με άξονα την "ομαλοποίησή" προς την κοινωνία των ακουόντων (Λαμπροπούλου, Β., 1ο, 1997-99). Την ίδια στιγμή αυτή η αποδοχή, μαζί με την υπόσχεση της ισονομίας, τους προσφέρει την προοπτική της πνευματικής και κοινωνικής τους εξύψωσης. Για να ενσωματωθεί δηλαδή ο βαρήκοος στην κοινωνία ως αυτόνομο μέλος της σημαίνει πως θα εκπαιδευθεί ως ένας κρίκος της κοινωνικής αλυσίδας. Η συμμετοχή στην παραγωγική διαδικασία θα στοχεύει στην προσωπική ψυχολογική στήριξη και θα προσφέρει η χαρά της αυτόνομης ύπαρξης και της δημιουργίας (Κούκκου, Μ., 1995).

Ορίζοντας την κοινότητα των κωφών και βαρήκοων τη σκέψη μας δεν πρέπει να διακατέχει το γεγονός της απουσίας μιας αίσθησης, αλλά η διαφορά στη γλώσσα. Υπό αυτήν την έννοια, μέλος της παραπάνω κοινότητας είναι κάθε άνθρωπος, κωφός ή ακούον, που μπορεί κατά κύριο λόγο να εκφράζει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του χρησιμοποιώντας τον λόγο των χεριών (Λαμπροπούλου, Β., 1ο, 1997-99). Ο έναρθρος λόγος μπορεί συγχρόνως να εξυπηρετεί, ανάλογα με τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου. Επομένως η πιο αξιόπιστη περιγραφή της κοινωνίας που θέλει να πιστεύει πως αποδέχεται τους κωφούς και τους βαρήκοους, εμπεριέχει υποχρεωτικά την έννοια της διγλωσσίας, ενώ ολόκληρη η προσπάθεια ένταξης χαρακτηρίζεται από μια αμφίδρομη δυναμική. Με μια τέτοια λογική δεν ευδοκιμούν στάσεις οι οποίες απαιτούν προσπάθειες χρήσης του προφορικού λόγου από τους κωφούς και β, ενώ από τους ακούοντες να μην καταβάλλεται αντίστοιχη προσπάθεια λες και για την εκμάθηση της γλώσσας των νευμάτων προαπαιτούνται ιδιαίτερα γενετικά χαρακτηριστικά. Θα μπορέσουμε να κατανοήσουμε το πρόβλημα και τους ίδιους τους κωφούς και βαρήκοους, αν τους δούμε σαν να πρόκειται για μια "γλωσσική μειονότητα" και το όλο θέμα ως μια "πολιτιστική" διαφορά (Παπασπύρου, Χ., 1998).

4.2 Κλινικές εικόνες

Ο κωφός και βαρήκοος από βρέφος ζει αντιμετώπος με συνεχείς εκπλήξεις. Ξαφνικά παρουσιάζονται ή εμφανίζονται πρόσωπα στο περιβάλλον του δωματίου, του σπιτιού, του δρόμου, του σχολείου, της δουλειάς. Όλη του η ζωή είναι γεμάτη ξαφνιάσματα. Η ακοή μας προειδοποιεί για την είσοδο ή έξοδο του γονιού, του επισκέπτη ή του συνεργάτη στον κοινό χώρο. Ψυχολογικά έτοιμος από το άκουσμα του βηματισμού ή το τρίξιμο του ανοίγματος της πόρτας, αυτός που ακούει είναι

προετοιμασμένος για τη συνάντηση με το νέο πρόσωπο. Την πολυτέλεια αυτής της ετοιμότητας ο βαρήκοος δεν την έχει. Είναι ενδεχόμενο λοιπόν να αντιδράσει με λιγότερη ηρεμία από τον ακούοντα σε μια τέτοια αναπάντεχη παρουσία. (Αλεξάνδρου, Κ., χ.χ).

Κατά την διεξαγωγή μιας συζήτησης είναι δυνατόν να παρατηρηθούν παρορμητικές αντιδράσεις του κωφού και βαρήκοου. Οι ελλείψεις γνώσεις τους για διάφορες καταστάσεις και θέματα, ακόμη και για προσωπικά και οικογενειακά προβλήματα, τους οδηγεί σε απότομες και εριστικές αντιδράσεις, τους κάνουν να φαίνονται εγωιστές και καχύποπτοι (Κούκκου, Μ., 1995). Το αποτέλεσμα είναι να χαλάει η ατμόσφαιρα της συζήτησης, ενώ τρίτα πρόσωπα να τους παρεξηγούν και να διαμορφώνουν άλλη εικόνα για την προσωπικότητά τους. Η ψυχολογική πίεση γίνεται εντονότερη όταν στην παρουσίαση του σκεπτικού ενός θέματος, θα πρέπει ο βαρήκοος να παραθέσει επιχειρήματα με ακριβή χειρισμό αφηρημένων εννοιών, ώστε να εκφραστούν διαδοχικές καταστάσεις και γεγονότα, που απαιτούν συνεχείς εναλλαγές τοπικών και χρονικών προσδιορισμών. Τότε εμφανίζονται αμείλικτα οι αδυναμίες του, στην έκφραση, στην αντίληψη του χώρου, του χρόνου, του προσανατολισμού και οι ατέλειες στην ανάπτυξη της σκέψης (Καλατζή, Κ., 1973).

Έρχεται και η στιγμή που ο άνθρωπος περνάει στην εφηβεία, την ηλικία του οραματισμού, της αγωνίας της ανησυχίας και του άγχους. Η απαίτηση αυξημένων επικοινωνιακών επαφών με τους συνομήλικους του επιφυλάσσουν συνεχείς απογοητεύσεις, καθώς θυμίζουν στον νέο με κώφωση ή βαρηκοΐα το πρόβλημά του. Ο βαρήκοος έφηβος γνωρίζει την αδυναμία του και συσσωρεύει θυμό. Έτσι πολλές φορές τιμωρεί ο ίδιος τον εαυτό του, τον οδηγεί σε απομόνωση και σε συμπλεγματική συμπεριφορά. Η ανωριμότητα και η ευαισθησία στα πειράγματα και την πίεση γίνονται χαρακτηριστικά του (Τσιάντη, Γ. - Μανωλόπουλου, Σ., 1988). Φοβούμενος μια αναπάντεχη συνάντηση, τόσο συνηθισμένο φαινόμενο άλλωστε στην καθημερινή ζωή, αποφεύγει τόπους που θα μπορούσε να συμβεί κάτι τέτοιο. Ο φόβος αυτός μεγαλώνει, όταν υπάρχουν ήδη άσχημες εμπειρίες προηγούμενων συναντήσεων. Ανησυχεί για κάποια προσβλητική αντιμετώπιση από τρίτο πρόσωπο, που μπορεί και να μην είναι, αλλά να την εκλάβει ως τέτοια. Ανησυχεί και για τη δική του έκπληξη και αμηχανία λόγω της αδυναμίας του να δώσει ή να πάρει τις απαραίτητες πληροφορίες ή συστάσεις για κάποια πρόσωπα ή καταστάσεις.

Από τα πράγματα λοιπόν οδηγείται στους δικούς του χώρους. Επιλογή απόλυτα φυσιολογική, αφού οι πολλοί δεν αντιδρούν θετικά στην ιδιαιτερότητά του. Αν επιπλέον δεν μπορεί να εμπιστευθεί ούτε τους λίγους του οικογενειακού του περιβάλλοντος, δεν του απομένει παρά το απόλυτο κλείσιμο στον εαυτό του ή η επικοινωνία μόνο με τους ομοίους του. Όλοι επιζητούμε να βρεθούμε στον ίδιο χώρο με τα πρόσωπα που μας καταλαβαίνουν. Ο μονόδρομος όμως αυτός περιορίζει τις προσωπικές επαφές. Χάνεται καθημερινά ένα πλήθος ανθρωπίνων σχέσεων και κοινωνικών εμπειριών, που θα πλούτιζαν τον συναισθηματικό του κόσμο. Θα τον έβγαζαν από την πολιτιστική και πνευματική του απομόνωση. Συγχρόνως, θα τον ενθάρρυναν να πάρει στα χέρια του τη ζωή, ανοίγοντας νέες προοπτικές και δυνατότητες στην κοινωνική του ένταξη. Δεν ευθύνονται όμως οι ίδιοι. Πόσο άραγε άβολα θα αισθάνονταν οι ακούοντες, αν βρίσκονταν σε ένα χώρο, όπου θα χρησιμοποιούνταν ως γλώσσα μόνο η νοηματική; Συχνάζουν λοιπόν στους δικούς τους χώρους, όχι γιατί είναι καλύτερα από τα σπίτια τους ή από τους χώρους των ακουόντων, αλλά γιατί εκεί βρίσκονται μέσα στην δική τους κουλτούρα, γιατί εκεί έχουν επικοινωνία (Κουτσομητοπούλου, Ε., 1995).

Ο υπερπροστατευτισμός στον οποίο συνηθίζουν από μικρή ηλικία μειώνει την αυτοεκτίμηση αλλά και την ανάληψη πρωτοβουλιών από μέρους τους. Η μειωμένη αυτοπεποίθησή τους οδηγεί υποσυνείδητα σε προσαρμογές. Οδηγεί σε εξάρτηση από τους γονείς, που ενώ στα πρώτα χρόνια της ζωής είναι σωστή και θεμιτή, όταν όμως με τη πάροδο των χρόνων δεν χαλαρώνει, τότε σε συνδυασμό με την χαμηλή κρίση, που παράγεται από την μειωμένη ικανότητα ανάλυσης και σύνθεσης των δεδομένων της σκέψης (Ζαφειράτου-Κουλιούμπα, Ε., 1994), μπορεί να έχει προεκτάσεις με ανεξέλεγκτα αποτελέσματα. Η μειωμένη γλωσσική και επικοινωνιακή ικανότητα σαφώς εμποδίζει την ατομική φυσιολογική ωρίμανση και την κοινωνική προσαρμογή, εφόσον υπάρχουν μειωμένες δυνατότητες σχηματισμού συλλογισμών και κρίσεων (Kirk, S., 1973, Τσουρέκης, Δ., 1988).

Πιο συγκεκριμένα, η τάση των βαρήκοων να μην προχωρούν στην βαθύτερη αξιολόγηση κινήτρων και στόχων, ο περιορισμός του ενδιαφέροντός τους στην επιφανειακή κυρίως καλή παρουσία και λιγότερο στην ποιοτική αξία και τον εσωτερικό πλούτο του χαρακτήρα είναι αδυναμίες σοβαρές, που περιγράφουν μια αδύνατη κριτική σκέψη, όπως βεβαιώνουν δυστυχώς σχετικές έρευνες. (Αλεξάνδρου,

Κ.) Όλες αυτές οι παράμετροι διαμορφώνουν ένα σκηνικό, που εγκυμονεί αυξημένους ίσους κινδύνους, ποικίλης εκμετάλλευσης του νέου ή της νέας με επικοινωνιακή ανεπάρκεια από επιτήδειους.

Οι διάφορες θεωρίες της Ψυχολογίας, κάθε μια από την δική της οπτική γωνία, υπερτονίζουν την σημασία που έχουν για την ανάπτυξη της προσωπικότητας, άλλοτε η βρεφική ηλικία, άλλοτε η παιδική, αλλά και ολόκληρη τη ζωή του ανθρώπου. Οι κοινωνικοί παράγοντες, η δομική ιδιαιτερότητα και οι εμπειρίες του καθενός, αθροιστικά από κάθε φάση της ζωής, θα στοιχειοθετήσουν συγκεκριμένη ψυχολογική συμπεριφορά και θα δημιουργήσουν την προσωπικότητα και το χαρακτήρα του ανθρώπου.

Μέσα λοιπόν σε ένα περιβάλλον χωρίς επικοινωνία, με εμπειρίες απόρριψης, με συγκρούσεις, πρέπει να χτιστεί η προσωπικότητα του βαρήκοου. Η αισθητηριακή ατέλεια αρνητικά ενισχυμένη από τις τραυματικές εμπειρίες του παραπάνω περιβάλλοντος δημιουργεί ένα άτομο υπερκινητικό και ασυγκράτητο. Τα εγωκεντρικά στοιχεία του χαρακτήρα του και η ανωριμότητα της κρίσης τον κάνουν εριστικό, ισχυρογνώμονα. Η μειωμένη αυτοπεποίθηση και η εξάρτηση γεννούν αισθήματα κατωτερότητας και ανασφάλειας (Ζαφειράτου-Κουλιούμπα, Ε., 1994). Συγχρόνως οι τάσεις απομόνωσής του τον απειλούν με συναισθηματική αστάθεια. Φαίνεται λοιπόν οι κωφοί και βαρήκοοι να συμπεριφέρονται σαν άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές ή υπολειπόμενης νοημοσύνης. Δεν είναι όμως αυτή η αλήθεια.

Η άσχημη εικόνα, που βγαίνει από τους ίδιους προς τα έξω, είναι απόρροια ως ένα βαθμό της κοινωνικής τους αποβολής. Οι ευαίσθησις και οι συμπεριφορές που παρουσιάζουν έχουν ρίζα στην απομόνωσή τους, που οφείλεται στο εμπόδιο της έλλειψης του προφορικού λόγου. Η ανεπάρκεια της πλουσιότερης σε όγκο πληροφοριών λειτουργίας, του λόγου, αναντίρρητα προκαλεί μεγάλες απώλειες εγκεφαλικών εγγραφών. Ενώ οι βαρήκοοι ζουν σε ένα κόσμο γεμάτο ηχητικά μηνύματα, δεν είναι σε θέση να προβούν στην αποκωδικοποίηση αυτών. Ζουν λοιπόν και κινούνται ανάμεσα σε ακατανόητους ήχους. Πολλές φορές όμως το ίδιο πράγμα γίνεται κατανοητό και με διαφορετικούς τρόπους ή προσεγγίσεις (Καραμούζη, Ε., 1991).

Προσπαθούν λοιπόν οι κωφοί και βαρήκοοι, με άλλον τρόπο, τον οπτικό, να αντιληφθούν αυτά που συμβαίνουν γύρω τους, για να μπορέσουν και οι ίδιοι να συμμετάσχουν. Δεν το πετυχαίνουν όμως χωρίς κόστος. Η διαφοροποίηση της συμπεριφοράς και γενικά της προσωπικότητάς τους είναι το τίμημα που πληρώνουν σ' αυτή τους την προσπάθεια (Χίτογλου-Αντωνιάδου, Μ.). Εξαπατημένοι σε πολλές περιπτώσεις, προσπαθούν να μοιάσουν στους ακούοντες, αφού αυτό τους εμφύσησαν ως φυσιολογικό από την μικρή τους ηλικία. Το αποτέλεσμα όμως είναι να οδηγούνται στην άρνηση του ίδιου του εαυτού τους. Αντίθετα, η προσπάθεια για αναπλήρωση της αισθητηριακής τους ατέλειας θα ήταν αυτή που θα τους προσέφερε την ανακάλυψη της προσωπικότητάς τους (Καλατζής, Κ., 1973).

Το δίλημμα είναι πολύ σκληρότερο για τους βαρήκοους, γιατί αυτοί βρίσκονται στο μεταίχμιο του κόσμου των ακουόντων και των βαρηκόων. Σε ποιον πραγματικά ανήκουν; Η απόφαση όμως δεν μπορεί παρά να είναι μόνο δική τους. Όταν θα μάθουν οι κωφοί και οι ακούοντες, να συνεργάζονται, τότε τα πράγματα θα είναι διαφορετικά. Αλλά αυτό προϋποθέτει ένα πρώτο βήμα από την μεριά των ακουόντων. Να αποδεχτούν τους κωφούς, να αφήσουν ελεύθερη την έκφρασή τους, τη γλώσσα τους. Πραγματικά τότε δεν θα έχουμε διαγνώσεις που θα μιλούν για ψυχικά αποκλίνοντες ανθρώπους, με χαμηλή αυτοεκτίμηση και αμυντική συμπεριφορά. Αλλά θα μιλούμε για υγιείς ελεύθερους ανθρώπους, που θεωρούν τους εαυτούς τους αυτόνομες υπάρξεις, αλλά διακρίνονται από περιορισμούς στην έκφραση, από ηχητικά ερεθίσματα παραμορφωμένα απ' τα υψηλής ισχύος ακουστικά, από μη αναγνωρισμένη γλώσσα και σε κάποιες μάλιστα περιπτώσεις απαγορευμένη. Θα μιλούμε για ανθρώπους που πολεμούν να κατακτήσουν την ταυτότητά τους (Phoenix, S., 1991).

4.3 Χαρακτηριστικά και στάση της οικογένειας

Η σημασία της οικογένειας στην ανάπτυξη του ατόμου γενικά αποτελεί αντικείμενο διαφορετικών επιστημών. Από ψυχολογικής πλευράς καθοριστικής σημασίας είναι η ασφάλεια και η στοργή που παρέχεται στο παιδί από τους γονείς. Εξάλλου οι σχέσεις του παιδιού με τα μέλη της οικογένειας αποτελούν καθοριστικό παράγοντα τόσο της φυσιολογικής ανάπτυξης όσο και της ψυχοπαθολογίας.

Η διάγνωση της βαρηκοΐας – κώφωσης και η γνωστοποίησή της προς τους γονείς, στην αρχή τουλάχιστον, σοκάρει και προκαλεί διακοπή της επικοινωνίας μητέρας – παιδιού. Σε αυτή τη φάση η μητέρα βλέπει το παιδί της σαν κωφό που συνάμα είναι και κάτι άλλο. Υπάρχει ανάγκη για ευελιξία στην επικοινωνία (μη – γλωσσική) και όχι σιωπή, η οποία έχει αρνητικές συνέπειες στην γλωσσική και πνευματική του εξέλιξη (Ζαφειράτου-Κουλιούμπα, Ε., 1994). Από εδώ και πέρα κάθε γονιός θα ζήσει με τον δικό του τρόπο ένα πραγματικό δράμα, βίαιες συναισθηματικές συγκρούσεις που σπάνια ομολογούνται. Και είναι αυτή η κατάσταση που καθορίζει την συμπεριφορά των γονιών απέναντι στο παιδί με δυσκολίες και προβλήματα. Η ύπαρξη και συμβίωση με ένα παιδί με ειδικές ανάγκες ακολουθεί μια διαδοχική σειρά συγκεκριμένων σταδίων μέσα στην οικογένεια. Το πρώτο στάδιο είναι το **στάδιο του σοκ** που νιώθουν οι γονείς και εκδηλώνεται με συναισθηματική αποδιοργάνωση και σύγχυση. Το δεύτερο είναι το **στάδιο της αντίδρασης**, όπου οι γονείς εκφράζουν θλίψη και απελπισία. Ακολουθεί το **στάδιο της προσαρμογής**, στο οποίο γίνεται μια ρεαλιστική εκτίμηση και αντιμετώπιση του παιδιού και της οικογένειας ως ολότητα. Τελικό στάδιο είναι το **στάδιο του προσανατολισμού**, στο οποίο οι γονείς αρχίζουν να αναζητούν βοήθεια και ενημέρωση. Σε μία έρευνα στην ελληνική πραγματικότητα οι γονείς κωφών-βαρήκοων παιδιών βίωσαν τις ακόλουθες συναισθηματικές καταστάσεις: σοκ τη στιγμή της διάγνωσης του παιδιού τους ως κωφό, άρνηση να δεχτούν τη διάγνωση, θλίψη και απομόνωση, θυμό και πίκρα σκεφτόμενοι γιατί ένα τέτοιο περιστατικό συνέβη σε αυτούς, άγχος και πανικό μπροστά σε μία κατάσταση που τους ήταν άγνωστη και αντιμέτωποι με πολλές ευθύνες, προσαρμογή και τέλος συμβιβασμός (Nikolaraizi, 1997, Νικολαραϊζή, 1996). Οι περισσότεροι γονείς, καταθλίβονται και αγχώνονται

πολύ με την πληροφορία ότι το παιδί τους έχει μια σοβαρή και μακροχρόνια αναπηρία που θα διαρκέσει πιθανόν όλη του τη ζωή.

Η χρόνια ασθένεια ενός παιδιού αποτελεί πηγή στρες για την οικογένεια του.

Σημαντικό ρόλο σ' αυτό παίζουν :

- Η ηλικία έναρξης (αν είναι από τη γέννηση προκαλεί μεγάλο σοκ, οδηγεί τους γονείς σε υπερπροστασία και διαφοροποιούνται οι προσδοκίες)
- Η σοβαρότητα της ασθένειας
- Η πρόγνωση
- Η δυνατότητα για θεραπεία
- Το αν είναι κληρονομική η ασθένεια(ενοχές) ή επίκτητη
- Προηγούμενη ανάλογη εμπειρία
- Αν υπάρχουν άλλα υγιή παιδιά (διευκολύνεται και καταπραΰνεται το άγχος), και
- Το οικονομικό κόστος (Τσιάντης Γ., & Μανωλόπουλος Σ., 1987)

Η ανακοίνωση στους γονείς ότι το παιδί τους είναι κωφό ή βαρήκοο οδηγεί σε κρίση (μεταβατική περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας η ισορροπία του συστήματος απειλείται ή διαταράσσεται). Προς ποια κατεύθυνση θα εξελιχθεί μια κρίση, εξαρτάται από την προσωπικότητα, την ιστορία, το περιβάλλον, την κατάσταση στο παρόν και την ύπαρξη και ποιότητα του θεραπευτικού υποστηρικτικού πλαισίου (Parker, A., 1992). Την κατάσταση που νοσεί το παιδί μιας οικογένειας χαρακτηριστικά μας περιγράφει ο Clarke-Steffen (1993). Η διάγνωση μιας χρόνιας και σοβαρής νόσου στο παιδί μιας οικογένειας, σύμφωνα με τον μελετητή, αποτελεί μεγάλη απειλή για ολόκληρη την οικογένεια. Η οικογένεια διέρχεται μια περίοδο μεταβάσεως προς την κατάσταση που θα της επιτρέψει να ζει μ' ένα παιδί που πάσχει. Αυτή η μετάβαση χαρακτηρίζεται από μια περίοδο αβεβαιότητας μετά την διάγνωση, χρησιμοποίηση νέων στρατηγικών για την αναδόμηση της πραγματικότητας, και τέλος δόμηση μιας νέας πραγματικότητας για την οικογένεια κατά την οποία η φύση της αβεβαιότητας μεταβάλλεται αλλά παραμένει. Η συνεκτικότητα, η εκφραστικότητα, ο βαθμός συγκρούσεων και άλλοι παράγοντες οικογενειακής ατμόσφαιρας έχουν μελετηθεί από τους Davies και συν. (1993), αλλά δεν έχουν δοθεί τελικές απαντήσεις. Το αίσθημα μη βοήθειας που βιώνουν αυτοί που προσπαθούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα του πάσχοντος

παιδιού είναι αξιόλογος δείκτης. Οι μητέρες, σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μελέτη, παρουσιάζουν πολύ χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από τους πατέρες.

Επίσης, είναι σημαντικό να αναφέρουμε, ότι οι έρευνες των Kristensson-Hallstrom και Elander (1994) και Pass και Pass(1987) συμπεραίνουν, ότι πολλά από τα συναισθήματα που βιώνουν τα παιδιά με χρόνιο και σοβαρό πρόβλημα επηρεάζουν επίσης τους γονείς τους, οι οποίοι αισθάνονται απώλεια της ανεξαρτησίας, έλλειψη ελέγχου, αισθήματα ενοχής και απογοήτευσης.

Ολόκληρη η οικογένεια βιώνει στρες και άγχος κατά την εισαγωγή ενός μέλους της- ιδιαίτερα αν αυτό είναι παιδί – στο νοσοκομείο (Schum, T., 1989 και Curley, M., 1988). Η συναισθηματική αυτή αναστάτωση μεταβιβάζεται, τις περισσότερες φορές, στο παιδί τους και τους καθιστά ανήμπορους να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του στρες των παιδιών τους (Visintainer, M. & Wolfer, J., 1979 και Palmer, S., 1993).

Επίσης έχουν μελετηθεί από τους Sales, E., Schulz, R. & Biegel, D. (1992) κι άλλοι παράγοντες, όπως το κοινωνικοοικονομικό status και η ύπαρξη προηγούμενων στρεσογόνων γεγονότων, όπου φαίνεται ότι οι οικογένειες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, φτωχή υγεία και με μεγάλη εμπειρία έντονων στρεσογόνων γεγονότων παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα έντασης.

Σύμφωνα με το μοντέλο των Lazarus & Folkman (1984), δεν είναι τόσο τα ίδια τα γεγονότα που προκαλούν την κρίση, όσο το νόημα και οι ερμηνείες που αποδίδονται σε αυτά και οι στρατηγικές που ενεργοποιεί το άτομο και η οικογένεια για να αντιμετωπιστεί η νέα πραγματικότητα. Δηλαδή, οι αντιλήψεις των μελών της οικογένειας σχετικά με την αρρώστια και τις επιπτώσεις της, καθορίζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης τις οποίες ενεργοποιούν. Ο Olson περιγράφει τις αντιδράσεις της οικογένειας σε μια κατάσταση κρίσης με 2 βασικές διαστάσεις: συνοχή (= συναισθηματικό δέσιμο μελών) και προσαρμοστικότητα (ικανότητα οικογένειας να αλλάζει τη δυναμική της δομής της, ρόλους και κανόνες που διέπουν τις σχέσεις των μελών ως απάντηση σε ένα στρεσογόνο παράγοντα). Σε μια έρευνα του Schulz (1996), βρέθηκε πως για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας σπουδαιότερο ρόλο στο λιγότερο στρες έπαιξε η μέση προσαρμοστικότητα, ενώ οι ασθενείς με τη χαμηλότερη ψυχολογική δυσανεξία είχαν στην οικογένειά τους μια μέση συνοχή.

Ο Parker, στην ανακοίνωση του στο 4^ο συνέδριο του Πανελληνίου Συλλόγου Ειδικών στις Διαταραχές Λόγου (1992), περιγράφει τις επιπτώσεις που έχει στην οικογένεια η γέννηση ενός παιδιού με σοβαρά προβλήματα ακοής. Το βαρήκοο παιδί

και η οικογένειά του καλούνται να προσαρμοστούν διαφορετικά από τους υπόλοιπους. Η κοινωνική αντίληψη που επικρατεί για τη χρόνια ασθένεια τους οδηγεί να αισθάνονται στιγματισμένοι και περιθωριοποιημένοι. Είναι χαρακτηριστικό ότι η καθημερινή ζωή δεν ανακουφίζει τον χρόνο πάσχοντα κι αυτό ισχυροποιεί το αίσθημα της κατωτερότητας και ενοχής και ενδυναμώνει τους αντιδραστικούς καταθλιπτικούς μηχανισμούς, και έτσι ενισχύεται η περιθωριοποίηση. Το συναίσθημα θυμού, ενοχής και αγανάκτησης των γονιών εκφράζονται προς την κοινωνία αντί να επεξεργαστούν από τον ίδιο το γονιό σε σχέση με τον εαυτό του και τη στάση του απέναντι στο γεγονός ότι έχει ένα παιδί διαφορετικό. Κατόπιν αυτού παρατηρείται από τους συγκεκριμένους γονείς ανάθεση του προβλήματος στην κοινωνία, στους λίγους ειδικούς και στο κράτος, αποποιούμενοι έτσι τις ευθύνες. Η αναπαράσταση των γονιών είναι μια μειωτική εικόνα για το παιδί και το πρόβλημα ακοής του και πολλές φορές δεν βλέπουν και δεν αντιμετωπίζουν το βαρήκοο παιδί τους ως ψυχολογική οντότητα. Έτσι το παιδί μεγαλώνει με αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και δημιουργούνται προβλήματα στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του. Αυτό οδηγεί στην ενίσχυση της αρνητικής εικόνας των γονιών για το παιδί καταλήγοντας να οδηγούνται σε φαύλο κύκλο.

Επίσης, στην οικογένεια του βαρήκοου παιδιού δημιουργούνται διάφορα προβλήματα στη σχέση συζύγων (ποιος έκρυψε πληροφορίες για κληρονομικά θέματα), στη σχέση παιδιού- οικογένειας- κοινωνίας. Αναφέρει, λοιπόν, πως το πρώτο σύμπτωμα που εμφανίζεται σε επίπεδο οικογένειας είναι ο θρήνος των μητέρων για το φυσιολογικό παιδί που ήθελαν να αποκτήσουν, που ίσως να οδηγήσει και σε χρόνια κατάθλιψη των γονέων (θλίψη για τα χαμένα όνειρα και άρνηση να αποδεχτούν την πραγματικότητα – τρέχουν σε ειδικούς, παρουσιάζουν επιθετικότητα και νιώθουν ενοχή). Μια μητέρα που αισθάνεται ένοχη και υπεύθυνη για την κατάσταση του παιδιού, μπορεί να θέλει να φέρει μόνη της την ευθύνη, κρατώντας τον πατέρα απ' έξω με το πρόσχημα της εργασίας του. Ο πατέρας συχνά αποσύρεται στην εργασία του προκειμένου να χειρισθεί τη δική του θλίψη και μελαγχολία. Όταν όμως η ευθύνη μεγαλώσει πολύ, για τη μητέρα, τότε μπορεί να κατηγορήσει τον σύζυγο της για αδιαφορία και αισθάνεται ότι ο άνδρας της έχει εγκαταλείψει εκείνη και το παιδί. Η μητέρα εξ' αιτίας του στενού βιολογικού δεσμού υποφέρει πιο έντονα συναισθηματικά, ενώ οι πατέρες είναι πιο απομακρυσμένοι, πιο αντικειμενικοί και λιγότερο εκφραστικοί(Parker, A., 1992).

Στη συνέχεια υπάρχει αμφιταλάντευση (δέχομαι αυτό που έχει συμβεί και ζητούν συνεργασία) και τέλος φτάνουν στην παραδοχή. Στη φάση της παραδοχής παίζει ρόλο το κοινωνικό -πνευματικό επίπεδο της οικογένειας. Το βαρήκοο παιδί μπορεί να ενώσει ή να χαλαρώσει τους δεσμούς σε μια οικογένεια, με το ενδεχόμενο της παραμέλησης του άλλου παιδιού, εάν υπάρχει.

Η στάση της οικογένειας στην αναπηρία του παιδιού επηρεάζει τον τρόπο που το αντιμετωπίζουν επηρεάζοντας έτσι την πραγματικότητα και την κοινωνική του ανάπτυξη και προσαρμογή. Το πώς θα εκτιμήσει το βαρήκοο παιδί τη διαφορά του από τα φυσιολογικά παιδιά εξαρτάται από τα συναισθήματα των ανθρώπων του περιβάλλοντός τους. Υπάρχει και ο παράγοντας της κοινωνικής πίεσης (οίκτος, περιέργεια, άγνοια). Οι κοινωνικές παροχές είναι ελάχιστες και η βοήθεια που προσφέρουν οι υπηρεσίες δεν είναι επαρκείς. Οι γονείς αναγκάζονται να εξαρτώνται από διάφορους άγνωστους ανθρώπους, ειδικούς. (Dale M.)

Οι γονείς έχουν μερικές σημαντικές ανάγκες. Αυτές συμπεριλαμβάνουν την ανάγκη του να έχουν ακριβή πληροφόρηση γύρω από τη φύση των προβλημάτων του παιδιού τους, δηλαδή τι δεν πάει καλά στο παιδί τους διάγνωση, τι επιφυλάσσει το μέλλον πρόγνωση, γιατί δημιουργήθηκαν τα προβλήματα αιτιολογία, και τι μπορεί να γίνει ως προς αυτά (θεραπεία, εκπαίδευση και φροντίδα).

Η συνεργασία γονέα – θεραπευτή ξεκινά από τη στιγμή που τίθεται η διάγνωση της δυσλειτουργίας. Στο αρχικό στάδιο παρέχεται υποστήριξη κυρίως από τον ψυχολόγο και τον ιατρό ώστε να δουν το πρόβλημα αντικειμενικά και να το συνειδητοποιήσουν και να το αποδεχθούν.

Από τη στιγμή που οι γονείς έχουν αποδεχθεί το πρόβλημα, είναι απαραίτητο να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν κατάλληλα για να μπορέσουν να συμμετέχουν ενεργά στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η ανάγκη του παιδιού για θεραπευτική αγωγή έχει ως αποτέλεσμα, η ζωή του ίδιου και της οικογένειάς του να γίνει σύντομα «θεραπευτοκεντρική». Κάθε μέρα αρχίζει και τελειώνει με θεραπεία. Η κατάσταση αυτή έχει δύο όψεις. Στη μία η θεραπεία του παιδιού ενσωματώνεται στη ζωή του και στη ζωή της οικογένειας και εναρμονίζεται μαζί τους, με στόχο τη βελτίωση που επιτρέπει η κατάστασή του, και στην άλλη, κάποιοι μακροπρόθεσμοι ή μη πραγματοποιήσιμοι θεραπευτικοί στόχοι γίνονται σκοπός ζωής της οικογένειας, κατευθύνοντας και εξαρτώντας τα πάντα από αυτούς. Στην τελευταία περίπτωση η θεραπευτική φροντίδα του παιδιού ξεπερνά το μέτρο και μετατρέπεται σε θεραπευτική εμμονή, θεραπευτική μανία, στερώντας γονείς και

παιδιά από τη χαρά της οικογενειακής ζωής, καθώς ζουν μόνο με το άγχος της πραγμάτωσης του ποθούμενου αποτελέσματος (Ζαφειράτου- Κουλιούμπα, Ε., 1994).

Οι κίνδυνοι που προέρχονται από αυτόν τον τρόπο αντιμετώπισης είναι φανεροί και με μορφή «αλυσιδωτής αντίδρασης», καθώς το αποτέλεσμα μιας κατάστασης είναι η αιτία μιας άλλης. Συνηθισμένη αιτία της θεραπευτικής υπερβολής είναι η ελπίδα των γονέων, πως η κατάσταση θα ανατραπεί, εάν το παιδί και οι ίδιοι «βιασθούν» για να «προφθάσουν» την κανονική ανάπτυξη. Όμως, και η ομάδα των ειδικών έχει σημαντικό μερίδιο ευθύνης στη δημιουργία αυτής της κατάστασης. (Dale M.)

Η συνεχής και επίμονη παρακίνηση του παιδιού από τους γονείς του, να διορθώνει τη στάση του είναι πολλές φορές, κουραστική και όχι σπάνια προσβλητική, ιδιαίτερα, όταν γίνεται παρουσία τρίτων. Συχνά, ξεχνιέται ο οφειλόμενος σεβασμός προς το πρόσωπό του. Άλλωστε, δεν είναι δυνατό να καταβάλλει προσπάθεια πάντα με τον ίδιο ζήλο (ποιος από μας μπορεί;) και η προσπάθειά του δεν είναι δυνατό να έχει πάντα το ίδιο αποτέλεσμα. Το παιδί χρειάζεται την παραδοχή και την ανοχή μας, γιατί είναι αδύνατο να γίνονται όλα σωστά. Η συνεχής αναφορά σ 'αυτό που πρέπει να κάνει και μάλιστα που πρέπει να κάνει καλύτερα, του θυμίζει διαρκώς τις δυσκολίες του και αναστέλλει τον αυθορμητισμό του. (Dale M.)

Οι απρόσιτοι στόχοι τους οποίους πιέζεται το παιδί να επιτύχει μπορούν να γίνουν καταστροφικοί. Είναι δυνατό να το οδηγήσουν σε παραίτηση από κάθε προσπάθεια, εξαιτίας του φόβου της αποτυχίας και να του αυξήσουν το αίσθημα της μειονεξίας που συνήθως έχει. Γιατί, παρόλο που η κατάστασή του σε μικρή ηλικία δε βιώνεται από το ίδιο σαν ξεχωριστή -καθώς έχει γεννηθεί ή ζει από τα πρώτα παιδικά του χρόνια μέσα σ 'αυτό το πρότυπο- εντούτοις, καθώς μεγαλώνει, η σύγκριση και η καθημερινή ζωή του δημιουργεί το αίσθημα της μειονεξίας.

