



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

Τμήμα προσχολικής Αγωγής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διαταραχές της παιδικής ηλικίας, με άμεση επίπτωση στη σχολική πορεία των παιδιών».

Φοιτήτριες:

Κωσταπαππά Δήμητρα	A.M :15556
Μαντά Μαριάννα	A.M:15405
Μουχτή Μαρία	A.M :15542
Νάσσιου Αναστασία	A.M :15577
Σταλικά Μαρία	A.M :15410

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Μπαούρδα Βασιλική

Υπεύθυνη Δήλωση: Βεβαιώνουμε ότι είμαστε συγγραφείς αυτής της πτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχαμε για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην πτυχιακή εργασία. Επίσης έχουμε αναφέρει όλες τις πηγές από τις οποίες κάναμε χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων. Τέλος, βεβαιώνουμε ότι αυτή η πτυχιακή εργασία προετοιμάστηκε από εμάς προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος σπουδών του Τμήματος Προσχολικής Αγωγής του ΤΕΙ Ηπείρου.

Περιεχόμενα

Διαταραχές παιδικής ηλικίας	7
Εισαγωγή	7
Περίληψη.....	8
Κεφάλαιο 1^ο: ΔΕΠΥ Ορισμός - Συμπτώματα – Αναγνώριση – Διάγνωση	9
Ορισμός	9
Αίτια εκδήλωσης ΔΕΠΥ	9
Είδη διάσπασης προσοχής	11
Συμπτώματα ΔΕΠΥ.....	11
Τύποι εκδήλωσης ΔΕΠΥ.....	14
Άλλα προβλήματα που συνδέονται με ΔΕΠΥ	15
Μαθησιακές δυσκολίες/προβλήματα στο σχολείο	16
Συναισθηματικές αντιδράσεις	17
Σχέσεις με τους συνομήλικους & προβλήματα συμπεριφοράς	17
Προβλήματα στον ύπνο	17
Προβλήματα στην οδήγηση	18
Επιπτώσεις στη ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη και στη σχολική πορεία.....	18
Διάγνωση	19
Τρόποι διάγνωσης	20
Αντιμετώπιση - πρακτικές συμβουλές για παιδαγωγούς	23
Αντιμετώπιση στο οικογενειακό περιβάλλον	23
Αντιμετώπιση μαθητών με ΔΕΠΥ στο σχολικό περιβάλλον	25
Φαρμακευτική αντιμετώπιση	29
Εναλλακτικές θεραπείες.....	30
Συμπληρωματικές παρεμβάσεις	30
Αμφιλεγόμενες θεραπείες	30
Ψηφιακές Τεχνολογίες – ΔΕΠΥ και Μνήμη Εργασίας	30
Συμπεράσματα	31
Κεφάλαιο 2ο Μαθησιακές Δυσκολίες	32
Ο όρος δυσκολίες.....	34
Ορισμός Μαθησιακών Δυσκολιών.....	35
Ιατροκεντρικοί ορισμοί	35
Παιδαγωγικοκεντρικοί ορισμοί.....	36

Λειτουργικοί ορισμοί	36
Αιτιολογία Μαθησιακών δυσκολιών	42
Διάγνωση μαθησιακών δυσκολιών.....	44
Πληροφορίες που περιλαμβάνει μία διάγνωση:.....	46
Επιπτώσεις στη ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη και στη σχολική πορεία.....	50
Αντιμετώπιση Μαθησιακών Δυσκολιών	52
Βασικές μορφές παρέμβασης	54
Μέθοδος Montessori	54
Μέθοδος Fernald.....	55
Μέθοδος Orton – Gillingham – Stillman	56
Πρακτικές συμβουλές προς τους παιδαγωγούς	56
Συμπεράσματα	60
Συνύπαρξη ΔΕΠΥ – Μαθησιακών Δυσκολιών	60
Το φαινόμενο της συννοσηρότητας.....	60
Κεφάλαιο 3ο:Νοητική καθυστέρηση Ορισμός- συμπτώματα-αναγνώριση-διάγνωση Ορισμός.....	64
Ορισμός της νοημοσύνης.....	66
Αίτια νοητικής καθυστέρησης.....	68
Ταξινόμηση νοητικής καθυστέρησης.....	69
Χαρακτηριστικά ατόμων με νοητική καθυστέρηση.....	69
Διάγνωση Νοητικής Στέρησης.....	74
Προγεννητική Διάγνωση	75
Μεταγεννητική Διάγνωση	75
Τεστ Νοημοσύνης – Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-III).....	76
Οι 13 επιμέρους κλίμακες του ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ WISC - III στη σειρά χορήγησης τους.....	78
Αντιμετώπιση – πρακτικές συμβουλές για εκπαιδευτικούς.....	79
Ο ρόλος των γονέων στην εκπαίδευση	83
Ο ρόλος των εκπαιδευτικών.....	85
Συμπεράσματα	85
Κεφάλαιο 4ο: Αυτισμός.....	87
Εισαγωγή	87
Μέρος Α'	88
Ορισμός του Αυτισμού	88
Μέρος Β'	89
Αιτιολογία εμφάνισης του αυτισμού	89
Ψυχολογικά αίτια.....	89

Οργανικά Αίτια	90
Τραυματισμοί και Ασθένειες.....	90
Βιοχημικά αίτια	91
Γενετικά Αίτια	93
Χρωμοσωμικές Ανωμαλίες.....	93
Σωματικές παραμορφώσεις και αυτισμός:	94
Συχνότητα Εμφάνισης του Αυτισμού	94
Που οφείλεται η δραματική αύξηση των περιστατικών;.....	95
Κλινική Εικόνα του Αυτισμού	96
Τα χαρακτηριστικά του αυτισμού	98
Τομείς Δυσλειτουργίας	99
Επικοινωνιακός Τομέας.....	99
Κοινωνικός/ Διαπροσωπικός Τομέας.....	100
Συναισθηματικός Τομέας	101
Αισθήματα.....	101
Γλωσσικός Τομέας	102
Γνωσιακός / Διανοητικός Τομέας.....	103
Διαταραχή της Φαντασίας	104
Κλείσιμο στον εαυτό του.....	105
Εισαγωγή αντιμετώπισης.....	105
Τι περιλαμβάνει η παρέμβαση;	106
Πλαίσιο παρεμβάσεων.....	107
Πρώιμη παρέμβαση	107
Οι Επικρατέστερες Έγκυρες Προσεγγίσεις και Παρεμβάσεις.....	109
Θεραπείες αμφίβολης αποτελεσματικότητας	112
Σύμφωνα με το NATIONAL Research Council(2001) τα στοιχειώδη θεραπευτικά κριτήρια είναι :	113
Κριτήρια επιλογής της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης.....	113
Ανάλυση 3 παρεμβάσεων	114
1. TEACCH (Treatment Education of Autistic and Communication handicapped Children)	114
TEACCH: Εννοιολογική απόφαση του όρου	115
Η Δομημένη διδασκαλία	115
Η σημασία της δομημένης εκπαίδευσης	116
Οι βασικές αρχές του TEACCH.....	116
Μουσικοθεραπεία.....	117
ABA-LOVAAS (Applied Behavioral Analysis)	119

Πλεονεκτήματα του προγράμματος ABA –LOVAAS.....	121
Συμπεράσματα	122
Συμπεράσματα διαταραχών της παιδικής ηλικίας- Επίλογος	123
Βιβλιογραφία.....	124

Διαταραχές παιδικής ηλικίας

Εισαγωγή

Οι ψυχικές διαταραχές της παιδικής είτε της εφηβικής ηλικίας αποτελούν ένα πολύπλοκο και σημαντικό πρόβλημα. Οι διαταραχές αυτές συχνά είναι δύσκολο να ανιχνευθούν, ωστόσο οι επιπτώσεις τους είναι σοβαρές. Η ελλειμματική λειτουργικότητα του ατόμου όπως και ο ψυχικός πόνος είναι ορισμένες από τις πολλές επιπτώσεις που επιφέρουν.

Η ανίχνευση και η έγκαιρη διάγνωση των διαταραχών είναι δυνατόν να ανατρέψει μία δυσμενή κατάσταση. Η ανίχνευση άλλοτε πραγματοποιείται από γονείς είτε από εκπαιδευτικούς, οι οποίοι διακρίνουν κάποια «ύποπτα» σημάδια στη συμπεριφορά των παιδιών. Ύστερα, αναζητούν βοήθεια από κάποιον ειδικό, προκειμένου να αποκτήσουν μία ξεκάθαρη εικόνα της κατάστασης. Οι ψυχικές διαταραχές είναι πολύ συχνό φαινόμενο. Έρευνες έχουν δείξει πως ένα στα τρία παιδιά αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική διαταραχή.

Οι διαταραχές ψυχικής υγείας αν και παρουσιάζουν αρκετά κοινά συμπτώματα, δεν αποτελούν μία ομοιογενή ομάδα. Υπάρχουν πολλές διαφορετικές κατηγορίες διαταραχών, κάθε μία από τις οποίες διαθέτει τα δικά της χαρακτηριστικά, το δικό της τρόπο διαχείρισης και αντιμετώπισης. οι κατηγορίες αυτές είναι οι ακόλουθες:

- Διαταραχές άγχους
- Διαταραχές διάθεσης
- Συμπεριφορικές διαταραχές
- Μαθησιακές δυσκολίες
- Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ)
- Ψυχωσικές διαταραχές
- Διαταραχές διατροφής
- Αυτισμός

Για κάθε μία από αυτές τις κατηγορίες, έχουν γίνει και συνεχίζονται να γίνονται πληθώρα ερευνών και μελετών. Έχουν γραφεί πλήθος θεωριών, τρόπων παρεμβάσεων, διάγνωσης, που συνεχώς αυξάνονται και ανανεώνονται. Το γεγονός αυτό δεν προκαλεί καθόλου έκπληξη μιας και τα φαινόμενα ψυχικών διαταραχών είναι πάρα πολύ συχνά.

Περίληψη

Η εργασία αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Στο κάθε ένα κεφάλαιο αναλύεται μία ξεχωριστή κατηγορία διαταραχής ψυχικής υγείας. Οι διαταραχές που θα αναλυθούν είναι οι ακόλουθες: ΔΕΠΥ, μαθησιακές δυσκολίες, νοητική καθυστέρηση, αυτισμός. Σε κάθε ένα από αυτά τα κεφάλαια πραγματοποιείται μία σφαιρική διερεύνηση του θέματος, ξεκινώντας από τους ορισμούς και φτάνοντας έως και τις πρακτικές συμβουλές στους παιδαγωγούς. Συγκεκριμένα, σε κάθε κεφάλαιο παρατίθενται οι ορισμοί, η συμπτωματολογία, η αιτιολογία και οι τρόποι διάγνωσης κάθε μίας διαταραχής. Στο σημείο αυτό να σημειωθεί, πως για την κάθε μία διαταραχή υπάρχουν ποικίλες βιβλιογραφίες, από τις οποίες η κάθε μία στηρίζει και τονίζει τα στοιχεία του κλάδου από όπου προέρχεται. Στη συγκεκριμένη εργασία γίνεται μία παράθεση στοιχείων από όλους τους κλάδους (ιατρικό, παιδαγωγικό, κοινωνιολογικό) για την καλύτερη κατανόηση του θέματος. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται πρακτικές συμβουλές για τους παιδαγωγούς – με ποιον τρόπο δηλαδή θα προσεγγίσει ένας παιδαγωγός το κάθε παιδί, δίχως να το τραυματίσει ή να το αποθαρρύνει. Τέλος, αναλύονται οι συνέπειες της κάθε διαταραχής στο ψυχοσυναισθηματικό κόσμο του παιδιού καθ' όλη τη διάρκεια ανάπτυξής του και τις συνέπειες στη σχολικής του πορεία. Το παιδί με κάποια διαταραχή, όπως είναι λογικό, αναπτύσσεται διαφορετικά από τα άλλα παιδιά. Η εξελικτική του πορεία περνάει από διαφορετικά στάδια. Επιπλέον, στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται μία νύξη για τη συνύπαρξη ΔΕΠΥ και μαθησιακών δυσκολιών. Το φαινόμενο της συννοσηρότητας όπως ονομάζεται, το οποίο συνεχώς αυξάνει τη συχνότητά του.

Κεφάλαιο 1^ο: ΔΕΠΥ

Ορισμός - Συμπτώματα – Αναγνώριση – Διάγνωση

Ορισμός

Σύμφωνα με τον ευρέως αποδεκτό ορισμό που έχει επικρατήσει, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), ή Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), ονομάζεται μια νευροβιολογική διαταραχή της παιδικής ηλικίας (συνήθως ακολουθεί και την ενηλικίωση του ατόμου), η οποία φαίνεται να εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στα αγόρια (70% αγόρια - 30% κορίτσια). Αποτελεί την πλέον μελετημένη και τεκμηριωμένη παιδοψυχιατρική διαταραχή, τα κύρια συμπτώματα της οποίας είναι η διάσπαση προσοχής, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν φυσιολογικό δείκτη νοημοσύνης (Κουμούλα, 2012).

Στην Ελλάδα, ο ορισμός του ΔΕΠΥ εξακολουθεί να τίθεται υπό αμφισβήτηση, καθώς διεξάγονται συνεχώς έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες είναι δυνατόν να αναιρεθούν τα ήδη υπάρχοντα συμπεράσματα, καθώς μπορεί να προκύπτουν συνεχώς καινούρια.

Αίτια εκδήλωσης ΔΕΠΥ

Τα αίτια τα οποία μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση ΔΕΠΥ μπορεί να είναι διάφορα. Πριν την αναφορά και περαιτέρω ανάλυσή τους, ορθό θα ήταν αν διευκρινιστούν οι δύο κατηγορίες στις οποίες χωρίζονται αυτά τα αίτια – παράγοντες, ώστε να καταστεί πιο εύκολη και κατανοητή η ανάλυσή τους.

Οργανικά αίτια

Πρόκειται για προ-περι-μεταγεννητικούς παράγοντες, δηλαδή αιτίες, τις οποίες δεν μπορεί να υπολογίζει και να προλάβει το άτομο, και οι οποίες με τη σειρά τους οδήγησαν στην εκδήλωση του φαινομένου. Τέτοιου είδους αιτίες μπορεί να είναι διάφορες εγκεφαλικές βλάβες ή κάποια εγκεφαλική δυσλειτουργία, η οποία μπορεί να εμφανιστεί στο άτομο ήδη από την εμβρυακή του μορφή. Ακόμη, παράγοντες οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν τον ανθρώπινο οργανισμό και να

οδηγήσουν στην εκδήλωση ΔΕΠΥ θεωρούνται οι αλλεργίες ή ακόμη και η διαίτα, ένας συγκεκριμένος τρόπος διατροφής δηλαδή που έχει επιλέξει ένα άτομο (Zentall, 1998).

Περιβαλλοντικά αίτια

Πρόκειται για τα εξωτερικά αίτια, οι παράγοντες δηλαδή που βρίσκονται στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού και το επηρεάζουν άμεσα. Ένα από αυτά τα αίτια είναι η ψυχοκοινωνική αποστέρηση. Πιο αναλυτικά, τα παιδιά τα οποία προέρχονται από ψυχοκοινωνικά αποστερημένα περιβάλλοντα, όπως για παράδειγμα ιδρύματα ή μη προνομιούχα κοινωνικά στρώματα, παρουσιάζουν την τάση η εξέλιξη της ομιλίας και του λόγου τους να είναι βραδύτερη, κατώτερης ποιότητας και στο κατώτερο όριο του φυσιολογικού ρυθμού προόδου (Zentall, 1998).

Ακόμη μία τέτοιου είδους αιτία είναι κάποια ψυχοπαθολογική διαταραχή που μπορεί να εμφανίζει ο γονέας. Ένα παράδειγμα σχετικό με τέτοιου είδους διαταραχές, αποτελεί το οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο ο γονέας εμφανίζει κατάθλιψη.

Μεγάλο ρόλο παίζει επίσης το χαμηλό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας, καθώς επηρεάζει άμεσα τη μόρφωση και την περαιτέρω ανάπτυξη του χαρακτήρα και του ευρύτερου μορφωτικού και κοινωνικού επιπέδου του παιδιού.

Ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει και αν συνεισφέρει στην εκδήλωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας είναι οι μη άριστες κληρονομικές συνθήκες (Zentall, 1998). Έρευνες, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν με σκοπό να ερευνηθεί περαιτέρω το συγκεκριμένο φαινόμενο, έδειξαν πως η κληρονομικότητα ευθύνεται για το 76% των περιπτώσεων. Πιο αναλυτικά, το 76% των παιδιών που εμφανίζουν ΔΕΠΥ έχουν κάποιον συγγενή, ο οποίος εμφανίζει τη συγκεκριμένη διαταραχή. Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι στην περίπτωση που ένας από τους γονείς εμφανίζει τη διαταραχή, το παιδί έχει 57% πιθανότητες να την εμφανίσει και το ίδιο. Επίσης, πρέπει να αναφερθεί πως είναι πολύ μεγάλο το ποσοστό κληρονομικότητας στην περίπτωση διδύμων (Περβανίδου Π. (2009).

Τέλος, η εμφάνιση Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας επηρεάζεται ακόμη και από τοξικούς παράγοντες. Κατά τη διάρκεια της κύησης πολλές μητέρες αψηφούν τη συμβουλή του γιατρού τους και συνεχίζουν το κάπνισμα ή τη χρήση αλκοόλ και άλλων τοξικών ουσιών. Σε αυτήν την περίπτωση και σύμφωνα πάντα με έρευνες, το παιδί έχει διπλάσια πιθανότητα εκδήλωσης των συμπτωμάτων της συγκεκριμένης διαταραχής. Ακόμη και η ηλικία της

μητέρας μπορεί να επηρεάσει την εκδήλωση συμπτωμάτων της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (Περβανίδου Π. (2009).

Είδη διάσπασης προσοχής

Υπάρχουν δύο είδη διάσπασης προσοχής:

1. Πρωτογενές είδος

Πρόκειται για το φαινόμενο της διάσπασης προσοχής που εμφανίζεται νωρίς ηλικιακά, δηλαδή από την παιδική ηλικία. Τα αίτια εμφάνισής του είναι βιολογικά, δεν υπάρχει δηλαδή κάποιος συγκεκριμένος λόγος που εμφανίζεται αυτή η διαταραχή στο παιδί. Έχει μεγάλη διάρκεια (διαρκεί σίγουρα περισσότερο από 6 μήνες) και κατά πάσα πιθανότητα παραμένει στον οργανισμό του παιδιού για ολόκληρη τη ζωή του. Μπορεί να εμφανιστεί σχεδόν σε όλα τα περιβάλλοντα, όπως για παράδειγμα στο σπίτι, στο σχολείο, στο εργασιακό του περιβάλλον, σε κάθε είδους διαπροσωπικές σχέσεις που μπορεί να αναπτύξει.

2. Δευτερογενές είδος

Πρόκειται για το είδος της διάσπασης προσοχής που εμφανίζεται σε έναν ανθρώπινο οργανισμό αργότερα, δηλαδή μετά την παιδική του ηλικία. Οι λόγοι που οδηγούν στην εμφάνισή του είναι εξωτερικοί, επηρεάζεται δηλαδή από παράγοντες που υπάρχουν στο ευρύτερο περιβάλλον του. Έχει μικρότερη διάρκεια από το πρώτο είδος, καθώς συνήθως διαρκεί λιγότερο από έξι μήνες. Τέλος, μπορεί να εμφανιστεί μόνο σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα, είτε ύστερα από κάποια συγκεκριμένη προσωρινή αιτία. Ένα πολύ αντιπροσωπευτικό παράδειγμα ενός τέτοιου είδους διάσπασης προσοχής αποτελεί το φαινόμενο κατά το οποίο ένας μαθητής είναι αφηρημένος και δεν προσέχει στο μάθημα ενός συγκεκριμένου καθηγητού, ενώ σε όλα τα υπόλοιπα μαθήματα είναι προσεκτικός.

Συμπτώματα ΔΕΠΥ

Στην παρούσα εργασία θα ασχοληθούμε με το πρωτογενές είδος διάσπασης προσοχής, με αυτό δηλαδή με το οποίο ένας άνθρωπος γεννιέται. Ένα παιδί το οποίο πάσχει από Διαταραχή

Ελλειμματικής Συμπεριφοράς και Υπερκινητικότητα παρουσιάζει τρία βασικά χαρακτηριστικά – συμπτώματα:

1. Υπερκινητικότητα:

Σύμφωνα με αυτό το σύμπτωμα, το παιδί παρουσιάζεται ως πιο δραστήριο σε σύγκριση με τα υπόλοιπα παιδιά που βρίσκονται στην ηλικία του. Συνήθως κάνει άσκοπες κινήσεις, όπως για παράδειγμα ανοίγει ντουλάπια χωρίς λόγο, στριφογυρίζει, κινεί νευρικά τα χέρια και τα πόδια του. Συχνά τρέχει άσκοπα ή σκαρφαλώνει με υπερβολικό τρόπο σε καταστάσεις που δεν αρμόζουν μια τέτοιου είδους συμπεριφορά. Τις περισσότερες φορές που βρίσκεται σε κάποιο περιβάλλον στο οποίο απαιτείται να υπάρχει ησυχία, για ένα τέτοιο παιδί καθίσταται αδύνατο να ενδεχόμενο του να μείνει ήσυχο, ήρεμο και προσεκτικό. Τέτοιου είδους περιβάλλοντα μπορεί να είναι μια σχολική τάξη ή ακόμη και η ώρα του φαγητού. Τέλος, μπορεί ακόμη να μιλά υπερβολικά (Μάνος 1997: 616, 617).

2. Διάσπαση προσοχής – Ελλειμματική προσοχή:

όταν παρουσιάζει αυτό το σύμπτωμα, το παιδί συχνά είναι αφηρημένο ή μπορεί και να χάνει τα πράγματά του. (Μάνος 1997: 616, 617). Δυσκολεύεται αν εστιάσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες. Δεν έχει τη στοιχειώδη υπομονή να ακούσει τις οποιεσδήποτε οδηγίες. Ακόμη και όταν του ανατίθεται κάποιου είδους εργασία, αδυνατεί να την τελειώσει. Αυτό δεν συμβαίνει επειδή φέρει αντιδραστική συμπεριφορά απέναντι στο άτομο που του ανέθεσε αυτήν την εργασία ή επειδή δεν έχει κατανοήσει αυτό που πρέπει να κάνει, αλλά επειδή αδυνατεί να μείνει συγκεντρωμένος. Όταν τίθεται κάποια ερώτηση προς αυτό, δεν έχει την υπομονή να περιμένει μέχρι να ολοκληρωθεί η ερώτηση και απαντά πριν από την ολοκλήρωσή της. Ακόμη και όταν καταφέρει να συγκεντρωθεί μπορεί η προσοχή του να αποσπάται πολύ εύκολα και μάλιστα από το οποιοδήποτε παραμικρό ερέθισμα, όπως το κουδούνι που χτυπάει στο σχολείο, μια κόρνα στον δρόμο και άλλους τέτοιου είδους ήχους. Σε αυτήν την περίπτωση, δυσκολεύεται πολύ να επανέλθει και όταν τα καταφέρει, έχει ήδη περάσει πολύ ώρα.

3. Παρορμητικότητα:

Σύμφωνα με αυτό το σύμπτωμα, όταν το παιδί βρίσκεται σε ένα περιβάλλον με άλλα παιδιά της ηλικίας του, δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του για να παίξει ή για να εκφράσει την οποιαδήποτε άποψή του (Μάνος 1997: 616, 617). Είναι πολύ δύσκολο για αυτό να υπακούσει σε οποιουδήποτε κανόνες που μπορεί να έχουν τεθεί. Ακόμη, παρουσιάζει έλλειψη αίσθησης του κινδύνου και του

φόβου. Τέλος, ένα τέτοιο άτομο μπορεί να γίνει πολύ κυκλοθυμικό, δηλαδή να αλλάξει η διάθεσή του πολύ εύκολα και γρήγορα από τη μια στιγμή στην άλλη.

Πέρα από αυτά τα τρία πολύ χαρακτηριστικά συμπτώματα, υπάρχουν και άλλα, δευτερεύοντα θα μπορούσαμε να πούμε, τα οποία επίσης προμηνύουν την ύπαρξη Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας:

1. Αδέξιος- επιρρεπής στα ατυχήματα- επίμονος

2. Εγωκεντρικός:

Το παιδί είναι συχνά επιθετικό και απαιτητικό.

3. Ανώριμη συμπεριφορά:

Σε αυτήν τη περίπτωση, το παιδί μπορεί να εμφανιστεί είτε με μια έντονα συναισθηματική συμπεριφορά, είτε να είναι νευρικός και επιθετικός. Η εναλλαγή αυτών των συμπεριφορών μπορεί να συμβεί από τη μια στιγμή στην άλλη, όπως άλλωστε προαναφέρθηκε.

4. Προβλήματα διαχείρισης χρόνου:

Δυσκολεύεται πάρα πολύ να καταφέρει να ολοκληρώσει την εργασία του μέσα στα όρια ενός συγκεκριμένου χρονοδιαγράμματος.

5. Μαθησιακά προβλήματα ή δυσλεξία

6. Προβλήματα στη διατήρηση σχέσεων – φιλιών:

Προφανώς αποτελεί ένα δύσκολο φαινόμενο, αν όχι σπάνιο, η διατήρηση στενών σχέσεων με άτομα τα οποία παρουσιάζουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας.

7. Χαμηλή αυτοεκτίμηση – αυτοπεποίθηση

8. Λανθασμένη οφθαλμοκίνηση:

Αυτό το σύμπτωμα μπορεί να παρατηρηθεί μέσω του Τεστ διάγνωσης Παυλίδη, στο οποίο θα αναφερθούμε στην πορεία της εργασίας.

Τύποι εκδήλωσης ΔΕΠΥ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας είναι δυνατό να παρουσιαστεί σε τρεις διαφορετικούς τύπους:

1. Ο συνδυασμένος τύπος:

Πρόκειται για τον τύπο, στον οποίο το παιδί θα παρουσιάσει συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας αλλά και παρορμητικότητας.

2. Ο απρόσεκτος τύπος:

Πρόκειται για τον τύπο, σύμφωνα με τον οποίο το παιδί παρουσιάζει κυρίως συμπτώματα απροσεξίας.

3. Ο υπερκινητικός – παρορμητικός τύπος:

Τέλος, σε αυτόν τον τύπο, το παιδί θα παρουσιάσει κυρίως συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας (ICD-10 (1992 & 1993) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας).

Μπορεί αυτά τα συμπτώματα να δημιουργούν ένα είδος επιφύλαξης στα άτομα τα οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν παιδιά αλλά και ενήλικες με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, ωστόσο σε αυτό το σημείο της εργασίας πρέπει να τονιστεί ότι αυτοί οι άνθρωποι είναι συχνά έξυπνοι, αξιαγάπητοι και εκδηλωτικοί. Έχουν πραγματικά τη θέληση να παραμείνουν ήσυχοι, υπάκουοι και αν μην δημιουργούν προβλήματα. Ωστόσο, δεν μπορούν αν πετύχουν κάτι τέτοιο γιατί δυστυχώς δεν μπορούν να ελέγξουν τον εαυτό τους. Γι' αυτόν το λόγο,

καθίσταται απαραίτητη η επέμβαση των ειδικών επιστημόνων, προκειμένου να καταφέρουν να αντιμετωπίσουν, να ελέγξουν και να θεραπεύσουν αυτά τα παιδιά.

Άλλα προβλήματα που συνδέονται με ΔΕΠΥ

Νοητική ανάπτυξη

Τα παιδιά που εμφανίζουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας συνήθως υστερούν στα τυπικά και συνηθισμένα τεστ νοημοσύνης (Αποστολοπούλου, 2009). Η επίδοσή τους τις περισσότερες φορές είναι χαμηλότερη κατά 7 με 10 μονάδες. Ωστόσο δεν είναι ακόμη σίγουρο και επιστημονικά τεκμηριωμένο το γεγονός ότι η διαφορά αυτή οφείλεται απαραίτητα στην εμφάνιση αυτής της διαταραχής. Όταν τα παιδιά υποβάλλονται σε τέτοιου είδους τεστ, απαιτείται μεγάλη συγκέντρωση και αξιολογούνται κυρίως οι ακαδημαϊκές τους γνώσεις. Επομένως, οι διαφορές που παρατηρούνται στις μονάδες καταμέτρησης μπορεί να οφείλονται ακόμη και στην αδυναμία των παιδιών που εμφανίζουν ΔΕΠΥ να εστιάσουν την προσοχή τους σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα για πολύ ώρα ή και στις σχολικές ελλείψεις που έχουν αυτά τα παιδιά.

Κινητική ανάπτυξη

Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των παιδιών που εμφανίζει Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (περίπου 52%) φαίνεται να αντιμετωπίζει δυσκολίες στη διαδικασία συντονισμού των κινήσεών του. Γι' αυτόν το λόγο, τα παιδιά που παρουσιάζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζουν αδυναμία στις διάφορες αθλητικές δραστηριότητες, είναι άγαρμπα και σκοντάφτουν όταν περπατούν. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα αυτά τα παιδιά να είναι ακόμη περισσότερο επιρρεπή σε ατυχήματα. Συχνά, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας επηρεάζει ακόμη και την λεπτή κινητικότητα των παιδιών (Αποστολοπούλου, 2009). Έτσι, παρουσιάζουν δυσκολία και σε τομείς όπως είναι η ζωγραφική, η γλυπτική, η γραφή ή και το δέσιμο των παπουτσιών και το κούμπωμα των ρούχων.

Λόγος – Ομιλία

Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, τα παιδιά που εμφανίζουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας παρουσιάζουν μια σχετική καθυστέρηση στην έναρξη του λόγου τους σε ποσοστό 6-35%. Ακόμη, έχει διαπιστωθεί πως τα παιδιά με ΔΕΠΥ αντιμετωπίζουν δυσκολία σε ποσοστό 10-54% στον προφορικό τους λόγο. Με το πέρασμα του χρόνου και τη σχετική βοήθεια από ειδικούς παρουσιάζεται μια αρκετά σημαντική βελτίωση στην ομιλία των παιδιών αυτών. Ωστόσο, ακόμα και στα μεγαλύτερα παιδιά εξακολουθεί να παραμένει μια δυσκολία στη ροή αλλά και στην ποιότητα της ομιλίας κυρίως σε εκείνες τις περιπτώσεις που τους έχει ζητηθεί να οργανώσουν και να συντάξουν προηγουμένως τον λόγο τους (Αποστολοπούλου, 2009). Από όλα αυτά, έχουμε καταλήξει στο συμπέρασμα πως αυτή η δυσκολία στην οργάνωση του προφορικού τους λόγου αντικατοπτρίζει ελλείψεις στις ανώτερες γνωστικές τους λειτουργίες.

Προσαρμοστικές ικανότητες

Στην περίπτωση των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας έχει διαπιστωθεί δυσκολία στην προσαρμογή τους σε σχέση με τους συμμαθητές τους όταν βρίσκονται σε ένα κοινό περιβάλλον (Αποστολοπούλου, 2009). Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά αυτά έχουν συνήθως προβλήματα κοινωνικότητας και γενικότερα βρίσκονται στο κατώτερο επίπεδο του φυσιολογικού.

Αίσθηση του χρόνου

Προβλήματα παρατηρούνται και αναφορικά με την αίσθηση του χρόνου μιας και αυτή συνδέεται άμεσα με τη μη λεκτική μνήμη εργασίας (Αποστολοπούλου, 2009).

Μαθησιακές δυσκολίες/προβλήματα στο σχολείο

Το σχολείο ίσως να αποτελεί τον τομέα στον οποίο τα παιδιά με ΔΕΠΥ αντιμετωπίζουν τη μεγαλύτερη δυσκολία. Σχεδόν όλα τα παιδιά με ΔΕΠΥ που παραπέμπονται για διάγνωση, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο σχολείο. Ένα ποσοστό 30-50% μπορεί να μείνει στην ίδια τάξη ενώ το 1/3 περίπου κινδυνεύει να μην τελειώσει το σχολείο. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ, υστερούν σε σχέση με τους συμμαθητές τους αναφορικά με την ποσότητα δουλειάς που ολοκληρώνουν. Επιπρόσθετα, 20-40% των μαθητών αυτών παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες. Συγκεκριμένα, 8-39%

διαγιγνώσκεται με δυσλεξία, 12-26% με δυσορθογραφία, 12-33% με δυσαριθμησία και πάνω από 60% με δυσγραφία (Αποστολοπούλου, 2009). Τέλος οι μισοί μαθητές με ΔΕΠΥ δυσκολεύονται στην παραγωγή γραπτού λόγου.

Συναισθηματικές αντιδράσεις

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ εμφανίζουν, δευτερογενώς, έντονο αίσθημα κατωτερότητας, αποτυχίας και ανεπάρκειας (Αποστολοπούλου, 2009). Δεν ανέχονται την απόρριψη ή την απογοήτευση. Η συμπεριφορά τους είναι απρόβλεπτη. Το συναίσθημά τους είναι ευμετάβλητο και παρουσιάζει ακραίες εναλλαγές. Χαρακτηριστικά, επίσης, των παιδιών με ΔΕΠΥ αποτελούν η ευερεθιστότητα και οι έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις.

Σχέσεις με τους συνομήλικους & προβλήματα συμπεριφοράς

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα στη συμπεριφορά όπως και δυσλειτουργία στις κοινωνικές δεξιότητες σε σχέση με τους συνομήλικους τους. Τείνουν να παίζουν λιγότερο με τους συμμαθητές τους και να είναι λιγότερο συνεργατικά. Συχνά η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠΥ τείνει να απομακρύνει τους άλλους. Έτσι, πολλές φορές, κατατάσσονται στα λιγότερο συμπαθητικά παιδιά και είναι πιο πιθανόν να απορριφθούν από τους συμμαθητές τους (Αποστολοπούλου, 2009). Σχετικές μελέτες έδειξαν ότι τα παιδιά αυτά, εμφανίζουν 2-10 φορές περισσότερο αρνητική συμπεριφορά απέναντι στους συνομήλικους τους συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά. Είναι περισσότερο ευάλωτα στις επιθέσεις των συμμαθητών τους, λιγότερο φιλικά απέναντί τους και δυσκολεύονται να βρουν αποτελεσματικές λύσεις στα προβλήματα που προκύπτουν. Συχνά αδυνατούν να προσαρμόσουν τη συμπεριφορά τους σύμφωνα με τις εκάστοτε κοινωνικές επιταγές. Τα προβλήματα στις κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών, με ΔΕΠΥ εμμένουν ως την εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Αποστολοπούλου, 2009).

Προβλήματα στον ύπνο

Οι ασθενείς με ΔΕΠΥ αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα στον ύπνο. Ο ύπνος τους είναι ανεπαρκής και χαμηλής ποιότητας. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ δυσκολεύονται να κοιμηθούν το βράδυ και να ξυπνήσουν το πρωί, καθώς και ότι αυτές οι δυσκολίες παρατηρούνται από τη βρεφική ηλικία (Αποστολοπούλου, 2009). Επίσης, κοιμούνται λιγότερο και εμφανίζουν περισσότερες ενοχλήσεις κατά τη διάρκεια του ύπνου σε σχέση με τους συμμαθητές τους. Ως εκ τούτου, ασθενείς με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Προβλήματα στην οδήγηση

Η διάσπαση ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα έχει συνδεθεί με δυσλειτουργία στην οδήγηση. Έρευνες έχουν δείξει ότι ασθενείς με ΔΕΠΥ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προκαλέσουν ατύχημα στο δρόμο σε σχέση με άτομα χωρίς ΔΕΠΥ. Συγκεκριμένα, έφηβοι ή νεαροί ενήλικες με ΔΕΠΥ έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να προκαλέσουν ατύχημα σε σχέση με τους συνομήλικους τους. Επιπλέον, το ποσοστό των νέων με ΔΕΠΥ, που έχει ήδη εμπλακεί σε δυο ή και περισσότερα ατυχήματα είναι επταπλάσιο από αυτό των νέων χωρίς ΔΕΠΥ. Το 48% των νέων με ΔΕΠΥ φαίνεται να φέρει την ευθύνη του ατυχήματος ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους νέους χωρίς ΔΕΠΥ είναι 11%. Συχνά οι έφηβοι με ΔΕΠΥ έχουν επιθετική συμπεριφορά καθώς οδηγούν και οδηγούν πιο επικίνδυνα από τους συνομήλικους τους (Αποστολοπούλου, 2009). Τέλος, τέσσερις φορές περισσότεροι έφηβοι με ΔΕΠΥ δέχονται κλήσεις στα δύο πρώτα χρόνια οδήγησής τους η πλειονότητα των οποίων αφορά υπερβολική ταχύτητα και παράβαση των σημάτων στοπ (Αποστολοπούλου, 2009).

Επιπτώσεις στη ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη και στη σχολική πορεία

Σίγουρα ένα παιδί το οποίο παρουσιάζει συμπτώματα Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας περνάει από διάφορα ψυχοσυναισθηματικά στάδια, τα οποία, όταν δεν υπάρχει η κατάλληλη εξωτερική βοήθεια, είναι δύσκολο να τα ξεπεράσει.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ένα παιδί που παρουσιάζει ΔΕΠΥ δεν θέλει να έχει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, αλλά δεν μπορεί να την χειριστεί. Μπορεί να κατανοήσει τα λάθη και τις ακατάλληλες συμπεριφορές του, αλλά δεν μπορεί να τις ελέγξει. Έτσι όταν, στην περίπτωση που έχει κάποια αποκλίνουσα συμπεριφορά, υποστεί τιμωρία ή κοινωνική κατακραυγή ή γενικότερα κάποια εχθρική συμπεριφορά, έχει τη συναίσθηση και πλήρη κατανόηση της κατάστασης και στενοχωριέται ή ακόμη μπορεί να του δημιουργήσει αντίδραση. Νιώθει ανήμπορο να αντιμετωπίσει και να χειριστεί τον ίδιο του τον εαυτό. Επίσης, όταν αντιμετωπίζεται ως «ειδική» κατηγορία από τα άτομα του ευρύτερου κοινωνικού του περίγυρου (για παράδειγμα από τους συμμαθητές του) μπορεί επίσης να το καταλαβαίνει αυτό.

Σίγουρα στο σχολικό του περιβάλλον αντιμετωπίζει πολύ περισσότερα προβλήματα από τα υπόλοιπα παιδιά, τόσο μαθησιακά όσο και προσαρμοστικά. Δυσκολεύεται να ακολουθήσει τους ρυθμούς της υπόλοιπης τάξης, με αποτέλεσμα πολλές φορές απλά να μην προσπαθεί καν να το

κάνει αυτό, καθώς ίσως να του φαίνεται ακόμη και ανούσιο. Το να συνυπάρξει σε κάποια κοινή παρέα με τους υπόλοιπους συμμαθητές του παρουσιάζει επίσης δυσκολίες, καθώς λόγω της διαταραχής που παρουσιάζει, μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στα υπόλοιπα παιδιά και αυτά με τη σειρά τους, έχοντας άγνοια του προβλήματος, να θελήσουν την αποκοπή και αποξένωσή του. Δυσκολίες υπάρχουν ακόμη και στις ομαδικές δραστηριότητες.

Επομένως η ψυχολογία ενός παιδιού με ΔΕΠΥ γίνεται απόλυτα κατανοητό πως δεν είναι και η καλύτερη. Νιώθει μόνο του, ανήμπορο και στο περιθώριο, καθώς τα άτομα που το περιτριγυρίζουν φροντίζουν τις περισσότερες φορές, λόγω της άγνοιάς τους, να του συμπεριφέρονται ως «διαφορετικό».

Σίγουρα χρειάζεται πολύ υπομονή για να μεγαλώσει και να διαπαιδαγωγηθεί σωστά ένα παιδί με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Ωστόσο, έχοντας υπόψη τις μεθόδους που προαναφέρθηκαν, μπορεί κανείς να καταλήξει στο συμπέρασμα πως δεν πρόκειται για κάτι αδύνατο. Με την κατάλληλη φροντίδα και τις κατάλληλες μεθόδους αντιμετώπισης του φαινομένου, μπορεί να υπάρξουν πολύ σύντομα σημάδια βελτίωσης. Σίγουρα χρειάζεται μεγάλη υπομονή και επιμονή, καθώς επίσης και συνεργασία των γονιών με τους εκπαιδευτικούς που έχουν αναλάβει το παιδί, ώστε να βοηθήσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. όσο πιο ειλικρινής σχέση χτίσουν μεταξύ τους αυτοί οι άνθρωποι, τόσο περισσότερο και συντομότερα θα καταφέρουν να βοηθήσουν το παιδί.

Διάγνωση

Υπάρχουν συγκεκριμένα κριτήρια που χρησιμοποιούνται διεθνώς για τη διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας και αυτά ορίζονται κατά κύριο λόγο από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία (DSM-IV) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ICD-10), τα οποία κριτήρια βασίζονται με τη σειρά τους σε ερωτηματολόγια.

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία (DSM-IV) τα κριτήρια διάγνωσης χωρίζονται σε τρεις υποκατηγορίες:

- ✓ Διάσπαση Προσοχής
- ✓ Υπερκινητικότητα και Παρορμητικότητα
- ✓ Συνδυασμένη Διάσπαση Προσοχής – Υπερκινητικότητα (Παρορμητικότητα)

Αντίθετα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δεν δέχεται τέτοιου είδους υποκατηγορίες.

Σύμφωνα με διεθνείς εξειδικευμένες έρευνες και κριτήρια, υπάρχουν συγκεκριμένες επιστημονικές ειδικότητες που έχουν την ικανότητα και τη νομική κάλυψη να παρέχουν τη διάγνωση της Διάσπασης Προσοχής. Αυτές οι ειδικότητες είναι εξειδικευμένοι ψυχολόγοι, παιδοψυχίατροι, παιδονευρολόγοι και αναπτυξιολόγοι παιδίατροι. Η διάγνωση από αυτούς τους ειδικούς γίνεται υποκειμενικά, με κύριο μέσο ερωτηματολόγια, τα οποία συμπληρώνονται είτε από τους γονείς είτε από τους εκπαιδευτικούς. Στην πορεία ακολουθεί η κλινική αξιολόγηση του ειδικού. Αυτή η υποκειμενικότητα στα κριτήρια που χρησιμοποιούνται κάθε φορά από τους ειδικούς καθιστά τη διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας αναξιόπιστη, γεγονός που αποδεικνύουν τα αποτελέσματα της διεθνούς έρευνας του Δρ. Lee και των συνεργατών του, η οποία διεξήχθη το 2008. Σύμφωνα με αυτά τα αποτελέσματα, οι διαγνώσεις από τους ίδιους ειδικούς για τα ίδια παιδιά συμφωνούν μόνο στο 11% των περιπτώσεων.

Τρόποι διάγνωσης

Οφθαλμοκίνηση

Για να προχωρήσουμε στην ανάλυση των τρόπων αντιμετώπισης της συγκεκριμένης διαταραχής, θα ήταν συνετό να διευκρινιστεί ο όρος «Οφθαλμοκίνηση». Πρόκειται για την κίνηση εκείνη που φανερώνει τη λειτουργία του εγκεφάλου. Τα δώδεκα κρανιακά νεύρα του ανθρώπινου εγκεφάλου μεταφέρουν πληροφορίες στον εγκέφαλο και αντίστροφα, για παράδειγμα από το μάτι, το αυτί, την καρδιά και λοιπά. Η κατανομή του αριθμού και της ποιότητας των κρανιακών νεύρων γίνεται από τη φύση σύμφωνα με τη σπουδαιότητα της προσφοράς του κάθε οργάνου ή λειτουργίας. Κανένα όργανο ή λειτουργία δεν έχει λάβει περισσότερα από ένα κρανιακό νεύρο. Αντίθετα, πολλά όργανα ή λειτουργίες μοιράζονται ένα κρανιακό νεύρο.

Σε αυτόν τον κανόνα υπάρχει μια εξαίρεση, η οφθαλμοκίνηση. Η τεραστίων διαστάσεων λειτουργική σημαντικότητα της οφθαλμοκίνησης αποδεικνύεται επίσης από το γεγονός ότι τα τρία από τα δώδεκα κρανιακά νεύρα του εγκεφάλου είναι αφιερωμένα στην οφθαλμοκίνηση, ενώ αξίζει να αναφερθεί και πάλι ότι καμία άλλη αίσθηση (ώραση, ακοή, κ.λπ.) όργανο ή λειτουργία (καρδιά, πνεύμονες, κ.λπ.) δεν έχει λάβει περισσότερο από ένα κρανιακό νεύρο.

Τεστ Οφθαλμοκίνησης Παυλίδη

Η οφθαλμοκίνηση και η ανάγνωση αναπτύσσονται παράλληλα, ενώ η οφθαλμοκίνηση αποτελεί την πλέον ενδεδειγμένη μέθοδο μελέτης τω συστατικών της ανάγνωσης, ιδιαιτέρως διότι κατά τη διάρκειά της ο έλεγχος της οφθαλμοκίνησης γίνεται ασυνείδητα (Lynch, et al., 1997). Μάλιστα τα

αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης έδειξαν ότι η οφθαλμοκίνηση αντανακλά την αναγνωστική ικανότητα των παιδιών πρώτης έως τρίτης τάξης με απόλυτη ακρίβεια, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αντικείμενο τεστ της ανάγνωσης. Η οφθαλμοκίνηση αντικατοπτρίζει τον τρόπο λειτουργίας ή δυσλειτουργίας του εγκεφάλου και δεν έχει σχέση με την ποιότητα της όρασης.

Γι' αυτό σχεδόν όλα τα νευρολογικά προβλήματα σε όλες τις εκφράσεις τους αντανακλώνται από τα πρώιμα στάδιά τους στην οφθαλμοκίνηση. Η διάγνωση και ο βαθμός του προβλήματος της δυσλεξίας και της διάσπασης προσοχής επιτυγχάνονται με μοναδική ακρίβεια με το βιολογικό τεστ οφθαλμοκίνησης (τεστ Παυλίδη), το οποίο διαγιγνώσκει αντικειμενικά και με εξαιρετικά μεγάλη ακρίβεια τη δυσλεξία, τη διάσπαση προσοχής και την παρορμητικότητα και μάλιστα από την προσχολική ηλικία (Lynch, et al., 1997). Είναι πολύ γρήγορο τεστ, ακριβές, ασφαλές και απλό, καθώς το μόνο που κάνει ο εξεταζόμενος είναι σιωπηλά να παρακολουθεί ένα φωτεινό ερεθισμό στην οθόνη του ηλεκτρονικού υπολογιστή. Η παρουσίαση των ερεθισμών, η καταγραφή και η ανάλυση γίνονται αυτόματα από το σύστημα που ανέπτυξε ο Παυλίδης.

Το τεστ Παυλίδης είναι αναγνωρισμένο με διεθνή διπλώματα ευρεσιτεχνίας. Σημαντικό θεωρείται το γεγονός ότι η πλήρως αυτοματοποιημένη εφεύρεση του καθηγητή Παυλίδη είναι τόσο προηγμένη, ώστε αγοράστηκε από τα διεθνώς γνωστά πανεπιστήμια (Harvard, Boston, Columbia, Φιλανδίας, Δανίας).