Κάποιες φορές, στο όνομα της θεραπευτικής αγωγής παραμερίζεται η σχολική εκπαίδευση του παιδιού. Και είναι πραγματικά θλιβερό, γιατί η παιδεία, η δημιουργική απασχόληση και η κοινωνικότητα θα δώσουν καρπούς στην ενήλικη ζωή. Η θεραπευτική υπερβολή απομονώνει τα παιδιά από φίλους και κοινωνικές σχέσεις. Συχνά, χάνονται ευκαιρίες για σημαντικές χαρές, όπως είναι οι σχολικές εκδρομές, προκειμένου, να μη χαθεί η ημερήσια θεραπευτική αγωγή. Είναι τόσο σημαντικό, η πολύτιμη θεραπευτική αγωγή να μη γίνει για τα παιδιά

πιο οδυνηρή από την ίδια την κατάσταση και να μην τους δημιουργήσει αναπηρία στη ψυχική σφαίρα με ειδικές ανάγκες και η διάγνωση ενός τέτοιου παιδιού είναι κάτι μη αναμενόμενο, που έρχεται σε αντίθεση με τις προσδοκίες τους(Ζαφειράτου- Κουλιούμπα, Ε., 1994).

Τα παιδιά με χρόνια νόσημα αναπτύσσουν συχνότερα ψυχολογικές διαταραχές από τα υγιή παιδιά λόγω επίδρασης διαφόρων παραγόντων- διαταραχή εικόνας σώματος και εαυτού, διαταραχές στη σχέση γονιού- παιδιού, διαταραχές στη σχέση παιδιού- κοινωνίας. Πολλές φορές δημιουργείται μια κατάσταση που το κύριο χαρακτηριστικό της είναι η εξάρτηση του παιδιού από τους γονείς. Το παιδί μπορεί να βιώνει άρνηση της πραγματικότητας και να λαμβάνει συμπεριφορά περιθωριοποίησης από τους άλλους. Μία από τις οικογενειακές θεωρίες για τη δημιουργία ενός συμπτώματος σε μέλος της οικογένειας, η θεωρία της επικοινωνίας, επισημαίνει την ανάγκη σαφήνειας των μηνυμάτων και των συναισθημάτων που μεταδίδονται μέσω της συμπεριφοράς και της επικοινωνίας. Στις οικογένειες που δυσλειτουργούν η επικοινωνία μπορεί να είναι φτωχή ή διαφορούμενη. Σε άλλες περιπτώσεις τα μηνύματα εκφράζονται με σαφήνεια αλλά δε γίνονται αντιληπτά. Η επικοινωνία πρέπει να είναι σαφής και σταθερή και η λεκτική επικοινωνία να συμβαδίζει με την παραλεκτική (Παπαγεωργίου Β., 2001). Εδώ είναι χρήσιμο να υπογραμμιστούν οι αυξημένες απαιτήσεις για επικοινωνιακές δεξιότητες (γνώση και της Νοηματικής Γλώσσας) για τους γονείς κωφών και βαρήκοων παιδιών.

Ο βαρήκοος μπορεί να αισθάνεται outsider όχι μόνο γιατί δεν ακούει, αλλά και γιατί ζει σε έναν κόσμο που δημιουργήθηκε και ελέγχεται από τους ακούοντες. Το βαρήκοο νήπιο μπορεί να αποκομίσει πολλά οφέλη παρακολουθώντας τη μητέρα του και ας μην ακούει, διότι η όραση παίζει σπουδαίο ρόλο κατά το πρώτο έτος της ζωής του ανθρώπου. Από το δεύτερο έτος η επικοινωνία του παιδιού στηρίζεται περισσότερο στην ακοή. Από αυτήν τη στιγμή αρχίζουν να παρουσιάζονται δυσκολίες στο βαρήκοο παιδί (Ζαφειράτου- Κουλιούμπα, Ε., 1994).

Ερευνητικά δεδομένα για την ψυχολογία του παιδιού και της οικογένειάς του με διαταραχές ακοής

Σχεδόν το 1/20 κωφά ή βαρήκοα παιδιά έχουν κωφούς ή βαρήκοους γονείς (Woll & Lawson, 1980) και έτσι οι πρώτες τους εμπειρίες είναι πολύ διαφορετικές από αυτές που έχει ένα κωφό παιδί με γονείς που έχουν κανονική ακοή. Το πιο πιθανό είναι ότι οι κωφοί γονείς δε θα πενήθσουν για το παιδί τους που γεννήθηκε κωφό ή βαρήκοο, ούτε θα νιώσουν θλίψη, αγωνία, ενοχή, απόρριψη ή άρνηση ή ακόμη την αίσθηση ότι έχασαν (Mindel & Feldman, 1987), συναισθήματα που μπορεί να νιώσουν οι γονείς με κανονική ακοή όταν μάθουν ότι το παιδί τους είναι κωφό ή βαρήκοο. Κατά συνέπεια, η επικοινωνία μεταξύ των κωφών γονέων του παιδιού τους αναπτύσσεται φυσιολογικά και αυθόρμητα, ενώ οι γονείς με κανονική ακοή μπορεί να νιώθουν αγωνία και να μην ξέρουν πώς να συμπεριφερθούν στο κωφό παιδί, δημιουργώντας ένα επιπλέον πρόβλημα επικοινωνίας πέρα από αυτό που ήδη υπάρχει λόγω της μείωσης της ακοής (Parker A., 1992).

Η έρευνα που πραγματοποίησαν οι Brasel & Quigley το 1977 κατέληξε στα συμπεράσματα ότι τα κωφά παιδιά κωφών γονέων τα καταφέρνουν καλύτερα στη γλώσσα από τα κωφά παιδιά ακουόντων γονέων. Αυτό σύμφωνα με την Ελένη Ζαφειράτου- Κουλιούμπα οφείλεται στο ότι οι κωφοί ή βαρήκοοι γονείς χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα και όχι προφορικό λόγο για να επικοινωνήσουν με τα παιδιά τους.

Η κοινωνική, νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη του βαρήκοου/κωφού παιδιού του οποίου οι γονείς είναι μέλη της Κοινότητας των Κωφών και οι οποίοι δε δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν με τα παιδιά τους, είναι διαφορετική από την ανάπτυξη του κωφού παιδιού από γονείς με φυσιολογική ακοή. Γενικά τα κωφά και βαρήκοα παιδιά των οποίων οι γονείς χρησιμοποιούν την Αγγλική Νοηματική, αναπτύσσουν ανώτερες γλωσσικές ικανότητες στα Αγγλικά. Υπάρχουν αλληλοεπηρεαζόμενες διαδικασίες επικοινωνίας που είναι οι προϋποθέσεις για την αυθόρμητη- φυσική εκμάθηση της γλώσσας και χρησιμοποιούνται και από τις γλώσσες Νοημάτων και από τις λεκτικές εκφράσεις του λόγου (Parker A., 1992).

Οι Wood και οι άλλοι συνεργάτες του (1986) ασχολούνται με το δευτερεύον μειονέκτημα των κωφών και βαρήκοων παιδιών- δηλαδή τις συνέπειες της κώφωσης στα άτομα εκείνα που έχουν φυσιολογική ακοή και επηρεάζουν σημαντικά την ανάπτυξη των παιδιών. Το πιθανότερο είναι ότι η συμπεριφορά του ενήλικα απέναντι στο παιδί εξαρτάται από αυτά που το παιδί μπορεί να εκφράσει, να διαπραγματευτεί

και να επικοινωνήσει, χωρίς να ληφθούν υπόψη αυτά που το παιδί νιώθει, γνωρίζει και σκέφτεται. Έτσι συμβαίνει, παρουσιάζεται διακοπή της φυσιολογικής διαδικασίας επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης παιδιού –ενήλικα.

Το βαρήκοο παιδί πρέπει να θυμηθεί το γεγονός που παρακολούθησε και ύστερα να συνδέσει τη θύμηση με τις λέξεις που ακολουθούν, παρά να συνδέσει και τα δύο συγχρόνως (Wood, 1986). Εάν η κώφωση δε διαγνωσθεί έγκαιρα, τότε το παιδί μπορεί να χάσει πολλά από τα ακουστικά- γλωσσικά ερεθίσματα. Αρκετές πτυχές των αλληλεπιδράσεων μεταξύ γονιού και παιδιού, που θεωρούνται οι προϋποθέσεις για την ανάπτυξη της ομιλίας, πραγματώνονται μέσα από τα πρώτα φωνήματα (κραυγές). Υπάρχει ανάγκη προσαρμογής στις ανάγκες του κωφού βρέφους.

Η έρευνα υποδεικνύει ότι στην πραγματικότητα οι γονείς με φυσιολογική ακοή αλλάζουν τον τρόπο συμπεριφοράς τους απέναντι στο κωφό τους ή βαρήκοο παιδί. Οι Gregory & Magfard (1981) ανακάλυψαν ότι οι πρώτες λέξεις των κωφών παιδιών αποσπώνται και διδάσκονται εσκεμμένα. Οι μητέρες αναφέρουν ότι εργάζονται πάνω σε μια λέξη. Από την άλλη μεριά, οι συγγραφείς εισηγούνται ότι οι πρώτες λέξεις των παιδιών με φυσιολογική ακοή, υπάρχουν πρώτα σε εμβρυακή μορφή, και ότι υπάρχει διαδοχικότητα και συνέχεια μεταξύ του σημείου όπου το παιδί χρησιμοποιεί φωνήματα και του σημείου όπου αρχίζει να χρησιμοποιεί λέξεις όπως οι ενήλικες. Πέρα από τις άμεσες συνέπειες που έχει η μείωση της ακοής, η εξέλιξη του φωνολογικού συστήματος των κωφών/βαρήκοων παιδιών προβλέπεται ότι θα είναι διαφορετική από αυτή του φυσιολογικού παιδιού, για το οποίο οι πρώτες λέξεις είναι ένα κομμάτι μιας συνδιαλλαγής και αλληλεπίδρασης (Gregory & Magfard, 1981). Δυστυχώς οι ακούοντες γονείς τείνουν να προσφέρουν τα μοντέλα ομιλίας με τρόπο υπερβολικό και παραποιημένο. Έτσι το παιδί στερείται των φυσιολογικών ακουστικών και οπτικών μοντέλων άρθρωσης. Οι γονείς μπορεί να γνωρίζουν ή όχι έγκαιρα ότι το παιδί τους έχει βαρηκοΐα. Εάν η διάγνωση είναι έγκαιρη, τότε άλλοι παράγοντες, όπως η αντίδραση των γονιών, το είδος και μέγεθος της επαγγελματικής παρέμβασης και η αναγκαιότητα για την ενίσχυση του ήχου, θεωρούνται σημαντικοί (Parker A., 1992).

Όπως αναφέρουν οι Τσιάντης Γ. & Μανωλόπουλος Μ. (1988), τα αποτελέσματα αρκετών ερευνητικών μελετών καταλήγουν στη διαπίστωση ότι, παρόλο που τα παιδιά με φυσιολογική ακοή παρουσιάζουν καλύτερη προσαρμογή

στον κοινωνικό τομέα και στον τομέα της συμπεριφοράς, τα περισσότερα βαρήκοα παιδιά δεν εμφανίζουν ψυχιατρικές διαταραχές.

Μπορεί να εμφανίσουν όμως:

- Αισθήματα ματαιώσης λόγω μειονεξιών ομιλίας και λόγου
- Αισθήματα παθητικής κατωτερότητας και απομόνωση
- Κοινωνική ανωριμότητα, κοινωνική απομόνωση
- Και μειωμένη δεξιότητα στις κοινωνικές σχέσεις συμπεριλαμβανόμενης και ιδιαίτερης ευαισθησίας στα πειράγματα και πίεση

Η Ζαφειράτου- Κουλιούμπα Ε. (1994) αναφέρει επιπλέον και τα εξής ερευνητικά δεδομένα - τα περισσότερα της δεκαετίας του 1960- που αφορούν τα κωφά και βαρήκοα άτομα:

- Δεν παίρνουν εύκολα αποφάσεις γιατί δε βρίσκονται σε αρμονική σχέση με το περιβάλλον (Levine).
- Παραμένουν στο παρόν και δε φαντάζονται το μέλλον. Περιμένουν ότι η ζωή τους θα προγραμματιστεί από τους άλλους γιατί δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους
- Νιώθουν ανασφάλεια, δυσπιστία, καχυποψία προς τους ακούντες, όταν το άμεσο περιβάλλον δεν τους εξασφαλίζει την απαιτούμενη φροντίδα.
Χαρακτηρίζονται από εγωκεντρισμό, ξεσπάσματα θυμού
- Έχουν ισχυρογνωμοσύνη (Borel- Maisonnny), τάσεις απόγνωσης όταν βλέπουν ότι καταλύεται το δικό τους εγώ από τους άλλους.

Οι περισσότερες από τις παραπάνω διαπιστώσεις αιτιολογούνται ότι απορρέουν από την κώφωση και την ψυχολογία της και από την αδιαφορία και την απόρριψη που δείχνουν τα άτομα που περιβάλλουν το κωφό και βαρήκοο άτομο.

4.4 Κοινωνικές πεποιθήσεις και στάσεις

Προκαταλήψεις και θετικές στάσεις

Οι κωφοί και βαρήκοοι είναι μια κοινωνική ομάδα πολύ παρεξηγημένη. Συνήθως παραμένουν στην μικρή κλειστή τους κοινωνία. Οι δυνατότητες επικοινωνίας με το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο είναι ελαχιστοποιημένες και όταν υπάρχουν είναι πολύ επιφανειακές.

Αιώνες τώρα οι άνθρωποι με κάποια αδυναμία, διανύουν την δικιά τους ιδιαίτερη πορεία μέσα στην κοινωνία. Μια αγωνιώδης προσπάθεια αποδοχής και ένταξης στον κόσμο των "κανονικών". Ένας αγώνας που ακόμα συνεχίζεται και έχει τις δικές του ξεχωριστές παραμέτρους, που παράγονται από την φύση της κάθε αναπηρίας. Η διαφορά βέβαια είναι δικαίωμα, που όμως πρέπει να κατακτηθεί. Η προσπάθεια για την εξασφάλιση καλύτερων συνθηκών για τους ανθρώπους με ειδικές ανάγκες, από το πρώτο ξεκίνημά της έπρεπε να ανατρέψει ένα ιδιαίτερα αρνητικό κλίμα, να πείσει την κοινωνία ότι η διαφορετικότητα που παρουσιάζουν οι κάθε είδους ανάπηροι δεν τους διαφοροποιεί από το ανθρώπινο είδος. Έπρεπε να απαλειφθούν προκαταλήψεις αιώνων, ώστε να γίνει αποδεκτός ο κάθε ανάπηρος άνθρωπος στην κοινωνία των "υγιών". Προκαταλήψεις που έχουν απλώσει βαθιές ρίζες μέσα στην κοινωνία. Από τα αρχαία χρόνια, τότε που η επιστημονική γνώση δεν μπορούσε να προβεί σε πειστικές εξηγήσεις, είχε ήδη δημιουργηθεί γύρω τους ένα απρόσιτο μαγικό τείχος. Οι ανεξήγητες και ανεξέλεγκτες αυτές ιδιάζουσες καταστάσεις, που χαρακτήριζαν τους αναπήρους και τις ιδιαιτερότητές τους, αποδίδονταν συνήθως σε δαιμονικές δυνάμεις (Ζώνιου-Σιδέρη, Α., 1991). Ακόμη και η παρουσία του ανθρώπου με ειδικές ανάγκες ή της μη κοινωνικά αποδεκτής συμπεριφοράς του ήταν αρκετή, ώστε να προκαλέσει το φόβο.

Ο άνθρωπος με ειδικές ανάγκες, αφού και προκλητικός και άχρηστος ήταν, έπρεπε να εξαφανιστεί. Είναι γνωστή η τακτική του Καιάδα. Στην αρχαία Σπάρτη, τα ανάπηρα βρέφη γκρεμίζονταν από τις πλαγιές του Ταΰγετου, ενώ στην Ρώμη τα έπνιγαν στους υπονόμους τους Τίβερη. Αλλά και εκεί, όπου δεν συνέβαιναν αυτές οι αγριότητες, η θέση των αναπήρων δεν ήταν ζηλευτή. Ο Πλάτωνας αναφέρει πως το ανάπηρο παιδί πρέπει να το κρύψουν μακριά από κάθε μάτι (Πλάτωνας, Πολιτεία 5). Δεν εξαιρούνταν από μια τέτοια αντιμετώπιση, ούτε όταν ανήκαν στην ανώτερη ιεραρχία της κοινωνίας. Ο Ηρόδοτος αναφέρει πως για τον Κωφό του γιο ο βασιλιάς Κροίσος λέει ότι δεν τον υπολογίζει ως παιδί του, ούτε βέβαια ως διάδοχο ικανό να αναλάβει τις ευθύνες του θρόνου (Ηρόδοτος, Ιστορίαι). Το ιουδαϊκό Ταλμούδ κατέτασσε τους Κωφούς μεταξύ των τρελών και των παιδιών. Υπάρχουν και θετικές στάσεις. Στην ελληνική αρχαιότητα συναντούμε την έννοια της φιλανθρωπίας. Όχι σαν μια απλή αφηρημένη φιλοσοφική θέση, αλλά ως θρησκευτικό ιδεώδες με προοπτική συγκεκριμένης αποστολής και πρακτική αξία, για τον αδύναμο άνθρωπο (Κωσταντέλος, Δ., 1986).

Όλο το φάσμα των απόψεων γύρω από το θέμα της κώφωσης και τους κωφούς και βαρήκοους μπορεί κανείς να το συναντήσει στα σχόλια του ημερήσιου τύπου, των διαφόρων εγχειριδίων και των λογοτεχνικών κειμένων. Θα δει κανείς την ανθρώπινη εκμετάλλευση, την έκπληξη για το τι μπορεί να επιτευχθεί μετά από αγωγή, αλλά και την αποστροφή και την σκληρότητα που υπαγορεύονται από τις διάφορες προκαταλήψεις. Προκαταλήψεις ανυπόστατες και άδικες, που προκλητικά θέλουν τους κωφούς και βαρήκοους ως ανθρώπους με διανοητική καθυστέρηση, ανίκανους να ζήσουν μόνοι τους, με σεξουαλική παρέκκλιση, με τάσεις για αντικοινωνική συμπεριφορά, επιθετικότητα και απουσία αναστολών. Βέβαια όλα αυτά είναι συμπεράσματα μέσα από δημοσιεύματα και δεν έχουν την βαρύτητα επιστημονικής έρευνας, έχουν όμως και αυτά την δική τους αξία (Στασινός, Δ., 1991). Οι παλιότερες εκδόσεις παρουσίαζαν μια πραγματικά καταθλιπτική εικόνα για τους κωφούς και βαρήκοους. Ευτυχώς όμως η στάση αυτή αμβλύνεται και αρχίζει σιγά - σιγά να αλλάζει (Hegethorn, B., 1992). Στα νεότερα κείμενα, εκτός από την άγνοια και τη σκληρότητα της κοινωνίας, ο μελετητής θα διακρίνει και τους συγγραφείς που προσπαθούν να κατανοήσουν, αλλά και να εμπνεύσουν σεβασμό για τα άτομα αυτά, καθιστώντας γνωστό τον θαυμάσιο ψυχικό τους κόσμο (Λαζανάς, Β., 1972). Η όποια συμπάθεια δεν φαίνεται να προέρχεται από οίκτο, αλλά αντανακλά γνώση του προβλήματος της κώφωσης ή της βαρηκοΐας, των εκπαιδευτικών τάσεων και των ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών που συνεπάγονται (Λαζανάς, Β., 1992). Μέσα από τα κείμενα αυτά δεν λείπουν και προτάσεις κατανόησης, συμπαράστασης και ειδικής αγωγής. Για παράδειγμα να μπορέσουν μέσα στα διάφορα εκπαιδευτικά εγχειρίδια στοιχεία, που θα βοηθούν στην κατανόηση της κώφωσης ή της βαρηκοΐας και θα στρέψουν τους αναγνώστες σε στάσεις αποδοχής (Hegethorn, B., 1992).

Στον χώρο του πανεπιστημίου ήδη εντοπίζεται έντονο το πρόβλημα της φοίτησης των και κωφών και βαρήκων φοιτητών. Τα τελευταία δεκαπέντε περίπου χρόνια εισάγονται στα ελληνικά πανεπιστήμια πολλοί φοιτητές άτομα με ειδικές ανάγκες, ανάμεσα σ' αυτούς και αυτοί με τα προβλήματα ακοής (Νόμος 1351/83). Οι φοιτητές όμως αυτοί, για να μπορέσουν ανεμπόδιστα και με επιτυχία να παρακολουθήσουν τις πανεπιστημιακές παραδόσεις, χρειάζονται διερμηνείς (Καλατζή-Αζίζη, Α., 1996). Η δημιουργία κατάλληλων προϋποθέσεων στον πανεπιστημιακό χώρο σίγουρα αποτελεί πρωτοβουλία, που θα συμπαρασύρει το

κράτος στην άσκηση μιας ανάλογης γενικής πολιτικής, για να πάψει επιτέλους να θεωρείται ύποπτος ο κωφός ή βαρήκοος, η οικογένειά του, ίσως καμιά φορά και οι σύλλογοί τους, και να πάψει η κοινωνία να εθελοτυφλεί μπροστά στην κώφωση. Γνωρίζοντας το πρόβλημα, θα το αποδεχτεί και θα απελευθερωθεί από τις προκαταλήψεις που την δηλητηρίαζαν.

4.5 Η ένταξη των παιδιών με ειδικές ανάγκες, ισότητα- ρατσισμός

Από το 1880 ως το 1960, το πιο συνηθισμένο μοντέλο εκπαίδευσης για τα κωφά και βαρήκοα παιδιά ήταν αυτό της ξεχωριστής εκπαίδευσης (Cole, 1989), ενώ από το 1960 η ιδέα της φοίτησης των κωφών και βαρήκοων στα σχολεία της γενικής εκπαίδευσης ξανακέρδισε έδαφος (Λαμπροπούλου, Β., 1997).

Τα επιχειρήματα υπέρ της μερικής ή ολικής φοίτησης των κωφών και βαρήκοων μαθητών στα σχολεία γενικής εκπαίδευσης ήταν πως αυτό θα βοηθούσε τη μελλοντική κοινωνική τους ένταξη, θα πρόσφερε υψηλότερη μόρφωση και περισσότερες ευκαιρίες για μάθηση (Lynas, 1986 & Harrison, 1988).

Οι υποστηρικτές των ειδικών σχολείων επισημαίνουν την πιθανότητα της απομόνωσης των κωφών και βαρήκοων μαθητών από τους συμμαθητές τους λόγω των δυσκολιών στην επικοινωνία με τους ακούντες συμμαθητές τους, με ανάλογα προβλήματα στην ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη (Martens, 1989). Επίσης υποστηρίζεται πως οι κωφοί και βαρήκοοι στα σχολεία ακούντων απομονώνονται από την κοινότητα και την κουλτούρα τους (Glickman, 1986), και εκφράζονται φόβοι για την απουσία των απαραίτητων παροχών για τη σωστή τους εκπαίδευση (ειδικευμένοι δάσκαλοι, χρήση Νοηματικής γλώσσας, ακουστικά κ.ά) (McCartney, 1994).

Τα ευρήματα των ερευνών για τα υπέρ και τα κατά της μιας ή της άλλης επιλογής είναι διάφορα. Σε γενικές γραμμές φαίνεται πως στα γενικά σχολεία υπάρχει έντονο το συναίσθημα της μοναξιάς στα κωφά και βαρήκοα, κάτι που δεν ισχύει για τα ειδικά σχολεία κωφών και βαρήκοων, αλλά πως εκεί αυξάνεται η προσπάθειά τους για μόρφωση λόγω των αυξημένων απαιτήσεων του προγράμματος των γενικών σχολείων σε σχέση με τα ειδικά σχολεία κωφών και βαρήκοων.

Τα γενικά σχολεία ακούντων στη χώρα μας δεν παρέχουν την κατάλληλη υποδομή, στήριξη και ευαισθησία ώστε να μπορούν να φοιτούν σε κοινές τάξεις κωφά και ακούντα παιδιά (Λαμπροπούλου, Β., 1997). Ταυτόχρονα, όμως, αν και ο

αριθμός των Ειδικών Σχολείων και τάξεων (η μορφή των Ειδικών Σχολείων προσδιορίζεται από το είδος και το βαθμό των ειδικών αναγκών κάθε ατόμου) είναι σχετικά εντυπωσιακός, η λειτουργία τους δεν είναι εξίσου εντυπωσιακή σε όλες τις περιπτώσεις λόγω της ελλιπούς οργάνωσης, έλλειψης κατάλληλων διδακτικών μέσων και περιορισμένης επιστημονικής καθοδήγησης (Ζαφειράτου- Κουλιούμπα, Ε., 1994).

Οι πιο συνηθισμένες μορφές ειδικών σχολείων που απευθύνονται σε άτομα με προβλήματα ακοής είναι: ειδικά σχολεία οικοτροφεία, ημερήσια ειδικά σχολεία ή ειδικές τάξεις στα πλαίσια του κανονικού σχολείου και είναι δημόσια ή ιδιωτικά. Το πρόγραμμα των ειδικών σχολείων αφιερώνει αρκετό χρόνο για την ανάπτυξη της ομιλίας, της κατανόησης της ομιλίας με τη χειλανάγνωση και της αναγνωστικής ικανότητας. Τα μαθήματα αυτά διδάσκονται πέρα από τα μαθήματα του κανονικού σχολείου. Για το λόγο αυτό, αλλά και επειδή η μάθηση στα κωφά και βαρήκοα άτομα είναι περισσότερο δύσκολη, επίμονη και χρονοβόρα, παρατηρείται μια εκπαιδευτική καθυστέρηση 2-6 ετών. Αυτή η καθυστέρηση στην εκπαίδευση εξαρτάται από το Δ.Ν. του παιδιού, το χρόνο εμφάνισης και το βαθμό της διαταραχής (Πιάνος, Κ., 1989). Στα ειδικά σχολεία για βαρήκοα παιδιά η διδασκαλία και η μάθηση γίνεται με ακουοπτική πορεία και η διδασκαλία γίνεται με τη χρήση μικροφώνων και άλλων ακουστικών τεχνικών εγκαταστάσεων. Υποχρεωτική είναι η χρήση ατομικών ακουστικών (Σερδάρης, Π., 1999).

Η επιλογή μεταξύ ειδικού σχολείου βαρήκοων και κανονικού σχολείου, θα πρέπει να γίνεται με βάση τις δυνατότητες, την κατάσταση, την υγεία και τα ενδιαφέροντα του κάθε παιδιού χωριστά μετά από λεπτομερή εξέταση της ακοής του, και όχι μόνο με βάση τις επιθυμίες και τους στόχους των γονέων (Σερδάρης, 1999).

Ακόμη και αν ένα παιδί έχει επιβαρυντικά στοιχεία στο ακουόγραμμά του, Ίσως η βλάβη στην ακοή του να συνέβη μετά το 6^ο έτος της ηλικίας, αφού είχε κατακτήσει το λόγο. Αν ταυτόχρονα έχει και την ικανότητα χειλάναγνωσης, μπορεί να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στις υποχρεώσεις του φοιτώντας σε κανονικό σχολείο. Από την άλλη, ένα παιδί με πιο ευνοϊκά στοιχεία στο ακουόγραμμά του, αλλά με κάποια νοητική ή πολιτισμική ανεπάρκεια και αδυναμία για χειλανάγνωση, δύσκολα θα κατορθώσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του κανονικού σχολείου. Κατά συνέπεια, η βλάβη στην ακοή δε θα πρέπει να είναι το μόνο κριτήριο για να αποφασιστεί αν θα φοιτήσει ένα παιδί σε ειδικό σχολείο βαρήκοων ή σε κανονικό σχολείο (Σερδάρης, Π., 1999).

Για καθαρά εκπαιδευτικούς λόγους, μπορεί κανείς να διακρίνει τις παρακάτω κατηγορίες παιδιών με ακουστική μειονεξία:

1. **35-54 db:** τα παιδιά αυτής της ομάδας, με δεδομένο ότι έχουν υποστεί ιατρικές και ψυχοπαιδαγωγικές εξετάσεις, δε χρειάζονται ειδικό σχολείο. Μπορούν να φοιτήσουν σε κανονικό σχολείο, όπου χρειάζονται βοήθεια τόσο στην άρθρωση, όσο και στην ακουστική καλλιέργεια.
2. **55-69 db:** αυτά τα παιδιά, μερικές φορές, χρειάζονται ειδική τάξη γιατί έχουν συχνά ανάγκη παροχής ειδικών προγραμμάτων άρθρωσης και ακουστικής καλλιέργειας.
3. **70- 89 db:** σε αυτή την κατηγορία τα παιδιά χρειάζονται συνήθως ειδικό σχολείο. Έχουν ανάγκη από ειδική βοήθεια στην άρθρωση, ακουστική καλλιέργεια στη γλώσσα και στα άλλα μαθήματα.
4. **90 db και πάνω:** χρειάζονται ειδικό σχολείο. (Τσιναρέλης, Γ., 1992).

Για να γίνει ένταξη βαρήκοων παιδιών σε σχολείο ακουόντων, χρειάζεται προεργασία. Αυτό γιατί είναι αδύνατο να εκτιμηθούν εκ των προτέρων, ακόμη και θεωρητικά, οι αντιδράσεις των 2 πλευρών. Έτσι, χρειάζεται συντονισμένη, σταδιακή και συστηματική διαδικασία προετοιμασίας, ευαισθητοποίησης επαφών, ανταλλαγή απόψεων και διευκρινήσεων πριν γίνει η τελική κίνηση της ένταξης. Η απόφαση για την ένταξη αφορά μια πλήρως ειδική ομάδα από άτομα που εμπλέκονται στη διαδικασία (δάσκαλοι, ψυχολόγος, λογοθεραπευτής, κοινωνικός λειτουργός, γονείς παιδιών κ. ά). Απαιτείται η πολυθεματική εξέταση της κάθε περίπτωσης χωριστά, με γνώμονα το συμφέρον του κάθε παιδιού. Για το ποια παιδιά θα ενταχθούν παίζει ρόλο η ακουστική τους δυνατότητα και η όλη ψυχοσωματική τους κατάσταση. Σε σχέση με τις ομάδες που περιγράφηκαν πριν, τα παιδιά των 2 πρώτων ομάδων μπορούν ευκολότερα να ενταχθούν, είτε ως ολόκληρη τάξη, είτε ως άτομα. Προϋπόθεση αποτελούν η πλήρης ιατροπαιδαγωγική γνώση και η περιγραφή της συνολικής τους κατάστασης. Τα εντασσόμενα παιδιά κατ' ουδένα λόγο ακολουθούν ειδικό πρόγραμμα διαφοροποιημένο ποσοτικά. Ακολουθούν το πρόγραμμα διαφοροποιημένο, και ο δάσκαλος επεμβαίνει για να βοηθήσει μόνο όταν χρειάζονται βοήθεια σε σχέση με τους ανάγκες τους. Δε γίνεται ούτε άμεσα ούτε έμμεσα νύξη για οποιαδήποτε παραχώρηση ή ελαστικοποίηση του προγράμματος εξαιτίας ιδιαιτεροτήτων των παιδιών. Εκτός από το καθαρά διδακτικό έργο, τα παιδιά που θα ενταχθούν έχουν ανάγκη από ψυχολογική και κοινωνική στήριξη, για να μην

εμφανιστούν φαινόμενα ομαδικής απομόνωσης. Επειδή για να υπάρχει ένα θετικό αποτέλεσμα είναι απαραίτητη η συνεργασία όλων των πλευρών, υπάρχει μεγάλη ανάγκη ενημέρωσης όλων των παραγόντων που εμπλέκονται στη διαδικασία (δάσκαλοι, γονείς, μαθητές) (Τσιναρέλης, Γ., 1992).

Η ένταξη ενός παιδιού με ακουστικά προβλήματα μπορεί να εκτείνεται από την πλήρη συνεκπαίδευση σε σχολείο ακουόντων, ως τη μερική (συναυλισμός, συμμετοχή σε πολιτιστικές δραστηριότητες, ένταξή του σε ειδική τάξη μέσα στον ίδιο χώρο του σχολείου ακουόντων).

Σε μια τάξη ακουόντων ο κωφός μαθητής διευκολύνεται όταν ο δάσκαλος και οι μαθητές φροντίζουν για τα εξής:

- Να κοιτάνε τον βαρήκοο όταν μιλάνε
- Το φως να είναι στο πρόσωπο του ομιλητή (μαθητής ή δάσκαλος)
- Να μην κινούνται όταν μιλούν και να μην καλύπτουν το στόμα τους
- Να χρησιμοποιούν μικρές προτάσεις και να μιλάνε καθαρά
- Να ενημερώνουν τον κωφό ή βαρήκοο μαθητή για την αλλαγή των θεμάτων συζήτησης
- Να φροντίζουν να υπάρχει ησυχία στο χώρο επικοινωνίας 9 για να μην ενοχλείται το άτομο από παρεμβολές θορύβων μέσω του ακουστικού βοηθήματος) και
- Να χρησιμοποιούν κάποια νοήματα.

Ο κωφός ή βαρήκοος μαθητής διευκολύνεται επίσης αν τα θρανία είναι σε ημικύκλιο ή , αν κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό, να κάθεται στο δεύτερο θρανίο και σε θέση που, γυρίζοντας την πλάτη του, να μπορεί να παρακολουθεί τους άλλους μαθητές (Λαμπροπούλου, Β & Χατζηκάκου, Κ. & Βλάχου, Γ., 2003).

Σημαντική είναι και η ορθή συμπεριφορά των συμμαθητών. Εάν υπάρχει αρνητική αντιμετώπιση από το σχολικό περιβάλλον, απειλείται και η επιθυμία του παιδιού για μάθηση (Σερδάρης, Π., 1999).

Σε γενικές γραμμές φαίνεται πως η καλύτερη εκπαίδευση για τα κωφά και βαρήκοα παιδιά είναι η δίγλωσση. Καλό για αυτά τα παιδιά είναι να μαθαίνουνε πρώτα τη νοηματική γλώσσα και στη συνέχεια (έχοντας ένα μέσο κατανόησης του κόσμου και δυνατότητα επικοινωνίας) το γραπτό λόγο.

Δίγλωσση εκπαίδευση - από την αποδοχή στην εφαρμογή

Η μελέτη του θέματος των κωφών και βαρήκοων σε οδηγεί μπροστά στη αντιπαράθεση δύο βασικά απόψεων. Η μια ξεκινάει από τη βάση της αναγνώρισης της γλώσσας των κωφών ως μητρικής γλώσσας και η άλλη θεωρεί πρώτο μέλημα την εκμάθηση του προφορικού λόγου των ακουόντων. Οι διαφορετικές αυτές στάσεις και επιλογές ταλαιπώρησαν και ταλαιπωρούν την εκπαίδευση και την κοινωνική ένταξη των κωφών και βαρήκοων.

Δίγλωσση εκπαίδευση σημαίνει χρήση δύο γλωσσών από τις οποίες η μία είναι η γλώσσα της πλειοψηφίας. Και οι δύο γλώσσες, όμως, χρησιμοποιούνται για τη διδασκαλία του συνόλου ή μέρους του αναλυτικού προγράμματος με στοιχεία ιστορίας και κουλτούρας της μητρικής γλώσσας και απευθύνεται στους ίδιους τους μαθητές. Επιπλέον, η χρήση των δύο γλωσσών ενισχύει και αναπτύσσει την αυτοεκτίμηση και το αίσθημα υπερηφάνειας και για τις δύο κουλτούρες(Οκαλίδου, Α.,2002).