Πλεονεκτήματα τεστ Παυλίδη

Μερικά από τα πιο βασικά πλεονεκτήματα αυτού του τεστ είναι η ακρίβεια, η αντικειμενικότητα και η πρόγνωση – διάγνωση που προσφέρει για τον έγκαιρο εντοπισμό της δυσλεξίας και της διάσπασης προσοχής (Dyslexiacenters.gr). Αναλυτικότερα, όλα τα πλεονεκτήματα του τεστ παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΕΣΤ ΠΑΥΛΙΔΗ	ΔΥΣΛΕΞΙΑ ΨΥΧΟ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ	ΔΕΠΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ (DSM IV & ICD 10)
Αντικειμενικό-Αξιόπιστο & Ακριβές	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
Διαγνωστική Συμφωνία μεταξύ 2 Ερωτηματολογίων	-	-	11%

(DSM IV & ICD 10)				
Διαγνωστική Συμφωνία	Τεστ Παυλίδη & DSM IV	93,1%	-	-
Διάγνωση	από	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
Προσχολική	Ηλικία			
Έγκαιρη & Ακριβή	Πρόγνωση-Διάγνωση	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
Οδηγεί	σε	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
αποτελεσματικότερη	Αντιμετώπιση			
Ελαχιστοποιεί	τα	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
Ψυχο-	Εκπαιδευτικά Προβλήματα			
Δεν Βασίζεται στην	Ανάγνωση & Γραφή	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
Δεν χρειάζεται να σταθμιστεί	ξεχωριστά για κάθε	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
γλώσσα	ή πολιτισμό			
(χρονοβόρο & υψηλό κόστος)				
Επιτυγχάνει τη	Διάγνωση	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
από όλα τα κοινωνικο-	οικονομικά επίπεδα			
Εύχρηστο	(αυτοματοποιημένο)	ΝΑΙ	(ΝΑΙ)	(ΝΑΙ)
Εύκολο να το μάθεις	(αυτοματοποιημένο)	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
Μικρή Διάρκεια	Τεστ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
(σύντομο)				
Εύκολο να εφαρμοστεί	σε μεγάλους πληθυσμούς	ΝΑΙ	ΟΧΙ	(ΟΧΙ)

Αντιμετώπιση - πρακτικές συμβουλές για παιδαγωγούς

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας πρέπει να αντιμετωπιστεί σωστά από την πρώτη στιγμή που θα διαγνωστεί. Πρόκειται για μια διαδικασία, στην πορεία της οποίας όλοι όσοι εμπλέκονται οφείλουν να έχουν υπομονή και να διαθέτουν δεξιότητες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του παιδιού. Τα αποτελέσματα τις περισσότερες φορές είναι περισσότερο από ικανοποιητικά.

Ωστόσο, για να προχωρήσουμε στη σωστή αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διαταραχής πρέπει όλοι να συνειδητοποιήσουμε πως το παιδί που εμφανίζει Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας δεν είναι ένα αντιδραστικό και κακότροπο άτομο. Απλά προσπαθεί και αυτό με τη σειρά του και με τον τρόπο του να λύσει τα δικά του προβλήματα και όχι να δημιουργήσει προβλήματα στον περίγυρό του. Έχει ανάγκη από υπομονή, φροντίδα και βοήθεια. Το πρόβλημα που έχει δεν είναι «αρρώστια». Βασικός στόχος όλως πρέπει να είναι η ομαλή προσαρμογή του στο περιβάλλον του, είτε είναι οικογενειακό είτε σχολικό είτε οποιοδήποτε άλλο και η ευρύτερη ικανοποίηση των ψυχολογικών του αναγκών.

Αντιμετώπιση στο οικογενειακό περιβάλλον

Στο οικογενειακό περιβάλλον των παιδιών που έχουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας παρουσιάζονται συχνά συγκρούσεις είτε μεταξύ των ίδιων με τους γονείς τους, είτε μεταξύ των γονιών. Από τη μια πλευρά βρίσκονται οι γονείς οι οποίοι έχουν κουραστεί να ακούν τις παρατηρήσεις των δασκάλων σχετικά με την ανάρμοστη συμπεριφορά του παιδιού τους και τις συνέπειες που έχει προκαλέσει στη γενικότερη ηρεμία και ομαλή λειτουργία της τάξης. Έτσι, ακόμη και οι ίδιοι οι γονείς κρατούν αρνητική και κριτική στάση απέναντι στο παιδί τους, επηρεαζόμενοι από το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Δεν θα έπρεπε να αγνοούμε πως οι ίδιοι οι γονείς συχνά απομονώνονται από το δικό τους κοινωνικό περιβάλλον, καθώς χρειάζεται να εφιστούν την προσοχή τους συνέχεια στο παιδί τους και ο τρόπος που συχνά φέρεται αυτό τους φέρνει σε δύσκολη θέση και καθίσταται συχνά πολύ δύσκολο αν όχι αδύνατο να συμμετάσχουν σε κοινωνικές εκδηλώσεις. Ωστόσο, υπάρχουν συγκεκριμένες οδηγίες που μπορούν να βοηθήσουν τους γονείς να αντιμετωπίσουν με αποτελεσματικότητα τη συμπεριφορά του παιδιού τους.

Αποδοχή προβλήματος

Είναι πολύ σημαντικό οι γονείς να αναγνωρίσουν έγκαιρα το πρόβλημα και να κατανοήσουν τη φύση του. Όταν συμβεί αυτό, πρέπει να το αποδεχτούν και να μην προσπαθήσουν να ασκήσουν στο παιδί τους οποιαδήποτε μορφή πίεσης ή τιμωρίας. Πρέπει να φτάσουν σε ένα σημείο όπου δεν θα έχουν υπερβολικές αλλά ρεαλιστικές απαιτήσεις από το παιδί. Πρέπει να είναι θετικοί απέναντι στο παιδί και να επιβραβεύουν την προσπάθειά του, ανεξάρτητα από τον βαθμό επιτυχίας της. Κάθε φορά λοιπόν που η συμπεριφορά του παιδιού είναι αποδεκτή και άξια επαίνου, οι γονείς δεν πρέπει να διστάζουν να το επαινούν, λεκτικά τουλάχιστον.

Σαφής και σταθερός προγραμματισμός

Το παιδί με ΔΕΠΥ ωφελείται από σαφή προγράμματα που οργανώνουν μέσα σε συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα τις καθημερινές του δραστηριότητες (δηλαδή την ώρα ύπνου, λήψης γευμάτων, μελέτης, παιχνιδιού). Το πρόγραμμα αυτό πρέπει να υπάρχει αναρτημένο σε κάποιο εμφανές σημείο μέσα στο σπίτι και να τηρείται σταθερά σε καθημερινή βάση. Σε περίπτωση που συμβεί κάτι απρόβλεπτο και χρειαστεί να αλλάξει η ροή αυτού του προγράμματος, το παιδί πρέπει να ενημερωθεί έγκαιρα από τους γονείς. Πιο συγκεκριμένα, σε περιπτώσεις καθημερινού διαβάσματος, το πρόγραμμα του παιδιού πρέπει να περιλαμβάνει μικρές χρονικές ενότητες, κατά τη διάρκεια των οποίων θα εκτελούνται δραστηριότητες, στις οποίες θα απαιτείται κάποιου είδους κινητικότητα ώστε το παιδί να μην περιορίζεται, για παράδειγμα παιχνίδι ή συμμετοχή του παιδιού σε εργασίες στο σπίτι.

Οργάνωση του χώρου

Ένα παιδί που εμφανίζει συμπτώματα Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας χρειάζεται αν ζει σε ένα περιβάλλον απόλυτα οργανωμένο. Γι' αυτόν το λόγο, το δωμάτιο του παιδιού πρέπει να είναι οργανωμένο με τέτοιο τρόπο, ώστε κάθε πράγμα του να βρίσκεται σε συγκεκριμένη θέση. Για παράδειγμα, πρέπει να υπάρχει συγκεκριμένη θέση για τα ρούχα του, για τα παιχνίδια του, για τα βιβλία του.

Θετική ενίσχυση

Οι γονείς οφείλουν να ξεκαθαρίσουν στο παιδί ποιες συμπεριφορές θεωρούνται κοινωνικά αποδεκτές και ποιες όχι. Πρέπει να εξηγήσουν με σαφή και λιτό τρόπο τους κανόνες συμπεριφοράς

και στην πορεία να βεβαιωθούν για το αν όλα όσα προσπάθησαν να μάθουν στο παιδί τους έχουν γίνει απόλυτα αντιληπτά. Στη συνέχεια, θα ήταν συνετό να εξηγήσουν τι πρόκειται να ακολουθήσει ύστερα από την τήρηση μιας σωστής και θετικής συμπεριφοράς. Πιο αναλυτικά, το παιδί πρέπει να γνωρίζει είτε την υλική ανταμοιβή του είτε τη λεκτική ανταμοιβή που πρόκειται να λάβει στην περίπτωση που η συμπεριφορά του είναι η αρμόζουσα. Έτσι, αποκτά κίνητρο για να συνεχίσει αν συμπεριφέρεται με τον ίδιο ορθό τρόπο. σε περίπτωση που η συμπεριφορά του δεν είναι αποδεκτή, τότε το καλύτερο που θα μπορούσαν να κάνουν οι γονείς είναι είτε μια ελαφριάς μορφής επίπληξη, είτε να την αγνοήσουν.

Ενίσχυση αυτοεκτίμησης

Οι γονείς οφείλουν να παρέχουν στο παιδί τους ευκαιρίες που θα το βοηθήσουν να διατηρεί υψηλή την αυτοεκτίμησή του. σε αυτό θα μπορούσε σίγουρα να βοηθήσει η ενασχόλησή του με διαφορετικές αθλητικές δραστηριότητες, είτε ατομικές, είτε ομαδικές. Τέτοιου είδους δραστηριότητες επιτρέπουν στο παιδί να διοχετεύει την ενεργητικότητά του και την έντασή του, να νιώθει ευχαρίστηση και προσφορά και ταυτόχρονα να βιώνει την αίσθηση της επιτυχίας και της ικανοποίησης.

Αντιμετώπιση μαθητών με ΔΕΠΥ στο σχολικό περιβάλλον

Θα ήταν συνετό οι εκπαιδευτικοί γενικής αγωγής αλλά ακόμη περισσότερο οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής να υποστηρίζουν τα παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα σε κάθε τους κίνηση. Για αυτόν το λόγο, θα μπορούσαν να συμπεριλάβουν στις γενικές και προκαθορισμένες δραστηριότητες μάθησης και κάποιες πιο συγκεκριμένες, οι οποίες με τη σειρά τους θα ενισχύσουν την προσπάθεια των παιδιών που εμφανίζουν τέτοιου είδους διαταραχές (Πατσίδου, 2005). Στην πορεία της παρούσας εργασίας θα αναλυθούν ορισμένες τέτοιου είδους δραστηριότητες:

- Καλό θα ήταν να περιοριστεί ο αριθμός των παραγόντων που αποσπούν την προσοχή τους. Πιο αναλυτικά, να υπάρχουν λιγότερα περιττά οπτικά και ακουστικά ερεθίσματα: πόρτες, παράθυρα, διακοσμητικά ερεθίσματα τάξης και άλλα διάφορα.

- Οι εκπαιδευτικοί θα μπορούσαν να μετασηματίσουν ορισμένες πληροφορίες σε οπτικές ή ακουστικές, αλλά και να χρησιμοποιήσουν δικές τους λέξεις για να τις εκφράσουν πιο απλά και κατανοητά.
- Είναι επίσης εφικτό και εύκολο να χρησιμοποιήσουν πιο ενδιαφέρον διδακτικό υλικό
- Επίσης, θα μπορούσαν να ανακαλύψουν καινούριους τρόπους για να προσελκύσουν το ενδιαφέρον και την προσοχή τους
- Είναι σημαντικό το μαθησιακό περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσεται ο χαρακτήρας και η συμπεριφορά των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα να είναι θετικό και ευχάριστο.
- Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να δημιουργήσουν εκδηλώσεις και δραστηριότητες, οι οποίες με τη σειρά τους θα προκαλέσουν την περιέργεια και τον θαυμασμό ακόμη και των μαθητών με ΔΕΠΥ.
- Ακόμη, οι εκπαιδευτικοί θα μπορούσαν να χωρίσουν τις οποιαδήποτε δραστηριότητες σε μικρές ενότητες και η διδασκαλία να γίνεται με μικρά βήματα και όχι όλη μαζί και βεβιασμένα η ύλη. Έτσι, με αυτόν τον τρόπο, μειώνονται οι πιθανότητες το παιδί να εγκαταλείψει τα μαθήματά του αλλά και τη γενικότερη προσπάθεια που κάνει για να ανταπεξέλθει.
- Συνετό θα ήταν να δημιουργηθούν διάφορες στρατηγικές «εκτόνωσης» (Κάκουρος, Ε. Μανιαδάκη, Κ., 2000) . Πιο συγκεκριμένα, θα βοηθούσε οι δάσκαλοι να ανέθεται στους μαθητές μικροεργασίες για το σχολείο και το σπίτι, να έγραφαν στον πίνακα, να χρησιμοποιούσαν χάρτη και να έδειχναν πάνω σε αυτόν, να χρησιμοποιούσαν γεωμετρικά όργανα ή να ανέλυαν διάφορες εικόνες. Κάτι τέτοιο θα είχε ως αποτέλεσμα το να απελευθερώνεται η ενέργειά τους, να κουράζονται λιγότερο και να ξεφεύγουν από τη μονοτονία.
- Ακόμη ένας τρόπος είναι η εξατομίκευση της εργασίας σε σχέση πάντα με τα ποικίλα εκπαιδευτικά επίπεδα και τις ανάγκες των μαθητών τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι.
- Πάντα πρέπει οι δάσκαλοι να ενθαρρύνουν και να ενισχύουν την οποιαδήποτε μορφή εκδήλωσης σωστής συμπεριφοράς, ακόμη και όταν πρόκειται για κάποια πολύ μικρή βελτίωση.
- Ακόμη, ο εμπλουτισμός της ύλης των μαθημάτων θα τα καθιστούσε πιο ενδιαφέροντα.
- Στην περίπτωση που γίνονται ερωτήσεις μέσα στην τάξη, αυτό που θα βοηθούσε πολύ θα ήταν η προσαρμογή αυτών των ερωτήσεων, έτσι ώστε ακόμη και οι μαθητές με ΔΕΠΥ να έχουν τη δυνατότητα να συμμετάσχουν και να απαντήσουν σωστά. Με τον όρο προσαρμογή εννοούμε την απλούστευση της γλώσσας, την διατύπωση της ερώτησης με πιο αργό ρυθμό, τον περιορισμό των περιττών κινήσεων και χειρονομιών ώστε να μην αποσπάται η προσοχή τους (Κάκουρος, Ε. Μανιαδάκη, Κ., 2000).

- Θα μπορούσαν να χρησιμοποιούνται και «εξωτερικές» τεχνικές, όπως για παράδειγμα έπαινοι, αυτοκόλλητα και διάφορα άλλα ειδικά προνόμια.
- Όπου είναι δυνατόν, θα ήταν χρήσιμο να υπάρξει πολυαισθητηριακό ύψος διδασκαλίας, με γρήγορη εναλλαγή ερεθισμάτων.
- Δεδομένης της ταχύτατης ανάπτυξης και της καθημερινής χρήσης ηλεκτρονικών υπολογιστών, καθίσταται αναγκαία η πιο συχνή χρήση τους στο σχολικό περιβάλλον.
- Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να μάθουν και να καθιερώσουν στους μαθητές να δουλεύουν σε ομάδες με κάθε ευκαιρία.
- Με τον τρόπο διδασκαλίας τους οφείλουν να μάθουν στους μαθητές να εκτιμούν τη διαφορετικότητα και να τη σέβονται. Έτσι, θα καταφέρουν να μάθουν ακόμη περισσότερα μέσα από τις ομοιότητες και τις διαφορές που παρουσιάζουν με τους υπόλοιπους συμμαθητές τους.
- Να δίνουν μόνο μία οδηγία τη φορά και αυτό να γίνεται με απλές προτάσεις.
- Μπορούν ακόμη να βοηθήσουν τους μαθητές με ΔΕΠΥ και όχι μόνο υπογραμμίζοντας τα βασικά σημεία και τις λέξεις – κλειδιά ενός κειμένου με φωσφορούχο μαρκαδόρο.
- Βασικό στοιχείο για τη σωστή διαπαιδαγώγηση των παιδιών με ΔΕΠΥ αποτελεί η αποφυγή της τιμωρίας. Η τιμωρία πρέπει να υπάρχει ως έσχατη λύση, μόνο σε περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητη και ακόμη και τότε, να υπάρχει χωρίς αυστηρότητα, αλλά με ηρεμία και διακριτικότητα.
- Οι καθηγητές πρέπει να επιβλέπουν την εργασία και τη συμπεριφορά του μαθητή με τρόπο διακριτικό αλλά πάντα με ευαισθησία και λεπτότητα.
- Πρέπει να υπάρχει συνέπεια και σεβασμός στους κοινά συμφωνημένους «όρους» της τάξης. Η τήρησή τους, ανταμείβεται και επιβραβεύεται. Η αθέτησή τους επιφέρει αρνητικές συνέπειες.
- Οι καθηγητές οφείλουν να προβλέψουν για την κατάλληλη προετοιμασία των παιδιών σε περίπτωση κάποιων καταστάσεων που είναι πιθανό να προκαλέσουν δυσκολία. Τέτοιες καταστάσεις θα μπορούσαν να είναι μια αλλαγή στο ημερήσιο καθορισμένο πρόγραμμα ή αλλαγή αίθουσας και γενικότερα τέτοιου είδους αλλαγές.
- Ακόμη μια πρωτοβουλία που θα βοηθούσε πολύ στη σωστή διαπαιδαγώγηση των παιδιών με ΔΕΠΥ είναι η επέμβαση με μη λεκτικούς κώδικες. Παραδείγματα τέτοιων μη λεκτικών κωδίκων αποτελούν ένα απαλό άγγιγμα στον ώμο ή στην πλάτη, ένα αυστηρό βλέμμα, κάποιο νεύμα ή σύμβολο.
- Οι δάσκαλοι πρέπει να επιδιώκουν την βλεμματική επαφή. Με αυτόν τον τρόπο, δημιουργούν στο παιδί την αίσθηση οικειότητας και ασφάλειας.

- Καλό θα ήταν να είναι δυνατή η πρόσβαση στη βιβλιοθήκη του σχολείου για όλους τους μαθητές.
- Η μουσική επίσης βοηθά πολύ στη διαπαιδαγώγηση των μαθητών. Συγκεκριμένα, η κατευναστική μουσική βοηθά τα παιδιά στη συγκέντρωση και στη ηρεμία τους.
- Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν πάντα με τρόπο διακριτικό να ενισχύουν τον χαμηλό αυτοσεβασμό και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση που μπορεί να νιώθουν οι μαθητές με ΔΕΠΥ.
- Οι μαθητές που εμφανίζουν συμπτώματα ΔΕΠΥ καλό είναι να κάθονται σε θέση κοντά στον εκπαιδευτικό είτε μόνα τους είτε με κάποιον άλλον ήσυχο και υπομονετικό συμμαθητή τους. Τα πρώτα θρανία γενικότερα θεωρούνται κατάλληλα. Η παρουσία των εκπαιδευτικών κατευνάζει την ανησυχία τους και η επέμβασή τους πρέπει, τις περισσότερες φορές αν όχι όλες, να είναι άμεση.
- Τέλος, σύμφωνα με έρευνες, η ένα προς έναν διδασκαλία για ένα μέρος της σχολικής μέρας, δίνει στα παιδιά που εμφανίζουν ΔΕΠΥ την ευκαιρία να συζητηθούν τα προβλήματά τους, τόσο κοινωνικά όσο και μαθησιακά, αλλά και τα βαθύτερα συναισθήματά τους (Cooper και Urion, 1991)..

Γενικότερα, ένα παιδί που παρουσιάζει τη συγκεκριμένη διαταραχή πρέπει να αισθάνεται αγαπητό, ακόμη και όταν η συμπεριφορά του είναι αποκλίνουσα. Ο καθένας μας οφείλει να ενημερώνει αυτά τα παιδιά συνεχώς για το τι είναι αποδεκτό και τι δεν είναι, αλλά δεν πρέπει να «καταδικάζονται» σε περίπτωση που δεν καταφέρουν να εναρμονιστούν με το κοινωνικό τους περιβάλλον (Attwood, 2001).

Για αυτά τα παιδιά δεν είναι όλα αρνητικά. Έχουν μέσα τους την ελπίδα πως μπορεί να αλλάξει η παρούσα κατάσταση. Ωστόσο, για να συμβεί κάτι τέτοιο, πρέπει πρώτα απ' όλα και απ' όλους να αλλάξουμε εμείς οι ίδιοι, οι καθηγητές, οι γονείς, οι μαθητές, η ίδια η κοινωνία. Πρέπει λοιπόν:

- ✓ Να συνεργαζόμαστε όλοι σωστά.
- ✓ Οι εκπαιδευτικοί να δεχτούν το σύνδρομο έτσι όπως παρουσιάζεται, να ενθαρρύνουν, να δείχνουν κατανόηση, να στηρίζουν το μαθητή, να μην ξεχνούν να χαμογελούν και να αγαπούν. Θα δίνουν συγκεκριμένες οδηγίες στους γονείς για τον τρόπο οργάνωσης της μελέτης στο σπίτι, συνέχεια του τρόπου εργασίας του σχολείου.
- ✓ Οι γονείς θα ακολουθούν πιστά το πρόγραμμα και τις οδηγίες των ειδικών, θα οπλιστούν με υπομονή, χωρίς να εκδηλώνουν θυμό και απόρριψη στο παιδί, ούτε να αισθάνονται οι ίδιοι αποτυχημένοι και ματαιωμένοι στο ρόλο τους.
- ✓ Οι μαθητές να περιβάλλουν με αγάπη και φιλία το συμμαθητή τους, ενισχύοντας με τον τρόπο αυτό την αυτοεκτίμησή του.

✓ Το σχολείο αντί να διαφοροποιεί, να κατηγοριοποιεί, να περιθωριοποιεί και να αποκλείει, να γίνει ο θεσμικός φορέας που θα αποδέχεται όλα τα παιδιά. Οφείλει να τους μεταδώσει γνώσεις, αναγνωρίζοντας ιδιαιτερότητες στον τρόπο μάθησης και παράλληλα να τα βοηθήσει, ώστε να ανακαλύψουν και να καλλιεργήσουν τα μοναδικά ταλέντα της ψυχής και του μυαλού τους .

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Έχουν αναφερθεί μέχρι τώρα διάφοροι μη φαρμακευτικοί τρόποι αντιμετώπισης της συγκεκριμένης διαταραχής. Ωστόσο πολύ σημαντική αλλά και ευρέως διαδεδομένη είναι και η φαρμακευτική αντιμετώπιση του φαινομένου. Έρευνες που έχουν γίνει κατά περιόδους έχουν αποδείξει την επιτυχία και αποτελεσματικότητα της χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπεία κάποιων βασικών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ (Steiner et al., 2011). Η συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να περιλαμβάνει διεγερτικά ή μη διεγερτικά φάρμακα. Στόχος της είναι συνήθως η βελτίωση των επιδόσεων των παιδιών με ΔΕΠΥ στο σχολικό τους περιβάλλον. Με την χορήγηση αυτών των φαρμάκων ελέγχονται με καλύτερο και πιο αποτελεσματικό τρόπο τα επίπεδα της υπερκινητικότητας του παιδιού, της ελλειμματικής προσοχής και της γνωστικής προσοχής τους (Friemoth, 2005).

Ωστόσο, δεν θα έπρεπε να παραλειφθεί το γεγονός ότι τα περισσότερα παιδιά που παίρνουν φαρμακευτική αγωγή έρχονται αντιμέτωπα συχνά και με δυσμενείς παρενέργειες. Στις παρενέργειες αυτές περιλαμβάνονται:

- Ελαφριά συμπτώματα, όπως για παράδειγμα η καταστολή της όρεξης, η αϋπνία, το άγχος, η οξυθυμία
- Σοβαρότερα συμπτώματα, όπως καρδιακά προβλήματα και ψυχωτικές αντιδράσεις.
- Ένα ακόμη πολύ πιθανό ενδεχόμενο αποτελεί η μη ανταπόκριση του ατόμου στη φαρμακευτική θεραπεία (Trout et al., 2007).
- Τέλος, ένα μεγάλο ζήτημα αποτελεί η μακροχρόνια λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Με την πάροδο του χρόνου, πολύ λίγα παιδιά με συμπτώματα ΔΕΠΥ εξακολουθούν να διατηρούν την προβλεπόμενη και συνισταμένη δοσολογία της φαρμακευτικής τους αγωγής περισσότερο από έξι μήνες (Steiner et al., 2011). Συνήθως οι άνθρωποι του οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού είτε παραμελούν είτε με δική του πρωτοβουλία μειώνουν την προβλεπόμενη δοσολογία, θεωρώντας ότι υπάρχει βελτίωση στο παιδί και η φαρμακευτική αγωγή είναι πλέον προαιρετική.

Εναλλακτικές Θεραπείες

Κατά περιόδους έχουν καταγραφεί ποικίλες εναλλακτικές θεραπείες. Κάποιες από αυτές περιλαμβάνουν ειδικές δίαιτες, συμπληρώματα διατροφής, ακόμη και θεραπείες μασάζ (Wegrzyn, 2011).

Συμπληρωματικές παρεμβάσεις

Μια πρόσφατα αναδυόμενη και πολλά υποσχόμενη παρέμβαση για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ είναι αυτή του «EEG biofeedback», γνωστή και ως «neurofeedback» (CHADD, 2008). Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιεί ηλεκτρόδια τα οποία τοποθετούνται στο κεφάλι του ασθενούς. Με τη χρήση βιντεοπαιχνιδιών ή/και ακουστικής ειδοποίησης ο ασθενής λαμβάνει άμεση ανατροφοδότηση σχετικά με την εγκεφαλική του δραστηριότητα (Wegrzyn, 2011).

Αμφιλεγόμενες Θεραπείες

Ακόμη, έχει καταγραφεί κατά διαστήματα ένα μεγάλο εύρος παρεμβάσεων που παρουσιάζουν υποσχόμενα ερευνητικά στοιχεία και αποτελούν επιλογές για πιθανές σχολικές παρεμβάσεις (Raggi & Chronis, 2006):

1. Η αλληλοδιδασκαλία μεταξύ μαθητών (peer tutoring)
2. Τροποποιήσεις στις διδακτικές παρεμβάσεις και στην ανάθεση καθηκόντων
3. Λειτουργικές διαδικασίες αξιολόγησης της σχολικής τάξης
4. Αυτό-παρακολούθηση (selfmonitoring) και ενίσχυση
5. Εκπαίδευση σε ειδικές στρατηγικές
6. Παρεμβάσεις βασισμένες στα σχολικά καθήκοντα.

Ψηφιακές Τεχνολογίες – ΔΕΠΥ και Μνήμη Εργασίας

Εξαιτίας των περιορισμών της φαρμακευτικής αγωγής, κρίνεται όλο και περισσότερο ως απαραίτητη η ύπαρξη και χρήση αποτελεσματικών εναλλακτικών θεραπειών για την καταπολέμηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ.

Ένα είδος θεραπείας με το οποίο έχουν ασχοληθεί πολύ οι ερευνητές και έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον τους είναι η εξάσκηση της προσοχής μέσω ασκήσεων στον υπολογιστή (computer –

based attention training). Τέτοιου είδους συστήματα συχνά βασίζονται στη Νευροανάδραση για την ανίχνευση και την ενίσχυση συμπεριφορών που συνδέονται με την αυξημένη προσοχή, όπως αποδεικνύεται μέσα από συγκεκριμένα μοτίβα εγκεφαλικών κυμάτων. Άλλα συστήματα, χρησιμοποιούν ένα τυποποιημένο υπολογιστικό πρόγραμμα (standard computer format - SCF), το οποίο αποτελεί μια γνωστική προσέγγιση επανεκπαίδευσης για τη βελτίωση της προσοχής και της συγκέντρωσης των ατόμων μέσα από μια σειρά προκλήσεων (Steiner et al., 2011).

Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, το ζήτημα της ΔΕΠΥ παραμένει μέχρι και σήμερα ένα πολύ σημαντικό και συνεχώς εξελισσόμενο θέμα. Πολλοί ερευνητές και ειδικοί ασχολούνται με τη ΔΕΠΥ, και συγκεκριμένα με την αποκωδικοποίησή της. Όπως προαναφέρθηκε στη παραπάνω ανάλυση, τα σημεία που συγκεντρώνουν, ή καλύτερα απαιτούν τη μεγαλύτερη προσοχή, είναι η διάγνωση και η αντιμετώπισή της. Και οι δύο αυτές ενέργειες απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και ακρίβεια, καθώς είναι καθοριστικές για το μέλλον του κάθε παιδιού. Χρειάζεται να χαρακτηρίζονται από σαφήνεια, εγκυρότητα, ακρίβεια. Διαφορετικά, θα σχεδιαστεί και θα εφαρμοστεί ένα πρόγραμμα αντιμετώπισης γενικό, δίχως να είναι στοχευόμενο στις ανάγκες και δυνατότητες του εκάστοτε παιδιού, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται περίσσεια προβλήματα.

Επίσης, ένα πολύ σημαντικό ζήτημα που παρουσιάζει μεγάλη συχνότητα στα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι η συννοσηρότητα. Με πιο απλά λόγια, η συνύπαρξη δύο διαταραχών στο ίδιο παιδί. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν ένα ποσοστό της τάξης του 60% συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές, κυρίως με μαθησιακές δυσκολίες. Η συννοσηρότητα αποτελεί ένα πολύ σημαντικό ζήτημα και θα αναλυθεί εκτενέστερα σε παρακάτω κεφάλαιο.

Σε κάθε περίπτωση, όποιου βαθμού κι αν είναι η ΔΕΠΥ, οποιασδήποτε αιτιολογίας, αυτό που είναι σημαντικό είναι το περιβάλλον του παιδιού. Η συνεργασία γονέων και εκπαιδευτικών αποτελεί ίσως τον πιο ουσιαστικό παράγοντα για την εξέλιξη του παιδιού. Η υποστήριξη του στενού του περιβάλλοντος ενθαρρύνει το παιδί να συνεχίσει να καταβάλλει προσπάθεια και να μην αισθάνεται ανασφάλειες ή άλλα αρνητικά συναισθήματα. Πάνω απ' όλα προέχει το παιδί και η εξέλιξή του στους ρυθμούς που αυτό είναι ικανό να διαχειριστεί.

Κεφάλαιο 2ο

Μαθησιακές Δυσκολίες

Στα τέλη της δεκαετίας του 1950, στα περισσότερα δημόσια σχολεία υπήρχαν προγράμματα ειδικής αγωγής (ή προσέφεραν κάποια μορφής ειδική υπηρεσία). Τα προγράμματα αυτά είχαν ως στόχο την παροχή βοήθειας για μαθητές με ποικίλες ιδιαιτερότητες: μαθητές με νοητική καθυστέρηση, μαθητές με σωματικές αναπηρίες και μαθητές με διάφορες συμπεριφορικές, συναισθηματικές ή αναπτυξιακές διαταραχές. Τα προγράμματα αυτά ήταν πολύ επικουρικά για τις συγκεκριμένες ομάδες μαθητών και βοηθούσαν στην ομαλή σχολική τους πορεία. Ωστόσο, πέρα από την παροχή και την ύπαρξη τέτοιων προγραμμάτων, υπήρχε μία ομάδα μαθητών που ενώ δεν είχαν τα χαρακτηριστικά προκειμένου να κατηγοριοποιηθούν σε κάποια από τις παραπάνω ομάδες, παρουσίαζαν αρκετά μαθησιακά προβλήματα στη σχολική τους πορεία. Πιο συγκεκριμένα, οι μαθητές παρόλο που έμοιαζαν σωματικά αβλαβείς, έδειχναν να μην μπορούν να μάθουν και να διαχειριστούν κάποιες δεξιότητες που είναι βασικές στη σχολική πορεία του κάθε μαθητή. Οι γονείς αυτών των μαθητών ζήτησαν βοήθεια από γιατρούς και ψυχολόγους της εποχής, οι οποίοι εξέτασαν το θέμα υπό το πρίσμα του κλάδου που υπηρετούν. (Heward, 2009). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να χρησιμοποιηθούν εκτεταμένα όροι όπως, εγκεφαλική βλάβη, ελάχιστη ή αρκετή εγκεφαλική δυσλειτουργία, νευρολογικές διαταραχές, αφασία, δυσλεξία κ.α. . Ο όρος *μαθησιακές δυσκολίες* χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Samuel Kirk το 1963, σε μία ομιλία του για παιδιά που είχαν σημαντικά προβλήματα ανάγνωσης, γραφής και επίλυσης μαθηματικών προβλημάτων. Ο όρος ικανοποίησε τόσο τις σχολικές κοινότητες όσο και τις επιστημονικές σε τέτοιο βαθμό έτσι ώστε να δημιουργηθεί Αμερικανική Εταιρεία για παιδιά με Μαθησιακές Δυσκολίες (Learning Disabilities Association of America – LDA) και αργότερα, το 1975, να συμπεριληφθούν ως ξεχωριστή κατηγορία ειδικής αγωγής στη Νομοθετική πράξη για άτομα με αναπηρίες. (Heward, 2009).

Έκτοτε, οι μαθησιακές δυσκολίες βρίσκονται στο επίκεντρο πολλών επιστημονικών κλάδων και αποτελούν αντικείμενο συζήτησης πληθώρας επιστημόνων. Οι μαθησιακές δυσκολίες γίνονται αντιληπτές κατά τη διάρκεια της σχολικής διαδικασίας και μάθησης. Τα προβλήματα που δημιουργούνται είναι ποικίλα και δύσκολο να κατηγοριοποιηθούν, γεγονός που οφείλεται τόσο στη φύση των μαθησιακών δυσκολιών όσο και της αλληλεπίδρασή τους με ποικίλες μεθόδους διδασκαλίας. (Παντελιάδου-Μπότσα, 2007). Γι' αυτό το λόγο, άλλωστε οι μαθησιακές δυσκολίες αποτελούν μία “έννοια” αν μπορεί να τεθεί έτσι, για την οποία, όπως θα δούμε και παρακάτω, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός, ούτε κοινά αποδεκτά συμπτώματα ή αίτια. Σε κάθε μία περίπτωση τίθεται το θέμα της εξαίρεσης του κανόνα. Ακόμη και στις επιστημονικές βιβλιογραφίες

χρησιμοποιείται κυρίως η φράση “ ευρέως αποδεκτό”, που δηλώνει και πως είναι αδύνατον να υπάρχει πλήρης ομοφωνία απέναντι στο ζήτημα.

Ο λόγος που οι μαθησιακές δυσκολίες απασχόλησαν και απασχολούν σε πολύ μεγάλο βαθμό όλους τους ευαισθητοποιημένους παράγοντες - βρεφονηπιοκόμους, νηπιαγωγούς, δασκάλους, καθηγητές, γονείς - που συντελούν στην πρόοδο και εξέλιξη των παιδιών είναι πως τέτοιου είδους δυσκολίες μπορεί να αποτελέσουν τροχοπέδη στη σχολική πρόοδο των παιδιών όσο και στην κοινωνική τους εξέλιξη, σε κάποιες περιπτώσεις. (Σακκάς, 2002).

Οι ανήκοντες στο χώρο της εκπαίδευσης και της εκπαιδευτικής διαδικασίας νιώθουν ανασφάλεια και αβεβαιότητα απέναντι σε αυτά τα παιδιά, καθώς παρατηρούν πως τα εργαλεία και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν αποτυγχάνουν του επιθυμητού μαθησιακού αποτελέσματος. Αποτελεί επιτακτική ανάγκη για συνεχή διερεύνηση του θέματος και παροχή βοήθειας τόσο σε μαθητές όσο και σε παιδαγωγούς και γονείς. Και οι τρεις αυτοί άξονες – παιδί – γονείς – εκπαιδευτικός – χρειάζονται ενημέρωση, εφόδια, πρακτικές διαχείρισης καταστάσεων με σκοπό πάντα την ορθή, ομαλή και ανώδυνη σχολική και κοινωνική εξέλιξη του μαθητή.



Οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν προβλήματα κυρίως στους τομείς τους γραπτού και του προφορικού λόγου. (Παντελιάδου, Μπότσα, 2007). Συνήθως, δυσκολεύονται στην κατανόηση και την παραγωγή γραπτού λόγου όσο και του προφορικού. Έρευνες έδειξαν πως ένα σημαντικό ποσοστό πληθυσμού εμφανίζει μαθησιακές δυσκολίες, που ωστόσο το ίδιο δε το γνωρίζει. Δηλαδή, ένα άτομο μπορεί να δυσκολεύεται είτε στην παραγωγή γραπτού λόγου είτε

στην κατανόησή του και ποτέ για διάφορους λόγους, να μην έδωσε έμφαση στην αιτιολογία των δυσκολιών του. (Σπαντιδάκης, 2008). Σε τέτοιες περιπτώσεις, συνήθως, οι δυσκολίες συνοδεύουν το άτομο σε όλη του τη ζωή. Γι' αυτό το λόγο, είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουν οι εμπλεκόμενοι στην εκπαιδευτική διαδικασία τη συμπτωματολογία των μαθησιακών δυσκολιών, προκειμένου να ανιχνευθεί όσο το δυνατόν νωρίτερα. Με αυτόν τον τρόπο, θα λάβουν χώρα οι παρεμβάσεις νωρίτερα στο άτομο (παιδί) με αποτέλεσμα να ενταχθεί στην εκπαιδευτική διαδικασία πιο ομαλά και εύκολα δίχως αρνητικές επιπτώσεις στη σχολική του επίδοση και μάθηση.

Ο όρος δυσκολίες

Η ζωή του ανθρώπου αρχίζει με δυσκολίες. Ο άνθρωπος από τη στιγμή που γεννιέται αρχίζει να αντιμετωπίζει δυσκολίες. Είναι δηλαδή από τη φύση του αδύναμος. Μάλιστα, λέγεται πως ο άνθρωπος είναι το μοναδικό ον του πλανήτη που ξεκινά τη ζωή του με τη μέγιστη ανάγκη για φροντίδα και προστασία έως ότου είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις ανάγκες της ζωής. Κανένας άλλος ζωντανός οργανισμός δεν εμφανίζει τέτοια αδυναμία. Αυτό είναι σπουδαίο για να κατανοήσει κανείς πως η δυσκολία ως έννοια αποτελεί δεδομένο για τη ζωή του κάθε ανθρώπου. Μέσα από τη φροντίδα και την απόκτηση ποικίλων δεξιοτήτων, ο άνθρωπος επιδιώκει και καταφέρνει να ξεπερνά την κάθε δυσκολία και να κατακτά την κάθε “νέα” περιοχή. Ωστόσο, η δυσκολία που αντιμετωπίζει ο κάθε άνθρωπος διαφέρει και επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες: βιολογικούς, σωματικούς, νοητικούς, περιβαλλοντικούς, αντιληπτικούς και βιωματικούς. Αλλιώς θα προσαρμοστεί ο κάθε άνθρωπος σε μία νέα περιοχή, σε ένα νέο περιβάλλον και μέσα σε διαφορετικό χρονικό διάστημα. Άλλος χρειάζεται λιγότερο χρόνο, άλλος περισσότερο. Κάπως έτσι λειτουργούν και οι μαθητές απέναντι στην απόκτηση ποικίλων δεξιοτήτων. Για παράδειγμα, άλλος μαθητής είναι ικανός να κατακτήσει τη δεξιότητα της γραφής μέσα σε διάστημα δύο χρόνων, ενώ άλλος μέσα σε διάστημα τεσσάρων χρόνων. Όπως προαναφέρθηκε, είναι πολλοί οι παράγοντες που συντελούν στην υπέρβαση της κάθε δυσκολίας από το κάθε άτομο ξεχωριστά.

Καταλήγει εύκολα κάποιος στο συμπέρασμα, πως το τι είναι εύκολο και τι δύσκολο για το κάθε άτομο, για τον κάθε μαθητή αποτελεί μία μοναδική περίπτωση. Την ίδια δεξιότητα διαφορετικά θα την κατακτήσει το κάθε παιδί. Και στο σημείο αυτό έγκειται η σπουδαιότητα του ρόλου που διαδραματίζει η εκπαίδευση. Όλοι οι μαθητές, όπως προαναφέρθηκε θα αντιμετωπίσουν δυσκολίες στην κατάκτηση των δεξιοτήτων. Ο βαθμός και ο ρυθμός κατάκτησης των δεξιοτήτων οφείλονται από τη μία πλευρά στον ίδιο το μαθητή και από την άλλη στο σχολείο. Και με αυτό εννοείται πως η

δυσκολία που αντιμετωπίζει ο κάθε μαθητής προκαθορίζεται από τους παραπάνω παράγοντες αλλά το σχολείο μπορεί με τις κατάλληλες δράσεις και ενέργειες να παρέμβει και να ανασταλεί την προδιάθεση ανάπτυξης μαθησιακών δυσκολιών.

Σημσιολογικά, ο όρος σημαίνει μία κατάσταση ή ένα συγκεκριμένο σημείο που προκαλεί πρόβλημα ή εμπόδιο. (Μπαμπινιώτης, 2005).

Ορισμός Μαθησιακών Δυσκολιών

Ο όρος μαθησιακές δυσκολίες χρησιμοποιείται για να περιγράψει μία αναπτυξιακή διαταραχή. Οι μαθησιακές δυσκολίες όπως προαναφέρθηκε, γίνονται αντιληπτές κυρίως κατά τη σχολική μαθησιακή διαδικασία. Οι μαθητές αυτοί συχνά αγχώνονται, αποτυγχάνουν, απογοητεύονται και περιθωριοποιούνται. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι διαφορετικά λόγω της φύσης των μαθησιακών δυσκολιών. Οι μαθησιακές δυσκολίες ενώ αποτελούν μία ενδογενή συνθήκη και δεν προκαλούνται από το περιβάλλον επηρεάζονται από αυτό. Η αλληλεπίδραση των μαθησιακών δυσκολιών με το περιβάλλον αλλά και τις μεθόδους διδασκαλίας είναι δυνατόν να επιδεινώσει την κατάσταση στην εκάστοτε φορά. Ωστόσο, στην προσπάθεια μιας καλύτερης και πιο οργανωμένης αντιμετώπισης της κατάστασης συμβάλλουν οι επιστήμονες με τα δεδομένα και τα ευρήματα των ερευνών τους. Αν και οι μαθησιακές δυσκολίες καλύπτουν ένα πολύ ευρύ φάσμα, περιλαμβάνοντας πλήθος διαφορετικών περιπτώσεων, όσες περισσότερες γνώσεις υπάρχουν γι 'αυτές, τόσο πληρέστερη θα είναι η κάθε προσέγγιση.

Προκαλώντας ελάχιστη έκπληξη, υπάρχει πλήθος ορισμών για τις μαθησιακές δυσκολίες. Κάθε επιστημονικός κλάδος που ασχολείται με το θέμα, υποστηρίζει κυρίως ένα “δικό” του ορισμό. Ο κάθε ορισμός από αυτούς προβάλλει και στηρίζει πιο έντονα τα στοιχεία του κλάδου από όπου προέρχεται. Ωστόσο, οι ορισμοί έχουν κάποια κοινά σημεία. Παρακάτω, θα παρουσιαστούν οι επικρατέστεροι ορισμοί καθώς επίσης και τα σημεία που συμφωνούν.

Ιατροκεντρικοί ορισμοί

Οι πιο γνωστοί είναι αυτοί του Bannatyne και του Myklebust:

Σύμφωνα με τον ορισμό του Bannatyne προκύπτει: ένα παιδί με μαθησιακές δυσκολίες έχει επαρκή νοητική ικανότητα, αβλαβείς αισθητηριακές λειτουργίες και συναισθηματική σταθερότητα, ωστόσο, το παιδί παρουσιάζει ορισμένες ανεπάρκειες όσον αφορά τις διαδικασίες αντίληψης, ολοκλήρωσης και έκφρασης που παρεμποδίζουν την αποτελεσματικότητα της μάθησης. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν παιδιά που παρουσιάζουν κάποια δυσλειτουργία στο κεντρικό νευρικό σύστημα, και ο οποίος παρεμποδίζει τη διαδικασία της μάθησης. Ουσιαστικά, ο συγκεκριμένος ταυτίζει τις μαθησιακές δυσκολίες με την εγκεφαλική δυσλειτουργία. (Μαθησιακές δυσκολίες, σύγχρονες απόψεις και τάσεις, σελ. 13).

Σύμφωνα με τον ορισμό του Myklebust προκύπτει: τα παιδιά έχουν επαρκή κινητική ικανότητα, μέση ή υψηλή νοημοσύνη, επαρκή ακοή και όραση, συναισθηματική σταθερότητα και ικανότητα συναισθηματικής προσαρμογής. Παρόλο που διαθέτουν αυτά τα χαρακτηριστικά, τα παιδιά εκδηλώνουν μία ειδική δυσκολία στη διαδικασία της μάθησης. Ο επιστήμονας, κάνει λόγο για ψυχονευρολογικές μαθησιακές δυσκολίες, χωρίς ωστόσο να υπονοεί πως πρόκειται για ταυτόσημες έννοιες. Επιπλέον, δέχεται πως η ανεπάρκεια αυτής της μορφής μπορεί να επικαλύπτεται κι από άλλες μορφές στέρησης. α (Μαθησιακές δυσκολίες, θεωρία και πράξη, σελ. 15).

Παιδαγωγικοκεντρικοί ορισμοί

Οι ορισμοί της κατηγορίας επικεντρώνουν το πρόβλημα στη δυσκολία της σχολικής επίδοσης. Ο πιο γνωστός ορισμός είναι αυτός του Samuel Kirk (1972), σύμφωνα με τον οποίο προκύπτει: οι μαθησιακές δυσκολίες που ενδέχεται να παρουσιάσουν τα παιδιά σε βασικές διαδικασίες χρήσης του προφορικού ή του γραπτού λόγου δεν οφείλονται σε έντονες αισθητηριακές βλάβες, νοητική καθυστέρηση ή συναισθηματικές διαταραχές. (Bateman, 1965). Αντίθετα, τα παιδιά σε αυτήν την περίπτωση παρουσιάζουν μία εξελικτική ανομοιογένεια στις ψυχολογικές λειτουργίες, οι οποίες παρεμποδίζουν και περιορίζουν τη μαθησιακή διαδικασία, καθιστώντας απαραίτητη την εφαρμογή κατάλληλου εκπαιδευτικού προγράμματος. (Παντελιάδου, Μπότσας, 2009).

Ο ορισμός του Kirk υιοθετήθηκε από πληθώρα επιστημόνων και οργανισμών, χωρίς αυτό να σημαίνει πως το ζήτημα με την ορολογία να εξαλείφθηκε.

Λειτουργικοί ορισμοί

Οι ορισμοί της κατηγορίας βασιζόμενοι σε ήδη υπάρχον ορισμούς μετατρέπουν θεωρητικές έννοιες σε κατάλληλους και ευκολόχρηστους ορισμούς για τους επαγγελματίες.

Ένας ορισμός της κατηγορίας είναι αυτός των Hallahan & Kanfman, σύμφωνα με τον οποίο προκύπτει: Οι μαθησιακές δυσκολίες θεωρητικά δηλώνουν προβλήματα σε ποικίλες περιοχές ανάπτυξης, και χρησιμοποιείται ευρέως όταν αναφέρεται σε δυσλεξία, ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη, υποεπίδοση. Λόγω του ότι όλα τα παιδιά εντάσσονται στην ίδια κατηγορία οφείλουν να έχουν μία κοινή αντιμετώπιση, όπου θα δίνει έμφαση ανάλογα την ειδική συμπεριφορά που εκδηλώνει το παιδί.

Πέρα από τους προαναφερθέντες ορισμούς, υπάρχει ακόμη ένας ο οποίος έγινε αποδεκτός από την ευρεία επιστημονική κοινότητα και χρησιμοποιείται περισσότερο. Ο ορισμός αυτός ανήκει στο National Joint Committee of Learning Difficulties (1988).

Οι μαθησιακές δυσκολίες είναι ένας γενικευμένος όρος που περιγράφει μια μεγάλη ομάδα πολύμορφων διαταραχών. Αυτές εκδηλώνονται με ένα ευρύ φάσμα γλωσσικών διεργασιών. Αναφέρονται στη λειτουργία και εκμάθηση της ομιλίας, της ανάγνωσης, της γραφής, της κατανόησης και των μαθηματικών. Αυτά τα προβλήματα είναι εγγενή στο άτομο, θεωρούνται ότι υπάρχουν εξαιτίας της δυσλειτουργίας του κεντρικού νευρικού συστήματος και είναι δυνατόν να εκδηλώνονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Μαζί με τις μαθησιακές δυσκολίες είναι δυνατόν να συνυπάρχουν κι άλλα προβλήματα χωρίς αυτό να σημαίνει πως από μόνα τους προσδιορίζουν μαθησιακή δυσκολία. Τέτοια προβλήματα είναι η κοινωνική αντίληψη, η συναισθηματική διαταραχή. Επίσης οι μαθησιακές δυσκολίες μπορούν να παρατηρούνται ταυτόχρονα με άλλα προβλήματα (π.χ. λειτουργική αδυναμία αισθήσεων, νοητική υστέρηση, σοβαρή συναισθηματική διαταραχή). (Hammil. 1990, Τρίγκα - Μερτικά, 2010).

Μέσα από τη μελέτη των παραπάνω ορισμών, γίνεται κατανοητό πως υπάρχουν κάποια κοινά σημεία όσον αφορά τις μαθησιακές δυσκολίες.