Όπως έχουμε αναπτύξει, οι κωφοί και βαρήκοοι αποτελούν πολιτισμική κοινότητα στην οποία εντάσσονται είτε από πολύ νωρίς ή και αργότερα, ανάλογα με την ακουστική κατάσταση των γονέων τους. Η νοηματική γλώσσα είναι η γλώσσα της κοινότητάς τους. Είναι οπτική γλώσσα και για αυτό το λόγο προσβάσιμη για κατάκτηση ως πρώτη γλώσσα από τους βαρήκοους. Με την έννοια αυτή θεωρείται μητρική. Επίσης οι κωφοί ζουν και εργάζονται στην ευρύτερη κοινωνία, που χρησιμοποιεί ως κύριο μέσο επικοινωνίας την ομιλούμενη γλώσσα. Γίνεται, λοιπόν, κατανοητό ότι οι βαρήκοοι και κωφοί καλούνται να μάθουν τη γλώσσα αυτή και να τη χρησιμοποιούν στην επικοινωνία με τους ακούοντες.

Επομένως, είναι αναμενόμενο η εκπαίδευση να αντιμετωπίζει τα κωφά και βαρήκοα παιδιά ως δίγλωσσα. Αυτό συμβαίνει γιατί έχουν δύο κουλτούρες και ανήκουν σε δύο διαφορετικές κοινότητες – των κωφών και των ακουόντων. Καθεμία έχει τη δική της κουλτούρα, τη δική της στάση απέναντι στα πράγματα και τις δικές της αξίες. Καθώς δεν μπορούμε να κρίνουμε καμιά κουλτούρα, πρέπει ωστόσο να αναγνωρίσουμε ότι υπάρχουν δυο διαφορετικές κοινωνικές πραγματικότητες. Μια ουσιαστική διαφορά, όσο αφορά τη κουλτούρα, ανάμεσα στις δύο κοινότητες είναι ο τρόπος γλωσσικής επικοινωνίας. Για τα βαρήκοα παιδιά το να έχουν δυο κουλτούρες

σημαίνει να είναι δίγλωσσα. Πρέπει να είναι σε θέση να χρησιμοποιούν διαφορετικές γλώσσες ανάλογα με την κατάσταση στην οποία βρίσκονται (Οκαλίδου, Α.,2002).

Οι κωφοί και βαρήκοοι που μιλούν τη δική τους οπτική γλώσσα με άνεση και είναι σε θέση να διαβάσουν γραπτά κείμενα μιας προφορικής γλώσσας είναι πράγματι δίγλωσσοι, ακόμα και όταν δυσκολεύονται στην ομιλία.

Το να ενθαρρύνουμε συνειδητά και συνεχώς τη διγλωσσία στα βαρήκοα και κωφά παιδιά σημαίνει ότι πρέπει να τους προσφέρουμε ένα περιβάλλον εκμάθησης της γλώσσας στο οποίο καθεμιά από τις δυο γλώσσες αναγνωρίζεται επίσημα. Συνεπώς, είναι επιτακτική ανάγκη η νοηματική γλώσσα να αναγνωριστεί ως γλώσσα.

Σ' ένα δίγλωσσο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για κωφά και βαρήκοα παιδιά, έμφαση δίνεται στην ανάπτυξη της επικοινωνιακής τους επάρκειας στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα. Στο πρόγραμμα, επίσης, διδάσκεται η ανάγνωση και η γραφή στην Ελληνική γλώσσα καθώς και βασικές πολιτισμικές και εκπαιδευτικές έννοιες.

Θεωρητικά και εμπειρικά, το δίγλωσσο πρόγραμμα εισαγωγής φαίνεται το πιο κατάλληλο για την εκπαίδευση των κωφών και βαρήκοων παιδιών. Η Ελληνική Νοηματική Γλώσσα μπορεί να είναι η κυρίαρχη γλώσσα για τη διδασκαλία και την παρουσίαση δραστηριοτήτων καθώς και για την ανάπτυξη γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων στο νηπιαγωγείο και τις δυο πρώτες τάξεις του δημοτικού. Επίσης, από το νηπιαγωγείο θα πρέπει να υπάρχουν κωφοί και βαρήκοοι δάσκαλοι, ώστε να υπάρχει επαφή με άτομα που γνωρίζουν νοηματική γλώσσα, προκειμένου να ενθαρρυνθούν οι μαθητές στην απόκτησή της και να ξεκινήσουν το σχολείο με πολλές επικοινωνιακές δεξιότητες. Η καλή επικοινωνία με το δάσκαλο αλλά και η επαφή με πολλούς ενήλικες βαρήκοους και κωφούς ενισχύει την ανάπτυξη γνωστικών και γλωσσικών ικανοτήτων. Παράλληλα, προσφέρει ουσιαστικές γνώσεις για τον κόσμο, γεγονός σημαντικό για τη μετέπειτα ανάπτυξη της ανάγνωσης και της γραφής στην Τρίτη τάξη. Από την Τρίτη τάξη και μετά η ΕΝΓ και η Ελληνική Γλώσσα μπορούν να χρησιμοποιηθούν εξίσου στη διδασκαλία.

Σε δίγλωσσα προγράμματα για κωφούς και βαρήκοους, είναι αναγκαίο να υπάρχουν καλά εκπαιδευμένοι δάσκαλοι. Οι δάσκαλοι κανονικά θα πρέπει να είναι και οι ίδιοι δίγλωσσοι, να γνωρίζουν δηλαδή πολύ καλά τόσο την ΕΝΓ, όσο και την Ελληνική Γλώσσα. Η ύπαρξη βαρήκοων δασκάλων στο προσωπικό του σχολείου βοηθάει στο να δημιουργηθεί περιβάλλον με δυο κουλτούρες, αφού και οι ίδιοι είναι μέλη της κοινότητας των κωφών και βαρηκόων.

Ένα καλό δίγλωσσο πρόγραμμα περιέχει τα παρακάτω:

1. Εξατομικευμένο πρόγραμμα διδασκαλίας
2. Δημιουργία περιβάλλοντος με δύο κουλτούρες και πρόσβαση στην πολιτισμική κοινότητα των κωφών και βαρηκόων
3. Έκθεση και πρακτική στη μητρική γλώσσα και στη γλώσσα της ευρύτερης κοινωνίας
4. Ρεαλιστικά, ενδιαφέροντα και καλά δομημένα μαθήματα
5. Πολύ καλά εκπαιδευμένοι δάσκαλοι και κατάλληλα υλικά

Συνεχής αξιολόγηση του προγράμματος και τροποποιήσεις όπου χρειάζεται (Οκαλίδου, Α.,2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΙΑΓΝΩΣΗ- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΒΑΡΗΚΟΙΑΣ

Ένας θεραπευτής λόγου- επικοινωνίας που ειδικεύεται στα κωφά και βαρήκοα άτομα θα αξιολογήσει γλωσσικά το άτομο και το περιβάλλον του, θα συμβουλευτεί και θα πληροφορήσει τα ενδιαφερόμενα άτομα, τις οικογένειες και άλλους επαγγελματίες για τις απαραίτητες παρεμβάσεις. Είναι πολύ σημαντικό να επισημανθεί πως ένας λογοθεραπευτής ειδικεύεται στη γλώσσα- επικοινωνία, όχι στην εκπαίδευση ούτε μόνο στην άρθρωση. Σχεδιάζει προγράμματα που απευθύνονται στους δασκάλους, γονείς και στα ίδια τα άτομα(Ζαφειράτου-Κουλιούμπα, Ε., 1994).

Ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην αντιμετώπιση παιδιών με βαρηκοΐα μέσα στην διεπιστημονική ομάδα είναι:

1. **Διαγνωστικός:** ο λογοθεραπευτής ή ο ειδικός που θα εξετάσει την ακοή του παιδιού και που θα επιβεβαιώσει ότι το παιδί παρουσιάζει δυσκολίες ακοής, θα αντιμετωπίσει καλύτερα τους γονείς γνωρίζοντας το επίπεδο του άγχους τους. Αυτό υποδεικνύει την αναγκαιότητα γνώσης και ευαισθητοποίησης των ειδικών γύρω από τον πολύπλευρο αντίκτυπο (ψυχικό, κοινωνικό, οικονομικό κτλ) που έχει μια ασθένεια (συμπεριλαμβανόμενης και της κώφωσης – βαρηκοΐας) στο κάθε άτομο ξεχωριστά, αλλά και στην οικογένεια ως σύστημα- σύνολο σχετιζόμενων ατόμων. Ο ειδικός με τον τρόπο του καλείται να δώσει στους γονείς να αντιληφθούν ότι αυτή είναι η οριστική διάγνωση για το παρόν, και ότι

δε χρειάζεται να αναλώνουν τη δύναμή τους και το χρόνο τους αναζητώντας μια δεύτερη ή τρίτη γνωμάτευση.

2. **Θεραπευτικός:** αν ένα βαρήκοο παιδί δεν έχει ευκαιρία να παρακολουθήσει το νηπιαγωγείο ή προσχολική εκπαίδευση, φτάνει στην ηλικία των 5 ή 6 ετών για να αρχίσει να αποκτά για πρώτη φορά προφορικό λόγο. Οι έρευνες έχουν δείξει πως, αν χρησιμοποιηθεί από νωρίς η επικοινωνία μέσω νοημάτων και ο δακτυλοσυλλαβισμός μαζί με τον προφορικό λόγο, θα υπάρξει πιο φυσιολογική επικοινωνία μεταξύ του βαρήκοου παιδιού και των γονιών του.
3. **Υποστηρικτικός:** μπορεί ο λογοθεραπευτής να είναι αυτός που θα συμβουλευσει του γονείς στη φροντίδα, συντήρηση και τοποθέτηση του ακουστικού. Ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας συμμετέχει στην καθοδήγηση για το σωστότερο εκπαιδευτικό πρόγραμμα (Καμπανάρου, Μ., 1992).

Σκοπός της εξέτασης της ακουστικής ικανότητας του ωτός είναι:

1. Η διαπίστωση ύπαρξης βαρηκοΐας
2. Ο προσδιορισμός του βαθμού βαρηκοΐας
3. Ο προσδιορισμός του είδους της βαρηκοΐας σε σχέση με τις συχνότητες που πάσχουν
4. Ο εντοπισμός στο σύστημα αγωγής ή στο σύστημα αντιλήψεως του ήχου
5. Ο προσδιορισμός της διακριτικής ικανότητας σε λέξεις, αριθμούς ή προτάσεις
6. Η διαφορική διάγνωση κοχλιακών και οπισθοκοχλιακών βλαβών.

5.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ

Υποκειμενικές Εξετάσεις της Βαρηκοΐας- Κώφωσης

Εξέταση της ακοής με τονοδότες

Υπάρχουν τρεις τύποι δοκιμασιών με τη βοήθεια του τονοδότη:

Δοκιμασία Rinne

Κατά την εξέταση αυτή γίνεται σύγκριση μεταξύ της αέρινης και της οστέινης οδού του κάθε αυτιού χωριστά. Αφού τεθεί σε δόνηση ο τονοδότης τοποθετείται αρχικά στη μαστοειδή απόφυση και όταν ο ασθενής πάψει να ακούει τον τόνο φέρουμε τον τονοδότη μπροστά από τον έξω ακουστικό πόρο σε απόσταση 3- 5 εκ.

Σε άτομα με φυσιολογική ακοή ο τονοδότης ακούγεται πιο δυνατά και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μπροστά από το αυτί μέσω της αέρινης οδού παρά διά της οστέινης οδού. Τότε λέμε ότι η εξέταση κατά Rinne είναι θετική.

Στην περίπτωση που υπάρχει βαρηκοΐα αγωγιμότητας ο ήχος ακούγεται μέσω της οστέινης οδού για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και πιο δυνατά από ότι διά της αέρινης οδού και λέμε ότι το Rinne είναι αρνητικό. Στις βαρηκοΐες τύπου αντιλήψεως ο ήχος ακούγεται για μικρότερο χρονικό διάστημα και δια της αέρινης και δια της οστέινης οδού αλλά διά της αέρινης οδού ο ήχος ακούγεται πιο δυνατά. Άρα το είναι θετικό.

Πρέπει να δίνεται προσοχή στις περιπτώσεις όπου υπάρχει μονόπλευρη νευροαισθητήρια βαρηκοΐα μεγάλου βαθμού. Οι ασθενείς αυτοί δεν μπορούν να ακούσουν τον ήχο μέσω της αέρινης οδού, όταν όμως ο τονοδότης τοποθετείται στη μαστοειδή απόφυση γίνεται αντιληπτός από το υγιές αυτί. Ο ασθενής δεν μπορεί να εντοπίσει την προέλευση του ήχου και η απάντηση που δίνει ότι ακούει τον ήχο καλύτερα στη μαστοειδή απόφυση δίνει λανθασμένη εντύπωση ότι πάσχει από βαρηκοΐα τύπου αγωγιμότητας. Για το λόγο αυτό πρέπει να εκτελούνται και οι δύο δοκιμασίες (Rinne, Webber).

Δοκιμασία Webber

Με την εξέταση αυτή ελέγχουμε την αγωγιμότητα του ήχου διά των οστών της κεφαλής τοποθετώντας τον τονοδότη στη μαστοειδή απόφυση ή στους τομείς οδόντες. Στα φυσιολογικά άτομα και αυτοί που έχουν συμμετρική βαρηκοΐα (αντιλήψεως ή αγωγιμότητας) αμφοτερόπλευρα ο τονοδότης γίνεται αντιληπτός εξίσου και στα δύο αυτιά. Όταν όμως υπάρχει μονόπλευρη βαρηκοΐα αγωγιμότητας ο τονοδότης ακούγεται πιο έντονα στο βαρήκοο αυτί και στην περίπτωση που υπάρχει μονόπλευρη νευροαισθητήρια βαρηκοΐα ο ήχος ακούγεται στο αυτί που έχει καλύτερη ή φυσιολογική ακοή.

Δοκιμασία Gelle

Η εξέταση αυτή γίνεται εφόσον υπάρχει υπόνοια ότι έχουμε καθήλωση και ακινητοποίηση της ακουστικής αλυσίδας με συνέπεια βαρηκοΐα τύπου αγωγιμότητας όπως για παράδειγμα στην ωτοσκλήρυνση. Εκτελείται με τη βοήθεια του μπαλονιού του Politzer που εφαρμόζεται στον έξω ακουστικό πόρο αεροστεγώς. Η συμπίεση του μπαλονιού δημιουργεί θετική πίεση στον έξω ακουστικό πόρο που μεταδίδεται στα ακουστικά οστάρια περιορίζοντας την κινητικότητα τους. Ταυτόχρονα τοποθετούμε ένα δονούμενο διαπασών στη μαστοειδή απόφυση του οποίου ο τόνος μεταβάλλεται σε ένταση ανάλογα με την πίεση που ασκείται στον έξω ακουστικό πόρο από το μπαλόνι Politzer, όταν το μέσο αυτί είναι φυσιολογικό. Σε αυτή την περίπτωση η εξέταση Gelle είναι θετική. Η

εξέταση θεωρείται αρνητική όταν δεν παρατηρείται μεταβολή στην ένταση του ήχου του διαπασών. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις που η ακουστική αλυσίδα δε λειτουργεί λόγω αγκύλωσης ή λόγω διακοπής (Ζιάβρα, 2004, Σκευάς, 1993).

Ακουομετρία καθαρών τόνων

Η μέτρηση της ακοής γίνεται με διάφορα ηλεκτρονικά όργανα, κυρίως όμως γίνεται με τους ακουομετρητές καθαρών τόνων που παράγουν ήχους ορισμένης έντασης και συχνότητας.

Τα αποτελέσματα της ακουομέτρησης καταγράφονται σε ειδικό διάγραμμα. Στον οριζόντιο άξονα του διαγράμματος είναι σημειωμένες οι συχνότητες που εξετάζονται και στον κάθετο άξονα οι στάθμες έντασης του ήχου που χορηγείται. Η καταγραφή ανά συχνότητα των οδών της αέρινης και της οστέινης αγωγής αποτελούν το ακουόγραμμα. (Παπαφράγκου, 1996, Ζιάβρα, 2004, Χελιδόνης, 2002).

Ο ουδός ενός ατόμου με φυσιολογική ακοή είναι 0 dB. Βαρηκοΐα ονομάζεται η οποιοδήποτε βαθμού απώλεια ακοής και εκφράζεται ή καταγράφεται ως ο αριθμός των dB κατά τον οποίο πρέπει να ενισχυθεί ένας τόνος για να γίνει ακουστός από τον εξεταζόμενο.

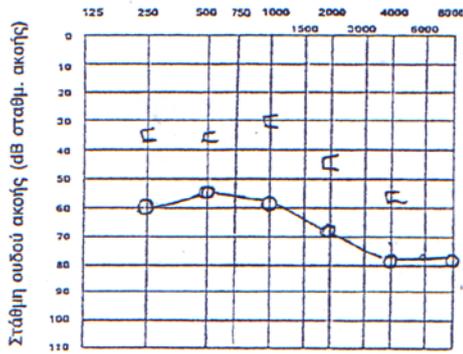
Η καμπύλη της αέρινης αγωγής δείχνει το βαθμό της βαρηκοΐας και οι βαρηκοΐες αναλόγως με το βαθμό τους διακρίνονται σε :

- Πολύ μικρές (16-25 dB)
- Μικρές (26-40 dB)
- Μέτριες (41-55 dB)
- Μεγάλες (56-70 dB)
- Πολύ μεγάλες (71-90 dB)
- Εγγίζουσες την κώφωση (άνω των 90 dB)

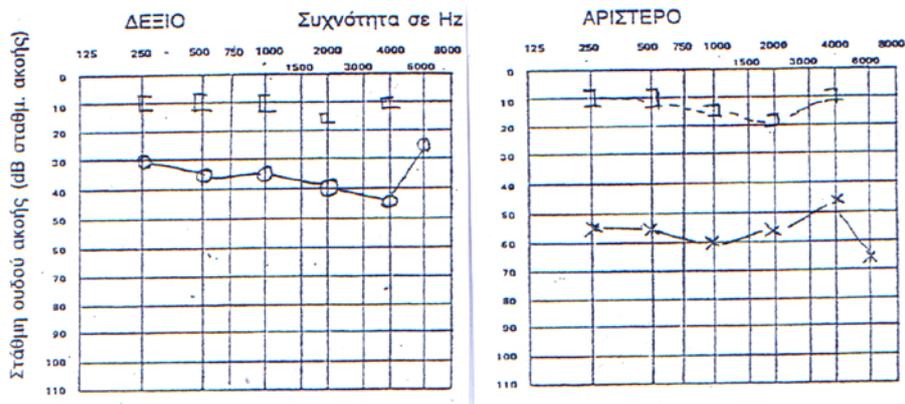
Όταν ο ουδός της αέρινης αγωγής είναι κατά 10 dB ή περισσότερα χειρότερος από τον φυσιολογικό ουδό της οστέινης αγωγής, τότε η βαρηκοΐα είναι τύπου αγωγής. Η απόσταση δηλαδή μεταξύ των καμπυλών της αέρινης και της οστέινης αγωγής είναι ένα μέτρο ακεραιότητας του συστήματος αγωγής του αυτιού.

Αν υπάρχει χάσμα μεταξύ των δύο ουδών αλλά ο ουδός της οστέινης αγωγής είναι χειρότερος από το φυσιολογικό τότε η βαρηκοΐα είναι μικτού τύπου.

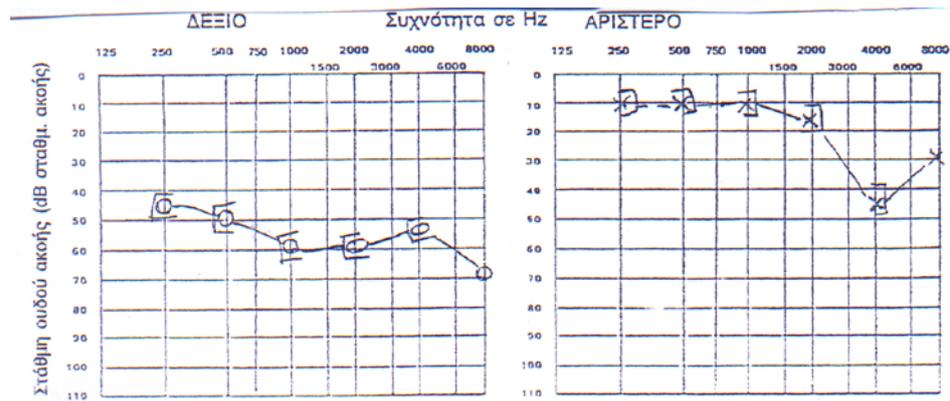
Όταν οι ουδοί αέρινης και οστέινης αγωγής είναι ίδιοι, δηλαδή όταν οι καμπύλες συμπίπτουν, τότε η βαρηκοΐα είναι νευροαισθητήριου τύπου.



Εικόνα : Ακούγραμμα περίπτωσης μεικτού τύπου βαρηκοΐας



Εικόνα : Ακούγραμμα περίπτωσης βαρηκοΐας αγωγιμότητας



Εικόνα : Ακούγραμμα τύπου νευροαισθητήριας βαρηκοΐας

(Παπαφράγκου, 1996)

Ομιλητική ακοομετρία

Με την ομιλητική ακοομετρία εκτιμάται η αντίληψη και κατανόηση της ομιλίας από τον εξεταζόμενο, γεγονός που δεν είναι δυνατόν να γίνει με την ακοομετρία καθαρών τόνων. Με τη μέθοδο αυτή ουσιαστικά εξερευνούνται:

- Το ελάχιστο της έντασης της φωνής στην οποία ο εξεταζόμενος μπορεί μόλις να ξεχωρίσει απλά στοιχεία του λόγου, δηλαδή λέξεις.
- Το πόσο καλά αντιλαμβάνεται τη συνήθη ομιλία σε καθημερινές συνθήκες και
- Το μέγιστο της έντασης στην οποία ο εξεταζόμενος μπορεί να ανεχθεί την ομιλία. (Παπαφράγκου, 1996, Ζιάβρα, 2004).

Τα αποτελέσματα της εξέτασης καταγράφονται στο ομιλητικό ακούγραμμα το οποίο στην αριστερή κάθετη πλευρά έχει την επί τις % αντίληψη των λέξεων και αριθμών, στην δεξιά κάθετη πλευρά έχει την επί τις % απώλεια της διακριτικής ικανότητας και στον οριζόντιο άξονα έχει την ένταση του ήχου σε dB (Σκεύας, 1998).

Παιδική ακοομετρία

Για τα παιδιά αναπτύχθηκε ειδικός κλάδος ακοομετρίας που χωρίζεται στα εξής είδη, ανάλογα με την ηλικία:

- Παιδιά ημερών- 6 μηνών

Χορηγούνται ακουστικά ερεθίσματα στον χώρο ή κοντά στο αυτί του παιδιού και παρατηρείται η αντανακλαστική αντίδραση του. Οι αντιδράσεις διακρίνονται σε όψιμες και πρώιμες. Στις πρώιμες αντιδράσεις ανήκουν τρεις κατηγορίες:

1. Το ωτοβλεφαρικό ακουστικό αντανακλαστικό κατά το οποίο το φυσιολογικό νεογνό κλείνει γρήγορα τα ανοιχτά μάτια ή σφίγγει έντονα τα ήδη κλειστά, όταν χορηγηθεί ήχος 105- 115dB.
2. Το αντανακλαστικό του Moro κατά το οποίο παρατηρείται αντανακλαστική έκταση των άνω άκρων και ακολουθεί μια κίνηση εναγκαλισμού, όταν χορηγηθεί ήχος 80- 85dB.
3. Το αντανακλαστικό της αφύπνισης και ηρεμίας κατά το οποίο το νεογνό που κοιμάται ξυπνά ενώ αυτό που είναι ξύπνιο και ανήσυχο ηρεμεί, όταν χορηγηθεί ήχος 70- 75dB.

Στις όψιμες αντιδράσεις ανήκουν οι αντανακλαστικές αντιδράσεις όλου του σώματος όπως η αλλαγή θέσης του σώματος (Σκευάς, 1998).

- Παιδιά 6- 24 μηνών

Το φυσιολογικό παιδί είναι σε θέση να στρέψει το κεφάλι στην κατεύθυνση του ηχητικού ερεθίσματος.

- Παιδιά 2- 3 έτη

Το ηχητικό ερέθισμα ενισχύεται με απτικά, οπτικά ή γευστικά ερεθίσματα. Το παιδί ως ανταπόκριση σε κάποιο από αυτά τα ερεθίσματα αντιδρά πατώντας ένα κουμπί (Ζιάβρα,2004).

- Παιδιά 3- 5 έτη

Σε αυτή την περίπτωση εφαρμόζεται η παιγνιοακουμετρία. Η εξέταση γίνεται σε ειδικό χώρο. Κάθε φορά που το παιδί ακούει έναν ήχο καλείται να πάρει ένα παιχνίδι, όπως για παράδειγμα να τοποθετεί κρίκους σε μια βέργα. Τα παιχνίδια κάθε φορά είναι ανάλογα με την ηλικία του παιδιού.

Αντικειμενικές Εξετάσεις της Βαρηκοΐας- Κώφωσης

Η αντικειμενική ακουομετρία είναι μία νέα και σύγχρονη μέθοδος εξέτασης της ακουστικής ικανότητας του αυτιού, η οποία δεν προϋποθέτει την συνεργασία του εξεταζόμενου, σε αντίθεση με την υποκειμενική ακουομετρία στην οποία ο ασθενής είναι αυτός που δίνει τις απαντήσεις, παράγοντας που συχνά δίνει λανθασμένα αποτελέσματα. Για το λόγο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε νεογνά, βρέφη, άτομα με πνευματική καθυστέρηση και στους υποκρινόμενους. Οι μέθοδοι εξέτασης που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία είναι η ακουομετρία ακουστικής αντίστασης, η ακουομετρία προκλητών ακουστικών δυναμικών και οι ωτοακουστικές εκπομπές. (Σκευάς,1998, Παπαφράγκου,1996)

Ακουομετρία ακουστικής αντίστασης

Με την ακουομετρία ακουστικής αντίστασης μετράται η μεταβολή της ενδοτικότητας της τυμπανικής μεμβράνης ενώ ταυτόχρονα μεταβάλλεται η πίεση του αέρα στον έξω ακουστικό πόρο ο οποίος είναι κλειστός ερμητικά με ένα βύσμα συσκευής.

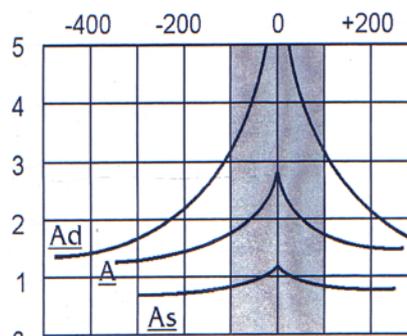
Αυτού του είδους ακουομετρία περιλαμβάνει δύο είδη δοκιμασιών: την τυμπανομετρία και τα ακουστικά αντανακλαστικά.

Τυμπανομετρία

Με την τυμπανομετρία εξετάζουμε την κινητικότητα της τυμπανικής μεμβράνης και τη λειτουργία του μέσου αυτιού.(Ζιάβρα,2004, Σκευάς,1998, Χελιδόνης, 2002,Billeaud, 1998)

Η γραφική παράσταση της ενδοτικότητας της τυμπανικής μεμβράνης σε συνάρτηση με τη μεταβολή της πίεσης στον έξω ακουστικό πόρο λέγεται τυμπανόγραμμα το οποίο αποτελείται από δύο άξονες. Στον κάθετο αναγράφεται η ενδοτικότητα και στον οριζόντιο η πίεση του αέρα στον έξω ακουστικό πόρο. Τα τυμπανογράμματα διακρίνονται σε πέντε τύπους.

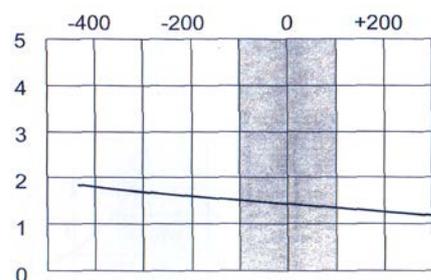
Ο τύπος A αντιστοιχεί σε ένα φυσιολογικό τυμπανόγραμμα. Η κορυφή του τυμπανογράμματος έχει φυσιολογικό μέγεθος και πίεση. Υπάρχουν δύο παραλλαγές του τύπου A τυμπανογράμματος. Ο τύπος As είναι όμοιος με τον τύπο A με τη διαφορά ότι η κορυφή του είναι μικρότερη σε μέγεθος και απαντάται σε παθολογικές καταστάσεις όπου η ακουστική αντίσταση είναι αυξημένη όπως στην ωτοσκλήρυνση.



Εικόνα : Τυμπανόγραμμα τύπου A, As, Ad

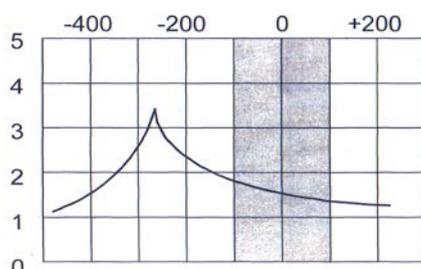
Στον τύπο Ad η ακουστική αντίσταση είναι ελαττωμένη και η κορυφή του τυμπανογράμματος είναι υψηλή (Ballenger- Snow, 1998).

Εικόνα : Τυμπανόγραμμα τύπου B



Στον τύπο B η καμπύλη του τυμπανογράμματος δεν παρουσιάζει κορυφή και έτσι η μέγιστη ενδοτικότητα δεν είναι ευδιάκριτη και παραμένει σχεδόν σταθερή κατά τη διάρκεια της μεταβολής της πίεσης του αέρα

στον έξω ακουστικό πόρο.



Ο τύπος C μοιάζει με τον τύπο A με τη διαφορά όμως ότι η κορυφή του αντιστοιχεί σε αρνητικές πιέσεις μεγαλύτερες από -100 mmH₂O. Ο τύπος αυτός είναι ενδεικτικός δυσλειτουργίας της

ευσταχιακής σάλπιγγας (Ζιάβρα, 2004, Σκευάς, 1998, Παπαφράγκου, 1996, Ballenger- Snow, 1998).

Εικόνα : Τυμπανόγραμμα τύπου C

Ακουστικό αντανακλαστικό

Οι μύες του μέσου αυτιού ενεργοποιούνται από διάφορα ακουστικά και μη ερεθίσματα. Όταν το ερέθισμα είναι ακουστικό, η αντανακλαστική σύσπαση των μυών αναφέρεται ως ακουστικό αντανακλαστικό. (*Παπαφράγκου, 1996, Σκευάς, 1998, Ballenger-Snow, 1998*).

Αυτό το αντανακλαστικό είναι αμφίπλευρο, δηλαδή λόγω των πολλαπλών συνδέσεων της νευρικής οδού του ακουστικού αντανακλαστικού, ο ερεθισμός του ενός αυτιού έχει σαν αποτέλεσμα τη σύσπαση των μυών και των δύο αυτιών.

Το ακουστικό αντανακλαστικό ορίζεται σε σχέση με το ερεθιζόμενο αυτί. Ετερόπλευρο είναι εκείνο που παρατηρείται στο αντίθετο αυτί από το ερεθιζόμενο ενώ ομόπλευρο είναι αυτό που παρατηρείται στο ερεθιζόμενο αυτί (*Παπαφράγκου, 1996, Χελιδόνης, 2002*).

Η μέτρηση του ακουστικού αντανακλαστικού γίνεται με τη βοήθεια του τυμπανογράφου και το ηχητικό ερέθισμα χορηγείται για 1-2sec και είναι 70-100dB σε συχνότητες από 500-4000Hz. Για να μετρήσουμε το ετερόπλευρο αντανακλαστικό χορηγούμε στο ένα αυτί ακουστικό ερέθισμα με ένταση 85dB και προσαρμόζουμε το ρύγχος της συσκευής στο άλλο αυτί. Το αντανακλαστικό του μύος του αναβολέα εκλύεται και στα δύο αυτιά. Στο αυτί που έχουμε προσαρμόσει το ρύγχος της συσκευής προκαλείται απότομη μείωση της ενδοτικότητας της τυμπανικής μεμβράνης η οποία και καταγράφεται (*Ζιάβρα, 2004*).

Στη μέτρηση του ομόπλευρου ακουστικού αντανακλαστικού τα ηχητικά σήματα χορηγούνται και στα δύο αυτιά. Ο ένας ήχος χρησιμεύει για την έκλυση του και ο άλλος για τη μέτρηση της μεταβολής της αντίστασης που προκαλείται από το αντανακλαστικό.

Ακουομετρία προκλητών ακουστικών δυναμικών

Τα δυναμικά αυτά αντιπροσωπεύουν τη μεταβολή της ηλεκτρικής δραστηριότητας στον κοχλία, στο ακουστικό νεύρο, στο εγκεφαλικό στέλεχος και στον ακουστικό φλοιό που αντανακλά την απάντηση σε ακουστικό ερέθισμα. Τα προκλητά ακουστικά δυναμικά διακρίνονται σε πρώιμα που παρατηρούνται τα πρώτα 10msec μετά τη χορήγηση του ερεθίσματος, σε μεσαία και σε βραδέα που παρατηρούνται μετά από 10-80msec και σε 80-750msec. Στα πρώιμα ακουστικά δυναμικά περιλαμβάνονται η ηλεκτροκοχλιογραφία και τα προκλητά ακουστικά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους (*Παπαφράγκου, 1996*).

Ηλεκτροκοχλιογραφία

Η καταγραφή της ηλεκτρικής δραστηριότητας του κοχλία και της 8^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας μετά από τη χορήγηση ακουστικών ερεθισμάτων λέγεται ηλεκτροκοχλιογραφία. Τα ηλεκτρικά δυναμικά που παράγονται διακρίνονται σε μικροφωνικά δυναμικά, τα οποία παράγονται στα τριχωτά κύτταρα του οργάνου του Corti, αθροιστικά δυναμικά, τα οποία παράγονται από τη βασική μεμβράνη του κοχλία και τα δραστικά δυναμικά του ακουστικού νεύρου, τα οποία παράγονται από το ακουστικό νεύρο (Ζιάβρα, 2004). Η εξέταση πραγματοποιείται με την τοποθέτηση ειδικού ηλεκτροδίου στο ακρωτήριο του μέσου αυτιού ή στην τυμπανική μεμβράνη ή στον έξω ακουστικό πόρο.

Προκλητά ακουστικά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους (ΠΑΔΕ)

Τα ΠΑΔΕ ορίζονται ως η καταγραφή της νευροηλεκτρικής δραστηριότητας του κοχλιακού νεύρου και των ακουστικών οδών του εγκεφαλικού στελέχους που παρατηρείται τα πρώτα 10msec μετά τη χορήγηση του ηχητικού ερεθίσματος στο αυτί. Εμφανίζονται ως επτά κυματομορφές που τους έχει δοθεί η ονομασία I, II, III, IV, V, VI και VII. (Παπαφράγκου, 1996, Σκευάς, 1998).

Τα χαρακτηριστικά των κυμάτων που αξιολογούνται στην κλινική πράξη είναι η μορφή, το πλάτος, οι λανθάνοντες χρόνοι και οι διακυματικοί χρόνοι και κυρίως οι χρόνοι του κύματος V (Ζιάβρα, 2004).

Ωτοακουστικές εκπομπές

Ωτοακουστική εκπομπή είναι η ενέργεια ορισμένης ακουστικής συχνότητας που απελευθερώνεται στον κοχλία και διαβιβάζεται μέσω της ακουστικής αλυσού και του τυμπανικού υμένα στον έξω ακουστικό πόρο ως απάντηση σε ένα ακουστικό ερέθισμα (Ballenger- Snow, 1998).

Τα έξω τριχωτά κύτταρα του οργάνου του Corti, που έχουν κινητικές ιδιότητες, μεταφέρουν τη μηχανική ενέργεια μέσω της ακουστικής αλυσίδας στον έξω ακουστικό πόρο. Οι δονήσεις που προκαλούνται στην τυμπανική μεμβράνη από αυτή την ενέργεια καταγράφονται με τη βοήθεια ενός ευαίσθητου μικροφώνου που τοποθετείται στον έξω ακουστικό πόρο (Παπαφράγκου, 1996, Ballenger- Snow, 1998, Billeaud, 1998).

Υπάρχουν δύο είδη ωτοακουστικών εκπομπών, οι αυτόματες και οι προκλητές. Οι αυτόματες παράγονται χωρίς οποιοδήποτε ακουστικό ερέθισμα και ανιχνεύονται στο 60% των ατόμων με φυσιολογική ακοή και σε αναλογία 2:1 στις γυναίκες και τους άντρες. Οι προκλητές εκλύονται μετά τη χορήγηση ηχητικών ερεθισμάτων, συνήθως έντασης 50-80dB, στον έξω ακουστικό πόρο, από όλα σχεδόν τα φυσιολογικά αυτιά.

Διακρίνονται δύο είδη προκλητών ακουστικών εκπομπών ανάλογα με το ερέθισμα που χρησιμοποιήθηκε. Οι ωτοακουστικές εκπομπές συχνότητας ερεθίσματος, οι οποίες μπορούν να προκληθούν με τη χρήση παροδικής ή βραχείας διάρκειας τόνου και οι ωτοακουστικές εκπομπές παραγώγων παραμόρφωσης που προκαλούνται από σύνθετης συχνότητας ερεθίσματα (Παπαφράγκου, 1996)

5.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ

A) **Άτυπη αξιολόγηση**- με την ανάλυση του αυθόρμητου λόγου του παιδιού

Η αξιολόγηση του αυθόρμητου λόγου έχει το προτέρημα ότι μπορεί πιο γρήγορα να δοθεί και να ερμηνευτεί και επίσης είναι πιθανόν να πετύχει την συνεργασία πολύ μικρών παιδιών, δειλών και πολύ δύσκολων, και δίνει δείγματα της γλωσσικής συμπεριφοράς του παιδιού σε πιο φυσική μορφή.

Γενικώς η άτυπη αξιολόγηση έχει κατηγορίες.

1. το ιατρικό
2. το οικογενειακό
3. το εξελικτικό ιστορικό ανάπτυξης από γονείς.

Το ιστορικό είναι πολύ σημαντικό όταν έχουμε να κάνουμε με παιδιά που είναι πολύ μικρά που δεν μπορούν ή δεν θέλουν να συνεργαστούν σε οποιαδήποτε δραστηριότητα και που παρακολουθώντας την συμπεριφορά τους στην γραφή να μην αντιπροσωπεύει της αληθινές ικανότητες.

Η παρατήρηση του παιδιού δεν πρέπει να γίνεται σε μία μόνο εξέταση αλλά σε δύο ή τρεις εξετάσεις σε διάφορες περιστάσεις σπίτι, σχολείο, ή όταν παίζει με άλλα παιδιά.

Το παιχνίδι είναι η καλύτερη δραστηριότητα για να μπορέσουμε να έχουμε ένα δείγμα με τις πιο αυθόρμητες απαντήσεις ενός μικρού παιδιού. Ο λογοθεραπευτής πρέπει να είναι καθισμένος στο επίπεδο του παιδιού περιτριγυρισμένος από διάφορα παιχνίδια, βιβλία και καθημερινά αντικείμενα.

Έχει αποδειχθεί ότι έχουμε καλύτερα αποτελέσματα όταν αρχίζουμε με μη λεκτικές δραστηριότητες και μετά προσπαθούμε να κάνουμε το παιδί να μιλήσει (Μπεικούση, Κ., 1999).

B) **Συστηματική αξιολόγηση**- με σταθμισμένα Τεστ που αξιολογούν την αντίληψη του λόγου, την κατανόηση του λεξιλογίου, την κατανόηση των γραμματικών

κανόνων, την άρθρωση, την έκφραση και τις μη λεκτικές ικανότητες (κινητικές ικανότητες, νοημοσύνη και οπτική αντίληψη).

Η συστηματική αξιολόγηση γίνεται στα εξής επίπεδα:

1. Αντίδραση στον ήχο (η αξιολόγηση της αντίδρασης στον ήχο συχνά μπορεί να γίνει χωρίς να αναγκάσουμε το παιδί να μιλήσει. Έτσι, αυτού του τύπου η αξιολόγηση μπορεί να είναι λιγότερο αγχωτική στο παιδί που στο παρελθόν είχε αρνητικές καταστάσεις σε σχέση με την ομιλία. Η αξιολόγηση της ακοής πρέπει να αρχίσει με ένα ολοκληρωμένο ιατρικό και εξελικτικό ιστορικό) (Μπεικούση, Κ.,1999).

2. Αντίληψη του λόγου (λεξιλόγιο και γραμματική). Συνήθως οι πληροφορίες που δίνουν οι γονείς για την γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού είναι συνεπείς αλλά μερικές φορές αξιολογούν την αντίληψη της γλώσσας των παιδιών τους παραπάνω από αυτές που είναι στην πραγματικότητα λόγω του ότι το παιδί μπορεί να παίρνει πληροφορίες από μη λεκτικά ερεθίσματα. (Μπεικούση, Κ.,1999).

Αλλά, πολλές φορές όμως, αυτός είναι ο μόνος τρόπος που μπορούμε να πάρουμε πληροφορίες για μικρά ή μη συνεργάσιμα παιδιά.

Υπάρχουν τρεις άτυποι μέθοδοι αξιολόγησης της αντίληψης της γλώσσας:

- Το παιδί να αναγνωρίζει αντικείμενα ή εικόνες
- Το παιδί εκτελεί απλές εντολές
- Το παιδί παίζει με κούκλες ή παιχνίδια

Και οι τρεις μέθοδοι ξεχωρίζουν την γλωσσική κατανόηση και την ομιλία γιατί χρειάζονται μη – λεκτική απάντηση από το παιδί.

Στην άτυπη αξιολόγηση της αντίληψης πρέπει να δίνονται δραστηριότητες έτσι ώστε σταδιακά να δυσκολεύουν. Στην αρχή μπορούμε να ζητήσουμε από το παιδί να δείξει αντικείμενα ή μέρη του σώματος: (π.χ. πού είναι ο σκύλος;), μετά να δείξει εικόνες με δραστηριότητα (π.χ. δείξε μου που κοιμάται) και μετά 1 λέξη, 2 λέξεις και 3 λέξεις εντολές (π.χ. δώσε μου το ψαλίδι, κάτσε κάτω και ζωγράφισε, σήκω επάνω πήγαινε στην κουζίνα και φέρε μου ένα ποτήρι) και τελικά να αναπαράγει δραστηριότητες με κούκλες ή παιχνίδια (π.χ. κάνε το κορίτσι να βοηθήσει το αγόρι που έπεσε κάτω)(Μπεικούση, Κ.,1999).

Για να μπορέσουμε να κρίνουμε σωστά εάν ένα παιδί έχει κατανοήσει την εντολή, ο λογοθεραπευτής πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός ώστε να μην δίνει στο παιδί μη λεκτικά ερεθίσματα. Η εντολή- δώσε μου το ποτήρι – όταν ακολουθείται με το χέρι ανοιχτό ή με μια ματιά προς το αντικείμενο μπορεί να μεταφραστεί πολύ γρήγορα από ένα παιδί που δεν έχει ιδέα τι σημαίνει καμιά από τις λέξεις.(Μπεικούση, Κ.,1999).

3.Ομιλία (η αξιολόγηση της ομιλίας αρχίζει με το ιστορικό της εξέλιξης του παιδιού που καλύπτει τα ψελλίσματα, την συμπεριφορά στην ομιλία και το κοινωνικό του ιστορικό. Η αξιολόγηση της ομιλίας πρέπει να συμπεριλαμβάνει παρατήρηση της ομιλίας και της άρθρωσης του παιδιού, εξέταση της στοματικής κοιλότητας για τυχόν ανωμαλίες και αξιολόγηση της κινητικότητας των οργάνων της ομιλίας με διάφορες κινητικές ασκήσεις π.χ φύσημα, άνοιγμα και κλείσιμο των χειλιών, κινητικότητα της γλώσσας και παραγωγή ορισμένων συλλαβών) (Μπεικούση, Κ.,1999).

- A) Άρθρωση
- B) Ρυθμός
- Γ) Προσωδία
- Δ) Ένταση
- E) Φωνή
- Z) Διάρκεια

4.Έκφραση (λεξιλόγιο και γραμματική). Το ιστορικό της εξέλιξης της έκφρασης του παιδιού (π. χ. η πρώτη του λέξη ή η πρώτη του φράση) και μια καταγραφή του τρόπου με τον οποίο το παιδί εκφράστηκε σε ορισμένα στάδια της ζωής του, και αν το παιδί επικοινωνήσε με όλους τους ανθρώπους που ερχόταν σε επαφή ή με ορισμένους ή σε συγκεκριμένες ώρες και σε συγκεκριμένες περιστάσεις για να αποκτήσει κάτι. Τυχόν προβλήματα τα οποία μπορεί να υπάρχουν όταν εκφράζεται ένα παιδί, είναι: δυσκολία στο λεξιλόγιο (π.χ αν μαθαίνει καινούριες λέξεις), δυσκολία να βρίσκει λέξεις και η συνεχής χρήση ορισμένων λέξεων για να εκφράσει κάτι άλλο.

Το παιδί μπορεί να παρατηρηθεί σε ένα πλαίσιο φυσιολογικό και ειδική προσοχή δίνεται στη χρήση των λέξεων, τον αριθμό των λέξεων σε μία πρόταση, και στους γραμματικούς κανόνες που χρησιμοποιούνται.

Σε περιπτώσεις που δεν είναι εφικτό να παρατηρηθεί το παιδί σε ένα φυσιολογικό πλαίσιο τότε μπορεί να αλλαχτεί το περιβάλλον για να έχουμε ένα δείγμα της έκφρασης του παιδιού.

Οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να γίνει αυτό είναι το παιχνίδι με διάφορα αντικείμενα , με φωτογραφίες και με ερωτήσεις.

Η επανάληψη προτάσεων είναι άλλη μια καλή τεχνική για να πάρουμε ένα δείγμα της έκφρασης των παιδιών που είναι πολύ μικρά, πολύ ντροπαλά ή πολύ ήσυχα. Αυτή η μέθοδος είναι βασισμένη στα πειραματικά στοιχεία που υπάρχουν ότι τα παιδιά δεν μπορούν να αναπαράγουν γραμματικούς κανόνες που δεν κατέχουν (Μπεικούση, Κ.,1999).

5.Πραγματολογία (η αξιολόγηση της πραγματολογίας πρέπει να γίνεται με παρατηρήσεις του παιδιού, αφού δεν υπάρχουν σταθμισμένα τεστ που να αξιολογούν την πραγματολογία.

Αξιολογώντας ένα παιδί πρέπει να προσέξουμε τον τρόπο που χρησιμοποιεί η γλώσσα και τον λόγο για τον οποίο χρησιμοποιεί τη γλώσσα. Χρησιμοποιεί τη γλώσσα για να κάνει ερωτήσεις, αρχίζει αυθόρμητα την συζήτηση, κάνει συγκεκριμένα σχόλια γύρω από ένα θέμα, δίνει διαταγές) (Μπεικούση, Κ.,1999).

6.Μη λεκτικές ικανότητες (επίσης πρέπει να αξιολογηθούν και οι μη λεκτικές ικανότητες ενός παιδιού. Το αναπτυξιακό ιστορικό και η αναπτυξιακή συμπεριφορά ενός παιδιού είναι χρήσιμα, π. χ. πότε μπουσούλησε, πότε περπάτησε και τυχόν ανωμαλίες στη συμπεριφορά. Επίσης σημαντικό είναι να παρατηρήσουμε πώς παίζει ένα παιδί, αν παίζει συνέχεια μόνο του, αν εξερευνεί τα παιχνίδια του όταν παίζει, αν χρησιμοποιεί τα αντικείμενα σωστά και αν χρησιμοποιεί τη φαντασία του στο παιχνίδι. Αξιολογούνται η οπτική μνήμη, η οπτική διάκριση και ο οπτικός εστιασμός με σταθμισμένα τεστ (Μπεικούση, Κ.,1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ- ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Η αρμονική ανάπτυξη του ανθρώπου αρχίζει από την πρώτη επαφή του με τον έξω κόσμο. Μέσα από την δυαδική του σχέση με τη μητέρα αποκτά σιγά σιγά συνείδηση του σώματος του και αρχίζει να βιώνει τις πρώτες εμπειρίες. Χρησιμοποιεί πρώτα την αφή και την ακοή. Μέσα από τη φυσική του επαφή με τη μητέρα και μέσω της φωνής της, γεμίζει από συναισθηματικές πληροφορίες που αποκτούν όλο και περισσότερη σημασία.

Το βαρήκοο παιδί ανάλογα με τη σοβαρότητα του ακουστικού προβλήματος έχει περιορισμένη ακουστική πληροφόρηση. Έτσι η ψυχοφυσική του ανάπτυξη δεν είναι αρμονική. Η επαφή του με τον έξω κόσμο είναι διαταραγμένη λόγω της μειωμένης του ακοής. Την ανάπτυξη της ωριμότητας του εμποδίζει κατά πολύ η μεγάλη δυσκολία επικοινωνίας του. Όλα αυτά αλλοιώνουν το χαρακτήρα του παιδιού που γίνεται αδιάφορο, νευρικό, επιθετικό, αβέβαιο και που απομονώνεται όλο και πιο πολύ (*Βερυκίου, 1999, Ηλιάδης et al, 1993, Dodd, 2005*).

Προς αποφυγή των σοβαρών συνεπειών που προέρχονται από τη βαρηκοΐα, είναι αναγκαίο να βγει το παιδί από την σιωπή και την απομόνωση όσο γίνεται πιο γρήγορα. Για να γίνει αυτό, απαιτείται η έγκαιρη διάγνωση, τοποθέτηση ακουστικών και λογοθεραπεία, με στόχο αργότερα την εισαγωγή του σε σχολείο ακουόντων, για να μπορέσει να πάρει ακουστικά ερεθίσματα, να ενδιαφερθεί περισσότερο για τον προφορικό λόγο και να προσαρμοστεί με τους ακούοντες.

6.1 Ακουστικά βοηθήματα για την βαρηκοΐα - κώφωση

Ακουστικά Βαρηκοΐας

Το ακουστικό βαρηκοΐας είναι μία μικροσυσκευή που λειτουργεί ως ενισχυτής του μεταφερόμενου ήχου στον κοχλία. Στόχος του είναι να ενισχύει την ένταση των ακουστικών ερεθισμάτων που φτάνουν στο βαρήκοο αυτί προς βελτίωση της υπολειμματικής ακοής του βαρήκοου ατόμου (*Ζιάβρα, 2005, Ηλιάδης et al, 1993*).

Τα ακουστικά βαρηκοΐας διακρίνονται σε δύο κύρια μέρη, το ηλεκτρονικό μέρος στο οποίο βρίσκονται όλα τα ηλεκτρονικά εξαρτήματα του ακουστικού και το

κέλυφος, που στερεώνει και προστατεύει το ηλεκτρονικό μέρος. Αποτελούνται από τρία βασικά στοιχεία:

1. Το μικρόφωνο, που βρίσκεται εξωτερικά και ενσωματωμένο πάντα στο κύριο σώμα της συσκευής.
2. Τον ενισχυτή ο οποίος καθορίζει την ενισχυτική ικανότητα και ποιότητα του ακουστικού.
3. Το μεγάφωνο ή δέκτη που βρίσκεται είτε στο σώμα του ακουστικού είτε χωριστά και συνδέεται μέσω καλωδίου με τον ενισχυτή (*Ζιάβρα, 2005, Ηλιάδη et al, 1993, Παπαφράγκου, 1996*).

Πλην των βασικών αυτών στοιχείων τα περισσότερα ακουστικά περιλαμβάνουν και μία σειρά από ρυθμιστικούς διακόπτες οι οποίοι ανάλογα με τη λειτουργία τους χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

- A. Σε αυτούς που ρυθμίζονται από το χρήστη και ελέγχουν άμεσα τη λειτουργία του ακουστικού δηλαδή ο διακόπτης έντασης και ο διακόπτης ελέγχου λειτουργίας και
- B. Σε αυτούς που ρυθμίζονται από τον ειδικό και ελέγχουν την ποιοτική απόδοση του ακουστικού. Αυτοί είναι:
 1. Ο ρυθμιστής κέρδους
 2. Ο ρυθμιστής τόνου
 3. PC (Peak Clipping)

Υπάρχουν επιπλέον τέσσερα στοιχεία που βρίσκουμε σε ένα ακουστικό βαρηκοΐας:

1. Το καλώδιο που συνδέει το μικρόφωνο με τα άλλα μέρη του ακουστικού
2. Ο σωληνίσκος που συνδέει το μικρόφωνο με τη θηλή
3. Η θηλή που τοποθετείται στην άκρη του μεγαφώνου και εφαρμόζεται στον έξω ακουστικό πόρο και
4. Η μπαταρία που είναι ενσωματωμένη μέσα στο ακουστικό και τροφοδοτεί όλη τη συσκευή (*Wall, 1995*).

Η βασική λειτουργία του ακουστικού βαρηκοΐας έχει τρία στάδια. Αρχικά το μικρόφωνο ενεργοποιείται με τις ελάχιστες διακυμάνσεις της πίεσης του αέρα που προκαλούνται από την πηγή του ήχου, συλλέγει τα ηχητικά κύματα (ακουστική ενέργεια) και τα μετατρέπει σε αντίστοιχα ηλεκτρικά (ηλεκτρική ενέργεια). Εν συνεχεία, αυτά τα ηλεκτρικά κύματα διοχετεύονται στον ενισχυτή όπου με τη χρήση επιπρόσθετης ενέργειας από τη μπαταρία φιλτράρονται και ενισχύονται. Το αλλοιωμένο σήμα διοχετεύεται στο δέκτη όπου τα ηλεκτρικά κύματα μετατρέπονται

και πάλι σε ηχητικά κύματα. Το ενισχυμένο αυτό ακουστικό σήμα διοχετεύεται στη συνέχεια στον έξω ακουστικό πόρο (*Ballenger, Snow, 1998, Παπαφράγκου, 1996*).

Ηλεκτροακουστικά χαρακτηριστικά του ακουστικού

Ως ηλεκτροακουστικά χαρακτηριστικά ενός ακουστικού βαρηκοΐας αναφέρονται τα χαρακτηριστικά της λειτουργίας του, δηλαδή οι μεταβολές που λαμβάνουν χώρα σε ένα ακουστικό σήμα κατά τη μετατροπή του από ακουστική σε ηλεκτρική και πάλι σε ακουστική ενέργεια. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι:

Ακουστικό κέρδος

Απόκριση συχνότητας

Στάθμη κορεσμού ηχητικής πίεσης ή μέγιστη ισχύς εξόδου

Η ηλεκτροακουστική αρμονική παραμόρφωση

(*Maxon, Brackett, 1992, Παπαφράγκου, 1996*).

Τύποι ακουστικών βαρηκοΐας

Τα ακουστικά κατατάσσονται ανάλογα με τον τρόπο εφαρμογής τους στις εξής κατηγορίες:

Ακουστικά σώματος ή τσέπης.

Το κύριο πλεονέκτημα των ακουστικών αυτού του τύπου είναι ότι η πιθανότητα ανατροφοδότησης είναι ελάχιστη λόγω της μεγάλης απόστασης που έχει το μικρόφωνο και ο δέκτης με αποτέλεσμα να προσφέρεται μεγάλο ακουστικό κέρδος και ευρεία περιοχή συχνοτήτων.

Το βασικό όμως μειονέκτημα των ακουστικών σώματος είναι η θέση του μικροφώνου. Επειδή το μικρόφωνο φοριέται στο σώμα είναι ευάλωτο στους ήχους των ρούχων που προκαλούνται από την τριβή των ινών σε αυτό και παρατηρούνται, είτε το ακουστικό βρίσκεται κάτω από τα ρούχα είτε πάνω από αυτά. Ένας επιπλέον παράγοντας που επηρεάζει είναι ο σωματικός συντονισμός των ήχων όταν το μικρόφωνο φοριέται στο ύψος του θώρακα, με αποτέλεσμα την αύξηση της ηχητικής ενέργειας στο πεδίο των χαμηλών συχνοτήτων και τη μείωση της στο πεδίο των υψηλών συχνοτήτων, γενικά ένα μη επιθυμητό αποτέλεσμα. Επιπλέον, δεν επιτυγχάνεται όφελος και στα δύο αυτιά (*Maltby, 2002, Maxon, Brackett, 1992 Wall, 1995*).

Ενδείκνυνται για υπερήλικες που πρέπει να μείνουν στο κρεβάτι καθώς αντιμετωπίζουν προβλήματα ανατροφοδότησης, επειδή το μαξιλάρι δεσμεύει τον ενισχυμένο ήχο που διαφεύγει από τον ακουστικό πόρο και τον στέλνει πίσω προς το μικρόφωνο.

Μπορεί ακόμη να είναι χρήσιμο σε άτομα με σοβαρού βαθμού βαρηκοΐα και με οπτικά ή κινητικά προβλήματα αφού το μέγεθος της συσκευής διευκολύνει τον έλεγχο της και την αλλαγή μπαταριών.

Τέλος, πολλοί ειδικοί τα προτείνουν για νεογνά και βρέφη επειδή είναι πιο σταθερά συγκριτικά με τα ωτιαία ακουστικά και περισσότερο ανθεκτικά απέναντι στην κακή μεταχείριση των παιδιών (Maltby, 2002, Wall, 1995).

Οπισθωτιαία ακουστικά (BTE- Behind the ear)

Σε αυτό τον τύπο ακουστικών όλα τα στοιχεία της συσκευής εσωκλείονται σε μια θήκη που τοποθετείται πίσω από το πτερύγιο του ωτός του ατόμου και μέσω ενός μικρού σωληνίσκου μεταφέρεται ο ενισχυμένος ήχος από το δέκτη στη θηλή που εφαρμόζει στον έξω ακουστικό πόρο (Ζιάβρα, 2005, Παπαφράγκου, 1996, Maltby, 2002, Wall, 1995).



Εικόνα : Ακουστικά οπισθωτιαίου τύπου

Τα ακουστικά οπισθωτιαίου τύπου έχουν το



μεγαλύτερο ποσοστό ηλεκτροακουστικής απόδοσης και συνιστώνται για κάθε είδους και βαθμό βαρηκοΐας. Η ικανότητα τους να τροποποιούν τον τρόπο που ένα ακουστικό βοήθημα ενισχύει ένα σήμα είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα νεογέννητα και τα βρέφη. Έχουν μικρό

μέγεθος και ρυθμίζονται με ιδιαίτερη ευκολία, γεγονός που τα καθιστά ιδιαίτερα εύχρηστα και προτιμητέα τόσο από τους ενήλικες όσο και από τα παιδιά .

Εικόνα : Εφαρμογή του οπισθωτιαίου ακουστικού στο αυτί

Το μεγαλύτερο μειονέκτημα αυτού του τύπου ακουστικών είναι η θέση του μικροφώνου το οποίο βρίσκεται πάνω από το πτερύγιο του ωτός και πολύ κοντά στον ενισχυτή, ενώ η ιδεώδης θέση θα ήταν να βρίσκεται βαθιά μέσα στον ακουστικό πόρο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην εκμεταλλεύεται το μικρόφωνο τη φυσική αντήχηση του πτερυγίου και του έξω ακουστικού πόρου καθώς και την αυξημένη

πιθανότητα ακουστικής ανατροφοδότησης. Η απώλεια των φυσιολογικών ακουστικών ιδιοτήτων πρέπει να αντισταθμίζεται από το ακουστικό βαρηκοΐας. Ένα άλλο μειονέκτημα είναι η ιδιαίτερη ευπάθειά τους στην εφίδρωση. Χρήζουν ανάγκη τακτικού καθαρισμού για την καλύτερη αποδοτικότητά τους (Ζιάβρα, 2005, Ballenger, Snow, 1998, Maxon, Brackett, 1992).

Ενδωτιαία ακουστικά

Αυτού του τύπου ακουστικά βαρηκοΐας τοποθετούνται πλήρως μέσα σε ένα προκατασκευασμένο εκμαγείο του αυτιού, σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο ώστε να προσαρμόζεται στο περύγιο και τον έξω ακουστικό πόρο. Στο σώμα του ακουστικού περιέχονται τα περισσότερα ηλεκτρονικά στοιχεία, η μπαταρία και ο ενισχυτής και αυτό καταλαμβάνει ολόκληρη την κόγχη του αυτιού (Ballenger, Snow, 1998).



Εικόνα: Ακουστικό ενδωταίου τύπου

Το πρόσθιο άνω σκέλος του βοηθήματος, στο οποίο συχνά βρίσκεται το μικρόφωνο, προσαρμόζεται στην έλικα του περυσίου και χρησιμεύει κυρίως για τη συγκράτηση της συσκευής στη θέση της. Το έσω τμήμα προσαρμόζεται εν μέρει στον έξω ακουστικό πόρο και περιέχει το δείκτη.

Τα ακουστικά ενδωταίου τύπου θεωρούνται αυτοτελή δεδομένης της απουσίας σωλήνωσης ή σύνδεσης με το εκμαγείο του ωτός. Το ακουστικό είναι ουσιαστικά ενσωματωμένο στο εκμαγείο του αυτιού (Maxon, Brackett, 1992, Wall, 1995).



Εικόνα: Εφαρμογή του ενδωταίου ακουστικού στο αυτί

Τα πλεονεκτήματα των ενδωταίων ακουστικών βαρηκοΐας είναι η θέση του μικροφώνου που βρίσκεται κοντά στο επίπεδο του έξω ακουστικού πόρου, το μικρό τους μέγεθος που τις καθιστά εύχρηστες και από αισθητικής πλευράς περιζήτητες και η μικρότερη ευπάθεια τους στην εφίδρωση του κρανίου.

(Ballenger, Snow, 1998, Ζιάβρα, 2005).

Συνήθως ενδείκνυνται για ήπιες προς σοβαρές και μερικές φορές για βαρειές μορφές βαρηκοΐας ενώ η απόδοση τους είναι μικρότερη κατά 10-15dB από την απόδοση των οπισθωτιαίων τύπων ακουστικών βαρηκοΐας.

Ενδοκαναλικά ακουστικά

Τα ενδοκαναλικά ακουστικά είναι τα μικρότερα και περισσότερο αισθητικά συγκριτικά με τα υπόλοιπα ακουστικά βοηθήματα. Το μικρόφωνο, ο ενισχυτής ο δέκτης και η μπαταρία εσωκλείονται σε μια πλαστική θήκη που έχει το σχήμα του ακουστικού καναλιού. Το αποτέλεσμα είναι η συσκευή να προσαρμόζεται στον έξω ακουστικό πόρο και μόνο η πρόσθια επιφάνεια να φαίνεται στην περιοχή της κόγχης.



Εικόνα: Ενδοκαναλικό ακουστικό



Μια κατάλληλα προσαρμοσμένη ενδοκαναλική συσκευή μπορεί να καλύψει τις ανάγκες ενός μεγάλου φάσματος βαρηκοϊών, στις οποίες περιλαμβάνεται και η βαριά νευροαισθητήρια βαρηκοΐα.

Η θέση του μικροφώνου, που βρίσκεται στο στόμιο του έξω ακουστικού πόρου, εκμεταλλεύεται τις ακουστικές ιδιότητες του μεγαλύτερου μέρους του πτερυγίου.

Εικόνα : Εφαρμογή του ενδοκαναλικού ακουστικού στο αυτί

Παρόλο που το μικρό του μέγεθος αποτελεί πλεονέκτημα, υπάρχει μία σειρά μειονεκτημάτων. Πρώτον, η ανατομική συγκράτηση είναι λιγότερη με αποτέλεσμα να εκτοπίζεται ευκολότερα και να χάνεται το ακουστικό. Επίσης, το μικρό του μέγεθος δυσκολεύει την τοποθέτηση και την αφαίρεση του. Τέλος, οι ρυθμιστές της έντασης σε αυτά τα βοηθήματα είναι μικροί και ο χειρισμός του μηχανισμού ρύθμισης μπορεί να είναι δύσκολος για πολλούς πάσχοντες, ιδιαίτερα στη διάρκεια της αρχικής περιόδου προσαρμογής (*Ballenger, Snow, 1998, Wall, 1995*).

Εξαιρώντας τα δυναμικά προβλήματα, τα ενδοκαναλικά ακουστικά αποτελούν ιδιαίτερα δημοφιλείς συσκευές και καλύπτουν πάνω από το ένα τέταρτο των συνολικών πωλήσεων των ακουστικών βοηθημάτων.

Τελείως ενδοκαναλικά

Αυτού του τύπου ακουστικά εισάγονται βαθιά μέσα στον έξω ακουστικό πόρο του ωτός και είναι ουσιαστικά αόρατα για τον τυχαίο παρατηρητή. Η έσω επιφάνεια

του βρίσκεται σε απόσταση 2mm από τον τυμπανικό υμένα. Η συσκευή αφαιρείται έλκοντας μια νάιλον αγκύλη που προσαρμόζεται στην έξω επιφάνεια της συσκευής (Ballenger, Snow, 1998).

Πέρα από το φανερό αισθητικό πλεονέκτημα τους, τα ακουστικά αυτά εκμεταλλεύονται πλήρως τις φυσικές ακουστικές ιδιότητες του περυγίου και του έξω ακουστικού πόρου.

Λόγω της κοντινής απόστασης της συσκευής στον τυμπανικό υμένα, το ακουστικό σήμα μεταφέρεται αποτελεσματικότερα και απαιτείται μικρότερη ενίσχυση (Wall, 1995).

Το κύριο μειονέκτημα είναι η τοποθέτηση και αφαίρεση της συσκευής. Οι πάσχοντες θα πρέπει να εξασκηθούν στην ασφαλή τοποθέτηση της συσκευής χωρίς κάκωση του τυμπανικού υμένα.

Αντενδείξεις για τη μη τοποθέτηση ενός τελείως ενδοκαναλικού ακουστικού είναι ο διάτρητος τυμπανικός υμένας, η χρόνια ή υποτροπιάζουσα μέση ωτίτιδα, το οστέωμα, η λιθομαστοειδεκτομή, το χολοστεάτωμα και κάθε άλλη ανατομική ανωμαλία που θα μπορούσε να εμποδίσει την ασφαλή και αποτελεσματική χρήση του ακουστικού (Ballenger, Snow, 1998).

Τελείως ενδοκαναλικά Σε αυτό τον τύπο το ακουστικό είναι ενσωματωμένο στο βραχίονα του σκελετού των γυαλιών και ο ήχος μεταφέρεται με ένα μικρό σωληνίσκο στη θηλή όπως και στα οπισθωτιαίου τύπου. Συνίστανται για άτομα που είναι διοπτροφόρα (Παπαφράγκου, 1996).



Οστεόφωνα γυαλιών

Η διαφορά τους με τα ακουστικά γυαλιών είναι ο τρόπος μετάδοσης του ήχου. Στη θέση του μεγαφώνου υπάρχει ένας δονητής που βρίσκεται στη άκρη του σκελετού και ακουμπά στη μαστοειδή απόφυση του ωτός. Ο δονητής πάλλεται και οι δονήσεις του μεταφέρονται στον κοχλία μέσω των οστών. Ενδείκνυνται κυρίως στις βαρηκοΐες αγωγιμότητας (Ζιάβρα, 2005).

Ο δέκτης της συσκευής είναι μέσα σε μία πλαστική θήκη, το σχήμα της οποίας είναι με τέτοιο τρόπο διαμορφωμένο ώστε να εφαρμόζει στη μαστοειδή απόφυση και στηρίζεται στη θέση του με μία μεταλλική ταινία, όπως το οστεόφωνο του ακοομετρητή. Αυτός αντί να μετατρέπει την ηλεκτρική ενέργεια σε ηχητικά κύματα, δονείται και αυτές οι δονήσεις μεταφέρονται μέσω των οστών του κρανίου στον κοχλία (Παπαφράγκου, 1996, Maltby, 1994, Wall, 1995).

Χρησιμοποιούνται κυρίως σε άτομα με ατρησία του έξω ακουστικού πόρου ή σε άτομα που πάσχουν από χρόνιες ωτίτιδες.

Ακουστικά σημάτων ετερόπλευρης διεύθυνσης CROS- Contralateral routing of signal

Τα ακουστικά αυτού του τύπου χρησιμοποιούνται από άτομα που το ένα του αυτί είναι κωφό ή που ο βαθμός βαρηκοΐας είναι τόσο μεγάλος ώστε να μη μπορεί να βελτιωθεί με την εφαρμογή ενός τυπικού ακουστικού βαρηκοΐας. Στόχος τους είναι να βελτιωθεί η διάκριση της ομιλίας περιορίζοντας τη σκιά της κεφαλής, η οποία εμποδίζει τους ήχους που κατευθύνονται προς την πλευρά του κωφού αυτιού να φτάσουν στο υγιές αυτί (Παπαφράγκου, 1996, Maltby, 1994, Maxon, Brackett, 1992).

Το ακουστικό σήμα μεταφέρεται ηλεκτρικά στο υγιές αυτί από το μικρόφωνο. Εκεί ενισχύεται ελαφρά και μετατρέπεται πάλι σε ήχο ο οποίος μεταφέρεται στο υγιές αυτί μέσω ενός μικρού σωληνίσκου. Με αυτό τον τρόπο ο πάσχων ακούει τον ήχο από την πλευρά του βαρήκοου αυτιού μέσω του ακουστικού και από την πλευρά του υγιούς αυτιού ακούει κατευθείαν τον μη ενισχυμένο ήχο. Έτσι το άτομο έχει την αίσθηση αμφίπλευρης ακοής χωρίς αυτό όμως να ισχύει (Παπαφράγκου, 1996, Maltby, 1994, Maxon, Brackett, 1992).

Ακουστικά σημάτων αμφίπλευρης διεύθυνσης BICROS- Bilateral Cros

Ο όρος BICROS αναφέρεται σε ένα σύστημα αμφίπλευρης ενίσχυσης με τη χρήση ενός μόνο ακουστικού βαρηκοΐας. Αυτός ο τύπος ακουστικού αποτελείται από ένα ακουστικό και ένα επιπλέον μικρόφωνο.

Το επιπλέον μικρόφωνο τοποθετείται στο αυτί που δεν μπορεί να βοηθηθεί με ακουστικό και μεταβιβάζει το σήμα στο άλλο αυτί με τη μικρότερη βαρηκοΐα, μέσω καλωδίου ή ρύθμισης FM. Έτσι ενισχύεται το ακουστικό σήμα και ταυτόχρονα μειώνεται η επίδραση της σκιάς της κεφαλής. Συνήθως τα ακουστικά αυτού του τύπου είναι ενσωματωμένα σε σκελετό γυαλιών και το επιπλέον μικρόφωνο τοποθετείται στο βραχίονα της πλευράς του αυτιού με τη μεγάλη βαρηκοΐα (Παπαφράγκου, 1996, Maltby, 1994, Maxon, Brackett, 1992).

Ενδείκνυνται για άτομα με αμφίπλευρη βαρηκοΐα στους οποίους το ένα αυτί παρουσιάζει πολύ μεγάλη βαρηκοΐα που δεν μπορεί να βελτιωθεί με τη χρήση ενός τυπικού ακουστικού.

Ισχυρά ακουστικά σημάτων ετερόπλευρης διεύθυνσης POWER CROS

Ο τύπος αυτός ακουστικού χρησιμοποιείται από άτομα με μετρίου ή μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα, που δεν μπορούν να έχουν αρκετή ενίσχυση χωρίς ανατροφοδότηση με οπίσθιου ή ενδωτιαίου τύπου ακουστικά και είναι συνήθως ενσωματωμένος σε σκελετό γυαλιών (Παπαφράγκου, 1996).