- Οι μαθησιακές δυσκολίες χαρακτηρίζονται από απρόσμενη εξελικτική πορεία μεταξύ του πληθυσμού που τις παρουσιάζουν.
- Οι μαθησιακές δυσκολίες διαφοροποιούνται από άλλες καταστάσεις μειονεξίας (π.χ. αισθητηριακές βλάβες)
- Οι μαθησιακές δυσκολίες αποτελούν μία ενδογενή συνθήκη στο κάθε παιδί και δεν “δημιουργούνται” μέσω της αλληλεπίδρασης του παιδιού με το περιβάλλον του.
- Μπορεί να συνυπάρχουν με άλλες μορφές μειονεξίας ή άλλα προβλήματα.

Συμπτώματα - Χαρακτηριστικά παιδιών με Μαθησιακές Δυσκολίες

Όπως αναφέρεται και στην πλειονότητα των ορισμών, οι μαθησιακές δυσκολίες αποτελούν μία “ανομοιογενή ομάδα διαταραχών”. Πρακτικά, αυτό σημαίνει πως ο κάθε μαθητής μπορεί να έχει

ορισμένα ή όλα τα χαρακτηριστικά των μαθησιακών δυσκολιών. Ωστόσο, οι ειδικοί που ασχολούνται με τις μαθησιακές δυσκολίες λόγω της ανομοιογένειας των δυσκολιών, δεν έχουν καταλήξει στη δημιουργία ενός κεντρικού προφίλ μαθητή με μαθησιακές δυσκολίες. Αυτό που έχει επιτευχθεί όμως μέσα από τη συνεχή μελέτη και διερεύνηση του θέματος, είναι η συλλογή των κύριων και πιο συνήθων χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν σε κάποιο βαθμό αρκετοί μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες. Η εξέλιξη και η αλληλεπίδραση αυτών των χαρακτηριστικών είναι στο επίκεντρο της προσοχής και της μελέτης των ειδικών, προκειμένου να συμπεριληφθούν και να καθοριστούν τον τρόπο και το είδος παρέμβασης. Αυτά τα χαρακτηριστικά εφόσον ληφθούν υπόψη κατά το σχεδιασμό της παρέμβασης για τον κάθε μαθητή, μεγιστοποιούν τις πιθανότητες επιτυχίας τους.

Οι περιοχές στις οποίες ανήκουν τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά είναι οι ακόλουθες: αντίληψη, γλώσσα, προσοχή, συγκέντρωση, μνήμη, κίνητρα, συναισθηματική εξέλιξη. (Παντελιάδου, Μπότσας, 2007).

➤ **Αντίληψη:** η ικανότητα του εγκεφάλου να λαμβάνει ερεθίσματα και να τα επεξεργάζεται. Η επεξεργασία περιλαμβάνει την ερμηνεία των ερεθισμάτων - πληροφοριών, την οργάνωσή τους και την αποθήκευσή τους προκειμένου να μπορούν να χρησιμοποιηθούν όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες διαφέρουν ως προς την αντιληπτική τους ικανότητα από τους συνομήλικους τους. Δυσκολεύονται στην οπτική και ακουστική επεξεργασία των ερεθισμάτων χωρίς όμως να αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα στην όρασή τους ή την ακοή τους. Τα συμπτώματα που μαρτυρούν την ύπαρξη δυσκολιών ως προς την οπτική αντίληψη είναι: σχέσεις του χώρου: οι μαθητές παρουσιάζουν δυσκολίες στην κατανόηση του χώρου στον οποίο βρίσκονται. (Satz, & Morris, 1981). Πιο συγκεκριμένα, δυσκολεύονται να διακρίνουν το δεξί από το αριστερό, διάφορα αντικείμενα μέσα στο χώρο, απόσταση ανάμεσα στα αντικείμενα ή έπιπλα. Οι μαθητές είναι αρκετά αδέξιοι κι αυτή η δυσκολία προσανατολισμού στο χώρο μεταφέρεται και στο χαρτί κατά την προσπάθειά τους να γράψουν κάτι. Γράφουν ανορθόδοξα, με αντίθετες από το κανονικό κατευθύνσεις, δημιουργώντας μία χαοτική κατάσταση.

➤ **Οπτική διάκριση:** οι μαθητές συναντούν δυσκολίες στη διάκριση ποικίλων αντικειμένων με βάση τα χαρακτηριστικά τους. Όμως, η δυσκολία δε σταματά μόνο στη διάκριση αντικειμένων, αλλά και γραμμάτων, σχημάτων, αριθμών, συμβόλων. Έτσι, δημιουργούνται πληθώρα προβλημάτων κατά τη γραφή αλλά και κατά την επίλυση μαθηματικών προβλημάτων και υπολογισμών (αδυνατούν να αναγνωρίσουν μαθηματικά σύμβολα είτε σχήματα).(Παντελιάδου, Μπότσας, 2007).

➤ Οπτική μνήμη: παρουσιάζουν δυσκολίες στην ομαλή επεξεργασία ερεθισμάτων προερχόμενα μέσω της όρασης. Σε αυτήν την περίπτωση δεν επιτυγχάνεται η ορθή οργάνωση και αποθήκευση των οπτικών ερεθισμάτων και πληροφοριών, με αποτέλεσμα να είναι αδύνατη η ανάκληση πληροφοριών. Αρκετές φορές, ίσως να μην είναι αδύνατη η ανάκληση, αλλά να πραγματοποιείται με πολύ χαμηλή ταχύτητα.

➤ Οπτική ακολουθία: τα παιδιά δυσκολεύονται να κατανοήσουν τη σειρά γεγονότων, συμβόλων, ακολουθιών. Ένα παραμύθι ή μία ιστορία για παράδειγμα, δυσκολεύονται να συγκρατήσουν ποιο γεγονός έγινε πρώτο, τι ακολούθησε κ.ο.κ. . (Παντελιάδου, Μπότσας, 2007).

Τα συμπτώματα που μαρτυρούν την ύπαρξη δυσκολιών ως προς την ακουστική αντίληψη κατηγοριοποιούνται όπως και στην οπτική αντίληψη, με τη διαφορά πως τα ερεθίσματα και οι πληροφορίες προέρχονται μέσω της ακουστικής οδού.

Και στις δύο κατηγορίες αντίληψης (οπτική – ακουστική) τα συμπτώματα αυτά μπορούν να γίνουν αντιληπτά τόσο από γονείς όσο και από παιδαγωγούς / εκπαιδευτικούς και να προχωρήσουν σε μία εκτενέστερη διερεύνηση του ζητήματος.

➤ **Γλώσσα**: για την κατανόηση των γλωσσικών ελλειμμάτων σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες εξετάζονται δύο διαφορετικοί παράγοντες: το φωνολογικό έλλειμμα (Brady & Shankweiler, 1991) και το διπλό φωνολογικό έλλειμμα. (Wolf & Bowers, 2000).

Σύμφωνα, με το πρώτο, η ύπαρξη φωνολογικού ελλείμματος σημαίνει φτωχή φωνολογική επίγνωση. Με τον όρο φωνολογική επίγνωση εννοείται η ικανότητα διάκρισης των μερών του προφορικού λόγου και η ικανότητα διαχείρισής του. Ένα παιδί που δεν παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες, όταν συνειδητοποιήσει την ύπαρξη πληθώρας προτάσεων και λέξεων στον προφορικό λόγο, αρχίζει να επιδιώκει τη διάκρισή τους. Αντίθετα, όταν ένα παιδί με μαθησιακές δυσκολίες και συγκεκριμένα που παρουσιάζει φωνολογικό έλλειμμα, δυσκολεύεται αρκετά να διακρίνει τις λέξεις μεταξύ τους και συγχέει τις προτάσεις.

Το δεύτερο διπλό έλλειμμα όπως ονομάζεται, αναφέρεται κι αυτό στις δυσκολίες στο γραπτό και προφορικό λόγο, εστιάζοντας ωστόσο όχι μόνο φωνολογικό έλλειμμα αλλά και σε έλλειμμα στην ικανότητα αυτόματης ονομασίας οπτικών συμβόλων. Στην προκειμένη περίπτωση το παιδί δυσκολεύεται να ονομάσει τα σύμβολα μέσω της οπτικής οδού, με αποτέλεσμα και πάλι να δημιουργούνται ποικίλα προβλήματα.

Τα προβλήματα στις δεξιότητες της φωνολογικής επίγνωσης αυτόματα οδηγούν σε αργή και χαμηλή αποκωδικοποίηση, ελλείμματα στην άμεση ονομασία συμβόλων και σε φτωχικό λεξιλόγιο, το οποίο επηρεάζει την αναγνωστική ικανότητα του παιδιού.

- **Μνήμη:** η ικανότητα να κωδικοποιεί, να επεξεργάζεται και να αποθηκεύει πληροφορίες και ερεθίσματα από το περιβάλλον. (Μπαμπινιώτης, 2005). Στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, η ακολουθία της μνήμης δεν πραγματοποιείται με αυτή τη ροή, είτε πραγματοποιείται με πολύ χαμηλούς ρυθμούς. (Παντελιάδου, Μπότσας, 2007). Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούνται τα εξής:

- Βραχύχρονη μνήμη: αποτελεί το πρώτο κομμάτι της μνημονικού συστήματος κι σε αυτό αποθηκεύεται για μικρό χρονικό διάστημα η πληροφορία. Σε αυτή, το ποσό της πληροφορίας παραμένει έως ότου ισχυροποιηθεί και προχωρήσει στο επόμενο στάδιο. Προβλήματα που εκδηλώνονται σε αυτό το στάδιο μνήμης συνδέονται και με το διπλό φωνολογικό έλλειμμα. Το παιδί όταν βρίσκεται εκτεθειμένο στην πληροφορία, λόγω του διπλού ελλείμματος που παρουσιάζει καθυστερεί στην αναγνώριση των συμβόλων, με αποτέλεσμα ένα πολύ περιορισμένο ποσό πληροφορίας να περνά στη βραχύχρονη μνήμη. (Swanson, Cooney & McNamara, 2004).

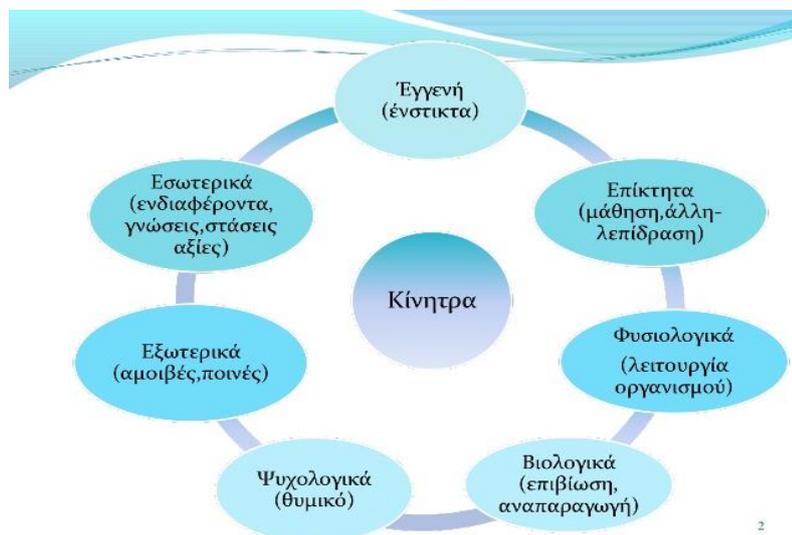
- Μακρόχρονη μνήμη: αποτελεί το δεύτερο στάδιο του μνημονικού συστήματος. Πληροφορίες από τη βραχύχρονη μνήμη περνούν στη μακρόχρονη. Σε αυτή οι πληροφορίες αποθηκεύονται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Όσες λιγότερες πληροφορίες προέρχονται από τη βραχύχρονη, τόσες θα αποθηκεύονται στη μακρόχρονη, κρατώντας με αυτόν τον τρόπο τη μνημονική ικανότητα του παιδιού σε πάρα πολύ χαμηλά επίπεδα. (Swanson, 1994).

- Εργαζόμενη μνήμη: αποτελεί το τελευταίο στάδιο του μνημονικού συστήματος. Ρόλος της είναι να κρατά ενεργή μία πληροφορία έτσι ώστε να μπορεί να ανακληθεί και να χρησιμοποιηθεί άμεσα. Παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν πολύ μικρή ικανότητα στην εργαζόμενη μνήμη, γεγονός που αρκετοί ειδικοί πιστεύουν πως οφείλεται στα προβλήματα της γενικής μνημονικής διεργασίας. (Παντελιάδου, Μπότσας, 2007).

- **Προσοχή και συγκέντρωση:** η ικανότητα συγκέντρωσης στο γνωστικό αντικείμενο, στην πληροφορία δίχως να αποσπάται από άλλους παράγοντες εξωτερικούς ή εσωτερικούς. (Hunt & Marshall, 2005). Πολλές φορές γίνεται μία σύγχυση μεταξύ της δυσκολίας συγκέντρωσης με αυτής των παιδιών που παρουσιάζουν ΔΕΠΥ. Ωστόσο, διαφέρουν τόσο ως προς την εκδήλωσή τους όσο και ως προς την αιτιολογία τους. Τα προβλήματα συγκέντρωσης στα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι πολύ πιο έντονα και σφοδρά. Στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες εκδηλώνεται μία ήπια μορφή απουσίας συγκέντρωσης, η οποία μπορεί να σημειωθεί από το εκπαιδευτικό και να διερευνηθεί

περαιτέρω. (Παντελιάδου, Μπότσας, 2007).

- **Κίνητρα:** η προσωπική ενθάρρυνση, ενεργή συμμετοχή και συνέχιση της προσπάθειας. Ο μαθητής που εκδηλώνει ευπάθεια κινήτρων, λόγω μαθησιακών δυσκολιών, παρουσιάζει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: (Παντελιάδου, Μπότσας, 2007).



- Απόδοση επιτυχίας / αποτυχίας:
αποδίδει την επιτυχία του σε εξωγενείς παράγοντες, χωρίς την προσωπική του συμβολή. Αντίστοιχα, αποδίδει την αποτυχία του στον ίδιο, κρίνοντας τον εαυτό του ανίκανο επιμένει να μη δέχεται βοήθεια στα μαθήματα, θεωρώντας πως με αυτόν τον τρόπο αποδέχεται την ανικανότητά του
- **Αυτό-αποτελεσματικότητα:** θέτει χαμηλούς γνωστικά στόχους θεωρεί τον εαυτό του λίγο να βγάλει εις πέρας τις μαθησιακές απαιτήσεις του σχολείου
- Αυτό-εικόνα
 - χαμηλή αυτοεκτίμηση
 - χαμηλή αυτο-εικόνα
 - προσανατολισμός στο στόχο:
 - αποφεύγει το στόχο και επιδιώκει κυρίως την αποφυγή της αποτυχίας
 - αποφεύγει την εμπλοκή του σε μαθησιακούς στόχους και τη μαθησιακή διαδικασία με σκοπό να αποφύγει μεγαλύτερες δυσκολίες.
- **Συναισθηματική εξέλιξη:** τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζουν χαμηλή

αυτοεκτίμηση, αυτοπεποίθηση και υψηλά ποσοστά άγχους. Οι συνεχείς αποτυχίες τους, οι προσπάθειες με περιορισμένο ποσοστό επιτυχίας, οι ελλειπείς γνώσεις τους αποτελούν κάποια από τα στοιχεία που διαταράσσουν τη συναισθηματική εξέλιξη του παιδιού. Τα παιδιά πολύ συχνά απομονώνονται, γίνονται εσωστρεφή, καθιστώντας έκδηλη τη συναισθηματική ανισορροπία και την ταραχή στην οποία βρίσκεται. (Μπότσας, 2007).

Αιτιολογία Μαθησιακών δυσκολιών

Η αιτιολογία των μαθησιακών δυσκολιών κινείται στα ίδια μήκη κύματος με το φάσμα των ορισμών. Αρχικά, οι ορισμοί των μαθησιακών δυσκολιών διέθεταν κυρίως ιατρικό περιεχόμενο. Εγκεφαλικές βλάβες και ποικίλες διαταραχές στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα αποτελούσαν τους κύριους ένοχους των μαθησιακών δυσκολιών. Στη συνέχεια, οι ορισμοί προχώρησαν σε ένα πιο λειτουργικό επίπεδο, και μετέπειτα σε ένα πιο παιδαγωγικό. (Παντελιάδου, Μπότσας, 2007).

Κάτι παρόμοιο συμβαίνει και με τα αίτια. Κάποιοι θεωρούν ως αιτιακό παράγοντα εγκεφαλικές βλάβες και διαταραχές στο νευρικό σύστημα. Ορισμένοι πιστεύουν πως οφείλονται σε διάφορα οπτικά, ακουστικά και αντιληπτικά ελλείμματα, ενώ άλλοι ειδικοί στηρίζουν πως οφείλεται στην έλλειψη φωνολογικής ενημερότητας. Παρατηρείται στο σημείο αυτό, πως η αιτιολογία αποτελεί ακόμη και σήμερα ένα μυστήριο. Δεν υπάρχει μία κοινά αποδεκτή αιτία των μαθησιακών.

Ορισμένοι στην προσπάθειά τους να μειώσουν τις ασάφειες όσον αφορά τα αίτια, πραγματοποιούν την εξής κατηγοριοποίηση: (Πόρποδας, 2003, Σακκάς, 2002).

- Βιολογικοί παράγοντες
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες
- Κληρονομικοί παράγοντες

Η κατηγοριοποίηση αυτή αναφέρεται στο είδος των παραγόντων. Μία άλλη κατηγοριοποίηση αφορά την περίοδο: (Σακκάς, 2002).

- Προγεννητική περίοδος
- Περιγεννητική περίοδος
- Μεταγεννητική περίοδος

Σε κάθε μία από αυτές τις κατηγορίες αποδίδουν ποικίλες ευθύνες για την εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών. Για τις περιόδους τονίζουν κυρίως διάφορους τραυματισμούς που μπορεί να είχε η μητέρα κατά την κύηση, ή για τραυματισμούς του παιδιού κατά τη γέννηση αλλά και μετά από αυτή. (Αναγνωστόπουλος, 2000, Σακκάς , 2003). Μία πολύ σημαντική παρατήρηση είναι πως πέρα από τις αιτίες που μπορεί να ενυπάρχουν στο παιδί και να προκαλούν μαθησιακές δυσκολίες, και το περιβάλλον του παιδιού (οικογενειακό και σχολικό) μπορεί να είναι υπεύθυνο για τις μαθησιακές δυσκολίες. Όπως πολύ εύστοχα έχει πει ο Κυπριωτάκης Α. (1989): *«Διαταραχές στη μάθηση δεν αποτελούν μόνο υπόθεση του ατόμου στο οποίο εμφανίζονται αλλά πολλές φορές είναι υπόθεση όλης της οικογένειας....»*.

Διάγνωση μαθησιακών δυσκολιών

Η διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών αποτελεί μία αρκετά πολύπλοκη διαδικασία. Κι αυτό διότι η διάγνωση και η αντιμετώπιση των δυσκολιών εξαρτώνται από πολυάριθμους παράγοντες που εμπλέκονται στην εμφάνιση και την εξελικτική πορεία των μαθησιακών δυσκολιών. (Μαριδάκη & Κασσωτάκη, 2005, Σακκάς, 2002). Γι' αυτό το λόγο, για τις διαδικασίες αυτές θεωρείται απαραίτητη η παρέμβαση εξειδικευμένου προσωπικού για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα. Αποτελεί πολύ κρίσιμο σημείο της διάγνωσης και της αντιμετώπισης το χρονικό διάστημα που θα “δουλέψει” ένα παιδί με τους ειδικούς, γιατί μέσω αυτού θα είναι δυνατό από τη μία πλευρά να γίνει μία όσο το δυνατόν πιο ακριβής διάγνωση και από την άλλη πλευρά να χαραχθεί η κατάλληλη στρατηγική αντιμετώπισης. Δεν αρκεί απλά μία και μόνο επίσκεψη σε κάποιον ειδικό προκειμένου να ανιχνευθούν μαθησιακές δυσκολίες. (Αναγνωστόπουλος, 2000, Σίνη, 2005).

Όπως έχει αναφερθεί πολλές φορές, οι μαθησιακές δυσκολίες δεν αποτελούν ένα ενιαίο σύνολο. Διαφέρουν μεταξύ τους κι ακόμη και ίδιες μαθησιακές δυσκολίες να παρουσιάζονται σε διαφορετικά άτομα και πάλι μπορεί να διαφέρουν. Αυτό, όπως είναι φυσικό καθιστά πολύ δύσκολο το γεγονός να διατυπωθούν λεπτομερείς τρόποι αντιμετώπισης και διάγνωσης των μαθησιακών δυσκολιών με γενική ισχύ. (Σακκάς, 2002). Κάθε κατηγορία δυσκολιών απαιτεί μία ξεχωριστή μέθοδο διάγνωσης και αντιμετώπισης.

Δύο από τους κυριότερους παράγοντες που κρίνουν την επιτυχή αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών είναι: α) η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωσή τους και β) η επιλογή και εφαρμογή του καταλληλότερου τρόπου αντιμετώπισης και τεχνικών παρέμβασης. (Τρίγκα - Μερτίκα, 2010, Σακκάς, 2002). Εάν αυτοί οι παράγοντες υφίστανται, τότε το άτομο / παιδί με τις δυσκολίες αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητές του να παρουσιάσει μία σπουδαία σχολική και μαθησιακή πορεία. Ορισμένα από τα μαθησιακά προβλήματα είναι αρκετά εμφανή και γίνονται εύκολα αντιληπτά. Αυτό καθιστά εύκολη και τη διάγνωσή τους και την εφαρμογή της κατάλληλης παρέμβασης. Ωστόσο, αυτό δεν ισχύει για πάσης φύσης μαθησιακά προβλήματα. Υπάρχουν αρκετά προβλήματα που είναι πολύ δύσκολο να ανακαλυφθούν. Τα περισσότερα προβλήματα μάθησης αναδύονται κατά τη σχολική διαδικασία, ειδικά στα πρώτα χρόνια αυτής. Εξαίρεση αυτού αποτελούν τα προβλήματα τα οποία είναι πολύ έκδηλα και γίνονται αντιληπτά κατά τη βρεφονηπιακή ηλικία ή κατά τη διάρκεια του νηπιαγωγείου. Σε αυτό βοηθούν οι βρεφονηπιοκόμοι και οι νηπιαγωγοί οι οποίοι μέσα από τη μαθησιακή διαδικασία και όντας ενημερωμένοι για τα θέματα δυσκολιών και ανίχνευσης αυτών, είναι σε θέση να κρίνουν είτε ποια παιδιά παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες είτε ποια παιδιά βρίσκονται στη θέση “υψηλού κινδύνου” να παρουσιάσουν στη συνέχεια της πορείας τους. Και στις δύο περιπτώσεις, τα παιδιά μπορούν να παραπεμφθούν σε

μία ομάδα εξειδικευμένου προσωπικού και να γίνει η διαδικασία της διάγνωσης – αξιολόγησης (όπως θα αναλυθεί παρακάτω) και αναλόγως των αποτελεσμάτων να πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες ενέργειες. Όπως αναφέρθηκε, ο παράγοντας έγκαιρη διάγνωση διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στη μετέπειτα εξέλιξη του παιδιού. Όσο πιο νωρίς πραγματοποιείται η παρέμβαση, τόσο πιο θεαματικά θα είναι τα αποτελέσματα.

Στο σημείο αυτό να σημειωθεί πως πέρα από τους εκπαιδευτικούς και παιδαγωγούς είτε των βρεφονηπιακού σταθμού, είτε του νηπιαγωγείου, είτε του δημοτικού σχολείου, στην έγκαιρη διάγνωση και ανίχνευση των μαθησιακών δυσκολιών μπορούν να βοηθήσουν και οι γονείς. (Λεχουρίτη, 2010, Μπότσας, 2008). Αν οι γονείς είναι ενημερωμένοι και ευαισθητοποιημένοι γύρω από το θέμα, είναι ικανοί να διακρίνουν κάποια ανησυχητικά σημάδια στο παιδί τους. Για παράδειγμα, η καθυστέρηση χρήσης του λόγου είτε η μη συντονισμένη κίνηση των άκρων του, είτε γενικά συμπεριφορές που αποκλίνουν από εκείνες των συνομήλικων του, αποτελούν συμπτώματα τα οποία μπορούν να κεντρίσουν το ενδιαφέρον των γονέων και εν συνεχεία να αναζητήσουν μία βοήθεια από κάποιον ειδικό.

Η γενική εικόνα που επικρατεί για τις μαθησιακές δυσκολίες, είναι πως κάθε ένα σημάδι, κάθε μία συμπεριφορά που αποκλίνει από το γενικό σύνολο, καλό είναι να διερευνάται. Αποτελεί ένα τόσο ευρύ σύνολο, διαθέτει μία τόσο μεγάλη γκάμα και ποικιλία στοιχείων που αναγκάζει, αν μπορεί να χαρακτηριστεί έτσι, τον κάθε εμπλεκόμενο να εξετάσει και να διερευνά κάθε ένα “περίεργο” στοιχείο. Άλλωστε, η διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών πραγματοποιείται από μία διεπιστημονική ομάδα. Η ομάδα αυτή αποτελείται από ειδικούς από ποικίλους κλάδους, όπως ψυχολόγους, παιδοψυχιάτρους, λογοθεραπευτές, ειδικούς παιδαγωγούς, κοινωνικούς λειτουργούς, με σκοπό πάντα την πολύπλευρη διερεύνηση των δυσκολιών. (Παντελιάδου, 2000). Η φύση των μαθησιακών δυσκολιών δεν επιτρέπει σε ένα και μόνο άτομο από έναν και μόνο επιστημονικό κλάδο να διαγνώσει με ασφάλεια το πρόβλημα και να προχωρήσει στις απαραίτητες αποφάσεις για την εξελικτική πορεία του παιδιού. Χρειάζεται μία συνεργασία ειδικών, επιστημονικών κλάδων για την ασφαλέστερη και καλύτερη απόφαση για το παιδί.

Ύστερα από την αρχική ανίχνευση των συμπτωμάτων μαθησιακών δυσκολιών πραγματοποιείται η αξιολόγηση του παιδιού προκειμένου να εξαχθεί μία διάγνωση. Στην αξιολόγηση αυτή διεξάγεται ένας πλήρης έλεγχος των δυνατοτήτων του παιδιού. Η συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών για τη διάγνωση γίνεται με τη χρήση διάφορων μεθόδων και τεχνικών. Αυτές περιλαμβάνουν σταθμισμένα τεστ, συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια, κλίμακες και φυσικά παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού. Η όλη διαδικασία περιστρέφεται γύρω από το παιδί και γίνεται πάντα με ιδιαίτερη προσοχή, δίχως να προκληθεί κάποιος φόβος στο παιδί. Για την ορθή αξιολόγηση

συλλέγονται επίσης, στοιχεία από το οικογενειακό και το σχολικό περιβάλλον του παιδιού, αλλά και στοιχεία σχετικά με το ιατρικό ιστορικό και το ατομικό ιστορικό του παιδιού. (Τρίγκα - Μερτίκα, 2010).

Πληροφορίες που περιλαμβάνει μία διάγνωση:

- Ατομικό ιστορικό του παιδιού: στην κατηγορία αυτή συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με την κύηση και τον τοκετό του παιδιού, καθώς και τα αναπτυξιακά του βήματα. Πραγματοποιείται μία αναζήτηση για τυχόν αποκλίνουσες συμπεριφορές ή τυχόν προβλήματα κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής του. Επίσης, συλλέγονται στοιχεία σχετικά με την προσαρμογή του παιδιού στον παιδικό σταθμό και τη σχολική του ζωή εκεί. Συμπεριφορικά προβλήματα και η κοινωνική του ζωή αποτελούν σημαντικά στοιχεία που διερευνώνται στη σχολική του ζωή. (Τρίγκα - Μερτίκα, 2010).
- Ιατρικό ιστορικό: εξετάζεται το ιστορικό του παιδιού όσον αφορά ασθένειες, αλλεργίες, ατυχήματα, φαρμακευτική αγωγή, ή επεισόδια μέσα στον οικογενειακό κύκλο του παιδιού όπου θα μπορούσαν να έχουν αντίκτυπο στο παιδί. (Τρίγκα - Μερτίκα, 2010).
- Οικογενειακή κατάσταση: συλλέγονται στοιχεία για τους γονείς όπως ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση, οικονομική κατάσταση, ενδοοικογενειακές σχέσεις, κλίμα στο σπίτι.
- Πληροφορίες από το σχολικό περιβάλλον: η συμπεριφορά του παιδιού στο σχολικό περιβάλλον, τόσο μέσα στη σχολική αίθουσα όσο και έξω από αυτή. Ο / η δάσκαλος -α του παιδιού δίνει χρήσιμες πληροφορίες για την κατηγορία αυτή όσον αφορά το μαθησιακό επίπεδο του παιδιού, του τρόπου που μαθαίνει, τη συμπεριφορά μέσα στην τάξη απέναντι στον / στην ίδιο - α και απέναντι στους συμμαθητές του. Χρήσιμες πληροφορίες δίνουν και το προσωπικό του σχολείου στο σύνολό του καθώς και ο καθένας ξεχωριστά παρατηρεί τη συμπεριφορά του παιδιού εντός του σχολικού χώρου. (Σακκάς, 2002, Τρίγκα - Μερτίκα, 2010).
- Πληροφορίες από το στενό περιβάλλον του παιδιού: κάποιο πρόσωπο που έχει συχνή επαφή με το παιδί μπορεί να δώσει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με το παιδί.
- Κατάσταση του παιδιού: εξωτερική εμφάνιση του παιδιού, συμπεριφορά του παιδιού απέναντι στους γονείς και όταν αποχωρούν οι γονείς, συμπεριφορά του παιδιού απέναντι στους ειδικούς, στάση του παιδιού απέναντι στο πρόβλημα που παρουσιάζει και προθυμία για αλλαγή, αναλυτική περιγραφή των λόγων για τους οποίους το παιδί κρίθηκε αναγκαίο για διάγνωση και αξιολόγηση. (Μιχελογιάννης & Τζενάκη, 2000, Σακκάς, 2002).
- Αποψη των γονέων για το παιδί: η περιγραφή της κατάστασης του παιδιού από τη σκοπιά των γονέων. (Τρίγκα - Μερτίκα, 2010).

Ψυχομετρικά τεστ: κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης το παιδί υπόκειται σε κάποιες δοκιμασίες και κάποια τεστ προκειμένου να γίνει έλεγχος των γνωστικών λειτουργιών του παιδιού, των οπτικο – ακουστικών δεξιοτήτων και της κοινωνικής συμπεριφοράς του. Πιο συγκεκριμένα, για τον έλεγχο και τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις γνωστικές λειτουργίες του παιδιού διεξάγονται κάποια σταθμισμένα και μη τεστ. (Πόρποδας, 2003). Με τον όρο γνωστικές λειτουργίες εννοείται δείκτη νοημοσύνης, μνήμη, κατανόηση, αντίληψη, γενικές γνώσεις κ.α., ενώ με τον όρο σταθμισμένα τεστ εννοείται πως τα τεστ πληρούν κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές και έχουν περάσει αυστηρούς ελέγχους πριν την κυκλοφορία και τη χρήση τους και παρέχουν τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Αντίστοιχα, μη σταθμισμένα τεστ ονομάζονται εκείνα τα οποία χρησιμοποιούνται ευκαιριακά δίχως να παρέχουν τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Οι οπτικο-κινητικές κινήσεις του παιδιού ελέγχονται μέσα από τη διευθέτηση ποικίλων αντικειμένων, όπως για παράδειγμα κύβων κι άλλων παρόμοιων δοκιμασιών. Η κοινωνική συμπεριφορά του παιδιού εξετάζεται μέσα από την παρατήρηση των κινήσεών του και μέσα από τη διεξαγωγή συζήτησης μαζί του. Στοιχεία που ξεφεύγουν από τις νόρμες και κινούν το ενδιαφέρον των ειδικών είναι η υπερκινητικότητα, η δυσκολία συγκέντρωσης, ανάρμοστη συμπεριφορά, χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης. Όσον αφορά τα σταθμισμένα και μη τεστ , κυκλοφορούν πολλά στο είδος τους. Τα πιο διαδεδομένα και ευρέως χρησιμοποιούμενα στη χώρα μας είναι το WISC (σταθμισμένο τεστ νοημοσύνης), το CELF (σταθμισμένο τεστ φωνολογικής ενημερότητας και συνειδητότητας) και το Αθηνά (Ελληνικό τεστ από το Πανεπιστήμιο Αθηνών). Ωστόσο, σημειώνεται πως οι περισσότεροι ειδικοί έχουν δημιουργήσει δικά τους διαγνωστικά εργαλεία, κυρίως για την ανίχνευση τυχόν προβλημάτων στην ορθογραφία και ανάγνωση. (Σακκάς, 2002)

Οι δύο εικόνες απεικονίζουν τη μορφή των ερωτήσεων που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της εξέτασης/ αξιολόγησης του παιδιού από τους ειδικούς. Με τις ερωτήσεις αυτές γίνεται έλεγχος των επιπέδων νοημοσύνης, κατανόησης και αντίληψης του παιδιού. Οι ερωτήσεις είναι απλές, ανοιχτού τύπου και σχετίζονται με την καθημερινότητα του παιδιού. Είναι αναγκαίο το παιδί να συζητά για οικεία θέματα που θα νιώθει άνετα να συζητήσει και να αναδείξει τις ικανότητές του. Στον τέλος πρέπει πάντα να υπάρχει αξιολόγηση και τυχόν σχόλια από τον εξεταστή έτσι ώστε να ελέγχεται η πρόοδος του παιδιού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΕΠΙΘΗΜΗΣ ΑΝΕΚΔΟΤΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ

Όνομα παιδιού: Στεφανία Ηλικία: 5	Ημερομηνία: 5 Σεπτεμβρίου Ημερομηνία: 15-9-2005
Χόρος: Νηπιαγωγείο Τομέας: Εγγραμματοσιμίας	Εκπαιδευτικός: Κατερίνα
Γεγονός: Σήμερα η Στεφανία επέλεξε να διαβάσει μόνη της βιβλία στη γωνιά του κουκλόσπιτου. Αφέρωσε μερικά λεπτά στο ξεφύλλισμα των βιβλίων <i>Ο Τριγωνοψαρούλης</i> και <i>Το Βρωμιάρι</i> . Στη συνέχεια κάθισε στο πάτωμα, πήρε μια κούκλα στην αγκαλιά της και άρχισε να της διαβάζει την ιστορία.	
Σημειώσεις/Σχόλια: Είναι η πρώτη φορά που επέλεξε να ασχοληθεί μόνη της με κάποιο βιβλίο. Αν και όταν της το ζητάω συμμετέχει σε δραστηριότητες ανάγνωσης σε μικρές ομάδες ίσως αντιλαμβάνεται τον εαυτό της ως αναγνώστρια.	

Το παραπάνω παράδειγμα είναι από τις Puckett & Diffily (2004).

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΣΥΝΤΕΤΗΞΗΣ ΜΕ ΝΗΠΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΕΙΧΝΟΜΕΝΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Ερωτήσεις	Απαντήσεις
— Έχεις βιβλία στο σπίτι σου;	— Ναι.
— Ποιος σου τα διαβάζει;	— Η μαμά μου και ο μπαμπάς μου και η αδελφή μου.
— Ποιο είναι το αγαπημένο σου βιβλίο;	— Είναι ένα βιβλίο με δεινόσαυρους.
— Μπορείς να μου πεις την ιστορία;	— Είναι μεγάλη ιστορία και έχει πολλά κεφάλαια. Όλο το βιβλίο είναι τόσο χοντρό (και δείχνει με το δάχτυλό του το πάχος του βιβλίου).
— Έχεις περιοδικά στο σπίτι σου;	— Ναι, χιλιάδες.
— Ποιος σου τα διαβάζει αυτά;	— Όλη η οικογένεια, η μαμά, ο μπαμπάς και η αδελφή μου.
— Ποια περιοδικά διαβάζεις;	— Δεν γνωρίζω τα ονόματα.

Το παραπάνω παράδειγμα είναι από τις Puckett & Diffily (2004).

ΠΙΝΑΚΑΣ 22. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ (ΓΙΑ ΜΙΑ ΜΙΚΡΗ ΟΜΑΔΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ)

Εκπαιδευτικός: Άννα Π.
Ομάδα παιδιών: Πιρηνήτσια
Ημερομηνία: 04/5/2004

Τυχεύει με ένα ✓ για κάθε απάντηση	Κάνει ερωτήσεις	Απαντά στις ερωτήσεις	Δίνει με τη θέλησή του πληροφορίες/σχόλια	Προβαίνει σε άσχετες ενέγκετες ή σχόλια
Ελένη				
Δήμητρα				
Βασίλης				
Αλέξανδρος				
Ιωάννα				
Γιώργος				

Το παραπάνω παράδειγμα είναι από τις McAfee, Leong & Bodrona (2004).

ΠΙΝΑΚΑΣ 25. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΕΠΙΘΗΜΗΣ ΧΑΡΤΗ

— Πώς έρχομαι στο νηπιαγωγείο;	— Με φέρνει ο μπαμπάς μου. — Μας φέρνει η μαμά μας. — Οδηγώντας το αυτοκίνητο της μαμάς μας. — Περιπατώντας. Δεν πρέπει να περιπατάμε χωρίς τη μαμά μας.
— Ποιους βλέπετε στο νηπιαγωγείο;	— Τη νηπιαγωγό, τους φίλους μου, αγόρια ή κορίτσια. — Έρχεται η αδελφή μου, η Μίνα. — Τη γιαγιά μου.
— Τι κάνεις στο νηπιαγωγείο;	— Παίζω με τα άλλα παιδιά. — Γράφω. — Ακούω παραμύθια. — Ζαχαρίζω.
— Πώς αισθάνομαι στο νηπιαγωγείο;	— Χαρούμενη. — Άσχημα. — Καλά. — Κουρασμένη.
— Τι μαθαίνεις στο νηπιαγωγείο;	— Τραγούδια. — Αριθμούς. — Να μη χτυπάω τους φίλους μου.
— Τι σου αρέσει περισσότερο να κάνεις;	— Μου αρέσει περισσότερο να παίζω. — Το παιχνίδι έξω στην αυλή. — Το παιχνίδι στο κουκλόσπιτο. — Τα παιχνίδια στο δάπεδο. — Να παίζω στις γωνιές. — Να χρωματίζω. — Να είμαι στην παρεούλα με τα άλλα παιδιά.

Το παράδειγμα αυτό είναι από τις McAfee, Leong & Bodrona (2004).

ΠΙΝΑΚΑΣ 34. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΧΕΔΙΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αξιολόγηση της εξερεύνησης του θέματος του σχεδίου από μια ομάδα παιδιών

Ομαδική εργασία: _____
 Ημερομηνία: _____
 Αριθμός μαθητών στην ομάδα: _____
 Μέλη της ομάδας: _____

1. Πώς πάρθηκε η απόφαση για την επιλογή αυτού του σχεδίου;
2. Πώς τα νήπια βοήθησαν το ένα το άλλο για να επιτύχουν τον κοινό τους στόχο;
3. Μεσολάβησε ο εκπαιδευτικός να βοηθήσει κάποια στιγμή; Αν ναι, για ποιον λόγο και με ποιον τρόπο;
4. Πέτυχε η ομάδα τους στόχους της;

5. Σχόλια για τα μέλη της ομάδας:

Ο παραπάνω πίνακας αποτελεί διασκευή από τους Johnson & Johnson (2004).

(Οι παραπάνω εικόνες έχουν ληφθεί από σεμινάριο που παρακολούθησα με θέμα <<Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες-Αξιολόγηση>>με εισηγήτρια την κ. Μαρία Κωνσταντινοπούλου)

Η συλλογή των παραπάνω πληροφοριών καθιστούν δυνατή την απόκτηση μίας σφαιρικής και γενικής εικόνας για την κατάσταση που βρίσκεται το παιδί τόσο υπό το πρίσμα της ψυχολογικής του λειτουργίας όσο και της κοινωνικής του λειτουργίας. Η εικόνα αυτή θα αποτελέσει τη βάση για τη διεπιστημονική ομάδα πάνω στην οποία θα δομήσουν τη διάγνωσή τους και εν συνεχεία τον / τους τρόπους παρέμβασης. Το πιο ουσιαστικό και σημαντικό στοιχείο στην όλη διαδικασία της αξιολόγησης είναι το γεγονός πως η συλλογή των πληροφοριών πραγματοποιείται με ποικίλους τρόπους και σε μία σειρά συναντήσεων για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα. Το παιδί υπόκειται σε συνέντευξη, σε εκτενή παρατήρηση, σε ψυχολογικές δοκιμασίες και σε άλλες μορφές αξιολόγησης των δυνατοτήτων του. Επιπλέον, οι πληροφορίες σχετικές με το παιδί δε συλλέγονται από μεμονωμένα άτομα, αλλά από μία ομάδα ατόμων προερχόμενοι από διαφορετικά περιβάλλοντα του παιδιού. Όλα αυτά γίνονται με απώτερο σκοπό μίας όσο το δυνατόν πιο έγκυρης και αξιόπιστης διάγνωσης. Μία διαφορετική προσέγγιση η οποία θα παρείχε φτωχικά στοιχεία και θα οδηγούσε σε μία ελλιπή διάγνωση θα μπορούσε να είχε καταστροφικές συνέπειες για την εξελικτική πορεία του παιδιού.

Η ομάδα επιστημόνων και ειδικών, ύστερα από τη συλλογή όλων των πληροφοριών, επεξεργάζονται τα στοιχεία και συζητούν μεταξύ τους προκειμένου να καταλήξουν σε ασφαλή αποτελέσματα. Η διάγνωσή τους για να είναι πλήρης και ικανοποιητική αναδιαμορφώνεται. Αυτό σημαίνει πως η εκτίμησή τους δεν παραμένει ίδια όπως η αρχική τους. Αναδιατυπώνεται και τοποθετείται σε ένα νέο πλαίσιο όπου θα παρουσιάζονται δυναμικά όλες οι σχέσεις του παιδιού μαζί με τα εμπλεκόμενα άτομα. Σε κάθε μία κίνηση και ενέργεια που πραγματοποιείται το επίκεντρο είναι το παιδί και ο σκοπός η πιο ασφαλής, ανώδυνη και ωφέλιμη αντιμετώπιση και υπέρβαση της κατάστασης που βρίσκεται το παιδί. Σε αυτό το έργο όλοι οι εμπλεκόμενοι μπορούν να συμβάλλουν με το δικό του τρόπο ο καθένας. Γι' αυτό το λόγο, οι ειδικοί ενσωματώνουν τους εμπλεκόμενους με το παιδί στο νέο πλαίσιο. Τέλος, η διάγνωση των ειδικών περιλαμβάνει τρόπους παρέμβασης και αντιμετώπισης των δυσκολιών. Προτείνουν αναλυτικά το τι πρέπει να γίνει – κατάλληλη σχολική δομή για το παιδί, απαραίτητες ειδικές παρεμβάσεις, διδακτικούς στόχους – προκειμένου να βοηθηθεί το συγκεκριμένο παιδί.

Συμπερασματικά, η διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών αποτελεί μία δαιδαλώδη διαδικασία περιλαμβάνοντας τη συνεργασία πολλών επιστημονικών κλάδων. Απαιτεί μία σειρά δοκιμασιών και άλλων δραστηριοτήτων. Όμως, η σπουδαιότητά της διάγνωσης ξεχωρίζει και είναι καθοριστική

για την πορεία του κάθε παιδιού. Ένα σφάλμα στη διάγνωση μπορεί να αποδειχθεί μοιραίο για τη μαθησιακή πορεία του παιδιού. Γι' αυτό το λόγο, χρειάζεται μία πολύ καλή και επουσιώδη συνεργασία της ομάδας των ειδικών και των συγγενικών και μη ατόμων από την πλευρά του παιδιού, όπου ο κάθε ένας θα διαδραματίζει το ρόλο του και στο “χώρο” που έχει το δικαίωμα να το κάνει.

Επιπτώσεις στη ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη και στη σχολική πορεία

Η μη έγκυρη ανίχνευση και διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών μπορεί να αποβεί μοιραία για το μέλλον του παιδιού σε μαθησιακό και ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο. Οι μαθησιακές δυσκολίες δίχως τις κατάλληλες παρεμβάσεις θα αναπτυχθούν περαιτέρω προκαλώντας μεγαλύτερα προβλήματα στο παιδί. Τα προβλήματα αυτά αφορούν τη σχολική του πορεία και το μαθησιακό του επίπεδο. Οι επιπτώσεις στους τομείς αυτούς θα είναι δραματικές και θα καταστήσουν μία αρνητική διάθεση του παιδιού απέναντι στη μάθηση. Ωστόσο, οι συνέπειες δεν περιορίζονται μόνο σε μαθησιακό επίπεδο. Ο ψυχοσυναισθηματικός κόσμος του παιδιού δε θα μπορούσε να παραμείνει ανέπαφος. Πολλές φορές, αν όχι όλες, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες καταβάλλουν υπερπροσπάθειες χωρίς όμως να λαμβάνουν τα αντίστοιχα αποτελέσματα. Κάτι τέτοιο, θα ήταν αφύσικο να μην επηρεάζει τη ψυχική και συναισθηματική τους κατάσταση. (Σακκάς, 2000).

Η σχολική πορεία των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες αποτελεί μία δαιδαλώδη κατάσταση, με αρκετές μεταπτώσεις. Τα παιδιά αυτά παρά τις προσπάθειες που καταβάλλουν αδυνατούν να καταφέρουν κάποιες φορές το στόχο τους. Ακόμη και για έναν απλό μαθησιακό στόχο (εύκολο για τα παιδιά δίχως δυσκολίες), το παιδί χρειάζεται να προσπαθήσει αρκετά και πολλές φορές για να τον επιτύχει.(Παντελιάδου, Μπότσας, 2007). Αυτό του δημιουργεί περίεργα και κυρίως αρνητικά συναισθήματα, καθώς θεωρεί πως υστερεί κάπου δίχως να μπορεί να το αντιμετωπίσει. Παράλληλα, η υπερπροσπάθεια αυτή σε συνδυασμό με τη μερική και υπό συγκεκριμένες συνθήκες επιτυχία του δημιουργεί άγχος. Κάθε αποτυχία του δημιουργεί όλο και περισσότερο άγχος για την επόμενη προσπάθειά του. Όπως παρατηρείται, αυτή η κατάσταση είναι “ντόμινο” και παρασέρνει κάθε μαθησιακή δεξιότητα στο πέρασμά της.

Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου γονείς και εκπαιδευτικοί αγνοούν την ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών του παιδιού και αποδίδουν την αρνητική του στάση σε “τεμπελιά” ή “αδιαφορία”. Σε αυτές τις περιπτώσεις η κατάσταση για το παιδί δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο. Αυτό διότι, γονέας και εκπαιδευτικός πιέζουν το παιδί, σε μία προσπάθεια επίτευξης των μαθησιακών στόχων. Όπως είναι φυσικό το παιδί δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες και πέρα από αυτό, η άσκηση πίεσης τον “κλειδώνει”, απομακρύνοντάς τον κι άλλο από τη διαδικασία της μάθησης.

Οι συνεχείς αποτυχίες, οι προσπάθειες με μερική επιτυχία, τα φτωχικά μαθησιακά αποτελέσματα, αποθαρρύνουν το παιδί, δημιουργώντας αρνητικό κλίμα ως προς τη διαδικασία της μάθησης εφόρου ζωής. Ωστόσο, να σημειωθεί πως εφόσον προηγηθεί η διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών, η κατάσταση δεν είναι όπως η προαναφερθείσα. Εκεί τα πράγματα αλλάζουν ριζικά. Το παιδί ενώ καταβάλλει προσπάθεια επιτυγχάνει σε περισσότερους μαθησιακούς στόχους που είναι ειδικά διαμορφωμένοι γι 'αυτόν (τεχνικές παρέμβασης), γεγονός που του προκαλεί τον ενθουσιασμό και την προθυμία για κατάκτηση νέων γνώσεων. Γι' αυτό άλλωστε, γίνεται τόση μεγάλη κινητοποίηση για την ενημέρωση των μαθησιακών δυσκολιών. Όσο πιο έγκυρη η διάγνωση, τόσο πιο ευοίωνα είναι τα πράγματα για το παιδί.