Ισχυρά ακουστικά σημάτων αμφίπλευρης διασταυρούμενης διεύθυνσης- CRIS CROS

Η επωνυμία CRIS CROS αναφέρεται στα αμφίπλευρα ισχυρά ακουστικά σημάτων ετερόπλευρης διεύθυνσης.

Το μικρόφωνο του ακουστικού είναι τοποθετημένο από την δεξιά πλευρά της κεφαλής και τροφοδοτεί τον δέκτη του αριστερού αυτιού, ενώ το μικρόφωνο της αριστερής πλευράς κατευθύνει το σήμα του προς το δεξί αυτί (Παπαφράγκου, 1996).

Χρησιμοποιούνται από άτομα με μετρίου ή μεγάλου βαθμού βαρηκοΐας και συνίστανται σε άτομα που επιθυμούν ακουστικά βοηθήματα και στα δύο αυτιά.

Ακουστικά βαρηκοΐας σημάτων ομόπλευρης κατεύθυνσης (Ipsilateral Routing Of Signal- IROS)

Χρησιμοποιείται συνήθως σε ελαφριές βαρηκοΐες που χρήζουν μικρή ενίσχυση γιατί σε μεγαλύτερου βαθμού, που απαιτείται μεγαλύτερη ενίσχυση, υπάρχει πάντα το πρόβλημα της ανατροφοδότησης (Παπαφράγκου, 1996).

Σε περιπτώσεις όπου η απόφραξη του έξω ακουστικού πόρου δεν ενδείκνυται λόγω κάποιας συγγενούς ατρησίας του έξω ακουστικού πόρου ή κάποιας χρόνιας ωτίτιδας, το μικροσκοπικό μεγάφωνο μπορεί να αντικατασταθεί με ένα οστεόφωνο. (Ζιάβρα, 2005).

Ακουστικά σημάτων μετωπιαίας διεύθυνσης (Front Routing Of Signal)

Το μικρόφωνο τοποθετείται στο σκελετό των γυαλιών δίπλα στη μέση γραμμή ή δίπλα στο πρόσθιο άκρο του βραχίονα στην ίδια πλευρά που εφαρμόζεται και το οπισθωτιαίο ακουστικό έτσι ώστε να υπάρχει κάποιος διαχωρισμός μεταξύ μικροφώνου και δέκτη (Παπαφράγκου, 1996).

Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που απαιτείται περισσότερη ενίσχυση χωρίς ανατροφοδότηση από εκείνη που παρέχουν τα ακουστικά ομόπλευρης διεύθυνσης και χωρίς να τοποθετηθεί το μικρόφωνο τελείως από την άλλη πλευρά της κεφαλής.

Ανοιχτά ακουστικά BICROS

Η αρχή της λειτουργίας του βασίζεται στη χρήση ενός BICROS ακουστικού αλλά με ανοιχτή θηλή αντί μιας τυπικής θηλής.

Χρησιμοποιούνται συνήθως από άτομα που στο ένα τους αυτί, λόγω της μεγάλης βαρηκοΐας, δεν μπορεί να εφαρμοσθεί ακουστικό βοήθημα και το άλλο έχει μόνο μικρού βαθμού βαρηκοΐα (*Παπαφράγκου, 1996*).

Εμφυτευόμενα Ακουστικά Βαρηκοΐας ή Εμφυτεύματα του Μέσου Ωτός

Τα συνήθη ακουστικά βαρηκοΐας, παρά τη μεγάλη βοήθεια που προσφέρουν σε πολλά άτομα με βαρηκοΐα, δεν είναι αποδεκτά από την πλειονότητα αυτών για πολλούς και διάφορους λόγους. Κυρίως εξαιτίας της παραμόρφωσης που προκαλούν στον ήχο, της ενόχλησης που προκαλούν κατά την εφαρμογή τους και της αισθητικής τους εμφάνισης. Τα εμφυτευόμενα ακουστικά μειώνουν και σχεδόν εξαλείφουν αυτά τα μειονεκτήματα.

Η διαφορά τους με τα ακουστικά βαρηκοΐας είναι ότι ένα ή περισσότερα στοιχεία του ακουστικού βαρηκοΐας εμφυτεύονται χειρουργικά στο αυτί και ότι ο δέκτης της συσκευής έχει αντικατασταθεί από ένα δονητή (*Παπαφράγκου, 1996*).

Ενδείκνυνται σε περιπτώσεις μικτής βαρηκοΐας όταν ο ουδός της οστέινης αγωγής είναι μικρότερος των 30- 40dB στις συχνότητες της κλίμακας ομιλίας. Όταν ο ουδός της οστέινης αγωγής είναι μεγαλύτερος από 40dB τότε η απόδοση του εμφυτεύματος δεν είναι ικανοποιητική ενώ όταν είναι καλύτερος από 20dB και η βελτίωση της ακοής δεν είναι εφικτή με κάποια χειρουργική μέθοδο, τότε μπορεί να εφαρμοσθεί το εμφυτευόμενο ακουστικό. Χρησιμοποιούνται επίσης και σε περιπτώσεις βαρηκοϊών αγωγής, οι οποίες δεν μπορούν να βελτιωθούν χειρουργικά. Οι ενδείξεις για τις νευροαισθητήριου τύπου βαρηκοΐες είναι ίδιες με αυτές του συνήθους ακουστικού.

Το κυριότερο χαρακτηριστικό του εμφυτεύματος του μέσου αυτιού είναι ότι μεταβιβάζει τον ήχο στο έσω αυτί με μικρή παραμόρφωση, με αποτέλεσμα τα άτομα με το εμφύτευμα να ακούνε τους ήχους ευκρινείς, καθαρούς και με λιγότερο θόρυβο σε σύγκριση με τα άτομα που χρησιμοποιούν ακουστικά βαρηκοΐας (*Παπαφράγκου, 1996*).

Υπάρχουν τρεις τύποι εμφυτευμάτων του μέσου ωτός, τα εμφυτευόμενα ηλεκτρομαγνητικά και πιεζοηλεκτρικά ακουστικά που δονούν την αλυσίδα των ακουστικών οσταρίων και τα μερικώς εμφυτευόμενα ηλεκτρομαγνητικά ακουστικά βαρηκοΐας οστέινης αγωγής που δονούν άμεσα το οστό της μαστοειδούς απόφυσης.

Εμφυτευόμενα ηλεκτρομαγνητικά ακουστικά βαρηκοΐας

Υπάρχουν διάφοροι τύποι αυτών των ακουστικών που αποτελούνται από ένα μικρόφωνο, ένα ενισχυτή και ένα πηνίο. Ένας μαγνήτης, ο οποίος είναι προσηλωμένος σε ένα από τα οστάρια της ακουστικής αλυσίδας, έχει αντικαταστήσει τον δέκτη που υπάρχει στα κοινά ακουστικά.

Η αρχή της λειτουργίας του είναι ότι ο ήχος εισέρχεται στο μικρόφωνο, μετατρέπεται σε ηλεκτρικό ρεύμα και ενισχύεται από τον ενισχυτή. Με τον ενισχυτή και το πηνίο που τοποθετείται είτε στον έξω ακουστικό πόρο είτε είναι ενσωματωμένο στο μικρόφωνο, δημιουργείται ηλεκτρομαγνητικό πεδίο το οποίο κινεί το μαγνήτη που είναι προσηλωμένος σε κάποιο από τα οστάρια. Οι δονήσεις που προκαλούνται στα οστάρια ερεθίζουν τον κοχλία με τον ίδιο τρόπο που το κάνουν οι ακουστικές δονήσεις (Παπαφράγκου, 1996).

Μερικώς εμφυτευόμενα ηλεκτρομαγνητικά ακουστικά βαρηκοΐας οστέινης αγωγής

Ενδείκνυται για άτομα με βαρηκοΐα αγωγής ή μεικτού τύπου όπου ο ουδός της οστέινης αγωγής είναι μικρότερος από 40dB και τα κυριότερα πλεονεκτήματα αυτής της συσκευής είναι η υψηλή ποιότητα ήχου και η ευχρηστία της σε περιπτώσεις ατόμων με βαρηκοΐα λόγω αμφίπλευρης συγγενούς ατρησίας.

Με βάση μετρήσεις που έχουν γίνει του ουδού ακοής με καθαρούς τόνους με τονοδότη σε διαφορετικές θέσεις του κροταφικού οστού, επινοήθηκε ένας νέος τύπος εμφυτευόμενου ακουστικού οστέινης αγωγής όπου ο δονητής προσαρμόζεται στη κάψα. Ο τύπος αυτός είναι ακόμη σε εξέλιξη και υπό δοκιμή.

Εμφυτευόμενα πιεζοηλεκτρικά ακουστικά βαρηκοΐας

Μερικώς εμφυτευόμενο πιεζοηλεκτρικό ακουστικό βαρηκοΐας

Η αρχή της λειτουργίας τους έχει ως εξής, ο παραγόμενος ήχος προσλαμβάνεται από το μικρόφωνο και μετατρέπεται σε ηλεκτρικά κύματα. Αυτά τα κύματα ενισχύονται από τον ενισχυτή και στη συνέχεια μεταβιβάζονται μέσω ηλεκτρονικού κυκλώματος στο εξωτερικό πηνίο που παράγει ηλεκτρομαγνητικό πεδίο (Παπαφράγκου, 1996). Κατόπιν η ηλεκτρομαγνητική ροή διαπερνά το δέρμα και επάγει ένα σήμα διαφοράς δυναμικού στο εσωτερικό πηνίο στοχεύοντας να διεγείρει το δονητή. Τέλος, οι μηχανικές δονήσεις μεταβιβάζονται ως ακουστικές δονήσεις στον κοχλία.

Ολικά εμφυτευόμενο πιεζοηλεκτρικό ακουστικό βαρηκοΐας

Αυτού του τύπου ακουστικό μειονεκτεί έναντι του μερικά εμφυτευόμενου κυρίως στα εξής σημεία:

1. Δεν έχει ακόμα προσδιοριστεί η διάρκεια ζωής του δονητή
2. Δεν ρυθμίζονται εξωτερικά τα ακουστικά χαρακτηριστικά του ακουστικού σε περίπτωση όπου ο βαθμός βαρηκοΐας μεγαλώσει και
3. Η αλλαγή της μπαταρίας γίνεται με χειρουργική επέμβαση, έστω και κάθε δύο με τρία χρόνια (*Παπαφράγκου, 1996*).

Παρά τα πλεονεκτήματα των εμφυτευόμενων ακουστικών υπάρχει και μία σειρά μειονεκτημάτων:

- Απαιτείται χειρουργική επέμβαση τόσο για την εμφύτευση όσο και για την περιοδική αλλαγή της μπαταρίας.
- Είναι πιθανή η ανάπτυξη φλεγμονής και βλάβης φυσιολογικών ανατομικών στοιχείων.
- Υψηλό κόστος που περιλαμβάνει την τιμή της συσκευής και την αμοιβή του γιατρού.

Υπάρχουν βέβαια ελπίδες ότι τα μειονεκτήματα αυτά θα εξαλειφθούν χάρη στην πρόοδο της τεχνολογίας και ότι το κόστος της συσκευής θα μειωθεί έτσι ώστε αυτού του τύπου τα ακουστικά βοηθήματα να χρησιμοποιούνται σε ευρεία κλίμακα στο μέλλον.

Κοχλιακά Εμφυτεύματα

Με τον όρο «κοχλιακό εμφύτευμα» εννοούμε μια συσκευή που εμφυτεύεται στο αυτί χειρουργικά (*Λίτινας, 1999*).

Είναι μια πραγματική επανάσταση στην αποκατάσταση της ακοής. Αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές ανακαλύψεις της ιατρικής και της βιοτεχνολογίας κατά την τελευταία εικοσαετία γιατί δίνει την αίσθηση της ακοής σε άτομα που ποτέ δεν άκουσαν ή έχασαν την ακοή τους στη μετέπειτα ζωή. Ενδείκνυται για την αντιμετώπιση αμφοτερόπλευρης κώφωσης και μεγάλου βαθμού νευροαισθητήριας βαρηκοΐας σε παιδιά και ενήλικες οι οποίοι παρά την χρήση ακουστικών βαρηκοΐας δεν σημειώνουν πρόοδο στην ομιλία (*Ζιάβρα, 2005*).

Το κοχλιακό εμφύτευμα στη βασική του μορφή είναι μία ηλεκτρονική συσκευή που μετατρέπει μηχανική ηχητική ενέργεια σε ηλεκτρικά σήματα που

χρησιμεύουν για να ερεθίσουν το κοχλιακό νεύρο σε κωφά άτομα. Στόχος της συσκευής είναι να αντικαταστήσει τη λειτουργία των τριχωτών κυττάρων που είναι κατεστραμμένα και δεν λειτουργούν. Η γενική στρατηγική που χαρακτηρίζει το κοχλιακό εμφύτευμα είναι η τοποθέτηση ηλεκτροδίων στο μέσο ή στο έσω αυτί και η διαβίβαση ηλεκτρικού ρεύματος μέσω των ηλεκτροδίων αυτών για να ερεθιστούν οι ίνες του κοχλιακού νεύρου και να παράγουν την αίσθηση του ήχου (*Παπαφράγκου, 1996*).

Αποτελείται από ένα εξωτερικό και ένα εσωτερικό τμήμα το οποίο και εμφυτεύεται. Το εξωτερικό μέρος ελέγχεται από το χρήστη και αποτελείται από το μικρόφωνο που τοποθετείται πίσω από το αυτί, και μια εξωτερική αντένα η οποία τοποθετείται πάνω στο δέρμα του τριχωτού της κεφαλής και συγκρατείται με μαγνήτη. Αυτή ενώνεται με ένα καλώδιο που καταλήγει σε ένα μικροσκοπικό επεξεργαστή ομιλίας με την μπαταρία του. Το εσωτερικό μέρος τοποθετείται χειρουργικά κάτω από το δέρμα και μένει πάντα μέσα στο κρανίο, εκτός αν πάθει κάποια βλάβη οπότε τοποθετείται καινούργιο. Αποτελείται από ένα δέκτη ο οποίος περιέχει ένα ηλεκτρονικό ερεθιστή και 15 ηλεκτρόδια τα οποία τοποθετούνται χειρουργικά μέσα στον κοχλία κοντά στις απολήξεις του ακουστικού νεύρου (*Βελεγράκης, 2002, Σκευάς, 1999, Wall, 1995*).

Τα 6 βασικά στάδια λειτουργίας του κοχλιακού εμφυτεύματος είναι:

1. Τα ηχητικά κύματα λαμβάνονται από το μικρό μικρόφωνο. Ο επεξεργαστής ομιλίας κωδικοποιεί τα ακουστικά σήματα.
2. Το κωδικοποιημένο σήμα οδηγείται με το καλώδιο στον πομπό.
3. Ο πομπός λαμβάνει το σήμα και το στέλνει διαμέσου του δέρματος στο εμφύτευμα. Το εμφύτευμα αποκωδικοποιεί το σήμα.
4. Τα ηλεκτρόδια διεγείρουν το ακουστικό νεύρο σε διάφορα σημεία στον κοχλία. Το ακουστικό νεύρο δημιουργεί νευρικούς παλμούς.
5. Νευρικοί παλμοί αποστέλλονται στον εγκέφαλο.
6. Ο εγκέφαλος αντιλαμβάνεται τους νευρικούς παλμούς ως ακουστική πληροφορία.

(*Βελεγράκης, 2002, Ζιάβρα, 2005, Παπαφράγκου, 1996, Maxon, Brackett, 1992*)

Προεγχειρητική αξιολόγηση υποψηφίων για κοχλιακό εμφύτευμα

Για τη διασφάλιση της καλής λειτουργίας και της αποτελεσματικότητας του κοχλιακού εμφυτεύματος επιβάλλεται προσεκτική προεγχειρητική αξιολόγηση η οποία αποσκοπεί στην επιλογή των κατάλληλων ατόμων για κοχλιακή εμφύτευση, την επιλογή του κατάλληλου κοχλιακού εμφυτεύματος και το σχεδιασμό της εγχείρησης. Τα χαρακτηριστικά που πρέπει να πληρούνται είναι:

- Η βαρηκοΐα να είναι μεγαλύτερη των 85dB
- Οι υποψήφιοι να μπορούν να ανακτήσουν το αίσθημα της ακοής με το κοχλιακό εμφύτευμα
- Να μην υφίσταται ιατρικός ή ψυχιατρικός λόγος που να αποτελεί αντένδειξη στην υποβολή της επέμβασης και
- Να προσδοκείται ότι θα γίνει χρήση του κοχλιακού εμφυτεύματος

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει:

- Λήψη ιστορικού σχετικού με κώφωση
- Μία ωτολογική εξέταση, για να αποκλειστούν χρόνιες παθήσεις του μέσου ους
- Γενικές ιατρικές εξετάσεις (για να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε εγχείριση, χωρίς να διατρέξει κάποιο κίνδυνο)
- Εξέταση του κοχλία (ηλεκτροακουολογικός έλεγχος)
- Ακουολογικά τεστ (για την ακοή και ομιλία, με και χωρίς ακουστικό)
- Έλεγχος της λειτουργίας του ακουστικού νεύρου
- Μαγνητική και αξονική τομογραφία για την απεικόνιση των δομών του κροταφικού οστού
- Ψυχολογική- Ψυχιατρική εξέταση. Η πληροφόρηση των γονέων θα πρέπει να είναι σωστή, για να τους οδηγήσει στην ανάπτυξη ρεαλιστικών προσδοκιών. Το αποτέλεσμα στο οποίο θα φτάσει το παιδί μετέπειτα, (δηλ. ο βαθμός της ακουστικής επιτυχίας που θα σημειώσει), εξαρτάται από τη συνεργασία παιδιών και γονέων.
- Καταγραφή ιδιαιτεροτήτων κάθε περίπτωσης που μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τη διαδικασία της εμφύτευσης (Βελεγράκης, 2002, Παπαφράγκου,1996)



Κοχλιακό εμφύτευμα οπισθοτιαίου τύπου

Πόσο κοστίζει ένα κοχλιακό εμφύτευμα

Ένα κοχλιακό εμφύτευμα κοστίζει περίπου όσο ένα μεσαίο αυτοκίνητο. Έρευνα, εξέλιξη και παραγωγή στην περιοχή της υψηλής ιατρικής τεχνολογίας κοστίζουν πολύ ακριβά. Τα έξοδα για το εμφύτευμα, την εγχείριση και την μετεγχειρητική φροντίδα καλύπτονται εξολοκλήρου από τα ασφαλιστικά ταμεία. Νεότερες έρευνες έδειξαν ότι ένα κοχλιακό εμφύτευμα ανεβάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των εμφυτευμένων. Η αναλογία ωφέλεια προς κόστος έχει βαθμολογηθεί υψηλότερα για το κοχλιακό εμφύτευμα από ότι για άλλες πιο συνηθισμένες ιατρικές επεμβάσεις (Ζιάβρα, 2005).

Μετεγχειρητική αντιμετώπιση

Η κλινική αντιμετώπιση και χειρισμός των ασθενών με κοχλιακή εμφύτευση πρέπει να συνεχίσει να παρέχεται από τη διεπιστημονική ομάδα όπως και πριν την επέμβαση. Μετά την επέμβαση εφαρμόζεται ένα πρόγραμμα αποκατάστασης που περιλαμβάνει:

- α) ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς
- β) ιατρική εξέταση για την επιβεβαίωση της ισοτιμίας ασθενούς και εμφυτεύματος
- γ) οπτικο- ακουστική εκπαίδευση

Ο χρόνος και η ένταση τέτοιων προγραμμάτων διαφέρει από ασθενή σε ασθενή. Η αποκατάσταση της επικοινωνίας γίνεται από το λογοθεραπευτή. Το πρόγραμμα μπορεί να επεκτείνεται από μια απλή καθοδηγούμενη εξάσκηση μέχρι μια άμεση εξάσκηση με στόχο το διαχωρισμό των μεμονωμένων ακουστικών χαρακτηριστικών του λόγου και τη μέγιστη κατανόηση και έκφρασή του.

(Μακρυνιώτη Ν., Λίτινας Ν., 1999).

Οφέλη και όρια δυνατοτήτων ενός κοχλιακού εμφυτεύματος

Γενικότερα η κοχλιακή εμφύτευση προσφέρει:

1. Ακοή καθημερινών θορύβων

Ο χρήστης κοχλιακού εμφυτεύματος μπορεί να ακούσει τους θορύβους που υπάρχουν στο γύρω του περιβάλλον, όπως π.χ. το κορνάρισμα του αυτοκινήτου ή τις σειρήνες, κάτι πολύ βασικό γιατί ενισχύει το αίσθημα της σιγουριάς και της ασφάλειας στην καθημερινή του ζωή.

2. Ακοή και κατανόηση του λόγου

Πολλοί ασθενείς φθάνουν αρκετά γρήγορα σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο, οι περισσότεροι μάλιστα κατανοούν το λόγο χωρίς χειλοανάγνωση.

3. Βελτίωση του λόγου του παιδιού

Επειδή ο ασθενής με το εμφύτευμα ακούει την ίδια τη φωνή του, μπορεί να βελτιώσει μετά από εντατική εξάσκηση την παραγωγή του λόγου. Η επαφή με τον ακουστικό κόσμο ανοίγει το δρόμο για νέες κοινωνικές επαφές και δυνατότητες για εκπαίδευση.

4. Η χρήση του τηλεφώνου μπορεί να γίνει πραγματικότητα

Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών μπορεί να χρησιμοποιεί το τηλέφωνο σταθερό ή κινητό. Αυτή η ικανότητα εξαρτάται και από το ιστορικό του κάθε ασθενή και βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου και τη συνεχή χρήση του εμφυτεύματος.

5. Μείωση της επίδρασης των εξωτερικών ήχων

Όπως συμβαίνει και με τα κοινά ακουστικά, οι θόρυβοι του περιβάλλοντος δυσκολεύουν την κατανόηση του λόγου. Ο υψηλός ρυθμός διέγερσης και η προοδευτική τεχνολογία του κοχλιακού εμφυτεύματος σήμερα, παρά την ύπαρξη θορύβων καθιστούν δυνατή την κατανόηση του λόγου. Θα πρέπει να τονιστεί, ότι τα αποτελέσματα ενός κοχλιακού εμφυτεύματος δεν είναι ίδια για όλους τους ασθενείς.

(Ζιάβρα, 2005 Παπαφράγκου, 1996, Wall, 1995)

7. ενίσχυση της αυτοπεποίθησης

8. ακουστική επεξεργασία ήχων

9. αναγνώριση λέξεων και προτάσεων

10. βελτίωση των υπεργλωσσικών χαρακτηριστικών

Όσον αφορά το λόγο, οι Ling και Nienhuys παρουσίασαν το 1983 μια ιεράρχηση των δυνατοτήτων ακουστικής επεξεργασίας που χρησιμοποιεί ο λογοθεραπευτής:

A) ανίχνευση του ήχου

- B) διαφοροποίηση του ήχου
- Γ) προσδιορισμός/ αναγνώριση του ήχου
- Δ) κατανόηση

Η παρέμβαση του λογοθεραπευτή όσον αφορά την αποκατάσταση της επικοινωνίας, συνίσταται ακόμη στα:

- αναγνώριση χαρακτηριστικών προσώδιας
- αναγνώριση φωνημάτων
- αναγνώριση θορύβων φωνής
- αναγνώριση περιβαλλοντικών ήχων
- αναγνώριση λέξεων 1-2 συλλαβών
- αναγνώριση προτάσεων

Πρέπει να τονίσουμε, ότι μόνο η κοχλιακή εμφύτευση χωρίς ακουστική ή\ και οπτικο- ακουστική εκπαίδευση είναι ΑΧΡΗΣΤΗ. Στην Ελλάδα, όπου η λογοθεραπευτική παρέμβαση είναι περιορισμένη, υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις αποτυχημένων και ανεκμετάλλετων κοχλιακών εμφυτεύσεων. Γενικότερα, θα μπορούσε να λεχθεί ότι χρειάζεται περισσότερος χρόνος και περισσότερη έρευνα για να υπάρξουν καλύτερα αποτελέσματα και μια αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των κοχλιακών εμφυτευμάτων (Μακρυνιώτη Ν., Λίτινας Ν.,1999).

6.2 Εναλλακτικοί τρόποι επικοινωνίας

Συμβολικό σύστημα Bliss

Το συμβολικό σύστημα Bliss είναι ένα εναλλακτικό μέσο επικοινωνίας για άτομα με διαταραχές λόγου, κινητικές διαταραχές κ.λ.π. Χρησιμοποιεί σύμβολα λογικά συνδεδεμένα και στρατηγικές που μπορούν να απεικονιστούν σε κάρτες ή χρησιμοποιούνται με προσαρμογές, Η/Υ για τον κάθε χρήστη χωριστά. Το σύστημα προέρχεται από τον Charles Bliss που θέλησε να δημιουργήσει μία διεθνή γλώσσα.

Στο Κέντρο Παιδιού του Οντάριο στον Καναδά άρχισε μια έρευνα με εναλλακτικές μορφές επικοινωνίας σε παιδιά με εγκεφαλική παράλυση. Το σύστημα έχει από τότε ερευνηθεί και με διανοητικά καθυστερημένα αλλά και με κωφά άτομα. Πρόσφατα το σύστημα χρησιμοποιείται με χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή κατάλληλο για άτομα με φυσικές αναπηρίες. Το σύστημα μπορεί να χρησιμοποιηθεί από παιδιά που γνωρίζουν ανάγνωση αλλά και από όσα δεν γνωρίζουν και συχνά

λειτουργεί σαν μια γέφυρα για την ανάγνωση, για παιδιά, με δυσκολία στον γραπτό λόγο. Αφηρημένες έννοιες αξεπέραστες για τα κωφά παιδιά μπορούν να συμβολιστούν με ένα συστηματικό και λογικό τρόπο (Καραμήτσου, Χ., 1988).

Κάθε σύμβολο απεικονίζεται και με την αντίστοιχη λέξη ώστε να γίνει κατανοητό και από άτομα που δεν γνωρίζουν το σύστημα. Τα περισσότερα σύμβολα είναι εικονογραφικά, αλλά υπάρχουν και πολλά αυθαίρετα.

Η καταλληλότητα ενός τέτοιου συστήματος για το κωφό παιδί εξαρτάται από πολλούς παράγοντες:

- Η επιθυμία του για επικοινωνία
- Το επίπεδο του λειτουργικού λόγου (αν υπάρχει)
- Η κατανόηση της γλώσσας
- Ο παρών τρόπος επικοινωνίας
- Το νοητικό δυναμικό του
- Η οπτική οξύτητα
- Η οπτική αντίληψη
- Η ακουστική οξύτητα
- Η στάση των γονιών του
- Η προθυμία των γονιών /σχολείου να δεχτούν να διδάξουν και να χρησιμοποιήσουν όπου είναι εφικτό τα σύμβολα.

Ο πλήρης πίνακας αποτελείται από 400 σύμβολα αλλά συνεχώς ανανεώνονται καθώς οι λεκτικές απαιτήσεις αυξάνονται. (Καραμήτσου, Χ., 1988).

Το συμβολικό σύστημα Rebus

Το συμβολικό σύστημα Rebus αρχικά αναπτύχθηκε στην Αμερική από ομάδα του κολεγίου George Peabody ώστε να βοηθήσει όσους έχουν καθυστερήσει στην ανάπτυξη της ικανότητας για ανάγνωση. Χρησιμοποιείται ευρύτατα σε ειδικά σχολεία αυτής της χώρας, στη διδασκαλία ανάγνωσης και βαθμιαία στη διδασκαλία γλωσσικών εννοιών από λογοθεραπευτές σε κωφά παιδιά αλλά και παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, νοητική καθυστέρηση κ.α.

Σύμβολα για ένα λεξιλόγιο Makaton ενσωματώθηκαν σε ένα λεξιλόγιο Rebus που χρησιμοποιήθηκε από τους Jones van Oosterom και Kathleen Devereux (1985) στην Αγγλική.

Συνοπτικά υπάρχουν τρεις τύποι συμβόλων:

6. Εικονογραφία
7. Θέσης
8. Αφηρημένα

Για την κατάταξη συμβόλων χρησιμοποιούνται λογικές στρατηγικές. Για παράδειγμα όλα τα σύμβολα που έχουν σχέση με κτήση χρησιμοποιούν ένα κύκλο και όλα τα σύμβολα που έχουν σχέση με ποσότητα περιέχονται σε ένα τρίγωνο. Η πλειοψηφία των συμβόλων είναι εικονογραφική. Το σύμβολο Rebus είναι ένα σταθερό οπτικό ερέθισμα που συνεχώς κανείς μπορεί να επικαλεστεί. Με αυτόν τον τρόπο περιορίζεται η ανάγκη καλής ακουστικής ικανότητας και δίνεται έτσι η δυνατότητα στο κωφό ή βαρήκοο παιδί να εμπεδώσει απλά μια νέα έννοια. Τα σύμβολα Rebus χρησιμεύουν ακόμα στην έμφαση της έννοιας που διδάσκεται κάθε φορά π.χ το μέγεθος. Τα σύμβολα δουλεύουν πάνω στην εκφραστική γλώσσα (ομιλία /νοήματα) τα Rebus ενισχύουν και ενθαρρύνουν την ορθή σειρά, των λέξεων. Παρουσιάζεται στο παιδί μια πρόταση Rebus με ανακατεμένα τα επιμέρους σύμβολα και το παιδί πρέπει να τα τοποθετήσει στη σωστή σειρά. Τα σύμβολα Rebus μπορούν να χρησιμοποιηθούν πάνω σε πίνακες επικοινωνίας για να ενισχύσουν την έκφραση και την κατανόηση. Είναι πολύ χρήσιμα στις περιπτώσεις βαρήκοων παιδιών που δείχνουν διστακτικότητα στη χρήση αφηρημένων εννοιών, αλλά που μπορούν να παρουσιάσουν θετικά αποτελέσματα δείχνοντας τα σύμβολα παρα χρησιμοποιώντας νοηματική. Παράλληλα με τη χρήση των συμβόλων είναι δυνατή η εκμάθηση προαναγνωστικών δεξιοτήτων, όπως π.χ η έννοια της λέξης, η διαδοχή από αριστερά προς τα δεξιά, πάνω και κάτω και η κατανόηση εννοιών όπως πρώτο, επόμενο, τελευταίο. Με αυτόν τον τρόπο το κωφό παιδί αναπτύσσει αυτοπεποίθηση και ανεξαρτησία (Καραμήτσου, Χ., 1988).

Το λεξιλόγιο Makaton

Το λεξιλόγιο Makaton είναι ένα γλωσσικό πρόγραμμα, που παρέχει ένα βασικό μέσο επικοινωνίας και ενθαρρύνει τη γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών και των ενηλίκων με επικοινωνιακά προβλήματα (Walker 1975- Le Prevost 1983).

Περιεχόμενα

Αποτελείται από ένα περιορισμένο λεξιλόγιο ειδικά επιλεγμένων θεμάτων, που έχουν προκύψει από την πρακτική εμπειρία των επικοινωνιακών και γλωσσικών αναγκών που έχουν τα μειονεκτούντα παιδιά και ενήλικες. Από τη σύγκριση με το λεξιλόγιο που έχουν προέλθει από άλλες πηγές προκύπτει ότι υπάρχουν κοινά στοιχεία κατά 70- 80%. Διδάσκεται προοδευτικά σε στάδια, δηλαδή οι βασικές ιδέες εισάγονται στα πρώτα στάδια και οι πιο σύνθετες αργότερα. Ο στόχος του είναι να εξασφαλίσει ότι, έστω και στην περίπτωση γνώσεων το εμποδίζουν να προχωρήσει από τα αρχικά στα μετέπειτα στάδια, το άτομο αυτό θα έχει τουλάχιστον αποκτήσει μια χρήσιμη, αν και περιορισμένη επικοινωνία. Η διδασκαλία σε στάδια παρέχει επίσης, στον δάσκαλο μια ένδειξη του επιπέδου κατανόησης που έχει το μειονεκτικό άτομο, ώστε να μπορέσει να προσαρμόσει ανάλογα το επίπεδο της δικής του επικοινωνίας.

Δεν έχει όμως, μόνο ο μαθητής ανάγκη από ένα λεξιλόγιο. Αυτοί που το βοηθούν, η οικογένεια, οι φίλοι θα πρέπει επίσης να είναι σε θέση, στις καθημερινές συζητήσεις, να διατυπώνουν ερωτήσεις, οδηγίες και τρόπους κοινωνικής συμπεριφοράς. Αυτό επιτυγχάνεται εν μέρει στα πρώτα στάδια του Makaton, βοηθώντας έτσι το άτομο που μειονεκτεί να δομήσει την κατανόηση της καθημερινής του ζωής και να θέσει τις βάσεις για την ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων, που πολύ συχνά είναι δύσκολο να αποκτηθούν. (Ζαφειράτου- Κουλιούμπα, Ε., 1994).

Νοήματα

Τα νοήματα του Makaton προέρχονται από την Βρετανική Νοηματική Γλώσσα, τη γλώσσα της κοινότητας των βαρηκόων. Μόνο οι βασικές λέξεις διδάσκονται με νοήματα κατά σειρά που ομιλούνται και συνοδεύονται από την κανονική γραμματική ομιλία. Ενσωματωμένα υπάρχουν μερικά στοιχεία της φυσικής νοηματικής γλώσσας, όπως νοήματα σχετικά με κατεύθυνση, εκφράσεις προσώπου και κάποιες τροποποιήσεις στις χειρονομίες, ενώ δεν γίνεται προσπάθεια να τονιστούν οι γραμματικές κλίσεις της καθομιλούμενης αγγλικής. Είναι μία μορφή αγγλικών με την υποστήριξη νοημάτων, που μοιάζει με τα είδη των επαφών κατά τις φυσικές συναλλαγές μεταξύ ακουόντων και μη ακουόντων ανθρώπων (Lawson 1981 –Deuchar).

Στη νοηματική Makaton είναι δυνατόν να μεταδοθεί το ίδιο μήνυμα με τη χρήση λίγων ή πολλών νοημάτων, ανάλογα με τις ικανότητες του μειονεκτούντος ατόμου, τις ικανότητες του χρήστη νοημάτων και τις ανάγκες τις κάθε κατάστασης.

Οι ικανότεροι μαθητές μπορούν να προχωρήσουν πιο πέρα από το λεξιλόγιο Makaton, στην νοηματική αγγλική.

Σύμβολα

Τα σύμβολα έχουν ταυτιστεί πλέον με τα στάδια του λεξιλογίου, ώστε να παρέχουν εναλλακτικά μέσα επικοινωνίας για σωματικά μειονεκτούντα παιδιά και ενήλικες, των οποίων η ομιλία και τα νοήματα δεν επαρκούν. Τα σύμβολα είναι απλοί εικονόγριφοι σχεδιασμένοι μετά από χρόνια μελέτης και μία σειρά αναγνωριστικών δοκιμών. Η συνεργασία που έγινε με άλλους ειδικούς του χώρου εξασφάλισε την συμβατότητα με το σύστημα – Μαθαίνοντας με γρίφους-. Οι πιο ικανοί μαθητές μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα σύμβολα Bliss μαζί με το λεξιλόγιο Makaton. Τέλος, τα σύμβολα αυτά αποδείχτηκαν πολύ σημαντικά, όταν χρησιμοποιήθηκαν μαζί με λόγο και νοήματα στο επίπεδο των προ- αναγνωστικών και αναγνωστικών ικανοτήτων σε παιδιά και ενήλικες με σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες. (Καραμήτσου, Χ., 1988).

Νοηματική γλώσσα

Η ελληνική νοηματική γλώσσα είναι μια μέθοδος επικοινωνίας που διδάσκεται ως πρώτη γλώσσα ενός παιδιού και ακολουθεί η εκμάθηση των νεοελληνικών ως δεύτερη γλώσσα.