Οι συχνές αποτυχίες, οι χαμηλοί βαθμοί, οι αρκετές συγκρούσεις με τον περίγυρο, έχουν αντίκτυπο και στη ψυχική υγεία του παιδιού, το συναίσθημα, τη σκέψη του, την κοινωνικότητά του και τη συνολική εικόνα που έχει για τον εαυτό του. (Λιβανίου, 2004). Κατατάσσει τον εαυτό του κατώτερο των άλλων, ανίκανο να διαχειριστεί ποικίλες καταστάσεις, πόσο μάλλον να υπάρξει το επίκεντρο προσοχής για κάποια επιτυχία του. Αυτός είναι και ο λόγος που ορισμένα παιδιά επιδιώκουν να γίνουν αντικείμενο προσοχής είτε με καλό είτε με άσχημο τρόπο. Προτιμούν αρκετές φορές να είναι τα “κακά παιδιά” παρά να συνοδεύονται από την ταμπέλα των παιδιών με χαμηλές μαθησιακές ικανότητες.

Άλλα παιδιά λόγω των δυσκολιών τους και της διαφορά που παρουσιάζουν με τα παιδιά άνευ δυσκολιών, γίνονται εσωστρεφή και κλείνονται στον εαυτό τους. Κρίνουν πως είναι άσκοπο να αναπτύξουν μία κοινωνική ζωή, καθώς πιστεύουν πως είναι ανάξιοι να τη διατηρήσουν. Παρουσιάζουν πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση. Αυτή η ψυχική ανισορροπία απωθεί τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες να ασχοληθούν με άλλες δραστηριότητες, όπως αθλητισμός, χορός, κ.α.. αυτό συμβαίνει διότι έχουν έντονο το αίσθημα άγχους αποτυχίας που δεν υποβάλλονται καν στη διαδικασία να δοκιμάσουν. (Παντελιάδου, 2009).

Γενικά τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά άγχους και μία γενικότερη ευάλωτη ψυχοσυναισθηματική κατάσταση. Αυτό ανατρέπεται, εφόσον οι δυσκολίες διαγνωστούν έγκαιρα και ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα. Τότε, το παιδί βιώνει περισσότερες επιτυχίες παρά αποτυχίες. Ενδυναμώνοντας έτσι τη σχέση του με τη διαδικασία της μάθησης και της σχέσης του με τον ίδιο του τον εαυτό.

Αντιμετώπιση Μαθησιακών Δυσκολιών

Η αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών, λόγω της πολυμορφίας τους, αποτελεί μία εξίσου απαιτητική, πολύπλοκη, σύνθετη και μακροχρόνια διαδικασία. Στόχος της είναι να βοηθήσει το παιδί να αναπτύξει ή να βελτιώσει ικανότητες που συνδέονται με τη σχολική μάθηση, αλλά παράλληλα να αμβλύνει και να απαλύνει τις ψυχικές δυσκολίες που μπορεί να συνοδεύουν το παιδί.

Η πολυμορφία των μαθησιακών δυσκολιών και η πληθώρα αιτιακών παραγόντων, καθιστούν αναγκαία ενός πολυδιάστατου και ευέλικτου σχεδίου αντιμετώπισης το οποίο θα σχεδιαστεί από μία ομάδα ειδικών, διαφόρων ειδικοτήτων. Είναι πολύ σημαντικό το σχέδιο παρέμβασης που θα εφαρμοστεί να είναι πολύπλευρο και να καλύπτει σφαιρικά τις ανάγκες του παιδιού. Έρευνες έχουν δείξει πως οι παρεμβάσεις που γίνονται σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να μην εξαλείφουν μία δυσκολία, αλλά φροντίζουν να μειωθούν οι αρνητικές επιπτώσεις του προβλήματος στη σχολική και μαθησιακή πορεία τους. (Σακκάς, 2002).

Ο σχεδιασμός και η οργάνωση ενός σχεδίου παρέμβασης αποτελούν διαδικασίες υψίστης σημασίας. Οι παράγοντες που επηρεάζουν και λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό και την εφαρμογή του πλάνου αντιμετώπισης είναι η σοβαρότητα των δυσκολιών, η μορφή τους, η ηλικία του παιδιού, άλλες δυσκολίες ή προβλήματα που μπορεί να παρουσιάζει το παιδί. (Σπαντιδάκης, 2009). Το πλάνο αντιμετώπισης στοχεύει στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων του παιδιού τόσο σε γνωστικό όσο και σε αντιληπτικό τομέα, προκειμένου να κατακτήσει νέες γνώσεις και μαθησιακούς στόχους.

Η αντιμετώπιση κατά την προσχολική ηλικία, στοχεύει κυρίως σε αναπτυξιακά προβλήματα. Τα αναπτυξιακά αυτά προβλήματα αποτελούν δείκτες επικινδυνότητας εμφάνισης μαθησιακών δυσκολιών για ένα παιδί κατά την είσοδό του στη σχολική ηλικία. Σε αυτά τα προβλήματα περιλαμβάνονται κυρίως κινητικά και γλωσσικά ζητήματα. Επομένως, οι παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται σε αυτήν την ηλικία στοχεύουν κυρίως στην ανάπτυξη ικανοτήτων σε γλωσσικό και γνωστικό τομέα.

Έχει επισημανθεί αρκετές φορές από πληθώρα ειδικών πως όσο νωρίτερα γίνεται η ανίχνευση και η διάγνωση δυσκολιών, τόσο πιο θετικά αποτελέσματα θα έχει το παιδί. Οι παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας έχει αποδειχθεί πως προλαμβάνουν την εμφάνιση δευτερογενών προβλημάτων στη μετέπειτα ζωή των παιδιών. Οι πρώιμες παρεμβάσεις βελτιώνουν τη σχολική ζωή των παιδιών σε πολλά επίπεδα. Γι' αυτό είναι αναγκαία η έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση δυσκολιών.

Η αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών και η χάραξη μίας γραμμής αντιμετώπισης αποτελεί ένα σπουδαίο και άκρως υπεύθυνο έργο. Οφείλει να καλύψει πλήρως τις ανάγκες του παιδιού, να αξιοποιήσει όλες τις δυνατότητες του παιδιού και πάνω από όλα να φροντίσει την εξέλιξη του παιδιού σε όλα τα επίπεδα. Χρειάζεται δηλαδή να προσαρμοστεί στα δεδομένα του κάθε παιδιού. Άλλωστε, κανένα σχέδιο παρέμβασης και αντιμετώπισης δε χρησιμοποιείται αυτούσιο σε κάθε παιδί, εξαιτίας της ανομοιογένειας ανάμεσα στον πληθυσμό.

Η διαδικασία παρέμβασης, πέρα από την ομάδα ειδικών, χρειάζεται όπου αυτό είναι εφικτό και τους γονείς του κάθε παιδιού. Η συνεργασία των ειδικών, με τους παιδαγωγούς και τους γονείς του παιδιού καθιστά πολύ πιο εύκολη την όλη διαδικασία. Το παιδί έχει ανάγκη την πλήρη στήριξη από το περιβάλλον του· οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον. Σε κάθε περίπτωση, και πάνω από όλα τα πλάνα παρέμβασης και τις θεωρίες, αυτό που έχει σημασία και πρέπει να αποτελεί κανόνα για τον κάθε εμπλεκόμενο είναι το παιδί και η αμέριστη αγάπη για αυτό. (Παντελιάδου, 2009, Σακκάς, 2000). Όποια δράση κι αν γίνεται, οφείλει να “αγαπάει” το παιδί, να πραγματοποιείται στους ρυθμούς που “αντέχει” εκείνο και να το ενθαρρύνει και να το επαινεί για την προσπάθεια που καταβάλλει.

Ο κάθε γονέας είναι υπεύθυνος για το παιδί και την πορεία που αυτό θα ακολουθήσει. Μία ενεργή συμμετοχή του γονέα στο πρόγραμμα παρέμβασης του παιδιού διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο. Η στήριξη που θα προσφέρει στο παιδί και η ενθάρρυνση να συνεχίσει την προσπάθειά του αποτελεί ίσως, τη θεμέλιο λίθο της όλης διαδικασίας. Να σημειωθεί πως χωρίς την προσωπική προσπάθεια του παιδιού και τη δική του προθυμία για το όλο πρόγραμμα, τίποτα δεν θα πραγματοποιηθεί. Οπότε είναι άκρως σημαντική και σπουδαία η παροχή στήριξης του παιδιού σε όλα τα επίπεδα και από όλους (το περιβάλλον που βρίσκεται καθημερινά). (Λεχουρίτη, 2010).

Ο τρίτος και τελευταίος παράγοντας είναι η υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή μέσω της οποίας θα υλοποιηθεί το πρόγραμμα. Όπως αναφέρθηκε, η παρέμβαση συμφωνεί με τις δυνατότητες του κάθε παιδιού και προσαρμόζεται στα δεδομένα του. Αξιοποιεί τα δυνατά σημεία του παιδιού και επιδιώκεται να κεντρίσει το ενδιαφέρον του σε καθ'όλη τη διάρκεια του προγράμματος. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται με τη χρήση νέων τεχνολογιών και μεθόδων διδασκαλίας, και πολύ λιγότερο με τη χρήση παραδοσιακών τρόπων και μεθόδων. Άρα, η ύπαρξη και η δυνατότητα χρήσης ποικίλων τεχνολογιών (ηλεκτρονικός υπολογιστής, προτζέκτορας, λογισμικά κ.α.) βοηθά και αυτή με τη σειρά της στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.

Είναι εύκολα κατανοητό, πως η αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών περιλαμβάνει αρκετούς εμπλεκόμενους και η επιτυχία της εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Πέρα από τους προαναφερθέντες τρεις βασικούς παράγοντες, πολύ σημαντική στην όλη προσπάθεια είναι και η

στήριξη του παιδιού και από την κοινωνία, τόσο σε μικρό επίπεδο (σχολείο) όσο και σε μεγαλύτερο επίπεδο (κοινωνία). Απαιτείται μία πολύ καλή οργάνωση, μία ουσιαστική συνεργασία της ομάδας και τη χρήση των υπάρχοντων μέσων στον υπέρτατο βαθμό. Αποτελεί μία δύσκολη και δαιδαλώδης διαδικασία που ωστόσο αξίζει σε κάθε περίπτωση να πραγματοποιηθεί και να πετύχει κάποιους αν όχι όλους τους αρχικούς στόχους της.

Βασικές μορφές παρέμβασης

Οι κυριότερες μορφές που μπορεί να πάρει μία θεραπευτική παρέμβαση είναι τα ακόλουθα:

- Πλήρης ένταξη και ενσωμάτωση του παιδιού με μαθησιακές δυσκολίες στην κανονική τάξη (με την προϋπόθεση παρακολούθησης εξατομικευμένου προγράμματος) (Μουζάκη, 2007).
- Επανάληψη τάξης
- Ενισχυτική διδασκαλία από ειδικό παιδαγωγό. Η διδασκαλία αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε μόνο με ένα μαθητή είτε σε μικρές ομάδες
- Τέλος, ειδικές τάξεις για μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες

Οι μορφές αυτές έχουν η καθεμία τα δικά της πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Η επιλογή της κάθε μίας πραγματοποιείται ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες και ανάγκες του παιδιού. (Σακκάς, 2002).

Στο σημείο αυτό να γίνει μία υπενθύμιση του γεγονότος πως όσο πιο πρόθυμο και άνετο είναι το παιδί με την παρέμβαση, τόσο πιο δοτικό θα είναι στις προσπάθειές του προκειμένου να πετύχει.

Σε προηγούμενο κεφάλαιο, αναφέρθηκε πως οι μαθησιακές δυσκολίες προκαλούν και δευτερογενή προβλήματα στο παιδί. Τέτοια είναι χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, αυτοσεβασμού, αυτοπεποίθησης, μεγάλη εσωστρέφεια και απομόνωση του ατόμου κ.α.. τα προβλήματα αυτά δεν μπορούν να παραμείνουν «άλυτα» και φυσικά δε θα εξαφανιστούν μόνα τους. Αντίθετα, τέτοια προβλήματα κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου για περαιτέρω ψυχολογική υποστήριξη του παιδιού. Η τόνωση του ψυχο-συναισθηματικού του κόσμου είναι επιτακτική ανάγκη για την μετέπειτα πορεία του και την ισορροπία του στο σύνολό του.

Μέθοδος Montessori

Η μέθοδος Montessori στηρίζεται στο τρίπτυχο ανεξαρτησία, ελευθερία με όρια και σεβασμός για μία φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού. Η Ιταλίδα Montessori αποτελεί μία σπουδαία παιδαγωγό

στην ιστορία της επιστήμης. Πιστεύει στη μάθηση που το ίδιο το παιδί κινεί, στην ανακαλυπτική μάθηση. Η επιτυχία ενός παιδιού σε όλη την εξελικτική του πορεία, κατά τη Montessori, βασίζεται στην ύπαρξη μιας ολοκληρωμένης προσωπικότητας. Για να είναι ένα παιδί χαρούμενο και υγιές, χρειάζεται να αναπτυχθεί πολύπλευρα: γνωστικά, συναισθηματικά, σωματικά και κοινωνικά. Έτσι, το παιδί μέσα από μη ανταγωνιστικές δραστηριότητες που θα επιλέξει το ίδιο, αναπτύσσει δεξιότητες και τονώνει την αυτοπεποίθησή του. Το παιδί ενισχύει την αυτό - εικόνα του και ενθαρρύνεται να προσπαθήσει και σε άλλες δραστηριότητες.

Η μέθοδος Montessori χρησιμοποιείται ευρέως σε παιδιά είτε με μαθησιακές δυσκολίες είτε χωρίς. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μεθόδου είναι παιδιά που διαθέτουν αυτοσυγκέντρωση, αυτοπειθαρχία, προσαρμοστικότητα, κανόνες συνεργασίας, ειλικρινή έκφραση, άνεση στη λήψη πρωτοβουλίας και αποφάσεων, δημιουργικότητα και χαρά. (Σπαντιδάκης, 2004).

Μέθοδος Fernald

Η μέθοδος πραγματοποιεί μία πολύ - αισθητηριακή προσέγγιση. Στηρίζεται στη χρήση του αλφαβητικού συστήματος και στηρίζεται στην εξάσκηση και την επανάληψη. Αρχικά, ο μαθητής επικεντρώνεται στις λέξεις όπου υπάρχει αντιστοιχία φωνημάτων και γραφημάτων. Εξασκείται στην ορθογραφία τέτοιων λέξεων κι ύστερα περνά σε λέξεις πιο περίπλοκες που ομαδοποιούνται ανάλογα με το μοτίβο που χρησιμοποιούν. Ο μαθητής μετά εξασκείται στις λέξεις που έμαθε, γράφει προτάσεις, ιστορίες, επιδιώκοντας με αυτόν τον τρόπο και την επανάληψη των λέξεων. Η προσέγγιση αυτή χρησιμοποιεί σχεδόν όλες τις αισθήσεις του παιδιού. Στηρίζεται στην πρόσληψη της φόρμας της λέξης, στην ανάπτυξη μιας εικόνας της και τέλος στην ανάπτυξη συνήθειας της λέξης μέσα από τη συνεχή επανάληψη.

Τα βασικά βήματα που ακολουθεί η προσέγγιση είναι:

Ο εκπαιδευτικός γράφει και διαβάζει τη λέξη. Στη συνέχεια, ο μαθητής ιχνηλατεί τη λέξη στον αέρα, ενώ ταυτόχρονα τη λέει. Ύστερα, γράφει τη λέξη στο χαρτί. Τέλος, η διαδικασία ολοκληρώνεται όταν ο μαθητής είναι ικανός να γράψει σωστά τη λέξη από μνήμης. Αν αυτό γίνει με επιτυχία, τότε ο μαθητής έχει κατακτήσει τη λέξη και προχωρά στην επόμενη. Αν αυτό δε γίνει, επαναλαμβάνεται η διαδικασία από την αρχή. (Παντελιάδου, 2000).

Μέθοδος Orton – Gillingham – Stillman

Η μέθοδος εμβαθύνει στα οπτικά, ακουστικά και κιναισθητικά ερεθίσματα και στη φωνολογική απόδοση των παριστάμενων λέξεων. Δίνει έμφαση δηλαδή στα φωνήματα και στο συνδυασμό αυτών για τη δημιουργία συλλαβών και λέξεων όσο και στην αλληλεπίδραση οπτικών, ακουστικών και κιναισθητικών προσεγγίσεων της γλώσσας. Πριν από την εφαρμογή της μεθόδου, ο εκάστοτε εκπαιδευτικός οφείλει να γνωρίζει το επίπεδο γλωσσικής ενημερότητας του παιδιού, η οποία σχετίζεται με την ακουστική περιγραφή, τη μνήμη, τη σύνθεση και τη διάκριση γραμμάτων και την οπτική περιγραφή. (Reid, 1989).

Υπάρχει πληθώρα μεθόδων και τεχνικών παρεμβάσεων που μπορούν να εφαρμοστούν σε κάθε περίπτωση. Άλλες δίνουν βάση σε αισθητηριακά ερεθίσματα, άλλες στη συνεχή εξάσκηση και επανάληψη, ενώ άλλες στην ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ατόμου. Ο κάθε εκπαιδευτικός ανάλογα με την περίπτωση που έχει να αντιμετωπίσει κι ανάλογα τις ιδιαιτερότητες του παιδιού, επιλέγει την πιο κατάλληλη. Λόγω εξοικονόμησης χώρου, είναι αδύνατον να αναφερθούν όλες οι υπάρχουσες μέθοδοι ή τεχνικές στην εργασία αυτή. Αυτό όμως που πρέπει να τονιστεί, είναι πως η κάθε μία από αυτές σέβεται το άτομο που έχει απέναντί του. Η κάθε μέθοδος και προσέγγιση να έρθει εις πέρας απαιτεί ένα ενθαρρυντικό περιβάλλον και μία μακροπρόθεσμη παρακολούθηση του παιδιού. Δεν αρκεί μία απλή βραχυπρόθεσμη εφαρμογή ενός προγράμματος για την αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών. Είναι αναγκαία η βραχυπρόθεσμη όσο και η μακροπρόθεσμη παρακολούθηση του παιδιού, για τη μεγιστοποίηση πιθανοτήτων μιας ανοδικής πορείας σε μαθησιακό όσο και σε γενικό επίπεδο.

Πρακτικές συμβουλές προς τους παιδαγωγούς

Η ανίχνευση των μαθησιακών δυσκολιών σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατή σε μικρή ηλικία, ακόμη στα 3 με 4 έτη, όπου το παιδί πηγαίνει σε βρεφονηπιακούς σταθμούς και νηπιαγωγεία. Η επιτυχής ανίχνευση βασίζεται την ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση των παιδαγωγών σε αυτές τις εκπαιδευτικές βαθμίδες αλλά και των γονέων των παιδιών. Και οι δύο φορείς, παιδαγωγός – γονέας, διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στη ζωή του παιδιού με μαθησιακές δυσκολίες.

Όπως προαναφέρθηκε, αν ένα παιδί διαγνωστεί με μαθησιακές δυσκολίες, τότε θα ακολουθήσει κάποιας μορφής παρέμβαση. Η παρέμβαση αυτή θα πραγματοποιηθεί από ειδικούς παιδαγωγούς ή σε περιπτώσεις ήπιας και χαμηλής επικινδυνότητας, ίσως πραγματοποιηθεί από το παιδαγωγό / δάσκαλο της τάξης / σχολείου του παιδιού. Όποιος και να πραγματοποιήσει την παρέμβαση, ή όποιος διδάσκει ένα παιδί με μαθησιακές δυσκολίες, οφείλει να είναι ενημερωμένος σφαιρικά και

σε ικανοποιητικό βαθμό σχετικά με αυτές. Η κάθε μία ενέργεια του παιδαγωγού είναι κρίσιμη για το παιδί, και σε καμία περίπτωση δεν είναι επιθυμητή η πρόκληση δευτερευόντων προβλημάτων ψυχικής υγείας στο παιδί. Παρακάτω θα παρουσιαστούν κάποιες χρήσιμες πρακτικές συμβουλές για τον κάθε παιδαγωγό, προκειμένου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της περίπτωσης.

Ο βρεφονηπιοκόμος και ο νηπιαγωγός μπορούν να βοηθήσουν σε σημαντικό βαθμό στην αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών. Ο πρώτος και σε λιγότερο βαθμό ο δεύτερος, επικεντρώνεται κυρίως στην απόκτηση δεξιοτήτων και την ενίσχυση οπτικο – ακουστικό κινητικών λειτουργιών. (Αντωνίου, 2008). Στο νηπιαγωγείο να σημειωθεί, πως τα παιδιά εισάγονται σε ένα προ – αναγνωστικό επίπεδο, στο οποίο αρχίζουν να γνωρίζουν την έννοια της ανάγνωσης, του αναγνώστη, του συγγραφέα. Ένα παιδί καθώς προχωρά στις βαθμίδες οι μαθησιακές απαιτήσεις αυξάνονται αντιστοίχως.

Έτσι, ο παιδαγωγός, όσον αφορά τις δεξιότητες οπτικο – ακουστικό – κινητικού χαρακτήρα, επιδιώκει: (Miller, 2003).

- να τονώσει το συντονισμό μεγάλων κινήσεων (κινητικότητα) του παιδιού καθώς επίσης και τον προσανατολισμό του παιδιού και την κατεύθυνσή του στο χώρο. Αυτό μπορεί να γίνει μέσα από το χορό με συγκεκριμένα βήματα, ρυθμικά βήματα, πηδηματάκια, κ.α..
- να ενισχύσει τις λεπτές κινήσεις του παιδιού. Συντονισμένες κινήσεις χεριών και ματιών είναι απαραίτητες για την ομαλή μετάβαση στη διαδικασία της ανάγνωσης και γραφής.
- να μεταλαμπαδεύσει στο παιδί τη φύση της ανάγνωσης. Πώς είναι ο αναγνώστης; Πώς διαβάζει; Σε αυτή την περίπτωση ο παιδαγωγός επικεντρώνεται στο να μάθει το παιδί να κρατά ένα βιβλίο, να το ξεφυλλίζει, να το χειρίζεται γενικά. Πολύ σημαντική είναι και η καλλιέργεια της παρατηρητικότητας των παιδιών. Ο παιδαγωγός μέσα από εικόνες κάνει διάφορες ερωτήσεις στα παιδιά, καλλιεργώντας έτσι την ικανότητά τους να παρατηρούν ακόμη και τις λεπτομέρειες.
- να δείξει στο παιδί και να εμφυτεύσει τη σωστή στάση για γραφή. Πως πρέπει να κρατάει το μολύβι, το τετράδιο, πως να κάθεται προκειμένου να καταφέρνει να γράφει καλύτερα, πιο γρήγορα και πιο ποιοτικά. Αν το παιδί αφομοιώσει την ορθή στάση του σώματος για τη γραφή, αυξάνει τις πιθανότητες για μία ομαλή πορεία στο “ταξίδι” της γραφής. Ο παιδαγωγός σε αυτήν την περίπτωση ενθαρρύνει το παιδί να ζωγραφίζει πολύ, να συμπληρώνει διάφορα κουτιά με χρώματα, κ.α.. (Σπαντιδάκης, 2009).
- να βοηθήσει το παιδί να γράφει και να αναγνωρίζει το όνομά του, αρχίζοντας από αριστερά προς τα δεξιά, από πάνω προς τα κάτω. Το παιδί οφείλει να αρχίζει να συνηθίζει το “χώρο” όπου θα γράφει και τους πρώτους και βασικούς κανόνες για αυτό.

Κάποιες υποδείξεις ως προς τους παιδαγωγούς που μπορεί να φανούν πολύ χρήσιμες στην καθημερινή διδακτική πράξη είναι: (Τρίγκα – Μερτίκα, 2010).

- Έμφαση στην ενεργή συμμετοχή και επικοινωνία.
- Επανάληψη και απλούστευση των εντολών.
- Γραπτές οδηγίες παρά προφορικές.
- Εντολές με ακρίβεια και σαφήνεια, δίχως περιττούς όρους.
- Αποφυγή μακροπεριόδου λόγου. Μικρές προτάσεις, απλές και ξεκάθαρες.
- Χρήση οικείων και ενδιαφερόντων θεμάτων ως προς το παιδί.
- Παροχή περισσότερου χρόνου για την επίλυση ασκήσεων. Πολύ σημαντική θεωρείται και η παροχή αρκετού χρόνου για ξεκούραση.
- Συχνή επιβράβευση του παιδιού, ακόμη και για μικρά πράγματα.
- Όχι απλή υπογράμμιση του λάθους, αλλά συγκεκριμένη υπόδειξη τι ήταν ακριβώς το λάθος.
- Συμμετοχή σε συνεργατικές ομάδες, όπου το παιδί θα έχει ρόλους που αναδεικνύουν τις δυνατότητές του και θα ελαχιστοποιούν τις αδυναμίες τους. Η τόνωση της αυτοπεποίθησης αποτελεί ένα πολύ σημαντικό στοιχείο στην εκπαιδευτική πορεία του παιδιού.
- Χρήση φύλλων εργασίας με ευδιάκριτα γράμματα, χωρίς πολλά χρώμα ή σκιάσεις και σαφείς οδηγίες.
- Χρήση σχεδιαγραμμάτων και οπτικών βοηθημάτων για τη διδασκαλία. (Πόρποδας, 2002).
- Προφορική εξέταση.
- Παροχή δυνατότητας να εξετάζεται προφορικά όταν κουράζεται να γράφει.
- Χρήση δοκιμασιών με απλούστερη μορφή (πολλαπλής επιλογής)
- Έμφαση στο γραπτό κείμενο και σε δεύτερη φάση στην ορθογραφία.
- Επιδίωξη για ελαχιστοποίηση των θορύβων μέσα στην τάξη, γεγονός που θα βοηθήσει στην καλύτερη συγκέντρωση του παιδιού. (Φλωράτου, 2009).
- Τοποθέτηση του παιδιού σε μπροστινά θρανία, κοντά στο δάσκαλο και μακριά από παράθυρα ή πόρτες, όπου μπορούν να το αποσπούν την προσοχή.
- Διακριτική παροχή βοήθειας από το δάσκαλο. Διακριτική προκειμένου να αποφευχθεί κάποια διάκριση από τους συμμαθητές του.
- Κατοχή χρωματιστών τετραδίων για το κάθε μάθημα.
- Σημείωση των μαθημάτων της επόμενης μέρας γραπτά παρά προφορικά.
- Εκμάθηση ορθογραφίας σε οικογένειες λέξεων.
- Ενίσχυση της πολύ - αισθητηριακής αντίληψης, συνδυάζοντας ακουστικά με οπτικά και κιναισθητικά ερεθίσματα.
- Αποφυγή επικρίσεων και επισήμανσης γλωσσικών λαθών τα οποία μεγεθύνουν τις φοβίες

του και τα άγχη του.

- Επανέλεγχος των γραπτών κειμένων και βελτίωσή τους.
 - Δημιουργία ενός κλίματος στην τάξη ου διακρίνεται από ασφάλεια, ηρεμία και αποδοχή.
 - Εξασφάλιση θετικών μαθησιακών εμπειριών.
 - Συνεχείς επεξηγήσεις των οδηγιών και του λεξιλογίου του εκπαιδευτικού.
 - Παροχή διευκρινίσεων ακόμη και για αυτά που δε ρωτά το παιδί.
 - Συνεχής έλεγχος του βαθμού κατανόησης του παιδιού.
 - Συνεχής επανάληψη προηγούμενων γνώσεων.
 - Επισήμανση των σωστών απαντήσεων παρά των εσφαλμένων.
 - Χρήση παιχνιδιών ρόλων για εξάσκηση διαλόγου και κοινωνικής συμπεριφοράς.
 - Συνεχής ανατροφοδότηση.
 - Υποβοήθηση και ενίσχυση της διδασκαλίας με τη χρήση της γλώσσας του σώματος (νεύματα, κινήσεις χεριών, ποδιών, κορμού) .
 - Παρουσίαση του μαθήματος σε ένα σχεδιάγραμμα / σκελετό με τα βασικά στοιχεία. (Πόρποδας, 2002).
 - Μείωση του όγκου δουλειάς και της κούρασης των παιδιών.
 - Ενίσχυση και προσπάθεια υιοθέτησης τεχνικών και στρατηγικών διόρθωσης των δικών τους κειμένων.
 - Χρήση διαφοροποιημένων μεθόδων αξιολόγησης και εργασιών.
 - Ο κάθε παιδαγωγός οφείλει να είναι εφοδιασμένος με υπομονή και να ενθαρρύνει τους μαθητές να είναι και αυτοί υπομονετικοί με τους εαυτούς τους.
 - Ελαχιστοποίηση του άγχους του λάθους.
 - Συνεχής παρότρυνση για περαιτέρω προσπάθεια.
- (Miller, 2003).

Ο ρόλος που διαδραματίζει ο παιδαγωγός στην αντιμετώπιση και τη διαχείριση των μαθησιακών δυσκολιών είναι σπουδαίος. Αποτελούν μαζί με τους γονείς τους πυλώνες στήριξης των παιδιών. Είναι οι καθοδηγητές τους σε αυτό το περιπετειώδες ταξίδι. (Παντελιάδου-Μπότσας, 2007). Μία κατάλληλη στάση των παιδαγωγών απέναντι σε αυτά τα παιδιά και σπουδαίο αντίκτυπο σε αυτά και ακόμη περισσότερο στην σχολική τους εξέλιξη. (Τρίγκα – Μερτίκα, 2010)

Συμπεράσματα

Οι μαθησιακές δυσκολίες αποτελούν ίσως, τον πιο δύσκολο ή μυστηριώδη κλάδο της ειδικής αγωγής. Η ανομοιογένειά τους είναι σε τέτοιο βαθμό που η κάθε μία πρόταση ή προσέγγιση συνοδεύεται από ερωτηματικά. Υπάρχουν ασάφειες όσον αφορά την αιτιολογία, όσο και στους ορισμούς που υπάρχουν. Η πολυμορφία των μαθησιακών δυσκολιών είναι υπεύθυνη για τις δυσκολίες που προκύπτουν σε όλα τα επίπεδα: ανίχνευση, διάγνωση, παρέμβαση αντιμετώπιση.

Ωστόσο, η συνεχής μελέτη γύρω από αυτές έχει φέρει θεαματικά αποτελέσματα. Πλέον, εύκολα συμπεραίνει κάποιος πως η ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών δεν αποτελεί απροσπέλαστο πρόβλημα για ένα παιδί, παρά μία ιδιαιτερότητα που απαιτεί διαφορετική προσέγγιση. Μέσα σε αυτό το κεφάλαιο, έγινε μία σφαιρική διερεύνηση του ζητήματος των μαθησιακών δυσκολιών σε μία προσπάθεια για την καλύτερη κατανόησή τους. Οι μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν μεγάλη ανομοιογένεια κι αυτό καθιστά κοπιώδη την ανίχνευσή τους, κι κάποιες φορές ακατόρθωτο. Πραγματοποιήθηκε μία ανάλυση των ορισμών, των χαρακτηριστικών, των τρόπων διάγνωσης και παρέμβασης. Παρά τη δυσπρόσιτη διαδρομή, είναι εφικτή η υπέρβασή τους και η επιτυχία στη σχολική ζωή.

Ίσως ένα από τα πιο ουσιαστικά συμπεράσματα που προέκυψαν μέσα από αυτή τη μελέτη, είναι ο σεβασμός στο οτιδήποτε συμβαίνει απέναντι στο παιδί. Το παιδί σε όποιο στάδιο μαθησιακών δυσκολιών κι αν βρίσκεται, κι όχι μόνο, χρειάζεται ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για να συνεχίσει. Αν το παιδί κάνει κάτι από εξαναγκασμό, όλες οι ελπίδες για μία θετική έκβαση παραμένουν ουτοπικές. Το περιβάλλον, οικογενειακό, σχολικό, κοινωνικό, οφείλει να είναι πλήρως ενημερωμένο για τις δυσκολίες του παιδιού και να γνωρίζει ποιος είναι ο καταλληλότερος τρόπος διαχείρισής τους. Έρευνες έχουν δείξει πως αν οι εμπλεκόμενοι διαδραματίζουν επιτυχώς ο καθένας το ρόλο του, η πορεία του παιδιού θα είναι θεαματικά ανοδική. Ας μη ξεχνάμε, πως πάνω από όλα είναι παιδιά. Και τα παιδιά αυτό που χρειάζονται ως επί το πλείστον είναι αγάπη και ενθάρρυνση να συνεχίσουν το ταξίδι της ζωής.

Συνύπαρξη ΔΕΠΥ – Μαθησιακών Δυσκολιών

Το φαινόμενο της συννοσηρότητας

Αρκετές φορές, η διάγνωση ενός παιδιού από κάποιο ΚΕ.Δ.Δ.Υ. μπορεί να περιλαμβάνει ταυτόχρονα δύο ή περισσότερες διαταραχές. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται

συννοσηρότητα. Δηλαδή, η ύπαρξη δύο ή περισσότερων διαταραχών στο ίδιο άτομο. Τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠΥ, όπως η απόσπαση προσοχής, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα, εμφανίζουν διαβαθμίσεις από άτομο σε άτομο, ως προς το βαθμό σοβαρότητάς τους κατά τη διάρκεια ανάπτυξης. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2009). Η συννοσηρότητα της ΔΕΠΥ με κάποια άλλη διαταραχή, έχει ως επακόλουθο την αύξηση του βαθμού που επηρεάζεται το παιδί από τα πρωτογενή συμπτώματα, και φυσικά στη μετέπειτα εξέλιξή του. (Weiss & Hetchman, 1993).

Η ΔΕΠΥ παρουσιάζει ποσοστό συννοσηρότητας 65%, όταν αναφέρεται σε ένα παιδί., ενώ το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 75% όταν υπάρχει ΔΕΠΥ σε έναν ενήλικα. Η ΔΕΠΥ κυρίως παρουσιάζει συννοσηρές καταστάσεις με μαθησιακές δυσκολίες. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζει τις ακόλουθες συννοσηρότητες:

- Μαθησιακές διαταραχές (δυσλεξία, δυσορθογραφία, δυσαναγνωσία)
- Αναπτυξιακές δυσκολίες (κινήσεις χεριών, γλώσσα του σώματος)
- Διαταραχές άγχους
- Συναισθηματικές διαταραχές
- Διαταραχές εναντιωματικής συμπεριφοράς και διαγωγής, κ.α.



Εικόνα 1: ΔΕΠΥ & Μαθησιακές Δυσκολίες

Η συννοσηρότητα ΔΕΠΥ και μαθησιακών δυσκολιών συχνά προκαλεί την έκπληξη και ξαφνιάζει τους γονείς. Ο λόγος είναι πως τα παιδιά με ΔΕΠΥ διαθέτουν φυσιολογικό έως υψηλό νοητικό δυναμικό. Παρόλα αυτά όμως, τείνουν να παίρνουν χαμηλότερους βαθμούς

από τους συμμαθητές τους και να έχουν χαμηλότερες επιδόσεις σε τεστ και διαγωνίσματα. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Τα παιδιά με ΔΕΠΥ χαρακτηρίζονται ως ζωνηρά αλλά δεν υπολείπονται σε κάτι άλλο. Για αυτό το λόγο άλλωστε, είναι δύσκολο να ανιχνευθεί νωρίς η ύπαρξη των μαθησιακών δυσκολιών. Τα συμπτώματα της μιας διαταραχής θεωρούνται πως είναι απόρροια της άλλης.

Αναλυτικά, στο νηπιαγωγείο οι δυσκολίες που προαναφέρθηκαν, εμφανίζονται ως δυσκολίες κατανόησης ειδικών ήχων και λέξεων, καθώς και δυσκολία γενικότερης έκφρασης. Το παιδί δυσκολεύεται να αντιληφθεί συγκεκριμένους ήχους, πόσο μάλλον να τους επεξεργαστεί και να τους αποθηκεύσει στη μνήμη του. Ύστερα, κατά την είσοδό του στο δημοτικό σχολείο, οι δυσκολίες εμφανίζονται στην ανάγνωση, στη γραφή και στα μαθηματικά. Το παιδί δυσκολεύεται να εκλάβει τη διαδικασία της μάθησης με τον ίδιο τρόπο που το κάνουν οι συμμαθητές του. Η δυσκολία αυτή, μεγεθύνεται σε συνδυασμό με τη διάσπαση προσοχής του παιδιού. Το παιδί με ΔΕΠΥ συνεχώς αποσπάται από διάφορους ήχους, μυρωδιές, εικόνες, σκέψεις γεγονός που ήδη δυσκολεύει αρκετά τη μαθησιακή διαδικασία. Η συνεχόμενη διάσπαση της προσοχής του παιδιού έχει ως επακόλουθο το παιδί να χάνει σημαντικές πληροφορίες του μαθήματος, και λέξεις κλειδιά που θα το βοηθήσουν να ξεκλειδώσει κάποιους στόχους. Στο σημείο αυτό, να σημειωθεί πως τα παιδιά στα οποία γίνεται η αναφορά, συχνά διαθέτουν ένα πολύ άσχημο γραφικό χαρακτήρα. Αυτό φυσικά προκαλεί τους αρνητικούς σχολιασμούς από το δάσκαλο και κατά συνέπεια, προκαλεί αρνητικά συναισθήματα στο παιδί. (Munden & Arcelus, 2009).

Η αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών βασίζεται στη διάγνωσή τους. Εφόσον, ανιχνευθούν τόσο η ΔΕΠΥ όσο και οι μαθησιακές δυσκολίες που εμφανίζει το παιδί, τότε σχεδιάζεται μία παρέμβαση στοχευόμενη στις ιδιαιτερότητες του παιδιού. Είναι λογικό, πως ο σχεδιασμός μιας τέτοιας παρέμβασης είναι πολύ πιο δύσκολη, διότι διαθέτει πολλές περισσότερες παραμέτρους. Ιδιαίτερη βάση χρειάζεται να δοθεί στην ανάπτυξη δεξιοτήτων μαθησιακού περιεχομένου όσο και δεξιότητες διαχείρισης θετικής συμπεριφοράς. (Kutcher, 2005). Το έργο που καλείται να φέρει εις πέρας το παιδί και η ομάδα ειδικών είναι πολύ πιο δύσκολο, αλλά ικανό να φέρει θεαματικά αποτελέσματα.

Εν κατακλείδι, το κλειδί επιτυχίας ενός παιδιού με ΔΕΠΥ και μαθησιακές δυσκολίες σε μακροπρόθεσμο πλάνο είναι η θετική προσέγγιση και η έμφαση στα δυνατά σημεία του παιδιού. Χρειάζεται η συνεχής ενθάρρυνσή του για περαιτέρω προσπάθειες και για χρήση διαφορετικών και εναλλακτικών τρόπων μάθησης. Η διαφορετικότητα του παιδιού οφείλει

να τραπεί υπέρ του και να τη χρησιμοποιήσει και όχι να ντρέπεται για αυτή. Όλα είναι εφικτά εφόσον υπάρχει θέληση και ένα υποστηρικτικό περιβάλλον πλούσιο σε ερεθίσματα ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του παιδιού.

Κεφάλαιο 3ο:Νοητική καθυστέρηση

Ορισμός- συμπτώματα-αναγνώριση-διάγνωση

Ορισμός

Η νοητική στέρηση αποτελεί μία από τις πιο πολυπαθείς διαταραχές. Γι' αυτόν τον λόγο, αποτελεί επίσης και μία από τις πιο πολυμελετημένες διαταραχές (Πολυχρονοπούλου Σ., 1997). Κατά διαστήματα έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί, οι οποίοι παρουσιάζουν πολύ ενδιαφέρον και θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούν στη παρούσα εργασία.

Εγχειρίδιο Αμερικάνικης Ένωσης Ψυχιάτρων

Σύμφωνα με την αμερικάνικη Ένωση Ψυχιάτρων, νοητική υστέρηση είναι η κάτω από το μέσο όρο νοητική ικανότητα. Πιο αναλυτικά, νοητική υστέρηση εμφανίζουν τα άτομα που παρουσιάζουν ένα δείκτη νοημοσύνης περίπου στο 70 ή πιο χαμηλό σε ένα συγκεκριμένο παρεχόμενο ατομικό τεστ του δείκτη νοημοσύνης. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν συντρέχουσες δυσλειτουργίες ή αναπηρίες στην παρούσα προσαρμοστική ικανότητα σε τουλάχιστον δύο από τις ακόλουθες περιοχές: επικοινωνία, αυτοεξυπηρέτηση, ζωή μέσα στο σπίτι, κοινωνικές/ διαπροσωπικές δεξιότητες, χρήση των κοινοτικών πόρων, αυτό-καθοδήγηση, λειτουργικές ακαδημαϊκές δεξιότητες, εργασία, ψυχαγωγία, υγεία και ασφάλεια.. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αποτελεσματικότητα ενός ατόμου στο να πετυχαίνει τα στάνταρ, που απαιτούνται για την ηλικία του από την πολιτισμική ομάδα του. Συνήθως η συγκεκριμένη διαταραχή εμφανίζεται πριν από το 18^ο έτος της ηλικίας ενός ατόμου.

Αμερικάνικος Σύνδεσμος Νοητικής Καθυστέρησης

Στον Αμερικάνικο Σύνδεσμο Νοητικής Καθυστέρησης έχει υπάρξει ένας ευρύτερα διαδεδομένος και αποδεκτός όρος σχετικά με τη διαταραχή της νοητικής στέρησης. Η νοητική καθυστέρηση αναφέρεται ως μία σημαντικά κάτω από το μέσο όρο γενική νοητική λειτουργία, που συνοδεύεται από ανεπάρκειες στην προσαρμοστική συμπεριφορά (αυτοεξυπηρέτηση, ζωή μέσα στο σπίτι, κοινωνικές δεξιότητες, αυτό-καθοδήγηση, λειτουργικές ακαδημαϊκές δεξιότητες, ψυχαγωγία, υγεία-ασφάλεια, χρήση κοινοτικών

υπηρεσιών/ πόρων, εργασία, επικοινωνία) και εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου).

Το 1992 υπήρξε αναθεώρηση του συγκεκριμένου ορισμού από τους Luckasson et al. Σύμφωνα με αυτήν την αναθεώρηση, δίνεται ιδιαίτερη σημασία στις δυνατότητες που παρουσιάζει το κάθε άτομο ξεχωριστά, στο περιβάλλον στο οποίο ζει, εργάζεται και γενικότερα κοινωνικοποιείται το συγκεκριμένο άτομο και στο λειτουργικό επίπεδο, το οποίο αναπτύσσεται και επιτυγχάνεται μέσα σε αυτά τα περιβάλλοντα. Επίσης, δεν δίνεται ιδιαίτερη σημασία στο δείκτη νοημοσύνης του ατόμου και υποδιαιρείται σε ελαφρές και σοβαρές μειονεξίες

Η αναθεώρηση αυτή του ορισμού της νοητικής καθυστέρησης μπορεί να βοηθήσει στην αποτελεσματικότερη ένταξη και προσαρμογή των ατόμων με νοητική καθυστέρηση στην κοινωνία, αφού απομακρύνει τις δυσκολίες από το ίδιο το άτομο και τις μεταθέτει στο περιβάλλον και κυρίως στο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει και αλληλεπιδρά το συγκεκριμένο άτομο. Η αντιμετώπιση, όμως, αυτή εγείρει ουσιώδη ερωτήματα. Κανείς δεν αμφισβητεί ότι η νοητική καθυστέρηση οφείλει να είναι απλά ένα από τα χαρακτηριστικά του ατόμου κι όχι αυτό που θα προσδιορίζει όλη την ύπαρξή του, αλλά πως μπορεί να αποτελέσει μία μεταβατική κατάσταση. Και που μεταβαίνει το άτομο; Για ορισμένες περιπτώσεις νοητικής καθυστέρησης, όπως είναι αυτή από ψυχο-κοινωνικά που είναι αναστρέψιμη με κατάλληλη εφαρμογή προγραμμάτων πρόωμης παρέμβασης ή για ελαφρές περιπτώσεις τότε είναι δυνατόν η νοητική καθυστέρηση να αποτελέσει μία μεταβατική κατάσταση. Αλλά σε περιπτώσεις που η νοητική καθυστέρηση είναι βαρύτερης μορφής, ενώ ταυτόχρονα υπάρχουν συνοδά προβλήματα, ακόμα και με την καλύτερη υποστήριξη η νοητική καθυστέρηση δε μπορεί να είναι μία προσωρινή κατάσταση, αλλά μία μόνιμη η οποία όμως αντιμετωπίζεται με τον καλύτερο τρόπο και σεβόμενη πάντα τα δικαιώματα του ατόμου για πλήρη συμμετοχή κάθε ατόμου στη ζωή.

Άρα, σύμφωνα με τους προηγούμενους ορισμούς που έχουν δοθεί κατά διαστήματα, έχουμε καταλήξει σήμερα να θεωρούμε επικρατέστερο τον ορισμό που δίνει η Αμερικάνικη Εταιρία για τη Νοητική Καθυστέρηση (American Association for Mental Retardation, 2002). Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, «Ο όρος νοητική καθυστέρηση αναφέρεται στη γενική νοητική λειτουργία που χαρακτηρίζεται από σημαντικούς περιορισμούς και στη νοητική λειτουργία και στην προσαρμοστική συμπεριφορά, όπως εκφράζεται μέσα από τις

γνωστικές, κοινωνικές και πρακτικές, προσαρμοστικές δεξιότητες. Η αναπηρία πρέπει να εμφανίζεται πριν την ηλικία των 18 ετών».

Για να ισχύει ο παραπάνω ορισμός, πρέπει να ισχύουν και οι παρακάτω 5 αρχές:

1. «Οι περιορισμοί της παρούσας λειτουργικότητας πρέπει να αξιολογείται μέσα στα πλαίσια του κοινωνικού περιβάλλοντος, το οποίο είναι τυπικό για τους συνομηλικούς και την κουλτούρα του ατόμου.
2. Η έγκυρη αξιολόγηση λαμβάνει υπόψη τις γλωσσικές και κοινωνικές διαφορές, καθώς επίσης και την επικοινωνία, τους αισθητηριακούς, κινητικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες.
3. Σε κάθε άτομο οι περιορισμοί, συχνά, συνυπάρχουν με δυνατότητες.
4. Ένας σημαντικός λόγος για τον οποίο περιγράφονται οι περιορισμοί είναι για να αναπτυχθεί ένα προφίλ για τις επιπρόσθετες υπηρεσίες που είναι απαραίτητες.
5. Με τις κατάλληλες ατομικές υποστηρικτικές υπηρεσίες για μια συγκεκριμένη περίοδο, η λειτουργικότητα του ατόμου με νοητική καθυστέρηση, γενικά, θα βελτιωθεί» (AAMR, 2002).

Ορισμός της νοημοσύνης

Η διαδικασία του να οριστεί η νοημοσύνη δεν αποτελεί ένα εύκολο επίτευγμα. Αυτό συμβαίνει γιατί η ουσία της νοημοσύνης δεν είναι ουσιαστικά γνωστή. Αυτό που γνωρίζουμε και μπορούμε εύκολα να παρατηρήσουμε είναι οι εξωτερικές της εκδηλώσεις, δηλαδή τα αποτελέσματα και τα ίχνη της που μπορούμε να διακρίνουμε στον χώρο (Παρασκευόπουλος, 1992). Από την αρχαιότητα ακόμη πολλοί πεπαιδευμένοι άνθρωποι έχουν επιχειρήσει να ορίσουν τη νοημοσύνη. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι προσεγγίσεις τους.

Πλάτωνας

Σύμφωνα με τον Πλάτωνα η νοημοσύνη ορίζεται ως «τάχος μάθησης», ένας ορισμός ο οποίος έχει επικρατήσει για αρκετό καιρό και συνεχίζει αν επικρατεί στη λαϊκή αντίληψη σχετικά με το τι είναι νοημοσύνη. Σήμερα, κάποιες από τις εκφράσεις που δείχνουν πως

ένας άνθρωπος έχει υψηλό δείκτη νοημοσύνης είναι «τρέχει ο νους του» ή «παίρνει στροφές το μυαλό του» (Κασσωτάκης & Φλουρής,2006).

Piaget

Ο Piaget, ο οποίος αποτελεί μία από τις κορυφαίες προσωπικότητες στον χώρο της Ψυχολογίας, θεωρεί πως η νοημοσύνη αποτελεί μια κατάσταση ισορροπίας, προς την κατεύθυνση της οποίας τείνουν όλες οι διαδοχικές αισθησιο – κινητικές και γνωστικές προσαρμογές, καθώς και όλες οι λειτουργικής φύσης ανταλλαγές του οργανισμού με το περιβάλλον (Piaget,1999).