Είναι η φυσική γλώσσα της κοινότητας των κωφών στην Ελλάδα όπως συμβαίνει και με τις υπόλοιπες νοηματικές, η ιδιαιτερότητάς της σε σχέση με αυτό που ο περισσότερος κόσμος έχει συνηθίσει να ονομάζει γλώσσα είναι ότι η γραμματική της δηλαδή το σύστημα των κανόνων βάσει των οποίων διαρθρώνεται ο λόγος και επιτυγχάνεται η επικοινωνία, δεν είναι προφορικό αλλά οπτικό – κινησιακό.

Η ελληνική νοηματική γλώσσα έχει σύνταξη του τύπου Y-P, Y-P-A (χρήση πιο απλών προτάσεων). Η γνώση της ΕΝΓ που βοηθά κωφούς και βαρήκοους να αυξήσουν το λεξιλόγιό τους και αν κατανοήσουν απλές προτάσεις, δεν μπορεί να τους βοηθήσει να εκφράσουν σωστά στο γραπτό λόγο πολύπλοκες προτάσεις της ομιλούμενης γλώσσας, χωρίς την αντίστοιχη εκπαίδευση (Ζαφειράτου- Κουλιούμπα, Ε., 1994). Τα γλωσσικά μέσα που χρησιμοποιεί η ελληνική νοηματική γλώσσα για να διατυπώσει μορφολογία και σύνταξη, βασίζονται στην κίνηση των χεριών, στην

στάση ή στην κίνηση του σώματος και στην έκφραση του προσώπου. Οι βασικές μονάδες του λόγου της ελληνικής νοηματικής γλώσσας ονομάζονται νοήματα και τα νοήματα μπορούν να έχουν λεξική ή γραμματική σημασία, ακριβώς όπως τα μορφήματα και οι λέξεις στις φυσικές γλώσσες.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας είναι:

- η χειρομορφή (σηματισμός παλάμης και θέση δακτύλων). Τα νοήματα σχηματίζονται με 1 ή 2 χέρια. Όταν χρησιμοποιούνται και τα δύο χέρια, αυτά μπορεί να σχηματίζουν την ίδια χειρομορφή και να κινούνται, την ίδια χειρομορφή αλλά κινείται μόνο το ένα, ή να σχηματίζουν διαφορετικές χειρομορφές αλλά το ένα να κινείται ενώ το άλλο περιορίζεται σε μικρό βαθμό βασικών χειρομορφών.
- προσανατολισμός παλάμης (κατεύθυνση όπου στρέφεται η χειρομορφή)
- η θέση της χειρομορφής στο χώρο ή στο σώμα
- η κίνηση μπορεί να εμπεριέχει ιδιαίτερα σημασιολογικά χαρακτηριστικά, όπως πληροφορίες για το δράστη ή τον αποδέκτη. Η επανάληψη της κίνησης υποδηλώνει τη συχνότητα, τον πληθυντικό αριθμό, τη διαφοροποίηση μεταξύ ρήματος και ουσιαστικού. Το εύρος της κίνησης υποδηλώνει τον όγκο ή το μέγεθος, η ταχύτητα συμβάλλει στην έκφραση διαφορετικών επιρρηματικών ιδιοτήτων.
- η κίνηση ή η στάση σώματος και η έκφραση του προσώπου (στις ομιλούμενες γλώσσες αυτές οι πληροφορίες μεταφέρονται με τον τόνο της φωνής (DVD Νοήμα).

Το δακτυλικό αλφάβητο είναι ουσιαστικά η μετεγγραφή της ελληνικής αλφαβήτας στη Νοηματική Γλώσσα. Είναι δύσχρηστο για τους κωφούς και βαρήκοους, οι οποίοι τη χρησιμοποιούν για το σχηματισμό των ονομάτων ή για αρχικοποιημένα νοήματα όπως η λέξη κοινωνία το νόημα της οποίας είναι το γράμμα κ. Το δακτυλικό αλφάβητο δε διαφοροποιείται σε μικρά και κεφαλαία γράμματα, δεν υπάρχουν τόνοι ή σημεία στίξης (DVD Νόημα). Χρησιμοποιείται επίσης στην επικοινωνία κωφών/βαρήκοων – ακουόντων για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας (Ζαφειράτου- Κουλιούμα, Ε., 1994).

Μόνο τα κωφά και βαρήκοα παιδιά κωφών ή βαρήκοων γονέων συνήθως αποκτούν τη Νοηματική γλώσσα ως πρώτη γλώσσα σε φυσιολογική ηλικία απόκτησης της γλώσσας (βρεφική – νηπιακή)- 5% - 10% της κοινότητας των Κωφών. Οι κωφοί και βαρήκοοι ακουόντων γονέων συνήθως μαθαίνουν Νοηματική σε νεαρή προσχολική ηλικία (Λαμπροπούλου, Β., 1997).

6.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Α' ΜΕΡΟΣ

Η ακοή είναι μια από τις βασικότερες προϋποθέσεις για την ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας με στόχο την πιο άρτια επικοινωνιακή ικανότητα. Ο περιορισμός της ακοής οδηγεί σε μεταβολές του τρόπου με τον οποίο το παιδί θα κατακτήσει το λόγο. Έτσι είναι πολύ σημαντικό για το μικρό βαρήκοο παιδί να βγει από τη σιωπή του και να επικοινωνήσει όσο το δυνατόν γρηγορότερα αφού τοποθετηθούν τα κατάλληλα ακουστικά. Η λογοθεραπευτική εκπαίδευση μπορεί να διακριθεί σε δύο βασικούς τομείς:

1. την πρώιμη εκπαίδευση, όταν στο παιδί έγινε έγκαιρη διάγνωση και τοποθέτηση ακουστικού
2. την αργοπορημένη εκπαίδευση, η οποία είναι λογοθεραπευτική αγωγή που εφαρμόζεται σε παιδιά που για κάποιο λόγο δεν τους έγινε έγκαιρη διάγνωση (Βερυκίου, Γ., 1999).

Η βασική διαφορά ανάμεσα τους είναι ότι κατά την πρώτη προσπαθούμε να βοηθήσουμε το παιδί να αναπτύξει το λεξιλόγιό του όσο γίνεται πιο κοντά στο φυσιολογικό. Στην επανεκπαίδευση όμως δεν έχουμε χρόνο για κάτι τέτοιο και πρέπει πολύ συστηματοποιημένα να καλύψουμε τα κενά.

Κατά την πρώιμη εκπαίδευση πρέπει:

1. Να γίνει συμβουλευτική δουλειά κυρίως με τους γονείς αλλά και γενικότερα με το οικογενειακό περιβάλλον για τη σωστή συμπεριφορά στο παιδί μέσα και έξω από το σπίτι.
2. Να τροφοδοτηθεί το παιδί με πολλά ακουστικά ερεθίσματα μετά την τοποθέτηση του ακουστικού. Πρέπει να γίνει η καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των ακουστικών δυνατοτήτων του παιδιού, πράγμα πολύ σημαντικό για τη μετέπειτα εξέλιξη, αρμονία και μελωδικότητα της ομιλίας του.
3. Να μη χαθεί χρόνος ώστε το παιδί να ακολουθήσει όσο το δυνατό τα φυσιολογικά στάδια εξέλιξης του λόγου και της ομιλίας, που αντιστοιχούν στην χρονολογική του ηλικία.
4. Να δοθεί μεγάλη σημασία στην ανάπτυξη της κατανόησης.
5. Να δοθεί προσοχή στο ρυθμό και τη μελωδία του προφορικού λόγου.

Να συμβάλλουμε στην κοινωνικοποίηση και ένταξη του παιδιού στο κοινωνικό περιβάλλον. (Βερυκίου, Γ., 1999).

Στην αργοπορημένη εκπαίδευση παρατηρούνται οι εξής φάσεις:

1. Ακουστική εξάσκηση. Χρήση διαφόρων ήχων με σκοπό την καλή χρήση του ακουστικού και την αξιοποίηση των υπολειμμάτων της ακοής του παιδιού.
2. Διόρθωση των σφαλμάτων στην άρθρωση, όσων γραμμάτων γνωρίζει το παιδί και διδασκαλία όσων δεν γνωρίζει.
3. Απόκτηση λέξεων με τα γνωστά του γράμματα
4. Διάφορες ασκήσεις για την ανάπτυξη της κατανόησης του λόγου, δίνοντας πολύ έμφαση στην κατανόηση των αφηρημένων εννοιών, στις οποίες υπάρχει μεγάλη δυσκολία διότι δεν υπάρχουν συγκεκριμένες παραστάσεις για να τις συνδυάσει το παιδί.
5. Γνώσεις γύρω από τη φύση, τα ζώα και τη ζωή του ανθρώπου.

Όλα αυτά εμπλουτίζουν τις γνώσεις και το λεξιλόγιο του παιδιού (Βερυκίου, 1999, Ηλιάδης *et al*, 1993, Dodd, 2005).

Το βαρήκοο παιδί κάτω από τα σημερινά εκπαιδευτικά συστήματα αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες στην επικοινωνία. Ένα προ- γλωσσικό βαρήκοο παιδί σ' αυτή την ηλικία συχνά δεν ξέρει τα' όνομά του, πως ονομάζονται τα φαγητά που τρώει ή τα ρούχα που φοράει. Τα μειονεκτήματα της ακοής επηρεάζουν την αντίληψη, παραγωγή και τη διαδικασία επανατροφοδότησης της ομιλίας. Η εκπαίδευση λοιπόν, γίνεται στα εξής επίπεδα:

4. Αντίδραση στον ήχο – ακουστικό παιχνίδι
5. Μιμητική ικανότητα – πολυαισθητηριακά ερεθίσματα
6. Χειλεανάγνωση
7. Αντίληψη του λόγου
8. Έκφραση – αναπαραγωγή του λόγου
9. Λεκτικές ικανότητες (Ηλιάδης *et al*, 1993, Καλαϊτζίδου, 1996, Καρδαμίτση, 1999).

Αντίδραση στον ήχο – ακουστικό παιχνίδι

Όσο πιο σοβαρή είναι η βαρηκοΐα τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες το άτομο να μην αναπτύξει λόγο χωρίς συστηματική παρέμβαση, ακόμα και αφού γίνει σωστή εφαρμογή ακουστικών. Έτσι το παιδί πέρα από τη λογοθεραπευτική παρέμβαση χρειάζεται οργανωμένη ακουστική εκπαίδευση προκειμένου να μάθει να διακρίνει την παρουσία του ήχου, να ξεχωρίζει τα διάφορα ακουστικά ερεθίσματα και να δίνει νόημα σε ότι ακούει. Όλα αυτά είναι πολύ σημαντικά, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια εφαρμογής του ακουστικού.

Έτσι λοιπόν ξεκινώντας ένα πρόγραμμα ακουστικής εκπαίδευσης εξηγούμε στο γονέα ότι το παιδί θα πρέπει αρχικά να μάθει να ανιχνεύει τον ήχο. Για την εκπαίδευση και ενίσχυση αυτής της δεξιότητας επιστρατεύονται διάφορα παιχνίδια, για παράδειγμα ο λογοθεραπευτής χτυπά αρχικά ένα τύμπανο ενώ το παιδί παρακολουθεί (Ηλιάδης *et al*, 1993, Καλαϊτζίδου, 1996, Καρδαμίτση, 1999). Ο γονέας, ως βοηθός, ρίχνει μια μπάλα σε ένα κουτί κάθε φορά που ακούει το χτύπημα του τυμπάνου. Έπειτα από μερικές επαναλήψεις ο γονέας κρατά το χέρι του παιδιού και το βοηθά να ρίξει την μπάλα μέσα στο κουτί παρακολουθώντας τον λογοθεραπευτή να χτυπά το τύμπανο. Μετά από πολλές επαναλήψεις το παιδί μαθαίνει να κοιτάζει και να περιμένει και να ανταποκρίνεται στο οπτικοακουστικό παιχνίδι μόνο του. Όταν το παιδί ανταποκρίνεται πια σωστά τις περισσότερες φορές, ο λογοθεραπευτής χτυπά το τύμπανο χωρίς να βλέπει το παιδί με σκοπό να εξασκήσει πλέον τα ακουστικά υπολείμματα αυτού. Αυτή η διαδικασία δεν πραγματοποιείται φυσικά μόνο με το τύμπανο και την μπάλα. Τα αντικείμενα αυτά μπορούν να αντικατασταθούν με οτιδήποτε βρίσκει το παιδί ενδιαφέρον. Η εξάσκηση είναι σημαντικό να γίνεται και στο σπίτι από τους γονείς (Paul, 2001).

Στη δεύτερη φάση της ακουστικής εκπαίδευσης το παιδί καλείται να διακρίνει ανάμεσα σε δύο ήχους. Πρέπει λοιπόν να μπορεί να ξεχωρίσει τις έννοιες «ίδιο» και «διαφορετικό». Έτσι ο θεραπευτής χτυπάει το τύμπανο και τα κουδουνάκια εναλλάξ και το παιδί καλείται χωρίς πλέον να βλέπει να τοποθετεί κουμπιά στην εικόνα ενός τυμπάνου κάθε φορά που ακούει το τύμπανο και στην εικόνα με τα κουδουνάκια όταν ακούει τα κουδουνάκια. Χρησιμοποιούνται όσο το δυνατόν περισσότερες ηχητικές πηγές, αρχικά με μεγάλες διαφορές μεταξύ τους όπως το τύμπανο και η φλογέρα και αργότερα με μικρότερες ώστε να οξύνει την ικανότητα της ακουστικής διάκρισης.

Στην τρίτη φάση της εκπαίδευσης το παιδί καλείται να ονομάσει αυτό που άκουσε. Όταν το παιδί φτάσει σε αυτό το επίπεδο, το ακουστικό του ρεπερτόριο είναι αρκετά μεγάλο ώστε να του επιτρέπει να αναγνωρίζει ήχους διαφορετικών συχνοτήτων.

Στην τελική φάση, το παιδί θα μάθει να κατανοεί το νόημα του ήχου και γενικότερα των ακουστικών μηνυμάτων που δέχεται, αρχίζοντας από τα φωνήματα, προοδεύοντας στις συλλαβές, λέξεις, προτάσεις και τέλος στο ρέοντα λόγο (Ηλιάδης *et al*, 1993, Καλαϊτζίδου, 1996, Καρδαμίτση, 1999).

Η εκπαίδευση του παιδιού περιλαμβάνει όλες τις παραμέτρους της γλώσσας. Έτσι το εκπαιδεύουμε:

- Στην διάρκεια του ηχητικού σήματος
- Στην ένταση της ομιλίας
- Στο ρυθμό της ομιλίας
- Στο ύψος του ήχου και της φωνής(Οκαλίδου Α., 2002).

Αναπνοή

Λάθη αναπνοής

Η εκπαίδευση στη διάρκεια του ηχητικού σήματος σημαίνει συγχρόνως και εκπαίδευση στη σωστή χρήση της αναπνοής έτσι ώστε αργότερα να κάνει οικονομία του αέρα όταν μιλά και να μην κατακερματίζει τη λέξη από κακή οικονομία του αέρα. Τα κύρια προβλήματα στη χρήση της αναπνοής κατά την ομιλία στα άτομα με σοβαρή βαρηκοΐα ή κώφωση είναι ότι αρχίζουν την φώνησης αφού έχει εκπνευστεί ο αναπνευστικός όγκος του αέρα ή δεν παίρνουν βαθιές εισπνοές έτσι ώστε ο εισπνεόμενος αέρας να είναι ίσος με την ζωτική χωρητικότητα των πνευμόνων. Εφόσον δεν υπάρχει αρκετός αέρας στους πνεύμονες για να υποστηρίξει την ομιλία, το στάδιο της εκπνοής δεν γίνεται ως επί το πλείστον με την παθητική συστολή του θώρακα αλλά με την ενεργή σύσπαση μυών που έχουν σαν αποτέλεσμα την δημιουργία μυϊκής έντασης σε όλον τον αρθρωτικό μηχανισμό (Οκαλίδου Α., 2002).

Η μη σωστή χρήση της αναπνοής και η μυϊκή ένταση δημιουργεί προβλήματα φώνησης όπως μονότονη ή άρρυθμη φωνή, βραχνή ή τραχιά φωνή, αδύνατη ή ψιλή φωνή και φωνολογικά /φωνητικά προβλήματα, όπως η αλλοίωση ή παράλειψη συμφώνων και η παράταση, ουδετεροποίηση και ρινοποίηση φωνηέντων. Τα φωνολογικά / φωνητικά προβλήματα πηγάζουν κυρίως από τη δυσκολία στον συγχρονισμό της άρθρωσης και της φώνησης. Αυτή η δυσκολία πολλές φορές προέρχεται από την κακή χρήση της αναπνοής. Άρα, η αγωγή λόγου σε βαρήκοα/ κωφά παιδιά πρέπει να περιλαμβάνει και άσκηση στην σωστή χρήση της αναπνοής (Οκαλίδου Α., 2002).

Τρόποι ανάπτυξης και επανόρθωσης αναπνευστικών σχημάτων κατά την ομιλία

Γενικά η προληπτική αγωγή για την εκμάθηση της σωστής αναπνοής είναι καλύτερη από την διορθωτική αγωγή, επειδή στην δεύτερη περίπτωση πρέπει να απαλειφθούν παλιές συνήθειες που έχουν αυτοματοποιηθεί στον λόγο.

Στην προληπτική αγωγή, που λαμβάνει χώρα στην προσχολική ηλικία, η ανάπτυξη καλών αναπνευστικών συνηθειών γίνεται μέσω της ανάπτυξης της γλώσσας με οδηγό τα φυσιολογικά στάδια στην πορεία ανάπτυξης. Το παιδί μαθαίνει

ότι όσο πιο μεγάλη γίνεται η διάρκεια της φράσης τόσο πιο μεγάλη πρέπει να είναι και η εισπνοή πριν την έναρξη της ομιλίας καθώς και η διάρκεια της εκπνοής κατά την ομιλία. Επίσης, μαθαίνει ότι η διάρκεια της κάθε φράσης εξαρτάται από την υπερ- τμηματική δομή της όλης πρότασης. Στην προληπτική αγωγή, χρησιμοποιούνται έμμεσες και άμεσες τεχνικές για την ανάπτυξη της αναπνοής.

Στην διορθωτική αγωγή χρησιμοποιούνται άμεσες τεχνικές. Το παιδί καλείται να φυσήξει μια μπάλα- φτερό πάνω στο τραπέζι, μετακινώντας την και προσπαθώντας να την περάσει ανάμεσα από δύο βιβλία που χρησιμεύουν ως ποδοσφαιρική εστία (Οκαλίδου Α., 2002).

Οι στόχοι γενικά είναι:

- α) η έναρξη της ομιλίας με καλά αποθέματα αέρα (όγκο μεγαλύτερο από τη λειτουργική υπολειπόμενη χωρητικότητα)
- β) η καλλιέργεια σταθερής και σταδιακής εκπνοής κατά την ομιλία (το στάδιο της εκπνοής να είναι πολύ μεγαλύτερο από το στάδιο της εισπνοής)
- γ) η συνειδητοποίηση των απτικών αισθητηριακών ερεθισμάτων κατά την αναπνοή
- δ) ο εντοπισμός των γλωσσολογικά κατάλληλων σημείων για την αναπνοή
- ε) η γενίκευση της σωστής χρήσης της αναπνοής στην καθημερινή ομιλία (Οκαλίδου Α., 2002).

Κατά την αγωγή λόγου σε μικρή ηλικία δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο συλλαβές, λέξεις ή μικρές φράσεις γιατί θα εμποδιστεί έτσι η ανάπτυξη σωστών αναπνευστικών σχημάτων. Αρχικά καλλιεργούμε εκπνοές διάρκειας 3- 4 δευτερολέπτων. Μετά συνδυάζουμε ασκήσεις αναπνοής με φωνητικές ασκήσεις. Τα στάδια για την καλλιέργεια σωστής αναπνοής έχουν ως εξής:

- α) αναπνευστική υποστήριξη της φώνησης και του φωνητικού παιχνιδιού
- β) καλλιέργεια ελέγχου έντασης, διάρκειας και φωνητικού ύψους
- γ) εφαρμογή σωστής αναπνοής, έντασης, διάρκειας, ύψους στον καθημερινό λόγο
- δ) αναπνευστική υποστήριξη φωνηέντων
- ε) αναπνευστική υποστήριξη συμφώνων και συμπλεγμάτων
- στ) αναπνευστική υποστήριξη στον τρέχοντα λόγο

(Οκαλίδου Α., 2002).

Προσοχή: η εισπνοή δεν πρέπει να γίνεται με ανασήκωμα των ώμων γιατί υπάρχει κίνδυνος για την απόκτηση διαφραγματικής αναπνοής.

ευχαρίστηση, θυμός, που έχουν διαφορετική προσωδία και περιέχουν χειλιακά σχήματα που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένα φωνήεντα(Οκαλίδου Α., 2002).

Σε μεγαλύτερες ηλικίες, η φώνηση μπορεί να γίνει απτικά αισθητή με την τοποθέτηση της παλάμης του παιδιού στο στήθος του ειδικού και μετά στο ίδιο το παιδί, με τις δονήσεις του μπαλονιού και του τυμπάνου. Επίσης χρησιμοποιούνται και ηλεκτρονικές συσκευές που δίνουν οπτικά ερεθίσματα για την φώνηση, π. χ. ένας πίθηκος σκαρφαλώνει σε ένα δέντρο όσο το παιδί παράγει φώνηση. Στις άμεσες αυτές τεχνικές πρέπει να αποφεύγεται η επαφή του λάρυγγα κατά την φώνηση επειδή αυτός ο τρόπος επανατροφοδότησης μπορεί να δημιουργήσει ανεπιθύμητες αυξομειώσεις στο φωνητικό ύψος. Η επικέντρωση πρέπει να είναι στον τρόπο εκπομπής του αέρα από το στόμα και στην δημιουργία σταθερής και ισχυρής ροής αέρα από την στοματική και όχι από την ρινική κοιλότητα(Οκαλίδου Α., 2002).

Όταν το φωνητικό ύψος είναι ανάρμοστα υψηλό τότε μπορεί να χρησιμοποιηθούν οι εξής άμεσες τεχνικές:

10. Φώνηση με ίσια πλάτη και το πηγούνι προς τα μέσα
11. Στροφή κεφαλιού προς τα πάνω στο ταβάνι
12. Διαρκής φώνηση του /α/ για αρκετά δευτερόλεπτα
13. Εκτέλεση και των δύο (φώνηση και στροφή κεφαλιού) ταυτόχρονα μετά από σήμα (Οκαλίδου Α., 2002).

Προσωδία

Η καλλιέργεια προσωδιακών στοιχείων προϋποθέτει ακουστική αγωγή και μετά άσκηση στην παραγωγή και διαφοροποίηση. Πρώτα καλλιεργείται η διαφοροποίηση της έντασης γιατί στα βαρήκοα παιδιά ο πρώιμος συνδυασμός φώνησης και έντασης οδηγεί σε σύγχυση του χαμηλού τόνου με χαμηλή ένταση και του υψηλού τόνου με δυνατή ένταση. Επίσης καλλιεργούνται ξεχωριστά η διάρκεια και το ύψος. Μετά γίνεται πιο λεπτή επεξεργασία των προσωδιακών στοιχείων κατά την παραγωγή συμφώνων, φωνηέντων και συμπλεγμάτων και τέλος καλλιεργείται η παραγωγή συνηθισμένων φράσεων με έντονο προσωδιακό χαρακτήρα. Αναμένεται ότι η εξάσκηση στα προσωδιακά στοιχεία του λόγου θα οδηγήσει σε βελτιωμένη άρθρωση συμφώνων με διαφορές ηχηρότητας (/s/- /z/)(Οκαλίδου Α., 2002).

Πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι η κακή προσωδία μπορεί να δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα στην πρόσληψη του λόγου των βαρήκοων/κωφών. Η εμφατική άρθρωση κατά την χειλανάγνωση αλλοιώνει σοβαρά την προσωδία και έτσι τα κωφά παιδιά δεν μπορούν να προσλάβουν αυτό το πολύτιμο στοιχείο του λόγου. Για την

άμεση αγωγή της προσωδίας χρησιμοποιούνται και συσκευές οπτικής επανατροφοδότησης αλλά χρειάζεται να γίνει κατόπιν ιδιαίτερη συστηματική αγωγή για την γενίκευση των αποτελεσμάτων στον τρέχοντα λόγο.

Οι έμμεσες τεχνικές για την ανάπτυξη της προσωδίας περιλαμβάνουν φωνητικά παιχνίδια, διάβασμα ιστορίας, περιγραφή ιστορίας, αγωγή λόγου με παιχνίδι, ενασχόληση στην κουζίνα όπου ειπώνονται μερικές φράσεις με συγκεκριμένη, διαφοροποιημένη προσωδιακή μορφή (π.χ ανακάτεψε πάλι, μην το χύσεις ακόμη, ρίξτο, αχ κάρκα κτλ), επανάληψη / μίμηση των φωνήσεων του παιδιού και ενεργά παιχνίδια στην ύπαιθρο όπου χρησιμοποιούνται δυνατές φωνές και δυνατό γέλιο. Οι άμεσες τεχνικές χρησιμοποιούν την αφή και οπτικά βοηθήματα (σχήματα στο χαρτί, σχήματα στον αέρα, φύσημα λεπτού χαρτιού μπροστά στο στόμα).

Η καλλιέργεια της διάρκειας της φώνησης μπορεί να γίνει με τους εξής άμεσους τρόπους:

1. Βάζουμε το παιδί αντίκρυ μας και καθώς αυτό παράγει φώνηση προχωρούμε προς το μέρος του. Όταν η φώνηση διακόπτεται σταματάμε.
2. Το παιδί παράγει φώνηση και τραβά την άκρη ενός μέτρου. Στο τέλος μετρά την διάρκεια της φώνησης.
3. Το παιδί παράγει φώνηση και μετρά τα ξυλάκια που βάζει ο ειδικός στο κουτί. Όσο μεγαλύτερη η διάρκεια φώνησης τόσο πιο πολλά τα ξυλάκια στο κουτί.
4. Αφή. Σέρνουμε το δάκτυλό μας στο μπράτσο του παιδιού κατά την διάρκεια φώνησης ή κάνουμε κύκλους στην παλάμη του.
5. Για ασκήσεις μικρής διάρκειας χτυπάμε ρυθμικά το δάκτυλό μας στην παλάμη του ή εναλλάσσουμε ένα γρήγορο χτύπημα με ένα πιο συρτό για διαφοροποίηση διάρκειας.
6. Περιπατάμε παράξενα ανάλογα με το σχήμα φώνησης που διαλέγει το παιδί δηλαδή περιπατάμε με ένα συγκεκριμένο ήχο, κουτσαίνουμε με έναν άλλο και πηδάμε με έναν διαφορετικό(Οκαλίδου Α., 2002).

Για την καλλιέργεια της έντασης:

- α) να αισθανθεί το παιδί τις δονήσεις στο στήθος του όταν μιλά δυνατά, απαλά, ψιθυριστά
- β) πιέζουμε ελαφρά ή δυνατά στην παλάμη του όταν μιλά σιγανά ή δυνατά αντίστοιχα
- γ) σηκώνει ελαφρά αντικείμενα – μιλά σιγανά σηκώνει βαριά αντικείμενα – μιλά δυνατά

- δ) αγώνες πάλης – δυνατές φωνές
- ε) εάν έχει αδύνατη , βραχνή φωνή – να μιλήσει απότομα και γρήγορα(Paul, 2001).

Για την καλλιέργεια του ύψους

- α) διαχωρισμός χαμηλού και υψηλού τόνου μέσω ακουστικών υπολειμμάτων (και απτικά : για χαμηλό τόνο πιάσε το στήθος σου , για υψηλό τόνο πιάσε το κεφάλι σου)
- β) μίμηση χαμηλών και υψηλών τόνων – επανατροφοδότηση από ειδικό
- γ) το ίδιο – επανατροφοδότηση από το παιδί το ίδιο
- δ) συνδυασμός δύο τόνων – υψηλός/ χαμηλός, υψηλός/ υψηλός, χαμηλός/ υψηλός αλλά και επανάληψη των παραπάνω
- ε) συνδυασμός τριών τόνων και επανάληψη
- στ) γενίκευση των αλλαγών ύψους στον τρέχοντα λόγο(Paul, 2001).

Μιμητική ικανότητα – πολυαισθητηριακά ερεθίσματα

Το παιχνίδι είναι η καλύτερη δραστηριότητα για να μπορέσουμε να έχουμε ένα δείγμα με τις πιο αυθόρμητες απαντήσεις ενός μικρού παιδιού. Μέσα απ' αυτό μπαίνουμε σε διάφορους ρόλους: γινόμαστε χαρούμενοι, λυπημένοι, θυμωμένοι κ.τ.λ και καλείται και το παιδί να μας μιμηθεί (Σερδάρης Π., 1998).

Ταυτόχρονα γίνεται και εκπαίδευση στην κινητικότητα των οργάνων με διάφορες κινητικές ασκήσεις π.χ έλα να φυσήξουμε το μπαλόκι
να φουσκώσουμε τα μάγουλα
να ανοιγοκλείνουμε το στόμα

Αναπτύσσουμε την αίσθηση της αφής διότι στην πορεία το παιδί θα βασιστεί πολύ στην αφή για την κατανόηση του τρόπου παραγωγής κάποιων φωνημάτων, όπως για την κατανόηση των δονήσεων στο λαιμό, στο στήθος, στο πρόσωπο. Αναπτύσσουμε την αίσθηση της όρασης (οπτική αντίληψη, οπτική μνήμη, οπτική διάκριση). Η οπτική μνήμη μας βοηθά πολύ και στην χειλανάγνωση.

Η οπτική αντίληψη έχει τεράστια σημασία για το βαρήκοο και είναι ανάλογη με το βαθμό της ακουστικής βλάβης, αποκτάται όμως με πολλές δυσκολίες. Αυτές οι δυσκολίες πηγάζουν από το ότι η άρθρωση όλων των ήχων δεν είναι ορατή στο λόγο μας. Η άρθρωση των φωνηέντων α, ε, ο, ου, η και των συμφώνων π, φ, λ, ρ είναι φανερή και κατανοητή, ενώ η άρθρωση των ήχων κ, γκ, χ, είναι αδύνατο να φανεί. Δύσκολο είναι επίσης να διαχωριστεί η άρθρωση των ήχων π, τ, φ, κλπ, από την άρθρωση των μπ, ντ, β, ζ κλπ (Σερδάρης Π., 1998).

Αυτές οι αντικειμενικές δυσκολίες της οπτικής ανάγνωσης συνδυάζονται, όπως είναι φυσικό, με υποκειμενικές υποθετικές ερμηνείες, αφού δεν είναι δυνατή η

απόλυτη ανάγνωση όλων των λέξεων και προτάσεων, σε σχέση με τα συφραζόμενα, τη συγκεκριμένη κατάσταση.

Η ικανότητα της οπτικής ανάγνωσης της ομιλίας μπορεί να αυξηθεί σημαντικά στην πρώιμη ηλικία, αν η προσοχή των βαρήκοων παιδιών ασκηθεί στην παρατήρηση της ομιλίας των άλλων. Οι γονείς και οι παιδαγωγοί του παιδιού μπορούν να συμβάλλουν πολύ σ' αυτό, μιλώντας αργά και καθαρά και προφέροντας ονομασίες αντικειμένων, ενώ ταυτόχρονα τα δείχνουν στο παιδί και εκτελούν κάποιες ενέργειες μ' αυτά. Μ' αυτόν τον τρόπο σχηματίζεται σχέση ανάμεσα στη σημασία της λέξης και της εικόνας των κινήσεων του στόματος (Σερδάρης Π., 1998).

Αργότερα, όταν το παιδί μάθει γράμματα, η οπτική ανάγνωση εξελίσσεται και τελειοποιείται περισσότερο.

Για την σωστότερη οπτική ανάγνωση απαιτούνται ορισμένες προϋποθέσεις, όπως να φωτίζεται καλά το πρόσωπο του ομιλούντος, η απόσταση του ατόμου που μιλά να είναι το πολύ δύο μέτρα από το παιδί, για να δίνεται η ευκαιρία να συμμετέχει και η ακοή, το στόμα του ομιλούντος να βρίσκεται στο ύψος του βλέμματος του παιδιού (Σερδάρης Π., 1998).

Χειλανάγνωση

Η χειλανάγνωση βοηθά πολύ τα άτομα με προβλήματα ακοής στο να κατανοήσουν τον προφορικό λόγο. Απ' όλα αυτά έχει ορισμένους περιορισμούς. Μόνο το 1/3 όσων λέγονται είναι ορατός τα χείλη. Κατά συνέπεια για τη χειλανάγνωση απαιτείται υψηλή αυτοσυγκέντρωση από το κωφό ή βαρήκοο άτομο, γνώση του θέματος που συζητείται και αποκλείει τη συζήτηση με πολλά άτομα διότι δε θα είναι δυνατό να είναι όλοι συμμετέχοντες απέναντι στο κωφό και βαρήκοο άτομο για να τα βλέπει. Επίσης η χειλανάγνωση δυσκολεύει όσο πιο υψηλή είναι η ταχύτητα ομιλίας και λιγότερη η καθαρότητα του λόγου ενός ατόμου (Ζαφειράτου-Κουλιούμπα, Ε., 1994).

Για τη χειλεανάγνωση αρχικά πρέπει να κατακτήσουμε τη ματιά του παιδιού. Του μιλάμε για ότι του κινεί το ενδιαφέρον και έτσι το παιδί μαθαίνει να κοιτά όσο γίνεται περισσότερο. Εκμεταλλευόμαστε όλες τις καταστάσεις κλειδιά π. χ όταν πλησιάζουμε την πόρτα του λέμε -πάμε έξω- ή αφού βάλουμε το χεράκι στο χερούλι του λέμε - άνοιξε την πόρτα-.

Σιγά σιγά το παιδί κατανοεί δίχως το υποστήριγμα- κλειδί. Είναι στη φάση του παθητικού λόγου για να προχωρήσει σιγά σιγά στον ενεργητικό λόγο. Η

χειλεοανάγνωση είναι πιο εύκολο να κατακτηθεί από το παιδί όταν είναι μικρό (Ζαφειράτου- Κουλιούμπα, Ε., 1994).

Αντίληψη του λόγου

Το παιδί πρέπει να μάθει να ταυτίζει αντικείμενα ή εικόνες, να εκτελεί απλές εντολές και να παίζει με κούκλες ή παιχνίδια. Στην αρχή μπορούμε να ζητήσουμε από το παιδί να δείξει αντικείμενα ή μέρη του σώματος. Π. χ που είναι ο σκύλος ή που είναι τα μαλλιά σου; Στη συνέχεια να δείξει εικόνες με δραστηριότητα π.χ δείξε μου που κοιμάται το παιδάκι. Σταδιακά βάζουμε περισσότερες λέξεις π. χ δώσε μου το ψαλίδι και το μαχαίρι. Μετά περνάμε σε σύνθετες εντολές π. χ. σήκω πάνω και πήγαινε στην κουζίνα και φέρε μου ένα ποτήρι. Και τελικά να αναπαράγει δραστηριότητες με κούκλες π. χ κάνε το κορίτσι να βοηθήσει το αγόρι που έπεσε κάτω(Ηλιάδης *et al*, 1993, Καλαϊτζίδου, 1996, Καρδαμίτση, 1999).

Η αντίληψη του λόγου πρέπει να συμπεριλαμβάνει και ασυνήθιστες οδηγίες π.χ. κάτσε στη γλάστρα αντί κάτσε στην καρέκλα ή ξύσε το ψαλίδι αντί ξύσε το μολύβι. (Ηλιάδης *et al*, 1993, Καλαϊτζίδου, 1996, Καρδαμίτση, 1999).

Έκφραση – αναπαραγωγή του λόγου

Τα προβλήματα τα οποία μπορούν να υπάρχουν όταν εκφράζεται ένα παιδί είναι: α) δυσκολία στο λεξιλόγιο: έχει περιορισμένο λεξιλόγιο, δυσκολεύεται στο να μαθαίνει και να συγκρατεί καινούριες λέξεις. β) δυσκολία στο να βρίσκει τις κατάλληλες λέξεις για να εκφράσει, να αφηγηθεί, ή να περιγράψει αυτό που θέλει.