Binet και Simon

Ο Binet και Simon δίνουν κάποιες ιδέες σχετικά με τη νοημοσύνη, οι οποίες παρουσιάζουν πολύ ενδιαφέρον. Θεωρούν ότι η νοημοσύνη ορίζεται από μια θεμελιακή ικανότητα, αν αυτή η ικανότητα απουσιάζει, υπάρχουν επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Οι ουσιαστικότερες εκδηλώσεις της νοημοσύνης, κατά τους Binet και Simon, είναι η σωστή κρίση, η σωστή κατανόηση, ο σωστός συλλογισμός. Ισχυρίζονται ότι, το ουσιαστικότερο ρόλο στη ζωή του ατόμου, από όλες τις ικανότητες που αναφέρθηκαν, έχει αυτή της κριτικής σκέψης(Lee, Webberley & Litt,1987).

Wechsler

Πρόκειται για έναν Αμερικάνο ψυχολόγο- ψυχομετρητή, ο οποίος όρισε τη νοημοσύνη ως τη γενική και σύνθετη ικανότητα του ανθρώπου να δρα σκόπιμα, να σκέφτεται λογικά και να αντιμετωπίζει με αποτελεσματικότητα τις απαιτήσεις του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος του.

Gardner

Ο Gardner υποστήριξε ότι η νοημοσύνη δεν είναι μια ολική οντότητα, αλλά ένα σύνολο από σχετικά αυτόνομες ικανότητες και νοητικές δεξιότητες (Δαβάζογλου - Σιμοπούλου,1999).

Λαμβάνοντας υπόψη όλες τις προηγούμενες διατυπώσεις σχετικά με τον ορισμό και την ευρύτερη κατανόηση της νοημοσύνης, γίνεται απόλυτα κατανοητή η δυσκολία στον ορισμό της έννοιας της νοημοσύνης με απόλυτο και δογματικό τρόπο. Γενικότερα, η νοημοσύνη αποτελεί μια αρκετά σύνθετη νοητική λειτουργία, στην οποία υπεισέρχονται πολλοί

παράγοντες, όπως η ικανότητα για απόκτηση νέων εμπειριών, η προσαρμογή σε νέες καταστάσεις και η αξιολόγηση της παλαιότερης εμπειρίας με σκοπό την αντιμετώπιση νέων δυσκολιών.

Αίτια νοητικής καθυστέρησης

Προγεννητικά αίτια: πρόκειται για μία σειρά αιτιών της νοητικής στέρησης τα οποία προϋπάρχουν της γέννησης του παιδιού. Οι κληρονομικοί παράγοντες αποτελούν μία αιτία. Είναι πολύ πιθανό να υπάρχει στο ιστορικό των γονέων η νοητική στέρηση και να εμφανιστεί και στο έμβρυο. Οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση της νοητικής στέρησης. Το σύνδρομο Down, Turner και Klinefelter είναι τα πιο συνηθισμένα που οφείλονται σε ανωμαλίες τέτοιου είδους. Επιπλέον, ασθένειες της εγκύου (ιλαρά, ερυθρά, και διάφορες άλλες λοιμώξεις), διάφοροι τραυματισμοί της ή η ακολουθία μιας κακής διατροφής, μπορούν να αποτελέσουν αίτια νοητικής στέρησης. Με την έγκυο σχετίζεται επιπλέον και η αιτία της ασυμβατότητας του Rh του αίματος της μητέρας με αυτό του εμβρύου όσο και διάφορες ανωμαλίες μεταβολισμού (PKU).

Τέλος, διάφορες δηλητηριάσεις από μόλυβδο μπορούν να αποβούν μοιραίες για την κατάσταση του παιδιού.

Περιγεννητικά αίτια: Πρόκειται για τα αίτια που σχετίζονται με τη διαδικασία της γέννησης και αυτά που συμβαίνουν κατά τη διάρκειά της. Τα κυριότερα αίτια από αυτά είναι η ανοξία και τραυματισμοί και αιμορραγία του εγκεφάλου. Παράλληλα, η περίπτωση μίας πρόωρης γέννησης καθιστά δυνατή την περίπτωση της νοητικής στέρησης του παιδιού.

Μεταγεννητικά αίτια: Πρόκειται για τα αίτια που σχετίζονται με την περίοδο μετά της γέννα και προφανώς αφορούν πλέον το παιδί ως μονάδα. Τέτοια αίτια είναι διάφορες μολυσματικές ασθένειες, υψηλός πυρετός ή ατυχήματα. Σε κάθε μία από αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να προκληθεί ζημιά στο παιδί που θα έχει ως αποτέλεσμα τη νοητική στέρηση. Και στο παιδί, όπως και στη μητέρα μπορεί να υπάρχουν ορισμένες μεταβολικές ανωμαλίες οι οποίες να είναι υπεύθυνες για την εγκεφαλική κατάσταση του παιδιού. Τέλος, κάποιοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως συναισθηματική αποστέρηση είτε στερημένο εκπαιδευτικό περιβάλλον μπορούν να προκαλέσουν κάποιας μορφής νοητική στέρηση στο παιδί.

Ταξινόμηση νοητικής καθυστέρησης

Ο δείκτης νοημοσύνης αποτελεί την πιο διαδεδομένη μορφή ταξινόμησης νοητικής καθυστέρησης. Ωστόσο, λόγω του γεγονότος ότι αποτελεί ένα ατομικό χαρακτηριστικό και από μόνος του δε βοηθάει στην εκπαιδευτική και μαθησιακή διαδικασία, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στην ερμηνεία του σχετικά με τις ικανότητες των νοητικά καθυστερημένων ατόμων. Λαμβάνοντας υπόψη αυτή τη μικρή λεπτομέρεια και αντιμετωπίζοντάς το δείκτη νοημοσύνης με προσοχή, αποτελεί ένα καλό και χρήσιμο εργαλείο για την κατηγοριοποίηση του ανομοιογενούς πληθυσμού. Από την κατηγοριοποίηση προκύπτουν πέντε ομάδες ατόμων νοητικής καθυστέρησης. Πρώτη είναι η ομάδα πληθυσμού με ελαφρά νοητική καθυστέρηση που διαθέτουν δείκτη νοημοσύνης από 50 – 55 έως 70. Αποτελούν όπως αναφέρει και το όνομά τους την πιο ήπια μορφή νοητικής καθυστέρησης. Δεύτερη, είναι η ομάδα πληθυσμού με μέτρια νοητική καθυστέρηση με δείκτη νοημοσύνης 35 – 40 έως 50 – 55. στη συνέχεια, υπάρχει η ομάδα με τη σοβαρή νοητική καθυστέρηση, στην οποία ο δείκτης νοημοσύνης “πέφτει” στα 20-25 έως 35 – 40. Προτελευταία ομάδα της κατηγοριοποίησης είναι αυτή με τη βαριά νοητική καθυστέρηση, όπου ο δείκτης νοημοσύνης κυμαίνεται κάτω από το όριο των 20 – 25. Τέλος, η ομάδα με την απροσδιόριστη νοητική καθυστέρηση. Σε αυτή την ομάδα, υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις και υποθέσεις για την ύπαρξη νοητικής καθυστέρησης που ωστόσο, ο δείκτης νοημοσύνης των παιδιών είναι αδύνατον να μετρηθεί με τη χρήση σταθμισμένων τεστ.

Με τη χρήση των ορίων αυτών του δείκτη νοημοσύνης, επιτυγχάνεται μία ομαδοποίηση του πληθυσμού, προκειμένου να είναι ευκολότερο να βοηθηθούν.

Χαρακτηριστικά ατόμων με νοητική καθυστέρηση

Ελαφρά νοητική καθυστέρηση

Πρόκειται για την πιο πολυάριθμη ομάδα ανάμεσα στα άτομα με νοητική καθυστέρηση, και συγκεκριμένα αποτελεί το 85 % του πληθυσμού των ατόμων με νοητική καθυστέρηση. Οι κυριότερες αιτίες είναι κοινωνικό – πολιτισμικού περιεχομένου, και ειδικότερα η κοινωνικό – πολιτισμική αποστέρηση (Παρασκευόπουλος, 1980). Ένα πολύ μικρό ποσοστό έχει αποδειχθεί πως είχε οργανικές παθολογίες. Η διάγνωση της πραγματοποιείται κυρίως κατά τα πρώτα χρόνια του δημοτικού σχολείου. Εκεί τα προβλήματα και οι δυσκολίες του

παιδιού είναι έκδηλες, κεντρίζοντας με αυτόν τον τρόπο την προσοχή των παιδαγωγών. Το εξωτερικά χαρακτηριστικά των ατόμων δε διαφέρουν από εκείνα των φυσιολογικών ατόμων. Δεν υπάρχουν διαφορές στο ύψος και το βάρος των παιδιών με νοητική καθυστέρηση. Η μόνη διαφορά που υπάρχει εντοπίζεται στη φυσική και κινητική τους κατάσταση, που λόγω της ύπαρξης νευρολογικών προβλημάτων παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα.

Άλλες διαταραχές που είναι πιθανόν να παρουσιάσουν άτομα της κατηγορίας είναι στην ομιλία τους, στο συντονισμό κινήσεων, βλάβες στην όραση ή την ακοή, χωρίς όμως να είναι βέβαιη η εμφάνιση τέτοιων χαρακτηριστικών (Πολυχρονοπούλου, 1995).

Τα άτομα αυτής της κατηγορίας έχουν αποδειχθεί πολύ ικανά τόσο στην κοινωνικής τους προσαρμογή όσο και στην επίτευξη ποικίλων επαγγελματικών στόχων. Αποτελούν ανεξάρτητα άτομα τα οποία είναι ικανά να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της κοινωνίας.

Μέτρια νοητική καθυστέρηση

Τα κύρια αίτια της είναι βιολογικά, είτε βλάβες που προκλήθηκαν από ατυχήματα ή και χαρακτηριστικά προσώπου. Η διάγνωση μπορεί να γίνει από τη βρεφική ή την πρώτη παιδική ηλικία. Αποτελεί το 10% του πληθυσμού των ατόμων με νοητική καθυστέρηση μολυσματικές ασθένειες κατά την ενδομήτρια, περιγεννητική, βρεφική ή νηπιακή περίοδο. Έχουν εμφανή εξωτερικά χαρακτηριστικά όπως το ύψος, το βάρος, η σωματική κατασκευή. Πιο αναλυτικά, η σωματική διάπλαση μπορεί να είναι αλλοιωμένη, το βάρος παραπάνω απ' όσο πρέπει σύμφωνα με το ύψος του και λοιπά.

Η κινητική τους ικανότητα είναι φτωχή και προκύπτουν ιδιαίτερα προβλήματα κατά τη λεπτή και αδρή κινητικότητα. Παρουσιάζουν πολλά προβλήματα και σοβαρά στην ακοή, την όραση, στο λόγο και την ομιλία. Κάποια από αυτά είναι προβλήματα άρθρωσης, φτωχό λεξιλόγιο, περιορισμένη ακουστική διάκριση, περιορισμένο επίπεδο κατανόησης, κ.α.. παρόλα αυτά, καταφέρνουν να αποκτήσουν τις βασικές σχολικές δεξιότητες, όπως ανάγνωση, γραφή, απλές αριθμητικές πράξεις.

Στον κοινωνικό τομέα είναι ικανά να προσαρμοστούν και να παρουσιάσουν κάποια στοιχεία απαραίτητα για μία ομαλή κοινωνική ζωή. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα της κατηγορίας είναι ικανά να επιδείξουν υπευθυνότητα, να προστατέψουν τον εαυτό τους από διάφορους κινδύνους, να αυτοεξυπηρετούνται, να σέβονται αντικείμενα και περιουσιακά

στοιχεία του σπιτιού τους ή της γειτονιάς τους. Είναι ικανά δηλαδή να ζουν μέσα σε μία κοινωνική ομάδα. Όσον αφορά τον επαγγελματικό τομέα, είναι ικανά να αναλάβουν ευθύνες, υπό την επίβλεψη κάποιου (Πολυχρονοπούλου, 1995).

Σοβαρή νοητική καθυστέρηση

Ο πληθυσμός αυτής ομάδας αποτελεί ένα μικρό ποσοστό της συνόλου των ατόμων με νοητική καθυστέρηση, ποσοστό της τάξης 3 – 4 %. Τα αίτια σε αυτήν την κατηγορία είναι βιολογικά, χωρίς να αποκλείεται και η πιθανότητα να οφείλεται ορισμένες φορές σε κάποιο ατύχημα ή ασθένεια κατά την προγεννητική, περιγεννητική ή τη μεταγεννητική περίοδο.

Τα άτομα της ομάδας έχουν εμφανή εξωτερικά χαρακτηριστικά, όπως αλλοίωση των χαρακτηριστικών τους στο πρόσωπο, γουρλωτά μάτια, παραμόρφωση στη στοματική κοιλότητα, που ακολουθούνται πολλές φορές και από εγκεφαλική παράλυση, απώλεια ακοής ή όρασης, ή συναισθηματικές διαταραχές. Η κινητική και φυσική τους κατάσταση παρουσιάζει πολλά προβλήματα σε όλα τα επίπεδα.

Η χρήση του λόγου είναι στοιχειώδης και συνοδεύεται από αρκετά προβλήματα άρθρωσης. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για τα άτομα αυτά στοχεύουν κυρίως στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και στην κοινωνική τους προσαρμογή. Τέλος, δεν είναι λίγες οι φορές, όπου τα άτομα χρήζουν αναγκαία την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Πολυχρονοπούλου, 1995).

Βαριά νοητική καθυστέρηση

Αποτελούν πολύ μικρό ποσοστό του πληθυσμού, 1 % - 2 % του γενικού συνόλου των ατόμων με νοητική υστέρηση. Η νοητική καθυστέρηση των περισσότερων οφείλεται σε νευρολογική διαταραχή.

Έχουν έκδηλα εξωτερικά χαρακτηριστικά που μαρτυρούν τη νοητική καθυστέρηση. Η κινητική τους ικανότητα είναι περιορισμένη, που όμως δύναται να βελτιωθεί ύστερα από κατάλληλη εκπαίδευση. Παρόμοια και στοχευμένη εκπαίδευση κρίνεται απαραίτητη για τη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων τους και της ικανότητας προσωπικής φροντίδας.

Τα εκπαιδευτικά τους, λοιπόν, προγράμματα, όπως και στη σοβαρή νοητική καθυστέρηση, στοχεύουν στην κοινωνική τους προσαρμογή σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον.

Απροσδιόριστη νοητική καθυστέρηση.

Η κατηγορία της απροσδιόριστης νοητικής καθυστέρησης περιλαμβάνει άτομα για τα οποία υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ύπαρξης νοητικής καθυστέρησης. Η διάγνωσή της πρέπει να χρησιμοποιείται ελεγχόμενα κι όταν έχουν εξαντληθεί όλα τα άλλα ενδεχόμενα. Τα άτομα της κατηγορίας, παιδιά, έφηβοι και ενήλικες, αδυνατούν να εξεταστούν σε σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης, καθώς είτε είναι ιδιαίτερα ανίκανοι είτε μη συνεργάσιμοι (DSM-IV, σελ. 42). Γενικά, όσο πιο μικρή είναι η ηλικία, τόσο πιο περίπλοκο είναι να ανιχνευθεί η ύπαρξή της.

Επιπτώσεις στη ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού και τη σχολική του πορεία.

Η νοητική καθυστέρηση αποτελεί μία κατηγοριοποίηση μιας ετερογενούς ομάδας, με διαφορετικά χαρακτηριστικά στα επίπεδα ψυχοσωματικής, νοητικής και ψυχοκοινωνικής λειτουργίας και εξέλιξης. Τα άτομα με νοητική καθυστέρηση παρουσιάζουν αρκετές ιδιαιτερότητες ως προς τον τρόπο που μαθαίνουν, που αναπτύσσονται, που συμπεριφέρονται. Καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους καλούνται να αντιμετωπίσουν πολλές δυσκολίες και εμπόδια, που για άλλους θεωρούνται δεδομένα. Η υπερπροσπάθεια που καταβάλλουν σε κάθε περίπτωση οφείλει να γίνεται αντικείμενο επαίνου και συνεχούς στήριξης.

Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών με νοητική καθυστέρηση σίγουρα επηρεάζεται από τις δυσλειτουργίες που παρουσιάζουν. Χαρακτηριστικά, προβλήματα στην επεξεργασία κοινωνικών προβλημάτων και στο χειρισμό συναισθημάτων, καθιστούν πολύ δύσκολη τη σύναψη φιλικών σχέσεων με συνομηλίκους. Τα παιδιά δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στα δεδομένα της παρέας, ή του παιχνιδιού, με αποτέλεσμα να απομονώνονται και να «κλείνονται» στον εαυτό τους. Κάθε ένα παιδί, κάθε ένας άνθρωπος επιθυμεί την επαφή με άλλα άτομα, τη δυνατότητα έκφρασης. Δυστυχώς, για τα παιδιά με

νοητική καθυστέρηση η προσαρμογή σε νέα δεδομένα αποτελεί μία δύσκολη αλλά όχι ακατόρθωτη επιχείρηση. (Guralnick, 2007). Μελέτες έχουν δείξει πως μέσω ειδικών παρεμβάσεων και συγκεκριμένων δραστηριοτήτων, τα παιδιά με νοητική υστέρηση είναι δυνατόν να βελτιώσουν ικανότητες προσαρμογής τους και να καταφέρουν να έχουν φιλικές σχέσεις. Βέβαια, η δυνατότητα αυτή εξαρτάται κι από το βαθμό νοητικής καθυστέρησης. Στις βαριές μορφές, αποτελεί ένα πολύ δύσκολο έργο, καθώς σε αυτές τις περιπτώσεις δεν καλύπτονται άλλοι πιο βασικοί παράγοντες.

Η δυσκολία σύναψης σχέσης και ανάπτυξης μιας κοινωνικής ζωής προκαλεί αρνητικά συναισθήματα στο παιδί. Ωθείται στην απομόνωση, τη μοναξιά και τον κοινωνικό αποκλεισμό. (Guralnick, 2007). Πέρα όμως, από τη δυσκολία αυτή, αρνητικά συναισθήματα προκαλούνται στα παιδιά κι από τη μη κατάκτηση μαθησιακών στόχων. Τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση, τα οποία καταβάλλουν προσπάθειες χωρίς πάντα να έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, το φαινόμενο είναι εντονότερο. Όπως είναι φυσικό, αυτό καταστρέφει την αυτό - εικόνα του παιδιού και τη αυτοπεποίθησή του, μειώνοντας έτσι το ενδιαφέρον για περαιτέρω προσπάθεια.

Στο ψυχικό κόσμο του παιδιού και στην ευημερία αυτού, μεγάλος και σημαντικός παράγοντας αποτελούν οι γονείς. Είναι οι πυλώνες του παιδιού, είναι και χρειάζεται να είναι οι πιο θερμοί υποστηρικτές του, οι οποίοι θα επικροτούν κι την παραμικρή επιτυχία του παιδιού. Ειδικά, τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση δημιουργούν πιο ισχυρούς δεσμούς εξάρτησης με το στενό του περιβάλλον.

Η σχολική πορεία των παιδιών με νοητική καθυστέρηση είναι λογικό να είναι ανάλογη των δυνατοτήτων τους. Εξαρτάται κι αυτή από τη μορφή νοητικής καθυστέρησης και άλλους εξωγενείς παράγοντες. Σε καμία περίπτωση, δε θα είναι ίδια με την πορεία των παιδιών δίχως νοητική καθυστέρηση, αλλά αυτό δε σημαίνει ότι δεν μπορεί να σημειώσει μία ανοδική πορεία. Το παιδί είναι ικανό να σημειώσει πρόοδο. Μία πρόοδο προσαρμοσμένη στα δικά του δεδομένα, στις δικές του δυνατότητες και στις δικές του ανάγκες. Ωστόσο, για να σημειωθεί αυτή η πρόοδος απαιτείται η ύπαρξη κατάλληλων συνθηκών.

Τα παιδιά βιώνουν τη ματαιώση και την αποτυχία σε αρκετά σημεία κατά τη σχολική τους πορεία. Κατανοούν εις βάθος πως διαφέρουν από τον υπόλοιπο πληθυσμό, κατανοούν πως δυσκολεύονται στην απόκτηση βασικών δεξιοτήτων, δημιουργώντας έτσι ένα αρνητικό και αποθαρρυντικό κλίμα. Σε αντιστοιχία πάντα με τους παράγοντες της νοητικής καθυστέρησης που ενυπάρχουν σε κάθε παιδί, διαφέρει και το αίσθημα αποτυχίας. Επακόλουθο του αισθήματος αυτού, είναι από τη μία πλευρά η ανάπτυξη περιορισμένων

δεξιοτήτων, η κατάκτηση επίσης περιορισμένων μαθησιακών στόχων και η καλλιέργεια πολλών δευτερευόντων προβλημάτων ψυχικής υγείας. Τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση παρουσιάζουν δυσκολίες και αρκετά προβλήματα και ως ενήλικες, καθιστώντας έτσι πολύ δύσκολη την ένταξή τους στην κοινωνία σε όλα της τα επίπεδα. Πάντα θα υπάρχουν προϋποθέσεις για τα άτομα αυτά. Αυτό βέβαια, δεν πρέπει να αποθαρρύνει τους εμπλεκόμενους, αλλά να τους «πεισμώνει» αν μπορεί να τεθεί έτσι, να καταφέρουν όλο και περισσότερα, ανατρέποντας τα έως τώρα δεδομένα.

Διάγνωση Νοητικής Στέρησης

Η διάγνωση μιας ασθένειας ή κάποιας διαταραχής τόσο στην πρόγνωση όσο και στη θεραπευτική παρέμβαση. Με τη βοήθεια της διάγνωσης μπορούμε να έχουμε μια πιο ακριβή και λεπτομερή γνώση σχετικά με τη φύση μιας ασθένειας, η οποία αφενός μας επιτρέπει να τη διακρίνουμε από άλλες ασθένειες και αφετέρου να τη διακρίνουμε από την κανονική – «φυσιολογική» κατάσταση, την κατάσταση δηλαδή η οποία είναι αποδεκτή από τον γενικότερο μέσο όρο.

Για να μπορέσουμε να καταλήξουμε στο αποτέλεσμα της διάγνωσης, πρέπει να συλλέξουμε στοιχεία, τα οποία με τη σειρά τους θα μας βοηθήσουν να περιγράψουμε το πρόβλημα με πιο λεπτομερή και σαφή τρόπο. Στη συνέχεια, θα ήταν συνετό να αξιολογήσουμε αυτό το πρόβλημα και τον βαθμό που αυτό επηρεάζει τόσο τη διάπλαση του ατόμου σε σχέση με τον ίδιο του τον εαυτό (χαρακτήρας, ψυχική διάθεση), όσο και τη διάπλασή του σε σχέση με τον υπόλοιπο κοινωνικό του περίγυρο (Αρμπουνιώτη και συν. 2007).

Στην περίπτωση της νοητικής υστέρησης, ως κυριότερα μέσα διάγνωσης θα μπορούσαν να θεωρηθούν τα διάφορα τεστ που κάνουν καταμέτρηση της νοημοσύνης και της λειτουργικότητας του ατόμου. Εδώ και χρόνια η νοητική λειτουργικότητα μετριέται από τις δοκιμασίες του νοητικού πηλίκου (IQ), σύμφωνα με το οποίο μια σημαντικά κάτω από το μέσο όρο νοητική λειτουργικότητα ορίζεται ως αυτή που δίνει νοητικό πηλίκιο εβδομήντα και κάτω. Το νοητικό πηλίκιο ουσιαστικά δημιουργήθηκε για να μπορέσουμε να διαπιστώσουμε με αριθμητικά δεδομένα τη σχέση που υφίσταται μεταξύ της χρονολογικής ηλικίας του κάθε ατόμου και της νοητικής του ηλικίας. Σύμφωνα με τους Γκαλλάν και Γκαλλάν, η νοητική ηλικία αντιστοιχεί στο επίπεδο νοητικής ανάπτυξης που έχει κατακτηθεί από το παιδί σε μια δεδομένη στιγμή της εξέλιξής του. Το νοητικό πηλίκιο

προκύπτει, αν διαιρέσουμε τη νοητική ηλικία (μετατρεμμένη σε μήνες) με τη χρονολογική ηλικία (μετατρεμμένη σε μήνες) και πολλαπλασιάσουμε το πηλίκο με το 100. Το πηλίκο αυτό ονομάζεται και δείκτης νοημοσύνης. Στον κανονικό πληθυσμό ο μέσος δείκτης νοημοσύνης είναι 100 και η τυπική απόκλιση 15 (Παρασκευόπουλος, 1980: 37-42). Για να μπορέσουμε να έχουμε ορθά αποτελέσματα κατά τη διαδικασία της διάγνωσης, είναι απαραίτητο να υπάρξει συνέντευξη με τους γονείς αλλά και με τους δασκάλους, καθώς επίσης και με τον ειδικό που έχει αναλάβει να παρακολουθεί το παιδί. Υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα στάδια διάγνωσης τα οποία πρόκειται να αναλυθούν στη συνέχεια.

Προγεννητική Διάγνωση

Η Προγεννητική Διάγνωση χρησιμοποιείται στην περίοδο της κύησης. Δεν χρησιμοποιείται για να δώσει κάποια ένδειξη για τον βαθμό της αναπηρίας, ούτε καταλήγει σε κάποια μορφή θεραπείας, αλλά χρησιμοποιείται μόνο για να παραταθεί η διακοπή της κύησης. Οι τεχνικές χρησιμοποίησης προγεννητικής διάγνωσης περιλαμβάνουν:

- Την Αμνιοκέντηση. Συνίσταται στη λήψη αμνιακού υγρού με σκοπό τη μελέτη διαφόρων τύπων (εμβρυϊκών κυττάρων) εξετάζοντας:
 - ✓ Την αναζήτηση κάποιας χρωμοσωμικής ανωμαλίας (καρυότυπο)
 - ✓ Την ανίχνευση φύλου του εμβρύου, το οποίο είναι σημαντικό για ορισμένες ασθένειες, όπως για παράδειγμα για την αιμοφιλία.
 - ✓ Την αναζήτηση DNA το οποίο αποτελεί τη βάση του κληρονομικού γενετικού υλικού των εμβρυϊκών κυττάρων.
 - ✓ Τη βακτηριολογική παρασιτική μελέτη του υγρού αναζήτησης ιών.
- Τη λήψη αίματος από το έμβρυο
- Το υπερηχογράφημα
- Την εμβρυοσκόπηση (Γκαλλάν, 1987).

Μεταγεννητική Διάγνωση

Σύμφωνα με το DSM-IV (American Psychiatric Association) για να γίνει η διάγνωση της νοητικής υστέρησης πρέπει να πληρούνται τα ακόλουθα τρία κριτήρια:

1. Διανοητική λειτουργία σημαντικά κάτω του μέσου όρου: Διανοητικό Πηλίκο

περίπου 70 ή λιγότερο σε ατομικά χορηγούμενη δοκιμασία νοημοσύνης (προκειμένου για βρέφη και νήπια κλινική εκτίμηση ότι η διανοητική λειτουργία βρίσκεται σημαντικά κάτω του μέσου όρου).

2. Ταυτόχρονα υπάρχουν ελλείμματα ή βλάβες στην τωρινή προσαρμοστική λειτουργικότητα (δηλαδή στην αποτελεσματικότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις σταθερές που αναμένονται για την ηλικία του από την πολιτισμική του ομάδα σε τουλάχιστον δύο από τους παρακάτω τομείς: επικοινωνία, αυτοεξυπηρέτηση, διαβίωση στο σπίτι, κοινωνικές/διαπροσωπικές δεξιότητες, χρησιμοποίηση των μέσων της κοινότητας, αυτοκατεύθυνση, λειτουργικές σχολικές δεξιότητες, εργασία, ελεύθερος χρόνος, υγεία και ασφάλεια.

3. Η έναρξη είναι πριν από την ηλικία των 18 ετών (Μάνος, 1997).

Τεστ Νοημοσύνης – Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-III)

Ένα από τα πιο διαδεδομένα και πιο αξιόπιστα τεστ για την αξιολόγηση της νοημοσύνης των παιδιών αλλά και των εφήβων στη σχολική ηλικία το οποίο χρησιμοποιείται ευρύτατα στη χώρα αλλά και παγκοσμίως είναι το τεστ νοημοσύνης WISC-III. Το συγκεκριμένο τεστ δημιουργήθηκε από τον Αμερικάνο Ψυχολόγο David Wechsler και κυκλοφόρησε στην πρώτη έκδοσή του το 1949. Από τότε και μετά από δύο αναθεωρήσεις το συγκεκριμένο τεστ έχει προσαρμοστεί στα δεδομένα και στις συνθήκες πολλών χωρών και σήμερα αποτελεί το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο ψυχομετρικό – κλινικό εργαλείο για την αξιολόγηση των νοητικών ικανοτήτων παιδιών ηλικίας από 6 έως 16 ετών. Η ελληνική έκδοση του WISC, βασίστηκε στη τελευταία, την Τρίτη την αναθεωρημένη αμερικάνικη έκδοση του 1991 και έχει όλα τα δομικά και ψυχομετρικά χαρακτηριστικά κλιμάκων νοημοσύνης, όπως την όρισε και προσπάθησε να την μετρήσει ο David Wechsler.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του Ελληνικού WISC – III είναι τα ακόλουθα:

- Το Ελληνικό WISC-III είναι κατάλληλο να χρησιμοποιείται για παιδιά από 6 έως 16 ετών. Για μικρότερα παιδιά, δηλαδή για παιδιά ηλικίας κάτω τω 6 ετών υπάρχει ένα άλλο κατάλληλο τεστ γνωστό με τα αρχικά WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence). Ακόμη υπάρχει ένα διαφορετικό τεστ για εφήβους, δηλαδή για άτομα άνω των 16 ετών γνωστό ως WAIS (Wechsler Intelligence Scale).

- Το Ελληνικό WISC-III αποτελείται από επιμέρους κλίμακες που η καθεμία αξιολογεί μια διαφορετική πλευρά της νοημοσύνης και που, όλες μαζί, εκφράζουν αυτό που αποκαλούμε γενική νοημοσύνη του παιδιού. Ο

Wechsler εκκινεί από την άποψη ότι η νοημοσύνη δεν είναι μονόσημη ικανότητα, αλλά μια σύνθετη λειτουργία, συναποτελούμενη από πολλές επιμέρους ικανότητες. Θα πρέπει, λοιπόν, το τεστ να περιλαμβάνει επιμέρους κλίμακες που να αξιολογούν τις πολλές αυτές διαφορετικές ικανότητες, οι οποίες, όλες μαζί, θα μας δείχνουν τη γενική νοητική ικανότητα του παιδιού.

Στο ελληνικό WISC-III έχουν περιληφθεί 13 επιμέρους κλίμακες, οι οποίες έχουν ως στόχο να αξιολογήσουν διάφορες νοητικές λειτουργίες, όπως για παράδειγμα την μνήμη, την αφαιρετική σκέψη, διάφορες αντιληπτικές ικανότητες και λοιπά. Από την

αθροιστική-στατιστική επεξεργασία αποτελεσμάτων των μετρήσεων στις επιμέρους αυτές κλίμακες εξάγεται, μεταξύ άλλων, ένας ψυχομετρικός δείκτης, το Πηλίο Γενικής Νοημοσύνης, το οποίο εκφράζει τη νοημοσύνη του παιδιού σφαιρικός-συνολικός.

- Το ελληνικό WISC-III αξιολογεί τη νοημοσύνη μέσω δυο διόδων επικοινωνίας, της ακουστικής-γλωσσικής και της οπτικής-κινητικής. Ο Wechsler υποστηρίζει ότι η νοήμων συμπεριφορά εκδηλώνεται με ποικίλες μορφές. Μια βασική διάκριση στον τομέα αυτόν το είδος του υλικού, ακουστικό-λεκτικό ή οπτικό-κινητικό, που καλείται να χειριστεί το άτομο νοητικός και να απαντήσει. Γι' αυτό, από τις 13 κλίμακες του ελληνικού WISC-III, μερικές χρησιμοποιούν ακουστικό-λεκτικό υλικό και, από την αθροιστική-στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων στις κλίμακες αυτές, εξάγεται ένας ενιαίος βαθμός για την λεγόμενη Λεκτική Νοημοσύνη, το Πηλίο Λεκτικής Νοημοσύνης και μερικές χρησιμοποιούν οπτικό-κινητικό υλικό και, από την αθροιστική-στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων στις κλίμακες αυτές, ένας ενιαίος βαθμός για την λεγόμενη Πρακτική Νοημοσύνη, το Πηλίο Πρακτικής Νοημοσύνης. Οι ενιαίοι βαθμοί σε καθένα από τα δυο αυτά είδη κλιμάκων, το Πηλίο Λεκτικής Νοημοσύνης και το Πηλίο Πρακτικής Νοημοσύνης εκφράζονται στην ίδια κλίμακα (έχουν τον ίδιο μέσο όρο 100 και την ίδια τυπική απόκλιση 15) ώστε να επιτρέπουν τη μεταξύ τους σύγκριση, προκειμένου να εντοπιστούν τυχόν ενδοατομικές διαφορές μεταξύ αυτών των δύο διόδων

επικοινωνίας. Η ενδοατομική αυτή αξιολόγηση του παιδιού έχει μεγάλη κλινική-διαγνωστική αξία.

- Το ελληνικό WISC-III, ως πολυθεματικό τεστ, βοηθάει στην ενδοατομική αξιολόγηση των νοητικών ικανοτήτων του παιδιού. Όπως ελέχθη και παραπάνω, καθεμία από τις 13 επιμέρους κλίμακες αξιολογεί μια επιμέρους διακριτή νοητική ικανότητα και, για καθεμία από τις κλίμακες αυτές εξάγονται δυο δείκτες, ο Τυπικός Βαθμός (scale score) και η Νοητική Ηλικία (test age) της κλίμακας, οι οποίοι δείχνουν την επίδοση του παιδιού στη συγκεκριμένη αυτή πλευρά της.

Οι 13 τυπικοί βαθμοί για τις επιμέρους κλίμακες του ελληνικού WISC-III έχουν εκφραστεί σε κοινή μετρική κλίμακα (σε όλες τις κλίμακες ο μέσος όρος είναι 10 και η τυπική απόκλιση 3). Έτσι, τα αποτελέσματα των μετρήσεων στις επιμέρους αυτές 13 κλίμακες είναι μεταξύ τους συγκρίσιμα. Η σύγκριση αυτή επιτρέπει να εντοπίζονται οι τυχόν διαφορές μεταξύ ποικίλων νοητικών ικανοτήτων μέσα στο ίδιο το παιδί. Η ενδο-ατομική αυτή αξιολόγηση έχει τεράστια ψυχοδιαγνωστική αξία στην κλινική πράξη, γιατί έτσι, είναι δυνατόν να εντοπιστούν τομείς ανάπτυξης του παιδιού, οι οποίοι χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής.

Οι 13 επιμέρους κλίμακες του ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ WISC - III στη σειρά χορήγησης τους.

1. Συμπλήρωση εικόνων
2. Πληροφορίες
3. Κωδικοποίηση
4. Ομοιότητες
5. Σειροθέτηση εικόνων
6. Αριθμητική
7. Σχέδια με κύβους
8. Λεξιλόγιο

9. Συναρμολόγηση αντικειμένων

10. Κατανόηση

11. Σύμβολα

12. Μνήμη αριθμών

13. Λαβύρινθοι

Η λεκτική κλίμακα αποτελείται από τις :

· Πληροφορίες

· Ομοιότητες

· Αριθμητική

· Λεξιλόγιο

· Κατανόηση

· Μνήμη αριθμών

Και η πρακτική κλίμακα αποτελείται από τη:

· Συμπλήρωση εικόνων

· Κωδικοποίηση

· Σειροθέτηση εικόνων

· Σχέδια με κύβους

· Συναρμολόγηση εικόνων

· Λαβύρινθοι

Αντιμετώπιση – πρακτικές συμβουλές για εκπαιδευτικούς

Σύμφωνα με τις σύγχρονες τάσεις που αφορούν στη θεώρηση και αντιμετώπιση της νοητικής υστέρησης δημιουργούν ένα τελειώς διαφορετικό πλαίσιο από αυτό που υπήρχε μέχρι τώρα. Πλέον, το κύριο μέλημα και η σημαντικότερη ανάγκη θεωρείται η ανάδειξη της μελέτης των κοινωνικών διαστάσεων που έχει πάρει το φαινόμενο της νοητικής υστέρησης, η οποία μελέτη περιλαμβάνει όχι μόνο την έρευνα αλλά και την παροχή υπηρεσιών στα άτομα που παρουσιάζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή. Πιο συγκεκριμένα, σταματάμε πλέον να τοποθετούμε τα άτομα με νοητική υστέρηση σε κατηγορίες και ομάδες με βάση το δείκτη νοημοσύνης τους, αλλά ξεκινά μια διαδικασία διάκρισης των ατόμων σε κατηγορίες και ομάδες με βάση τον βαθμό της υποστήριξης που χρειάζονται από το ευρύτερο περιβάλλον τους. Έτσι, τίθεται πλέον ως στόχος όχι η «θεραπεία» του ατόμου που έχει συμπτώματα από τη συγκεκριμένη διαταραχή, αλλά η δημιουργία μια γέφυρας, ενός «γόνιμου εδάφους» επικοινωνίας ανάμεσα στο συγκεκριμένο άτομο και στο περιβάλλον του. αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από διάφορες υποστηρικτικές υπηρεσίες που είναι δυνατόν να του παρέχονται σε όλες τις διαστάσεις της ζωής του.

Σε παλαιότερες περιόδους τα αίτια της συγκεκριμένης διαταραχής επικεντρώνονταν σε βιολογική ή πολιτισμική παθολογία. Με την πάροδο του χρόνου, αυτές οι αιτίες έχουν αντικατασταθεί από ένα οικολογικό μοντέλο αναπηρίας. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο η διαταραχή αυτή αποτελεί την έκφραση των περιορισμών στην ατομική λειτουργία σε ένα ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Συνεπώς το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου είναι αυτό που θα αναδείξει ή θα υπονομεύσει τη τάση του ανθρώπου, την οποία έχει από τη φύση του: να πάρει δηλαδή στα χέρια του τον έλεγχο της ζωής του όποτε και όσο μπορεί. Στην περίπτωση των ατόμων που παρουσιάζουν νοητική υστέρηση, δυστυχώς το περιβάλλον δεν ευνοεί καθόλου την κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, το περιβάλλον συνήθως χειραγωγεί αυτά τα άτομα και τα καθιστά ανεύθυνα, άβουλα και παθητικά απέναντι στη λήψη οποιασδήποτε πρωτοβουλίας χρειάζεται αν πάρουν για την ίδια τους τη ζωή. Αυτό συμβαίνει επειδή οι επιλογές και οι δυνατότητες που τους παρέχονται από την κοινωνία είναι πολύ λιγότερες από αυτές που παρέχονται στα άτομα που παρουσιάζουν τυπική ανάπτυξη. Έτσι, η έρευνα αρχίζει να επικεντρώνεται στα ίδια τα άτομα αλλά και στις οικογένειές τους και γενικότερα τα άτομα που τους επηρεάζουν, με απώτερο στόχο την καταγραφή των κοινωνικών διαστάσεων του φαινομένου αλλά και των προβλημάτων με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι φέροντας το βάρος του στίγματος της νοητικής υστέρησης. Ο Schalock, στηριζόμενος σε τέτοιου είδους έρευνες, εξέφρασε την άποψή του για την έννοια

της «ποιότητας ζωής», την οποία διακρίνει σε οχτώ βασικές περιοχές, οι οποίες συνθέτουν με τη σειρά τους την προσωπική ευημερία. Οι βασικές αυτές οχτώ περιοχές είναι:

- Διαπροσωπικές σχέσεις
- Κοινωνική ένταξη
- Προσωπική ανάπτυξη
- Φυσική ευημερία
- Αυτοπροσδιορισμός
- Υλική ευημερία
- Συναισθηματική ευημερία
- Ανθρώπινα δικαιώματα

Σύμφωνα με έρευνες δύο δεκαετιών καταλήγουμε στο ότι για κάθε μια περιοχή υπάρχουν και κάποια κοινά αποδεκτά κριτήρια. Επίσης, είναι σημαντικό το γεγονός ότι αυτές οι περιοχές αλληλοεπηρεάζονται.

Η έννοια της ποιότητας ζωής σχετίζεται άμεσα με την έννοια του αυτοπροσδιορισμού. Μην ξεχνάμε άλλωστε πως αποτελεί μία από τις βασικές περιοχές που επηρεάζει την προσωπική ευημερία του ατόμου. ο αυτοπροσδιορισμός λοιπόν σαν έννοια αναφέρεται στις στάσεις και στις ικανότητες που έχει ο κάθε άνθρωπος στη ζωή του προκειμένου να λαμβάνει αποφάσεις και να κάνει τις επιλογές του.

Ο Wehmeyer και οι συνεργάτες του ερεύνησαν τη νοημοσύνη σαν έννοια και την επίδραση τόσο αυτής όσο και του περιβάλλοντος στην ανάπτυξη του αυτοπροσδιορισμού και κατέληξαν να αναπτύξουν το λειτουργικό μοντέλο του αυτοπροσδιορισμού. Το λειτουργικό μοντέλο του αυτοπροσδιορισμού δημιουργήθηκε αρχικά για τα άτομα με νοητική υστέρηση και αναπτυξιακές διαταραχές. Ωστόσο, στην πορεία διαπιστώθηκε πως μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε άλλες κατηγορίες ατόμων με ειδικές ανάγκες, όπως για παράδειγμα με μαθησιακές δυσκολίες και με κινητικές αναπηρίες αλλά και σε άτομα τυπικής ανάπτυξης. Οι βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του αυτοπροσδιορισμού είναι τρεις:

1. Η ατομική ικανότητα, όπως επηρεάζεται από τη μάθηση και την ανάπτυξη

2. Η ευκαιρία, όπως επηρεάζεται από το περιβάλλον και τις εμπειρίες
3. Τα συστήματα υποστήριξης και οι προσαρμογές

Τα βασικά χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν ένα άτομο που έχει αναπτύξει την ικανότητα του αυτοπροσδιορισμού του είναι:

1. Η αυτονομία, η οποία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να δρα ανεξάρτητα και σύμφωνα πάντα με τις προσωπικές του προτιμήσεις και επιλογές
2. Η αυτορρύθμιση, η οποία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να εξετάζει, να διερευνά τις συνθήκες και τις συμπεριφορές του περιβάλλοντος έτσι ώστε να αποφασίζει τον τρόπο που θα ενεργεί και να αξιολογεί κατά πόσο τα αποτελέσματα των πράξεών του είναι επιθυμητά και στην πορεία και ανάλογα με την κατάσταση να τα αναθεωρεί.
3. Η ψυχολογικά ενδυνάμωση, η οποία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να έχει αντίληψη του ελέγχου λαμβάνοντας υπόψη του την γνώση, την προσωπικότητα και τα κίνητρα.
4. Η αυτοπραγμάτωση, η οποία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να γνωρίζει και να κατανοεί βαθύτερα τον εαυτό του. η ικανότητα αυτή διαμορφώνεται από το ίδιο το άτομο με βάση την αλληλεπίδραση και την αξιολόγηση, αλλά και την ανατροφοδότηση που λαμβάνει το άτομο από τα σημαντικά και στενά πρόσωπα που βρίσκονται στο περιβάλλον του.

Συνεπώς, όταν το άτομο με νοητική υστέρηση ζει και εξελίσσεται σε ένα περιβάλλον που κρατά υποστηρικτική στάση απέναντι στις επιλογές και τις αποφάσεις του, το άτομο νιώθει περισσότερο έτοιμο να λύσει τα προβλήματά του, να θέσει και να επιτύχει στόχους, να εξελίξει με λίγα λόγια τον αυτοπροσδιορισμό του.

Αντίθετα, όταν το άτομο με νοητική υστέρηση μεγαλώνει σε ένα περιοριστικό και υπερπροστατευτικό περιβάλλον, δεν του παρέχονται οι απαραίτητες ευκαιρίες για να κάνει τις επιλογές του και να συμμετάσχει ενεργά στα δρώμενα. Ένα τέτοιο περιβάλλον καθιστά το άτομο με νοητική υστέρηση παθητικό και ανήμπορο, θέτοντάς το στο περιθώριο. Δυστυχώς περιβάλλοντα σαν το πρώτο εμφανίζονται πολύ σπάνια στην σημερινή κοινωνία. Σίγουρα το θέμα του αυτοπροσδιορισμού, της δυνατότητας δηλαδή του ατόμου να λαμβάνει αποφάσεις, να θέτει στόχους, να συμμετέχει με δική του πρωτοβουλία στα κοινωνικά δρώμενα, να διαμορφώνει αξίες και ιδανικά, α είναι μια ολοκληρωμένη

προσωπικότητα θεωρείται ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία για την εκπαίδευση ατόμων με νοητική υστέρηση.

Ο ρόλος των γονέων στην εκπαίδευση

Σίγουρα η οικογένεια αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς, αν όχι τον πιο σημαντικό, φορείς που επηρεάζει άμεσα το άτομο με νοητική υστέρηση. Πρόκειται για το περιβάλλον μέσα στο οποίο περνά τον περισσότερο χρόνο του, άρα μαθαίνει να δρα και αν κοινωνικοποιείται. Συχνά τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος αποξενώνουν το παιδί λόγω της άγνοιάς τους για τη νοητική υστέρηση (Ασημόπουλος, 2003). Το οικογενειακό περιβάλλον σε συνεργασία με το εκπαιδευτικό περιβάλλον μπορούν να βοηθήσουν άμεσα το άτομο με νοητική υστέρηση και η πρόοδός του να είναι θεαματική, καθώς πρόκειται για μια διαταραχή η οποία είναι άμεσα συνδεδεμένη με το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο.

Η παρουσία ενός παιδιού με νοητική υστέρηση μπορεί να έχει πολλές και σημαντικές επιπτώσεις στην οικογένεια (ψυχολογικές, κοινωνικές, οικονομικές). Η διαπίστωση της νοητικής υστέρησης μέσα σε μια οικογένεια δυστυχώς μπορεί να προκαλέσει μεγάλο ψυχολογικό τραύμα. Πολλά τα συναισθήματα των γονιών που πληροφορούνται πως το παιδί τους παρουσιάζει νοητική υστέρηση. Κάποια από τα πιο συνηθισμένα είναι απογοήτευση, στενοχώρια, θυμός, ντροπή, σύγχυση). Φυσικά για την δημιουργία αυτών των συναισθημάτων ευθύνεται ένας και μόνος παράγοντας: η άγνοιά τους για το φαινόμενο και τις δυνατότητες βελτίωσής του.

Έτσι λοιπόν οι γονείς έρχονται αντιμέτωποι με ένα πρόβλημα για το οποίο χρειάζονται την καθοδήγηση από ειδικούς υποστηρικτές προκειμένου να μπορέσουν να το αντιμετωπίσουν. Σε αυτό το σημείο εμφανίζεται το ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό, το οποίο οφείλει να συνεργαστεί με τους γονείς για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος για το παιδί.

Πρέπει επίσης να σημειωθεί πως η οποιαδήποτε απόφαση για τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού, δεν μπορεί να ληφθεί αποκλειστικά και μόνο από τους εκπαιδευτικούς, χωρίς τη συγκατάθεση των γονιών. Επίσης, κάθε απόφαση σχετικά με το σχολικό και επαγγελματικό προσανατολισμό εξαρτώνται κατά κύριο λόγο από την δυνατότητα παραμονής του παιδιού

μέσα στην οικογένεια και από το είδος και το ποσοστό της φροντίδας που μπορεί να του δώσει η οικογένεια. Επιπλέον, το παιδί παραμένει κάτω από την άμεση επίδραση και φροντίδα της οικογένειας για πολύ χρόνο. Έτσι η οικογένεια γίνεται αποκλειστικός παράγοντας κοινωνικοποίησης σε όλα τα κρίσιμα στάδια της ανάπτυξης του.