Δίνεται ειδική προσοχή α) στη χρήση των λέξεων β) τον αριθμό των λέξεων σε μια πρόταση γ) στους γραμματικούς κανόνες που χρησιμοποιούνται.

Η επανάληψη προτάσεων είναι άλλη μια καλή τεχνική για να πάρουμε ένα δείγμα της έκφρασης παιδιών που είναι πολύ μικρά, πολύ ντροπαλά ή πολύ ήσυχα.

(Ηλιάδης *et al*, 1993, Καλαϊτζίδου, 1996, Καρδαμίτση, 1999).

Λεκτική επικοινωνία

Με την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης στις παραπάνω παραμέτρους έχει αποκτηθεί η συνεργασία του παιδιού και μια μορφή επικοινωνίας. Η παρέμβαση συνεχίζεται για την ανάπτυξη της λεκτικής επικοινωνίας. Αυτή περιλαμβάνει τα εξής επίπεδα:

- Φωνητικό- φωνολογικό

- Συντακτικό
- Μορφολογικό
- Σημασιολογικό
- Πραγματολογικό

Στην πραγματικότητα τα επίπεδα αυτά είναι αλληλένδετα μεταξύ τους και η εξέλιξη του ενός βρίσκεται σε άμεση σχέση με εκείνη των υπολοίπων, για αυτό ένα πρόγραμμα αγωγής λόγου αφορά ταυτόχρονα όλα τα επίπεδα. (Ηλιάδης et al, 1993, Καλαϊτζίδου, 1996, Καρδαμίτση, 1999).

Φωνητικό -φωνολογικό επίπεδο: Γίνεται εξάσκηση τόσο στην αντίληψη των φθόγγων όσο και στην παραγωγή τους. Οποσδήποτε για κάθε παιδί εξατομικευμένα και ανάλογα με τις ανάγκες του. Από πλευράς φθογγικής αντίληψης, οι φθόγγοι διαφοροποιούνται σε σχέση με τον τρόπο και τον τόπο άρθρωσης, την ηχηρότητα και τον τονισμό (Καρδαμίτση Ε., 1999).Σχετικά με την αντίληψη λέξεων, γίνεται εξάσκηση σε λέξεις που διαφοροποιούνται μεταξύ τους από περισσότερους φθόγγους, σε λέξεις που διαφοροποιούνται από ένα φθόγγο που διαφέρει σε περισσότερα στοιχεία:

supra – cura (τρόπος άρθρωσης- τόπος άρθρωσης)

tanros - manros (τρόπος άρθρωσης- τόπος άρθρωσης)

filo - milo (τρόπος άρθρωσης- τόπος άρθρωσης)

και τέλος σε λέξεις που διαφοροποιούνται από ένα φθόγγο που διαφέρει σε ένα μόνο στοιχείο.

cupi – cubi (ηχηρότητα)

jeros – jerós (τονισμός)

Από πλευράς παραγωγής, στην ηλικία αυτή τοποθετούνται φθόγγοι που παρουσιάζουν μεγαλύτερη δυσκολία είτε λόγω θέσης είτε λόγω τρόπου άρθρωσης όπως είναι τα:

ουρανικά στιγμιαία (k, g)

υπερωικά στιγμιαία (c, ξ)

Όλα αυτά που για τον ακούοντα αποτελούν μια φυσική διαδικασία πρόσληψης και παραγωγής, στο βαρήκοο παιδί πρέπει να αποτελέσουν αντικείμενο πολύπλευρης ανάλυσης όπου θα χρησιμοποιηθούν όλες οι οδοί αντίληψης (κιναισθητική- οπτική- ιδεοαντιληπτική) πριν οι φθόγγοι κατακτηθούν και

αυτοματοποιηθούν στην ομιλία. Επίσης δουλεύεται συστηματικά ο ρυθμός και η προσωδία της ομιλίας (Paul, 2001).

Ανάλογα με την χρονολογική ηλικία του παιδιού και σε σχέση με τη φωνητική του ανάπτυξη οργανώνεται και το φωνολογικό επίπεδο, δηλαδή το σύστημα των κανόνων που αφορούν την δομή και την οργάνωση των φθόγγων μέσα στη λέξη.

Όλη αυτή η εκπαίδευση πρέπει να είναι λειτουργική και οι κατακτήσεις του παιδιού φωνητικά- φωνολογικά πρέπει άμεσα να επενδύονται στο λόγο.

Ανάπτυξη φωνηέντων

Τα φωνήεντα διαφέρουν ως προς τον τρόπο παραγωγής τους, δηλαδή κάθε φωνήεν έχει δική του διάρκεια, ένταση και ύψος και η γλώσσα και τα χείλη σχηματοποιούνται διαφορετικά για κάθε φωνήεν κατά την ομιλία.

Η ανάπτυξη φωνηέντων δεν πρέπει να γίνει μόνο βάση της χειλανάγνωσης γιατί έτσι ενθαρρύνουμε την υπερβολή στον τρόπο άρθρωσης που αλλοιώνει την προσωδία, την πρόσληψη και παραγωγή του λόγου. Τα φωνήεντα, ειδικά τα κεντρικά και οπίσθια εκπέμπονται σε συχνότητες μέχρι και 1000Hz και γι' αυτό τις περισσότερες φορές γίνονται αντιληπτά από παιδιά με νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα/ κώφωση κατιούσας μορφής. Πρέπει να γίνει ακουστική καλλιέργεια για τον διαχωρισμό των φωνηέντων μεταξύ τους πριν από την παραγωγή τους. (Οκαλίδου, Α., 2002)

Η παραγωγή των φωνηέντων μπορεί να γίνει μεμονωμένα στην αρχή με ταυτόχρονη χρήση της προσωδίας:

aaaaaaaaaaaaaaaaaaaa! Έκπληξη

iiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiii! Κρύο ή κάτι κακό (ζημιά)

ουουουουουουουου! Είσαι καλός;

eeeeeeeeeeeeeeeeeeee! Με ενοχλείς!

oooooooooo! Τι ωραίο;

Μετά δίνουμε ασκήσεις για τον συνδυασμό των φωνηέντων με διάφορα σύμφωνα, σε συλλαβές τύπου σύμφωνο – φωνήεν αλλά και φωνήεν- σύμφωνο. Προτιμούμε έκκροτα και τριβόμενα σύμφωνα για να αποφευχθεί η ρινικοποίηση των φωνηέντων. Αρχίζουμε πάντα με το πιο εύκολο σύμφωνο, το μπ σε ασκήσεις μπαμπαμπαμπαμπαμπα, προχωράμε μετά σε άλλες σειρές, π. χ. παπαπαπαπαπα, τιτιτιτιτιτιτιτιτι, φαφαφαφαφαφαφα, απαπαπ, ετετετετε, ουκουκουκ, κουκουκουκου κτλ. .(Οκαλίδου, Α., 2002)

Εξασκούμε ψιθυριστή, δυνατή και κανονική παραγωγή. Μετά εξασκούμε την σειρά λαλαλαλαλα και χαχαχαχα σε σημασιολογικά σημαντικές δραστηριότητες (τραγούδι, γέλιο). Αποφεύγουμε και αποτρέπουμε την υπερβολική κίνηση του σαγονιού για την παραγωγή συμφώνου α διότι αυτό οδηγεί την γλώσσα σε οπίσθια θέση και παραποιεί την προσωδία και τον ρυθμό του λόγου (πιο αργός και άρρυθμος). Μετά προχωρούμε σε λέξεις με φωνήεντα σε αρχική θέση (άντε, όλα, έλα), σε αρχική συλλαβή (πάμε, βήξε, κτ.λ)

Ανάπτυξη συμφώνων

Η ανάπτυξη συμφώνων πρέπει να γίνει ως προς τον τρόπο παραγωγής τους, τον τόπο παραγωγής τους και ως προς την ηχηρότητα. Αρχίζουμε την καλλιέργεια από την διαφοροποίηση του τρόπου παραγωγής τους. Καλλιεργούμε τα έκκροτα, με το απότομο σταμάτημα, τα προστριβόμενα, με παραγωγή σταματήματος και χαλάρωσης των μυών, τα τριβόμενα σύμφωνα, με παραγωγή απεριοδικού αέρα συνεχόμενα, συρτά, από την στοματική κοιλότητα. Μετά καλλιεργούμε τα ρινικά και τα αντιπαραθέτουμε με τα έκκροτα, πχ. μπαμπαμπαμπα. Οι σειρές πρέπει να είναι σύμφωνο φωνήεν αλλά και το αντίθετο(Οκαλίδου,Α.,2002).

Κατά τον Ling, τα τριβόμενα σύμφωνα είναι καλό να διδαχθούν πρώτα σε οπίσθια, τελική θέση στην συλλαβή για να αντιπαρατεθούν με την παραγωγή των έκκροτων συμφώνων.

Απτικά βοηθήματα για την παραγωγή των έκκροτων και τριβόμενων συμφώνων είναι:

α) το παιδί βρέχει το δάχτυλό του και το βάζει μπροστά από το στόμα.

β) ο ειδικός τρέχει το δάχτυλό του στο μπράτσο του παιδιού για να δηλώσει τον στροβιλώδη, συνεχή θόρυβο των τριβόμενων συμφώνων.

Για την παραγωγή των ρινικών συμφώνων

α) το παιδί ακουμπά το δάχτυλο του στη μύτη του (το δέρμα δονείται).

β) το παιδί βάζει το δάχτυλό του κάτω από την ρινική κοιλότητα και πάνω από την στοματική. Νιώθει τον αέρα(Οκαλίδου,Α.,2002).

Συντακτικό επίπεδο: Δηλαδή η οργάνωση και η δομή των λέξεων μέσα σε μια φράση και οι κανόνες που την διέπουν. Τα μέρη του λόγου αναγνωρίζονται βάσει της λειτουργίας που πραγματοποιούν μέσα στη φράση και αυτό προκύπτει είτε από τη θέση της κάθε λέξης ως προς τις άλλες είτε από την παρουσία ή προσθήκη κάποιων στοιχείων. Το παιδί φτάνοντας στη σχολική ηλικία πρέπει τουλάχιστον να σχηματίζει απλή φράση με Y-P-A (υποκείμενο- ρήμα- αντικείμενο). Όταν αυτό συμβαίνει,

περνάμε στην επέκταση της φράσης. Η επέκταση αφορά είτε σε επίπεδο ονοματικού-ρηματικού συντάγματος είτε σε επίπεδο φράσης Στο πρώτο επίπεδο η επέκταση γίνεται με την εισαγωγή τροποποιητών, δηλαδή επιθετικών και επιρρηματικών προσδιορισμών για το όνομα και το ρήμα αντίστοιχα. (Καρδαμίτση Ε., 1999).

π.χ - το σπίτι - κτυπώ
- το μεγάλο σπίτι - κτυπώ δυνατά

Σε επίπεδο φράσης η επέκταση πραγματοποιείται με την εισαγωγή προθέσεων, αντωνυμιών, αριθμητικών που δηλώνουν θέση στο χώρο, κατεύθυνση, αιτία, χρήση και χρόνο (Paul, 2001).

Εφόσον η φράση εμπλουτιστεί στο μεγαλύτερο βαθμό και όπου θα περιέχει τις περισσότερες πληροφορίες, δουλεύουμε τη σύνδεση των φράσεων μεταξύ τους για να έχουμε περισσότερα νοήματα για το πώς εκτυλίσσονται πράξεις ή γεγονότα μέσα στο χρόνο. Αυτό γίνεται δουλεύοντας με μικρές ιστορίες χωρίς λόγια, με ιστορίες σε εικόνες και με αφήγηση.

Το συντακτικό επίπεδο είναι άμεσα συνδεδεμένο με το:

Μορφολογικό επίπεδο: Μία λέξη μπορεί να αποτελείται από ένα ή περισσότερα μορφήματα όπως για παράδειγμα στις λέξεις:

- μήλο: το μηλ- είναι το λεξιλογικό μόρφημα ή αλλιώς η ρίζα και το -ο είναι το κλιτικό μόρφημα, η κατάληξη.
- γράφω: το γραφ- είναι το λεξιλογικό μόρφημα και το -ω είναι το κλιτικό μόρφημα(Καρδαμίτση Ε., 1999).

Τα κλιτικά μορφήματα δίνουν κάποιες πληροφορίες για τη λειτουργία της ίδιας της λέξης μέσα στην φράση και ταυτόχρονα πληροφορίες για το γένος, τον αριθμό, το πρόσωπο και το χρόνο.

Υπάρχουν ακόμη μορφήματα τα οποία αν προστεθούν στο λεξιλογικό μόρφημα δημιουργούν καινούργιες λέξεις όπως τα ξε-, -ακι, α-. Αυτά ονομάζονται παραγωγικά μορφήματα και μπαίνουν πριν ή μετά το λεξιλογικό μόρφημα π.χ ξεγράφω, σκυλάκι, άγνωστος. Το καθένα από αυτά δηλώνει κάτι (σημασιολογικά) και δεν υπάρχουν σαν λέξεις μόνα τους. (Καρδαμίτση Ε., 1999).

Η λειτουργία των μορφημάτων είναι πολύ σημαντική και το παιδί πρέπει σύντομα να την κατανοήσει. Για να γίνει αυτό πιο εύκολα, τα μορφήματα, μπορούν να χωριστούν σε κατηγορίες και να δουλευτούν ξεχωριστά (Ηλιάδης et al, 1993, Καλαϊτζίδου, 1996, Καρδαμίτση, 1999).

Το μορφοσυντακτικό επίπεδο είναι άμεσα συνδεδεμένο με το:

Σημασιολογικό επίπεδο: Το περιεχόμενο των λέξεων.

Σε εννοιολογικό επίπεδο εντάσσουμε τις λέξεις σε κατηγορίες και υποκατηγορίες δουλεύοντας ομοιότητες και διαφορές, σχέσεις μέρους και όλου περνώντας από το γενικό στη λεπτομέρεια και από το συγκεκριμένο στο αφηρημένο. (Paul, 2001).

Βασικός όρος για την κατανόηση μιας λέξης είναι το να διακρίνουμε τη συγκεκριμένη σημασία που προσλαμβάνει η λέξη σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον.

Το βαρήκοο παιδί που δεν κατακτά το λόγο διαμέσου μιας ενεργητικής δραστηριότητας αλλά μέσω μιας διαδικασίας εκμάθησης, συχνά χρησιμοποιεί μόνο μια σημασία της λέξης και δεν μπορεί εύκολα να κατακτήσει την πολυσημία, χάρη στην οποία η λέξη αλλάζει σε σχέση με τα συμφραζόμενα (Καρδαμίτση Ε., 1999).

Ανάλογα παραδείγματα είναι τα παρακάτω:

1. το παιδί να χρησιμοποιεί το ρήμα κοιμάμαι μόνο για ύπνο στο κρεβάτι του αλλά ποτέ στον καναπέ ή σε άλλα κρεβάτια
2. το ρήμα τρέχω μόνο για τρέξιμο με δράστη τον εαυτό του και ποτέ με άλλα άτομα
3. η λέξη κράνος χρησιμοποιείται για ότι μπορεί να φορεθεί ή να ακουμπήσει το κεφάλι .
4. η λέξη γράμμα χρησιμοποιήθηκε για αναφορά σε όλα τα γραπτά σημεία συμπεριλαμβανομένων και των αριθμών (Καρδαμίτση Ε., 1999).

Οι λέξεις που έχουν πιο ολοκληρωμένο περιεχόμενο και που όμως πιο πολύ αλλάζουν τη σημασία τους σε σχέση με τα συμφραζόμενα είναι τα ουσιαστικά, τα ρήματα και τα επίθετα, δηλαδή οι «ανοιχτές λέξεις», οι οποίες μπορούν να έχουν και μεταφορική σημασία

π.χ ανοίγω το φως

ανοίγω το κουτί

ανοίγω τα μάτια μου

ενώ τα άρθρα, οι σύνδεσμοι και οι αντωνυμίες έχουν πιο περιορισμένο περιεχόμενο, δεν είναι ευμετάβλητες και έχουν κύρια συντακτική λειτουργία.

Σκοπός του λογοθεραπευτή είναι να επεκτείνει το λεξιλόγιο του παιδιού με τέτοιο τρόπο ώστε να έχει λειτουργικότητα και να μπορεί το παιδί να διευκολυνθεί στην καθημερινή επαφή του και επικοινωνία με τους άλλους. Επίσης δουλεύει και

εμβαθύνει σε σημασιολογικές σχέσεις όπως η αντίθεση στη σημασία ή η ταυτότητα στη σημασία (αντωνυμία- ομωνυμία). (Καρδαμίτση Ε., 1999).

Πραγματολογικό επίπεδο

Εάν εξετάσουμε τώρα ένα πρώτο είδος γνώσεων που το παιδί πρέπει να κατακτήσει για να σχηματίσει την κατάλληλη έκφραση για τον επικοινωνιακό του σκοπό: γνώσεις για τη σχέση του φυσικού πλαισίου επικοινωνίας με την ίδια τη γλωσσική έκφραση που συνήθως αποκαλούμε πραγματολογική. Οργανώνοντας το λόγο του παιδιού στα διάφορα επίπεδα, αυτό που μας ενδιαφέρει άμεσα είναι το περιβάλλον του (Paul, 2001). Για να γίνει αυτό το παιδί πρέπει να κάνει σωστή χρήση του λόγου. Αυτό αφορά το πραγματικό επίπεδο.

Σε κάθε μορφή επικοινωνίας υπάρχουν τέσσερα βασικά στοιχεία:

- ο ομιλητής
- ο συνομιλητής
- η κατάσταση στην οποία πραγματοποιείται η επικοινωνία και
- το περιεχόμενο της

Όταν απευθυνόμαστε σε ένα ή περισσότερα άτομα, αυτό γίνεται σύμφωνα με κάποιους κοινωνικογλωσσικούς κανόνες, λαμβάνοντας υπόψη μας την κατάσταση στην οποία πραγματοποιείται η επικοινωνία και ταυτόχρονα ελέγχοντας το περιεχόμενο των όσων λέμε καθώς και το πώς το λέμε. Απευθυνόμαστε στους άλλους για να εκφράσουμε κάποια επιθυμία, για να δώσουμε κατεύθυνση, για να δώσουμε ή να ζητήσουμε πληροφορίες και για να έρθουμε σε επαφή (Ηλιάδης et al, 1993, Καλαϊτζίδου, 1996, Καρδαμίτση, 1999).

Οι δυσκολίες ενός βαρηκόου παιδιού σε αυτό το επίπεδο είναι αυξημένες γιατί βρίσκεται σε καταστάσεις και παίρνει πληροφορίες εξωλεκτικές αλλά δεν παίρνει ή παίρνει λιγότερες πληροφορίες όσον αφορά το λεκτικό περιεχόμενο και τις λεκτικές φόρμες.

Πρέπει λοιπόν μέσα από διάφορες καταστάσεις, πολλές φορές τεχνητά όπως για παράδειγμα μέσα από το παίξιμο ρόλων ή και πραγματικά (εδώ ο ρόλος των γονιών είναι σημαντικός μιας και έχουν καθημερινά τη δυνατότητα να βρίσκονται με το παιδί σε πλήθος διαφορετικών πραγματικών καταστάσεων μέσα και έξω από το σπίτι) να οδηγήσουμε το παιδί να κατακτήσει τη χρήση του λόγου για να τον χρησιμοποιεί σωστά και αποτελεσματικά στην επικοινωνία του. (Ηλιάδης et al, 1993, Καλαϊτζίδου, 1996, Καρδαμίτση)

Μουσική- φυσική αγωγή και θεατρική έκφραση

Ιδιαίτερη σημασία για το βαρήκοο και κωφό παιδί έχει η μουσική και η φυσική αγωγή. Πρόκειται για δύο μαθησιακές περιοχές που συνδέονται άμεσα με την αισθητηριακή ευαισθησία του σώματος του κωφού και βαρήκοου παιδιού. Για το παιδί αυτό η μουσική, η ρυθμική κίνηση, ο χορός, η σωματική άσκηση και έκφραση και ομιλία συγκροτούν μια μαθησιακή και λειτουργική ενότητα, μια ακολουθία αισθητηριακής αφύπνισης του παιδιού (Κρουσταλάκης, Γ., 2005).

Όπως γνωρίζουμε, όλη η επιφάνεια του σώματος του ανθρώπου και ιδιαίτερα του κωφού και βαρήκοου αποτελεί μια ευαίσθητη αισθητηριακή συνέχεια. Όλα τα πιο ευαίσθητα σημεία του σώματος, οι άκρες των δαχτύλων, η εξωτερική επιφάνεια του της παλάμης, το πέλμα των ποδιών, το στήθος, η κοιλιακή περιοχή, όλο σχεδόν το δέρμα και ο οστέινος σκελετός του παιδιού μετατρέπονται σε έναν αισθητηριακό υποδοχέα, σε ένα ενιαίο απτικό και κιναισθητικό κέντρο, όπου καταλήγουν όλοι οι ηχητικοί ερεθισμοί του περιβάλλοντος. Έτσι, όταν π. χ. μια από τις παραπάνω ευαίσθητες περιοχές, όπως είναι οι άκρες των δαχτύλων, έρθει σε επαφή με ένα ηχητικό σώμα, που δημιουργεί ηχητικές- παλμικές ταλαντώσεις, τότε δημιουργείται στο παιδί ένα αίσθημα επαφής. Το κωφό ή βαρήκοο παιδί, με τη βοήθεια μάλιστα των ακουστικών, μπορεί να αντιληφθεί έναν ήχο. Δεν μπορεί όμως να προσδιορίσει τις διαφορές στην ένταση του ήχου και την απόσταση της ηχητικής πηγής. Εντούτοις, η αίσθηση αυτή, η απτική και κιναισθητική, μετά από ένα χρονικό διάστημα αισθητηριακής άσκησης, βοηθά το παιδί να νιώσει τη μουσική, να εσωτερικεύσει τους ήχους, να διακρίνει ακόμη τους μουσικούς τόνους και μετά από ειδική εκπαίδευση να μάθει τραγούδια με τη βοήθεια της ιδιαίτερης αντιληπτικής του ευαισθησίας (Καλαντζή, Κ., 1957).

Για να μπορέσει ένα κωφό ή βαρήκοο παιδί να αμβλύνει και να περιορίσει την ακουστική του δυσλειτουργία και παράλληλα να αφυπνίσει και να καλλιεργήσει άλλες ευαίσθητες αισθητηριακές του πηγές, πρέπει να ενταχθεί σε ένα οργανωμένο πρόγραμμα συστηματικής ρυθμικής και μουσικής αγωγής. Τα κατάλληλα για το σκοπό αυτό ρυθμικά και μουσικά μοντέλα και οι απαραίτητες ασκήσεις είναι δυνατόν να εφαρμόζονται διδακτικά μόνο μέσα σε ειδικά προετοιμασμένους χώρους (Αλεξάνδρου, Κ., -).

Το πρόγραμμα ρυθμικής και μουσικής αγωγής έχει ως σκοπό σε μια πρώτη φάση να βοηθήσει το παιδί να αποκτήσει αντίληψη του ρυθμού και της αίσθησης της ρυθμικής διαδοχής. Αυτό επιτυγχάνεται με γενικές σωματικές ασκήσεις και χορούς, πλαισιωμένους από ενόργανα ρυθμικά και μουσικά ακούσματα.

Αφού το παιδί εσωτερικεύσει και βιώνει την έννοια του ρυθμού, η αγωγή επεκτείνεται σταδιακά σε άλλες περιοχές. Υποβοηθά το παιδί, υποστηρίζοντάς το και με τεχνολογικά όργανα, να προσεγγίσει μια δυσπρόσιτη σ' αυτό περιοχή, τον κόσμο της μελωδίας. Έτσι, βαθμιαία η ρυθμική αγωγή μεταβάλλεται σε μουσική διδασκαλία, σε ασκήσεις μελωδίας και αρμονίας.

Η μουσική αγωγή μπορεί να βοηθήσει το κωφό και βαρήκοο παιδί να μειώσουν ή και να εξαφανίσουν τις άναρθρες και άρρυθμες κραυγές και να επενδύσουν τον φωνούμενο λόγο τους με έκφραση και μουσικότητα. Μπορεί ακόμα να επηρεάσει τον ψυχικό τους κόσμο, να τον γαληνέψει και κατά αυτό τον τρόπο να συμβάλλει στη διατήρηση ή την αποκατάσταση της ψυχικής τους υγείας και ισορροπίας (Κρουσταλάκης, Γ., 2005).

Το παιδαγωγικό-θεραπευτικό πρόγραμμα της ρυθμικής και μουσικής έκφρασης ολοκληρώνεται με ένα παράλληλο πρόγραμμα φυσικής αγωγής, το οποίο έχει ως βασικό σκοπό την ψυχοκινητική ανάπτυξη του κωφού και βαρήκοου παιδιού. Με ένα σύνολο ψυχοκινητικών ασκήσεων και συγκεκριμένα με ασκήσεις ρυθμικής και ενόργανης γυμναστικής με ορχηστικές εκφράσεις με παιγνιώδεις λειτουργίες και αθλητικές εκδηλώσεις επιδιώκει ο ειδικός γυμναστής να υποβοηθήσει το παιδί, αφού εμπεδώσει κατ' αρχήν τις κινητικές του δυνατότητες, να στρέψει λίγο αργότερα το ενδιαφέρον του σε ένα ευρύτερο πεδίο δραστηριοτήτων. Συγκεκριμένα, με το πρόγραμμα αυτό τις φυσικής αγωγής το παιδί μπορεί:

- να θεραπεύσει μέσα από την άσκηση, τη ρυθμική και μουσική αγωγή τυχόν συναισθηματικής φύσεως αδυναμίες.
- να αναπτύξει την αντιληπτική ικανότητα του χώρου, του χρόνου, της σωματικής λειτουργικότητας.
- να βελτιώσει τις αισθητηριακές και πνευματικές του λειτουργίες και να διευρύνει τον επικοινωνιακό του κώδικα (γλωσσικό, μη λεκτικό- σωματικό κώδικα).
- να καλλιεργήσει το συνεργατικό πνεύμα και γενικά να αναπτύξει την κοινωνική του συμπεριφορά (Αλεξάνδρου, Κ.).

Στο πλαίσιο της ιδιότυπης αυτής αισθητικής και παιδευτικής πανδαισίας, ξεχωριστή θέση κατέχει η μιμική ή νοηματική έκφραση των κωφών και βαρήκοων

υπό τη μορφή του θεατρικού είδους της παντομίμας. Πρόκειται για μια από τις πιο αποτελεσματικές παιδευτικές και θεραπευτικές μεθόδους στον τομέα της ειδικής αγωγής, που, όπως παρατηρούν σύγχρονοι θεατρολόγοι αλλά και ψυχοπαιδαγωγοί, περικλείει απεριόριστες εκφραστικές δυνατότητες και μπορεί να οδηγήσει σε καλλιτεχνικά επιτεύγματα υψηλής αισθητικής αξίας. Σήμερα όμως η παντομίμα, ένα θεατρικό είδος που στο παρελθόν παρουσίαζε μια ιδιαίτερη ανάπτυξη, βαθμιαία φθίνει. Εντούτοις, η τέχνη αυτή αναπτύσσεται στις ημέρες μας συνεχώς σε χώρους κλινικούς και ψυχοπαιδαγωγικούς.

Η παντομίμα στον τομέα της αγωγής του κωφού και βαρήκοου παιδιού μπορεί να διαδραματίσει έναν πρωταρχικής σημασίας ρόλο. Από την παιδευτική αυτή μέθοδο απορρέει ανεξάντλητη αισθητική δυναμικότητα. Η μιμική αλλά και η όλη σωματική έκφραση του μίμου, ο οποίος μπορεί να είναι ηθοποιός, παιδαγωγός, θεραπευτής, το ίδιο το κωφό και βαρήκοο παιδί, δημιουργεί και μορφοποιεί συμβολισμούς της ζωής (Ledoux, M., 1992). Έτσι ο μίμος αναπαριστά φυσικά φαινόμενα π.χ. τον άνεμο, την καταιγίδα, μεταμορφώνεται σε δέντρο, σε ζωντανή φύση. Μέσα από λεπτές διαδικασίες εμπύχωσης προβάλλει ανθρώπινα πάθη, μορφοποιεί συναισθήματα, αισθητοποιεί καταστάσεις και ιδέες και με αυτόν τον τρόπο διδάσκει, πληροφορεί, συγκινεί, παιδαγωγεί, θεραπεύει και θεραπεύεται (Λαζανά, Β., 1968).

B' ΜΕΡΟΣ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Κοχλιακό Εμφύτευμα

Ελένη Χ., ετών 7

Η Ελένη κάνει χρήση κοχλιακών εμφυτευμάτων Medel εδώ και τρία χρόνια. Πριν την επέμβαση το παιδί είχε κάνει λογοθεραπεία μόνο για έξι μήνες, αλλά δεν υπήρχε καθόλου λεκτική επικοινωνία. Επίσης δεν έκανε χρήση ακουστικών βοηθημάτων, κατά συνέπεια, η παραγωγή ήχου για το παιδί ήταν κάτι ξένο και άγνωστο.

Ξεπέρασε μια σοβαρή κατάθλιψη που διήρκησε περισσότερο από ενάμιση χρόνο. Πριν τοποθετηθεί το εμφύτευμα δεν είχε εκπαιδευτεί σε κάποιο εναλλακτικό σύστημα επικοινωνίας και φυσικά δεν υπήρχε καμία πρόσβαση στη λεκτική επικοινωνία. Μετά την εγχείρηση που έγινε όταν το παιδί ήταν μόλις δυο ετών και

ενώ πέρασε δύσκολο μετεγχειρητικό στάδιο με πολλές ιώσεις και άπειρες ποσότητες διαφόρων αντιβιοτικών, φυσικά ήταν αδύνατο να εκπαιδευτεί και παρέμεινε πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα στο σπίτι. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι αυτή ήταν και η πρόταση του γιατρού να σταματήσει τη λογοθεραπεία για περισσότερους από 7 μήνες. Μόλις το παιδί ανέκαμψε και άρχισε ξανά την εκπαίδευση διαπιστώθηκε ότι δεν αντιδρούσε στα ηχητικά ερεθίσματα ενώ θα έπρεπε να ενδιαφέρεται περισσότερο για την πηγή παραγωγής ηχητικού ερεθίσματος αλλά και σε σχέση με τον προσανατολισμό ως προς τον ήχο. Δυστυχώς επιβεβαιωθήκαμε ως προς τις παρατηρήσεις διότι διαπιστώθηκε πως υπήρχε πρόβλημα στο εξωτερικό στέλεχος του εμφυτεύματος, όπου και επισκευάστηκε. Με ακρίβεια δεν γνωρίζουμε πόσο διάστημα είχε πρόβλημα η συσκευή άρα και πόσο διάστημα το παιδί δεν έπαιρνε ακουστικά ερεθίσματα.

Όλο αυτό το διάστημα(περίπου ένα χρόνο) το παιδί βίωσε την αποτυχία, ενώ δινόταν με σιγουριά διάφορα ακουστικά ερεθίσματα και περιμέναμε αντιδράσεις, δεν άκουγε ή άκουγε πολύ πιο παραμορφωμένα και περιορισμένα από ότι μπορεί να προσφέρει το εμφύτευμα. Ήταν εμφανέστατη η δυσαρέσκεια του παιδιού ως προς τη συνεργασία, αρνιόταν να παίξει, έκλαιγε συχνά, δεν αντιδρούσε και γενικά ήταν πολύ αρνητική αλλά και χειριστική, κυρίως όμως στο σπίτι. Φυσικά σωματοποιούσε όλα αυτά που ένιωθε και αρρώσταινε πάρα πολύ συχνά. Ήταν παιδί χωρίς πρόγραμμα και οριοθέτηση και φυσικά χειριζόταν όλη την οικογένεια.

Μόλις λοιπόν άρχισε να αντιλαμβάνεται τον ήχο αμέσως άρχισε να αποκτά αυτοπεποίθηση και σιγά σιγά βάλαμε τους πρώτους στόχους:

- αντίδραση ως προς τον ήχο
- διάκριση ηχητικής πηγής
- προσανατολισμός ως προς τον ήχο
- ακουστική μνήμη με όργανα

Παράλληλα, κάναμε χρήση της Makaton στο επίπεδο της επικοινωνίας.

Τώρα το παιδί βρίσκεται στη φάση όπου ακουστικά:

- αντιλαμβάνεται και διακρίνει τουλάχιστον τρία διαφορετικά μουσικά όργανα και μάλιστα κοντινά σε επίπεδο συχνοτήτων, χρησιμοποιώντας πια και την ακουστική μνήμη δηλαδή με σειρά προτεραιότητας.

- προσανατολίζεται ως προς τον ήχο και μάλιστα από απόσταση μεγαλύτερη από ένα μέτρο.
- αντιλαμβάνεται την προσωδία, διακρίνει αμέσως αν μιλά άντρας ή γυναίκα και μάλιστα με φωνές άγνωστες, όχι από το οικογενειακό περιβάλλον.
- διακρίνει την ψιθυριστή από την χαμηλόφωνη και την δυνατή ομιλία.

Αναμφισβήτητα η αντίληψη του λόγου είναι πολύ καλύτερη από την παραγωγή. Γνωρίζει τα βασικά ζώα και φρούτα, τα ρούχα και τα βασικά μέσα μεταφοράς. Επίσης, αντιλαμβάνεται το λόγο και σε επίπεδο πρότασης : πού είναι; Φέρε το τετράδιο, τα παπούτσια, βάλε το μπουφάν κ.α. Πραγματοποιείται η πολύ βασική επικοινωνία ακόμη, αλλά μην ξεχνάμε ότι με σιγουριά πιστεύουμε ότι ακούει εδώ και ένα χρόνο.

Όσο αφορά την παραγωγή του λόγου το παιδί υποστηρίζεται με τα σύμβολα της Makaton και δείχνει ότι αυτό την βοηθά πάρα πολύ στην ανάκληση της λέξης. Το λεξιλόγιο είναι ακόμη πολύ φτωχό, βρίσκεται ακόμη στη δισύλλαβη λέξη και μάλιστα με φωνήματα που παρουσιάζουν μεγάλες αντιθέσεις π. χ. κα – πα, γα- λα κ. α. Υπάρχει μεγαλύτερη απαίτηση για τα ηχηρά φωνήματα αλλά θεωρούμε ότι ακουστικά επεξεργάζεται όλο το φάσμα συχνοτήτων των φωνημάτων της γλώσσας μας και παράγει μέχρι και τα αλλόφωνα (χι, γι, κι).

Η μεγαλύτερη δυσκολία του παιδιού εντοπίζεται στη φωνολογική ανάκληση της λέξης ακόμη και για τις πιο συχνές όπως: θέλω γάλα ή νερό που ενώ τις γνωρίζει χρειάζεται ακόμη και το σύμβολο και πάλι δυσκολεύεται.

Ίσως συνυπάρχει και γλωσσική διαταραχή αλλά δυστυχώς η διαφοροδιάγνωση είναι σχεδόν αδύνατη. Οδηγούμαστε σ' αυτή τη διαπίστωση γιατί παρατηρούμε ότι τα λάθη στην παραγωγή του λόγου δεν έχουν σύστημα και κάθε φορά είναι διαφορετικά και είναι σχεδόν αδύνατη η ακουστική φωνητική καταγραφή της λέξης στο λεξικό της.

Έστω και καθυστερημένα παρακολουθεί και την προσχολική εκπαίδευση στο νηπιαγωγείο της γειτονιάς της, με υποστήριξη από δεύτερη νηπιαγωγό, που ασχολείται μαζί της και ατομικά, πέρα από τη βοήθεια που της παρέχει στο επίπεδο της ένταξης και της κοινωνικοποίησης της στο σύνολο της τάξης.