Η Wolfendale διακρίνει τα βασικά σημεία στα οποία οι γονείς μπορούν να συμμετέχουν με όλο το σύστημα του σχολείου και των ειδικών επαγγελματιών. Ένας ρόλος εμπλοκής είναι όταν οι γονείς έρχονται στο σχολείο και προσφέρουν βοήθεια τη ώρα των μαθημάτων ή ως βοηθητικό προσωπικό στη τάξη. Ένας άλλος ρόλος είναι οι γονείς ως εκπαιδευτικοί στο σπίτι. Σε αυτή την περίπτωση έχουμε τη γονική εμπλοκή στο διάβασμα και τις σχολικές εργασίες. Επίσης μπορούν να υπάρξουν εργαστήρια γονέων – δασκάλων και προγράμματα εκπαίδευσης γονέων.

Μέσα στο πλαίσιο συνεργασίας σχολείου – σπιτιού, η γονική εμπλοκή και συνεργασία κατέχει πολύ σημαντική θέση. Για την υλοποίηση αυτού του στόχου, οι σχολικές εκθέσεις μπορούν να γίνουν μέσω της γραπτής επικοινωνίας και τη χρήση άλλων γλωσσών τις οποίες θα μπορούσαν να κατανοήσουν οι γονείς μαθητών διαφορετικών εθνικοτήτων. Επιπλέον, οι γονείς χρειάζεται να έχουν πρόσβαση στα αρχεία των παιδιών τους, να συμμετέχουν σε σχολικές οργανώσεις, σε ομάδες γονέων και δασκάλων, στο σχεδιασμό των σχολικών προγραμμάτων καθώς και στο σχολικό συμβούλιο. Παράλληλα, πρέπει να πραγματοποιούνται επισκέψεις εκπαιδευτικών στο σπίτι καθώς και η παροχή εκπαιδευτικών βιβλίων και εντύπων στους γονείς.

Στο πλαίσιο της κοινοτικής εκπαίδευσης πρέπει να δημιουργηθούν χώροι στο σχολείο για τους γονείς, ώστε και οι ίδιοι και οι άλλοι φορείς να έχουν την δυνατότητα της παρουσίας στο σχολείο. Ειδικά στη ειδική αγωγή, οι γονείς έχουν ένα μεγάλο βαθμό εμπλοκής μέσα από τοπικές και εθνικές οργανώσεις γονέων, των ομάδων στήριξης των γονέων, της κοινοτικής εκπαίδευσης και της συμμετοχής των γονέων σε κυβερνητικούς σχεδιασμούς. Μπορεί επίσης, να υπάρξει γονική εμπλοκή και παραπομπή στην αξιολόγηση και στα παρεμβατικά προγράμματα συμπεριφοράς και εκμάθησης.

Επιπρόσθετα, οι γονείς μπορούν να εργαστούν ως εκπαιδευτικοί στο σπίτι και μπορούν να βοηθήσουν στην ανάγνωση, μέσω της συμμετοχικής ανάγνωσης με το παιδί τους, της χρησιμοποίησης λεκτικών προτροπών, συνομιλιών και μοιράσματος διαφόρων εμπειριών ανάγνωσης. Επιπρόσθετα, μπορούν να βοηθήσουν στην κατάκτηση των μαθηματικών γνώσεων, χρησιμοποιώντας διαφορετικά σχήματα, τα οποία περιέχουν παιχνίδια, γρίφους και συνεργατικές δραστηριότητες αριθμητικής. Είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο γονικός ρόλος

στην μάθηση, όταν γίνεται με την μορφή παιχνιδιού, ψυχαγωγίας και πληροφόρησης (Tsibidaki,1999a).

Ο ρόλος των εκπαιδευτικών

Ο κάθε επαγγελματίας ξεχωριστά, ο οποίος ασχολείται με παιδιά με νοητική υστέρηση κατέχει πολύ σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία του παιδιού. Η αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής μεθόδου συνδέεται στενά με την προσωπικότητα και την εμπειρία του ειδικού. Πριν από την επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου που χρησιμοποιεί, πρέπει να συνδυάζει, να τροποποιεί και να προσδιορίζει τη συγκεκριμένη μέθοδο, η οποία θα βοηθήσει το παιδί να κατανοεί κάποια πράγματα και να κατανοείται καλύτερα. Σημαντική όμως είναι και η προσφορά των γονιών στη θεραπεία των παιδιών τους.

Η εκπαίδευση είναι μία από τις πιο σημαντικές και βασικές ‘θεραπείες’ για την νοητική υστέρηση καθώς με κατάλληλη εκπαίδευση, ακόμη και τα άτομα αυτά μπορούν να οριοθετηθούν και να αποκτήσουν σχετική αυτονομία. Ειδικότερα αυτά που αναγνωρίζονται με ήπια νοητική υστέρηση είναι περισσότερο εκπαιδεύσιμα και μάλιστα δύναται να αναπτύξουν ‘ακαδημαϊκές’ δεξιότητες μέχρι επιπέδου έκτης δημοτικού, με όμοια και τα επίπεδα που αναπτύσσουν ως προς την αυτάρκεια και την αυτονομία. Έτσι, με τη σωστή εκπαίδευση, μπορούν να καλύπτουν τις διάφορες ανάγκες τους και να έχουν ευκαιρίες να αναδείξουν και να αναπτύξουν τις δεξιότητες που μπορεί διαθέτουν. Η κατάλληλη εκπαίδευση που θα του προσφέρει όλα αυτά παρέχεται από ειδικά σχολεία ή τάξεις που φροντίζουν για την εκμάθηση της αυτοφροντίδας και των κοινωνικών δεξιοτήτων. Επιπρόσθετα παρέχεται από πολλά ειδικά σχολεία, διάφορους φορείς και σωματεία επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση με σκοπό και πάλι την αυτονομία.

Συμπεράσματα

Η νοητική καθυστέρηση αποτελεί μία απαιτητική ιδιαιτερότητα. Χρειάζεται την καλή και ουσιαστική συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων για την ορθή και λειτουργική οργάνωση και απόδοσή τους. Μέσα από τη μελέτη αυτή, διερευνήθηκε σφαιρικά το ζήτημα της νοητικής καθυστέρησης. πραγματοποιήθηκε μία μελέτη σχετικά με τα αίτια, την ανίχνευση, τη διάγνωση αλλά και την αντιμετώπισή της. Οι πληροφορίες αυτές είναι απαραίτητες για κάποιον που επιθυμεί ή πρόκειται να διαχειριστεί ένα παιδί με νοητική καθυστέρηση. Είναι

αναγκαία η πολύπλευρη κατάρτιση όλων των εμπλεκομένων προς όφελος πάντα των παιδιών.

Σε κάθε περίπτωση, το παιδί έχει ανάγκη από ένα υποστηρικτικό περιβάλλον πλούσιο σε ερεθίσματα. Γονείς και εκπαιδευτικοί αποτελούν τους καθοδηγητές των παιδιών και διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στη ζωή τους. Είναι αυτοί που θα τους προσφέρουν όσο το δυνατόν περισσότερα εφόδια για τη μετέπειτα ζωή τους. Ωστόσο, τόσο οι γονείς όσο και οι εκπαιδευτικοί έχουν ανάγκη υποστήριξης γιατί πολλές φορές θα έρθουν αντιμέτωποι με δύσκολες και μάταιες καταστάσεις.

Η διαφορετικότητα των παιδιών αυτών δεν πρέπει να τρομάζει κανέναν. Το κάθε ένα μέλος της κοινωνίας μπορεί να συνεισφέρει στη δημιουργία ενός καλύτερου κλίματος για τα παιδιά αυτά. Όλοι έχουν μία θέση στην κοινωνία. Το μόνο που χρειάζεται είναι θέληση και προθυμία για νέες διαδρομές.

Κεφάλαιο 4ο: Αυτισμός



Κι αν δεν είμαι το ιδεατό παιδί...

δεν το επέλεξα...

Άκουσέ με...

Γνώρισέ με...

Αγάπησε τη διαφορά μου...

Κι ίσως το ιδεατό παιδί να πάρει τη μορφή μου. (Τζιβνίκου, 2007)

Εισαγωγή

Κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός. Ο τρόπος με τον οποίο επικοινωνεί και χρησιμοποιεί τη γλώσσα για το σκοπό αυτό, είναι ιδιαίτερος και πολύ προσωπικός. Συνεπώς, η αντιμετώπιση των δυσκολιών που παρουσιάζονται στην επικοινωνία και στη χρήση της γλώσσας απαιτείται να είναι και αυτή μοναδική. Η Αυτιστική Διαταραχή ή Αυτισμός αποτελεί σοβαρή μορφή Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής (ΔΑΔ) και έχει χαρακτηριστεί ως διαταραχή «φάσματος» (spectrum disorder), που σημαίνει ότι η κλινική εικόνα του αυτισμού δεν είναι ομοιογενής, αλλά κυμαίνεται από ηπιότερες μέχρι βαρύτερες μορφές. Ένας συγκεκριμένος ορισμός για τον αυτισμό είναι δύσκολο να δοθεί, για το λόγο

ότι, παρουσιάζει διαφορές από το πλήθος των πηγών που προέρχεται από τους διάφορους επαγγελματίες- ειδικούς που εμπλέκονται, και από τους γονείς των παιδιών με αυτισμό. Παρ' όλα αυτά, ο αυτισμός θεωρείται ότι είναι μια εκ γενετής αναπτυξιακή διαταραχή του εγκεφάλου και το άτομο που πάσχει από αυτισμό ζει με αυτόν καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του. Είναι μια διαταραχή που εμποδίζει τα άτομα να κατανοούν σωστά όσα βλέπουν, ακούν και γενικά αισθάνονται κι έτσι αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις, την επικοινωνία και τη συμπεριφορά τους (Wing,2000).

Μέρος Α'

Ορισμός του Αυτισμού

Ο Αυτισμός είναι μια ισόβια , διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή που επηρεάζει συνολικά τη λειτουργικότητα του ατόμου και γίνεται εμφανής από τον πρώτο χρόνο ή το πολύ μέσα στο δεύτερο της ζωής του βρέφους (Volkmar, 1996), ή μέχρι την ηλικία των 30 μηνών.(Κρουσταλάκης, 1998).

Ο αυτισμός ανήκει στην ευρύτερη ομπρέλα των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (Δ.Α.Δ) μαζί με τον σύνδρομο Asperger, το σύνδρομο Rett, την παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή και την διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιορισμένη αλλιώς (DSM – IV, 1994) . Οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται από ελλείμματα σε πολλούς τομείς της ανάπτυξης (γλώσσα, επικοινωνία, συμπεριφορά, συναισθήματα, κοινωνικοποίηση)

Ο όρος «αυτισμός», όπως και ο όρος «σχιζοφρένεια», χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά από τον Ελβετό ψυχίατρο Eugen Bleuler (1911) για να περιγράψει διάφορες μορφές σχιζοφρένειας, όπως είναι η απώλεια επικοινωνίας με την πραγματικότητα, η αδιαφορία προς τον έξω κόσμο, η έλλειψη πρωτοβουλίας, η διαταραχή στην ένταση και στην έκταση της προσοχής, η «μοναχικότητα», η αποξένωση από το περιβάλλον κ.ά. (Asperger, 1994, Bally, 1965).

Η αυτιστική διαταραχή προσδιορίστηκε το 1943 από τον Leon Kanner, έναν ψυχίατρο στο πανεπιστήμιο Harvard University, ο οποίος στην πορεία της κλινικής του δουλειάς παρατήρησε 11 διαταραγμένα παιδιά που συμπεριφέρονταν με τρόπους ασυνήθιστους σε παιδιά με νοητική καθυστέρηση ή σχιζοφρένεια. Ο Kanner ονόμασε τον σύνδρομο αυτό “πρώιμο βρεφικό αυτισμό”, επειδή παρατήρησε ότι «από την αρχή υπάρχει μια ακραία

αυτιστική μοναχικότητα, η οποία, όποτε είναι δυνατό, παραβλέπει, αγνοεί και αποκλείει οτιδήποτε φτάνει στο παιδί από τον έξω κόσμο». (Kanner, L., 1943).

Αυτή λοιπόν η απομάκρυνση από την πραγματικότητα, και ταυτόχρονα η σχετική ή απόλυτη υπεροχή της εσωτερικής ζωής, είναι αυτό που ονομάζουμε αυτισμό. Ο αυτιστικός κόσμος γι' αυτούς τους ασθενείς είναι εξίσου πραγματικός όσο και η πραγματικότητα. Τα δύο είδη της πραγματικότητας δεν διακρίνονται τόσο συχνά στην διάρκεια της αρρώστιας, όπως συνέβαινε στην αρχή. (Bleuler E., 1988).

Το άτομο δηλαδή που παρουσιάζει το σύμπτωμα του αυτισμού, σύμφωνα με τον Bleuler, είναι τελείως κλεισμένο μέσα στην ψυχική του ζωή ως αιχμάλωτος, αλλά αυτό δεν σημαίνει πως στερείται εσωτερικής ζωής. «Όπως και η αυτιστική ευαισθησία, η αυτιστική σκέψη έχει τους δικούς της νόμους». (Bleuler E., 1926).

Μέρος Β'

Αιτιολογία εμφάνισης του αυτισμού

Το ερώτημα «Τι προκαλεί τον αυτισμό;» απασχολεί τους ερευνητές από την εποχή της πρώτης περιγραφής της διαταραχής μέχρι και σήμερα. Αυτό που οι μέχρι τώρα μελέτες δεν έχουν αποδείξει είναι ότι πιθανόν η λύση του «αινίγματος» είναι κοντά, αλλά αυτή δεν είναι μόνο μια. Ο αυτισμός είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή η οποία μπορεί να προκληθεί από διαφορετικές αιτίες και γεγονότα. (Βογινδρούκας Ι. , 2002)

Οι πρώτες θεωρίες για την αιτιολογία του αυτισμού υποστήριζαν ότι η εμφάνισή του οφειλόταν σε ψυχολογικούς παράγοντες. Αυτή η περιορισμένη και εσφαλμένη οπτική έχει αντικατασταθεί τα τελευταία χρόνια από θεωρίες που βασίζονται σε ερευνητικά στοιχεία που δείχνουν ότι οι γενετικοί και οι νευρολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία αυτού του αινιγματικού συνδρόμου

Ψυχολογικά αίτια

Ωστόσο, η πιο γνωστή ψυχαναλυτική πρόταση για τα αίτια του αυτισμού διατυπώθηκε από το Bruno Bettelheim (1967). Η βασική υπόθεση στηρίχθηκε σε παρατηρήσεις της απάθειας και της απελπισίας που εκλάμβαναν τα παιδιά, στα γερμανικά στρατόπεδα κατά την διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, από τους τρόφιμους, δημιουργώντας τους έτσι κάποια πιθανά κατάλοιπα που τα συνδύασε με το φαινόμενο του αυτισμού. Το σενάριο που

πρότεινε ο Bettelheim ήταν: «Ένα βρέφος έχει απορριπτικούς γονείς και αντιλαμβάνεται τα αρνητικά τους συναισθήματα, το βρέφος διαπιστώνει ότι οι πράξεις του έχουν ελάχιστη επίδραση στην ψυχρότητα των γονιών του και έτσι το παιδί φτάνει στο σημείο να πιστεύει ότι δεν μπορεί να ασκήσει καμία επίδραση στον κόσμο. Στην συνέχεια οικοδομεί το “άδειο οχυρό” του αυτισμού ως προστασία απέναντι στον πόνο και στην απογοήτευση. Εντούτοις, δεν υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία που να υποστηρίζουν τη θεωρία αυτή. Έχουν διατυπωθεί κι άλλες πιο πρόσφατες ψυχολογικές θεωρίες για τα αίτια του αυτισμού αλλά ούτε και γι’ αυτές υπάρχει εμπειρική υποστήριξη (Roser & Buchholz, 1996 – Tustin, 1994).

Άλλοι ψυχαναλυτές υπέθεσαν πως ο αυτισμός προκαλείται από συγκεκριμένες μαθησιακές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, όπως για παράδειγμα είναι η έλλειψη γονικής προσοχής ιδίως της μητέρας. Οι γονείς δηλαδή δεν μπορούν να ελέγξουν τη συμπεριφορά του παιδιού και το αποτέλεσμα είναι η αυτιστική διαταραχή. Ούτε αυτή η θεωρία είναι ερευνητικά υποστηριγμένη (Fester, 1961). Οι συγκεκριμένες ψυχολογικές θεωρίες ενοχοποιούν τους γονείς και τους κάνουν να νιώθουν ένα τεράστιο συναισθηματικό βάρος για τον αυτισμό του παιδιού τους. Έτσι καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι θεωρίες αυτές δεν είναι μόνο αβάσιμες αλλά και καταστροφικές.

Οργανικά Αίτια

Τραυματισμοί και Ασθένειες

Σε πολλά αυτιστικά παιδιά τα συμπτώματα του αυτισμού συνδέονται στενά με ασθένειες ή επιπλοκές που παρουσιάζονται κατά την προγεννητική, την περιγεννητική και μεταγεννητική περίοδο της ζωής τους και που οδηγούν σε διαταραχές των λειτουργιών του εγκεφάλου, δηλαδή σε ελαττωματική λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος (Κυπριωτάκης, 1997). Προγεννητικές επιπλοκές θεωρούνται οι ασθένειες και οι μολύνσεις της μήτρας που μπορεί να έχει μια μητέρα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πχ. η ανεμοβλογιά, η ερυθρά, η σύφιλη, η τοξοπλάσμωση και γενικά ασθένειες από τις οποίες μπορεί να νοσήσει η μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και να έχουν άμεσο αντίκτυπο και στο νεογνό. Στις περιπτώσεις αυτές, ο χρόνος εμφάνισης της διαταραχής μπορεί να καθυστερήσει και είναι δυνατό να ανακαλυφτεί ο αυτισμός και μετά το 3ο έτος της ηλικίας του παιδιού και οι επιπλοκές λόγω της λήψης επικίνδυνων φαρμάκων. Επίσης σημαντικός παράγοντας θεωρούνται οι αιμορραγίες στην μήτρα κατά τον 4^ο-8^ο μήνα της εγκυμοσύνης (Baron-Cohen & Bolton 1993) , στον πλακούντα και στον ομφάλιο λώρο. Επίσης επιπλοκές μπορεί να προκύψουν και την στιγμή της γέννας (πχ. κακώσεις στην

εγκέφαλο, ασφυξία κ.ά.). Μιας τέτοια μορφή επιπλοκής είναι πιο συχνή στα αυτιστικά παιδιά. (Innerhofer/ Klicpera, 1988). Επιπλέον, κάποιες βλάβες στον εγκέφαλο στην φάση της μεταγεννητικής περιόδου, μπορούν να οδηγήσουν στην παρουσία αυτισμού. Θα πρέπει όμως να τονιστεί πως από μόνα τους αυτά τα αίτια δεν προκαλούν αυτισμό, εκτός και αν συνδυαστούν με βιολογικούς παράγοντες.

Βιοχημικά αίτια

Ήδη από την δεκαετία του '70 άρχισαν να πραγματοποιούνται έρευνες με σκοπό την διαπίστωση της σχέσης ανάμεσα στον αυτισμό και τις βιοχημικές διαταραχές (Innerhofer/Klicpera, οπó. 155κε., Kehrer, 1989, 82κε., Rutter, 1987, 22-23). Σήμερα λοιπόν γνωρίζουμε ότι περιγράφηκαν περιπτώσεις παιδιών με τον σύνδρομο του αυτισμού σαν αποτέλεσμα διαταραχών στο μεταβολισμό ή διαταραχών στο ενδοκρινικό σύστημα. Οι πιο γνωστές είναι:

-Φαινυλκετονουρία

Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν στον τομέα των βιοχημικών παραγόντων που επιφέρουν αυτισμό, προστίθεται και η φαινυλκετονουρία. (Κυπριωτάκης, 1995, - Κωνστανταρέα, 2001). Πρόκειται για μια κληρονομική διαταραχή που οφείλεται στην έλλειψη ηπατικού ενζύμου και την μετατροπή της σε τυροσίνη (Κυπριωτάκης, 1984, 16). Τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή παρουσιάζουν πνευματική καθυστέρηση και επιληπτικές κρίσεις. Μια λύση που δίνεται από τους γιατρούς είναι τα παιδιά που έχουν το γονίδιο αυτό να μπαίνουν σε δίαιτα.

-Ιστιαδιναιμία

Είναι μια σπάνια κληρονομική διαταραχή που συχνά ακολουθεί τον αυτιστικό σύνδρομο.

-Νευροδιαβιβαστές

Μια ιδιαίτερη ομάδα ουσιών του νευρικού συστήματος είναι οι νευροδιαβιβαστές. Πρόκειται για ενεργοποιές ουσίες που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν τη μεταβίβαση των μηνυμάτων από νεύρο σε νεύρο διαμέσου των συνάψεων (Κυπριωτάκη, 1986, 19-20).

Μεταξύ των νευροδιαβιβαστών η σεροτονίνη είναι αυτή που έχει ερευνηθεί περισσότερο. Η σεροτονίνη επηρεάζει την λειτουργία του ύπνου, τη θερμοκρασία του σώματος, το αίσθημα του πόνου, την αντίληψη, την σεξουαλική συμπεριφορά, την κίνηση, την λειτουργία των αδένων, των νεύρων, την όρεξη για φαγητό, την μάθηση, την μνήμη, το ανοσοποιητικό σύστημα κ.ά. Η ποσότητα της σεροτονίνης μεταβάλλεται σημαντικά μέσα στο αίμα κατά τις διάφορες ώρες του εικοσιτετράωρου και ίσως αυτό να οφείλεται στις καταστάσεις που βρίσκεται ο οργανισμός. Φαίνεται όμως να ασκούν κάποιο ρόλο το άγχος, η ανησυχία κ.ά. Έρευνες που διεξήχθησαν για να προσδιορίσουν την σχέση ανάμεσα στην ποσότητα σεροτονίνης στο αίμα και τον αυτισμό έδειξαν ότι το 1/3 περίπου των αυτιστικών παιδιών παρουσιάζει μεγαλύτερη ποσότητα σεροτονίνης, ενώ σε πολλά αυτιστικά παιδιά η ποσότητα της σεροτονίνης είναι κανονική και σε άλλα βρίσκεται κάτω από το κανονικό (Kehrer, ό.π., 83, Rutter, ό.π. 22, Kusch/Petermman, 1990, 41). Πιθανώς δηλαδή να υπάρχει πλεονασμός ή έλλειψη κάποιου νευροδιαβιβαστή ή να στερείται ο οργανισμός κάποιου ενζύμου, όπως συμβαίνει με ορισμένες σπάνιες μορφές αναπτυξιακών διαταραχών (Κυπριωτάκης, 1997).

-Ενδορφίνες

Οι ενδορφίνες είναι νευροπολυπεπτίδια που σχηματίζονται στον εγκέφαλο ή στην υπόφυση και παίζουν ρόλο ενδογενούς μορφίνης. Η δυνορφίνη είναι μια μορφή ενδορφίνης, αυξάνεται σημαντικά δύο περίπου ώρες μετά από ένα τραυματισμό στο αίμα και επενεργεί κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να ελαττώνεται η ποσότητα του αίματος στο πληγωμένο μέρος, να ακολουθεί στη συνέχεια η μείωση του πόνου και η ανακούφιση. “Τα συμπτώματα του αυτιστικού συνδρόμου θα ήταν δυνατό να οφείλονται σε μια αυξημένη ενέργεια της ενδορφίνης στον εγκέφαλο” (Sahley/ Panksepp, 1987, στου Kehrer, ό.π. 84).

Σε πολλά αυτιστικά παιδιά παρατηρείται το φαινόμενο του αυτοτραυματισμού. Αυτό εκδηλώνεται ενδεχομένως εξαιτίας διαταραχών στο σύστημα των ενδορφινών ακόμη και πριν από τη γέννηση. Πληροφορούμαστε, επίσης, ότι ποσοστό 55% των αυτιστικών παιδιών έχουν υψηλούς δείκτες ενδορφίνης και τάσεις αυτοτραυματισμού. Στα Βιοχημικά αίτια κατατάσσονται επίσης: **ο Υποθυρεοειδισμός, οι Μονοαμίνες και οι Ντοπαμίνες** (Κυπριωτάκης, 1997).

Γενετικά Αίτια

Η υπόθεση να υπεισέρχονται οι κληρονομικοί παράγοντες στην αιτιολογία του αυτισμού φάνηκε στην αρχή απίθανη, εφόσον οι μέχρι τότε έρευνες δεν είχαν ανακαλύψει δυο αυτιστικά μέλη στην ίδια οικογένεια και επίσης επειδή οι πρώιμες χρωμοσωμικές μελέτες δεν ανακάλυψαν κάποια χρωμοσωμική ανωμαλία. Η άποψη αυτή όμως άλλαξε εξαιτίας των ευρημάτων μεταγενέστερων ερευνών. Σε έρευνες, βρέθηκε ότι η συχνότητα του αυτισμού σε αδέρφια είναι 2% και αυτό θεωρήθηκε πολύ υψηλό ποσοστό σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. (Βογινδρούκας, 2002).

Το πρώτο στοιχείο ότι ο αυτισμός μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες παρουσιάστηκε το 1971, όταν σε μια μελέτη πανομοιότυπων διδύμων διαπιστώθηκε ότι, αν ένα από τα πανομοιότυπα δίδυμα είχε αυτισμό, στις 90 από τις 100 περιπτώσεις, ήταν πιθανό να έχει και το άλλο. Άλλες μελέτες σε αδέρφια παιδιών με αυτισμό έδειξαν, επίσης, ότι αυτά ήταν πιο πιθανό να παρουσιάζουν ενδείξεις αυτισμού από ότι παιδιά που δεν είχαν αδέρφια με αυτισμό. Τα τελευταία χρόνια η κατάσταση είναι πιο ξεκάθαρη. Έχουν γίνει αρκετές μελέτες προκειμένου να χαρτογραφηθούν όλα τα γονίδια στα ανθρώπινα χρωμοσώματα. Έτσι, έχει αρχίσει να λύνεται το μυστήριο που κρύβεται πίσω από πολλές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένου και του αυτισμού. Θεωρείται, λοιπόν, ότι ο αυτισμός οφείλεται σε σύνθετες αλληλεπιδράσεις 3 έως 15 ή και περισσότερων γονιδίων. Το 2001 ερευνητές αναγνώρισαν ένα από τα γονίδια, το ονομαζόμενο WNT2, που μπορεί να εμπλέκεται στον αυτισμό. Παρότι πρέπει να γίνουν περισσότερες έρευνες υπάρχει πλέον ελπίδα ότι τα επόμενα χρόνια θα είμαστε σε θέση να αναγνωρίζουμε όλα τα γονίδια που εμπλέκονται στον αυτισμό (www.autismhellas.gr)

Χρωμοσωμικές Ανωμαλίες

Χρωμοσωμικές έρευνες και η ανακάλυψη του εύθραυστου – X, έδειξαν ότι ένα ποσοστό των παιδιών με αυτισμό εμφάνισαν αυτήν την ανωμαλία στο X χρωμόσωμα, δηλαδή μια εύθραυστη περιοχή στο μακρύ μέλος αυτού του χρωμοσώματος. (Βογινδρούκας, 2002). Το εύθραυστο – X σύνδρομο παρατηρείται συνήθως στα αγόρια. Τα άτομα που προσβάλλονται από αυτό το σύνδρομο εμφανίζουν γλωσσικές ανωμαλίες πολλές από τις οποίες θυμίζουν αυτισμό. Δύο άλλα συμπτώματα των ατόμων που εμφανίζουν το εύθραυστο –X σύνδρομο είναι η έντονη αποφυγή της βλεμματικής επαφής και η αποστροφή της ανθρώπινης επαφής. (Frith, 1994). Η πρώτη αναφορά για τη σχέση του αυτισμού με το εύθραυστο – X υποστήριζε ότι αυτό υπάρχει στο 16% των παιδιών με

αυτισμό, μεταγενέστερες όμως μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα απέδειξαν ότι το ποσοστό συνύπαρξης αυτισμού και εύθραυστου – Χ είναι περίπου 2,5%. (Βογινδρούκας, 2002).

Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι πιθανότατα δεν κληρονομείται ο αυτισμός αυτός καθαυτός, αλλά μάλλον μια ευρύτερη προδιάθεση για γλωσσικές και γνωστικές διαταραχές. Η αυτιστική διαταραχή απαντά στα αδέρφια των παιδιών με αυτισμό 50 φορές συχνότερα (2%) από ότι στο γενικό πληθυσμό (0,04%). (Γενά, 2002).

Σωματικές παραμορφώσεις και αυτισμός:

Πολλές έρευνες των τελευταίων ετών, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο αυτισμός συνοδεύεται συνήθως και από μικρές σωματικές παραμορφώσεις-ανωμαλίες. Έτσι, τα αυτιστικά παιδιά, σε σύγκριση με τα «φυσιολογικά», εμφανίζουν πιο συχνά κάποια σωματικά ελαττώματα, όπως: ασυμμετρία αυτιών, συμφύσεις αυτιού, πτερυγίων, παραμορφωμένα αυτιά, προγναθία, ψηλό ουρανίσκο, αυλακωτή γλώσσα, μικρό και κυρτωμένο το πέμπτο δάκτυλο, ηλεκτρισμένα μαλλιά κτλ. Η παρουσία αυτών των μικρών σωματικών ανωμαλιών- παραμορφώσεων μπορεί να οφείλεται σε επιπλοκές κατά την περίοδο της ενδομήτριας ζωής του εμβρύου, την περίοδο της βλαστογένεσης και την περίοδο της εμβρυογένεσης και αυτό να έχει ως συνέπεια την ύπαρξη αυτιστικών στοιχείων. «Με βάση την ηλικία της μητέρας κατά τη στιγμή της γέννησης του παιδιού και τη παρουσία του αυτισμού, τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αλληλοσυγκρουόμενα. Έτσι π.χ. οι έρευνες του Links (1980), οδήγησαν στο συμπέρασμα της ύπαρξης θετικής συνάφειας ανάμεσα στην ηλικία της μητέρας και την παρουσία του αυτισμού, ενώ οι έρευνες των Quinn και Rapoport (1974) έδειξαν ότι η παράμετρος ηλικία της μητέρας ουδόλως σχετίζεται με την παρουσία του αυτισμού» (Κυπριωτάκης, 2003, 33).

Συχνότητα Εμφάνισης του Αυτισμού

Η καταγεγραμμένη συχνότητα της διαταραχής του αυτισμού στον πληθυσμό εξαρτάται αποφασιστικά από τον τρόπο με τον οποίο αυτή η διαταραχή διαγιγνώσκεται και ορίζεται. (Harpe, 2003). Εκτιμάται ότι υπάρχουν 1-2 παιδιά με αυτισμό, ανά 1.000 παιδιά, ενώ μετρώντας τα παιδιά με Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή (Δ.Α.Δ.) το νούμερο ανέρχεται σε 6-7 περιπτώσεις ανά 1.000 παιδιά. (Βαρβόγλη, 2006). Όλες οι επιδημιολογικές μελέτες

δείχνουν έναν σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό αγοριών απ' ό τι κοριτσιών με αυτισμό. Η αναλογία αγοριών και κοριτσιών ποικίλει από 2:1 σε σχεδόν 3:1. Η αναλογία φύλου φαίνεται να ποικίλει με βάση την οικεία ικανότητα: τα περισσότερα κορίτσια με αυτισμό είναι στο κατώτερο άκρο της διακύμανσης της ικανότητας, ενώ στο ανώτερο άκρο της ικανότητας (Σύνδρομο Asperger) τα αγόρια μπορεί να υπερτερούν των κοριτσιών σε αναλογία 5:1. (Harpe, 2003).

Δεν είναι ξεκάθαρο αν πράγματι υπάρχει αύξηση των περιστατικών αυτισμού ή αν η αύξηση αυτή αντανακλά το γεγονός, ότι τα διαγνωστικά κριτήρια έχουν διευρυνθεί και αναγνωρίζονται γενικά οι αυτιστικές διαταραχές και λόγω της διάδοσης της γνώσης αναγνωρίζονται ευκολότερα τα στοιχεία του αυτισμού και γίνονται περισσότερες και ακριβέστερες διαγνώσεις (Βαρβόγλη,2006).

Η κατανομή των παιδιών με αυτισμό στα διάφορα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, παρά τις αρχικές αντιλήψεις ότι εντοπιζόνταν στις οικογένειες υψηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, είναι ανεξάρτητη από το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, όπως απέδειξαν τα ευρήματα δημογραφικών ερευνών για τον αυτισμό. Επιπλέον, η συχνότητα του αυτισμού είναι ανεξάρτητη από τις φυλετικές καταβολές. (Γενά,2002).

Που οφείλεται η δραματική αύξηση των περιστατικών;

Ο αριθμός των νέων περιστατικών αυτισμού παρουσιάζει μια σημαντική αύξηση. Σήμερα, σε ορισμένες χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, υπολογίζεται ότι ο αυτισμός επηρεάζει 1 παιδί στα 200. Σε άλλες χώρες αναφέρονται στοιχεία που δείχνουν ότι επηρεάζονται 1 στα 500

Σε σύγκριση με τη συχνότητα της ασθένειας στη δεκαετία του 1970, αυτό αντιστοιχεί με περίπου 10 φορές αύξηση. Στη δεκαετία του 1960 ο αυτισμός θεωρείτο ότι ήταν μια σπάνια πάθηση. Ο λόγος είναι ότι η συχνότητα που είχε υπολογιστεί τότε, ήταν μόνο 4 έως 5 περιστατικά για κάθε 10.000 άτομα. Ο αυτισμός επηρεάζει τα παιδιά ανεξάρτητα από το κοινωνικό επίπεδο και την εθνική ή φυλετική προέλευση. Τα αγόρια επηρεάζονται συχνότερα από τα κορίτσια. Η συχνότητα στα αγόρια είναι 3 έως 4 φορές μεγαλύτερη παρά στα κορίτσια.

Εάν σε μια οικογένεια υπάρχει ένα παιδί με αυτισμό, η πιθανότητα για την οικογένεια αυτή να έχει ακόμη ένα παιδί με αυτισμό, είναι της τάξης του 5% έως 10%. Αντίθετα, σε μια

οικογένεια που δεν υπάρχει περιστατικό αυτισμού, η πιθανότητα να προσβληθεί ένα παιδί με αυτισμό είναι της τάξης του 0,1% έως 0,2%.

Όλες οι έρευνες επισημαίνουν την υπεροχή του αυτισμού στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, αναλογία 3:1, αλλά δείχνουν και ότι τα κορίτσια με αυτισμό παρουσιάζουν περισσότερα σοβαρά μειονεκτήματα σε όλες σχεδόν τις ελεγχόμενες ικανότητες από ότι τα αγόρια με αυτισμό. Τα κορίτσια για παράδειγμα, παρουσιάζουν μη λεκτικό Δείκτη Νοημοσύνης(Δ. Ν.) 40, ενώ τα αγόρια 44 (Βογινδρούκας ,2002). Αν και οι μέσοι όροι των Δ.Ν. απέχουν μόνο λίγες μονάδες μεταξύ τους, δείχνουν ωστόσο μια σημαντική μεταβολή εφόσον προέρχονται από μεγάλες ομάδες παιδιών. Ακόμη τα κορίτσια έχουν χαμηλότερο επίπεδο γλωσσικών και αντιληπτικών ικανοτήτων και περισσότερες δυσκολίες στην αξιολόγηση απλών ικανοτήτων της καθημερινής ζωής. Ωστόσο όσον αφορά το παιχνίδι, το συναίσθημα ή την ικανότητα σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων, τα κορίτσια παρουσιάζουν τις ίδιες δυσκολίες, αλλά όχι περισσότερες, σε σχέση με τα αγόρια. Αυτό είναι ένα σημαντικό εύρημα που δηλώνει ότι τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα, που αποτελούν ζωτικές πλευρές του αυτισμού, είναι σχετικά ανεξάρτητα από τις διανοητικές ικανότητες και τις επίκτητες δεξιότητες. (Frith,1994).

Κλινική Εικόνα του Αυτισμού

Παρακάτω παραθέεται μια λίστα «σημείων» που ανευρίσκονται συχνότερα κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής των αυτιστικών παιδιών, χωρίς όμως να διατείνεται ότι αποτελούν πρόδρομα ειδικά στοιχεία. (Delion, 2000).

Από 0 έως 1 μηνός

- Το βρέφος είναι πολύ μαλθακό, πολλές φορές πάρα πολύ μαλθακό, σαν παράλυτο, όταν πηγαίνει κάποιος να το πάρει.
- Γενικά φαίνεται διαφορετικό.
- Δεν έχει βλεμματική επαφή.
- Δεν παρακολουθεί κάποιο αντικείμενο που κινείται.
- Είναι αδιάφορο σε οποιαδήποτε προσφορά και περιποίηση, είναι δυνατόν δε, να φωνάζει, αντιδρώντας όταν του προσφέρονται.
- Δεν αντιδρά στο άκουσμα φωνής.
- Πρώιμες δυσχέρειες ή δυσκολίες στον ύπνο.

- Δυσκολίες στην διατροφή του, με αντιδράσεις μη αποδοχής του στήθους ή της ειδικής φιάλης για το φαγητό του.
- Το πιπίλισμα του δακτύλου γίνεται διαφορετικά, δηλαδή σε αργότερο ρυθμό και αδέξια.

Από 1 μηνός έως 6 μηνών

- Απουσία στάσης προσδοκίας και συνολικότερα ανωμαλίες της κινητικότητας και της τονικότητας: υποτονία, υποδραστηριότητα, αδυναμία εναρμόνισης στην αγκαλιά της μητέρας.
- Συγκρατεί άσχημα το κεφάλι του.
- Πάρα πολύ ήσυχο, μέσα σε μια αρρωστημένη ησυχία.
- Σοβαρές δυσχέρειες του βλέμματος.
- Πρόσωπο εντελώς αδιάφορο, αρκετά σοβαρό.
- Σχεδόν καμία προσοχή στα διάφορα πρόσωπα.
- Δεν αντιδρά καθόλου στην ανθρώπινη φωνή (εντύπωση κωφότητας).
- Δεν γελά ή τουλάχιστον πάρα πολύ λίγο. (Καρπαθίου, 1994)

Από 6 έως 12 μηνών

- Ανάπτυξη περιέργων στάσεων.
- Μοναχικές δραστηριότητες: παιχνίδι με τα δάκτυλα και με τα χέρια μπρος στα μάτια, ταλαντεύσεις.
- Ασυνήθης χρήση των αντικειμένων (ζύσιμο, τρίξιμο).
- Απουσία ενδιαφέροντος για τα άτομα (έλλειψη επαφής).
- Λίγες ή καθόλου φωνητικές εκπομπές.
- Επιβεβαίωση των κινητικών ιδιαιτεροτήτων: υποτονία (μερικές φορές υπερτονία), υποδραστηριότητα (μερικές φορές διέγερση).

Από 1 έως 2 χρονών

- Η ανάπτυξη του λόγου αποτελεί τη βασική έγνοια.
- Τα παιχνίδια είναι πτωχά και οι στερεοτυπίες εμφανίζονται ή αναπτύσσονται.
- Η συνήθης αδιαφορία έρχεται σε αντίθεση με ορισμένα πολύ ζωντανά ενδιαφέροντα (για κινήσεις, φωτισμούς, μουσική...).
- Ορισμένα σημεία είναι αποκαλυπτικά αλλά ασταθή (αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ακρωτηριασμού).

Έτσι σύμφωνα με τη νευροψυχολογική αντίληψη, το ειδικό έλλειμμα του αυτισμού αποκαλύπτεται πραγματικά μετά τους 18 μήνες, και οι πιθανές προηγούμενες ενδείξεις, εφόσον αυτές υπάρχουν, χάνονται μέσα στη μάζα των συμπτωμάτων που έχουν να κάνουν με άλλες δυσλειτουργίες στη σχέση. (Delion, 2000).

Τα χαρακτηριστικά του αυτισμού

- ✓ Ποιοτικές δυσκολίες στην κοινωνική κατανόηση, συναλλαγή και συναισθηματική αμοιβαιότητα.
 - ✓ Δυσκολίες στον τρόπο επικοινωνίας και στην γλώσσα
 - ✓ Ανομοιογενή ανάπτυξη γλωσσικών λειτουργιών
 - ✓ Περιορισμένο, στερεότυπο, επαναλαμβανόμενο ρεπερτόριο δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων.
 - ✓ Συχνά ανακόλουθη επεξεργασία αισθητηριακών προσλήψεων
- Οι δυσκολίες και οι περιορισμοί αυτοί, που ποικίλουν σε βαρύτητα από άτομο σε άτομο, αποτελούν χαρακτηριστικό που επηρεάζει συνολικά τη λειτουργία του.

Το παιδί μου έχει ΑΥΤΙΣΜΟ και είναι διαφορετικό απο το δικό σου διότι:



Τομείς Δυσλειτουργίας

Επικοινωνιακός Τομέας

Το εύρος των ελλειμμάτων στην επικοινωνία του ατόμου με αυτισμό είναι πολύ σημαντικό –εκτείνεται από το εξ ολοκλήρου άλαλο παιδί με αυτισμό που δεν χρησιμοποιεί ακόμα ούτε χειρονομία, το ηχολαλικό παιδί της ίδιας ομάδας που παπαγαλίζει ολόκληρες προτάσεις οι οποίες φαίνεται να μην έχουν καμία σχέση με τα συμφραζόμενα ή το παιδί με αυτισμό που χρησιμοποιεί με ακαμψία κάποιες απλές λέξεις όπως του ζητείται, ως το παιδί με σύνδρομο Asperger, που για την ευχερή αλλά, στην ουσία, παράδοξη ομιλία του (Harpe, 2003).

Η διαταραχή της επικοινωνίας χαρακτηρίζεται από:

- Απουσία κάθε επιθυμίας για επικοινωνία.
- Επικοινωνία περιορισμένη στην έκφραση βασικών αναγκών.
- Σχολιασμό γεγονότων που δεν αποτελούν μέρος μιας κοινωνικής συναλλαγής και συχνά είναι άσχετα με το συναφές κοινωνικό πλαίσιο.

(Βογινδρούκας, 2002).

- Επαναληπτική, μονόπλευρη επικοινωνία.
- Τυπική κυριολεκτική επικοινωνία. (Βογινδρούκας, Καλομοίρης, Παπαγεωργίου, 2007).

Κοινωνικός/ Διαπροσωπικός Τομέας

Τα παιδιά με αυτισμό δεν παρουσιάζουν ολική ανεπάρκεια στην κοινωνική τους λειτουργία. Για παράδειγμα, τα άτομα αυτά φαίνεται να δείχνουν συμπεριφορές προσκόλλησης που δεν διαφέρουν από εκείνες των άλλων (μη αυτιστικών) παιδιών με σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες. Τα άτομα με αυτισμό είναι ικανά να ανταποκρίνονται με διαφορετικό τρόπο σε διαφορετικούς ανθρώπους και με διαφορετικούς τύπους προσέγγισης. Πολλά παιδιά με αυτισμό δεν είναι εντελώς αδιάφορα, και δεν δείχνουν πράγματι συμπεριφορές επιδιωκόμενης προσέγγισης και άρθρωσης λόγου για προσέλκυση της κοινωνικής προσοχής. Παρά την ύπαρξη κάποιας στοιχειώδους κοινωνικής συμπεριφοράς που συνάδει με την νοητική ηλικία, τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν ιδιαίτερα ελλείμματα στην κοινωνική κατανόηση.

Υπάρχει μια ασυμφωνία σε ότι αφορά την ηλικία στην οποία αυτές οι δυσκολίες ανακύπτουν. Μέχρι στιγμής, ο αυτισμός αναγνωρίζεται αξιόπιστα πριν την ηλικία των 3 χρόνων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι κοινωνικές αυτές οι δεξιότητες να εξετασθούν περισσότερο σε μεγαλύτερα αυτιστικά παιδιά ή και σε ενήλικους. (Happé, 2003). Η διαταραχή της κοινωνικής αλληλεπίδρασης ποικίλει, από την πλήρη απουσία επικοινωνίας έως την τυπική, κυριολεκτική επικοινωνία. (Βογινδρούκας, Καλομοίρης, Παπαγεωργίου, 2007).

Η διαταραχή της κοινωνικής αλληλεπίδρασης χαρακτηρίζεται από:

- Έλλειμμα ικανότητας να κατανέμουν και να κατευθύνουν την προσοχή – δεν δείχνουν πράγματα για να μοιράσουν το ενδιαφέρον τους.
- Έλλειμμα στην αναγνώριση συναισθηματικών καταστάσεων (Happé, 2003).
- Απόσυρση και αδιαφορία από τους άλλους.
- Παθητική αποδοχή των κοινωνικών προσεγγίσεων των άλλων.
- Μονόπλευρη κοινωνική προσέγγιση, πιθανόν για την ικανοποίηση παράξενων και ασυνήθιστων ενδιαφερόντων.
- Επιθυμία κοινωνικής επαφής, αλλά ελλιπή κατανόηση των λεπτών κανόνων της κοινωνικής συμπεριφοράς (Βογινδρούκας, 2002).

- Κοινωνικό με ένα άτομο αλλά εμφανίζονται προβλήματα σε ομάδες.
- Υπέρ-τυπικό, ακατάδεκτο

(Βογινδρούκας, Καλομοίρης, Παπαγεωργίου, 2007).

Συναισθηματικός Τομέας

Το αυτιστικό παιδί δείχνει ψυχρό και ανέκφραστο στις εκδηλώσεις αγάπης των άλλων. Δεν εκδηλώνει την ευχαρίστησή του για ότι του αρέσει. Δέχεται απλώς το αρεστό αντικείμενο με παγερή έκφραση, χωρίς ούτε ένα χαμόγελο. Η δυσαρέσκεία του εκδηλώνεται με κραυγές, χτυπήματα άσκοπες κινήσεις ή και παλινδρόμηση. Δυσαρέσκεια μπορούν να του προκαλέσουν η απομάκρυνση αγαπημένων προσώπων, η αλλαγή περιβάλλοντος, η στέρηση αρεστών αντικειμένων, η πιεστική επικοινωνία μαζί του, οι απαιτήσεις που είναι ανώτερες από τις δυνατότητές του. Έχει συναισθηματική αστάθεια και συχνές μεταπτώσεις από την ηρεμία στις έντονες εκδηλώσεις, από την ευχαρίστηση στο άγχος και τις φωνές. Μπορεί να αλλάξει η διάθεσή του από ασήμαντες και απρόβλεπτες αιτίες. Πολλές φορές γκρινιάζει χωρίς να υπάρχουν φανεροί λόγοι. Δεν συμμετέχει στη συναισθηματική κατάσταση των άλλων, έστω και αν είναι οι γονείς του. Δεν δείχνει συμπάθεια ή χαρά για τη λύπη ή τη χαρά των συνανθρώπων του. Δεν αποκλείεται να παρακολουθήσουμε ένα αυτιστικό παιδί να γελάει, τη στιγμή που κάποιος υποφέρει. (Χίτογλου-Αντωνιάδου, Κεκές, Χίτογλου-Χατζή, 2000)

Αισθήματα

Τα περισσότερα αυτιστικά παιδιά, ενώ δεν παρουσιάζουν ελαττώματα στα αισθητήρια όργανά τους, αντιδρούν με παράξενο τρόπο στα ερεθίσματα που δέχονται με τις αισθήσεις. Δίνουν την εντύπωση κωφού, ενώ μπορούν να συλλάβουν ήχους ασύλληπτους από τους άλλους. Πολλές φορές δεν αντιδρούν στους κανονικούς θορύβους και την ομιλία, αλλά είναι ευαίσθητα στο θρόισμα του ανέμου και στον ψίθυρο. Μερικά κλείνουν τα μάτια τους στους θορύβους ή σκεπάζουν τα αυτιά τους στα φωτεινά ερεθίσματα. Όλα σχεδόν εκδηλώνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στο άκουσμα της μουσικής και των ρυθμικών ήχων. Διερευνούν το περιβάλλον κυρίως με την αφή, την όσφρηση και τη γεύση. Ως προς την αφή προτιμούν τα μαλακά αντικείμενα. Άλλα δέχονται το χάδι και άλλα δεν δέχονται ούτε

το παραμικρό άγγιγμα. Στη θερμοκρασία δεν είναι πολύ ευαίσθητα και γι' αυτό δεν φαίνονται να δυσφορούν από το κρύο στη ζέστη. Δεν τα ενοχλούν τα βαριά ρούχα με τη ζέστη ή τα ελαφριά με το κρύο. Επίσης είναι ανθεκτικά στον πόνο, σε σημείο που να αυτοτραυματίζονται, χωρίς να δείχνουν ευαισθησία.