Εξέλιξη

Η συμπεριφορά του παιδιού παρουσιάζει μεγάλη διαφορά, είναι συνεργάσιμη, ήρεμη, εντάχθηκε στο σχολικό περιβάλλον, προσπαθεί να επικοινωνήσει, οριοθετήθηκε χωρίς διαπραγματεύσεις και φυσικά είναι δεκτική στη θεραπεία και όλα αυτά έχουν τονώσει την αυτοπεποίθησή της. Έχει μάθει να ανταποκρίνεται σε ακουστικά ερεθίσματα, αντιλαμβάνεται την διάρκεια του ήχου, προσανατολίζεται άψογα ως προς την πηγή του ακουστικού ερεθίσματος και διακρίνει την ποιότητα του ήχου. Στο επίπεδο της επικοινωνίας υπάρχει πια το βασικό λεξιλόγιο, αντιλαμβάνεται ακουστικά απλές εντολές και τις εκτελεί, γνωρίζει τα μέρη του σώματος, τα χρώματα, τα φρούτα, τα λαχανικά, τα ζώα και τα βασικά φαγητά.

Η παραγωγή του λόγου ίσως να μην είναι αυτή που θα περιμέναμε, αλλά πρέπει να λάβουμε υπόψη και τις άλλες παραμέτρους για να δικαιολογήσουμε την καθυστέρηση, για παράδειγμα ότι η ακουστική ηλικία του παιδιού είναι μόλις δύο χρονών.

Έχει πολλή ανάγκη να συνοδεύεται η λέξη από το ανάλογο σύμβολο της Makaton, αλλά αυτό δεν μας ενοχλεί καθόλου γιατί πρέπει να γίνεται για να βοηθήσει τη διαδικασία της ανάκλησης και φυσικά για καθαρά ψυχολογικούς λόγους. Βρίσκεται ήδη στην παραγωγή πρότασης με Υ. Ρ.Α.. Έχει μάθει να προσέχει και τον ομιλητή για προσέγγιση χειλανάγνωσης, που δεν ενισχύεται πάντα αλλά μόνο όταν κρίνεται απαραίτητο. Επιτέλους το παιδί έχει ηρεμήσει γιατί υπάρχει η απαραίτητη επικοινωνία με τους θεραπευτές, τους γονείς και το κοινωνικό σύνολο που την περιβάλλει.

Βαριά βαρηκοΐα

Ηλίας Γ., ετών 13

Στον Ηλία υπάρχει τόσο μεγάλη βαρηκοΐα που δεν έχει κανένα ακουστικό κέρδος φορώντας τα ακουστικά του, οπότε τον τελευταίο καιρό δεν τα φοράει καθόλου και προσανατολιζόμαστε στο να κάνει χρήση του κοχλιακού εμφυτεύματος.

Οι προσληπτικές διαδικασίες, ακρόαση και ανάγνωση ήταν περιορισμένες, η ανάγνωση γινόταν μηχανικά χωρίς να κατανοεί το γραπτό κείμενο και η ακρόαση βασιζόταν απόλυτα στην χειλεοανάγνωση όπου δεν είχε και τις καλύτερες επιδόσεις. Οι εκφραστικές διαδικασίες ομιλία και γραφή επίσης ήταν περιορισμένες με σχεδόν ακατάληπτο λόγο και γραφή που βασιζόταν σε πολύ αρχικό στάδιο.

Ο Ηλίας βρίσκεται στην περίοδο της προεφηβείας. Έχει περάσει από την παιδική φάση στην εφηβική και αυτό φαίνεται στο πρόσωπό του και γενικότερα στη στάση και την συμπεριφορά του. Νομίζω ότι είναι η καλύτερη περίοδο της

παρέμβασής μας, αφού πλέον και ο ίδιος, όσο ποτέ άλλοτε, επιζητά την επικοινωνία και καταβάλει σοβαρή προσπάθεια.

Στόχος μας ήταν πέρα από την άρθρωση των φωνημάτων όπου λόγω της βαρηκοΐας δεν μπορούσε να αυτοματοποιήσει, φυσικά η επικοινωνία χρησιμοποιώντας Makaton και προφορικό λόγο. Επίσης, χρειαζόταν ενίσχυση στο εννοιολογικό και πραγματολογικό επίπεδο του λόγου. Χρησιμοποιεί βασικές έννοιες αλλά δύσκολα μπορεί να κατανοήσει αφηρημένες ή και καινούριες έννοιες. Έχει περιορισμένο λεξιλόγιο για την ηλικία του.

Το τελευταίο εξάμηνο έχει παρουσιάσει σημαντική εξέλιξη στο πεδίο της παραγωγής του λόγου. Ενώ μέχρι τώρα χρησιμοποιούσε ευκολότερα το νόημα (Makaton ακόμα και σε πολύ γνωστές λέξεις) για να επικοινωνήσει, τον τελευταίο καιρό παράγει λόγο και είναι πολύ ικανοποιημένος και χαρούμενος γι' αυτό. Η επικοινωνία του πληρεί τις βασικές προϋποθέσεις, δηλαδή φτιάχνει πρόταση στον προφορικό και γραπτό επίπεδο με όλα τα μέρη του λόγου. Εμπλουτίζει επίσης τις προτάσεις του με καινούριες λέξεις και σίγουρα γίνεται πιο κατανοητός.

Στο σχολείο του συμμετέχει στις διάφορες δραστηριότητες που του αναθέτει η δασκάλα του και η επαφή του με τα άλλα παιδιά κρίνεται ικανοποιητική αφού πλέον μπορεί να εκφράσει συναισθήματα και ιδέες με κατανοητό τρόπο, είτε χρησιμοποιώντας νοήματα είτε χρησιμοποιώντας οικείες λέξεις. Τέλος, συμμετέχει σε ομαδικά παιχνίδια και πλέον έχει γίνει αποδεκτός στην ευρύτερη κοινωνική ομάδα του σχολείου.

Πρώιμη παρέμβαση σε μικρό βαρήκοο

Θανάσης Χ. ετών 4

Είναι πολύ σημαντικό για το μικρό βαρήκοο παιδί να βγει από τη σιωπή του και να επικοινωνήσει όσο το δυνατόν γρηγορότερα αφού τοποθετηθούν τα κατάλληλα ακουστικά.

Ο Θανάσης έβαλε ακουστικά στα 3 του έτη. Έγινε πρώιμη διάγνωση από το νοσοκομείο της περιοχής του. Αφού έκανε χρήση ακουστικών ήρθε στο κέντρο λογοθεραπείας για άμεση παρέμβαση. Οι στόχοι μας είχαν ως εξής:

1. να αξιοποιηθούν το περισσότερο δυνατό οι δυνατότητες του παιδιού.
2. Να μην χαθεί χρόνος ώστε το παιδί να ακολουθήσει όσο το δυνατό τα φυσιολογικά στάδια εξέλιξης του λόγου και της ομιλίας, που αντιστοιχούν στην χρονολογική του ηλικία.
3. Να συμβάλλουμε στην κοινωνικοποίηση και ένταξη του παιδιού στο

κοινωνικό περιβάλλον

Η εκπαίδευση γίνεται στα εξής επίπεδα:

1. Αντίδραση στον ήχο – ακουστικό παιχνίδι
2. Μιμητική ικανότητα – πολυαισθητηριακά ερεθίσματα
3. Χειλανάγνωση
4. Αντίληψη του λόγου
5. Έκφραση – αναπαραγωγή του λόγου
6. Λεκτικές ικανότητες

Ξεκινήσαμε με πολύ παιχνίδι. Κυρίως όμως ασχοληθήκαμε με το ακουστικό παιχνίδι ακολουθώντας κάποια στάδια αυξάνοντας την ακουστική αντίληψη:

- α) Προσανατολισμός ως προς τον ήχο
- β) Αναγνώριση ηχητικής πηγής
- γ) Διάκριση του ήχου

Έτσι λοιπόν ξεκινώντας ένα πρόγραμμα ακουστικής εκπαίδευσης εξηγούμε στο γονέα ότι το παιδί θα πρέπει αρχικά να μάθει να ανιχνεύει τον ήχο. Για την εκπαίδευση και ενίσχυση αυτής της δεξιότητας επιστρατεύονται διάφορα παιχνίδια, για παράδειγμα ο λογοθεραπευτής χτυπά αρχικά ένα τύμπανο ενώ το παιδί παρακολουθεί (*Ηλιάδης et al, 1993, Καλαϊτζίδου, 1996, Καρδαμίτση, 1999*). Ο γονέας, ως βοηθός, ρίχνει μια μπάλα σε ένα κουτί κάθε φορά που ακούει το χτύπημα του τυμπάνου. Έπειτα από μερικές επαναλήψεις ο γονέας κρατά το χέρι του παιδιού και το βοηθά να ρίξει την μπάλα μέσα στο κουτί παρακολουθώντας τον λογοθεραπευτή να χτυπά το τύμπανο. Μετά από πολλές επαναλήψεις το παιδί μαθαίνει να κοιτάζει και να περιμένει και να ανταποκρίνεται στο οπτικοακουστικό παιχνίδι μόνο του. Όταν το παιδί ανταποκρίνεται πια σωστά τις περισσότερες φορές, ο λογοθεραπευτής χτυπά το τύμπανο χωρίς να βλέπει το παιδί με σκοπό να εξασκήσει πλέον τα ακουστικά υπολείμματα αυτού. Αυτή η διαδικασία δεν πραγματοποιείται φυσικά μόνο με το τύμπανο και την μπάλα. Τα αντικείμενα αυτά μπορούν να αντικατασταθούν με οτιδήποτε βρίσκει το παιδί ενδιαφέρον. Η εξάσκηση είναι σημαντικό να γίνεται και στο σπίτι από τους γονείς (*Paul, 2001*).

Στη δεύτερη φάση της ακουστικής εκπαίδευσης το παιδί καλείται να διακρίνει ανάμεσα σε δύο ήχους. Πρέπει λοιπόν να μπορεί να ξεχωρίσει τις έννοιες «ίδιο» και «διαφορετικό». Έτσι ο θεραπευτής χτυπάει το τύμπανο και τα κουδουνάκια εναλλάξ και το παιδί καλείται χωρίς πλέον να βλέπει να τοποθετεί κουμπιά στην εικόνα ενός τυμπάνου κάθε φορά που ακούει το τύμπανο και στην εικόνα με τα κουδουνάκια όταν

ακούει τα κουδουνάκια. Χρησιμοποιούνται όσο το δυνατόν περισσότερες ηχητικές πηγές, αρχικά με μεγάλες διαφορές μεταξύ τους όπως το τύμπανο και η φλογέρα και αργότερα με μικρότερες ώστε να οξύνει την ικανότητα της ακουστικής διάκρισης.

Στην τρίτη φάση της εκπαίδευσης το παιδί καλείται να ονομάσει αυτό που άκουσε. Όταν το παιδί φτάσει σε αυτό το επίπεδο, το ακουστικό του ρεπερτόριο είναι αρκετά μεγάλο ώστε να του επιτρέπει να αναγνωρίζει ήχους διαφορετικών συχνοτήτων.

Στην τελική φάση, το παιδί θα μάθει να κατανοεί το νόημα του ήχου και γενικότερα των ακουστικών μηνυμάτων που δέχεται, αρχίζοντας από τα φωνήματα, προοδεύοντας στις συλλαβές, λέξεις, προτάσεις και τέλος στο ρέοντα λόγο (*Ηλιάδης et al, 1993, Καλαϊτζίδου, 1996, Καρδαμίτση, 1999*).

Τώρα βρισκόμαστε πλέον στην τρίτη φάση της εκπαίδευσης όπου το παιδί καλείται να ονομάσει αυτό που άκουσε. Το ακουστικό του λεξιλόγιο βρίσκεται σε πολύ καλό επίπεδο ώστε να αναγνωρίζει ήχους διαφορετικών συχνοτήτων.

Η κοινωνικοποίηση του παιδιού συνεχώς βελτιώνεται και πλέον πηγαίνει στο νηπιαγωγείο της γειτονιάς του με αποτέλεσμα τα άλλα παιδιά να τον δέχονται στην παρέα τους με μεγάλη ευχαρίστηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ανάπηρο χαρακτηρίζεται ένα άτομο που αντιμετωπίζει κάποιο σοβαρό μόνιμο πρόβλημα υγείας. Μέχρι πριν λίγες δεκαετίες τα άτομα με αναπηρίες ήταν εγκαταλελειμμένα σε ιδρύματα- άσυλα όπου τους παρέχονταν οι απαραίτητες φροντίδες για την επιβίωσή του μόνο χωρίς άλλες ιδιαίτερες απαιτήσεις. Αρχικά η δημιουργία των διαφόρων ιδρυμάτων- ασύλων έγινε, όχι τόσο για να βοηθήσουν το ανάπηρο άτομο, όσο για να απαλλαγεί η κοινωνία από αυτό. Η θέση και η στάση της κοινωνίας απέναντι στα ανάπηρα άτομα αλλάζει σιγά- σιγά, ωριμάζει και δέχεται με μεγαλύτερη ευκολία το διαφορετικό άτομο. Οι γενικοί στόχοι ενός προγράμματος που απευθύνεται σε αυτά τα άτομα είναι να γίνουν κατά το δυνατόν ανεξάρτητα και αυτόνομα, να συμμετέχουν στη ζωή και να την απολαμβάνουν, να αποκτήσουν δυνατότητα να επικοινωνήσουν με το περιβάλλον, να εργασθούν. Κάθε προσπάθεια που αφορά σε αυτά τα άτομα χρειάζεται χρόνο, επιμονή, υπομονή και ειδική εκπαίδευση των ενασχολούμενων με αυτά. Η εκπαίδευση του ατόμου με αναπηρίες έχει πρωταρχικό στόχο την ανάπτυξη δεξιοτήτων που θα το βοηθήσουν να ανεξαρτητοποιηθεί. Το μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα είναι η περίοδος εκείνη όπου τα άτομα αυτά μένουν μόνα τους (π.χ λόγω θανάτου γονέων). Σε αυτές τις περιπτώσεις βοηθούν τα ειδικά ιδρύματα (Κεσανόπουλος, Α., 1992).

Στην περίπτωση των αναπηριών χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στη διάγνωση και την πρόγνωση για την κατάλληλη αντιμετώπιση, παρατεταμένη παρατήρηση του παιδιού και επανεξέταση σε εύλογο χρονικό διάστημα. Παραδείγματα τέτοιων δύσκολων περιπτώσεων είναι όταν συνυπάρχουν κώφωση και αυτισμός, κώφωση και δυσφασία κτλ. Είναι απαραίτητο να υπάρχει διεπιστημονική συνεκτίμηση συλλογικά διασταυρωμένη και επιβεβαιωμένη (Βουτσά, Ο., 1992).

Μπορεί με αρκετή βεβαιότητα να συμπεράνει κανείς ότι η έγκαιρη διάγνωση της βαρηκοΐας με έγκαιρη εφαρμογή ακουστικών, η έγκαιρη και η θετική οικογενειακή επικοινωνία, η έγκαιρη γλωσσική παρέμβαση με πλούσιες γλωσσικές εμπειρίες, βοηθούν τα παιδιά να αναπτύξουν το λόγο τους σε υψηλά επίπεδα και να κατορθώσουν και σε άλλες γνωστικές περιοχές να συμβαδίσουν ή ακόμα να ξεπεράσουν τα ακούοντα παιδιά.

Η ομιλία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως: επίπεδα ακοής, καμπύλη της ακουστικής απώλειας, η διακριτική ικανότητα και όλοι αυτοί οι παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη και την έκφραση της ομιλίας.

Μπορεί να ειπωθεί ότι, όσο πιο καλή είναι η ακοή του ατόμου τόσο πιο καλή θα είναι η ομιλία, φτάνει να συνυπάρχουν και άλλοι σχετικοί παράγοντες για να συμβάλλουν στην αντίληψη και στην έκφραση της ομιλίας. Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι τα κωφά και βαρήκοα άτομα έχουν την υποδομή και τη δυνατότητα να αναπτύξουν πολύ καλό λόγο και ομιλία φτάνει να τους δοθεί η έγκαιρη εφαρμογή κατάλληλων ακουστικών και φυσικά να υπάρξει η έγκαιρη λογοθεραπευτική παρέμβαση.

Οι παράγοντες που προδιαγράφουν θετικές συνθήκες για την ανάπτυξη του κωφού και βαρήκοου παιδιού είναι:

- η σωστή χρήση του ακουστικού όπου υπάρχουν υπολείμματα ακοής
- η εκπαίδευση και στη χειλανάγνωση για καλύτερη επικοινωνία με τους ακούοντες και για τη λήψη περισσότερων ερεθισμάτων
- το σχολικό περιβάλλον να είναι ενημερωμένο και ευαισθητοποιημένο, να παρέχει δυνατότητες για ανάπτυξη και να μην περιθωριοποιεί τους διαφορετικούς μαθητές
- ενασχόληση των γονιών με το παιδί. Στήριξη και ενημέρωσή τους από ειδικούς
- ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου. Ευκαιρίες στους κωφούς/ βαρήκοους για εκπαίδευση και εργασία
- σεβασμός του διαφορετικού και όχι προσπάθεια εξομοίωσης ή αποβολής.

Τέλος, δε θα πρέπει να οδηγούμαστε σε αφορισμούς ή σε άκριτες θέσεις απέναντι στα κωφά και βαρήκοα άτομα και στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή της συμπεριφοράς τους, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η ιδιαιτερότητα και μοναδικότητα του κάθε ατόμου σαν ξεχωριστό και διαφορετικό ον. Η κοινωνία μας έχει την τάση να ομαδοποιεί καθετί που κρίνεται ως διαφορετικό, κάτι που την εξυπηρετεί στην κατανόηση και στην αίσθηση του ελέγχου που έχει ανάγκη να νιώθει πως έχει απέναντι στα πράγματα. Αυτό δεν αποτελεί δικαιολογία για οποιαδήποτε μορφή περιθωριοποίησης και στιγματισμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- **Αλεξάνδρου, Κ.** (χεε). «Οι διαταραχές της ομιλίας σε παιδιά», Δανιάς, Αθήνα
- **Βελεγράκης, Γ.** (2002). «Κοχλιακά εμφυτεύματα», Παρισιανός, Αθήνα
- **Βουτσά, Ο.** (1992). Η Συμβολή του Ψυχολόγου στη Διαγνωστική Προσέγγιση του Κωφού Παιδιού. Στο *Πρακτικά 4^ο Συνεδρίου του Πανελληνίου Συλλόγου Ειδικών στις Διαταραχές του Λόγου*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- **Γεώργα, Δ.**, (1995). *Κοινωνική Ψυχολογία*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- **Ζαφειράτου- Κουλιούμπα, Ε.** (1994). *Γνωριμία με τη κώφωση*. Εκδόσεις Έλλην.
- **Ζιάβρα, Ν.** (2004). «*Σημειώσεις Ακοολογίας*», ΤΕΙ Ηπείρου, Ιωάννινα
- **Ζιάβρα, Ν.** (2005). «*Αποκαταστατική Ακοολογία*», ΤΕΙ Ηπείρου, Ιωάννινα
- **Ζώνιου- Σιδέρη, Α.,(1991)**. *Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους*. Βιβλιογονία, Αθήνα.
- **Ηλιάδης, Θ. Μεταξάς, Σ. Ψηφίδης, Α.** (1993). «*Διαταραχές ακοής και ομιλίας στα παιδιά*», University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- **Καλαντζή – Αζίζι, Α.** *Το χρέος της πολιτείας για ισότιμη εκπαίδευση φοιτητών με και χωρίς ειδικές ανάγκες*.
- **Καλαντζή, Κ.**,(1973).*Διαταραχές του λόγου στην παιδική ηλικία*. Αθήνα.
- **Καμπανάρου, Μ.** (1992). Ο ρόλος του λογοπεδικού στην αντιμετώπιση παιδιών με βαρηκοΐα μέσα στη διεπιστημονική ομάδα. Στο *Πρακτικά 4^ο Συνεδρίου του Πανελληνίου Συλλόγου Ειδικών στις Διαταραχές του Λόγου*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- **Κατή, Δ.**, (1992). *Γλώσσα και επικοινωνία στο παιδί*. Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα.
- **Κεσανόπουλος, Α.** (1992). Αντιμετώπιση Ατόμων με Πολλαπλές Αναπηρίες. Στο *Πρακτικά 4^ο Συνεδρίου του Πανελληνίου Συλλόγου Ειδικών στις Διαταραχές του Λόγου*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- **Κουτσομητοπούλου, Ε.** *Η ψυχολογία των παιδιών με προβλήματα ακοής*.
- **Κρουσταλάκης, Γ.** (2005). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο*. Εκδόσεις Οφσετ, Αθήνα .
- **Κυπριωτάκη, Α.**, (1989). *Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους*. Ψυχοτεχνική,

- **Κωσταντέλου, Δ.**,(1986). *Βυζαντινή φιλανθρωπία και κοινωνική πρόνοια*. Φως, Αθήνα.
- **Λαζανά, Β.**,(1984). *Το πρόβλημα των κωφάλαλων*. Αθήνα.
- **Λαμπροπούλου, Β.** (1993). Εξέταση της γραπτής γλώσσας των κωφών μαθητών. *Γλώσσα* 43: 50-70.
- **Λαμπροπούλου, Β.** (1997). Οι απόψεις και οι εμπειρίες των κωφών μαθητών από τη φοίτησή της σε σχολεία Ειδικής και Γενικής Εκπαίδευσης. *Σύγχρονη Εκπαίδευση* 93: 60- 69.
- **Λαμπροπούλου, Β.** (1997). Η έρευνα της ελληνικής νοηματικής γλώσσας. Παρατηρήσεις φωνολογικής ανάλυσης. *Γλώσσα* 43: 50- 70.
- **Λεξικό της Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας**. DVD Νόημα. Ομοσπονδία Κωφών Ελλάδος, εκδόσεις Καστανιώτη interactive.
- **Μπαλατσούρας, Δ. Καμπέρος, Α.** (2000). «*Ανατομική κεφαλής και τραχήλου με στοιχεία εμβρυολογίας*», Παρισιανός, Αθήνα
- **Μπρίτσας, Χ.** (χεε). «*Διδακτικά προγράμματα για παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες*», Αθήνα
- **Οκαλίδου, Α.** (2002). «*Βαρηκοΐα- Κώφωση*». Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- **Πανελλήνιος σύλλογος ειδικών στις διαταραχές του λόγου.** (1985). Πρακτικά 2^{ου} Συνεδρίου- «*Καθυστέρηση στην εξέλιξη του λόγου, της ομιλίας και διαταραχές της άρθρωσης*». Αθήνα
- **Πανελλήνιος σύλλογος ειδικών στις διαταραχές του λόγου.** (1999). «*Βαρηκοΐα- Κώφωση στην παιδική και εφηβική ηλικία*». Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- **Παπαγεωργίου, Β. Α.** (2001). Η Αιτιολογία των Διαταραχών Ψυχικής Υγείας των Παιδιών και των Εφήβων. Στο *Παιδιά και Έφηβοι, Προβλήματα Ψυχικής Υγείας*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- **Παπαγεωργίου, Β. Α.** (2001). Η Επιδημιολογία των Διαταραχών Ψυχικής Υγείας των Παιδιών και των Εφήβων. Στο *Παιδιά και Έφηβοι, Προβλήματα Ψυχικής Υγείας*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- **Παπαγεωργίου, Β. Α.** (2001). Πότε ένα πρόβλημα είναι πρόβλημα. Στο *Παιδιά και Έφηβοι, Προβλήματα Ψυχικής Υγείας*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

- **Παπασπύρου, Χ.** (1985). Η εκπαίδευση του κωφού παιδιού στην Ελλάδα: Σύγχρονες τάσεις και συμπεράσματα. *Ανοιχτό Σχολείο* 4 : 26-27.
- **Παπασπύρου, Χ.**(1994). Κινηματική γλώσσα. Αναθεώρηση της γλωσσικής προοπτικής και διεύρυνση των ορίων της ανθρώπινης γλώσσας. *Γλώσσα* 32: 18-44.
- **Παπαφράγκου, Κ.** (1996). «*Ακοολογία*», Παρισιανός, Αθήνα
- **Πήτα, Ρ.** (1998). Γλώσσα και σκέψη. Στο *Ψυχολογία της Γλώσσας*. Έκδοση 5^η, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.
- **Πιάνος, Κ. Χ.** (1989). Διαταραχές ακοής (κώφωση, βαρηκοΐα) και αλαλία. Στο *Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπισή τους*. Έκδοση Β', Γιάννενα 1989.
- **Πρακτικά 4^ο Συνεδρίου του Πανελληνίου Συλλόγου Ειδικών στις Διαταραχές του Λόγου.** (1992). Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- **Πρακτικά εισηγήσεων συλλόγου γονέων και κηδεμόνων βαρήκοων παιδιών Ν. Θεσσαλονίκης.** (1996). «*Παιδική βαρηκοΐα*», Θεσσαλονίκη
- **Σερδάρης, Π.** (1999). Διαταραχές λόγου στους βαρήκοους. Στο *Ψυχολογία διαταραχών λόγου*. University Studio Press.
- **Σκεύας , Α.** (1998). «*Επίτομη Ωτορινολαρυγγολογία*», Ιωάννινα
- **Στασινός , Δ.** (1991). *Η ειδική εκπαίδευση στην Ελλάδα* .Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- **Τζουριάδου, Μ.** (1995). *Παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, μία ψυχο-εκπαιδευτική προσέγγιση*, Προμηθεύς, Θεσσαλονίκη
- **Τσιάντης Γ. & Μανωλόπουλος Σ.** (1988). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής- Ψυχοπαθολογία*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- **Τσιάντης, Γ.** (1987). Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα Παιδιών με Χρόνιες Σωματικές Παθήσεις. Στο *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής- Ψυχοκοινωνικά θέματα*. Τσιάντης Γ. & Μανωλόπουλος Σ. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- **Τσιναρέλης, Γ.** (1992). Κοινωνική και Παιδαγωγική Έρευνα. Στο *Πρακτικά 4^ο Συνεδρίου του Πανελληνίου Συλλόγου Ειδικών στις Διαταραχές του Λόγου*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- **Τσουρέκη, Φ.**, (1988). *Αναπτυξιακή ψυχολογία*. Αθήνα.
- **Χελιδόνης, Ε.** (2002). *Σύγχρονη Ωτορινολαρυγγολογία*, Πασχαλίδης, Αθήνα

- **Χίτογλου- Αντωνιάδου Μ.** Παιδοψυχιατρική εκτίμηση –αντιμετώπιση διαταραχών ακοής, ομιλίας και επικοινωνίας. *Σημειώσεις Ιατρικού τμήματος Α.Π.Θ.*

Ξενόγλωσση

- **Aimard, P.**,(1990).*Οι διαταραχές του λόγου στο παιδί.* Αθήνα.
- **Ballenger, J. Snow, J.** (1998). «*Ωτορινολαρυγγολογία, χειρουργική κεφαλής και τραχήλου*», Πασχαλίδης, Αθήνα
- **Billeaud, F.** (1998). «*Communication disorders in infants and toddlers*», USA, Butterworth-Heineman
- **Blanken, G. Marshall, J. Bittman, J. Wallesch, C. Grimm, H.** (1993). «*Linguistic disorders and pathologies*», New York ,de Gruyter
- **Borel & Maissonny.** *Principes de l' education des enfants deficients auditifs.*
- **Clarke- Steffen, L.** (1993). A model of the family transition to living with childhood cancer. *Cancer Pract.* 1(4): 285-292.
- **Cole T.** (1989). *Apart or a part? Integration and the Growth of British Special Education.* Great Britain: Open University Press.
- **Cooley, H.**,(1992). *Human nature and the social order.* New York
- **Curley, M.** (1988). Effects of the nursing mutual participation model of care on parental stress in the Pediatric intensive care unit. *Heart and Lung.* 17(6): 682-688.
- **Dale, M.** *Τρόποι συνεργασίας παιδιών με ειδικές ανάγκες(μετάφραση Αποστολή Μ., Καπετάνιος, Β.).*
- **Davies, C.M, Noll, R.B., Davies, W.H. & Bukowski, W.M.** (1993). Mealtime interactions and family relationships of families with children who have cancer in long term remission and controls. *J.Am. Diet. Assoc.* 93(7): 773-776.
- **De Filippis, A. Cippone, P. Nume, F. Rossi, G.** (1992) «*1st European congress of speech and language pathology*», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- **Dodd, B.** (1995). «*Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder*», London ,Whurr Publishers
- **Dodd, B.** (2006). «*Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder*», London, Whurr Publishers

- Flaherty, P. *Family therapy for deaf people*.
- **Froma, P. Colleen, K.** (χρε). «*Treatment resource manual for speech-language pathology*», San Diego, Singular Thomson Learning
 - **Gesell , A. & Ilg, F.**(1946). *The child from five to ten*. New York.
 - **Gregory S. and Magfard K.** (1981).Early language Development in Deaf Children. In Deuchar, Kyle and Woll, (eds), *Perspectives on British Sign Language and Deafness*. Croom Helm, London.
 - **Guyton, A.** (1992). «*Ιατρική Φυσιολογία*», Παρισσιανός, Αθήνα
 - **Harrison D.** (1988). The Education of Hearing Impaired Children in Local Ordinary Schools – a survey in I. G. Taylor(ed). *The Education of the Deaf: Current Perspectives*. London: Groom Helm.
 - **Harter, C.**(1982). *The relationship between social and cognitive development*. New York.
 - **Hegde, M.** (2001). «*Pocket Guide to Assessment in Speech- Language Pathology*», Canada, Singular Thomson Learning
 - Hegethorn, B. *On the history of mental health and deafness*.
 - **Kirk, S.,** (1973). *Η εκπαίδευση των αποκλινόντων παιδιών*. εκδ. Τσιμπούκης Κ., Αθήνα.
 - **Kristensson- Hallstrom, I & Elander, G.** (1994). Parental Participation in the Care of Hospitalized Children. *Scand J Carin Sci*. 8: 149- 154.
 - **Labori, E.,**(1995).*Η κραυγή του γλάρου*. Νέα σύνορα, Αθήνα.
 - **Lazarus, R.S.** (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Publ. Co.
 - **Ledoux, M.,** (1992). *Corps and creation*. Les Belles Lettres, Paris.
 - **Levine, E.S. and Wanger, E.E.** (1974). Personality Patterns of Deaf Persons: An Interpretation Based on Research with the Hand Test. *Perceptual and Motor Skills*, 39: 1167.
 - **Ling, D. & Neihuys T.G.,** (1985). The real child with and without cochlear implant. *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*. London: Groom Helm.
 - **Lynas W.** (1986). Integrating the Handicapped into Ordinary schools.
 - **Mantby, M.** (1994). «*Principles of hearing aid audiology*», London, Whurr Publishers

- **Maxon, A. Brackett, D.** (1992). «*The hearing impaired child, infancy through high- school years*», USA, Butterworth-Heineman
- **McCartney B.D.**(1994). Inclusion As a practical Matter. *American Annals of the Deaf*, 139,2, 161-162.
- **Mental Health and Deafness, European Society for Mental Health and Deafness, Euroean Society for Mental Health and Deafness, Second International Congress (1991)**, Namur Belgium, Actes Proceedings, La Bastide 1992.
- **Mindel E. D. and Feldman V.** (1987). The impact of deaf children on their families. In *They Grow in Silence*, ed. Mindel E.D and Vernon. Mclay College Hill Press, Massachusetts.
- **Moseley, D.,** (1985). *Παιδιά με προβλήματα στη μάθηση*. Κουτσουμπός, Αθήνα.
- **Mussen, P.,** (1983). *Socialization, personality and social development*. New York.
- **Olson, D.** (1983). *Families: what makes them work*. London : Sage Publications.
- **Palmer, S.** (1993). Care of sick children by parents: a meaningful role. *Journal of advanced Nursing*. 18: 185-191.
- **Parker, A.** (1992). Κώφωση και Φωνολογική Εξέλιξη. Στο *πρακτικά του 4^{ov} Συνεδρίου του Πανελληνίου Συλλόγου Ειδικών στις Διαταραχές του Λόγου*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- **Pass, M. & Pass, C.** (1987). Anticipatory guidance for parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing*. 2 (4): 250- 258.
- **Paul, P.** (2001). «*Language and deafness*», Canada .Singular Thomson Learning
-Phoenix, S. *Family therapy with deaf patients*.
- **Reed, V.** (χρε). «*An introduction to children with language disorders*»
- **Register, C.,** (1987). *Living with chronic illness*. Bantam Books, New York.
- **Rollin, W.** (2000) «*Counseling individuals with communication disorders*», USA Butterworth-Heineman
- **Rosenberg, M.,** (1979). *Conceiving the self*. New York.

- **Sales, E., Schulz, R. & Biegel, D.** (1992). Predictors of strain in families of cancer patients: A review of the literature. *Journal of Psychosocial Oncology*. 10: 1-26.
- **Schulz, K.H., Schulz, H., Schulz, O. et al.** (1996). *Family structure and psychosocial stress in families of cancer patients*. In Baider, L., Cooper, C.L. & Kaplan De- Nour, A. (Eds): *Cancer and the family*. New York: John Wiley & Sons: 225-256.
- **Tanner, D.** (2003). «*Exploring Communication disorders*», Pearson Education Tomblin, J. Morris, H. Spriesterbach, D. (2002). «*Diagnosis in speech- language pathology*», California, Singular Publishing Group
- **Visintainer, M. & Wolfer, J.** (1979). Psychological Preparation for Surgical Pediatric Patients: The effect on Children and Parent's Stress Responses and Adjustment. *Pediatrics*. 64: 646-655.
- **Wall, L.** (1995). «*Hearing for the speech- language pathologists and health care professional*», USA, Butterworth-Heineman
- **Woll B. & Lawson L.** (1980). British Sign Language. Paper presented at the 1st International Symposium on Minority language, September, 1980. In Research on Deafness and B.S.L Bristol University School of Education Research Unit. R.N.I.D., London.
- **Wood D., Wood H., Griffiths A. and Howard I.** (1986). *Teaching and Talking with Deaf Children*. John Wiley and Sons Ltd, London.

Ιστοσελίδες στο διαδίκτυο

http://people.bu.edu/gallun/teaching/Hearing_Impairment.pdf

[http://en.wikipedia.org/wiki/Hearing_impairment#Hearing_deficiencies: loudness.2C _pitch.2C and discrimination](http://en.wikipedia.org/wiki/Hearing_impairment#Hearing_deficiencies:_loudness.2C_pitch.2C_and_discrimination)

<http://www.alfa-acoustics.com>

<http://www.akoh.gr/ViewShopStaticPage.aspx?ValueId=339>

http://www.akouoprothetiki.gr/online/index.php?option=com_content&task=view&id=10&Itemid=9

<http://www.as.wvu.edu/~scidis/hearing.html#sect0>

<http://www.asha.org/public/hearing/disorders/effects.htm>

<http://www.cici.org/>

<http://www.deaf.elemedu.upatras.gr>
<http://www.disabled.gr>
http://www.felonis-akoustica.gr/details2.php?lang=1&wh=1&the1id=2&theid=2&open1=&o_open2=&thepid=9
<http://www.health.in.gr>
<http://www.hearingconcern.com/ul.html>
http://www.medel.gr/koxliaka_emfiteumata.htm
<http://www.menieres.org.uk>
<http://www.netwellness.org/healthtopics/ent/impairment.cfm>
<http://www.neurophys.wisc.edu/h&b/textbook/language.html>
<http://www.nih.gov/nidcd/>
<http://www.otomed.gr/content/view/16/46/>
<http://www.qmc.nhs.uk/Divisions/Surgery/ENT/NPCIP/index.htm>
<http://www.rnid.org.uk>
<http://www.trinity.edu/org/sensoryimpairments/Hi/DIP/Hi%20-%20Chap%20%20-%20I.pdf>
<http://www.uihealthcare.com/topics/hearing/hearingimpairment.html>
http://www.uwec.edu/rasarla/Research/Adaptive_Music/Hearing_Impairments.pdf