Ως προς την όραση, ενώ συνήθως αδιαφορούν για το δυνατό φως, προτιμούν τις επιφάνειες που λαμπυρίζουν, τα φωτεινά παιχνίδια και τις ανακλάσεις του φωτός. (Σταμάτης, 1987).

Γλωσσικός Τομέας

Μεγάλη δυσκολία και ιδιορρυθμία παρουσιάζει η ομιλία των αυτιστικών παιδιών, η οποία έχει σχέση με την ικανότητα για επικοινωνία. Η εξέλιξη της γλώσσας είναι καθυστερημένη, σε σύγκριση με την κοινωνική εξέλιξη. Από τα αυτιστικά παιδιά, άλλα μιλούν και άλλα όχι. Αυτά που δεν μιλούν ή δεν μίλησαν ποτέ ή προσπάθησαν στην αρχή να αρθρώσουν λέξεις, αλλά σταμάτησαν την προσπάθεια μέσα στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής τους, όταν αναδιπλώθηκαν στον εαυτό τους. Αυτά που μιλούν προφέρουν πρώτα τα ουσιαστικά και αργότερα τα ρήματα. Καθυστερήση παρατηρείται στα βοηθητικά ρήματα «έχω» και «είμαι». Λένε ευκολότερα και συχνότερα «όχι» και «ναι». Συχνά κάνουν λάθη στη χρήση των λέξεων με παραπλήσιες έννοιες.

Για το παιδί με αυτισμό, η λέξη είναι συνάρτηση του πράγματος που ονομάζει και γι' αυτό δύσκολα καταλαβαίνει αφηρημένους όρους, αν και συνήθως τους απομνημονεύει και τους επαναλαμβάνει. Σε σχέση με τα «φυσιολογικά» παιδιά, χρησιμοποιεί πολύ λιγότερες λέξεις απ' όσες καταλαβαίνει, ενώ χρησιμοποιεί και λέξεις που δεν καταλαβαίνει.

Ο λόγος του είναι μονότονος και άρρυθμος. Δε χρησιμοποιεί το εγώ (ά πρόσωπο). Μιλάει για τον εαυτό του σε δεύτερο πρόσωπο. Χαρακτηριστική είναι η ηχολαλία του. Επαναλαμβάνει μηχανικά τα λόγια των άλλων και πολλές φορές μετά από πάροδο χρόνου. Στην ερώτηση απαντάει με την ίδια ερώτηση. Αρκετές φορές η ομιλία του παρουσιάζει άλματα. Ξαφνικά μπορεί να προφέρει σωστά συνταγμένες φράσεις, ενώ λίγο πριν δεν έλεγε ούτε καν λέξεις.

Τα αυτιστικά παιδιά είναι πολύ ευαίσθητα στον τρόπο με τον οποίο τους απευθύνεται ο λόγος. Δυσανασχετούν στη δυνατή φωνή και αποφεύγουν τον συνομιλητή που τα κοιτάζει στα μάτια. Αντίθετα προτιμούν τις χαμηλές φωνές και μπορούν να προσέξουν μια συνομιλία που δεν απευθύνεται σε αυτά. Πολλά προσέχουν καλύτερα μαγνητοφωνημένες

συζητήσεις, παραμύθια ή εντολές. Επειδή είναι ευαίσθητα στη μουσική και το ρυθμό, στρέφουν την προσοχή τους στα λόγια των τραγουδιών. (Σταμάτης, 1987).

Το έλλειμμα στην εμφάνιση του αυθόρμητου λόγου, ως ικανότητας να εκφράζει κανείς την κατάλληλη στιγμή αυτό που έχει ανάγκη, έχει αποτελέσει αιτία ανησυχίας για τους γονείς των παιδιών με αυτισμό. Αντίθετα με τα φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιά, τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν το φαινόμενο της **ηχολαλίας**, δηλαδή της εμφάνισης αυτούσια επαναλαμβανόμενων φράσεων που ακούστηκαν από κάποιον άλλον την ίδια στιγμή ή παλαιότερα. Το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται στο 75% των παιδιών με αυτισμό που αναπτύσσουν προφορική ομιλία.

Η ηχολαλία είναι δύο ειδών σε σχέση με το χρόνο εμφάνισής της: η άμεση ηχολαλία, η οποία είναι η αυτόματη επανάληψη μιας φράσης ή μιας λέξης που ακούστηκε την ίδια στιγμή, και η καθυστερημένη ομιλία, η οποία χαρακτηρίζεται από επανάληψη φράσεων ή λέξεων που ακούστηκαν κάποια στιγμή στο παρελθόν. Πολλοί ερευνητές υποστήριξαν τη σημασία που έχει η ηχολαλία στην ανάπτυξη της κοινωνικότητας και της επικοινωνίας του παιδιού με αυτισμό, γιατί δηλώνει την πρόθεση του για κοινωνική συναλλαγή με τους άλλους. (Σταμάτης, 1987).

Γνωσιακός / Διανοητικός Τομέας

Η αδυναμία των αυτιστικών παιδιών για επικοινωνία εμποδίζει την εκτίμηση των νοητικών τους ικανοτήτων. Συνήθως φαίνονται ότι έχουν χαμηλότερη νοημοσύνη απ' αυτή που διαθέτουν. Υπολογίζεται ότι το 25% των αυτιστικών παιδιών έχουν σχεδόν κανονική νόηση. Τα περισσότερα παρουσιάζουν ελαφρά ή μέτρια καθυστέρηση και ένα μικρό ποσοστό είναι βαριά καθυστερημένα. Ο αυτισμός και η νοητική στέρηση δεν είναι ταυτόσημα αλλά μπορεί να συνυπάρχουν.

Οι προσπάθειες μέτρησης της νοημοσύνης δείχνουν ότι η πρακτική νόηση των αυτιστικών παιδιών υπερτερεί κατά πολύ της αφηρημένης. Σχεδόν πάντα υπάρχει αδυναμία κατανόησης των αφηρημένων εννοιών. Το αυτιστικό παιδί είναι δέσμιο του πρακτικού και του συγκεκριμένου. Δεν μπορεί να κάνει γενικεύσεις και δεν καταλαβαίνει τους συμβολισμούς. Η φαντασία του είναι περιορισμένη. Έχει μεγάλη αδυναμία συγκέντρωσης και δεν μπορεί να κατευθύνει την προσοχή του στα σκόπιμα

ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Από ψυχολογικές εξετάσεις και κλινικές παρατηρήσεις επιβεβαιώνεται ότι τα αυτιστικά παιδιά έχουν καλή μνήμη. Επιπλέον γίνεται φανερό πως

υπάρχει μια ανομοιογενής ανάπτυξη των γνωσιακών λειτουργιών ενώ το συμβολικό παιχνίδι απουσιάζει.

Διαταραχή της Φαντασίας

Τα παιδιά με αυτισμό δείχνουν μια εντυπωσιακή απουσία αυθόρμητης ικανότητας για υποκριτικό ή «συμβολικό» παιχνίδι. Έτσι, ενώ το παιδί με φυσιολογική ανάπτυξη ηλικίας 2 χρονών υποκρίνεται ότι ένα παιχνίδι-τούβλο είναι ένα αυτοκίνητο και ευτυχισμένα οδηγεί, παρκάρει, και ακόμα συγκρούει το υποτιθέμενο αυτοκίνητο, το παιδί με αυτισμό, ακόμη και αυτό με πολύ υψηλή νοητική ηλικία, απλώς θα το βάλει στο στόμα, θα το πετάξει ή θα αρχίσει να το περιστρέφει. (Harpe, 2003). Πάντα θεωρούσαμε ότι το υποκριτικό παιχνίδι είναι για το παιδί ο αναπτυξιακός πρόδρομος της ικανότητας να φαντάζεται και να αντιλαμβάνεται τις σκέψεις και τα αισθήματα των άλλων ανθρώπων, να φαντάζεται και να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες των πράξεών του. (Βογινδρούκας, Καλομοίρης, Παπαγεωργίου, 2007).

Το υποκριτικό παιχνίδι φαίνεται να αντικαθιστά στον αυτισμό με επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες που μπορεί να καταστούν καταθλιπτικές. Δηλαδή, το παιδί με αυτισμό μπορεί να βάλει στη σειρά αντικείμενα με τέτοια διευθέτηση που δεν επιτρέπει να διαταράσσεται, ή μπορεί να περιστρέφει όλα τα αντικείμενα που είναι στα χέρια του. Γενικά, υπάρχει μια μεγάλη προτίμηση για γεγονότα, και το καταθλιπτικό λειτουργικό παιχνίδι του μικρού παιδιού με αυτισμό μπορεί να του ανοίξει δρόμο για εκδήλωση καταθλιπτικών ενδιαφερόντων, όπως για πίνακες δρομολογίων τρένων, ημερομηνίες γεννήσεων. (Harpe, 2003).

Η διαταραχή της φαντασίας χαρακτηρίζεται από:

- Απουσία μίμησης παιχνιδιού και αδυναμία ανάπτυξης συμβολικού παιχνιδιού.
- Ικανότητα μίμησης των πράξεων των άλλων, αλλά με ελλιπή κατανόηση του νοήματος τους και του σκοπού τους.
- Ανάλυση ρόλων με επαναλαμβανόμενο και στερεότυπο τρόπο.
- Έλλειψη στρατηγικών για την κατανόηση των σκέψεων και επιθυμιών των άλλων. (Βογινδρούκας, 2002).
- Χειρισμός παιχνιδιών απλώς για αισθητηριακούς λόγους.
- Περιορισμένο παιχνίδι προσποίησης, επαναληπτικό και απομονωμένο. (Βογινδρούκας, Καλομοίρης, Παπαγεωργίου, 2007).

Κλείσιμο στον εαυτό του

Το αυτιστικό παιδί φαίνεται να ζει στον δικό του κόσμο. Δεν ενδιαφέρεται για τα πρόσωπα και τα αντικείμενα του περιβάλλοντος του. Δείχνει να αγνοεί εντελώς την παρουσία της μητέρας του και πολλές φορές την παραμερίζει από μπροστά του, όπως κάνει και με τα αντικείμενα. Αναζητάει την μοναξιά και παίζει μόνο του. Όταν γίνεται προσπάθεια επικοινωνίας μαζί του οι αντιδράσεις του είναι αγχώδεις και πολλές φορές έντονες. Όσο πιο επίμονες είναι οι προσπάθειες του περιβάλλοντος για επικοινωνία τόσο πιο έντονες είναι και οι αντιδράσεις του (τρέχει άσκοπα, δαγκώνεται, κραυγάζει, χτυπιέται). Μπορεί να επικοινωνήσει με τους ενήλικες κυρίως μέσω του παιχνιδιού. Αν δεχτεί τον ενήλικα, κολλά σ' αυτόν και του είναι πολύ δύσκολο να τον αλλάξει και να δεχτεί κάποιον άλλο. Τα αυτιστικά παιδιά δεν επικοινωνούν ούτε με τους συνομηλίκους τους. Αποφεύγουν τα άλλα παιδιά και πολλές φορές γίνονται επιθετικά και επικίνδυνα. Από τα πολλά παιδιά μάλλον ενοχλούνται, γιατί δεν μπορούν να ανεχτούν τις θορυβώδεις εκδηλώσεις και τις απόπειρες για επικοινωνία. (Σταμάτης, 1987).

Τα παιδιά αυτά συχνά επιδεικνύουν αυτό-διεγερτικές συμπεριφορές: το ελαφρύ χτύπημα των χεριών, το κούνημα μπρος – πίσω στην πολυθρόνα, την παραγωγή συνεχών θορύβων, ή αυτό-τραυματισμούς. Αυτές οι συμπεριφορές έχουν χαρακτηριστεί σαν μη επικοινωνιακές, αλλά στην πραγματικότητα έχουν καταγραφεί επίσης, σαν προσπάθειες αλληλεπίδρασης σε διαφορετικές κοινωνικές καταστάσεις. (Quill, 2002).

Εισαγωγή αντιμετώπισης

Εδώ και χρόνια η αντιμετώπιση του αυτιστικού φάσματος και των λοιπών συναφών αναπτυξιακών διαταραχών αποτελεί πρόκληση για την επιστημονική κοινότητα της γενετικής-ιατρικής. Αν και τα αίτιά του έχουν εντοπιστεί στη βιολογική βάση και τους γενετικούς παράγοντες, δεν έχει βρεθεί συγκεκριμένη θεραπεία που να καταλήγει στην πλήρη αποκατάσταση. Το αυτιστικό άτομο λοιπόν δεν μπορεί να απαγκιστρωθεί ποτέ από αυτόν τον “γυάλινο κόσμο”. Αυτό όμως δεν σημαίνει πως δε μπορεί να βελτιωθεί. Κατά καιρούς έχουν πραγματοποιηθεί διαφορετικές προσεγγίσεις, οι οποίες παρουσιάζουν άλλοτε θετικά και άλλοτε αρνητικά αποτελέσματα. Βέβαια, σημαντικό ρόλο για τη

βελτίωσή του παίζει και ο βαθμός του αυτιστικού φάσματος στον οποίο είναι εκτεθειμένο το κάθε άτομο. Μέσο γι αυτό αποτελούν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις. Αξίζει να τονιστεί πως αν το αυτιστικό άτομο δεχτεί εγκαίρως την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση, μπορεί μελλοντικά να λειτουργήσει με τρόπο αυτόνομο και λειτουργικό. Η έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση παρέχουν μεγαλύτερες πιθανότητες για μια μελλοντική βελτίωση. Μετά από έρευνες, γνωστοποιείται ότι η καταλληλότερη ηλικία διάγνωσης και παρέμβασης είναι αυτή των 2 ετών.

Τι περιλαμβάνει η παρέμβαση;

Μετά τη διάγνωση του αυτισμού, σειρά έχει η αξιολόγηση. Η αναγνώριση της διαταραχής στηρίζεται στη αξιολόγηση της συμπεριφοράς του παιδιού σε διαφορετικούς τομείς καθώς και στις αναφορές των γονέων. Η αξιολόγηση ολοκληρώνεται με το συμπέρασμα που βγαίνει από την κατανόηση και εξήγηση των προτύπων συμπεριφοράς. Ιδιαίτερη βαρύτητα και μεγαλύτερο ρόλο στη διαδικασία αυτή παίζουν η βαθιά γνώση της διαταραχής καθώς και η κλινική εμπειρία. Και αυτό γιατί στα συμπεράσματα σχετικά με τη συμπεριφορά ,η υποκειμενικότητα μπορεί να μην επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα. (Frith, 1994).

Η παρέμβαση είναι μια συνδυαστική μέθοδος που αποτελείται από τους τομείς της εργοθεραπείας, της φυσιοθεραπείας ,της λογοθεραπείας αλλά και ειδικών παιδαγωγικών προγραμμάτων. Αυτό γιατί τα παιδιά που διακατέχονται από το αυτιστικό φάσμα παρουσιάζουν ελλείμματα στις λειτουργικές και επικοινωνιακές δεξιότητες .(Campbell, Schopler , Gueva & Hallin . 1996)

Στόχος των εργοθεραπευτών και των φυσιοθεραπευτών είναι η αντιμετώπιση των ελλειμάτων , όσον αφορά τις σωματικές δεξιότητες του συντονισμού και της κίνησης ,ενώ η λογοθεραπεία και τα παιδαγωγικά προγράμματα εστιάζουν στις επικοινωνιακές δεξιότητες του ατόμου καθώς και στην ανάπτυξη της συμπεριφοράς του παιδιού μέσα στο σύνολο. Αξίζει να τονιστεί στο σημείο αυτό ότι οι θεραπείες αυτές αλληλοσυμπληρώνονται .Καθίστανται λοιπόν επαρκείς και ολοκληρωμένες όταν πραγματοποιούνται συνδυαστικά και συστηματικά. (National Research Council.Educating Children with Autism 2001)

Ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες του παιδιού επιλέγεται και η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση η οποία βασίζεται σε προσαρμοσμένα σχέδια και προγράμματα θεραπευτικής αντιμετώπισης . Προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της παρέμβασης

πρέπει να εξασφαλισθεί ότι το παιδί δέχεται την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση , όλοι πρέπει να συνεισφέρουν στην οργάνωση του προγράμματος του. Οι γονείς ή ο παροχέας φροντίδας, σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας, και τους ειδικούς εκπαιδευτικούς οφείλουν να διαμορφώσουν το πρόγραμμα του παιδιού. (Grandin, 1995).

Πλαίσιο παρεμβάσεων

1. Κατ οίκον θεραπευτικά προγράμματα
2. Παρέμβαση σε οργανωμένα θεραπευτικά κέντρα
3. Παρέμβαση στο σχολείο

(Γεννά, Γαλάνης 2006)

Πρώιμη παρέμβαση

Αποτελεί πλέον γενική παραδοχή ότι ο καταλληλότερος τρόπος για να εμφανιστούν τα πρώτα αποτελέσματα αποτελεί η έγκαιρη διάγνωση και αξιολόγηση, και στη συνέχεια η εντατική παρέμβαση. Η διάγνωση, σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής και άλλους οργανισμούς μπορεί πλέον να γίνει κατά το 18^ο μήνα της ζωής του παιδιού. Η εξέλιξη αυτή, έχει ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα για τις ελαφριές περιπτώσεις. Η πρώιμη παρέμβαση ξεκινά τη δεκαετία του '60 με κύρια χαρακτηριστικά την εφαρμογή της σε παιδιά πολύ μικρής ηλικίας, παιδιά δηλαδή που δεν έχουν έρθει ακόμα σε επαφή με την σχολική τάξη περικλείοντας όλο το περιβάλλον του παιδιού, οικογενειακό και μη. (Howlin, Goode, Hutton, & Rutter, 2004).

Η πρώιμη παρέμβαση στοχεύει κατά κύριο λόγο στην πρόληψη εμφάνισης και παγίωσης προβληματικών συμπεριφορών. Η ενίσχυση του παιδιού στον τομέα της γνωστικής ανάπτυξης, της επικοινωνίας, της συμπεριφοράς της κοινωνικοποίησης, της ένταξης στο σχολικό περιβάλλον, της αυτονομίας και της αυτοεξυπηρέτησης είναι στόχοι που μπορούν να επιτευχθούν μέσα από την συνεργασία της σχολικής κοινότητας, του οικογενειακού περιβάλλοντος και της σωστής επιστημονικής καθοδήγησης.

Always

Unique

Totally

Interesting

SOMETIMES

MYSTERIOUS



Οι Επικρατέστερες Έγκυρες Προσεγγίσεις και Παρεμβάσεις

1. Συμπεριφορικές – Γνωστικές

(TEACCH, μέθοδος Greenspan, Denver Health Science Program, LEAP (Learning Experiences: An Alternative Program for Preschoolers and Parents-Μαθησιακές εμπειρίες)

Σύμφωνα με σύγχρονες έρευνες, οι συμπεριφορικές – γνωστικές προσεγγίσεις αποτελούν τον πιο αποτελεσματικό τρόπο για τη βελτίωση του αυτιστικού παιδιού. Αν και διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τον τρόπο που εφαρμόζονται, έχουν ως κοινή συνισταμένη τη διδασκαλία μαθημένων συμπεριφορών που στοχεύουν στην κατάκτηση μιας δεξιότητας. Η πιο διαδεδομένη από αυτές είναι η μέθοδος TEACCH.

2. Προσεγγίσεις ενίσχυσης της εναλλακτικής επικοινωνίας

(PECS ,Νοηματική Γλώσσα, Γλωσσικό Πρόγραμμα ΜΑΚΑΤΟΝ)

Το 50% των αυτιστικών παιδιών δεν χρησιμοποιούν το λόγο.(Frankel,Simon & Richey) .Το PECS και η νοηματική γλώσσα αποτελούν 2 ανεξάρτητες μεθόδους εναλλακτικής επικοινωνίας που εφαρμόζονται είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό με άλλες εκπαιδευτικές προσεγγίσεις

3. Προσεγγίσεις ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης

(κοινωνικές ιστορίες, ο κύκλος των φίλων)

Ένα από τα βασικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα αυτιστικά άτομα είναι η προσαρμογή στο κοινωνικό σύνολο και η αλληλεπίδραση-δημιουργία σχέσεων και δεσμών με άτομα ίδιας ή άλλης ηλικίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να βιώνουν έντονη κοινωνική απόρριψη και απομόνωση, που μπορούν να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Αιτία της κατάστασης αυτής αποτελεί κατά κύριο λόγο το γεγονός της λανθασμένης εντύπωσης των γονιών και των θεραπειών που δίνουν ιδιαίτερη βάση στο γνωστικό και ακαδημαϊκό τομέα. Υποτιμούν με άλλα λόγια την κοινωνικοποίηση με αποτέλεσμα να προάγουν τη μονόπλευρη ανάπτυξη του γνωστικού τομέα.(Strain, 1983)

Υπάρχουν λοιπόν 2 μέθοδοι, ιδιαίτερα αποτελεσματικές που στοχεύουν στην αντιμετώπιση και επίλυση των κοινωνικών προβλημάτων. Αυτές είναι οι κοινωνικές σχέσεις που ξεκίνησαν από τον Carol Grey το 1994 (Carol Grey 1994) Και ο κύκλος των φίλων, μια προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκε με στόχο την προώθηση της ενσωμάτωσης των αυτιστικών παιδιών στο κοινωνικό σύνολο του σχολικού περιβάλλοντος . (Whitaker et al., 1998)

4.Προσεγγίσεις ενίσχυσης του παιχνιδιού

(μη κατευθυνόμενο παιχνίδι, Εκπαίδευση στην πιλοτική αντίδραση, ενσωματωμένες ομάδες παιχνιδιού)

Σχετικά με τις προσεγγίσεις που αφορούν την ενίσχυση του παιχνιδιού, αυτές προάγουν το αυτόνομο παιχνίδι , την ένταξη σε ομαδικές δραστηριότητες αλλά και στο ευρύτερο κοινό. Σε γενικές γραμμές ,στο μη κατευθυνόμενο παιχνίδι, επιτρέπεται στο αυτιστικό άτομο να ενισχύσει την κοινωνικότητά του μέσα από τις αλληλεπιδράσεις με άτομα της ηλικίας του συνήθως .Δύνεται επίσης η δυνατότητα για χρήση και κατανόηση του προφορικού λόγου . Στην παρέμβαση αυτή, βασικό ρόλο παίζει και η διαρρύθμιση του περιβάλλοντος . (Wall K. 2010)

Όσον αφορά την εκπαίδευση στην πιλοτική αντίδραση, χρησιμοποιείται μια πιλοτική συμπεριφορά προκειμένου να μεταβάλλει μια άλλη συμπεριφορά. Σημαντικό ρόλο στην παρέμβαση αυτή παίζουν οι φυσιολογικά αναπτυσσόμενοι συνομήλικοι , οι οποίοι μετά από κατάλληλη εκπαίδευση υποδύονται ένα ρόλο, ή μιμούνται κάποιο πρότυπο ή διδασκαλία. Παρατηρητές και ταυτόχρονα σχολιαστές σ αυτή τη διαδικασία είναι είτε οι γονείς, είτε οι εκπαιδευτικοί .(Pierce & Schreibman, 1997).

5.Αισθητηριακές-Κινητικές Προσεγγίσεις

(μουσικοθεραπεία, αισθητηριακή ολοκλήρωση ,ακουστική ολοκλήρωση, οπτικές θεραπείες)

Δεν είναι λίγοι οι επιστήμονες που δηλώνουν ότι τα αυτιστικά παιδιά βιώνουν υπερβολική ή ανεπαρκή διέγερση συγκριτικά με την πλειοψηφία των ανθρώπων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία αντίδρασής τους στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Οι

αισθητηριακές κινητικές προσεγγίσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν λοιπόν σε συνδυασμό με κάποιες άλλες παρεμβάσεις προκειμένου να επιτευχθεί η αντιμετώπιση ορισμένων συμπτωμάτων. Η μουσικοθεραπεία, εισάγεται στο Ηνωμένο Βασίλειο τη δεκαετία του 1950, και γίνεται αποδεκτή ως χρήσιμη υποστηρικτική παρέμβαση από πολλούς θεραπευτές. Αναλυτικότερα, αποτελεί ένα είδος ολιστικής παρέμβασης, που στοχεύει στην προώθηση της ισορροπίας της σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού. (Καλύβα, 2005)

Γενικότερα, η μουσικοθεραπεία δεν συνιστά ολοκληρωμένη μέθοδο θεραπείας, αλλά εφαρμόζεται καλύτερα σε συνδυασμό με κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα του οποίου οι επικοινωνιακές δεξιότητες είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Στόχος του συνδυασμού αυτού είναι η ανάπτυξη της επικοινωνίας και άλλων πτυχών της προσωπικότητας του αυτιστικού ατόμου.

6. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

(Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία, Θεραπεία Κρατήματος)

Αν και η ψυχοθεραπεία δεν υποστηρίζεται ως η πλέον ενδεδειγμένη μορφή παρέμβασης στο φάσμα του αυτισμού, αρκετοί είναι οι θεραπευτές και οι γονείς που την επιλέγουν. Οι κυριότεροι περιορισμοί της ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης είναι ο χρόνος, ο οποίος είναι περιορισμένος και η επικοινωνία. Η επικοινωνία, αποτελεί τη βάση της ψυχοθεραπείας αλλά και το βασικότερο μειονέκτημα του αυτιστικού ατόμου. (Καλύβα, 2005)

7. Βιοχημικές προσεγγίσεις

(Φαρμακοθεραπεία, Δίαιτα ελεύθερη από καζεΐνη και γλουτένιο, θεραπεία κατά του μύκητα Candida, θεραπεία με βιταμίνες (B6 και C))

Όσον αφορά τις βιοχημικές προσεγγίσεις, δεν είναι ξεκάθαρο αν μπορούν να θεωρηθούν ως αυτόνομες παρεμβάσεις. Σε μερικές μάλιστα σημειώνονται και σημαντικές αντενδείξεις. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες οι οποίες προωθήθηκαν αρκετά στον τομέα της αντιμετώπισης του αυτισμού. Έχουμε λοιπόν ως δεδομένο ότι τα φάρμακα δεν θεραπεύουν, αλλά βελτιώνουν διάφορα συμπτώματα του αυτισμού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνονται

οι ικανότητες του ατόμου και να επωφελείται από εκπαιδευτικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Επιπλέον σημειώνεται βελτίωση στην συμπεριφορά του. Αξίζει να τονιστεί πως η χορήγηση φαρμάκων θα πρέπει να σταματήσει σταδιακά , έτσι ώστε ταυτόχρονα να σταματήσει και η οργανική εξάρτηση του παιδιού, καθώς και οι παρενέργειες που αυτή επιφέρει . (Aman & Langworthy, 2000)

Θεραπίες αμφίβολης αποτελεσματικότητας

Η βαρύτητα του αυτιστικού φάσματος σε συνδυασμό με το γεγονός της ισόβιας συνοδείας του στα άτομα που μαστίζει , έφεραν στην επιφάνεια διάφορες θεραπείες αμφίβολης αποτελεσματικότητας .Πιο συγκεκριμένα , οι θεραπείες αυτές δεν υποστηρίζονται από κάποια επιστημονική βάση , υπόσχονται ωστόσο θεαματικά αποτελέσματα , άλλοτε σε σύντομο και άλλοτε σε μακροπρόθεσμο διάστημα . Μία από αυτές της θεραπείες , θέλει το αυτιστικό άτομο να ενισχύει τον οργανισμό του με Βιταμίνη Β6 και συμπληρώματα διατροφής. Πράγματι , η βιταμίνη Β6 βελτιώνει την οπτική επαφή, την ομιλία και την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον , αλλά δεν έχει την ίδια ισχύ με μια τυπική – καθιερωμένη παρέμβαση .Παρόλο λοιπόν που τα αποτελέσματα δεν είναι τα επιθυμητά , η εναλλακτική αυτή θεραπεία δεν κρύβει κινδύνους ούτε για το αυτιστικό άτομο , ούτε και για την οικογένειά του . (Pfeiffer SI, Norton J, Nelson L, Shott S. 1995)

Στον αντίποδα, βρίσκονται θεραπείες όπως η διευκολυνόμενη επικοινωνία , (facilitated communication) η οποία απευθύνεται στα άτομα χωρίς λόγο ή με λόγο περιορισμένο .Θεραπίες όπως αυτή ,είναι δυνατόν να δημιουργήσουν σημαντικές βλάβες. Εκτός αυτού, η επιστημονική κοινότητα δεν τις υποστηρίζει. (Bomba C, O'Donnell L, Markowitz C, Holmes DL. 1996) .Άλλες μέθοδοι εξίσου αναποτελεσματικές που δεν βασίζονται σε επιστημονικές παρατηρήσεις και οι αρμόδιοι δεν τις έχουν ερευνήσει με κατάλληλες και έγκυρες μεθόδους, είναι η "θεραπεία καθημερινής ζωής" την οποία εφαρμόζει το σχολείο Higashi στην Ιαπωνία (Kitahara K.) ,η ακουστική εκπαίδευση (auditory training) (Berand G.1982) ,η θεραπεία κρατήματος (holding therapy) καθώς και η θεραπεία επιλογών (options) (Kaufman B. 1981).

Σύμφωνα με το NATIONAL Research Council(2001) τα στοιχειώδη θεραπευτικά κριτήρια είναι :

- Η θεραπευτική παρέμβαση να στηρίζεται σε εξατομικευμένα και εξειδικευμένα προγράμματα, με επιμέρους διδακτικούς στόχους σε όλους τους τομείς της ανάπτυξης
- Η παρέμβαση πρέπει να ξεκινά αμέσως μετά την διάγνωση της διαταραχής του αυτισμού ,εφόσον η πρόωπη παρέμβαση αποτελεί ύψιστης σημασίας παράγοντα για την έκβαση και εξέλιξη της θεραπείας
- Τουλάχιστον 25 ώρες θεραπείας την εβδομάδα πρέπει να ακολουθούνται, κατά τη διάρκεια του ωρολογιακού έτους
- Η εκπαίδευση πρέπει να γίνεται είτε ατομικά είτε σε μικρές ομοιογενείς ομάδες παιδιών
- Απαραίτητη κρίνεται η συμμετοχή όλων των μελών της οικογένειας.
- Η συμβουλευτική υποστήριξη πρέπει να παρέχεται από την κοινωνία στην οικογένεια του αυτιστικού ατόμου
- Τακτική αξιολόγηση της προόδου του παιδιού και αναπροσαρμογή του Εξατομικευμένου Εκπαιδευτικού Προγράμματος
- Αξιολόγηση και εποπτεία του προσωπικού με κύριο γνώμονα την βελτίωση του παιδιού
- Παροχή στήριξης στο παιδί από κατάλληλα εκπαιδευμένους συνοδούς με στόχο την ένταξή του στο γενικό σχολικό περιβάλλον αλλά και σε εξωσχολικές δραστηριότητες που του παρέχουν ευκαιρίες αλληλεπίδρασης με τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά.
- Βασικοί εκπαιδευτικοί στόχοι: αυθόρμητη και λειτουργική επικοινωνία, κοινωνική αλληλεπίδραση, δεξιότητες παιχνιδιού (ιδιαίτερα με συνομηλίκους), γνωστικές δεξιότητες
- Αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς, π.χ. Λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς.
- Διδασκαλία σχολικών δεξιοτήτων
- Έμφαση στη γενίκευση και διατήρηση των νέων δεξιοτήτων στο φυσικό περιβάλλον του παιδιού (π.χ. στο σπίτι και στο σχολείο).

Κριτήρια επιλογής της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης

- Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού

- Ο βαθμός του φάσματος στον οποίο είναι εκτεθειμένο
- Το επίπεδο των ικανοτήτων του
- Οι στόχοι που θέτει η προσέγγιση για τη βελτίωση του παιδιού
- Το βαθμό διαταραχής της συμπεριφοράς του (Νότας 2006)

Ανάλυση 3 παρεμβάσεων

Το σημερινό πρότυπο φροντίδας για ΔΑΦ περιλαμβάνει τη χρήση της Εφαρμοσμένης Ανάλυσης Συμπεριφοράς (ABA –LOVAAS ,Lovaas ,1987) ,το Σύστημα ανταλλαγής επικοινωνιακών εικόνων (PECS, Bondy & Frost , 2003) ,τη μέθοδο TEACCH (Mesibon et al., 2004) καθώς και αναπτυξιακές προσεγγίσεις που βασίζονται στις ατομικές δεξιότητες.(Pierce and Schreibman, 1995 ; Kasari et al., 2008).Οι τρεις πρώτες παρεμβάσεις υποστηρίζεται ότι προωθούν τη θετική συμπεριφορά και επικοινωνία στα παιδιά, αλλά και τις κοινωνικές επικοινωνίες και ακαδημαϊκές δεξιότητες στα παιδιά με αυτισμό . (Landa ,2007) .Ωστόσο , σύμφωνα με έρευνες, έχει αποδειχθεί ότι η μουσικοθεραπεία βελτιώνει τις επικοινωνιακές συμπεριφορές καθώς και την συντονισμένη προσοχή των παιδιών με αυτισμό. Περίπου το 12% του συνόλου των παρεμβάσεων του αυτισμού και το 45% όλων των εναλλακτικών θεραπευτικών στρατηγικών στα σχολεία περιλαμβάνει δραστηριότητες που βασίζονται στη μουσική .(Simpson R., de Boer-Ott S., Griswold D., Myles B., Byrd S., Ganz J. 2005).

1. TEACCH (Treatment Education of Autistic and Communication handicapped Children)

Υπάρχει πλειάδα ειδικών θεραπευτικών παρεμβάσεων και εκπαιδευτικών προσεγγίσεων που στοχεύουν στην ενίσχυση της λειτουργικότητας και την εκμάθηση των κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων των αυτιστικών παιδιών. Ένα από τα πιο καταξιωμένα και ευρέως διαδεδομένα προγράμματα είναι το TEACCH.(Faherty , 2000)

Η μέθοδος TEACCH(Treatment Education of Autistic and Communication handicapped Children) συνιστά ένα κρατικό πρόγραμμα με έδρα το πανεπιστήμιο της Βόρειας Καρολίνα (University of North Carolina) και ιδρυτές τους Eric Schopler και Robert Riecher. Ξεκινά από μια ερευνητική δουλειά το 1966 , υλοποιείται το 1972 και παραμένει ως σήμερα το γνωστότερο και αποτελεσματικότερο πρόγραμμα παρέμβασης που

διευθύνεται από τον Dr Gary Mesibov. Σήμερα, λειτουργούν 9 συνολικά κέντρα εξειδικευμένα στη μέθοδο TEACCH με στόχο τη διάγνωση, την συμβουλευτική και την υποστήριξη των αυτιστικών ατόμων. Όλα αυτά βρίσκονται στην πολιτεία της Βόρειας Καρολίνα στις ΗΠΑ. (Peereboom, 2003)

TEACCH: Εννοιολογική απόφαση του όρου

Πιο αναλυτικά, το TEACCH συνιστά ένα πρόγραμμα εναλλακτικής εκπαίδευσης στο οποίο εντάσσονται παρεμβάσεις τόσο στο περιβάλλον του παιδιού όσο και στο ημερήσιο πρόγραμμά του. Η συγκεκριμένη μέθοδος, ασχολείται με την διάγνωση, αντιμετώπιση, επαγγελματική κατάρτιση και διαβίωση των ατόμων με αυτισμό. Βασική της αρχή είναι η δομημένη διδασκαλία, ενώ χαρακτηριστικό της είναι πως επιμένει στην εκπαίδευση των ατόμων με στόχο της αυτόνομη εργασία. (Διόνου Αρετή)

Στηρίζεται στη δομημένη διδασκαλία και στη δόμηση του φυσικού περιβάλλοντος, του καθημερινού προγράμματος, των δραστηριοτήτων και του υλικού και στη χρήση οπτικών συνθημάτων για την ενίσχυση της επικοινωνίας. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα είναι εξατομικευμένο, ανάλογο του αναπτυξιακού επιπέδου του παιδιού και ενσωματώνει συμπεριφορικές και γνωστικές τεχνικές για την προώθηση της επικοινωνίας και της κοινωνικότητας. Μπορεί να εφαρμοστεί για δόμηση του σχολικού περιβάλλοντος αλλά και στο σπίτι.

Η Δομημένη διδασκαλία

Με τον όρο δομημένη διδασκαλία (Structured Teaching) αναφέρεται κανείς στην βασικότερη διδακτική προσέγγιση που εφαρμόζεται κατά τη μέθοδο TEACCH, η οποία είναι βασισμένη στις αρχές των θεωριών μάθησης, αξιοποιώντας τα ευρήματα της γνωστικής ψυχολογίας για τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των παιδιών με αυτισμό. (Α.Π.Σ για μαθητές με αυτισμό, 2004). Με την εφαρμογή της δομημένης διδασκαλίας, το αυτιστικό άτομο βελτιώνει σιγά σιγά τη δυνατότητά του για καλύτερη ανταπόκριση στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος αναπτύσσοντας ταυτόχρονα την αυτονομία του. Χαρακτηριστικό στοιχείο για την αποτελεσματικότητα της δομημένης διδασκαλίας είναι η αναδόμηση του μαθησιακού περιβάλλοντος. Κυριότερη μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι αυτή της οπτικής οργάνωσης. Η μέθοδος αυτή αποτελεί σύμφωνα με τους Hodgdon, Mesibov και Howley τον καταλληλότερο τρόπο για την διδακτική και κοινωνική ενσωμάτωση των αυτιστικών ατόμων. (Hodgdon, 1995· Mesibov & Howley, 2003· Quill, 1995).

Η σημασία της δομημένης εκπαίδευσης

Η δομημένη εκπαίδευση δίνει στο άτομο την ευκαιρία να κατανοήσει τον κόσμο που το περιβάλλει ενώ ταυτόχρονα το βοηθά να είναι ήρεμο μέσα στο περιβάλλον που το περιβάλλει ,μέσα από την κατανόηση περιβάλλοντος ,διευκολύνοντας ταυτόχρονα τη μάθηση . Επιπλέον, ενισχύει την εστίαση της προσοχής του σε αυτό που τίθεται σημαντικό, ανάλογα πάντα με την περίπτωση αλλά και προλαμβάνει τα προβλήματα συμπεριφοράς. Τέλος, μέσα από τη δομημένη διδασκαλία προωθείται η ανεξαρτησία , η οποία αξιοποιεί ταυτόχρονα τις οπτικές του ικανότητες . (Panerai.S . , Ferrante ,L., & Zingale, M. 2002)

Όσον αφορά τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η χρήση της δόμησης ,αυτά σχετίζονται με την αξιοποίηση των οπτικών ικανοτήτων του παιδιού αλλά και με την προσαρμογή του στο περιβάλλον ώστε να είναι οργανωμένο και προβλέψιμο .Επιπλέον ,ενσωματώνει τις ρουτίνες και κάνει τα πράγματα οικεία , ενώ κύριος στόχος είναι η ανάπτυξη της ανεξαρτησίας – αυτονομίας.

Οι βασικές αρχές του TEACCH

Μετά από σχετικές μελέτες, έχει αποδειχθεί ότι το ειδικά δομημένο πρόγραμμα TEACCH παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, σε σχέση με τα υπόλοιπα παρεμβατικά προγράμματα που χρησιμοποιούνται σε παιδιά με αυτισμό. Χαρακτηριστικό στοιχείο του συγκεκριμένου προγράμματος αποτελεί το γεγονός ότι παρέχει το είδος και την ποσότητα σαφήνειας και προβλεψιμότητας που έχουν ανάγκη τα παιδιά προκειμένου να ενισχυθεί η ανάπτυξή τους. Η δομή λοιπόν τους επιτρέπει να οργανώνονται και να ανταποκρίνονται καλύτερα στο χώρο τους.(Virues-Ortega J., Julio F.M., Pastor-Barriuso R. 2013)

Το πρώτο είδος δομής που ενσωματώνει το TEACCH είναι αυτό της φυσικής οργάνωσης, και αυτό γιατί η φυσική διάταξη είναι πολύ σημαντική. Το παιδί αντιλαμβάνεται καλύτερα το περιβάλλον όταν χρησιμοποιούνται οπτικά ξεκάθαρες περιοχές και όρια για συγκεκριμένες δραστηριότητες. Και αυτό γιατί ένα καλά οργανωμένο δωμάτιο τονίζει τις συγκεκριμένες δραστηριότητες. Όσον αφορά τη δεύτερη δομή που συναντά κανείς στο TEACCH ,αυτή είναι το ημερήσιο πρόγραμμα. Το πρόγραμμα αυτό κρατά το παιδί

ενήμερο και το προετοιμάζει σχετικά με τις ημερήσιες δραστηριότητές του. Το ενημερώνει για το τι πρόκειται να συμβεί καθώς και τη σειρά την οποία θα ακολουθήσει. Με τον τρόπο αυτόν το παιδί έχει τη δυνατότητα να αλλάζει δραστηριότητες με αποτέλεσμα να μην παραμένει προσκολλημένο σε μια ρουτίνα. Επιπλέον είναι σε θέση να ελαττώνει τις στρεσογόνες καταστάσεις που αντιμετωπίζει το αυτιστικό άτομο όταν δεν γνωρίζει τι να περιμένει παρακάτω. Και αυτό γιατί το ημερήσιο πρόγραμμα το βοηθάει να προβλέπει τα γεγονότα και να είναι διαρκώς ενήμερο για το τι θα ακολουθήσει.(Hartshorn K, Olds L, Field T, Delage J, Cullen C, et al 2001)

Η Τρίτη δομή αφορά το σύστημα εργασίας, το οποίο αποτελεί τον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται μια δραστηριότητα στο σπίτι ή στο σχολείο. Σε αυτή την περίπτωση οι μαθητές πληροφορούνται σχετικά με το τι θα πρέπει να κάνουν όταν βρίσκονται στους ανεξάρτητους χώρους εργασίας , εκεί όπου δεν έχουν την επίβλεψη του θεραπευτή .Τα ατομικά αυτά συστήματα εργασίας μεταφέρουν 4 ειδών πληροφορίες. Αυτά σχετίζονται με το είδος της εργασίας, το τι δηλαδή πρέπει να κάνουν , πόση ώρα θα διαρκέσει αυτή η εργασία, πώς θα καταλάβουν ότι τελείωσαν αλλά και τι θα συμβεί μετά την ολοκλήρωσή της. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το σύστημα εργασίας προσαρμόζεται ανάλογα με το λειτουργικό επίπεδο του παιδιού. Τέλος, έχουμε την οπτική δομή. Η δομή αυτή είναι πολύ σημαντική και είναι δυνατόν να επιτευχθεί με διάφορους τρόπους όπως οπτική σαφήνεια , (διακριτά υλικά , ξεκάθαρα καθήκοντα) , οπτική οργάνωση (οργάνωση υλικών για αποτελεσματικότερη επεξεργασία πληροφοριών) αλλά και οπτικές οδηγίες (οπτική αναπαράσταση του πως πρέπει να γίνει κάτι). (Mesibov GBSV, Shopler E. 2004)

Μουσικοθεραπεία

Είναι κοινώς παραδεκτή στην επιστημονική κοινότητα η πεποίθηση ότι τα παιδιά με αυτισμό είτε είναι υπερευαίσθητα, είτε υποευαίσθητα σε αισθητηριακά ερεθίσματα ,με αποτέλεσμα να βιώνουν υπερβολική ή ανεπαρκή αισθητηριακή διέγερση σε σύγκριση με τους περισσότερους ανθρώπους (Dawson & Walting, 2000) Έτσι, είναι λογικό να μην έχουν την δυνατότητα να αντιλαμβάνονται τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα και να αντιδρούν με τον κατάλληλο τρόπο σε αυτά. Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψιν μας την παραπάνω θεωρία, είμαστε σε θέση να υποθέσουμε ότι διάφορες τελετουργικές συμπεριφορές όπως η τάση για αυτοτραυματισμό ,μπορούν να θεωρηθούν προσπάθειες του παιδιού να μετριάσει την ποσότητα και το επίπεδο των

περιβαλλοντικών ερεθισμάτων που δέχεται. Η αρχή αυτή , αποτελεί τη βάση των αισθητηριακών – κινητικών θεραπειών που σύμφωνα με το Smith (1996) έχουν περισσότερες από 1800 παραλλαγές. Αξίζει να τονιστεί ότι πως αυτού του τύπου οι θεραπείες δεν χρησιμοποιούνται μεμονωμένες ,αλλά συμπληρωματικά ,σε αλληλεπίδραση με άλλα εκπαιδευτικά προγράμματα προκειμένου να αντιμετωπιστούν ορισμένα συμπτώματα του αυτιστικού φάσματος . (Pechous EA. 2001)

Η μουσικοθεραπεία πρωτοεισάγεται από τους θεραπευτές Juliette Alvin ,Paul Nordoff και Clive Robbins ,τις δεκαετίες 1950 – 1960 στο Ηνωμένο Βασίλειο , ως μια υποστηρικτική παρέμβαση του αυτιστικού φάσματος .Αποτελεί μια ολιστική προσέγγιση , σκοπός της οποίας είναι η προώθηση της ισορροπίας ανάμεσα στην κοινωνική ,νοητική , σωματική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Η μουσικοθεραπεία βελτιώνει τις κοινωνικές δεξιότητες των αυτιστικών παιδιών σε βάθος χρόνου (συνήθως 2 μήνες μετά την περίοδο παρέμβασης) (Aigen K. 2014.)

Η μουσικοθεραπεία , ως παρέμβαση στο αυτιστικό φάσμα, διαφοροποιείται από την μουσική εκπαίδευση και παιδεία , τα μαθήματα μουσικής γενικότερα καθώς και τον καθαρά ψυχαγωγικό σκοπό της μουσικής όσον αφορά την έμφαση , την προσέγγιση και τους στόχους που θέτει , παρ ‘όλο που μπορεί να συναντήσουμε κοινά στοιχεία. Σύμφωνα με την Καλύβα , οι στόχοι της μουσικής εκπαίδευσης και της μουσικοθεραπείας θεωρούνται συμπληρωματικοί (Καλύβα , 2005) .Σύμφωνα με τους Davenson & Edwards η εξειδίκευση της μουσικής εκπαίδευσης αφορά την απόκτηση μουσικής γνώσης , δεξιοτήτων και την εκτίμηση της μουσικής , ενώ η μουσικοθεραπεία χρησιμοποιείται προκειμένου να επιτευχθούν στόχοι οι οποίοι δεν έχουν άμεση σχέση με τη μουσική. (Davenson & Edwards ,1998)

Τα παιδιά με ΔΑΦ, έχει αποδειχθεί ότι αντιμετωπίζουν κοινωνικές διαταραχές ,όπως η κοινωνική και συναισθηματική αβεβαιότητα , αλλά και προβλήματα όπως η μειωμένη οπτική επαφή κατά τη διάρκεια της κοινωνικής ανταλλαγής . (Mundy P., Crowson M. ,1997) .Άλλα προβλήματα που σχετίζονται με την επικοινωνία και τον αυτισμό , είναι η καθυστέρηση ή ακόμα και έλλειψη στην απόκτηση της γλώσσας, δυσκολίες στην έναρξη και διατήρηση της συζήτησης με κοινωνικούς εταίρους καθώς και η διατήρηση του λόγου σε ένα σταθερό επίπεδο και τρόπο.(Tager – Flusberg , 1999) .

Υπάρχουν πλειάδα προσεγγίσεων στον τομέα της μουσικοθεραπείας. Ωστόσο, η πιο γνωστή, είναι η μουσική αυτοσχεδιασμού. Αυτού του είδους η μουσική επιτρέπει στο

αυτιστικό άτομο να αναλάβει τον έλεγχο. Η διαδικασία της μουσικοθεραπείας έχει ως συμμετέχοντες τον θεραπευτή και τον ασθενή. Με τη χρήση κρουστών και έγχορδων μουσικών οργάνων, ο θεραπευτής προσπαθεί να ανταποκριθεί δημιουργικά στους θορύβους που παράγονται από την στοματική κοιλότητα του παιδιού. Με αυτό τον τρόπο το ενθαρρύνει να κατασκευάσει τη δική του μουσική γλώσσα. Το όργανο και το είδος μουσικής που επιλέγονται πρέπει να είναι απλά και να προκαλούν ευχάριστη αντίδραση στο παιδί, έτσι ώστε να μπορούν να χρησιμοποιούνται με ευελιξία για να συμβαδίζουν με τη διάθεση και τις κλινικές και αναπτυξιακές του ανάγκες σε κάθε δομημένη χρονική στιγμή. Ο μουσικοθεραπευτής μπορεί να ανταποκριθεί στις φωνές, τις κραυγές και τις κινήσεις του παιδιού που έχουν ρυθμό και ένταση και μπορούν να οργανωθούν μουσικά. Αυτές οι συνεδρίες μετατρέπονται σε συζητήσεις μέσω της μουσικής.

Ένα δεύτερο είδος μουσικοθεραπείας είναι αυτό που χρησιμοποιείται το είδος της τροποποιημένης μουσικής. Τα παιδιά ακούν μουσική και γίνεται καταγραφή των αντιδράσεών τους. Στη συνέχεια τροποποιείται η μουσική και διατηρούνται μόνο οι ήχοι στους οποίους ανταποκρίνονται θετικά. (Καλύβα, 2005). Η συνεδρία έχει στόχο να καταστήσει την μουσικοθεραπεία ευχάριστη για το παιδί και επομένως πιο αποτελεσματική. (Darnley-Smith & Patey, 2003)

Αδιαμφισβήτητα η μουσικοθεραπεία αποτελεί μια ενεργητική διαδικασία που ακολουθεί μια προδιαγεγραμμένη πορεία και εμπεριέχει το παίξιμο οργάνων (που δεν απαιτεί κάποιο ταλέντο ή ιδιαίτερη εκπαίδευση), το τραγούδι, το άκουσμα της μουσικής και το λίκνισμα στο ρυθμό της. επομένως, άτομα όλων των ηλικιών και όλων των δεξιοτήτων είναι σε θέση να επιτύχουν σημαντικούς στόχους ζωής μέσω της μουσικής (Wheeler, 1995). Όταν τα παιδιά παραπέμπονται σε μουσικοθεραπεία αξιολογούνται για μια περίοδο που καθορίζεται από το θεραπευτή σε ένα χώρο που είναι ειδικά σχεδιασμένος για να μην υπάρχουν καθόλου περισπασμοί και το παιδί να βιώνει αίσθηση ασφάλειας. Εάν αποδειχτεί ότι η μουσικοθεραπεία αποτελεί κατάλληλη παρέμβαση για το παιδί, τότε καθορίζεται και το εκπαιδευτικό πλαίσιο. Προγραμματίζεται ο χρόνος και η διάρκεια των συνεδριών, η ατομική ή η ομαδική βάση τους και οι στόχοι της θεραπείας (Καλύβα, 2005)

ABA-LOVAAS (Applied Behavioral Analysis)

Η μέθοδος ABA –LOVAAS (Applied Behavioral Analysis –A.B.A (Lovaas) ξεκινά το 1930, με τον Skinner να την εφαρμόζει στις Η.Π.Α. Αποτελεί μία από τις πιο

αποτελεσματικές παρεμβάσεις του φάσματος του αυτισμού και σημειώνει αρκετά μεγάλη επιτυχία σε πολλά άτομα με αυτισμό. Αρχικά ο Skinner εφαρμόζει στις Η.Π.Α το YoungAutisticProject, χρησιμοποιώντας ένα εντατικό και δομημένο πρόγραμμα συμπεριφοράς που εφαρμόζεται από κάποιο άτομο κατάλληλα καταρτισμένο, για αρχή σε μια ομάδα ιδρυματοποιημένων παιδιών με αυτισμό. Πρωταρχικός στόχος του, να εξετάσει την αποτελεσματικότητα των συμπεριφοριστικών μεθόδων παρέμβασης όσον αφορά την αντιμετώπιση του αυτιστικού φάσματος. Τότε πολλοί συνάδελφοί του, υποστηρικτές της ψυχοδυναμικής προσέγγισης επικρίνουν τον Skinner, ο οποίος όμως συνεχίζει να δουλεύει με μικρά παιδιά στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού τους, με την ενεργό συμμετοχή των γονιών μάλιστα. (Buchanan, S.M., & Weiss, M.J. 2006)

Η Ανάλυση Εφαρμοσμένης Συμπεριφοράς (ABA) χρησιμοποιεί τη θετική ενίσχυση μιας συμπεριφοράς. Η μέθοδος ABA χρησιμοποιείται για τη δόμηση της επικοινωνίας του παιχιδιού, των κοινωνικών δεξιοτήτων και της αυτοφροντίδας με στόχο να μειωθούν τα προβλήματα συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, το ABA περιλαμβάνει δραστηριότητες με μικρότερα θέματα, σύνδεση των θεμάτων, ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς, μείωση των λανθασμένων αποκρίσεων και βοηθειών, αλλά και κατανόηση και έκφραση της γλώσσας. Τέλος, στο πρόγραμμα ABA περιλαμβάνονται η μίμηση, η κοινωνικοποίηση και η γενίκευση. (Lovaas, O. I., Koegel, R. L., Simmons, J. Q., & Long, J. 1973)

Σύμφωνα με τον Lovaas, η τροποποίηση της συμπεριφοράς έχει τις βάσεις της στην αντίληψη ότι η ανταμοιβή αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης μιας επιθυμητής συμπεριφοράς σε αντίθεση με την τιμωρία που ελαττώνει την εκδήλωση της συμπεριφοράς αυτής. (Καλύβα 2005, Γενά 2002). Το θεωρητικό υπόβαθρο της προσέγγισης βασίζεται στο γεγονός ότι όλες οι συμπεριφορές είναι δυνατόν να αποτελέσουν αντικείμενο μάθησης (Lovaas, 1987).

Συμπεραίνουμε λοιπόν, σχετικά με την παρέμβαση A.B.A –Lovaas, ότι αποτελεί μια διαδομένη πρώιμη εντατική παρέμβαση που χρησιμοποιείται στα παιδιά με αυτισμό. Χαρακτηριστικό της σημείο αποτελεί το γεγονός ότι ξεκινά ως ατομικό πρόγραμμα και καταλήγει να ενισχύει τη γενίκευση των γνώσεων με τη βοήθεια των γονέων. Η διάρκεια του προγράμματος είναι 2 χρόνια και 40 ώρες εβδομαδιαίως. Το πρόγραμμα αυτό παρέμβασης ξεκινά από την εκμάθηση βασικών δεξιοτήτων του λόγου και αυτό εξυπηρετήσης. Στη συνέχεια, ακολουθεί η σταδιακή διδασκαλία μη λεκτικών και λεκτικών δεξιοτήτων μίμησης αλλά και η εδραίωση της απαρχής της ενασχόλησης με παιχνίδια.

Προκειμένου να καταστεί αποτελεσματικό το πρόγραμμα ,σημαντική κρίνεται η συμμετοχή όλων των ατόμων που εργάζονται με το παιδι (Lovaas, O. I., Ackerman, A. B., Alexander, D., Firestone, P., Perkins, J., & Young, D. 1980)

Τα κοινά σημεία του ABA με το TEACCH είναι πως δίνουν έμφαση στις δεξιότητες επιλεκτικής προσοχής σε αντικείμενα, λεκτικής και κινητικής μίμησης, πρόσληψης και έκφρασης του λόγου, κατάλληλου παιχνιδιού και κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Και τα δυο προγράμματα χαρακτηρίζονται από ρουτίνα για την λειτουργική προσέγγιση των προβλημάτων της συμπεριφοράς. Βασική διαφορά τους όμως είναι πως το TEACCH βασίζεται στο να μεγιστοποιήσει τις δεξιότητες του παιδιού στηριζόμενο στις ικανότητές του ενώ το ABA προσπαθεί να θεραπεύσει τις διαταραχές (Dawson and Osterling, 1997).

Πλεονεκτήματα του προγράμματος ABA -LOVAAS

Όσον αφορά το ABA, πρόκειται για ένα πρόγραμμα με πολλά πλεονεκτήματα. Αρχικά, το παιδί δέχεται την κατάλληλη ακαδημαϊκή εκπαίδευση ,αφού το εκπαιδευτικό πρόγραμμα έχει στόχο να ενισχύσει τις μαθησιακές δεξιότητες του παιδιού. Επιπλέον, η εκπαίδευση στοχεύει ε συμπεριφορές που μπορούν να μετρηθούν. Αξιοσημείωτη είναι η έμφαση που δίνει το πρόγραμμα στους γονείς. Όχι μόνο τους παρέχει κάθε είδους υποστήριξη , αλλά ταυτόχρονα οι γονείς λαμβάνουν μέρος στη θεραπεία.(Lovaas, 1987, Slomins, 2002).

Η εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς στοχεύει όχι μόνο στην ελάττωση ή εξάλειψη μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς , αλλά και στην αύξηση της εκδήλωσης .Ειδικότερα, στοχεύει στην ακριβή ερμηνεία της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα σε ορισμένα γεγονότα η καταστάσεις, στο ερέθισμα δηλαδή, και στις συνέπειες που έχουν για το παιδί με αυτισμό, δηλαδή την αντίδραση. Με βάση τα στοιχεία που συλλέγονται, αναλύεται η παραπάνω σχέση και σχεδιάζεται ένα συστηματικό πρόγραμμα. Στόχος του προγράμματος αυτού, όπως προαναφέρθηκε αποτελεί η αλλαγή της συμπεριφοράς του παιδιού καθώς και η εκμάθηση νέων χρήσιμων δεξιοτήτων. Με λίγα λόγια, τα προγράμματα εφαρμοσμένης ανάλυσης της συμπεριφοράς είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να αντιμετωπιστούν αρκετές δεξιότητες και συμπεριφορές ,οι οποίες προβληματίζουν και δυσκολεύουν τα άτομα που διακατέχονται από το αυτιστικό φάσμα . (Harris, S. L., Handleman, J. S., and Jennett, H. K. 2005).

Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, ο αυτισμός αποτελεί μια ισόβια αναπηρία. Το αυτιστικό άτομο δεν μπορεί να ξεφύγει από το φάσμα αυτό, μπορεί όμως με την κατάλληλη θεραπεία και φροντίδα να βελτιωθεί και να διδαχτεί κάποιες τεχνικές αυτοσυντήρησης και η μέθοδος TEACCH έχει ως χαρακτηριστικό γνώρισμα, το οποίο άλλωστε είναι και το κλειδί της επιτυχίας της, τη διαρκή υπενθύμιση της ατομικότητας και της μοναδικότητας. Το κάθε παιδί, είναι ξεχωριστό ον. Ως αποτέλεσμα, το πρόγραμμά του θα πρέπει να είναι εξατομικευμένο, προσαρμοσμένο στις μοναδικές ανάγκες και ιδιαιτερότητές του. Η παραπάνω άποψη ενισχύεται αν λάβει κανείς υπ όψιν του το γεγονός ότι απώτερος στόχος της TEACCH είναι η ανεξαρτητοποίηση από τα βοηθήματα σε πρώτο στάδιο, και στη συνέχεια η επίτευξη των κατάλληλων δραστηριοτήτων χωρίς να συμβουλευεται το ημερήσιο πρόγραμμά του. Με άλλα λόγια, το πρόγραμμα αυτό στοχεύει στην προσέγγιση της ζωής με απώτερο στόχο την ανάπτυξη των δεξιοτήτων που διασφαλίζουν στο αυτιστικό άτομο μια παραγωγική ζωή μέσα στο κοινωνικό σύνολο. (Mesibov G. 1998)

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως το αυτιστικό άτομο θα πρέπει να δέχεται ποικιλία παρεμβάσεων καθώς μεγαλώνει. Και αυτό γιατί οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος είναι πολύπλευρες και χρόνιες. Θα μπορούσαμε να πούμε πως οι θεραπευτικές αυτές παρεμβάσεις διαδέχονται η μία την άλλη και είναι αλληλοεξαρτώμενες κατά κάποιο τρόπο. Αρχικό θεραπευτικό πλαίσιο αποτελούν το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον. Σε μικρή λοιπόν ηλικία, οι στόχοι της θεραπείας αφορούν την προώθηση της επικοινωνιακής ικανότητας του παιδιού, την εκπαίδευσή του σε ηθικό και ακαδημαϊκό επίπεδο αλλά και την ψυχοεκπαίδευση και συμβουλευτική παροχή στους γονείς. Σε επόμενο στάδιο, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις δίνουν προτεραιότητα στις κοινωνικές δεξιότητες, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις ιδιαίτερο χειρισμό απαιτούν προβλήματα όπως η αντιμετώπιση της κατάθλιψης, του άγχους και κάποιων ψυχαναγκαστικών – καταναγκαστικών συμπτωμάτων τα οποία μπορεί να καταστούν θεραπεύσιμα αν τηρηθεί η κατάλληλη αγωγή, είτε ψυχοθεραπευτική, είτε φαρμακευτική.

Συμπεράσματα διαταραχών της παιδικής ηλικίας- Επίλογος

Με βάση όσα εξετάστηκαν σε σχέση με τις ψυχικές διαταραχές στην παιδική ηλικία και τις επιπτώσεις αυτών στην σχολική πορεία του παιδιού καταλήξαμε στα ακόλουθα συμπεράσματα.

Αρχικά, το ζήτημα της ΔΕΠΥ όπως προαναφέρθηκε νωρίτερα, είναι ένα εξελισσόμενο θέμα το οποίο δεν έχει αποκωδικοποιηθεί πλήρως. Η διάγνωση και η αντιμετώπιση της απαιτούν προσοχή και ακρίβεια. Με λίγα λόγια το πρόγραμμα αντιμετώπισης που θα σχεδιαστεί θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια, ακρίβεια και εγκυρότητα. Επίσης, τα παιδιά με ΔΕΠΥ εμφανίζουν συννοσηρότητα της τάξης του 60% με άλλες διαταραχές. Στην περίπτωση αυτή το στενό περιβάλλον του παιδιού είναι σημαντικό να ενθαρρύνει και να υποστηρίζει το παιδί, δίνοντάς του με αυτόν τον τρόπο κίνητρα να συνεχίσει την προσπάθεια. Πάνω απ' όλα όμως, θα πρέπει να σεβόμαστε τους διαφορετικούς ρυθμούς εξέλιξης κάθε παιδιού.

Οι μαθησιακές δυσκολίες αποτελούν ίσως τον πιο δύσκολο κλάδο της ειδικής αγωγής. Η ανομοιογένεια τους είναι τόσο μεγάλη με αποτέλεσμα να υπάρχουν συνεχώς ερωτηματικά. Υπάρχουν ασάφειες όσο αφορά τις αιτιολογίες και τους ορισμούς. Η πολυμορφία των μαθησιακών δυσκολιών είναι υπεύθυνη για τις δυσκολίες που προκύπτουν σε όλα τα επίπεδα (ανίχνευση, διάγνωση, παρέμβαση, αντιμετώπιση). Ωστόσο βλέπουμε μέσα από μελέτες ότι δεν αποτελούν απροσπέλαστο πρόβλημα για ένα παιδί αλλά μια ιδιαιτερότητα που απαιτεί διαφορετική προσέγγιση. Το πιο ουσιαστικό όταν έχουμε να κάνουμε με παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες είναι ο σεβασμός που πρέπει να υπάρχει για το παιδί και το υποστηρικτικό περιβάλλον για να μπορέσει να συνεχίσει. Το περιβάλλον του είτε οικογενειακό, είτε σχολικό, είτε κοινωνικό, οφείλει να είναι ενημερωμένο για τις δυσκολίες του παιδιού και να γνωρίζει τον σωστό τρόπο διαχείρισής του. Τέλος, ας μην ξεχνάμε ότι είναι παιδιά και τα παιδιά χρειάζονται αγάπη και ενθάρρυνση για να συνεχίσουν το ταξίδι της ζωής τους.

Η νοητική καθυστέρηση αποτελεί μια απαιτητική ιδιαιτερότητα. Χρειάζεται καλή συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων κι σωστή λειτουργική οργάνωση. Μέσα από την μελέτη αυτή διερευνήθηκε το ζήτημα της νοητικής καθυστέρησης σε σχέση με τα αίτια την ανίχνευση, την διάγνωση και την αντιμετώπισή της. Το παιδί χρειάζεται ένα υποστηρικτικό περιβάλλον πλούσιο σε ερεθίσματα. Γονείς και εκπαιδευτικοί αποτελούν τους καθοδηγητές και παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή τους. Η διαφορετικότητα όμως των παιδιών αυτών

δεν πρέπει να τρομάζει κανέναν αντίθετα, το κάθε μέλος της κοινωνίας μπορεί να συνεισφέρει στην δημιουργία ενός καλύτερου κλίματος για τα παιδιά αυτά.

Ο αυτισμός στις μέρες μας αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο που τείνει να αυξάνεται χρόνο με τον χρόνο. Αυτό γίνεται εμφανές άλλωστε και από τις έρευνες των τελευταίων ετών που δείχνουν τα ποσοστά του αυτισμού αυξημένα. Όπως είδαμε λοιπόν και προηγουμένως, δεν έχει δοθεί ένας ολοκληρωμένος ορισμός για τον αυτισμό, ούτε τα ακριβή αίτια του φαινομένου αυτού. Επιπλέον, η συμπτωματολογία είναι ποικίλη και καλύπτει όλους τους τομείς ανάπτυξης ενός παιδιού. Ο αυτισμός με λίγα λόγια αποτελεί μια ισόβια αναπηρία. Το αυτιστικό άτομο δεν μπορεί να ξεφύγει από αυτό, αλλά με την κατάλληλη θεραπεία και φροντίδα μπορεί να διδαχτεί κάποιες τεχνικές αυτοσυντήρησης που αποτελούν το κλειδί της επιτυχίας. Το κάθε παιδί αποτελεί ξεχωριστό όν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το πρόγραμμα να είναι εξατομικευμένο και προσαρμοσμένο στις μοναδικές ανάγκες κάθε παιδιού. Τέλος, το αυτιστικό άτομο θα πρέπει να δέχεται ποικιλία παρεμβάσεων καθώς μεγαλώνει γιατί οι διαταραχές του φάσματος είναι πολύπλευρες και χρόνιες.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αγαλιώτης, Ι. (2002). *Μεθοδολογικές επιλογές για τη συνεκπαίδευση παιδιών με και χωρίς ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες*, Παιδαγωγική Επιθεώρηση, 33, σελ. 57-71.

Αλεξοπούλου, Σ. (2003). *Η εργασία του Κοινωνικού Λειτουργού στις οικογένειες των ατόμων με αναπηρίες*, Έργο Στέρξις- Ανάδοχος Φορέας: εστία Ειδικής Επαγγελματικής Αγωγής.

Αλευριάδου, Α. & Γκιαούρη, Σ. (2009). *Γενετικά σύνδρομα νοητικής καθυστέρησης*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press

Αμίτσης, Γ. & Κοντιάδης, Ξ. (2000). *Διερεύνηση και Αξιολόγηση των μηχανισμών εισοδηματικής ενίσχυσης των ατόμων με ειδικές ανάγκες* Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλα

Αμπατζόγλου, Γ. & Τζιαρός, Γ. (2001). *Λογοθεραπεία – Λογοπεδική Εγκυκλοπαιδικός Οδηγός* <http://www.greek-language.gr/greekLang/index.html> [Πρόσβαση 15 Απριλίου 2014]

A.M. Kring, G.C. Davison, J.M. Neale, S.L. Johnson (2010). *Ψυχοπαθολογία*, Αθήνα: Gutenberg

Ανθόπουλος, Χ. (2000). *Εθελοντισμός, Αλληλεγγύη και Δημοκρατία*, Αθήνα: Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς.

Αναγνωστόπουλος, Δ. & Σίνη Α., (2003). *Μαθησιακές Δυσκολίες*.

Αντωνίου, Φ. (2008). *Ενίσχυση της αναγνωστικής κατανόησης*, στο Παντελιάδου, Σ. & Αντωνίου, Φ. (επιμέλεια). *Διδακτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για μαθητές με Μαθησιακές Δυσκολίες*. (στα πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ «Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες»). Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ. 41-48.

Αντωνίου, Φ. (2008). *Ενίσχυση του γραπτού λόγου*, στο Παντελιάδου, Σ. & Αντωνίου, Φ. (επιμέλεια). *Διδακτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για μαθητές με Μαθησιακές Δυσκολίες*. (στα πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ «Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες»). Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ. 49-56.

Αποστολοπούλου, Κ. (2009). *Σύγχρονες Διεθνείς Παράμετροι στην Κλινική Αξιολόγηση και Αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ και των Συνοδών Καταστάσεων. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ): Διεθνή δεδομένα και Ελληνική Πραγματικότητα*. 6ο Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό συνέδριο.

Βάμβουκας, Μ. Ι. (2002). *Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και μεθοδολογία*, Γρηγόρης, Αθήνα

Βαρβόγλη, Λ. (2006). *Η διάγνωση του Αυτισμού*. Αθήνα: Καστανιώτη

Barlow, D.H. & Durand, V.M. (2001). *Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια συνθετική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση*(Τόμος Α΄ και Β΄). (Επιμ. Λ. Μεσσήνης). Αθήνα: Έλλην.

Βασιλείου, Ε. Κατσιώτης, Μ., Τσιούμπος, Γ., Χατζηχαραλάμπους, Ε., Καπαρός, Κ., Τζαβέλλα, Μ. & Κουφάλης, Ι. (2001). *Οδηγός του Πολίτη με Ειδικές Ανάγκες* Αθήνα: Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης

Βλάχου-Μπαλαφούτη, Α. (2000). *Πρακτική εφαρμογή προγραμμάτων ένταξης παιδιών με νοητική καθυστέρηση*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000

Bleuler, E, (1926). *Demantia praecox oder gruppe der Schizophrenien*, περίληψη- μετάφραση απο τον Η. Ey (στο *Annalectes*, Paris, 1926).

Bleuler, E. (coll. Analytica). *L'invention de l'autisme*, Editeur Navarin 1988.

Βογινδούκας, Ι. (2002). *Η ανάπτυξη του λόγου σε παιδιά με αυτισμό και βαριές διαταραχές στην επικοινωνία*. Ιωάννινα.

Βογινδρούκας, Ι. Καλομοίρης, Γ. Παπαγεωργίου, Β. (2007). *Αυτισμός - Θέσεις και Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Ταξιδευτής.

Βριώνης, Ν. και Κουρουμπλής, Π. *Συλλογή Ελληνικής και Κοινοτικής Νομοθεσίας για άτομα με ειδικές ανάγκες*, Εθνική Συνομοσπονδία ατόμων με ειδικές ανάγκες-Ευρωπαϊκή Κοινότητα, Αθήνα 1992.

Γαβαλά, Α. (1976). *Η Κοινωνία και το κράτος του Ι. Καποδίστρια*, Αθήνα: χ.ε.

Γεννά, Α. (2002). *Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές*. Αθήνα

Γεννά, Α. & Γαλάνης, Π.(2006). *Η συμπεριφοριοαναλυτική προσέγγιση στον αυτισμό.*

Delion, P. (2000). *Τα βρέφη σε αυτιστικό κίνδυνο.* Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Διόνου, Α. (2009). *Σύνδρομο Asperger και Στοχοθεσία Περίπτωσης Μέσω της Προσέγγισης TEACCH,* Θέματα ειδικής αγωγής, 46, 36-41.

Κάκουρος, Ε. Μανιαδάκη Κ.(2000). *Η επίδραση της ΔΕΠ-Υ στη σχολική επίδοση και στη συμπεριφορά των παιδιών.*

Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2012). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα: Θεωρητικές Προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση,* Αθήνα: Gutenberg

Καλύβα Ε. (2005). *Αυτισμός: Εκπαιδευτικές και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις.* Παπαζήση. Αθήνα

Καρβούνης, Μ. (2007). *Μαθησιακή και Ψυχολογική υποστήριξη παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες στη σχολική τάξη,* στο Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (επιμέλεια). *Θέματα Διαχείρισης Προβλημάτων Σχολικής Τάξης.* Τόμος Α΄. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. σελ. 72-83

Καρπαθίου, Χ. Μάρρα, Μ. Δάλλα, Β. (1994). *Εγκόλπιο Παθολογίας του Λόγου στο παιδί προσχολικής ηλικίας.* Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ.

Κεράτσα, Ν. (2004). *Υπερκινητικό σύνδρομο με διάσπαση προσοχής.*

Κουρκούτας, Η., & Jean Pierre Chartier, (2008). *Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές δυσκολίες Στρατηγικές παρέμβασης,* ΑΘΗΝΑ

Κρουσταλάκης, Γ. (1998). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο – Ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση*. Γ Έκδοση, Αθήνα: ΕΛΛΗΝ

Κυπριωτάκης, Α. (1984). *Αίτια και μορφές της νοητικής ανεπάρκειας*, Αθήνα.

Κυπριωτάκης, Α. (1986). *Ο εγκέφαλος ως φυσιολογικό υπόβαθρο της νοημοσύνης*, Αθήνα.

Κυπριωτάκης, Α. (1995). *Τα αυτιστικά παιδιά και η αγωγή τους*. Ηράκλειο Κρήτης (Γ. Κ. Παπαγεωργίου).

Κυπριωτάκης, Β. Α. (1997). *Τα αυτιστικά παιδιά και η αγωγή τους*. Ηράκλειο.

Κυπριωτάκης, Α.(2003). *Τα αυτιστικά παιδιά και η αγωγή τους*. Ηράκλειο: Παπαγεωργίου

Κωνστανταρέα, Μ. (2001). *Παιδικός Αυτισμός*. Στων: Τσιάντης, Γ., Μανωλόπουλος, Σ., Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Λεχουρίτη, Χ. (2010). *Θετικά μηνύματα από τους γονείς παιδιών με ειδικές δυνατότητες στην αντιμετώπιση των δυσκολιών*. Περιοδικό «Special Life». 5ο Τεύχος. Σελ. 30-32. Αθήνα: Joy Publications

Λιβανίου, Ε. (2004). 2η έκδοση. *Μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς στην κανονική τάξη*, Αθήνα:Κέδρος.

Μάνου, Ν.(1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη:University Studio Press.

Μαριδάκη-Κασσωτάκη, Α. (2005). *Μαθησιακές Δυσκολίες: Ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση*, Ελληνικά Γράμματα Α.Ε.

Μιχελogiάννης, Ι., Τζενάκη, Μ. (2000). *Μαθησιακές Δυσκολίες*. 2η έκδοση. Αθήνα: ΓΡΗΓΟΡΗ.

Μίχου, Μ. (1990). *Γνωστικά, κοινωνικά και νευροψυχολογικά χαρακτηριστικά των παιδιών με μαθησιακά προβλήματα*. Στο σεμινάριο Μαθησιακές Δυσκολίες. Σύγχρονες απόψεις και τάσεις, σελ 27-41, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα

Μουζάκη, Α., Σπαντιδάκης, Ι., Βάμβουκας, Μ., Λίβα, Ε., Ράλλη, Μ. (2007). *Ανάπτυξη γνωστικών και ακαδημαϊκών δεξιοτήτων παιδιών με δυσκολίες μάθησης στις πρώτες τάξεις του δημοτικού σχολείου*, στο Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθέρη, Ε. & Σακελλαρίου, Γ. (επιμέλεια). *Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο πλαίσιο της σχολικής Μάθησης*. (πρακτικά συνεδρίου). Αθήνα: Γρηγόρη. σελ. 39-51

Μπεζεβέγκης, Η.Γ. (1989). *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία*. Τόμος Α', Αθήνα.

Μπότσας, Γ., Παντελιάδου, Σ. (2007). *Χαρακτηριστικά παιδιών και εφήβων με Μαθησιακές Δυσκολίες*, στο Παντελιάδου, Σ. & Μπότσας, Γ. (επιμέλεια). *Μαθησιακές Δυσκολίες. Βασικές έννοιες και χαρακτηριστικά*. (στα πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ «Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες»). Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ. 21-41.

Μπότσας, Γ., Παντελιάδου, Σ. (2007). *Ορισμός και περιεχόμενο των Μαθησιακών Δυσκολιών*, στο Παντελιάδου, Σ. & Μπότσας, Γ. (επιμέλεια). *Μαθησιακές Δυσκολίες. Βασικές έννοιες και χαρακτηριστικά*. (στα πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ «Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες»). Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ. 6-15

Μπότσας, Γ. (2008). *Ενίσχυση των γνωστικών και συναισθηματικών χαρακτηριστικών των μαθητών με Μαθησιακές Δυσκολίες*, στο Παντελιάδου, Σ. & Αντωνίου, Φ. (επιμέλεια). *Διδακτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για μαθητές με Μαθησιακές Δυσκολίες*. (στα πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ «Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες»). Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ. 18-31

Νότας, Σ. (2006). *Οι γονείς και τα αδέρφια των παιδιών με αυτισμό*, Τρίκαλα: Έλλα

Neuhaus C. (1999). *Το Υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματά του: Γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παντελιάδου, Σ. (2007). *Οικογένειες με παιδιά με Μαθησιακές Δυσκολίες*, στο Παντελιάδου, Σ. & Μπότσας, Γ. (επιμέλεια). *Μαθησιακές Δυσκολίες. Βασικές έννοιες και χαρακτηριστικά*. (στα πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ «Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες»). Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ.16-20

Παντελιάδου, Σ. (2009). *Μαθησιακές Δυσκολίες και Εκπαιδευτική Πράξη. Τι & Γιατί*. 10η έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Παντελιάδου, Σ., Πατσιοδήμου, Α. (2007). *Προβλήματα στη σχολική μάθηση*, στο Παντελιάδου, Σ. & Μπότσας, Γ. (επιμέλεια). *Μαθησιακές Δυσκολίες. Βασικές έννοιες και χαρακτηριστικά*. (στα πλαίσια του προγράμματος ΕΠΕΑΕΚ Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις Μαθησιακές Δυσκολίες). Θεσσαλονίκη: Γράφημα. σελ. 42-52

Πατσίδου, Μ. (2006). *Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε μαθητές με Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας*. Θ.Ε.Α. τ. 31, Αθήνα.

Περβανίδου, Π. (2009). *Γενετικοί και Περιβαλλοντικοί Παράγοντες κινδύνου στην ανάπτυξη ΔΕΠΥ. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ): Διεθνή δεδομένα και Ελληνική Πραγματικότητα*. 6ο Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό συνέδριο.

Πολυχρονοπούλου, Σ. (1995). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες*. Αθήνα: εκδ. Σ. Πολυχρονοπούλου

Πολυχρονοπούλου, Σ. (1996). *Νοητική υστέρηση. Σημειώσεις για το Μ.Π.Σ. Ειδικής Αγωγής του Π.Τ.Δ.Ε.- Πανεπιστήμιο Αθηνών*.

Πόρποδας, Κ.Δ. (2003). *Διαγνωστική αξιολόγηση και αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών στο δημοτικό σχολείο. (Ανάγνωση, Ορθογραφία, Δυσλεξία, Μαθηματικά)*, Πάτρα, ΕΠΕΑΕΚ

Σακκάς, Β. (2002). *Μαθησιακές Δυσκολίες και Οικογένεια*, εκδόσεις Ατραπός

Σπαντιδάκης, Ι. Ι. (2009). *Προβλήματα Παραγωγής Γραπτού Λόγου Παιδιών Σχολικής Ηλικίας. Διάγνωση. Αξιολόγηση. Αντιμετώπιση*. 8η έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Σταμάτης, Σ. (1987). *Οχυρωμένη σιωπή, γέφυρες επικοινωνίας με το αυτιστικό παιδί, εικόνα- αντιμετώπιση- αποκατάσταση*. Αθήνα: Γλάρος.

Τρίγκα-Μερτίκα, Ε. (2010). *Μαθησιακές Δυσκολίες. Γενικές & Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες – Δυσλεξία*. Αθήνα: ΓΡΗΓΟΡΗ

Φλωράτου, Μ.Μ. (2009). *Μαθησιακές Δυσκολίες και όχι τεμπελιά. Διδακτικά προγράμματα για την αντιμετώπιση προβλημάτων στο σχολείο και στο σπίτι σε ανάγνωση, γραφή, ορθογραφία*. 9η έκδοση. Αθήνα: ΟΔΥΣΣΕΑΣ

Frith, U. (1994). *Αυτισμός*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Happe, F. (2003). *Αυτισμός*. Αθήνα: Gutenberg

Quill, K. (2002). *Διδάσκοντας Αυτιστικά Παιδιά*. Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ.

Wing, Lorna. (2000). *Το Αυτιστικό Φάσμα*. Μετάφραση: Παντελής, Πρώιος. (2000). Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων

Χίτογλου-Αντωνιάδου, Μ. Κεκές, Γ. Χίτογλου-Χατζή, Γ. (2000). *Αυτισμός-Ελπίδα*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Χρηστάκης, Κ. (2002). *Διδακτική προσέγγιση παιδιών και νέων με μέτριες και σοβαρές δυσκολίες μάθησης*. Αθήνα: Ατραπός

Ξενογλώσση βιβλιογραφία

Ackerman, N. (1958). *The psychodynamics of family Life*. New York: Publishers Basic Books, Inc

Aigen, K. 2014. *Music-centered dimensions of Nordoff-Robbins music therapy*. Music Ther. Perspect. 32, 18–29.

Al-Yagon, M., & Margalit, M. (2006). *Loneliness, sense of coherence and perception of teachers as a secure base among children with reading difficulties*. European Journal of Special Needs Education, 21, 1, 21-37

Aman, MG, Langworthy, KS. *Pharmacotherapy for hyperactivity in children with autism and other pervasive developmental disorders*. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2000;30:451–459

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*, 4th Ed. Washington DC: American Psychiatric Association.

Armstrong, D. (2005). *Reinventing 'inclusion': New Labour and the cultural politics of special education*. Oxford Review of Education, 31 (1), 135-151.

Asperger, H.: *Autistische Psychopathen im Kindersalter*, Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 117, 1944, 76-136.

Attwood, J. (2001). *Changing unruly and unmanageable into "understood" special Children*

Bally, G. (1965). *Einführung in die Psychoanalyse Sigmund Freud*. Rowohlt

Barkley, R.A. (1990). *Attention – Deficit Hyperactivity Disorder: A hand book for diagnosis and treatment*. New York: Pergamon Press. (1998) New York, NY: The Guilford Press.

Baron – Cohen, S. & Bolton, P (1993). *Autism: the facts*. U.S.A.: Oxford University Press.

Bateman, B. (1965). *An educator's view of the diagnostic approach to learning disorders*. In J. Hellmuth (ed) Learning Disorders, Vol. 1 Special Child Publications, Seattle, WA

Bender, W.N. (2004). *Learning disabilities. Characteristics, identification and teaching strategies*. 5th edition. Boston, MA: Pearson Education Inc.

Berand G. *Hearing Equals Behavior* (transl). New Canaan, CT: Keats 1993 (original work published 1982).

Berger, M., & Foster, M. (1986). *Applications of family therapy theory to research and intervention with families with mentally retarded children*. In J. Gallagher & P. Vietze, *Familiew of handicapped persons*(pp. 251-260) Baltimore: Brooks.

Biederman, J. Newcorn, J. Sprich, S. (1991). *Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorder*. American Journal of Psychiatry.

Bishop, D. & Leonard, L. (2001). *Speech and language impairments in children causes: characteristics, intervention and outcome*. 2nd edition. USA & Canada: Psychology Press Ltd.

Bomba C, O'Donnell L, Markowitz C, Holmes DL. *Evaluating the impact of facilitated communication on the communicative comptence of fourteen students with autism*. Journal of Autism and Developmental Disorders 1996, 26: 43-58.

Bondy, A., & Frost, L. (1994). *The picture exchange communication system*. Focus on Autistic Behavior, 9, 1–19.

Bondy, A. (2001). *PECS: Potential benefits and risks*. The Behavior Analyst Today, 2, 127–132.

British Psychological Society (BPS) (2000) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (AD/HD): Guidelines and Principles for Successful Multi-agency working*. Leicester: The British Psychological Society

Buchanan, S.M., & Weiss, M.J. (2006). *Applied Behavior Analysis and Autism: An introduction. The New Jersey Center for Outreach and Services for the Autism Community (COSAC)*. Ewing, NJ: COSAC. Available at www.njcosac.org.

- Campbell M, Schopler E, Gueva JE & Hallin A. (1996). *Treatment of autism*. Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 1996, 35(2): 134-143.
- Cohen, A. (Ed.) (1988). *Early education: The parent's role. A source book for teachers*. London: Paul Champman Publishing
- Cooper, P. and Bilton, K. (1999). *ADHD: Research, Practice and Opinion*. London: Whurr Publishers
- Cullican, D., Sabornie, E., & Crossland, C. (1992). *Social mainstreaming of mildly handicapped students*. *Elementary School Journal*, 92 (3), 339-351.
- Darnley-Smith, R. & Patey, M. (2003). *Music therapy*. London: Sage.
- Daveson, B. & Edwards, J. (1998). *A role of music therapy in special education*. International Journal of disability, development and education. Part: 45.
- Dawson G. and Osterling J. (1997) *Early intervention in autism. The effectiveness of early intervention*, Journal of Autism and Developmental Disorders
- Dermitzaki, I., Stavroussi, P., Bandi, M., & Nisiotou, I. (2008). *Investigating ongoing strategic behaviour of students with mild mental retardation: Implementation and relations to performance in a problem-solving situation*. Evaluation and Research in Education, 21 (2)
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition), and American Psychiatric Association (2013) Εκδόσεις Washington DC: American Psychiatric Association.*
- DSM-IV Criteria – American Psychiatric Association – 1994
- Espe - Sherwindt M, Kerlin SL, (1990). *Early intervention with parents with mental retardation: Do we empower or impair?* Infants and Young Children 2(4): 21-8
- European Communities, *Social and occupational integration of disadvantaged people*, Series 6, Luxembourg 2003.

Foster, M., & Berger, M. (1985). *Research with families with handicapped children. A multi-level systemic perspective*. In L.L'Abate (Ed.), *The handbook of family psychology and therapy* (vol.2, pp. 741-780). Homewood, IL:Dorsey Press.

Frankel, F., Simmon, J. Q., & Richey, V. E. (1987). *Reward value of prosodic features of language for autistic, mentally retarded and normal children*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 103-113

Frostad, P., & Pijl, S. (2007). *Does being friendly help in making friends? The relation between the social position and social skills of pupils with special needs in mainstream education*. *European Journal of Special Needs Education*, 22 (1), 15-30.

Grandin, T. (1995). *The learning style of people with autism: An autobiography*. In K.A. Quill (Ed.), *Teaching children with autism:Strategies to enhance communication and socialization* (pp. 33-52). NewYork: Delmar.

Gray, C. A. (1994). *The new social story book*. Arlington: Future Horizons

Guralnick, M. J., Neville, B., Hammond, M. A., & Connor, R. T. (2007). *The friendships of young children with developmental delays: A longitudinal analysis*. *Journal of Applied Developmental Psychology*

Hammill, D.D. (1990). *A brief history of learning disabilities*. Στο P. Myers & D.D. Hammill (Επιμ.) *Learning disabilities: Basic concepts, assessment practices and instructional strategies*, Austin, TX: Pro-Ed.

Harris, S. L., Handleman, J. S., and Jennett, H. K. (2005). *Models of educational intervention for students with autism: home, center, and school-based programming*. In F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D. Cohen (Eds), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders. Volume 2: Diagnosis, Development, Neurobiology and Behavior* (pp. 1043-1054). New Jersey: John Wiley & Sons.

Hartshorn K, Olds L, Field T, Delage J, Cullen C, et al. *Creative movement therapy benefits children with autism*. *Early Child Dev Care*. 2001;166:1–5.

- Hauritz M. (1980). *Developing intervention programs to teach new skills and behaviours*, North Ryde, N.S.W. : Granville Work Preparation Centre Research and Development Project, Macquarie University, c1980.
- Holowenko, H. (1999). *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Howlin P, Goode S, Hutton J, & Rutter M. *Adult outcome for children with autism*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2004, 45(2): 195-211.
- Kanner, L. (1943). *Autistic disturbance of affective contact*. Nervous Child, 2, 217- 250.
- Kaufman B. (1981). *A Miracle to Believe In*. New York: Doubleday
- Kehrer, H. E. (1989). *Autismus Heidelberg*: Roland Asanger Verlag
- Kitahara K. *Daily life therapy: a method of educating autistic children*. Record of Actual Education at Musashino Higashi Gakuen School, Japan, Volume I. Boston, Mass: Nimrod Press.
- Landa R. (2007). *Early communication development and intervention for children with autism*. Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev. 13, 16–25
- Lerner, J. (2003). *Learning disabilities: Theories, diagnosis, and teaching practices*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Lovaas, O. I., Koegel, R. L., Simmons, J. Q., & Long, J. (1973). *Some generalization and follow-up measures on autistic children in behavior therapy*. Journal of Applied Behavior Analysis, 6, 131-166
- Lovaas, O. I., Ackerman, A. B., Alexander, D., Firestone, P., Perkins, J., & Young, D. (1980). *Teaching developmentally disabled children: The me book*. Austin, TX: Pro-Ed. Lovaas, O. I., Koegel, R. L., Simmons,
- Mesibov, G. (1998). *What is TEACCH ? TEACCH statement*, University of North Carolina.
- Mesibov GBSV, Shopler E. *The TEACCH Approach To Autism Spectrum Disorders (Issues in Clinical Child Psychology)* USA: Plenum Publish Corporation; 2004.

Munden A. & Arcelus J. (1999). *A Handbook for Parents and Professionals on Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Munden, A. & Arcelus, J. (1999). *The ADHD handbook: A guide for parents and professionals on Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. London: Jessica Kingsley Publishers

Munden, A. (2009). *The ADHD Handbook: A Guide for Parents and Professionals on Attention Deficit / Hyperactivity Disorder*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Mundy P., Crowson M. (1997). *Joint attention and early social communication: implications for research on intervention with autism*. J. Autism Dev. Disord. 27, 653–676

National Research Council. *Educating Children with Autism*. Committee on Educational Intervention for Children with Autism. Division of Behavioral and Social Sciences Education. National Academy Press, 2001, Washington D.C.

Oliver, M. (1996): *Understanding disability from Theory to Practice*, London: Macmillan Press Ltd.

Oxford, E. (1998). *Wrestling with the whirlwind: An approach to the understanding of ADD/ADHD*. Journal of Child Psychotherapy

Panerai, S., Ferrante, L., & Zingale, M. (2002). *Benefits of the Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH) programme as compared with a non-specific approach*. Journal of Intellectual Disability Research, 46, 318-327.

Pechous EA. *Young children with autism and intensive behavioral programs: effects on the primary attachment relationship [dissertation]*. Dissert Abst Int. 2001;61:6145.

Peerembom T. D (2003). *A literature review of the Treatment and Education for Autistic and related Commun Handicapped Children (TEACCH) Program*,

Research paper, University of Wisconsin –Stout ,Wisconsin ,United States of America

Pfeiffer SI, Norton J, Nelson L, Shott S. *Efficacy of vitamin B6 and magnesium in the treatment of autism: a methodology review and summary of outcomes*. Journal of Au

Pelham, W.E. (1994). *Attention – Deficit Hyperactivity Disorder. A Clinician's guide*. New York: Plenum.

Pierce K, Schreibman L. *Increasing complex social behaviors in children with autism: effects of peer-implemented pivotal response training*. J Appl Behav Anal. 1995 Fall;28(3):285–295.

Reason, R. (1999). *ADHD: A psychological response to an evolving concept*. Journal of Learning Disabilities.

Reid, G. (1998). *Dyslexia: A practitioner's handbook*. Chichester: John Wiley and Sons.

Reif, S. (2005). *How to Reach and Teach ADD/ADHD Students: Practical Techniques, Strategies, and Interventions for Helping Children with Attention Problems and Hyperactivity Revised*. San Francisco: Jossey-Bass.

Rutter, M./Schopler, E. (1987). *Autism and pervasive developmental disorders: Concepts and diagnostic issues*, J. Autism and Developmental Disorders, Athens, 1987, 22-23.

Siegel, B. (2000). *Behavioral and educational treatments for autism spectrum disorders*. The Advocate, 33, 22–25.

Silver, L.B. (1981). *The relationship between learning disabilities, hyperactivity, distractibility and behavioral problems*. Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry.

Simpson R., de Boer-Ott S., Griswold D., Myles B., Byrd S., Ganz J. (2005). *Autism Spectrum Disorders: Interventions and Treatments for Children and Youth*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press

Smith, C.R. (2004). *Learning disabilities. The interaction of students and their environments*. 5th edition. Boston, MA: Allyn and Bacon-Pearson.

- Strain, P. S. (1983). *Generalization of autistic children's social behavior change: Effects of developmentally integrated and segregated settings*. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 3, 23-34.
- Swanson, J.M. Sergeant, J.A. Taylor E. Sonuga – Barke, E.J.S. Jensen P.S. and Cantwell, D.P. (1998). *Attention – deficit hyperkinetic disorder*. *The Lancet*.
- Tannock, R. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive neurobiological and genetic research*. *Journal of Child Psychology and psychiatry and Allied Disciplines*.
- Tant, J, L. and Douglas, V.I. (1982). *Problem solving in hyperactive, normal, and reading – disabled boys*. *Journal of Abnormal child psychology*.
- Tirosh, E. Berger, J. Cohen – Ophir, M. Davidovitch, M. and Cohen A. (1998). *Learning disabilities with and without attention deficit hyperactivity disorder: Parents and teachers perspectives*, *Journal of Child Neurology*.
- Tsiantis, J. Mardikian – Gazerian, B. Sipitanou, A. and Tata-Stamoulopoulou, L. (1982). *Child Mental Health and Psychosocial Development: National Case study*. Unpublished report to the WHO.
- Virues-Ortega J., Julio F.M., Pastor-Barriuso R. *The TEACCH program for children and adults with autism: A meta-analysis of intervention studies*. *Clin. Psychol. Rev.* 2013;33:940–95
- Wall K. (2010). *Autism and early years practice*, 2η., Singapore: Sage
- Webb T. (2000). *Can children with autism be taught to communicate using PECS?*, *Good Au-tisme Practice*, Vol.1,1, pp.29-42.
- Weiss, G. & Hetchman, L. (1993). *Hyperactive Children Grown Up*. New York: Guilford Press.
- Westwood, P. (2001). *Reading and Learning Difficulties: Approaches to teaching and assessment*. London: Routledge Falmer

Whitaker, P., Barrat, P., Joy, H., Potter, M., & Thomas, G. (1998). *Children with autism and peer group support: Using 'circle of friends'*. *British Journal of Speech Education*, 25, 60-6

Wolfendale, S. (1992). *Empowering parents and teachers working for children*. London: Casell.

Woolfson, R. (1991). *Children with special needs. A guide for parents and carers*. London: Faber and Faber.

Yamall, P. (2000). *Current interventions in autism— a brief analysis*. *The Advocate*, 33, 25–27.

Zentall, S.S. (1993). *Research on the educational implications of attention deficit hyperactivity disorder*. *Exceptional Children*.

Ηλεκτρονική βιβλιογραφία

- http://apothetirio.teiep.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/655/1gt_2013028.pdf?sequence=1
- <http://child-psychiatry.med.uoa.gr/enhmerwsh.html>
- http://dipe.sam.sch.gr/schsymb/eidagog/dep_depy.pdf
- <http://www.dyslexiacenters.gr/Pavlidis-Test.aspx>
- <http://www.dyslexiacenters.gr/diaspasi-prosoxis-depy.aspx?gclid=CI76zpa1gs4CFQ8z0wodl8oI0Q>
- <http://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/PPP263/%CE%94%CE%95%CE%A0%CE%A5.pdf>
- http://www.efheria.gr/pdfs/math_iperkinitiko%20paidi.pdf
- <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%B5%CE%B9%CE%BC%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%83%CE%BF%CF%87%CE%AE-%CE%A5%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%BA%CE%B9%CE%BD%CE%B7%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1>
- https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi5sJrujs3OAhXKuhQKHfFrAKUQFggiMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.specialeducation.gr%2Ffiles4users%2Ffiles%2Fdoc%2FNoHtikH_ka8ysterisH.doc&usq=AFQjCNEjLnKTFk8oPdbNyF4Wp_oEEFi9fiQ
- www.iatronet.gr

- <http://ikee.lib.auth.gr/record/122503/files/KAIDANTZI.pdf>
- <http://mathdys.blogspot.gr/2010/01/test.html>
- http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2015/GalaniEleftheria,SpanouIoanna,ChatzidrosouDespoina/attached-document-1436784436-954866-5004/GalaniEleftheria_SpanouIoanna_ChatzidrosouDespoina2015.pdf
- http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2014/IliopoulouEleniMaria,PartheniotiAspasia,TzortzoglouEleni/attached-document-1437043414-408210-22979/IliopoulouEleni_PartheniotiAspasia_TzortzoglouEleni2014.pdf
- <http://www.paidagogiko.gr/services/diaspash-prosoxhs>
- www.pi.school.gr